

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben. FOLYTATTA ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" Irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Megjelenik minden vasárnap

Egyes számok kaphatók Killán
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32.sz.)
Egyes szám ára 2 korona
50 fillér.

Kiadóhivatal
IX., Knežits-utca 15.
Előfizetési árak:
1919. novemberétől:
egész évre --- 120 kor
fél évre --- 60 "
negyed évre --- 30 "
Orvostanfoglaltók, szigorló
orvosok és a kötelező kórházi
gyakorlatot teljesítők a felé
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Guszmán József: A Wassermann-reactio klinikai értékeléséről. 109. lap.
Wollner Antal: Közlemény a budapesti tudományegyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: előbb Tauffer Vilmos dr., ny. r. tanár, jelenleg Tóth István dr., ny. r. tanár.) Az eklampsia kezeléséről. 112. lap.
Hajós Károly és ifj. Molnár Béla: Közlemény a budapesti egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.) A Meimicke- és Sachs-Georgi-féle luesreakciók a belorvosi diagnosztikában. 114. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészet. Jalagir: Az acut appendicitisről. — Gyermeke-orvostan. Dinitz: Encephalitis choreiformis epidemica. — Orr-torok- és gégebetegségek. Bennwitz: Klinikai és pathologiai adatok a felső légutak megbetegedéseiről. — Székesztet. Wirths: Lencsehomályokról réz-idegentest jelenlétekor a szem belsejében. — Kiseb közlések az orvogyakorlatra. Knoll: Jod-diuretal. — Schiff: Disenteria. — Unger: A hasműtétek utáni bélhűdések megelőzése. 116—117. lap.

Magyar orvosi irodalom. 117. lap.

Vegyes hírek. 117. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Wassermann-reactio klinikai értékeléséről.

Irta: Guszmán József dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A Wassermann-reactio tana körül még igen sok a megoldásra váró kérdés. A fölmerülő problémák egy része a reactio biologiai mibenlétére, valamint technikájára vonatkozik, másik része a klinikai értékelésre. Ez alkalommal a problémák e második, a gyakorlatban élő orvosra hasonlíthatatlanul fontosabb csoportjával kívánok foglalkozni. Sajnos, mindennapi tapasztalásom úgy a kórházi életben, mint a magángyakorlatban azt bizonyítja, hogy még igen sok a zavar s az egymástól eltérő nézet a Wassermann-reactio klinikai értékelése körül. Az alábbiakban néhány rövid fejezetben óhajtom a gyakorlatban legfontosabb és leggyakrabban előforduló kérdések némelyikét tárgyalni.

1. A Wassermann-reactio a syphilis ú. n. primaer szakában.

Gyakorlati klinikai szempontból már évtizedek óta helyesnek tartotta minden szakember, hogy a syphilit primaer, secundaer és tertiaer szakra osztjuk. Tudjuk, hogy a hármass beosztás mellé az utóbbi időben lassankint a quaternaer időszak fogalma is került. E régebbi és jól bevált beosztás szerint a syphilis primaer szaka egészen odáig tart, míg klinikailag az első általános tünetek (láz, kiütés, fejfájás stb.) jelentkeznek. A Wassermann-reactio rendszeres végzése azonban arra az eredményre vezetett mindenkit, a ki e kérdéssel foglalkozott, hogy ez a primaer szak biologiailag s következményeiben klinikailag is fontos két periodusra oszlik. Az első az, a mikor még negatív a Wassermann-reactio, a másik, a mikor az már pozitívra vált. A két periodus fontosságára a múlt évben maga Wassermann¹ hívta föl ismét a figyelmet s a pozitív reactio beálltán időpontját egyenesen biologiai fordulópontnak tartja. Tapasztalás szerint ez a fordulat a 6. hét körül (post infectionem) szokott beállani.

A legutóbbi időig a legtöbb klinikus úgy fogta föl a dolgot, hogy a syphilis generalizálódása az első általános jellegű klinikai tünetekkel veszi kezdetét. A spirochaeta fölfedezése után azonban csakhamar kísérletileg beigazolódott (E. Hoffmann), hogy a spirochaeták már az első eruptio előtt néhány héttel a véráramba jutva, a szervezetben mindenfelé szétrajzanak. Mai ismereteink értelmében a pozitív Wassermann-reactio beállásában kell a syphilis generalizáló-

dásának időpontját keresnünk, a mi valamivel később, a spirochaetáknak a szervezetbe való szertejutása után megy végbe. A Wassermann-reactiót adó anyagok („reaginek”) alkalmasint nem képződnek a vérben, hanem ez utóbbi azoknak csak a vivője. Azok mindig a spirochaetáknak a szövetbe való jutása folytán a szövetek s az azokat alkotó sejtek termékei. A Wassermann-reactio jelentkezése Wassermann szerint tehát annak a biologiai jele, hogy a spirochaeták a vér-és nyirokpályán a szövetekbe jutottak s azokban metastasisos góczokat létesítettek. De ugyancsak fontos, a therapia szempontjából pedig véleményünk szerint a legfontosabb, Wassermann-nak az a megkülönböztetése, hogy a reactio előtti stadiumban a spirochaeták hatására a szövetek reactiv működést még nem fejtenek ki. Wassermann ezért a reactio előtti időben csak syphilitis infectióról beszél, syphilitis betegségéről pedig csak akkor, a mikor a pozitív reactio ideje beköszönt, tehát akkor, mikor a szövetekbe került spirochaeták már reactiv folyamatokat váltanak ki. Fölületes szemmel tekintve ezt a két kifejezést — syphilitis infectio és syphilitis betegség —, azt csak a szavakkal való játszásnak lehetne minősíteni. Pedig ez távolról sem volna helyes. Minden szakembernek ugyanis már évek óta az a tapasztalása, hogy a syphilis a pozitív W.-reactio előtti időben megfelelő erélyes kezeléssel abortív módon gyógyítható. E. Hoffmann² a egújjában ismét utalt arra a tapasztalásra, hogy ilyenkor egyetlen erélyes kúra (kénesó + salvarsan, vagy egyedül salvarsan-készítmények) csaknem 100%-ban gyógyítja a syphilitist. Ugyanaz a véleménye Wassermann-nak is. Saját tapasztalásom mindezeket az észleléseket csak megerősíteni látszik. Az a határozott követelés tehát, hogy a legerélyesebb kúrát a pozitív Wassermann-reactio beállta előtt indítsuk meg, nem alapszik csupán elméleti mérlegelésen, hanem általános klinikai tapasztalásra támaszkodik.

A kérdés Wassermann nyomán egészen plausibilisan úgy is fogható föl, hogy a syphilis abban az időben, a mikor a pozitív Wassermann-reactio még nem következett be, teljesen úgy viselkedik, mint a nyirok- és vérszirillosis betegségek, mint a minő tehát pl. a recurrens, mely alig jár reactiószöveti metastasisos góczokkal. Innen magyarázható a recurrensnek aránylag könnyen elérhető sterilisatio magnával végbemenő gyógyítása. Sajnos, hogy a syphilitisnek a kezeléssel könnyen befolyásolható ez a szaka csak igen rövid és csakhamar átcsap abba a szakba, melyben a spirochaeták már szerte-széjjel megtelepedtek a szervezet szövetei-

¹ v. Wassermann: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 33. sz.

² E. Hoffmann: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 36. sz.

ben s-az ott végbemenő reactio biológiai nyilvánulásaként többek között a positiv Wassermann-reactiót produkálják. Mai tudásunkkal és tapasztalásunkkal azt is állíthatjuk, hogy az orvos csakis az első fontos, bár rövid időben, igazán ura a helyzetnek, a mikor a positiv Wassermann-reactio még nem állott be, a midőn tehát *Wassermann* nomenclaturája szerint csak syphilitis infectióról, de nem betegségéről van szó. E határon túl még sokáig igen hatásosan tud a hozzáértő orvos megküzdeni betegének syphilitisével, de oly biztosan, szabatosan s főként oly gyorsan már nem. Mindebből látható, mily végzetes könnyelműség volna a beteg kezelését arra az időre halasztani, a mikor a vérvizsgálat már positiv reactiót eredményez. Pedig úgy tapasztalom, hogy ez gyakran megesik! A mulasztás vádja természetesen csak akkor érheti az orvost, ha meg volt rá az idő és alkalom, hogy spirochaeta-vizsgálattal a syphilitis legkorábban megállapítható lett volna. A spirochaeta-kimutatás alapján legkorábban megállapított syphilitis nyújtja tehát a legkedvezőbb prognoszt, föltéve természetesen, hogy a vér seroreactiója még negativ.

2. A fertőzőképesség kérdése positiv Wassermann-reactio eseteiben.

Mindennapos tapasztalásunk a gyakorlatban, hogy a lueses betegek fertőzőképességének megállapítását minduntalan a serologiai vizsgálat eredményétől teszik függővé. Mindjárt e helyütt ki kell jelentenünk, hogy a serologiai vizsgálat ilyenkor csak segédeszköz jellegével bírhat, de perdöntő egymagában e kérdésben sohasem lehet. Mert a positiv Wassermann-reactio magában véve csak azt jelenti, hogy az illető egyén, akire vonatkozik, lueses beteg, de nem azt, hogy minő fertőző állapotban van. Annak a megállapítása, hogy az egyén fertőző-e, elsősorban a klinikai mérlegeléstől és tapasztalástól függ. Tudnunk kell ugyanis, hogy friss, manifest lueses tüneteket magán hordó beteg vére a mai erélyes kezelés által akárhányszor már az első kúra nyomán negativ Wassermann-reactiót ad, s viszont igen nagy a száma az olyan régi latens syphilitis egyéneknek, akik infectiójuk óta már több egészséges gyermeknek adtak életet, Wassermann-reactiójuk pedig állandóan erősen positiv. Az előbbi esetben a klinikai tapasztalás alapján tudjuk, hogy a beteg még nagyon is ragadós lehet; az utóbbiban, ha a syphilitis fertőzés hosszú időre nyúlik vissza, nagy valószínűséggel előre mondhatjuk, hogy a fertőzés lehetősége vajmi kevés. Nagy orvosi hiba és könnyelműség tehát a fertőzőképesség kérdésére a választ egyedül a Wassermann-reactióra bízni. A döntést — már amennyire ez legjobb emberi tudás szerint lehetséges — mindig a klinikai vizsgálatról és mérlegeléstől kell függővé tenni.

A klinikai mérlegeléskor ma már a kezelt betegeknek két főkategóriáját kell megkülönböztetnünk. Az egyiket — a sajnos ma is még ritkábban előforduló — az a beteg-csoport alkotja, melyben a lues a legkoraiabb és legkedvezőbb időben (+ spiroch. és negativ Wassermann-reactio) erélyes módon abortive kezeltetett. E csoportra vonatkozóan e helyütt nem térek ki arra a kérdésre, hogy valóban véglegesen gyógyultaknak tekinthetők-e valamennyien. Csak annyit jegyzek meg, hogy számos syphilitidologus további állandóan, kezeléssel többé nem befolyásolt negativ Wassermann-reactio esetén az ilyen eseteket véglegesen gyógyultaknak tekinti, tehát egyetlen kúrával megelégszik. Részünkről azon óvatosabb felfogásnak vagyunk hívei, mely legalább 1—2 kúrát még azonfelül is szükségesnek tart, összekötve azokat még bizonyos próbakisérletekkel is (például Gennerich-féle provocatiós salvarsan-injectióval).

A másik, a gyakorlatban még fontosabb, mert aránytalanul gyakoribb kategória azokra a syphilitis-esetekre vonatkozik, amelyekben a betegek már a manifest, florid lueses tünetek idejében kerültek először többé-kevésbé kielégítő kezelésbe, sőt még ennél is későbbben. Egyelőre az ilyen esetek elbírálásának kérdése kerül jóval nagyobb számmal szóba. Ezekre az esetekre ma is az áll a fertőzőképesség

problemájára vonatkozóan, amire a klinikai tapasztalás már évtizedek óta tanít, hogy t. i. minél több és erélyesebb céltudatos kezelésben részesült a beteg s mennél több idő mult el az infectio időpontjától, annál valószínűbb a fertőzőképesség kialakulása. Erre nézve a legtöbb klinikusnak az a véleménye, hogy megfelelő kezelés megtörténte után a latens syphilitis egyén a 4., 5., 6. év után már csak igen kivételesen fertőzőképes. Ez a vélemény kristályosodott ki abból az irodalmi körkérdésből is, melyre nézve a válaszok mintegy 14 év előtt *Butte* párisi szaklapjában (*Annales thérapeut.*) jelentek meg. Egy-két syphilitidologust leszámítva, valamennyi válaszoló szakférfi úgy nyilatkozott, hogy a 4.—6. éven túl, 1—2 évi tünetmentesség és kielégítő kezelés után a házasság a fertőzés veszedelmének szempontjából orvosilag általában nem akadályozható meg, mert a tapasztalások igen nagy száma azt bizonyítja, hogy a syphilitis fertőzött egyén esetleg még fennálló betegségét házastársára s gyermekeire már nem viszi át. Ez az általános vélemény szigorúan klinikai tapasztaláson alapult, hiszen a syphilitis egyének serologiai vizsgálatáról akkor még nem esett szó. Hozzáfűzhetjük ehhez még azt is, hogy a lueset abban az időben távolról sem gyógyították oly erélyesen kénesóval, mint mai nap (a salvarsanról nem is szólva, mely akkor még teljesen ismeretlen volt).

Ma tudjuk, hogy az ilyen, fertőzőnek általában már nem tartható lueses egyének egy részének vére positiv Wassermann-reactiót ad, tehát ezeket még syphilitisnek kell tartanunk. Mindezt azonban a fenti általános tapasztaláson nyugvó vélemény nem módosul.

De félre ne értessem, ha már a házasság e kérdését érintettem! A 4., 5., 6. év utáni házassági consensus a gyakorlatban legtöbbször csak a fertőzés kérdésre vonatkozik. A házasság boldogsága körül azonban még orvosilag is nemcsak a fertőzőképesség kérdése jön szóba. Ez utóbbi csak a legelső orvosi kérdés syphilitis esetén. Mert az impotentia coeundi et generandi (például későbbi tabes, illetőleg orchitis interstitialis) lehetősége is felmerülhet. De felmerül csaknem minden esetben a syphilitis nyomán esetlegesen támadó korai elbetegesedés, rövidebb élettartam, munkaképesség-csökkenés vagy egész rokkantság (atrophia n. opt.), más szóval sokszor ki nem zárható oly körülmény és betegség, mely a család boldogságát, tehát a házasság végcélját többé-kevésbé súlyosan érinti, sőt lehetetlenné teszi.

De az a tapasztalás, hogy az 5.—6. éven túl a syphilitis fertőzés a házastársra már nem szokott átmenni, csak az esetek óriási többségére vonatkozik. Kivételek, amikor még jóval később is fertőz a syphilitis egyén, sajnos, előfordulnak. A régebbi irodalomban erre vonatkozóan számos adat található. Az újabb irodalom csak elvéve számol be ily esetről. E helyen, mint feltűnő és szokatlan típusu fertőzéses esetet, *Pedersen*³ nőbetegét említem, a ki luesének 16. évében, miután már 4 egészséges gyermeknek adott életet, syphilitis magzatot szült. Tíz évvel a férj syphilitis fertőzése után a feleség lueses infectiójának 2 esetét (egyét a kórházi ambulancián, egyét magángyakorlatomban) a közelmúltban észleltem. Főként az egyik eset volt különösen jellegzetes, amennyiben a három hónapos fiatal asszonyon friss általános eruptiós roseolás kiütést állapítottam meg, amelyről a 10—12 hetes infectiót lehetett leolvasni. Szerencsére az ily későn fertőző esetek a gyakorlatban ritkák s a fenti tapasztalást nem döntik meg.

E rövid eltérés után visszatérve a kiinduló kérdéshez, ezzel kapcsolatban fel kell említenünk, hogy a gyakorlatban nem ritkán felmerül a kérdés, tabeses vagy paralytises szülő gyermeke egészséges-e vagy sem. A gyakorlati életben rendszerint halálra rémült és aggódo anyákat látunk, a kik gyermekeik egészségeért remegnek, a mikor az orvostól vagy más úton megtudják, hogy férjüknek syphilitise volt. Ily kérdés mindig nehéz próbára teszi az orvos tapintatosságát, de

³ M. Brun Pedersen: Dermatologische Wochenschrift, 1918, 6. szám.

ezenkívül tiszta látásra és lelkiismeretességre is igen nagy szükség van. A fentebb felsoroltak alapján legtöbbször már az anamnesis fogja az orvost helyesen vezérelhetni. Számos alkalommal vizsgáltam ily kérdést — főként kórházi rendelésen — s alig emlékszem, hogy az anamnesisből kibogozható véleményt utólagosan az objectív vizsgálódás eredményének módosítani kellett volna. Egy példával könnyen megvilágítható a kérdés. A mikor arról értesülünk, avagy a későbbi betegségből valószínűséggel kiszámíthatjuk, hogy az atyának syphilises infectiója legalább 10—15 év előtt volt, akkor igen nagy valószínűséggel az 5—8 év előtt kötött házasságból származó utódok syphilitől mentesek maradnak. Klinikailag a vizsgálat ilyenkor quo ad lues csaknem mindig negatív, szintúgy a Wassermann-reactio is negatív szokott lenni. Ugyancsak negatív reactiójú ily esetben az anya vére is, a kit ily kérdésben elsősorban kell klinikailag és serologikailag megvizsgálni. Ezek az esetek mind amellet szólnak, hogy a syphilis bizonyos idő múltán már nem szokott fertőzésre vezetni, ha mindjárt a fertőzött egyén később syphilis termézetű betegségre esik is, a vére pedig állandóan pozitív Wassermann-reactiót ad (paralysis eseteiben csaknem 100%-ban pozitív a Wassermann-reactio). Másfelől, ha részben az anamnesisből, részben az atyának későbbi syphilises termézetű bajából következtetve megtudjuk, hogy a syphilises infectio például 15—20 éves, akkor a 13—17 év előtt kötött házasságból eredő gyermekek syphilises fertőzése éppen úgy lehetséges, mint nem. A végzett Wassermann-reactio ilyenkor gyakran pozitív lesz, legtöbbször minden klinikai tünet nélkül. Ez esetben természetesen az anya vére is pozitív reactiót szokott adni.

Mindezt csupán azért említettük, hogy demonstráljuk pozitív Wassermann-reactio esetén a klinikai mérlegelés szükséges voltát. Hiszen látjuk, hogy a pozitív Wassermann-reactio a fertőzőképesség kérdéseire egymagában sohasem adhat választ, erre mindig klinikai vizsgálatra és mérlegelésre is van szükség. De véleményem szerint itt is kell bizonyos distinctiónak helyet engedni. Ha fiatal egyének, különösen fiatal nők véreben minden anamnesis és klinikai tünet hiján több ízben pozitív Wassermann-reactiót találunk, akkor ezt a serologikai eredményt a fertőzőképesség kérdésében legkevésbé sem hanyagolhatjuk el. Ma már mindennapos tapasztalás, hogy vannak nők, a kik a luesnek egyetlen klinikai tünetét sem mutatják s a kiken elejétől kezdve semmi syphilises tünet sem mutatkozott, de a kiknek vére állandóan pozitív reactiót ad, a mihez sokszor az abortusok egész sora csatlakozik. Tudnivaló ugyanis, hogy a nők lueses infectiójának lefolyása nem ritkán eltérő az általánosan ismert típustól, a mikor azután sem primaer affectióról, sem általános klinikai tünetekről sem nem hallunk, sem nem tudunk. A fertőzés e módozatára itt nem térek ki, noha egyébként a syphilis tanának igen érdekes fejezetét alkotja s a további vizsgálódás számára még igen hálás feladatot nyújt.

Ily módon természetes, hogy a fiatalabb egyén véreben talált pozitív Wassermann-reactio nemcsak amellet szól, hogy az illető lueses beteg, hanem sok valószínűséggel arra is utal, hogy a syphilise még fertőzőképes. Hiszen például egy 18—20 éves nő pozitív Wassermann-reactiója bizonyos ritkább esetek kivételével (veleszületett lues, gyermekkorban acquirált lues) a priori amellet fog szólni, hogy a syphilises betegség még nem régi fertőzés eredménye s ily módon a fertőzőképesség lehetősége bizony még nagyon is fennáll. Különösen fontos ez a mérlegelés a dajkavizsgálat alkalmával.

3. Az antilueses kezelés eredménytelenségének egyik okáról.

E cím alatt néhány példa segítségével azokat az eseteket kívánom megvilágítani, a melyekben tapasztalásom szerint az orvosok egy része nagyrészt pozitív Wassermann-reactio alapján kezel oly, lues nyomán fejlődő betegségeket, melyeknek antilueses kezelése már eleve eredmény nélkül kell hogy maradjon. Ne essünk tévedésbe. Itt legtöbbször nem lueses, tehát spirochaeták okozta folyamatokról van szó, mert

hiszen ezek erélyes antilueses beavatkozásunkra csaknem kivétel nélkül gyorsan gyógyulnak. A miről szó van, az azokra a betegségekre és folyamatokra vonatkozik, melyek a lues nyomán keletkeztek s így másodlagos pathologiai elváltozások. Az ily eseteknek antilueses kúrákkal történő hiábavaló kezelésére Jendrassik mutatott reá több előadásában.⁴ E betegségek syphilises alapon keletkeztek, de mivel annak nyomán másodlagos pathologiai folyamatok álltak be, melyek már nem a spirochaeták reactiójaként állanak fenn, antilueses kúrákra rendszerint nem gyógyulnak, jóllehet a Wassermann-reactio pozitív volta a syphilis fennforgása mellett szól. A pozitív Wassermann-reactiójú betegeknek időnkénti antilueses kezelése magában véve persze helyes lehet, mert anélkül az activnak mutatkozó lues még további kárt tehet a betegben, csak éppen a másodlagos pathologiai elváltozást ne akarjuk kúrákkal gyógyítani, mert ez legalább is kárba vesztett fáradozás.

Mindennapos tapasztalás, hogy orvosok a lues révén létrejött defectusokat, a melyek idegpályákra, idegvégkészülékekre vonatkoznak, még hosszú idő múltán is, midőn a lueses folyamat már régen tönkretette azokat, többé-kevésbé erélyes antilueses kúrákkal akarnak gyógyítani, mert a beteg pozitív Wassermann-reactiója miatt még luesesnek minősítetik. Igaz, a beteg valóban még lueses, de az ilyen rokkantságok, defectusok (atrophia n. opt., labyrinthus-süketség, spasmusos járás stb.), bár lueses folyamat eredményei, aligha fognak antisiphilises kezelésre gyógyulni. S itt azt kell mondanunk, hogy mennél nagyobb valamely szövetnek vagy szervnek a dignitása, mennél finomabb annak szerkezete, annál gyorsabban pusztít a lueses folyamat, már aránylag csekély pathologiai elváltozás folyamán is. Ott, a hol az idegrostok helyét kötőszövet vagy egyszerűen rostos heges szövet foglalja el, újabb vezetésről többé nem lehet szó. Pedig mily gyakran látni ily remény és csalódás között hánykolódó szegény beteget, a kit csak azért, mert még mindig pozitív a Wassermann-reactiója, kevés tudással s még kevesebb lelkiismeretességgel hosszú, a szervezetet is legyöngítő különböző kúráknak vetnek alá. Csak néhány hete, hogy olyan beteget láttam, a ki már a végét járta, de azért 20 éves latens luese miatt (positív Wassermann-reactio alapján) orvosától kényszerű és salvarsan-injectiókat kapott. A beteg azóta phthisis pulm. et laryngisben már meghalt. Ily esetek, sajnos, nem kis számmal vannak s csaknem minden klinikai disciplinában előfordulnak.

Különösen ki kell azonban e helyütt emelnem a csont és csontthártya syphilises megbetegedésének eseteit. Periostealis és csontgummák nyomán nem egyszer kisebb-nagyobb csontnecrosisok állanak be, melyek azután folytonos erős genyedést tartva fenn, esetleg több fistulából, nem gyógyulnak, még ha a legerősebb kúrákat alkalmazzuk is. És ez természetes is. A mi lueses szövet, az meggyógyul, a mi azonban a korai felismerés és kezelés hiján a bekövetkezett másodlagos pathologiai elváltozás eredménye, tehát már nem spirochaetás termék, az gyógyulatlan marad. Nagy baj, ha ilyenkor a Wassermann-reactiót hívják segítségül, illetőleg azt rosszul értelmezik, abból indulván ki, hátha nem volt elegendő a kúra s a reactio még pozitív. S bizony a Wassermann-reactio ilyenkor legtöbbször még pozitív, mire újabb kezelések sora következik. Pedig a megoldás — a mennyiben a necrosis csont helye hozzáférhető — elég egyszerű, mert csak sebészileg kell a beteg csontot kezelteni. Tehát operatióra van szükség. A tartós pozitív Wassermann-reactio azonban még ma is sok orvost félrevezet, a mikor egyre annak negatívvá válását várják. Tudni kell, hogy e most említett esetek legtöbbször késői lues-esetek, melyekben a Wassermann-reactio pozitívítása akárhányszor nem változtatható meg, bármily erős kúrák árán sem. A seroreactio tehát sohase legyen ily esetekben egyedüli irányítója a sebészi beavatkozásnak. Sajnos, még némely jónevű, egyébként ki-

⁴ Jendrassik: Az idegrendszer luesos megbetegedéséről (Nékám: A nemibetegségek gyógykezelése cz. könyvében) és Orvosegyesület előadása a luesről.

tűnő orvos részéről is tapasztaltam ilyet, a mikor a műtéti beavatkozást a reactio negativvá válásához kötötte, a mire olykor bizony hiába váránk.

Mindez elmondottak után végezetül csak újra felhívom a figyelmet, hogy a Wassermann-reactio — bármily becses és nélkülözhetetlen is a klinikára nézve — egymagában sohase legyen orvosi tanácsadónk, hanem alkalmazzuk mindenkor a tapasztalást és klinikai mérlegelést, mert csak így lehet orvosi működésünk határozott s lehetőség szerint nagyobb tévedéstől mentes.

(Közlemény a budapesti tud.-egyetem 2. sz. női klinikájáról. Igazgató: előbb Tauffer Vilmos dr. ny. r. tanár, jelenleg Tóth István dr., ny. r. tanár.)

Az eklampsia kezeléséről.

Irta: *Wollner Antal* dr., tanársegéd.

Az eklampsia kezelése a modern szülészetnek jelenleg egyik legvitatottabb kérdése. Hogy mindeddig e kérdésben nyugvópontonra nem juthattunk, s hogy még jelenleg is két ellentétes kezelésmódnak vannak elszánt hívei, érthetővé válik abból, hogy évtizedek czéltudatos munkája sem tudta az eklampsia aetiologiáját megfejteni, s így az egyedüli, teljes sikerrel biztató kezelésmód, a causalis therapia, nem áll rendelkezésünkre. A minden részletre kiterjedő anyagcserevizsgálatok csak annak megismerésére vezettek, hogy az eklampsia intoxicációs megbetegedés, a toxinnak eredete azonban eddigelé ismeretlen.

Az eklampsiával kapcsolatban tett háborús tapasztalatok két új momentumot vittek az aetiologia kérdésébe. Első ízben *Ruge* ismertette azon megfigyelését, hogy a háborús években ritkább lett az eklampsia, s hogy a megbetegedések enyhébben folytak le. Szerinte a háború okozta zsír- és fehérje-szegény táplálkozás fejtette ki e kedvező hatást. *Mayer* ugyanilyen természetű tapasztalatait a férjek távollétével, illetve a spermimpregnatio hiányával igyekszik magyarázni. Ez utóbbi elmélet nem talált követőkre, *Ruge* theoriája felett azonban nagyobb vita indult meg. Mellette szóltak *Warnekros*, *Jaschke*; viszont *Lichtenstein*, *Grunne*, *Richter* tagadja a táplálkozás megváltozásának ily messzemenő hatását. Hazai intézeteink közül *Váró* az I. sz. női klinikáról *Ruge*-ival egyező észleleteket közölt, viszont *Scipiades* a Rókus-kórház beteganyagán az eklampsia előfordulását és lefolyását illetőleg lényeges változást a háborús években nem talált.

Saját anyagunk e kérdést illetőleg a következőket mutatja:

| Év | Szülések száma | Eklampsia-szám | % |
|------|----------------|----------------|------|
| 1909 | 1399 | 12 | 0.90 |
| 1910 | 1687 | 9 | 0.50 |
| 1911 | 1481 | 4 | 0.30 |
| 1912 | 1652 | 11 | 0.65 |
| 1913 | 1551 | 9 | 0.58 |
| 1914 | 1613 | 9 | 0.55 |
| 1915 | 1641 | 11 | 0.67 |
| 1916 | 1435 | 4 | 0.30 |
| 1917 | 1617 | 10 | 0.62 |
| 1918 | 1589 | 13 | 0.82 |

A lefolyást illetőleg, szembeállítva az utolsó négy békesztendő anyagát a négy háborús esztendővel:

| | Esetek száma | Mortalitás |
|-----------|--------------|------------|
| 1911—1914 | 33 | 9.2% |
| 1915—1918 | 48 | 6.3% |

A betegség előfordulását illetőleg tehát anyagunkon azt látjuk, hogy az, minden magyarázható külső ok hiányában, tág határok között ingadozik; szeszélyes viselkedését mutatja s *Ruge* elméletét legjobban czáfolja az a megfigyelés, hogy 1918-ban, tehát a háború leginségesebb esztendőjében, régen látott magas százalékkal szerepel. A mi pedig a betegségnek a háborúban való enyhébb lefolyását illeti, ezt sem látjuk igazoltnak. Tudvalevő, hogy az eklampsia prognosisa rend-

kívül változó; csak *Winckel* tapasztalatára kell utalnunk, aki conservativ kezeléssel 7.6% halálozást talált, míg egy későbbi, ugyanez eljárással kezelt sorozatban a halálozás már 21.8%-ra szűkött fel. Másrészt, ha végigtekintjük az eklampsia történetében a halálozás viselkedését napjainkig, azt fokozatosan csökkenőnek fogjuk találni. Az utolsó, háborús évek jobb eredményeit is inkább a kezelés tökéletesedésével vagyunk hajlandók magyarázni. Az aetiologia kérdésében ezek az adatok bizonyító erővel csak úgy birhatnának, ha a minden kezelés nélkül maradt esetek mortalitását hasonlíthatnók össze az előbbi idők hasonló eseteivel. Ilyen szembeállítás megfelelő statisztikák hiányában egyelőre lehetetlen.

Be kell tehát vallanunk, hogy az aetiologia kérdésében az utolsó években sem jutottunk előbbre; tudományunk mai állása mellett csak arra szorítkozhatik feladatunk, hogy lehetőleg nagy anyagon kutassuk azt a kezelésmódot, amellyel a legjobb eredményt érhetjük el.

Két főirányban fejlődött ki az eklampsia kezelése:

1. Az a tapasztalat, hogy a magzatnak és függelékeinek megszületése után az esetek legnagyobb részében, körülbelül 80%-ában, a rohamok megszűnnek, azt a törekvést helyezte előtérbe, hogy az intoxicatio látszólagos forrását, a magzatot és függelékeit igyekezzünk az anyai szervezetből mielőbb eltávolítani. Ez a gondolatmenet vezetett az *activ kezelésmód* kifejlesztéséhez.

2. A *conservativ kezeléssel* az anyai szervezetbe került mérge ellenküzde bevárjuk a spontán szülést, vagy legalább is azt az időpontot, midőn a szülés per vias naturales könnyű beavatkozással fejezhető be.

Legrégibb eljárás a conservativ kezelés, mely narcoticumok adagolásával iparkodik a rohamok kitörését megakadályozni, másrészt a vese csökkent funkcióképességét forró pakkolással, gyógyszerekkel igyekszik pótolni, illetőleg befolyásolni és a szervezet méregtelenítése céljából vért bocsát. Ama kedvezőtlen eredmények, melyek e kezelésmóddal jártak, arra ösztönözték a kutatókat, hogy új uton, *activ* eljárással igyekezzenek a betegséget kedvezőbben befolyásolni. Elő nem készült lágy szülőutak mellett, tehát a terhességben és a tárgulási szak elején, a szülés befejezése csak előzetes tágitás után történhetett meg. A tompa tágitó eljárások (*Hegarballon*, *Bossi*) a manipulatio hosszadalmassága s a hosszas méhizgatás révén fejtettek ki kedvezőtlen hatást a betegségre, a véres tágitás kezdetleges módjai pedig önmagukban véve is nagy veszélyt jelentettek az anyára a súlyos lágyrészsérülések révén. Hogy tehát az *activ* eljárás sem eredményezhetett ilyen körülmények között jobb eredményt, könnyen érthető. Nagy jelentőségű volt s fordulópontot jelent az *activ* kezelés történetében *Dührssen sectio caesarea vaginalisa* (1893), a mely lehetővé tette a terhességben s a szülés bármely korai szakában rövid uton való befejezést a szülésnek. A vérmes reményt azonban, melyet az új kezelésmódhoz fűztek, az eredmények egyáltalában nem váltották be s ezért, midőn *Stroganoff* 1909-ben közölt rendszeres conservativ kezelésmódjával addig soha nem tapasztalt alacsony halálozást tudott elérni, a figyelem ismét a conservativ kezelés felé irányult, mely kezeléssel hívei később is jó eredményeket tudtak felmutatni. Ujabbán *Zweifel* ama megismerés alapján, hogy nagyobb vérmennyiség lebocsátása előnyös hatással van a betegség lefolyására, a *Stroganoff*-kezelést *venaesection*nal kombinálva, mutatott fel igen jó eredményeket. Ha még megemlítjük *Engelmann* „Therapie der mittleren Linie”-jét, mely a két ellentétes kezelésmód középútja, azaz conservativ kezelés a szülés siettetésével, beszámoltunk az eklampsia-kezelés főbb irányairól s megállapíthatjuk, hogy a különböző eljárásoknak megvannak a követők s eldöntetlen a kérdés, vajjon melyik a sikeresebb eljárás.

Ilyen körülmények között különös aktualitással birhat klinikánk anyagával és tapasztalataival hozzájárulni a kérdés tisztázásához.

Hogy a különböző eljárások eredményei összehasonlíthatók legyenek, egységes összehasonlítási alapra van szükségünk. Az ideál: a betegség kitörésekor kezelésbe vett és

egyenlő prognosistú esetek szembeállítására, nem valósítható meg, mert egyrészt az elhanyagolt socialis hygiene miatt csak ritkán kapjuk az eclamsiát idejekorán észlelésünk alá; másrészt a klinikai jelekből mindeddig nem sikerült a prognosist szempontjából biztos támpontot nyernünk. Az ajánlott összehasonlítási alapok közül legczélszerűbbnek a Freund és Winter ajánlotta beosztást tartjuk:

1. Eclamsia a terhesség alatt.
2. Eclamsia a tágulási szak elején.
3. Eclamsia a tágulási szak végén.
4. Eclamsia a kitolási szakban.
5. Eclamsia a gyermekágyban.

Anyagunkat e beosztás alapján fogjuk tárgyalni.

Vizsgálatunk tárgya 1908-tól 1918 ig terjedő anyagunk 100 esettel. Ezek közül active kezeltünk 56 esetet, meghalt 9=16%, conservative kezeltünk 41 esetet, meghalt 3=7.3%, kezelés nélkül volt 3 eset, meghalt 1=33.3%.

1. *Terhességi eclamsiánk* volt összesen 25. Valamennyi a terhesség második felében fejlődött és pedig VI. hónapos volt 4, VII. hónapos 6, VIII. hónapos 9 és a terhesség végén volt 6.

Activ kezelést végeztünk 11 esetben,
conservativ kezelést „ 14 „

Az activ kezelés módjai közül a Bossi-féle tágítással, előzetes rossz tapasztalatok után, nem tudunk megbarátkozni s ezért nem is végeztük. Végeztünk ellenben előzetes Hegar-tágítás után, vagy a mennyiben ez nem volt már szükséges, tágítás nélkül hysteuryssist, melyhez egy ülésben a szülés befejezését is kapcsoltuk kombinált lábrafordítás + extractio révén. Végeztük ezenkívül a vaginalis sectio caesareát is, valamennyi műtéti eljárásunkat chloroform-narcosisban.

Eredményeinket a következő táblázat szemlélteti:

| A kezelés módja | Esetek száma | Anyai mortalitas | Magzati mortalitas | Redukált magzati mortalitas |
|---|--------------|------------------|--------------------|-----------------------------|
| Hegar-ballontágítás + kombinált lábrafordítás + extractio | 7 | 4 = 57.1% | 5 = 71.5% | 4 = 57.1% |
| Sectio caesar. vaginalis | 4 | 1 = 25% | 2 = 50% | 1 = 25% |

A redukált magzat-mortalitas alatt értjük azon magzatok balálát, kik életképes (1800 gm.-on felüli súly), élő állapotban voltak a műtét tárgya s világrahozataluk közben haltak el.

Conservative kezeltünk 14 esetet. A conservativ kezelés az 1912. évig forró pakkolással, morphin-, chloral-klyasma adagolásával, venaesecciónal történt, 1912 óta Stroganoff sémájának betartásával.

Eredményeink a következők voltak:

| A kezelés módja | Esetek száma | Intercurrens eset | Anyai mortalitas | Magzati mortalitas | Redukált magzati mortalitas |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|------------------|--------------------|-----------------------------|
| Chloral + morphiium + venaeseccio | 5 | 4 = 80% | 1 = 20% | 3 = 60% | 2 = 40% |
| Stroganoff | 9 | 7 = 77.7% | — | 5 = 55.5% | 3 = 33.3% |

Intercurrens megbetegedéseink közé vettük amaz eseteinket, a melyekben a kezelés bevégezte után 2-szer 24 óra alatt nem következett be a szülés. 11 intercurrrens esetünk közül 3-ban végig kiviselte betegünk a terhességet s csak egy esetben jelentkezett a szülés alatt újból roham, mely esetünk azonban újabb conservativ kezelésre szintén gyógyult.

2. *A tágulási szak elején* jelentkezett eclamsiánk 21 volt. Active kezeltünk 15-öt.

Eredményeink:

| A kezelés módja | Esetek száma | Anyai mortalitas | Magzati mortalitas | Redukált magzati mortalitas |
|---|--------------|------------------|--------------------|-----------------------------|
| Ballontágítás + kombinált lábrafordítás + extractio | 12 | 3 = 25% | 6 = 50% | 5 = 41.6% |
| Sectio caesarea | 3 | 1 = 33% | 1 = 33% | 1 = 33% |

Conservativ kezeléseink száma 6. Ezen eseteinkből egy anyai és egy magzati halálkozásunk volt.

3. *A tágulási szak végén* volt 17 esetünk. Ebből active kezeltünk 9 esetet, valamennyiben méhszájincisiók után fogóval fejeztük be a szülést. Eredményeink az anyai mortalitast illetőleg kitünőek voltak, a mennyiben halálozás nem fordult elő. Két magzatunk született halva = 22.3% mortalitas.

Conservative 8 esetet kezeltünk 12.5% anyai mortalitással; magzati halálozásunk szintén 12.5% volt.

4. *A kitolási szakban* jelentkezett eclamsiák száma 23 volt. A szülés ez előhaladott szakában az eclamsia a különböző irányok szerint is egységes, itt az activ és conservativ irányzat találkozik abban, hogy per vias naturales rendszerint könnyű beavatkozással lévén befejezhető a szülés, az anyai szervezet minél előbb tehermentesítendő.

Kezelésünk, mely tehát minden esetben activ volt, a következőkép alakult:

Fogó --- --- --- --- --- --- --- 17 eset
Episiotomia + expressio foetus --- 3 „
Extractio --- --- --- --- --- --- --- 2 „
Lábrafordítás + extractio --- --- --- 1 „

Eredményeink kitünőek voltak, a mennyiben egy anyát sem veszítettünk, magzatmortalitásunk (2 eset 23-ból) = 8.6%.

5. *Gyermekágyi eclamsiánk* a szülést követő első 24 órán belül mutatkoztak. Számuk 11 volt. Valamennyit Stroganoff szerint kezeltük s valamennyi esetünk meggyógyult.

Eseteink részletes áttekintése után azt állapíthatjuk meg, hogy a szülés kitolási időszakában és a gyermekágyban jelentkezett eclamsia eseteiben kezelési eljárásunktól oly sikert láttunk, hogy nem lehet vita tárgya, hogy a kitolási időszakban a szülés befejezésével, a gyermekágyban a Stroganoff-féle conservativ kezeléssel a legjobb eredményt érhetjük el. Eldöntendő azonban az a kérdés, hogy a terhesség alatt és a szülés tágulási szakában kitört eclamsia eseteiben melyik a sikeresebb eljárás. E két időszak eredményeit összegezve, azt találjuk, hogy 63 esetünk közül active kezeltünk 35 esetet, ezek anyai mortalitása 9 = 25.7% volt, míg conservative kezelt 28 esetünk közül 3-at veszítettünk = 10.8%.

A mi a bekövetkezett halál körülményeit illeti, activ eseteink közül 8-ban (35-ből) = 22.8% eclamsia-halál, egy esetben azonban (35-ből) = 2.8% a műtéti beavatkozással járt súlyos lágyrészsérülés okozta elvérzés állapotított meg a bonczolás alkalmával. Conservative kezelt eseteinkben kivétel nélkül eclamsia-halál volt megállapítható.

A mi a magzat sorsát illeti, erről a következő táblázat nyújt felvilágosítást:

| A kezelés módja | Magzatok száma | Össz-mortalitas | Redukált mortalitas az élő és életképes magzatokra |
|-----------------------|----------------|-----------------|--|
| Activ --- --- --- --- | 37 | 16 = 43.2% | 11 = 37.8% |
| Conservativ --- --- | 29 | 10 = 34.5% | 9 = 31% |

Feltűnő az activ eljárás kapcsán tapasztalt magas magzatmortalitas. Ennek magyarázatát abban lelhetjük, hogy a hysteuryssist + kombinált lábrafordítással és extractióval kezelt eseteinkben a lágyrészek ellenállása miatt került a magzat leggyakrabban életveszélybe. Sokkal jobbak e tekintetben a sectio caesarea vaginalis kapcsán tett tapasztalataink, úgy hogy ez eljárási mód kiterjesztésétől remélhetjük a magzatmortalitas csökkenését.

Az activ és conservativ eljárással elért eredmények százalékos kimutatása az intézetek szerint rendkívül változó. Áttekintést nyújt erről a következő táblázat:

A) *Activ kezelések:*

| Szerző neve | Anyai mortalitas | Magzati mortalitas |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Zweifel (sectio caes. vag.) | 20% | — |
| Winter (sectio caes. vag.) | 22·6% | 17% |
| Ruge — — — — — | 19·2% | 25·1% |
| Rohrbach — — — — — | 17·8% | 19·2% |
| Pollak (sectio caes. abd.) | 46% | 34·7% |

B) *Conservativ kezelések:*

| Szerző neve | Anyai mortalitas | Magzati mortalitas |
|------------------------|------------------|--------------------|
| Stroganoff — — — — — | 7% | 22% |
| Zweifel — — — — — | 5·9% | — |
| Winter — — — — — | 10·3% | 33% |
| Lichtenstein — — — — — | 6·2% | 39·4% |
| Schiller — — — — — | 16·6% | — |
| Ruge — — — — — | — | 38·8% |

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.)

A Meinicke- és Sachs-Georgi-féle luesreakciók a belorvosi diagnostikában.

Irták: *Hajós Károly* dr. és ifj. *Molnár Béla* dr., klinikai gyakornokok.

III.

Alig néhány hónappal *Meinicke* után *Sachs* és *Georgi* is közölt egy új csapadékos luesreakciót, a melynek kivitele még a M. R.-énál is egyszerűbb és a mely éppen azért csakhamar háttérbe is szorította a M. R.-t. Egymásután jelennek meg az ellenőrzők közleményei, a melyek csaknem egyöntetűen megegyeznek abban, hogy a S. G. R., ha egyelőre nem is pótolhatja teljesen a Wa. R.-t, ennek értékes kiegészítője. A reactio használhatóságának, azaz érzékenységének és specificitásának megítélésére, sajnos, nincsen más eszközünk, mint a Wa. R. Összehasonlításra azonban a Wa. R. csak akkor volna tökéletesen alkalmas, ha az minden lueses vagy legalább is minden activ lueses esetben positiv volna és minden más megbetegedésben negativ eredményt adna. Jól tudjuk, hogy a Wa. R. e két feltétel egyikének sem felel meg és ezt tekintetbe kell vennünk akkor, a mikor a Wa. R. eredményétől eltérő S. G. R. eredmény megítéléséről van szó.

Sachs és *Georgi* az eseteknek majdnem 95%-ában kapott a Wa. R.-val egyező eredményt. Az utánvizsgálók közül *Mandelbaum* az eredeti technikával csak 64%-ban kapott egyező eredményt, saját módosításával azonban (a hígított savót inaktíválva) ő is 91%-ban ért el egyező eredményt. *Weichardt-Schrader*, *Konitzer*, *Lesser*, *Guggenheimer*, *Schroeder*, *Kafka*, *Merzweiler*, *Wolfenstein*, *Hauck*, *Zurhelle* több mint 80%-ban egyező eredményről számol be, míg *Meyer*, *Michaelis*, *Reich*, *Löns*, *Münster*, *Raabe*, *Scheer*, *Felke-Wetzell*, *Gaethgens*, *Fränkel*, *Nathan*, *Nathan-Weichbrodt* 90%-nál is több egyező eredményt mutat ki.

Az eredmények meglepő egyezésén kívül a reactio kivitelének rendkívüli egyszerűsége is érdemessé teszi a Sachs-Georgi-reactiót arra, hogy foglalkozzunk vele.

A reactio lényege, mint a bevezetésben említettük, az hogy a lueses savó és megfelelő szervkivonat egymásra hatásakor látható csapadék képződik. *Sachs* és *Georgi* szerint a savó globulinjai és a szervkivonat lipoidjai szerepelnek a csapadék létrehozásában. A reactio főleg abban különbözik a *Wassermann*- és a *Meinicke*-reactiótól, hogy csak egyszerű, épp úgy, mint az összes többi, gyakorlati jelentőséggel nem bíró csapadékos reactio. Különbözik azonban ezektől az utóbbiaktól abban, hogy nem egyszerű vegyi anyagokkal hozza létre a csapadékot, hanem igyekszik a

Wassermann-reactio feltételeit utánozni és ahhoz hasonlóan physiologiás konyhasóoldattal, természetes szervkivonattal, thermostatban stb. dolgozik. *Meinicke* nagy előnynek tartja az ő reactiójánál azt, hogy kétszakaszú és hogy már az első szakban látható a savók kicsaphatósága. Azok a savók, a melyek az első szakban nem adnak csapadékot, egyáltalában nem alkalmasak a csapadékos reactiók kivitelére, mert azok nem csaphatók ki. A *Sachs-Georgi* reactiónál az ilyen savók kiküszöbölésére nincs módunk, ezek elvesznek a többi negativ eredményű savó között. Mégsem tekinthető ez a dolog a *Sachs-Georgi*-féle reactio lényeges hátrányának, mert kevés ki nem csapható savó van és mert a negativ eredményt, épp úgy, mint a *Wassermann*-reactiónál, itt sem tekinthetjük döntő értékűnek; de hogy mégis vannak ilyen esetek, arra bizonyíték a IV. táblázat két esete (l. alább).

A reactio methodikája a következő: 0·1 cm³ 1/2 óráig 56-on inaktivált savóhoz 0·9 cm³ 0·85%-os, lehetőleg frissen készített és megszürt konyhasóoldatot és 0·5 cm³ 0·85%-os konyhasóoldattal hatszorosára hígított alkoholos cholesterines marhaszív-kivonatot adunk. Kontrollképpen a *Wassermann*-reactióhoz hasonlóan positiv és negativ savókat is beállítunk, azonkívül savókontrollokat, azaz minden vizsgálandó savónak 0·1 cm³-ét 0·9 cm³ physiologiás konyhasóoldattal és szervkivonattal helyett konyhasóoldattal hatszorosára hígított 0·5 cm³ alkoholal és végül szervkivonatkontrollt, vagyis 1 cm³ 0·85%-os konyhasóoldatot 0·5 cm³ hatszorosára hígított szervkivonattal. A kémilöcsőveket 24 órára thermostatba tesszük s azután leolvassuk. Úgy tapasztaltuk, hogy néha 24 órán túl még erősödik a csapadék s ezért czélszerű tovább várni a leolvasással. *Gaethgens* csak 48 óra múlva olvassa le a végleges eredményt. A leolvasáshoz *Sachs* és *Georgi* szerint *Kuhn-Woithe*-féle agglutinostkopot kell használni, az utánvizsgálók legnagyobb része azonban csak lupét vagy IV. sz. mikroskop-okulárt használt. Mi is így olvastuk le eredményeinket. Míg a negativ savók homogének és gyengén opaleszkálók maradnak, addig a kétesek erősebben megzavarosodnak, a positivokban pedig az agglutinációhoz hasonló csapadék látható, a melynek erősségét +, ++ és +++-tel jelöljük.

A szerzők egyhangú véleménye szerint legfontosabb a megfelelő módon készített és hígított szervkivonatok használata. A szervkivonat készítése következőképpen történik: 1 gr. nedves szívizomanyagot 5 cm³ alkoholal extrahálunk, ezt a nyers kivonatot megfelelő mennyiségű alkoholal és 1%-os alkoholos cholesterin-oldattal hígítjuk. A hígítás arányát minden szervkivonatra nézve ki kell próbálni. Az arány legtöbbször a következő: 100 cm³ nyers kivonat, 200 cm³ alkohol, 13·5 cm³ 1%-os alkoholos cholesterinoldat. A cholesterinmentes szervkivonatok a kicsapáshoz nem elég érzékenyek. A szervkivonat hígítását úgy végezzük, hogy egy rész antigenhez ugyanannyi konyhasóoldatot öntünk gyorsan, azután az edényt vízszintes síkban enyhén mozgatva, további 4 rész konyhasóoldatot öntünk hozzá gyorsan. Az így készített hatszoros hígítású szervkivonat opaleszkáló, áttetsző, homogen lesz. Nagyon ajánlatos a *Wassermann*-reactióhoz hasonlóan egyidejűleg több szervkivonattal állítani be a reactiót. Czélszerű mindig friss savóval dolgozni, mert már néhány napi állás után megváltozik a savó kicsaphatósága, még pedig úgy positiv, mint negativ irányban. A szerzők egy része (*Meyer*, *Gaethgens* stb.) hátrányának tartja a késői leolvasást (24—48 óra) s ennek kiküszöbölése végett *Meyer* azt ajánlja, hogy 3—4 órai thermostatban való állás után centrifugáljuk le a kémilöcső tartalmát, *Gaethgens* pedig azonnal centrifugálja. Szerintük positiv esetekben már ilyenkor leülepedhet a csapadék. Meg kell még emlékeznünk arról, hogy *Lipp* és *Scheer* szerint a *Sachs-Georgi*-reactio *mikromethodussal* is végezhető, a mikor 1 csepp savóhoz 9 csepp konyhasóoldatot és 5 csepp hígított szervkivonatot adnak. *Scheer* különösen csecsemőknél ajánlja a csepp-methodust.

Vizsgálataink 538 savóra vonatkoznak. Eredményeinket a III. sz. táblázat tünteti fel.

III. táblázat.

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|---|--------|--------|----------|
| Wassermann-reactio ... | + | - | + | - | + | + | - | + | + | Önkötő | Önkötő | Összesen |
| Sachs-Georgi-reactio... | + | - | - | + | + | + | + | - | + | + | - | |
| Esetek száma ... | 107 | 330 | 42 | 31 | 4 | 2 | 5 | 8 | - | 2 | 7 | 538 |
| % ... | 19.88 | 61.33 | 7.80 | 5.76 | 0.74 | 0.37 | 0.92 | 1.48 | - | 0.37 | 1.30 | - |

A néhány kétes reakciót leszámítva, a melyeket megismételve többnyire egyöntetűvé vált az eredmény, 73 esetben (13.5%) kaptunk teljesen eltérő eredményt, és pedig 42 esetben (7.8%) a Wassermann-reactio volt pozitív, negatív Sachs-Georgi-reactio mellett, 31 esetben (5.7%) pedig megfordítva: a Sachs-Georgi-reactio adott pozitív eredményt negatív Wassermann-reactio mellett. Ezeket az eltérő eredményű eseteket a IV. táblázatban foglaltuk össze.

IV. táblázat.

| Diagnosis | Csak W.-R. | Csak S. G.-R. | Megjegyzés |
|---|-----------------|---------------|--|
| | + | + | |
| Régi lues ... | 11 ¹ | 8 | ¹ Egy esetben a M.-R. első szakában sem volt csapadék. |
| Aorta-elváltozások ... Arteriosclerosis, hemiplegia ... | 7 | 3 | |
| Tabes dorsalis ... | 3 | 1 | |
| | 5 ² | 3 | ² Egy esetben a M.-R. első szakában sem volt csapadék. Egy esetben 4 nap múlva a S.-G.-R. is pozitív. |
| Meningomyelitis ... | 1 ³ | 1 | ³ 4 hónap múlva S.-G.-R. is pozitív. |
| Lues cerebri ... | — | 1 | |
| Chorioiditis ... | — | 2 | |
| Anaemia perniciosa | — | 2 | |
| Arthropathia luet. ... | — | 1 | |
| Gégelues ... | — | 1 | |
| Diabetes insipidus ... | — | 1 | |
| Cat. apic. ... | — | 1 | |
| Hyperacid. ventr. ... | — | 1 | |
| Neurosis ventr. ... | — | 1 | |
| Iritis ... | 1 | — | |
| Nephrosis ... | 1 | — | |
| Ostitis ... | 2 | — | |
| Sclerosis multiplex ... | 1 | — | |
| Tumor mediastinalis | 1 | — | |
| Epilepsia ... | 1 | — | |
| Ischias ... | 1 | — | |
| Tbc. peritonei ... | 1 ⁴ | — | ⁴ 3 nap múlva a Wa.-R. is negatív. |
| Malaria ... | 1 | — | |

A IV. sz. táblázat világosan mutatja, hogy a különböző eredményt adó esetek legnagyobb része lueses eredetű betegség, illetőleg régi lues. Ezek azok az esetek, a melyekben azelőtt is, a mikor még csak a Wassermann-reactiót végeztük, gyakrabban kellett számolnunk úgynevezett átmeneti értékekkel („Uebergangswerte“), azaz részint kétes, részint ingadozó, változó eredményekkel. Ez magyarázná azt, hogy egyes ilyen régi lues-esetek csak az egyik vagy csak a másik reakcióval adnak pozitív eredményt. Néhány olyan esetünk is volt, a melyben mindkét reakciót megismételtük és akkor már egyforma eredményt kaptunk. Az, hogy az esetek 7.8%-ában csak a Wassermann-reactio, 5.7%-ában pedig csak a Sachs-Georgi-reactio volt pozitív, azt látszik bizonyítani, hogy a Wassermann-reactio érzékenysége kissé felülmúlja a Sachs-Georgi-reactióét. Ugyanerre az eredményre jutott a szerzők nagy része, így Weichardt-Schrader, Schroeder, Meyer, Gaethgens stb. A különböző eredményt adó esetek közül alig van néhány olyan, a melyet nem tekinthetünk specifikusnak, így a pozitív Wassermann-reactiók közül egy-egy ischias, tuberculosis peritonei és malaria, a pozitív Sachs-Georgi-reactiók

közül pedig egy-egy cat. apic., hyperacid. ventr. és neurosis ventr. Absolut biztossággal természetesen ez esetekben sem zárhatjuk ki a lueses anamnesist. De ettől eltekintve, mivel az 538 eset közül csak 3 esetben látszik a Sachs-Georgi-reactio nem specifikusan pozitívnak, a reactio specificitását igen jónak mondhatjuk. A 330 egyezően negatív eredményt adó eset között válogatás nélkül a belklinikán előforduló mindenféle megbetegedés szerepel, természetesen lázas betegség is. Egyes szerzők szerint nem ad specifikus eredményt a Sachs-Georgi-reactio ulcus molle esetében. A fekély begyógyulása után a reactio azonban negatívvá válik. Vizsgálati anyagunk természete szerint ulcus molle-eseteket nem vizsgálhattunk.

A szerzők egy része felhívja a figyelmet arra, hogy friss lues-esetekben a Sachs-Georgi-reactio előbb válik pozitívvá, ellenben antilueses kezelés után később lesz negatívvá, mint a Wassermann-reactio. Hasonló tapasztalatra jutott annak idején Hermann és Perutz az ő csapadékos reakciójával, a mely különben a gyakorlatban nem vált be. Perutz ezért ellenzi Wassermann ama javaslatát, hogy a syphilit biológiai alapon Wassermann-reactio előtti és utáni szakokra osszák, a szokásos primaer, secundaer és tertiaer szakok helyett, mert az egyén már a pozitív Wassermann-reactiót megelőzően serologailag is beteg lehet. Belklinikai anyagunk lévén, saját tapasztalataink nincsenek arra vonatkozólag, hogy friss esetekben a Sachs-Georgi-reactio csakugyan előbb válik pozitívvá, mint a Wassermann-reactio, de ha ez igaz, akkor igazat kell adnunk Perutz-nak, hogy nem célszerű a luest Wassermann-reactio előtti és utáni szakokra osztani. Azt, hogy kezelt esetekben a Sachs-Georgi-reactio még akkor is pozitív, a mikor a Wassermann-reactio már negatívvá válik, mi is láttuk, de még nem dönthetjük el, vajjon ebből le lehet-e vonni azt a gyakorlati következtetést, hogy az antilueses kezelést a Sachs-Georgi-reactio negatívvá válásáig kell-e folytatni.

A Meinicke-reactiótól eltérőleg a Sachs-Georgi-reactio liquor cerebrospinalissal is végezhető. Liquor-vizsgálatot, sajnos, csak 4 esetben végezhetünk a Wassermann-reactióval párhuzamosan, szintén kitértünk mennyiségekkel. Mind a 4 esetben egyezően negatív volt az eredmény.

Megcsináltuk a Sachs-Georgi-reactiót egy esetben exsudatum pleuriticummal is, a hol kezdődő paralysis, diabetes és pleuritis volt a diagnosis. A beteg vére úgy a Wassermann-, mint a Sachs-Georgi-reactióval pozitív eredményt adott. Az exsudatum Sachs-Georgi-reactiója szintén pozitív volt.

Összefoglalás.

1. A Meinicke- és különösen a Sachs-Georgi-reactio a Wassermann-reactiónál sokkal egyszerűbb methodikával végezhető, az utóbbihoz szükséges anyagok beszerzésével járó nehézségek nincsenek meg.

2. Mindkét reactio érzékenysége valamivel kisebb, mint a Wassermann-reactióé.

3. A Meinicke-reactio a Wassermann-reactiónál kevésbé specifikus, a Sachs-Georgi-reactio specificitása eléri a Wassermann-reactióét.

4. A Sachs-Georgi-reactio liquor cerebrospinalissal is jó eredménnyel használható; Meinicke módszerével liquorok nem vizsgálhatók.

5. Egyelőre egyik reactio sem pótolhatja a Wassermann-reactiót, de különösen a Sachs-Georgi-reactio célszerűen egé-

szítheti ki azt, mert sok olyan lues-esetben ad positiv eredményt, a melyben a Wassermann-reactio cserben hagy. Ezért ajánljuk, hogy a Wassermann-reactio mellett minden esetben végeztessék el a Sachs-Georgi-reactio is.

Irodalom. *Blumenthal*: Mediz. Klinik, 1919, 32. — *Elias-Neubauer-Porges-Salomon*: Wiener klin. Wochenschr., 1908, 21. — *Felke-Wetzell*: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 47. — *Fränkel*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 37. — *Gaethgens*: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 33. — *Georgi*: Biochemische Zeitschr., 1919, 93. 1. — *Guggenheimer*, ref.: Mediz. Klinik, 1919, 21. — *Hauck*: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 49. — *Kafka*, ref.: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 3. — *Klausner*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1909, 9. — *Kaufmann*: Mediz. Klinik, 1918, 33. — *Konitzer*: Mediz. Klinik, 1919, 15. — *Lesser*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1918, 42. Münchener med. Wochenschr., 1918, 32. Berliner klin. Wochenschr., 1919, 10. Mediz. Klinik, 1919, 21. — *Lipp*: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 42. — *Löns*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 21. — *Mandelbaum*: Münchener mediz. Wochenschr., 1918, 43. — *Meinicke*: Berliner klin. Wochenschr., 1917, 25, 50. 1918, 4. Münchener mediz. Wochenschr., 1918, 49. Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 7, 12, 24. Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 33. Zeitschr. f. Immun., 27. 4 és 28. 3.—5. — *Merzweiler*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 46. — *Meyer*: Mediz. Klinik, 1919, 12. — *Michaelis*: Berliner klin. Wochenschr., 1907, 47. — *Münster*: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 9. — *Nathan*: Mediz. Klinik, 1918, 41. — *Nathan-Weichbrodt*: Münchener mediz. Wochenschr., 1918, 46. — *Perutz*: Wiener klin. Wochenschr., 1919, 39. — *Porges-Meyer*: Berliner klin. Wochenschr., 1918, 15. — *Raabe*: Berliner klin. Wochenschr., 1919, 43. — *Reich*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 7. — *Sachs-Georgi*: Mediz. Klinik, 1918, 33. Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 16. — *Sachs*, ref.: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 3. — *Sachs-Altmann*: Berliner klin. Wochenschr., 1908, 10. — *Sachs-Rondoni*: Berliner klin. Wochenschr., 1908, 44. — *Scheer*: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 32. — *Schroeder*: Mediz. Klinik, 1919, 22. — *Wassermann-Neisser-Bruck*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1906, 19. — *Weichardt-Schrader*: Mediz. Klinik, 1919, 6. — *Wolffenstein*: Berliner klin. Wochenschr., 1919, 47. — *Zurhelle*: Derm. Zeitschr., 1919, IX.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészeti.

Az acut appendicitisről ír *Jalaguier*. A közlemény szigorú bírálata *Ténon* nemrég megjelent munkájának, amelyben ez utóbbi az appendicitis korai műtéte mellett tör lándzsát. *Jalaguier* 30 éves tapasztalatára hivatkozik. Hangsúlyozza, hogy mindig ellensége volt annak a systematizáló doctrínának, a mely a beavatkozás indicióját matematikai formába önti: appendicitis diagnosa = operatio.

Feltétlenül veszélyes ez a tan, semmi esetre sem lehet csálhatatlan, mert teljesen szabatos diagnózis alapján idealisan végrehajtott műtét után is elég tekintélyes mortalitás fenyegeti a sebészt.

Jalaguier nem elvi ellensége a korai műtétnak, hanem individualizál. Mindig pontos klinikai vizsgálat tárgyává teszi a beavatkozás javaslatának kérdését. Azt az appendicitises beteget, a ki kezdettől fogva tapasztalt sebész megfigyelése és kezelése alatt áll, nyugodt lelkiismerettel hagyhatjuk továbbra is observatio alatt. Hogy be kell-e avatkoznunk és mikor, azt az első 24 órában beálló következő jelenségek döntik el:

A hasra helyezett jégzacskó nem okoz látható megkönnyebbülést, az arczkifejezés nem javul. A hányás folyton tart, vagy megszűnté után újból visszatér. A hőmérsék állandóan emelkedik, esetleg incongruens a pulsussal. Intenzívebbé válik a localis fájdalom, változatlanul fennáll a defense. E tünetek mindegyike külön-külön feltétlenül indikálja az operatív beavatkozást; ha több van jelen egyszerre, elhatározásunk annál megingathatatlanabb kell, hogy legyen.

A szerző nem közöl részletes statisztikai kimutatást, csak általánosságban állapítja meg, hogy a halálozás acut esetekben 3—4%.

Ha a helyi és általános jelenségeket helyesen kezeljük, nagyon gyakran sikerül megnyugtattunk a heveny gyuladást

folymatot. Ezzel elérjük azt, hogy a féregnyulványt az a froids stadiumban, sokkal kedvezőbb feltételek mellett távolíthatjuk el, mint akkor, amikor a fertőzés a tetőpontján van. Mindazonáltal, ha a fenti tünetek jelen vannak, a műtéttel nem szabad késlekednünk.

Ha mégis várunk a műtéttel, feltétlenül szükséges a beteg kórházi ápolása. A sebész mindig kéznél legyen és a kezelés szabatos végrehajtását ő ellenőrizze. Amennyiben ez nem áll módunkban, kövessük *Ténon* és operáljunk azonnal!

Összegezve a mondottakat, a szerző megállapítja, hogy appendicitisnél is lelkiismeretesen foglalkozunk a beteggel, tanulmányozzuk a kórképet. Diagnosisunkban megingathatatlanok legyünk, operatív tudásunk ne essék kifogás alá.

Ha így járunk el, nem veszünk el értékes időt, de nem operálunk elhamarkodottan. Bizton elkerülhetjük a, sajnos, *túlságos gyakran előforduló diagnostikai tévedéseket. Csak a systematikus műtéves hívei operálnak minduntalan cholecystist, intermittáló hydronephrosist és még sok mást, mint appendicitist.* (Bull. Acad. de méd. Paris, 1919.)

Henri Endre dr.

Gyermekorvostan.

Encephalitis choreiformis epidemica néven foglalja össze *Dimitz* a most tömegesen mutakozó encephalitisek egyik csoportját, melynek eddig ismeretlen alakja már több diagnostikai tévedésre (hysteria, chorea, psychosis) adott alkalmat. A bécsi pszichiatriai klinikán eddig 35 ilyen eset került megfigyelés alá. A megbetegedés kezdetén enyhe láz kíséretében hurotos tünetek jelentkeznek, melyeket nyugtalanság, majd nyilaló fájdalmak a rekesztájon és hasizomzatban váltanak föl. Lassanként apró rángások mutatkoznak a hasizomzatban, majd clonusos görcsök a végtagokban, melyeket általános motoros nyugtalanság követ. A choreiform mozgások clonusos görcsökkel váltakoznak a törzsizomzatban és a végtagok proximalis részeiben, míg az arcizomzat és a kezek aránylag sokkal ritkábban vesznek részt. A motoros nyugtalanságnak majdnem állandó kísérője a sensorium zavara, mely deliriumokból, látási és hallási hallucinációkból állhat és praevaleálhat a kórképben; kísérő tünetek: renyhe reakciójú vagy merev pupillák, kettős látás, ptosis, ritkábban nystagmus. Egészen enyhe lefolyás mellett (formes frustes) igen súlyos alakokat is láttak. Az eddigi halálozás 27%. A halál pneumonia, tüdő-oedema vagy collapsus tünetei közt következett be. Az egy esetben megejtett szövettani vizsgálat encephalitis haemorrhagicát állapított meg. A szerző az influenzával való kapcsolat lehetőségét nem tagadja, bár egyes esetekben semmi influenzás tünet sem volt észlelhető. A therapia tisztán tüneti. *Wagner v. Jauregg* nyomán a staphylococcus-vaccinával kezelést javasolja. (Wiener klin. Wochenschrift, 1920, 8. szám.) *Bakay Emma* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Klinikai és pathologiai adatok a felső légutak megbetegedéseihöz czímmel terjedelmes tanulmányát közli *Bennewitz*, a drezdai városi kórház orr-, gége- és fülbetegosztályáról. *Bergmann* mondását követve, mely szerint minél jobban uralkodik a szakorvos szakmáján, annál inkább kultiválja ennek vonatkozásait az általános orvostudományhoz, tanulmányának most megjelent IV. fejezetében az anyagcserebetegségeknek a felső légutak bajiában való szerepét tárgyalja és a következő tetteket állítja fel: 1. A felső légutak heveny megbetegedései általánosságban bakteriumok behatása és hajlamosság folytán állanak elő. 2. Az idősült állapotok a heveny betegségekből sokszor azért keletkeznek, mert az alapbajok, melyekhez az anyagcserebetegségek is tartoznak, a spontán gyógyulást megakadályozzák vagy megnehezítik. 3. A rhinitis chronica simplex, pharyngitis sicca és tonsillitis chronica egyes esetekben összefüggésben állanak a köszvényvel és ilyenkor az operatív beavatkozások (a tonsillák enucleatioja) contraindikáltak. 4. További vizsgálatok vannak hivatva eldönteni, vajjon a rhinitis chronica hyperplastica is olykor anyagcserebajok alapján fejlődik-e? Egyébként egész-

séges fiatal egyének ily bajában felmerült a gyanú, hogy valamely latens ok, olykor az u. n. relativ adipositas tartja fenn az ornyálkahártya megbetegedését. 5. Hasonlóképpen valamely anyagcserebetegségnek, mint alapbajnak tulajdonít szerepet azon körülményben is, hogy egyes, az orr lumenét tágító műtéti beavatkozások után tartós pörkösödés áll be, valamint, hogy egyes esetekben a hyperplasiás ornyálkahártya excisiója után recidivák mutatkoznak. A rostasejtek és iköböl chronikus gyuladásának részletesen ismertetett esetében a causalis nexus a köszvényes diathesisel kimutatható volt. 6. A therapia az alapbajnak és a localis elváltozásoknak orvoslásában áll. Az alapbaj gyógyítására az animalis, fehérjékben dús ételeknek hosszú időn át való megvonása és bőséges testmozgás a leglényegesebb köszvényes diathesis eseteiben. A localis elváltozások kezelésében a pangásos kezeléstől — Bier szalaggal — látott jó eredményeket. (Zeitschrift für Laryngologie, 9. kötet, 1. füzet, 1919.)

Safranek.

Szemészet.

Lencsehomályokról réz-idegentest jelenlétekor a szem belsejében. Wirths (Rostock) hivatkozik Purtscher egyik közlésére, melyben először van szó a lencse saját-szerű változásáról réznek a szem belsejében huzamosabb jelenléte mellett. Oldalt beeső világításkor ugyanis szürkés-fehér homályt látunk, mely a lencse elülső rétegeiben fészkel, nagyjában kerek és széli részeiből mindenfelé egyenletesen áttetsző nyelvalakú homályok indulnak ki a lencse széle felé, úgy, hogy a kép napraforgóra emlékeztet. Áteső világításnál a lencse teljesen tiszta, átlátszó, elhomályosodásból semmit sem látni. Három azonos megfigyelése alapján Purtscher szerint ez a látszólagos szürke hályog réznek a szem belsejében tartózkodása mellett bizonyít. Két esetben azonkívül feltűnt, hogy a lencse-képek a szivárvány színeiben csillogónak látszanak. Újabban azután Purtscher hangsúlyozza, hogy ez az irizálás Vogt újabb vizsgálatai szerint nem jellemző réz jelenlétére, mert másféle szürke hályognál is látható. Wirths teljesen azonos esetet ismertet, melyben a lencsében a fentleírt sugaras homályt oldalt beeső világításnál látni lehetett, éppen úgy, mint mindkét lencse-kép szivárványszerű csillogását. A réz darabka a szem belsejébe oly természetű sérülés alkalmával jutott, mely a lencsét elkerülte; hogy a lencse-homály mennyi időre a sérülés után képződött, azt biztossággal megállapítani nem volt lehetséges; 1/2 évvel a sérülés után még nem volt megállapítható, 2 évvel utána már igen, de a közbeeső időben a sérültet nem vizsgálták. A szerző lehetségesnek tartja, hogy ebben az esetben is oldódófélben levő réz-szilánk okozta a lencse-változásokat. (Zeitschr. f. Augenheilk., 1918, XL. kötet, 3. füzet.)

H. K.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Jod-diuretal néven a Knoll-czég tablettákat hozott forgalomba, a melyek mindegyike 0.5 gramm theobromint és 0.2 gramm jodkaliumot tartalmaz. Rendes adagja naponként 3—4-szer féltabletta; czélszerű ostyában bevenni. Használata ajánlatos mindamaz esetekben, a melyekben theobromin és jod egyidejű használata javalt. (Mediz. Klinik, 1919, 41. szám.)

Dysenteria eseteiben Schiff jó eredménnyel használta a formalin-klismákat; az 1%-os formalin-oldatból naponként kétszer adott 300 cm³-t. Hátránya az eljárásnak, hogy a beöntések a nyálkahártya kóros állapotának fokával arányban többé-kevésbé fájdalmasak. (Wiener klin. Wochenschr., 1919, 41. sz.)

A hasmütétek utáni bélhűdések megelőzésére Unger az asthmolysin használatát ajánlja. Minden egyes ampulla 1.1 grammot tartalmaz 0.0008 gramm mellékvesekivonattal és 0.04 gramm hypophysiskivonattal. A szer közvetlenül a műtét után fecskendezendő be intramuscularisan. Kövér embereknek 1 1/2 ampullányi adandó. (Zentralbl. f. Chir., 1919, 45. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat. 1920, 9. szám. *Neuwirth Jenő*: Adat a lupus erythematosus kóroktanához. *Biró Ernő*: Háborús röntgenológiai tapasztalatok. *Schiller Károly*: Az influenza sebészeti complicatióiról.

Vegyes hírek.

Meghalt. *Widder Bertalan dr.* fővárosi orvos 48 éves korában február 26-án. — *M. Stolz*, a gynaekologia rendkívüli tanára a gráci egyetemen. — *C. Grube* ismert balneologus, neuenahri fürdőorvos, 54 éves korában. — *H. Schwiening*, az államorvostan tanára a berlini Vilmos császár-akadémián, 50 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A greifswaldi egyetemen dermatológiai tanszéket szerveztek és vezetésére meghívták *W. Schönfeld* würzburgi docent. — *G. Steiner* (psychiatria) heidelbergi, továbbá *E. Rehn* és *R. Eden* (sebészet) freiburgi docens a rendkívüli tanári címet kapta. — *Orth* tanár, a híres pathologus, február 26-án ünnepelte 50 éves orvosdoctori jubileumát.

A német orvosok és természetvizsgálók szeptember 26.-ától október 1.-éig tartják 86. vándorgyűlésüket, még pedig Nauheim fürdőben, *F. Müller* müncheni tanár elnöklésével.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: **Dr. Nádasy István.** Ügyvezető igazgató: **Fézl József.** Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtérmekek kibővítve. **Diagnostikai és therapiai Röntgen-Laboratorium.** Vezető: **Dr. Rablóczyk.** — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

ORVOSI ÉVKÖNYV 1920.

Szerkesztőségi zárlat március 10.

Kérdőívekkel felszólításra még szolgálhatunk.

A szerkesztőség: VII., Kertész-u. 16.

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM
VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

Dr. Darányi Gyula áll. bakteriologus orvosi laboratoriuma
IV., Városház-u. 10.

Dr. KENDE ZSIGMOND
orvosi laboratoriuma, Budapest, V., Szent István-tét 15. (Basilika mellett.)
Telefon 139-54.

JANOS-SANATORIUM I., Városmajor-utca 68. sz.
TELEFON: 8-18, 119-89. sz.
Szülészeti osztály (bentlakó szülészorvóval és két bentlakó osztályos orvossal). Sebészet. Nőgyógyászat. Belgyógyászat. Röntgen- és orvosi laboratoriuma bejáróknak is. Kitűnő fekvés. Elsőrangú ellátás. Diätikus- és hízőkúrák. Jól működő központi fűtés és melegvízellátás. Villamos megálló: Retek-u. (Trombitásnál)

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

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

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete I. ker., Lenke-út. Telefon: József 83-21. szám.

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásal

Termális és fisioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diätikus konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: *Dr. Benczúr Gyula*, egyet. magántanár. Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza*. Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla*.

vánatra prospektus.

Kívánatra prospektus.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né
Dr. Hilf Paula, Dr. Mandler
Ottó, Néhai Dr. Reich-féle

Zander

és tökéletesen felszerelt
fizikai gyógyintézete. —
IV., Semmelweis u. 2.
Kossuth Lajos-u. sarok

PÁLYÁZATOK.

1308/1920. szám.

Zalavármegye tapolczai járásához tartozó kapolcsi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Kapolcs, Zalapetend, Vigant, Pula, Talian-dörög, Monostorapáti, Hegyesd, Zalahalap, Sáska, Diszel községek.

Székhelye: Kapolcs.

Fizetés 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, lakbér, illetőleg természetbeni lakás, 500 korona fuvarátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak, továbbá a háborús és családi pótlékok.

A pályázók az 1908. évi 38. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzámm 1920. évi márczius hó 26.-áig adják be, mert az elkészt, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kapolcs községben a községek képviselőtestületeinek kebeléből és Zalavármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

Tapolcza, 1920 február hó 26.-án.

A h. főszolgabíró.

554/1920. sz.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye jársági felső járásának Jászárokszállás nagyközségében a proletárdiktatura alatt betöltött, de emiatt érvénytelenített II. községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. 1400 korona évi fizetés és négyszer 200 korona ötödéves korpótlék.

2. 500 korona lakbér.

3. Képnővizsgálati díjak.

4. A IV.—VI. kerületekben halottkémlési díj.

5. 1200 korona drágasági segély.

6. A vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, beteglátogatási, műtéti, fuvar- és távolsági díjak.

A pályázni kívánó orvos urak kérvényüket s okmányaikat hozzámm szíveskedjenek f. évi márczius 20.-áig beküldeni.

Jászberény, 1920 február 21.

Főszolgabíró.

Dr. NEUMANN Wassermann laboratoriuma

Budapest, VIII., Népszínház-u. 23, II. 7. Telefon József 14-89.

**GONDOLJUNK
MINDENKOR
LUESRE!**

Vérvételhez steril üvegcskéket kívánatra küldök.

GARAY SAMU ÉS TÁRSA

BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.

Orvosi műszer-, kötszer- s művégtaggyár. Betegápolási cikkek, has- és sérvkötők, kórházi vasbutorok s állatorvosi műszerek raktára.

LEGJOBB TÁPSZER

Qomaltine

Dr. PÁPAY

- FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.T.
VI., TERÉZ-KÖRÜT 31. TELEFON 20-19

Gonococcus fertőzéseknél „Opsogon” Staphylococcusoknál „Opsodermin” polyvalens specifikus vaccinák.

MAGNOL

méregmentes általános desinficiens. Baktericid hatása nagyobb a sublimátnál és karbolsavnál. A 20/00 oldat felülmúlja a 30/00 hydrogen superoxyd oldatát, nem mar, alkalmazása veszélytelen. Mindenütt alkalmazható, ahol erőlyes desinficiensre van szükség.

Gyártja:

„CHINOIN“

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.

Dr. KERESZTY és Dr. WOLF

Ujpest, Tó-uteza 5. szám.

Ara 5 kor. • Orvosoknak próbacsomag ingyen.

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész

Budapest, IV. ker., Múzeum-körút 31. Telefon: József 103-74.

Németországból megérkeztek: Steril laminaria 6, 8, 10 cm. hosszú tömör és lukas. Nelaton, Thyman, Pezzer és selyem katheterek.

Tapaszok, finom gummiárúk.

Teuffel-féle haskötők suspensorium és egyenesstartók.

Összes nőgyógyászati, szülészeti műszerek. Kifőzhető békeminőségű Rekordfecskendők.

ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

Budapest, VI., Andrássy-ut 28. Telefon: 68-16 és 37-04

Eredeti gyári áron azonnal szállít orvosi műszereket, orvosi vasbutorokat, műtő és sterilizáló berendezéseket, betegápolási cikkek, kötszereket stb. — Sürgőnycim: Medodelga Budapest.

WESZELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES ÉS TÁRSA UTÓDA

BUDAPEST, IV., KIGYO-TER 1.

Orvosi műszer, kötszer és művégtaggyár. Betegápolási cikkek, haskötők, sérvkötők, kórházi vasbutorok stb raktára.

DENTAL- FINGER FRIGYES TELEFON DEPOT Budapest, VI., Hajós-utca 41 16-49

Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratóriumok berendezését, valamint e szakba vágó összes műszerek javítását elvállalom. — Elektromedikai és mechanikai műhely.

„IMMUNITAS“

Dr. KERTÉSZ TIVADAR és TÁRSAI

Készít mindennemű diagnosztikai segédanyagot: festékoldatokat, antigéneket, táptalajokat stb.

Budapest, IV., Párisi-u. 4. • Tefefon: József 104—22.

GLYCEROPHOSPHAT-GLOMA

DR. WANDER

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen

Veifa-Werke · Frankfurt a/M.

Polyphos · München

testvérházaink

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

Telefon:

O D E L G A

Telefon:

68—16

Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrásy-ut 28
Sürgőnyezim: **Medodelga** Budapest.

37—04

Injektiones Eri

Az injectiós therápia céljait szolgáló használatra kész steril oldatok.
Speciallaboratorium ERI.
RÓZSAVÖLGYI IMRE BUDAPEST, VI, ARÉNA-UT 124.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

Budapest, IV., Eskü-ut 6. Klotild-palota.

Ezelőtt II., ker, Margit-körut 45.

Új telefonszám 58—97.

ANACOT-PASZTILLA

DR. WANDER

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS
TÁPSZERGYÁR R.T.

BUDAPEST



Ismét kapható!

Fersan

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.

Fersan-por.

Fersan-pastillák.

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosisnál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerháza

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerházaiban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

Tonico seda. ivum

KLINIKÁK,
KÓRHÁZAK
ÁLLANDÓAN
HASZNÁL-
JÁK



Dr. EGGER-féle készítmények**Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.****Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.****Sal. polybrom effero. Dr. Egger.****Tabul. polybromatae Dr. Egger.****Hycetol gran. effero. Dr. Egger.****Corrosol. inject. intramusc. antituec.****Tablion** Dr. EGGER a külföldi tabletták helyettesítésére.**Dr. Egger Leó és Egger J.,**

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára

BUDAPEST,**VI. ker., Révai-uteza 12. szám.****Sulfotin**Kalium sulfogujacolicum syrup, békebeli minőségben
200 gr-os üvegekben.**Arsotonin Domopon**a monomethydnatriumarse-
nat isotoniás oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jektiókhoz.
20 és 100 ampulás csoma-
golásbanAz összes opium alkaloidá-
kat tiszta állapotban tartal-
mazó készítmény.Tablettákban, ampullákban
és üvegekben.**Novatropin****Strychnotonin Protal****Cadogel Domargin****Ventrobaryt Retrobaryt****„CHINOIN”**gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.
(Dr. Kereszty és Dr. Wolf)**UJPEST**

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

Tüdőtuberkulosis.**Influenzás bronchitisek.
Skrophulosis stb.****Novocol-syrup****(Guajacolsyrup)***Rp.: Syrup Novocol Richter
lagen. orig.**DS. 3-szor naponta egy evőkanállal.
Gyermekeknél kávéskanállal.***Influenza.****Lázás megbetegedések.
Izületi- és izomrheumatismus.
Migraene.****Neo-Hydropyrin****(acetylsalicylsavas magnesium)****Tabletták alakjában 20×0,5 grammos
dobozokban.****Novocolcalcium Richter****Por- és tablettá-alakban.**

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal

IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Egyes számok kaphatók külön
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32. sz.)
Egyes szám ára 2 korona
50 fillér.

Küldemények és előfizetések czíme

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:

1919 novemberétől:

egész évre — — — 120 kor
fél évre — — — — 60 "
negyed évre — — — 30 "
Orvostanhallgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórházi
gyakorlatot teljesítők a felé
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bókay Zoltán: Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.) A csecsemőkori pylorusspasmus kezelése papaverinum hydrochloricummal. 121. lap.

Wollner Anta: Közlemény a budapesti tudományegyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató előbb Tauffer Vilmos dr., ny. r. tanár, jelenleg Tóth István dr. ny. r. tanár.) Az eklampsia kezeléséről. 125. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorostan. Maendl:* Az intravenás calcium-therapia tüdőgümőkör ellen. — *Sebüzet. Reismann:* A mellüregbe áttört májchococcus. — *Posenel:*

A haemorrhisok gyökeres műtéveséről. — *Zirn:* A gyjtőfértágulatok kezeléséről. — *Schloffer:* Izomátültetés. *Gyermekorvostan. Langstein:* A fogzás és a légutak hurutos megbetegedése közötti viszonyról. — *Eckstein:* Az újszülöttek anaemiájáról. — *Müller:* A Rumpel-Leede-tünet diagnostikai értékéről vörhenyben. — *Kisebb közlések az orvostudományról. G. Gaertner:* Szamárhurut gyógyítása. — *Krebs:* Myalgia és angina. — *Boas:* A haemorrhisok kezelése. — *A. Falck:* A bőr alá fecskendezésről. 128—129. lap.

Magyar orvosi irodalom. 129. lap.

Vegyes hírek. 129. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.)

A csecsemőkori pylorusspasmus kezelése papaverinum hydrochloricummal.*

Közi: *Bókay Zoltán dr.*, egyetemi magántanár, a klinika I. tanársegéde.

A csecsemőkori pylorusspasmus kezelésével az utóbbi években mind többen foglalkoztak s a kérdés, úgylátszik, sikeres megoldása felé közeledik. Míg az utóbbi években inkább a műtéti kezelés kérdése foglalkoztatta a szakköröket és a *Rammstedt*-féle pylorotomiával elért kiváló eredmények a kezelésben a korai műtéti beavatkozást tolták előtérbe, addig legújabbban a papaverin-therapia révén ismét a belső gyógyszeres kezelés kérdése került színpadra.

A papaverint a csecsemőkori pylorusstenosisban *Pal, Holzknacht* és *Sgalitzer* cikkei alapján vették alkalmazásba, s bár a közlések száma eddig csekély s a tapasztalatok e téren még eléggé gyérek, ez a kezelési eljárás már az eddig elért eredmények alapján is kiváló figyelmet érdemel.

Pal, valamint *Holzknacht* és *Sgalitzer* kísérleteiből ugyanis kiténik, hogy úgy a morphium, mint közeli rokonai bizonyos adagokban a sima izomrostok tonusát növelik (izgató hatás), s így a pylorusnak görcsös összehúzódásra való hajlamát egyenesen kedvezőtlenül befolyásolják; egészen másképp állunk azonban a papaverinnel, a mely tudvalevően szintén az opiumnak egy alkaloidája, de hatás szempontjából a morphiumnak sok tekintetben antagonistája.

A papaverin ugyanis a sima izomrostok spasmusát szünteti azzal, hogy a sima izomrostok tonusát hosszabb időre lecsökkenti; előnye, hogy a csecsemők aránylag nagyobb adagjait is jól tűrik, az eddigi tapasztalatok legalább ezt mutatják.

Holzknacht és *Sgalitzer* a bécsi gyermekklinika csecsemőosztályán subcutan 0.01 gr. adagot káros mellékhatás nélkül használt. *Mayerhofer* egy 3 hónapos csecsemőn rendszeres papaverinkezelés mellett a spasmus gyógyulását látta, a papaverint 0.001—0.01 gr. adagban adta subcutan, illetőleg per os 0.015—0.03 gr. adagban nyújtotta s később csepp-klysmá útján pro die 0.01—0.02 gr.-ot vett alkalmazásba. A gyógyulást a Röntgen-kép igazolta. *Friedjung* 0.01—0.02 gr.-os adagokat ajánl per os, naponta kétszer.

* Minden jog fentartva.

Pirquet belsőleg adagolja 0.005 gr.-os dózisokban. *Knöpfelmacher* 0.01—0.02 gr. mennyiséget ajánl bőr alá fecskendezésre. *Deeprat* Amsterdamból szintén jó eredményeket látott subcutan használatától. *Popper* a szert belsőleg nyújtja s az 1/10%-os oldatot 1—2 óránként kávéskanalként adja. *Mettenheimer* a papaverint 1%-os oldatát kávéskanalként adagolta, bőr alá fecskendezésre pedig 0.01 gr.-ot vett naponta alkalmazásba; a papaverinkezelés két esetében prompt hatást mutatott.

A felsorolt szerzők csak egyes esetekben tettek kísérleteket. Az 1916. év elején *Bauer L.* volt klinikai tanársegéd, kórházi főorvos, már aránylag nagyobb számú betegről számol be, s bár kisebb adagokat vett alkalmazásba, közöttük 6 esetben az eredmény a papaverin következetes alkalmazása mellett szembetűnő volt. *Bauer* cikke eddig csak magyar nyelven jelent meg s így eredményeiről a külföld alig vehetett tudomást. A cikknek hiánya az, hogy kizárólagos poliklinikai anyagból lévén szó, naplójeljegyzései nem lehettek eléggé pontosak, nevezetesen pontos súlyfeljegyzések a kezelés tartama alatt nem végeztek.

Bókay J. tanár az egyetemi gyermekklinika a papaverinkezelést subcutan injectiók alakjában a fenti közlések alapján indította meg, s különösen serkentette őt a kísérletek következetes keresztülvitelére volt tanítványának, *Bauer*-nak a közlése.

Mint alábbi esetközlésünkben látjuk, tapasztalataink azt mutatják, hogy a csecsemők a bőr alá fecskendezett papaverint *pompásan* tűrik és dacára annak, hogy a kezdeti napontkénti 0.01 gr.-os adagot 0.015—0.02 gr.-ra emeltük és a befecskendezéseknek egész sorozatát végeztük egy-egy csecsemőn, kellemetlen mellékhatást egyáltalán nem láttunk, nevezetesen nem észleltünk feltűnőbb aluszékonyságot, melyről például *Deeprat* tesz említést.

A papaverinadagolás, mint látni fogjuk, még egy más fontos kérdésre is világot vet, a melyre különben *Bauer* és *Knöpfelmacher* is felhívta már a figyelmet, s ez az, hogy némely esetben a pylorus-hypertrophia képét láttuk magunk előtt, a pylorustájon jól érezhető kis duzzanattal, s a papaverinadagolásnak hatására a duzzanat a kezelés folytán fokozatosan eltűnt s többé nem is volt kimutatható. Így a mi eseteink közül az I., a VI. és a VIII. számú esetben a pylorus-hypertrophia ily jól érezhető hengeres duzzanat képében volt kimutatható s átlagban a IV.—VI. injectio után már nyomtalanul elenyészett, kétségtelenül a papaverin hatására. E tény, úgy véljük, egymagában is elég annak a demonstrálására, hogy a primaer elváltozás a spasmus pylori, a melyet a zután,

munkahypertrophia következtében követ a tényleges pylorus-hypertrophia, s hogy nem minden klinikailag pylorushypertrophianak tartott eset valóban pylorushypertrophia, hanem ezek egy része csupán a pylorusspasmusok azon csoportjába tartozik, a melyben az izomrostok görcsös összehúzódása folytán jön létre az a kis tumor, melyet a pylorustájón érezünk.

Pfaundler felfogását tehát e téren therapiás tapasztalatainkkal csak támogathatjuk. Különben a közelmúltban Finkelstein észlelt egy halállal végződött esetet, a melyben az összes tünetek súlyos pylorusstenosis jelenlétére vallottak, a pylorust jól tapintható hengeres tumor képében érezték s a bonczoláskor pylorushypertrophianak a nyomát sem lehetett kimutatni, sőt a pylorus falvastagsága is egészen normalis volt s átjárhatósági akadály sem volt kimutatható. Finkelstein ez észlelése kapcsán tehát szintén hajlandó Pfaundler álláspontját elfogadni.

A mi a spasmusos állapot kedvező befolyásolását illeti papaverinnel, arra külön bizonyíték alig kell; a még nem egészen tisztázott kérdés csupán az volt, hogy vajjon a jó hatás, a melyet a papaverintől látunk, mennyi ideig marad meg. Erre vonatkozólag legyen szabad utalnunk arra, hogy gyógyult s utólag is tartósan megfigyelt 8 esetünk közül csupán egyben észleltük azt, hogy 23 injectio daczára a kezelés abbahagyása után egy héttel újból spasmusos tünetek jelentkeztek, a melyek azonban újabb 10 injectióra véglegesen eltűntek.

Eseteink kiválogatásakor azt az alapelvet követtük, hogy csak oly eseteket vettünk fel a kórrajzok közé, a melyekben klinikailag a kórjelzés kétségtelen volt.

Amint alább látni fogjuk, a csecsemők táplálkozását nem befolyásoltuk túlságosan, s a mellékelt súlygörbék mutatják, hogy a gyermekek súlygyarapodása annak daczára szépen haladt előre. A súlygörbék mind kissé meredeknek látszanak, a minek az oka az, hogy helykimelés céljából másodnapenkénti súlyok vannak bejegyezve. A kis nyilak az egyes injectiókat jelzik és felettük az alkalmazott adag számokkal van jelezve.

Eseteink vázlatos leírása a következő:

1. eset. Felvétetett 1919 február 21.

N. Zoltán, 2 hónapos. Négy hét óta igen bő hányás minden szopás után, néha szopás közben is, nagy nyugtalanság. A hányadék mindig az orron-szájon át erős sugárban ürül. Ugyanez idő óta az orrlégzés szuszogó s emiatt nehezített a szopás, pár nap óta az egész esten gyenge fakó-barnás foltos kiütés.

Jelen állapot: 3000 gm. súlyu, gyengén fejlett, bőrszine feltűnően fakó, látható nyálkahártyái vérszegények. Hónaljban, nyakon és az inguinalis hajlatban kiterjedt intertrigo. Kifejezett seborrhoea super-

ciliorium, az alsó ajak alatt egy pörkkel fedett pedvedző fekély, szálonnásan fénylő tenyerek és talpak. A szájnálkahártya és a végbélték szabad; a bőrön igen halvány papulo-maculás exanthea. A mellkas szervek felett eltérés nincsen. Has erősen puffadt, máj alsó része 1-1¹ ujjal a bordaív alatt tapintható, lép a bordaív alá 2 ujjal terjed. Erősebben kitöltött epigastrium, élénk gyomorperistaltica. A pylorustájón harántul húzódo kis hengeres képlet tapintható ki. Születése óta székszorulás, naponként 4-5 pelenkát vizesít be. Rendszeresen 3 óránként anyja által tápláltatott. Az anyja tejelválasztása bőséges. Wassermann reactio: ++. A kórházi felvételt követő napokon átlag 420-450 gm.-ot szopott, minden egyes szopás után bőségesen hányt. Nagy nyugtalanság, a gyermek alig alszik, magától széke nincsen, napi 7-8 hányás mellett 4-5 pelenkát vizesít be. Calomel-kezelést kezdünk, s a szopások számát napi 9-ben állapítjuk meg 5 perces tartammal, a hasra meleg thermophort helyezünk és subcutan 0.005 gm. papaverinum hydrochloricumot kap a gyermek február 23.-ától másodnaponként.

A gyermek súlya márczius 5.-éig összesen 100 gm.-ot emelkedett, a hányások száma és a nyugtalanság nem csökkent. A papaverin adagját növeljük, 0.0075 gm.-ot adunk másodnaponként. Ez időtől fogva a nyugtalanság enged, a gyermek súlyban, ha lassan is, de emelkedik, a vizes pelenkák száma fokozatosan szaporodik és magától van széke. Márczius 18.-án a testsúly már 3260 gm. A lueses tünetek csaknem visszamentek, a turgor sokat javult, nyugodtabb, peristaltikás mozgások a gyomor felett alig válthatók ki. Nyugodtabban alszik, a pylorus táján a kis hengeres tumor eltűnt. A gyermek testsúlya állandó és következetes emelkedése mellett a közérzet is folyton javul. Április 13.-án tünetmentesen, jó közérzettel és turgorral, visszafejlődött lueses tünetek mellett hazabocsátjuk a gyermeket. Kórházi tartózkodása alatt a gyermek összesen 6×0.005 gm.-os és 14×0.0075 gm.-os papaverin-injectiót kapott, vagyis összesen 0.135 gm.-ot. Testsúlya nyolcz heti kórházi ápolás alatt 3000 gm.-ról 3600 gm.-ra emelkedett. A gyermek azóta is folytonosan észlelés alatt áll, az utóbbi időben, július vége óta kevert táplálást kap, 2 foga van, jól ül és semmiféle zavar nincs, sem a táplálkozásban, sem pedig a lues folytán. Súlya 1920 január 10.-én 8200 gm.

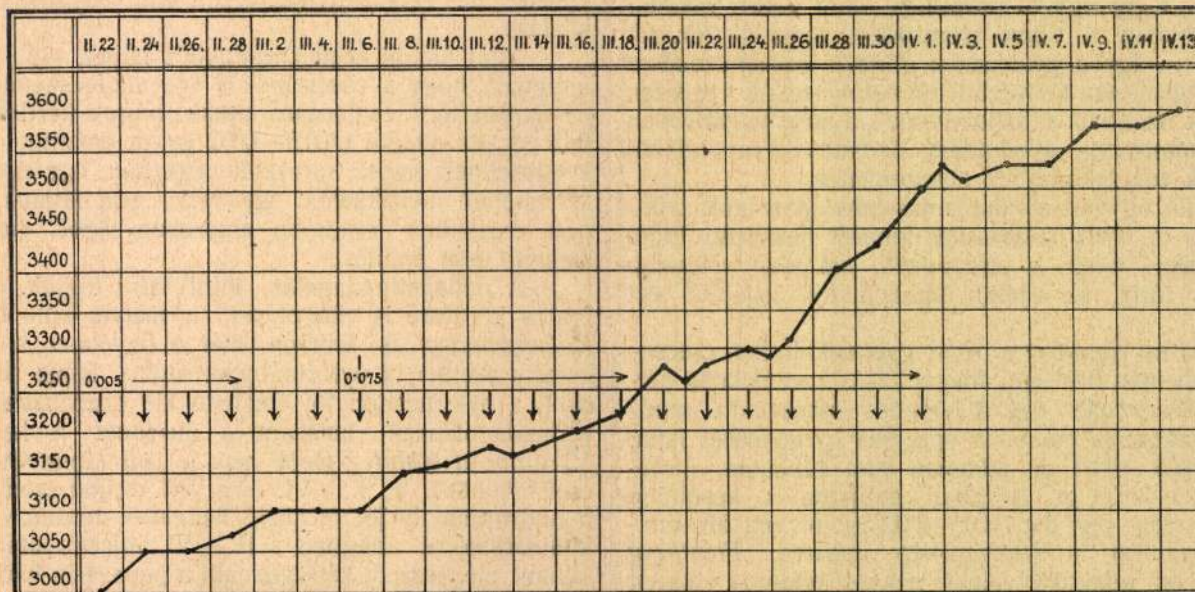
A papaverin adagja ebben az esetben nem volt oly nagy, mint a későbbi esetekben, mert ez időben még nem mertünk nagyobb adagokat adni, másrészt különben is a gyermek debilis volta s a lueses infectio visszatartott bennünket attól, hogy aránylag nagyobb adagokkal kezdjük meg a kezelést. (Lásd az I. ábrát.)

A második, harmadik és negyedik eset egyszerű spasmus pylori s ez esetekben 0.01-0.015 gm.-os papaverin-adagokat adva másodnaponként, 12, 18, illetve 16 papaverin-injectióra teljes gyógyulás állott be.

2. eset. H. István, 4 hetes (ambulans észlelés); észlelés kezdete: 1919 október 29.

Harmadik gyermek, időre született, rendes fekvésben. Két hétig jól fejlődött. Ez időtől fogva igen nyugtalan, sokat sir, minden szopás után, néha már szopásközben is tömegesen hány, soványodik, székszorulása van, keveset vizek. Anyja maga szoptatja.

Jelen állapot: Jól fejlett, gyengén táplált, kissé ránczos bőre halvány, turgora csökkent. Pylorusspasmus kifejezett tünetei. Kiseb fokozott reflexek. Testsúly 3980 gm. November 2.-án 3880 gm. testsúly,



1. ábra.

a nyugtalanság nem enged, keveset vizelet, székrekedése van; november 11.-éig a tünetek fokozódtak. I. papaverin-injectio 0.01 gm. subcutan. 3820 gm. testsúly. Sokat és bőségesen hány.

November 13.-án 3790 gm. testsúly. Gyomorcontractiók élénkek. Második injectio: 0.01 gm. papaverin.

November 15.-én 3850 gm. Contractiók nem oly élénkek, kevesebbet hány, vizelet több, első spontan széklet. III. injectio.

November 17.-én 3920 gm. Sokkal nyugodtabb. IV. injectio. Gyomorcontractiók még kiválthatók.

November 20.-án 4000 gm., ismét többet hányt, széke nem volt. V. injectio.

November 22.-én VI. injectio. 4000 gm. testsúly, enyhe contractiók.

November 24.-én 4170 gm. testsúly. Nyugodtabb, kevesebbet hány, spontan volt rendes széklete, többet vizelet, VII. injectio.

November 26.-án 4250 gm. testsúly, igen enyhe contractiók. Keveset hány, spontan rendes széklet. VIII. injectio.

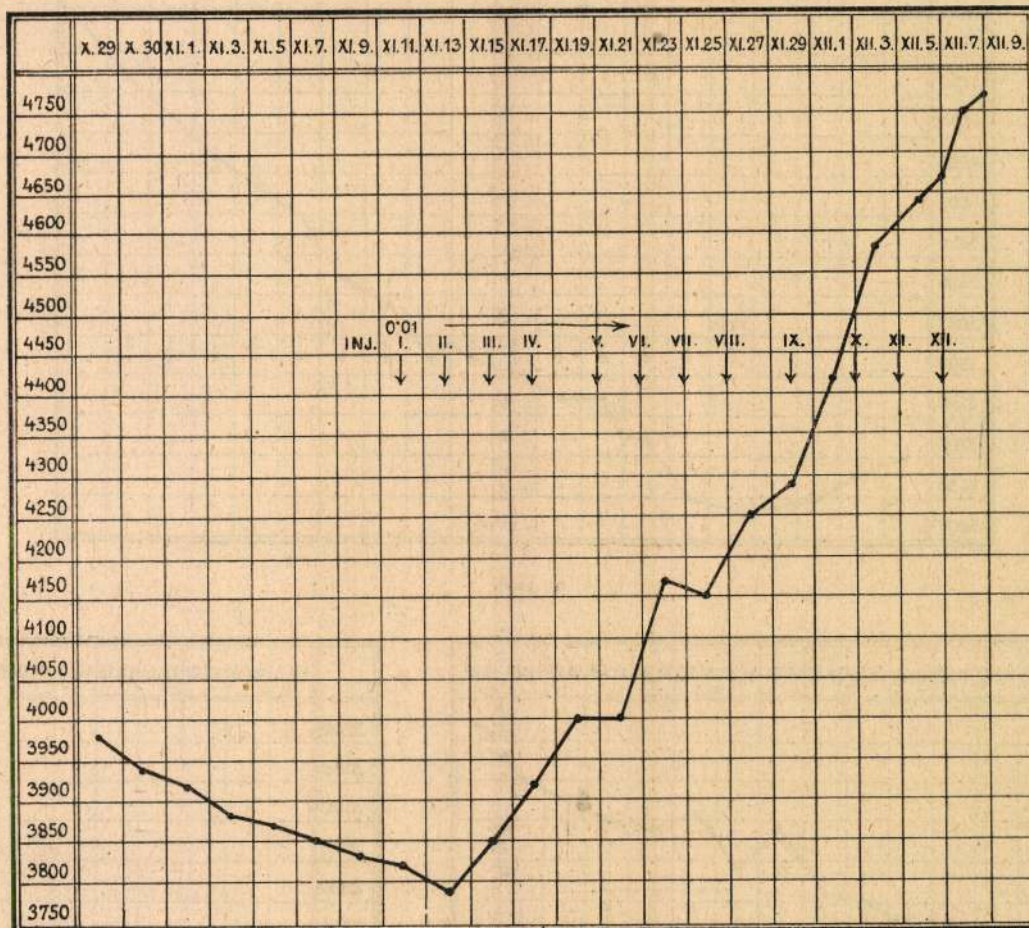
November 29.-én kevés hányás, alig kiváltható contractiók, rendes spontan székletetek, 4290 gm. testsúly. IX. injectio.

kiadósan hány, órákig sir, nem alszik. Igen élénken látható a gyomorperistaltica, a gyermek által bevezetett pelenkák száma naponta 6-ot nem halad meg. Rendszeres papaverin hydrochloricum-injectiókra térünk át s másodnaponként 0.015 gm. papaverint fecskendezünk be.

Az első injectiót május 17.-én kapta. Május 21.-én a gyermek súlygyarapodása máris megindult, súlya 3720 gm. A hányások számban és intenzitásban engedtek, a vizes pelenkák száma eléri a 10-11-et, széke magától még nem volt.

Június 2.-án a IX. injectio után 3890 gm. testsúly mellett csak egy erős és három gyenge hányást észleltünk, a gyermek nyugodtabb, nem sir annyit, széke rendes és magától van. Június 6.-ától kezdve, midőn a testsúly 4000 gm., a javulás rohamosan halad előre. A XVIII. injectio után június 21.-én 4250 gm. testsúly mellett a gyermeket gyógyultan bocsátjuk el.

A gyermek 5 heti kezelés alatt összesen 18 0.015 gm.-os papaverin-injectiót kapott. (Összesen 0.27 gm.-ot.) A súlygyarapodás ez idő alatt 410 gm. volt. A gyermek azóta is jól fejlődik. 1919 november 27.-én 6500 gm. testsúly mellett a gyermeket teljesen jó állapotban láttam rendelésem, igen kistökü rachitises elváltozásokkal. (Lásd a III. ábrát.)



2. ábra.

December 2.-án X. injectio 4450 gm. testsúly. Bő diuresis, spontan székelés, contractiók nem válthatók ki. Közérzet jó.

December 4.-én 4570 gm. testsúly, XI. injectio. Teljesen jól van, hányás nincsen.

December 6.-án 4670 gm. testsúly, XII. injectio. Egészségesen elengedjük.

A gyermek 12 0.01 gm.-os papaverin-injectiót kapott (összesen 0.12 gm. papaverint 27 nap alatt), ez idő alatt a testsúlygyarapodás majdnem egy kilo. (Lásd a II. ábrát.)

3 eset. M. Jolán, 8 hetes leánygyermek. Észlelés kezdete 1919 május 7. Szülei előadják, hogy a gyermek igen rosszul fejlődik, nyugtalan, sokat hány, örökösen sir, széke magától nincs. Testsúly a születéskor 3800 gm.

Május 7. Jelen állapot: Lefogyott, csekély turgor, 3700 gm. testsúly. Mellkasi szervek felett semmi eltérés. Puffadt has, kifejezett pylorusspasmusos tünetek. A pylorus nem hypertrophiás. Próbaszopás-kor a gyermek mohón kezd szopni, körülbelül 8 percz mulva egyszerre álengedi az emlőt, nyugtalaná válik, erősen sir, majd hirtelen explosív henyás jelentkezik.

Május 9. A két nap mulva végzett újabb vizsgálatkor a gyermek testsúlya 3680 gm. A gyermek minden szopás után kisebb-nagyobb mennyiséget kihányt, napjában 5-7 pelenkát vizesített, széke magától nem volt.

Május 17. Testsúlya 3640 gm. Igen nyugtalan, sokat és igen

4. eset. Felvétetett 1919 márczius 12.-én.

E. Edith. 3 hónapos leánygyermek. Három hét óta rendkívül nyugtalan, csaknem minden táplálkozás után tömegesen hány, zöldes székletek. Anyja maga táplálja.

Jelen állapot: 4130 gr. testsúly, gyengén fejlett és táplált. Csökkent turgor, erősebben anaemiás. Rendkívül nyugtalan, mérsékelt érintésre, zajra is összerezzen, álmából felriad, ilyenkor soká sir, nehezen nyugszik meg. Kifejezett pylorusspasmus. Pylorus felett rendellenesség nem tapintható. Fokozott reflexek. A facialis-tünet kiváltható és élénk. Másnapig csak 5 vizes pelenka, 2 híg, zöldes széklet. Nagy nyugtalanság. Minden szopás után, sőt szopás alatt is bőséges hányás, rendkívül sokat sir. Naponta 0.01 gr. papaverint kap subcutan. Napi szopás-mennyiség 500 gr.

Papaverinre jól reagál, fokozatosan javul, a közérzete jobb, a hányások száma csökken s a testsúly lassan emelkedik. A gyermek 17 napi kórházi kezelés, összesen 17 papaverin-injectio után (egyenként 0.01 gr.) 300 gr. súlygyarapodással elbocsátatik a kórházból.

A gyermek állapota továbbra is fokozatosan javult, szépen gyarapodott, s turgora semmi kifogásolni valót sem hagyott hátra, egészen június 7.-éig, midőn is hirtelen magas láz mellett megbetegedett és foudroyans lefolyású influenza következtében 24 óra alatt meghalt. Bonczolását, tekintettel a szülők kérésére, sajnálattal mellőznünk kellett. (Lásd a IV. ábrát.)

5. eset. F. József. 4 hetes csecsemő (saját ambulans észlelésem),

1919 július 7.-én került először elélem. Anyja előadja, hogy a gyermek rendes időre született, 3200 gr. testsúlyal. Háromhetes koráig jól fejlődött. Most nyugtalan, szopás közben sír, s szopás után, sőt szopás közben is, tömegesen hány. Keveset vizek, székszorulása van. Apja, anyja igen ideges, első gyermek.

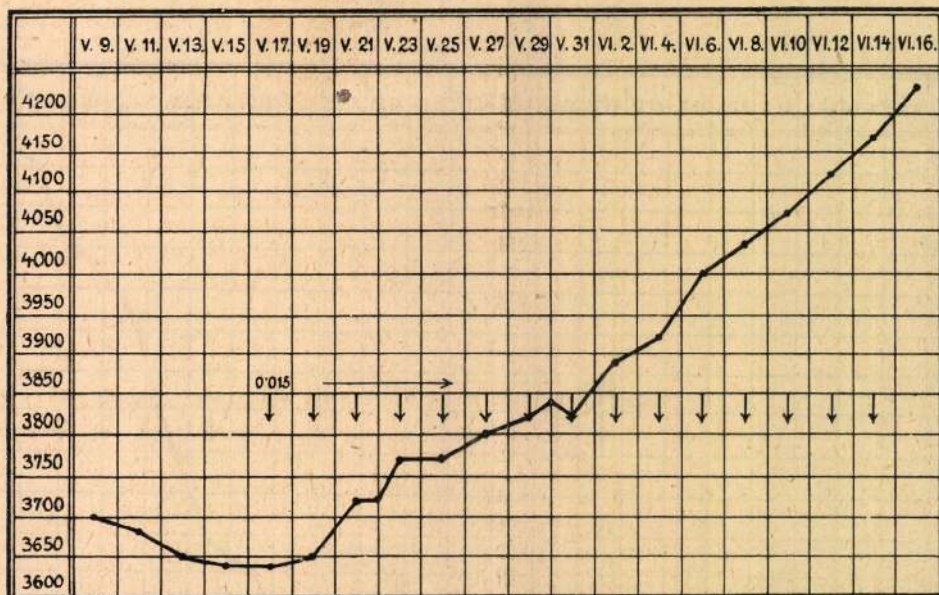
Jelen állapot: 2800 gr. testsúly, gyengén fejlett, erősen lesóványodott halvány gyermek, turgora minimalis. Kifejezett pylorusspasmus. A pylorus tájékán rendellenes resistentia nem érezhető. Fokozott reflexek. *Chvostek* mindig jól kiváltható. Próbaszopáskor mohón kap az emlőbimbó után, gyorsan szopik, 5 perc alatt 50 gr.-ot vesz fel, a melyet a szopás után 10 percczel már ki is ad. A hányás sugáralakban explosive áll be és utána a gyermek még jó ideig nyugtalan.

Thermophor a hasra, háromóránkénti szoptatás és másodnaponként 0.02 gr. papaverinum hydrochloricum subcutan. Július 9.-én testsúly 2700 gr., nyugtalanság fennáll, 5-6 hányás, 6 nedves pelenka, székszorulás.

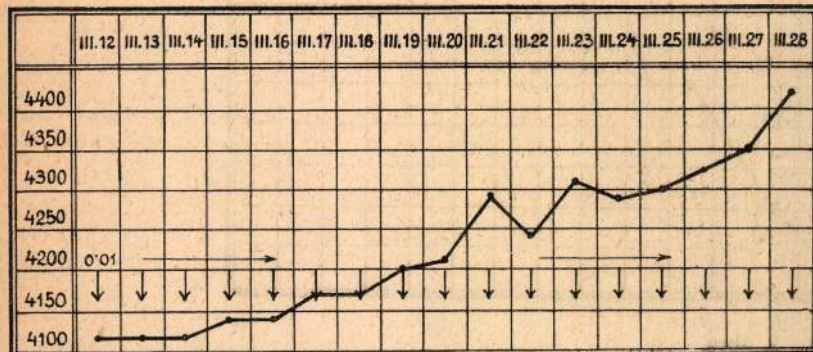
Július 11.-én 2690 gr. testsúly.

6. eset. Sz. Ervin, 7 hetes. (Saját gyakorlatomban észlelt eset.) Észlelés kezdete 1919 július 5.-én. Anyja előadja, hogy úgy ő, mint férje idegesek, a gyermek 3 1/2 hetes koráig jól fejlődött, attól kezdve nyugtalan, fogy, sokat hány, keveset vizek, 4000 gr. születési testsúlyából 300 gr.-ot veszett. Anyjának elég teje van, háromóránként szoptatja.

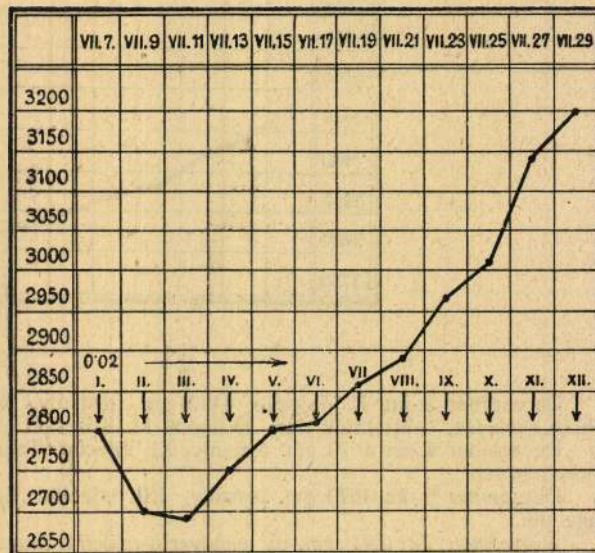
Jelen állapot: Igen nyugtalan, 3750 gr. súlyú gyermek, gyenge turgorral, fokozott reflexekkel. Mellkasi szervek felett semmi eltérés, gyomorgödör kitöltött, igen élénk gyomorperistaltica látható. A pylorus-tájékon tapintó ujjunk a mélyben harántul elhúzódo kis hengeres porc-kemény képletet érez. Szopáskor a gyermek mohón ragadja meg a bimbót, csakhamar azonban sírni kezd, majd hány s pár percnyi szünet után ismét szopik, hogy a kiszopott tejet újból kihányja. Napi négy, néha öt pelenkát vizesít be, széke spontan nincsen. Kétóránkénti két-perces szopást, a hasra thermophort rendezek és naponta 0.01 gr. papaverint alkalmazok subcutan. A két perces szopás alatt a szopott tej mennyisége 35-40 gr. közt ingadozik.



3. ábra.



4. ábra.



5. ábra.

Július 13.-án 2750 gr. testsúly, pelenkák száma 8, egy spontan széklet, hányások száma 3.

Július 15.-én 2800 gr. testsúly, 4 erős hányás, nyugtalanság engedett, 8 nedves pelenka, másodnaponként egy spontan széklet, az V. papaverininjekciót kapja.

Július 17.-én testsúly 2810 gr., 38.2-38.5° hőmérsék, csekély angina. Hányás, ha nem is oly intenzitással, fennáll, ismét nyugtalan.

Július 19.-én láztalan, 2860 gr. testsúly, 8-9 pelenkát nedvesít be, hányások száma kettő, ismét nyugodtabb.

Július 21.-én 2890 gr. testsúly, állapot mint fentebb.

Július 23.-án 2970 gr. testsúly, sokkal nyugodtabb, nyugodtan alszik, napjában 1-2 kevésbé intenzív hányás.

Július 25.-én 3010 gr. testsúly, X. injectio, hányás szünetel, turgor jobb, nyugodtabb.

Július 29.-én 3200 gr. testsúly mellett teljesen szünetelő hányás, még fokozott reflexek s kiváltható facialis-tünet. A XII. injectio után a kezelést beszüntetem.

22 nap alatt összesen 0.24 gr. papaverint kapott s ez idő alatt 500 gr. volt a testsúly-gyarapodás.

Szeptember 9.-én 4500 gr. testsúly, jó közérzet, kissé fokozott reflexek mellett hiányzó facialis-tünet.

November 5.-én 5960 gr. testsúly, csekély cranio-tabes, reflexek még fokozottak. (Lásd az V. ábrát.)

A gyermek állapota erre az adagra nem javul, a hányás, nyugtalanság fennáll, miközben a gyermek testsúlya július 15.-én 3620 gr. E naptól a papaverin adagját 0.02 gr.-ra emelem, imire a nyugtalanság enged s a testsúlygyarapodás lassánként megindul. Háromóránkénti 15 perces szoptatást rendezek el.

Július 27.-én 3820 gr. testsúly, hányások száma már csak 2-3, spontan széklet is van, a pylorus táján a duzzanat már csak homályosan érezhető.

Augusztus 6.-án 4000 gr. testsúly mellett nyugodt közérzet javult turgor. A kezelést beszüntetem. A pylorus táján a duzzanat eltűnt.

A kezelés tartama (31 nap) alatt a gyermek tíz 0.01 gr.-os és 22 0.02 gr.-os papaverininjekciót kapott. Súlygyarapodás 430 gr.

(Vége következik.)

(Közlemény a budapesti tud.-egyetem 2. sz. női klinikájáról.
Igazgató: előbb Tauffer Vilmos dr. ny. r. tanár, jelenleg Tóth
István dr., ny. r. tanár.)

Az eklampsia kezeléséről.

Irta: Wollner Antal dr., tanársegéd.

Saját tapasztalatainkat más intézetek eredményeivel egybevetve, a ma alkalmazott eljárások kritikáját a következőkben adhatjuk:

Az activ eljárás nem váltotta be a hozzáfűzött nagy reményeket. Leglelkesebb hívei is aránylag igen magas, középértékben 25·2% anyai mortalitást mutatnak ki. Ha tekintetbe vesszük, hogy az eklampsia minden kezelés nélkül is gyógyul az esetek nagy részében, hiszen kiterjedt statisztikák szerint (*Winter*) az ilyen esetek körülbelül 60%-a meggyógyul, az activ eljárással elért eredményeket kiábrándítóknak kell mondanunk. Meggondolandó körülmény, hogy maga a műteti eljárás önmagában véve meglehetősen mortalitással jár. Anyagunkban magát a műtétet csak 2·8% mortalitás terheli; más intézetekben, a hol az activ kezelésmódot kiterjedtebben gyakorolták, a műteti mortalitás sokkal magasabb, így *Schiller*-nél 7·3%, *Ruge*-nál 5%. Hogy teljes ítéletet formálhassunk az eljárás értékéről, nem hanyagolhatjuk el a szerzők által eddig tekintetbe nem vett morbiditását az eseteknek, értvén morbiditást azon genitális elváltozásokat, melyek a szervezetet maradandóan érintik.

E morbiditás százalékszámát anyagunkban a következő volt:

| | |
|--|---------|
| Súlyos, elvarrást igénylő méhnyakrepedés | 9=25·7% |
| Per II. int. gyógyult gátmetszés | 5=14·3% |
| Exsudatum parametrii | 1=2·8% |
| Teljes gátrepedés | 1=2·8% |

Súlyos elváltozást okozott tehát műteti eljárásunk az eseteknek csaknem felében, 45·7%-ban. Ide kell soroznunk még a sectio caesarea vaginalis után maradó hegnek a jelentőségét a későbbi szülések szempontjából. Mind e körülményeknek annál is inkább jelentőséget kell tulajdonítanunk, mert tudjuk, hogy az eklampsiások körülbelül 80%-a primipara, így tehát betegek nagy része fiatalon, genitális élete kezdetén szenved eljárásunk folytán kisebb-nagyobb mértékben maradó sérülést.

A conservatív kezeléstől lényegesen jobb eredményeket látunk. Egyes statisztikákban (*Zweifel*, *Lichtenstein*) oly alacsony mortalitással találkozunk, mely az activ eljárás műteti mortalitását is alig éri el. Középértékben a különböző szerzők anyagaiban az anyai mortalitás 9·5%-ot tesz ki. E százalékszám teljes értékesítése az activ eljárással szemben csak azért ütközik nehézségbe, mert nem áll még rendelkezésünkre olyan nagyobb anyag, melyben kizárólag a legdöntőbb súlylyal bíró amaz esetek foglaltatnának, a melyekben a terhességben vagy a tágulási szak elején jelentkezett eklampsia mindjárt kezdettől fogva rendszeres conservatív kezelésben részesült volna.

Ilyen szempontokból feldolgozott eseteinkben a mortalitás örvendetes csökkenését (10·8%) tapasztalhattuk, be kell azonban vallanunk, hogy eseteink száma önmagában véve (28 eset) csekély ahhoz, hogy eredményeink alapján végleges ítéletet mondhassunk. Erre vonatkozólag be kell várnunk más nagy intézetek ez alapon végzett megfigyeléseinek eredményét is.

A conservatív kezelés javára tekintetbe kell vennünk azt a körülményt is, hogy maga az eljárás az anyát egyáltalán nem veszélyezteti s a morbiditást is csak gát- és hüvelysebek per II. int. való gyógyulására szorítkozik. Hátránya a kezelésnek a nagyobb magzatmortalitás. Míg az activ eljárással a különböző közlésekből számított középértékben 24%, addig a conservatív eljárással ugyanígy számított 33% magzatmortalitás jár. E 9%-nyi magzatmortalitás-többletet azonban nem értékelhetjük túlságosan, mert tekintetbe kell vennünk, hogy az eklampsia túlnyomó részben fiatal primiparákon mutató megbetegedés, mely csak igen ritka esetben ismétlődik meg a következő szülések alatt. Ha tehát e súlyos

szövődmény mellett az anyára nézve veszélytelenebb eljárással tudunk jobb eredményt elérni, a magzatmortalitás néhány százaléknyi nagyobb volta nem riaszthat vissza annak széleskörű alkalmazásától.

Végeredményben tehát annak megismerésére jutottunk, hogy az activ eljárás nem fogadható el az eklampsia souverain kezelésmódja gyanánt, viszont a rendszeres conservatív kezeléssel sem értük el a célt, mert bár nagy lépést tettünk vele a kezelés tökéletesedése felé, az eklampsia kezelésének kérdését nem hozta nyugvópontra. Új utat kell tehát keresnünk eredményeink javítása céljából, s ezt csak úgy fogjuk megtalálni, ha a betegség megjelenésének, természetének leginkább megfelelő *individualis* kezelésmódot választjuk. Nem foglalhatunk tehát állást mereven az egyik vagy másik kezelésmód mellett; a betegágnál a betegség lefolyásának pontos észlelése irányítson teendőkben, s szükség szerint vegyünk igénybe minden kezelésmódot, mellyel a szervezetet a méreg elleni küzdelmében támogathatjuk.

Meggyőződünk arról, hogy a *korai* eklampsia-esetekben (tehát a terhességben és a tágulási szakban) a conservatív eljárással érünk el jobb eredményeket, ezek az eredmények azonban csak relative jók; most egy lépéssel tovább kell mennünk, meg kell állapítanunk azt az irányt, mellyel abszolút értelemben is jobb eredményt érhetünk el.

Az eklampsia kezelésének kérdésével foglalkozva, tudnunk kell azt, hogy a typosos roham megjelenése nem jelent egyúttal a megbetegedés kezdetét, hanem a roham a már régebben meglévő betegség későbbi megnyilvánulása. Az intoxicatiós elmélet elfogadásával a rohamot a méreg cumulatív hatására vezethetők vissza. A kezelés legeredményesebb tehát akkor lehet, ha már a betegség kezdetén, lehetőleg a rohamot megelőzően alkalmazzatik. A betegség kezdetének biztos tünete nincs, gyanújele fehérje megjelenése a vizeletben. Nem lehet tehát eléggé hangsúlyozni a terhes nők vizeletének időnkinti vizsgálatának nagy jelentőségét. Fehérjevizelet esetén haladéktalanul meg kell kezdenünk a prophylaxisos kezelést. Elsősorban meg kell határozni a megfelelő diéta révén a szervezet anyagcseré-egyensúlyát, s diéta eljárásunkkal igyekeznünk kell a vese megrendült funkcióképességét ismét helyreállítani. Ha azonban ez eljárásunk daczára a szervezet állapota rosszabbodnék s az eklampsia tünetei (fejfájás, szédülés, hányásinger, könnyű szemtünetek) jelentkeznének, meg kell kezdenünk a radikálisabb *Stroganoff*-féle kezelést, a mely kezelésnek éppen ezekben az esetekben remélhetjük legeredményesebb voltát. Jelenlegi közegészségi viszonyaink mellett — sajnos — igen ritka esetben fogjuk a beteget e korai szakban észlelésünk alá kapni, rendszerint egy vagy több roham lezajlása után érkezik az orvosi segítség. A roham kitörése után teendők attól fog függni, vajjon a fajszaporítás folyamatának mely szakában tört ki az eklampsia. Eldöntöttnek tekintjük, hogy a szülés kitolási szakában be kell fejeznünk a szülést s a gyermekágyban conservative kell eljárunk. A korai eklampsiák zöme a *Stroganoff-Zweifel*-kezeléssel meggyógyítható; de vannak esetek, bár csekély számmal (ide tartoznak főleg azok, melyek elhanyagoltan, azaz előrehaladt szakban kerülnek észlelésünk alá, továbbá azok, a melyekben a megbetegedés már kezdettől fogva súlyos tünetekkel jár), a mikor a conservatív kezelés egymagában nem vezet eredményre; *súlyos* esetekben tehát a *Stroganoff-Zweifel*-kezelés mellett az activ eljárás is javult abból a szempontból, hogy a szülés befejezésével a megtámadott szervezetnek a méreggel szemben való ellenállóképességét fokozzuk.

Ezek után megállapítandó az, vajjon melyek a betegség súlyosságának, illetőleg súlyosra fordulásának ismertető jelei s e célból szemügyre kell vennünk a betegség klinikai tüneteinek viselkedését, illetve változásait a betegség lefolyása alatt.

A betegek *életkora*, *primi-* vagy *multipara* volta és a betegség lefolyásának prognosisa közti viszonyt bizonytalanul találtuk. Való az, hogy anyagunkban 80% primiparát és 20% multiparát láttunk, s a primiparák mortalitása maga-

sabb százalékszámot mutat. Az életkor szempontjából a legnagyobb mortalitást a 25—30 életév között tapasztaltuk. Mindebből talán azt a következtetést vonhatnánk, hogy idős primiparának súlyosabb jellegű a betegség.

A hőmérsékletet illetően, az esetek nagyobb számában annak emelkedett volta volt megállapítható. 100 esetünk közül 58-ban találtuk azt 37° C fölött. Ez az emelkedett hőmérséklet a további rohamok után nemcsak megmarad, de gyakran még emelkedik is, így egészen 39,5°-ot elérő hőemelkedést is láttunk a betegség folyamata alatt. A mi a hőmérsékletnek a prognózis szempontjából való értékesítését illeti, a következő tapasztalatokra jutottunk:

| A hőmérsék | 36,0—37,0 | 37,0—37,5 | 37,5—38,0 | 38,0—38,5 | 38,5 felett |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Halálos esetekben | 2 = 15% | 6 = 46% | 1 = 8% | 1 = 8% | 3 = 23% |
| Gyógyult esetekben | 40 = 46% | 30 = 34% | 9 = 10% | 6 = 7% | 2 = 3% |

Megjegyzendő, hogy mindig a betegség alatt észlelt legmagasabb hőmérsékletet vettük alapul ezen összeállításban. Ha a 37° feletti hőmérsékletet tekintjük, azt látjuk, hogy az halálos eseteinkben 85%-ban, gyógyult eseteinkben csak 54%-ban fordult elő. E körülményből megállapítható tehát az, hogy a hőmérséklet emelkedett volta kedvezőtlen prognózisra enged következtetni; a hőmérséklet viselkedéséből egymagában azonban nem vonhatunk biztos következtetést a betegség lefolyására, mert mint az előbbi összeállításból látjuk, vannak, igaz, hogy csak csekély számmal, súlyos eseteink, melyekben subfebrilis hőmérséklettel találkozunk, s vannak, ugyancsak elenyésző számmal, könnyű eseteink, melyeket magas hőmérsék kísért. A láznak a prognózis szempontjából való értékesítése zavaró mellékkörülmények miatt sem lehetséges; igen nehéz volna differenciálni annak az okát, vajjon maga a eklampsia vagy más fertőző ok idézte-e elő azt.

A vérrendszer részéről azt találjuk, hogy a toxin előidézte érgörcs a vérnyomás emelkedését s ezzel kapcsolatban a szív fokozott munkáját idézi elő. E körülmények a pulsus viselkedésében jutnak kifejezésre. Összes eseteink közül 48 esetben találtunk normális (76—82) pulsus számot, 52 esetben szaporodott volt az érverés, a 140—150-et is elérte. A magas vérnyomásnak megfelelően feszes, peczkelő volta figyelhető meg a pulsusnak. Az érverés a betegség lefolyása alatt ingadozásnak van kitéve, így azt tapasztalhattuk, hogy a betegség súlyosbodásával a pulsus szaporább és a vérnyomás csökkent, a mit kétségtelenül a szervezeten elhatalmasodott toxin hatásának tudhatunk be. Az érverés ilyen természetű változása mindenkor fontos intőjel.

Az eklampsiának nagy jelentőségű tünete a vizelet viselkedése. Napi mennyiségét általában csökkentetnek találjuk, súlyosabb esetekben a minimumig, sőt az anuriáig lehet redukált. Azt tapasztaltuk, hogy a vizelet mennyisége az eset súlyosságával fordítva arányos s ez észleletünknek megfelel az, hogy a betegség oldódásával, a szervezet felülkerelkedésével mindenkor a vizeletmennyiség erős megszorodása, polyuria jár, mikor is nem egy esetben a napi vizeletmennyiség a 2500 cm-t is meghaladta. A mint a koncentrált, csekély mennyiségű vizelet az eset súlyosságának az ismertető jele, úgy a betegség közben beálló polyuria egyik legmegbízhatóbb jele a gyógyulásnak. Régen ismert az a kapcsolat, mely az eklampsia és a beteg fehérjevizelése között áll fenn. A Ξ eseteinkben kivétel nélkül sikerült fehérjét kimutatni a vizeletben. Egyes szerzők (Wyder, Zuntz, Schauta stb.) szórványosan láttak eklampsiát fehérjevizelés nélkül is. Ez ejenmondó észleléshez a következő megjegyzést keil fűzünk. Eklampsiában a fehérje kimutatása a vizeletben sokszor csak gyakran végzett vizeletvizsgálattal sikerül. Bár a legtöbb esetben már a roham kitörése előtt található fehérje, kétségtelen, hogy vannak esetek, midőn csak a betegség további folyamában jelenik az meg a vizeletben. A mennyiben tehát fehérjét nem találunk, később meg kell ismételt

nünk a vizelet vizsgálatát. Másrészt a fehérjevizelés nélküleklampsiákban, a rohamnak más betegségek (epilepsia, hystertia) hasonló megnyilvánulásával való összetévesztése sem zárható ki. Saját észleletünk az, hogy még tapasztalt hábák is és kellő gyakorlattal még nem bíró orvosok eklampsiás görcsnek hajlandók jelezni hasonló, de más természetű rohamot. A mi 100 eset kapcsán végzett vizsgálataink azt igazolják, hogy az eklampsiával együtt jár a fehérje megjelenése a vizeletben. A fehérje mennyisége igen tág határok között ingadozhat, minimalis mennyiségét $\frac{1}{2}/_{00}$ -ben, maximalisát 15 $_{00}$ -ben találtuk Esbach szerint. A fehérje a betegség lezajlása után, a gyermekágyban rendszerint fokozatosan eltűnik a vizeletből, leggyakrabban már az első hét végén, ritkán mutatható ki későbbben is nyomokban, anyagunkban csak 13 esetben. 100 esetünk közül 72-ben történt a vizelet alakelemeinek pontos vizsgálata. Ezen 72 eset közül csak 39 ben, tehát 54,1%-ban voltak alakelemek: szemcsés és hyalin cylinderek, vesehámsejtek, vörös vörsejtek kimutathatók. A mi a fehérjemennyiség és az üledékvizsgálat lelete és a betegség prognosisa közötti összefüggést illeti, azt tapasztaltuk, hogy a fehérje mennyisége a körlefolyasra semmiféle következtetést nem enged, a mennyiben, bár halállal végződött eseteinkben mindig tekintélyes mennyisége volt kimutatható a fehérjének, 14 $_{00}$ fehérje mellett aránylag enyhe lefolyasát észlelhetjük a betegségnél. Az üledékvizsgálati lelet a fehérje mennyiségével nincs összefüggésben, igen bőséges fehérjét tartalmazó vizeletben nem találtunk alakelemeket, viszont $\frac{1}{2}$ —1 $_{00}$ fehérjét tartalmazó vizeletekben bőven voltak lelhetőek azok. Az üledékvizsgálatnak a prognózis szempontjából nagy jelentőséget tulajdonítunk, a mennyiben alakelemek megjelenése a vizeletben mindig a lefolyas kedvezőtlen voltára enged következtetni, halálos eseteinkben mindig bőven voltak alakelemek.

A rohamok száma és egymásutánja a betegség prognosissával a következő viszonyban van. Általában az tapasztalható, hogy e szempontból igen változatos a körkép. Látunk 14—15 rohamot rövid $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óras időközökben, anélkül, hogy a szervezet részéről valamely fenyegető tünet mutatkozott volna s a betegség kezelésünkre szépen gyógyult; viszont már 1—2 roham után nem egyszer súlyos állapotot láttunk, sőt exitust is.

Exitus-szal végződött eseteinket gyógyult eseteinkkel szembeállítva, a rohamok száma következőképp alakult:

| A rohamok száma: | 1—2 | 3—5 | 5—10 | 10—15 | 15-nél több |
|--------------------|----------|----------|----------|---------|-------------|
| Halálos esetekben | 1 = 8% | 3 = 23% | 3 = 23% | 3 = 23% | 3 = 23% |
| Gyógyult esetekben | 32 = 37% | 26 = 30% | 16 = 19% | 9 = 10% | 1 = 4% |

Táblázatunkba csak azokat az eseteket vettük, melyekben a rohamok számát megbízhatóan állapíthattuk meg.

Ha a „sok roham“ alapszámát 5 rohamban állapítjuk meg, azt találjuk ezen összeállítás alapján, hogy halálos eseteinkben 70%-ban, gyógyult eseteinkben 30%-ban találkoztunk sok rohammal. A rohamok száma és az eset súlyossága között tehát azt az összefüggést találjuk, hogy minél több a roham, annál rosszabb a prognózis. Ha azt vizsgáljuk, hogy milyen hatással van a betegség kimenetelére a kezelés kezdetét megelőző rohamok száma, a következőket találjuk:

| A kezelés kezdetét megelőző rohamok száma | 1 | 2—5 | 5—10 | 10—15 | 15-nél több |
|---|----------|----------|---------|---------|-------------|
| Halálos eseteinkben | 3 = 23% | 2 = 15% | 4 = 31% | 3 = 23% | 1 = 8% |
| Gyógyult eseteinkben | 33 = 40% | 39 = 48% | 7 = 9% | — | 1 = 1,2% |

Itt ugyancsak öt rohamot számítva a „sok roham“ alapjául, azt találjuk, hogy míg halálos eseteinkben 62%-ban,

addig gyógyult eseteinkben 10-20%-ban előzte meg a kezelés kezdetét nagyobb számú roham. Ezen megismerést fontosnak tartjuk s azt a következtetést vonjuk le, hogy a *prognosis súlyosbodásához hozzájárul azon időmulasztás, mely az első roham kitörésétől a kezelés megkezdéséig eltel.*

A legsúlyosabb prognostikai jel az életet közvetlenül veszélyeztető kezdődő tüdőoedema. Ugyanezen elbírálás alá esik jelentőség szempontjából a szemfenék súlyos elváltozása, a retinitis haemorrhagica.

E rövid áttekintésből kitűnik, hogy az eklampsia tüneteinek nem egységes, az egyes tünetek a betegség lefolyása szerint többé-kevésbé jellemző változást mutatnak s minthogy e körülménynek a kezelés szempontjából való értékesítése csak pontos és állandó észlelés révén történhetik, a sikeres kezelésnek előfeltétele a beteg intézeti ápolása.

Mindezek után a korai eklampsia *individualis* kezelését következőképp végezzük: A kezelés szempontjából a klinikai tünetek alapján sikerül a betegség osztályozása könnyű és súlyos esetekre. A súlyos eseteket jellemezni fogják: a vizeletvizsgálat eredménye, a vérrendszer részéről tapasztalt elváltozások, a rohamok száma, a tüdők és a szemfenék esetleges elváltozásai, mely tünetek az előzőekben kifejtettek értelmében értékesítendőek. Vezérelvnek fogadjuk el a Stroganoff-Zweifel-féle kezelést, mindaddig, míg a tünetek változása a betegség súlyosra fordulását nem jelzi, mely utóbbi esetben eljárásunkat az *activ* beavatkozással kell kombinálnunk.

Ezen szempontok szerint kezeltük utolsó 4 évi eklampsias anyagunkat, azaz 38 esetet. Ezek közül 22 korai eklampsia, 9 a kitolási szakban, 7 a gyermekágyban jelentkezett eklampsia volt. Conservatív kezeltünk 25 esetet, active 13-at. Összes anyai mortalitásunk 3 volt; ezek kórlefolysa röviden ez:

1. 25/1916. fejl.-sz. 24 éves I. P. T.: 38-8, P.: 96, könnyen elnyomható. Mély comában szállítják be, a klinikán kívül 13 súlyos roham észleltetett. Csapolással a vizsgálatra elegendő, kémlöcsönyi koncentrált vizelet nyerhető. Vizelet-lelet: Sulfoalicylra az egész megalvad. Üledékben: szemcsés cylinderek bőven, vesehámsejtek, vörösvérsejtek. Már a felvételkor tüdőoedema állapítható meg. B. v.: ujjnyi méhszáj, álló burok, koponyafekvés, VIII. hónapos terhesség. A prognosis a klinikai jelek után ítélve a legsúlyosabb. A szülést sectio caesareával fejezzük be. Halott kora fiúmagzat születik. Műtét után az anya állapota változatlan, 6 órával a szülés befejezése után exitus. Sectio: eklampsia-halál.

2. 869/1917. fejl.-sz. 28 éves III. P. T.: 36-6, P.: 82. Csapolással 50 cm³ vizelet. 70/00 fehérje, üledékben szemcsés és hyalin cylinderek vörösvérsejtek. VIII. hónapos terhesség, zárt méhszáj. Súlyos látászavar, a szemfenék vizsgálata: retinitis haemorrhagica. Két egymásután következő rohamot észleltünk. A prognosis súlyos. Sectio caesarea vaginalis, a már elhalt magzat perforatiója, majd krainoklasttal való kihúzása. Az anya 11 órával a műtét után meghal. Sectio: A. bicuspidalis billentyű chronicus endocarditise. Stenosis ostii venosi sinistri. A bal parametrium lemezeit szétfeszítő nagy haematoma, mely folytatódólagosan a Douglas hátulso falára s az ottani laza kötőszövetre is reáterjed.

3. 24/1918. fejl.-sz. 24 éves I. P. T.: 36-5, P.: 74. Az első rohamot 3 ujjnyi méhszáj, álló burok mellett észleljük. Koponyafekvés. Csapolással 100 cm³ vizelet, mely bőven tartalmaz fehérjét, alakelem nem találhatik. Prognosis: jó. Megkezdjük a Stroganoff-kezelést. A jobb nagy ajkon haematoma kezd fejlődni s újabb két roham áll be. Miután a haematoma állandóan növekszik s az acut anaemia tünetei mutatkoznak, befejezzük a szülést. Élő érett fiúmagzat születik fogóval. Közvetlenül a műtét után exitus. Sectio: A jobb parametriumban hatalmas vérömleny, mely a veségig terjed, lefelé a jobb nagy ajkba követhető. Egyébként az eklampsia szokott kórbonczati lelete.

Ha e három halálesetünket a kezelés sikerességének szempontjából tesszük vizsgálatunk tárgyává, azt látjuk, hogy 1. esetünkben tulajdonképpen kezelésről már szó sem lehetett, mert az eset a betegség oly végső szakában került észlelésünk alá, mely időpontban a szülés befejezése már csak mint egyetlen életmentő kísérlet jöhetett szóba. A 2. esetünket műtét eljárásunk rovására kell írunk. A szív súlyos megbetegedése által csökkent ellenállóképességű szervezet a műtéttel járó trauma és a következményes belső vérzés áldozata lett. 3. esetünkben a klinikai tünetek a betegség enyhe lefolyására engedtek következtetni. Itt azonban a kórképhez társult ritka szövödmény, a hatalmas belső vérzés zavarta a betegség lefolyását s tette lehetetlenné a kezelés sikerét.

E három esetünket tehát nem tarthatjuk alkalmasnak arra, hogy következtetést vonjunk belőlük eljárásunk eredményességére, de meg eseteink abszolút száma is csekély ahhoz, hogy százalékban fejezzük ki kezelésünk értékét; megállapítjuk azonban azt, hogy korai eklampsia-eseteinkben a Stroganoff-Zweifel-kezeléssel igen jó eredményt értünk el s hogy eseteink osztályozása révén csak kis töredékben, főleg az elhanyagolt állapotban kapott esetekben kellett a korai esetekben az *activ* eljárást is igénybe vennünk.

Végeredményben tehát tapasztalataink mellett szólnak, hogy mindaddig, a míg az eklampsia aetiologiai gyógyítása nincs megtalálva, a terhességi és a tágulási szak elején jelentkezett eklampsianak az előzőekben kifejtett individualis kezelése jelzi azt az utat, melyen eredményeink további tökéletesedése elérhető.

Összefoglalás: Az eklampsia kezelésében nagyfontosságúnak tartjuk a prophylaxis kérdését, ezért minden terhes nő orvosi ellenőrzését szükségesnek tartjuk.

A terhesség alatt és a szülés tágulási szakában jelentkező eklampsia *individualis* alapon kezelendőek aképpen, hogy mint vezérelvet a Stroganoff-Zweifel-kezelést fogadjuk el, melyet azonban a betegség tüneteinek súlyosra fordulása esetén az *activ* eljárással kell kombinálnunk.

A kitolási szak eklampsia *activ* eljárással, a gyermekágyi eklampsia *conservatív* eljárással kezelhetőek leg-sikeresebben.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az intravenás calcium-therapiáról tüdőgümőkór ellen ír Maendl az allandi sanatoriumban tett tapasztalatok alapján. Mindenekelőtt a tüdővérzés eseteiben elért eredményekről számol be és arra a következtetésre jut, hogy ezidőszert tüdővérzés ellen legmegbízhatóbb eljárás a calcium chloratum 10%-os oldatának intravenás befecskendezése (5-10 cm³). A befecskendezés teljesen fájdalomtalan és veszélytelen; csak arra kell ügyelni, hogy az egész mennyiség a vérbe jusson, semmi se kerüljön a környező szövetbe, mert itt gyuladást, necrosist okozhat. Ezért mielőtt a tűt kihúzzuk a venából, rövid ideig várjunk. A befecskendezés lassan, testhőmérsékre melegített oldattal történjék. A mi a melléktüneteket illeti, úgyszólván minden esetben sajátságos forróság-érzet jelentkezik először a torokban és a nyelvben, majd a végbél táján és a clitorisban, illetőleg penisben, végül az ujjak hegyén; ezenkívül néha rövid ideig tartó hőemelkedés volt észlelhető, továbbá a gyomor és bél részéről is mutatkoztak néha jelenségek (étvágytalanság, hányás), de csak nagy adag után és főleg olyanokon, a kiknek bélgümőkórjuk is volt. Ismételt befecskendések után néha szívdobogás is előfordult. Az említett forróság-érzet annyira állandó jellegű, hogy czélszerű előre figyelmeztetni reá a beteget. Többnyire már egy befecskendezés elegendő, csak ritka esetben kell megismételni a befecskendezést. A mi az intravenás calcium-therapia hatását a tüdőgümőkórban szenvedőkre általában illeti: mindenekelőtt az általános állapotra gyakorolt kedvező hatás említendő; a betegek élénkebbek lettek, étvágyuk, alvásuk javult, fáradtság-érzésük csökkent, egyszóval a toxikus jelenségekre való hatás kifejezett volt. Az éjjeli izzadásra való hatás is nagyon feltűnő volt, nemkülönben a köpet megkevesbedése, főleg azokban az esetekben, a melyekben a kísérő bronchitis nagyobb fokú volt; ez a hatás könnyen megérthető a calciumnak az exsudatiót csökkentő hatásából. A láz tekintetében valami különösebb befolyás nem volt kimutatható. A calciumtherapia a szerző szerint még az olyan magas lázzal járó exsudatív esetekben is bátran alkalmazható, a melyekben a tuberculin-kezelés ellenjavalt. Az eljárásnak huzamosabb használata mellett néha szívdobogás követ-

kezik be, a mi hosszabb szünetek tartását teszi indokolttá; tartós megkárosodást azonban sohasem láttak. A befecskendezések 5—10%-os oldattal végeztettek 5 cm³ mennyiségben, 4—6 napos időközökben. (Mediz. Klinik, 1920, 9. sz.)

Sebészet.

A mellüregbe áttört májehinococcus érdekes esetét közli *Reismann*. 57 éves férfiről van szó, ki 191e októberében chollelithiasisra utaló tünetek közben betegedett meg. Cholecystotomiát végeztek, de csak pár concrementumot találtak; az icterus és fájdalmak szüntek az operatio után, de a beteg nem erősödött meg. 5 hónap múlva jobboldali mellhártya-izzadmány miatt bordaresectiót végeztek, mikor is több liter, gennyel és echinococcus-tömlőkkel kevert folyadék ürült, tehát valószínűleg a jobb májleányban székelő echinococcus-tömlő okozta a kólikaszerű fájdalmakat és tört át a jobb mellürbe. Az eset bizonyítja, hogy nemcsak a nagy epeutak elzáródása, hanem részleges epepangás is okozhat fájdalmakat. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 49. szám.)

Ferenzi dr.

A haemorrhoidok gyökeres műtéveséről szóló dolgozatában *Posenel* kiemeli a Whitehead-féle nyálkahártya-amputatio előnyeit: legradikálisabb, jobban végezhető a vérzés-csillapítás, nem maradnak vissza csomók, más methodus-sal a plexus haemorrhoidalis nem irtható ki. A sphinctert nem bántja, az esetleges structurát behasítással és haránt összevarrással szünteti meg, ami jobb a tágitásnál.

Kivitele: a sphincterek kpraeparálása, a plexus haemorrhoidalis kiirtása, a nyálkahártya magas lepraeparálása, hogy feszülés ne legyen, a nyálkahártya részleges levágása és odavarrása, a mi leggyorsabban csillapítja a vérzést, a sphincterek beöltésével pontos adaptálás. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 41. szám.)

Schlagetter dr.

A gyűjtőértágulatok kezeléséről Linser eljárásával ír *Zirn* körülbelül 800 esetben tett tapasztalatai alapján. 1%-os sublimatoldatból, melyhez a sublimattal azonos mennyiségű konyhasó is adható, 1—2 cm³-t (max.-dos. 3 cm³) a megbetegedett vénákba fecskendez és könnyen elmasszálja. A vénák pár óra alatt thrombotizálnak és rendszerint tökéletesen obliterálódnak. Az injectiókat leghelyesebb a v. saphena térdfeletti részén kezdeni és innen fokozatosan haladni a peripheriás részek felé. Az oldatnak nem szabad a vénák körüli részbe jutnia, egészen peripheriás vénába, vagy nagyon felületes csomóba a bőrelhalás veszélye miatt ne igen fecskendezzünk. Vese- és májbetegségek az eljárást ellenjavallják; óvatosság ajánlatos arteriosclerosis, diabetes és ekzema eseteiben. Sikeresen alkalmazható az eljárás varicosus eredetű lábszárfekély, sőt varicocele eseteiben is. Előnyei az eljárásnak: könnyen kivihető, ambuláns is, a beteg folytathatja rendes életmódját, feküdni csak ritka esetben kell, a kezelés teljesen veszélytelen és csaknem fájdalomtalan, keringségi zavarok nem fordulnak elő, a recidivák nem gyakoribbak, mint operált esetekben és könnyen kezelhetők újból. (Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 14. sz.)

Landgraf dr.

Az izomátültetéshez szolgáltat adatot *Schloffer* egy eset ismertetésével, a melyben az orrhegy hiánya miatt a homlokról vett vándorlebenyből formált orrot. Két év után észrevette, hogy a betege az orrhegyét körülbelül 6 mm. magasra tudta emelni anélkül, hogy az arc mimikája változott volna. Az orrhegy felemelésével körülbelül 150 gr. súlyt is felemelt. Arcmimikánál az orr nyugodt. A lebenyben lévő musc. front. tehát újból működik, az idegek valószínűleg oldalt nőttek bele. Izom átültetésekor két methodust követhetünk: 1. az izomlebeny összefüggésben marad az idegével és ereivel, így csak kisebb eltolás lehetséges, 2. szabad átültetés. Ez utóbbi rendszeren kötőszövetes átalakulást szenved. Az előbb említett esetből azonban láthatjuk, hogy a teljesen átültetett izom is működhetik, ha jól van táplálva és idejekorán kap idegérzékenyítést. (Wiener klin. Wochenschr., 1919, 42. sz.)

Schlagetter dr.

Gyermekorvostan.

A fogzás és a légutak hurutos megbetegedése közötti viszonyról ír *Langstein, P. Schrumpf*-nak egy 1917-ben megjelent, a fogzási lázról szóló cikke kapcsán. Utóbb nevezett szerző egy esetből kifolyólag feleleveníti a fogzási láz már-már feledésbe merült fogalmát. Nyolczhónapos csecsemőt volt alkalma megfigyelni, kin 11 napig tartó magas lázzal, nyugtalansággal, étvágytalansággal, hányással járó betegség alatt a láz hirtelen leesése után bujt elő 1—1 felső középső metszőfog jobb- és baloldalt s 4 hét után ugyanily körülmenyek között a két második felső metszőfog.

Ez egy esetből kiindulva, *Schrumpf* jogosnak tartja a fogzási betegség felvételét, mondván, hogy úgy az egészséges, mint még inkább a rachitisre hajlamos csecsemő fogzása, különösen ha a rendesnél korábban kezdődik, gyakran jár lázzal, rosszullettel, hányással.

Langstein ezzel szemben állást foglal sok évi klinikai tapasztalata alapján, mely idő alatt sok száz csecsemőt figyelvén meg a fogzási időszakban, egyen sem észlelt görcsöket, nyugtalanságot vagy emésztési zavarokat. Ellenben ismételtén feltűnt, hogy fogzáskor igen gyakoriak a lázas állapotok. Felteszi a kérdést, nem fordított-e a viszony és nem a láz provokálja-e a fogak áttörését?

Legnagyobb szerepet játszik a csecsemőkori lázas megbetegedések között a légutak hurutos megbetegedése legváltozatosabb alakokban úgy a klinikai kép, mint a láz typusa tekintetében. Különösen gyakoriak a rhinopharyngitis acuta és chronica, valamint ezek szövödményei.

Langstein minden esetében, mikor láz kíséretében törtek át fogak, kimutatta, hogy nem fogzási lázról, hanem a légutak hurutos megbetegedéséről van szó, tehát nem a fogzás idézi elő a lázat, hanem a láz okozza, illetőleg segíti elő a fogak áttörését.

Arra, hogy mi módon segíti elő a lázas megbetegedés a fogak áttörését, a szerző nem terjeszkedik ki; valószínűleg a legkülönbözőbb fertőző betegségek egy közös sajátságával állunk szemben, mely a lázas állapottal áll bizonyos vonatkozásban, de semmi esetre sem a helybeli gyuladással jellemezhető.

A szerző *Schrumpf* esetében is egy ily influenzás megbetegedés jelenlétét tartja valószínűnek, de semmi esetre sem ismeri el a fogzási láz létezéséről való állításának létjogosultságát. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 18. szám.)

Farnos Ilona dr.

Az újszülöttek anaemiájáról értekezik egy esete kapcsán *Eckstein*. Az újszülött családjában semmiféle olyan anamnesis adat nem volt a szülők részéről, a mely a keletkezett anaemiára fontossággal bírna. A csecsemő születése után 12 órával már kifejezett icterus képét mutatta: sárga sclerák, sárga bőrszín, barna vizelet, e mellett a bőr színe igen halvány, e miatt a látható nyálkahártyák és a bőr nem rendes citrom-, hanem halványsárgák, fakószínűek. A Pirquet- és Wassermann-reactio negativ. A máj a bordaív alatt 3 cm.-rel érezhető, a lép a bordaív alatt 3 cm.-rel mint puha tumor tapintható. A vörös vércép változásai: Sok magvas vörös véresejt (köbmilliméterenként 6720), a vörös véresejt száma 2,500.000, a festődési index 0.64, a haemoglobin 32%, kisebbfokú poikilocytosis és basophil pontozottság egyes vörös véresejtben. A fehér véresejt száma 40.000, 32.8% lymphocytá, 2.6% monocytá, 25% úgynevezett lymphoid sejt és 39.6% granulocytá.

A vércép tanúsága szerint tehát 10 éretlen vörös véresejtre 23 fehér granulált velős sejt emigrál a véráramba, a mi mellett absolut lymphocytosis is van. A kórképet a szerző az anaemia pseudoleukaemica infantummal azonosnak tartja, a mely congenitalisan jött létre, úgy hogy a placentaris vérkeringés közvetítésével az anya szervezetéből toxinok és más ártalmas anyagok jutottak a csecsemő szervezetébe, esetleg ily anyagok magában a placentában keletkeztek és jutottak az újszülöttbe.

A lefolyás alatt elsősorban az icterus javult, majd lassanként a vérkép is mindinkább a normalis képhez tért vissza. A kezelés alatt a lép megkisebbedett és két hó mulva csaknem normalis nagyságát mutatta. A therapia női tejjel való táplálás mellett könnyen assimilálható vaskészítmények (ferr. album.) adásából állott. (Monatschr. f. Kinderheilk., 1919, 8. füz.)
Bókay Zoltán dr.

A Rumpel-Leede-tünet diagnostikai értékéről vörhenyben ír H. Müller jun. (Zürich). Rumpel 1909-ben hívta fel a figyelmet a felkar leszorítása után a könyökhajlatban megjelenő petechialis vérzésekre és nagy diagnostikai értéket tulajdonított nekik. Leede is pozitívnak találta több száz esetében, egyetlen egy kivételével. Bennecke és Meyer észleletei is hasonlóak voltak.

A szerző két éven át vizsgálta a tünetet vörhenybetegeken s észleleteit a következőkben foglalja össze: Gyorsan jelentkező és erős vérzés csaknem kivétel nélkül élenkvörös, kifejezett exanthema mellett fordul elő. Ugyancsak gyakrabban találjuk a tünetet magasabb láznál és a betegség első napjaiban, mint alacsony hőemelkedésnél és a reconvalescentiában. A lassan jelentkező és gyenge tünetet halvány exanthema mellett találta. A tünet tehát csak az exanthema erősségének kifejezője s így alaptalan, nagyon értékes diagnostikai segédeszköznek tartani. Mert az olyan diagnostikai segédeszköz, mely csak a betegség főtünetével, az exanthemával lép fel kifejezetten, nem érdemli meg a nevet. S annál inkább nem, mert vörhenyen kívül — a melynek egyébként a spontán vérzésekre való hajlama ismeretes — pozitívnak találták kanyaró, lues, anaemia perniciososa, nephritis, influenza, diphtheria eseteiben s különböző bőrbetegségeken. A szerző nagy százalékban találta pozitívnak tuberculosisban, sőt egészen egyes egyénekben is. (Deutsche med. Wochenschr., 1919, 46. sz.)
Ujj Sarolta dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Szamarhurut néhány esetében G. Gaertner tanár fel-tűnő jó eredménnyel használta a torokképletek besugározását napfényvel. A napnak hátat fordítva ülő beteg arcza elé egy gégetükör reflectorát helyezük és az ettől visszavert nap-sugarakat a tágra nyitott szájon át a torok képleteire engedjük behatni (hátulsó garatfal, tonsillák, inyvitörök), mialatt a beteg „a“-t hangoztat. Egy-egy besugárzás 10—20 másodpercig tart, egy-egy ülés pedig 10—20 ilyen besugárzásból áll. Naponként 1—2 ülés tartandó. (Wiener mediz. Wochenschr., 1919, 42. sz.)

Myalgia és angina. Krebs esetet közöl, melyben a különböző belső szervekkel és physikai eljárásokkal szemben makacsul fennállott myalgias fájalmak tonsilla-tömeszek ki-nyomkodása után rövidesen teljesen megszűntek. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 23. köt., 6. és 7. füzet.)

A haemorrhoidok kezelését 96%-os alkohol befecskendezésével a csomókba ajánlja Boas. Az eljárás az alkohol véralvasztó hatásán alapszik. Bier-féle szívóharanggal térdkönyök-helyzetben előhozzuk a csomókat és mindegyikbe nagysága szerint 2—5 cm³ alkoholt fecskendezünk mélyen; czélszerű előzőleg a helybeli érzéstelenítés. A befecskendezés után reponáljuk a csomókat, ügyelve, nehogy bőrredőt is benyomjunk a végbélbe (czélszerű ezért az anus környékének előző bezsírozása). A kezelést a szerző sohasem végzi ambulanter; tartama rendszerint legfeljebb 14 nap. A nyálkahártya és a sphincter bántódása e kezelésmód mellett ki van zárva. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 42. sz.)

A bőr alá fecskendezésről irt rövid cikkében A. Falck mindenképp felhívja a figyelmet arra a már régen ismert körülményre, hogy a használatos fecskendők köb-tartalma sokszor nem egyezik a jelzett köb-tartalommal; az 1 cm³-esnek jelzett fecskendők köb-tartalma különböző szer-zők által végzett vizsgálatok szerint 0.596 és 1.697 cm³ kö-zött változott. Ilyen módon könnyen érthető, hogy bajok tá-madhatnak; így egy esetben 2%-os morphiumpoldat befecskendezése után súlyos mérgezés fejlődött, mert a fecskendő

1 cm³ helyett 1.697 cm³ köb-tartalmú volt, tehát 70%-kal több morphiumpoldat fecskendeztetett be. Egy további körülmény, a melyre a szerző felhívja a figyelmet, az, hogy töményebb oldatok készítésekor nem szabadna súly szerint lemérni az oltószert, mert pl. 3 gramm antipyrin és 3 gramm víz nem 6 cm³ oldatot ad, hanem csak 5.2 cm³-t. Az ilyen oldatok készítésekor tehát az ürmértéket kellene használni, pl. követ-kezőképpen: Rp. Coffeini natrio-salicylici 3.0, aquae qu. s. ad volumen solutionis 6 cm³, avagy solve in aquae qu. s. ad volumen 6 cm³. Minthogy azonban a legtöbb gyógyszer-könyv szerint a súly szerint lemérés kötelező, megfelelő vál-toztatás volna szükséges a gyógyszerkönyvekben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 2. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1920, 10. szám. Révész Sándor: Méhátfúródás esetei. Biró Ernő: Háborús röntgenológiai tapasztalatok.

Vegyes hírek.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. A bőr egyes részei, nemkülönben a bőrbe ágyazott heges és sarjadzó szövet, hyperkeratosisek, nyirokmirigydagánatok, sclerosisek kötés alakjában a bőrre alkalmazott pepsin-sósavoldattól (pepsin 2.0, acidum hydro-chloricum, acidum carbolicum aa 1.0, aqua destillata ad 200.0) Unna szerint mintegy megemésztődnek. Az ilyen módon porossá vált bőrön át különböző gyógyszerek is juttathatók a szervezetbe. (Berliner klin. Wochenschrift, 1920, 4. szám.) — A greifswaldi egyetem belklinikáján Ganter docens módszert dolgozott ki, amelynek segítségével a bél tetszésszerű részéből vehető beltartalom vizsgálás céljaira. A mód-szer lényege az, hogy egy bizonyos szerkezetű capsulát nyeletünk le, a mely azután kívülről kezelt erős elektromágnes hatására a bél kívánt részében megnyílik, beltartalom jut belé s azután megint záródik. A készülékkel végzendő vizsgálatok hivatva vannak arra, hogy érdekes adatok birtokába jussunk a bél physiologiájára és pathologiájára vonatkozóan. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 20. szám.)

A német belorvostani congressust Drezdában tartják április 20.-ától 23.-áig Minkowski tanár elnöklésével.

Az emésztőszervek és az anyagcsere betegségeivel foglal-kozó 2. összejevetelt Homburg fürdőhelyen tartják május 27.-étől 29.-éig Boas elnöklésével. A következő főkérdéseket fogják tárgyalni: 1. Ulcus duodeni (referensek Kuttner, Schwartz és Schmieden). 2. A belső secretio tanának szerepe az emésztőszervek és az anyagcsere bajainak diagnostikájában (referens Biedl). 3. A dysenteria következményes álla-potai (referensek Löhlein és Strauss). 4. Háborús tapasztalatok dia-betesben (referens Richter.)

Hibaigazítás. Lapunk 103. oldalán az I. táblázatban

| | | | | | | |
|-------|-------|------|----------|-------|-------|------|
| + | - | + | | + | - | + |
| + | - | - | | + | - | - |
| 113 | 276 | 34 | helyett: | 113 | 287 | 34 |
| 21.23 | 51.39 | 6.33 | | 21.04 | 53.44 | 6.10 |

továbbá a 12. függélyes rovatban 3 helyett 8 olvasandó.

Személyi hírek külföldről. Kleist tanárt, a rostoki egyetem psychiatriai klinikájának igazgatóját meghívták a frankfurti egyetemre, Sioli utódjává. — Seitz erlangeni tanár (gynaekologia) és Ghon prágai tanár (kórboncztan) visszautasították a bécsi egyetemre történt meg-hívásukat.

Kisebb hírek külföldről. Amerikai orvosi lapok szerint az Egyesült Államokban és Kanadában 1919-ben 2163 orvos, azaz a bejegyzett orvosoknak 13.29%-a halt meg. Legtöbb elhalálozás esett az 59. évre, a halál oka leggyakrabban a tüdő s az érrendszer megbetegedése volt. A halálesetek közt 38 öngyilkosság, 103 baleset és 35 gyilkosság fordul elő. 18 orvos a 90. és 100. év közt halt meg.

Lapunk mai számához Balla Sándor és Társa gyógyszerészeti laboratóriumának Budapest, VII., Wesselényi-utca 69. prospectusa van mellékelve.

A svábhegyi sanatorium, amelyet 12 év előtt alapítottak, de mindezeidig csak nyári lakásként és bejáró betegeknek mint vizgyógy-intézet működött, ez évben még a nyár folyamán mint diéta és klimatikus gyógyintézet fog működni. A sanatoriumot a dr. Jakob-féle Liget-sanatorium vette át, amely — tradíciójának megfelelően — a lehetőséghez képest stírgösen ki fogja fejleszteni, hogy mielőbb egy modern gyógyintézet álljon itt Budapest közelében rendelkezésre.

Vizgyógyintézetbe

férfi segédorvos kerestetik. Írásbeli pályázatok „Vizgyógyintézeti orvos” jellegre „Petőfi” irodalmi vállalat VII., Kertész-u. 16. küldendők.

ORVOSI ÉVKÖNYV 1920.

Számos orvos kívánságára a szerkesztői zárlat márczius 25-ikére kitolatott.

Kérdőivekkel kívánatra még szolgálhatunk.

A szerkesztőség: VII., Kertész-u. 16.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Dr. Hill Paula, Dr. Mandler Ottó, Néhai Dr. Reich-féle

Zander

és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézete. — IV., Semmelweis-u. 2. Kossuth Lajos-u. sarok

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

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

Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály. Röntgen laboratorium (bejáró betegek részére is). Radium kezelés.

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

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87-73.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkuti-ut 78. * Illamos megálló. * Telefon: 145-90.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészl József. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és körtermekkel kibővíve. Diagnosztikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

PÁLYÁZATOK.

2324/1920. szám.

A nagykanizsai közokórháznál ujonnan rendszeresített s a X. fizetési osztálynak megfelelő illetmények élvezetével egybekötött szülészeti és nőgyógyászati osztályos főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázatban oly egyetemeres orvostudorok vehetnek részt, kik specialis szülészeti és nőgyógyászati szakismerettel rendelkeznek s hivatalos okmányokkal igazolják, hogy a főváros vagy más egyetemi város klinikáján, vagy nagyobb kórházában legalább egy évig működtek. E mellett oly pályázók, kik sebész műtői gyakorlattal bírnak és egyéb hosszabb orvosi gyakorlatot igazolnak, előnyben részesülnek. A kinevezett főorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

A pályázati kérvények a kellő okmányokkal felszerelve folyó évi április hó 4-ikéig hivatalomhoz annyival is inkább benyújtandók, mert később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Nagykanizsán, 1920. évi márczius hó 8.-án.

Polgármester.

ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

Budapest, VI., Andrassy-ut 28. Telefon: 68-16 és 37-04

Eredeti gyári áron azonnai szállít orvosi műszereket, orvosi vasbutorokat, műtő és sterilizáció berendezéseket, betegápolási cikkeket, kötszereket stb. — Sürgőncim: Medodelga Budapest.

MAGNOL

méregmentes általános desinficiens. Baktericid hatása nagyobb a sublimátnál és karbolsavnál. A 20/00 oldat felülmúlja a 3% hydrogen superoxyd oldatát, nem mar, alkalmazása veszélytelen. Mindenütt alkalmazható, ahol erélyes desinficiensre van szükség.

Gyártja:

„CHINOIN“

gyógyszer és vegyszeti termékek gyára r.-t.

Dr. KERESZTY és Dr. WOLF

Ujpest, Tó-uteza 5. szám.

Ara 5 kor. • Orvosoknak próbacsomag ingyen.

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

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor” gyógyszertár, Budapest, IX. Ráday-u. 18

Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai festékoldatokat.

WESELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES

ÉS TÁRSA UTÓDA

BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TER 1.

Orvosi műszer, kötszer és művegtaggyár. Betegápolási cikkek, háskötők, sérvkötők, kórházi vasbutorok stb raktára.

HAEMOGLOBIN-GLOMA

DR. WANDER

Dr. PÁPAY

- FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.-T. VI., TERÉZ-KÖRUT 31. TELEFON 20-19

Himlőnyirok

Cholera és Typhus oltóanyag

Orvosi diagnosztikai laboratorium

MESTERSÉGES
FMSI-PASZTILLA



DR. WANDER
 DR. WANDER GYÓGYSZER-
 ÉS TÁPSZERGYÁR R.T.
 BUDAPEST.

DR. WANDER-FÉLE
Maláta-leves kivonat
 (Dr. Keller módszere szerint.)
 DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁR R.T.
 BUDAPEST

ROBOFERRIN
 sine et cum arsen. ERÉNYI
 (Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)
 a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton** készítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermekeknél az anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. esetében. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:
ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA” GYÓGYSZERTÁR
 Budapest, VII., Károly-körút 5 ☐ Telefon: József 115—55

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen
Veifa-Werke · Frankfurt a/M.
Polyphos · München
 testvérházaink
Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden gyártmányú röntgensövet, röntgenlemez stb. eredeti gyári-áron azonnal szállít:
 Telefon: **ODELGA** Telefon:
 68-16 Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T. 37-04
 Budapest, VI., Andrásy-ut 28
 Sürgőnyezim: **Medodelga** Budapest.

SALVUS
 ANTISEPTIQUE · DESINFECTANT
 POUR · FEMMES · ET · HOMMES
 INSTITUT · SALVUS · LAUSANNE
 SUISSE

Kapható orvosi
 receptre
 minden gyógy-
 szertárban.

GARAY SAMU ÉS TÁRSA
 BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.
 Orvosi műszer-, kötszer- s művégtaggyár. Betéggépolási cikkek, has- és sérvkötők, kórházi vasbutorok s állatorvosi műszerek raktára.

LENNER ATILLA JÓZSEF orthopaed műcipész Budapest, VIII. Baross-u. 20.
 Specialis készítmények: Külső v. belső emelésű műcipők rövidült lábakra, Dongaláb (Scarpa), járógép fölé vagy alá való műcipők. Lúdtalp-betétescipők parafa vagy acélbetéttel. Valamint bármily, orvosi előírás szerinti műcipők a legtökéletesebb kivitelben.




Lilienfeld berendezések és a kombinált Lilienfeld-
Röntgen: „Radio-Silex“
 Koch & Sterzel gyártmányú készülékek magyarországi egyedárúsítója:
Ericsson magy. villamossági r.-t. ezelőtt: Deckert és Homolka
 Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.
Röntgen-készülékek, Lilienfeld és közönséges Röntgen-lámpák, Röntgen-jelemek stb. azonnal szállíthatók.

•PURGO•
 az ideális hashajtó
 gyermekek, felnőttek és fekvő-
 betegek részére

MERLUSAN
 bevált antilueticum és antigonorrhicum

EBAGA
 zsirtalan kenőcsök
 dermatologiai és optalmologiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár
 Budapest



GELIXIRIUM * FERRI * ALBUMINATI * POLLATSEKI
 SEU * COMBINATIONES:
 C. ARSENO-MITE, C. ARSENO-FORTE, C. PHOSPHORO
 TONICUM * HAEMODYNAMICUM
 NEUROTICUM * STOMACHICUM * ROBORANS.

**ANAEMIA · NEURASTHENIA,
 TÁPLÁLKOZÁSI · ZAVAROK,
 IDEGES · KIMERÜLTSG,
 CHLOROSIS, FEJLÖDÉSI
 VISSZAMARADOTTSÁG
 GYERMEKÁGYAS · NÖK · ÉS
 SZOPTATÓK · VÉRSZEGÉNY-
 SÉGE · ESETÉBEN · STB.**

PANACEA GYÓGYSZERVEGYESZETI R.T. BUDAPEST
 V. NÁDOR, U. 6.

„LABOR”

GYÓGYSZER ÉS VEGYÉSZETI GYÁR
 :: RÉSZVÉNYTÁRSASÁG ::
 BUDAPEST, III., BÉCSI-ÚT 2128. SZ.

Az orvos urak szives figyelmébe ajánlja
 jól tapadó felkent szappanait és gyógy-
 szeres szappanait. ::

„LABOR” gyermek-szappan kellemes
 illatu, tulzsirozott szappan; a gyermek-
 :: ápolásban nélkülözhetetlen. ::

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

Budapest, IV., Eskü-ut 6. Klotild-palota.

Ezelőtt II., ker, Margit-körut 45.

Új telefonszám 58-97.

Sulfotin

Kalium sulfogujacolicum syrup, békebeli minőségben
 200 gr-os üvegekben.

Arso-tonin

a monomethydnatriumarse-
 nat isotonias oldata steril
 ampullákban, subcutan in-
 jektiokhöz.
 20 és 100 ampulas csoma-
 golásban

Domopon

Az összes opium alkaloidá-
 kat tiszta állapotban tartal-
 mazó készítmény.
 Tablettákban, ampullákban
 és üvegekben.

Novatropin

Strychnotonin Protal

Cadogel Domargin

Ventrobaryt Retrobaryt



„CHINOIN”

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.
 (Dr. Kereszty és Dr. Wolf)

UJPEST

KELETI J. Budapest, IV., Koronaherceg-u. 17

Alapított 1878 Telefon 13-76

Orvosi műszerek, kórházi vasbutorok, orthopädiai készülékek és
 betegápolási cikkekben békebeli I. minőségben nagy raktárt tart.
 Letelepedő orvosoknak teljes berendezéseket jutányos árban és ked-
 vező feltételek mellett szállit. Költségvetések kívánatra azonnal díj-
 mentesen készíttetnek.

Injektiones Eri

Az injectiós therapia céljait szolgáló használatra kész steril oldatok.
 Speciallaboratorium ERI.

RÓZSAVÖLGYI IMRE BUDAPEST, VI, ARÉNA-UT 124.

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben,
 betegápolási cikkekben. Művégtaggyártás és műszerjavítás.
 Telefon József 19-24.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knezi-utca 15.

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal

IX., Knezi-utca 15.

Előfizetési árak:

19:9 novembertől:

egész évre ... 120 kor

fél évre ... 60 "

negyed évre ... 30 "

Orvostanhallgatók, szigorló

orvosok és a kötelező kórházi

gyakorlatot teljesítők a felé

és a portót fizetik.

Megjelenik minden vasárnap

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Egyes számok kaphatók külön

Frígyes egyetemi könyvkeres-

kedésében (Váci-utca 32 sz.)

Egyes szám ára 2 korona

50 fillér.

Küldemények és előfizetések czíme

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezi-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pestl Alfréd "PETŐFI" Irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Geszti József: Közlemény a debreczeni Augusztia-sanatoriumból. A tuberculosis gyógyítása a krysolgan nevű aranykészítménnyel. 133. lap.

Bókay Zoltán: Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.) A csecsemőkori pylorusspasmus kezelése papaverinum hydrochloricummal. 136. lap.

Totis Béla: Közlemény a berlini árvaház és gyermekmenhely klinikájáról. (Főorvos: L. F. Meyer egyet. tanár.) Adatok a csecsemőkori epidémiás influenza klinikájához. 138. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Rössle: A physiologiás konyhasó-oldat. — Sebészeti. Moschowitz: Újabb adatok az empyema kör- és gyógytanához. — Gyermekorvostan. Riemschneider: A gyermekkoron postdiphtheriás hemiplegiáról. — Szemészet. Pichler: Szimulált kancsalság több esete. — A lencse színlátéka a szemnek rész-szilánk okozta sérülése után. — Pagenstecher: Adat a szem-masszagehoz. — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Hoffmann: Bromexanthema szópós csecsemőkön. 139—141. la.

Magyar orvosi irodalom. 141. lap.

Vegyes hírek. 141. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a debreczeni Augusztia-sanatoriumból.

A tuberculosis gyógyítása a krysolgan nevű aranykészítménnyel.

Irta: Geszti József dr., igazgató főorvos.

Ha nem is lehet állítani azt, hogy a tuberculosis specifikus gyógyítása a Koch-féle tuberculin feltalálása óta teljesen holt pontra jutott, bizonyos, hogy az azóta lefolyt 38 év alatt ezen a téren valami lényeges haladás nem történt. A különböző specifikus készítmények száma erősen felszaporodott, de a ki ezeket a szereket betegein objective végigpróbálta, az, mint magam is, nem zárkozhatik el az elől a benyomás elől, hogy a legtöbbször semmi előnye sincsen a Koch-féle tuberculin felett s igazán zavarba jut az ember, ha olyan készítményt kell megjelölnie, amelyikben az az új principium, a mely szerint készült, s a mely elméletben oly szépen fest, a gyakorlatban valami különös haszonnal járt volna. Bár érdemes volna egy kicsit elgondolkodni azon, hogy a tuberculosis specifikus gyógyszerének feltalálása körül folyó hatalmas munka miért nem tudott Koch Róbert óta számbavehető, vagy mindenki által approbált eredményt felmutatni, e helyütt nem térhetek ki erre, csupán ide vonatkozó megfontolásaim conclusiójaképpen annak a nézetemnek adnék kifejezést, hogy a problema egyéb nehézségei mellett bizonyára nem csekély része van ebben annak a zavarnak, mely a tuberculosis immuno-biológiája körül még mindig fennáll. Allergia, aergia, góczreactio, lokális reactio stb. mindannyi jelenség, amelynek mechanikája, sőt jelentősége sincsen kellőleg tisztázva, de amelyek kétségtelenül valamennyien a legszorosabb összefüggésben állanak azzal a folyamattal, melyet a specifikus gyógyítás a gümőkóros szervezetben előidézni, kiváltani, vagy megváltoztatni akar. Az alap tehát, melyen a tuberculosis specifikus gyógyításának tovább kellene fejlődni, még mindig ingatag s nézetem szerint a tuberculosis specifikus gyógyítása terén nem is várható addig valami lényeges haladás, amíg a gümőkóros szervezet részéről észlelhető immuno-biológiai jelenségeket s ezeknek a specifikus gyógyítás által okozott változásait a maguk valóságában felismerni és értékelni nem tudjuk.

De ha ez nem is volna így s a tuberculosis specifikus gyógyítása nem tudna annyi refractaer esetet felmutatni, mint amennyit minden új készítmény s minden új principium daczára még mindig felmutat, akkor is indokolt volna az a

törekvés, hogy a tuberculosis gyógyítása számára új utakat nyissunk. Ilyen új útnak kínálkozott a tuberculosis chemotherapyja, s az a céltudatos és exact munka, melyet Ehrlich a salvansan feltalálása körül végzett s az a hatalmas siker, mely ennek a nyomában fakadt, többeket arra indított, hogy Ehrlich nyomdokain haladva olyan chemiai test után kutassanak, mely Ehrlich chemotherapy elveit a tuberculosis gyógyításában volna hivatva megvalósítani. Egy ilyen chemiai testet Finkler bonni professor, illetve tanítványa von Linden grófnő a rézben, Spiess és Feldt az aranyban vélt feltalálni, s bár a tuberculosis chemotherapyjától még messze vagyunk, a chemotherapy jegyében megindult munka nem bizonyult hiábavalónak. Alábbi fejtegetéseimnek az a célja, hogy a krysolgan nevű aranykészítménnyel végzett gyógyító kísérleteimről beszámoljak, előbb azonban magáról a készítményről s a vele eddig elért gyógyító eredményekről kell egyet s mást elmondanom.

Feldt¹ az aranyak a tuberculosis gyógyításában való bevezetésében azokból a kísérletekből indul ki, amelyeket annak idején még Koch Róbert végzett s melyek szerint az aranyak cyansója, az aurocyanid, még az 1:2 millióhoz való hígításban is megakasztja a tuberculosis-bacillus kulturájának a fejlődését.

Mindenekelőtt arról volt szó, hogy az aranycyanür számára valami olyan vivőszert találjon, mely annak a gümős góczra való hatását közvetíteni tudja. Liebreich kísérletei után Feldt a cantharidinben kereste ezt a vivőszert, melyet méregtelenítve sikerült s melynek aranycyanürrel való vegyületét aurocyanatannak nevezte el. Ezzel az aurocyanatannal Spiess frankfurti gégeorvossal együtt főképpen gümőkóros gégebetegesen végzett gyógyító kísérleteket s amint maga mondja, egyes esetekben a gyógyeredmény jó volt, más esetekben nem. Speciell tüdőbetegesen végzett kísérletekről nincsen tudomásom, az az aranykészítmény, mellyel néhány év előtt nálunk Pekánovich kísérletezett, a Merck-féle aurumkalium-cyanatum volt.

Csakhamar azonban Feldt rájött arra, hogy az új aranyvegyületben a cyanmolekulának a jelenléte egyrészt a cyanak mérgező voltánál, másrészt az arany katalysises képességét gátló hatásánál fogva nem kívánatos. Ezenkívül azt tapasztalta, hogy a gümöb bacillus kulturájának a fejlődését főképpen azok az aranyvegyületek gátolják, amelyekben az arany egyenértékű, vagy kolloidálisan oldva van, s hogy az arany

¹ Berliner klinische Wochenschrift, 1917. évi 46. és 1918. évi 10. szám.

mérgező hatásának az elkerülésére olyan complex vegyület alkalmas, a hol az arany oly szorososan van kötve, hogy az a szokásos aranyreactiót többé nem adja. Hosszas kísérletezés után a complex 4 amino — 2 aurophenol — 1 carbonsav natriumsóiban találta meg ezt a vegyületet, mely a fenti követelményeknek megfelel, ezenkívül vízben könnyen oldható és közömbös kémhatású. Aranytartalma 50 százalékot tesz. Ezt a készítményt nevezte el *krysolgannak*.

A krysolgannal végzett gyógyító kísérletekről eddig három közlemény jelent meg. Az első² *Schnandigel* frankfurti szemorvostól származik, a ki gümös eredetű szembetegségekben, a második³ *Wichmann*-tól, a ki kizárólag lupusos betegekben, a harmadik⁴ *Schröder*-tól, a ki gége- és tüdőbetegekben elért gyógyeredményeiről számol be *Schnandigel* összesen 47 betegen alkalmazta a szert s kísérletei eredményeiből csak ezt a két adatot közlöm, hogy a 16 időszült irido-chorioiditisben szenvedő beteg közül tizenkettőt, 20 súlyos, recidiváló keratitisben szenvedő beteg közül pedig tizenhetet sikerült krysolgannal meggyógyítani. *Wichmann* eredményei kevésbé kedvezők, amennyiben 9 lupusos beteg közül csak kettőn sikerült kifejezett javulást elérnie, ezenkívül egy fekélyes genialis tuberculosiban szenvedő beteg is kedvezően reagált a szerre. *Schröder* nem számol be részletesen eredményeiről, de tapasztalatait abban foglalja össze, hogy a krysolgan a gégeben székelő gümös elváltozás gyógyulását határozottan kedvező értelemben befolyásolja s a tüdőmegbetegedés javulását is gyorsítja.



Saját kísérleteimről szóló tulajdonképpen beszámolómat nem óhajtom a szokásos statisztikával bevezetni. Nem pedig több okból. Az egyik ok az, hogy eleinte a háborús viszonyok, később pedig a háború liquidálása következtében a höchsti gyár minden köszönetreméltó előzetekénysége dacára sem juthattam a kísérlet céljaira szolgáló szernek olyan mennyiségéhez, hogy a betegek statisztikailag értékesíthető nagyobb számát kezelhettem volna. A másik ok az, hogy gümőkóros tüdőbetegeket ma még rendkívül nehéz egységes szempontok szerint szerkesztett statisztikába összefoglalni, már pedig valamely szer hatásának megítélésében csak az olyan statisztika lehet mérvadó, amelyben a betegek egyrészt a megbetegedés anatómiai kiterjedését és minőségét, másrészt a fennálló klinikai tüneteket illetőleg egységes szempontok szerint vannak osztályozva. Végül kísérleteimben nem az volt a vezető kérdés, hogy a krysolgannal 100 beteg közül hányat lehet meggyógyítani, hanem az, hogy ez a szer egyáltalában alkalmas-e tuberculosiban szenvedő betegek meggyógyítására; ha igen, milyen gümőkóros betegek meggyógyítására alkalmas s minő a hatásmódja; ha nem, mi az oka a szer hatástalanságának. Mindezeknél az okoknál fogva úgy vélek helyesen eljárni, hogy elsősorban néhány krysolgannal gyógykezelt beteg kórtörténetét közlöm s az ezekben lefektetett észlelések kapcsán igyeksem a felvetett kérdésekre megfelelni.

1. Cs. M., 22 éves állami tisztviselő, felvételét 1918 április 18.-án, *Körelőzmény*: Hónapok óta köhög, kevés zöldes-sárga tapadó köpetet ürít, jobb oldalt szúrásai vannak, éjjel izzad, étvágytalan, obstipált, sokat fogyott, lázas. Apja, anyja meghalt, de hogy milyen betegségben, azt nem tudja megmondani. Egy unokaöccsét a sanatoriumban gyógyítják.

Jelen állapot: Alacsony termetű, gyengén fejlett, lesóványodott, sápadt nöbeteg. A jobb tüdőcsúcs felett a kopogtatási hang mérsékelten tompult, a tompulat elül a kulcscsont alá, hátul a lapoczká töviséig terjed. A bal csúcs felett a kopogtatási hang rövidült. A jobboldali tompulat felett bronchovesicularis mellett közepes számú kis- és közep-hólyagú, nem csengő jellegű szörtyzörej, a bal csúcsban pedig érdes be- és megnyúlt kilégzés mellett néhány pattogás hallható. Más szervek részéről eltérés nincsen. Hőmérsék felvételkor 38° C., érlökés kissé szaporább, egyébként rendes. A köpet nyálkás-genyés, kevés, benne látóterekenként néhány Koch-bacillus látható. Testsúly 42.3 kgm.

Kórlefolyás: A beteg láz miatt állandóan ágyban fekszik, elég sokat köhög, köhögéskor jobboldalt szúrásai vannak. Teljesen étvágy-

talán. Április 22.-én esti hőmérséke 39° C., miért is 1 gm. pyramidont rendelünk 150 gm. vízre, 2 óránként egy evőkanállal. A hőmérsék erre leszál egy kevéssé, de május 1.-én újból 38.7° C. elég nagy ingadozásokkal, miért is a pyramidont lerendeljük. Azontúl május 12.-ig a hőmérsék esti maximuma 38° és 38.6° C. között ingadozik, 1—1.5 fok amplitudóval.

Május 12.-én: tüdőlelet nem változott. Hőmérsék maximuma 38° C.

Május 13.-án: 5 centigr. krysolgan intravenásan. Csekély fejfájás kíséretében a hőmérsék az injectio napján 38.5-re emelkedik, valamivel többet köhög és köp.

Május 14.-én: Hőmérsék maximuma 37.6. Jó közérzet. A bal tüdő felett bűgások és füttyhangok, e csúcsban ezenkívül néhány pattogás. A jobb felső lebeny felett, főképpen hátul szörtyzörejek száma megszorodott, ugyanitt néhány csengő jellegű szörtyzörej is hallható.

Május 15.-étől május 17.-éig a hőmérsék maximuma 37.5—37.7°, amplitudo 0.5—0.7°.

Május 18.-án: a szörtyzörejek száma jelentősen csökken, köhögéssel, de nem köp. 5 centigr. krysolgan. Az injectio után csekély fejfájás, hőmérsék maximuma 37.6°.

Május 19.-én: hőmérsék 38° C. A bal csúcsban néhány kis-hólyagú szörtyzörej, diffuse bűgások és füttyhangok. A jobb felső lebeny felett, főképpen hátul, számos ropogó, részben csengő jellegű szörtyzörej és bronchialis szinezetű légzés hallható. Jobboldali szúrások, melyek már szünőfélben voltak, újra hevesebbek. Sokat köhög.

Május 21.-én: Teljesen jól érzi magát, éhes. Hőmérsék maximuma 20.-án 37.4°, 21.-én 37.5°. Baloldalt még mindig lehet bűgásokat hallani, de jobboldalt a szörtyzörejek száma lényegesen kevesebb. Köhögés alig van, köpet nincs, felkel.

Május 22.-étől május 27.-éig hőmérsék maximuma 37.3—37.7°. Május 28.-án praemenstrualisan 38.5-re emelkedik s még menses után sem száll le 37.8° alá. Étvágy kitünő, testsúly 43.3.

Május 28.-án: Jobboldalt szúrásai vannak. A jobb csúcsban majdnem bronchialis légzés mellett alig hallani szörtyzörejt, a bal csúcsban mintha szaporodott volna a szörtyzörejek száma.

Május 31.-én: Hőmérsék maximuma 37.8°.

Június 1. 5 centigr. krysolgan. Az injectio után másfél óra mulva hidegrázás kíséretében a hőmérsék 39.5°-ra emelkedik, de estére már 37.5°-ra száll le. Köhögés több, köpet nincs.

Június 2. A jobb csúcsban ismét több a szörtyzörej, a bal csúcsban változás nem észlelhető. Hőmérsék maximuma 37.2°. Felkel.

A beteg ezentúl láztalan. A hőmérsék maximuma nem éri el a 37.0° C-t, minimuma 36.5°. Közérzet kitünő, étvágy szintén, köhögés alig van, köpet nincs.

Június 5. A csúcsok felett alig hallani szörtyzörejt, a légzés jobboldalt már nem bronchialis.

Június 11. 5 centigr. krysolgan. Az injectio napján a hőmérsék 37.8°-ra emelkedik, éjjel izzad a beteg, a mi már régen nem fordult elő. A beteg ágyban marad.

Június 12. Hőmérsék 37.9°.

Június 13. Hőmérsék 38.1°. A jobb csúcsban a szörtyzörejek száma ismét szaporodott.

Június 14. Hőmérsék 37.2° s azontúl június 26.-áig csekély ingadozásokkal nem haladja meg ezt a maximumot. Fentjár.

Június 27. A jobb csúcsban már csak érdes be- s megnyúlt kilégzés hallható. Szörtyzörej egyik csúcsban sincsen, csupán a jobb lapoczká szögletének magasságában lehet néhány finom pattogást hallani. 5 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37.5°.

Június 28. Hőmérsék 38.6°. A bal csúcsban elül néhány nyikorgás hallható. A jobb csúcsban semmi változás.

Június 29. Hőmérsék 37.4°. A jobb csúcsban is lehet néhány nyikorgást hallani.

Július 1. Hőmérsék 37.2°.

Július 9. Még mindig subfebrilis 37.5°-ig terjedő hőemelkedésekkel. Közérzet kitünő, testsúly 46.0 kgr. A jobb csúcsban néhány pattogás.

Július 12.-étől állandóan afebrilis, itt-ott azonban 37.1°—37.2°-ra emelkedik a hőmérséke. Köpet, köhögés nincs.

Augusztus 19. Augusztus eleje óta hőmérséke nem emelkedik 37.0° C fölé. A jobb csúcs felett csekély rövidülés, érdes be- s megnyúlt kilégzés. Szörtyzörejek többé sehol sem hallhatók.

1918 október 14.-én a beteg 9 kgr. testsúlygyarapodással elhagyja a sanatoriumot. Összesen kapott 25 centigr. krysolgant.

2. L. A. 19 éves napidijas. Felvételét 1918 június 10.-én.

Körelőzmény. Az elmúlt tél folyamán influenzája volt, azóta állandóan köhög, sárgás-zöldes köpetet ürít, lázas. Két hónap előtt sok vért hányt, azóta láza emelkedett, éjjel izzad, sokat fogyott, kissé rekedt, munkaképtelen. Étvágy, szék, menstruatio rendben.

Jelen állapot: Alacsony termetű, elég jól fejlett, lesóványodott, feltűnően sápadt nöbeteg. A nyak bal oldalán skrofulás heg. A jobb csúcs felett csekély rövidülés, ugyanitt érdes be- s megnyúlt hangos kilégzés mellett néhány apró hólyagú szörtyzörej hallható. A bal felső lebeny felett elül a 3. bordáig, hátul a lapoczká táj közepéig erősen tompult a kopogtatási hang, a tompulat felett vesico-bronchialis légzés mellett igen számos, részben csengő, vegyes hólyagú nedves s néhány nyikorgó száraz szörtyzörej hallható. *Gégelelet*: Mindkét hangszalag duzzadt, szürkés-vörös. Más szervek részéről eltérés nincsen. Köpet nyálkás-genyés, benne rendkívül sok Koch-bacillus és rugalmas rost. Testsúly 46 kgm. Hőmérsék 37.9°. *Kórlefolyás*. A beteg állandóan lázas,

² Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1917, szeptember-október.

³ Münchener med. Wochenschrift, 1917, 37. szám.

⁴ Sonderabdruck aus dem Württ. Medic. Correspondenzblatt, 1918.

37°6' és 38°2' között ingadozó maximumokkal és 0°6'—1°0' fokig terjedő amplitudóval. Éjjel-nappal sokat köhög, baloldalt szúrásai vannak.

Június 20. Hőmérsék 37°6'.

Június 21. 5 centigr. krysolgan. Az injectiót jól tűri, hőmérsék estére 38°1'-ra emelkedik. Köhögés, köpet több.

Június 22. A bal csúcsban majdnem bronchialis légzés, igen számos, nagyrészt csengő jellegű szörtyzörejekkel. Hőmérsék 37°9'.

Június 23. és 24.-én. A bal csúcsban kifejezett hörgi légzés, szörtyzörejek száma és minősége nem változott. Hőmérsék 37°6', illetve 37°4'.

Június 27. A hőmérsék maximuma nem haladja meg a 37°3'-ot. A bal csúcsban gyengült bronchialis légzés mellett a szörtyzörejek száma lényegesen csökkent, a jobb csúcsban szörtyzörej nem hallható. Hangszalagok kevésbé duzzadtak és vörösek, rekedtség szűnőfélben van. Köhögés, köpet sokkal kevesebb. Közéret, étvágy kitünő, szúrások megszűntek. 5 centigr. krysolgan.

Június 28. Hőmérsék nem emelkedett. A bal csúcsban a kulcs-csont felett néhány csengő szörtyzörej. Hátul gyengült bronchialis légzés mellett főképpen a lapoczközi tájon közepes mennyiségű, részben csengő szörtyzörej. Jobboldal reactionentes. Hőmérsék 37°2'.

Június 30. Baloldalt a kulcs-csont alatt is hallani néhány, részben csengő szörtyzörej, hátul elég nagy számmal ropogó szörtyzörejek hallhatók. A beteg láztalan, a hőmérsék maximuma nem éri el a 37°-ot.

Július 3. 5 centigr. krysolgan. Semmi változás.

Július 11. 10 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37°1'-ra emelkedik.

Július 12. A bal csúcsban gyengült bronchialis légzés mellett a szörtyzörejek száma szaporodott, hátul ismét hallhatók csengő szörtyzörejek. Köhögés alig van, inkább csak reggel, köpet igen kevés, sem Koch-bacillust, sem rugalmas rostot nem tartalmaz.

Július 16. Igen keveset köhög. Baloldalt a kulcs-csont felett gyengült vesico-bronchialis légzés s néhány érczes színezetű szörtyzörej, a kulcs-csont alatt csupán néhány pattogás hallható. Hátul a légzés még mindig gyengült, bronchialis, a szörtyzörejek apró hólyagúak, szinte krepitálók, nem csengők. Hőmérsék teljesen rendes.

Július 18. 5 centigr. krysolgan. A hőmérsék 37°8'-ra emelkedik, s napokig sem száll le 37°5' alá. Szörtyzörejek száma valamivel több.

Július 24. Hőmérsék maximuma még mindig 37°5'. 5 centigr krysolgan.

Július 25. Hőmérsék az injectio napján nem emelkedik, másnap 37°3'-ra száll le, azontúl ismét rendes.

Augusztus 2. Baloldalt gyengült vesico-bronchialis légzés mellett néhány pattogás, hátul a lapoczközi tájon néhány, részben csengő szörtyzörej hallható. A hangszalagok színe, térfogata rendes, rekedtség megszűnt.

Augusztus 15. 5 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37°5', sokat köhög, de nem köp. A bal csúcsban gyengült vesico-bronchialis légzés mellett néhány ráspoló (száraz) szörtyzörej hallható.

November 4. Status idem. Köhögés, köpet megszűnt. A beteg 5-6 kgr. súlygyarapodással elhagyja az intézetet. Összesen kapott 40 centigr. krysolgant.

3. S. M. 21 éves hivatalnok. Felvételt 1918 augusztus 15.-én.

Körlelmény. A beteg jobboldali tüdőcsúcs-megbetegedés miatt egy ízben 2½ hónapig volt már a sanatoriumban, a honnan javult állapotban távozott. Néhány hónap óta ismét lázas, elég sokat köhög, köpete nincs, sokat fogyott, jobboldalt szúrásai és fájdalmai vannak, étvágya gyenge, szék, menstruatio rendes.

Jelen állapot: Jól fejlett, közepesen táplált, sápadt nőbeteg. A bal tüdőcsúcs felett csekély rövidülés, érdes be- s megnyúlt kilégzés és hátul néhány pattogás. A jobb felső lebeny felett mérsékelt tompulat és broncho-vesicularis légzés mellett közepes számú kis- és középhólyagú nedves, nem csengő szörtyzörej. Más szervek részéről eltérés nincs. Hőmérsék felvételkor 37°8', testsúly 52,6 kgr.

Körlelmény. A beteg állandóan lázas, maximumok 38°0' körül, 0°6'—1°0' fok ingadozással. Jobboldali fájdalomról panaszkodik, elég sokat köhög, nem köp. Ágyban fekszik.

Augusztus 26. 5 centigr. krysolgan.

Augusztus 27. Az injectio napján a hőmérsék 38°3'-ra emelkedik s másnap is ugyanannyi. Köhögés erősen szaporodott s köpete is van (Koch negatív). A jobb csúcsban broncho-vesicularis légzés mellett elég számos, homogen, ropogó szörtyzörej hallható, a szörtyzörejek száma a bal csúcsban is szaporodott, főképpen hátul.

Augusztus 28. Hőmérsék 38°0'.

Augusztus 29. Hőmérsék 37°9'. A hurutos tünetek még mindig fokozottak.

Szeptember 2. Hőmérsék nem változott. 5 centigr. krysolgan.

Szeptember 3. Hőmérsék 37°9'. Többet köhög, a köpet nem szaporodott. A jobb csúcsban gyengült broncho-vesicularis légzés mellett számos homogen, ropogó szörtyzörej. Bal csúcsban is szörtyzörejek.

Szeptember 6. Status idem. Hőmérsék maximuma 37°8'—38°0'.

Szeptember 10. Csúcsokban elül már csak néhány finom pattogás, hátul sokkal kevesebb szörtyzörej hallható.

Szeptember 11. Hőmérsék 37°5'.

Szeptember 17. 12.-e óta láztalan, köhögés, köpet alig van. A jobb csúcsban gyengült broncho-vesicularis légzés mellett alig néhány szörtyzörej, a bal csúcsban egyáltalában nem hallani szörtyzörej. Felkel.

Szeptember 26. 5 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37°5'. másnap is még 37°3', azontúl láztalan. Hurutos tünetek nem szaporodtak.

Szeptember 28. A jobb csúcsban rövidült kopogtatási hang, hátul néhány pattogás. Baloldalt szörtyzörej nem hallani. Köhögés, köpet megszűnt.

A beteg november 7.-én ezzel a lelettel és 5,7 kgr. súlygyarapodással elhagyja az intézetet. Összesen kapott 15 centigr. krysolgant.

4. D. N 25 éves magántisztviselő. Felvételt 1918 július 4.-én. **Körlelmény.** Atyja s egy nővére tüdőtuberculosisban halt el. Ő maga két hónappal ezelőtt még teljesen egészséges volt, akkor vette észre, hogy hőemelkedései vannak. Ezzel kapcsolatban köhögni kezdett, étvágya megromlott, lesoványodott. Néhány hét óta rekedt.

Jelen állapot: Középtermetű, gyengén fejlett, lesoványodott nőbeteg. Habitús phthisicus. A bal tüdőcsúcs felett csekély rövidülés, érdes be- s megnyúlt kilégzéssel, a jobb felső lebeny felett elül a 2. bordáig, hátul szinte a lapoczközi táj közepéig mérsékelt tompulat broncho-vesicularis légzéssel s közepes számú kis- és középhólyagú szörtyzörejekkel. **Gégelet:** Mindkét hangszalag duzzadt, szürkés-vöröses színű. Más szervek részéről eltérés nincs. Hőmérsék felvételkor 38°5', testsúly 48,5 kgr. Köpet genyes, benne igen sok tuberculosis-bacillus.

Körlelmény. A beteg lázas állapota miatt ágyban fekszik, hőmérsékének maximuma 38° körül jár, 0,5 fokos ingadozásokkal. Elég sokat köhög, teljesen étvágytalan.

Július 12. Hőmérsék 37°6'. 5 centigr. krysolgan.

Július 13. Hőmérsék 37°8', többet köhög és köp, a köpet könnyen válik. A szörtyzörejek száma a jobb csúcsban jelentékenyen megsaporodott.

Július 16. Hőmérsékének maximuma az előző napokon 37°6'. Köhögés, köpet még mindig elég sok, de a jobb csúcsban broncho-vesicularis légzés mellett már csak néhány pattogás hallható. A szörtyzörejek száma köhögés után sem szaporodik.

Azontúl augusztus 10.-éig állandóan subfebrilis 37°5'-ig terjedő hőemelkedésekkel. Közben még két 5 centigrammos krysolgan-injectiót kapott, melyek a hőmenetre alig vannak befolyással, ellenben az injectio után mindig több a köhögés és a köp. Közéret jó, étvágy feltűnően javul, 1 kgr.-ot hizott. Időnként fentjár.

Augusztus 15. A jobb csúcsban már csak egy-két pattogás hallható. Köhögés, köpet sokkal kevesebb, köpetlet negatív. 5 centigr. krysolgan.

Augusztus 16. Hőmérsék az injectio után 37°7'. Köhögés, köpet nem szaporodik, de a jobb csúcsban a pattogó szörtyzörejek mellett néhány bűgás is hallható.

Szeptember 2. A beteg az utolsó krysolgan-injectio óta állandóan subfebrilis, hőmérsék maximuma 37°5'—38°0' között váltakozik. Köhögés, köpet igen kevés. 5 centigr. krysolgan.

Szeptember 3. A hőmérsék hidegrázás után 38°6'-ra emelkedik. Igen sokat köhög és köp. Hátul a jobb csúcsban broncho-vesicularis légzés mellett ropogó szörtyzörejek hallhatók, elül alig néhány pattogás. Bal csúcs reactionentes.

Szeptember 10. Még mindig subfebrilis, de hőmérsékének maximuma nem haladja meg a 38 fokot. Közéret jó, köhögés, köpet kevesebb.

Szeptember 22. Ropogó szörtyzörejek többé nem hallhatók. Hőmérsék 37°8'.

Szeptember 23. 10 centigr. krysolgan. Hőmérsék 38°3'-ra emelkedik.

Szeptember 24. Köhögés és köpet nem szaporodott. A jobb csúcsban csak néhány pattogás hallható.

Szeptember 27. Hőmérsék maximuma fokozatosan leszállott, mai hőmérsék 37°5'. Rekedtség megszűnt. Jobb csúcsban igen kevés pattogás.

Október 12. Hőmérsék maximuma az előző napokon 37°2'—37°3'. 10 centigr. krysolgan.

Október 13. Reactio nem következik be.

Október 16. Beteg afebrilis, köhögés, köpet megszűnt. A jobb csúcsban néhány pattogás. Testsúly 50,4 kgr. Összesen kapott 45 centigr. krysolgant.

November közepén a beteg újból lázas lett. A vizsgálat a jobb alsó lebenyben influenzás bronchopneumoniát derített ki. Deczember 5.-én súlyos haemoptoe. Deczember végén még mindig lázas, a bronchopneumonia (tbc.?) fennáll, de a jobb csúcsban most sem hallható egyéb néhány pattogásnál.

5. B. E. 20 éves vasúti munkásleány. Felvételt 1918 május 5.-én.

Körlelmény. 5 hónap óta köhög, lázas, sokat fogyott. Néhány hét óta annyira elgyengült, hogy dolgozni nem tud.

Jelen állapot: Középtermetű, gyengén fejlett, lesoványodott, sápadt nőbeteg. A bal tüdőcsúcs felett csekély rövidülés, érdes be- s megnyúlt kilégzés s néhány kis hólyagú nedves szörtyzörej. A jobb felső lebeny felett elül a kulcs-csontig tompulat-dobos kopogtatási hang, azontúl a 3. bordáig, hátul pedig szinte a lapoczközi szögletéig a kopogtatási hang tompulat. A tompulat felett vesico-bronchialis légzés és számos vegyes hólyagú, részben csengő szörtyzörej hallható. Jobboldalt elül és hátul alul pleuramegvastagodástól származó tompulat. Más szervek részéről eltérés nincs. Hőmérsék a felvétel napján 38°7'. Köpet genyes, benne sok Koch-bacillus.

Körlelmény. A beteg állandóan lázas ugyan, de hőmenete leszálló tendenciát mutat, úgy hogy május 17.-én csekély subfebrilitással felkel az ágyból. Elég sokat köhög, köpete kevés. Június 10.-én hőmérséke 38°-ra, másnap 38°9'-ra emelkedik, emiatt ismét ágyba kerül. Tüdőlelet: mint fent, de diffuse mindkét tüdő felett bűgások és sipolások. Június 14.-én hőmérsék 37°2' s azontúl csak ritkán emelkedik.

Búgások megszűntek ugyan, de a felvételi lelet nem mutat változást ezért.

Június 27.-én 5 centigr. krysolgan. Hőmérsék az injectio napján 37.1°, másnap 37.3°.

Június 28. Többet köhög és köp. A bal csúcs felett a lelet nem változott. A jobb felső lebeny felett bronchialis légzés mellett számos, részben csengő szörtyzöreje hallható.

Július 3. Csak a jobb kulcsont alatt s hátul a lapoczközi tájon lehet néhány szörtyzöreje hallani. Alig köhög és köp. Köpotelet negatív. Hőmérsék nem haladja meg a 37.1°-ot. 5 centigr. krysolgan.

Július 6. Hőmérsék az injectio napján 37°, másnap 37.8°, harmadnap 37.4°, azontúl rendes. Köhögés, köpet, szörtyzörejek száma a lázas szakban ismét szaporodik, majd hirtelen csökken.

Július 11. 5 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37.5°.

Július 13. Hőmérsék 38.0°. Sokat köhög és köp. Tüdőlelet: A bal csúcsban nem hallani szörtyzörejeit. A jobb csúcsban elül a kulcsont felett vesico-bronchialis, a kulcsont alatt bronchialis légzés mellett kevés vegyes hólyagú, részben csengő szörtyzöreje hallható. Hátul vesico-bronchialis légzés mellett a lapoczközi tájra néhány pattogás, a lapoczközi tájon néhány ropogó szörtyzöreje hallható.

Július 16. Ismét láztalan. Köhögés még mindig tart, de köpet nincs. Tüdőlelet: a légzés typusa ugyanaz, mint július 13.-án, de szörtyzörejek nélkül. Köhögés után is csak néhány pattogás hallható.

(Folytatása következik.)

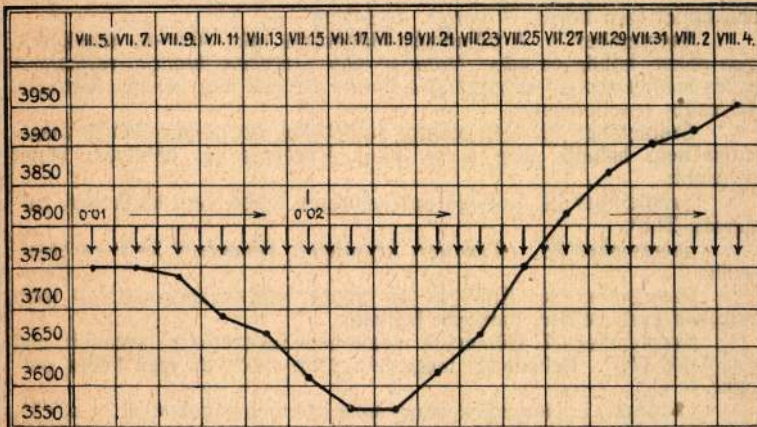
Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.)

A csecsemőkori pylorusspasmus kezelése papaverinum hydrochloricummal.

Közlő: Bókay Zoltán dr., egyetemi magántanár, a klinika I. tanársegéde.

(Vége.)

A gyermek 1919 augusztus 13.-án ismét megjelenik a rendelésen, újból hány két nap óta, testsúlya 3950 gr.-ra csökkent, a pylorusduzzanat ismét homályosan érezhető. Naponként újra 0.02 gr. papaverint kap subcutan és újabb 10 injectio után teljesen gyógyultan hazautaznak falura. Ez idő alatt a pylorus táján homályosan érzett képlet eltűnt.



6. ábra.

A gyermek összesen 0.74 gr. papaverint kapott. Első ízben 0.54 gr.-ot, másodízben 0.20 gr.-ot. (Lásd a VI. ábrát.)

A gyermeket utoljára 1919 november 27.-én láttam, igen jól fejtett, pirosposzsgás gyermek képét mutatja, 5960 gr. testsúly, felső fogak áttöröben. Három hét előtt elválasztatott. Jól alszik, székszorulása nincs, a reflexek még kissé fokozottak.

Ezen hatodik esetünkben, mint láttuk, klinikailag a stenosis pylori súlyos képe állott előtünk. A csecsemőn a tünetek igen vehemensek voltak és kisebb adag papaverinnel nem is voltak befolyásolhatók, a mint azonban a 0.02 gr.-os dosist vettük alkalmazásba, a tünetek csakhamar engedtek, sőt a pylorus táján érezhető képlet is csakhamar visszafejlődött. A kezelést azonban túlkorán hagytuk abba, mert elbocsátása után egy héttel ismét rossz állapotban került vissza, és ekkor a pylorus táján a duzzanat ismét érezhető volt. Ez az eset a legalkalmasabb Hertz álláspontjának a megváltoztatására, mert nem képzeltető, hogy valódi izomhypertrophia nem fejlődik vissza ily gyorsan, de főleg nem áll ismét elő egy hét alatt. Ez esetben a felvett hypertrophia nem hypertrophia volt, hanem csupán a spasmusos állapot folytán

összehúzódott izmok, izomrostok adták tapintó ujjunk alatt a daganat érzetét.

7. eset. K. Sári, 4 hetes csecsemő. (Saját rendelkezésemre észlelt eset.) Észlelés kezdte 1919 június 19.-én. Születéskor testsúly 3700 gr. Anyja előadja, hogy a második gyermek, az első kiskorában korán elhalt gyomor-bélhurutban. Normalis terhesség, normalis szülés. Apja, anyja egészséges, nem ideges. A gyermek 14 napos koráig jól fejlődött. Azóta gyakran, többnyire közvetlenül a szopás után bőségesen hány, székszorulása van, soványodik és igen nyugtalan.

Jelen állapot: Csekély turgorú, halvány, ráncos bőrű, nyugtalan, 3200 gr. testsúlyú gyermek. Érintésre összezsugorodik. Fokozott reflexek, facialis-tünet nem váltható ki. Kifejezett pylorusspasmus. Pylorus felett duzzanat nem érezhető. Próbaszopáskor 6 perc alatt 80 gr.-ot szopik és utána csakhamar vehemens hányás, orron, szájon át. Napjában csak 5-6, ritkán 7 pelenkát vizesít be.

Napi 7 szoptatást rendelék el és minden másnap 0.01 gr. papaverinum hydrochloricumot alkalmazok. Az első 6 injectio után, tekintettel arra, hogy a testsúlygyarapodás nem akar megindulni, sőt inkább esik (3190 gr.), 0.02 gr. papaverinre térünk át.

Július 14. Testsúly 3400 gm. Nyugtalanág engedett, szopáskor nyugodtabb, kevesebbet hány.

Július 24. 3720 gm. testsúly, már spontan székel, napjában 8-10 pelenkát vizesít.

Augusztus 4. 3950 gm., teljesen jó közérzet, a kezelést beszüntetjük. Azóta a gyermek teljesen jól van. Szeptember végén a testsúly 4750 gm. és november 19.-én 5450 gm. Rachitis jelei nincsenek, a gyermek jól van.

A kezelés alatt a gyermek összesen 6 0.01 gm.-os és 21 0.02 gm.-os papaverin-injectiót kapott, tehát 48 nap alatt 0.48 gm. papaverint. A testsúlygyarapodás 6 hét alatt 750 gm.-ot tett ki. (Lásd a VII. ábrát.)

8. eset. Sz. Adám. (Bókay János egyet. tanár magánészlelése.) Ikorszülés. Született 1919 január 21.-én. Súlyja születéskor 2980 gm. Mindkét ikorszülöttet bő tejű dajka szoptatta, rendszeren betartott háromórás időközökben. A gyermek fejlődése egészen a negyedik hétig normális volt, ezentúl gyakran explosioszerűen hányt, nyugtalan volt és súlygyarapodása megállapodott, sőt fogyás következett be. Észlelés kezdetén, 1919 március 23.-án a gyermek testsúlya 2680 gm. volt csupán. Ikertestvére rendszerben van s jól gyarapodik.

Jelen állapot: Gyengén fejlett és táplált, a bőr színe halvány, csekély turgor. Mellkasi szervek felett semmi eltérés. Gyomorgödör kitöltött, a pylorus táján a mélyben homályosan tapintható tömött, rövid, hengeres duzzanat. A has ütögetésekor igen élénk peristaltikás mozgás érezhető és látható a gyomor felett. A gyermek sokat hány vagy közvetlenül a szopás után, vagy rövid idővel reá; székszorulása van. Másodnaponként 0.01 gm. papaverinum hydrochloricumot kap. Ennek dacára a gyermek nyugtalanága nem enged, az explosiv hányás fennáll, a testsúly egészen április 1.-éig folyton esik. Ekkor súlya 2610 gm. volt. Ettől kezdve az injectiókat naponta kapja s a dosis 0.02 gm.-ban állapítatik meg.

Ez időtől fogva egészen a 26. injectióig, a mely április 22.-én történt, a gyermek, ha lassan is, de gyarapodott. A hányások száma átlag 3-5 volt. A gyermek nyugodtabb, a bevizesített pelenkák száma 8, a constipatio is engedett. A naponta adott injectiók folytatásának s május 8.-án kapja a gyermek a 43. injectiót. A gyermek sokkal nyugodtabb, a hányások száma átlag 2-3, a székszorulás megszűnt, bevizesített pelenkák száma 8-9.

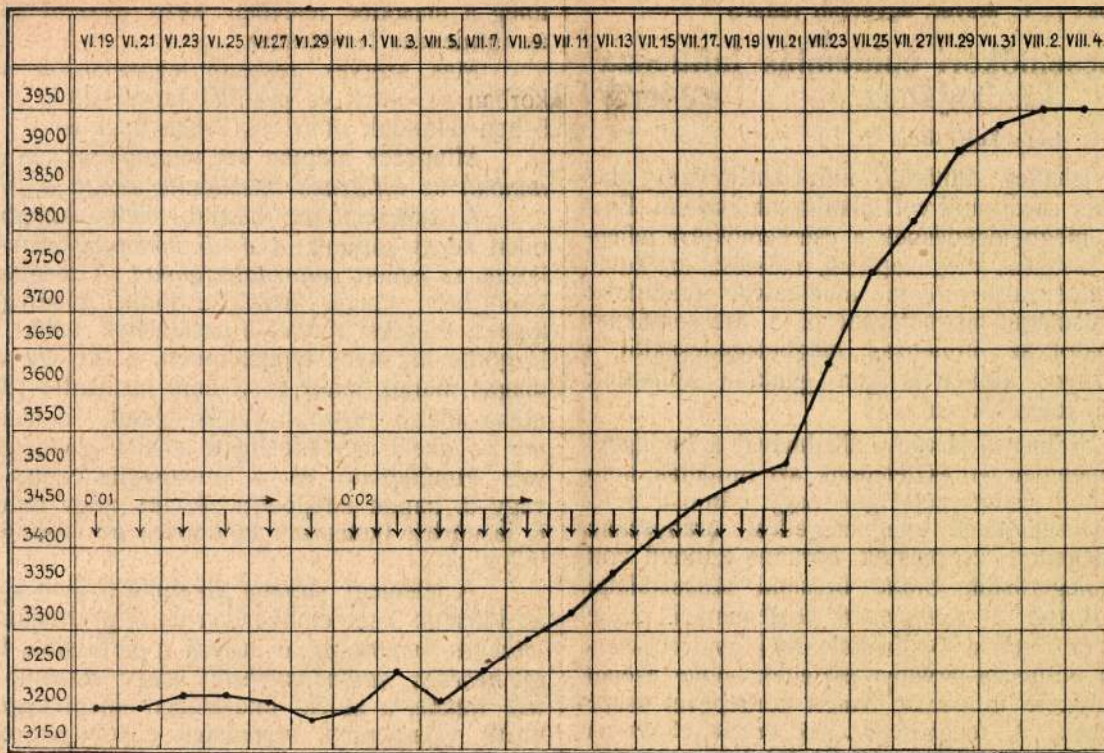
Testsúly május 11.-én 2800 gm. s május 17.-én a gyermek a 46. injectio után eléri születéskori testsúlyát, vagyis 2980 gm.-ot. Május 21.-én az ötvenegyedik injectio után a papaverint elhagyjuk és a gyermeket 3140 gm. testsúlyal vidékre adjuk. Azóta a gyermek jól fejlődik, nyugodt, testsúlya június 9.-én 3850 gm., június 11.-én 4160 gm., június 22.-én 4460 gm., június 29.-én, tehát öt hónapos korában 4700 gm.

A gyermek 59 nap alatt 530 gm.-ot gyarapodott s ezen idő alatt összesen 0.97 gm. papaverint (5 x 0.01 + 46 x 0.02) kapott. A gyermek jól van és ma, február hóban, ikertestvérét fejlődésben majdnem utolérte. (Lásd a VIII. ábrát.)

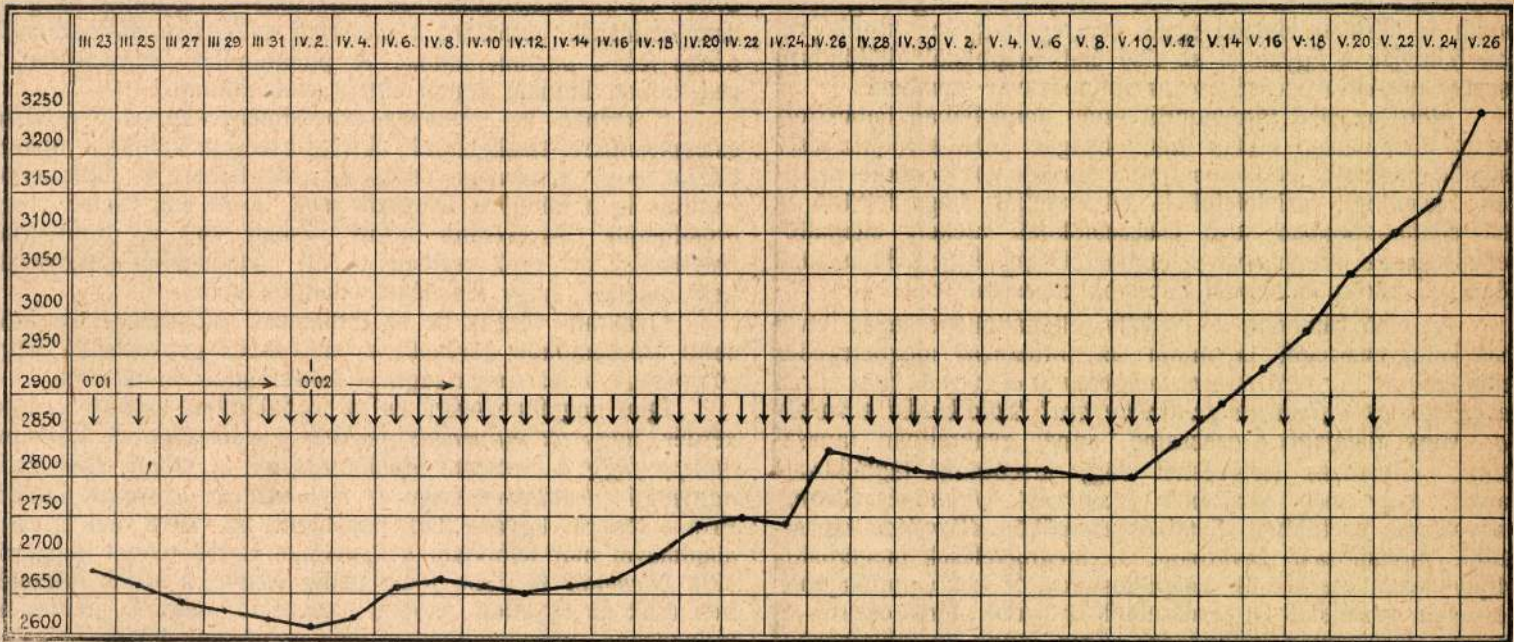
E nyolczadik esetünkben szép példáját látjuk a papaverin alkalmazására gyógyult oly esetnek, melyet e szer alkalmazása nélkül kétségtelenül műtétnak kellett volna alávetni. A csecsemőn egészen tisztán volt tapintható a hengeresen megvastagodott pylorus, a melyet a kezelés vége felé már hiába kerestünk. Eppen ez esettel kívánnánk reámutatni arra, hogy a csecsemők mily feltűnően jól türik a papaverint. A kórtörténet vázlatából kitűnik, hogy a gyermek kezdetben másodnaponként 0.01 gm. papaverint kapott, s mikor ez nem használt, minden átmenet nélkül egyszerre 0.02 gm.-ot adattunk naponta s a csecsemőn e mellett sem jelentkezett semmi kellemetlen mellékhatás (aluszékonyság stb.).

Ha az előbocsátottakat összegezni kívánjuk, eseteinkből ezeket a következtetéseket vonhatjuk le:

A csecsemőkori stenosis pylori-ésetek jó része nem anatómiai értelemben vett hypertrophia, hanem a hypertrophia functionalis úton, a körkörös izomzat görcsös összehúzódása folytán adódik.



7. ábra.



8. ábra.

A spasmus és stenosis pylori belső gyógykezelésében a verinum hydrochloricum alkalmazásától várhatjuk ez időszertint a legtöbb eredményt.

Az adagot nem szabad túlkicsire szabnunk, mert eddigi tapasztalataink azt mutatták, hogy a csecsemők e szerrel szemben nem túlságosan érzékenyek. Az adag nagysága tapasztalataink szerint 0.01—0.02 gm. pro die subcutan alkalmazva és ez adagok bátran hosszabb ideig is alkalmazhatók (lásd a 8. esetet).

Tekintve a fent vázolt eseteket s a belőlük levonható tanulságokat, Bókay János tanárnak 1917-ben a Rammstedt-műtét alkalmazásáról szóló nézete, a mely szerint: „a műtėti indicatio felállításával nem szabad késlekednünk, hanem ha a belső és diatás kezeléssel a súlygörbe hanyatlását rövid idő alatt nem sikerül megállítanunk, végezzük a

Rammstedt-műtétet”, változást csakis annyiban szenved, hogy a műtėti javallat felállítása előtt minden esetben papaverinum hydrochloricum subcutan adagolását kell megkísérelnünk, s ha kisebb adagra eredményt nem látunk, aránylag magasabb dosisokkal folytassuk a kezelést, míáltal az esetek egy jó részében elkerülhetővé válik a műtėti beavatkozás.

Irodalom. Bauer L.: Orvosi Hetilap, 1916, 6. sz. — Bókay J.: Orvosi Hetilap, 1917 és Jahrbuch f. Kinderheilk., 1918, 1. sz. — Deeparat: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1915, II. füz., 1316. old. (Ref. Jahrb. f. Kinderheilk., 1915, VI. füzet.) — Finkelstein: Deutsche med. Wschr., 1919, 32. sz. — Friedjung (cit. Mayring). — Holzknecht és Sgalitzer: Wiener klin. Wschrift, 1913, 27. sz. — Knöpfelmacher: Berliner med. Wschrift, 1916, 46. sz. — Mayerhofer (cit. Mayring). — Mayring: Inaug. Diss. Würzburg, 1919. — Mettenheimer: Klin. Beobachtungen der Annie-stiftung, Frankfurt a. M., 1914. (Mayring). — Pal J.: Wiener klin. Wschr., 1912, 49. sz. — v. Pirquet: Sitzung der Aerzte in Wien 4. Juni 1914. — Popper: Wiener klin. Wschrift, 1914, 316. lap.

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

Adatok a csecsemőkori epidémiás influenza klinikájához.

Írta: Totis Béla dr.

A Berlinben jelenleg dühöngő influenza-járvány alatt ezideig 34 influenzás csecsemőt volt alkalmunk észlelni. Egyrészt az influenzás megbetegedésnek a csecsemőkorra jellegzetes sajátosságait kívántuk megállapítani, másrészt azt kutatuk, vajjon az influenza-járványok alkalmával mutatkozó hurutos felső- és alsólégút-megbetegedései a csecsemőknek különböznek-e azoktól az influenzás megbetegedésektől, a melyeket nem járványos időben is igen gyakran láthatunk, különösen csecsemő-intézetekben.

Az 1918. évi influenza-járvány alkalmával a budapesti állami gyermekmenhelyben tett észleleteink azt mutatták, hogy noha az intézet felnőtt személyzete igen nagy számmal betegedett meg, a csecsemőknek megbetegedési arányszáma kicsiny s a megbetegedett csecsemők kórképe könnyű volt. Ez észleleteinket megerősítik *Stolte* breslauer tapasztalatai, valamint *Reiche*, *Bossert* és *Leichentritt* közleményei. Ezzel szemben *Niemann* és *Foth* a berlin-halenseei gyermekmenhelyben oly súlyos influenza-járványt észleltek, hogy eseteik kórképét a csecsemőkori influenza ismert kórképével összeegyeztetni nem tudták. A megbetegedések száma *Stolte*-nál is igen nagy volt, ezzel szemben a körlefolrásban a csecsemőknek „járványos influenzája” és egyébkor észlelt influenzája között különbséget nem észlelt. *Stolte* azt találta, hogy minél fiatalabb a csecsemő, annál kevésbé hajlamos az influenzára és annál könnyebb lefolyású a megbetegedése. *Jamin* és *Stettner* viszont egyik nemrég megjelent munkájukban felhívják a figyelmet az első élethónapoknak különösen csekély ellenállóképességére az influenzával szemben.

Moro az első trimesonról szóló munkájában határozottan az első három hónap tulajdonságai közé sorolja a csecsemők nagyfokú hajlamosságát a hurutos fertőzésekkel szemben; jelenlegi észleleteink is azt mutatják, hogy feltűnő az első élethónapokban levő csecsemőknek csekély ellenállóképessége az influenzával szemben. Eddig észlelt 34 esetünk közül 13 három hónapnál fiatalabb csecsemő volt.

Az első trimeson a csekély ellenállóképésen kívül más jellegzetességet is mutat az influenzás megbetegedés tekintetében. Az első három hónapban a csecsemők igen sűrűn reagálnak az influenzás fertőzésre akut táplálkozási zavarokkal. Minél fiatalabb a csecsemő, annál gyakrabban tapasztalunk influenzás fertőzésnél vagy kisebbfokú táplálkozási zavart, vagy még sűrűbben hasmenést. *Jamin* és *Stettner* nagyszámú esetükben fiatal csecsemőkön állandóan tapasztaltak táplálkozási zavarokat. E megfigyelések megerősítik *Meyer*-nek a csecsemők hospitalismusáról szóló munkájában közzétett észleleteit a csecsemők hurutos fertőzéseiről. A mostani járványban különösen sűrűn látjuk az influenzához társuló táplálkozási zavart súlyos *intoxicatio* képében. 13 három hónapnál fiatalabb csecsemő közül 8 azt a súlyos kórkepet mutatta, a melyet az alimentaris *intoxicatio* nál szoktunk látni: magas láz, hirtelen nagy súlyvesztés, hasmenés, öntudatlanság, a vizeletben cukor, nagyfokú leukocytosis. A két megbetegedést csak a therapiás beavatkozásra beálló reakcióval különböztethetjük meg egymástól. Mert míg alimentaris eredetű *intoxicatio* esetében a táplálék megvonásával a hőmérsék leesését, a hasmenés megszűntét, a toxikus állapot javulását, a vizeletből a cukor eltűntét érzük el, addig az influenzás eredetű *intoxicatio* nál a táplálék megvonására ilyen javulás nem következik be. Sőt felhívjuk a figyelmet arra, hogy észlelt eseteinkben a toxikus állapot igen elhúzódó volt, néha 10—14 napig tartott. Mindezekben az esetekben a légutak megbetegedése igen csekélyfokú volt, rhinitist csaknem minden esetben, azonkívül pharyngitist, bronchitist gyakrabban láttunk. *Pneumoniával* az első három hónapban nem találkoztunk, a mit igen érdekes tapasztalnak tartunk. A pneumonia az idősebb csecsemőkorban, főleg a második félévben kezd gyakori complicatioja lenni az influenzás fertőzésnek.

Más szervek részéről leggyakoribb szövödménynek e korban az otitist és pyelitist tapasztaltuk. 13 esetünk közül 5-ben találtunk otitist és 2-ben pyelitist.

Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy az első trimesonban az influenza *intestinalis* alakja a jellegzetes.

A csecsemőkor későbbi élethónapjaiban már más klinikai képet kapunk. A 4—5. hónaptól kezdve mind sűrűbben látjuk az ismert *catarrhalis* alakot. A megbetegedés náthával, köhögéssel, magas lázzal kezdődik. A súlygörbe megáll vagy kisebb eséseket mutat, a székletetek néha rosszá válnak. A lázgörbe bizonyos tyrust mutat, a láz egy ideig, 4—5 napig magas marad, majd 1—2 napi lázmentes időszak következik, utána újabb nagyobb emelkedéssel. E második emelkedés-kor valamely szövödményre lehetne gondolni, holott az nem volt kimutatható és a pneumonia is már rendszerint a 2. vagy 3. napon kifejlődött. A láz nagy remissiókkal esik le. E lázgörbét typososan különösen az idősebb gyermekkorban láthatjuk.

A jelenlegi járvány alkalmával igen gyakran észleltünk az idősebb csecsemőkorban és a gyermekkorban *spasmusos köhögés-rohamokat*, a melyek a *pertussis* köhögés-rohamoktól nehezen különböztethetők meg. Hasonló megfigyeléseket tett *Reiche*, akinek intézetében megbetegedett 11 gyermek közül valamennyi szenvedett e köhögés-rohamokban. *Niemann* is e köhögés-rohamokat oly sűrűn észlelte, hogy arra gondol, hogy a nem specifikus fertőzés *pertussis* idéz elő a gyermekeken.

Pneumoniával, mint már említettük, a második életfélévben sűrűn találkozunk. A *physikalis vizsgálattal* még ki nem mutatható esetekben a csecsemő mellkasfalának oedémája biztos jele a *pneumoniának*. A *pneumoniák* lefolyásában a megszokott klinikai képtől eltérő nem láttunk.

E korban az influenza szövödményeképpen 5 esetben *osteomyelitissel* találkoztunk. A régi csecsemő-klinikai tapasztalatot, hogy a hurutos csecsemő légutaiban a *diphtheria-bacillus* igen könnyen telepszik meg, most sok esettel megerősíthetjük. 34 esetünk közül 12-ben volt a *diphtheria-bacillus* az orr és 2 esetben a fül váladékából kitenyésztendő, anélkül, hogy lepedéket találtunk volna.

Gyakran vezetik be az influenzás megbetegedést idősebb csecsemőkön görcsök, a melyeknek gyakorisága vagy súlyossága a láz magasságával összefüggésben nincsen.

Igen nagyfontosságú és az irodalomban sokat vitatott kérdés, hogy az influenzás fertőzés gyakorisága és lefolyása miképp függ a csecsemő táplálkozásától. A szopós csecsemők nagyfokú ellenállóképessége az influenzával szemben feltűnő. Erre a tényre ugyane lap hasábjain az 1918. évi járvány alkalmával már felhívtam a figyelmet. Észleleteimet megerősítik *Niemann* és *Foth*, főleg pedig *Reiche*, a kinek intézetében csak az egyetlen szopós csecsemő maradt mentes az influenzától. Intézetünkben szopós csecsemők között jelenleg sem észleltünk még influenzát.

A mesterségesen táplált csecsemőkön *Niemann* és *Foth* azt tapasztalta, hogy azok a csecsemők, a kik zsírban szegény és szénhidratban dús táplálékot kaptak, sokkal súlyosabban betegedtek meg influenzában, mint azok, a kik zsírdús táplálékban részesültek. Azt a következtetést vonják le, hogy szénhidrattal dúsán táplált csecsemők az influenzával szemben csekélyebb ellentállást tanúsítanak. Véleményünket *Reiche* megerősíti. A mi beteganyagunkon végzett megfigyelések azt mutatják, hogy szénhidratokkal való táplálás mellett az immunitás csökkenése igen kétséges. *Meyer* a csecsemők hospitalismusáról szóló munkájában nagyszámú megfigyelése alapján állítja, hogy a szénhidratokkal való táplálás az immunitást nem csökkenti. Intézetünkben a csecsemők nagyobb részét szénhidratban dús táplálékban részesülnek, ezek influenzás megbetegedésének súlyosabb formáját a zsírdús táplálékban (*Czerny-leves*, *ramogen*) részesülteken nem tapasztaltuk. Bár *Pirquet* álláspontjára mi sem helyezkedhetünk, a

ki a különböző tápszerek qualitativ hatásának jelentőségét tagadja és csak caloriatartalmukat veszi tekintetbe új táplálási rendszerében, mert a csecsemő vízforgalmának labilitása a zsírokkal való táplálás mellett kisebbnek mutatkozik, mint a szénhidratokkal való táplálás mellett.

Inkább azt láttuk, hogy a csecsemőknél a fertőzésekkel szemben való immunitásnak a foka sokkal inkább függ az általános constitutiótól és tápláltsági, fejlettségi állapottól, mint a táplálás módjától. Ez a véleménye Jamin és Stettnernek is.

A mi a therapiát illeti, csak negativ eredményű kísérletekkel számolhatok be. A „grippeserummal” 20 esetben próbálkoztunk, azonban semmi hatását nem láttuk. Ezüstpraeparatumokat két esetben alkalmazva, collapsust tapasztaltunk. Idősebb csecsemőkön chininnel a lázgörbét nem tudtuk befolyásolni, inkább natrium salicylicummal. Stimulansként jó eredménnyel adtunk babkávét és naponta többször meleg vízzel való ledörzsölést. A spasmosus köhögéshidak sok esetben sikerült megszüntetnünk forró borogatással a nyakra.

Diaetásan csak kísérő acut táplálkozási zavaroknál avatkoztunk be, egyébkor nem.

Mindezek alapján a jelenlegi járvány alkalmával tett klinikai tapasztalatainkat összehasonlítva a csecsemőkori influenzára, főleg a csecsemők hospitalismusára uralkodó régebbi tapasztalataival a gyermekorvosoknak, azt kell mondanunk, hogy a csecsemőkori „influenza epidemica” és a csecsemőintézetekben különben észlelt endemiás influenza klinikai képe ugyanaz és mindenképpen szerint mindkettőt ugyanazon exogen okok idézik elő.

Irodalom. Niemann und Foth: Epidemische Grippe im Säuglingsalter. Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 27. sz. — Reiche: Zur Klinik der epidemischen Grippe im Säuglingsalter. Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 3. sz. — Jamin und Stettner: Ueber Grippe und Krankheitsbereitschaft bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk., 1920, 91., 1. — Bossert und Leichtenritt: Chronische Lungenerkrankungen bei Kindern infolge Influenza. Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 7. sz. — Stolte: Berliner klin. W. chenschrift, 1919, 6., 142. — Ludwig F. Meyer: Über den Hospitalismus der Säuglinge. Berlin, 1913, Karger. — Moro: Das erste Trimenon. Münch. med. Wochenschrift, 1918, 65. — Totis: A szoptatás lehetősége influenzában. Orvosi Hetilap, 1918, 45. sz., 588. oldal.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A **physiologias konyhasó-oldatot** kiterjedten használják befecskendésre, sebészeti műtétek alkalmával stb. Azzal azonban eddig nagyon keveset törődtek, hogy ez a konyhasó-oldat mérgező hatású is lehet, noha időnként már utaltak erre, s különösen Rössle hívta fel rá a figyelmet 13 évvel ezelőtt, a konyhasó-infusio okozta szívhalál morfológiai leletét is közölve. Hogy az esetleges veszélyvel nem igen törődnek, nyilván onnan ered, hogy többnyire életveszélyben forgó betegeken alkalmazzák a konyhasó-oldatot valamilyen módon, ha tehát a beteg meghal, nem is gondolnak arra, hogy a konyhasó-oldat alkalmazása okozhatta vagy segítette elő a halál bekövetkezését, és egyszerűen az eredeti betegség áldozatának tekintik a beteget. Az experimentalis physiologia különben már régóta nem használja az ú. n. physiologiai konyhasó-oldatot, mert kiderült, hogy az izom az ilyen oldatban nem végez rángást, a vörösvérsejtek sótartalma megváltozik benne, a szívverés megszűnik stb. Még károsabb volt az, a mikor a hivatalos physiologiai konyhasó-oldatba még szóda is került az előírás szerint; mert tudjuk például azt, hogy a szóda a mellékvese belső secretumát, az adrenalint, úgyszólván rögtön elpusztítja. Mindezek arra birták Straub freiburgi tanárt, hogy behatóan foglalkozzék a physiologiai konyhasó-oldat kérdésével és hosszas kísérletezés után sikerült is neki olyan sókeveréket előállítania, a mely vízben

feloldva, csakugyan megérdemli az „anorganikus serum” nevet. Minthogy e sókeverék előállítása nagyon körülményes, czélszerűbbnek mutatkozik a gyári előállítása. A drezdai „Sächsisches Serumwerk” vállalkozott erre és *normosal* néven fogja forgalomba hozni. Használata egyszerű lesz: a sót feloldjuk a megfelelő mennyiségű, előzőleg felforralt, majd testhőmérsékre lehűtött vízben. A kész oldatot nem szabad többé 50°-nál magasabb hőmérsékre hevíteni, mert a benne levő calcium kicsapódnék. A használat után megmaradt oldat elöntendő; az oldat ugyan nagyon jól eltartható, ha csakugyan steril marad, csak hogy nem igen maradhat ilyen, mert nagyon jó táptalaj lévén, a beléje jutó levegőbacteriumok nagyon gyorsan elszaporodnak benne. (Münchener med. Wochenschrift, 1920, 9. sz.)

Sebészet.

Újabb adatok az empyema kór- és gyógytanához czímmel ír Moschcowitz. A kiváló newyorki sebész vezetője volt az 1918. évi amerikai empyema-bizottságnak és e minőségben óriási műtéti és autopsiás anyagot gyűjtött össze. Nagyterjedelmű munkálatai alapjukban megingatják az empyema pathológiájára és therapiájára vonatkozó ismereteinket. *Ugy tudtuk eddig, hogy a pleura genyes fertőzésének oka — a traumát és a sepsises folyamatokat nem tekintve — a tüdő gyuladása.* A szerző elméleti szempontból sohasem hitt ebben. Először azért, mert a pleura, mint savós hártya, ez esetben például a hashártyától eltérően viselkednek. Tudjuk, hogy általános genyes hashártyagyulladás csak akkor jön létre, ha például az appendix, vagy más bélrészlet áttör a szabad hasüregbe. Másodszor, ha ez így volna, a nyirokkeringés iránya az anatomusok által jelzett útnak fordítottja lenne. Szerfelett érdekes megfigyelésre vezették a boncolások, a melyeket Dunham-mal együtt ejtett meg. A legtöbb empyemánál subpleuralisan tályogot talált, a mely a pleura üregébe áttört. *Ennek az áttörésnek tulajdonítja a legnagyobb fontosságot az empyema pathogenesisében.* Az empyema elhelyezkedése a subpleuralis tályog áttörése helyétől függ. Legközönségesebb, úgynevezett diffus alakja akkor jön létre, ha a tályog a tüdő convexitásán van. Interlobaris lesz, ha az abscessus valamelyik incisurában ül. A tüdő medialis felszínén keletkezett tályog retrosternalisan, a tüdő és a pleura mediastinalis közt okoz genyedést.

Pneumoniánál a pleuraürben mindig van kevés izzadmány éppúgy, mint a hasüregben a hasi szervek lobos megbetegedéseinél. A különbség a mellkas és hasüreg hasonló folyamatai közt csak az, hogy mert a tüdő mozgása gyorsabb, mint a bél peristalticája, ritkábban képződnek összenövészek. Csak olyankor, a mikor a tályog áttörése következtében a serosus izzadmány seropurulenssé vagy tisztán genyessé alakul át. Ekkor jön létre az empyema, a mely lehet az egész pleuraürre kiterjedő, lehet egy helyre lokalizáltan eltokolódott és lehet soküregű.

A kezelés szempontjából megkülönbözteti 1. a kifejlődés stadiumát, 2. az acut és 3. a chronikus állapotot.

ad 1. Ez a subpleuralis tályog rupturájával kezdődik, a melyet nyomon követ a pleuralis ürben már jelenlevő izzadmány felgyülemelése és átalakulása seropurulenssé. Ennek az átalakulásnak gyorsasága és az izzadmány tömegének megnövekedése a fertőzés természetétől függ. (A streptococcus haemolyticus okozta empyema gyorsabban nő, mint az influenza bacillus okozta.) Ebben az állapotban kezelniünk kell a) a *toxaemiát*, a mely Bell vizsgálatai szerint a szervezet nagy nitrogénvesztésével jár, tehát caloriákban gazdag diaetát kell adnunk. b) A belgyógyász utasításai szerint gyógyítsuk a *pneumoniát*. c) Legfontosabb szem előtt tartanunk és eliminálnunk azt a kórállapotot, hogy a *pleuraürben nagyobb mennyiségű folyadék van jelen.* Ez a folyadék sokféle káros mechanikai hatást fejt ki. A beteg tüdőt komprimálja, nyomást gyakorol a szívre, a nagy erekre és az egészséges tüdőre. Legfontosabb teendők ilyenkor a folyadék aspiratioja oly eszközzel, a mely a levegő behatolását megakadályozza. A *thoracotomia absolute contraindicált*, mert nyomon

követi a levegő hirtelen behatolása miatt a tüdő collapsusa, a mediastinum libegése és a szív működés hirtelen leromlása.

ad 2. A mikor a seropurulens folyadék genyessé válik, összenövések képződnek a pleura szembenálló lemezei közt. Most már nyugodtan megnyithatjuk a mellkast, nem kell félnünk a tüdő collapsusától. A műtét intercostalis thoracotomia legyen, a mely csak acut pyopneumothorax esetében válik sürgőssé (tüdőtályog, a mely a bronchusba és a pleura-ürbe perforált). Egyébként nyugodtan várhatunk vele addig, a míg a beteg általános állapota megengedi a műtét végrehajtását, de ne késlekedjünk vele sokáig.

ad 3. Teljesen megváltozott a szerző véleménye arra vonatkozólag, hogyan gyógyul az empyema. Még 2—3 évvel ezelőtt abban látta a gyógyulást, hogy a tüdő lassan-lassan kitérül és a parietalis lemez kiterjedten összenő a visceralis-sal. Ez az úgynevezett klasszikus gyógyulás, a mely a pleura-üreg obliterációs záródásából áll. Kutatásai szerint, és ezek a Rockefeller-intézet által végzetekkel mindenben megegyeztek, tökéletesebb és hasonlíthatatlanul gyorsabb gyógyulást érhetünk el a *Cariel-Dakin-eljárás-al*. Ezzel az empyema-üreg teljesen sterilizálható, minek elérése után a nyílást nyugodtan bevarrhatjuk. Ha e módszer utasításait pontosan betartjuk, csak nagyon ritkán — 4—7%-ban — nem érünk el eredményt. Tulajdonképp csak ily esetben szabadna chronikus empyemáról beszélnünk. Ekkor jöhetnek szóba csak a nagy thoracoplastikai műtétek: azok, a melyek az empyema-üreg obliterálására törekednek a mellkasfal megkissebbítésével (*Estlander, Schede, Quénu, Beck*) és azok, a melyek a tüdőt kitérítik azzal, hogy kiszabadítják összenövéséből (*Delorme, Fowler, Ranschoff, Lilienthal*). Mindegyiknek nagy a mortalitása és csak 50%-ban vezetnek végleges gyógyulásra. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, 1920, January.*)

Hedri Endre dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori postdiphtheriás hemiplegiákról értekeznek *Riemschneider*. A központi eredetű postdiphtheriás hemiplegiák igen ritkák. 2³/₄ éves fiúcska esetét ismerteti, aki középsúlyos orr- és garat-diphtheria átszenvedése után a reconvalescentiában, a betegség kezdetétől számított 20. napon, minden átmenet nélkül, jobboldali hűdést kapott, a mely mellett úgy a szívhangok, mint a szívhatárok és a szív működés rendesei maradtak. A reakövetkező napon kora hajnalban igen erős tonico-clonusos görcsök jelentkeznek, a melyek alatt a gyermek hányja-veti magát, cyanosisos, a hűdött jobboldalon a reflexek hiányzanak, a lábak lógnak, a lábfelek plantarflexióban; facialis-hűdés, pupilla-differentia nincsen. A hűdött testfél kissé érzéstelen, míg a bal testfél hyperaesthesiás. Pár óra múlva a görcsök megszűnnek és nehezített légzés mellett a bal testfél hűdése válik észlelhetővé; a légzés mindinkább nehezítetté lesz és a kora délelőtti órákban beáll a halál.

A bonczoláskor kiderült, hogy a hűdés oka mindkét arteria media cerebrinek a jobb szívfülcében keletkezett thrombusokból származó emboliája; az agyban lágyulások góczok még nem fejlődtek. A thrombus mikroszkopi vizsgálata semmi különösét sem mutatott. A szívmozgat egyes részletein erős pusztulás látható, ami a magvak megduzzadásában és a contractilis elemek erős szétesésében nyilvánult.

A szerző rámutat arra, hogy ily diphtheria utáni hemiplegia eseteiben a szerzők agyvérzést nem igen írnak le; a hemiplegia oka rendszeren thrombus vagy embolia. Az embolia okát részben endocarditisben, részben marasmusos thrombosisban feltételezik. Ma mindinkább arra hajlunk, hogy a thrombusképződés okát nem az endocardium megbetegedésében keressük, hanem a szívmozgat elfajulása folytán beállott rossz keringési viszonyok okozta marasmusos thrombosisban (*Bókay J.*). Érdekes, hogy az irodalom tanulságai szerint a bal arteria fossae Sylvii-ben sokkal többször fejlődik embolia, mint a jobboldaliban. Nem kell, hogy mindig görcsök előzzék meg

a hemiplegiát, néha azok nélkül is előállhat. Az esetnek az érdekességét növeli az a körülmény, hogy mindkét a. fossae Sylvii eltömeszelődött s hogy az emboliák külön-külön jelentkeztek, továbbá ritkává teszi az esetet a gyermek zsenge kora. (*Monatschrift f. Kinderheilk., 1919, 8. füzet.*)

Bókay Zoltán dr.

Szemészet.

Szimulált kancsalság több esetét ismerteti *Pichler*. Az egyik esetben alternáló strabismus convergens állapotot tak meg már több vizsgálattal a katonai munkás-osztagnál szolgálatot teljesítő egyik egyénen. Ugyanezt találta rajta a szerző is nagyobb fokú túllátás mellett mind a két szemén. A megvizsgált csupán 2 méterről olvasott ujjakat, a pupillák jól reagáltak, a szemfenék ép. Nystagmus nem volt. Ha a vizsgált meg nem figyelte hitte magát, a kancsalsága teljesen megszűnt. A második megvizsgálton, ugyancsak katonamunkáson, teljesen rendes egyéb viszonyok és ép szemhátter mellett, a vizsgálatkor a jobb szem jól fixál, a bal egészen 35°-ig befelé tér; ha a beteget látszólag nem figyelik, a szemek tengelyei párhuzamosan állanak. Nystagmus nincs. Ujjakat olvas közvetlenül a szeme előtt. 5 D concav üveggel $V = \frac{6}{60}$ a jobb szemén, 7 D concav üveggel $\frac{6}{60}$ a bal szemén. A pupillának atropinnal kitérítése után 3 D túllátás mindkét szemén; az atropin hatásának tartama alatt a befelé kancsalság 10°-ra csökken. A szemtükrözéskor gyenge nystagmus-szerű rezgések. A harmadik eset tüzer. Eleinte a bal szem befelé kancsalságának képe mutatkozott. A vizsgált kifelé egyáltalában nem mozgatta a szemeit. Ha a vizsgáló a szem előtt mozgatott ujj követésére hívta fel a beteget, a jobb szem a középvonalban megállott, míg a bal 30°-nyi befelé kancsalsági állásba helyezkedett. Egy ízben sikerült megállapítani, hogy a beteg szemei akadálytalanul mozognak kifelé. Az első és a második esetet meglehetősen durva szimulálásnak minősíti a szerző; a harmadik esetben a vizsgált eleinte a hysteriások merev, mozdulatlan tekintetét szimulálja, majd ezzel felhagy és beéri a jobb kéz felé való mozgás bénulási-képének szimulálásával, melylyel kapcsolatosan mindig a bal szem összehajló görcsének képe jelentkezett befelé kancsalság alakjában. Ezt az esetet, mely nagyon emlékeztet a hysteriás abducens-bénulásra, a szerző akként magyarázza, hogy a vizsgált valószínűleg már gyermekora óta gyakorolta magát a kancsalításban szimulálási célzattal és miután első kísérleteivel, a jobbra és balra irányuló mozgás-bénulás szimulálásával mint túlságosan fárasztóval felhagyott, beérte a jobb kéz felé nézési bénulással és az időnkénti befelé kancsalítással. Hogy ezeket a kancsalsági mozgásokat gyakorlatlalt el lehet sajátítani, arra nézve a szerző több megfigyelésről emlékszik meg. Így többek között volt tanára, néhai *Czermák Vilmos*, a prágai német egyetem volt szemész-professora, kancsalsági tanulmányai közben és azok érdekében megkísérelte saját szemeit kancsalsági helyzetbe hozni és gyakorlatlalt megtanulta nem csupán a túlságos convergentiát, hanem a valódi befelé kancsalság látszatának keltését is. Azonkívül az utóbbi időben több, egyébként teljesen egészséges látószervű fiatal egyént sikerült a szerzőnek megvizsgálni, a kik már régebben gyakorolják magukat a kancsalításban és ezért azt hiszi, hogy a szimulált kancsalság sokkal gyakoribb, mint a hogy azt általában gondoljuk. (*Zeitschrift f. Augenheilk., 1918, XL. köt., 3. füzet.*) *H. K.*

A lencse színjátéka a szemnek réz-szilánk okozta sérülése után. *Pichler* újabb esetében hárctéri szemsérülés történt állítólag dum-dum-löveggel. A különben teljesen halvány jobb szem kötő- és szaruhártyájában, nemkülönben sklerájában számtalan apró idegentest, melyek a szaruhártyában világos-szürke és világos-barnás színűnek, azon kívül majdnem feketésnek látszanak. A lencsében a *Purtscher* leírta színjátékos napkorong-alak látható az elülső és a mélyebb rétegekben. A korongalakú homály küllőszerű sugaraival az elülső lencsetok alatt nem világítható át teljesen. A színjátékos felülnő és már szabad szemmel is tisztán látható; a vörös, sárga és zöld mellett határozott kékes-zöld szín is

feltűnik. Ez a színjáték, bár kevésbé feltűnően, áteső világitás mellett is kimutatható. A cornealis mikroskoppal és Nernst-lámpával végzett vizsgálattal a szerző a következőt állapíthatta meg. Ha a szemet előlről nézi, mialatt a világitó sugarak a megfigyelés irányával 15—20°-nyi szög alatt esnek a szembe, az elülső lencserégekben élénk zöld színt látunk; mihelyt a fénysugarak nagyobb beesési szög alatt esnek a szembe, a szín a spectrum nagy hullámhosszú vége, a vörös felé halad. Ez a körülmény a színjelenség természettani alapja kérdésének megoldásához esetleg hozzájárul. (Zentralbl. f. praktische Augenheilk., 1919, szeptember-októberi füzet.)

H. K.

Adat a szem-massage-hoz. Annak a magyarázatát, hogy a szem masszálását csak igen korlátoltan alkalmazzák, ennek a szervnek természetében és szerkezetében találjuk. *Pagenstecher* szaruhártya-massage-án és *Förster* massage-án kívül a szürkehályog érlelése érdekében, magát a szemgolyót másféle javulatok alapján nem igen masszáljuk. Van azonban két területe a látószervnek, mely a massage-nak igen alkalmas talaja: a kötőhártya és a szemhéjak megbetegedése. *Selz* egyrészt annak a meggyőződésének ad kifejezést, hogy a massage-t nem alkalmazzuk olyan kiterjedten, mint a hogy ezt megérdemelné, másrészt tapasztalataira támaszkodva állítja, hogy ezzel az eljárással sokféle bántalomban örvendetes eredményeket lehet elérni, a hol más gyógyító eljárások cserben hagynak. A massage-tól azonban csak akkor lehet eredményt várni, ha oly erélyesen alkalmazzuk, a mint az kívánatos. Mindaddig, míg a szemgolyó a támasztó alap, a szemhéjakra és a kötőhártyára kellő nyomást, a mely a mélybe hatást biztosítja, nem lehet kifejteni, pedig ezen a mélybe való hatáson fordul meg az eredmény. Annak a szükségnek a felismerésében, hogy a szem függelékeire erélyes nyomás legyen kifejtendő a szemgolyó fájdalmas és bántó megnyomásának elkerülésével, ajánlották a tömött üvegpálcát, a Jäger-lapoczt stb. A szerző oly módon masszálja a kötőhártyát és a szemhéj szabad széleit, hogy bal keze hüvelykujját radiális oldalával a felső szemhéjra fekteti közvetlenül a tarsus domboru széle fölé, a mint azt a szemhéj kifordításakor tesszük, jobb keze mutatóujját pedig hosszirányban az alsó szemhéjra, merőlegesen a szabad szélre, ugyancsak a tarsus domboru széle táján. Ha az így elhelyezett két ujjat egymás felé tolja, mindkét szemhéj előre nyomul úgy, hogy a szemhéj szabad szélei előre kerülnek, el a szemgolyótól, a két szemhéj kötőhártyája pedig nagy kiterjedésben érinti egymást. A bal kéz hüvelykujja nyugodtan marad és annak körme felületéhez most már odaszoríthatja a jobb kéz mutatóujjával az alsó szemhéjat és azt jobbra-balra mozgathatja, a nélkül, hogy a szemgolyót nyomná. A nyomás vagy a szemhéjszélre szorítkozhatik, vagy a szemhéj kötőhártyájára terjed ki. A jobb masszáló hüvelykujja feltétlenül ajánlatos gummikupakot húzni, a kötőhártya-zsákba pedig a massage előtt kenőcsöt kell tenni. Az eljárást kiváló és tartós eredménnyel alkalmazta egyszerű és gennyes szemhéjszél-gyulladás és következményes tünetei, idősült blepharoconjunctivitis és a pillaszőrök rendellenességei eseteiben. A kötőhártya megbetegedései közül főleg a gyermekek és felnőttek follicularis hurutjai, továbbá a sebészileg, mechanikailag és gyógyszeresen orvosolt trachoma szemcsés és diffus duzzadásos maradványai reagáltak kedvezően a masszálásra. Kenőcsnek trachoma eseteiben a sublimatkenőcsöt (1:2000), az 1%-os cuprum sulfuricum- vagy cuprum citricum- vagy terminol-kenőcsöt, follicularis hurut és más conjunctivalis bántalmak ellen az 1%-os ichthyol-, az 1%-os jódkáli- vagy a terminol-kenőcsöt használja. Eleinte naponta masszál kb. 3 percig, átlag két hét múlva másodnaponként vagy kétszer hetenként. Az eset mineműsége szerint 6—8 hét múlva állandósul a jó eredmény. (Zeitschr. f. Augenheilk., 1919, XLI. kötet, 5. füzet.)

H. K.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Bromexanthema szopós csecsemőkön, a kiknek anyja bromot használ, *Hoffmann* szerint elég gyakori és már öbbször okozott nehézséget a körjelzés felállításakor, a

mennyiben a hajzatos fejbőrön, a nyakon és az arczon székelő tuberosus és papillomás granulatiókat könnyű össze-
tévésztetni más bajokkal. Más orvosságok után (jod, kéneső, aspirin, arsen), a melyek szintén átmennek a tejbe, csak nagyon elvétve észleltek szopós csecsemőkön gyógyszeres exanthemat. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 37. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1920, 11. szám. *Kunitzer István:* A pástortáska mint vérzéscsillapító szer a szülészeti gyakorlatban. *Biró Ernő:* Háborús röntgenológiai tapasztalatok.

Vegyes hírek.

Czimadományozás. A magyar ministertanács *Czékus Miklós* dr.-nak a főtanácsos-orvosi címet adományozta és -szolgálatáért a Allami Gazdasági Hivatalhoz osztotta be.

Kinevezés. *Berzsenyi Zoltán* dr.-t a székesfehérvári központi kórház sebész-főorvosává nevezték ki.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. Az emlőrák prognosistól ír *Iselin;* szerinte az eddigi felfogással némileg ellentétben legjobb prognosistud medullaris rák, utána következik a carcinoma solidum és egészen rossz prognosistud a scirrhus, hacsak nem operálják nagyon korán; az emlőrákban szenvedők műtét és kezelés nélkül 9 évig is élhetnek; recidiva műtét után 9 év múlva is bekövetkezhetik. (Schweizer. mediz. Wochenschrift, 1920, 2. szám.) — Húgysav vagy húgysavas sók okozta zavarossága a vizeletnek *M. Weiss* szerint 1%-os kalium hypermanganicum-oldat 3—10 cseppjének hozzáadása után megszűnik. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 8. szám.) — Periaortitis syphilitica egy esetében *G. Hubert* systolés és diastolés dörzszőreit talált visszatartott légzés mellett is a megbetegedett aorta területén. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 9. szám.)

Orvos urak! Eredeti Koch Alt-Tuberculin, friss töltésű ampulákban ismét kapható. Sorozatonként 30—60 korona. Leírásokat azonnal küldök. Jármay utóda *Kertai Nándor* gyógyszerháza Budapest, Papnövelde-utca 2.

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

JANOS-SANATORIUM I., Városmajor-utca 68. sz.
TELEFON: 8-18, 119-89. sz.

Szülészeti osztály (bentlakó szülésgyógyász főorvossal és két bentlakó osztályos orvossal). Sebészeti. Nőgyógyászat. Belgyógyászat. Röntgen- és orvosi laboratorium bejáróknak is. Kötőanyagok és elhárító. Diätikus- és hízókurák. Jól működő központi fűtés és melegvízellátás. Villamos megálló: Retek-u. (Trombitásnál)

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: *Dr. Nádasy István.* Ügyvezető igazgató: *Fézl József.* Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtérmekek kibővítve. Diagnostikai és therapiás Röntgen-Laboratorium. Vezető: *Dr. Rablóczy.* — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

Dr. Forbát Sándor orvosi laboratoriuma.

Budapest, VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02 sz.

Eredeti előírás szerinti **Wassermann-reactiók**

kedden, csütörtökön és szombaton.

Steril vérfelfogósóvecskék vidékre kívánatra küldhetők.

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

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézet
I. ker., Lenke-út. Telefon: József 83-21. szám.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhírű Sárosfürdő 47° C forrásával

Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diätas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen.

Vezető főorvos: *Dr. Benczúr Gyula,* egyet. magántanár.

Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza.*

Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla.*

Kívánatra prospektus.

Kívánatra prospektus.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né
Dr. Hill Paula, Dr. Mandler
Ottó. Néhai Dr. Reich-féle

Zander

és tökéletesen felszerelt
fizikai gyógyintézet. —
IV., Semmelweis u. 2.
Kossuth Lajos-u. sarok

PÁLYÁZATOK.

2213/1920. szám.

Az üresedésben levő Gyanafalva, Köröstyén, Ercsenye, Raks, Rábaszentmárton, Farkasfalva, Döbör, Gercse, Velike, Liba, Kistótlak, Rábaór, Szentmátyás, Tóka, Felsőszőlők, Marok:ét, Magasfok, Ritkaháza, Kerkafő, Vasdobra, Malomgödör, Mésszőly, Bónisfalva és Békató községekből álló és Gyanafalva székhelyvel bíró gyanafalvai körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A megválasztandó körorvosnak kilátása van a wieni lelencház megbízott orvosi állásnak elnyerésére, melyet az eddigi körorvosok is gyakoroltak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 7. §-ában előírt minősítésüket s az esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal is felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám 1920. évi április hó 6.-án délután 5 óráig beadják.

Pályázóktól a magyar és német nyelv bírása megkívántatik. A választás határnapját a pályázati határidő lejártával fogom kitűzni s erről a pályázókat, mint az érdekelt községeket értesíteni fogom.

Szentgotthárd, 1920 márczius hó 11.-én.

A főszolgabíró.

2214/1920. szám.

Az üresedésben levő Horváffalu, Pocsfalu, Rábakeresztur, Rábafüzes, Patafalva, Ökörtyéyes, Királyfalva, Dobrafalva, Radafalva, Némethidegkut és Nádkut községekből álló ökörtyéyes körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A megválasztandó körorvosnak kilátása van a szentgotthárdi állami dohánygyár és a munkásbiztosító-pénztár külorvosi állásának, valamint a wieni lelencház megbízott orvosi állásnak elnyerésére, valamint kézigyógytártartás jogára is, melyet az eddigi körorvosok is gyakoroltak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 7. szakaszában előírt minősítésüket s az esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal is felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám 1920. évi április hó 6.-án délután 5 óráig adják be.

A pályázóktól a magyar és német nyelv bírása megkívántatik.

A választás határnapját a pályázati határidő lejártával fogom kitűzni, s erről úgy a pályázókat, mint az érdekelt községeket kellő időben értesíteni fogom.

Szentgotthárd, 1920 márczius hó 11.-én.

A főszolgabíró.

3450/1920. szám.

A Kalocsa községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra hirdetett pályázat határidejét április hó 4.-éig meghosszabbítom.

Az állás javadalma: az 1908. évi XXXVIII. t.-cikkben megállapított fizetés és korpótlék, továbbá a községtől ötvenként 200 koronával emelkedő személyi pótlék és 800 korona lakbér.

A megválasztott községi orvos köteles az állást azonnal elfoglalni és a törvényben előírt teendőket ellátni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 7. §-ában előírt igazoló okmányaikat folyó évi április hó 4.-éig hivatalomhoz nyújtsák be.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Kalocsa, 1920 márczius hó 11.-én.

A főszolgabíró.

5/1920. ig. szám.

A munkaügyi és népjóléti minister ur Öngyméltóságának folyó évi 5543/V. a. számú rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyalföldi áll. elmegyógyintézetben megüresedett másodorvosi állásra, a mely évi 1600 korona fizetéssel és mindaddig, a míg a magas kormány az állami alkalmazottakra nézve a háborús segély és a havi drágasági segély kifizetését megengedi, évi 1500 korona háborús segéllyel és havi 220 korona, hat havi szolgálat után pedig havi 250 korona drágasági segéllyel, továbbá egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és ételmezéssel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, de újabb két-két évre megújítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az egy koronás bélyeggel ellátott s a munkaügyi és népjóléti minister ur Öngyméltóságához címzett folyamodványok orvosdoktori oklevéllel, honossági bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelten hozzám bezárólag folyó évi április hó 10.-éig nyújtandók be.

Budapest, 1920. évi márczius hó 15.-én.

Epstein László dr. s. k., egyetemi magántanár, igazgató.

MAGNOL

méregmentes általános desinficiens. Baktericid hatása nagyobb a sublimátnál és karbolsavnál. A 20/00 oldat felülmulja a 30/00 hydrogen superoxyd oldatát, nem mar, alkalmazása veszélytelen. Mindenütt alkalmazható, ahol erélyes desinficiensre van szükség.

Gyártja:

„CHINOIN“

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.

Dr. KERESZTY és Dr. WOLF

Ujpest, Tó-utca 5. szám.

Ara 5 kor. • Orvosoknak próbacsomag ingyen.

WESZELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES
ÉS TÁRSA UTÓDA
BUDAPEST, IV., KIGYO-TER 1.

Orvosi műszer, kötszer és művegtaggyár. Betegápolási cikkek, haskötők, sérvkötők, kórházi vasbutorok stb raktára.

HAEMOGLOBIN-GLOMA

DR. WANDER



LENNER ATTILA JÓZSEF orthopaed műcipész Budapest, VIII. Baross-u. 20.

Specialis készítmények: Külső v. belső emelésű műcipők rövidült lábakra, Dongaláb (Scarpa), járógép fölé vagy alá való műcipők. Lúdtalp-betétescipők parafa vagy acélbetéttel. Valamint bármily, orvosi előírás szerinti műcipők a legkötelesebb kivitelben.



ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

Budapest, VI., Andrassy-ut 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

Eredeti gyári áron azonnali szállít orvosi műszereket, orvosi vasbutorokat, műtő- és sterilizáló berendezéseket, betegápolási cikkeket, kötszereket stb. — Sürgőnycim: Medodelga Budapest.

Dr. PÁPAY

- FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.-T.
VI., TERÉZ-KÖRUT 31. TELEFON 20-19

Himlőnyirok

Diphtheria szérum — Tetanus szérum

Orvosi diagnosztikai laboratorium

Dr. EGGER-féle készítmények

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Sal. polybrom effero. Dr. Egger.

Tabul. polybromatae Dr. Egger.

Hycetol gran. effero. Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER a külföldi tabletták helyettesítésére.

Dr. Egger Leó és Egger J.,

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára

BUDAPEST,

VI. ker., Révai-uteza 12. szám.

**MAGNOSPIRIN
BALLA**

(Tabulae magnesi acetylosalicylici Balla.)

Egy tablettá tartalmaz 0.05 magnesium és 0.45 acetylosalicylt.

Klinikailag kipróbált**Antipyreticum, analgeticum és antirheumaticum.**

Semminemű kellemetlen mellékhatást nem okoz. Valamennyi influenza-esetben, de főleg neuralgiás és rheumatikus jellegűeknél, feltétlen sikerrel alkalmazható.

**A gyomor- és bélműködést
jótékonyan befolyásolja.**

Csakis tablettá alakban valódi.

Balla Sándor és Tsa, gyógyszerészeti laboratorium Budapest, VII.

JOD-GLOMA**DR. WANDER****Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István****oltóanyag termelő-intézete**

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok**Serumok****Budapest, IV., Eskü-ut 6. Klotild-palota.**

Ezelőtt II., kor, Margit-körut 45.

Új telefonszám 58-97.

**DENTAL- FINGER FRIGYES TELEFON
DEPOT Budapest, VI., Hajós-utca 41 16-49**Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratoriumok berendezését, valamint e szakba vágó összes műszerek javítását elvállalom. — **Elektromedikai és mechanikai műhely.****GARAY SAMU ÉS TÁRSA****BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.**

Orvosi műszer-, kötszer- s művéglaggyár. Betegápolási cikkek, has- és sérvkötők, kórházi vasbutorok s állatorvosi műszerek raktára.

SulfotinKalium sulfogujacolicum syrup, békebeli minőségben
200 gr-os üvegekben.**Arso-tonin Domopon**a monomethydnatriumarse-
nat isotonias oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jektiokhöz.20 és 100 ampulás csoma-
golásbanAz összes opium alkaloidá-
kat tiszta állapotban tartal-
mazó készítmény.Tablettákban, ampullákban
és üvegekben.**Novatropin
Strychnotonin Protal
Cadogel Domargin
Ventrobaryt Retrobaryt****„CHINOIN”**gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.
(Dr. Kereszty és Dr. Wolf)**UJPEST**

Dr. NEUMANN Wassermann labororiuma

Budapest, VIII., Népszínház-u. 23, II. 7. Telefon József 14-89.

**GONDOLJUNK
MINDENKÖR
LUESRE!**

Vérvételhez steril üvegcskéket kívánatra küldök.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen**Veifa-Werke · Frankfurt a/M.****Polyphos · München**

testvérházaink

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden gyártmányú röntgensövet, röntgenlemezt stb. eredeti gyári áron azonnal szállít:Telefon: **ODELGA** Telefon:**68-16**Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrássy-ut 28
Sürgőnyezim: **Medodelga** Budapest.**37-04****MÁTÉ MIHÁLY** orvosi
műszerész

Budapest, IV. ker., Múzeum-körut 31. Telefon: József 103-74.

Németországból megérkeztek: Steril laminaria 6, 8, 10 cm. hosszú tömör és lukas. Nelaton, Thyman, Pezzer és selyem katheterek.

Tapaszok, finom gumimárak.

Teuffel-féle haskötők suspensorium és egyenestartók.

Összes nőgyógyászati, szülészeti műszerek. Kifozható békeminőségű Rekordfecskendők.

Ismét kapható!**Fersan**

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.**Fersan-por. Fersan-pastillák.**

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishnál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerháza**BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.**

Kapható minden gyógyszerházaiban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

Lysasthmin1 cm³ = 0.1 gr. infundibulum
gl. hypophysis + 0.5 mgr.
Tonogen cryst. in amp. à 1.1 cm³**Asthma** bronchiale
et nervosum**Dyspnoe** cardialis
et renalis.**Collapsus****A**sthma-rohamokat prompt
kúpirozza kellemetlen
mellékhatás nélkül. □ □ □**GLANDUITRIN**A hypophysis infundibularis részének
20%-os vizes kivonata.A méh, véredények és a szív
tonikuma.Szülészeti styptikum, hólyag-
tonikum.

1 ccm. = 0.2 gr. friss pars infundibularis.

Tonogen Suprarenale Richter

A mellékvese friss, vasoconstrictor sajátos hatóanyaga. Solutio 1:1000.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal

IX., Knežits-utca 15.

Előfizetési árak:

1919 novemberétől:

egész évre ... 120 kót
fél évre ... 60 „
negyed évre ... 30 „
Orvostanhallgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórházi
gyakorlatot teljesítők a felé
és a portót fizetik.

Megjelenik minden vasárnap

Egyes számok kaphatók Kállán
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 2 korona
50 fillér.

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések czime

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Szontagh Félix: Anaphylaxia, purpura és vörheny. 145. lap.
Lehoczky-Semmelweis Kálmán: Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem
I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.) Idősült
adnexum-tumor tanulságos esete. 148. lap.
Gesztli József: Közlemény a debreczeni Augusztá-sanatoriumból. A tuberculosis gyó-
gyítása a krysolgan nevű aranykészítménnyel. 150. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. R. Stephan: A lép szerepe a
vér megalvadásában. — Sebészet. Perthes: Az oldalsó agyvelőkamrából eltávolított daga-
nat esete. — Gyermekegyorvos. Knöpfelmacher: A gyermekkori influenza-epidemiák-
ról. — Szemészet. Pichler: A mágneses szilánk eltávolításának technikájáról. — Kiseb-
b közlések az orvosgyakorlatra. Noorden: Somnacetin-tabletták. 152–153. lap.

Magyar orvosi irodalom. 154. lap.

Vegyes hírek. 154. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Anaphylaxia, purpura és vörheny.

Irtta: Szontagh Félix.

Évekkel ezelőtt a következő tapasztalatra tettem szert: egy családban egy napon belül az anya *genyedéses anginában*, nagyobbik, 5 éves fia *vörhenyben*, kisebb, 2 éves fiacskája *genyedéses anginában*, melyhez napok mulva hatalmas *purpura* társult, betegedett meg. Azt kellett következtetnem, hogy a családot ismeretlen ártalom érte, melyre a családfő nem reagált, de reagált az anya *genyedéses anginával*, a nagyobb fiú *vörhenyvel*, a kisebbik ellenben *anginához* szegődött *purpurával*.

Igyekezünk az egyidejű és identikus milieuban megnyilvánult tapasztalati tények közötti összefüggésnek a magyarázatára. Ha arra az álláspontra helyezkedünk, hogy a család három tagjának egy időben történt megbetegedése egészen független egymástól, úgy csak a véletlen játszhatott szerepet. De minthogy kétségtelen, hogy az anya *genyedéses anginában* és gyermeke *vörhenyben* való megbetegedése nem véletlen műve, hanem a tapasztalat szerint elég gyakran előfordul, úgy jogosult a felvétel, hogy az anya *genyedéses anginája* és a nagyobbik fiú *vörhenye* között igenis van *nexus*. S van *nexus* a *vörheny* és *purpura*, illetve *genyedéses angina* között is, mert az irodalomban elég gyakran találunk említést arról, hogy a *purpura* megjelenése *előtt angina* folyt le s hogy *purpura* fejlődött *vörheny* után, a mint ezt magam is észleltem. A *purpurának* azon alakjai, a melyeket e betegség terén úgy látszik igen nagy tapasztalatok felett rendelkező francia szerzők közül *Hutinel* (*Maladies des enfants*. 2. Paris, 1909) a *purpuras infectieuses aigus ou à forme typhoïde* (*Landouzy* és *Gornot* typhus angiohématique-je) névvel illet, rendszerint *anginával* kezdődnek, míg a *vörheny-reconvalescentiában* rendszerint a *purpura fulminanssal* találkozunk (*Glanzmann*, *Jahrb. für Kinderheilkunde*, 83. kötet).

A *nexus* kétségtelen. Jogosult tehát a következtetés, melynek lényege eképpen hangzik: Az ártalommal szemben immunisnak bizonyult a családfő *constitúciójánál*, illetve az ad hoc *dispositio*, a *sensibilisatio*, a *felkészültség hiányában*. Az ártalomra az anya *constitúciójánál* fogva egyszerű *genyedéses anginával* reagált. Két gyermeke ugyanerre az ártalomra hasonlóképpen *constitúciójánál* fogva *genyedéses anginával* válaszolt. De ez az *alapbántalom* az egyik gyermekben *vörheny*é, a másik gyermekben *purpurává módosult*,

illetve *változott* át. Nyilvánvaló tehát, hogy a *reactio* különbsége az *alapbántalom* és *vörheny*, illetve *purpura* között egyrészt és másrészt a különbség a *reakcióban* a két gyermek között csakis a *szervezetben* található magyarázatát. A *külön-készültség* (*Sonderbereitschaft*), avagy a *reakciókészltség* (*Reactionsbereitschaft*) feltételezése nélkül nemcsak hogy nem boldogulunk, hanem ezek az egyszerű tapasztalati tények ékesen hirdetik, hogy a *constitúción*, a *dispositión*, a *diathesisen* kívül igenis vannak külön *reactio-készültségi* állapotok, melyek ez esetben *vörheny*, illetve *purpura* képében nyilvánultak meg. A milyen egyszerűek ezek az empiria szolgálta tények, a milyen egyszerűen hangzanak a belőlük levont, spontán, logice, minden *theoretizálás* nélkül folyó következtetések, olyan nagy a jelentőségük általában, de nagy nevezetesen az *angina*, a *vörheny*, a *purpura* *pathogenesisének* szempontjából.

A kiváltó factor természetéről nem mondható biztos vélemény. Idővel, ha a megfigyelés általánosságban *conditionalis* basisra helyezkedve nem fog „*kórok*” után kutatni, hanem a betegségi állapotok *analysisében* a feltételek megismerésére fog törekedni, bizonyára sikerülni fog a tudományos *búvárkodásnak* avagy az egyszerű tapasztalásnak, esetleg társulva egymással és kiegészítve egymást, a kiváltó momentumnak, mely egy időben fejtette ki hatását és a melyért a tömeges megbetegedésnél fogva a milieuo *identitása* teendő felelőssé, szfinxéről a fátylat lerántani. A mai „*kórok*” utáni kutatás nem látja meg a tapasztalati tényeket, még kevésbé méltatja figyelemre jelentőségüket. Ha azonban tudományos *búvárkodás* és empiria *conditionalis* basison *feltételek* után kutatva megismerkedik a kiváltó mozzanat természetével, módjában lehet a kiváltó mozzanat kirekesztésével az egy milieuban *explosióra* jutott összes *reakciók* ellen *prophylactice* sikeresen eljárni. Ma mi történik? Ma az történik, hogy a heterogennek, specifikusnak felfogott betegségek *simultan* és *identikus milieuban* való megjelenésében csak véletlent látnak; nexust csak az esetben, ha nem heterogen, hanem *identikus* betegségek, tehát csupa *angina*, csupa *purpura*, avagy végül csupa *vörheny* *explodáltak* volna — idejűleg vagy nem, az mellékes — ugyanazon, avagy egymással érintkezésben volt környezetben. Az *aetiológiai* gondolkodás *purpura* esetében tehát *érvéhez* jutna ennek a betegségnek a *priori* is már többek által *supponált* „*fertőzéses*” természetének *bebizonyítására*.

Werner-Schultz (*Die Purpuraerkrankungen. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*. XVI. köt., Berlin, Julius Springer, 1919) külön fejezetet szentel a *purpura* bac-

teriológiájának, a fertőzés módjának, az átvihetőségnek. Értetőknek tartja, ha az autorok azon a véleményen vannak, hogy a purpurának bizonyos alakjai — foudroyans purpura kis epidemiáiról *Guelliot* tesz említést — „fertőzések és ragályosok“! Minthogy *Grünnig* (St. Petersburger med. Wochenschrift, 1893, 12. sz.) 1893-ban purpurát látott egy időben három fiatal egyénen, kik szoros együttlétben éltek egymással s minthogy *Foerster* (*Gerhardt*: Handbuch der Kinderkrankheiten, III. köt., 1, 1878, 220. oldal) leírja, hogy egy család három gyermeke egy időben purpurában betegedett meg, *Werner-Schultz* kénytelen ennek a betegségnek fertőzések természetére gondolni, a minthogy *Leigh Day* (Brit. Med. Journal, 1909, nov. 13., 1405. oldal, id. *Werner-Schultz* nyomán) átvihetőségét is mérlegeli egy 5 éves fiúra vonatkozó esete kapcsán, kinek nagyanyja és egy nagynénje, kik a szomszédságban laktak, ugyanabban az időben purpurában szenvedtek és más esetek a környéken nem fordultak elő. Mindenesetre tanulságos észlelések, csakhogy jelentőségük nem abban tételendő fel, hogy a purpura talán fertőzések és contagiosus természetű betegség, hanem abban, hogy a milieu-elméletet hathatósan erősítik. Ezekhez az észlelésekhez fűzött következtetések is bizonyítják, hogy tudományunkban, nagyon sajnós, csak homály és félreértés terjesztésére hivatott chaos uralkodik a fertőzések és a contagiosus jelzők igazi értelmének meghatározásában. Én itt nem tudok eligazodni. Igazán nem tudom magamnak megmagyarázni, hogy a mai orvosi tudomány mit ért „fertőzések és contagiosus“ betegség alatt? Épp ezért legalább én előttem nem eléggé érthető, a mikor *Werner-Schultz* (i. h.) a következőket írja:

„Man wird angesichts des so gut wie immer negativen Befundes sicherer Übertragungen annehmen können, dass sowohl der *Morbus Werlhof*, wie die *essentielle athromboponische Purpura nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragen werden*. Damit soll für die letztere der infektiöse Charakter nicht überhaupt geleugnet werden.“ Gondolom, hogy mit akar mondani, de nem látom tisztán, hogy a valóságban mit akar ezzel kifejezni.

A fentebbi észlelések jelentősége abban nyilvánul, hogy egy ártalomra egy egyén egyszerű *diathesises manifestatióval*, a másik koordinált különkésztültségnél fogva ennek a diathesises manifestatióknak *anaphylaxiás módosulatával* = *vörheny*, a harmadik koordinált különkésztültségnél fogva a *vörhenyexanthema aequivalensével*, *purpurával*, vagyis a diathesises manifestatióknak más természetű anaphylaxiás módosulatával reagált. Mert kétségtelen, hogy a purpura a vörheny-exanthema aequivalense, mindakettő anaphylaxiás természetű s nemcsak egyszerűen diathesises manifestatio. Hogy a purpura a vörhenyexanthema aequivalense, még a következő tények erősítik. Ismeretes, hogy akárhány esetben a vörhenyexanthema *urticariával* kombinálva jelentkezhetik. Leggyakrabban láthatni ezt a kombinációt abban az *allergiás* reakcióban, melyet *serumbetegségnek* mondunk. Ismeretes továbbá, hogy akárhányszor megessük, hogy genyedéses anginához nem vörheny-exanthema, hanem urticaria társul s hogy a vörheny-*recidiva* megnyilatkozik *anginában* és hozzája csatlakozó *urticariában*. A vörhenyexanthemának *aequivalense* tehát az anginához társuló *urticaria*.*

Analyzáljuk már most, hogy az *urticaria* és *purpura* minő relációban van egymással. *Glanzmann* (i. h.), a ki a purpuramegbetegedéseket 2 főcsoportra (mindkét főcsoportban vannak alcsoportok, de ezek felsorolásától itt eltekinthetünk): *anaphylactoid purpurára* és *morbus maculosus Werlhofi*-ra osztja, s az első főcsoport különös kísérő jelenségei közé első helyre teszi az *urticariát*. (A többi kísérő jelenség közül felhívom a figyelmet különösen az ízületek *megduzzadására* = *purpura rheumatica* és a *haemorrhagiás nephritisre*,

mint a melyek *identikusok* a *vörhenyek* ugyanilyen természetű szövödményeivel.)

Litten (Die Deutsche Klinik. 3. 1903) ellene fordul a purpuramegbetegedések polymorphismusos fölfogásának és *Werner-Schultz* (i. h.) szerint az *unitarismusos* fölfogásnak hódol, a mikor a következőket mondja: „dass es sich bei den einzelnen Purpuraerkrankungen nicht um essentielle Unterschiede, sondern lediglich um gleiche, nur graduell verschiedene, d. h. auf der Intensität beruhende Erkrankungen handelt.“

Litten nyomán *Werner-Schultz* a purpura *urticans* kategóriát a következőkben vázolja: Bőrvérzések mellett a köztakarón urticaria tör elő, a mi mellett az egyes papulák haemorrhagiás jelleget ölhetnek. Az urticaria eruptiói egyszersmind petechiákkal ismételtelen vagy ilyenekkel váltakozva jelentkeznek. Az esetek hetekig, sőt hónapokig elhúzódhatnak és gyomortünetek nem szoktak hiányozni.

Az urticaria tehát purpura eseteiben csakúgy, mint vörheny eseteiben aequivalens bőrijelenség.

Purpura és vörhenyexanthema azonban egyszersmind anaphylactoid manifestatiók, mint természetesen az urticaria is az, melyet azonban eszentul figyelmen kívül hagyunk.

Hogy az exanthemák általában csakúgy, mint az urticaria, szénaláz, stb. is anaphylaxia-szerű manifestatiók, már régebben sokan állították azoknak a meglepő kísérleti eredményeknek az alapján, melyeket nevezetesen *Friedberger* és iskolája az állati, mesterségesen előidézett anaphylaxia-kutatás terén közölt. A serumbetegségben előálló exanthemák valóban nagyon valószínűvé teszik a gondolatot, hogy az exanthemák általában anaphylactoid úton jönnek létre. A contagiosus exanthemák, pl. a kanyaró pathogenesisében én mindeössze azt a véleményemet nyilvánítottam, hogy tekintettel a beteg leheletében foglalt aktiváló componens minimalis és az általa aktivált reactio hatalmas voltára, az aránytalanság az anaphylaxiával való analogiára enged következtetést.

Most már térjünk át annak az ismertetésére, hogy napjainkban a purpura anaphylactoid úton való támadásának kérdése hogyan is áll.

Az elmélet, hogy a purpuracsoportok egy része anaphylactoid úton keletkezik, nem egészen új keletű. *Otler*-en, *E. Frank*-on kívül (i. *Werner Schulz*-nál) újabban *Glanzmann* (i. h.) fejtette ki tüzesebben ezt az elméletet, melynek értelmében a purpura pathogenesisébe fertőzésen, avagy más úton történő sensibilisatió, pl. *nem eléggé hasított fehérjének a béltractusból való felszívódásán alapulna*. Minthogy saját fölfogásom értelmében igen sok ma fertőzésnek mondott betegség pathogenesisében elsődlegesen sensibilisatio kell hogy érvényre jusson, bakteriosus componensek csak másodlagosan lépnek actioba. Különbö is megszívlelendő, hogy a purpura klinikai lefolyásában az angina nem obligát jellemű, legalább nem az eddigi tapasztalatok szerint. Pedig legfeljebb az angina pathogenesisében gondolhatnának némelek exogen fertőzésre. A purpura más nyilvánulásai avagy szövödményei aligha igénylik valamilyen exogen fertőzésnek a föltételezését. Különbö is a purpura bakteriológiája mi újat sem hozott, legkevésbé „specifikus kórokozót“. Sőt ellenkezőleg: a klinikai megfigyelés megállapította, hogy betegségekhez, a melyek pathogenesisében staphylococcusok, streptococcusok, pneumococcusok, gonococcusok, pyocyaneus-bacillusok, bact. coli, bact. typhi, malariaplasmodiumok stb. játszanak szerepet, társulhatnak úgy purpura-, mint vörheny-jelenségek.

De a más úton, esetleg eléggé nem hasított fehérjék révén történő sensibilisatióknak feltételezése purpura eseteiben hatalmas támaszt kapott az *égési vörhenyben*. Itt valóban senki sem tagadhatja, hogy a sensibilisatio aképpen jó létre, hogy a combustio processusa következtében előállott mérgező anyagok jutnak felszívódásra. Azt hiszem, azt is sikerült annak idejében eléggé plausibilis színben feltüntetnem, hogy ezek *parenterálisan hasított fehérjederivatumok*.

Abból kiindulva, hogy a sensibilisatio révén keletkező *anaphylatoxin* egyéb tüneteken kívül purpurát is idézhet

* Megjegyzés a correctura alkalmával. Osztályomon éppen most (márczius 10.) van egy 10 éves fiú, kinek igen intensiv vörheny-exanthemája fennállásának 6. napján halványul, ellenben a törzsön hatalmas urticaria tör elő.

elő, az anaphylatoxin keletkezése *Glanzmann* szerint a következő phasisekban folya le:

Bizonyos anyagok a keringésbe jutva a vérlemezkéket agglutinálják; a lemezkék felületén a phlasmakolloidok megalvadnak; a megalvadás folyamata össze van kapcsolva a lipoid cytozymnek elhasználásával. „Úgy, mint a tejnek oltó-enzymmel való megalvadás, a casein kiválása, a fehérje hasadását csak bevezeti, a vér megalvadás, a thrombocyták környezetében csak bevezetése a proteolysisnek, a melyet a cytozym többé nem gátol. Ezen proteolysis folyamán sajátos természetű mérgek képződése következik be.“

Glanzmann (i. h.) ezen suppositiója részletekre bontja azt a folyamatot, melyet én a fölszívódásra jutott fehérjeanyagok *parenteralis* hasításának minősíttem.

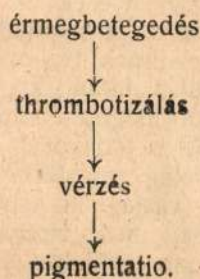
Glanzmann tehát a fehérjebontásban, illetve átalakulásban méreghatást tételez fel, melynek substratuma a szervezet fehérjeje. A proteolysis alatt keletkező mérgek nevezetesen az *érmegzató idegekre* (sympathicus), különösen a splanchnicus területén, bénítólag hatnának, a mi igen nagyfokú általános vérnyomáscsökkenést vonna maga után. A capillarisek bénulásának következménye az enormis értágulat, mely az erek falzatának megrepedésére vezethet és a köztakarón a purpura kifejlődésének alapul szolgál. *Glanzmann* itt *Pistoriust*, *Heubnert* és *Hutinelt* említi, kiknek felfogása szerint a hajszálerek ruganyos elemeire gyakorolt méreghatás gyanánt állának elő a béltractus maximalis vérbősége, vérzések, a hajszálerek falzatának elváltozásai és a köztakarón purpura kifejlődése.

Azonban azt kell mondanom, hogy *Glanzmann*-nak nem lehet igaza abban, hogy a purpura összes jelenségei egyszerűen csak, ha mindjárt igen nagyfokú is, vasodilatációval megfjthetők. A klinikai megfigyelés ezt az úgy mondhatnám mechanikai magyarázatot nem fogadhatja el; ez a vérzések, de meg a purpura pathogenesisében sem elégíthet ki, mert a hajszálerek bénulásából egymagából még a rostonyás folyadékknak gazdag transsudatiója sem érhető meg.

Sokkal egyszerűbb és plausibilisebb az a magyarázat, melynek értelmében a purpura tünetei a vérerek falzatának toxikus károsodástól feltételezett abnormis átbocsátó képességére vezethetők vissza.

Ezt követeli *Klinger* (Zeitschr. f. klin. Med., 1918, 85. szám, 335. oldal) a *haemophiliában* is, csak úgy, mint számos szerző már ő előtte tette.

A toxikus alapon kifejlődött károsodást a vérerek falzatában feltétlenül supponálom például vörheny, sepsises folyamatok stb. eseteiben, általában vérzéseknel, továbbá rostonyás folyadékknak exsudatiójánál (purpura a köztakarón), de meg a *nephrosisos oedema* keletkezésében is. De még a vérerek toxikus károsodásával sincs minden magyarázva. Azt kell ugyanis feltételeznünk, hogy csak olyan vérből történik vérzés, vagy trans- illetve exsudatio, melynek környezete is bizonyos fokban nem egészséges. Hogyan értsük, hogy *Leredde* mérlegeli a lehetőségét a *bőr infiltratiójá*-nak *csakis haemoglobin*-nal. Azt hiszem, *Leredde* suppositióját a klinikai megfigyelés megerősíti. Akárhányszor egyik napról a másikra Werlhof-kórban szenvedők bőrén rendszerint nagyobb terjedelmű zöldes-sárgás színű foltok keletkeznek traumás behatás nélkül is. A purpura urticansnál is akárhányszor csak *másodlagosan* öltenek haemorrhagiás jellegű a papulák. A kórszöveti vizsgálatok kiderítették a vérerek körüli kötő- avagy zsírszövet tetemes gömbsejtű beszűrődését. *Kogerer* a következő pathogenesises sémát állítja fel:



Különbent azt hiszem, hogy *Werner Schultz*-nak teljesen igaza van, amikor elutasíthatlannak mondja a purpurakérdés kórbonczatani újraátdolgozását.

Amikor *Glanzmann*, a Werlhof-kórt nem számítva, az összes purpura-alakokat anaphylactoid uton létrejövő folyamatoknak tekintve, a mesterséges anaphylaxiával akarja azonosítani, maga is hangsúlyozza annak a nehézségét, a mely előáll akkor, amikor az állatkísérletek eredményeit directe az emberre alkalmazzuk. De abban már feltétlenül igaza van, amikor írja:

„Wir kennen aber beim Menschen einen anaphylaktischen Symptomenkomplex, mit dem wir Vergleiche anstellen können, nämlich die *Serumkrankheit*. In der Tat sehen wir nun im Gefolge der anaphylaktoiden Purpura, wie wir im folgenden zeigen werden, den ganzen Symptomenkomplex der Serumkrankheit in allerdings sehr wechselnden Kombinationen wieder, nämlich: Fieber, Urticaria, multiforme Erytheme und Exantheme, Oedeme, Gelenkschwellungen und -schmerzen, abdominale Symptome (blutige Durchfälle mit Koliken), Albuminurie, ja sogar *feinere Blutveränderungen*, wie *Vermehrung der Blutplättchen*, nicht ganz konstant auch der Eosinophilen.“

Nos hát igen: amikor állati fehérjét fecskendünk az ember szervezetébe, ez erre esetleg *serumbetegséggel* reagál, melyben megtaláljuk az *urticariát*, nemkülönbent úgy a *vörhenynek*, mint pedig a *purpurának kardinalis tüneteit* és utóbetegségeit. Előáll pedig ez a reactio az anaphylaxia képében.

Hogy ez a reactio, mely tulajdonképpen úgy imponál, mint idiosynkrasia, valóban milyen chemiai folyamatból alakul ki, nem tudjuk. Nem állítható, hogy a serumbetegségben megnyilatkozó allergiás reactio azonos mechanizmus és chemizmus szerint folyék le, mint az experimentalis anaphylaxia. A klinikai megállapítás mindössze az, hogy a túlérzékenység az idegen fehérjével szemben diathesises megnyilvánulás s mint ilyen analogiában van a mesterségesen sensibilizált állatoknak a reinjectióval szemben fennálló túlérzékenységével. *Werner Schultz*-hoz csatlakozhatunk, a kik ezeket írja:

„Wie dem aber auch sei, eine Berechtigung, die *Manifestationen der Serumkrankheit* und verwandter Zustände mit dem Ausdruck „anaphylactoid“ zu benennen, ist nicht zu bestreiten, wenn man sie unter analogen Voraussetzungen zustandekommen sieht.“

Bár a parenteralisan bevitt fehérje okvetlenül mindenkör hasítva lesz, ha felszívódásra jutott, mégsem állítható, hogy az anaphylatoxin módjára ható mérgező anyagok a *proteolysis folyamán keletkeznének csak*. Ellenkezőleg, mint mindjárt látni fogjuk, *a meg nem bontott, chemice teljesen érintetlen idegen fehérje, abban a pillanatban, a mint a véráramba jutott, azonnal is teljes, igen nagyfokú mérgező hatását fejti ki, ha erre a kedvező feltételek megvannak*.

Tekintettel arra, hogy az érintetlen, meg nem bontott idegen fehérje igen nagyfokú mérgező hatást fejti ki, továbbá arra, hogy az injiciált betegek csak kisebb, bár tetemes százaléka reagál anaphylactoid módon, a reactiokészültség nemcsak itt, de általában mindenütt, a hol diathesises alapon nyugvó idiosynkriasiát tételeznünk fel, arra is volna visszavezethető, hogy a szervezet védekezésének a fegyverei (protoplasma, fermentek aktiválása stb.) *elégtelenek* a fehérje parenteralis assimilálásához, *méregtelenítéséhez*. Röviden mondva: a reactiokészültség magyarázatára az insufficientia-elmélet is helyénvaló s helyénvaló az idegen fehérje gyógyító hatásának kimaradására, a mennyiben a gyógyító hatás is mindenek szerint megint csak protoplasma-fermentek aktiválásán stb. alapul.

Tehát nemcsak a proteolysis folytán előállott termékek, hanem a meg nem bontott, teljesen érintetlen fehérje egymagában is, ha *directe a véráramba kerül, emberen hatalmas, és ilyenkor az experimentalis anaphylaxiával nemcsak analog, hanem azonos mechanizmus és valószínűleg chemizmus révén anaphylaxiás shockot* vált ki; ennek klasszikus esetét közölte

Widmer. (Ueber das Vorkommen von Purpura simplex bei Serumkrankheit, Mediz. Klinik, 1917, 39. sz.)

Ezt a maga nemében úgyszólván párját ritkító esetet a következőkben ismertetem:

A winterthuri kantonkórház vörhenyosztályára 1916. évi január 2.-án egy 5 éves fiút vettek fel, a ki ott január 13.-án diphtheriában betegedett meg, a miért 5000 diphtheria A.-E.-t (10 cm³) fecskendeztek be intramuscularisan.

Január 16. Minthogy a hárták még nem váltak le teljesen, a hő 38° C volt és a genyes orrváladékban diphtheriabacillusok voltak kimutathatók, 3000 diphtheria A.-E.-t (6 cm³) fecskendeztek be intramuscularisan.

Január 21. A torok feltisztult. A hő magas. Baloldali genyedéses fülgyulladás; a genyben diphtheriabacillusok. 3000 diphtheria A.-E. (6 cm³) intramuscularisan.

Január 31. A beteg erősen lesóványodott. A hő még mindig magas. Az orrból és a bal fülből bőven ürül genyedéses váladék, a melyben még mindig kimutathatók diphtheriabacillusok. A miért is elhatározott, újra 3000 diphtheria A.-E.-t (6 cm³) befecskendezni. Ez a befecskendezés intravenosusan történt, lassú művelettel a jobboldali vena mediana cubitibe, de mint *Widmer* megjegyzi, nem szándékosan, és elnézésből nem intramuscularisan.

Megjegyzem, hogy én mindenek szerint megelégedtem volna az első injectióval. A 2. és 3. befecskendezés bátran elmaradhatott volna; a 4.-nek, még ha nem is történt volna intravenosusan, directe el kellett volna maradnia, mert az elsőől számítva 18 nap múlt el s az esetleges kellemetlen (serum) anaphylaxiás tünetek lehetőségével számolni kellett volna.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Idősült adnexum-tumor tanulságos esete.¹

Irta: *Lehoczky-Semmelweis Kálmán* dr., tanársegéd.

A méhfüggelékek idősült gyuladással daganatainak kezelésében az utolsó harmincz év alatt két teljesen ellentétes iránynak, a radikális és a conservatív therapiának mérkőzését észlelhetjük. A mult század kilenczvenes éveinek első felében a radikális operálás volt szokásban; mindent operáltak, a mi chronikusan gyuladással volt, csak az volt a kérdés, hogy felülről, vagy a hüvely felől operáljanak-e? S mivel a hasmetszés eredményei elég rosszak voltak, lassankint a hüvely felől való operálás került előtérbe. Ez a sebészeti irányzat tetőpontját a kilenczvenes évek vége felé érte el, azóta e tekintetben visszaesés mutatkozik, a nőgyógyászok mindinkább visszatértek a conservativismus táborába, az operált esetek mortalitása t. i. 20%-ig is emelkedett. Meg kell itt jegyezni, hogy az operatív therapiában is a teljes radikalismussal szemben állott az operatív gyógyításnak az a módja, melylyel csak a beteg részek lettek eltávolítva. 1899-ben *Fritsch* a természetvizsgálók és orvosok Münchenben megtartott értekezletén mondta, hogy ez az utóbbi az a nőgyógyászati műtét, a mely a legkevesebb állandó eredményt adja. Oka ennek a conservatív műtétek bizonytalan eredménye, az aránylag gyakori csonkizadmány, a recidiváló pelveoperitonitises rohamok, a visszamaradt méhfüggelék-részek újból beálló gyuladása és a méh rögzített elhajlása. A radikális műtétet meg, kiváltképen fiatalabb nőknél, a korán mutakozó és kínos kiesési tünetek ellenjavallják, noha utána jobbak a helybeli eredmények. *Fritsch* referatúmánál hatása alatt, de mások ugyanilyen tapasztalatai nyomán is, ez időtől fogva a műtéti beavatkozás javalata minden oldalon lényegesen korlátozódott s csak eredménytelen conservatív kezelés után jött és jön ma is szóba a műtéti gyógykezelés. A radicalismus fiaskója után jöttek rá, hogy főként a gonorrhoea okozta elváltozások gyógyításában a természetes gyógyulás czélszerű elősegítésével is igen gyakran célt lehet érni. Ma azonban megint úgy áll a dolog, hogy sokan a gyuladással méhfüggelék-daganatok kezelésében a conservatív kezeléssel mennek túlságba, abból indulva ki, hogy az idősült gyuladás okozta panaszok és vérzések az adnexum-tumor eltávolítása után is megmaradhatnak, vagy újra jelentkezhetnek; a méhtesten,

vagy a visszamaradt kürtcsonkokon levő látszólag kicsiny gyuladással góczok műtét után is okozói lehetnek állandó méhizgalomnak, kismencedzeli fájdalmaknak; ide társulnak még a genyes folyamatok gyógyulása után visszamaradó hasfalsérvek, a mely hátrányokkal szemben számos megfigyelés bizonyítja, hogy a conservatív kezelés is kielégítő eredményeket nyújthat, sőt a gyógyulásra teherbeesés is következhetik.

Hogy a túlzás e téren sem jogosult és hogy régen lefolyt kismencedzeli gyuladások után látszólag gyógyult méhfüggelékek mily meglepetésekkel szolgálhatnak, mutatja alábbi esetünk: Sch. I.-né 48 éves multipara 1919 február 6.-án azzal a panasszal keresi fel klinikánkat, hogy három hét előtt hidegrázással kezdődött lázat kapott jobboldali állandó alhasi és deréktáji fájdalmakkal. Három nap múlva vérezni kezdett, a mi eltartott négy napig, azóta sárgás-fehér folyása van. Láza tízennégy napig elhúzódott. A közelözményből megtudjuk, hogy az asszony gyermekkorában lymphomatosison, skarláton, kétszer diphtheritisen, majd sokizületi gyuladással esett át; apja gümőkórban, anyja vakbélgyulladásban halt meg. Első havivérést tízennégy éves korában kapta meg, az utolsót egy hét előtt. Havivérése rendetlenül bár, de még megjön. Négy rendes szülése, egy koraszülése és egy hat hónapos vetélése volt, ez az utolsó huszonnégy év előtt. A gyermekágyak közül a két első rendesen folyt le; a harmadik gyermekágy nyolczadik-tizedik napján, a mint felkelt, baloldali alhasi fájdalmakat kapott, lázas lett, a mely állapot eltartott három hétig. Két évvel később újra rendesen szült, bár ez a terhessége igen fájdalmas volt. Ezután két évre előbb korait szült, utóbb vetélt, ez alkalomból két hónapig lázasan feküdt baloldali petefészekgyuladással, a mikor is *Martin* berlini orvostanár ügylátszik vaginalis incisiót végzett rajta. Az igen értelmes beteg bemondása alapján csak genylebcsátásról lehetett szó, t. i. mi a műtét alkalmával a betegen műtét nyomát sehol sem találtuk. A *Martin*-műtét után hat hétre az asszony meggyógyult s az 1919. év elejéig, vagyis huszonnégy évig teljesen egészségesnek érezte magát. Kombinált vizsgálattal a vastag hasfalakon keresztül a balra eltolt, rendes nagyságú, kemény, anteflektált méh jobb szélével összefüggő ökölnyi, gömbölyű, cystosus, nem érzékeny, korlátoltan mozgatható daganat volt tapintható. Tizenkét napi észlelés után, mely idő alatt láztalan volt, 9800 fehér vérsejtszám mellett, jobboldali adnexum-tumor diagnózissal került műltére. A daganat a műtétkor ökölnyi, hig, tiszta, világossárga folyadékot tartalmazó hydrosalpinxnak bizonyult, erősen lenöve a csipőkeresztvájalatba, alatta megnagyobbodott petefészekkel. A baloldali méhfüggelékek helyén egy szárított koszorufüge nagyságú conglomeratum volt látható, a mely a huszonnégy év előtt lefolyt gyuladás maradványának látszott. A műtétet végző *Bársony* tanár tünődött, vajjon e régi összenövéseket, a melyek a betegnek semmiféle kellemetlenséget sem okoztak, megbolygassa-e? Annál is inkább tünődött, mert a ropant hájas hasfallal bíró asszony zsiros belei a conglomeratummal össze voltak nőve, azok szétválasztása a mélységben nagyobb hashártya-, bélserosasérüléssel járhatott volna és az is kérdésesnek látszott, vajjon a szétválasztott részek fedhetők-e majd hashártyával? Pedig e nélkül újra összenövések keletkeznek. Végül meg valószínű volt, hogy az összenövések közepén csak egy töpörödött climacteriumos petefészek található. *Bársony* tanár úgy döntött, hogy, ha már egyszer a hasüreg meg van nyitva, a negyvennyolcz éves asszonynak, a ki már annyi betegségen esett át, a másik petefészkét is kiveszi. A csonkot sikerült hashártyával fedni. Ez elhatározás utólagosan nagyon helyesnek bizonyult, mert a daganatot a műtét után megvizsgálva, kitünt, hogy a hüvelykujj vastag, régi vérrrel telt méhkürt mögött a petefészek helyén gesztenyénagyságú, belső felületén papillosus növedékekkel fedett daganat van, mellette pedig mogyorónyi, besűrűsödött, nyúlós gennyel telt, kérges, vastagfalú tályog, melynek tartalmát, sajnos, bakteriologailag nem vizsgálhattuk meg, a tályog meglepetésszámba ment, tartalma elömlött. A gyógyulás, rö-

¹ Bemutatva a Budapesti Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának 1919 márczius 20.-án tartott ülésén.

vid ideig tartott hólyaghurutot leszámítva, teljesen símán folyt le. A műtét utáni huszonegyedik napon gyógyultan hazabocsájtjuk az asszonyt, a kinek méhe anteflektált, szabad, nem érzékeny; környezete szintén szabad, nem érzékeny. A papillosus cysta mikroskop alatt cystoma papillosumnak bizonyult, elég erős hámburjánzással; a fedőhám magas hengerhám, a mely ujjszerű nyulványokat alkot, úgy hogy helyenként többrétegűvé válik, általában azonban egyrétegű. A sejtmagvak erősen festődnek, magoszlás nem észlelhető. A hengerhámsejtek között kehelysejtek láthatók. Hámleválás és nyálkaproductio. Szövettanilag momentan rosszindulatú elváltozást nem lehetett kimutatni. Mindazonáltal prophylaxisos Röntgen-kezelésre fogjuk az asszonyt.

A climacteriumhoz közel álló asszonyokon könnyebben határozzuk magunkat radikális műtetre, ha az adnexum-tumor kellemetlenségeket okoz nekik. Annál is inkább, mert a méhkürtök aránylag ugyan ritkán előforduló daganatai a kürtnyálkahártya papillosus szerkezetének megfelelően többnyire papillomák vagy papillosus carcinomák, és *Saenger, Barth, Orthmann* nézete szerint leggyakrabban a nyálkahártya húzamosabb ingerlése folytán keletkeznek. A petefészek epithelialis daganatainak keletkezésében pedig különösen *Nagel, Küster, Waldeyer, Kahlden* nagy szerepet tulajdonít az idősült gyuladások után megmaradt felhámlefűződéseknél, a melyek cysták fejlődésére vezetnek. A mi pedig a papillosus cystomákat illeti, ha a kórbonczani beosztás szerint nem is tartoznak a szorosán vett rosszindulatú daganatokhoz, klinikai szempontból inkább azokhoz soroljuk őket. Áttételeket okozhatnak, az egyik petefészek ilyfajta betegsége könnyen maga után vonja a másik oldali petefészek hasonló megbetegedését. E daganatok a környezettel erősen összenőnek, gyakran intraligamentumosak. A cystomák belsejében levő papillosus burjánzások szeretnek a cystafalon áttörni, a külső felszínen tovább burjánozni; vagy a daganattal a belső nyomás folytán megrepedve, annak tartalma a hasüreget elárasztja, a papillák a hashártyán implantálódnak, tovább fejlődnek, erős secretiójuknál fogva hasvízkórt okozhatnak. Arra vonatkozólag pedig, hogy az anyadaganat kiirtása után a leánydaganatok valóban visszafejlődnek-e, a szerzők véleménye ellentmondó. Végül pedig a papillosus daganatok nagyon hajlamosak rossztermészetű elváltozásra, nevezetesen igen könnyen rák fejlődik belőlük.

Példákat említhetünk az irodalomból is. A visszahagyott, látszólag ép méhfüggelék további sorsát illetőleg *Vanvolxem* említi, hogy egy 22 éves nulliparának cystoma pseudomucinosa multilocularis makroszkopos képét mutató daganatát operálva, a mely daganat utólagos mikroszkopi vizsgálattal ráknak bizonyult, a másik oldali kicsiny petefészek, számos folliculuscystát nem tekintve, egészségesnek látszott, ennél fogva nem távolították el. Négy hónap múlva e petefészekből ökölnyi inoperabilis carcinoma fejlődött, áttételekkel a csepleszen, a beleken és a paravertebralis mirigyekben. *Pfannenstiel* egy 43 éves VII.-parán jobboldali typosus cystoma pseudomucinosa multilocularis miatt végzett hasmetrészt, a daganat kocsanycsavarodást mutatott és környezetével erősen össze volt nőve, a baloldali petefészek makroszkopos elváltozást nem mutatott. Négy év múlva újra hasmetszés baloldali, a belekkel és hashártyával összenőtt rossztermészetű petefészek-daganat miatt, a mely mikroskop alatt petefészekráknak bizonyult; a daganatban adenocarcinomás részeken kívül jóindulatú cystoma pseudomucinosa helyek is voltak láthatók. Lehet, hogy ez esetben a rákos elváltozás másodlagos, bár az első daganat mikroszkopi vizsgálatáról nincs említés téve, ennél fogva az is lehetséges, hogy a makroszkopos jóindulatúnak látszó első daganat mikroszkopice rossztermészetűnek bizonyult volna. Itt említésre érdemes *P. J.-né*, 53 éves klinikai betegünk esete is, a kin 19 év előtt New-Yorkban multiplex fibromyoma miatt supravaginalis amputatiót és egyoldali adnexotomiát végeztek. Havi vérzését azóta nem kapta meg. Most pár hónapja hasában újra daganatot érzett, a mely fájdalmakat és különösen fekvéskor légzési nehézségeket okozott. Vizsgálatkor 1½ cm.-es

portiót, ujjhegynyi méhszájat lehetett tapintani; a portio folytatódott egy gyermekfőnyi, kemény, korlátoltan mozgatható daganatba, melynek hal szélével egy másik két férfiökőlnyi, igen mozgékony, cystosus tapintatú, nem érzékeny daganat függött össze. Hasmetszés 1919 december 10.-én. A has megnyitása után elénk tűnik egy kétökőlnyi, vastag falú, jól mozgatható ovarialis cysta, savós tartalommal, falán egy helyen papillosus növedékekkel. A daganat a 19 év előtt bennhagyott baloldali petefészekből indult ki. A cysta alatt gyermekfőnyi fibromyoma ült mélyen fixálva, de azért a széles méhszalag lemezei közül könnyen ki lehetett fejteni. E daganat keletkezése csak úgy magyarázható, hogy a 19 év előtt végzett műtétkor a ligamentum latum lemezei között visszamaradt egy fibromyomás göb, melyből az intraligamentumos daganat fejlődött. Ez a daganat mikroskop alatt myofibromának, a petefészekdaganat pedig cystoma simplexnek bizonyult egyrétegű hengerhámborítékkal; a papillosus burjánzást azonban a kötőszövet burjánzása okozta, a melyet hámréteg borított.

Régi pyoovarium- és pyosalpinxoktok nem alkalmasak a felszívó kezelésre, azok gennyes tartalma, mint a leírt esetben is, nem igen szívódik fel, nem egykönnyen szervül palliatív kezelésre. *Szili Jenő* két lobos adnexum-tumort mutatott be 1910-ben, melyek közül az egyiknél lázas gyermekágy után öt évre keletkeztek alhasi panaszok hőemelkedés nélkül peritonealis tünetekkel. A műtét alkalmával igen sok cseplesz- és bélösszenövés között a méh fundusán szélesen tapadó kétökőlnyi tuboovariális cystát és kétujjnyi vastag, genyrtalmú méhkürtöt talált. A másik esetben 11 év előtt lefolyt, két év előtti vetélés után megismétlődött lázas gyermekágyból fennmaradt kétoldali adnexum-tumorról számol be. A beteget láztalan állapotban két hónapos terhességgel, a bekövetkezendő vetélést, avagy a terhesség és szülés alatt beállható súlyos szövődeményt megelőzni akarván, megoperálta. Rendkívül sok és szívós cseplesz- és bélösszenövésekkel fedett terhes méhet, baloldalt almányi, jobboldalt ökölnyi, genyrtalmú adnexum-tumort talált.

Kiefer elmélete szerint zárt genyrsákokban a mikroorganismusokat bizonyos idő múlva saját toxinjaik pusztítják el; gonococcusok állítólag ¾ évig, *Jung* vizsgálata szerint streptococcusok egy évnél hosszabb ideig is megtarthatják virulentiájukat. *Henkel* a berlini nőbeteg-klinikán végzett vizsgálatokat s a genyrt mindig sterilnek találta olyankor, ha láztalan állapotban, nem heveny folyamat mellett és legalább ¾ évre a fertőzés után történt a műtét. De hogy mennyire ellentmondók az adatok a genyben talált mikrobákat illetőleg aszerint, hogy mely időben operálunk és a geny mely tájról való, mutatják *Jung*-nak a greifswaldi klinikán végzett kísérletei, a ki 81½%-ban talált csirákat, még pedig streptococcusokat és Koch-bacillusokat, szemben *Werteheim* és *Menge* vizsgálatainak eredményeivel. *Jung* az esetek egész sorozatából kiemel egyet, a hol 11 év előtt lefolyt gyermekágyi fertőzés után rengeteg streptococust talált a genyben. *Thaler* a Schauta-klinika 16 évi anyagából, 6000 gyuladós méhfüggelék- és kismedenczebeli megbetegedésből, a melyek közül 800 került műtetre, egy esetet említi, a hol öt évig fennálló betegség után még elég nagymennyiségű streptococust talált a genyben. Ugyancsak ő említi egy spontán átfúródott pyosalpinxből keletkezett halálos kimenetelű streptococcus-peritonitis-esetet, a melyben 23 évre volt visszavezethető a fertőzés. Ezek az esetek bizonyítják, hogy eltolt genyben a streptococcusok nemcsak az életképességüket tartják meg hosszú ideig, hanem a virulentiájuknak sem kell okvetlenül csökkennie. Bármennyire kívánatos volna, hogy a geny jelenlétéről és annak fertőző voltáról tudomással bírjunk, mindezt ideig nincs módunkban ezt előre pontosan megállapítani. A körelőzményből, a klinikai tünetekből és a belőlük levont következtetésekből értékes diagnostikai támpontokat szerezhetünk magunknak a betegség fajtáját illetőleg. A fertőzés óta lefolyt időből és tünetekből pedig valószínűséggel következtethetünk a gyuladást okozók momentan fertőző képességére. A fehérvérsejtek számolása a vérben

sztintén felhasználható a következtetésre, azonban idősült betegségekben rendes fehérvérsejtszám még nem jelent genytelenséget, t. i. vastag, rostos falú, régi tályogban rendes sejtszám ellenére is sok genyülhet meg hosszú ideig eltokoltan. És ha az eltokolt genyben levő mikroorganizmusok egy bizonyos idő múlva el is pusztulnak, a visszamaradt geny még mindig igen alkalmas táptalaja lehet a szomszédos bélrendszerből a tályogfalán kedvező körülmények között, például menstruációs fluxio, kismedenczebeli vér- és bél-pangás következtében fellazult falakon átvondorolt, vagy a szervezet más helyéről a vér- és nyirokrendszer útján oda-került bacteriumoknak. Szóval, a hasüregben maradt egy lappangó gócz, mely kedvező körülmények között újra lánggra lobbánhat és a legkülönbözőbb sepsises betegségeket okozhatja. Az amerikai *Rosenow* és *Davis* fibrocystosusan elfajult emberi petefészekből ascitesdextrósén tenyésztett streptococcus viridans, diphtheriához hasonló pálczikák és staphylococcus albus bizonyos törzseinek tenyésztését fecskendezte kutyába és házinyulakba és ismételten a genítalak fertőzését kapta, különösen a petefészekét, úgy hogy ők e törzsek bizonyos affinitását tételezik fel a nevezett szervek irányában. Azon a véleményen vannak, hogy egy tonsillitis a vérpályákon keresztül fertőzheti a női kismedenczebeli szerveket, a mi például gyakran történik havivérzéskor; egy torokgyulladás után fejlődő, régen idiopathiásnak nevezett streptoperitonitis gyakran a petefészek elsődleges haematogen fertőzéséből indul ki. Coli-bacillust ily fertőzésekben egyáltalában nem, vagy igen ritkán találunk.

Leírt esetünk igen tanulságos egyrészt azért, mert egy 24 év előtt lefolyt, éveken keresztül utólag semmiféle tünetet sem okozott függelékgyulladás után találtunk még folyékony geny tartalmazó tályogot, másrészt azért, mert ha ez a kicsiny daganat, mely csupán régi gyulladás utáni összenövésnek látszott, bennmarad, okvetlenül növekedett és könnyen rosszindulatúvá válhatott volna.

Használt irodalom. *Hannes*: Deutsche med. Wochenschrift, 1908, 12. sz. — *Hörmann*: Med. Klinik, 1908, 3. sz. — *Weinbrenner*: Münchener med. Wochenschrift, 1910, 43. sz. — *Vanvolxem*: Zeitschr. für Geb. u. Gyn., 67. kötet. — *Pfannenstiel*: Veit's Handbuch der Gyn. — *Szili Jenő*: Orvosi Hetilap, Gyn., 1910, 1. sz. — *Aschoff*: Mediz. Klinik, 1911, 1. sz. — *Thaler*: Arch. für Gyn., 93. kötet. — *Loeser*: Zentralbl. für Gyn., 1918, 13. sz. — *Hofmeier-Schröder*: Handbuch der Frauenkrankheiten.

Közlemény a debreczeni Augusztá-sanatóriumból.

A tuberculosis gyógyítása a krysolgan nevű aranykészítménnyel.

Irta: *Gesztli József dr.*, igazgató főorvos.

(Folytatás.)

Július 18. 10 centigr. krysolgan. Hőmérsék az injectio napján 37.5°, másnap 38.3°, harmadnap rendes s az is marad. Az injectio után szokásos, de gyenge reactiót leszámítva, alig köhög, nem köp.

Július 27. 10 centigr. krysolgan. Reactio nem fejlődik.

Augusztus 2. Tüdőlelet: A jobb felső lebenyben broncho-vesicularis légzés, elül semmi, hátul köhögés után igen kevés pattogó szörtyőrej. Beteg 4 kgr. súlygyarapodással elhagyja az intézetet. Összesen kapott 35 centigr. krysolgant.

6. P. E. 18 éves tanuló. Felvételt 1917 október 8.-án.

Körelőzmény. A nyár folyamán hastyphuson ment keresztül. Azóta állandóan lázas, sokat köhög, két ízben vért is köpött, erősen lefogyott, hasmenése van.

Jelen állapot: Középtermetű, jól fejlett, lesoványodott, sápadt nőbeteg. A bal tüdőcsúcs felett csekély rövidülés, ugyanitt érdes be- s megnyúlt kilégzés mellett néhány kishólyagú szörtyőrej hallható. Jobboldalt elül a harmadik bordáig, hátul szinte a lapoczká szögletéig erősen tompult a kopogtatási hang, a tompulat felett vesico-bronchialis légzés mellett igen számos, vegyes hólyagú, részben csengő szörtyőrej hallható. Has kissé puffadt, coecalis táj nyomásra kissé érzékeny. Hőmérsék felvételkor 38.3°, testsúly 48.4 kgr. A köpetben kevés gümö-bacillus.

A beteg részben lázas állapota, részben bélzavarai (hasmenés, csikaró fájdalmak) miatt többnyire ágyban fekszik. Időnként azonban láztalan vagy csekély mértékben subfebrilis, elég sokat köhög és köp, naponta 1—2 vizes vagy híg pépes széke van. Weleminsky-féle tuberculomucin-kezelés.

1918 június 27. Tüdőlelet változatlan. A köpetben igen sok gümö-bacillus.

Június 28. 5 centigr. krysolgan. Hőmérsék 39.1°.

Június 29. Rendkívül sokat köhög és köp, profus és fájdalmas hasmenés áll be. Hőmérsék 39.0°.

Június 30. Hőmérsék ugyanannyi. Hasmenés nem szűnik, köhögés, köpet sok. Tüdőlelet: A jobb felső lebeny felett vesico-bronchialis légzés mellett számos vegyes hólyagú, nagyrészt csengő szörtyőrej. A coecumtájon izomresistentia és nyomási érzékenység.

Július 3. Hőmérsék 37.2—37.6° között váltakozik. Köhögés és köpet kevesebb, mint a múlt napokban, hasmenés is szűnt. 5 centigr. krysolgan.

Július 5. Hőmérsék 37.5 C°. Egyébként mint az első injectio után, de azzal a különbséggel, hogy a hasmenés nem oly súlyos s nem fájdalmas.

Július 11. Hőmérsék maximuma az elmúlt napokban 37.1—37.3°. Köhögés jóval kevesebb, de köpet még mindig kétszer annyi, mint a krysolgankezelés előtt. Hasmenés megszűnt. Tüdőlelet: Baloldalt szörtyőreit nem hallani. A jobb csúcsban elül a kulcsont felett vesicobronchialis légzés, a kulcsont alatt kifejezett korsólégzés mellett elég számos, legnagyobb részben csengő szörtyőrej hallható.

Július 12. és július 18. 5—5 centigr. krysolgan. Reactio-tünetek mint utóljára.

Július 24.-i tüdőlelet: A jobb felső lebeny felett hangos bronchiális légzés mellett néhány pattogó szörtyőrej hallható. 5 centigr. krysolgan.

Augusztus 2. Jobboldalt elül bronchiális légzés szörtyőrej nélkül, hátul a csúcsban 1—2 pattogás. Hasmenés időnként megismétlődik. Köpetben igen kevés tbc. bacillus (9 látóterben 7).

Augusztus 9.-én ezzel a lelettel s 1.1 kgr. súlygyarapodással elhagyja a sanatóriumot. Összesen kapott 25 centigr. krysolgant.

7. E. F. 27 éves máv. távirász. Felvételt 1918 július 31.-én.

Körelőzmény: Már évek óta gyengélkedik. Néhány hónap óta sokat fogyott, köhög, genyes köpetet ürít, időnként lázas. 3 hét előtt kevés vért köpött.

Jelen állapot: Magas termetű, lesoványodott, sápadt férfibeteg. A jobb tüdőcsúcs felett kissé tompult a kopogtatási hang, ugyanitt érdes be- és megnyúlt hangos kilégzés mellett néhány apró hólyagú szörtyőrej hallható. A bal felső lebeny felett a kopogtatási hang erősebben tompult s a tompulat felett broncho-vesicularis légzés mellett elég számos, vegyes hólyagú, nedves szörtyőrej hallható. Mindkét oldalt alul pleuramegvastagodástól származó tompulat. Más szervek részéről eltérés nincsen. Hőmérsék 37.3°, testsúly 70 kgr. A köpetben tbc. bacillus a felvételkor nem találtott.

Körlefolyás. A beteg állandóan subfebrilis, keveset köhög és köp.

Augusztus 20.-án a hőmérsék 38°-ra emelkedik, majd igen profus haemoptoé áll be 39 fokig emelkedő rendetlen hőemelkedésekkel, a mi egészen augusztus 31.-ig tart. Azontúl subfebrilis, a köpet lassan feltisztul s szeptember 13.-án vérmertes.

Szeptember 17.-én a köpetben elég sok gümöbacillust találtunk. Tüdőlelet: Jobb csúcs változatlan, a bal felső lebeny felett elég számos vegyes hólyagú szörtyőrej, baloldalt hátul alul tompult kopogtatási hang sok ropogó szörtyőrejjel. Hőmérsék 37.5°.

Szeptember 18. 5 centigr. krysolgan. Hőmérsék csak egy tized fokkal emelkedik, keveset köhög és köp.

Szeptember 20. Nagyon sokat köhög és köp. A bal felső lebeny felett nem szaporodott a szörtyőrejek száma, de baloldalt hátul alul igen számos homogen ropogó szörtyőrej hallható. Hőmérsék 37.5°.

Szeptember 22. Hőmérsék 37.3°—37.4°. Sokkal kevesebbet köhög és köp. A szörtyőrejek száma mindenütt kevesebb.

Szeptember 23. 10 centigr. krysolgan. Hőmérsék nem emelkedik, de a köhögés és a köpet jóval több. Szörtyőrejek száma főképpen hátul a felső és alsó lebeny felett ismét szaporodott.

Szeptember 26. Köhögés megszűnt, köpet kevés (köhögés nélkül jön fel). Baloldalt elül a felső lebeny felett csak pattogás hallható, míg hátul még mindig elég sok a szörtyőrej. Hőmérsék 37.0°.

Október 25.-éig a beteg még kétszer 10 centigr. krysolgant kap, melyekre a szokásos reactio áll be csekély hőemelkedéssel. Október 26.-án a következő tüdőlelettel hagyja el a sanatóriumot: A jobb csúcs felett szörtyőreit nem hallani. Baloldalt elül és hátul a felső lebeny felett csak néhány pattogás hallható. Baloldalt hátul alul a kopogtatási hang tompult, ugyanitt gyengült légzés mellett néhány ropogó szörtyőrej hallható. Köhögés nincs, köpet igen kevés, bacillusmentes. Testsúly 77.4 kgr.

8. G. L. 29 éves máv. hivatalnok. Felvételt 1918 július 5.-én.

Körelőzmény. Egy testvére tbc.-ban meghalt. Ő maga 1916 teléig egészséges volt, akkor éjjeli szolgálatban meghűt. Azóta köhög, sárgászöldes köpetet ürít, időnként lázas, sokat fogyott. Egy ízben 3 hónapig már volt sanatóriumban, a honnan javult állapotban távozott.

Jelen állapot. Magas termetű, jól fejlett, lesoványodott férfibeteg. A bal tüdőcsúcs felett csekély rövidülés, ugyanitt érdes be- és megnyúlt hangos kilégzés mellett néhány pattogó szörtyőrej hallható. Jobboldalt elül a 3. bordáig, hátul a lapoczkózi táj közepéig mérsékelt tompulat bronchovesicularis légzéssel s elég sok vegyes hólyagú, nem csengő szörtyőrejjel. Hőmérsék felvételekor 37.2°, testsúly 68.8 kgr. A köpetben kevés tbc.-bacillust találtunk.

Körlefolyás. A beteg többnyire láztalan, fentjára. Időnként azonban lázas, igen sokat köhög, különösen éjjel, köpete több ízben véres. Július 26.-ától tuberculin-kezelésben részesül, első adag 1/100,000 milligr. Koch-féle Alt-tuberculin. Rendkívül tuberculin-érzékenynek bizonyul, már az első higitásnak néhány tizedére is magas lázzal reagál. 9/100,000 milligrammra haemoptoé áll be, mire a tuberculin-kezelést abbahagyjuk. Tüdőlelet 1918 szeptember 27.-én: mint fent, de azzal a

különbséggel, hogy a légzés jobboldalt vesico-bronchialis s különösen a felső lebony háti oldalán igen sok a szörtyzörej. Hőmérsék maximuma 37.1°—37.2°.

Október 5. 10 centigr. krysolgan. Hőmérsék az injectio napján 37°, másnap 37.5°. Jóval többet köhög és köp.

Október 6. Tüdőlelet: baloldalt a csúcsban bronchovesicularis légzés s néhány pattogó szörtyzörej. Jobboldalt elül a 3. bordáig, hátul szinte a lapoczká szögletéig tompulat, vesicobronchialis légzés s főképen hátul rendkívül számos, vegyes hólyagú, ropogó szörtyzörej.

Október 10. Köhögés, köpet, szörtyzörejek száma kevesebb.

Október 12. 20 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37.3°, másnap 37.8°. Azontúl 2 napig láztalan, 16.-án ismét 37.9°. Rendkívül sokat köhög és köp.

Október 17. A jobb felső lebony felett úgy elül, mint hátul rendkívül sok vegyes hólyagú szörtyzörej hallható.

Október 22. Hurutos tünetek csökkentek.

Október 25. 15 centigr. krysolgan. Köpet valamivel több, köhögés inkább kevesebb. Hőmérsék az injectiót követő napon néhány tizeddel magasabb.

November 9. tüdőlelet: A jobb felső lebony felett csak kevés szörtyzörej lehet hallani. Állandóan febrilis. 20 centigr. krysolgan.

November 10. Hőmérsék 37.5°. Többet köhög, de a köpet szinte magától válik. Köpetmennyiség:

- I. nap 260 cm³
- II. „ 80 „
- III. „ 60 „

November 6. A jobb csúcsban vesicobronchialis légzés mellett kevés ropogó szörtyzörej hallható.

November 9. 20 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37.5°. Köpetmennyiség

- I. nap 160 cm³
- II. „ 60 „
- III. „ 40 „

A köpetben még mindig van néhány bacillus, legutóbb 7 látóterben kettőt találtunk. A beteg a legutóbbi tüdőlelettel s 3 kgr. súlygyarapodással november 22-én elhagyja az intézetet. Összesen kapott 85 centigr. krysolgant.

9. K. J. 28 éves szanatóriumi szobalány. 1918 november elején észrevette, hogy lázas, nyakát fájlalta, azt hittük influenzája van. A vizsgálat azonban azt derítette ki, hogy már régebben megnagyobbodott baloldali nyaki mirigyei erősen megdagadtak, a kulcsont feletti, a fül mögötti és a cucullaris elülső széle mellett levő mirigyek szinte ökölnyi, nagy és fájdalmas daganattá nőttek. Másutt mirigyek nem tapinthatók. November hó folyamán állandóan lázas, hőmérséke néha a 39.0°-ot is eléri. Therapia: Burow, majd quarfény s belsőleg jodkáli. Erre a gyógykezelésre állapota annyiban javult, hogy lázai csökkentek s a mirigydaganat három részre differenciálódott, az egyik a kulcsont feletti árokban van s körülbelül diónyi, a második s legnagyobb a fül mögött, szinte gyermekökölnyi, a harmadik végül mogyorónyi mirigyekből álló sorozat a cucullaris elülső széle mentén. Decemberben még mindig subfebrilis s minthogy a mirigyek visszafejlődése stagnál:

December 17-én 5 centigr. krysolgan. Az injectio napján hőmérséke 38.1°-ra emelkedik, mirigyek erősen megduzzadnak s fájdalmasak. Másnapra a hőmérsék leszáll, duzzanat, fájdalom megszűnik, a mirigyek azonban észrevehetőleg nem kisebbek, mint a kezelés előtt.

December 22. 10 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37.3°. Mirigyek az injectio napján újra megduzzadnak.

December 24. A kulcsont feletti árokban körülbelül borsónyi mirigy tapintható, a fül mögötti mirigy laposabb, nem teszi az arcot többé annyira asymmetriássá, mint azelőtt, a cucullarismenti mirigyek pedig alig babnyiak. Láztalan.

December 29. 10 centigr. krysolgan. Hőmérsék 37.5°. Néhány órával az injectio után a kulcsont feletti árokban mogyorónyi mirigy tapintható, a cucullaris-menti mirigyek pedig annyira megduzzadtak, hogy konturjuk teljesen jól látható.

December 31. Láztalan. A kulcsont feletti mirigy alig tapintható, a fül mögötti nagy mirigy teljesen ellaposodott, alig látszik s a cucullaris-menti mirigyek babnyi nagyságúak, laposok, konturjuk többé nem látszik.

A mirigyek állapota azóta stationarius maradt. Összesen kapott 25 centigr. krysolgant.

Ezek a kórtörténeteken kívül még vagy 25—30 olyan beteg kórtörténetével rendelkezem, a kik vagy még most is krysolgannal lesznek gyógykezelve, vagy a kiknél e kezelés több-kevesebb eredménnyel, egyiknél-másiknál eredmény nélkül, befejezést nyert. Úgy gondolom azonban, hogy ezeknek a további kórtörténeteknek a közlését mellőzhetem, egyrészt mert a mai inséges időkben figyelemmel kell lennem a lap előállításával kapcsolatos gazdasági szempontokra, másrészt, mert nézetem szerint a közölt kórtörténetek adatai elegendőek arra, hogy a szer értékéről és hatásmódjáról véleményt alkothassunk magunknak.

A mi a krysolgan-kezelés értékét illeti, azt hiszem, hogy a közölt észlelésekből joggal vonhatom le azt a következtetést, hogy a krysolganban olyan szert nyertünk; amelylyel a tuberculosis lefolyására kedvezően tudunk hatni. A ked-

vező hatás nemcsak a subjectív tünetek javulásában nyilvánul, hanem a kórboncztnai elváltozásnak olyan gyors visszafejlődésében, a minőt eddig egyetlen gyógyszer behatására sem észlelhetünk. A post hoc, ergo propter hoc kifogása ellen, mely speciell a tüdőtuberculosis gyógyításában használt számos szerrel és gyógyeljárással szemben annyira jogosult, ezt a szert nem kell megvédenem, mert azok a tünetek, melyek a krysolgannak befecskendezését követik, oly törvényszerűséggel állanak be s annyira szoros összefüggésben vannak a szer alkalmazásával, hogy a szer hatása és a kiváltott tünetek között csak oki kapcsolatról lehet szó. Az természetesen vitatható, vajjon az a reparatív folyamat, mely a krysolgan alkalmazásával kapcsolatban a gümőkóros megbetegedés székelyén minden kétséget kizáró módon mutatkozik, egyértelmű-e a teljes gyógyulással. Erre nézve nem mernék határozottan nyilatkozni, már azért sem, mert az anatómiai gyógyulás még nem jelenti egyúttal a bakteriologiai értelemben veendő gyógyulást is, arra nézve pedig semmiféle vizsgáló eljárásunk nincsen, a melyikkel a bakteriologiai értelemben veendő gyógyulást ki tudnók mutatni. Az bizonyos, hogy az általános állapotnak és a helyi tüneteknek olyan javulása, a milyen a krysolgan behatására bekövetkezik, egyes esetekben a teljes klinikai gyógyulás képét mutatja s ezzel egyelőre megelégedhetünk, ha figyelembe vesszük, hogy ezt a gyógyeredményt kizárólag olyan betegeken értük el, a kiknél a tüdőtuberculosisnak kedvező lefolyására kevés kilátásunk lehetett. A krysolgannal kezelt betegek között egyetlen egy sem volt, a kinek egyszerű, jóindulatú, inactiv tüdőcsúcsmegbetegedése lett volna, mely minden különleges kezelés nélkül is gyógyulni szokott. A betegek mindegyikén activ, a legtöbb esetben nyílt folyamat volt megállapítható, súlyosabb, egyeseken igen súlyos anatómiai elváltozással és többé-kevésbé súlyos toxikus tünetekkel, a megbetegedés olyan alakjai tehát, melyeknek a prognosist kedvezőtlennek, de legalább is kétesnek szoktuk mondani. A szernek gyógyító hatása tehát mindenesetre kiválónak mondható s értékét még növeli az a körülmény, hogy a gyógyító hatás meglepően rövid idő alatt következik be, egyes esetekben néhány hét, illetve néhány injectio elegendő volt arra, hogy a leg-súlyosabb anatómiai elváltozás is visszafejlődjék.

Ha már most azt kérdezzük, hogy a krysolgan miképen fejti ki ezt a kedvező hatást, lehetetlenség, hogy a kórtörténetek áttanulmányozása után ne tűnjék fel az az analogia, mely a tuberculin és a krysolgan — nevezzük ható principiumánál fogva röviden arany —, tehát az arany hatása között fennáll. Néhány órával az arany befecskendezése után éppen úgy beáll egy hőemelkedéssel járó általános reactio, mint a tuberculin hatékony dosisának befecskendezése után, ezzel kapcsolatban a gümőkóros góczban, legyen az akár a tüdőben, akár a mirigyekben vagy bárhol másutt, hasonló tünetek fejlődnek, mint a minőket tuberculin behatására a „góczreactio“ alakjában észlelni szoktunk. A tüdőben a szörtyzörejek számának és minőségének, továbbá a légzés típusának a megváltozása, a mirigyekben a hyperplasiás szöveteknek a megduzzadása és fájdalmassága, a gégeben — mint a hogyan azt például legutóbb észleltem — a megbetegedett aryporcznak a megduzzadása és nyelési fájdalmak jelentkezése, mind arra mutat, hogy az arany, éppen úgy, mint a tuberculin, valóságga megkeresi a gümösen megbetegedett szöveteket s ezekben a góczreactio néven ismert heveny, lobos tüneteket okozza. Ez a jelenség annyira törvényszerű, hogy az aranyinjectio diagnostikai czélokra is felhasználható. S az analogia még tovább is követhető, egyrészt abban az irányban, hogy az arany által kiváltott góczreactio, éppen úgy, mint a tuberculinreactio, regressiv, majd reparatív tüneteket vált ki, másrészt abban az irányban, hogy az általános és a góczreactio tekintetében a teljes reactionmentességtől a leghevesebb tünetekig a legkülönbözőbb változatokat észlelhetjük.

Vajjon miben rejlik az oka annak, hogy ez a két teljesen különböző összetételű szer hasonló módon viselkedik a gümösen megbetegedett szervezetben? Erre vonatkozólag a legegyszerűbb magyarázat az a feltevés volna, hogy vala-

mint a tuberculinreactio, úgy az aranyreactio is bizonyos immuno-biológiai folyamatokon alapszik, melyek az arany-nak különös affinitást kölcsönöznek a gümőkóros góczczal szemben. Ehhez a magyarázathoz hajlik *Feldt* is már idézett első közleményében s feltételezi, hogy az arany a gümőkóros szervezetben a specifikus és normális védőanyagok (Schutzkörper) képződését elősegíti, illetve sietteti. *Feldt*-nek idevágó fejtegetései nem egészen világosak s ezért nincsen kizárva, hogy én intentiói ellenére összekapcsolom az arany-nak azt a két tulajdonságát, hogy 1. góczreactiót tud kiváltani, 2. hogy a védőanyagok termelését fokozza. A két jelenség között, nézetem szerint, van kapcsolat, még pedig az, hogy az arany *indirekt úton*, egyrészt általános roboráló hatása folytán, másrészt a kiváltott góczreactio útján valóban fokozhatja a normális és specifikus védőanyagok termelését; de ha *Feldt* valami olyasféle összefüggésre gondol, hogy az arany által kiváltott góczreactio éppen úgy, mint a tuberculin-reactio, bizonyos védőanyagok jelenlétében alapszik, akkor az ilyen összefüggésnek a lehetőségét határozottan kétségbe kell vonnom. Egyáltalában az arany hatását immuno-biológiai alapon magyarázni annyit jelent, mint a legmerészebb hypothesisok útvesztőjébe beletévedni, vagy az egyik ismeretlen X-et a másikkal helyettesíteni, s ezért csak helyeselni lehet, hogy *Feldt* második közleményében egészen más úton igyekszik az arany hatását, tehát góczreactiót kiváltó képességét is megmagyarázni, olyan úton, a melyen annál szívesebben követem, mert teljes összhangban áll azzal, a mit a krysolgan hatásában mutatkozó különbségek okát illetőleg kiderítenem sikerült s a miről később lesz szó.

Feldt második közleményében a góczreactio leglényegesebb tényezője gyanánt az arany-nak a gümős góczban való felhalmozódását tekinti. E folyamat, a mint *Feldt* helyesen megjegyzi, nem specifikus, hanem valószínűleg úgy játszódik le, a hogyan azt *Stern** a lupusos góczban felhalmozódó salvarsan illetőleg kiderítette. *Stern* azt tapasztalta, hogy a vénába befecskendezett salvarsan a lupusos szövetben helyi reactiót vált ki. Minthogy kizártnak tekintette, hogy a salvarsannak a gümöbaccillushoz vagy a gümős szövethez valami specifikus affinitása volna, a salvarsan hatásának az okát a gümösen megbetegedett szövetnek anatómiai viszonyaiban kereste. A lényegét ő abban látja, hogy a lupusos szövet periferiája tömött infiltratummal van körülvéve, mely a venákat körültekinteli. E miatt a vér visszafolyása akadályozott, venosus pangás fejlődik, a mi a vérben jelenlevő idegen anyagoknak a környezetbe való kilúgozását elősegíti. Maga az idegen anyag a hajszálerek falán át jut a környező szövetekbe, a hol a reactio képében jelentkező lobot okozza. *E szerint tehát a salvarsannak az a hatása, hogy a lupusos szövetben lobos reactiót okoz, a lupusos szövetnek a vér elosztódását megváltoztató anatómiai viszonyain alapszik.*

Semmi okunk sincsen feltételezni, hogy ez a folyamat akár a tüdőben, akár más szervben is ne így mehessen végbe. Maga *Stern* is említi — a mi különben ismert dolog —, hogy a salvarsan a tüdőben s például a gümőkórosan megbetegedett herében is reactiót tud kiváltani, a minek az oka csak abban lehet, hogy a gümőkóros elváltozás anatómiai viszonyai lényegükben ugyanazok, akármilyen szervről van szó, megvan tehát az alapfeltétele annak, hogy a vérbe juttatott idegen anyag hasonló hatást fejtsen ki, mint lupus esetében a salvarsan. És semmi okunk sincsen feltételezni, hogy az arany, ha egyszer a gümős gócz periferiájába került, más-képpen viselkedjék. A capillarissok falán átdiffundálhat, mert a capillarissok lobos fala fel van lazulva s mert a vér bennök a visszafolyás akadályozottságánál fogva bizonyos nyomás alatt áll. De az átdiffundálás magyarázására *Heubner* capillariss mérlegelméletét is segítségül hívhatjuk, mert nézetem szerint az arany értékének megítélésében nem fontos, hogy az arany melyik tulajdonságának köszönheti diffundáló képességét, a lényeges az, hogy a locus morbin a kívánatos

hatást kifejtsse, egyébként pedig a szervezetnek ne ártsen. Végtere a morphin is méreg, a digitalis is az, sőt az arsen egyenest capillariss-méreg, de azért senkinek sem jut eszébe, hogy ezeknek a szereknek a gyógyító értékét kétségbevonja. Abból a körülményből, hogy én a krysolgantól sem a máj, sem a vese, sem pedig más szerv részéről — egy urticaria képében lefolyt dermatitist kivéve — káros hatást nem észleltem, joggal lehet következtetnem, hogy a krysolganban levő arany olyképpen van megkötve és adagolva, hogy annak toxikus hatása a szervezet megkárosításának alakjában nem jut érvényre.

Ezek után az aranyhatásról való eddigi fejtegetéseimet abban foglalhatom össze, hogy valamint a tuberculinnak, úgy az arany-nak is megvan az a képessége, hogy a gümős góczban reactiót váltson ki. Míg azonban a tuberculinnak a gümős góczhoz való affinitása mai tudásunk szerint specifikus immuno-biológiai folyamatokon alapszik, addig az arany-nak a gümős szövethez való affinitása nem specifikus, hanem a gümős elváltozásnak azokban az anatómiai viszonyaiban keresendő, melyek az arany-nak a gümős szövetekben való felhalmozódását, illetve visszatartását okozzák. Természetes, hogy ezzel az arany gyógyító hatása még nincsen megmagyarázva, de a tuberculinreactiónál tapasztalt tünetekből kiindulva, ebben a góczreactióban láthatjuk első és legfontosabb phasisát annak a folyamatnak, mely végeredményében a gümős elváltozás meggyógyulására vezet. Ennek a folyamatnak leglényegesebb tényezője a lobbal járó hyperaemia, s hogy ez az arany-injectio után mekkora, erre nézve útmutatást ad nekünk tüdő-tuberculosis esetén a légzés típusának a bronchialishoz való közeledése, vagy egyenest bronchialissá válása, továbbá a szörtyzörejek számának és a váladéknak a megszaporodása. A váladék megszaporodására vonatkozólag egyik-másik betegen rendszeres méréseket végeztem, ezekből a 8. számú eset kapcsán mutattam be egyet. A váladék mennyiségének ilyen hatalmas megszaporodása mutatja, hogy az arany-nak a vér és a nyirok elosztódásában igen nagy változást kell előidéznie, a mi azután alapját alkotja a gümős góczban meginduló regressiv és reparativ folyamatoknak, a necrobiosis-nak, a resorptiónak és a hegszövetképződésnek. Ezeket a folyamatokat klinikailag is észlelhetjük; a kórtörténetekből látjuk, hogy a közönséges nedves szörtyzörejek helyébe csengők lépnek, a csengő szörtyzörejek száma megszaporodik, egy esetben az azelőtt bronchialis légzés amphorássá vált (sima falú caverna képződött), a mi mind a necrobiosisnak a tünete; vagy: a reactio lezajlásával a szörtyzörejek száma kevesbedik, később pedig egyáltalában nem hallani szörtyzörej-t, a csengő szörtyzörejek száma is kisebb lesz, majd ezek is eltűnnek, a légzés puhul és gyengültté válik, a mi ismét a reparatióknak és a kötőszövetképződésnek a tünete.¹ Mindez azt bizonyítja, hogy az arany nemcsak góczreactiót tud kiváltani, hanem gyógyító góczreactiót, vagyis olyat, a melyhez azután a gümős elváltozás gyógyulására vezető folyamatok csatlakoznak. Világos ebből, hogy az arany tulajdonságait még tovább kell differenciálnunk, ha gyógyító hatásának megértéséhez közelebb akarunk jutni. Ezt a következőkben kísérlem meg.

(Folytatása következik).

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A lép szerepét a vér megalvadásában tanulmányozta *R. Stephan*. A vizsgálatokra okot adott egy heveny haemorrhagiás diathesis-eset, a melyben a nagyfokú, az

¹ A kopogtatási leletnek a változásáról azért nem számolok be, mert a kopogtatás sokkal durvább vizsgáló módszer, mintsem hogy vele olyan finomabb differentiatákat érzékelhessünk, a minők a góczreactio egyes phasisaiban létrejöhetnek.

* *Stern*: Über die Speicherung von Medikamenten in tuberkulösem Gewebe. Zeitschrift für Tuberkulose, 26. kötet, 4. füzet.

életet veszélyeztető, a szokásos vérzéscsillapító szerekkel le nem küzdhető vérzés a lépnek Röntgen-mélybesugározatása után megszűnt. A vizsgálatok kimutatták, hogy a lép röntgenezésére rövid idő alatt fokozódik a véralvadás ideje és az alvadásfermentum mennyisége a vérsavóban tetemesen megnövekedik. Más szervek besugározására ilyen hatás nem állott be. Az alvadás-systema központi szerve tehát a lép, még pedig — a nyirokfoliculusok szerepe kizárható lévén — a lép reticulo-endothelialis sejtszere. A szerző azt hiszi, hogy parenchymás és venosus vérzés eseteiben a lép röntgenzése hatásában messze felülmúlja az összes gyógyszeres haemostypticumokat és hogy az eljárás prophylactice is műtétek előtt jó eredménnyel lesz igénybevehető. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 11. szám.)

Sebészet.

Az oldalsó agyvelőkamarából eltávolított daganat esetét közli *Perthes* tübingeni tanár. Az oldalkamarán végzett sebészi beavatkozásról eddig nem tett említést az irodalom. A szerző esetében a plexus chorioideus daganatát távolították el sikerrel a bal oldalkamarából. A betegen pangásos papilla volt, főleg baloldalt (2, illetőleg 4 dioptria), továbbá jobboldali homonym hemianopsia, a bal szemén a bal látótér is korlátolt. Azonkívül a bal hátulso koponyatáj megkopogtatásra fájdalmas volt. A bal végtagokon kissé fokozottak voltak a reflexek. Belgyógyászati diagnózis: Agyvelő-daganat, valószínűleg a bal occipitalis lebenyben. A műtét helybeli érzéstelenítésben, hasfekvésben történt. A koponyát hátul a bal oldalon, a sinus transversus fölött, a sinus longitudinalis alatt vészték föl. Az előboltosuló durát megnyitva, barnássárga göbös tömeg toltult elő, melyet a normalis agyvelőállománytól lapoczczal elkülönítve, egy ürbe jutottak-melyből a daganat kiindult. Az ür az oldalkamara volt. A daganat a plexus chorioideusból indult ki, először kitégította az oldalkamarát, majd az elvékonyodott agyvelőállományon áttört. Evőkanállal kiemelve a tumort, nyelét lekötötték s aztán eltávolították. Az oldalkamara kitörlésekor a beteg kérésre kijelentette, hogy nem érez fájdalmat. A durát catguttal zárták, a koponyasebet elvarrták, csak kis gazecsikot hagytak benne. Husz nap múlva a seb simán begyógyult, a beteg látása javult. Egy hónap múlva a beteg panaszatlan, látása csaknem rendes volt. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 25. sz.) *Pehány A. dr.*

Gyermekorvostan.

A gyermekkori influenza-epidemiákról ír *Knöpfelmacher*, a bécsi Karolina-gyermekkorház igazgatója. Megfigyelései szerint a zsenge korú gyermekek, tehát elsősorban a csecsemők, kevésbé vannak kitéve a fertőzés veszélyének és súlyosságának, mint a nagyobb gyermekek. Szerinte a korról nő az influenzával fertőződés veszélye, s a halálozás az idősebb gyermekek között sokkal nagyobb, mint a fiatalabbak között. *Knöpfelmacher* szerint az influenza a gyermekkorban is különböző alakban jelentkezik. a) Mint enyhe nátha. b) Mint hirtelen magasabb lázzal kezdődő alak, mely a felnőttkéhez hasonló typosus tünetekkel jár, azonban igen gyakran orrvérzés is mutatkozik. A bronchitis igen enyhe, vagy egyáltalában nincs. c) A harmadik alak, mely continuus vagy remittáló lázzal jár, igen intenzív tracheitissal és bronchitissal szokott társulni. Ez az alakja az influenzának a leggazdagabb a szövődmények tekintetében. Ilyen a bronchopneumonia, mely igen rossztérmetű s a beszűrődéses göcczok nem ritkán abscessusba mennek át. A pleura többnyire genyesen gyuladt. A gége is gyakran meg van támadva, a mi pseudocroupoz hasonló rohamokban és ugató köhögésben nyilvánul. Az endo- és pericardium részéről *Knöpfelmacher* elváltozást nem látott, ellenben a myocardium megtámadtatását a szív kitégülése és a vérnyomás súlyedése mutatja. Igen gyakori a postinfectiosus bradycardia. A gyomor és belek részéről a diarrhoeák gyakoriak, sőt a nyálkás-genyes-véres ürülékek sem ritkák; az ilyen alakot a dysen-

teriától csupán bakteriologicce lehet elkülöníteni. Icterust a szerző két esetben látott. A vérzésekre való hajlamosságot a toxinnak az érfalra gyakorolt hatásából magyarázza. Az idegrendszerrel csak kevés megjegyezni valója van: gyakori fejfájás, ritkábban deliriumok magasabb láznál; meningitist egy esetben sem látott.

A szerző szerint a constitutiós hajlam nem igen játszik szerepet a betegség lefolyásában, míg *Oberndorfer* szerint lymphás gyermekeknél a prognosis sokkal rosszabb.

Fontos kiemelni, hogy *Knöpfelmacher* szerint az influenza fertőzés a latens tuberculosisra semminemű befolyással sincs. Végül pedig még arra hívja fel a figyelmet, hogy a lefolyás nagyon hasonlít a morbilliéhoz, (Wiener mediz. Wochenschr., 1918, 45. sz.) *Csánky Tibor dr.*

Szemészet.

A mágneses szilánk eltávolításának technikájáról ír *A. Pichler* (Klagenfurt). A „hadiszilánkok“ csipkés, sokszor kampós alakja és tekintélyesebb nagysága, valamint az a körülmény, hogy ismételt napok mulnak el, míg műtetre kerülhet a sor, lényegesen megnehezítik eltávolításukat. Azokban az esetekben, a melyekben a szem belsejébe került mágneses idegentest elhelyezése pontosan meghatározható és meg van határozva, a szerző a következő eljárását ajánlja: A bulbaris kötőhártyát az idegentest közvetlen szomszédságában felhasítja, úgy hogy a sklera az előzetesen megállapított helyen kisebb kiterjedésben szabadon fekszik; majd a sklerát kis, domború, nagyon éles skalpellel lassú, fűrészelő metszésekkel vastagságának $\frac{2}{3}$ részéig átvágja; ezután a sebszéleken két finom selyemfonalat helyez el (intraskleralisán), melyek mintegy sebkampók gyanánt szolgálnak. Ezután átvágja egész vastagságában a sklerát az érhártyáig. Magát az érhártyát nem bántja. Ennek megtörténtével a kis elektromágnes hegyét majdnem érintési közelségbe hozza a sebhez, de ügyelve, hogy az érhártyát ezzel az eszközzel se perforálja. Ha a szilánk helyzete az operatio előtt pontosan meg volt határozva, az követi a mágneset, belülről átszakítva az érhártyát. Az eljárásnak előnye a szerző nézete szerint az, hogy nem készül újabb sebzés a szem belsejében, nincs üvegtest-vesztés, minthogy semmiféle eszközzel nem hatolunk a szem belsejébe, nem növeljük a fertőzés veszélyét, a fájdalom jelentéktelen és a tulajdonképpeni kihúzás csupán igen rövid ideig tart. A műtét sikerének feltétele az idegentest helyzetének egészen pontos megállapítása. Erre a célra egyéb vizsgálati eljárások mellett jó eredménnyel használhatjuk az úgynevezett fájdalom-reactiót oly módon, hogy a kis kézimágnessel óvatosan végigtapogatjuk a bulbust zárt áram mellett, vagy annak hol megnyitásával, hol zárásával, és ha állandóan ugyanazon körülírt helyen érzi a beteg leginkább a fájdalmat, ez amellet szól, hogy a mágneses idegentest ezen a helyen van. (Zeitschr. f. Augenheilk., XL. köt., 1.—2. füzet.) *H. K.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A somnacetin-tabletták veronalt, phenacetint és codeint tartalmaznak. Ezt az összetételt *Noorden* ajánlotta volt először évekkel ezelőtt; ugyanő még most is a legjobb kombinációnak tartja, a mikor álmatlanság, általános ideges izgalmi állapotok leküzdése a feladatunk, így Basedow-kórban, thyreogen eredetű elhízás ellen használt pajzsmirigykúrák alkalmával beálló idegesség eseteiben stb.; ilyenkor naponként 4 tablettát használandó. Morphiumentvonó kúrák alkalmával is nagyon jó szolgálatokat tesz. Álmatlanságban szenvedő arterioslerotikusok a tiszta veronalt rosszul türik, a somnacetin-tablettákat ellenben nagyon jól. Ujabban somnacetinum solubile néven újabb készítmény jött forgalomba, a melyben a phenacetin antipyrinnel van helyettesítve és a mely bőr alá fecskendezés, valamint suppositorium alakjában használhatóra van hivatva; használhatóságát illetőleg még további tapasztalatokra van szükség. (Therap. Monatshefte, 1919, 11. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Orvosképzés, IX. évfolyam, 7.—10. sz. Hoór Károly: A szürke hályogról. **Grósz Emil:** A glaucoma gyógyítása. **Benedict Henrik:** Adatok a járványosan fellépett encephalomyelitis disseminata grippalis (álomkór) klinikai képéhez. **Henszelmann Aladár:** A merevgörcsös alsó végtagbénulások kezelése járásgyakorlattal.

Gyógyászat, 1920, 12. sz. Pólya Jenő: A jejunumfekély kirekesztéséről.

Vegyes hírek.

Az előfizetéssel hátralékban levő olvasóinkat nagyon kérjük a díjaknak postautalvány útján való haladéktalan beküldésére. Helybeli előfizetőink között is sokan vannak, a kik nemcsak a mostani, hanem a múlt év díjával is még hátralékban vannak, nyilván azért, mert a régebbi időkből megszokták, hogy pénzbeszedő útján tegyenek eleget fizetési kötelezettségüknek; minthogy azonban a mai viszonyok között pénzbeszedőt nem küldhetünk, helybeli előfizetőinket is a postautalványon való pénzbecüldésre kell kérnünk.

Meghalt. **M. Fürbringer**, az anatomia nyugalmazott tanára Heidelbergben. — **N. Zuntz**, a híres physiologus Berlinben. — **M. Stegfried**, az életvegytan tiszteletbeli rendes tanára Lipcsében 56 éves korában.

Személyi hírek külföldről. **H. Sachs** frankfurti tanárt a heidelbergi rákkutató intézet igazgatójává nevezték ki. — **Salge** tanár utódjává a marburgi gyermekorvostani tanszékre **Bessau** boroszlói tanárt hívták meg.

Kinevezés. **Berzsenyi Zoltán** dr.-t, a székesfehérvári Szt. György-kórház sebész-főorvosát, a nevezett kórház igazgató-főorvosává nevezték ki.

Tisztiorvosi tanfolyam és vizsga lesz Budapesten május 3.-ától június 26.-áig. A kérvények április 8.-áig küldendőek be **Fáy Aladár** dr. államtitkár címére (Nemzeti palota, Népjóléti ministerium). A kérvényhez csatolni kell a) a születési anyakönyvi kivonatot, b) rövid életrajzot és c) a vizsgálati díj (150 korona) befizetését tanúsító postai feladóvevényt. Megjegyzendő, hogy a módosított rendelet értelmében az előkészítő tanfolyamon való részvétel kötelező, de olyanok, a kiknek előző egyetemi, kórházi vagy katonai közszolgálatukban, avagy magánintézetekben teljesített működéssük folyamán módjukban volt a tisztiorvosi vizsgálaton megkívánt ismereteket elsajátítani, a tanfolyamon való részvétel alól felmentést kérhetnek; a kérvényt a népjóléti ministerhez címelve, a fent jelzett helyen kell benyújtani. A tisztiorvosi vizsgálat tárgyai a módosított rendelet szerint: 1. Közegészségtan, beleértve a bakteriológiát, különös tekintettel a fertőző betegségek elleni védekezésre. 2. Társadalmi egészségtan. 3. Közegészségügyi közigazgatás az egészségügyi statistika elemeivel.

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

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: **Dr. Nádasy István**. Ügyvezető igazgató: **Fészli József**. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26. Igazgató telefonja: József 26—21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórházakkal kibővíve. **Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium.** Vezető: **Dr. Rablóczy**. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

Dr. FORBÁT SÁNDOR orvosi laboratoriuma Budapest, VI., Teréz-körút 22. Telefon 121—02 sz. Eredeti elő- **WASSERMANN**-reakciók kedden, csütörtökön és szombaton. — Steril vér-felfogócsövecskék kívánatra vidékre küldhetők.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

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

Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály. **Röntgen laboratorium** (bejáró betegek részére is). **Radium kezelés.**

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

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87—73

Zander és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézete. — IV., Semmelweis-u. 2. Kossuth Lajos-u. sarkok

PÁLYÁZATOK.

Az Erzsébet Királyné Sanatoriumban két segédorvosi állás kerül betöltésre.

Oly orvos-doktorok pályázhatnak, kik a tüdőtuberkulózis kór- és gyógytanával behatóan óhajtanak foglalkozni. Előnyben részesülnek, kik belgyógyászati képzettséggel bírnak.

Az állás javadalmazása havi 600 korona készpénzfizetés és teljes ellátás.

A pályázatokat április hó 7.-éig a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium Egyesülete elnökségéhez címezve, az egyesület titkári hivatalába IV., Vigadó-tér 1. szám alá kell küldeni.

Scharl Pál dr.

egyet. magántanárr, igazgató-főorvos.

1188/1920. sz.

Somogyvármegye tabi járásában megüresedett tabi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz Tab székhelyén kívül a következő 6 község tartozik: Zala, Torvaj, Nagybábony, Kappánymegyér, Németegres, Kapoly összesen 8210 lakossal, a kik valamennyien magyar anyanyelvűek.

Javadalmazás 1600 korona törzsfizetés, négy izben 200—200 koronás ötödéves korpótlék, a megállapított háborus és drágasági segély, 600 korona laktér, 810 korona (felemelt) útiutalvány, végül a szabályrendeletileg megállapított látogatási és műtési díjak.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi május hó 17.-ig adják be. Elkészett vagy kelletlen fel nem szerelt kérvények figyelembe nem fognak vétetni. A választás határidejét később fogom kitűzni.

T a b, 1920. évi márczius hó 17.-én.

A főszolgabíró.

1289/1920. sz.

Borsodvármegye mezőkovesdi járásában megüresedett alsóábrányi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak Alsóábrány székhelyén kívül, hol gyógyszer-tár is van, Tard, Mezőnyárad, Felsőábrány, Tibolddaróc, Sály és Kács községek.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, négyszer 200—200 korona ötödéves korpótlék, 550 korona lakpénz, 1200 korona fuvarutalvány, a körorvosokat illető összes háborus és családi pótlékek és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz 1920. évi április 20.-ig adják be. Később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek. A választást Alsóábrány községében 1920. április 27.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani. A megválasztott körorvos állását 1920. évi május 1.-én elfoglalni köteles.

M e z ő k ö v e s d i, 1920. márczius 18.

Zsóny Lajos, főszolgabíró.

3289/1920. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházában nyugdíjazás folytán megüresedett bujakóros osztályt vezető főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények összes képesítő okmányokkal felszerelve a városi polgármesteri hivatalban április hó 15.-én déli 12 óráig nyújtandók be, az elkészve beérkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek. — Csak azon pályázók lesznek figyelembe véve, a kik erre az állásra szakképzettségüket egyetemi klinikán szerzett gyakorlatuk és szolgálatuk révén igazolni tudják. Egyetemi tanárságuk előnyben részesülnek. A körhási osztály os főorvos fizetése (X. rangfokozat): 1. törzsfizetés 6000 korona, 2. korpótlék 2 évenként 400 korona, 3. laktér 1700 korona, 4. háborus segély 1200 korona, 5. drágasági pótlék 4800 korona, családi pótlék személyenként 800 korona.

A háborus és drágasági segély, valamint a családi pótlék mindaddig jár, míg azt az állam vissza nem vonja. A fenti fizetés, a mely a 29745/919. sz. tan. határozattal fogadtatott el, miniszteri jóváhagyással lép életbe. — Az állást a főispáni kinevezés útján elnyert pályázó azonnal betölteni tartozik.

S z e g e d, 1920. márczius 22.

Somogyi Szilveszter dr., polgármester.

Past: Jodocaseini sec: Dr. Budai

(0.30 etgm Jodocasein tartalommal)

A Jodocasein pastillákban a Jod, a tejcaseinjához van kötve s chokoládéval feldolgozva. — Ize kellemes, mellékhatása nincs — a nyálhártyákat nem izgatja. Tiszta jod tartalma és hatása teljesen analog a Sajodin jod tartalmával és hatásával, csakhogy amannál lényegesen olcsóbb. A Jodocasein pastillák megrágandók. Rendes adagolása 3—5 pastilla naponta, — evés után.

Készíti: „VÁROSI“ GYÓGYSZERTÁR
Budapest, IV., Váci-utca 34. szám. Telefon: 9—64.

Pantostat váltóáramra, vibrációs mas-
sage-al, jó állapotban eladó.
Megtekinthető Rákóczi-ut 32. I. 1. alatt d. e. 9—12-ig és d. u. 2—6-ig.
Telefon: József 118—01.

Injektiones Eri

Az injekciós therápia céljait szolgáló használatra kész steril oldatok.
Speciallaboratorium ERI.
RÓZSAVÖLGYI IMRE BUDAPEST, VI, ARÉNA-UT 124.

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

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

ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

Budapest, VI., Andrásy-ut 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

Eredeti gyári áron azonnai szállít **orvosi műszereket, orvosi vasbuto-
rokat, műtő és sterilizáció berendezéseket, betegápolási cikkeket,**
kötszereket stb. — **Sürgőnycim: Medodelga Budapest.**

„LABOR”

GYÓGYSZER ÉS VEGYÉSZETI GYÁR
:: RÉSZVÉNYTÁRSASÁG ::
BUDAPEST, III., BÉCSI-ÚT 2128. SZ.

COLLEPLASTRUM

adhaesivum Ph. Hg. III.

hydrargyri

saponato salicylatum Ph. Hg. III.

zinci oxydati Ph. Hg. III.

Extractum bursae fluidum Ph. G. IV.

A Secale cornutum és Hydrastis Can-
densis készítmények pótlására.

GYÓGYSZERES SZAPPANOK.

Jól bevált a gyermekápolásban
a kellemes illatu tulzsírozott
„LABOR” gyermek-szappan.

MAGNOL

méregmentes általános desinficiens. Bak-
tericid hatása nagyobb a sublimátnál és
karbolsavnál. A 2‰ oldat felülmulja a 3‰
hydrogen superoxyd oldatát, nem mar, al-
kalmazása veszélytelen. Mindenütt alkal-
mazható, ahol erélyes desinficiensre van
szükség.

Gyártja:

„CHINOIN”

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.

Dr. KERESZTY és Dr. WOLF

Ujpest, Tó-uteza 5. szám.

Ara 5 kor. • Orvosoknak próbacsomag ingyen.

HAEMOGLOBIN-GLOMA
DR. WANDER

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

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógy-
szertárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor” gyógyszertár, Budapest, IX. Ráday-u. 18

Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai festékoldatokat.

LEGJOBB TÁPJSZER
Qvomaltine

Dr. PÁPAY

- FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.-T.
VI., TERÉZ-KÖRUT 31. TELEFON 20-19

Himlőnyirok

Tuberkulin-készítmények.

Tömény és steril-injectiokra
kész sorozatos hígítások.

Orvosi diagnosti-
kai laboratorium.

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton** készítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőteknél, mint gyermekeknél az **anaemia, neurasthenia, chlorosis** stb. esetiben. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA“ GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VII., Károly-körút 5 ☐ Telefon: József 115-55

GLOMA

DR. WANDER

SZÁRAZ-MALÁTAKIVONAT

LEHNER ATTILA JÓZSEF orthopaed műcipész Budapest, VIII. Baross-u. 20.
Specialis készítmények: Külső v. belső emelésű műcipők rövidült lábakra, Dongaláb (Scarpa), járógép fölé vagy alá való műcipők. Lúdtalp-betétescipők parafa vagy acélbetéttel. Valamint bármily, orvosi előírás szerinti műcipők a legtökéletesebb kivitelben.




GARAY SAMU ÉS TÁRSA

BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.

Orvosi műszer-, kötszer- s művégtaggyár. Betegápolási cikkek, has- és sérvkötők, kórházi vasbutorok s állatorvosi műszerek raktára.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétkülöndő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

Budapest, IV., Eskü-ut 6. Klotild-palota.

Ezelőtt II., ker, Margit-körút 45.

Új telefonszám 58-97.

FRIMM GYÓGYINTÉZET

gyengetehetségű és ideg-
beteg gyermekek részére.

Budapest, VIII., Jókai-u. 9. Telefon: József 96-03.

Igazgató főorvos: D. G. HAJDU LILLY volt egyet. tanársegéd.

„IMMUNITAS“

Dr. KERTÉSZ TIVADAR és TÁRSAI

Készít mindennemű diagnosztikai segédanyagot: festékoldatokat, antigéneket, táptalajokat stb.

Budapest, IV., Párisi-u. 4. • Tefefon: József 104-22.

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művégtaggyártás és műszerjavítás.

Telefon József 19-24.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen

Veifa-Werke · Frankfurt a/M.

Polyphos · München

testvérházaink

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden gyártmányú röntgensövet, röntgenlemez stb. eredeti gyári áron azonnal szállít:

Telefon:

O D E L G A

Telefon:

68-16

Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

Budapest, VI., Andrássy-ut 28

Sürgőnyczim: **Medodelga** Budapest.

37-04

Lilienfeld- és Röntgen-berendezések,

Röntgen-lámpák, lemezek

stb. állandóan raktáron.

Ericsson magy. villamossági r.-t.

ezelőtt: **Deckert és Homolka**

Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Sulfotin

Kalium sulfogajacolicum syrup, békebeli minőségben
200 gr-os üvegekben.

Arsotonin **Domopon**

a monomethyldinatriumarse-
nat isotoniás oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jektiókhoz.

20 és 100 ampulás csomagolásban

Az összes opium alkaloidá-
kat tiszta állapotban tartal-
mazó készítmény.

Tablettákban, ampullákban
és üvegekben.

Novatropin

Strychnotonin Protal

Cadogel Domargin

Ventrobaryt Retrobaryt



„CHINOIN“

gyógyszer és vegyszeti termékek gyára r.-t.
(Dr. Kereszty és Dr. Wolf)

UJPEST