

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

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

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

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.

Kiadóhivatal

IX., Knežits-utca 15.

Előfizetési árak:

1919 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.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Báró Korányi Sándor: A gyógyszerhiány és a polypragmasia a spanyol betegség keze-
lésében. 49. lap.

Henszelman Aladár: Közlemény a császárfürdői rokkant-utókezelő gyógyintézetből.
Adatok a hysteria ismeretéhez. 50. lap.

Kiss József: Közlemény a budapesti egyetem II. belklinikájáról. (Igazgató; Jendrassik
Ernő dr.) Erőltetetten oldal nézéskor észlelhető félremutatás. 53. lap.

Lénárt Zoltán: Válasz Navratil Dezső dr. megjegyzéseire. 54. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Stransky: Der Deutschenhass. — Lapszemle. Bel-
orvostan. Klewitz: Pitvarlibégés eseteiben chinidinnel elért eredmények. — Rosenow
A pneumococcus-meningitis. — Sebész. H. Meyer: A szemhéj-plastica új módja. —
Gyermekorvostan. Stoeltzner: A varicella-esetek súlyosbodásáról. — Stoeltzner: A
mongolismus aetiologiája. — P. Gerstl: Gyógyult febris recurrens nyolcznapos csecse-
mőn. — Szemész. Heyn: A szemgödörnek ténaczeruzával sérülése. — Kisebb közlések
az orvgyakorlatra. F. Schanz: Iris-tuberculosis. — Blank: Feltekvéses fekélyek. —
Schaefer: scabies. — Lektisch: Modenol. — Wagner: Az ileus paralyticus kezelése
54—56. lap.

Magyar orvosi irodalom. 57. lap.

Vegyes hírek. 57. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyógyszerhiány és a polypragmasia a spanyol betegség kezelésében.

Irta: Báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.

Az országos közegészségügyi tanács járványbizottságának utolsó ülésén végighallgattuk, mi minden hiányzik szerencsétlen országunkban abból, a mire járványok esetében szükség volna. A hiányzó dolgok közé tartoznak a gyógyszerek. Alig van digalen, digipuratum, kámfor, coffein, aspirin, antipyrin, pyramidon, phenacetin és így tovább. A spanyoljárvány ismét útnak indult. E listával érdemes szembeállítani azt, a mit consiliarius praxisomban szerzett tapasztalataim szerint középsúlyos vagy súlyos spanyolbegnek adni szoktak. Nagyon gyakran láttam azt, hogy egy és ugyanazon beteg naponta kapott 2—3 digalen- vagy digipuratum-injectiót, ugyanannyi coffein- és kámfor-befecskendezést, a kámfort sokszor grammos dosisokban, ezenkívül itt-ott adrenalint, serumokat, éjjelre morphiumot és mindezekon kívül még anti-pyreticumokat. A gyógyszerek e mennyiségét megszorozva az esetek és a napok számával, a meddig azok adását folytatják, olyan óriási fogyasztást kell sejtenünk, hogy tekintettel a rendkívüli gyógyszerhiányra, fontos kötelességünk megfontolni azt, nem vonunk-e el életmentő gyógyszereket olyanoktól, a kiket meg lehetne menteni, olyanoknak adva azokat, a kiknek az felesleges. E megfontolást a *digitalis-praeparatumokon* kell kezdeni. Honnét származik alkalmazásuk lázas fertőző betegségekben, pneumoniákban és ezek után a spanyol influenza-ban?

Traube a digitalist mint lázellenes szert adta. Régen tudjuk, hogy tévedett, de a digitalis-divat megmaradt. Ezt később antiphlogistikus hatásával okolták meg. Ebben sem hisz ma már senki. A digitalis mégis megmaradt, mert a pneumoniás halálokok közt a szívhalált helyezték első sorba és digitalissal ezt akarták megelőzni. Az influenza terapiájában a digitalis ugyanezen jogcímen foglalta el helyét. E szokással szemben nem hallgathatók el a következők.

Az influenzás halált sokszor előzi meg a vérkeringésnek insufficientiája, azonban a *szívműködés* insufficientiája kivételes. A vérkeringés hanyatlásának rendes képe a következő. Mikor a baj kezd rosszra fordulni, a pulsus száma napról-napra nő és az egyúttal kisebbedik. A pulsus eme változását nem kíséri a vénák megtelődése és a Gärtner-féle tünet, a mely azon magasság megfigyelésével, a melybe a kezét a szív fölé kell emelni, hogy hátán a bőrálatti vénák

kiürüljenek, oly egyszerűen és oly élesen mutatja meg a szív szívtayúzó működésének hanyatlását. Passiv dilatatióra sem kerül a sor. A keringést elégtelenné nem a szív elégtelen működése, hanem a vasomotoros hűdés teszi, mint a classikus collapsusban, a melytől az influenzás vérkeringési zavart lassú fejlődésén, a hiányzó vagy nagyon mérsékelt hőésesen kívül az is megkülönbözteti, hogy gyógyszerekkel sokkal kevésbbé birunk vele.

A szívműködés eredménye azért oly kicsiny, mert a tárgult vérmederben meggyűlik a vér és belőle kevés folyik vissza a szív felé. Bármily erőteljessé is tennénk a szívműködést, az akkor sem továbbíthatna több vért, mint a mennyi belé folyik.

Az influenzát, mint más infectiót, fertőzőes myocarditis kísérheti. Egészen biztosan tudjuk azt, hogy a szív myocarditises működési zavarával szemben a digitalis hatástalan. A tavalyi influenzajárvány alatt minden orvos tapasztalhatta napról-napra azt, hogy a pulsus napról-napra észlelhető fokozatos, végzetes szaporodása változatlan maradt, akár adott digitalist, akár nem.

A digitalistól csak igazi szívinsufficienciában várhatunk sikert. Természetes, hogy adni kell, ha az influenzás betegnek vitium cordisa van, de ha nincs, nyugodtan bevárhatjuk, míg, a mi főleg nagy terjedelmű pneumoniás infiltrációk esetében néha-néha megesik, anyaki vénák kezdődő megtelődése és a Gärtner-tünet elárulja azt, hogy a szív kevesebb vért továbbít, mint a mennyi belé a vénák felől folyik, vagy folyini tudna. Hiszen az intravenás injectióval pillanatok alatt érünk el teljes digitalis-hatást és ha a szükségét bevárjuk, sok digitalist takaríthatunk meg a nélkül, hogy a beteg valamit vesztené.

Ha pedig valaki ezek ellenére sem merne a prophylaxis digitalis-adás szokásával szakítani, akkor emlékezzék arra, milyen kitűnő digitalis-hatást érünk el szívbjajokban *digitalis-levéllel, infusummal, vagy maceratummal*. A prophylaxis digitalis-adás idejében nincs ok a sietségre és bátran félreteheti annak híve a digalent, a digipuratumot és más injectiókra alkalmas praeparatumokat azon betegek számára, a kiknek talán attól függ az életük, vajjon kaphatók-e ezek a gyógyszerek, vagy nem.

Az influenzás meghalásnak a keringési insufficientia csak egyik folyamata, bár a legszembetűnőbb. Fontossága a többi functio kialvásánál a gyakorlat szempontjából nagyobb, befolyásolhatósága révén. Lényege a vasomotoros hűdés, mint a klasszikus collapsusban. Gyógyszerei érszerek: *strychnin, coffein, kámfor* és *adrenalin*. Ezeket is fölöslegesen adjuk

előre. Hiszen a hatásuk csak rövid ideig tart. Hogy akkor hasznanak, a mikor szükségesegek, a szükség idején kell adni őket; az eredmény szempontjából mit sem ér, ha kapott belőlük a beteg a szükség bekövetkezése előtt is. Közülük a mai szükség idejében a strychnint többször lehetne és kellene adni, mint a hogy az nálunk szokás. Hatásmódja nagyon közel áll a coffeinéhez és vele sok coffeint lehet kímélni. A kámforra igazán akkor van szükség, mikor a szív megállásához közel jutunk. Ezt több jel árulja el, a melyeket talán nem mindig részesítenek kellő figyelemben: a megrövidült systole, amelyet az első hangra feltűnő gyorsan következő második jellemez, az első csúcshang gyengülése, máskor koppanóvá válása, az ingarythmus, az embryocardia és sokszor a második aortahang gyengülése. A kámfor az elhaló szívet éleszti. Értékét ez adja meg. Mig a szív nincs ebben az állapotban, érhatása a coffeinétől és a strychninétől alig különbözik másban, mint kisebb tartósságában. A kámfort mint mikrobaellenes gyógyszert is adták. Ez a gondolat vezetett arra, hogy belőle tavaly adtak, és én is adtam naponta egy grammot, sőt ennél sokkal többet is. De a ki elfogulatlanul nézte e therapia eredményét, az nem tagadhatja, hogy az nem győzhetett meg senkit értéke felől. A kámfor egyszerű vasomotoros és szívélesztő szer maradt. Amit nem értünk el 0-20 g.-os dosisokkal, azt nem érjük el grammosokkal sem.

Nehéz összetett kézzel nézni olyan betegség lefolyását, mint a spanyol influenza. De a polypragmasia, amelynek alapja nincs, nem érdemli meg a therapia nevet és nagy hibává válik akkor, mikor más, azokra igazán reá szoruló betegektől vonja el a gyógyszereket.

A spanyolbetegséggel szemben általában gyakorolt kritika nem egészen helytálló. A járvány óriási kiterjedésű. Hozzá tartoznak azon esetek ezrei, amelyekben a beteg magát csak náthásnak hiszi és hőmérséke alig emelkedik 37° fölé. Ha ezeket számolni tudnánk, kitűnnék, hogy a súlyos esetek száma aránylag kicsiny. Abszolút nagygyá a járvány elterjedése teszi. A súlyos esetek abszolút száma kétségtelenül kisebb maradna, mint amekkora, ha a betegek a betegség legelején ágyban maradnának, bármily kevésbé érzik is magukat rosszul. Ha pedig a baj súlyos alakban kezdődik, vagy azzá válik, mint oly sokszor egy-két napos javulás után, akkor mai tudásunk szerint bárhogyan is halmozzuk a gyógyszereket, nem érünk el többet, mintha egyszerűen mérsékelt antipyresis alkalmazása mellett bevárjuk az indiciót az erélyesebb cselekvésre, amelynek aránylag még leg-hathatósabb eszközei az erekre ható szerek, és mikor *igazi* szívinufficienciával van dolgunk, az injectiókban adható digitális-praeperatumok.

Közlemény a császárfürdői rokkant-utókezelő gyógyintézetből.

Adatok a hysteria ismeretéhez.

Írta: *Henszelman Aladár* dr., egyetemi tanársegéd, a fenti intézet igazgató-főorvosa.

A hysteria kaleidoskopjába egy-egy bepillantást mindenki nyerhetett a háborúban, a ki foglalkozott hysteriás katonákkal. És kinek nem volt alkalma erre! Mi is azt hittük nem egyszer, hogy már többet látunk, mint azelőtt, mert kezdtünk sokat látni. Máskor azonban, a mikor felelnünk kellett volna, csak a kérdések ismétléséig jutottunk el. Nem csodálható tehát, hogy a midőn már mindenki betegségnek tekintette a hysteriát (és ki meri nem annak venni?), újból felvetettük a régi kérdést, vajjon csakugyan betegséggel van-e dolgunk. Előbb felépítjük egy egészszé a legheterogenebb tüneteket, majd a tettenért szimulálások súlya alatt kártyavár módjára omlik össze minden eddigi meggyőződés. És a mikor a leghangosabban hirdettük azoknak, a kik látni akartak, hogy a hysteria dispositio, heredodegeneráltság, beszűkült öntudat, psychés defectus stb., magunkba szállva, kételyeink támadtak. Hiszen éreztük, hogy mindaz, a mitől a hysteriásunk meg akart menekedni, a midőn lekötötte a karját, hogy megduzzassza azt, vagy a gépbe fogatta a kezét, hogy elnyomorítsa magát, esetleg nekünk is tudna hasonlót parancsolni.

Talán mindnyájan tudnánk magunkból hysteriás characteret bontani, ha elég érdekes vagy érdemes volna ez a megnyilatkoztatás. Talán nem is a character, tehát a dispositio a fontos, hanem a külső körülmények súlya, a melyet suggerálásnak is szokás nevezni.

A legnagyobb kétely idején jelent meg *Jendrassik* újabb összefoglaló dolgozata, a mely felölel, egyszerűsít és megmagyaráz mindent. Ha az ő álláspontjára helyezkedünk, nem kell eltérnünk a természettudományos alaptól. Megőrizzük bennünket attól, hogy dedukáljunk és bölcsekedők legyünk.



1. ábra.

Gyógyult strangulációs oedemás kézen lefűzéssel mesterségesen újabb, kisebbfokú vizenyő teremtve. (Jobbkéz.)



2. ábra.

A bal lábszáron lefűzéssel készített művi vizenyő.

E dolgozat célja két olyan tünetcsoportot egymással szembeállítani, a melyeket a háború folyamán körülbelül egyforma számmal láttunk, olykor mindkettőt ugyanazon betegen. Az egyik kétségtelenül akaratlagos, művi, a másik minden valószínűség szerint nem csinált. Hogy miképpen értékeljük és hogyan illesszük be őket a hysteria ismeretébe, szeretném, ha ez mindenki előtt magától értetődővé válnék.

Az egyik a hysteriás oedema. Ismertünk eddig egy minden aetiologiát nélkülöző, úgynevezett traumás oedemát, vagy traumás időszűk és lábhati oedemát, a melyet *Secretan* 1901-ben, majd *Immelmann* és *Reiske* 1904-ben és *Köhler* 1906-ban írt le. Nem akarok haszontalan ismétlésekbe bocsátkozni és összefoglaló áttekintést adni ezen, csak tünet-

tanilag ismert kórképről. A név körülbelül eleget mond. *Baer* már 1904-ben jelzi, hogy egyik betege mesterségesen a végtag lefűzésével és savbefecskendéssel csinálta az oedemáját. Azóta sok olyan közlemény jelent meg, a melyben a szerzők a traumás kemény oedema néhány leleplezett esetét írták le. Leleplezés alatt a strangulálásban való tettenérés értendő. Magam 1917-ben jeleztem, hogy minden ilyen oedema művi eredetű. Mindkettőtől függetlenül *Babinski* a *Semaine Médicale*-ben 1907-ben megemlékezik a hysteriásokon ritkán észlelhető lefűzésekről és oedemákról; *Charcot* is leír ilyen oedemákat. *Schulhof Vilmos*-nak „A mesterségesen felidézett idült traumás végtagvizenyőről” (*B. O. U.*, 1918, 11) szóló dolgozata sok igen értékes megfigyelést tartalmaz; a leleplezések módja itt van először tárgyalva. Egyúttal igen kitűnő összefoglalása mindannak, a mit addig a traumás oedemáról tudtunk.



3. ábra.

A beteg által okozott művi vizenyő a jobb kézen, a kéztőn látható lefűzési barázdával. A bal alkaron mi próbáltunk vizenyőt kelteni; „első ülés.”



4. ábra.

Hysteriás kéztartás baloldalt.

Az irodalmi adatokból nyilvánvaló tehát, hogy eddig kétféle ilyen oedemára gondoltak. Hysteriás oedemáról beszéltünk, ha a manifest hysteria valamelyik tünetét, esetleg egynéhányát mutató betegen valamely végtag, rendszeren a kéz- vagy a lábát oedemáját észlelték a nélkül, hogy az oedemának a tárgyi okát megtalálták volna. Traumás oedema elnevezést használtunk ott, a hol csak az oedema volt meg, illetőleg, a mint számos megfigyelésünkéből később mindinkább nyilvánvaló lett, mindama vizenyő-esetekben, a hol a hysteria tüneteit nem méltányolták eléggé, vagy nem vették észre. Ha kutattunk, mindig találtunk hysteriát; sokszor a hysteria volt a legfeltűnőbb a kórképben. Vagyis a traumás oedemát mindinkább mint hysteriás tünetet kezdtük értékelni. A sorozatos leleplezés azután végképp meggyőzött bennünket, hogy itt csak egyféle betegségről van szó.

Most, hogy több száz esetre tekinthetünk vissza, összefoglalva a látottakat, a melyek mindegyikét lefotografáltuk és túlnyomó részét a suggeráló eljárások valamelyikével, többek

között a másodperc-villamozással, egy másik részét a tettenéréses leleplezéssel, esetleg megdorgálással, olykor fülbesúgott megdorgálással meggyógyítottuk, meggyőződésünké vált, hogy a traumás és a hysteriás oedema azonos. Igen kifejezett hysteria-esetek szövődtek vizenyővel, és voltak vizenyők, a hol keresve, mindig találtunk manifest hysteriás tünetet. Viszont nem volt egyetlen olyan vizenyő-esetünk, a hol a strangulatiót mint kórokozót közvetlenül vagy közvetve (gipsz-



5. ábra.

A radialis és a medianus egyidejű ingerlésével keltett kéztartás.



6. ábra.

Hysteriás kéztartás.

kötés után hirtelen gyógyulás stb.) ne mutattuk volna ki. Egyetlen egy eset sem hagyott fenn kétséget aziránt, hogy szándékosan, a betegnek saját magán ejtett sérüléséről van szó.

A legmeggyőzőbb érv ezen oedemák művi keletkezésére vonatkozólag az a kísérletünk, a melylyel a betegnek a másik, egészséges végtagját hasonló magasságban drainsővel vagy pólyával és elég erőteljesen egyszer, esetleg többször, egyenként $\frac{1}{2}$ —1 óra hosszat lekötvé, teljesen hasonló vizenyőt sikerült okoznunk. A kórokozó ezzel tehát ad oculos demonstrálható. (Érdekes, hogy az ilyen egyszer már leapadt végtag a kísérlet alkalmával könnyebben válik ismét oedemássá, mint az egészséges.) A beteg előtt a manipulatiót azzal magyarázom, hogy vele a másik végtagjába kergetem át a vizenyőt, a hol azonban csak addig marad meg, a míg a leszorítás tart, mert ime, a kötelék megoldása után a vizenyő igen hamar eltűnik. Therapeutice a suggerálásnak meg is lett az eredménye, mert a beteg aranyhidnak fogadván el,

megszégyenítés nélkül visszavonul; az oedema másnapra eltűnik a nélkül, hogy a beteg látszólag lelepleződött volna. Megtörtént azonban több ízben, hogy dacára a strangulálás félbehagyásának, az oedema nem múlt el teljesen, vagy vizenyő nélkül bár, a végtag továbbra is duzzadt, nagyobb terjedelmű maradt, megvastagodott, kemény tapintatú kültakaróval. Ezt a residualis vizenyőt mindig csak az igen régóta gyakorolt lefűzési, tehát a nagyon időszült vizenyő-esetekben tapasztaltuk. A valószínű okait *Schulhof* fejtegeti fentemlített dolgozatában.



7. ábra.

A medianus kéztői izgalmi pontjának ingerlési képe. Gyengébb áramot használva, a contractiók még nem eléggé kiadósak.



8. ábra.

Hahn „zergefejej” alakú keze géperővel okozva.

A véletlenül múlt az első esetek leleplezése. Itt újból utalnom kell *Schulhof* tapasztalataira. A magam tapasztalásaiból csak annyit, hogy az első, nekünk roppantul imponáló „traumás oedema” lefotografálása alkalmával, a midőn a beteg oedemás karja a fotografáló gép keresőjén élesre lett beállítva, egyszerre csak feltűnt a szép árnyékoltan kirajzolódó lefűzési barázda, a mit a körülöttem állók köldökzsinórlefűzésnek voltak hajlandók minősíteni. A fenhargon is kifejezett gyanunknak *Schulhof* egy éjjeli razzia útján adott bőven tárgyi bizonyítékokat. Százzámra voltak három év alatt hasonló eseteink. Az ország és a külföld orvosi figyelmét is felhívták a közölt esetek.

A végtag vizenyője rendszerint igen kifejezett, tapintásra sokszor kemény, a bőr halvány, néha azonban kékes. A szőrzet kopott, vagy hiányos. A körmök repedezettek, rajtuk és a körömágy-szélen hyperkeratosis. Proximálisan a végtagon mindig megtalálható a többé-kevésbé kifejezett lefűzési barázda egészben körkörös, vagy csak a feszítői oldalon láthatólag. A barázda bőre igen halvány, néha véraláfutásos, livid, a szőrzete rendszerint kihullott. Olykor, ha igen vékony zsinog okozta a barázdat, ez egy alig észrevehetően keskeny, fehér sáv. (Mindezt már 1917-ben jeleztem.)

Para- vagy monoplegia spastica, hemiplegia, astasia-abasia, tremorok, ízületi contracturák, pes valgus stb., a melyek mind functionalisnak bizonyultak és igen csekély kivétellel a szokásos suggeráló eljárásra, például az elektropsichés kezelésre gyógyultak, voltak szövődve kéz-, lábhati, esetleg al-

szári, ritkábban alkari vizenyővel. Sokszor bizony a vizenyő volt a legkimagaslóbb tünet, de e mellett valamely más functionalis componens hysteriára, háborús neurosisra hívta fel a figyelmet. Például állandóan keresztbefektetett alsó végtagok, járási zavar, pes valgus spasmussal, scoliosis, torticollis, tremor stb.

Tapasztalásaink eredményét három pontba foglalhatjuk:

1. *Secretan traumás és Babinski hysteriás oedemája egy és ugyanaz.* 2. *Mindig mesterséges manipulatio, zsineggel, ruhadarabokkal való végtaglekötés eredménye.* 3. *Mindig manifest hysteria eseteiben észleljük; tehát a traumás oedema hysteriás tünetnek bizonyult.*

Az utolsó pontba foglalt tapasztalás bátorít fel bennünket arra, hogy a betegben ne lássunk egyszerűen szimulánst. Mihelyt a hysteria nyilvánvaló lett, megváltozott tekintendő a character, a melyet *Jendrassik* szerint „a különböző reactiókuszó és a különböző reactionmód ad meg, a mely egyéni és állandó”. Ezt a characteret rontotta meg a hysteria. „A természettudományos gondolkodásban csak ez az egyedül helyes felfogás, de ez ellenkezik a jogi felfogással, a mely a szabad akarat létezését feltételezi.” Más szóval, a hysteriás idegrendszer bizonyos, pld. háborús, tehát szokatlan, erős ingerekkel szemben fokozottan és különlegesen reactióképes; bizonyos psychés ellenállások (*Jendrassik* szerint associatiók) elpusztultak, a melyek, míg megvoltak, a szuggerálások és ellenszuggerálások ingerhatását a társadalmi élet jogszokásai szerint szabályozták. Mint minden hysteriás tünetnek, az oedemának a pathogenesisét is megmagyarázza e hypothesis.

* * *

Szintén százakra menő megfigyelés vétette észre velünk azt, hogy a hysteriás ízületi contracturák, amelyeknek leggyakoribbja a kézre és a kéz kis ízületeire vonatkozik, alakjukat és keletkezésüket tekintve, két csoportba oszthatók. (A hysteriás contracturától megkülönböztetendő a hysteriás állástartás, ahol ízületi merevség nem található, tehát a korrigálásához nem kell különösebb erőt kifejtenünk). Vagy olyan a contractura, hogy physiologiás alakot utánoz, mert egy periferiás ideg-izomterület teljes vagy részleges izgalmi képének felel meg, amikor is szigorú anatómiai pontossággal lokalizódik e területekre, vagy annyira nem physiologiás a megjelenése, hogy művi eredetre, géperővel szándékosan okozott deformáltságra kell gondolnunk. Itt szintén a leleplezés igazolta az utóbbit. Az előbbi feltevésnek a meggyőző kísérleti bizonyítása abban állott, hogy az egyes ideg-izomterületek villamos izgalmi képét (az idegtörzsek egyes ágainak a területeire is kiterjedőleg) pillanatfotografiák sorozatával rögzítettük. A typusos ideg- és izomizgalmi pontokon gyakorolva az izgatást, galvános árammal clonicus, fáradsóssal tetaniás izgalmi képeket nyertünk és ezeket a hysteriás contracturák képeivel összehasonlítólólag párhuzamosan analizáltuk. A két képsorozat az izgalom terjedelmét, elhatároltságát s az általa okozott contractura alakú és nagysági viszonyait illetőleg teljes anatómiai részletességgel vág egybe s nem láttunk soha olyan hysteriás contracturát, amelynek megfelelő izgalmi képet ne sikerült volna kihozni az ideg-izomból a szakító gomelektrod segítségével, csak a megfelelő izgalmi pontokat, vagyis az ingerlendő idegágot és a kívánt izompamatot kellett eltalálnunk. Egyedül a kézen volt meg a medianus és ulnaris együttes izgalmi képe (a kéz marokra szorítása), minden más területen csupán egy ideg izgalmanak megfelelő izomtetanus-képet találtam.

A hysteriás contracturák ezen alakjának valamennyiét szintén a szokásos elektropsichés eljárással gyógyítottuk meg, feltéve, hogy másodlagos izom-in vagy tokszalag rövidülések még nem támadtak. Az azonos gyógyulás is bizonyítja az alapbántalmat. Már az az egyszerű tény, hogy az antagonisták erőyes farados izgalmával egy pillanat alatt és egyelőre rendszerint csak pillanatnyira legyőzhetjük a contracturát, mutatja, hogy ezen egyszerű eljárás a legrövidebb idő alatt, minden egyéb mesterkedésnél hamarabb meghozza a diagnosist és sokszor a gyógyulást is.

A contracturák említett második csoportját már nem szükséges nagy alaposággal megfigyelnünk. Hiszen ezek anatómiailag lehetetlen kézalakulások ijjesztő képei, amelyek nagy része, *Hahn* tanulmányai szerint, géperő productuma. A középkori inquisitíós csavaró-nyújtó szerszámra emlékeztető gépbe fogatják a kezüket, ujjukat e szerencsétlenek, hogy elnyomorítsák azt, természetesen lassan, fokozatosan csinálva a deformálást, hogy türehető legyen a fájdalom. Lehetetlen túlhajlítások és nyújtások, passiv is legyőzhetetlen ujjkresztződéses támadnak ilyen módon. Ezeknek legtypusosabb alakja az ugynevezett zergefej alakú kéz (*Hahn*) E betegek éppen annyira nem szimulánsok, mint a traumás oedemát okozók. Nemcsak psychés, hanem somaticus hysteriás tüneteket is mutatnak. Az előbbieket a kritikátlanság, a büntetés-től, még inkább a hivatás-, keresetképtelenségtől való félelemhiány, az utóbbiakat, szintén mint kísérő jelenség, a tremor, a hypo- és anaesthesia, a beszédzavar stb. jellemzi.

Egyszóval, a szimulálás kényelmes álláspontja itt sem magyarázna semmit. Igaz ugyan, hogy nem lehetetlen, de mindenesetre igen nagy szorgalmat és megfigyelőképességet igényelne a képeken látható bonyolult kézcontracturák hű utánczása. A fentiekből azonban tudjuk, hogy a hysteriásnak a szimulálása is a megváltozott reakcióképesség effectusa. A lényegét megint csak *Jendrassik*-nak a hypothesis világítja meg. Az örökléses módon megváltozott asszociálóképesség, a mely szerinte a hysteria alapja, az említett erős, esetleg csak relative, a hysteriás ingerlékenységének a küszöbértékét meghaladóan erős inger (háború) hatására, a mely normális egyénben esetleg még rendesnek is számíthat, megszűnik működni vagy hamisan működik. (Véleményem szerint nem lehetetlen, hogy az inger a megzavart áttétel folytán subcorticalis pályákra veszi az útját, a radius, medianus stb. pyramis-sejtjeibe és ezen idegterületek típusos izgalmat okozza.)

Irodalom. *Jendrassik E.*: A háborús neurosis tanához. A hysteria és neurasthenia terapiája. O. H., 1918, 30. sz., 399., 400. és 401. old. — *Schulhof*: I. a szövegben és Ueber artefiziell erzeugte Fälle von chronischem, „traumatischem Oedem.“ W. kl. W., 1917, 12. — *Henszelman*: A háborús neurosis elektropsychés kezeléséről (másodperc-villamosítás). O. H., 1917. U. a.: Újabb adatok a háborús neurosis kezeléséhez. O. H., 1918. U. a.: Einige Daten über die elektropsychische Behandlung der Kregsneurosen. Neurolog. Zentralblatt, 1919.

Közlemény a budapesti egyetem II. belklinikájáról. (Igazgató: *Jendrassik Ernő dr.*)

Erőltetetten oldalt nézéskor észlelhető félremutatás.

Irta: *Kiss József dr.*, klinikai gyakornok.

Kiindulva amaz elég gyakran észlelhető tényből, hogy az extrem convergentiára beállított szemü ember szédülést érez, vizsgálni kezdem az egyensúlyérzés ama zavarait, melyek az extrem szemállásokkal látszanak összefüggni. Indicatorul a *Bárány* leírta félremutatást vettem és itt egyelőre azon eredményekről óhajtok beszámolni, melyeket a vízszintes síkban végzett extrem szemmozgások megfigyelése ad.

A vizsgálat menete nagyjában a *Bárány*-féle félremutatásvizsgálathoz hasonlóan indul. A vizsgálandó egyén leül a vizsgálóval szemben, fejét pontosan a középvonalban tartja, sem hátra, sem előre, sem oldalt nem döntve; karjait és mutató ujjait teljesen kinyújtja, többi ujját behajlítva, tenyereit pronálja és így a térdére helyezi. A vizsgáló ekkor két mutatóujját hasonlóan kinyújtva a vizsgált egyén mutatóujjainak megfelelő függőleges síkokban helyezi el azokat, körülbelül 40—50 cm.-rel magasabban, és felszólítja a kísérleti egyént, hogy mutató ujjait kinyújtott karral addig emelje fel, míg azoknak dorsalis felszínre saját ujjainak volaris felszínéhez teljesen hozzáfekszik. Ha ez megtörtént, a vizsgált egyén ujjait ugyanazon állásban hagyva, kezét ismét visszasülyeszti a térdére.

Néhányszor ismételve e kísérletet nyitott, pontosan előre tekintő bulbusokkal, rátérünk az esetleges spontan félremutatás vizsgálatára. A kísérleti egyén behunyja a szemét

s miközben vigyázok arra, hogy sem az ő, sem az én kezeim eredeti álláspontjukból ne mozduljanak ki, behunytt szemmel végzem el néhányszor ismét az előbbi kísérletet.

Nem tartozik ide, hogy mely okokból lehet ilyenkor spontan félremutatás. Az oly eseteket azonban, amelyekben már ilyenkor, azaz becsukott szemmel előre, illetőleg a bulbus felfelé rotálódása folytán kissé felfelé nézve, esetleg félremutatást kapnánk, a további vizsgálatokból egyelőre kizárjuk. Ez eljárásunk okára később még visszatérek.

Vizsgálataim tulajdonképpen lényege a kísérlet következő, azaz harmadik és negyedik szakában található.

A harmadik szak abban áll, hogy a vizsgált egyént erősen balra nézetjük, szigorúan vigyázva azonban, hogy csak szemgolyói térjenek el a szükséges irányban, feje azonban az eredeti normás állásban maradjon. E vizsgálattal 100 eset közül 95-ben azt találtam, hogy a kísérleti egyén bal kezével balra határozottan félremutat, míg jobb keze pontosan megmarad az eredeti irányban.

A negyedik szak az ugyane kautelák mellett erősen jobbra néző egyén vizsgálata. Megjegyzendő azonban, hogy ellenőrzésképpen ajánlatos a harmadik és negyedik szak közt az elsőt egyszer újból megismételni.

A negyedik szak eredményeképpen azt állapíthatam meg, hogy 100 eset közül 83-ban erőltetetten jobbra nézéskor a jobb kéz jobbra határozottan félremutat, míg a bal kéz iránya teljesen változatlan marad. Jobbra nézés után 5 esetben ezen typutól elütő, rendszertelen félremutatást kaptam és így épnek látszó emberen, azaz physiologiás viszonyok közt, balra nézés után csak 5%-ban, jobbra nézés után 12%-ban nem kaptam semmiféle félremutatást.

Míg a vestibularis apparatus felől kiinduló ingerületnek asszociált szemmozgást és félremutatást kiváltó hatása már régebben ismert. az asszociált szemmozgásoknak és félremutatásnak általam észlelt összefüggéséről nem találtam említést az irodalomban.

Az eredeti *Bárány*-kísérlet abban áll, hogy ha a fejet a függőleges tengely körül oldalt fordítjuk, a szemgolyók az ellenkező irány felé fordulnak. A fejmozgás ugyanis az ivjáratrendszerben közvetlen izgalmat okoz, a mely aztán áttevődik az asszociált szemmozgások pályájára és a megfelelő szemizmokban összehúzódást vált ki.

Kísérleteim az eredeti, *Bárány* leírta megfigyelést kiegészítve azonban azt látszanak valószínűvé tenni, hogy az ingerület nemcsak a vestibularisból indulhat ki és haladhat az asszociált szemmozgások centruma felé, hanem kiindulhat magukból az asszociált működő szemizmokból is és csak másodlagosan jön ingerületbe a vestibularis idegrendszer, majd jelentkezik ennek további következményeképpen vég-eredményben a félremutatás.

A harmadik és negyedik szakot tudniillik úgy foghatjuk fel, hogy az oldalt nézéskor beállott tonusváltozás az összehúzódó szemizmokban ingerli amaz idegvégkészülékeket, melyek az izomrostok közé beágyazva az izomérzés ingerületét felvenni hivatottak. E végkészülékekből jut el azután az ingerület a leírt jelenség anatómiai berendezésének ama pontjára, amelynek izgalma végeredményben a félremutatásban nyilvánul meg.

Fontos lenne ama kérdés eldöntése, vajjon külön a működő musculus rectus lateralis, vagy külön a működő rectus medialis feszülése, vagy a kettő összeműködése, vagy az antagonisták elernyedése hozza-e létre az izomérzésben azt a döntő változást, mely a vestibularis felé tovavezetődik. E kérdést azonban ép emberek vizsgálatával eldönteni nem tudjuk.

Néhány szemizombénulás vizsgálata azt látszik bizonyítani, hogy a félremutatás inkább a rectus lateralis összehúzódott voltától függ, mint a rectus medialis állapotától. Erre utal több észlelet. Egy alkalommal például a betegnek baloldali nervus abducens-paresise volt és balra nézéskor, amikor a jobb rectus medialis éppen úgy dolgozott, mint rendesen, csak a bal rectus lateralis volt gyengén összehúzódva, semmiféle félremutatás sem következett be.

E beteg, ha nem lett volna szemizomgyengesége, valószínűleg mindkét irányban tipusos reakciót adott volna. Jobbra nézéskor is megkaptuk ugyanis a tipusos reakciót, a mi pedig 100 eset közül alig kétfőben fordult elő külön, baloldali félremutatás nélkül, szemben ama kilencz esettel, amelyben viszont egyedül csak a baloldalra való félremutatás volt kiváltható, jobbra ellenben ez nem sikerült. Egy másik eset, melyben kétoldali abducens-paresis dacára tipusos tünetmenyt kaptunk, látszólag a rectus lateralisok összehúzódságának fontossága ellen szól; mellette szól azonban például a következő észlelet:

XXV. 992. jegyzőkönyvi szám. *Diagnosis: strabismus divergens oculi sinistri.* Balra nézéskor tipusos tünetmeny, sőt a túlerőben levő bal musculus rectus lateralis hatása oly erősen nyilvánul meg, hogy jobbra nézéskor a jobb kéz jobbra helyett szintén balra mutat félre, nemcsak spontan félremutatás van balra. Ez utóbbi eset kapcsán azonban vissza kell itt emlékeznünk a spontan félremutatás okainak rendkívül változatos voltára, melyet már a bevezetésben is említettünk. Tudjuk már régebben, hogy fülbajok, kisagyvelő-gócok stb. szintén okozhatnak spontan félremutatást. Valahányszor tehát a spontan félremutatást más okkal is magyarázhatjuk, mint a musculus rectus lateralis gyengeségével, a kísérletek értelmezésekor természetesen ezt a bizonyos más okot vesszük fel s a szemizmokból való kiindulást csak akkor, ha más okot nem találunk és állandó strabismus divergens van.

Végül még néhány gyakorlati megjegyzés. Feltűnő tapasztalat, hogy míg a bal kézen 95%-ban van meg a tünetmeny, a jobbon az 5 atypusos esettel együtt csak 88%-ban van félremutatás. Ennek oka valószínűleg abban keresendő, hogy az emberek legtöbbször a jobb keze ügyesebb a balnál s jobban tud a munkája elé kerülő bizonyos nehézségeket kompenzálni.

Ez az ügyesség néha vizsgálat közben is kifejlődik az egyik vagy mindkét kézen. Ha sokszor megismételjük, de csak ugyanazon turnusban, azaz a kísérlet első szakától meg nem szakítva, az ujjak emelését és sülyesztését ugyanazon extrem szemállásnál, a vizsgáló és vizsgált egyén ujjai által alkotott szög elég gyakran csökken.

Összefoglalva az eredményeket, következőket mondhatjuk:

1. Erőltetett oldaltnézéskor physiologiás viszonyok közt csaknem minden esetben félremutatás állapítható meg. A félremutatás iránya legtöbbször megegyezik a nézés irányával és csak a nézés irányának megfelelő kézzel történik.

2. A tünetmenyt kiváltó ingerület valószínűleg az összehúzódtott musculus rectus lateralisban levő izomérzést felvevő végkészülékekből indul ki.

3. A bal kézzel többször találunk félremutatást, mint a jobbal.

4. Gyakorlás után, a nézés irányát meg nem változtatva, ugyanazon kísérleti sorozatban a félremutatás amplitúdója néha csökken.

Válasz Navratil Dezső dr. „Megjegyzéseire“.

Irta: Lénárt Zoltán dr., egyetemi magántanár.

Navratil Dezső dr. az Orvosi Hetilap f. é. 3. számában megjelent dolgozatához ugyanezen lap 4. számában megjegyzéseket fűz.

A ki Navratil dr.-nak a Budapesti Orvosi Ujság 1911. évi 47. számában írt cikkét és erre írt bírálatomat olvasta, bizonyára felmentene az alól, hogy legújabb megjegyzéseire reflektáljak. Nem hagyhatom ezeket mégsem egészen szó nélkül, még pedig ugyanazon ok alapján, a mely már 1911-ben arra indított, hogy dolgozatát megbíráljam. Nem tartom ugyanis megengedhetőnek, hogy kritika nélkül maradjon az olyan fellépés, a mely tudományos érvek nélkül szeretné a nyilvánosság előtt az auctoritás szerepét játszani.

Navratil dr. optimizmussal illeti meg a kérdést, a midőn azt írja, hogy 1911-ben „hosszabb vita (?) indult meg“ közöttünk a mandulák sebészetéről.

A valóság az, hogy a bírálat volt hosszú, a melyben kimutattam, hogy előadott műtéti eljárásai érthetetlenek és valószínűtlenek, és felszólítottam azoknak a demonstrálására. Erre a kritikára Navratil dr. egészen rövid válasza csak abból állott, hogy állításait tudományos ülésen is kész bármikor bizonyítani.

Azóta kilencz év telt el, de a bizonyítás még mindig nem történt meg.

Szinte csodálatos ezek után, hogy Navratil dr. ezzel a dolgozatával mégis előáll, sőt azt imputálja, hogy cikkének „érvei“ bírtak arra, hogy a tonsillák teljes kiirtásával foglalkozzam. Nem lenne nehéz feladat, néhány soros „megjegyzéseinek“ téves állításait megczáfolni, de nem teszem.

Csak arra hívom fel a figyelmet, hogy Navratil dr. megint bejelenti, hogy „legközelebb egy közlemény keretén belül ismertetni fogja“ eljárását, „a melyet már 1911-ben ismertett“ (nota bene: erről a dolgozatról írtam a kritikát) és „a melyet azóta teljes tökélyre emelt“.

Nos, érdeklődéssel várjuk a közleményt, a mely meg fogja mutatni, hogy mennyiben van tudományos alapja Navratil dr. azon fellépésének, a melylyel legfőbb szakértőként kíván szerepelni olyan kérdésben, a melyben való tájékozottságát eddigi dolgozataival még nem bizonyította be.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Stransky: Der Deutschenhass. Eine Studie. Deuticke kiadása, Bécs—Lipcse, 1919. 159 lap 8°. Ára 6:30 márka.

Köztudomású, hogy depressióból önvád szokott fakadni. Stransky a német nemzeti katasztrófa deprimáltja és talán ebből a lelkiállapotból áll elő magavádoló hajlandósága, a melylyel a német faj hibáit keresi azzal a gondolattal, hogy ezek hozták meg a német nép gyűlöletes voltát és vele együtt a mai katasztrófát. Általában mindig örülni kell annak, ha orvos a maga psychiatriai szaktudásával a politikai psychologia sötétjébe bevilágítani igyekszik és majdnem fölösleges megemlíteni, hogy Stransky ebből a nézőpontból mennyi megszívelni valót mond. Önvádaskodásait nem ritkán túlzotaknak találom. Egy és más, a mi könyvében fajlagos rossz német tulajdonságnak van beállítva, sok más nemzetben is megvan. Vajjon nem illik-e megcsonkított hazánkra ez a mondat: Volksvertreter, Politiker, und andere führende Männer... fühlen sich verpflichtet, einander ganze Kübelladungen voll „Trotteltum“ und „Verbrechergesinnung“ entgegenzuschleudern? A szerző tárgyalása sokoldalú; sorba veszi a németgyűlölet földrajzi, nép- és embertani, történelmi, gazdasági és psychologiai okait. Megbeszéli a kellemetlen német modort, a miben figyelmébe ajánlanám azt a mozzanatot, hogy Németország hirtelen fellendülése meggazdagított olyan elemeket, a melyeknek a gyors átalakulásban nem volt idejük származásuk külső megjelenésén és modorán változtatni. Nem érték Stransky-val egyet, mikor a porosz mentalitást abból származtatja, hogy a nevelőrendszer az indulatéletet szántszándékkal elnyomja, mert a porosz olyan nevelő rendszert talált fel, a mi megfelel az ő mentalitásának, azaz a mentalitás az oka a rendszernek és nem a rendszer a mentalitásnak. Igen nagy vakság a szerzőtől a cseh nemzeti érzést példaképp állítani a német elé avval, hogy „lám a cseh mennyire vitte!“ Hiszen a túlzott porosz és túlzott cseh nemzeti érzés egy és ugyanaz és nem kell jósoló tehetség annak a kimondására, hogy ugyanarra a katasztrófára fog vinni. Mert cseh mentalitás kell ahhoz, hogy valaki az 50% belső ellenségtől feldúlt és összes szomszédjai gyűlöletével alátámasztott birodalomnak jövőt jósoljon. Érdekes a szerző stílusa. Annyi mindenféle tolakszik a tolla alá, hogy nem tudja megtalálni a módját a mondatba szedésnek. Mondatai sokszor 12-sorosak, de akad hely, a hol 47 soron át, azaz körülbelül 5 méter hosszúságban pont félbeszakító ereje nélkül folyik a szó, többszörös gondolatjeles közbevetésekkel,

a melyek még egyszer zárójeles, másodlagos közbevetésekkel annyira keresztül-kasul vannak szaggatva, hogy az összevaló részeket úgy kell összekeresni, mint a futurista képen az egyes ember összetartozó tagjait. A francia tanító az ilyen hibát már a középiskolában kiirtja a tanulókból. Ez a megrovás korántsem kicsinyesség, hanem beletartozik a szerző kérdésének a tárgyalásába. Ez a stilus ugyanis egyik oka annak, ha a német tudomány ellenszenves némely idegen fajnak és gátja a német tudomány elterjedésének.

Mindezek az ellenvetések nem vonnak le túlsokat *Stransky* fejtegetéseinek értékéből és különösen nagyra tartom a bátorságot, a mivel nemzete elé mer állani kellemetlen igazságok mondásával. Kívánatos volna, hogy akadna magyar kutató, a ki ugyanilyen őszinteséggel és bátorsággal keresné a mi pszichológiánk hibáit, még ha azok egy része ellenségeinkben a magunkéinál fokozott mértékben volnának is meg. Mi is bőven arattunk gyűlöletet közvetlen szomszédjaink körében és mint külföldre vetett magyar ember sokszor tapasztalhattam, hogy a nyugaton a háború előtt is kevés rokonindulatra találtunk. Végtelenül szomorú, hogy a magyar belső politika kicsinyes viszálykodása és faji gyűlölködése a szenvedő ország iránt ma már ébredező rokonszenvet elfojtja.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek.

F. Cathelin: Chirurgie urinaire de guerre. Paris, Baillière et fils. 15 fr. — *K. E. Ranke*: Richtlinien der Tuberkulosebekämpfung nach den Krieg. Würzburg, C. Kabitzsch 3.60 M. — *L. Heine*: Anleitung zur Augenuntersuchung bei Allgemeiner krankungen. 3. Auflage. Jena, G. Fischer. 5 M. — *A. Lipschütz*: Die Pubertätsdrüse und ihre Wirkungen. Bern, E. Bircher. 40 M. — *G. Guttmann*: Die Syphilis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Erscheinungen im Munde. Berlin, H. Meusser. 16 M. — *J. Wettler*: Handbuch der Röntgen- und Radiumtherapie, Band I. 3. Auflage. München, O. Nemnich. 42 M.

Lapszemle.

Belorvostan.

Pitvarlibegés eseteiben chinidinnel elért eredményekről számol be *Klewitz* a königsbergi belklinikáról. Ismeretes, hogy nemrégiben *Frey*, majd *Bergmann* chinidinnel nagyon kedvező tapasztalatokat tett a szóban levő bajban. A szerző tapasztalatai nem ilyen kedvezők; 15 eset közül csak egyben látott tartós eredményt: három napon át naponként négyszer adott 0.2 gramm chinidintre a pitvarlibegés megszűnt; némi javulás 4 esetben volt észlelhető. Két esetben a chinidin kedvezőtlen befolyást gyakorolt a vérkeringésre; a szívgyengeségnek már előbb megvolt jelenségei fokozódtak, a szernek elhagyása után pedig javult a szív állapota. Néhány esetben, melyben a chinidin használata eredménytelen volt, a kombinált chinin-digitalis-kezelés, melyet *Wenckebach* is ajánl, jó hatásúnak bizonyult; digitalis-szal egymagában nem volt ily jó eredmény elérhető. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 1. sz.)

A pneumococcus-meningitis prognosisa, a mint ismeretes, csak újabban kezd némileg javulni, a mióta ugyanis optochin intralumbalis befecskendezésével néhány esetben kedvező eredményt tudtak elérni. Idetartozó esetet ismertet legújabbán *Rosenow* a königsbergi egyetem belklinikájáról. 6 napos időközben 0.03—0.03 gramm optochinum hydrochloricum intraspinalis befecskendezése után gyógyulás következett be. A mi az eljárás végzését illeti: lumbalis punctióval 25—30 cm³ liquort bocsátunk ki s azután fecskendezzük be lassan a testhőmérsékre felmelegített steril optochin-oldatot; legjobb 1:500 hígítást használni, a melyből 15—20 cm³ fecskendezendő be; ilyen kis adag mellett, a mely azonban teljesen elegendő, hogy a liquor cerebrospinalisban ne fejlődhessenek tovább a pneumococcusok, kellemetlen mellék-tünettől, a látás szervére gyakorolható káros hatástól nem kell tartani. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 1. sz.)

Sebészet.

A szemhéj-plastica új módját ismerteti *H. Meyer* a göttingeni sebkegklinikáról. Az eljárás a hiányzó alsó szemhéj pótlására szolgál s a lényege az, hogy a másik oldal szem-

öldök-tájékanak bőréből vett lebenyt használ fel. A lebeny alapja a pótlendő szemhéj belső szögletében van; vérrel nagyon jól látják el az a. angularis és a. dorsalis nasi vég-ágai s ezért a nyél keskeny volta és a 180°-nyi forgatás nem árt a lebenynek; a lebennel átvitt szemöldök-szőrök az új szemhéjszélen pillákként szerepelnek; a heg a szemöldökszélen alig látszik; facialis-ágak nem sérülhetnek. (Zentralblatt für Chirurgie, 1919, 48. szám.)

Gyermekorvostan.

A varicella-esetek súlyosbodásáról ír *Stoeltzner* tanár, a hallci gyermekklinika igazgatója. A súlyosbodás abban nyilvánul, hogy a kiütés bőségesebb, egyes hólyagocskák variola-pustulához hasonlónvá lesznek, a láz magasabb, az általános állapot zavart volta nagyobb fokú, gyakori a hegképződés. Egy esetben olyan nagy fokú prodromalis lázat látott a szerző, hogy határozottan a variola gyanuja merült fel. Egy más esetben multiplex subcutan és intramuscularis tályogképződéssel járt staphylococcus-pyaemia járult a varicellához. Két esetben az addig elég kedvezően lefolyt gümőkört nagyon károsan befolyásolta a varicella. A felnőttek varicellája eddig a legnagyobb ritkaságok közé tartozott; *Henoch* nagy gyakorlatában egyetlen egy esetet sem látott. A szerző az utóbbi időben két ilyen esetet figyelhetett meg; az egyik 20 éves orvostanhallgatónőre, a másik pedig csecsemőosztályának egy 24 éves ápolónőjére vonatkozik. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 41. szám.)

A mongolismus aetiológiájával foglalkozik három esete kapcsán *Stoeltzner* (Halle). Tudvalevő, hogy e betegség eredete még korántsem tisztázott. Általában kimerülési productumnak tartják, mert főleg oly anyától születnek mongol idiota gyermekek, a kik egymásután sokszor szültek. A szerző ez okból fokozottabb figyelemmel kísérte az anyáknak egészségi állapotát a terhességben. Így sikerült neki legutóbb észlelt 10 mongol esete közül háromban a terhesség alatt az anyákon oly tüneteket észlelni, a melyek kétségtelenül hypothyreoidismusra utalnak. A panaszok a következők voltak: étvágytalanság, székrekedés, gyengébb táplálkozás mellett is feltűnő elhásasodás, hajhullás, hidegérzés, bőrszárazság, nagy bágyadtság, fokozott vágyakozás nyugalom s alvás után, minden iránt közömbös lelki állapot. A szerző az újszülöttek mongolismusa és az anyáknak a hypothyreoidismusra valló panaszai között összefüggést keres, feltételezván, hogy a magzat normalis fejlődéséhez nem elegendő a saját pajzsmirigye, hanem szüksége van az anyjáéra is. Bár ezen három esettel szemben 7 más esetben hypothyreoidismusra utaló anamnesist nem tudott kimutatni, érdemesnek tartotta az érdeklődés felkeltése céljából észlelésének közlését. Végül ajánlja, hogy ha a terhesség alatt ilyen tünetek mutatkoznak, nemcsak az anya, de az újszülött érdekében is feltétlenül fogamatosítandó a thyreoidea-kezelés. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 52. szám.)

Vas J. dr.

Gyógyult febris recurrens nyolcnapos csecsemőn. *P. Gerstl* esetének különös érdekességet ad az a körülmény, hogy ily fiatal korban még nem igen észleltek febris recurrens. A gyermek anyja recurrens-lázroham alatt szülte gyermekét; a gyermek csak egy napig volt anyjával és azután átkerült a csecsemő-osztályra. A gyermek sepsises köldökfolyamat fejlődött, thrombosisokkal, scleroedemával, több lázrohammal; véreben spirochaeták voltak kimutathatók. Egy 0.02 grammos intramuscularis salvarsan-injectióra a gyermek meggyógyult és az injectio után 25 nap mulva a súlygyarapodás is szépen megindult.

A betegség alatt nagy fokú, csaknem zöldes-sárga bőrelszínezéssel járó icterust láttak; a lázrohamok nem voltak egészen jellegzetesek, a mennyiben a hőmérsék nem szökött fel egyszerre 40°-ra, hanem lassan emelkedett, a roham nem tartott oly hosszú ideig (5—7 napig) s utána a remissio is rövidebb volt. A gyermek valószínűleg a szülés alatt vagy röviddel előtte fertőződött. (Monatschrift für Kinderheilkunde, XV. kötet, 7. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

Szemészet.

A szemgödörnek téntaczeruzával sérülése. A téntaczeruzával történt sérülésekről ismeretünk néhány évvel ezelőtt még igen korlátolt volt. Nagyszámú idevágó megfigyelésről először *Heyn* számolt be 1919-ben. Mindezekben az esetekben téntaczeruza-darabkáknak vagy véletlenül, vagy szándékosan a kötőhártyaszákba jutásáról volt szó. Eseteit három csoportba sorozza. Az enyhe eseteket a heveny kötőhártyagyulladás tünetei jellemzik a szemhéjak duzzadásával, könnycsurgással és a bulbaris kötőhártya chemosisával. A kötőhártya rendszerint kékesen elszíneződött, néha a szaruhártya is. Néhány nap, esetleg csak néhány hét múlva teljes gyógyulás következik be. A középsúlyos esetekben a szaruhártyán különféle változásokat találunk a könnyű és helyenkénti homályoktól egészen a kiterjedt sűrű homályig, anyaghiányokkal és ezek mellett erősebb vagy kevésbé feltűnő kékre festődéssel. Kékre festett lehet a csarnokvíz és a szivárványhártya is, ez utóbbi többé-kevésbé vérbő. Azokban az esetekben, a melyekben az idegentest hosszabb időn át tartózkodott a kötőhártya-tömlőben, álhártya-képződéssel járó elhalásra és fekélyképződésre kerülhet a sor, mély kráter-szerű szélekkel. Ezekben az esetekben a látótér és a fényérzés zavarával is találkozhatunk, melyekre *Freytag* figyelmeztetett és melyeket az ideghártya elemeinek a metylviolet okozta bántalmazására vezet vissza. *Heyn* is három esetben a látótér koncentrikus megszükülését állapíthatta meg. Ezeknek a középsúlyos eseteknek nagy részében a szaruhártyamegbetegedés csak nagyon lassan gyógyul, a szaruhártya többször ismétlődő hámkikopásai jelentkeznek úgy, hogy a lefolyás 1 1/2, 3, sőt 4 hónapot is vehet igénybe. A súlyos esetekben a mélyre terjedő szaruhártya-fekély teljes leukomaképződést okozhat, továbbá súlyos szivárványhártya-gyuladást, következményes glaukomát és a szem megvakulását. A téntaczeruza okozta sérülések tehát igen súlyos megbetegedésnek minősítendők, azokat a kötőhártyának más idegentesttel történt sérüléseivel összehasonlítani nem igen lehet, teljesen jellemző körképet adnak és arra inenek, hogy a prognosissal, ami a baj lefolyásának tartamát és a restitutio ad integrumot illeti, óvatosak legyünk.

Wittman ismerteti egyik esetét, melyben a téntaczeruzával sérülés a szemgödör lágy részeit is érte. A 2 1/2 éves gyermeknek eleste közben a téntaczeruza hegye a jobb szem felett a felső szemhéjon át az orbitába fúródott, ahová részben beletört. Másnapra a szemhéjak megdagadtak, különösen a felső, a mely kék elszíneződést mutat. A kis seben át állandóan erősen kéken festődött folyadék ürül, de csak kis mennyiségben. 3-4 nap múlva a szemhéjak dagadása csökken, 14 nappal később a seb záródik. 3-4 hét múlva azután a szem előre és lefelé kidagad az orbitából. egyben a szemhéjak újból megduzzadnak. A klinikára történt felvételkor a jobb felső orbitalis szél alatt behúzódott, kéken elszíneződött heg a felső szemhéjon, mely lecsüng, önként nem emelhető, a bulbus kissé előre és lefelé protrudált. Anélkül, hogy bármi orvoslást megkísérelhettek volna, az anya gyermekét az orvosi tanács ellenére kiveszi a klinikáról, de kb. 2 hét múlva újból beviszi, a midőn a kékre festett hegen keresztül kb. 3 cm.-es bemetszés történik; az egész látható szövet kéken erősen elszíneződött, főleg közvetlenül az orbita felső felülete alatt, a hol a letört téntaczeruzának sok apró darabja látható; ezeket éles kanállal eltávolítják és azonkívül a környezetből több szövetdarabot kimetszenek. Az orbita felső falán a csont-hártya 8-10 mm. szélességben és mélységben tönkrement, a csont lecsupaszított, érdes, csontsequester nincs; öblögetés 10 %-os tanninoldattal mindaddig, míg az elszíneződés többé nem látszik. Az utókezelés kb. 2 hónapig tartott. Elbocsátáskor a seb teljesen záródott, a szemhéj nem duzzadt, felül a szemhéjon kissé behúzódott heg, a szemgolyó kissé előre és lefelé protrudált, teljesen izgalommentes. A leírt esetben tehát kimondottan orbitalis folyamatról volt szó; különösen ki kell emelni, hogy a szemhéjak duzzadásának

és az elszíneződésnek eleinte spontan visszafejlődése után a sebesülést követő 2 1/2 hónap múlva a felső orbitalis szél mögött újabb duzzadás és a szemgolyó előre és lefelé toldása következett be. Az utókezelés feltűnően hosszadalmas volt, mert a téntaczeruza-darabkák alapos eltávolítása és kiadó tannin-öblögetések ellenére, biztosan visszamaradtak a szövetben apró részecskék, melyek a seb gyógyulását késleltették. A kimetszett szövetdarabkák mikroszkopi vizsgálatából kiderült, hogy a téntaczeruzában foglalt vegyi anyagok a szövet súlyos necrosisát okozták. A necrosisos gócot gyuladással öv határolja, de ezt az övet a továbbhatoló téntaczeruza részecskék átfúrják és még ott is, ahol finoman elszórt festékanyagot nem találunk a szövetben, még mindig súlyosak a szövet-változások. Az orvoslás eleinte várakozó volt és csak hetek múlva történt a műtét a tünetek súlyosbodásának befolyása alatt. A mikroszkopi vizsgálat kétségtelenül bizonyítja, hogy ez nem helyes, mert ha az egész idegentestet idejében nem távolítjuk el, ennek részecskéi mind tovább jutnak a szövetbe és továbbterjedő necrosisára adnak alkalmat. Ezért nem szabad várni, hanem azonnal operálni kell; a szövetet fel kell tártani és kiterjedten ki kell takarítani. A téntaczeruza-részecskéknek és az elhalt szövetnek eltávolításán kívül a 10%-os tannin-oldattal való öblögetés igen ajánlatos. (*Zeitschr. f. Augenheilk.*, 1919, Bd. XLI, Heft 3-4.)

H. K.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Iris-tuberculosis eseteiben kedvező eredménnyel használja *F. Schanz* drezdai szemorvos a napfényt, a melyet sötétkék 10 dioptriás uviollencsén át vetít az iris-gümőre. A beteg fekszik, szemét a kezelés közben vízzel nedvesen tartják. 5-6 besugárzás után nagy gümők is eltűntek. (*München mediz. Wochenschrift*, 1919, 47. szám.)

Felfekvéses fekélyek ellen *Blank* nagyon dicséri a pyoktanint 1-3%-os vizes oldatban. Hátránya, hogy az ágy-neműt megfesti, ezt a hátrányt azonban nagyon kedvező hatása messze túlszárnyalja. Hosszabb fekvésre utalt betegeknek prophylactice is használja a szerző a pyoktanint. (*München mediz. Wochenschrift*, 1919, 51. szám.)

Scabies ellen *Schaefer* jó eredménnyel használja az *ecrasol* nevű folyékony styrax-szappant, a melyet *J. Schürholz* vegyi laboratoriuma (Köln) állít elő. Előnye, hogy nagyon könnyen bedörzsölhető, nem piszkít, nincs erős szaga, könnyen lemosható szappan nélkül is. Használatmódja a következő: szappanos fürdő után a meleg vízbe állítással megmelegített eredeti üveg tartalmának harmadrészét bedörzsöljük este a törzs bőrébe, másnap este a második harmadrészt a végtagok bőrébe, harmadnap este a harmadik harmadrészt a nemi szervek bőrébe; a negyedik napon ismét szappanos fürdőt vétetünk. Erős viszketéssel járt eczema néhány esetben szintén nagyon hatásosnak bizonyult az *ecrasol*, a mely aránylag olcsó (az eredeti üveg ára 4-50 марка), mindenestre olcsóbb, mint a perubalzsam vagy a styrax. (*Therap. Monatshefte*, 1919, 12. füzet.)

A modenol ugyanazzal az összetétellel bir, mint az *enesol* nevű francia készítmény. Enyhe, ártalmatlan anti-syphiliticum, a melyet *Lekisch* szerint olyan betegek is tűrnek, a kiken a többi kénesőkészítmény mellék tüneteket okoz. Arsentartalma miatt a vérképződésre is előnyösen hat. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1919, 39. szám.)

Az ileus paralyticus kezelése. Kiindulva abból, hogy lumbalis anaesthesia alkalmával a peristaltikát gátló idegek praeganglionaris rostjai hűdötté lesznek és ennek folyományaképpen fokozott peristaltika áll be: *Wagner* genyes diffus peritonitis több esetében a tervbe vett műtét előtt 0.1-0.15 tropacocaint fecskendezett be 8-10 cm³ liquor cerebrospinalisban feloldva; már néhány perc múlva ismételt híg székürülés következett be sok bélgáz távozásával, úgy hogy a maximalisan tágult bél egészen leapadt, a mi a műtét beavatkozást tetemesen megkönnyítette. (*Verein deutscher Aerzte zu Prag*, 1919 május 16.-án tartott ülés.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1920, 3. szám. *Vas Béla*: A méhkürt retrograd incarcerationjáról. *Berczeller Imre*: 1. Átszármasztás vagy véletlen? 2. Miért gyakoribb a leányoknál a veleszületett csipizületi ficzam, mint a fiúknál?

Vegyes hírek.

A német orthopaediai társulat 15. congressusát márczius 28.-ától 30.-áig tartják Drezdában.

A német Röntgen-társulat április 11. és 12.-én tartja 11. congressusát Berlinben a Langenbeck-Virchow-házban *Grashey* (München) elnöklésével.

A „Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte“ január 1.-én 50. évfolyamába lép; ezentúl „Schweizerische medizinische Wochenschrift“ néven új köntösben fog megjelenni.

Személyi hírek külföldről. *A. Lorenz* (orthopaedia), *H. Peters* (gynaekologia) és *G. Alexander* (fülorvostan) bécsi rendkívüli tanárok a rendes tanári címet és jeleget kapták; *S. Freud* (idegkórta) és *L. Réthi* (laryngologia) címzetes rendkívüli tanárok a rendes tanári címmel lettek kiténtetve; végül a következő magántanároknak a rendkívüli tanári címet adták: *J. Kaup* (socialis hygiene), *E. Ullmann* (sebészet), *A. Schiff* (belorvostan), *D. Pupovac* (sebészet), *F. Luthlen* (dermatologia), *H. Kistler* (gynaekologia), *O. Kern* (dermatologia), *O. Pözl* (psychiatria), *L. Adler* (gynaekologia), *W. Weibel* (gynaekologia), *H. Finsterer* (sebészet) és *E. Knaffl-Lenz* (pharmakologia).

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. *Pflaumer* vizsgálatai szerint a húgyhólyag fokozódó telődésével csökken a vese vízelválasztó működése; a szerző egyéb megállapításai közül említésre érdemes gyakorlati szempontból az, hogy a medencze magas elhelyezése a vizelet mennyiségét fokozza. (Zeitschr. f. Urologie, 13. kötet, 10. és 11. füzet.) — Az epilepsia serumkezeléséről tartott előadást mint vendég *W. Held* (Amerika); a serumot úgy állította elő, hogy epilepsziások serumát házinyulakba juttatta fokozódó adagokban és azután ezeknek a házinyulaknak serumát és mirigyemulsióját epilepsziás betegekbe fecskendezte, a mire eleinte szaporodtak a rohamok, de lassanként az esetek nagy részében teljesen megszűntek. (Berliner mediz. Gesellschaft, 1919 december 10.-i ülés).

A berlini kolbászárúban *Friedberger* a praecipitinmódszerrel megvizsgálta, hogy milyen állatok húsából állanak. Az e célra közönségesen használt állatok húsán s a csaknem minden kolbászban előforduló lóhúson kívül nagyon sokban talált macskahúst. Kutyahús és emberhús egyben sem volt. (Mediz. Klinik, 1919, 25. szám.)

Orvosok

kik kérdőívünket nem kapták meg, méltóztassanak telefon vagy levelező-lap utján reklamálni.

Magyarország Orvosainak Évkönyve
Budapest, VII., Kertész-u. 16.
Telefon József 106-47.

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

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet

Dr. JUSTUS kórházi főorvos
IV., Ferencz József-rakpart 26. Telefon József 56-76.

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

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

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

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. Telje-
sen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtermekkel kibővíve.
Diagnosztikai és therapiiai Röntgen-Laboratorium. — Mesterséges
napfény ambulans betegek részére is.

Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA

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

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

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-uteza 47. szám. Diétás, diagnosztikus és physiothera-
piás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai labo-
ratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalato-
rium, Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhrű Sárosfürdő 47° C forrásai
Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet,
pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb.
Dietaes konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen.

Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.
Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.
Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Kivánatra prospektus.

Kivánatra prospektus.

PÁLYÁZAT.

351/1920. sz.

Sajószentpéteri járásban üresedésben levő bánhorvátí körorvosi
állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz jelenleg Barczika, Ivánka, Vadna, Sajóvelezd, Nagy-
barcza, Bánfalva, Bánhorvát, Bántapolcsán, Dédes, Malyinka, Tardona
községek tartoznak.

A körorvos javadalma az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 10. és köv.
szakaszaiban van megállapítva. A látogatási díjakat Borsodmegye sza-
bályrendeletileg állapította meg.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy
kellően felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 1.-éig
annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figye-
lembe venni nem fogom.

A választást később kitűzendő időben a bánhorvátí községházán
fogom megtartani.

A megválasztott orvos állását tartozik azonnal elfoglalni; bármely
községben vehet fel ideiglenesen lakást.

Sajószentpéter, 1920 január hó 23.-án.

Maktáry, főszolgabíró.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétváló osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

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

Ezelőtt II., ker. Mar. út-körut 45.

Új telefonszám 58-97.

**Az influenza komplikációi ellen
figyelmet érdemelnek az autovaccinás oltások!**

A vaccinat a beteg köpetéből elkészítjük és annak töménységét a betegség foka
szerint szabályozzuk. Therapiai kezelésre ajánljuk az állandóan frissen ter-
meit, inaktivált lóserumot; már előzetesen serumozott egyé-
tisztá

JENNER - PASTEUR INTÉZET LABORATORIUMA

Budapest, IV., Havas-uteza 7.

Telefon: József 2-04.

DR. WANDER-FÉLE

sűrűn folyó

Maláta - kivonat

(Extr. malti spiss.)

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁRA R.T.
BUDAPEST

PURGO

az ideális hashajtó
gyermekek, felnőttek és fekvő-
betegek részére

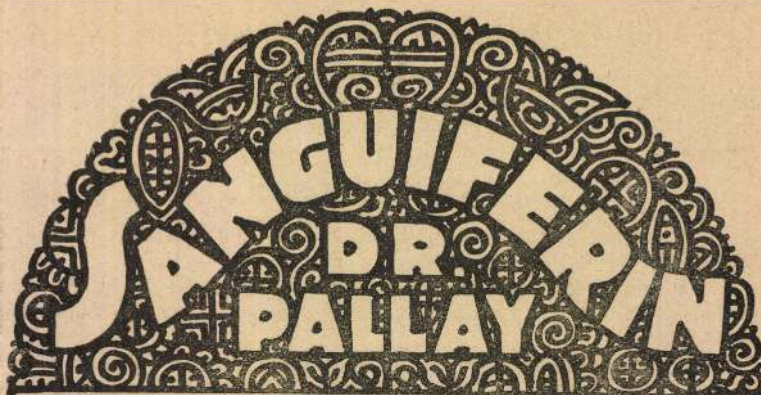
MERLUSAN

bevált antilueticum és antigonorrhoeicum

EBAGA

zsírtalan kenőcsök
dermatologiai és ophthalmologiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár
Budapest



(ELIXIRIUM • FERRI • ALBUMINATI • POLLATSEK)
• SEU • COMBINATIONES:
C. ARSENO-MITE, C. ARSENO-FORTE, C. PHOSPHORO-
TONICUM • HAEMODYNAMICUM
NEUROTICUM • STOMACHICUM • ROBORANS.

ANAEMIA, NEURASTHENIA,
TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK,
ÍDEGES-KIMERÜLTSG,
CHLOROSIS, FEJLÖDÉSI
VISSZAMARADOTTSÁG
GYERMEKÁGYAS-NÖK-ÉS
SZOPTATÓK-VÉRSZEGÉNY-
SÉGE • ESETÉBEN • STB.

PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R.T. BUDAPEST
V. NÁDOR-U. 6.

Polyvalens „Grippe”-serum

Intézetünk Polyvalens „Grippe”-seruma az 1918-19 évi spanyol járvány eseteiből kitenyésztett vilurens pneumo-streptococcus-influenza bacillusokkal és a supponált filtrálható virust tartalmazó váladékok (filtrált köpet, vérexsudatum) bevonásával hyperimmunizált lovak rendkívül polyvalens savója. A savó immuntiterének fenntartására a jelenlegi járvány vilurens csirái is állandóan bevonatnak a lovak kezelésébe.

Indicatiók: A megbetegedés kezdeti időszakában a complicatiók megelőzésére, de mindvégig a súlyos tünetek (septikus bronchopneumoniák) kezdésére feltétlenül és hatadéktalanul alkalmazandó, mint az egyetlen aetiologiai indokolt specifikus készítmény.

A legsúlyosabb és teljesen reménytelennek látszó klinikai tünetek (nagyjoku cyanosis, alig tapintható érlökés, mindkét tüdő beszűremkedése) esetében is feltűnő a Polyvalens „Grippe”-serum hatása, amely elsősorban rendkívül magas és gyötrő hőmérséklet azonnali lesüllyedésében és a közérzet feltűnő javulásában nyilvánul.

A hatás magyarázata: A feltűnő és legtöbb esetben kétségtelen hatás magyarázatául szolgál egyrészt a specifikus komponensek tömény jelenléte a hyperimmunizálással nyert polyvalens savóban! másrészt a szervezet ellentálló képességének emelkedése, mint a befecskendezett nagy serum-mennyiség indirekt következménye.

Adagolás: 50 cc. savó intramuscularis injectio alakjában, lehetőleg 24—36 óra múlva megismételve.

Dr. „PÁPAY”-féle oltóanyag és serum-intézet R.-T. Budapest,
VI., Teréz-körut 31. szám. Telefon: 20—19. Sürgőncim: Pápayszérum.

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

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

Biztos védelem

spanyol nátha ellen a

Fodormenta-Lysoform-mal
való száj- és torok-öblögetés.

Orvosok ajánlják

járványnál fertőtlenítést

Ditrichstein

József 116 — 55.

Lilienfeld berendezések és a 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-ímezek stb. azonnal
szállíthatók.**

GUAJACOL-GLOMA

DR. WANDER

Heteroproteintherapia céljára legjobban javalt a
Multivalens vérsavó
spanyol láz esetekben.

Üvegek 50 ccm. adagokban, mindenkor friss lefejtésben kapható
Török József Részvénytársaság
gyógyszertára és gyógyáranyagkereskedésében
Budapest, VI., Király-utca 12. szám.

Távíratcím: Pharmtörök.

Telefon: 10—40, 110—85, 81—75, 30—78.

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

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

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

ROBOFERRIN

és Roboferrin c. arsen. Erényi

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó és
kellemes ízű **vaspepton-készítmény**

Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél mint gyermekeknél
Orvos uraknak mintával és irodalommal szolgál

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

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

Alapított 1878 ————— Telefon 13—76

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

Ovomaltine

a legjobb tápszer

melyhez a kellő mennyi-
ségű nyersanyag Svájcz-
ból beérkezett.

Korlátlan mennyiségben ismét kapható!

Dr. PÁPAY

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

Himlőnyirok **Skarlát-serum** Orvosi diagnosztikai laboratórium

„LABOR”

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

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

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

Sulfotin

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

Arsotonin Domopon

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

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

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.
 Gyermeknekél 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., Knezsics-utca 15.

ALAPITOTTA
MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA
ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE.

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések czime

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

Hirdetések kizárólagos felvétele

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

Megjelenik minden vasárnap

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

Kiadóhivatal
IX., Knezsics-utca 15.
Előfizetési árak:
Egy évre: 120 kor
Fél évre: 60 "
Négyen évre: 30 "
Orvostanhallgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felé
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hollaender Hugó: Az immunitási állapot meghatározása, a „prognostikai index” és immunizáló eljárás a gümőkór prophylaxisában és gyógykezelésében. 61. lap.

Schiller Károly: Közlemény a Szent László és Szent Gellért-kórházak sebészeti osztályáról. Az influenza kötőszövetéről. 64. lap.

Bodon Károly: A jodkalium alkalmazása a spanyol láz kezelésében és prophylaxisában. 66. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Sebészet. F. Ehrlich:* A pylorus-fekély, illetőleg pylorus-szűkület miatt végzett gastroenterostomia. — *Gyermekorvosok. E. Hoffmann:* Anyatejjel átvitt gyógyszer által okozott exanthemák. — *Hotzen:* Az anyatejnek a háborús viszonyok mellett okozott lelki izgatottságon alapuló kisebb értéke. — *H. Finkelstein:* A csecsemők pylorospasmusának körképe. — *W. Hesse:* A gégediphtheria egy hallgatózási tünete. — *Szemészet. Ruttin:* Az ép és a beteg szembogár reakciója a faradós áramra. — *Bergmeister:* Conjunctivitis erythema multiforme mellett. 67—69. lap.

Magyar orvosi irodalom. 69. lap.
Vegyes hírek. 69. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az immunitási állapot meghatározása, a „prognostikai index” és immunizáló eljárás a gümőkór prophylaxisában és gyógykezelésében.

Irta: **Hollaender Hugó** dr., közegészségügyi főfelügyelő, a Budai Ambulatorium tüdőbeteg gondozó intézetének igazgató főorvosa.

Ha egészséges ember bőre alá előtt gümöbacillusokat tartalmazó emulsiót fecskendezünk, akkor a befecskendés helyén előbb-utóbb érezhető és látható elváltozás fog mutatkozni. A bőr alatti kötőszövet vízenyőssé, később téstás tapintatúvá lesz, majd beszűrődik, megkeményedik, fájdalommassá lesz, sőt — ha a reactio jelentékeny foku — valószínűsítő kötőszövet-gyulladás és ennek esetleges további következményei: szövetelhalás, ellágyulás, áttörés és hosszú gennyedő folyamat utján való sequestrálódása a megtámadott szövetrészeknek következik be. Más esetekben a szövetek helybeli ellenállása nem vezet el eddig a végletig, hanem a beszűrődés hosszabb-rövidebb fennállása után eloszlik anélkül, hogy szövetnecrosis állott volna be.

Ismét más esetekben, más kísérleti egyéneken, azt tapasztaljuk, hogy ugyanilyen injectióra a bekövetkező reactiv jelenségek sokkal enyhébbek: a befecskendés után néhány nap vagy hét múlva mutatkozik ugyan kissé vízenyős vagy téstás tapintatú duzzanat, ez azonban a mint jött, úgy el is tűnik nyom nélkül.

Ha már az ilyen enyhe lefolyású esetek tapasztalása is felhívja a figyelmünket az egyéni védekezőképesség ilyen szembevetendő különbségeire, úgy még sokkal feltűnőbb és figyelemreméltóbb tapasztalatunk lesz az, amikor azt fogjuk látni, hogy bizonyos emberek a gümöbacillus-emulsió provocatív befecskendésére egyáltalában semmi ellenhatással sem válaszolnak, úgy hogy egy vízenyős duzzanat sem képződik a bőrük alatt ugyanarra az insultusra, amelyre egy másik ember szövetei a legélenkebb tiltakozással reagálnak.

Eme tapasztalatok során lehetetlen, hogy gondolkozóba ne essünk a tuberculosis-bacillus-emulsió befecskendése nyomán mutatkozó helyi reactio feltűnő egyéni különbségein. Nekem, a ki mintegy 5 év óta egészséges egyének védőoltása céljából egy tízfokozatu gümöbacillus-emulsió-skálát használok (I. alább), régóta feltűnt, hogy míg az egyik védenczem már az első vagy második injectióra heves helyi reactiót mutatott, addig egy másik csak az ötödikre vagy

hatodikra kezdett reagálni, míg egy harmadiknak végig adhattam az egész sorozatot, a leghigabb emulsiótól fokozatosan haladva a legsűrűbbig, anélkül, hogy az illető szövetei a befecskendések nyomán észrevehető elváltozást mutattak volna. A befecskedésre használt egyes emulsió-adagok (vaccina-dosisok) természetesen minden egyes esetben szabatosan az egyén testsúlyához lettek arányosítva, mert — mondanom sem kell — csak így kaphattam egymással összehasonlítható eredményeket.

Betegeken, akik ugyanezt a 10-fokozatu vaccinát kapták, ugyanilyenféle különbségeket tapasztaltam a helybeli szövetreactio tekintetében.

Nyomára akartam jönni ennek a feltűnő tapasztalat okának, mert sejtettem, hogy ezzel az *egyéni gümőkóros hajlamosság* titokzatosságáról lebbenthetem fel a fátyolt; azt a sűrű fátyolt, a mely régi meggyőződésem szerint eltakarja a tuberculosis kórtanának azt a sötét, de fontos részét, amelynek megismerése nélkül a kérdés lényege homályban marad. Mert azt, hogy a tuberculosis *mitől* kapja az ember, *Koch* felfedezése óta tudjuk; de azt, hogy *miért* kapja meg ezt az universalis bajt az egyik ember, s miért kerüli el hasonló körülmények között a másik: eddig senki sem tudta. De meg arra sem tudtunk elfogadható feleletet adni, hogy miért pusztul bele nyomorultul az egyik ember a gümős fertőzésbe, s miért heveri ki azt szerencsésen a másik.

Még mielőtt a kérdés tanulmányozásába mélyebben behatoltam volna, megértettem, hogy az az egyén, a ki a fajlagos kár ellen automaticen erősebben védekezik, a szóban levő ártalommal szemben fajlagos védőképességgel rendelkezik. Mivelhogy pedig a gümőkór ártalmának fajlagos quintessentiája a gümöbacillusok által termelt mérge: a tuberculin, kell, hogy a védekezőképes ember szervezete eleve olyan anyaggal rendelkezzen, a mely a gümöbacillus hatóanyagával szemben fajlagos ellenmérgeként hat. Ha ez az ellenmérge bizonyára nem is az egyetlen védekező fegyvere, de kétségkívül egyik lényeges készütsége az ellenállás stratégiájának. Ezt a feltevés immunanyagot természetesen nem kereshettem egyebütt, mint a vérben, és pedig elsősorban a vérsavóban, ahol meg is találtam.

Eljárásom nagyon egyszerű volt és a következőben állott. Különböző egyének vérsavóját 0.5% phenolt tartalmazó élettani konyhasó-oldattal tisztázására felhígított, ugynevezett sűrített tuberculinnal hoztam érintkezésbe olyformán, hogy kis kaliberű steril kémilöcsővecskébe (olyanba, aminőt az agglutinációs próbákhoz, vagy vérpróbák beküldésére szoktunk használni) 1/2 köbcentiméter centrifugált vérsavót

pipettáztam s föléje nagyon óvatosan reáétegeztem a fentemlített frissen készült hígított tuberculinból ugyancsak $\frac{1}{2}$ cm-t, vizsgálva, hogy a két folyadék réteg élesen elhatárolódva maradjon. Ez elég kényes munka, mert bakteriologia tisztasággal kell, hogy végbemenjen. A sterilen eldugaszolt kémlelőcsöveket azután 24 órára 37^o-os thermostatba helyeztem, ügyelve arra, hogy abban pontosan függőleges legyen a nyugalmi helyzetük. 24 órai állás után megvizsgálva a kémlelőcsövek tartalmát, azt tapasztaltam, hogy azok közül egyikben-másikban a két folyadék (serum és tuberculin) érintkezési felületén tömör korongalaku csapadék mutatkozott. Voltak olyan próbák, amelyekben a kicsapódás csak laza gyűrű alakú zavarosság, vagy libegő pehely, vagy éppen csak kis, alig észrevehető és csak ügyes beállítás mellett kivehető, lehelletszerű homályosság alakjában mutatkozott. Akadtam azonban elég sok olyan vérsavóra is, amelynek a tuberculinreagenssel való érintkezési felületén semmilyen észrevehető elváltozás sem látszott.

Osztályozva a mutatkozó eredményeket, amelyek, hangsúlyozom, egy és ugyanazon egyén vérsavójával következetesen egyformák maradtak, akárhányszor és akár mikor ismételttem is meg a kísérletet, négyféle reactio-erősséget állapítottam meg. Negatív reactionak (—) neveztem azt, ahol elváltozás nem volt; bizonytalannak (\pm), ahol az érintkezési felszínen alig konstatálható transparentiacsökkenés látszott; gyengén pozitívnek (+), ahol laza gyűrűalakú homály ötlött a szemembe a folyadékok érintkezésének a határán; erősen pozitívnek (++) neveztem azt a kísérleti eredményt, amelynél a két folyadék érintkezése helyén tömött gyűrű, vagy helyesebben korong alakjában mutatkozott kicsapódás. Ezt a négyes osztályozást én és tanítványaim olyan hamar megtanultuk, hogy már az első szempillantásra egybehangzólag meg tudjuk jelölni a mindenkor reactio erősségét. A leírt reactiót »immunítási reactio«-nak nevezem (IR), mert kifejezője a szervezet immunítási állapotának, azaz védekezőképességének a gümőkór támadásáival szemben.

A reactio végzésekor a szigorú asepsisen és steril munkán kívül kívánatos, hogy a serum, amelyet vizsgálunk, friss és ragyogó tisztaságú legyen. Evégből ügyelni kell arra, hogy lehetőleg reggeli vért kapjunk (a táplálkozási chylaemia elkütyülése végett). A vért a könyökhajlat egyik leszorított vénájából 2 köbcentiméteres fecskendővel aspiratio útján vesszük. Körülbelül 1 órai állás után centrifugáljuk a vért.

Hogy a serobiologiai reactio terméke gyanánt keletkező csapadék vagy zavarosság milyen természetű, azt csak gyaníthatjuk. Mivel a kiválás a serum és a tuberculin kölcsönhatása révén a tuberculinból képződik, valószínű, hogy fehérjetermészetű kiválással van dolgunk. A serumban hatékony test élettani hatását tekintve, az úgynevezett fajlagos immuntestekhez (p. o. praecipitinekhez) áll közel, bár keletkezését tekintve, másféle eredetű kell hogy legyen, mivel nem egy antigenhatásra keletkezett *ad hoc* antitestet képvisel, hanem egy olyan védőanyagot, a mely a szervezetben *praeformált hártó testek* kategóriájába tartozik és így inkább a normalis emberserum természetes „alexin“-jei egyikének volna tekinthető.

Ennek a védőtestnek a hiánya az, a mi — szerintem — a gümőkór iránti veleszületett vagy szerzett hajlamosságnak az oka.

Ebben az irányban végzett vizsgálataim eredménye alapján arra a tapasztalatra jöttem, hogy a szóban levő védőtest vagy — *causa pro effectu* — védekező képesség jelenléte vagy hiánya a szülőről a gyermekre „átöröklődik“ mint pozitív vagy negatív örökség. Sokszor láttam, hogy a szülők közül az egyiknek, például az apának a véréből hiányzott ez a védőtest és a gyermekek között ilyenkor rendszeren találtam egyet-kettőt, néha többet is, olykor valamennyit, a kik ezt az apai defectust állandó szervezeti tulajdonság gyanánt örökölték. Sőt a bizonyítás ellenpróbája is sikerült: elég gyakran a gyermeki vérserum konstatált defectusa alapján a szülők valamelyikében — olykor mindkettőjében — sikerült kimutatnom ugyanezt a hiányt.

Ez a hiány pedig nem jelent egyebet, mint azt, hogy az a szervezet, a mely ebben a hiányban szenved, a gümőkóros fertőzéssel, vagy szabatosabban szólva, a gümős intoxicatióval szemben védtelen, azaz fogékony.

Tapasztaltam azt is, hogy a normalis védőképességű serum ezt a tulajdonságát bizonyos szervezeti változások hatása következtében ideiglenesen elveszítheti s hogy az elvonó hatás megszűntével a serum normalis védőtulajdonságát ismét visszanyeri. A legfeltűnőbb ilyenféle tapasztalatom az volt, a mikor láttam, hogy a nőnek, ha teherbeesik, immunitási reactiója negatívvá lesz akkor is, ha a teherbeesés előtt normalis (++) erősségű volt a vérsavójának gümöellenes védekező képessége. Ez a védtelenségi állapot úgylátszik a gyermekágy és a szoptatás ideje alatt is hosszabb-rövidebb ideig megmarad; legalább az általam vizsgált kisszámú eset (6) valamennyiében így volt. Ha már élettani körülmények között is bekövetkezhetik a szervezet eme fontos palladiumának az elveszése, feltételezhető volt, hogy kóros viszonyok közt is előállhat ez a szervezeti deficit. Sajnos, nem sok esetben volt módom eddig meggyőződést szerezni ennek a feltevésnek a helyességéről; több esetben éppen várakozásom ellenére ütött ki a próba. Vonatkozik ez különösen azokra a gyermekkori heveny fertőző betegségekre, a melyek köztudat szerint megteremteni vagy fokozni szoktak a gümőkór iránti fogékonyságot. Szamárköhögés alatt és után, valamint kanyaróból üdülő gyermekek immunitás-reactiója az én néhány esetemben a normalishoz képest legfeljebb csökkenést mutatott, de negatívvá nem lett. Ebben a kérdésben a gyermekorvosok tapasztalatait kell bevárunk.

Malaria, idősült Bright-kór, pneumonia voltak azok az esetek, a melyekben eddig nem-gümős betegek vérének vizsgálni alkalmam volt; valamennyi normalis, erősen pozitív immunreactiót adott. Friss és idősült bujakóros fertőzés sem változtatta meg a normalis reactiót; csak egy esetben kaptam egy bujakóros májtúltengésben és függőér-tágulásban szenvedő, éptüdejű korosabb egyén vérével negatív reactiót. A Wassermann-reactio ugyanebben az esetben +++ volt. Psoriasis három esetében feltűnt, hogy az illető egyének immunitási reactiója a normalis erősségűhöz (++) képest gyengébb (+) volt. Nem egyszer tapasztaltam viszont azt, hogy súlyos vérszegénység (az úgynevezett másodlagos vagy következményes vérszegénység) az immunitási állapot hirtelen leromlását okozta. Mindeme kérdéseket csak érinteni kívánom; további tisztázásukhoz az egész orvosközönség közreműködése szükséges.

Megállapítani kívánom azonban már most azt az axiomát, hogy: a gümőkóros hajlamosság oka egy a szervezet normalis védekező képességében előálló, veleszületett vagy szerzett defectusban keresendő, mely defectus a hajlamosság egyén vérsavójának a tuberculinnal szemben tanúsított közönnyőségében nyer lényegbeli és experimentalis kifejezést. Láttuk, hogy minél erősebb az immunitási reactio, annál kisebb a hajlamosság és viszont. A negatív reactio: nyitott kaput jelent, a melyen bármikor benyíthat a gümőkór; a pozitív reactio ellenben kifejezője a szervezet védekező készülségének, a mely erőssége szerint különböző fokban áll ellent a fertőzés létrejöttének.

A négyfokozatú immunitási reactionak eszerint elsőrendű prognostikai jelentősége van, a mennyiben a kórszerzési hajlamosságnak nemcsak a hiányát vagy a fennforgását, hanem az utóbbi esetben még a hajlamosságfokát is, azaz a gümőkóros megbetegülés eshetőségét adott körülmények között viszonylagos kifejezésre juttatja. Ugyanilyen fontos *kórjólati* szerepe van az általam ismertett immunitási seroreactionnak a tuberculosisban szenvedő beteg további sorsára nézve is. Kétségtelen, hogy a (++) immunreactióval bíró gümösen fertőzött egyén felgyógyulásának esélye nagyobb, mint a gyenge (+) reactióval bíró betegé s hogy emezé még mindig jobb, mint az igen gyenge (\pm) reactiójú beteg kilátása a felépülésre. Ha pedig a szervezetnek automatás védekező képessége egyáltalában nincsen, azaz, ha immunreactiója negatív

Immunitási seroreactio (IR)	Sensibil. cutanreactio (SR)	Koch-bacillus- és a klinikai vizsgálat eredménye	Prognostikai index (P)	Minősítés	Prognosis	
++	-	-	1	Erős ellentálló képességű, nem gümőkóros egyén	Quoad cadendum in morbum	Nincs hajlama gümőkóros megbetegedésre
+	-	-	2	Gyenge ellentálló képességű, nem gümőkóros egyén		Van némi hajlama gümőkóros megbetegedésre
±	-	-	3	Igen gyenge ellentálló képességű, nem gümőkóros egyén		Hajlama van gümőkóros megbetegedésre
-	-	-	4	Semmi ellentálló képességű, nem gümőkóros egyén		Erős hajlama van gümőkóros megbetegedésre
++	+	- vagy +	5	Erős ellentálló képességű, gümőkóros egyén	Quoad progressionem morbi	Erős hajlama van spontan gyógyulásra (a folyamat nem progressiv; spontan regressio remélhető)
+	+	- vagy +	6	Gyenge ellentálló képességű, gümőkóros egyén		Van némi hajlama spontan gyógyulásra (a folyamat nem progressiv; spontan regressio kétséges)
±	+	+ vagy -	7	Igen gyenge ellentálló képességű, gümőkóros egyén		Kevés hajlama van spontan gyógyulásra (a folyamat hajlamos a progressióra; spontan regressio nem remélhető)
-	+	+ vagy -	8	Semmi ellentálló képességű, gümőkóros egyén		Nincs hajlama spontan gyógyulásra (a folyamat progressiv)
-	-	+	9	Semmi ellentálló képességű, reakcióképtelen, gümőkóros egyén		Szervezetéből hiányzik a készség úgy a spontan gyógyulásra, mint a művi immunizálódásra (a folyamat progressiv)

akkor kijelenthetjük, hogy az ilyen betegnek a spontan gyógyulásra semmi kilátása sincs.

Röviden: az immunreactio a nem-gümőkóros emberen megmutatja azt, hogy a gümős megbetegülés iránt mekkora hajlandósággal bír; a már gümőkórosan fertőzött egyéneknél pedig kifejezi azt, hogy a betegnek van-e és mennyi kilátása arra, hogy a fertőzéssel önjeléből megbirkózzék.

Az immunitási reactio segítségével megállapíthatjuk bármely egyénnek a prognostikonját *quoad cadendum in morbum*, illetve *quoad progressionem morbi*. Hogy ezt megtehesük, előbb persze tudnunk kell azt, hogy az illető subjectum van-e már gümösen fertőzve, avagy nincsen. Erre a célra nincsen jobb módszerünk, mint a szöveti túlérzékenységen alapuló (allergiás) reakciók, a mint azok a gyakorlati célokra legmegfelelőbb kivételben a *Pirquet*-féle cutan-, vagy a *Calmette*-féle ophthalmo-reactio alakjában kinálkoznak. Intézetemben rendszeren az előbbi szoktuk használni. Ez a diagnostikai módszer a most tárgyalandó gyakorlati célok szempontjából rendszerint eléggé megbízható s legfeljebb kétes esetekben lehet szükség arra, hogy érzékenyebb diagnostikai eljárásokhoz (tuberculin-injectiók) folyamodjunk, annak megállapítása végett, hogy a vizsgált egyén van-e gümösen fertőzve, vagy nincs. Emellett persze a többi, bár durvább, de azért jó szolgálatot tevő klinikai vizsgálati eljárás is felhasználandó a kérdés tisztázására. Különösen fontos e tekintetben a physikalís vizsgálat, a Röntgen-lelet, a hőmérsék kontrollja és a köpetvizsgálat. Mindezek felhasználásával és egybevetésével abba a helyzetbe jutunk, hogy feleletet adhatunk arra a kérdésre, hogy adott esetben gümős fertőzés fennforog-e vagy sem. Ha ezzel a lényeges kérdéssel tisztába jöttünk, egybevetjük a kapott eredményt az immunitási seroreactio eredményével s ebből az egybevetésből meghatározzuk a vizsgált egyén *prognostikai indexét* (P).

Tömeges munka lebonyolításakor jó hasznát vesszük a sablonos eljárásnak. Ezért a munka gyorsítása és rendszeressé tétele végett intézetünkben egy gyakorlati sablont használunk, a mely három-négy, legszükségesebb adat meg-

állapításával és felhasználásával megadja a módot arra, hogy a vizsgált egyén prognostikai indexét minden esetben gyorsan és könnyű szerrel meghatározhassuk. Ezek a nélkülözhetetlen adatok:

- az immunreactio (IR)
- a cutanreactio (sensibilitas-reactio = SR)
- a köpetvizsgálat, és
- a hőmérés

eredményei. E négy adat közül a prognostikai index megállapításakor voltaképpen csak az első háromra van szükségünk; a hőmérés eredményének figyelembe vételére csak később lesz szükségünk, akkor ugyanis, a mikor a prognostikai indexet prophylaxisos vagy therapiaszerű eljárásunk irányítására fogjuk felhasználni. Szorosán véve a köpetvizsgálat eredménye sem tartozik a prognostikai index megállapításához szükséges tényezők közé, ennek az adatnak inkább csak kiegészítő és megkülönböztető szerepe van, mint mindjárt világosabban ki fog tűnni. Úgy hogy a prognostikai index meghatározásának csak két lényeges kelléke marad: az *én immunitási seroreactióm és Pirquet túlérzékenységi cutan-reactiojának az eredménye*. Ezek felhasználásával (és a manifest gümőkóros klinikai tünetek [köpetlelet stb.] tájékoztató figyelembevételével) a következő prognostikai skálát állítjuk és használjuk fel:

E táblázatban kétszer fordul elő az az eset, a mikor mindkét reactio nemleges. Ezek azok az esetek, a melyeknek prognostikai indexe 4, illetőleg 9. E kettő közt a megkülönböztetést a klinikai leletre kell alapítanunk, a mi annál könnyebben lehetséges, mivel a 4-es prognostikai index-szel bíró egyénben gümőkóros elváltozásokat nem mutathatunk ki (physikalís, köpet-, Röntgen-lelet negatív), míg a skála 9. foka a gümőkóros elváltozások és tünetek legsúlyosabb fokait foglalja magában. Ettől a két esettől eltekintve, a többi eset osztályozását egyszerűen a sero- és cutan-reactiók (IR és SR) egybevetése alapján minden egyéb nélkül megcsinálhatjuk.

Bár ennek a cikknek a keretében az elméleti fejtegetéseket lehetőleg mellőzni akarom, az eddig elmondottakból

minden magyarázat nélkül is nyilvánvaló, hogy az én immunitási seroreakció és *Pirquet* cutanreakciója két egymástól lényegben és jelentőségben teljesen különböző folyamaton alapszik. Minden félreértés elkerülése végett ismétlem, hogy az immunitási reakció a szervezet természetes védekező képességének a fokát fejezi ki, míg a cutan-reakcióval azt mutatjuk ki, hogy a vizsgált élőszervezetnek a gümöbaccillussal hatásos biológiai érintkezése volt-e vagy nem. Az előbbi a szervezetnek egyik *eredeti, veleszületett tulajdonságát*: a gümőkór iránti hajlamosságot mutatja; az utóbbi viszont a szöveti allergián vagy sensibilisatió alapszik, tehát a szervezetnek egy *szerezett sajátságát* hozza a felszínre. A szervezet szöveteinek védekező képessége oly tulajdonság, amely a szövetekkel együtt keletkezett mint jellegző természetes szervezeti attributum; ezzel ellentétben a szöveti túlérzékenység nem tartozik az élő szövetek genuin sajátságai közé, azaz természetűl fogva nincs jelen és csak mint egy az élet folyamán felvett tulajdonság szerezhető meg. Az előbbi nyilván egy a phylogenesis folyamán megszerzett defensiv jellegű *faji tulajdonság*, mely egyéni defectusképpen mint anomalia egyszermásszor hiányozhatik, sőt mint negatív egyéni vonás az utódra át is örökölhethető. Az allergia viszont egy kiválóan *egyéni kvalitás*, mely az egyénre ható határozott külső feltételek közreműködése folytán alakult ki magában az egyénben mint másodlagos, felvett sajátság, s mint ilyen szigorúan az egyénhez van kötve mint személyi tulajdonság, mely átruházható ugyan, de át nem örökölhethető.

Térjünk vissza a prognostikai indexünkhöz. Ennek nem sok gyakorlati hasznát vennők, ha másra nem volna használható, mint arra, hogy valamely egyént a fent felsorolt kilencz prognostikai fokozat valamelyikébe besorozzuk. Ámde a prognostikai indexnek, mint jeleztem, nagy hasznát vesszük a tuberculosis prophylaxisában és terapiájában. Sőt több ennél: látni fogjuk, hogy nélküle az egyéni prophylaxis és terapia minden realis alapot nélkülöz s nem egyéb merő empiriánál vagy ötletszerűségénél. Válasszuk ketté a prognostikai index szerepét és beszéljük meg először *szerepét és hasznát a prophylaxisban*. Láttuk, hogy az az egyén, amelyiknek prognostikai indexe 1, 2, 3, vagy 4, nem gümőkóros, de minél magasabb az indexe, annál valószínűbb, hogy előbb-utóbb azzá lesz. A kinek az indexe 1, annak nincs mit tartania attól, hogy ebbe a bajba esik, a 2-s (mint gyenge ellentálló képességű egyén) már inkább van kitéve ennek az eshetőségnek, különösen akkor, ha életkörülményei a fertőzés lehetőségét közelfekvővé teszik (környezet, foglalkozás, bizonyos élettani és kórtani körülmények, „disponáló betegségek“ stb.). Még inkább áll ez a 3-as és leginkább a 4-es indexszel bíró személyekre, amelyek, mint láttuk, a tuberculosis-sal szemben majdnem, illetőleg egészen védtelenül állanak. Mődunkban van tehát mindenekelőtt egészen egyszerű eljárás segítségével megállapítani azt, hogy az emberek közül kinek van és kinek nincs szüksége arra, hogy természetes védekező képességének netáni hiányosságát pótolja. Kiválogathatjuk azokat, a kiknek a védőeljárásra okvetlenül szükségük van (a 4-es és 3-as indexű egyének), és azokat, a kiknek számára a művi védelmi eljárás csak feltételesen ajánlatos (2-s indexű egyének), valamint azokat, a kiknek — természetes védőerők birtokában — erre szükségük egyáltalában nincsen (1-es indexű egyének). Az alkalmazandó védőeljárásnak tehát korántsem fogunk válogatás nélkül mindenkit alávetni akarni, és ott, a hol azt alkalmazni jónak látjuk, nem egyenlő, hanem különböző mértékkel fogunk mérni, a szervezeti szükséglet mérve szerint.

Ugyanezen szempontok lesznek irányadók a már gümős fertőzésben szenvedő egyének *immunkezelése* körül is. Ezek kezelésében is a minden esetben megállapítandó prognostikai index lesz a mi irányítónk. Ez az index, mint tudjuk, az 5-ös és 9-es közt mozog. Ezek közül *feltétlen immunkezelést* igényelnek a 7-es és 8-as, mert ezek természetes, ellenálló képessége igen gyenge (\pm), illetőleg semmi. Nincs ellenálló képességük persze ama szerencsétleneknek sem, a kiknek a prognostikai indexe 9. Ámde itt, sajnos, hiábavaló minden

immuntherapiás kísérletezés, mert a cutan reactio nemleges eredménye az activ gümőkóros folyamat fennállása daczára azt jelzi, hogy a szervezet reagibilitását elveszítette s így nem várható az sem, hogy a súlyosan megtámadott és végképp kimerült szervezet az immunizálás végett bekebelezendő antigenre antitestek termelésével reagáljon. *Feltételesen* kezelést igényelhetnek a 6-os index-szel bíró betegek, bár itt bizonyos gyenge természetes ellenállással találkozik a fertőzés; az ilyen esetekben a klinikai lelet, a beteg életkörülményei stb. figyelembevételével fogjuk magunkat az activ vagy passiv magatartásra elhatározni. *Nem igényel* immunisatorius beavatkozást az 5-ös indexű eset mindaddig, a mig az index-szám emelkedési hajlandóságot nem mutat, miért is az ilyen esetekben az immuntherapia feladata csak annyi, hogy időről-időre figyelemmel kísérje az index állását, a mit egyébiránt valamennyi kezelésben részesült esetben tanácsos megtenni. (Lásd az alább következő kezelési irányelveket.)

Látnivaló mindezekből, hogy a kezelés tekintetében nem teszünk elvi különbséget gümösen fertőzött és nem fertőzött egyén között. Irányítónk egyedül a prognostikai index, a melyre úgy praeventiv, mint curativ ténykedésünk közben sokkalta nagyobb súlyt helyezünk, mint az öröklési (ú. n. terheltségi) adatokra, az egyén külviszonyaira, klinikai állapotára, köpet-, Röntgen- vagy thermalis leletére, a tuberculin-reakciókra stb. Jóllehet mindezekre természetszerűleg a legnagyobb ügyelettel vagyunk, mint a kezelést befolyásoló, módosító (de korántsem megszabó) körülményekre.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Szent László és Szent Gellért-kórházak sebészeti osztályáról.

Az influenzás kötőszövetlobról.

Irta: Schiller Károly dr., rapidíjas sebész-főorvos.

A septikus influenzának leggyakoribb, többnyire legkorábban — a heveny tüdőlob fennállása alatt — jelentkező, leginkább egyedüli metastasisa volt az influenzás pleuritis. A pleuritis után leggyakrabban előforduló metastasis volt a kötőszövetlob, melyet 9 esetben észleltem 170 operált influenzás pleuritiszes betegemen. De észlelhettem kötőszövetlobot olyan influenzás betegekben is, kik nem szenvedtek pleuritisben, hanem kiknek influenzás tüdőlobjuk volt. Ilyen betegekben 13 esetben észlelhettem kötőszövetlobot. De 7 esetben észlelhettem az influenzás kötőszövetlobot olyan influenzás betegekben, kik csupán trachealis influenzában szenvedtek. Az influenzás betegek súlyos toxaemiás állapota és a jelenlevő érelváltozás miatt csökkent ellenállóképesége a szöveteiknek nagyon hajlamossá teszi ezeket a betegeket a secundaer infectióra, mely sokszor már igen csekély trauma vagy terapeutikai beavatkozás után beáll. Így influenzás betegekben gyakran láthattam phlegmonekat, tályogokat fejlődni, melyek néha nagykiterjedésűek lettek és fasciálásra vezettek terapeutikai célból végzett injectiók vagy subcutan infúziók után még akkor is, ha a sterilítást a legszigorúbban hajtottuk végre. Különösen kámforolaj-injectiók után láttam gyakran multiplex phlegmonekat, valószínűleg a megbízhatatlan hadikészítmény lehetett ennek az oka. Ezen artificialis phlegmonekat nem számítom be az influenzás kötőszövetlobok közé. Ilyen artificialis tályogokat 35 esetben észlelhettem influenzás betegekben.

Az influenzás kötőszövetlobnak három alakját lehet megkülönböztetni. Az egyik alakja a progrediáló influenzás phlegmone, mely rendszeren korai metastasis. A progrediáló alak többnyire subfascialis eredésű, gyorsan fejlődő és terjedő kiterjedt oedemával jár és úgy a felületen, mint a mélybe gyorsan terjedésre hajlamos. A bőr halvány, kissé cyanosus, pastosus, elmosódó határu, az egész beszűrődött terület hamar esik szét, néhány nap alatt már kiterjedt hullámzást mutat. Az ilyen helyen a bemetszés alkalmával kevés savós genyet vagy savós véres zavaros váladékot, kivételesen eves bűzös genyet találunk, a kötőszövet kocsonyás, a fascia megvastagodott, kissé szívós véres beivódást mutat. Később a

felületes izompólya nagyobb területen elhal. Az influenzás progrediáló phlegmone egészben véve súlyos complicatio, de a rendes septikus progrediáló, streptococcusok által előidézett kötőszövetlobtól a lefolyás és prognózis tekintetében nem igen tér el, legfeljebb abban különbözik, hogy az influenzás kötőszövetlobban a fascia tömöttebb, véres beivódást mutat. Az influenzás progrediáló kötőszövetlob a korán beálló influenza-metastasisokhoz tartozik, az influenza heveny lázas szakában, többnyire a 2. héten jelentkeznek. Haematogen eredésű. Előszertettel a hason, czombon, háton és a felkaron fejlődik, de submucosus fekvésű is lehet, a pofa nyálkahártyája alatti szövetlobot is volt alkalmam néhányszor észlelni. Súlyos bántalom, septikus általános tünetekkel jár. A betegeknek magas, többnyire intermittáló lázuk, fuliginosus, száraz nyelvük és szapora kicsiny pulsusuk van. A kötőszövetlobban legtöbbször mint egyedüli kórokozó a streptococcus mutatható ki. Klinice a primaer progrediáló streptococcus-kötőszövetlobtól vagy a más fertőző betegségekhez csatlakozó secundaer streptococcus-kötőszövetloboktól nem különböztethető meg, azért igen nagy súly helyezendő az influenza-anamnesisre. Influenzás betegen a hason, háton vagy czombon vagy más helyen elmosódó határu, halvány fénylő bőrrel fedett, kiterjedt és gyorsan terjedő pastosus vizenyős duzzanat látható, mely terület az ujjbenyomatot megtartja, nyomásra pedig fájdalmas. Néha csupán egy helyen van, máskor 2—3 helyen egyszerre vagy egymásután jelentkezik. Volt olyan betegem, kin 6 helyen is fejlődött ilyen nagy oedemával járó, gyorsan terjedő kötőszövetlob, mely gyorsan széteső tályog képződésére vezet. Az influenzás progrediáló phlegmone az esetek többségében subfascialis kötőszövetlob, kivételesen az izomközi septumokban kezdődik, gyorsan halad és gyorsan esik szét és így nagyobb izomközi fekvésű tályogokra vezet. Néha a terjedő influenzás kötőszövetlob parostalisán fekszik, a mélyből gyorsan halad a felszín felé, s előbb a fasciára, majd a bőr alatti kötőszövetre terjed. A subfascialis fekvésű kötőszövetlob gyorsan ráterjed a fasciára, ez beszűrődik, majd genyefibrinosussá válik és kiterjedt fasciaeelhalás támad. Rendesen az influenza heveny lázas szakában jelentkezik, kivételesen a reconvalescentia alatt, ilyenkor a phlegmone fejlődését hidegrázás vezeti be, mely után hirtelen fokozódó, 39,5—40°-ig terjedő hőemelkedés jö létre. A hőmenet többnyire intermittáló jellegű.

Kiterjedt mély bemetszésekkel a folyamat gyorsan megállítható, de a láztalanodás nem következik be túlságosan gyorsan, néha épp az ilyen esetekben a phlegmone a test más helyén is mutatkozik. A súlyos septikus tünetek — bár nem túlságosan gyorsan — visszafejlődnek, néha azonban hosszadalmas lefolyású, kimerüléssel halállal végződő sepsisre vezetnek. Az általam észlelt 29 metastasisos influenza-kötőszövetlob-eset közül 17-ben észlelhettem az influenzás progrediáló kötőszövetlobot, mely úgyszólván semmiben sem tér el a más fertőző betegségekben észlelhető secundaer streptococcus-phlegmonektól. Úgy hogy ez a tovahaladó alakja az influenzás kötőszövetlobnak nem mondható jellegzetesnek az influenzára. A kötőszövetlob ezen alakja többnyire haematogen eredésű, kivételesen a szomszéd lobos folyamat tovaterjedése által jö létre; így keletkezik a nyálmirigyek lobjához csatlakozó periadenitises lobos folyamathoz csatlakozó tovahaladó kötőszövetlob folytán az állalatti mirigyek lobjánál az angina Ludovici. Továbbá észlelhettem 2 esetben influenzás septikus parotitis utáni kötőszövetlobot, erős oedemával az arczon. Majd a lobos folyamat ráterjed a nyaki vénák körüli kötőszövetre és thrombosist idézhet elő a vena jugularis internában, a mint azt 2 esetben a bonczolat megerősítette. A 17 progrediáló influenzás kötőszövetlob 8-szor a hason, 4-szer a czombon (ezek közül egy esetben mindkét czomb középső harmadának elülső felületén), 3-szor a háton, 1-szer a felkarokon, 1-szer submucosusan, 1-szer az alkaron, 1-szer a tarkón keletkezett.

Az influenzás progrediáló kötőszövetlob súlyos, általános septikus tünetekkel jár. Korai kiterjedt incisiókkal a folya-

mat tovaterjedése gyorsan megállítható. A kiterjedt feltárás után sem szűnnek meg gyorsan a septikus tünetek, az intermittáló lázak egy ideig még fennállanak. Az eleinte híg, savós-genyes váladék, mely néha haemorrhagiás és csak néhány nap után válik sűrűbben genyessé; eleinte bőséges, csak később kevesbedik meg. 9 pleuritishez csatlakozott phlegmone-eset közül meghalt 7 sepsisben. A többi nyolcz kötőszövetlobos beteg meggyógyult.

Az influenzára jellegzőnek mondható az influenzás kötőszövetlob második alakja, a subacut influenzás kötőszövetlob, mely szintén haematogen eredésű, szintén streptococcus okozza, az influenza-reconvalescentiában a láztalanodás után mutatkozik és subacut lefolyás jellemzi. Az influenzás kötőszövetlob ezen subacut alakja szintén a hason, a czombokon, a háton és a felkaron jelentkezik előszertettel; borzongás után gyorsan fejlődő erős oedemás beszűrődésre vezet, a bőr erősen pastosus, majd a lobos beszűrődés néhány nap alatt igen kemény, deszkakemény lesz, nehezen és kis területeken, szálanként esik szét. Az ilyen beszűrődött területbe bemetszve, igen kevés váladékot találunk, a szövetek erősen fibrinosus-genyesen beszűrődöttek, genyes beolvadásra kevés a hajlam. A folyamat itt is leginkább subfascialisán kezdődik, az intermuscularis és parostalis kezdet itt is kimutatható. Ezen alakban a septikus általános tünetek jelentéktelenek, nem olyan kifejezettek, mint a progrediáló alakjában az influenzás kötőszövetlobnak.

A bántalom hőemelkedéssel kezdődik. A láz rendszeren nem túlságosan magas, 39 fok fölé nem igen szokott emelkedni, a lázmenet szabálytalanul intermittáló, néha azonban continua jellegű. Némely esetben a nyálmirigyek influenzás gyuladásához csatlakozik ez a lassan terjedő, kemény, deszkaszerű, subacut jellegű kötőszövetlob, mint azt némely esetben megfigyelhettem. A bántalom a „Holzphlegmone“-re emlékeztet. Ezt az aránylag könnyebb tünetekkel járó, subacut, torpid folyamatot *Vidakovich*, *Schmieden*, *Liebermann* az influenzára jellegzetesnek tartja. A bántalom subacut lefolyása, torpid volta és a lassú szétesés miatt hosszú ideig tart, míg megnyugszik, azért bár a septikus tünetek nem túlságosan súlyosak, mégis legcélszerűbb kiterjedt feltárást végezni, erre a folyamat gyorsan megáll. A gyógyulás nem következik be hamarosan, sokáig tart a míg a folyamat lezajlik. Ezen subacut alakja az influenzás kötőszövetlobnak jóindulatú. Egyetlenegy ilyen beteget sem veszítettünk el. Az influenzás kötőszövetlob ez alakját 9 ízben észleltem. E 9 beteg közül meggyógyult 8. Egy beteg, kin pleuritis operata is volt jelen, sepsisben elhalt.

Az influenzás kötőszövetlob harmadik alakja az influenzás haemorrhagiás kötőszövetlob, melyet 3 ízben volt alkalmam észlelni. Egyszer a czombon, egyszer a karon, egyszer pedig a lábszáron észleltem. Haematogen eredésű, subfascialisán, intermuscularisan vagy parostalisán kezdődik; sokszor valamely csont körülírt periostitisének képe alatt lefolyó, tömött tapintatú, fájdalmas, lobos, elég élesen körülírt térfogatnagybodás, mely eleinte néha mozgatható tumorszerű képletként tapintható, lassan növekvő, a környező szövetekkel összekapaszkodó, majd a felület felé haladó s végül a bőrrel összekapaszkodó, mindinkább elmosódó határu beszűrődéses területté válik. Eleinte tumorral is összetéveszthető, de sokkal gyorsabban kapaszkodik össze a környezettel és szétterülve elmosódó határu lesz. Az egész lobos beszűrődés kemény tapintatú. Ez a folyamat subfebrilis temperaturákat vagy legfeljebb 38° C-ig emelkedő hőemelkedéseket okoz; az általános tünetek is igen csekélyek. Az influenzás haemorrhagiás kötőszövetlob eleinte csak elmosódó határu, tömött tapintatú, kicsi, mozgatható, bár fájdalmas gócot alkot a mélyben, mely torpid, aránylag lassan növekszik.

Minél inkább halad a lobos beszűrődés a mélyből a bőr szintje felé, annál jobban elmosódó határu lesz és a környező kötőszövettel, továbbá az izomzattal, a felületes izompólyával, végül a bőr alatti kötőszövettel összekapaszkodó, mindjobban rögzített, elmosódottabb határu kemény beszűrődést alkot. A bőr ilyenkor már pastosus tapintatú.

Majd hosszabb idő múlva a tömött tapintatú, elmosódó határú és a környezettel összekapaszkodó kemény, lobos beszűrődés felett a bőr foltonként vörösen elszinesedik és ezen helyeken apró tályogok képződnek, pár nappal később pedig más helyeken is hasonló foltoszerű szétesést láthatunk. Műtét alkalmával az ilyen tályogokból kevés véres, alig genyes váladékot kapunk, míg a még szét nem esett beszűrődés szívós, kemény, szinte serczeg a kés alatt. Ha az ilyen tömött, lassan széteső, a mélyből a felszín felé terjedő subfascialis, intermuscularis vagy parostalis infiltratumba bemetszünk, tömött, vörösesbarna vagy barnássárga, apró, körülbelül babnyi-mogyorónyi haemorrhagiás góczokból összetevődöttnek látszik.

Az egész tömött, keményen beszűrődött phlegmonés területen makroszkopice kiterjedt góczszerű vérzések vannak jelen, az egész csupa apró, különböző idejű vérzések góczokból állónak látszik, minélfogva az influenzás kötőszövetlob ez alakját influenzás haemorrhagiás kötőszövetlobnak nevezhetjük.

Sajnos, a járvány alatti nagy elfoglaltságom miatt nem vizsgálhattam meg kórszövettanilag az influenzás kötőszövetlob ezen, úgy látszik, valóban különleges alakját. Jellemző még ezen haemorrhagiás alakra a későbbi jelentkezés, ugyanis többnyire a reconvallescencia szakában mutatkozik. Jellemzi még a lassú fejlődés, az alacsony hőmérsék, mely 38^o-ot nem szokott meghaladni, továbbá a csekély fájdalom és az ugynevezett zavartalan közérzet.

A phlegmone ilyen alakját és lefolyását addig még sohasem láttam, sem a spontan fejlődött, különböző bacteriumok által okozott kötőszövetloboknál, sem a más fertőző betegséghez csatlakozó secundaer kötőszövetloboknál. Az 1918/19.-i influenza-pandemia alkalmával általában véve igen sok volt a vérzések eset. A vérzések oka *Bäumler* szerint a vér nagyfokú megváltozása, az erős haemoglobincsökkenés, a vörös vérsejtek kiterjedt pusztulása és az urobilinuria; ezt azonban eddig a vizsgálatok még nem erősítették meg. Sokkal valószínűbb az érmegbetegedés, melyre 1893-ban *Koskow* hívta fel a figyelmet. már a betegség legelső szakában endoarteriitis desquamativát talált a kis arteriákban, a capillarisekban és a kis vénákban, ehhez járul, mint általános toxinhatás, a bőr általános hyperaemiája, valamint a nyálkahártyáké is.

Oberndorfer is bacteriumos érelváltozást talált, melyen a postgrippalis venathrombosis alapszik. Nagy verőerek thrombotizálását csupán egy esetben észlelte az arteria brachialisban, míg az 1889/90. járvány alkalmával 3 esetben fejlődött, következményes gangraenával.

Ezen influenzás haemorrhagiás kötőszövetlobban valószínűleg az apróbb erekben az influenza toxinhatása vagy a bacteriumok által előidézett nagyon mélyreható érelváltozás lehetett jelen és az ennek folyományaként jelentkező thromboarteriitis következtében jött létre a góczszerűen mutató vérzések beszűrődés.

Az influenza néha a szájban is előidézhet submucosus kötőszövetlobot. Így alkalmam volt egy influenzás betegen a pofa nyálkahártyájából kiinduló submucosus phlegmonét, továbbá két ízben a nyelv alatti lágyszöveteknek, a szájfenéknek submucosus phlegmonéját észlelni; egyikében ez utóbbi eseteknek angina Ludovici fejlődött, valószínűleg a nyelv alatti nyálmirigy lobosodása kapcsán. Mind a három beteg meggyógyult.

Egész vázlatosan közlök két kórtörténetet. Az egyik parostalis eredésű subacut influenzás kötőszövetlob esete.

G. K. 1919 február 27 óta influenzában beteg. Felvétetett március 22.-én. Két hét óta bal czombja fájdalmas, közepén duzzadt, kemény. Azóta lázas, 39^o2'-ig emelkedő hőmérsék. Status praesens: A bal czomb középső harmadában kiterjedt kemény beszűrődés, mely egy kis helyen fluctuatiót mutat. Csekély bronchitis. Március 23: A duzzanat közepén levő fluctuatio nagyobb területen mutatható ki. 6 cm.-nyi incisio; 0.3 liter sűrű geny ürül. A sebbe bevezetett ujj jókora férfikölnyi tályogba jut, ebben a czombcsont tapintható körülbelül 10 cm. hosszúságban; a czombcsont periosteuma mindenütt ép. Zavartalan gyógyulás. Április 30.-án gyógyultan távozik.

A másik eset influenzás haemorrhagiás kötőszövetlob.

S. F.-né, 35 éves. Felvétetett 1919 április 2.-án. Két hét előtt influenza alatt abortus. Status praesens: A has puffadt, nyomásra érzékeny mindenütt, leginkább a colon tájékán. A lép homályosan tapintható. Hőmérsék 39^o8'. Widal negativ. A szék nyálkás, kissé véres. A vizeletben fehérje nincs. Április 7.-én 38^o4'. A jobb alkar alsó harmadának feszítő oldalán galambtojásnyi infiltratum. Pungálva véres geny. Widal negativ. Szék typhusra és dysenteriára negativ. Paratyphus a, b, c negativ. Május 10: Bal lábát fájlalja. A bal lábszár külső oldala oedemátus, nyomásra leginkább a fistula fejecse érzékeny. Május 12: A bal lábszár középső felső harmadában diónyi duzzanat a fibula fejecsenek megfelelőleg, az oedema jelentékenyen csökkent. Május 19: A kemény infiltratum lassan a felszínre kerül, nagyobbodik, majd a bőrrel összekapaszkodik, úgy hogy az felette többé nem tolható el. Az egész infiltratum körülbelül jó férfikölnyi, eléggé éles határú. Május 19: Műtét Sudeck-narcosisban. Kiterjedt, 14 cm. hosszú, egészen a fibula-fejecsig hatoló metszés, kemény, szívós, számos apró babnyi-mogyorónyi, a szétesés különböző szakában levő góccsal. Kevés geny. Fibula periosteuma injiciált, de a csont nincs lecsupaszítva.

Június 17: Hasfájás, hányásinger. Meteorismus; székretardatio. Június 30: Többször kólikáról panaszkodik. Emiatt július 11.-én Röntgen. Coloptosis nincs, a colon spasmosus. Influenzás periostitisből eredő haemorrhagiás phlegmone. Grasman-colitis. A colon spasmusa valószínűleg mesenterialis mirigyek izgalma által okozott.

Influenzában a bór alatti kötőszövetben haematogen úton diónyi-czitromnagyságú tömött lobos beszűrődések keletkeznek a bőr alatt imitt-amott a bántalom reconvallescenciájában, mint később metastasisok. A beszűrődés tovaterjedést nem mutat, lassan puhul el a közepén és bemetszésre a kemény, szívós lobos metszésfelületről többnyire kevés véres savós váladék ürül. Ha a beszűrődés már teljesen szétesett, kevés híg genyes váladékot nyerünk. Ezen subcutan körülírt phlegmoneknek kedvező előfordulási helye a has és a hát, valamint a mellkas bőre, de észleltem néha a végtagokon is. Némely esetben csupán 1-2 ilyen subcutan infiltratum fejlődött, de más esetekben 6-8, sőt egy esetben 15 ilyen apró influenzás subcutan phlegmonosus gócot volt alkalmam észlelni. A korai incisio a különben lassú, torpid folyamat gyógyulását gyorsítja. Körülbelül 40 ilyen kis lobos bór alatti beszűrődésből származó abscessust észlelhettem 13 betegen.

A kötőszövetlob influenzában haematogen eredésű. Három alakját lehet megkülönböztetni. Az influenzás kötőszövetlobra jellegzetesnek lehet mondani a subacut alakot és a haemorrhagiás alakot. A progrediáló kötőszövetlob ellenben nem mondható jellegzetesnek az influenzára, miben sem tér el a primaer vagy secundaer streptococcus-phlegmonektől.

A jodkalium alkalmazása a spanyol láz kezelésében és prophylaxisában.

Irta: *Bodon Károly* dr., kir. tanácsos, rendelő-főorvos.

Köztudomású, hogy a sebészetben elterjedten és eredményesen használjuk a jodot a bacteriumok előlése, illetve lekötésére. Kínálkozott a gondolat, a jodot ugyanily célból belsőleg is használni. Belső adagolásra legalkalmasabb a jodkalium, melyből a szervezetben szabad jod hasad le. Adagolása után rövid idővel (órákon belül) a jod kimutatható a nyálban, a köpetben, az orrváladékban, a könnyekben, vagyis megjelenik ama üregek váladékában (szem, orr, száj), melyek a fertőzés kapujaként szerepelhetnek.¹ A jód csökkenti a vér és valószínűleg a nyirok és a szövetnedvek viscositását is és ez úton élénkítőleg hat az anyagcserére. A bekebelezett jod egy tekintélyes része, úgylátszik, a pajzsmirigyben raktározatik el vagy köttetik le eddig még közelebről nem ismert módon és nem eléggé kiderített hatással.

Az úgynevezett spanyolmegbetegedés lényege eddig még nincs kiderítve. A tudósok tekintélyes része az influenza egy különös alakjának tartja, egy másik része pedig azt hiszi, hogy a betegséget egy ultramikroskopos, nem filtrálható bacterium okozza. Az azonban bizonyos, hogy klinikai tapasztalatok alapján a heveny fertőző, tehát bacterium-okozta beteg-

¹ Már vagy húsz év előtt egy kísérlet-sorozatban, melyet néhai dr. *Hirschler Agoston* tanár Szt. István-kórházi osztályán végeztem, kimutattam, hogy ha a beteggel gelatina-tokban kevés jodkaliumot nyeltem, a jodot már egy órán belül a nyálban és az orrváladékban ki lehetett mutatni.

ségek közé kell sorozni. E megfontolásokból kiindulva fordult a gyógykezelés a creosot, a calomel, a chinin, a salicyl-készítmények és a multivalens serum alkalmazásához. Mint-hogy e szerek egyike sem bizonyult specifikus hatásúnak, elméletileg a jod megkísérlése legalább oly jogosult, mint az említett szereké. Azt mondtam legalább épp oly jogosult, de talán jogosultabb is! Mert a nélkül, hogy mélyebb fejtegetésekbe bocsátkoznám, csak találomra akarok kiragadni egyes momentumokat, melyek az eddigi használt szerek egynévelikének tág alkalmazását megnehezítik. Ilyenek: a creosot rossz hatása a gyomorra, a calomelének a szájnálkahártyára és a vesére, a serum használatakor pedig a serumbetegség és az anaphylaxia. Ezzel szemben a jodnak nincs más elienjavalata, mint a nálunk amúgy is ritkán előforduló struma (jod-Basedow). Igaz, hogy a jod gyakran okoz náthát és könyezést, de ezek inkább kedvező körülmények, mert úgy a könyezés, mint a mindig híg és bővülékű jod-nátha alkalmával a váladék a vis a tergo principiuma szerint a bejutott csírákat kimossa és jodtartalmánál fogva előli csakúgy, mint a hogy a jodadagolás folytán a köpet bővebbé és hígabbá válása folytán a beteg, illetve annak jóddal kezelt környezete a légutakba jutott bacteriumokat könnyebben kiköpi.

A jod alkalmazását ily irányban már az 1918. évi járvány alkalmával megkezdtem. Daczára annak, hogy eredményeim kielégítettek, kísérleteim közlésétől elállottam, mert az eljárást csak a járvány vége felé kezdtem alkalmazni, a mikor a genius morbi már csökkent és így nem véltem eldönthetőnek, vajjon a kedvező lefolyás a gyógyeljárásnak, avagy a kór enyhülésének tudandó-e be.

Eljárásom a következő: A betegség első napján és, ha a láz nem emelkedik 38.5° fölé, második napján is a beteg kap testsúlyához képest háromszor napjában $0.5-1$ gramm jodkálit, azzal a célzattal, hogy a kórokozót megölje vagy meggyöngítse, mielőtt még szorosan kapcsolódott volna a beteg szervezet sejtjeihez. Későbbi adagolásának már nem tudnék nagyobb jelentőséget tulajdonítani, a miért a 2., illetőleg 3. naptól már áttérek a mindenképp legalább is ártalmatlan china-főzet alkalmazására és a hyperpyrexianak, mely a szívet bántja, az ugyancsak mindenképp ártalmatlan salicyl-készítmények kisebb, de gyakoribb adagjaival való leküzdésére. A jodkálinak az első napon való adagolása semmiképp sem praejudikál annak, hogy az orvos, ha szükségesnek látja, a beteget serummal is kezelje.

Épp ily fontosnak, talán még fontosabbnak tartom a jodkáliumot a környezet védelmére. Az általam már két év előtt ajánlott álarcs értéke vitás. Kiterjedt alkalmazása egyébként az anyaghiány miatt is kivihetetlen és, még ha szemüveggel kombináljuk is, csak külsőleg véd, úgy hogy ha elegendő lenne is az orvos védelmére, a beteg környezetének megvédésére nem alkalmas, mert hiszen kivihetetlen, hogy a beteg környezete, ápolónője, napokon keresztül éjjel-nappal maszkot viseljen. Én tehát úgy igyekezem a környezetet megvédeni, hogy jodkáliumot szedetek vele. Minthogy az idej járvány az 1918. évitől eltérően elég gyakran megtámadja a gyermekeket, ezeknek is, amennyiben nem különíthetők el, jodkáliumot adok: 1 évesnek 0.02 , 2 évesnek 0.03 , 3-4 évesnek 0.04 , 5 évesnek 0.05 , 8 évesnek 0.10 , 10 évesnek 0.20 grammot háromszor napjában vízes oldatban. Felnőttek háromszor napjában 1 grammot kapnak vízes oldatban. Kivételnek a strumások és az idiosyncrasiások. A jodnátha nem ellenjavallat, sőt mint már fentebb kifejtettem, előnyös. Érzékeny bőrű emberek az orrnyílásokat a nátha okozta felmaródás ellen valamilyen indifferens kenőccsel védhetik. Én a magam személyes védelmére naponta $3-5$ gramm jodkálit szedek, sem maszkot, sem toroköblítést nem használok.

A hatásmód feltüntetésére legyen szabad egy-két szóval ismertetni megfigyeléseimet. F. J. ügyvéd megbetegszik enyhe tünetek közt, másnap felesége és nevelőnőjük is. A nyolcz éves gyermeket elkülönítés céljából rögtön elküldik egy orvos-sógorukhoz. Ugy az asszony, mint a nevelőnő magas lázúak (40°). Az asszony azonnal kap 40 cm⁵ mul-

tivalens serumot, az ugyanazon forrásból fertőzött nevelőnő nem. Mindkettőn aznap este tüdőgyulladás mutatkozik. Serumra semmi javulás. Az asszony tüdőbaja súlyosabb, a nem serumozott nevelőnő könnyebb tünetek közt folyik le (jodkálit egyik sem kapott). Harmadnap az orvos-sógorhoz vitt gyermek is megbetegszik. Az orvos családja áll: a házaspárból, két gyermekből (13 és 9 évesek) és az anyósból. A házaspár prophylactice jodkáliumot szed, a gyermekek és az anyós, kinek nagy strumája van, nem kapnak jodkáliumot. A két gyermek és az anyós spanyol lázba esnek. A jodozott orvos és felesége egészséges marad, noha az orvos felesége a betegek önfeláldozó ápolása miatt (ismételten csókolgatta őket) nagyon ki van téve a fertőzésnek. Számos más esetben, a mely magasabb lázzal indult, 24 órai jodozás alatt a láz csökkent és az egész körlefolyás enyhe lett, viszont számos könnyű esetben ($37.2^{\circ}-37.3^{\circ}$ hőmérsék), ahol nem volt mindjárt okom felvenni, hogy spanyol megbetegedéssel állok szemben és ahol nem adtam jodot, a hőfok másnap vagy harmadnap felszökött 39° -ra és a többi kísérő körülmény is súlyosabb megbetegedés körképét adta. Jodozott eseteim közül eddig még egy sem kapott tüdőlobot vagy más súlyos szövödményt.

* * *

A szóban forgó betegség ellen nincs specificumunk. Az összes eddig ajánlott gyógyszerek és kezelésmódok mellett voltak könnyen, nehezen és sehogy sem gyógyuló esetek. Nem áll tehát senkinek sem jogában egy újabb gyógyeljárást eleve visszautasítani.

Nem állítom, hogy a jodkálium a betegség specificuma; de valamint nem volna tudományos eljárás az elért látszólagos eredményeket positivumként elfogadni, épp úgy nem volna tudományos eljárás minden eredményt a szerencsés véletlennek tulajdonítani.

Én a jodkáliumot a betegség legkezdetlegesebb szakában a szervezet méregtelenítésére egyrészt és másrészt a környezet védelmére a fertőzés ellen ajánlom.² Erre feljogosít kedvező tapasztalataimon kívül az eljárásnak úgy észszerű, mint ártalmatlan volta.

Ha egyes esetekben a várt jó eredmény el is maradna, még ebből sem következnek, hogy a módszer értéktelen, mert más betegségekben is az általánosan elfogadott specificumok, valamint a védőoltások használata mellett is elég gyakran elmarad a kívánt eredmény.

Az eljárás valódi értékét csak akkor lehet kellőképp elbírálni, ha többen, nagyobb anyagon kipróbálták.

Erre annál is inkább kérem az ügy érdekében kártársaimat, mert eddig követett eljárásaink ugyancsak tapogatózóak és nem kielégítőek.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A pylorus-fekély, illetőleg pylorus-szűkület miatt végzett gastroenterostomia után beálló zavarok okát F. Ehrlich (Stettin) abban keresi, hogy a gastroenterostomia nyílásán át nagymennyiségű epe jut állandóan a gyomorba; az epe már most — a mint Glaessner vizsgálataiból tudjuk — a gyomor sósavtermelését tetemesen csökkenti, a mi idővel gastritisre vezet. A gastroenterostomia műtétét tehát úgy kellene módosítani, hogy az epe ne folyhasson könnyen nagy mennyiségben a gyomorba. A Roux módszere ilyen, csak hogy aránylag nagyon veszélyes beavatkozás. A szerző szerint könnyen elérhető a jelzett cél, ha az enterostomosisis gastroenterostomiát olyaténképpen módosítjuk, illetőleg egészítjük ki, hogy a jejunum odavezető kacsát a gastroenterostomia

² Azt hiszem nagyon érdemes volna az eljárást más heveny fertőző betegségek első napján, vagy talán még inkább a prodromális időben szintén megkísérleni.

és az enteroanastomosis közötti részen fascia-csíkkal leszorítjuk. Ezzel elérjük azt, hogy az epe az enteroanastomosis nyílásán át jut a bélbe és nincs alkalma könnyen a gyomorba folynia. A jelzett leszorítás továbbá a circulus vitiosus is szinte lehetetlenné tenné. Minthogy a gastroenterostomia után a zavarok csak nagyon későn szoktak jelentkezni, az ajánlott módszer eredményes voltáról csak hosszú idő multával győződhetnénk meg. Ezért a szerző azt ajánlja, hogy olyan esetekben, a melyekben gastroenterostomia után nagyfokú zavarok jelentkeznek, a relaparotomia alkalmával egyszerűen szorítsuk le a jejunumot fascia-csíkkal és ha még nem történt volna, végezzünk enteroanastomosist. A szerző felvételének helyessége esetén ilyenkor úgyszólván tüstént meg kellene szűnniök a zavaroknak. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 1. sz.)

Gyermekorvostan.

Anyatejjel átvitt gyógyszer által okozott exanthemákról (Brustkindtoxidermien) értekezik *E. Hoffmann* (Bonn). Csupán egy kiterjedt bromexanthemat látván szopós csecsemőn, felveti a kérdést, hogy miért látjuk oly ritkán az anyatejjel átvitt gyógyszerek által okozott exanthemákat, midőn egyrészt tudvalevő, hogy egész sora az orvos-szereknek (brom, jód, kéneső, arsen stb.) az anyatejjel átjut a csecsemő szervezetébe, másrészt a gyermekkorban kifejezett a hajlandóság a toxidermiára. Az irodalomban csak szórványosan talált eseteket; körkérdést intézett tehát gyermekorvosokhoz és bőrgyógyászokhoz; az eredmény az, hogy csak a legritkább esetekben észleltek toxidermiát szopós csecsemőkön. E ritka előfordulás magyarázatát a következőkben véli megtalálni: 1. Szoptatós anyák, tartván attól, hogy kisedüknek árthatnak, a gyógyszerektől lehetőleg tartózkodnak. 2. A gyógyszerek az anyatejjel rendszerint igen kis mennyiségben választatnak ki. 3. Szopós csecsemők ily irányban sokkal kevésbé érzékenyek, mint serdültebb gyermekek. Végül valószínűnek tartja azt is, hogy sok esetben az orvos nem ismeri fel a bajt, ezért ajánlja, hogy minden sajátságosabb, valamely megbetegedés körképébe bele nem illő dermatosis esetében gondoljunk az anyatejjel átvitt gyógyszer által okozott exanthemára. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 37. sz.)

Benedek Elek dr.

Az anyatejnek a háborús viszonyok által okozott lelki izgatottságon alapuló kisebb értékéről értekezik *Hotzen* számos megfigyelése alapján. Kimutatja először is, hogy a háborús viszonyok következtében Németország egyes részeiben a szoptatás elterjedtebbé és a szoptatási idő hosszabbá vált. Ennek oka egyrészt az, hogy a gyermektápszerek, a tej nehezebben voltak beszerezhetőek, másrészt a szoptatási praemiumok emelkedtek. Nem tudja *W. Kaupe* adatait saját feldolgozott anyagával megerősíteni, a mennyiben a csecsemőgondozó és tanácsadó helyeken 400 gyermekre vonatkozó feljegyzések sokkal jobb eredményekről számolnak be, mint az 1913. békeévről való, szintén 400 gyermekre vonatkozó adatok. A mi az altstadti kórházban ápolt, dajkától táplált gyermekek fejlődését illeti, azok sem mutatták azokat az eredményeket, a melyeket *Kaupe* talált. Azt hiszi, hogy a tej összetétele és mennyisége nem változott a háború okozta izgalmak folytán. (Monatschrift für Kinderheilkunde, XV. kötet, 7. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

A csecsemők pylorospasmusának körképét bővíti néhány megfigyeléssel *H. Finkelstein*. Mint ismeretes, bonczolástanilag jellemző a pylorus-izomzat hypertrophiája, mégis egyes szerzők szólnak „essentialis“ pylorospasmusról is, midőn a jellegző tünetek normalis anatómiai viszonyok mellett állanak fenn. *Finkelstein* tagadta előbb a „dualismusos felfogás“ helyességét, azonban nemrég maga észlelvén oly esetet, melyben a pylorospasmus minden tünete kifejezetten megvolt, de a bonczoláskor hypertrophiát egyáltalán nem találtak, meggyőződött, hogy „egyszerű pylorospasmus“, vagyis olyan alak, mely klinice a hypertrophiástól egyáltalán nem különbözik, hypertrophiával azonban nem jár, előfordul,

de nagyon ritkán. Teljesen önkényesnek tartja azonban azt a felfogást, hogy műtét nélkül, diéta kezelésre gyógyuló minden pylorostenosist egyszerűen spasmusnak tekintsünk.

Az izom-hypertrophia pathogenesiséről három felfogást ismertet: 1. primaer hypertrophia, 2. primaer pylorospasmus az izomzat másodlagos hypertrophiájával, 3. a primaer hypertrophiás pylorus spasmus. Véleménye szerint legvalószínűbb a harmadik, azonban ez esetben rejtély marad, miért nem találunk gyakrabban hypertrophiás pylorust oly zsenge korú csecsemőkön, a kiknek kórelőzményében hányás nem szerepel.

Végül a therapiára vonatkozólag ajánlja, hogy kis táplálékmenyiségeket adjunk koncentráltan (például higítatlan fehérjetejet); komolyan figyelmeztet a hosszabb éheztetés igen nagy veszélyére. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 32. szám.)

Benedek Elek dr.

A gégediphtheria egy hallgatózási tünetéről ír *W. Hesse*. Sok esetben tapasztalta; hogy úgy a stridorosus légzéssel, nyak- és mellkas-behúzódással járó, mint a stenosisos tünetek nélküli gégediphtheriában a gége táján, gyakran a trachea felső részén is a normalis hörgi légzésnek sajátságos megváltozása hallható, a mely a légzési hang rendkívül érdességében és hangosságában nyilvánul. E különbség igen feltűnő és különösen akkor kifejezett, ha a normalis gégehallgatózási hangjával hasonlítjuk össze. A szerző gégediphtheria eseteiben a hang megváltozásának okát nem a gége szűkületében, hanem az *álhártya érdességében* keresi.

Ezen hallgatózási tünet segítségével sikerül a gégediphtheria okozta rekedtséget elkülöníteni a sokkal gyakrabban előforduló laryngitis catarrhalis által okozott rekedtségtől, a mi eddig csak a nem éppen veszélytelen és körülményes laryngoskopiás vizsgálattal vagy a köpetben a diphtheria-bacillus kimutatásával volt lehetséges.

A larynx és trachea auscultációjával nem csupán a gégediphtheriát lehet felismerni, hanem torokdiphtheria esetében is felvilágosítást kapunk arról, vajjon a kísérő rekedtség jóindulatú hurutos gégelob, vagy szövődmenyes, esetleg tracheotómiát javáló gégediphtheria következménye. Ugyanis a larynx hallgatózása acut és chronikus hurutos laryngitis és tracheitis eseteiben még akkor is, ha a felső légutak hurutja a garatdiphtheria kísérő tünete, a rendestől eltérést nem mutat.

Az auscultációt legcélszerűbb mély be- és kilégzéskor végezni, de figyelembe kell venni ama physiologiás körülményt, hogy a felnőttek gégelégzése hangosabb, mint a gyermekeké.

A gége hallgatózásának legalkalmasabb helye a gége oldalsó része; ha a diphtheriás folyamat a tracheára is leterjedt, a stethoskopot a gyűrűporczra, illetőleg a trachea felső porczaira is lehet helyezni.

A hallgatózást lehet végezni egyszerű stethoskoppal, de még előnyösebb a phonendoskop használata, mert ezt pontosabban lehet a gége helyezni és a betegnek sem okoz a nyomással kellemetlenséget. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 33. szám.)

Erdélyi János dr.

Szemészet.

Az ép és a beteg szembogár reakciója a farados áramra. Hogy a szivárványhártya a farados áramra reagál, régen ismeretes. A vizsgálatokat kísérleti állatokon végezték oly körülmények között, melyeket élő emberen utánozni nem lehet. Hogy az ép és a beteg pupilla a farados és galván árammal szemben miképpen reagál, arra nézve összefüggő vizsgálatok egyáltalában nincsenek. *Ruttin*-t ennek a kérdésnek tanulmányozására az vitte reá, hogy egy beteg nő kereste fel azzal a panásszal, hogy a bal pupillája tágabb, mint a jobb és hogy ezzel a szemével közelbe rosszul lát. Pilocarpin-cseppeket szokott használni, melyek a pupillát akadálytalanul megsűkítik. A pupilla pilocarpin-hatás nélkül igen tág és teljesen merev. Az aetiológiát kideríteni nem sikerült, a Wassermann-reactio negatív. A szerző gyenge (15—20 Volt) árammal farados ecsetet helyezett vagy a csukott

felső, vagy az alsó szemhéjra és arról győződött meg, hogy a pupilla rövid időn belül erélyesen megszűkült, egy ideig szűk maradt és azután lassan újból kitágult. Kísérleteit azután ép pupillákön folytatta és azt találta, hogy a normalis pupilla gyenge farádós áramra nagyon kevésbé reagál; ez a reactio az áram behatásának kezdetén a pupilla csekély tágulásában nyilvánul, majd azután ugyancsak csekély ingadozások jelentkeznek, míg végül csupán kissé kitágult pupillánál helyreáll az egyensúly. Mindkét pupilla egyneműen reagál; az, a mely közelebb fekszik az áram behatásának helyéhez, valamivel jobban. A reactio legkifejezettebb, ha az áram az alsó szemhéjra át kerül oda. Hogy a reactio psychés sympathicus reactio volna, alig lehet feltételezni, mert az áram érzéki benyomása igen gyenge, a pupilla-tágulás az áramnak egész behatás-ideje alatt tart és a reactio annál erősebb, minél közelebb a szivárványhártyához jut be az áram. Ezután kórosan megváltozott pupillákön kísérletezett, így kétoldali oculomotorius-bénulásnál, tabes anisocoriánál, aránylag tág pupillákkal, tabesnél, kissé elhúzódtott középtág pupilláknál, baloldali oculomotorius-bénulásnál és sympathicus-paresisnél, melynél *Horner* tünet-csoportja kimutatható volt (enophthalmus, csekély fokú ptosis és pupilla-tágulás). A kísérletekből általában azt a következtetést lehet levonni, hogy a kórosan tág pupilla az áram okozta izgatás folytán megszűkül, ha a bénulás oka a centrum felé fekszik, hogy ez a befolyás azonban nem nyilvánul meg, ha a bénulás, esetleg az izgalom helye, peripheriás elhelyezésű. A pupillának ezt a magatartását differentialis diagnostikai tekintetben értékesíteni lehet, nevezetesen annak az eldöntése érdekében, vajjon atropin-pupillával van-e dolgunk, vagy pedig bénulásos pupillával. A szerző annak a nézetének ad kifejezést, hogy az áramnak az ideg végszerveire való hatásáról és nem csupán az izomra való egyenes reakcióról van szó, mert nagyon nehezen volna megérthető, miért reagálna a normalis izom rosszabbul, mint a bénult. Úgy látszik, hogy a pupilla a galván árammal szemben hasonló magatartást mutat, mint az indukált árammal szemben, erről azonban egyelőre bizonyosat nem tudunk. (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1919, XLI. kötet, 3—4. füzet.) *H. K.*

Conjunctivitis erythema multiforme mellett. Az erythema exsudativum multiformét apró periferiás, gyorsan nagyobbodó, vörös, kissé kiemelkedő foltok jellemzik, melyek közepükön rendszerint vöröses-kékes elszíneződés közben visszafejlődési tüneteket mutatnak, míg a foltok kerületi része világos piros. Az apró foltokból papulák, csomók, sőt hólyagcsák fejlődhetnek. Nagyobb csomók vérrel átívódást mutathatnak. Kedvencz székhelyük a kéz háta és az arc, másodsorban a könyök, az alkar, a térd és a lábszár, főleg a feszítő felületen. A száj és a torok nyálkahártyája is megbetegedhetik, de a vulva és a kötőhártya nyálkahártyájának megbetegedése a nagy ritkaságok közé tartozik. *Bergmeister* betegén lázas tünetek között néhány napon belül számtalan, gyorsan nagyobbodó, vörös folt keletkezett, különösen a karokon és a lábszárakon. A száj nyálkahártyáján csak néhány kissé gyanús hely volt. Mindkét szemén jól kifejlődött a bulbaris kötőhártyának és a conjunctivalis szövetnek a megbetegedése, míg a szemhéj-kötőhártyán és az áthajlási redőkön említésreméltó változás nem látszott. Váladék, fényiszony hiányzott. A megbetegedés tehát a bulbaris kötőhártya szemrés-területére szorítkozott, a conjunctivalis vérerek háló-szerűen élénk pirosan belöveltek. A szaruhártya széléhez közel a kötőhártyát egy csoportja a köles nagyságú, üvegszerű csomócskáknak emelte fel, melyek felett az epithel változatlan volt. Orvoslás: natrium salicylicum. A kötőhártya baja minden helyi orvoslás nélkül, visszaesés nélkül meggyógyult.

A kötőhártya megbetegedése kétségtelen differentialis diagnostikai tüneteket mutat az egyszerű kötőhártyagyuladással szemben. Ezek a tünetek: a váladék és minden subjectiv tünet hiánya, továbbá a megbetegedésnek tisztán a scleralis kötőhártyára kiterjedése; a kötőhártya üvegszerű, oedemás külsejű és csomóképződést mutat; a felületes és mély vér-

erek belöveltek. Minthogy a szem megbetegedése egyszerű másszor az első tünet, mely a bőrkiütést néhány nappal megelőzheti, helyénvaló, hogy a kötőhártya olyan góczszerű megbetegedés esetén, melyet klinikailag nehezen oszthatunk be valamelyik csoportba, a bőrt és a nyálkahártyákat különös figyelemmel és ismételt megvizsgáljuk. Megeshetik, hogy a baj csupán a nyálkahártyákra szorítkozik. (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1919, XLI. kötet, 1—2. füzet.) *H. K.*

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1920, 5. szám. Hasenfeld Artur: A megkopogtatott kulcsosont transsonantiája. A tüdőcsúcsok állapotának vizsgálatára szolgáló eljárás. **Stein Lajos:** Kankós szövödmények intravenás vaccinatiója. **Navratil Dezső:** Az orr- és gégegyógyászat egyetemi tanításának kérdése.

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. *Th. Wyder*, a zürichi egyetem gynaeologia-tanára, nyugalomba vonul. — *R. Sievers* docent a leipzig egyetemen a gyermekkori sebészet rendkívüli tanárává nevezték ki.

Meghalt. *H. Müller* tanár, a zürichi belgyógyászati poliklinika volt igazgatója, 71 éves korában. — *Sir Thomas Fraser*, a hírneves pharmacologus, 79 éves korában Edinburgban.

Appendicitis-statisztika. Németország gyógyintézeteiben 1916-ban 33.336 appendicitis-esetét kezeltek (az 1914. évi 46.789-czel szemben). Műtét 17.134 esetben történt. Meghalt összesen 1416, ezek közül 897 operált; a műtét eseteknek 5,24%-a végződött tehát halállal.

Kiseb közlemények az orvostudományok köréből. Az *ostitis cystoplastica*, úgy mint a *leontiasis ossea* és a *Paget*-betegség, *O. Hamann* szerint részjelensége a hypophysis hiányos működésének; e fel-fogás értelmében egy esetben kísérletet tett hypophysis-tablettákkal; naponként 3-szor két tablettának (egyenként 0,3 hatóanyaggal) hosszabb idei használat után tetemes javulás állott be. (Medizinische Klinik, 1920, 3. szám.) — *Holzknicht* felhívja a figyelmet arra, hogy sok esetben nagyon előnyös a hasnak álló helyzetben való palpációját. (Mediz. Klinik, 1920, 3. szám.) — *A Guarnieri-testecskék*, a melyeket a himlőre jellegzetesnek tartanak, *Hammerschmidt* vizsgálatai szerint nem mások, mint a kórokozó által a cornea és a bőr epitheljére gyakorolt hatás folytán megszaporodott és a sejt plasmájába kilépett megváltozott nucleolusok. (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 89. kötet, 1. és 2. füzet.)

Lapunk mai számához a *Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serum-intézet R.-T.* Budapest, VI., Teréz-körút 31, *Polyvalens „Grippe“-Serum*-ról szóló prospectusa van mellékelve.

Orvosok

kik kérdőívünket nem kapták meg, méltóztassanak telefon vagy levelező-lap utján reklamálni.

Magyarország Orvosainak Évkönyve
Budapest, VII., Kertész-u. 16.
Telefon József 106—47.

Városmajor-Szanatorium és Vizgyógyintézet

Részvénytársaság. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon 88—99
Ujonnán átalskítva Dr. zágoni Mezey Andor igazgató és főorvos vezetésével. Vizgyógyintézet; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és fenyőfürdők, massage, hőlég-kezelés bejáróknak is. Quarz és Röntgen. Hízaló- és soványító kurák. Auto.

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

Bőrgyógyító és kosmetikai intézet
Dr. JUSTUS kórházi főorvos

IV., Ferencz József-rakpart 26. Telefon József 56—76.

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

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 kibővítvé. Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rabclozky. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Dr. KENDE ZSIGMOND

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

Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

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

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

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

Szülészeti osztály (bentlakó szülészorvosokkal és két bentlakó osztályos orvossal). Sebészeti. Nőgyógyászati. Belgyógyászati. Röntgen- és orvosi laboratorium bejárók részére. Elsőrangú ellátás. Diätikus- és fizikoterápiák. Jól működő központi fűtés és melegvízellátás. Villamos megálló: Retek-u. (Trombitásnál).

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárospárd 47° C forrásaival Termális és fizioterápiás 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.

Kivánatra prospektus.

Kivánatra prospektus.

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

PÁLYÁZATOK.

576/1920. szám.

Jásznagykúnszólók vármegye jársági alsó járás Nagykörű községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, továbbá a háborús pótlékok. Tartozik a megválasztott orvos a törvény és rendeletek által reábizott teendőket végezni. A pályázati határidőt 1920. január 25. napjában állapítom meg, mely időig kellően felszerelt kérvények hozzám beadandók.

J á s z a p á t i, 1920. január 26.

A h. főszolgabíró.

577/1920. szám.

Jásznagykúnszólók vármegye jársági alsó járás Jász-Szentandrás községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 500 korona lakbér, továbbá a háborús pótlékok. Tartozik a megválasztott orvos a törvény és rendeletek által reábizott teendőket végezni. A pályázati határidőt 1920. évi február 25. napjában tűzöm ki, mely időig a kellően felszerelt kérvények hozzám beadandók.

J á s z a p á t i, 1920. január 26.

A h. főszolgabíró.

578/1920. szám.

Jásznagykúnszólók vármegye jársági alsó járás Jászkisér községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 500 korona lakbér, továbbá a háborús pótlékok. Tartozik a megválasztott orvos a törvény és rendeletek által reábizott teendőket végezni. A pályázati határidőt 1920. évi február 25. napjában tűzöm ki, mely időig a kellően felszerelt kérvények hozzám beadandók.

J á s z a p á t i, 1920. január 26.

A h. főszolgabíró.

579/1920. szám.

Jásznagykúnszólók vármegye jársági alsó járás Besenyszög községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 500 korona lakbér, továbbá a háborús pótlékok. Tartozik a megválasztott orvos a törvény és rendeletek által reábizott teendőket végezni. A pályázati határidőt 1920. évi február 25. napjára tűzöm ki, mely időig a kellően felszerelt kérvények hozzám beadandók. Az 5000 lakosú községnek gyógytára van.

J á s z a p á t i, 1920. január 26.

A h. főszolgabíró.

580/1920. szám.

Jásznagykúnszólók vármegye jársági alsó járás Tiszasüly községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 800 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér, továbbá a háborús pótlékok. Tartozik a megválasztott orvos a törvény és rendeletek által reábizott teendőket végezni. A pályázati határidőt 1920. évi február 25. napjára tűzöm ki, mely időig a kellően felszerelt kérvények hozzám beadandók. A községben gyógyszerár, több nagybirtokos és gyógyfürdő van.

J á s z a p á t i, 1920. január 26.

A h. főszolgabíró.

351/1920. sz.

Sajószentpéteri járásban üresedésben levő bánhorvati **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz jelenleg Barczika, Ivánka, Vadna, Sajóvelezd, Nagybarcza, Bánfalva, Bánhorvát, Bántapolcsán, Dédes, Malyinka, Tardona községek tartoznak.

A körorvos javadalma az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 10. és köv. szakaszaiban van megállapítva. A látogatási díjakat Borsodmegye szabályrendeletileg állapította meg.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 1. éig annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást később kitűzendő időben a bánhorvati községhezán fogom megtartani.

A megválasztott orvos állását tartozik azonnal elfoglalni; bármely községben vehet fel ideiglenesen lakást.

Sajószentpéter, 1920. január hó 23.-án.

Maklár, főszolgabíró.

Dr. NEUMANN Wassermann laboratoriuma

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

GONDOLJUNK
MINDENKOR
LUESRE!

Vérvételhez steril üvegcskéket kívánatra küldök.

Orvos kerestetik

ki kosmetikával foglalkozik, egy jövedelmező eljárás Magyarországon való bevezetésére. Ajánlatok „Kosmetik 4843.” I. Danneberg, Wien I., Singerstrasse 1. címre kéretnek.

Orvosi könyveléshez szükséges Napló

még 50 példány raktáron! 360 üres, vonalzott, kelettel ellátott oldal, finom papír, kemény kötés, háboru előtti gyártmány. Oldalnegyság 20/12 cm. Ára példányonként 25 kor., ajánlott küldéssel 28 kor. Telefonon is megrendelhető.

„Petőfi” Irodalmi Vállalat Budapest, VII., Kertész-u. 16. Tel. József 106-47.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

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

Ezelőtt II., ker., Margit-körút 45.

Új telefonszám 58-97.

DR. WANDER-FÉLE

Maláta-leves kivonat

(Dr. Keller módszere szerint.)

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

MÁTÉ MIHÁLY orvosi
műszerész

Budapest, IV. ker., Muzeum-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 egyenestartók.
 Összes nőgyógyászati, szülészeti műszerek. Kifőzhető békeminőségű
 Rekordfecskendők.

**Az influenza komplikációi ellen
figyelmet érdemelnek az autovaccinás oltások!**

A vaccinat a beteg köpetéből elkészítjük és annak töménységét a betegség foka
 szerint szabályozzuk. **Therapiai kezelésre** ajánljuk az állandóan frissen ter-
 melt, **inaktivált lóserumot**; már előzetesen serumozott egyé-
 tisztta neknel ugyanilyen számár serumot.

JENNER-PASTEUR INTÉZET LABORATORIUMA

Budapest, IV., Havas-utca 7. Telefon: József 2-04.

Biztos védelem

spanyol nátha ellen a

Fodormenta-Lysoform-mal

való száj- és torok-öblögetés.

MESTERSÉGES

FMSI-PASZTILLA**WESELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES**
ÉS TÁRSÁ UTÓDA

BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TÉR 1.

Orvosi műszer, kötszer és művegtaggyár. Betegápolási cikkek, haskötők,
sérvkötők, kórházi vasbutorok stb. raktára.**DENTAL- FINGER FRIGYES TELEFON**
DEPOT Budapest, VI., Hajós-utca 41 16-49Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban.
Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratóriumok beren-
dezését, valamint e szakba vágó összes műszerek javítását
elvállalom. — **Elektromedikai és mechanikai műhely.****GUAJACOL-GLOMA**

DR. WANDER

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 cikkek gyára

BUDAPEST,

VI. ker., Révai-utca 12. szám.

ROBOFERRIN**és Roboferrin c. arsen. Erényi**

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtekéletesebben felszívódó és
kellemes ízű vaspepton-készítmény

Feltűnő eredménnyel alkalmazva ugy felnőtteknél mint gyermekeknél

Orvos uraknak mintával és irodalommal szolgál

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA“ GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VII., Károly-körút 5 ☐ Telefon: József 115-55

Heteroproteintherapia céljára legjobban javalt a

Multivalens vérsavó

spanyol láz esetekben.

Üvegek 50 ccm. adagokban, mindenkör friss lefejtésben kapható

Török József Részvénytársaság

gyógyszertára és gyógyáranyagkereskedésében

Budapest, VI., Király-utca 12. szám.

Táviratczim: Pharmtörök.

Telefon: 10-40, 110-85, 81-75, 30-78.

Dr. PÁPAY - FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.T.
VI. TERÉZ-KÖRÚT 31. TELEFON 20-19
Himlőnyirok **Meningococcus-serum** Orvosi diagnostikai laboratórium

Sulfotin

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

Arsotonin Domopón

a monomethydnatriumarse-
nat isotoniás oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jekciókhoz.
20 és 100 ampulás csoma-
golásban

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

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 tubercu-
losisnál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbiz-
ható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerterára

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerterában.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

Lysasthmin

1 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

Asthma-rohamokat prompf
koupirozza kellemetlen
mellékhatás nélkül. ☐☐☐

GLANDUITRIN

A hypophysis infundibularis részének
20%-os vizes kivonata.

A méh, véredények és a szív
tonikuma.

Szülészeti styptikum, hólyag-
tonikum.

1 cm. = 0.2 gr. friss pars infundibularis.

Tonogen Suprarenale Richter

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

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knezits-utca 15.

ALAPITOTTA
MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA
ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE.

Kiadóhivatal
IX., Knezits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ES KIADJA
LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

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

FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.
Küldemények és előfizetések címe
Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele
Pesti Alfréd "PETÓFI" Irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:
1919 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.

TARTALOM.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Zuntz-Löwy: Lehrbuch der Physiologie des Menschen.
— Lapszemle. Belorvosstan. Roepke: Friedmann-féle szer. — Sebészet. Labbé: A dia-
betes sebészete. — Gyermekorvosstan. Rohr: „Glaucoma infantile és diathesis exsuda-
tiva.” — Niemann és Kütke Foth: Az influenzajárvány a csecsemőkorbán. — Veneres
betegségek. W. Kollé: Adatok az ezüstsalvarsanról. — Szemészet. Jickeli: Adatok az
ophthalmoblenorrhoea kezeléséhez parenterális tejbefecskendezésekkel — Kisebb köz-
lések az orvosgyakorlatra. Ullmann: Pediculosis capitis. — Laxogran. 79—81. lap.
Magyar orvosi irodalom. 81. lap.
Vegyes hírek. 81. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Szontagh Felix: A diathesisek manifestációi csoportosításban. 73. lap.
Weisz Ármán: Közlemény a magyar tudomány-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igaz-
gató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. rendes tanár.) Adatok a központi idegrendszer
influenzás megbetegedéséhez. 75. lap.
Hollaender Hugó: Az immunitási állapot meghatározása, a „prognostikai index” és
immunizáló eljárás a gümőkór prophylaxisában és gyógykezelésében. 76. lap.
Hoór Károly: Nestlinger Miklós dr. † 78. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A diathesisek manifestációi csoportosításban.

Irta: Szontagh Felix dr., egyetemi rk. tanár.

Az alábbi összeállításban a diathesises megnyilvánulások közé iktattam még néhány olyan klasszikus tünetet, mely, sajátságos, mások táblázatában nem fordul elő.

Ezek: tussis convulsiva, coryza convulsiva, chorea minor, epityphlitis, meningitis tuberculosa, laryngitis crouposa, diphtheria és végül scarlatina égés, lúgoldattal történt mérgezés, hólyaghúzó tapasz alkalmazása, trauma, műtét, szülés, influenza, seruminjectio után és purpura. Mindmegannyi hatalmas, anaphylaxia-természetű — chemiai és biológiai allergiás — manifestatio.

Az I-sel jelzett kör jelenti az exsudativ, catarrhalis, eosinophil diathesist normalis, erethicus vagy pastosus habitussal.

A II-sel jelzett kör a lymphás-hypoplastikus diathesise normalis vagy pastosus habitussal.

A III-sal jelzett kör területe jelenti a neuro-arthritis diathesist normalis, erethicus, pastoso-torpid avagy plethorás habitussal, bőrtüneteknek belső krízisekkel váltakozó típusos alternálásával.

Ennek a III. körnek a megismerése megállapítja tehát azt a rendkívül nagyjelentőségű tény, hogy látszólagosan egészen heterogen tüneteknek (betegségeknek) igen is van közös kiindulási alapjuk. Ennek a lényeges komponensei: az anyagforgalom, az idegrendszer és az össz-szervezetnek a normalisnál jóval fokozottabb reactiója, a mit én már évekként ezelőtt felismertem s a miről következő dolgozatomban tanuskodik: F. Szontagh: Sensibilisationserscheinungen und Ueberempfindlichkeitsreactionen. Jahrb. f. Kinderheilk., 78. köt., 5. füz. Végtelenül nagy elégtételre szolgál ma látnom, hogy a legújabb felfogás igenis erősíti már régebben kifejtett álláspontomat ezeknek a nagy problémáknak a jelentőségéről és magyarázatáról. Felfogásom kialakult a kiserleti anaphylaxiáról szóló búvárlati eredmények alapján, elsősorban is Friedberger-nek, ennek az élesesű és vezető búvárnak dolgozatai nyomán. Az anaphylaxiát illető kiserleti eredmények hatalmas erősítést nyerne a klinikai megfigyelésben. Annak a felismerése például, hogy a meningitis basilaris minimalis anatómiai elváltozásokkal és a laryngitis crouposa minimalis avagy negativ lelettel, illetve ilyenek dacára a klasszikus klinikai tünetek között absolute halálos lefolyás chemiai avagy biológiai allergiás anaphylaxiaszerű manifestatio, nem volt nehéz, de fontos volt ezeknek a reactióknak ilyen természetű meg-

állapítása. Az a tény, hogy ezeknek a reactióknak, jobban mondva anaphylaxia-természetű manifestációjuknak helyes megítélése és értékelése ma a klinikusok köztudatába kezd átmenni a nélkül, hogy hivatkozás történnék rá, a prioritás mellőzése dacára a benső megelégedés érzetével tölt el. Valamint nem kétlem, hogy a III. körben (neuroarthritis diathesis) vannak elhintve latens energia alakjában azok a fontos tények, illetve magvak, amelyeknek kicsírázása után viruló vetés, szép fejlődés, renaissance a tudományban fog fakadni. A nagy fordulat már nem késhetik sokáig. Ki hitte volna, hogy a tussis convulsiva nem fertőzőes ragályos betegség, hanem spasmophiliás jelenség, s mint ilyen egy (a III alatti 5.-be, lásd alant) sorozatba kerül Kräpelin-nek abnormis caractereivel, avagy az aggod psychoneurosisainak depressiv állapotaival? Hiába: tudományunkban a specialis ágaknak kultiválása előnyvel és az intenzivebb behatolás miatt eredménynyel, de viszont kárral is jár az ösztudomány haladása szempontjából. Továbbmenő decentralisatio esetén az a veszély fenyeget, hogy nem látjuk meg az erdőt a sok fától.

Mindegyik kör, csakúgy mint a hogy sok tünet is, egymásba nyúl (például angina és vörheny), éles határ nélkül egymásba olvad — közös terület; azaz vannak diathesises tünetek, a melyek csak egy körön belül ülnek, vannak, melyek két kör közös területén jelennek meg (kétcentrumos manifestatio) és vannak, a melyek mind a három közös területen helyeződnek el (háromcentrumos manifestatio), jelölül annak, hogy valójában egy diathesisnek — az abnormis constitutio alakjában — a felvétele is jogosult, s hogy a körökön belül feltételezett pluricentrumos koordinált külön-különiségek (Sonderbereitschaften) fennállása több mint valószínű, már a priori is, még pedig a conditionalis gondolkodás alapján, mely nem fogad el csak egy okot, hanem csak többféle, bár egymásnak alárendelt feltételt (Hansemann) a betegségek pathogenesisében (lásd Szontagh: Problemák megvilágítása conditionalis szemlélés révén, Orvosi Hetilap, 1919).

Itt azután a következő négy variatio lehetséges: I kapcsolódik II-sel, II kapcsolódik III-sal, III kapcsolódik I-sel, és végül I, II, III kapcsolódik egymással.

Azaz: I- és II-nek vannak közös tünetei (betegségei), II- és III-nak, III- és I-nek is, végül mind a háromnak. A * illetve ** arra hívja fel a figyelmet, hogy a manifestatio kétcentrumos, illetőleg háromcentrumos tünet.

Hogy a szövegben ne legyen sok egyhangú, az áttekinthetőséget zavaró ismétlődés — a tabellaris összeállítás hátránya —, teljesen elhagytam a kor szerinti hasábos osztályozást. De erre természetesen figyelemmel kellett lennem.

Az egyes tünet neve után zárójelben fel van tüntetve a kor, a melyben leggyakrabban találkozunk vele; éles elhatárolás itt legkevésbé lehetséges, de meg nem is fontos.

Csk = csecsemő, gyk = gyermekkor, p = pubertas, fk = felnőtt, ak = aggkor.

Már most a csoportosítás a következő:

I. *Exsudativ, catarrhalis, eosinophil diathesis normalis, erethicus vagy pastosus habitussal.*

1. Tünetek a bőr részéről — exanthemák:

a) elsődlegesek: crusta lactea (csk), * prurigo (csk, gyk), * urticaria (gyk) s urticaria mint idiosyncrasia (p, fk), * Quincke-féle oedema (fk), * pruritus (ak);

b) másodlagosak (bacteriumos componensek csatlakozásától feltételezve):

eczema (csk), intertrigo (csk), abscessus (csk), * mirigyduzzanatok (gyk).

2. Tünetek a nyálkahártyák részéről — exanthemák:

a) elsődlegesek: tűnő duzzanatok és hámlás (csk), lingua geographica (csk, gyk), * asthma bronchiale (csk, gyk, p, fk), * asthmatooid bronchitis (csk, gyk, p, fk, ak), * tussis convulsiva (csk, gyk, p), * szénaláz (p, fk);

b) másodlagosak (bacteriumos componensek közrehatásától feltételezve): * coryza (csk, gyk, p, fk, ak), diphtheria narium (csk, gyk), * angina palatina et pharyngea (csk, gyk), ** scarlatina (gyk, p), * angina palatina (p, fk), * epityphlitis (gyk, p, fk), diphtheria (gyk, p), * laryngitis (csk, gyk, p, fk), * laryngitis crouposa (csk, gyk), * bronchitis (csk, gyk, p, fk, ak), * bronchitis capillaris (csk, gyk, ak), bronchopneumonia (csk, gyk, ak), * conjunctivitis (csk, gyk, ak), * blepharitis (csk, gyk, ak), vulvo-vaginitis (csk, gyk), colicystopyelitis (csk, gyk, p, fk).

3. Tünetek a belső secretiók mirigyek és szervek részéről, melyek izomzata nem engedelmessé válik az akaratnak:

pylorospasmus (csk, fk), cardiospasmus (csk, gyk) és fokozódása diverticulum-képződésig (p, fk), gyomor-bélszpaszmosok (gyk), vagotoniás gyomor- és bélszpaszmosok spasmogen ulcus pepticumig (p, fk), spastikus obstipatioig (p, fk), colitis mucosáig, illetve haemorrhagiáig (p, fk), spastikus gyomor-bélszpaszmosok, nevezetesen spastikus obstipatio colica mucosával (ak), sympathicotoniás, illetve vagotoniás szívzavarok arythmiákkal (p, fk), sympathicotoniás szívzavarok keverve coronarsclerosis tüneteivel (ak), a vérnyomás magasfokú hypertensiója szívhypertrophiával és * insufficientiával (ak), thyreotoxicus syndromák hyperglykaemiával (p), illetve súlyos Basedowig (fk), syndromák a chromaffin rendszer részéről hyperglykaemiával, a vérnyomás hypertensiójával és szívhypertrophiával (fk), eosinophilia (csk, gyk, p, fk, ak), enuresis (gyk, p, fk).

II. *Lymphatikus-hypoplastikus diathesis normalis vagy pastosus habitussal.*

1. Lymphatikus természetű tünetek:

a) elsődlegesek: túltengett tonsillák (csk, gyk, p, fk), * kezdődő mirigyduzzanatok a nyakon (csk), * mirigyek a nyakon, hónaljban, lágyékban, a tüdő- és mesenterium gyökében (gyk), többszörös mirigyduzzanatok (p, fk), * zsír- és vízforgalom zavara (csk, gyk), adenoid (gyk), a nyálkahártyák tüszőinek duzzanata (gyk, p, fk), thymus persistens (gyk, p), thymushalál (gyk, p), lymphatikus burjánzások májban és lépben (p, fk), lépduzzanat (gyk), lymphatikus vérkép (p), az általános testi és lelki constitutio debilitása (fk);

b) másodlagosak (bacteriumos componensek közrehatásától feltételezve): * coryza (csk, gyk, p, fk), * angina palatina et pharyngea (csk, gyk, p, fk), ** scarlatina (gyk, p, fk), * pharyngitis (gyk, p, fk), otitis media (gyk, fk), * diphtheria faucium, ** laryngitis crouposa (csk, gyk), * bronchitis (csk, gyk, p, fk), * bronchitis capillaris (csk), * conjunctivitis (csk), * blepharitis (csk), scrophulo-tuberculosis (gyk), esetleg komoly tuberculosis igen sok helyütt (p), * meningitis cerebrospinalis epidemica (gyk, p, fk), nephritis (gyk, p, fk), polyneuritis (p, fk), ischias vera (fk), polyarthrititis és következményei (gyk, p, fk), * chorea minor (gyk, p), kryptogenesises sepsis (fk).

2. Hypoplastikus természetű tünetek:

rigid arteriák (gyk, p, fk), arteriosclerosis (ak), * szívinsufficiencia (ak), cseppszív-képződés (gyk, p, fk), szivizomzavarok kezdete esetleg decompensatióval (fk), hosszú mellkas hegyes bordaszöggel (p, fk), karcsú, ki nem elégítő növekedés (p), hasi szervek ptosis (fk), genitálék fejletlensége (p), a genitálék funkciójának korai megszűnése (fk), hiányos szövet (fk), korai arteriosclerosis (fk), korai emphysema mint annak a következménye, hogy a mellkas ruganyos elemei és porcjai veleszületett alapon elégtelenek (fk), infantilis magorvadás (gyk), idiotia familiar. amaurot. (gyk), Friedreich-féle ataxia (gyk) és másféle elsődleges endogen természetű kötegmegbetegedések a középponti idegrendszerben kimerültség következtében (gyk, p).

III. *Neuroarthritises diathesis normalis, erethicus, pastosus-torpidus avagy plethoras habitussal, bőrtüneteknek belső krízisekkel váltakozó típusos alternálásával.*

1. sorozat. Zavarok az anyagforgalomban:

labilis testsúly (csk), labilis temperatura (csk), erős ingadozások a só- és víztartalomban (csk), abnormis soványság, avagy abnormis kövérség (gyk, p, fk), periodusos aceton-aemiás hányás (gyk), febris e causa ignota (gyk, p), uraturia (gyk, p, fk), phosphaturia (gyk, p, fk), acetonuria (gyk), glycosuria (gyk), cystinuria (fk), alkaptonuria (fk), oxalaturia (fk), köszvény (fk, ak), vese- és hólyagkövek (gyk, p, fk), epekövek (fk), diabetes (gyk, p, fk, ak), arteriosclerosis (fk, ak), arteriosclerosis vesezsugor (fk, ak), otosclerosis (fk, ak), praesenilis cataracta (fk), cataracta (ak), glaukoma bizonyos alakjai (fk), glaukoma (ak).

2. sorozat. Arthritises elváltozások:

idősült, avagy recidiváló izomrheumatismus (lumbago, torticollis etc.) s arthritis chronica deformans, malum coxae, Haberdent-csomók stb. (fk, ak), nők arthritise a klimakteriumban (fk).

3. sorozat. Bőrmegbetegedések:

impetigo (gyk), * eczema (csk, gyk, p, fk, ak), * urticaria (csk, gyk, p, fk), * prurigo (gyk), * hyperidrosis (gyk), * pernio (gyk, p, fk), seborrhoe (p, fk), acne (p, fk), furunculosis (p, fk), psoriasis (p, fk), neurodermitis (p, fk, ak), lichen simplex (p, fk), * Quincke-féle oedema (p, fk), * pruritus (ak).

4. sorozat. Psychopathiás zavarok, ideges zavarok, idiosyncrasiák, azaz kémiai vagy biológiai allergiák, utóbbiak nagy számmal és változatban:

szellemileg izgatott, azaz csudagyermek (csk), túlérett, neveletlen, alig szenvedhető ú. n. milieu-gyermekek (gyk), különczök (p), egyének, kik szellemi fejlődésükben megállapodnak és a hozzájuk fűzött reményeket nem tudják beváltani egyirányú tehetségüknél fogva (fk), depressió állapotok psychoneurosisoknál (fk, ak), Pfaundler heterodystrophiája (csk), neuralgiák (gyk, p, fk, ak), hysteria (gyk, p, fk), neurasthenia (p, fk), pavor nocturnus (gyk), habitualis fejfájás (gyk, p, fk), hemikrania (gyk, p, fk), nagyfokú masturbatio (gyk, p), sexualis eltévedések (fk), * asthma (p, fk), idiosyncrasia tápszerek és szagok iránt (gyk, p, fk), hajlam nagyfokú anaphylaxiára = serumbetegség (gyk), * szénaláz (p, fk), meningitis tuberculosa (csk, gyk), * meningitis cerebrospinalis epidemica (gyk, p, fk), ** laryngitis crouposa (csk, gyk), * epityphlitis (gyk, p, fk), ** scarlatina (gyk, p), scarlatina égésre (gyk), lúgmérgezésre (gyk), műtét után (gyk), traumára (gyk), seruminjectióra (gyk), influenza után (gyk), szülés után (fk), mustárpapír alkalmazása után (fk), malaria után (fk), purpura, diphtheria malaria után (fk), morbilli scarlatina után (gyk), orbáncz influenza után (fk), tuberculosis kanyaró után (gyk).

5. sorozat. Spasmophilia:

eclampsia (csk, gyk), laryngospasmus (csk, gyk), tetania (csk, gyk), * chorea minor (gyk, p), pneumonia cerebri (gyk), coryza convulsiva (csk, gyk), * tussis convulsiva (csk, gyk), epilepsia ??? (gyk, p, fk).

Azt hiszem, hogy ez az összeállítás áttekinthetősége miatt is teljesen kielégíti az igényeket, nevezetesen tanítási

célokat jól szolgálhat. A hallgató és orvos figyelme akkor, a mikor teszem a scarlatina előtt ***-ot lát, egymagából ebből a tényből a pathogenesisre vonatkozólag a következőkre irányítatik: a scarlatina, csak úgy, mint az angina, diathesises menifestatio; megnyilvánulás, melynek magyarázata az egyén constitúciójában keresendő, a mit a hivatalos orvosi iskola tulajdonképpen dispositiónak mond. De minthogy nem minden angina jelenik meg vörheny képében, következik, hogy a dispositio talaján külön készülségű állapotnak kellett kifejlődni, a mely okozza, hogy a genyedéses angina vörheny módosult. Ebből logice következik, hogy a vörheny az anginának megjelenése anaphylaxia alakjában, oly tünetény, a mely legszembeszökőbb akkor, a mikor az angina tünetei úgyszólván hátravonulnak a vörheny tünete mögé. Ennél a dysproportionalitásnál fogva a scarlatina méltán mondható anaphylaxiás manifestatióknak s mint ilyen belekerült a III. kör 4. sorozatába is. Melléje kerülnek azok a — genuin vörhenyhez képest — másodlagos scarlatina-reactiók, melyek félre nem ismerhető exogen ártalomra vezethetők vissza. Itt is az aránytalanság a kiváltó momentum és a reactio között szembevetendő lévén, ezek is mindmegannyi classikus anaphylaxiás — chemiai, illetve biológiai allergia alakjában — manifestatiók.

A külön készülség itt — az exogen ártalommal. Fontos útmutató a tudományos búvárkodás és az empiria számára a vörheny-problema megoldása érdekében! Tanulság: pluricentrumos koordinált külön készülségek érvényesülnek a vörheny pathogenesisében. Ez a magyarázata, hogy miért találkozzunk vörhenyvel, ezzel a par excellence classikus diathesismegnyilvánulással aránylag ritkán, annak dacára, hogy tricentrumos manifestatio, azaz: mindhárom kör területén belül, tehát a legtágabb dispositio talaján fejlődhetik ki.

Közlemény a magyar tudomány-egyetem II. számú belklinikájáról.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. rendes tanár.)

Adatok a központi idegrendszer influenzás megbetegedéséhez.

(Influenzás encephalitis.)

Irta: Weisz Ármán dr., tanársegéd.

A mind rohamosabban terjedő „spanyol influenza“-járvány alatt az idegrendszer részéről több oly megbetegedést volt alkalmunk észlelni, a melyhez hasonló tüneteket a járvány múlt évi elterjedése alkalmával nem láttunk. És éppen ezért, mert a betegség ezen alakban mindeddig nem jelentkezett, az első észlelések téves diagnosis felállítására vezettek. Hogy az influenza az idegrendszert mily súlyos és változatos alakban támadhatja meg, arról bő feljegyzéseket találtunk az előbbi járványokról készült leírásokban.

A legrégebbi influenzajárványról való leírásokat 1712-ből találjuk, a mely járványról Camerius „Katarrhalfieberepidemie“ és „épidémie catarrhale“ néven ír le; már ő mondja, hogy a betegséggel kapcsolatban súlyos agytünetekkel járó álomság fordult elő. Ugyanezen járványról, mely Tübingenben és Berlinben volt elterjedve, ír Biermer és Canstatt is. Biermer azt mondja, hogy e járvány alatt 1712-ben egy olyan megbetegedés fordult elő tömegesen Tübingenben, melyet „álomkór-nak“ neveztek, mert a betegség sokakon álomságban és alvásban jelentkezett. Az 1890. évi járvány alatt Észak-Olaszországban „nona“ elnevezés alatt szintén álomkór-ságot észleltek, a melyről Ebstein mutatta ki, hogy az influenzás járvánnyal volt összefüggésben, és ő írja, hogy az influenza, mely az idegrendszert oly súlyos és változatos módon támadhatja meg, comás állapot létrejöttét is okozhatja. Ugyancsak az 1890. évi influenzajárvány alkalmával észlelt súlyos „influenza-encephalitiseket“ Leichtenstern és Oppenheim, a mely encephalitisek végtaghüdésekkel, aphasiás zavarokkal, ritkában szemmozgásbénulásokkal jártak. Sőt Nauwerk ezen encephalitises agyvelőkben az ellágyult góczok metszetében állítólag a Pfeiffer-féle bacillust is kimutatta.

A legújabb időben, 1917-ben, Economo encephalitis lethargica néven az encephalitiseknek bizonyos kórfor-

máját írta le, a mely kórformának egyik főtünete, az álomság, psychés zavarok kíséretében, több somatikus tünettel, főleg szem-mozgásbénulással jelentkezik, többnyire lázas megbetegedés alakjában. A betegség epidemiaszerűen terjedt el Bécsben, még a múlt évi nagy influenzajárvány előtt. Az aetiologiát kutatva, Economo — bár nem tud elzárkózni az influenzás eredettől — egy specialis virust vesz fel, mely specialis affinitással van a központi idegrendszerhez. Wiesner, ki Economo eseteiben a bonczolásokat végezte, egy diplo-streptococcus-fajtát talált, a melyet tiszta kulturában is ki tudott tenyészteni és e coccusokkal való állatoltásokkal (majmokon) az encephalitis lethargicával megegyező klinikai és pathológiai anatómiai körképet tudott előidézni. Hasonló encephalitis lethargica-epidemiáról számol be Kiehl-ből Reinhardt, kinek 10 és E. Siemering, kinek 15 esete volt; kevesebb esetről még mások is írnak. A kielii epidemia nagyobbára már az 1918–19. évi nagy influenzajárvány alatt zajlott le és minden beszámoló hangsúlyozza, hogy legtöbb betege vagy átesett influenzán, vagy éppen szenvedett benne, midőn az encephalitisre jellegzetes körkép kifejlődött.

A most lezajló influenzajárvány kezdetén alkalmunk volt észlelni úgy a klinikán, mint a városban több encephalitisre jellegzetes körképet és az esetek ismertetésével tisztázni veljük mind a klinikai körképet, mind pedig az aetiologiát.

S. G.-né, 43 éves nőbeteg, 1920 január 15.-én került a klinikára. Felvétele előtt egy héttel betegedett meg, nyugtalan lett, sokat fájt a feje főleg a homloktájon és szemfájásról panaszkodott. Három nap óta kettős látása van, majd két nap óta becsukódtak a szemei, álmos lett és a nap legnagyobb részében aludt. Hozzá tartozói szerint álmában gyakran delirált, éber állapotában is többször a kérdésekre nem illő feleleteket adott, máskor azonban válaszi megfelelőek voltak. Egy hét óta lázas, hőmérséklete 39.2°-ig emelkedett.

A klinikára való felvételekor belső szerveiben eltérést nem találtunk.

A beteg soporosus, magára hagyva könnyebb vagy mélyebb álomba merül, melyből néha könnyen, máskor csak nagyon nehezen ébreszthető fel. A hozzá intézett kérdésekre gyakran zavart feleleteket ad. Helyről, időről rosszul tájékozódott, emlékező tehetsége is nagyon változó, betegsége kezdetét és lefolyását mindig különbözőképpen mondja el. Ptoisisa nem állandó. Anisocoria. Pupillák fényre, alkalmazkodásra nem reagálnak. Balra fölfelé-kifelé nézéskor kettősen lát. Erős oldalnézéskor gyakran elég élénk nystagmus. A szemgolyó enyhe nyomásra fájdalmas. Szemfenék ép. Élénk csonthártya-, bőr- és inreflexek. A mellkason és vállon hyperaesthesiás bőrterületek. Clonus, Babinski nincsen. Végtagizomatban rigiditas. Kezekben ataxia. Erős Romberg-tünet. Járása kisagyati ataxiára jellegzetes. Temperatura 39°. Pulsus-szám 72. A lumbal-punctió folyadék nagy nyomással ürül, kristálytiszta. Pándy: +. Nonne-Appelt. A liquorban csak lymphocyták vannak, mm³-enként 55. Fehérvérsejtszám 11,300. Wassermann-reactio vérből és liquorból egyaránt negatív. Az aranyoldat-reactio nem ad állandó és jellegzetes görbét.

I. 19. Beteg sokat alszik, éber állapotban nyugtalan, delirál. Somatikus tünetek változatlanok. Kisfokú tarkómerevség. Esti hőmérséklet 38.2°. Állandóan bradycardiás.

I. 22. Egész nap alszik. Éjjel excitációs állapotban delirál. Álmában is sokat beszél, kezeivel „pehelyszedés“-szerű mozgásokat végez. Beszéde lassú és dűnyögő.

I. 24. Reggel nyugtalan, ki akar ugrani az ágyából, tüzet akar gyújtani, főzni akar gyermekeinek. Délben mély álomba merül, melyből sem hangos szóra, sem mozgatásra nem ébred föl.

I. 25. Mély álom és nyugtalanság 3–4 óránként váltakozik. Alvás alatt a végtagokban, különösen a kezekben finom clonusos rángások vannak. A lumbal-punctió folyadék csak kis nyomással ürül, serológiai és cytológiai lelet változatlan.

Intravenásan 3%-os resorcin-oldatot kap.

I. 26. Sensoriuma feltűnően tiszta. Agynomásról panaszkodik. Kettős látása megszűnt. Jobbra nézéskor még kisfokú nystagmus, a jobb facialis alsó ága paraesises. Délután mély álomba merül, melyből csak nehezen sikerül felébreszteni, felébresztve teljesen értelmesen beszél. Legmagasabb hőmérsék 37.8°.

I. 30. Beteg nyugodt, kevesebbet alszik, nem delirál. Kissé nehezkésen, de értelmesen beszél, nyelve nehezen mozog. Nystagmus nincsen.

II. 1. Beteg újból soporosus, de álmából könnyen felébreszthető, értelmesen beszél. Időnként kettős látása van újból, bár a szemmozgások teljesen szabaddok. Izmokban rigiditas. Beszéde halk, mormogó. Temperatura 37.5°.

II. 4. Beteg láztalan lett, keveset alszik, könnyen felébreszthető, sensoriuma teljesen tiszta. Ptois, kettős látás, nystagmus megszűnt.

II. 6. A javulás állandó, kevésbé soporosus. Az izmokban a merevség még kifejezett. Romberg-tünet positiv, járása ingadozó. Sensoriuma tiszta. Láztalan.

A második esetet a városban volt alkalmam észlelni, a betegség itt kevésbé heves és rövidebb lefolyású volt.

K. M.-né, 48 éves nőbeteg. 1920 január 12.-én keresett fel. Elmondja, hogy egy hét óta érzé magát nagyon fáradtnak, állandóan álmos, napközben is alszik, dolgozni nem tud. Négy nap óta kettőset lát, két nap előtt becsukódott a bal szeme. Reggel vagy nappali alvás után a bal szeme is nyitva van, de rövidebb ébrenlét után újból becsukódik és csak igen nagy fáradtságába kerül, hogy ilyenkor újból kinyissa a szemét. Járáskor igen hamar elfárad, kénytelen lepihenni és pihenés közben hamar elálmosodik. Csak kevés főfájása volt, a temperatura 37.2°-ig emelkedett.

Belső szerveiben eltérés nincsen. A bal szemén ptosis és abducens-paresis volt észlelhető. Pupillák egyenlőek és jól reagálnak. Bal szem erős oldalnézékor elmarad. Nystagmus nincsen. Többi fejideg jól innervál. Bőr-, csonthártya- és inreflexek kiválthatók. Romberg negatív. Izmokban kistökű merevség. Érzésetlenség nincsen. Wassermann-reactio teljesen negatív.

Két heti pihenés és jódkálium szedése után a beteg subjectiv panaszai megszűnnek. Előbb a ptosis, majd a kettős látás marad el, a somatikus tünetek is visszafejődnek, a beteg újból visszanyeri frissességét, napközben nem alszik el és 3 hét után újból munkaképesnek érzi magát.

E két encephalitis lethargicán kívül még egy más típusú encephalitist is volt alkalmunk észlelni a klinikán. E beteg január 30.-án került a klinikára, de a betegséget a klinikán kívül kezdettől láthattam.

Gy. J., 33 éves banktisztviselő, január 22.-én betegszik meg. Betegsége kis hőemelkedéssel kezdődött, a hőmérsék azonban csakhamar 39° fölé emelkedik, ezzel egyidőben (I. 26.-án) a beteg igen nyugtalan lesz. Állandóan hallucinál, visiói vannak. Üldöztetési tév-eszmékkel van eltelve. Kényszergondolatai között látja a kommunistákat, akik érte jöttek, elhurcolták egy nagy mocsár mellé és nagyon megverték. Azóta fáj mindene, különösen a feje és a szive. A kommunisták elrabolták fejből a számokat és az angol szavakat, úgy hogy egyetlen számra és angol szóra gondolni is képtelen. Megmondja például, hogy melyik utcában lakik, de a számot nem tudja, az évszak és hónap nevét is tudja, de számokban azokat nem tudja kifejezni. Igen élénk jactatiós mozgásokat végez. Ágyában csak lefogva lehet tartani. Másnapra meleg fürdő és modiskop hatása után nyugodtabb lesz. Kényszergondolatai eltűnnek és feltűnő bőbeszédűséggel és élénkséggel meséli el, hogy előző nap miket látott és mondott. Tökéletesen jól emlékszik mindenre, számokra és angol szavakra is. Elmondja, hogy előző nap úgy látta maga előtt az agyát, mintha az a koponyáján kívül lett volna, és mintha az agyvelő pavillon-rendszerben lett volna felépítve és a kommunisták azokat a pavilonokat, amelyekben az ő legértékesebb kincse, a számok és az angol szavak voltak, kirabolták volna. Ezután újból nyugtalan, időnként ismét zavartan beszél. Megnyugtadni nem sikerül, nem alszik. I. 28.-án kettős látásról panaszkodik. I. 30.-án ptosis és nystagmus fejlődik ki. Nyelve balra deviál, beszéde dűnnyögő. Nagyon nyugtalan és ilyen nyugtalan állapotban kerül I. 30.-án este a klinikára. Sensoriuma zavart. Pupillák szűkek, jól reagálnak. A két szem nem áll egy horopterbe, a bal szem magasabban van. Jobbra nézéskor finomabb, balra nézéskor durvább nystagmus. Igen élénk reflexek. A beteg nagy jactatiós mozgásokat végez, arcizmait rángatja, végtagjait dobálja.

A beteg erős izgalmi tünetek között I. 31.-én hajnali 4 órakor meghalt.

A bocsolás alkalmával az agyban nagyfokú oedemat, és különösen a kisagy és nyúltvelő területén erős vérbőséget, a pericardiumon pedig kiterjedt vézésekét találtunk. Az agyból végzett bacteriumos átoltások negatív eredménnyel végződtek. Az agy szövettani vizsgálata folyamatban van.

A központi idegrendszer influenzás betegségével magyarázhatjuk azt az igen sok betegen észlelt csuklás-rohamot is, mely a múlt évi influenza-járvány végén és a mostani járvány elején szinte epidemiaszerűen terjedt el és tömegesen jutott észlelésünk alá. Egyik betegünkön a hasizomzatnak féloldali clonusos, fájdalmas összehúzódását láttuk csuklási hang nélkül, kistökű hőemelkedés kíséretében.

* * *

Az említett encephalitis-esetek az influenza-járvány idején jutottak észlelésre. A betegségnek az influenza-járvánnyal való egyidejű elterjedése is megerősíti bennünk azt a már mások által is kifejezésre juttatott gyanút, hogy ezen betegségek szorosan az influenza-járvánnyal vannak összefüggésben és mindkettő aetiologiájában ugyanaz a vírus szerepel. Wiesner vizsgálatai szerint az encephalitis lethargica kórokozója a diplostreptococcus, mely minden átoltással haemorrhagiás diathesis kifejlődésére vezetett. Wiesner haemorrhagiás diathesist talált az encephalitis lethargicában elpusztult egyének hullájában is, épp úgy, mint az átoltás után elpusztult majmok hullájában.

Fejes az 1918—19. évi influenza-járvány alkalmával influenzás betegek köpetével végzett vizsgálatokat. Olyan

köpeteket is vett vizsgálat alá, a melyekben a Wiesner által leírt diplostreptococcus is kimutatható volt. Ezen köpeteket Berkefeld-szűrőn szűrte át és a filtratummal beoltott majmokat. A majmok az oltás után elpusztultak és valamennyi majom savós hártýáin kisebb-nagyobb vézés volt kimutatható, úgy hogy az volt felvehető, hogy a majmok haemorrhagiás sepsisben pusztultak el, tehát a filtratum egy olyan virust tartalmazott, a mely haemorrhagiás diathesis kifejlődésére vezetett. És ha most még hozzávesszük, hogy a mi egyetlen bonczolt influenzás encephalitis-esetünkben is kiterjedt vézést találtunk a pericardium savós hártýáján, önkéntelenül is arra a következtetésre kell jutnunk, hogy az Economo által leírt encephalitis lethargicának és más influenzás encephalitiseknek ugyanaz a vírus a kórokozója, a mely a Fejes által végzett influenzás köpetfiltratumokkal való oltás útján majmokon teljesen hasonló pathologiai-anatomiai elváltozást hozott létre.

Mindezek alapján meggyőződésünk, hogy az influenzás encephalitisekben az alapbetegség az influenzás sepsis, az encephalitis pedig a betegségnek egy sajátos localisatiója. Aetiologiai szempontból pedig leletünket az említett vizsgálatok eredményével oly értelemben tudnánk összhangzásba hozni, hogy az általános sepsises megbetegedésnek az előidézője a már sokak által leírt filtrálható vírus; az encephalitis előidézésében pedig kórokozó a Wiesner által leírt diplostreptococcut tekintjük. E streptococcus-félének ugyanis — az általános megbetegedés szempontjából — a központi idegrendszerhez való nagyobb affinitása olyan szerepet kölcsönöz, mint a milyen a többi streptococcus-félének van az influenza leggyakoribb complicatiójának, a pneumoniának az előidézésében.

Az immunitási állapot meghatározása, a „prognostikai index“ és immunizáló eljárás a gümőkór prophylaxisában és gyógykezelésében.

Irta: Hollaender Hugó dr., közegészségügyi főfelügyelő, a Budai Ambulatorium tüdőbeteggyógyászati intézetének igazgató főorvosa.

(Folytatás.)

Hogy a művi védekezésnek mi a célja, az, gondolom, fejtegetés nélkül is világos: megszerezni a mennyire lehet a mentesítendő vagy gyógyítandó szervezetnek azt, a miben és amennyiben fogyatékosságot szenved, hogy védekezőképessége a tuberculosissal szemben teljes, amaz normalis (immunitási reactiója ++) legyen. A célú tudván, most már csak az a kérdés, van-e erre mód? Tudunk-e módot és eszközt arra, hogy a gümöbacillus ellen való fajlagos természetes szöveti ellenállóképességet a szervezetnek megadjuk vagy fokozzuk? A kérdésre a felelet egyszerű: módot mindenesetre tudunk, mert a mód nem lehet más, mint az activ immunisatio módszere. Ezzel a módszerrel sok esetben célú érhetünk, de korántsem minden esetben. Három esettel kell számolnunk.

A szervezet természetes gümöellenes védekező képessége vagy megvan eredetileg, de később veszendőbe ment, vagy végül: hiányzott eredetileg fogva. Az első esetben nincs semmi tennivalónk, a második esetben a veszendőbe ment (vagy csökkent) képességet vissza kell szerezni, a harmadik esetben magát a hiányzó képességet kell elsajátítani a szervezetnek. Érthető, hogy a második feladat könnyebb, mint a harmadik. Nehezebb dolog egy új képességet megszerezni, mint egy régit visszaszerezni. De egyik sem lehetetlen, ha a szervezetnek a szükséges gyakorlat megkezdésére vagy újrafelvételére megvan a készsége. Ennek a hiányában azonban a gyakorlat, mint kényszereszköz nem fog célravezető. Ezenkívül szem előtt kell tartanunk azt az ismeretes didaktikai elvet is, hogy a szándékolt képesség megszerzéséhez idejekorán kell hozzálátni és azt módszeres gyakorlattal elsajátítani. A kít kovácsmesterségre akarunk nevelni, azt korán kell hozzászok-

tatnunk a pőröllyel való munkához. Jól meg kell választani s az egyénhez szabni azt az életkorszakot, a melyben izmai még fejleszthetők és szervezete már elbírja a munkát. A kinek a szervezete és életkörülményei olyanok, hogy a tuberculosis ellen való védekezés mesterségét életfenntartási okokból meg kell tanulnia, azt is idejekorán, de okkal és móddal kell a munkára fogni. Az immunitási állapot megállapítása az immunitási reactio segítségével megmutatja azt, hogy kinek van szüksége arra, hogy ezt a képességet megszerezze, kiművelje és fejlessze s a prognostikai index megmutatja azt, hogy az exercitium lehetséges-e, idején való-e, mennyire sürgős, s hogy milyen kilátással alkalmazható. *Ha el akarjuk érni azt, hogy az ember a tuberculosissal való elkerülhetetlen küzdelmében ne bukják el, szükséges, hogy már a zsenge szervezetet, amely a gümőkór ellen való védekezés képességével eredettől fogva nem rendelkezik, erre a képességre mintegy reákszoktassuk és egyuttal el is lássuk a védőeszközöknek kellő készletével.* Ez a második axiománk.

Veszélyeztetett gyermekek védoltására legalkalmasabb idő az ú. n. iskolaköteles életkor, tehát a 6.-tól a 14. életévig terjedő életszakasz.

A védőképesség elsajátításának módja az activ immunisatio és ennek legjobb eszköze a tuberculosisbacillus-emulsio beoltása (vaccinatio).

Elölt gümöbaccilusoknak a mentesítendő szervezetbe való módszeres bejuttatásával a szervezetnek bizonyos szöveteit védőanyag-készletük gyarapítására, a renyhe termelés fokozására, vagy a teljesen megakadt fajlagos immuntevékenység újrafelvételére serkenthetjük. Ott, ahol ez sikerül, elérjük a kívánt célt: a szervezet állandó, önműködőleg hártó tevékenységét, a minek szembetűnő külső jele az lesz, ha a bacillus-bekebelezés helyén a szervezet ellenállásának félreismerhetetlen jele: a duzzanat és beszűrődés tünetei fognak jelentkezni.

A bacillus-emulsio első és közvetlen hatása a bevitel helyén fog mutatkozni, akkor, ha hatásképes adagban kerül érintkezésbe az immunanyagot termelő szervekkel, a melyek közül éppen a kültakaró az, a melynek talán a legfontosabb szerep jut ebben a védekező működésben. Kétségtelen, hogy a bőrbe vagy a bőr alá vitt élő, mitigált vagy elölt bacillus-massza elsősorban a bevitel helyén működő antigen-depót módjára hat, s hogy ez a hatás éppen ezért tartósabb, mint más parenteralis bekebelezési módok mellett. Ezért a bevitel legcélszerűbb módjai az intracutan és subcutan alkalmazás. Én a praeventiv célzatú immunizáláshoz rendszeren az utóbbi módozatot használok és ajánlom. Az eljárás hatásosságának fontos követelménye persze, hogy az antigenül használt oltóanyag az élő, virulens bacillustestek biológiai hatását lehetőleg változatlanul kifejtse, de persze anélkül, hogy az élő bacillus nosológiai hatása is érvényesülhessen. Ezért elölt, de vegyi structurájában lehetőleg meg nem bolygatott egyedekből álló bacillus-kultúra kell hogy antigenül használtassék.

Ilyen követelményeknek felel meg az a tuberculosis-vaccina készítmény, a melynek előállítását felkérésemre a budapesti Jenner-Pasteur-intézet igazgatója, Richter József dr. volt szíves elvállalni.*

A Hollaender-Richter-féle tuberculosis ellenes oltóanyag (HRV) leírása.

Emberi eredetű gümös váladékokból és termékekből kiválasztott sokféle tuberculosis-bacillus glycerines bouillonban jól nőtt kulturáját széles szűrőn physiol. konyhasóoldattal többször és alaposan megmossuk mindaddig, amíg a szűrlet egészen tisztává lesz. A szűrőn maradt bacillus-masszát nagy csészébe öntjük és gyakran felkeverjük. Erre egy órai állás után thermostatban 38° C-on szárítjuk (rendszerint egy éjjelen át). Ezután a szárított anyagot steril kanállal kimerítve, steril papirtartályokba öntjük át, lemérjük a súlyát, majd 80°-os alkohollal megnedvesítve, 1—2 óra tartalmára villamos rázógépre helyezük, utána a főlös alkoholt lepipettázzuk, physiol. konyhasóoldattal emulgeáljuk és az emulsiót nyolcz napon át rázógép hatásának tesszük ki. Az emulsio sűrűségét úgy szabjuk meg, hogy minden 0.05 gramm tub. masszára

* Kinek önzetlen készségéért, valamint kitünő készítményeinek a vezetésem alatt álló tüdőbeteg-gondozó intézet céljaira való átengedéséért e helyen is hálás köszönetemet fejezem ki.

5 köbcentiméter physiol. konyhasóoldat jusson; e szerint a törzsanyag olyan emulsio, melynek minden köbcentiméterében 10 milligramm bacillusmassza van. Ez a törzsanyag a „tömény vaccina“ (HRVT), egyszersmind az alapanyag, amelyből vaccinánk hígításainak sorozata készül. A finoman szétzúzott masszában festéssel kimutatható épen maradt bacillus-testeket csak elvéve látunk; az egész egy homogen detritus-massza. Oltóanyagunk a sűrűség fokozatához képest víztiszta, egész tejszerű emulsio, mely a tuberculosisbacillusok összes antigenjeit tartalmazza. Konzerválás céljából 0.5% phenolt keverünk hozzá. Az oltóanyag sötét, hűvös helyen tartva, hónapokig változatlanul megtartja hatóképességét. E bacillus-emulsio (HRV) legsűrűbb fokozatának (az I-es számú oltóanyag-erősségnek) 0.5 köbcentimétere 150 grammos egészséges tengerimalacz peritonealis ürébe fecskendezve az állapotban nem tesz kárt.

Oltóanyagunknak 11 fokozata (sűrűsége) van. Ezek közül a legsűrűbb a törzsanyag (HRVT), mely köbcentiméterenként 10 milligramm bacillusmasszát tartalmaz. Ez a „tömény vaccina“ csupán intradermalis bedörzsölésre alkalmas. A többi 10 subcutan vagy intramuscularis bekebelezésre való. Ezek közül a legsűrűbb (a törzsanyag tízszeres hígítása) I-es, a leghígabb (a törzsanyag ötezeregyszázhuszszoros hígítása) X-es jelzéssel van ellátva. A HRV-sorozat egyes sűrűségi fokozatainak bacillus-tartalma köbcentiméterenként lehágó sorrendben a következő:

Az	I-es számúé	1 milligramm
II-es	"	1/2 "
III-as	"	1/4 "
IV-es	"	1/8 "
V-ös	"	1/16 "
VI-os	"	1/32 "
VII-es	"	1/64 "
VIII-as	"	1/128 "
IX-es	"	1/256 "
X-es	"	1/512 "

Az oltási processust természetesen a hígabb anyaggal kezdjük és fokozatosan haladunk a legsűrűbb felé. Azt, hogy a sorozatnak melyik fokán kezdjük és melyikén végezzük az immunizálást, egyfelől a kezelendő egyén tolerancia-foka, másfelől az elért immunitási eredmény szabja meg. Mindkettőre nézve a prognostikai index nyújt szabatos tájékoztatást. Az immunitási reactio lényegének ismerete alapján érthető, hogy az oltóanyagból *annál többet* bír el a szervezet, minél kisebb a védekező képessége a tuberculosis-bacillussal szemben. Egyszersmind azonban *annál többre* van is belőle szüksége. Magától értetődik továbbá az, hogy *minél gyorsabban* kívánjuk elérni a teljes immunitás fokát, *annál erősebb* adagokkal kell dolgoznunk, mert hiszen az immunanyagtermelés (antitest) bősége az antigen tömegével arányos.

E kettős megfontolás alapján a dosis kérdését úgy választhatjuk meg, hogy: *minél magasabb valamely egyén prognostikai indexe, annál nagyobb adag vaccinát bír el és követel meg a szervezete.* Magasabb index esetén nagyobb a sürgősség, de egyszersmind nagyobb a tolerancia is, ennél fogva mi sem természetesebb, mint hogy erősebb vaccina-adagokkal fogjuk megkezdeni az immunizáló eljárásunkat, mint olyan esetekben, ahol a prognostikai index alacsony.* Egyenes arányról lévén szó, nem férhet ellenvetés az imént formulázott adagolási szabály helyességéhez. E szerint,

ha a progn. index 2 vagy 6, akkor az oltást a X-es vaccinával kezdjük.
 " " " " 3 " 7, " " " " IX-es " "
 " " " " 4 " 8, " " " " VIII-as " "

(Az 1, 5 és 9 progn. indexű esetek, mint immunkezelést nem igénylők, nem is jönnek szóba).

A vaccina erősségén kívül az *adag nagyságát* (térfogatát) is szigoruan az egyénhez kell szabnunk. Ebben a tekintetben az oltandó egyén testsúlya az irányadó. Ehhez kell szabnunk a mindenkor oltás-adag nagyságát. Vaccinánk-ból annyiszor 0.10 köbcentimétert adunk *pro dosi*, ahány-szó 10 kiló az oltandó egyén súlya; p. o. 58 kilós egyénnek 0.58, egy 25 kilós gyermeknek 0.25 köbcentiméter vaccinát

* Szabatosabban véve nem a prognostikai index, hanem az immunitási állapot az irányadó. Ez pedig, mint tudjuk, az 1 és 5, a 2 és 6, a 3 és 7, úgyszintén a 4 és 8-as számú prognostikai indexű esetekben egyenlő.

adunk. Mivel azonban a századköbcentiméterek a közönségesen használt fecskendőkön nem olvashatók le, czélszerű a századrészt a lefelé eső legközelebbi féltizedrésze lekerekíteni. E szerint az 58 kilogramm súlyu egyénnek a „kezelési adagja“ 0.55 köbcentiméterben állapítandó meg. Ez a kezelési adag fenntartandó mindaddig, a míg az oltandó súlya a 60 kilogrammot el nem éri, vagy az 55 kilogramm alá nem süllyed; előbbi esetben az adagot 0.60 köbcentiméterre emeljük, az utóbbi esetben 0.50 köbcentiméterre csökkentjük. Egy 22 kilós gyermeknek 0.2 cm³, egy 47 kilós egyénnek 0.45 cm³, egy 75 kilós embernek 0.75 cm³ lesz a kezelési adagja. 10 kilogrammnál kisebb súlyú gyermekeket, csecsemőket ne oltunk!

Az ismételt oltások adagjának megállapításakor a testsúlyon és prognostikai indexen kívül az a hatás (esetleg cumulativ hatás) az irányadó, a melyet a megelőző oltással vagy oltásokkal elértünk. Ennek a hatásnak könnyen felismerhető tünete a beszúrás helyén jelentkező oedema vagy infiltratum, szóval a *localis reactio*. Ennek a jelentkezéséből következtetünk az immunizáló hatás beálltára és az erősségéből a hatás fokára. Fontos tehát, hogy az egyes oltások nyomán jelentkező localreactiók fokára a legnagyobb ügyelettel legyünk. E reactiók jelenségek fokozatbeli különbségeit a jelen dolgozat legelején leírtuk, felesleges tehát, hogy most részletesen elismételjük. Az ott elmondottakból megtanultuk, hogy a localreactionak négy fokozatát különböztetjük meg, úgymint 1. a reactio tünetnélküli lefolyását (—), 2. mulékony beszűrődéssel, duzzanattal és fájdalommal járó helyi reactiót, a melynek nyoma a legközelebbi oltás idejéig elenyészik (+), 3. tartós, kemény infiltratum-képződés, mely a legközelebbi oltás esedékessége idején is változatlanul fennáll (++) és 4. szövetszéteséssel, necrosissal és tartós gennyedéssel járó reactiók következmények (+++).

Az első oltáshoz használt vaccina-adag az oltoncz prognostikai indexétől és a testsúlytól függ. Maga az adagérték két tényezőtől áll: az egyik az adag nagysága (a vaccina mennyisége), a másik az adag erőssége (a vaccina sűrűsége). Az adag nagyságát a testsúly (Ts), erősségét a prognostikai index (P) szabja meg. Az ismételt oltások adagjainak (D) megállapításakor még egy harmadik tényező is számításba jön: és ez a megelőző oltások nyomában járó localreactio (LR). Ennek az erőssége, mint láttuk, fordított arányban áll a következő adag erősségével. A mindenkori adag képlete lesz tehát $D = \frac{Ts \cdot P}{LR}$.

A többszöri (ismételt) oltások czéljára használandó oltóanyag erősségi fokát aszerint választjuk meg, hogy milyen, vagy milyen volt a megelőző oltások (az utolsó vagy utolsó-előtti oltás) helyén mutatkozó elváltozás. a) A míg a localreactio —, addig *felfelé haladunk*, tehát az adagot (sűrűséget) fokozzuk. b) Ha a localreactio +, akkor *megállunk* (az adagot megismételjük). Ha az újabb oltás localreactiója ismét — lesz, akkor a következőt fokozzuk s így tovább. c) Ha a localreactio ++, akkor *visszafelé megyünk*, azaz a legközelebbi hígabb vaccina-fokozatra (sűrűsége) térünk vissza és a legközelebbi revaccinatio erősségét az új esedékesség napján megállapítandó localreactio mérvéhez képest választjuk meg. A kezelési adag nagysága az a), b), c) esetben változatlan marad, illetve csakis a testsúly változásaitól függ. d) Ha a localreactio ++++, akkor a vaccinatiót *beszüntetjük* legalább 1/2 évre. Ennek az időnek elteltével újra meghatározzuk a prognostikai indexet és ennek indicatiója alapján — ha még szükséges — újra kezdjük a vaccinatiót azzal az erősséggel, a melyet az új index megszab. Ennek a d) esetnek és a velejáró kellemetlenségeknek persze nem szabad kitenünk a betegünket. A „túlimmunizálásnak“ ez az éppenséggel nem szükséges és nem kívánatos foka csak akkor következhetik be, ha az oltással kezelés közben elmulasztottuk a prognostikai index és a localreactio indicatióinak köteles szemmel tartását.

(Vége következik.)

Nestlinger Miklós dr.

1916 május havában a hadseregparancsnokságtól azt a parancsot kapta, szálljon ki Wladimir Wolinsky-ba, hogy az ott tömegesen megbetegedett katonák szembajának természetéről sürgős jelentést tegyen. Klinikai, de főképpen bakteriologiai vizsgálatai alapján azt a jelentést tette, hogy ú. n. Koch-Weeks-bacillus okozta fertőzésről van szó. 1918-ban az akkor Budapesten is epidemiásan jelentkezett szemgyulladás kórokozóját keresvén, azt találta, hogy itt is a Koch-Weeks-bacillus a kórokozó, de egyben megállapította azt is, hogy ez a bacillus azonos az influenza-bacillussal, a mit akkor némelyek már állítottak, de nagyon sokan tagadtak. Idevágó tanulmányait (Az ophthalmia militaris aetiologiájához, Aetiologiai és epidemiologiai megfigyelések a jelenleg Budapesten endemiás kötőhártya-hurutnál, Aetiologische und epidemiologische Beobachtungen bei dem gegenwärtig in Budapest endemischen Bindehautcatarrh, Az ú. n. Koch-Weeks-bacillus mesterséges táptalajon való élettartamáról, Über die Lebensdauer des s. g. Koch-Weeks'schen Bacillus auf künstlichen Nährboden, További tanulmányok az ú. n. Koch-Weeks- és az influenza-bacillus azonosságáról és az emberi conjunctiva haemoglobinophil bacillusairól) magyar és német szaklapokban ismertette. 1918 májusától júliusig az akkor nálunk is járványszerűen jelentkezett ú. n. „spanyol betegség“ kórokozójának kutatására szentelte nappalait és éjjeleit és a külföldi kutatókat is számba véve egyike volt az elsőnek — a magyar kutatók közül pedig feltétlenül az első —, ki a spanyolbetegek köpetében ugyanazt a bacillust mutatta ki, melyet az előző években járványos szembetegség kötőhártyaváladékában talált, és minthogy ezt influenza-bacillusnak minősítette, az ú. n. spanyol kórt is az influenza-bacillus által okozottnak állította. Vizsgálatainak ezt az eredményét „Az ú. n. spanyol betegség kórokozójáról“ című előzetes közlésében 1918 július hó 14.-én tette közzé. A nemrég nagy erővel fellángolt járvány kórokozójának vizsgálatára is megtett már minden előkészületet, mert abban a meggyőződésben volt, hogy ha megfelelő friss anyagot kap vizsgálatra, ki fog derülni, hogy influenza-járvány ez a jelenleg dühöngő spanyolbetegség is; és most 6 nap alatt végzett vele a spanyolbetegség. 30 éves korában ölte meg ezt a nagyképeségű, nagy tudású, lankadatlan és vasszorgalmú, bámulatos általános műveltséggel és tudással bíró férfit, a kitől még nagyon sok és értékes dolgot remélhetett szaktudományára, melyen jóformán minden vonatkozásában uralkodott már és a ki ritka tájékozottsággal birt az orvostudomány sok más disciplinájában is, mert minden iránt érdeklődött és gyors felfogásával, világos kritikájával bevette és megtartotta mindazt, a mit értékesnek ismert meg. Könnyes szemmel állok legtehetségesebb és még jelentősre hivatott tanítványom halottas ágyánál, a ki erejében és tudásában bízott anélkül, hogy elbizakodott lett volna, a ki legnemesebb és legszebb czélokot tűzött maga elé, anélkül, hogy törtető lett volna és a ki ki akart magaslan, de csak tudás, szorgalom és jól megérdemelt siker árán. Ez a vágya már gyermekkorra óta lehetett vezércsillaga, mert hiszen az első elemi iskolától kezdve végig az utolsó orvosi szigorlatig jeles eredménnyel végezte tanulmányait, úgy hogy a sub auspiciis regis felavatáshoz a legszigorúbban mérlegelt követelményeknek megfelelt, a miért a kar őt erre a kiténtetésre egyhangúlag fel is terjesztette. Hogy ebben a kiténtetésben nem részesült, ebben csak a szabályzat elítélendő intézkedése akasztotta meg, mely évenként váltakozóan az egyes karokhoz köti a jelöltek kiválasztását és azok számát is meghatározza. Mint-hogy a következő iskolaév végét megvárni nem akarta, nem kapta meg a király gyűrűjét, melyet teljes mértékben kiérdemelt. Nem legcsekélyebb érdeme, hogy német neve és régi német nemessége ellenére teljes szívvel fajmagyar volt. Az ilyen kvalitású fajmagyar elvesztése mindig fájdalmas, de fokozott mértékben fájdalmas ma.

Hoór Károly.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Zuntz-Löwy: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Harmadik bővített kiadás. Leipzig, F. C. M. Vogel kiadása. 1920. Ára füzve 38, kötve 43 márka.

Az, hogy az élettan két leghivatottabb képviselőjének rövid néhány év alatt immár harmadik kiadásban jelent meg a tankönyve, legkésebben szól amellett a nagy népszerűség mellett, melynek a munka örvend.

Az új kiadás a régi jól bevált beosztás mellett ismét tanúságot tesz a kitűnő szerkesztésről, mely lehetővé tette, hogy a 17 szakember által megírt tankönyv teljesen egyöntetűnek mutatkozik.

Az egyes fejezetek úgyszólván kivétel nélkül a szaktudomány fejlődésének figyelembe vételével leggondosabb átdolgozásban részesültek, különösen azok, melyek új szerzőt kaptak, így az érzékszervekről, a látásról és a vérkeringésről szóló részek, melyeket *Kries* freiburgi, *Trendelenburg* tübingeni és *Hirthe* breslaui tanárok írtak meg.

A régebbi munkatársak közül megmaradtak *Verworn* bonni, *Exner* és *Kreidl* bécsi, *Spiro* volt strassburgi, *Johansson* stockholmi, *Scheinert* drezdai tanárok.

Maga *Zuntz*, úgy mint az előző kiadásokban, ebben is mesterileg dolgozta fel az anyagcsere nagy fejezetét, míg társszerkesztője, *Löwy*, a szaporodást és növekedést tárgyalja.

Nagy előnye az új kiadásnak, hogy a szakirodalom mindenütt oly mértékben van figyelembe véve, hogy az olvasó ezek útmutatása mellett az eredeti dolgozatokat könnyen megtalálja és így az őt érdeklő tárgyakkal behatóbban foglalkozhatik.

Zuntz-Löwy tankönyve, melynek kifogástalan kiállításán a háború okozta nehéz nyomdai viszonyok egyáltalán nem látszanak meg, bizonyára most is az orvosok, de különösen az orvostanhallgatók részéről a legkedvezőbb fogadtatásra fog találni.

V.

Lapszemle.

Belorvostan.

A *Friedmann-féle szerről* közöl összefoglaló ismeretést *Roepke* tanár, az ismert nevű tuberculosis-kutató.

Mindenekelőtt a *Friedmann* oltóanyagának (teknősbéka-gümöbacillus) kórokozó voltára vonatkozó adatokat ismerteti. Az *Ehrlich* intézetének 1913-ban átadott két tenyészet nagyon eltérően viselkedett, a mennyiben az egyik tengerimalaczokra rendkívül mérgezően hatott és tuberculosisra a legnagyobb mértékben gyanús elváltozásokra vezetett a kísérleti állatokban. Hasonlóan különben maga *Friedmann* is észlelt 1903-ban és *Kruse* is (a ki jelenleg a szernek nagyban előállítására körül viz tevékeny szerepet) megerősíti, hogy a *Friedmann*-tól 1903-ban használt törzs tengerimalaczokra nem volt mindig egészen veszélytelen. Később mások is (*Lippertz* és *Ruppel*, *Orth* és *Rabinowitsch*, *Kaufmann*, *Schröder*) kifejezett kórokozó hatását látták a *Friedmann* oltóanyagának tengerimalaczokra. A szer tehát nem mondható ártalmatlannak, még ha *Kruse* állítja is róla, hogy nem okoz haladó gümőkört.

A mi a szerrel végzett gyógyító kísérleteket állatokon illeti: *Ehrlich* véleményében azt mondja, hogy 20 tengerimalaczon semmiféle therapiás vagy prophylaxisos eredmény nem mutatkozott; valamennyi állat körülbelül ugyanannyi idő múlva pusztult el, mint a nem oltottak és a bonczolás alkalmával is ugyanazt a súlyos képét a gümőkórnak mutatták. Hasonló eredményről tettek közlést mások is (*Lippertz* és *Ruppel*, *Schröder*).

A *Friedmann* szerének védő hatására vonatkozó adatok ezek: Látszólag kedvező volt az eredmény a rummelsburgi árvaház 50 gyermekén és egy berlini gyermekágyasotthon 270 csecsemőjén. *Kruse* évekkal előbb oltott 319 kis gyermeket vizsgált meg és tetemes különbséget talált úgy az álta-

lános, mint a gümőkóros halálozás tekintetében az oltottak javára. *Goepel* és *Kraus* is végzett ilyen vizsgálatokat; szerintük az oltottak között kevesebb volt az *activ* gümőkór, mint a hogyan várni lehetett.

Az imént említett látszólag kedvező eredményekkel szemben (a melyek elérésében azonban más körülmények is szerepelhettek, így a többi között az, hogy az oltottak egy időre elkerültek fertőzött környezetükből, vagy ha ott is maradtak, az oltás révén orvosi felügyelet alá kerültek s így bizonyos hygienés rendszabályok foganatosítottak) *Schröder* nyomatékosan figyelmeztet nagy óvatosságra a csecsemőkörben, mert a befecskendezett bacillusok egy ideig lapangó állapotban maradhatnak és esetleg csak évek múlva vezetnek heveny terjedő gümőkórra.

Az embereken végzett gyógyító kísérletek ismertetését megelőzően *Roepke* kifejti, hogy még a szer adás-módja sem volt eddig teljesen tisztázva; az azelőtt annyira szükségesnek mondott intravenás adást veszélyes volta miatt el kellett hagyni; a helyette használt *veszélytelenebb* intramuscularis befecskendezés helyett *Friedmann* most már az *egészen veszélytelen* subcutan-oltást ajánlja. Ha egy ideig még várunk, talán a percutan bekebelezés lesz a *legeslegveszélytelenebb* mód!

Roepke a vezetése alatt álló sanatoriumban 60 tüdőveszes beteget kezelte *Friedmann* szerével. 10 láztalan, szövődmény nélküli zárt esetben az eredmény rosszabb volt, mint a milyent a sanatoriumi kezeléssel szoktak elérni. 35 szövődmény nélküli nyílt esetben sem mutatkozott valami feltűnő hatás; az eseteknek egy részében az állapot rosszabbodott, a gümőkóros folyamat terjedt; gyógyulás egy esetben sem következett be; főleg a lázra és a gümöbacillusok számára semmiféle befolyás sem volt kimutatható. Szövődményekkel járt 15 esetben nagyjából változatlan maradt az állapot, egy esetben kifejezetten rosszabb lett a helybeli lelet; a gümőkóros szövődmények nemcsak hogy nem javultak, hanem az eseteknek többségében rosszabbodtak. A mi a 60 beteg további sorsát illeti, 2-ről nem sikerült értesülést kapni, 2 munkaképtelen lett, 15 visszakarta a munkabírását és 41 meghalt.

Kraus 85 kezelt esetéből az utólagos vizsgálat alkalmával 36 volt életben, ezek közül 26 javult állapotban. *Eiermann* 16 kezdődő és nem előrehaladt esetben a toxikus jelenségek eltűnését látta; 11 mérsékelten előrehaladt esetében is javulás mutatkozott, az esetek egy részében a köpet eltűnt; a javulás azonban nem volt tartós, a folyamat utóbb *activabb* lett, mint a milyen volt. *Windrath* 23 esete közül 1 a második szakban levő 14 nap múlva magas láz és haemoptoë közepette meghalt; 4 beteg további sorsáról nem sikerült adatot kapni; a többi 18 közül 15 az utólagos vizsgálat idején már nem volt életben; közülük 3 az első, 8 a második és 4 a harmadik szakban volt a *Turban-Gerhardt* osztályozása értelmében; a még életben volt 3 beteg közül 1-nek az állapota változatlan volt, 1-é rosszabbodott, 1-é pedig tetemesen rosszabbodott. *Strauch* és *Bingel* 34 esete közül, a melyeket maga *Friedmann* válogatott ki és kezelte, egy esetben sem mutatkozott kedvező eredmény; a lefolyás ugyanolyan volt, mint a milyen minden különösebb beavatkozás nélkül is lenni szokott. Eseteket közölnek, a melyek nagyon feltűnő módon bizonyítják azt, mily óvatosan kell eljárunk az eredmények bírálatakor. Így egy esetben a befecskendezés helyén tályog képződött, a melynek felhasítása után a befecskendezett anyag kiürült; ez az eset — *Friedmann* tana ellenére — nagyon kedvező lefolyású volt. Egy másik beteg a befecskendezés után subjective feltűnően jól érezte magát, de nemsokára objective fokozódó rosszabbodás következett be, a mely nagyobb sebészeti beavatkozást tett szükségessé (sebészeti gümőkór-eset volt). Végül 3 sebészeti gümőkór-esetben, melyeket *Friedmann* mint kedvezőtlen, illetve kilátástalan kórjóslatú eseteket a szerével való kezelésből kizárt, teljes gyógyulás következett be. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 45. sz.)

Sebészet.

A diabetes sebészetével foglalkozik *Labbe*, a párisi Charité tanára. Nagyon nehéz feladat a sebészi beavatkozás szükségességének helyes megítélése diabetesben. Felveti a *Becker*, *Naunyn*, *Ruff*, *Karewski*, *Poncet* által már annyiszor megvitatott problémákat: operáljuk-e a beteget? mi veszélyesebb, a várakozás, vagy a beavatkozás? milyen anaesthésiát alkalmazunk? minő legyen a műtét előtti és utáni kezelés?

A cukorbeteg végrehajtott műtét két okból válhatik veszélyessé, ezek: 1. a *hyperglycaemia*, 2. az *acidosis*, nem említve az egyéb bajok, mint syphilis, arteriosclerosis, Bright-kór hozzátársulása által feltételezett veszélyeket (gangraena). A hyperglycaemia elősegíti a genyedet, a mi néhány évvel ezelőtt még a sebészek főgondja volt. *Rosner*, *Israel*, *König* ezért feltétlenül szükségesnek tartotta a műtét előtt a hyperglycaemia csökkentését. Ma tudjuk, hogy genyedet csak baktériumok okozhatnak, ezeket pedig sebész távol tudja tartani, illetve meg tud küzdeni velük. A genyedés mint szövődmény különben sem katasztrofális, mert a hyperglycaemia és glycosuria csökkentésével hatalmas fegyverünk van ellene.

Az *acidosis* sokkal veszélyesebb, ez idézi elő a műtét utáni comát. *Hoffa*-nak számos esete van, a melyekben a műtét előtt cukormentességet lehetett elérni és a beteg a műtétet még sem bírta ki, fel sem ébredt a narcosisból, rögtön comába esett.

A műtét utáni acidosis a következő momentumok befolyásolják: 1. a diabetes súlyossága, 2. a végrehajtott műtét természete, 3. a narcoticum és végül 4. a műtét előtti és utáni kezelés.

Ad 1. Itt három fokot különböztetünk meg, és pedig diabetes acidosisal és lefogyással, acidosisal lefogyás nélkül és mindkettő hijján. Az első fokon a legcsekélyebb műtét katasztrofális, akár anaesthésiával, akár anélkül végezzük. A második fokon is nagy a veszély, de a beteg ellentállóbb. Az utolsón a comától ugyan nem kell félni, de azért gondoljunk reá mindig.

Ad 2. Súlyos, hosszantartó műtét feltétlenül kerülendő. Épp így kerülendő a műtét előtti izgalom, a melyek egymagukban is acidosisst válhatnak ki.

Ad 3. A *chloroform* a legveszélyesebb narcoticum. Gyenge acidosisst hozhat létre nem diabeteses betegben is. *Baldwin* gyakran talált chloroform-narcosis után acetoniuriát. *Nicloux* vizsgálatai szerint a chloroform a szövetekben történt decompozitójakor ezek alkáliáját elvonja. Még olyan cukorbetegben is acidosisst vált ki, a kinek erőbeli állapota nem csökkent. Rosszul tápláltakon és acidosis mellett feltétlenül comára vezet. Óvakodnunk kell tőle minden májbántalomban (*Doyen*, *Fiessinger*, *Chevrier*, *Sorrel*). Az aethernek nem tulajdonítanak ily toxikus hatást; *Labbe* mégis gyakran látott aether után meghalni oly cukorbeteg, a ki jó erőben volt és az acidosisra való tekintettel a leggondosabban kezeltetett a műtét előtt és után. Legjobban türik a diabetesben szenvedők a meghosszabbított chloraethyl-narcosisst, emellett szólnak *Boureau* kutatásai is. Az általános narcosisal szemben feltétlen előnyben részesítendő a lumbalis anaesthesia, legmegfelelőbb a helyi és a vezetési anaesthesia (*Réclus*).

Ad 4. A műtét előtt és után is nagyon fontos a diéta táplálkozás (száraz főzelék, zabliszt), a melyhez natr. bicarbon. adását lehet csatolni. A műtét előtt nem szabad koplaltatni a beteget; a glukose-injectiók nem ajánlhatók.

Végül újból hangsúlyozza a szerző, hogy nem lehetünk eléggé óvatosak és conservatívok akkor, a mikor diabetes esetében felmerül a sebészi beavatkozás, főleg pedig az általános narcosis kérdése. (American Journal of Surgery, 1919, november.)
Hedri Endre dr.

Gyermekorvostan.

„**Glaucoma infantile és diathesis exsudativa**“ című cikkében *Rohr* azt a kérdést veti fel, hogy nincsen-e a két betegség között okozati összefüggés. Ő a következő észlelés alapján gondolt erre a lehetőségre. Egy négy hetes

nagyon gyengén fejlett, anyatejjel táplált, erősen exsudatív csecsemőn varicella és otitis media után glaucoma fejlődött. Ez vagy veleszületett lehetett, vagy pedig az első hónapokban szerzett. Szerinte, a mint a bőrön és nyálkahártyákon, éppúgy lehetséges valamilyen gyuladós folyamat a szemben is obturáló iritis folytán, a mikor is a ligamentum peetinatumon át a Schlemm-csatornába a szembe folyadék lefolyása akadályozva van. A diathesis exsudativa mindenestre elősegítheti a már veleszületetten hibás szemben a glaucoma kifejlődését. Az iritis éppen úgy gyógyulhat, mint a bőr és a nyálkahártya betegsége. Keresni kell glaucoma infantilis eseteiben a diathesis exsudativa tüneteit, hogy az összefüggés megvan-e valóban és hogy az exsudatív tünetek kezelésére a glaucoma infantile miképpen reagál. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1919, 44. sz.)
Tüdös dr.

Az influenzajárvány a csecsemőkorbán czimen *Niemann* és *Käthe Foth* beszámol a „Säuglingsheim des Deutschen Vereins für Kinderasyle in Berlin-Halensee“ spanyol járványáról. A személyzet 1918 novemberi spanyol járványával kapcsolatban egyik napról a másikra tömeges megbetegedés jelentkezik igen rosszindulatú lefolyással. Az esetek 83%-ában bronchopneumonia fejlődik, mely igen gyorsan, olykor már a megbetegedés első napján mutatkozik; a halálozás 38% volt. A bonczoláskor confluáló bronchopneumoniás góczokat találtak kisebb-nagyobb terjedelemben, fibrines fölrakódásokkal a pleurán, olykor savós izzadmány is volt a pleura-ürben, mely azonban kis mennyisége miatt az élőben ritkán volt megállapítható. A 43 pneumoniás megbetegedés közül csak egyben fejlődött empyema. A halállal végződött esetek nagy része foudroyans lefolyású volt, a therapiától különösebb eredményt nem láttak, az egyetlen, a mi a betegség menetét befolyásolni látszott, a csecsemők táplálásmódja volt. A változatosabban táplált idősebb csecsemők és a zsírdúsán táplált fiatalabb csecsemőkön parenteralis infectio tünetei nem jelentkeztek, a halálozás lényegesen alacsonyabb volt. A tulnyomóan szénhidrátokkal táplált csecsemők ellenállóképessége minimális volt, a körképen a súlyos parenteralis fertőzés uralkodik vehemens lefolyással, collapsus-szerű halállal, olykor alig kimutatható tüdőelváltozás mellett. Ezzel kapcsolatban a *Schick* nézetével szemben arra a meggyőződésre jutottak, hogy a szénhidrát-dús táplálás ellen állást kell foglalniok, mert a csecsemőknek zsírdús táplálék mellett sokkal nagyobb az ellenállóképességük a parenteralis infectiókkal szemben, mint ha főleg szénhidrátokkal vannak táplálva és ez a körülmény van olyan fontos a táplálásmód czélszerűségének megítélésében, mint a rendszeres súlygyarapodás. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 27. sz.)

Bakay Emma dr.

Venereás betegségek.

Az ezüstsalvarsanról további adatokat közöl W. Kollé (Frankfurt a/M.). Ma már általánosan tudott, hogy az ezüstsalvarsan igen erős spirochaetaölő gyógyszer. Valamennyi arseno-benzolos derivatum között az ezüstsalvarsannak van legkedvezőbb chemotherapiás indexe, az állatkísérletek pedig azt mutatják, hogy ez az a készítmény, melynek legerősebb az antisiphilises hatása. Érdekes, hogy 14% ezüstön kívül arsenből csak 22.4%-ot tartalmaz, holott a régi salvarsan 34% arsenrejt magában. Az ezüstsalvarsanban tehát az arsen részben a szervezetre jóval ártalmatlanabb elem — az ezüst — pótolja s ez a vegyület a spirochaetákra mégis fokozott hatású. A fokozott hatás úgy látszik azon alapszik, hogy az ezüst a salvarsan-molekulát az állati szervezetben aktiválja. Ugyanazt a hatást fejtheti ki más nehéz fém is (arany, platin, réz) a salvarsan-molekulára, de ugyanakkor a vegyület mérgező hatása is fokozódik. Kivétel csak az ezüst, mely nem fokozza a salvarsan mérgező voltát ugyanakkor, a mikor a hatását lényegesen emeli. Az ezüstsalvarsan mellékhatásaiban némileg eltér a rokonkészítményektől. Különösen ki kell emelnünk az angioneurosisos tünetcsoportot, mely akkor, mikor még kisebb hígításokban adták, gyakrabban került észlelés alá. Ez a tünet erős elsápadásban áll,

melyet utóbb kipirulással és szédüléssel egybekötött vértódu-lás a fejbe szokott követni. Mindez az ájulásig fokozódhatik. Elkerülhető ez a kellemetlen tünet úgy, hogy az injectiókat fekvő helyzetben marad. Fontos, hogy az oldat elég nagy hígítású legyen (0.1 ezüstsalvarsan legalább 10 cm³ vízre). Ritkább jelenség, hogy az ezüstsalvarsan-injectio nyomán a beteg múltó erythemát kap, mely főként a mellet és az alsó végtago-kat lepi el. Az erythema jele annak, hogy az egyén nem tűri a szert. Fontos *Wechselmann*-nak az a tapasztalása, hogy nagyobb adagú injectiók nyomán a vizeletmennyiség jelentékenyen csökken. Ez a jelenség mindig beteg vesére vall; ilyenkor természetesen fel kell hagyni az ezüstsalvarsan-nal, mert különben teljes anuria állhat be. Az ezüstsalvarsan-injectiók technikájára vonatkozóan a szerző részletesen is-merteti a szükséges tennivalókat. A sok óvatossági szabály közül az egyik legfontosabb az, hogy az oldatokat csak igen lassan szabad a vénába fecskendezni. Bizonyos azonban, hogy az ezüstsalvarsan, bármily értékes is a syphilis thera-piájában, az általános gyakorlatban egyelőre elterjedésre nem számíthat. Megnehezíti ezt egyrészt az injectiók technikájá-nak körülményessége, másrészt a szernek nem éppen veszély-telen tulajdonságai. Az ezüstsalvarsan erőteljes hatása miatt elsősorban az abortív syphilitéripiának a gyógyszere. A korai szakban ugyanis teljes sterilisatio céljából használható, még pedig kénesővel kombinálás nélkül. A szerző általában híve a korai syphilisnek egyedül ezüstsalvarsannal (vagy egyéb salvarsan-készítménnyel) való kezelésének, de azért távolról sem tagadja a kénesőnek kiváló értékét a syphilis-therapiá-ban. Elméleti alapon azonban helyesebbnek tartja, ha a kéneső-kúra külön megy végbe, nem pedig kombinálva egy-idejűleg salvarsannal. Ha mindkét szer alkalmazásáról van szó, akkor előbb csak salvarsant ajánl s a kénesőt a salvarsan-kúra lezajlása után használhatja. Általános a kísérle-tezők tapasztalása, hogy 6—10 ezüstsalvarsan-injectióval teljes abortiót sikerül létrehozni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 2. szám.)

Guszman.

Szemészet.

Adatok az ophthalmoblennorrhoea kezeléséhez parenteralis tejbefecskendezésekkel. *Jickeli* bakteriologiai-lag is megállapított 25 esetről számol be, melyeknek nagyobb részét a megbetegedés első és második, néhányat 4—8. nap-ján vett orvoslásba. Mind 20—25 éves, különben egészséges katona volt. A szokásos helyi orvoslás mellett eleinte a 10 perczig forralt tejből minden 3—4. napon 5 cm³-t, később, mert ilyen alkalmazásnál nem látott kellő hatást, 3 perczig főzött tejből 2, esetleg 3 egymást követő napon 10 cm³-t adott intraglutealisán. Helyi tünetek: duzzadás, nyomó fájdalom, esetleg kipirosodás; tályogképződést, zsiremboliát nem látott. Általános tünet: csakhamar beálló, 6—8 óra múlva 38—39.5° C maximumot elérő hőemelkedés, mely másnap reggelre izzadás kíséretében leszáll. A szemeken az első, de feltétlenül a második befecskendezés után a szemhéj duzzadása és a chemosis apadt, a váladék termelése meg-szűnt, a gonococcusok eltűntek. A szaruhártya-hámhiányok gyorsan gyógyultak, a fekélyek 2—3 nap alatt feltisztul-tak. Áttört fekélyeken feltűnő javulást nem észlelt, de rosszabbodást sem. A szövődmény nélküli esetek egy hét alatt meg-gyógyultak. Iritis (különösen gonorrhoeás) és más szaru-hártya-fekély eseteiben is biztatók voltak az eredmények. Az eljárásnak hatását abban keresi, hogy a befecskendezéssel a szervezetet elárasztó idegen fehérje a vérkeringési és a védő-anyagtermelő szervek működését hirtelen fokozza és ennek a révén a helyi vérbőség is fokozottan érvényesülhet. Éppen ezért csak bacteriumok okozta gyuladósos bajokban várha-tunk eredményt az eljárástól, és ha a megtámadt szövet dúsán erezett (iris), vagy ha ellenkezőleg igen lassú benne az anyagforgalom (cornea), mert ezt jelentékenyen élénkíti. Az eredmény elérésére szükséges, hogy a hevesebb hatást mintegy lökészerűleg idézzük elő. Ha kevés befecskendezés nem segít, a későbbiek hatástalanok. Azért a kúra legfeljebb

5—6 befecskendezésből áll. Fogyatékosága az eljárásnak az, hogy a tejet nem lehet teljesen csiramentessé tenni, mert ez a hatását csökkenti, és hogy nagy mennyiséggel kell dol-go-ni. Mindkét szempontból sokat vár a hasonló módon ható typhushacillus-emulsiótól. Eredményeit úgy összegezi, hogy ophthalmoblennorrhoea minden esetében az eddig szokásos helyi orvoslás mellett alkalmaznunk kell a tejbefecskendezést vagy az ezt pótló eljárást, továbbá iritis, chorioiditis, szaru-hártyafekély, gonorrhoeás ízületi gyuladás eseteiben is kisebb adagokban, a megfelelő oki gyógyítás mellett. (Klin. Monats-blätter für Augenheilkunde, 1919, LXII. kötet, január—júniusi füzet.) Sz. L.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Pediculosis capitis ellen *Ullmann* docens az acetum veratri használatát ajánlja (rhizoma veratri albi maceratum 3—6%-os eczetsav-oldatban). A szétbontott haját jól meg-megnedvesítjük vele és éjjelre kendővel bekötjük a fejet; más-nap sűrű fésűvel erősen megfésüljük a haját az oldattal való újabb megnedvesítése után, majd szappanos vízzel jól meg-mossuk. Többnyire már az egyszeri alkalmazás elegendő. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1920, 3. szám.)

A **laxogran** nevű hashajtószer a „Grains de moutarde Didier” nevű francia készítmény utánzata; cascara sagrada kivonatába áztatott fehér mustár-magvakból áll. A mustár-magvak a bélben megduzzadnak s így „tolószer” gyanánt hatnak, úgy mint a regulinban az agar-agar; egyidejűleg a bennük foglalt olaj is némi izgató hatást fejt ki a bélre. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 47. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1920, 6. szám. *Galambos Arnold*: Az influenzás tüdőgyulladás kezeléséről. *Radó Vilmos*: Egy a Boedeker-próbával egyenértékű vizeletfehérje-próba.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Nyíró Gyula* dr.-t és *Hochenburger Emil* dr.-t a budapest-lipótmezei állami elmegyógyintézethez másodorróssá neve-zték ki.

A **Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete** („MONE”) közli azon vidéki kartársakkal, kik tagul belépni szándékoznak, hogy ebbeli óhajukat pontos címükkel együtt tudassák a MONE igazgatóságával: Budapest, VIII., Szentkirályi utca 22. (Orvosklub). Erre megküldik a szükséges nyomtatványt, melyet kellőleg kitöltve sziveskedjenek az igaz-gatóságnak visszaszármasztatni. A felvétel megtörténtéről értesítést küldenek.

A **Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylete** pénztárába befizettek alapítványt 1920 január 25.-éig: Schuschny Aurél Budapest 100, Fejes Lajos Budapest 100, Derczeny Imre Diósgyőr 100, Brünauer Ambró Eger 100, özvegy dr. Adler Morné emlékére dr. Adler Nándor 500, dr. Melly Béláné emlékére dr. Katona József Budapest 100, Lengyel Lajos Budapest 200, Bauer Samu dr. Mohr Mihály nevére 1000, id. dr. Glass Izor kir. tan. 500 koronás alapítványa növelésére 100, dr. Glass Elemér 100 K.-s alapítványa növelésére 100 K.-t. Budapest, 1920. január 29. Dr. *Katona József* pénztáros.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. *Synwolldt*, úgy mint nemrégiben *Bittorf* is, heveny izomcsusz eseteiben többnyire kifejezett eosinophiliát talált, aminek jelentősége lehet az elkülönítő körjelzés szempontjából abban a kérdésben, vajjon adott esetben neuralgiás avagy myositises eredésű-e a baj. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 4. szám.) — Életveszélyes, csak műtéttel csilla-pítható tüdővérzést láttak a frankfurti egyetem sebkegklinikáján a mellkas próbapunctiója után. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 4. szám.) — A chinin hatását fluoreszkáló anyagok fokozzák *Rusznjak* vizsgálatai szerint; chinin-resistens maláriás betegeket sikerült meggyógyítania, ha a chinin mellett fluoresceinnatriumot, illetőleg eosint fecskendezett 0.01—0.06 gramm adagban a bőrük alá. (Wiener klin. Wochenschrift, 1920, 4. szám.)

Személyi hírek külföldről. *Th. Goett* müncheni docens (gyer-mekorvostan) a rendkívüli tanári címet és jelleget kapta. — *W. Hannes* breslauer docens megbízást kapott a szülészeti propaedeutika előadására. — *O. Fürster* tanár Breslauban nem fogadta el a meghívást a heidel-bergi egyetem neurológiai tanszékére.

Meghalt. *E. Rotter* vezérőorvos, ismert sebész, 70 éves korá-ban. — *H. Weicker*, a görbersdorfi Weicker-sanatorium főorvosa, január 24.-én. — *W. Busse*, a gynaekologia rendkívüli tanára a jenai egyetemen, 46 éves korában január 30.-án.

Orvosok

kik kérdőívünket nem kapták meg, méltóztassanak telefon vagy levelező-lap útján reklamálni.

Magyarország Orvosainak Évkönyve
Budapest, VII., Kertész-u. 16.
Telefon József 106-47.

Városmajor-Szanatorium és Vizgyógyintézet

Részvénytársaság. **Budán, I., Városmajor-u. 64.** Telefon 88-99
Ujjonnan átalakítva Dr. zágoni Mezey Andor igazgató és főorvos vezetése alatt. Vizgyógyintézet; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és fenyőfürdők, massage, hőlég-kezelés bejáróknak is. Quarz és Röntgen. Hízaló- és soványító kurák. Auto.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádosy 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 körtermekkel kibővítvé. Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

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

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Bőrgyógyító és kosmetikai intézet

Dr. JUSTUS kórházi főorvos
IV., Ferencz József-rakpart 26. Telefon József 56-76

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-uteza 47. szám. Diétás, diagnostikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyógyszermechanikai osztály bejáró betegek részére is.

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

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

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézet. — Dr. Hilf Paula, Dr. Mandler IV., Semmelweis u. 2. Ottó. Néhai Dr. Reich-féle **Zander** Kossuth Lajos-u. sarok

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásaival Termális és fizikotherapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen.

Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.
Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.
Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Kiváratra prospektus. Kiváratra prospektus.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

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

PÁLYÁZATOK.

351/1920. sz.

Sajószentpéteri járásban üresedésben levő bánhorváti körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz jelenleg Barczika, Ivánka, Vadna, Sajóvelezd, Nagybarcza, Bánfalva, Bánhorvát, Bántapolcsán, Dédes, Malyinka, Tardona községek tartoznak.

A körorvos javadalma az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 10. és köv. szakaszaiban van megállapítva. A látogatási díjakat Borsodmegye szabályrendeletileg állapította meg.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 1.-éig annál is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást később kitűzendő időben a bánhorváti községhezán fogom megtartani.

A megválasztott orvos állását tartozik azonnal elfoglalni; bármely községben vehet fel ideiglenesen lakást.

Sajószentpéter, 1920 január hó 23.-án.

Maklár, főszoigabíró.

Czellődömök-Kemenesaljai közokórháznál megüresedett alorvosi állásra pályázat hirdettek.

Az alorvos javadalmazása évi 800 korona fizetés és a reá eső hadi segély. Az alorvos fizetésének legkevesebb 1600 koronára való felemelése elintézés alatt áll.

Az alorvos kórházi elfoglaltságán kívül szabad orvosi gyakorlatot folytathat. Nagyobb sebészeti gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

Pályázati kérvények folyó év február hó 28.-áig az 1876. XIV. t.-cz.-nek megfelelő képesítési okmányokkal felszerelve, Vasvármegye főispánjához czimezve nálam (kórházgondnoki irodában) nyújtandók be.

Kórházigazgatóság.

PURGO

az ideális hashajtó
gyermeknek, felnőttek és fekvő-
betegek részére

MERLUSAN

bevált antilueticum és antigonorrhoeicum

EBAGA

zsirtalan kenőcsök
dermatologiai és ophthalmologiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár
Budapest

GLYCEROPHOSPHAT-GLOMA

DR. WANDER

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

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

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művegtaggyártás és műszerjavítás.

Telefon József 19-24.

„IMMUNITAS“

Dr. KERTÉSZ TIVADAR és TÁRSAI

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

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

Fogorvosi felszerelést keres orvos, rendelőt átvesz, esetleg helyettesít vidéken is. — „Dr.“ alatt a „Petőfi“ irod. vállalatnál, VII., Kertész-utca 16.

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

Alapított 1878 ————— Telefon 13—76

Orvosi műszerek, kórházi vasbutorok, orthopédiai készülékek és betegápolási cikkekben békebeli I. minőségben nagy raktárt tart. Letelepülő orvosoknak teljes berendezéseket jutányos árban és kedvező feltételek mellett szállít. Költségvetések kívánatra azonnal díjmentesen készíttetnek.

DR. WANDER-FÉLE

sűrűn folyó

Maláta - kivonat

(Extr. malti spiss.)

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁP SZERGYÁRA R.T.
BUDAPEST

ROBOFERRIN

és Roboferrin c. arsen. Erényi

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtokéletesebben felszívódó és kellemes ízű **vaspepton**-készítmény

Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél mint gyermekeknél

Orvos uraknak mintáival és irodalommal szolgál

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA“ GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VII., Károly-körut 5 ☐ Telefon: József 115—55

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.

Polyvalens „Grippe”-serum

Intézetünk Polyvalens „Grippe”-seruma az 1918-19 évi spanyol járvány eseteiből kitenyészett vilurens pneumo-streptococcus-influenza bacillusokkal és a supponált filtrálható virust tartalmazó váladékok (filtrált köpet, vérexsudatum) bevonásával hyperimmunizált lovak rendkívül polyvalens savója. A savó immuntiterének fenntartására a jelenlegi járvány vilurens csirái is állandóan bevonatnak a lovak kezelésébe.

Indicatiók: A megbetegedés kezdeti időszakában a complicatiók megelőzésére, de mindvégig a súlyos tünetek (septikus bronchopneumoniák) kezdésére feltétlenül és hatadéktalanul alkalmazandó, mint az egyetlen aetiologiailag indokolt specifikus készítmény.

A legsúlyosabb és teljesen reménytelennek látszó klinikai tünetek (nagyjoku cyanosis, aig tapintható érlökés, mindkét tüdő beszüremkedése) esetében is feltűnő a Polyvalens „Grippe”-serum hatása, amely elsősorban rendkívül magas és gyötrő hőmérséklet azonnali lesülyedésében és a közérzet feltűnő javulásában nyilvánul.

A hatás magyarázata: A feltűnő és legtöbb esetben kétségtelen hatás magyarázatául szolgál egyrészt a specifikus komponensek tömény jelenléte a hyperimmunizálással nyert polyvalens savóban, másrészt a szervezet ellentálló képességének emelkedése, mint a befecskendezett nagy serum-mennyiség indirekt következménye.

Adagolás: 50 cc. savó intramuscularis injectio alakjában, lehetőleg 24—36 óra múlva megismételve.

Dr. „PÁPAY”-féle oltóanyag és serum-intézet R.-T. Budapest,

VI., Teréz-körut 31. szám. Telefon: 20—19. Sürgőncim: Pápayszerum.

Dr. PÁPAY

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

Hímlőnyirok Meningococcus-serum Orvosi diagnostikai laboratorium

WESZELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES
ÉS TÁRSA UTÓDA

BUDAPEST, IV., KIGYÓ TER 1.

Orvosi műszer, kötszer és művegtaggyár. Beteg polási cikkek, maskotók, sérvkötők, kórházi vasbutorok stb. raktára

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

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

Ezelőtt II., ker, Margit-körút 45.

Új telefonszám 58-97.

Sulfotin

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

Arsotonin Domopon

a monomethydnatriumarse-
nat isotonias oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jekciókhoz.

20 és 100 ampulás csoma-
golásban

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

Injektiones Eri

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

LEGJOBB TÁPSZER
Qvomaltine

SANGUIFERIN
DE PALLAY

GELIXIRIUM · FERRI · ALBUMINATI · POLLATSEK ·
SEU · COMBINATIONES:
C · ARSENO · MITE · C · ARSENO · FORTE · C · PHOSPHORO
TONICUM * HAEMODYNAMICUM
NEUROTICUM * STOMACHICUM * ROBORANS.

ANAEMIA · NEURASTHENIA,
TÁPLÁLKOZÁSI · ZAVAROK,
IDEGES · KIMERÜLTÉG ·
CHLOROSIS · FEJLÖDÉSI
VISSZAMARADOTTSÁG,
GYERMEKÁGYAS · NÖK · ÉS
SZOPTATÓK · VÉRSELEGÉNY-
SÉGE · ESETÉBEN · STB.

PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R-T. BUDAPEST
NADOR-ÚT 6

„LABOR”

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

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

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

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

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

Kiadóhivatal
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ES KIADJA
LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

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

Küldemények-és előfizetések címe
Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.
Hirdetések kizárólagos felvétele
Pesti Alfréd "PETÓFI" 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 kórház
gyakorlatot teljesítők a felét
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kuncz Andor: Közlemény a kolozsvári egyetem szülészeti és nőgyógyászati klinikájáról. (Felügyelő tanár: Hevesi Imre dr., ny. r. tanár.) Észleletek a lefolyt influenza-járvány alatt és utána jelentkezett női nemiszervi megbetegedésekre vonatkozólag. 85. lap.
Rubin Jenő: Közlés a székesfővárosi régi Szt. János-kórház bőr- és nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyet. magántanár.) Adat a lupus-carcinoma kérdéséhez. 88. lap.
Hollaender Hugó: Az immunitási állapot meghatározása, a „prognostikai index” és immunizáló eljárás a gümőkór prophylaxisában és gyógykezelésében. 89. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. W. Böttcher: A férfi járulékos nemi mirigyek váladéka. — Zuntz: A szaruképletek (hajzat, körmök, epidermis) növényének elősegítése specifikus táplálással. — Belorvostan. Zuelzer: Scarlatina. — Brüning: Oleum chenopodii anthelminticivel történt mérgezés. — Gyermekorvostan. Zappert: A gyermekkorban észlelhető tartós subfebrilis hőemelkedés okai. — Knoepfelmacher: A rash varicella eseteiben. 92—93. lap.

Magyar orvosi irodalom. 93. lap.

Vegyes hírek. 93 lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári egyetem szülészeti és nőgyógyászati klinikájáról. (Felügyelő tanár: Hevesi Imre dr., ny. r. tanár.)

Észleletek a lefolyt influenza-járvány alatt és utána jelentkezett női nemiszervi megbetegedésekre vonatkozólag.

Irta: Kuncz Andor dr., vezető tanársegéd.

Oberndorfer szerint az influenza bakteriaemiás folyamat, melynek kórokozója talán a tonsillákon át jut be a vérbe. Bakteriuma eddig ismeretlen és a különböző váladékokban talált bakteriumok közül különösen a diplostreptococcus szerepel leggyakrabban, mint a szövődmények kórokozója. Mint általános sepsises megbetegedésben feltételezhető volt, hogy az e megbetegedésre nagy hajlamot mutató női nemiszervek is részt fognak venni a fertőzésben. Észleleteink főleg a klinikánkon előfordult influenza-esetekre és a klinikánkra került lefolyt influenza-esetek genitális utómegbetegedéseire vonatkoznak. Már a régebbi járványok idején is, de különösen az 1889/90 évi járvány alkalmával észlelték azt, hogy az influenzával kapcsolatosan a nemiszervek is elég gyakran megbetegednek, sőt Engel véleménye szerint az influenzának káros befolyása nőknél inkább a nemi szervekre, mint a lélegző és emésztő szervekre érvényesül.

Zavarokat észleltek a menstruációban, így bővebb, rendetlen vérzések mutatkoztak a betegség alatt. Ennek okát nagyrészt az intoxicatio révén fejlődő endometritis haemorrhagicában vélték megtalálni. Az adnexumok megbetegedését is észlelték több esetben, valamint az idősült adnexumgyulladások kiujulását is. Krönig halálos peritonitist ír le egy esetben, hol a bonczolás kétoldali genyes oophoritist derített ki, melyet az influenza okozott volna. A mi az influenzának a terhességre, a szülésre és a gyermekágyra gyakorolt befolyását illeti, az eddigi észleletek szerint elég gyakran látták a terhesség megszakadását; okul a méh-nyálkahártya gyuladással elváltozását, vagy a magzat halálát hozzák fel; a gyermekágyban másrészt gyakrabban észleltek gyuladásokat, utóvérzéseket stb.

Gynaekológiai eseteinket két csoportba oszthatjuk. Az elsőt alkotják azok az influenza-esetek, melyek a klinikánkon fekvő betegek között fordultak elő csekélyebb számmal. Az idetartozó esetek kórtörténetei a következők.

367/1918. felv. sz. A beteget endometritis gonorrhoeica, condylomata accuminata-val vettük fel. A felvétel utáni első hét vége felé 40^o C-os hőemelkedések mellett, súlyos, általános toxikus tünetektől, bronchitistől kísérvé, influenzás kórképet állapítottunk meg. A folyamat 4

hétig a sepsis kórképében erősen lerontja a beteg állapotát, de collar-gol-, camphora- stb. kezeléssel sikerül a beteget megmenteni. Betegsége alatt a nemiszervek részéről lényegesebb eltérést nem találunk. A betegség lefolyása után is csak mérsékelt érzékenység volt kimutatható az adnexumok tájékán. A genitális váladék vegyes fertőzést tüntet fel, igen sok apró coccus-csoport, néhol diplo-streptococcus elrendeződés.

418/1918. felv. sz. Gynaekológiai lelet: Retroflexio-versio uteri mobilis. Alexander-Adams-műtétet végeztünk. A műtét utáni 3. napon influenzás tüdőgyulladás fejlődött, mely körülbelül 3 hétig tartott, magas lázak kíséretében. A genitális lelet az influenza alatt lényegesebb eltérést nem mutat; a betegség 4. hetében mérsékelt érzékenységet jelez a beteg az alhas baloldalán. A vizsgálat alkalmával baloldali salpingo-oophoritis mutatható ki, mely apró lázak kíséretében még két hétig okozott tüneteket. Chronikus gyuladással állapotban bocsátottuk el.

382/1918. felv. sz. Felvételt kétoldali, másfél ökölnyi érzékeny képlet érezhető a méh mindkét oldalán. 39.4—39.6^o C-ig felmenő hőemelkedések. A cervix váladékában gonococcusok. A Douglas felől punctióra sötétpiros folyadék ürül. Haematoma retrouterinum abscedens. Graviditas extraterina.

Utóvérzéstől tartva, egyelőre lemondunk a colpótomiáról. Hat hetes lázas állapot után a folyamat a végbél felé való áttörés után a gyógyulás felé halad, a beteg láztalan lesz. Ezen szakban történt az influenzás fertőzés, mely enyhébb jellegű volt; elhúzódó bronchitis miatt két hétig tartott a hőemelkedés, azután teljesen láztalan lett a beteg. Lényegesen megkisebbedett adnexum-tumor, a Douglas-resistentia az influenza után csak mérsékelt érzékeny, a folyamat fellobbanása elmarad. Kibocsátáskor, daczára, hogy csak a hüvely volt kezelve, a gonococcus-vizsgálat eredménye negatív.

169/1918. felv. sz. Baloldalt körülbelül ökölnyi adnexum-tumor. lymphás habitus, pleuritiben és peritonitiben (tbc.) fekvő huzamosabb ideig a belklinikán. Hőemelkedés 38.5—39.0 között. Conservatív kezelésre a képlet körülbelül tojásnyira megkisebbedik, a hőmérséklet leszáll, ekkor kapja meg a beteg az influenzát, mely 10 napig tart, 38 fölé menő hőemelkedések, bronchitis kíséretében. A subfebrilis betegen végzett genitális vizsgálat a betegség lefolyása után a lényegesen javult adnexum-gyulladás kiujulását és terjedését mutatja. A baloldalt észlelt tojásnyi képlet megnagyobbodva összefügg a hólyag előtt keresztbe húzódó képlettel, mely a jobb medenczefélbe is leér. Körülbelül ökölnyi. Körülbelül 8 hétig tart még a subfebrilis állapot, közbe-közbe magasabb hőemelkedéssel, míg végre 4 hónapi conservatív kezelés után a folyamat megállapodik és láztalan állapotban kibocsátható a beteg. A cervix-váladék vegyes fertőzést mutat.

Ezekben az esetekben a menstruációs viszonyok újabb típust nem mutatnak.

A második csoportot alkotó észleleteinket a gynaekológiai elváltozások súlyossága szerint osztályozhatjuk.

Salpingitist és oophoritist észleltünk 5 esetben. Mind az 5 esetben genitális megbetegedések valószínűleg azelőtt is fennállottak, amennyiben az anamnesisben több hónapra, sőt évekre visszamenő panaszok szerepelnek, de egybehangzó a betegek ama panasza, hogy az influenza lefolyása után alhasi fájdalmaik, rendetlen vérzéseik, fehérfolyásuk stb. több kellemetlenséget okoznak, mint azelőtt, s ezért kényesültek felkeresni klinikánkat.

403/1918. felv. sz. Betegsége egy hete tart; influenzája óta (mely 6 hét előtt folyt le) állandóan gyengélkedik, alhasi fájdalmai vannak, melyek egy hét óta erősebbek. Mindkét oldalon kétujnyi vastag érzékeny tuba, eleinte magasabb hőmérsék, majd később subfebrilitás.

13/1919. felv. sz. 4 hó előtt 6 hétig feküdt influenzában, súlyos tüdő- és bélszövődeményekkel. Betegsége óta fehérfolyás, alhasi, deréktáji fájdalmak, sokat fogyott. Gynaekologiai diagnózis: Salpingo-oophoritis bilater. subfebrilis. A cervix váladékában vegyes bacterium-flóra.

28/1919. felv. sz. 5 év óta vannak panasza. Alhasában fájdalmak, melyek a 3 hó előtt lefolyt influenza után erősbböttek. Gynaekologiai diagnózis: Salpingo-oophoritis l. s. subfebrilis.

64/1919. felv. sz. 5 év óta alhasi fájdalmak, rendetlen vérzés; 4 hó előtt spanyolbetegsége volt, súlyos tüdőhuruttal, magas lázzal, hidegrázással. Betegsége óta alhasi fájdalmai erősbböttek, valamint alsóvégtagfájdalmi is. Gynaekologiai diagnózis: Salpingo-oophoritis l. sin. A cervix-váladék vegyes fertőzést mutat. Láztalan.

120/1919. felv. sz. 3 hó óta vannak panasza, jobboldali alhasi fájdalmak. 5 hó előtt influenzája volt, utána állandó nyomás-érzés jobboldalt, az alhas tájékán. A vizelés fájdalmas. Gynaekologiai diagnózis: Salpingo-oophoritis l. d. Urethritis. A cervix és az urethra váladékában vegyes bacterium-flóra.

Három fibromás betegünk kereste fel klinikánkat influenza után gyuladásos adnexum tüneteivel.

122/1919. felv. sz. 4 hó előtt influenza, 3 hét óta erős alhasi fájdalmak, melyek az influenzából kigyógyulás után kisebb mértékben voltak meg. Magasabb hőmérsék, kb. 38,5-ig. A köldökig felérő, sima felületű fibroma, baloldalt a boltozaton át tapintható érzékeny kacsca. Diagnózis: Fibromyoma uteri, salpingo-oophoritis l. sin.

122/1919. felv. sz. 5 hó előtt influenza, azóta kisebb mértékű alhas-fájdalmak, melyek két hét óta erősbböttek. Bal oldalt a méhvel összefüggő, sima felületű, kemény izomtapintatu képlet, a boltozaton át érzékeny resistentia, mely a méh mozgását fájdalmassá teszi. Diagnózis: Fibromatosis uteri, exsudatum parametriticum, salpingitis l. sin.

31/1919. felv. sz. 4 hó előtt kezdődött az influenzája, mely súlyos lefolyású volt, sokat fogyott, rendetlenül és sokat vérzett méhüréből. Kétökönyi, sima felületű méhtest, mindkét parametrium érzékeny, resistensebb, különösen a méh mozgásakor fájdalmas. Diagnózis: Anaemia universalis maioris grad. Fibroma uteri, endometritis, parametritis.

Nagyobb adnexum-tumorokat észleltünk 12 esetben, ahol a tumorok körül rendszerint exsudatív folyamat is volt található, mely vagy a Douglas, vagy a parametrium felé terjedt, de rendszerint részleges peritonitis alakjában a belekkel való összenövésre is vezetett.

Ezekben az esetekben is az influenza legtöbbször 2—3 hó előtt folyt le és a baj rosszabbodására utaló tünetek rendszerint 4—6 hét múlva jelentkeztek.

439/1918. felv. sz. 4 hét előtt influenza, 2 hétig véres hasmenés, egy hét óta alhasi és deréktáji fájdalmak, lázas, hányásinger. A méhtest egy képletbe ágyazott, mely mindkét oldalt kitölti a medence vájulatát, baloldalt kisebb ökönyi, jobboldalt kisebb almányi, a Douglas ledomborítja, nagyon érzékeny, felső határa elmosódott, tészta-tapintatu, rugalmas. Diagnózis: Tumores adnexorum bilat., exsudatum Douglasi subfebrile.

451/1918. felv. sz. Belgyógyászatról átvéve, hol influenzával kezelték 3 hét óta. Alhasi és deréktáji fájdalmak, bő, rendetlen vérzés. A méhtest egy tömegbe ágyazott, mely baloldalt eléri a medence vájulatát, felső határa tenyérvyre ér a symphysis fölé, jobboldalt majdnem az egész hasfelet kitölti a kemény, feszes, elmosódott határu képlet. Állandóan magas, 39,4° C-ig is felmenő hőemelkedés. Diagnózis: Exsudatum peritonei et Douglasi, tumores adnexorum. Orvosi tanács ellenére távozik, mérsékelt javulás.

5/1919. felv. sz. 2 hó előtt influenza, két hétig feküdt, utána felkelt, de állandóan gyengélkedett. 2 nap előtt hirtelen rosszul lett, hasa, oldala fájni kezdett, hányt, szék, szelek nem mentek. A méhtest elvész egy tömegben, mely a Douglas ledomborítja, érzékeny, tészta-tapintatu, felső határa a symphysis felett négy ujjnyira. Diagnózis: Exsudatum Douglasi, tumores adnexorum. Eleinte magasabb hőmérsék, majd ez leszál, állandóan láztalan.

29/1919. felv. sz. 2 hó előtt influenza, 6 hétig feküdt, tüdőgyuladása is volt. 3 nap óta erős alhasi fájdalmak vannak, néha hány. A méh mögött jobboldalt kb. almányi érzékeny képlet, állandó, 38-ig felmenő hőemelkedések. Diagnózis: Tumor adnexi, exsud. parametriticum. Javultán távozott.

42/1919. felv. sz. 3 hó előtt influenzája volt, azóta alhasi fájdalmak, görcsök, rendetlen vérzések. A méhtest anteflectált-vertált, jobboldalt a méh mögött, a m. rectus abdominis mentén felhaladóan érzékeny resistentia, mely a boltozaton eléri, teljesen rögzített. Diagnózis: Exsudatum peritonei, tumor adnexi lat. dextri subfebrilis. Javultán távozott.

55/1919. felv. sz. 3 hó előtt influenza, azóta állandóan alhasi fájdalmak, melyek két hét óta erősbböttek. A méhtest anteflectált-vertált, baloldalt a medencefalig húzó vastag, kb. 3 ujjnyi resistentia, széles, jobboldalt kb. ökönyi rugalmas képlet tölti ki a medence vájulatát, mérsékelt érzékeny. Diagnózis: Tumores adnex., exsud. parametriticum subfebrile, javultán távozik.

76/1919. felv. sz. 4 hó előtt influenza, állandó gyengélkedés, 7 hét óta alhasi és deréktáji fájdalmak, a vizelés fájdalmas. 7 hét előtt hasára esett, azóta daganatot érez. A köldök tájékán a méhvel szorosan összefüggő képlet, mely izomtapintatu, érzékeny, körülbelül ökönyi, subfebrilis. A vizelet üledékében kevés genyesejt, de bacterium nem található. 3 hét múlva a hőmérsék emelkedik, majd hidegrázás jelentkezik, 39—40° C-ig menő hőemelkedéssel. A vizelet üledékében diplo-streptococcusok, különböző bacillusok, sok genyesejt. Mindkét vesetájék és ureter érzékeny. Diagnózis: Tumor adnexi, exsud. peritonei, cystitis, pyelitis. Conservatív kezelés, 6 hét múlva javulva távozik, láztalan.

79/1919. felv. sz. 4 hó előtt influenza, 1½ év óta rendetlen vérzések, alhasi deréktáji fájdalmak, a melyek influenzája óta súlyosbodtak. Baloldalt a méhvel összefüggő kis almányi képlet, mely érzékeny. Diagnózis: Tumor adnexi l. sin.

96/1919. felv. sz. 3 hó óta beteg influenzával, 3 hét óta alhasi fájdalmak, különösen jobboldalt. 2 hét előtt hidegrázása is volt. A méhtest retroflectált-vertált, jobboldalt kis diónyi érzékeny göb, baloldalt érzékeny boltozat. A Mac Burney-pont érzékeny, mérsékelt defense musculaire, hányásinger, csuklás. Eleinte magasabb hőemelkedés, ez később görcsös alhasi fájdalmak mellett egy-két napig újból mutatkozik. Diagnózis: Appendicitis subacuta, exsud. periappendiculare, tumor adnexi l. d. A folyamat később a vakbél tájékáról lefelé húzódik és a méh mellett jobboldalt egy körülbelül kis almányi, kevésbé érzékeny resistentia érezhető. Jobboldalt az alsó végtagon körülbelül 3 hétig erősebb szűrő fájdalmakat érez. 2 hónapi conservatív kezelés után javultán, láztalan állapotban távozik.

86/1919. felv. sz. 4 hó előtt influenza, 2 hét óta alhasi fájdalmak, gyakori fájdalmas vizelés. A medence bal felében körülbelül almányi, érzékeny resistentia, mely keresztbe húzódik a hólyag tájékán s a jobboldali méhfundusnak megfelelő képlettel szorosan összefügg. Diagnózis: Exsudatum paravesicale, parametriticum. Eleinte magasabb hőemelkedés, később subfebrilis, majd láztalan; javultán távozik.

152/1919. felv. sz. 5 hó előtt influenza, 7 éve van fehérfolyása, 3 hét óta dereka és alhasa fáj, gyakran kell vizelnie, vizsgálása fájdalmas. Baloldalt a méhvel szorosan összefüggő kistojásnyi képlet, jobboldalt a boltozatba és Douglasba is leterjedő resistentia. Diagnózis: Tumores adnexorum, exsudatum parametriticum et Douglasi.

Két halállal végződött, általános sepsises megbetegedésről szintén kimutatható volt az influenzával való összefüggés.

390/1918. felv. sz. 6 hét előtt influenzás tüdőgyuladás, 3 hétig feküdt, 1 hétig fennjárt, azután újból ágyba került. 2 hét óta alhasi fájdalmak. A méhtestet nem lehet elkülöníteni a medence bal felét kitöltő gyermekfejnyi, érzékeny, alig mozgatható tumortól. A has egészében puffadt, érzékeny, defense musculaire. A beteg csuklik, hányásinger van, a pulsus kicsiny, szapora, a hőmérsék 38,4° C. Pár nap múlva állapotában javulás áll be, a hőmérsék lejjebb száll, a pulsus is jobb, majd újból magasabb láz mutatkozik s körülbelül 3 heti elhúzódó peritonitis után beáll a halál. Kórbonczati diagnózis: Oophoritis et salpingitis purulenta l. d., abscessus permagn. ad vicinitatem vesicae urinariae et coli ascendentis, necnon coli descendentis et sigmoidei. Peritonitis purul. partim adhaesiva chron. Cystitis diphtheritica. Bronchopneumozia lobi inf. pulm. utr. Pleuritis adhaesiva lobi sup. pulm. sin. Bacteriologiai lelet: Sok különböző nagyságú bacillus, sok diplococcus, streptococcus.

419/1918. felv. sz. 10 nap óta lázas beteg, 5 nap óta fáj a szeméremtája. Betegsége hirtelen, hidegrázással kezdődött, melle, toroka fáj, köhög. Gynaekologiai lelet: A nagy ajkak duzzadtak, a kis ajkak lepedékesek, jobboldalt a Bartholini-mirigyekben körülbelül mogorónyi nyílás, melyből bűzös geny ürül, valamint a hüvelyből is bűzös barna szennyes váladék. A hüvelyfalak bársonyos tapintatuak, a méhtest duzzadt, két kéz közé nem fogható, tükröz bevezetésekor baloldalt a hüvelyből körülbelül lencsenyi nyíláson át bő geny ürül, a nyílás a hüvelyfal mögötti tályogba vezet, mely körülbelül diónyi.

A jobb tüdő alsó lebenye felett tompult kopogtatási hang, érdes légzés, hörgi jelleggel, crepitatio. Kicsiny, szapora pulsus, 40° C-ig felmenő hőemelkedés. A 6. napon halál. Kórbonczati lelet: Parametritis ichorosa cum phlebitide purul. bilat. Cystopyelitis haemorrhagica. Pleuritis fibrinosa-purulenta metastatica lat. sin. Abscessus metastatic. pulmonis dextri, praecipue lobi inf. cum pleuritis fibrinosa. Bronchitis mucoso-purulenta disseminata. Tumor septicus lienis. Degeneratio parenchym. renum. Urethritis chron.

A terhesség alatt szerzett influenza-esetek közül is volt alkalmunk észlelni néhányat.

283/1918. felv. sz. A klinikáról vesszük át pleuropneumonia kórjelzéssel, ott éjjel abortált.

Abortus incompletus in m. IV.—V. A magzat elég ép, maceratio nem látszik rajta; lepény- és burokreszletek eltávolítása ujjal. Baloldalt a hóaljárókiq felterjedő tompulat, a lélegzés gyengült, a szívcsücsök és a bimbóvonalon belül 3 harántujnyira. Puha, szapora, kicsi pul-

OLTÓANYAG- ÉS SZÉRUM-INTÉZET R.-T.

BUDAPEST, VI., TERÉZ-KÖRUT 31.

ÁLLAMI FELÜGYELET.

Sera polyvalent. pro usu hum. et vet. Vaccinae prophyl. et curat. pro usu hum. et vet.

ALAPÍTÁSI ÉV 1887.

I. Himlőnyirk-termelő-osztály:

Biztos és enyhe fogamzásu, tartós védelmet nyújtó, járulékos csiráktól teljesen mentes készítmény. A nyiroktermelésre szolgáló borjúk állandó állatorvosi megfigyelés alatt állanak; higiénikus istállóztatás, oltás előtt fürösztés, minden esetben előzetes tuberkulin-próba, a himlő-fejlődés idejére steril védő-kötés. 1—2—20—50—100 személyre szolgáló fiolákban.

II. Szérum-termelő-osztály:

Magas-titerű, polyvalens, klinikai és laboratoriumi vizsgálatokkal állandóan gondosan ellenőrzött antiinfectiosus és specifikus antitoxikus hatású védő- és gyógyító-érsavók.

Polyvalens

Dysenteria-szérum

Lépfene-szérum

„Grippe“-szérum

Streptococcus-szérum

Pneumococcus-szérum.

Steril (nem carbolizált) gyógysavók:

Skarlát-gyógysavó.

(Móser utas. szerint.)

Meningococcus-gyógysavó.

Normál-szérum.

Diphtheria-gyógysavó.

Tetanus-antitoxin.

III. Bakteriotheraphiai-osztály:

a) Tuberkulin-készítmények.

Gondosan standardizált tömény és steril, injectióra kész sorozatos hígítási oldatok.

b) Polyvalens specifikus vaccinák.

Präventiv célra:

Cholera

Typhus

Cholera-typhus.

Curativ célra (Wright-szerint):

Staphylococcus („Opsodermin“)

Streptococcus

Gonococcus („Opsogon“)

Pneumococcus

Coli stb. fertőzések ellen.

c) Autovaccinák. — Opsonin-therapia.

A vaccinák készítésénél a polyvalencia elvén kívül különös gondot ügyelünk arra, hogy kiméletes eljárással a protoplasma structuralis változást lehetőleg ne szenvedjen. A vaccinák pontosan titráltak és ezért a pontos adagolás a legmesszebbmenő individualis therapiára nyújt módot.

IV. Diagnostikumokat előállító osztály:

a) Ingredientciák a Wassermann-reactióhoz:

Pontosan titrált antigén.

Magas titerű amboceptor-szérum (hämolyisin).

Complement.

b) Specifikus-diagnostikumok:

Cholera-diagnostikum

Typhus

Paratyphus A)

Paratyphus B)

X₁₉-diagnostikum stb.

c) Präcipitáló savók:

Forensikus és élelmiszer vizsgálatokhoz

d) Specifikus agglutináló savók:

Cholera agglutináló savó

Typhus „ „

Paratyphus A) „ „

Paratyphus B) „ „

Meningococcus „ „

Dysenteria „ savók

a különböző toxikus és atoxikus törzsek ellen.

(Shiga-Kruse, Flexner J. stb.)

Táptalajok, festéköldatok, specifikus reagentciák (normal-oldatok, specifikus reagensek készítése stb.)

Kórtani és Vegyi Laboratorium.

a) Orvosi diagnostikai vizsgálatok.

Vizelet, köpet, bélsár, tej, vér, ex- és transudatumok stb. ép és kóros
váladékok,

bakteriológiai, serológiai, kémiai és physiko-kémiai vizsgálata.

Wassermann-vizsgálat.

Állatoltások.

Szövetteni vizsgálatok.

b) Specialis kurzusok a laboratoriumi diagnostika, oltóanyag- és szérum- termelés minden ágából.

Előképzettség szerint 1-4 hónapi tartam.

Egyenként vagy négyes csoportokban.



Közlés a székesfővárosi régi Szt. János-kórház bőr- és nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.)

Adat a lupus-carcinoma kérdéséhez.

Irta: *Rubin Jenő* dr., kórházi segédorvos.

1864-re, sőt még előbbre nyúlnak vissza azok az első közlemények (*Bardeleben-Kaposi*), melyek a lupuscarcinoma alakjában jelentkező kettős megbetegedésre a figyelmet felhívták.

*Lang*¹ 1874-ben esetet közöl, melynek kapcsán igen fontosnak tartja annak a kérdésnek az eldöntését, hogy a lupusnak carcinomával való szövődésekor a carcinomát a lupusos hegből látjuk-e kiindulni, vagy pedig egyszerűen carcinoma fejlődik-e lupus mellett? Fontosnak tartja az elkülönítést azért, mert az esetben, ha a carcinoma gyógyult lupusos heges szövetből indul ki, semmiben sem különbözik attól a carcinomától, mely más hegekből is kiindulhat. Ha azonban florid lupusos területen támad carcinoma, az ily módon már roncsolt szövetben a rák gyors és nagy kiterjedésű növekedésnek indul, eltérőleg attól, a mikor ép szövet környezi.

Volt idő — *Bayha* előtt —, a mikor azt gondolták, hogy a lupus és a carcinoma egymáshoz közelálló, rokon elváltozás. De a mióta tudjuk, hogy a lupus a bőr gümöbacillusos megbetegedése, ez az álláspont nem tartható fenn.

*Bayha*² szövettani vizsgálódásai alapján átmenetet igyekezett teremteni, a mikor epitheliomaszerű lupusról és lupuscarcinomáról beszél. *Bayha* és *Steinhauser*³ is *Lang* szerint osztályozza a gyűjtött és összeállított eseteket. *Bayha* összeállításában a carcinomák florid lupusos talajon való keletkezése gyakoribb a gyógyult lupusos hegből kiinduló carcinománál (21 : 11); úgyszintén a *Steinhauser* statisztikájában, a hol 83 esetből (az irodalomban addig ismertetett esetek száma) 58 a lupuscarcinoma és 25 az olyan, mely lupusos hegből indul ki.

Velők szemben *Schütz* és *Kenibaschieff* eseteikből azt látják, hogy több a lupusos hegen keletkező carcinoma.

*Ribbert*⁴ a saját eseteiből azt a következtetést vonja le, hogy az ily módon kettősen megjelenő betegségben a tuberculosis az a lényeges agens, mely a carcinoma fejlődésében szerinte oly fontos kötőszöveti elváltozást megindítja.

Az igazsághoz alighanem legközelebb áll *Bidault* fel-fogása, a mely szerint a carcinoma ilyen esetekben csakis a lupusos hegből indulhat ki, s talán csak a carcinomás burjánzás és a későbbi szövetszétésés az oka, hogy ez a heg nem található meg mindig. Igen értékes az a megfigyelése is — és véleményünk szerint ez erősíti leginkább ezt a nézetet —, hogy carcinoma sohasem fejlődik fiatal lupuson, hanem csak időszült lupus-esetekben található, a melyekben bőven fordulnak elő mindig heges területek is.

Az bizonyos, hogy a lupuscarcinoma és általában a carcinoma keletkezésének magyarázatára eddig még csak teoriákkal és hypothesisekkel rendelkezünk. Már pedig addig, a míg a lupuscarcinoma aetiologiája és pathogenesise nem tisztázott, csak a sok eset ismertetéséből származó tanulságok lesznek segítségünkre.

Ez indít esetünk közlésére.

P. K., 26 éves beteget * 1919 január 25.-én vettük fel osztályunkra. Az anamnesiséből kiténik, hogy 10 év óta bőrbajos.

Jelen állapot: mindkét orcája és ajka egész terjedelmében heges; a hegekben, főleg a heges területek peripheriáján számos lupus-göbcse. Az orr teljesen elpusztult, az orrüreg szabadon tátong, az orrhíány helyén egy év óta növekvő kismalmányi daganat (1. ábra). A daganat egyetlen fekélyes tömeget alkot, mely gombaszerűen emelkedik ki az

¹ *Eduard Lang*: Lupus und Carcinom (Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis, 1874).

² *Bayha*: Ueber Lupuscarcinom (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1888, III. kötet).

³ *Steinhauser*: Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1894.

⁴ *Ribbert*: Virchow's Archiv, 135. köt.

* Bemutatta *Guszman* főorvos a Közkórházi Orvostársulat 1919 februári ülésén.

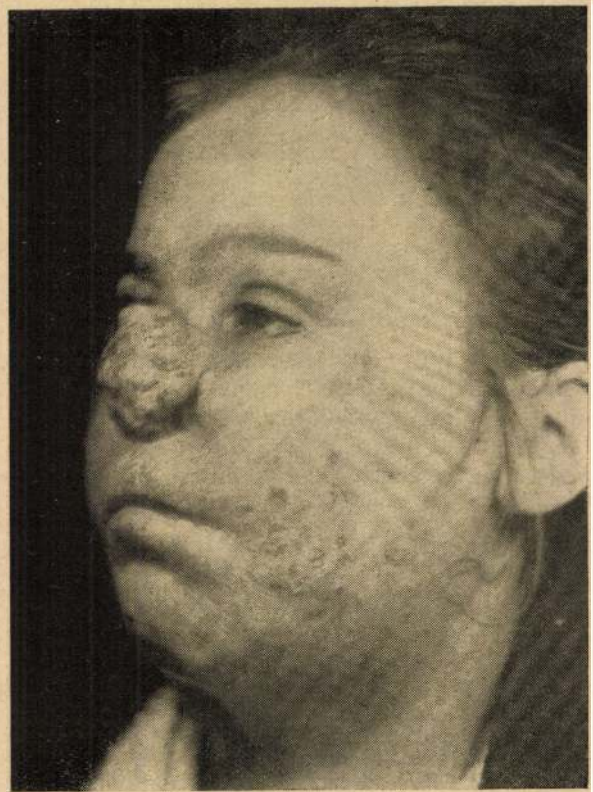
elroncsolt orr maradványaiból, minden irányban körülbelül 5 cm.-nyi, s a megmaradt porcos orrsövénytől a radix nasiig terjed.

Klinikai diagnosizunk: lupuscarcinoma.

Próbaexcisiót végzünk. Az anyag megvizsgálására az új Szent János-kórház kórboncolástani intézetét (*Minich* főorvos) kértük fel. E szövettani vizsgálat szerint „a szövettanilag atypusosan burjánzott felső-hámsejtes olyan szigetektől átnőtt, melyekben igen nagy számmal terjedelmes hámgöngyök is vannak. A közti szövet gömbsejtesen beszűrődött.“ A kórszövettani lelet tehát megerősít diagnosizunkban.

1919 február 11.-én a beteget műtét végett az új Szent János-kórház sebészeti osztályára (*Manning* főorvos) tesszük át, a hol a daganat gyökeres eltávolítását végzik.

1919 május 10.-én, a műtét seb gyógyulása után a beteget ismét osztályunkra vesszük vissza. A daganat régi helyén szolid heg, benne lupus-göbcse nem látható, a széléről ép nyálkahártya vezet az orrüregbe (2. ábra). Az arcon a bőr heges. A hegekben s azok peripheriáján számos lupus-göbcse. Május 24.-én a bal állszöglet alatti mirigy-csomók mogyorónyi megnagyobbodása észlelhető, melyről makroszkopice nem dönthető el, vajjon tuberculosis lymphoma-e, avagy carcinoma-metastasis?



1. ábra.

Ennek tisztázása végett május 26.-án az új Szent János-kórház sebészeti osztályára tesszük át a beteget, a hol a mirigy-csomók kimetszését és kórszövettani vizsgálatát végzik. A szövettani metszet carcinomára gyanús elváltozást nem mutat.

Szeptember 13.-án a beteget osztályunkra vesszük vissza, a hol még fennálló lupusát gyógyítjuk.

Jelenleg a beteg orrplastica céljából a fentnevezett sebészeti osztályon tartózkodik. Recidiva vagy metastasis, bár a műtét óta egy év telt el, nem észlelhető. A beteg táplálkozása, közérzete jó. Súlycsökkenés nincs.

A lupuscarcinoma csak szórványos, aránylag igen ritka megbetegedés s ebben leli magyarázatát az is, hogy nemcsak pathogenesise és aetiologiája, de más kérdések tekintetében is a vélemények eltérők.

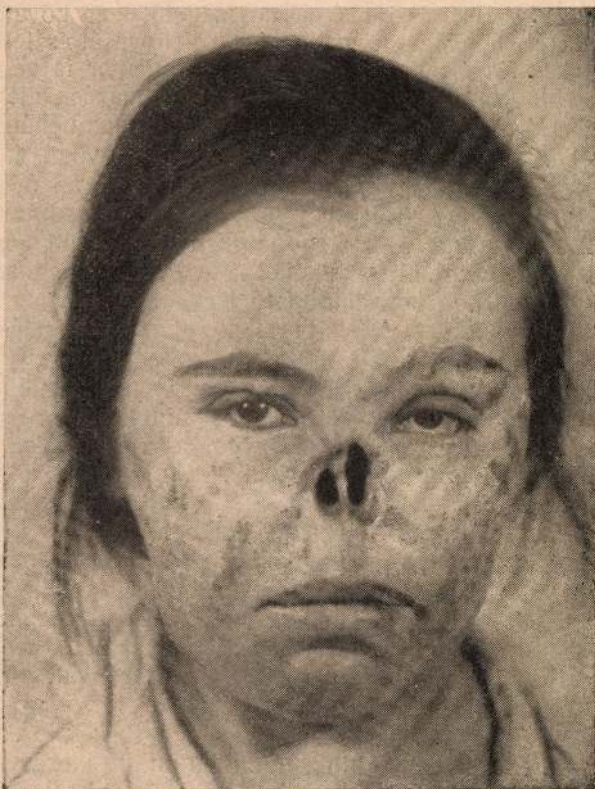
Lang az ő esetében a betegség malignitását emeli ki s a prognosis szempontjából hangsúlyozza, hogy a rák a lupustól már tönkretett szövetben rohamosan terjed s aránylag rövid idő alatt igen nagy kiterjedést ér el.

Steinhauser is azt tartja, hogy a prognosis rossz. Az ő közleményeig az irodalomban ismertetett 83 eset közül csak 4 esetben találta a „gyógyult“ kifejezést, 21 esetben recidivált a daganat és 26 esetben halállal végződött a betegség, a mi 30%-os mortalitásnak felel meg. Viszont *Blaschko*-nak, a ki az 1890-ig ismertetett 58 esetre hivatkozik, az a be-

nyomása, hogy a betegség általában jóindulatú és a daganatok kiirtásuk után nem igen recidiválnak. Esetünk eddigi lefolyása ez utóbbi nézetet támogatja.

E helyen említjük meg, hogy magának a rákos megbetegedésnek is a jó- vagy rosszindulatúsága, más szóval a prognosisa sokban függ a rákos szövet structuralis különféleségétől. A mi a betegünket e tekintetben illeti, mint fentebb említettük, súlycsökkenést nem mutat és recidivának vagy metastasisnak eddig nyoma sincs.

Steinhauser a főleg Németországban, de részben Francia-, Angolországban és Amerikában közölt esetekből statisztikát állít össze, melyből a következő tanulságokat vonja le: 83 beteg közül 51 volt férfi, 25 nő. Kor tekintetében a viszony olyan, hogy 1 beteg volt 9 éven aluli, 21-en voltak 40 éven aluliak, vagyis innen azon a bizonyos koron, a mikor a carcinoma általában jelentkezni szokott.



2. ábra.

Betegünk 26 éves, a mi igazolja azt a megállapítást, hogy a lupusnak rákkal való ilyen szövődése aránylag gyakrabban támad meg fiatalkorúakat.

Az eddig ismertett esetekből világosan kitűnik, hogy a betegek már hosszabb idő óta, mindenesetre legalább 4 év óta szenvedtek lupusban, midőn a carcinoma társult hozzá.

A daganatnak leggyakrabban tömött térfogatnagobbodás képében zsemlye- vagy gomba-alakja van.

A betegünkön észlelték is megerősítik Steinhauser ama következtetését, hogy bár a lupuscarcinoma pathogenesis, aetiologiája és prognosisa tekintetében eltérők is a vélemények, az megállapítható, hogy a lupuscarcinoma egy külön alakja a carcinomának. Feltűnő, hogy gyakrabban jelentkezik fiatal- és javakorbelieken, mint a carcinoma egymagában, s korántsem tartható a két betegség véletlen találkozásának, hanem olyan daganatcomplexumnak kell tekintenünk, melynek fejlődésében az elsődleges betegségnek, a lupusnak lényeges szerepe van, akár úgy, hogy megindítja a rák fejlődéséhez szükséges kötőszöveti elváltozást, akár úgy, hogy gyógyulása után heget hagy vissza, mely kiinduló pontja a rákos burjánzásnak, akár pedig más, eddig nem ismert módon szerepel mint praedisponáló folyamat.

Az immunitási állapot meghatározása, a „prognostikai index“ és immunizáló eljárás a gümőkór prophylaxisában és gyógykezelésében.

Irta: **Hollaender Hugó** dr., közegészségügyi főfelügyelő, a Budai Ambulatorium tüdőbeteg gondozó intézetének igazgató főorvosa.

(Vége.)

A következő kérdés, a mely az oltási eljárás során felmerül: az oltások időpontjának kérdése. Oltási sorozatról, fokozatos immunisatióról lévén szó, fontos az időrend szabványoszerű meghatározása. Ennek alapja az a megfontolás, hogy a vaccinadepót felszívódása annál gyorsabb, vagyis felszívódási ideje annál rövidebb, minél kisebb a szervezet ellenálló képessége, azaz minél gyengébb az immunitási állapota, vagyis minél magasabb a védendő vagy gyógyítandó egyén prognostikai indexe; és annál lassúbb (hosszabb), minél nagyobb és erősebb az oltás adagja. Ezért a felszívódási idő tartama (Tr) a vaccina adagértékével (D) egyenes, a prognostikai index számértékével pedig fordított arányban áll. $Tr = \frac{D}{P}$. Ebből következik, hogy a szabványos

szerű oltási sorozat egyes oltásait egymástól elválasztó időköznek az oltások előbbrehaladásával fokozatosan nagyobbodnia kell, mert hiszen a sorozat előhaladása közben fokozzuk a vaccina adagerősségét (a depót nagyságát) és fokozzuk az immunitást (azaz csökkentjük a prognostikai indexet). Az időközöket tehát kettős okon fokozatosan növelni kell.¹

Ezért az első oltás megtörténte után (tekintet nélkül arra, hogy milyen adaggal kezdtük meg az oltási sorozatot) a legközelebbi oltás két hét múlva történik, ezután három héttel adandó a harmadik, négy héttel később a negyedik, öt hét múlva az ötödik oltás és így tovább addig, a meddig kell.

Ezzel felvetődik a következő kérdés: hány oltást kapjon az immunizálandó egyén? E kérdésben bennfoglaltatik a felelet is, mely így szól: az oltásokat addig kell folytatni, a míg az oltoncz „immunizálva“ lesz, azaz addig, a míg a művi immunizáló eljárással elértük a szervezet gümöellenes védekezési képességének azt a fokát, a melyen az immunitási reactio (IR) erősen pozitív (++) eredményt ad. Ha tehát tisztán praeventiv célzattal adtuk az oltásokat (védőoltásokat) oly egyénnek, a ki gümösen fertőzve még nem volt (cutanreactio negatív): a prognostikai indexnek 1-essé kell lennie; ha pedig gyógyító szándékkal fogtunk az oltási művelethez (gyógyoltások) oly egyénen, a ki már gümösen fertőzve volt (cutanreactio pozitív): a prognostikai indexnek 5-összé kell válnia. Nagyobb eredményt nem érhetünk el, mert a Pirquet-reactio a teljes védőképesség visszanyerése daczára is pozitív marad, ha egyszer pozitív volt. Tudjuk ugyanis, hogy a szövetek specifikus túlérzékenysége akkor is megmarad, ha a beteg az activ gümös fertőzésből kigyógyult.

E pontnál egy perczre meg kell állanunk. Söhase téveszük össze az immunitási folyamat befejeztét a klinikai értelemben vett meggyógyulással. Lehetséges ugyanis, hogy a szervezet teljes védekező képességének jutott ismét birtokába anélkül, hogy a kóros tünetek valamelyikén észrevehető javulás mutatkoznék. A prognostikai index kedvezőre fordulása daczára is lehetséges tehát, hogy a physikalis és Röntgenelváltozások, a váladékok minősége és bacillus-tartalma, sőt a hógörbe és a tuberculin-reactiók eredménye is változatlanul olyan marad, a milyen volt az oltási processus megkezdése előtt és a beteg mégis teljes fokban „immunizálva“ van, mert a fontos csak az, hogy szervezete visszanyerte természetes védekező képességét. Ez pedig az immunitas-therapia szempontjából teljes eredményt jelent. Ha elértük ezt,

¹ Akkor is, ha a sorozatos előhaladásban mutatkozó localreactio „megállást“ vagy „visszahaladást“ követel (l. fent), mert hiszen a mult oltásokból meglévő, fennmaradt depót-t akkor is növeljük, ha az újabb oltáshoz gyengébb fokú oltóanyagot használunk.

a többi magától jön, nyugodtan a sorsára bízhatjuk a beteget. Csupán a prognostikai indexét kell időről-időre ellenőrizni és annak netáni visszaesését a szükségesnek mutató utó oltásokkal helyrehozni, hogy ily módon a teljes eredmény állandósuljon. Ennek megállapítása végett már az oltási eljárás folyamán is a 4., 7. és 9. oltás után újra meg kell győződnünk a prognostikai index állásáról és a mindenkori leletet minden egyéb ponttal együtt pontos nyilvántartásba kell venni.²

Végezetül néhány szabály az immunizáló oltások technikájára vonatkozólag. Az oltásokat rendszerint vagy a bőr alá, vagy az izomzat alá adjuk. Töményebb emulsióval az oltást az izomzat alá kell adni, azért, mert az ilyen bacillus-depót könnyebben vált ki heves szöveti ellenállást s mivel e tekintetben a bőrszövet jóval reagibilisabb, mint az izomszövet. Ezért magasfokú (sűrű) vaccina a subcutan applicatio mellett könnyebben okozhat harmadfokú localreactiót, mint a submuscularis alkalmazásmód mellett. Minél lazább a bőralatti kötőszövet structurája, annál kisebb ellentállást fejt ki a befecskendezett bacillusmassza felszívódásával szemben. Ezeket a körülményeket is szem előtt tartva, az egyes oltások alkalmazása helyének és módjának megválasztásakor a következő fix sémához tartjuk magunkat:

a (leghígbab)	X-es	vaccinát a bal felkar feszítő oldalának bőre alá adjuk
"	IX-es	" jobb " " " " " " "
"	VIII-as	" " bal fossa Mohrenheimi " " " "
"	VII-es	" " jobb " " " " "
"	VI-os	" " bal infrascapularis regio " " " "
az	V-ös	" " jobb " " " " "
a	IV-es	" " baloldali farizomzat alá adjuk " " " "
"	III-as	" " jobboldali " " " " "
"	II-s	" " ismét a baloldali farizomzat alá adjuk " " " "
" (legsűrűbb)	I-es	" " jobboldali " " " " "

A farizomba való fecskendés helyének megválasztásakor ügyelni kell a következőkre: a submuscularis injectio helye úgy választandó, hogy a beszúrás helye annak az egyenes vonalnak, a mely a farkcsikcsont végét a spina anterior superiorral összeköti, a külső harmadrészébe essék. E vonalrészletnek azok a pontjai a legalkalmasabbak a beszúrás helyéül, a melyek 2—3 harántujnyira fekszenek a crista ossis ilei alatt. A tűt a felületre merőlegesen tartva mélyen — egész a csontig — kell beszúrni, úgy, hogy a depót lehetőleg subfascialisan helyeztessék el.

Az egyes vaccinafokozatok bekebelezési helyének sémás kijelölése még azzal az előnnyel is jár, hogy az oltás helyéből mindig visszafelé fogunk következtetni tudni az ott alkalmazott vaccina fokára, a minek kétes esetekben (olyankor például, a mikor az egyik oltástól a másikig elfelejtettük vagy feljegyezni elmulasztottuk az utóljára adagolt vaccina-erősség fokát) jó hasznát vehetjük. Ezért nagyon ajánlom, hogy az oltási hely megválasztásakor ilyen vagy ehhez hasonló előre megállapított tervhez ragaszkodjunk, s attól legfeljebb akkor térjünk el, ha valamely oltási erősség megismétlése válik szükségessé (lásd fent). Ilyenkor ugyanis legjobb olyan új helyet választani, a mely a fix sémában nem szerepel, nehogy esetleg rövid egymásutánban kétszer adjunk egy és ugyanazon helyen oltást, a mi a localreactio cumulatíójára adhatna okot. Az ilyen póthelyek céljára bőségesen kínálkozik az ember anatomájában alkalom; így a hígbab vaccina-erősségek ismétlésére az alkar (X, IX), a hasfal (VIII, VII), a suprapatellaris regio (VI, V) subcutisa, a töményebb vaccina-fokozatok ismétlése helyéül pedig a czomb feszítő és hajlító izomzata kínálkozik.

A bőralatti befecskendezésekhez elegendő a bőrt tömény alkohollal megtisztítani; a submuscularis befecskendés előtt a megfelelő bőrterületet jodtincturával desinficiáljuk.

² A tüdőbeteg-gondozó intézetünkben használatos kezelési naplóban minden vérvizsgálatkor a következő rovatokat töltjük ki: Jelen állapot, Röntgen-lelet, hőmérés eredménye, köpetvizsgálat eredménye, eddigi kezelés, seroreactio, cutan reactio, prognostikai index, localreactio, Wassermann-reactio, megjegyzés. Ezenkívül természetesen minden beteg lapja első helyen a naplósáma, a kelet, név, nacionaléra vonatkozó rovatokat is tartalmaz. A nacionaléra vonatkozó adatok között különös súlyt helyezünk az öröklési viszonyok lehetőleg körülményes felvételére.

A bacillus-szuspensióból álló oltóanyag minden befecskendés előtt erősen felrázandó, hogy az állás közben leülepedett bacillus-massa egyenletesen szétoszoljék.

Egyéb magatartási szabályok a kezelés alatt álló egyén részére. A beteg utasítandó, hogy minden oltás után egy pár napig szigorú pihenést tartson. Gyengék, betegek és lázasok, továbbá különösen olyanok, a kiknek tüdővérzésre van hajlamosságuk, ágyban tartandók. Az egyes vaccinaoltások után ugyanis a tuberculin-oltási kezelésből ismert általános, gócz- és hőmérséki reakciók várhatók, ezért, nehogy ezek révén baj származzék, az oltást követő napokban fokozott elővigyázatosságra van szükség. Ez az óvatosság annál nagyobb legyen, minél kifejezettebb tünetekkel jár a tüdőgümőkóros megtámadottsága.

Az immunizáló kezelés egész tartama alatt a hőmérsék naponta négyszer — és pedig reggel 8 órakor, délben 12-kor, délután 4 és este 8 órakor — mérendő és feljegyzendő. Tartós láztalanság esetén ez a rendszabály felesleges; ilyenkor a hőmérőzést csak az oltás napját megelőző és követő héten rendeljük el, hogy a thermalis reactio lefolyását észlelhessük.

A kezelés láztalan egyéneken ambuláner is végezhető. Az erősebb vaccina-fokozatok (V—I) alkalmazása után azonban szükséges, hogy a kezelt egyén az oltás után néhány napig — legalább is a lázreactio elmulásáig — ágyban fekdjék. Érzékenyebb vagy reagibilisebb egyéneken ezt az óvszabályt már előbb, esetleg kezdettől fogva, tanácsos alkalmazni.

Testsúlymérés lehetőleg minden oltás előtt végzendő, hogy a mindenkori oltás adagja a fenti adag-meghatározási szabály értelmében megállapítható legyen.

Az elmondottakból látjuk, hogy az én kezelési módszerem elvileg nem tesz különbséget az egészségesek és betegek immunkezelésében. E tekintetben a mi irányítónk egyedül az egyén immunitás-foka, úgy a mint az a prognostikai indexben kifejezést talál, és az egyéni tolerancia foka, a mint az a localreactióban megnyilatkozik. Mindamellett az oltoncz klinikai egészségi állapotára is — és pedig több szempontból — éles és beható figyelmet kell fordítanunk. Bármely immunkezelési módszer alkalmazása előtt ugyanis nemcsak a javalatok követelnek méltánylást, hanem az esetleg felforgó ellenjavalatok is. Ez utóbbiakat pedig elsősorban az egyén somatikus-klinikai állapotában kell keresnünk. Háromféle contraindicatiót már ismerünk; ezek vonatkoznak azokra az egyénekre, a kiknek prognostikai indexe 1, 5 vagy 9. Az 1-esek és 5-ösök oltása szükségtelen, a 9-eseké tilos. Az 1-es indexű egyéneket nem oltjuk, mert immunitási szempontból, valamint klinice is egészségesek; az 5-ös indexű egyéneket szintén kizárjuk az oltandók közül, mert bár klinice betegek, de immunállapotuk tekintetében épek és ezért e részben nem szorulnak segítségre; végül a 9-es indexű egyéneket azért nem kezelhetjük immunice, mert azok — testi állapotuk ki-merültsége folytán — activ önimmunisatióra képtelenek. Épp így figyelemmel kell lennünk az oltoncz testi állapotára, sőt külső életkörülményeire is akkor, a mikor a prognostikai index alapján csak feltételhez kötött javalatot találunk a védő- vagy gyógyoltásokra. Ilyenek — mint láttuk — a 2-s és 6-os prognostikai index-szel bíró egyének. Mindezekben figyelembe veendő 1. a hereditási körülmények, a melyek különös súlylyal esnek latba akkor, ha az egyénnél a szülők részéről származó öröklési terheltég ténye vagy gyanúja látszik fenforogni, 2. a hivatás, foglalkozás, életmód, különösen abban a tekintetben, hogy azok a tuberculosis megszerzésére és kifejlődésére előmozdító befolyással bírnak-e, 3. az egyén „habitus”, élettani és egészségi körülményei, utóbbiak közül nevezetesen a terhesség, gyermekágy és szoptatás mint erősen hajlamosító állapotok, nemkülönben bizonyos kórtani körülmények, a melyek tapasztalás szerint az immunitási állapot leromlását szokták maguk után vonni, mint egyes „prae-disponáló” alkati és fertőző betegségek, különösen az angolkór, scrophulosis, számarköhögés, kanyaró, tüdőlob, influenza, idősült exsudatív bőrbetegségek, idősült bujakór, valamint a szervezet anyagcseréjét mélyrehatóan érintő „dyskriasiák”, az endokrin rendszer zavarain alapuló betegségek, czukor-

betegség, Basedow-kór, a vér megbetegedései, osteomalacia stb., mindezek mellett pedig elsősorban maga a tuberculosis és annak sokféle latens és manifest tünete, melyek megannyi *javalatként* értékelendők akkor, a mikor a prognostikai index egymagában nem ad határozott indicatiót.

Az oltoncz-jelölt egészségi állapotával összefüggő ellenjavalatok közt a legfontosabb a láz, nevezetesen a gümős természetű *lázás állapot*. Míg a láztalan betegek praeventív immunkezelése egészen olyan módon eszközözendő, mint az egyszerű védőoltásra szoruló egészségeseké, addig a lázás betegeket megkülönböztetett bánásmódban kell részesítenünk. Lázás betegek közül az egyszerű praeventív activ immunizáló eljárásra csak azok alkalmasak, a kiknek hőmérséke a napi $37^{\circ}90$ maximumot nem haladja meg (subfebrilis betegek). Ilyen esetekben a hőmérsék állandó controllja feltétlenül szükséges; a beteg hőmenete azért már az immunizáló kezelés megkezdése előtt is legalább egy héten át ellenőrzendő. A vaccinatio mellett a betegnek physico-diaetás és gyógyszeres kezelésére is nagy gondot kell fordítani. Különösen fontos az ágynyugalom a teljes és tartós láztalanodásig, a hydrotherapia, superalimentatio stb. Az immunizáló eljárás csak akkor folytatható a szabályszerű időközök betartásával, ha a beteg napi hőátlaga fokozatosan csökkenő tendenciát mutat; ellenkező esetben az egyes oltások közötti időközök legalább is megkészeződnek.

Destructiv jellegű, nagy toxicitású gümős fertőzések — a Fraenkel Albrecht-féle séma infiltratív pneumoniás alakjai —, a melyek szövetszétéséssel (cavernákkal), kevert fertőzéssel, septico-pyaemiával, állandó magas lázzal, profus vérzésekkel, cachexiával, belszervi (gége, bél) complicatiókkal járnak, úgyszintén a vehemens haematogen fertőzések (disseminált gümő, meningitis tuberculosa stb.), egyáltalában a gümőkór előrehaladott esetei nem valók a fentiekben leírt egyszerű activ immunizáló eljárásra.

Ezekben a szomorú esetekben, nemkülönben azon esetekben, amelyeket vérzékenységük vagy magasabb lázuk miatt nem szabad kitennünk az immunkezeléssel multhatatlanul együttjáró általános és gócz-reactiók következményeinek, más, kíméletesebb methodikára van szükség, amelynek alkalmazásával — kevesebb kockázattal — ugyanarra a haszonra van kilátás, mint a szabályszerű védőoltások alkalmazása mellett. A haszon, melyet elérni kívánunk: a beteg szervezet immunitási állapotának s ezzel prognostikai indexének a megjavítása; a kockázat, amelyet a lehetőség szerint elkerülni vagy legalább is csökkenteni akarunk: a gócz- és a hőreactio. A haszon másképp, mint a szükséges antigen hatóképes tömegének bejuttatásával, el nem érhető, a kockázat viszont csak úgy kerülhető el, ha a szervezeti reactiót kiváltó antigenek feszívődása körülírt kis területre korlátozódik és lehetőleg lassú tempóban (nem oly rohamosan, mint az ellenállás nélküli szervezetek bőr- vagy izomalatti depót-iból) megy végbe. Az ilyen óvatos és mégis elegendően hatásos antigen-bekebelezés céljára van egy jó módszerünk: a *vaccina intracutan alkalmazása*. Hogy a felszívódás lassúságát az antigen töménységével kompenzáljuk, tiszerte erősebb oltóanyagot használunk, mint a befecskedésre használt leg-erősebb (I-es számú) vaccina. Ez az az erősség, amelyet a fenti leírásban törzsanyagként neveztem (HRVT). Ennek a bacillus-emulsióknak egy köbcentiméterében — mint láttuk — 10 milligramm gümöbacillus-massza van. Az alkalmazás módja olyan, mint a Ponndorf-féle intracutan tuberculin gyógy-módnál. Az aetherrel megtisztított bőrterületen oltógerelylyel mintegy 25—30, egyenként 5—5 cm. hosszú, egymással párhuzamos s egymástól mintegy 2 milliméternyire eső sekély, nem vérző scarificatiót végzünk a felhámon; az ilyenképpen felbárzdált területre 3—4 cseppet helyezünk el a jól felrázott HRVT emulsióból s azt az oltógerely lapjával, vagy más alkalmas eszközzel addig kenjük szét és dörzsöljük be a felszántott bőrterületen, míg az az oltóanyagot tökéletesen felszítja magába. Az egész művelet kevés gyakorlatot igényel és körülbelül 2 perc alatt elvégezhető. Utána a levegőn még 2—3 percig száradni hagyjuk az oltás helyét. Az

oltások helyén előbb erythema, majd erős ekzema képződik a barázdák helyének megfelelő exsudatióval és pörkösödéssel. E bőrváltozás a reactio erőssége szerint mintegy 2—3 hónap lefolyása alatt gyógyul és semmi, vagy csak igen kevés subjectív tünettel (enyhe égetés, viszketés) jár. A nyomában jelentkező általános és góczreactio minimalis vagy észre sem vehető. A bőroltások a szükséghez képest megismétlendők és pedig rendszerint 4 heti időközökben. Az oltásokat addig ismételjük, míg a hőmérsék állandóan normalissá lesz; lemondunk azonban a folytatásukról akkor, ha a 4 hetes időköz eltelte után a hőmérsék az oltás előtti állapotához képest emelkedő tendenciát mutat.

Az egyes oltások helyeit így szoktuk megválasztani:

- | | | | | | |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| az 1. oltást adjuk a bal váll bőrébe | | | | | |
| a 2. " " " jobb " " | | | | | |
| " 3. " " " bal felkar feszítő old. bőrébe | | | | | |
| " 4. " " " jobb " " " | | | | | |
| az 5. " " " bal " hajlító " " | | | | | |
| a 6. " " " jobb " " " | | | | | |
| " 7. " " " bal alkar " " " | | | | | |
| " 8. " " " jobb " " " | | | | | |

Ha elértük azt, hogy a hőmérsék az oltások hatása következtében normalis lett és marad, megállapítjuk újból a prognostikai indexet és az így nyert indicatio alapján a rendes módon kezeljük tovább a beteget. Ha a láz a bőroltások dacára is változatlan marad, akkor annak okát vagy a gümős fertőzéshez szegődött vegyes infectióban vagy abban kell keresnünk, hogy a szervezet védőanyagtermelő képessége végképp és helyrehozhatatlanul elveszett. Ez a baljóslatu 9-es számú prognostikai index esetében szokott így lenni, amikor a gümösen fertőzött szervezet minden természetes védekező képesség hiányában még a szöveti reagibilitását is elvesztette. Ez utóbbi esetben csakis a vaccina-bőroltás hatalmas stimulusától várható még az activ immuntherapia alapfeltételét tevő szöveti sensibilisatio feiserkentése, mint utolsó remény.

Gümösbeteg egyének vaccina-kezelésében nem ritkán van szükség arra, hogy a vaccinat majd injectio, majd pedig intracutan oltás alakjában alkalmazzuk. Erre a *kombinált módszerre* ugyanis oly esetekben van szükség, amikor a beteg már a kezelés megkezdése előtt lázás volt, vagy annak folyamán lett azzá. Ilyenkor a kezelést intracutan oltásokkal vezetjük be, illetőleg váltjuk fel mindaddig, amíg az *injectiós vaccina-kezelés alapfeltétele, a teljes és tartós láztalanság* nem biztosított.

Zárszó.

E közleményben három új dolgot tártam a szak-kartársak elé: 1. az immunitási reactiót és az ezzel kapcsolatos prognostikai indexet, 2. a prognostikai indexen alapuló immunizáló módszert a gümőkóros betegségek óvó- és gyógykezelésére és 3. ennek az óvó- és gyógyeljárásnak eszközeit: egy új vaccinat. Mindhárom kellék hiányát mindannyian éreztük és így azok szükségét senki kétségbe nem vonhatja. A hasznát persze csak a gyakorlat és tapasztalás fogja megmutatni azoknak, akik hasznát akarják és tudják venni. A mi a prognostikai index hasznavehetőségét illeti, arról mindenkinek magának kell meggyőződnie.

Mellőzhetlen szerepe van a prognostikai indexnek az immunoprophylaxis és therapia módszertanának céltudatos megállapításában és kiépítésében. Ennek a legfőbb irányelveit a jelen dolgozat keretében kijelöltem. Röviden elisméltlem. A klinikai lelet és a körelőzményi adatok (öröklési viszonyok) pontos felvétele után megállapítjuk a vizsgálandó egyén „prognostikai indexét“, mely nem egyéb, mint az egyén természetes immunállapotának (azaz vérsavója tuberculinreactiójának) egybevetése a Pirquet-féle cutanreactio eredményével. E viszonylat alapján egy 9 fokozatú prognostikai skálát állítunk fel. Az index megmutatja azt, hogy a vizsgált egyén gümösen fertőzött-e, illetve volt-e fertőzve (5—9-ig tartó index-számok), avagy gümömentes (1—4-ig tartó index-számok). E két kategórián belül az egyén hajlamossága a gümőkóros megbetegedésre, illetőleg a már szerzett baj előhaladására annál nagyobb, minél magasabb az index.

A talált prognostikai index útmutatása nyomán megállapítjuk azt, hogy az egyén praeventiv vagy curativ szempontból immunkezelést igényel-e vagy sem. Ha a kezelés szükségességét a méltánylandó mellékkörülmények figyelembevételével megállapítottuk, megint a prognostikai index ad útbaigazítást az alkalmazandó immunizáló eljárás mérvére (intenzitására), tartamára és módozataira nézve. Az immunkezelés methodikája e szerint teljesen a prognostikai indexre és ez viszont a szervezet immunitási állapotára van alapítva, úgy a mint az az általam talált és ismertetett immunitási reakcióban kifejezést nyer. Az új módszer kivitelének gyakorlati eszközéről is történt gondoskodás: a Hollaender-Richter-féle gümövacina előállításával, a mely készítménynek tulajdonságai és alkalmazásmódja lehetővé teszik azt, hogy vele mindig szigorúan a kezelendő egyén mindenkor immunitási állapotához alkalmazkodjunk.

Nem mulaszthatom el a szakkörök figyelmét egyben arra is felhívni, hogy annak az új vívmánynak, a melyet az immunitási állapot meghatározásának vagy prognostikai indexnek nevezünk, az egyéni prophylaxison és therapián kívül sociologiai vonatkozásban is rendkívüli jelentősége van. Gondoljuk meg, hogy a gümőkóros hajlamosság nagy problémájának gyakorlati megoldása milyen kilátásokkal kecsegtet az egyéni és társadalmi életkérdések egész sorozatában. Hogy csak egynéhányat említsek azok közül, a melyek éppen eszembe jutnak, gondoljunk arra, hogy a házasságkötés, családalapítás, gyermeknemzés, szülés, művi vetelés, szoptatás, nevelés, iskoláztatás, pályaválasztás, védkötelezettség, életbiztosítás, továbbá a munka-alkalmatlanság, munkásbiztosítás, betegsegélyezés, rokkantsági ellátás és végül az eugenetikai stb. kérdésekkel kapcsolatban hányszor vetődik fel a tuberculosis iránt való hajlamosság megállapításának nehéz és kényes kérdése — s hogy mindidáig hányszor maradtunk adósak a szabatos, határozott felelettel. Ez a bizonytalanság a jövőben meg fog szűnni, mert az orvosi prognostika az empiriás divinatio ingatag alapjáról a tudományos megállapítások realis színvonalára fog emelkedni.

Egy szót még a sajátmagam igazolására! E dolgozat keretében statisztikai adatok és illustrációk közlését mellőztem. Ez, jól tudom, nem válik munkám előnyére. De nem ok nélkül történt így. Elsőbben is nem akartam a nem éppen könnyű megértést, az anyag áttekinthetőségét és fejtegetéseim összefüggését statisztikai számhalmazok beiktatásával lépten-nyomon félbeszakítani. A munka terjedelme is tetemesen bővült volna, a mit kerülnöm kellett. Végül ezidőszerinti célom az volt, hogy inkább tapasztalataimat és gondolataimat (semmint azok gyakorlati bizonyítékait) terjeszsem az orvosközönség elé, hogy azokat fontolóra vegyék és megítélik. A bizonyítás műve önálló munka lesz, a melynek végrehajtásában az érdekeltek összességének velem együtt kell résztvennie. Senkisésem tanuskodhatik egymaga az ő igazáról. Állításaimat tárgyilagos kritikával kell megerősíteni vagy megcáfolni.

A budapesti Jenner-Pesteur-intézet (Budapest, IV., Havas utcza 7) szívesen bocsátja rendelkezésre az érdeklődőknek tanulmányi célokból az általa előállított HRV-készítményeket.* Én magam készséggel szolgálok felvilágosítással minden e munkámra vonatkozó kérdezősködésekre.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A férfi járulékos nemi mirigyeinek váladéka *W. Böttcher* szerint védocolloid, a mely a termékenyítés elősegítése szempontjából három módon fejti ki a hatását: 1. Megakadályozza a savanyú vagina-váladék sperma-ölő hatását, úgy hogy a spermatozoonoknak idejük van meg-

károsodás nélkül bejutni az alkálisan reagáló méhüregbe. 2. Tömegesebbé tevén az ejaculatumot, a spermatozoonok a vagina-nyálkahártyájának nagyobb területén oszódhatnak el, amit az ondóhólyagok tartalmának könnyen folyó volta még inkább elősegít. Ily módon könnyebben juthatnak a spermatozoonok a méhszájhoz. 3. Chlornatriumtartalma élénkítőleg és életfenntartóan hat a spermatozoonokra. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1920, 2. szám.)

A szaruképletek (hajzat, körmök, epidermis) növelésének elősegítése specifikus táplálással. Újabb vizsgálatok kimutatták, hogy a typosos táplálóanyagok (zsír, szénhidrát és fehérje) mellett a szervezetnek szüksége van úgynevezett kiegészítő anyagokra; ezek részben a lipidok, részben a nitrogéntartalmú anyagok sorába tartoznak. Jelentőségüket eddig főleg a csontképződés és a vörösvérsejtek termelődése körül mutatták ki, és csak arról folyik még a vita, vajjon okvetetlenül szükséges építőanyagok-e, vagy pedig izgatók, melyek az illető szövetek növekedésére a hormonok módjára hatnak.

Zuntz tanár legújabbán kimutatta, hogy a test szaruképletei is a typosos táplálóanyagokon felül sokszor megkövetelnek bizonyos különleges anyagokat. Véleménye szerint talán elsősorban a cystin szerepel ilyen anyag gyanánt. Állatok szőrzete, szaruképletei tetemesen nagyobb mennyiségű cystint tartalmaznak, a mint a fehérjék. Megpróbálta tehát, nem lehetne a szőrzet növelését emészthetővé tett szarú-alkotórészekkel elősegíteni. A saját magán tett megfigyelések szerint ilyen anyagnak 4 heti használata mellett szőrzetének növekedése körülbelül megkétszereződött. Hasonló tapasztalatot tett juhokon is, a mi nemzetgazdasági szempontból a gyapjubehozatal mai nehézsége mellett rendkívül fontos.

A készítmények nagyban való előállítására a berlini *Fattinger*-czég vállalkozott, a mely két alakban szándékozik forgalomba hozni a hydrolysisal emészthetővé tett szarúanyagot: az egyik alak jobban van megtisztítva és embereknek való (humagsolan); a másik kevésbé hígított és juhoknak van szánva (ovagsolan).

A szerző megjegyzi azt is, hogy a szernek kifejezett befolyása van a körmök erősségére és az epidermisnek ellentálló képességére különböző izgalomokkal és mechanikai károsodásokkal szemben. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 6. szám.)

Belorvostan.

A scarlatina *Zuelzer* tanár szerint már az incubatio szakában felismerhető a lép- és májmegnagyobbodáson, a mely azután csökken és a láztalanodás idejére már teljesen visszafejlődik. Ha az incubatio szakában chinint adunk, a betegség nem fejlődik ki. A chinin eme kedvező hatására való tekintettel a szerző szerint ajánlatos volna valamennyi angina- esetet, mint a melyeknek nagy része ugyis scarlatinás fertőzéstől ered, chininnel kezelni; ilyen módon nagy eredményt érhetnénk el a scarlatina prophylaxisában. A chininadás angina valamennyi esetében annyival kevésbé ütközik nehézségbe, mert hiszen tudjuk, hogy *B. Fraenkel* óta már sokan ajánlották a chinint az angina legjobb gyógyszere gyanánt. A chinin adható tabletták vagy kompretek alakjában; 8—12 éves gyermekek 1—1.5 grammot kaptak naponként és ezt az aránylag nagy adagot kifogástalanul tűrték. De még eredményesebb az intramuscularis befecskendés, még pedig az ú. n. chinolysin alakjában, a mely nem más, mint 1 gramm chinin oldata 2 cm³ vízben, amelyhez antipyrin is adtunk; ebből 15 évnél idősebbek 2 cm³-t, 8—15 évesek 1.2—1.5 cm³-t, 5—8 évesek 1 cm³-t, még kisebbek megfelelően kevesebbet kapnak naponként 2—3-szor. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 48. szám.)

Oleum chenopodii anthelminthicivel történt mérgezés négy esetét ismertette körülbelül egy évvel ezelőtt *Brüning* tanár; az esetek közül kettő halálos volt. Azóta mások is közöltek hasonló megfigyeléseket és maga a szerző is látott újabb eseteket; azért szükségesnek tartja, hogy a

* A vaccina nincs forgalomban.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádossy 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 kortermekkel kibővíve. Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

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

Szülészeti osztály (bentlakó szülésznőgyógyász főorvossal és két bentlakó osztályos orvossal). Sebészet. Nőgyógyászat. Belgyógyászat. Röntgen- és orvosi laboratorium bejáróknak is. Kitérő fekvés. Elsőrangú ellátás. Diätikus- és hizókúrák. Jól működő központi fűtés és melegvízszolgáltatás. Villamos megálló: Retek-u. (Trombitásnál)

Dr. JUSTUS kórházi főorvos, bőrgyógyító és kosmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma

IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22.

Dr. KENDE ZSIGMOND

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

Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

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

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

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

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

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

PÁLYÁZAT.

721/1920. szám.

A nyolcz községből álló, Mohora székhellyel rendszeresített körorvos: állásra pályázatot hirdetek. Körorvosi javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés a törvényes korpótlékokkal, 1200 korona háborús segély, havi 400 korona drágasági pótlék, 1200 korona útiátalány, 800 korona lakáspénz, szabályrendeletileg megállapított gyógykezelési díjak. A megválasztott körorvos kézigyógyász-tár-engedélyt nyerhet. Kellően felszerelt kérvények folyó évi márczius hó 20.-áig adandók be hivatalomhoz; a választást márczius 26.-án délelőtt 11 órakor a mohorai körjegyzői irodában fogom megejteni.

Balassagyarmat, 1920. évi február hó 11.-én.

Baross, fősolgabíró.

Dr. NEUMANN Wassermann laboratoriuma

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

GONDOLJUNK
MINDENKOR
LUESRE!

Vérvételhez steril üvegcskéket kívánatra küldök.

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 egyenestartók. Összes nőgyógyászati, szülészeti műszerek. Kifőzhető békeminőségű Rekordfecskendők.

Injektiones Eri

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

MAGNOL

méregmentes általános desinficiens. Baktericid hatása nagyobb a sublimátnál és karbolsavnál. A 2% oldat felülmulja a 3% hydrogen superoxid oldatát, nem mar, alkalmazása veszélytelen. Mindenütt alkalmazható, ahol érélyes desinficiensre van szükség.

Gyártja:

„CHINOIN“

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.

Dr. KERESZTY és Dr. WOLF

Ujpest, Tó-utca 5. szám.

Ára 5 kor. • Orvosoknak próbacsomag ingyen.

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-körút 45.

Új telefonszám 58-97.

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

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszer-tárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor“ gyógyszer-tár, Budapest, IX. Ráday-u. 18

Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriológiai festéköldatokat.

MESTERSÉGES

FMSI-PASZTILLA



DR. WANDER

DR. WANDER GYÓGYSZER-
ÉSTÁPSZERGYÁR R.T.

BUDAPEST.



MAGNOSPIRIN BALLA

(Tabulae magnesii acetylosalicylici Balla.)

Egy tabletta tartalmaz 0.05 magnesium és 0.45 acetylosalicylt.

Klinikailag kipróbált

Antipyreticum, analgeticum és antirheumaticum.

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

A gyomor- és bélműködést jótékonyan befolyásolja.

Csakis tabletta alakban valódi.

Balla Sándor és Tsa, gyógyszerészeti labororium Budapest, VII.

Telefon: József 112-79. Telefon: József 112-79.

Értesítjük az érdeklődőket, hogy gyárunkban fogorvosi rendelő és fogtechnikai labororiumi komplett berendezések kaphatók u. m.:

- „OPTIMUS“-rendszerű dupla-pumpás operációs szék.
- Furógép (alsó-, felsőrész, kézi-darab).
- Különféle könyökdarabok.
- Vulkanizáló kazán, (vörösréz-üst, bronztető).
- Küvetták.
- Koronahúzó prés.
- Szájkanál, vízfecskendő, injekciós rekordfecskendő.
- Arany, ezüst, amalgam.
- Tömőműszerek, excavatorok.
- Műszerasztalkák, szekrények, megrendelés szerint fából és vasból.

„Dentarium“ Dr. Fejes Testvérek

orvosi és fogorvosi berendezések és műszerek gyára

Budapest, I. ker., Bertalan-utca 24. szám. (Műgyetem mellett).

GUAJACOL-GLOMA

DR. WANDER

WESELY ISTVÁN ÉS TÁRSA UTÓDA NAGY KÁROLY FRIGYES

BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TER 1.

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

Ismét kapható!



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 tuberculosishál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerterára

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerterában.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

ANACOT-PASZTILLA

DR. WANDER

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁR R.T.

BUDAPEST



Kapható orvosi
rendeletre
minden gyógy-
szertárban.

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

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

Dr. PÁPAY FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.T.

Himlőnyirok **Meningococcus-serum** Orvosi diagnosztikai labororium

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 ezikkek gyára

BUDAPEST,

VI. ker., Révai-uteza 12. szám.

Sulfotin

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

Arsotonin Domopon

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

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

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

Genyedő folyamatok kezelésére.

— Desodorans —

Mechan. sebdesinficiens

Hyperol

**A legtöményebb
H₂O₂-készítmény.**

**Szilárd alakban 35 súly-
százalék H₂O₂-t tartalmaz.**

(Por- és tablettá-alakban.)

A gyógyászatban nélkülözhetetlen.

Rp.: Hyperoli Richter tabl. à 1.0 gr. phiol. orig.
(No. X—XX.)

Rp.: Hyperol szájviz tabl. lag. orig.

Ds.: Két tablettá fél pohár vízre.

HYPEROL

szájviz-tabletta

Peroxyd-szájviz

Richter

Járványok esetén, foghuzás és szájműtétek után
a torok és szájüreg fertőtlenítésére szol-
gálnak. Mechanikusan tisztítanak.

A szájüregben a rothadást
gátolják. Desodorálnak.

Desinficiálnak.



ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knezits-utca 15.

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE

Megjelenik minden vasárnap

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

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések címe

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

Hirdetések kizárólagos felvétele

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



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Wenczel Tivadar: Közlemény a budapesti tudományegyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.) Császármetszésekről. 97. lap.
Hajós Károly és ifj. Molnár Béla: Közlemény a budapesti egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.) A Meinicke- és Sachs-Georgi-féle luesrreációk a belorvosi diagnosztikában. 101. lap.
Rejtő Sándor: Megjegyzések Kiss József dr. „Erőltetett oldalt nézésekör észlelhető félremutatás” című cikkéhez. 103. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle.* *Sebészet.* *Wittmaack:* Bázsing-rák. — *Clemens Höhr-hammer:* Az epeutak ascaris okozta megbetegedése. — *Blumenthal:* A postoperatív prophylaxisis rákkezeltés. — *Denk:* A Kappis-féle splanchnicus-anaesthesia. — *Gyermekorvosok.* *E. Rominger:* A gyermekkori meningitis tuberculosa diagnosisa. — *Cornelia de Lange:* Nanosomia vera. — *Venerás betegségek.* *W. H. Hoffmann:* A venerás granuloma. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* *Cloetta:* A digitalis használatmódja 104—105. lap.
Magyar orvosi irodalom. 105. lap.
Vegyes hírek. 105—106. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Császármetszésekről.

Írta: *Wenczel Tivadar* dr., egyetemi magántanár, klinikai adjunktus.

A sebészkedésnek a szülészet terén is jelentékeny tér-hódításával kapcsolatosan az új, úgynevezett sebészi aera súlyosabb operatívai közül nagy szerephez jutott az abdominalis császármetszés. Az abdominalis császármetszés az az operatio, a melynél a has és méh falát átmetszve, ez úton hozzuk ki a magzatot és a petefüggelékeket a méh üregéből. A régi római eredetét a mütétnek a neve, sectio caesarea bizonyítja. Már Pliniusnál olvashatjuk róla: „Scipio Africanus prior natus, primusque Caesarum a caeso matris utero dictus; qua de causa et Caesones appellati”. E citatumból az tűnik ki, hogy a mütét elnevezése nem a Caesar, hanem a caedere szóból vette eredetét. Numa Pompilius lex regijája szerint az elhalt terhes temetése előtt a magzat a testéből eltávolítandó. Ugyanezt írják elő a talmud és keresztény egyházi rendeletek is. A görög mythológiában Bacchus, Aeskulap és Lichas halott anyuk méhéből hasmetszéssel jutottak világra. A középkor első hasmetszéseire, melyeket a magzat világhozatala céljából élő nőn végeztek, valószínűleg méhenkívüli terhességek adták az alkalmat. Az első, bizonyossággal megállapított császármetszést élő szülőnőn 1610-ben *Trauttmann Jeremiás* végezte. Ezen időn túl már többen megkísérelték ezt az operatívát is, de a rendkívül rossz eredmények miatt csak a végső szükségben folyamodtak hozzá, t. i. 80—90%-ot tett ki a mortalitása. 1876-ban Páviában *Porro* egy új methodussal az operatio eredményeit megjavítván, iránta a bizalmat ismét felkeltette, mivel azonban a *Porro*-mütét lényege a méhnek amputatiója volt, a szakembereket ez az újítás nem tudta kielégíteni. Elégületlenségükben szívesen visszatértek a régi, conservatív mütéti modorhoz, mindenképpen arra törekedvén, hogy a horribilis halálozási százalékszámot leszállítsák. *Saenger*-nek 1882-ben a méhseb egyesítésére vonatkozó propositiójára a klasszikus operatio eredményei addig úgy-szólván lehetetlennek látszó módon jóra fordultak, a mütét virággani kezdett. A *Saenger*-féle operatio azonban csak az úgynevezett tiszta esetekben válik be teljesen, a midőn tehát a méh ürege a hüvely felé elzárt és a burok nincsen meg-repedve, a hüvely is egészséges, tiszta, az asszony belsőleg érintetlen, nem is vizsgálták meg és ekként a fertőzés veszélye ez uton távol áll. A nem tiszta esetekben a legtöbb

reményre ma is a méh amputatiója vagy teljes kiirtása javasol bennünket. A maga jogaiban megmaradtak még a *Porro*-methodus és annak variatívai, például a *Chrobak*-amputatio, a császármetszés alatt megeredt és csak a méh amputatiója árán csillapítható vérzés, osteomalacia, méhdaganat és a hüvely s a méhszaj nagyfokú hegesedése, vagy álképletek okozta megszükülés eseteiben. Hogy az ivarkor kezdetén vagy delén a szűkmedenczénél a női genitáléknak ilyen nagyfokú megcsontítását mégis elkerüljék, az utóbbi években, ugyan megint csak régi mütétek felelevenítése és modificatiója útján, oly mütéti módot kerestek a mütők, a melylyel nem egészen intact, vagy már fertőzöttségre gyanus esetekben is, mindenféle csontítás nélkül conservative operálhatnának. E mütétet suprasymphysaer császármetszés névvel szoktuk megjelölni. A methodust már a XIX. század elején *Jörg* nevű szülész ajánlotta és az ő propositiója után *Ritgen* végezte először. Ez az a mütét, a melyet a kölni *Frank* 1907-ben újra felelevenített.

A császármetszések indicatióját eredetileg csaknem kizárólag a szűkmedenczék adták. A mütőtechnika és a tisztaság tökéletesedésével az utóbbi időkben kiszélesednek ez indicatio határai és a mütét másutt is, pl. az eklampsia és placenta praevia terén is olykor talaját találja. A leggyakoribb indicatióját azonban ma is a szűkmedenczék adják, annál inkább, mert idővel mind több lesz a szűkmedenczés asszony. Az ipar fellendülésével mind több és több lesz a földműves családokból származó nők közül is gyári munkásnő, többen és többen jutnak a szabad természetből gyárakba, szervezetük gyengül, beteges gyermekeket hoznak a világra és sátnyul a generatiójuk. A tuberculosis és syphilis rohamos terjedésének ugyancsak nagy befolyása van ebben a tekintetben. Ezt a sajnálatos tényt mi, kik a szüléssel behatóbban foglalkozunk, Magyarországon is, a hol a nagyobb szűkület pár évtizeddel ezelőtt még ritkaság volt, évről-évre tudjuk konstatálni. A szűk medenczék therapiájában a császármetszések jogosultságát és a különböző mütéti variatívák értelmét illetőleg a következőképpen áll a dolog: az I.^o-ú szűkületnél (conj. vera 10—8.5 cm) a természetes szülőerők is át tudván tolni a normalis magzat fejét, legritkábban merül fel a császármetszés indicatiója, és mindig indikált a mütét a IV.^o-ú szűküléseknél (c. vera 6—0 cm), mert ott kisebbítve sem jöhet a világra olyan magzat, mely a méhen kívül tovább tud élni. A III.^o-ú szűkülés (c. vera 7.0—6 cm), a hol méhenkívüli életre alkalmas, tehát még koramagzat sem jöhet át kisebbítés nélkül s a szülés per vias naturales csak a magzat feláldozásával történhetik, a IV.^o-ú szűkülés úgyneve-

zett absolut indicatiójával szemben csak relativ indicatiót ad a császármetszésre. Ezt úgy szokás érteni, hogy, ha a körülmények és feltételek kedvező kimenettel kecsegtetnek és a mult idők feltétele szerint az asszony is beleegyezik, hogy rajta a nagy műtétet végrehajtsuk, a feltételektől függően indikált a műtét. A műtőtechnika és a tisztán operálhatóság mai állásánál, a mennyiben a műtét tulajdonképpen kizárólag klinikai műtét, a vajudó, tehát csak korlátoltan beszámítható asszony beleegyezése most már kikapcsolódik a feltételek közül.

Mint látjuk, a directívák e szükületi fokozatnál is elég praegnansan vannak kifejezve. Legnehezebb a dolgunk a középfokú, másodfokú szükmedenczék (c. vera 8.5—7 cm) terén, ahol a szülőcsatornának és a szüető magzatnak a medenczeszükületben összetalálkozott beteges viszonyait már csak kedvező körülmények között, fokozott szülőmunka tudja annyira korrigálni, hogy a szülés szerencsésen spontan is lefolyhat, de meg, mert a medence a méhenküli életre való magzattal szemben nem absolute szükült, a szülés befejezésére vannak eljárások, melyekkel praeventive, vagy actualisan is segíteni tudunk. Itt tehát felmerül a kérdés, hogy ne szakítsuk-e meg a terhességet művileg korán, amikor a magzat már életképes ugyan, de nem fejlődött nagyra, vagy hogy szülés közben ne fordítsuk-e meg a magzatot abból a célból, hogy a szükült részen a fejét magunk hozzuk át, továbbá, hogy alkalmas fektetéssel vagy fogóval ne próbálkozzunk-e? Ezzel szemben a másik útja a szülés befejezésének élő magzattal szemben minden próbálkozás kikapcsolásával a medence átfürészelése vagy a császármetszés. A császármetszés u. n. conservativ módja abban áll, hogy a hason át hozván ki a méhből a magzatot, a méhet ismét összevarrjuk, megtartjuk, tehát conserváljuk; ez a műtét veszélyesebb, mint a kiirtás, kiváltképpen azért, mert a méh nagy sebe s általa a hashártya utólag is könnyen fertőzhető. Erre tekintettel az ilyen műtétet nem is végzi senki, csak olyan esetben, hol távol áll a műtét előtt való fertőzöttségnek még a gyanúja is. Ez okból azután nagyon sokszor kénytelenek voltunk a műtétől elállani és a szülés befejezésére, ha csak lehető volt, más úton haladni. Nem ideális orvosi eljárás, ha úgy vagyunk kénytelenek egyik életet menteni, hogy a másikat érte feláldozzuk. (Elő magzat perforatiója.) Megérthető, ha a szakemberek e kellemetlen kényszer elől kitérni kívántak. Így jöttek létre a császármetszés számos régiebb és újabb variatiói. Ez utóbbiak két csoportba oszthatók; mindegyiknek közös vonása, hogy nem a vastag méh corpusát vágja fel a műtő, hanem a vékony cervixen készíti a nyilást, s mert a metszés a symphysis fölött van, azért nevezzük e császármetszéseket suprasymphysaer-eknek, suprapelvineknek. Az első csoportba azok tartoznak, melyekben a műtő a hashártyát nem vágja keresztül, hanem csak letolja a hólyagról és a méh alsó harmadáról, hogy a nyakat megnyithassa. A második csoportot azok alkotják, ahol úgy készíti a műtő a nyilást (de kisebb nyilást), mint a régi császármetszéseknél, t. i. megnyitja a peritoneumot is, csak hogy nem gördíti ki a méhet a has üregéből és, amint fent említettem, a méh nyakán készíti nyilást a magzat számára, előbb elzárva a has üregét, hogy azt óvja a méh tartalmától. Ezt az elzárást a legtöbb műtő úgy végzi, hogy a méhnyakról könnyen leválasztható lemezét a hashártyának a kinyitott hasfalhoz kivarraja, kicsipteti vagy a méhnek megnyitandó részletét gazetörökkkel rakja körül. Az első császármetszési mód tehát extraperitonealis, a második mód transperitonealis. Az extraperitonealis methodussal szemben idővel mind több híve lett a transperitonealis módnak (Pfannenstiel, Veit, Krönig, Fehling, Baisch, Hofmeier, Franz, Fromme, Späth, Rubeska, Baumm stb.)

Ennek az irányzatnak az a magyarázata, hogy a műtők tapasztalása szerint a súlyosan fertőzött szülönök akár extraperitonealis, akár transperitonealis lettek operálva, áldozatul estek. Mérsékelt fertőzések mellett azonban a transperitonealis operatiók után is szépen meggyógyultak, amiből azt a következtetést vonták le, hogy erősebb fertőzések

területén ezen császármetszések egyik formáját sem szabad végezni. A két műtési modor közül pedig úgy a műtőre, mint a műtőtre hasonlíthatatlanul könnyebb beavatkozás a transperitonealis operatio, amely után a reconvalescentia is könnyebb, ideje rövidebb. Mi a klinikán most már szintén a cervicalis császármetszésnek a transperitonealis fajtáját végezzük.

A cervicalis műtétek főérdemét az szokás betudni, hogy a méh legvékonyabb és legkevésbé vérbő részletén történik a metszés és a placentaris szak természetesen folyhatik le, azonfelül a has ürege nincs olyan nagy mértékben kitéve a fertőzésnek, mint a corporalis metszések s éppen ezért e műtétek alkalmasak az olyan születekre is, melyek nem egészen érintetlen tiszták s melyekben ez okból a corporalis császármetszés már contra-indikált, de positive még nem tekinthetők megfertőzöttnek, amelyekben tehát az anya élete a magzattal szemben nem áll egymást mintegy kizáró éles ellentétben. E műtéteket jó eredményeik miatt már inficiált szülőrészek felett is kezdték használatba venni, itt azonban ezek sem váltak be; positive inficiált asszonyon a conservativ műtétek semmiféle fajtáját sem szabad végezni, ilyen esetekben, úgy mint régen, ma is kisebb szükület esetén a magzat feldarabolása, absolute szükült medence esetén pedig csak a Porro-műtét vagy a teljes méhkiirtás biztathat reménnyel.

Ha most a császármetszések viszonyát a szük medenczékhez bírálom, következtetéseimet általánosságban röviden a következőkben foglalhatom össze: az ivarkor elején és delén teljesen tiszta esetek számára ma is a conservativ császármetszés valamely fajtája, akár a corporalis, akár a cervicalis császármetszés való. Az ivarkor végén, kiváltképpen akkor, ha a sterilisatio amugy is indikált, alkalmas és könnyű a méh amputatiója. Azon esetekben, amelyekben conserválni akarjuk a méhet és ahol a szülőcsatorna tisztaságához valami kétség fér, de az infectio-nak még semmi pozitív tünete nem található, indikált lehet a nyaki császármetszésnek valamely fajtája. Infectio esetén annál kevésbé van helyén a nagy műtéttel való kísérletezgetés, mert az inficiált méhben inficiált lehet a magzat is, pedig a császármetszések nagy százalékát kitevő relative indikált műtétek a magzatért történnek. Kérdéses magzatéletért az anya életét nem kockáztathatjuk.

Vitás lehet, hogy az egészen tiszta esetekben corporalis vagy cervicalis császármetszést végezzünk-e inkább? A corporalis műtét nagyobb beavatkozás az anyára nézve, mint a cervicalis, ezzel szemben azonban úgy az operálandó szerv maga, mint a magzat sorsa, amelyért szükmedenczék fölött a műtétet tulajdonképpen végezzük, minden tekintetben és teljesen a határmunkban fekszik, a mit a cervicalis műtétről teljes bizonyossággal nem lehet mondani. A két műtét szembeállításakor az utánuk visszamaradó hegnek a jövő terhességekkel szemben való viselkedése kérdés tárgya lehet. Különböző véleményen vannak a műtők a tekintetben is, hogy hány császármetszésnek tehetik ki ugyanazt a szükmedenczés asszonyt. És végül, ha reákerül a sor, a sterilisatio módja is válogatás tárgya lehet.

Mi azon a véleményen vagyunk, hogy egy klinikus a körülmények lelkiismeretes bírálata után ugyanazon asszonyon két császármetszést jogosult végezni. Hogy egy harmadikra majdan rászánja-e magát, vagyis, hogy hasonló áron óhajt-e harmadik gyermeket, afelől az asszonytól kérünk határozást. T. i. a második műtét eszerint módosul és elutasító válasz esetén a műtéttel kapcsolatosan sterilizünk is. A genitalis sterilisatio különböző módzatai közt ilyenkor helyet foglal a méh amputatiója. Vannak, a kik tuba-sterilisatiót végeznek és conservative továbbra benthagyják a méhet, és vannak, a kik úgy a közvetlen, mint a távoli jövőt úgy látják jobban biztosítottnak, ha leveszik a méhet, mint a hogy azt számtalanszor nyomás göbökért is amputálni szokás. Összerakva a tapasztalatainkat, azt gondoljuk, hogy helyes dolog tiszta területen ugyanazon asszonyon az első műtétet cervicalisan, transperitonealis, a másodikat corporalisán végezni, és ha

ez alkalomból a sterilisatio indiciója szintén felmerül, a műtétet Chrobak-amputációval fejezni be.

A klinika 15 évi szűkmedenczés szülési anyagán (1904 január 1.-étől 1919 január 1.-éig) 59-szer végeztünk császármetszést. A szűkmedenczék minőségét és fokozatát illetőleg az esetek következőképpen oszlanak meg:

Egyaránt szűk medencze	---	(I ^o szűk)	7	—	7MP
Egyaránt szűk medencze	---	(II ^o szűk)	16	4IP	12MP
Egyaránt szűk medencze	---	(III ^o szűk)	2	2IP	—
Egyaránt szűk medencze	---	(IV ^o szűk)	3	2IP	1MP
Egyszerűen lapos medencze	---	(II ^o szűk)	5	1IP	4MP
Általánosan szűk lapos medencze	---	(I ^o szűk)	1	—	1MP
Általánosan szűk lapos medencze	---	(II ^o szűk)	17	7IP	10MP
Általánosan szűk lapos medencze	---	(III ^o szűk)	4	2IP	2MP
Kyphosisos medencze	---	(IV ^o szűk)	1	1IP	—
Ferdén szűk medencze	---	(IV ^o szűk)	1	1IP	—
Osteomalaciás medencze	---	(III ^o szűk)	1	—	1MP
Osteomalaciás medencze	---	(IV ^o szűk)	1	—	1MP

Az 59 szülő nő kor szerint a következőképpen oszlik meg:

15—20 éves	---	7
21—25 éves	---	12
26—30 éves	---	23
31—35 éves	---	10
36—40 éves	---	4
41—45 éves	---	2
? éves	---	1

Műteti indiciók:

Relativ indicatio 57 (2-szer előző szülésnél támadt gyógyult méhrepedés)

Absolut indicatio 2

Műtét módja:

Conservativ császár- metszések	{	Corp.	26 (1 castr., 2 tubasteril.)
		Cerv. extraperit.	4
		Cerv. transperit.	5
Supravaginalis amputatio	---	---	24

Gyermekek:

Láztalan 34
Lázás 19 (2 tuberculosis pulm., 1 pneumonia, 1 bronchitis)
Meghalt 6 (4 sepsis, 1 dysenteria, 1 anaemia).

Ezen 6 halálos eset közül egyben absolut indicióból, műtét előtt intézetten kívül, baba által már inficiált beteg, subfebrilis temperatura és bűzös magzatvíz mellett kellett operálni, a midőn az extraperitonealisnak tervezett műtétnél a hashártya leválasztás közben beszakadt. Egy másikban ugyancsak intézetten kívül, baba által belsőleg vizsgált szülő nőn subfebrilis temperatura mellett végeztük az extraperitonealis császármetszést. Mindkét műtét abban az időben volt, a midőn olyan irány uralkodott, a mely mellett inficiált szülő nőknél is általánosan végezték az extraperitonealis császármetszéseket; mi is a klinikán akkor ezen befolyás alatt végeztük az említett két műtétet. A harmadik esetben már a terhesség alatt kifejlődött és diagnoskált pyelitisből lett a sepsis, a midőn relativ indicióból az anya kívánsága szerint operáltunk, a ki minden áron, bármely veszélyes műtét árán is élő gyermeket követelt. A műtétet kedvünk ellenére e követelés befolyása alatt végeztük. A negyedikben dysenteriaiban veszítettük el a beteget. Az ötödikben nagy operációkban még kezdő műtő első császármetszésénél vérzett annyira az anya, hogy anaemiában pusztult el azután, a mi tökéletes műtőtechnikánál nem történt volna meg. A hatodikban (relativ indicióból végezett corporalis császármetszés) sima műtét után a 4. napon sepsisben halt meg a gyermek-
ágyas. Ilyen szigorú módon mérlegelése mellett a 6 halálos kimenetelű császármetszésnek azt látjuk, hogy tulajdonképpen ötben a különféle szerencsétlen accidentalis körülmények okozták a halált és közöttük csak egy (a hatodik) olyan, a mely szorosan véve, igazán a műtét statisztika rovására esik (1.7% mortalitas).

Gyermekek:

Élve született	---	---	57
Algid asphyxiából nem volt feléleszthető	---	---	1
Meghalt	---	---	1 (2. napon pneumoniában).

Császármetszés-eseteink.

Egyaránt szűk, I. fokban szűk medenczék.

1. 1338/1286, 1909. Sz.-né, 34 éves. VII.-P. I. 10 éve, rendes. II. 8 é., perforatio. III. 5 é. perforatio. IV. 4 é., harántfekvés, belső lábrafordítás-extractio (klinikán), halott gyermek. V. 3 é. halott magzat perforatiója (klinikán). VI. 2 é. hëbosteotomia (klinikán), lábrafordítási kísérlet közben köldökzsinórelőesés, ezután az elhalt magzat perforatiója. Medencze: sp. 23.5, cr. 27.0, c. ext 18.0, c. diag. 11.3, c. vera 9.3, sp. post. 9.0 cm. Ép burok. Méhszáj 1 újjnyi. II. kf., jó magz. szivhangok. Relativ indicióból sectio caesarea, amputatio supravaginalis. Lepény. műtét közben leválasztva. Élő leány, 50 cm. hosszú, 3475 gr. súlyú, 34 cm. fejkerületű. Gyermekekégy rendes.

2. 1819/1644, 1912. K. Gy.-né, 29 éves. IV.-P. I. 6 é., farfekvés, extractio, halott gyermek. II. 5 é. rendes, élő gyermek. III. 1 é., perforatio. Medencze: sp. 24.5, cr. 27.0, c. ext. 18.5, c. diag. 11.3, c. vera 9.3, sp. post. 9.3 cm. Vajudás tartama: 5 óra. Magzatvíz elfolyása 1 1/2 óra előtt. Méhszáj tünőfélben. I. kf., jó magzati szivhangok. Relativ indició (ruptura uteri inveterata). Sectio caesarea, amputatio supravaginalis. Lepény műtét közben leválasztva. Élő, fiu, 51 cm. hosszú, 3250 gr. súlyú, 35 cm. fejkerülettel. Gyermekekégy rendes.

3. 2238/1975, 1916. H. A.-né, 43 éves. XIV.-P. I. 22 é., halva született gyermek. II. 21 é., farf., halva született. III. 20 é., halva született. IV. 19 é. farf., halva született. V. 18 é. spontán született élő gyermek. VI. 16 é. farf., él. VII. 14 é. farf., halva született. VIII. 13 éve, spontán született, él. IX. 10 é. farf., halva született. X. 7 é. farf., halva született. XI. 5 é. harántf., halott magzat, ruptura uteri. XII. 4 é. abortus, XIII. 1 é. abortus. Medencze: 24.0, 28.0, 18.0, 10.8, 8.8, 9.0 cm. Vajudás 18 óra. Ép burok. Méhszáj eltűnt. I. harántfekvés. 1. állás, jó szivhangok. Relat. ind. (rupt. uteri inveterata). Sectio caesarea, amputatio supravag. Lepény méhhez együtt eltávolítva. Élő, fiu, 50 cm., 3000 gr., 36 cm. Gyermekekégy rendes.

4. 69/72, 1917. P. J.-né, 26 é. III.-P. I. 3 é. spontán, halott gyermek. II. 2 é. spontán halott gyermek. Medencze: 23.0, 26.0, 18.0, 11.0, 9.0, 9.0 cm. Vajudás 38 óra. Magzatvíz elfolyás 26 óra. Méhszáj tünőfélben. I. homlokf., jó szivhangok. Relat. ind. Sect. caesarea cervic. transperiton. Lepény műtét közben leválasztva. Élő, fiu, 50 cm., 3100 gr., 35 cm. Magzat algid asphyxiából felélesztetett. Gyermekekégyben 2 hétig 38.5° C-ig terjedő lázak. 34. napon egészségesen távozott.

5. 232/259, 1917. Sz. T.-né, 41 éves. III.-P. I. 14 é. perfor. II. 12 é. prophylacticus lábraford., élő gyermek. Medencze: 24.0, 27.0, 17.5, 11.2, 9.2, 9.0 cm. Vajudás: 4 óra. Ép burok. II. kf. jó szivhangok. Relat. ind. Sect. caesar., amput. supravag. Lepény méhhez együtt eltávol. Élő, fiu, 57 cm., 4760 gr., 39 cm. Gyermekekégy rendes. Belsőleg vizsgálva nem volt.

6. 1307/1256, 1916. Sz. J.-né. 26 éves. III.-P. I. 3 é. fogó, halott gyermek. II. 2 é. művi koraszülés (klinikán), élő gyermek. Medencze: 22.0, 25.0, 17.5, 11.0, 9.0, 9.0 cm. I. kf., jó szivhangok. Relat. ind. Sect. caesar. conserv. Lepény műtét közben leválasztva. Élő, fiu, 50 cm., 3700 gr., 35 cm. Egy hétig 38.5° C-ig terjedő lázak. 13. napon egészségesen távozott. Belsőleg nem volt vizsgálva.

7. 2278/76, 1918. Sz. J.-né, 28 é. IV.-P. I. 5 é. fogó, halott gyermek. II. 4 é. művi koraszülés (klinikán), élő gyermek. III. 2 é. sect. caesar. (klinikán). Medencze: 22.0, 25.0, 17.5, 11.0, 9.0, 9.0 cm. I. kf., jó szivhangok. Relat. ind. Sect. caesar. cervic. transperiton. Lepény műtét közben leválasztva. Élő fiu, 51 cm., 4000 gr., 37.0 cm. Gyermekekégy rendes. Belsőleg nem volt vizsgálva.

Egyaránt szűk, II. fokban szűk medenczék.

8. 983/1367, 1909. Sz. E., 20 éves. I.-P. Medencze: 24.0, 28.0, 16.5, 9.5, 7.5, 8.0 cm. Vajudás: 3 1/2 óra. Magzatvíz 24 óra előtt folyt el. Méhszáj 4 ujj. I. kf., jó szivhangok. Relat. ind. Sect. caesar. cerv. extraperiton. Lepény műtét közben leválasztva. Erős atoniás vérzés (1:10,000 adrenalin inj.). Élő leány, 48 cm., 3130 gr., 34 cm. Hasfali tályog; secundaer varral. 42. napon egészségesen távozott.

9. 959/1065, 1911. F. M., 36 éves. III.-P. I. 7 é. perfor. II. 3 é. kf.-ből lábraford. extractio, utoljára jövő fej perfor. Medencze: 23.5, 27.0, 18.0, 10.0, 8.0, 8.0 cm. Vajudás 3 óra. I. harántf. Relat. ind. Sect. caesar., amput. supravag. Élő, fiu, 50 cm., 3520 gr., 34 cm. Gyermekekégy rendes. Belsőleg nem volt vizsgálva.

10. 589/541, 1912. K. E.-né, 29 éves. I.-P. Medencze: 25.0, 28.0, 17.0, 9.8, 7.8, 9.0 cm. Vajudás 27 óra. Magzatvíz elfolyás 14 óra. Méhszáj tünőfélben. I. kf. Litzmann-tartás. Jó szivhangok. Relat. ind. Sect. caesar. cerv. extraperit. Lepény műtét közben leválasztva. Élő fiu, 52 cm., 3800 gr., 35 cm. Gyermekekégyben 38.1° C-ig terjedő lázak 4 napig. 28. napon gyógyultan távozott. Intézetten kívül vizsgálták.

11. 2466/1928, 1913. K. E.-né, 30 éves. III.-P. I. 5 é. spontán halott gyermek. II. 3 é. sect. caesar. cerv. Élő gyermek. Medencze: 25.0, 28.0, 17.0, 9.8, 7.8, 9.0 cm. Ép burok. I. kf. Jó szivhangok. Relat. ind.

nek segítségével módunkban van meglehetősen egyszerű eszközökkel láthatóvá tenni a vizsgálandó savó és a szervkivonat között lefolyó reakciót.

Sachs elmélete szerint a complementum eltűnése a Wassermann-reakcióban a savó globulinjainak és a szervkivonat lipoidjainak egymásra való hatásából magyarázható. Ehhez a felfogáshoz csatlakozott az eredeti *Wassermann*-féle magyarázat helyett (antigen-antitest hatás) a kutatók legnagyobb része. Míg *Wassermann* a savó és szervkivonat egymásra hatását a complementum eltűnésével mutatja ki, addig *Meinicke* és *Sachs-Georgi* a bekövetkezett változást csapadék alakjában igyekeznek láthatóvá tenni és a csapadék-képződést is úgy magyarázza, hogy ezen reakciókban a savónak globulinjai és a szervkivonat lipoidjai szerepelnek. *Meinicke*, *Nathan* és mások szerint azonban a lueses savót nem a globulinok fokozott kicsaphatósága jellemzi, hanem a lueses savó és a szervkivonat együtt hat úgy, hogy egy a globulinokat kicsapó befolyás keletkezik.

A Wassermann-pótló reakciók kutatására az utolsó években még egy elsőrendű fontosságú gyakorlati momentum adott impulzust. A háborús években annyira előtérbe került a takarékoskodás, az anyagbeszerzés nehézsége, hogy már ez okból is igyekeztek a nehezen beszerezhető Wassermann-anyagokat közönségesebb eszközökkel pótolni. A *Meinicke*-és *Sachs-Georgi*-reakcióhoz nem kellene a nehezen beszerezhető kísérleti állatok, vér stb. Minthogy az anyaghiány még tovább is tart, már ezért is fontos e reakciók gyakorlati használhatóságának minél több esetben való kipróbálása.

II.

Meinicke első kísérletei a „Wassermethode“-nak nevezett eljárásra vezettek; a lueses savónak azon tulajdonságát használja fel, hogy vizes (sószegény) közegben a savó és szervkivonat között keletkezett csapadék eltűnik. A „Wassermethode“ lényege tehát az, hogy konyhasószegény közegben csak a normalis vagyis negatív savók adnak csapadékot a szervlipoidokkal, míg a lueses savók homályos, opaleszkáló oldatot alkotnak. Ez az eljárás gyakorlatilag nem vált be, maga *Meinicke* még a közlés első évében elhagyta és a globulin kicsaphatóságának elve alapján dolgozott ki egy második módszert, a M.-R.-t (*Meinicke*-reakciót), mely ilyen néven honosodott meg az irodalomban.

A M.-R.-nek leglényegesebb különbsége a többi csapadékos lues-reakciótól, hogy két szakból áll. Az első szakban az összes savókban csapadék képződik, a második szakban bizonyos kitérítési töménységű konyhasóoldat hozzáadására a csapadék a negatív savókban feloldódik, a pozitív savókban ellenben pelyhek alakjában megmarad. A reakció a következő elven alapszik: ha a savót bizonyos hígítású és bizonyos előírt szabályok mellett készült alkoholos szervkivonattal hozzuk össze, csapadék keletkezik, a mely nem egyéb, mint erősebb vagy gyengébb kötés a serum globulinja és az extractumlipoidok között, a szerint, a mint lueses vagy normalis savót hoztunk össze a szervkivonattal.

Meinicke ugyanis azt találta, hogy a lueses savók oly erős kötésű csapadékot adnak, hogy ez olyan töménységű konyhasóoldatban, melyben a normalis savók csapadékja már feloldódik, még pelyhek alakjában megmarad.

A reakció lényege tehát serumglobulin-extractumlipoid-kötés, a reakció indicatora pedig e kötésnek a feloldása.

Ezt a módszert követte később a harmadik módosítás, a D. M. (dritte Modification), melynek az az alapja, hogy konyhasóban gazdag közegben (sófőlöslegben) csak a lueses savók adnak csapadékot. A D. M. ismét egyszakos reakció; tulajdonképpen nem egyéb, mint pontos előírás szerint készített lószívkivonatnak, 2%-os konyhasóoldatnak és a kérdéses savónak egymásra való hatása. A D. M. gyakorlatilag csak bizonyos megszorításokkal alkalmazható, egyrészt mert nem túlságosan érzékeny (sőt *Meinicke* saját kifejezése szerint robustus reakció), másrészt meglehetősen nagy különbség mutatkozik úgy a Wa. R.-val, mint a M. R.-val való összehasonlításkor. Mi a D. M.-t egyáltalában nem végeztük, mint-

hogy az egyszakos reakciók közül a *Sachs-Georgi*-reakció sokkal érzékenyebb, egyszerűbb és megbízhatóbb. A mi vizsgálataink csak a M. R.-ra szorítkoznak, azért ezen módszer technikájával kissé részletesebben kell foglalkoznunk.

A *Meinicke*-féle eredeti utasításon már ő is, mások is (*Lesser* stb.) módosítottak. A M. R. nagyon gondos dolgot kíván; ha nem is szükséges mai tapasztalataink alapján a *Meinicke* aprólékos eredeti figyelmeztetéseit követni, mégis ügyelnünk kell egy csomó hibaforrásra. A kétszakos reakciónak éppen az volna az egyik előnye, hogy bárhol csúszszék is be módszertani tévedés, rögtön hibás a reakció az első szakban. A reakció következőképpen történik:

I. szak. Az egyik kémlecsőbe 0.2 cm³ savót és 0.8 cm³ hígított szervkivonatot öntünk, a másikba 0.2 cm³ savót és 1 cm³ hígított szervkivonatot (az antigenhígítást I. lejjebb) és kontrollnak a só kitérítéséhez beállítunk 6–8 kémlecső Wassermann-negatív, illetőleg gyengén pozitív savót. A savót és a hozzáadott antigent erősen összerázzuk, utána 24 órára beállítjuk pontosan 37°-on (nagyon fontos) tartott thermostatba. 24 óra múlva az összes csövekben kisebb-nagyobb pelyhű csapadékot látunk. Ha az első szakban csapadék nem képződik, a reakció hibás, illetőleg *Lesser* szerint az esetek 2%-ában, *Meinicke* szerint legfeljebb 5%-ában, a mi vizsgálataink szerint szintén körülbelül 5%-ában előfordul, hogy nem képződik csapadék.

II. szak. Az első szak leolvasása után következik a sótitrálás, vagyis esetről-esetre való megállapítása azon sóoldatnak, melyet a főkísérletben használni fogunk. Készen tartunk 1.6%-2.5%-ig NaCl-oldatokat. A 6–8 biztos Wassermann-negatív csőhöz hozzáadunk különböző hígítású NaCl-oldatból 1–1 cm³-t. A negatív kontrollcsövekben a csapadék thermostatban 1–2 óráig állás után feloldódik, vagy könnyen széjjelfolyik. Határnak vesszük azt a legnagyobb töménységű NaCl-oldatot, mely a negatív savókat éppen hogy feloldja. Ezt a NaCl-oldatot használjuk a főkísérletben. Az így megíttrált NaCl-oldatból minden csőhöz hozzáadunk 1 cm³-t. Leggyakrabban azt találtuk, hogy az 1.9–2%-os az a sóoldat, mely a mi technikánk mellett a főkísérletben használható. Az egész rendszert beállítjuk 1–2 órára thermostatba, azután lupéval vagy a mikroszkop 4. sz. szemlencséjével leolvassuk. A pozitív csövekben pelyhes csapadékot látunk, a negatív csövekben homályos oldatot. *Meinicke* külön figyelmeztet arra, hogy a sóoldat hozzáadása előtt gyenge ide-oda mozgatással a pelyheket egyforma nagyságúra hozzuk, viszont a sóoldat hozzáadása után, a leolvasás előtt nem szabad erősen rázni a csöveket.

Az eredeti *Meinicke*-utasítások nagy súlyt helyeztek az antigen készítésére, különösen pedig a hígítás módjára. *Sachs* és *Rondoni* vizsgálataiból tudjuk, milyen nagy befolyása van a hígítás módjának a reakció kimenetelére. *Meinicke* is különböző változtatásokat tett már az antigen hígításában. Legegyszerűbb a következő eljárás, melyet mi is a saját vizsgálataink végzésekor követtünk. Az alkoholos szervkivonatot 8.5-szeresére hígítjuk megbízható, sómentes, destillált vízzel, és pedig úgy, hogy a szükséges antigenmennyiséget összehozzuk felényi destillált vízzel, gyorsan összerázzuk, pár óráig szobahőmérsékleten állni hagyjuk, azután gyorsan hozzáadunk még 8-szoros mennyiségű destillált vizet, ismét összerázzuk, mire opaleszkáló oldatot kapunk, mellyel rögtön dolgozhatunk.

Az alkoholos szervkivonat készítésére úgy *Meinicke*-nek, mint *Lesser*-nek különböző eljárásai vannak. Akármilyen nagy jelentősége is van ez eljárásoknak, végeredményben a legtöbb alkoholos antigen használható. Egy-egy új antigent negatív és pozitív savók nagyobb sorozatán kipróbálunk és azokat az antigeneket, melyek az első szakban jó csapadékot adnak, használjuk a későbbi vizsgálatokhoz. Saját vizsgálatainkhoz marhaszívből készült antigent használtunk. 1 gr. teljesen zsirtalanított szívre 5 cm³ alkoholt vettünk, 24 óráig állni hagyjuk, 3 órán keresztül ráztuk, s leüleptetés, filtrálás után használtuk. Nagyon fontos a szervnek zsirtalanítása;

I. táblázat.

Wassermann-reactio — —	+	—	+	—	±	+	—	±	±	Önkötő	Önkötő	Összesen
Meinicke-reactio — — —	+	—	—	+	+	±	±	—	±	+	—	
Esetek száma — — — —	113	276	34	75	4	1	4	7	1	3	3	537
% — — — — — — — —	21·23	51·39	6·33	13·9	0·74	0·18	0·74	1·3	0·18	0·54	1·48	—

Lesser a porított szerveket aetherrel zsirtalanította és csak azután vonta ki alkohollal.

A M. R. eredményét még a következők befolyásolják: a savó haemolysises változása, individualis kicsaphatósági eltérések, bizonyos mértékig az inaktiválás ideje is. Activ savók gyakran adnak nemspecifikus reactiót, teljesen elegendő azonban negyed óráig 55—56°-on inaktiválni; a reactio megbízhatóságát, érzékenységét azonban nem befolyásolta, ha a savókat 1/2 óráig inaktiváltuk. Nagy befolyással vannak a reactio kimenetelére a savónak bizonyos tulajdonságai: lehetőleg üres gyomor mellett vett savót használjunk, haemoglobintartalmú savók használhatatlanok (az újból vett vérrel ne végezzünk M. R.-t), erős centrifugálással elkülönítjük a véresejteket, véres savók sokszor oldhatatlan csapadékot adnak, icterusos savó nem ad specifikus reactiót. A savónak semmilyen chemikáliával, alkohollal, aetherrel stb. nem szabad érintkezni, teljesen új kémlőcsöveket ne használjunk. A reactiót befolyásolják bizonyos quantitív, időbeli és hőmérsékleti viszonyok.

Vizsgálataink kezdetén nem sikerült a reactio, mihelyt azonban a már említett apróságokra figyeltünk s a megfelelő antigent megtatáltuk, a reactióink általában hibátlanok voltak. A már említett kisebb változtatásokkal és csak egy kémlőcsőben (0·2 cm³ savó + 1 cm³ antigenhígítás) végeztük vizsgálatainkat, amelyeknek eredményeiről az alábbiakban számolunk be.

Összesen 556 esetben végeztük a M. R.-t parallel a Wa.-R.-val; ezen esetekből eleinte 19-ben nem kaptunk primaer csapadékot, ezek leszámítása után maradt tehát 537 eset. A Wa.-R. és M.-R. közötti összefüggést az I. táblázat mutatja.

Összesen tehát a kétes esetek elhagyásával teljesen különböző eredményt kaptunk 20·23%-ban. A különböző eredmények szám szerint úgy oszlanak meg, hogy 109 eset közül 75 esetben csak a M. R. positiv (13·9%), 34 esetben pedig csak a W.-R. (6·33%).

Mint hogy a legtöbb eddigi statisztika ú. n. bőrgyógyászati, tehát nagyobbára primaer és secundaer esetekre vonatkozik, a mi vizsgálataink pedig nagyobbbrészt tertiaer és metalueses megbetegedéseket ölelnek fel, a már említett 109 esetet kissé részletesebben fogjuk tárgyalni, hogy ezzel is közelebb juthassunk a reactio alkalmazhatóságának megállapításához.

A legnagyobb statisztikát Lesser közli, ki több mint 12.000 vizsgálatot végzett. Részletesen beszámol 2.953 esetről, melyekből a M. R. és a W. R. egyezett 85%-ban, különbözőt 15%-ban, ebből 10% esik a csak M. R.-positiv esetekre. Nem specifikus reactiót kapott typhus exanthematicus, tuberculosis stb. eseteiben.

Nem specifikus M. R.-t közöl Kaufmann spanyol influenzánál, a mely vizsgálatoknak azonban semmiféle gyakorlati jelentőségük nincsen.

Merzweiler szerint a M. R. 12%-ban nem ad specifikus reactiót. Konitzer 400 esetben hasonlította össze a M. R.-t és a Wa. R.-t, a reactiók 85%-ban egyeztek.

Reich statisztikája nem megbízható, mert az esetek harmadában nem kapott primaer csapadékot.

A következő táblázatban összehasonlítjuk amaz esetek egy részét, hol a M. R. és a Wa. R. különböző eredményeket adott. A biztosan nemspecifikus, vagyis olyan M. R.-t,

a hol az anamnesisben semmiféle lueses támpont nincsen, kihagytuk. Nemspecifikus M. R.-t veszünk fel 23 esetben, az összes vizsgált savók 4·3%-ában. Ilyen nemspecifikus M. R.-k a következők:

Polyserositis 1, súlyos anaemia 1, neurasthenia 3, spondylitis 1, spanyol influenza 1, insuff. bicusp. 2, subacut nephritis 2, pleuritis 1 stb.

II. táblázat.

Diagnosis	Csak Wa.-R. +	Csak M.-R. +
Lues II (kezelés után) ...	1	7
Biztos lueses anamnesis...	5	9
Periostitis ...	—	4
Nephrosis luetica ...	—	1
Aorta-betegségek ...	6	11
Arteriosclerosis ...	4	4
Kephalalgia ...	—	2
Lues cerebri ...	—	2
Tabes dorsalis ...	3	6
Sclerosis multiplex ...	—	3
Keratitis ...	—	3

E táblázatból kitűnik, hogy a feltűnően nagyszámú csak M. R.-positiv esetekben nem valami technikai hibáról lehet szó, hanem ellenkezőleg ez az érzékenység a reatio javára írható, mert vagy a lueses eredet, vagy valami más összefüggés lueses megbetegedéssel kimutatható.

(Vége következik.)

Megjegyzések Kiss József dr. „Erőltetett oldalt nézéskor észlelhető félremutatás“ című cikkéhez.

Irta: Rejtő Sándor dr. fülorvos, egyetemi magántanár.

Elismerve a vizsgálat eredetiségét, nem térek ki még kevés kísérletem más százalékot mutató eredményeire, csupán a tünet magyarázását szeretném más alapon nyújtani.

Nézzük meg közelebbről a szemizmok beidegzésének viszonyait a kísérlet alatt, a mikor egyenes fejtartás mellett erőltetve oldalt nézünk. Tudjuk, hogy a szemizmoknak kettős beidegzésük lehetséges: associált és direct. Az associált, reflexes berendezésű beidegzés célja, hogy a fej minden mozgásakor primaer helyzetben maradjon a szemek tengelye, mert ezzel a tiszta látás, a retina helyzete részéről, mindenkor biztosítva van. E reflexeknek kiinduló pontja a labyrinthus, még pedig mozgásokkor az ívjáratok, a fej nyugalmi helyzetében pedig a maculák (otolith organum) végkészüléke.¹

Kísérletünk alatt a fej egyenes tartása mellett ez a labyrinthus-inger (Ruhetonus) a szemeket a középvonalban igyekszik megtartani. Ezt kell leküzdenie a direct, akaratos beidegzésnek, a mely inger a cortexből indul ki és a kisagyban kapcsolódik azon centrifugális pályába, a melyen a labyrinthus reflexingerei futnak le. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagynunk azt, hogy a labyrinthus nyugalmi

¹ V. ö. Dr. A. Rejtő: „About the Origin of the quick Phasis of the Vestibular Nystagmus“. The Journal of Laryngologie, Otology, 1920. London.

ingerei nem egyedül a szemizmokhoz mennek, hanem a test összes többi izomcsoportjához is és hogy ezeknek a kapcsolása is a kisagyban történik. Azt hiszem, könnyen elképzelhető, hogy az akaratlagos szemizom-beidegzéseknek ingereiből a kisagyvelői reflexes pályákon a test többi izomcsoportjához is jut, a szemizmokon kívül. Ez a kis beidegzési rendellenesség azután akár a *Bárány* alkalmazta félremutatással, akár *Delage* és *Breuer* pálczika-mutatási kísérletével, akár pedig *Cyon* vonalvezetési módszerével kimutatható.

Ilyen lefolyás mellett természetesen kifogás alá esik az összefoglaló rész azon kifejezése, hogy: „erőltetett oldalt nézéskor *physiologiás viszonyok* közt” stb., mert az erőltetett oldalt nézés már magában véve nem *physiologiás viszony*, hanem a *physiologiás reflexeknek akaratlagos leküzdése*. Azt hiszem, jobban fedí a lényegét, ha azt mondjuk, hogy „erőltetett oldalt nézéskor ép reflexkészülékek (labyrinthus) mellett csaknem minden esetben félremutatás állapítható meg”.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

Bárzsing-rák gyógyult esetét ismerteti *Wittmaack*. Véleménye szerint az irodalomban eddig még nem ismertettek klinikailag teljesen gyógyult bárzsingrák- esetet. A kórtörténet röviden a következő: Másfél évvel ezelőtt, körülbelül 3 $\frac{1}{2}$ hóval az első tünetek jelentkezése után, próba-kimetszéssel kétségtelenül megállapítván a diagnosist, radiumkezelés alá vették az 54 éves férfit. Két heti időközökben 9, egyenként 8—9 óráig tartó besugárzásnak tették ki a fogsortól körülbelül 32 cm.-nyire fekvő carcinomát. A kezeléshez egy 3 $\frac{1}{4}$ cm. hosszú, 50 mgr. radiumbromidot tartalmazó csövecskét használtak, mely 2 mm.-es sárgarézszűrővel volt ellátva. A besugárzásokat követő, körülbelül 3 havi reakciós időszak után — mely alatt a fájdalmak miatt a helyi kezelés szünetelt — rendszeresen szondázva a bárzsingot, ez végül 11 mm.-es szondával is átjárhatóvá vált. A többször megismételt próbaexcisio kezdetben széteső ráksejtfészkeket, végül negatív képet, teljes gyógyulást mutatott, a mi az azóta eltelt egy évnél hosszabb idő után is állandónak bizonyult. A kezeléskor követendő elvek ezek: 1. a radiumot tartalmazó csövecske elég hosszú legyen, hogy a benne egyenletesen elosztott radium a rák egész hosszára hatasson (körülbelül 4 cm); 2. a csövet a szem ellenőrzése mellett kell bevezetni, leghelyesebben morphin-scopolaminbódulatban; 3. a csövecske a szűrővel és esetleg gaze-zal körülvéve oly vastag legyen, hogy enyhe nyomással éppen behelyezhető a szűkületbe; 4. az adagolás ne legyen túlerős, mert perforatio támadhat, de természetesen gyenge sem lehet. Ajánlatos volna e kezelést a jövőben gyakrabban alkalmazni Röntgen-besugárzással kapcsolatban. (Münchener medicin. Wochenschrift, 1919, 14. szám.) *Landgraf* dr.

Az epeutak ascaris okozta megbetegedésének esetét közli *Clemens Höhrhammer*. Az irodalomban a 10. eset, melyben az epeutakból műtét útján távolítottak el ascarist. A 46 éves asszonynak állítólag 8 év óta vannak epeköpanaszai; az utóbbi 4 hétben görcsös, kólika-jellegű fájdalmak vannak, naponként kisebb hőemelkedésekkel. Cholelithiasis diagnosisa alapján műtét. Az eltávolított epehólyagban sok apró facettált kő volt található. A ductus hepaticusból egy ascarist távolítottak el, ezután szondázva az epeutakat, azok teljesen szabadnak bizonyultak. A műtét után anthelminticumok adagolására a szájon és végbélen át többször távoznak ascarisok. A kórlefolyásban érdekes, hogy a 6 heti kezelés alatt többször epepangás állott be, rázóhideget és könnyű icterust vonva maga után, mire a drain-sipolyon keresztül ascaris távozott. Az esettel kapcsolatban a szerző több érdekes biológiai és pathológiai kérdést tárgyal, így: mi az oka a férgek vándorlásának? mely körülmények közt kerülnek azok az epeutakba? élhetnek-e ott huzamosabb

ideig? milyen következményes megbetegedéseket okoznak ott? milyen az epekö-képződés és az ascarisok jelenléte közti összefüggés? van-e jellemző tünete e betegségnek? E fejtegetései alapján esetét úgy magyarázza, hogy az asszonynak valószínűleg 8 év óta volt cholelithiasis, állapotának rosszabbodását az utolsó négy hétben az ascarisnak a choledochusba kerülése okozta. A műtét utáni icterus-rohamokat is mindig 1—1 ascarisnak az epeutakba jutása váltotta ki. (Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 12. sz.)

Landgraf dr.

A postoperatív prophylaxisis rákkelésről tartott előadást *Blumenthal* a berlini „Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde” január 19.-i ülésén. Eddig még nem állott nagyobb statisztikai adat rendelkezésünkre, hogy a műtét utáni Röntgen- vagy radiumkezelés megakadályozza-e a recidivát. Az előadó a berlini rákkutató intézet emlőrák-eseteit veszi e tekintetben bírálat alá. Összesen 324 emlőrák- esetet operáltak. Ezek közül 178-ban állott be recidiva. A recidivált esetek száma az utóbbi években erősen fogy: 1915-ben 75% volt, 1916-ban 64%, 1917-ben 55%, 1918-ban 44%, és 1919-ben 40%. Ez a csökkenés az előadó szerint arra vezetendő vissza, hogy a műtét utáni sugaras kezelést mindgyakrabban veszik igénybe. Tekintetbe jó természetesen az is, hogy a sugaras kezelés technikája és az orvosok tapasztalata e téren folyton halad. A metastasisok lehető megakadályozása végett azokat a helyeket, a hol a metastasisok tapasztalás szerint leggyakoribbak, szintén erélyes sugaras kezelésnek kellene alávetni. A betegek ellentállóképességének növelésére, nemkülönben a rákos szövet szenibilizálása végett ajánlatos arsen is adni nagy adagokban.

A Kappis-féle splanchnicus-anaesthesiáról ír *Denk* docens. A has-szervek érző idegei a retroperitonealisan fekvő ganglionokon áthúzódva, a splanchnicusokból indulnak ki. A splanchnicus major és minor érzéstelenítésével, melyek közvetlenül a csigolyatestek előtt fekszenek, érzéstelenedik az egész hasüreg. A beszúrás helye 7 cm.-re van a tövisnyújtványtól a XII. borda alsó szélénél. A tűt hegyével medialisán, a sagittalis vonallal 30 fok alatt vezetjük és így a csigolyatesthez érünk, melyet végigtapogatunk mindaddig, míg ellenállásra találunk. A tű hegye ilyenkor közvetlenül a splanchnicusok mellett van. 20—40 cm³ 1%-os novocain-suprareninoldatot fecskendezünk be. A rami communicantes kikapcsolására ettől lefelé 3 cm.-nyire a II. ágyékcsigolya harántnyújtványa tájára szintén 20—30 cm³-t adunk. Ezek után a metszésvonalat érzéstelenítjük. A hasfal megnyitása után a belek hűdését láthatjuk, a mi a jó érzéstelenítést bizonyítja. Az érzéstelenítés bal oldalfekvésben történik. Szabályos betartással elkerüljük a túlkorai fecskendezést és a nagy erek megsértését. Melléktünetet sohasem láttak. Mély rekeszizomállásnál a pleurát meg lehet sérteni, de ez is veszélytelen. 85 laparotomiát végeztek az utolsó félévben ilyen érzéstelenítésben, ebből 51-et aether segítségével és 34-et aetherrel. Egy appendicitist, egy cholecystectomiát csak jobboldali érzéstelenítéssel. Különösen ajánlja ezt az eljárást ileus eseteiben, a mikor a belek petyhüdtté válásával megkönnyíti a műtétet. Splanchnicus-hűdés sohasem fejlődött. A betegek egy része halavány lesz az adrenalintól; néha hánynak, vagy izgatottak lesznek. Az eljárás különösen akkor javalt, ha narcosis nem használható. (Wiener klin. Wochenschr., 1919, 41. szám.) *Schlagger* dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori meningitis tuberculosa diagnózisáról ír *E. Rominger* (Freiburg). A meningitis tuberculosa kórjelzése elég nehéz a betegség kezdetén, a mikor a rendetlen hőemelkedésen kívül egyéb tünetet nem találunk. A szerző igen megbízhatónak tartja a *Brudzinski* tünetet. De főleg két vizsgálati mód ad fontos útbaigazítást: a Quincke-féle lumbal punctio és a Röntgen. Az utóbbi miliaris tuberculosos eseteiben oly egységes képet mutat — a tüdőmezők márványos rajzolatát —, hogy feleslegessé tehet minden további vizsgálatot. Csakhogy a Röntgen-vizsgálat nem alkalmas a korai

diagnosisra, mert jelenlevő meningitis tuberculosa mellett a miliaris folyamat a tüdőben esetleg csak röviddel a halál előtt fejlődik ki. Sokkal használhatóbb a lumbalpunkció. Természetesen legfontosabb a pozitív tuberculosis-bacillus-lelet a lumbalpunkciós folyadékban, azután a jellegző lymphocytosis, a csaknem sohasem hiányzó fokozott nyomás, a 24 órai állás után képződő háló.

Rendkívül fontos a lumbalpunkcióm vizsgálatára fehérvérjére. A szerző véleménye szerint ennek legmegbízhatóbb és legegyszerűbb módja a Pándy-féle reactio. Az eljárást Pándy következőképpen írja le: egy gr. kristályos acidum carbolicumot oldunk 15 cm³ destillált vízhez és az így nyert oldat egy cm³-éhez egy csepp lumbalpunkciós folyadékot cseppentünk. A hol a két folyadék érintkezik, pár másodperc alatt kékesfehér, füstfelhőszerű zavarodás fejlődik, annak jeléül, hogy a kérdéses folyadékban könnyen kicsapódó fehérjék — globulinok — kóros mennyiségben vannak jelen. A szerző az utolsó 9 hónap-ban észlelt 15, halálosan végződött, boncolással igazolt meningitis tuberculosa valamennyi esetében pozitívnek találta a Pándy-reactiót, a mely korán jelentkezik, úgy hogy a fokozott nyomással egyetemben a legértékesebb tünetnek tartja. A pozitív carbolpróba útbaigazít tehát azokban az esetekben, a melyekben a Röntgen nem mutat elváltozást, a liquor sejtlelete megközelítően normalis, háló nem képződik, a vizsgálat tuberculosis-bacillusra negatív, és végül klinikailag is atypusos a lefolyás. Még nagyobb a reactio megbízhatósága negatív eredmény esetén. A szerző 53 esetben kapott negatív Pándy-reactiót, s ezek közül egy esetben sem fejlődött meningitis tuberculosa. Ezen 53 eset közül 31 esetben más módszerrel is vizsgálta a lumbalpunkcióm fehérjetartalmát és 3 ízben kapott pozitív Nonne-Appelt-, 6 ízben pozitív Ross-Jones-reactiót.

A Pándy-reactio természetesen nem specifikus, hiszen csak a kórosan megszorodott fehérjetartalmat mutatja. Meningitis purulenta 4 esetében is pozitív volt; ezen esetekben azonban a differential-diagnosis a zavaros liquor, a jelenlevő bacteriumok és a leukocytosis miatt nem nehéz. A reactio pozitív már 1/3⁰/₁₀₀ fehérje mellett. Negatív próba esetén egész biztossággal lehet mondani, hogy a liquor fehérjetartalma normalis.

A Pándy-reactio oly egyszerű, hogy a gyakorló-orvos is könnyen végezheti. (Münchener med. Wochenschr., 1919, 48. szám.)
Ujj Sarolta dr.

Nanosomia vera esetét közli *Cornelia de Lange*. Az 1250 gr. testsúllyal született, majdnem 7 éves fiúgyermek testsúlya 5000 gr., hossza 70 cm., 5 éves kora óta nem növekedett. 4 éves korában tanult meg járni, 4 1/2 éves korában teljes tejfogazat; fejkörfoga 39 cm. Szülei és 9 éves testvére egészségesek, rendszeren fejlettek. Az anamnesisben semmi nevezetes. Rachitises mellkas és végtagok. Czimpanélküli (*Morel-féle*) fülkagyló. Adenoid vegetatio. Az izomzat hypertoniás, kissé spasmusos. A vizeletben fehérje és vörösvérsejtek. A scrotum üres. Az ossificatio 2—2 1/3 éves kornak megfelelő. Az intelligentia kb. 3 éves gyermekének felel meg, de sok tekintetben alatta, más részben felette álló; koprolalia. Most még nem dönthető el, hogy *nanosomia primordialis* vagy *nanosomia infantilis*-sel állunk-e szemben. Ha a felnőtt kort eléri, a végzendő Röntgen-vizsgálat lesz hivatva ennek eldöntésére a csontosodási folyamatot véve alapul, valamint akkor lesz csak megállapítható, hogy valóban mikrocephal-e az illető. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 89. kötet, 4. füzet.)
Tüdös dr.

Venereás betegségek.

A **venereás granulomát** ismerteti *W. H. Hoffmann* (Wilhelmshaven). A venereás granuloma földünk mindkét féltekéjének tropusaiban előforduló fertőzőbetegség, mely idősült granulatiós daganat képében a külső nemirészekből indul ki s terjed tovább a köztakarón, miközben mélyre terjedő roncsolásokra vezet. A betegség joggal a negyedik nemibetegségnek nevezhető, mert a terjedése eddigi ismereteink szerint jóformán kivétel nélkül nemi érintkezés útján történik. A

betegséget csak rövid idő óta ismerik. Az első eseteket 1896-ban Guyanából ismertették. Azóta majd minden tropusos vidékről közöltek eseteket. A betegséget eddig csak oly egyénekben észlelték, a kik nemi életet már folytattak. A bennszülöttekről átragad a bevándorlott fehérekre is. A baj apró csomóval vagy hólyaggal kezdődik, mely csakhamar tovaterjed s fekélyesedésre vezet. A fekélyesedés nyomán tumorok keletkeznek, melyek a külső nemiszerveken kívül főként a lágyéktájakat és a végbél régióját lepik el. A granuloma centralis spontán gyógyulási hajlamot mutat ugyan, de közben a peripherián egyre továbbkúszik. Ilymódon a folyamat 10—20 évig is elhúzódik, torzító hegeket hagyva maga után. Feltűnő, hogy beteg általános közérzete csak ritkán szenved nagyobb mértékben. Histologialag a venereás granuloma nagyjában az idősült granulatiós daganatok képét adja s e tekintetben szöveteileg talán a rhinoskleromához áll legközelebb.

A betegség kórokozójának egy tokos bacteriumot kell felvennünk, melyet *calymmatobacterium granulomatis-nak* neveztek. Csak nehezen különböztethető meg a skleromabacillustól, a *bacillus pneumoniae Friedländer-től* s a *bacillus aërogenestől*. A bacteriumok rendszerint a betegség propagatiós zónájában mutathatók ki legjobban. A venereás granuloma joddal, kénesóval, salvarsannal nem gyógyítható. Sikerral jár azonban a fekélyeknek és granulomák tömegeknek éles kanállal való kikaparása. Újabban sok sikerrel alkalmazták a tartarus stibiatus 1⁰/₁₀₀-s oldatának (2—4 naponként 60—120 cm³) intravenás befecskendezését. 8—15 injectio nyomán a legsúlyosabb elváltozások is javulnak, a tokos bacteriumok pedig eltűnnek a granulomából. (Münchener mediz. Wochenschr., 1920, 6. sz.)
Guszman.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A **digitalis használatmódjához** szolgáltat adatokat *Cloetta*. Fontos a szert üres gyomorba adni; a sósavnak a digitalisglykosidákra hatása folytán ugyanis olyan anyagok keletkeznek, a melyek a szívre nem hatnak, az idegrendszerre azonban mérgező hatásúak; üres gyomorba adva, sokkal kisebb mennyiségek elegendők és kellemetlen tünetek a gyomor részéről sokkal ritkábban fordulnak elő. Súlyos keringészavar eseteiben, a mikor pangás van a mesenterialis erekben és a májban, a szájon át adás eredménye bizonytalan; ilyenkor nagyon ajánlhatók a következő mikroklysmák: 10 csepp digalen, 10 csepp strophantus-tinctura és 0.3 gramm theocin 5 cm³ meleg vízre. (Schweiz. Korr.-Bl., 1919, 32. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat. 1920, 8. szám. *Biró Ernő*: Háborús röntgenológiai tapasztalatok. *Schiller Károly*: Az influenza sebészeti complicatióiról.

Vegyes hírek.

Pályázati hirdetmény az influenza (spanyol betegség) tanulmányozására. A munkaügyi és népjóléti miniszter a következő pályázatot hirdeti: A „Chinoin” gyógyszer és vegyészeti termékek gyár r.-t. egyszáz ezer koronát bocsátott rendelkezésemre oly munkát díjazására, mely az influenzáról (ú. n. spanyol betegségről) való ismereteinket olyan felfedezéssel gyarapítja, mely az orvosi tudományt e betegség gyógyításához közelebb hozza.

Ennélfogva felhívom azokat a Magyarországon területén gyakorlatra jogosult orvosokat, a kik a kitűzött díjra munkátaikkal pályázni kívánnak, hogy azokat a vezetésem alatt álló miniszteriumhoz nyújtsák be.

A pályadíjból, illetőleg annak időközi kamataiból olyan önálló munkálatok is díjazásban részesülhetnek, a melyek az influenza kórtanának valamely fontos részletét tisztázzák.

A benyújtott pályázatok megbirálásával az Országos Közegészségügyi Tanácsot bíztam meg, a mely minden év október hó 1.-ig jelentést tesz a beérkezett, illetve megbirálás végett kiadott pályamunkákról.

A pályadíj egészben vagy részben való odaítélése iránt a vezetésem alatt álló miniszterium határoz.

Meghalt. *E. Wertheim* tanár, a bécsi egyetem 2. számú gynaeológiai klinikájának igazgatója, a ki különösen a méhrák gyökere műtéte körül szerzett nagy érdemeket, 56 éves korában. — *G. Huguenin*, a zürichi egyetem tiszteletbeli tanára, 1872-től—1883-ig a pszichiatria, majd a belorvostan tanára, 80 éves korában. — *P. de Terra*, fogászati és anatómiai dolgozatai révén ismert fogorvos Zürichben, 70 éves korában.

Személyi hírek külföldről. R. Sievers, a sebészet magántanára a lipcsei egyetemen, rendkívüli tanár lett. — P. Adloff, az ismert greifswaldi stomatologus, rendkívüli tanárrá nevezetett ki. — G. Bessau breslaueri docent megbízták a marburgi egyetemen a gyermekorvostan előadásával.

Balneologiai továbbképző tanfolyamot tartanak szeptember 19.-étől 25.-éig Karlsbadban. Az előadásokat kizárólag egyetemi tanárok tartják. A tanfolyam díjtalan, minden ország orvosa résztvehet benne. Bővebb felvilágosítást ad *Edgar Ganz* dr. Karlsbadban (Geschäftsführer der Kalsbader ärztlichen Fortbildungskurse).

Encephalitis sajátságos alakját észlelik újabban nagyobb számmal Münchenben. A lázzal kezdődő és ideges jelenségekkel (deliriumok, izgalmi állapotok, álmatlanság) járó súlyos kórkép előterében chorea-szerű mozgások állanak s ezért encephalitis choreatica névvel illetik ezt az új bajt. A pszichiatriai klinikára eddig beszállított 10 ilyen eset közül 3 végződött halállal. Összefüggése az influenzával nem mutatható ki.

A magyar állami diphtheria-serum árát 1920 március 1.-étől a munkaügyi és népjóléti miniszterium 24354/1919 sz. rendelete következőképpen állapította meg: 500 l. E.: 7 kor., 1000 l. E.: 15 kor., 1500 l. E.: 20 kor., 2000 l. E.: 25 kor., 3000 l. E.: 35 kor.

ORVOSI ÉVKÖNYV 1920.

Szerkesztőségi zárlat március 10!

Kérdőívvel felszólításra még szolgálhatunk.

A szerkesztőség: VII., Kertész-u. 16.

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 kórtermekkel kibővíve. **Diagnostikai és therapiai Röntgen-Laboratorium.** Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

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

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

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physcalis és diétás gyógyintézet. **Budapest, I., Hidegkuti-út 78.** * Villamos megálló. * Telefon: 145-90.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos, bőrgyógyító és kosmetikai intézet

IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

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

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. **Budapest, VI. ker., Andrássy-út 55.** Telefon 87-73.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézet. — Dr. Hilf Paula, Dr. Mandler **Zander** IV., Semmelweis-u. 2. Kossuth Lajos-u. sarok Ottó. Néhai Dr. Reich-féle

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló **Budapest**

A régi nagyhírű Sárosfürdő 47° C forrásai Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen.

Vezető főorvos: Dr. Benzúr Gyula, egyet. magántanár.
Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.
Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Kívánatra prospektus.

* Kívánatra prospektus.

PÁLYÁZATOK.

3022/1920.

Fejérvármegye törvényhatóságánál, a nyugdíjazás folytán megüresedett váli járási tiszti orvosi állásra pályázatot hirdetek. A beöltendő állással az 1894. évi X. t.-cz.-ben, az 1912. évi LVII. törvényzikk-

ben és az újabb kormányrendeletekben megállapított javadalmazások vannak egybekötve. A minősítés tekintetében az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1893. évi 80099 B. M. sz. rendelet az irányadó.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a szakképzettségüket, tiszti orvosi képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket az 1902. évi 125.000 B. M. sz. vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon, gróf Károlyi József várm. főispán úrhoz címezve, hozzám folyó évi márczius 13.-áig nyujtsák be.

Székesfehérvár, 1920 február 16.-án. Az alispán.

258/1920.

Hevesvármegye gyöngyösi járásban bekebelezett Karácsond, Nagyfűged, Ludas, Hevesugra, Visonta és Gyöngyöshalmaj községekből álló karácsondi (székhely Karácsond) körorvosi állásra pályázatot nyitok és felhívom az ezen állást elnyerni óhajtó orvostudorokat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi márczius hó 10.-ig nyujtsák be.

A választást folyó évi márczius hó 16.-án d. e. 10 órakor fogom megtartani a kör székhelyén Karácsondon.

Javadalmazás: törzsfizetés (kezdő) 1600 kor., fuvarátalány és természetben lakás. A látogatási s rendelési díjak szabályrendelet szerint szedhetők.

A kör orvos a kör községeit hetenként egyszer tartozik meglátogatni. A megválasztott körorvos tartozik állását azonnal elfoglalni.

Gyöngyös, 1920 február 23. A főszolgabíró.

ORVOS SANATORIUM

részére kerestetik.

Pályázatok az eddigi működés megjelölése mellett „BELGYÓGYÁSZ REPREZENTÁLO” jellegre a „PETŐFI” irodalmi Vállalathoz Budapest, VII., Kertész-utca 16 intézendők.

GARAY SAMU és TÁRSA

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

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

MAGNOL

méregmentes általános desinficiens. Baktericid hatása nagyobb a sublimátnál és karbolsavnál. A 20/100 oldat feülmulja a 30/100 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-uteza 5. szám.

Ára 5 kor. • Orvosoknak próbacsomag ingyen.

PURGO

az ideális hashajtó
gyermek, felnőttek és fekvő-
betegek részére

MERLUSAN

bevált antilueticum és antigonorrhöicum

EBAGA

zsirtalan kenőcsök
dermatologiai és ophthalmologiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár
Budapest

**Lilienfeld-Röntgen-
lámpák**, más tyussal el nem érhető **sugárke-
ménységeket** és **intenzitásokat** szolgáltatnak.

A Koch és Sterzel gyártmány

Lilienfeld-Röntgen-

készülékek magyarországi egyedárúsítója:

Ericsson magy. villamossági r.-t.
ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Röntgen-berendezések, Lilienfeld- és közönséges Röntgen-lám-
pák, lemezek stb. raktáron.

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton** ké-
szítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint
gyermeknél az **anaemia**, **neurasthenia**, **chlorosis** stb. esetei-
ben. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

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

Uj komplett szemészeti lencserendszert

becserőlnék kifogástalan Reichert v. Zeitz **MIKROSKOPÉRT**
Megbeszélés d. u. 2-3-ig VIII., Vay Ádám-utca 2 földszint Vajna.

DR. WANDER-FÉLT

Maláta-leves kivonat

(Dr. Keller módszere szerint.)

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁP SZERGYÁRA R. T.
BUDAPEST

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 kémszerkeket és bakteriologiai festékkoldatokat.

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

Alapított 1878 Telefon 13-76

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

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.

KOLA

GRANULÉE
DR. WANDER

DR. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁP SZERGYÁR R. T.
BUDAPEST

Dr. PÁPAY

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

Himlőnyirok **Meningococcus-serum** Orvosi diagnostikai laboratorium



(ELIXIRIUM · FERRI · ALBUMINATI · POLLATSEK)

· SEU · COMBINATIONES:

C. ARSENO · MITE, C. ARSENO · FORTE, C. PHOSPHORO
TONICUM * HAEMODYNAMICUM
NEUROTICUM * STOMACHICUM * ROBORANS.

**ANAEMIA · NEURASTHENIA
TÁPLÁLKOZÁSI · ZAVAROK,
ÍDEGES · KIMERÜLTSGÉ,
CHLOROSIS · FEJLŐDÉSI
VISSZAMARADOTTSÁG
GYERMEKÁGYAS · NÖK · ÉS
SZOPTATÓK · VÉRSEGE-
SÉGE · ESETÉBEN · STB.**

PANACEA GYÓGYSZERVEGYSZETI 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 tapasztait és gyógy-
szeres szappanait. ::

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

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

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

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.

Arsotonin Domopon

a monomethydnatriumarse-
nat isotonias oldata steril
ampullákban, subcutan in-
jekciókhoz.

20 és 100 ampulás csoma-
golásban

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

Injektiones Eri

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

GLOMA

DR. WANDER

SZÁRAZ-MALÁTA KIVONAT