

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Szappanyos Béla: Közlemény a budapesti tudományegyetem I. számú kórboncztanai intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi tanár.) A női nemiszervek egy ritka fejlődési rendellenességéről. 393. lap.

Bókay János: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. Kórrajzok a gyermekorvosstan köréből. — **Bakay Emma:** Kyphoscoliosis tetanus neonatorum kapcsán („Tetanus-Buckel”). 396. lap.

Timár Róza: Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató: Preisz Hugó dr., ny. r. tanár.) Bakteriologiai vérvizsgálat folyékonyan tartott vérrel. 397. lap.

Országos Osztály: A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének IV. nagygyűlése. 398. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle.* **Belorvosan.** **Niemeyer:** A végtagok elsődleges endarteritis obliteransáról. — **Ideg- és elmekörtan.** **Judson S. Bury:** Az organikus és funkcionális idegbetegségek közötti differenciáldiagnózisról. — **Gyermekorvosstan.** **Thomas Southworth:** A négy órai szoptatásról és táplálásról. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 399–400. lap.

Vegyes hírek. 400. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti tudományegyetem I. számú kórboncztanai intézetéből. Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi tanár.

A női nemiszervek egy ritka fejlődési rendellenességéről.

Irta: Szappanyos Béla dr., díjas gyakornok.

Közleményemben egy újszülött leánygyermek nemiszerveinek fejlődési rendellenességéről számolok be, melynek különös érdekességet kölcsönöz egyrészt a kettőzött hüvely excessiv növekedése, másrészt ezen növesi túlzásnak más fejlődési hibákkal való szövődése.

Az újszülött végbélnyílás nélkül született. Kórtörténetéből említést érdemel hasának nagymérvű elődomborodása.

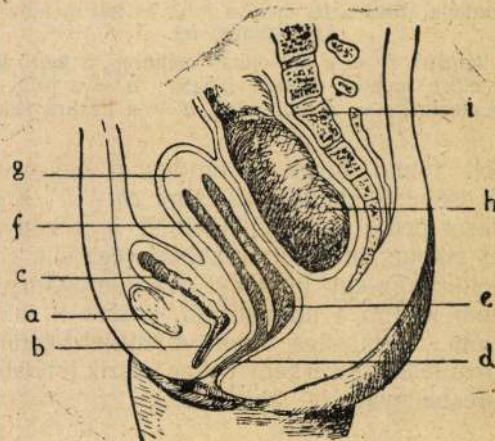
Kétnapos korában a Stefánia-kórházban műtétet hajtottak végre rajta az atresia ani megjavítása céljából, ez alkalommal a végbelet elérni nem sikerült. A műtétkor a keresztcsont alatt egy daganatra akadtak, melyből megnyitáskor sűrű, fehér, zavaros, főtt keményítőhöz hasonló folyadék ürült. A tömlő falából egy darabot szövettani vizsgálatra intézetünknek küldtek be. A vizsgálat alkalmával kitért, hogy a tömlőt réteges laphám borítja s a tömlő fala simaizom-elemeket tartalmaz, ez alapon Buday tanár a tömlőt hólyag- vagy genitális eredetűnek nyilvánította.

Az újszülött egy nappal a műtét után szívgyengeség tünetei között meghalt s a halál után boncolásra került. A Buday tanár által megejtett boncolás jegyzőkönyvének kivonatát a következőkben adom:

3400 gr. súlyú, 50 cm. hosszú, 31 cm. fejkerülettel bíró leánygyermek. A legnagyobb mellkerülete 32 cm. A has puffadt, legnagyobb kerülete 31 cm. A köldök távolsága a symphysis-től 8, a processus xiphoideustól 4 cm.-re van.

A külső nemirészek képe szokatlan. A nagyajkak vaskosak, egymással gyűrűalakot képeznek. A kisajkak nem sagittális irányú redőket alkotnak, hanem egy 1 cm. hosszú csövet, a melynek alapján falainak széthúzásakor sem lehet a vestibulum vaginae, a húgycső és a vagina nyílását szabadon látni. A clitoris nincs megnagyobbodva. A belek puffadtak, a fali hashártyával s egymással bővérű, illetőleg vérzéses alhártyák által függenek össze. A flexura sigmoidea átmérője az 5 cm.-t is meghaladja. A sigmabél a medenczebemenet felett hirtelen vakon végződik, végbél nincs (1. ábra h). A bél legalsó része elülső falával azon tömlőhöz rögzített, melyet a műtétkor bemetszettek. A húgyhólyag tyúktójságyra kitágult (1. ábra c) s vékonybélkacsok tapadnak hozzá. A húgycső hossza 4 cm., kezdeti részét egy prostataszerű megvastagodás veszi körül, distalis része vakon végződik, legalább is innen a legvékonyabb kutatóval sem lehet a kisajkak által körülfogott külső nyíláson kijutni (1. ábra b).

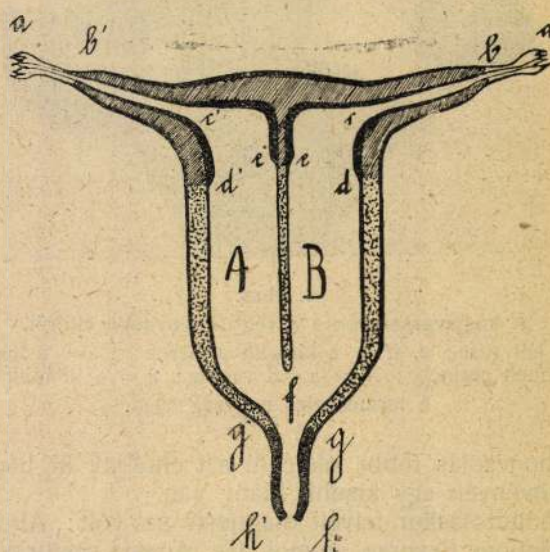
Mindkét ureter tágult, úgyszintén a vesemedenczék is; a vesepiramisok lelapultak.



1. ábra.

A medencze sagittális átmetszete vázlatosan.

a = a symphysis, b = a húgycső, mely lenn vakon végződik, c = a húgyhólyag, d = a sinus urogenitalis, e = a műtétkor megnyitott hüvely-üreg, f = a két hüvelyt elválasztó sötét, g = a méh gerincze, h = a vakon végződő flexura sigmoidea, i = a keresztcsont.



2. ábra.

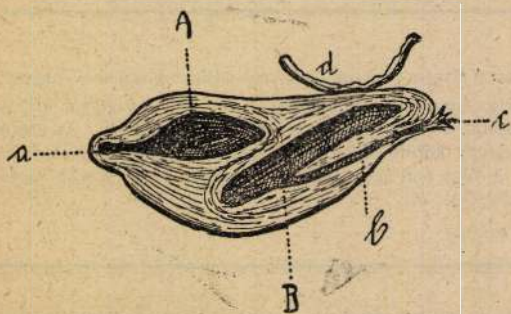
A nemiszervek frontális metszete vázlatosan.

ab, a' b' = a két tuba; bc, b' c' = a két méhtest; cde, c' d' e' = a két méhnyak; def, d' e' f' = a két hüvely; gh, g' h' = a sinus urogenitalis; A, B = a jobb és bal hüvely ürege.

A hólyag mögött egy közel félkölnyi daganat foglal helyet, mely a hasat elődomborította, s melynek felső határa

majdnem a köldökig ér. Ez a képlet elég tömött, húsos tapintatú, felső vége harántirányú gerinczet alkot (4. ábra *fg*), mely a fundus uterit utánozza.

Az uterusszerű képlet sagittalis síkban metszetett be s ekkor kitűnt, hogy két üregből áll (2. ábra *A, B*), melyek a fundusnál 8 mm. vastag fallal bírnak. A műtét alkalmával a bal üreget nyitották meg, melyben a bonczoláskor véralvadákkal kevert váladékot találtunk. A jobb üregben nyálkás anyag van. A baloldali tömlő inkább elől, a jobboldali pedig inkább hátul helyezkedik el (3. ábra *A, B*).

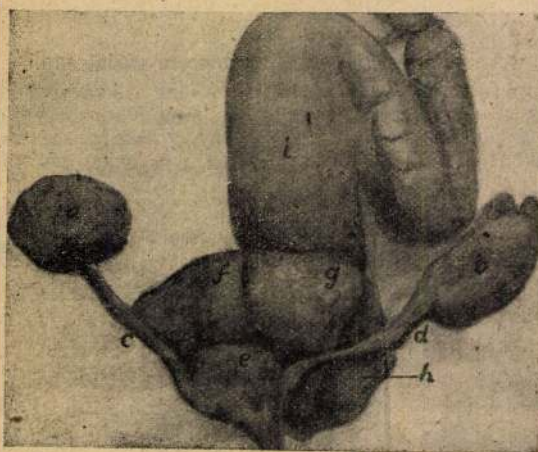


3. ábra.

A méh horizontalis átmetszete, mely a jobb és bal méhüreg elcsavarodását tünteti fel.

A = a jobb hátulsó, *B* = a bal előlő méhüreg, a kettő között a ferdén hátulról előre haladó septum látszik; *a* = a jobb, *b* = a bal méhtestű, *c* = a jobb tuba, *d* = a flexura fala.

Mindkét tömlő ürege a fundusnál egy-egy harántul oldalra futó csőbe folytatódik (2. ábra *cb c' b'*, 3. ábra *a, b*), ezek folytatását pedig egy gyufaszálnál is vékonyabb tubaszerű képlet alkotja, mely fimbriákban végződik (2. ábra *ab a' b'*), mellettük egy-egy borsónyi ovarium található. A jobb-oldali ovarium kisebb a normalisnál, hossza 8 mm., szélessége 2–3 mm., vastagsága 2 mm. A fent leírt kétüregű tömlő a szeméremrés felé egy keskeny csőbe látszik folytatódni, mely a szeméremrésbe nyílik (1. ábra *d*).



4. ábra.

A húgyivarszervek s a végbél fényképe elülről.

a, b = a két vese; *c, d* = a kitágult ureterek; *e* = a húgyhólyag; *f, g* = a méh gerince; *h* = a bal vagina; *i* = a kitágult sigmabél.

A természetes nagyság $\frac{2}{3}$ -a.

A bonczolás többi leletéből azt emeljük ki, hogy a szív kamrai sövényén egy kisebb hiány van.

A bonczoláskor felvett diagnosis ez volt: Atresia recti cum dilatatione flexurae sigmoideae. Atresia urethrae. Hydro-nephrosis lateris utriusque. Vagina et uterus duplex cum dilatatione maioris gradus eorundem. Defectus septi ventriculorum cordis.

* * *

Az eset tüzetesebb vizsgálata alkalmával még a következőket találtam. A hólyag mögötti, két rekeszből álló képlet

9 cm. hosszú, haránt irányban 8 cm. széles és sagittalis irányban 3 cm. vastag. A kettős üreg lefelé egy $4\frac{1}{2}$ cm. hosszú, keskeny, csillagalakú lumennel bíró, egyszerű, nem kettőzött üregű csőbe folytatódik (2. ábra *gh, g' h'*, 4. ábra *d*). Azt megállapítani, hogy ezen cső eredetileg is közlekedett-e az üregekkel, vagy vakon végződött-e, a műtét kapcsán történt sérülések miatt nem lehet. Ez a cső a szeméremrésbe nyílik, a honnan a bonczoláskor szondával a tömlőkbe juthattunk.

A két üreget egy izmos septum választja el egymástól (2. ábra *f, 1. ábra f'*), a sövény ferdén áll, jobb oldalról elülről halad hátra a bal oldal felé (3. ábra).

A tömlő felső részén levő izmos falú csőszerű képletek (2. ábra *bc, b' c'*) a tömlő üregével közvetlen összeköttetésben állanak. A jobboldali cső a jobb tömlő fundusának leglaterálisabb pontján lép érintkezésbe az üreggel s lefelé és kissé oldalt halad (3. ábra *a*). A baloldali képlet ellenben a septum közelében nyílik be a tömlőbe, majd a tömlő előtt halad harántul s a tömlővel közös peritoneális borítékkal bír (3. ábra *b*). A bal cső hossza 3, a jobbé 2 cm.

Mindkét tömlő nyálkahártyával bélelt. A tömlő felső részében a nyálkahártya a fundustól körülbelül 1 cm.-nyire lefelé szemölcsös (2. ábra *cde, c' d' e'*), az alsó, ettől lefelé eső rész nyálkahártyája pedig hosszirányú redőzöttséget mutat (2. ábra *def, d' e' f'*).

Hymennek megfelelő képződményt nem találtam.

A genitális különböző részeinek méretei elég nagy eltérést mutatnak egy normalis fejlettségű leányújszülött genitálisaitól, mint ez az alábbi táblázatból kitűnik.

A szerv neve	Esetünk mm.	Normalis eset mm.
Jobb ovarium hossza	8	20
" " szélessége	2–3	4
" " vastagsága	2	6
Tubák hossza	10	40–45
Bal uterustest hossza	30	25
Jobb " " "	20	25
Mindkétoldali méhnyak hossza	10	15
Vagina hossza	80	50
Sinus urogenitalis hossza	45	—
Szeméremrés előlő-hátulsó átmérője	7	15
Kisajkak előlő-hátulsó átmérője	10	20

A szövettani vizsgálat alkalmával kitűnt, hogy a harántul futó csőszerű képletek (2. ábra *bc, b' c'*) egyrétegű alacsony hengerhámval vannak kibélelve s az alatta levő kötőszövet a hámot szemölcsök alakjában türemíti be. Mirigyeket itt nem találtam. A hámalatti kötőszövet sejtdús, a sejtek túlnyomóan orsóalakúak, közöttük kevés lymphocytá is található. A kötőszövet alatt collagen rostok által elválasztott símaizomnyalábokat találunk, melyek a lumen körül körkörösén rendeződnek.

A nagy tömlők nyálkahártyájának hámja, megfelelően a makroszkopos megjelenésüknek, eltérő a felső s az alsó részen. A felső részen (2. ábra *cde, c' d' e'*) magas hengerhámot, az alsó részen (2. ábra *def, d' e' f'*) pedig többretegű laphámot találunk.

A bal tömlő felső részében a hengerhám sok helyen levált. A hámsejtekben a mag basalis elhelyeződést mutat, ugyanitt a nyálkahártyában hengerhámval bélelt mirigylumeneket találunk. A laphámmal bélelt alsó részen a hám és a kötőszövet határa hullámos, kifejezett papillák azonban nincsenek. Úgy a henger-, mint a laphám alatt sejt- és érűs kötőszövetet találunk. A kötőszöveti sejtek között vörösvérsejtek, lympho- és leukocyták is találhatók elég nagy számmal.

A kötőszövet alatt nyalábos szerkezetű símaizomréteget találunk s bár az izomnyalábok között collagen rostok is vannak, a tömlő falának főtömegét az izomzat teszi.

Az izomzat alatt, tehát a legkülső rétegben, laza kötőszövetet találunk, mely a subserosának felel meg s ezt borítja a serosa.

A jobb tömlő histológiai képe teljesen azonos a baloldaliéval.

A csillagalakú lumennel bíró keskeny csövet (2. ábra *gh, g' h'*), a melybe a tömlők lefelé átmennek, szintén több-rétegű laphám borítja, ez alatt rostós kötőszövetet találunk kiterjedt vérzésekkel. E részen izomelemek egyáltalában nincsenek.

A már makroszkopice is tubához hasonló képlet (2. ábra *ab, a' b'*) görcső alatt is a tuba jellegzetes szerkezetével bír. Falát kötőszövet alkotja kevés simaizomelemmel. A lument mindenütt egysoros alacsony hengerhám béleli ki, a kötőszövet a hámot szemölcsök alakjában emeli fel, a szemölcsök másodlagos elágazódásokkal bírnak, melyeket mindenütt alacsony hengerhám borít.

A baloldali ovarium kéregállományában a velőállomány-nal határos részen jól fejlett primordialis tüszőket találunk; petesejtet, körülötte egy réteg folliculus hámsejttel. A tüszőket egymástól rostos kötőszövet választja el. A felszínesebb részén a kéregállománynak több a rostos kötőszövet, itt a petesejtek s a folliculus hámsejtek még nem mutatnak oly szabályos elrendeződést, mint a mélyebb rétegekben, hanem inkább kötegeket alkotnak, melyek petesejtekből és folliculus-hámsejtekből állanak.

A jobboldali ovariumban a petesejtkötegek kisebb számmal találhatók, mint a baloldaliban. Egyébként a szerkezete a baloldalihoz hasonló.

A makroszkoposan prostatához hasonló képlet simaizomnyalábokból és rostos kötőszövetből áll, mirigyelemeket nem tartalmaz.

A bonczolás és a mikroszkopos vizsgálat eredményét összevetve megállapítható, hogy a tömlők azon része, mely laphámmal borított, a vaginának felel meg (2. ábra *def, d' e' f'*), míg a tömlők felső hengerhámmal bélelt része (2. ábra *cde, c' d' e'*) az uterus nyaki részével azonos. E mellett szól az, hogy utóbbiban mirigyelemeket találunk és a nyálkahártya magas hengerhámmal fedett, míg a tömlők folytatását tevő, harántul futó, izmos falú csőszerű képletek a két corpus uterinak felelnek meg. (2. ábra *bc, b' c'*). Az ezek folytatását tevő két vékonyabb cső pedig a tubákkal azonos (2. ábra *ab, a' b'*).

Ezek szerint a Müller-féle csövek összeolvadása nem jött létre s a két járat külső összenövése sem teljes, mert a méhtestnek megfelelő részekén már az összenövés is elmaradt s ezáltal *uterus duplex bicornis et vagina duplex* keletkezett.

A vaginák nemcsak kettőzöttek, hanem nagy fokban tágultak is. A tágulat keletkezése nem magyarázható tisztán váladékpangással, mert a hüvely fala a nagyfokú tágulat ellenére sem mutat különösebb elvékonyodást, itt tehát fel kell vennünk, hogy a *vaginák hypertrophiásk*. Egyszerű, nem kettőzött hüvely nagymérvű tágulatáról számol be *Jankovich* az ő közleményében. Esetében pseudohermaphroditismus femininus externus szerepel, melynél a cloacalemez megnyílása elmaradt, ennek következtében a végbél, a hüvely s a húgycső vakon végződik. A zárt hüvely nagyon tág, mely tágulást a szerző az elzáródás következtében létrejött váladékpangásnak tulajdonítja. Az uterus a hüvely két oldalán két kisebb tömlő alakjában volt megtalálható.

A genitális egyes részeinek, különösen pedig a vaginának veleszületett hypertrophiája nem kettőzött genitális melllett elég gyakori, mint az *Pototschnig* közleményéből kitűnik.

Nehezebb a vaginák folytatását tevő csőnek (2. ábra *gh, g' h'*) a keletkezését értelmezni.

Ez a cső már makroszkopice elkülönül szűk voltával a felette levő erősen tágult képletektől. Azt, hogy eredetileg is közlekedett-e ez a cső a felette levő tömlőkkel, mint említettem, biztosan megállapítani nem tudtam. Görcső alatt elkülönül ez a rész a tömlőktől azáltal, hogy izomelemeket nem tartalmaz.

E képlet keletkezése kétféleképp magyarázható. Fel lehetne venni, hogy a Müller-féle csövekből származik s a vaginák alsó, nem kettőzött részének felel meg. Részleges hüvelykettőzöttségnél *Veit* szerint csakugyan gyakori a felső rész kettőzöttsége. Másik magyarázat lehetne az, hogy ez a rész a sinus urogenitalisnak felel meg. Biztosabban felvehetnénk ezt az esetben, ha a tömlők és ezen cső között valóban

nem állott fenn összeköttetés, a mi mellett szól némileg az a körülmény is, hogy ezen a részen semmi tágulás sem látszik s váladékot sem találunk, míg a tömlők váladékkal teltek. Még az esetben is, ha a közlekedés valóban fennállott, ez az utóbbi feltevés a valószínűbb. E mellett bizonyít ezen rész makroszkopos és mikroszkopos eltérése a tömlőktől, továbbá az a körülmény, hogy a vestibulum vaginae, a mely tudvalevőleg a sinus urogenitalisból fejlődik, ez esetben nem fejlődött ki. A fejlődés korai stadiumában a sinus urogenitalis keskeny csőnek felel meg, a melybe belészájadzik az urethra s az ivarköteg. Ha az urethra valami ok miatt lefűződik a sinus urogenitalisról, akkor a mostani esethez hasonló kép áll elő. Valóban a jelen esetben azt is látjuk, hogy az urethra vakon végződik.

Ezek szerint nagy valószínűséggel felvehetjük, hogy ez a képlet a sinus urogenitalisnak felel meg. Hogy a sinus urogenitalis persistentiája a genitális bonyolult fejlődési zavaránál valóban előfordul, erre nézve utalok *Veit*, továbbá *Kussmaul* közlésére.

Összegezve a talált fejlődési zavarokat, azt látjuk, hogy az uterus kétszarvú és tökéletesen kettőzött, a hüvely szintén teljes kettőzöttséget mutat túlzott fejlettséggel kapcsolatban. A sinus urogenitalis eredeti cső alakjában maradt meg s ennek megfelelően a vestibulum vaginae nem fejlődött ki, ezzel együtt jár a külső nemi szervek fejletlensége. Az ovariumok és tubák is a fejlődésben visszamaradtak.

A 3. ábra megtekintésekor feltűnik, hogy a tömlők részben egymás mögött helyezkednek el. A tömlők ezen elhelyezkedése megmagyarázható volna a Müller-féle járatok primaer csavarodottságával is, azonban plausibilisnek látszik az a magyarázat is, hogy a telt hólyag s a tág sigmabél között elhelyezkedő tömlők még másodlagosan is elcsavarodtak a térránytalanság következtében.

Az itt ismertetett fejlődési rendellenesség létrehozásában részben fejlődési gátlás, részben mennyileges fejlődési zavar és hibás irányú fejlődés szerepelt.

Fejlődési gátlás következményének tekinthető a méh s a hüvely kettőzöttsége, a méh kétszarvúsága, továbbá a sinus urogenitalis persistentiája s végül a szívóvény hiánya.

Mennyileges fejlődési zavar eredménye az ovariumok, a tubák s az uterusok hypoplasziája s a vaginák excessív növekedése.

Hibás irányú fejlődés nyilvánul meg az urethra elzáródásában s az atresia rectiben. Az atresia recti keletkezhetik azáltal, hogy a cloacát elülső és hátulsó üregre osztó sövény túlságosan hátul fejlődik; számbavéve azonban, hogy itt a medencze alsó részében levő összes képletek (urethra, sinus urogenitalis, rectum) szűkek, vagy atresiásk, szóba jöhet az, hogy ezen képletek epithelialis csiráját a túlzottan burjánzó mesenchym elnyomta. Viszont a vagina hyperplasiájában része lehetett az epithelialis csíra túlerős fejlődésének.

A leírt különböző fejlődési zavarok terminációs periodusa is különböző. Így a Müller-járatok összenövése a 2. hónapban történik, míg a járatok egybeolvadása a 2. és 3. hónap vége közé esik. A végbél a 2. hónapban fejlődik a cloacából. A 4. hónapban ép viszonyok közt a sinus urogenitalis már vestibulummá terül ki. Az uterus kétszarvúsága a 2. hónap végén levő állapot állandó megmaradása, míg a vagina s az uterus kettőzöttsége csak a 3. hó végén szűnik meg teljesen. Az urethra s a rectum atresiája már valamivel előbb, a 3. hó elején adva volt. A sinus urogenitalis persistentiája pedig a 4. hó végén már kifejezett volt, míg a vagina excessív növekedése a 4. hó utáni időre esik. Végeredményben tehát a különböző fejlődési hibák keletkezésének időpontját a 2. és 4. terhességi hónap közti időre tehetjük.

Kérdés, milyen okozati összefüggésben vannak egymással az itt megnyilvánuló különböző fejlődési zavarok.

A külső genitális fejletlensége összefüggésben állhat a sinus urogenitalis persistenciájával. A persistencia következtében a vestibulum vaginae nem fejlődött ki s e miatt a szeméremajkak hosszúnövekedésben visszamaradtak, míg magassági irányban jól fejlődtek; ez a körülmény hozta létre a

kisajkak által határolt csőszerű képződményt s ez az, a mi a külső genitálékát a férfi-typushoz közelebb hozta.

Vonatkozásban áll egymással a zárt húgycső, a telt hólyag s a hydronephrosis is és nem lehetetlen, hogy a vaginák kitágulásában szerepet játszik a sinus urogenitalis visszamaradása, illetőleg esetleges elzáródása is.

A többi rendellenesség között okozati összefüggést felvenni nem lehet.

Néhány szóval megemlékezem még a fejlődési zavar okáról. Ez irányban a bonczolás semmi felvilágosítást sem nyújtott. A bonczoláskor ugyan találtunk foetalis peritonitist, de a hashártya nagymérvű belőveltsége, a vérzések azt igazolják, hogy ez sokkal későbbi keletű, semhogy a fejlődési rendellenesség keletkezésében szerepet játszhatott volna.

A magzat külső alakja egyébként normalis, az alsó végtagok épek, a medence nem keskenyebb, úgy hogy valami durva külső nyomás az amnion részéről, a milyen például a syrenáknál a húgyivarnyílás s a végbél atresiáját okozza, itt nem szerepelt.

Belső okot tudvalevőleg oly esetben szokás felvenni, mikor ugyanazon fejlődési hiba több generáción keresztül ismétlődik familiarisan (például polydaktylia). Belső okot kell felvennünk oly esetekben is, mikor az összes külső okok kizárhatók. Az öröklés itt nem jöhet számításba. Tekintettel azonban arra, hogy nemcsak több medence-szerven, hanem a szív sövényén is volt egyidejűleg fejlődési zavar, a melyek a keletkezésmód tekintetében eltértek, valószínűnek tarthatjuk, hogy itt már a barázdálódó petében lappangott a hibás fejlődésre való hajlam. Egész biztossággal azonban nem tudunk eljutni a belső ok felvételéhez, mert az összes külső okok (például mérgezés, temperatura-ingadozások) nem zárhatók ki.

Irodalom. Hertwig: Lehrbuch d. Entwicklungsgeschichte, 1915. — Broman: Normale u. abn. Entwicklung d. Menschen, 1911. — Neugebauer: Hermaphroditismus. — Schwalbe: Morphologie d. Missbildungen, 1906. — Förster: Missbildungen d. Menschen, 1859. — Kussmaul: Von dem Mangel d. Verkümm. u. Verdoppelung d. Gebärm., 1861. — Veit: Handbuch d. Gynäkologie. — Pototschnig: Zur Frage d. kongenitalen Excessbild. d. Uterus u. Scheide. Zentralblatt f. allg. Path. u. pathol. Anatomie, 1918, 11. szám. — Knotz: Ein Fall von Doppelbild. d. weibl. Genit. Wiener klin. Wochenschrift, 1906. — Heil: Kurzer Bericht üb. einen Fall v. Doppelbildung d. weibl. Genit. Ugyanott. — Jankovich: Újszülött leánygyermek genitálájának fejlődési rendellenességéről. Gyógyászat, 1917. év, 4. szám.

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár.

XVII.

Kypho-scoliosis tetanus neonatorum kapcsán („Tetanus-Buckel“).

Közli: Bakay Emma dr., klinikai segédorvos.

A tetanusra vonatkozó újabb, főleg háborús irodalmi közlések között néhány, eddig kevésbé ismert adatot találunk. Némelyek ugyanis a késői tetanus-esetekben a csontvázon, nevezetesen a gerincoszlopon, deformitásokat láttak keletkezni, mely deformitások *gibbus*, illetve *kypho-scoliosis* alakjában jelentkezhetnek. Jellemző ezekre a lassú, fokozatos fejlődés és a hosszas, a betegség lefolyása után hónapokig, sőt évekig tartó fennállás.

E deformitások közvetlen előidéző okát kétségtelenül csak a tetanus után fennmaradó azon izomelváltozásokban kereshetjük, mely állapot a *posttetanusos merevség* neve alatt már régóta ismert. E kétségtelen kapcsolat mellett különösen tetszik, hogy ez utóbbi tünet közismert volta dacára, a szakkönyvekben alig találunk említést a csontvázra vonatkozó deformitásokról. A mellkas izmainak deszkakemény merevségét (emprostho-pleurosthotonus) több szerző leírja, de gerinczelferdülésről csak a Pfandler-Schlossmann-féle gyer-

mekorvostani munkában találunk rövid megjegyzést. Knöpfelmacher írja itt részletesebb ismertetés nélkül, hogy több esetben látott úgy csecsemők, mint idősebb gyermekek tetanusánál az acut stadiumban kyphosist fejlődni. Ugyancsak itt találjuk megemlítve Lehndorff eseteit, melyekben az ívalakú kyphosis hosszabb időn át fennállott és végül gyógyult. Ezzel szemben a felnőttekre vonatkozó újabb esetekben a gerinczelferdülések túlnyomóan késői tetanus kapcsán fejlődtek és a tetanus azon alakjánál, melyet a szerzők *tetanus tardissimus* vagy *chronicus* névvel jelölnek, vagyis azon formánál, hol a posttetanusos izommerevség állandósul és extrem esetekben 2—5 évig megmarad. Így E. Meyer és L. Weiler két gerinczedeformitást mutató esete közül az elsőben maga a tetanus a sérülés után (gránátszilánkok) 10 hó múlva állott be; a középső hátcsigolyáknak megfelelő kyphosis még az acut stadiumban fejlődött ki, de hosszabb ideig persistált. A második esetben, egy 14 éves fiún, az acut stadiumban nemcsak nagyfokú kyphosis, hanem pectus carinatum is keletkezett, mely utóbbi a szegycsont alsó részének előboltosulása folytán állott elő. E deformitások a görcsös állapot megszűnte után is fennállottak; a gerinczelferdülés az izomrigiditas eltűnése után 4 hó múlva is stationær volt. E. Becher esetében súlyos késői tetanus mellett jelentékeny kypho-scoliosis fejlődött még a görcsös állapot alatt, mely a tetanus gyógyulása után — más izommerevség mellett — még 3 hónapig fennállott. Eberstedt esetében ismét késői tetanus kapcsán fejlődött nagyfokú gibbus az V. és VI. hátcsigolyának megfelelőleg, mely az előbb említett esetekkel ellentétben, éles-szögű volt. Az exitussal végződött esetben végzett bonczoláskor kiderült, hogy a megfelelő csigolyatest összetöredezett, szétforgácsolódott, alatta a gerinczvelő kötőszövetesen degenerált. A szerző szerint ezen elváltozások a tetanus-méreg specifikus hatásával magyarázhatók, mert a kórszövetani lelet alapján tuberculosus, vagy egyéb betegség közbejátszása kizárt.

Egyéb esetről a jelenleg számunkra hozzáférhető irodalomban nem találunk említést, és a nélkül, hogy a posttetanusos merevség létrejöttének okaival foglalkoznánk, csak annyit tartunk kiemelendőnek, hogy a deformitásokat a szerzők egyhangúlag ezen elváltozással hozzák összefüggésbe, a mi különben annyira kézenfekvő, hogy bizonyításra nem is szorul. Az Eberstedt esetében a csontban talált szöveti elváltozások azonkívül még valamely, esetleg specifikus toxinhatás mellett látszanak szólni; az eset azonban teljesen egyedülálló és így messzemenő következtetésre nem jogosít föl.

Az általunk észlelt eset újszülött csecsemőre vonatkozik, lefolyását röviden a következőkben vázoljuk:

V. Gy. 17 napos fiúgyermekét anyja azon panasszal hozza klinikánkra 1921 február 8.-án, hogy már 7 napos korában nehezen szopott, két nap múlva száját nem tudta nyitni, ismét két nap múlva az egész testén görcsök jelentkeztek. Rendes szülés, II. terhesség.

Status praesens: Typusos tetanusos állapot. Szájzár, összecsuporított ajkak, görcsösen behajlított kezujjak, az egész test izomzata deszkakemény. A hát felső része, a különösen rigid izomzat pápalakú kidomborodást alkot, inkább a gerincoszlop bal oldalán. A gyermek lábánál vagy fejénél fogva felemelhető, miközben a test mint egy darab fa mereven marad. A kissé nedvedző köldök mélyén kis fungus. Szervi elváltozás nem mutatható ki. Időnként elég intenzív tonico-clonusos görcs a test összes izmaiban.

Therapia: Február 8.-án és február 10.-én 250-250 I. E. tetanus-antitoxint adunk intramuscularisan. E mellett chloralhydrátot adagolunk belsőleg (0.5 gr.-ot pro die).

Táplálás eleinte lefejt női tejjel, majd az anya tejelválasztásának csökkenése miatt, féltejjel vegyesen. A táplálás kanállal elég jól sikerül.

A decursusból kiemeljük a következőket: Február 8.-ától február 26.-áig néhány ízben hőemelkedés 40.5°—39.5° C.-ig. Testsúlyban lassú emelkedés. Szájzár csökken. Az izmok rigiditása változatlan. A görcsök intenzitása csökken. A jobb tüdő alsó lebenyében időnként crepitáló zörejek hallhatók.

Február 27.-étől március 17.-éig súlyban alig gyarapodik. Az izomrigiditás nagyjából változatlan. A végtagok alig hajlíthatók; a görcsök megszűnnek. Az „izompiúp” mellett ezen időben egy balra convex scoliosis fejlődik ki. A március 2.-án készült Röntgen-felvételen (Tüdös dr.) a következő elváltozások láthatók: *Sinistroconvex scoliosis*, mely a VII. nyaki csigolyánál kezdődik és a középvonaltól való legnagyobb kitérését a VII., VIII. és IX. hát-csigolyánál éri el. Ezen csigolyáknál a *carilago intercostalis* a jobb oldalon keskenyebb. A XII. hátcsigolya már a középvonalban fekszik és attól kezdve a sacrumig főleg az I. és II. lumbalis csigolyának megfelelőleg kisfokú dextroconvex scoliosis látható.

* Minden jog fentartva.

A jobboldali bordaközök a scoliosis punctum maximumának megfelelőleg kissé szűkültek.

Márczius 18.-ától 28.-áig folytonos lassú súlyesés, noha 21.-étől $\frac{2}{3}$ mennyiségben női tejet kap. A púp kisebbedik, a scoliosis kisebb fokú. Az izomrigiditás a törzsizomzatban és a felső végtagokban majdnem teljesen megszűnt, de az alsó végtagok még teljesen merevek. Az említett tüdőgóc ismét kiújul, időnként bő, finomhólyagú zörejek hallhatók hörgihez közelálló légzés mellett.

Márczius 28.-ától április 15.-éig folytonos súlyesés, teljes elerőtlenedés. A gibbus teljesen eltűnik, a kyphoscoliosis napról-napra kisebbedik, végül már alig konstataható. A tüdőlelet és az alsó végtagok rigiditása változatlanul fennáll. Röntgen-átvilágításnál április 14.-én a jobb alsó lebenyben kissé homályos terület látható. Ugyanekkor még jól látható a gerincoszlop fent leírt s már lényegesen kisebbfokú kettős scoliosis. Április 16.-án a tüdőlelet rosszabbodása mellett exitus.

A megejtett boncolás alkalmával a gerincoszlopot in toto kivettük, rajta egész csekély balfelé tekintő scoliosis látható. A lágyrészek teljes eltávolítása után sem a csontos, sem a porcos részeken nem volt található kóros elváltozás.

Az itt vázolt lefolyásból kitűnik, hogy esetünkben csecsemőkori heveny tetanus kapcsán mindjárt a megbetegedés első idejében gibbus, majd scoliosis fejlődött. Ezen deformitások a görcsös időszak megszűnté után fokozatosan visszafejlődnek; a scoliosis, mely valamivel későbbben jelentkezett, mint a gibbus, nyomokban a boncoláskor is konstataható volt. A posttetanusos merevség az alsó végtagokban a halálig fennállott, míg a test többi izmán mintegy négyheti fennállás után megszűnt.

Esetünk kapcsán főleg arra gondolnánk a gyermekorvostan művelőinek figyelmét felhívni, hogy a tetanus neonatorum-esetekben a jövőben ezen érdekes deformitás után kutassanak. Könnyen lehetséges, hogy előfordulásuk gyakoribb, mintsem gondolnók.

Itt tartjuk érdemesnek megemlíteni, hogy röviddel ezelőtt ugyancsak gibbus kifejlődését észleltük egy 8 éves fiún heveny tetanus kapcsán, mely több napi fennállás után, a görcsös stadium megszűntével teljesen eltűnt.

Kérdés, hogy ezen gerincoszlopdeformitások fennállásukat illetőleg egyformán viselkednek-e késői (Spättetanus) és heveny tetanus esetén? Valószínűnek tartjuk, hogy úgy, mint közölt esetünkben is, a heveny tetanus alatt fejlődő deformitások a tetanus kedvező lefolyása esetén rövid idő alatt visszafejlődhetnek, ellentétben a késői tetanusnál jelentkező chronikus izommerevségek által létrehozott deformitásokkal.

A gibbus, illetőleg scoliosis közvetlen oka kétségtől az izomzat tetanusos merevségében leli magyarázatát, mely merevség lényegre vonatkozólag a szerzők véleménye megegyezik. Míg E. Meyer és Weiler valószínűsíti az izomrövidülést vesz föl, addig Meyer és Fröhlich szerint ezen állapot oka csak egy tartós és görcsös beidegzés. A kérdés ezen részéhez érdemileg nem szólhatunk hozzá és így csak annyit óhajtunk megemlíteni, hogy a kypho-scoliosis létrehozásában közvetlenül szerepet játszó izomcsoport E. Meyer és Fröhlich szerint a mm. pectorales, míg Becher úgy gondolja, hogy a hosszú hátizmok és a gerincoszloppal párhuzamosan haladó izomzat megrövidülése hozza létre a kypho-scoliosist, oly módon, hogy a gerinczelferdülés azon oldal felé történik, a mely oldalon az izmok rövidülése nagyobb fokú.

Irodalom. E. Becher: Kypho-scoliose nach Tetanus. Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 47. szám. — E. Meyer és L. Weiler: Weitere Untersuchungen über die tetanische Muskelverkürzung. Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 49–50. szám. — Eberstedt: Über Gibbusbildung bei Tetanus. Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 47. szám. — Pfaundler-Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde, 1910, I. kötet.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató: Preisz Hugó dr., ny. r. tanár.)

Bakteriologiai vérvizsgálat folyékonyan tartott vérrel.

Közl: Timár Róza.

A bakteriologiai vérvizsgálatot meglehetősen kényelmetlenné teszi az a körülmény, hogy a ma használatban levő módszerek szerint a vért mindjárt a betegágyánál kell feldolgozni, táptalajokba oltani. A betegből kémlőcsőben egyszerűen

felfogott vér megalvadásakor az alvadék magába zárja a bakteriumokat és összehasonlító vizsgálatok szerint — mint alább kitűnik — sokkal kisebb százelekben ad pozitív eredményt, mint az azonnal vizsgált vagy folyékonyan megvizsgált vér.

A bakteriologiai vérvizsgálatnak a betegágyán való megejtése végett a bakteriologusnak kell felszerelésével a betegágyhoz mennie, a mi miatt a klinikusok talán sok olyan esetben mellőzik a bakteriologiai vérvizsgálatot, a mikor azt máskülönben megejtetnék. Ezért kívánatosnak látszott oly módszernek kidolgozása, mely megengedi, hogy a betegágyán vett vér esetleg több órával később is a laboratóriumban dolgoztassék fel. E cél olyképpen látszott elérhetőnek, ha a vér megalvadását úgy akadályozzuk meg, hogy a vérben levő bakteriumok kitenyészthetősége ne szenvedjen.

Kísérleteim végzésére kiválóan alkalmasnak találtam a közömbös natrium citricum 4⁰/₀₀-s, valamint a natrium oxalicum 2⁰/₀₀-s oldatát, a melyek ily koncentrációban a vér megalvadását tökéletesen megakadályozzák, de a benne foglalt bakteriumok életképességét nem érintik.

Kísérleteimhez — melyeket mindkét sóoldattal párhuzamosan végeztem — 4⁰/₀₀-os natrium citricumból, vagy 2⁰/₀₀-os natrium oxalicumból $\frac{1}{2}$ cm³-t öntöttem kémlőcsővekbe, melyeket azután steriliztem. Egy-egy ily csőbe a vizsgálat megejtésekor $\frac{1}{2}$ cm³ vér kerül, hogy a kívánt koncentrációt elérjük. Mint alább kitűnik, a bakteriumok mindkét sóval szemben teljesen egyformán viselkednek. A kísérletek staphylococcus-, streptococcus-, pneumococcus-, gonococcus- és typhusbacillus-tartalmú embervérrel végeztek.

Vizsgálataim folyamán kitűnt, hogy 3 órával az ilyen vérvétel után a vérből bouillonban, valamint agaron a staphylococcus jól fejlődött, Schottmüller-féle agarba öntve haemolizáló teleppé nőtt. Ugyanígy viselkedett a streptococcus is. Pneumococcussal kevert vért ascites-agarra és ascites-bouillonba oltva szép fejlődést tapasztaltam. 3 órai állás után még a gonococcus is kinőtt, ha a vérről előbb ascites-levest s ebből ascites-agart oltottam. Typhus abdominalis beteg vérére 3 órai állás után epébe és ebből agarra oltva, a bacillus typhi szintén kitenyészett.

24 órával a vérvétel után a citratos és oxalatos vérben — a gonococcust kivéve — az összes fent felsorolt bakteriumok életben maradtak és kitenyészthetők voltak.

Még 48, valamint 72 órával a vérvétel után is — szobahőmérsékleten tartva a vért — épp úgy fejlődtek a csírák, mint 24 órai állás után.

Quantitatív vizsgálatokat is végeztem az irányban, miképpen viselkednek a bakteriumok egyrészt alvadé, másrészt natrium citricummal folyékonyan tartott vérben. E vizsgálatok úgy történtek, hogy egyenlő mennyiségű bakteriumot kevertem egyrészt tiszta, másrészt citrattal praeparált embervér egyenlő mennyiségeihez. 2, 24, 48 és 72 órai állás után mindkétféle vérből Schottmüller-agart öntöttem; az alvadé vért előbb steril mozsárban szétöröszöltem, hogy az alvadékba zárt bakteriumok is lehetőleg érintkezésbe kerüljenek a tápanyaggal. Az így feldolgozott anyagban a fejlődött telepeket megszámláltam. E vizsgálatok többszöri megejtése mindig eléggé egyöntetű eredményt adott. Egyik vizsgálat eredménye például a következő:

Óra	Staphylococcus		Streptococcus		Pneumococcus	
	alvadé	citratos	alvadé	citratos	alvadé	citratos
2	14	550	119	3062	12	97
24	52	3140	471	számtalan	76	1086
48	2825	számtalan	számtalan	számtalan	1210	számtalan
72	számtalan	számtalan	—	—	számtalan	számtalan

E táblázatból kitűnik, hogy a staphylococcus, streptococcus, valamint a pneumococcus is legalább az első 24 órában, de talán még tovább is a citratos vérben jobban megtartja életképességét, mint az alvadé vérben. Kivétel csak

újabbban *Liebermeister* is könyvében elismeri. A pyramidonpróbának az úgynevezett juvenilis tuberculosisban negatív voltát nem látja bebizonyítottatnak, minthogy nézete szerint a toxikus subfebrilitás akár a primaer complexumban, akár a phthisisben pyramidonnal befolyásolható. A hilustájék csekély. Röntgen-leletéből viszont nem következtethetünk arra, hogy az ideges tünetek, vagy a subfebrilitás okvetlenül tuberculosisra vezetendő vissza, mint azt referatumban is kifejtette. A gümőkór osztályozása *Petruschky*, *Liebermeister* és különösen *Ranke* szerint nagyon értékes haladás, de a gümőkór éles kettéosztására nem jogosít fel.

Holló Gyula zárószavában kiemeli, hogy *Liebermeister* azon véleménye, hogy a tertiaer tuberculosis gyakran visszafuthat a secundaer szakba, nem vonatkoztatható az izolált phthisisre, mert *Liebermeister* a tertiaer szakba sorolja úgyszólván az összes elismert, histológiailag jellemző tuberculosisokat, így például a miliaris tuberculosis is, míg a secundaer szakba csak az elmosódott, a bizonytalan, a specifikus histológiájú kórképeket — a francia iskola gyulladásos tuberculosisát — sorolja. A kórbonctani és klinikai statisztikák egész sora bizonyítja, hogy a *Ranke*-féle értelemben vett tertiaer phthisis csak ritka kivételtől vagy praemortalisan az allergia áttörése után vezet komolyabb természetű haematogen metastasisokhoz.

Gáli Géza (Gyula) ismerteti „*Vizsgálatok a vegetatív idegrendszer befolyásáról a phthisis prognosistára*” című dolgozatát. Az előadó számos tüdőbeteg vegetatív idegrendszerének klinikai pharmacológiás vizsgálata után arra a következtetésre jut, hogy bár sokszor sympathicotoniás betegek is reagálnak pilocarpinra és atropinra, vagotoniások pedig adrenalinra, mégis a főleg vagotoniásan reagáló betegek megkülönböztethetők a többtől és ezek prognosisa jobb. Különösen a pilocarpinra lymphocytosissal reagáló esetek azok, a melyek a tüdőphthisis productiv formájának klinikai képét adják és így jó prognosistájuk. E tény okát a vagotoniások lymphaticus constitutiójában találja, a melyről már régebben tudjuk, hogy a tuberculosisfertőzés jóindulatú lefolyására vezet. A lymphaticus constitutió nál az adrenaliszerv hypoplasziája folytán az adrenalin physiologiás antagonistája, az eddig még hypothetikus autonomin jut túlsúlyba, a mely a vegetatív idegrendszer centrumát valószínűleg befolyásolja, úgy hogy a vagus tonus-fokozódása jön létre.

Sebők Lóránd (Gyula) ismertette a *neutralisatiós tünet értékét a gümőkór aktivitásának eldöntésében*. A szerző tuberculinnal nem kezelt ötven tüdőgümőkóros felnőtt serumát vizsgálta a *Löwenstein* és *Pickert* által felfedezett tuberculinsemlegesítő hatás megjelenésére vonatkozólag. A serumtuberculinkeveréket intracutan injiciálta. Tíz biztosan activ tüdőtuberculosisban szenvedő beteg vérsavója semlegesítette a tuberculin hatását; ezen esetek betegségének klinikai észlelése azt mutatta, hogy gümőkórjuk igen kedvező lefolyású. E tényekből a következőket állapítja meg: 1. A neutralisatio a gümőkórosok serumában nem jelent inactiv folyamatot. 2. A neutralisatiós tünet a szervezet fokozott védekezésének eredménye és mint ilyen kedvező prognostikai jelnek tekinthető.

Faragó György „*Adatok a tuberculosis aktivitásához*” című előadásában kimutatja, hogy a valószínűleg nem is specifikus Wildbolz-reactio az aktivitás diagnosztikájára nem alkalmas. Az aktivitás és inaktivitás szembeállítás helyett czélszerűbbnek tartja phthisisben tüneti és tünetmentes szakról beszélni. A secundaer tuberculosisnak nevezett formáknál a tüneti és tünetmentes szakok elhatárolása egyelőre nem vihető keresztül.

Kováts Ferencz (Szeged) szerint a tuberculosis aktivitását tünetcsoportokból kell megítélni, ide tartoznak a kevésbé ismertek közül a *Kraemer*-féle paravertebralis tompulat, a *Pottenger*-tünet, az intoxicatiós tünetek. Kiegészíti őket — bár nélkülözhető — a tuberculin-diagnosist, eredményei az előadó véleményével ellentétben értékelhetők.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A végtagok elsődleges endarteriitis obliteransáról ír *Niemeyer*, a kölni egyetemi belklinika segédje, egy a klinikán észlelt eset kapcsán, melynek története röviden a követ-

kező: 23 éves, addig teljesen egészséges férfi végtagjaiban 1914-ben fokozódó rheumatoid fájdalmak jelentkeznek, a melyek mozgásra fokozódnak, nyugalomban csökkennek. Két év múlva a fájdalmak fokozódása közben részben spontan, részben csekély operatív beavatkozás után asymmetriás gangraena fejlődik különböző végtagokon. A pulsus több periferiás arterián hiányzik, a szívlelet és a vérnyomás azonban rendes. Gangraena miatt 1916-ban a jobb láb öregujját távolították el, 1918-ban a jobb kéz mutatóujját és a jobb láb kisujját amputálták, 1919-ben pedig a jobb lábaszárát. Bizonyos idei járás után olyfokú lábszár-fájdalmak állanak be, hogy megállani kénytelen, vagyis a dysbasia angiosclerotica intermittenshez hasonló képpel állunk szemben. A tapintható arteriák azonban nem rigidek. Az amputált lábszár ereinek kórszövet-tani vizsgálata azt mutatta, hogy az intimán kóros kötőszövet-burjánzás van, de ugyanez van a mediában és az adventitiában is; ez a kötőszövet-túlburjánzás helyenként teljes érelzáródásra vezetett. Aetiologice a leírt esetben nicotinabusus és éveken át gyakran megismétlődött hideg- és nedvesség-behatás deríthető ki. A szóban levő ritka betegség elkülönítő körjelzése tekintetében nagyon értékes a láb-pulsus gyengesége vagy hiánya, a beteg kora és az elmeszesedések hiánya. A *Curschmann* és *Oppenheim* leírta tisztán angiospasmusos intermittáló sántításnál nincsen állandó pulsusgyengeség vagy hiány. A Raynaud-gangraena mindig symmetriás, csak felületes bőrgangraena fejlődik és mindig súlyos neurastheniás általános tünetekkel jár a baj. Praesenilis atherosclerosisnak a végtagokra szorítókozó esetében azonban a baj kezdetén néha nehéz lehet az elkülönítés az endarteriitis obliteranstól. (*Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten*, 1921, 18. szám.)

Ideg- és elme-kórta.

Az organikus és functiós idegbetegségek közötti differentialdiagnosis tekintetében óva int *Judson S. Bury* az elhamarkodott állásfoglalástól. Vannak tünetek, melyeket sehoggy sem tudunk organikusnak elfogadni, s ezért per exclusionem functiós eredetűnek veszünk. Igazolva látjuk ezt, midőn a tünetek el is múlnak, amit a psychotherapiás hatás eredményének tulajdonítunk. Pedig hónapok, sőt néha évek múlva már kifejlődött alakban kerül elénk az organikus idegbaj s csak most jövünk rá, hogy az évekkal ezelőtt látott „psychogen” tünetek valóságban praemonitorijs jelek voltak. Ilyen a fejfájás, a mely évekkal megelőzheti a lassan fejlődő agytumort, sőt közben el is maradhat. Paraesthesiák, gyorsan változó paresisek, főképpen azonban a Babinski-tünet, jönnek-mennek, hosszú időn át hiányoznak megint, míg végül a kórkép kifejlődik. (*The Lancet*, 1921, szept. 10.) *Kluge dr.*

Gyermekeorvostan.

A négy órás szoptatás és táplálás megfontolását hangsúlyozza *Thomas Southworth*. Nem helyesli annak általános alkalmazását, hanem szigorú individualizálást javasol jól táplált erőteljes csecsemőkön; ha az anyának bőségesen van teje, az eredmények igen jók. Javalt továbbá amaz esetekben, a melyekben az anya mellbimbója sérülékeny és a hosszabb időközökben való táplálás részben az infectio esélyét csökkenti, részben a szoptatás fájdalmasságát enyhíti. A harmadik indicatiója az, ha az anyának túlbő, túlzsiros a teje. Észszerűtlen a négyórás időközökben való szoptatás és kárt okozhat gyengébb csecsemőknek vagy kevés tejű anyának, mert a tejelválasztás csökkenését, sőt a tej elapadását vonhatja maga után. (*Arch. of Pediatrics*, XXXVIII. kötet, 7. sz.) *Bakay Emma dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A vérnyomás fokozott volta ellen *Grassmann* melegen ajánlja a papaverint; az első héten naponként háromszor ad 0.04 grammot, azután ritkábban, például havonként 7—10 napig. Az angina pectoris-rohamokat is ritkábbá teszi, az extrasystolákat eltünteti. (*Münch. med. Wochenschr.*, 1921, 30. sz.)

Az oxyuriasist Loeper szerint a bismuthcarbonat belső használata 4–5 nap alatt meggyógyítja. A szer állítólag teljesen ártalmatlan. Az adag 7 éves korig 2–3 gramm, nagyobb gyermekeknek 4 gramm, felnőtteknek 10 gramm kétszer naponta. (Progrès méd., 1920, 31. szám.)

Érzéstelenítő szerek kombinációjára vonatkozó kísérletekről számolt be Starkenstein a „Verein deutscher Aerzte in Prag” március 16.-i ülésén. A többi között sikerült előállítani egy összeköttetést, a mely egy molecula diaethyl-barbitursavból és két molecula pyramidonból áll s a mely Fischer tapasztalatai szerint 0.4 grammos adagban nagyon jó hatásának bizonyult a legkülönbébb eredetű fájdalmak ellen. Különösen tabesben szenvedők fájdalmai ellen találta nagyon hatásosnak.

Nátha ellen feltűnő jó hatásának találta Böttner docens (königsbergi belklinika) a Heyden-féle collargol 2%-os oldatának a conjunctivára cseppentését, a mivel egyidőben ugyanezen oldat néhány (4–5) cseppjének mindkét ornyílásba juttatása is végezhető. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 40. szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. A kormányzó Davida Jenő dr.-t a Ferencz József tudomány-egyetemen a leíró és tájboncztan nyilván. rendes tanárává az V. fizetési osztályban kinevezte.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága 1921 október 21.-én tartotta Tóth Lajos államtitkár elnöklésével évi gyűlését, mely megválasztotta a legközelebbi 5 évi cyclusra a végrehajtó bizottságot. Ennek tagjai: Tóth Lajos államtitkár, elnök, Grósz Emil egyetemi tanár, alelnök, Scholtz Kornél miniszteri tanácsos, titkár, báró Müller Kálmán, Liebermann Leó, báró Korányi Sándor, Erőss Gyula, Wenhardt János egyetemi tanárok végrehajtó bizottsági tagok. A lefolyt évben a katonai orvosok számára tartott tanfolyamon kívül a budapesti és pozsonyi egyetem tanárai tartottak látogatott tanfolyamokat. Az „Orvosképzés” 30 ív terjedelemben évenként 4 füzetben jelenik meg.

Szövetkezetek Erzsébet-kórháza elnevezéssel új kórház nyílt meg a fővárosban 60 ágygal a régi homoeopatha-kórház újjáalakított épületében, IX., Knežits-utca 14. szám alatt (a Bakács-tér sarkán). A kórház alapítója a „Hangya” és az Orsz. Közp. Hitelszövetkezet, mely hétfelmillió korona költséggel szanatóriumszerű felszereléssel és berendezéssel állította a kórházat az egészségügy szolgálatába. A kórháznak belgyógyászati, sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztálya van, de a többi rendelés betegei is szükség szerint felvétetnek a kórházba, melynek újonnan felszerelt Röntgen- és vegyi, bacteriologiai, serologiai laboratoriuma van. A kórház igazgatója Thaly Loránt dr. belgyógyász-főorvos. A sebészeti osztály vezetője Barla-Szabó József főorvos, a szülészeti Tóth Gida főorvos. Rendelőorvosok: Rejtő Sándor egyet. magántanár, fülész, Somogyi Zsigmond urológus, Remetey Béla fogorvos, Horváth Béla szemorvos, Molnár József röntgenológus, Schimmert Gusztáv haematológus, Pesthy Endre gyermekorvos, Sándor Ernő laboratorium-vezető. A kórház bentlakó orvosai: Bosnyák Béla dr., Mikó Miklós dr. és Schwerzel Jenő dr.

A kórház ünnepélyes megnyitását jelen volt Bernolák miniszterrel együtt Fáy Aladár államtitkár s a fővárosi tisztifőorvosi hivatal képviselője. Mindnyájan igen nagy elismeréssel nyilatkoztak a kórháznak a legnagyobb igényeket is kielégítő felszereléséről. A kórház elsősorban a „Hangya” és az Orsz. Közp. Hitelszövetkezet most engedélyezett vállalati betegpénztára tagjainak szolgál, de felvesznek minden (az ápolási díjat fizető) beteget. Az ápolási díj a 4–5 ágyas közös szobákban napi 180 kor., a külön szobákban napi 300–400 kor., mely összegben a gyógyszerek, kötszerek és segédeszközök díja is bennfoglalódik.

Pályadíj. A Teleia-egyesület főorvosi testülete Spitzer Gyula dr. elhunyt főorvos emlékének megörökítésére 3000 korona pályadíjat tűz ki „A nemi betegségek és a házasság” című népies modorban megírt propagatív szakmunkára. A pályaművek, melyek terjedelme 1–1½ nyomtatott ívet tehet ki, lehetőleg gépirással, vagy jól olvasható módon leírva és jelíges levéllel ellátva Emődi Aladár dr. főtáitkárhoz (Budapest, V., Lipót-körút 17) küldendők be. Pályázati határidő: 1922 január 1. A pályadíjjal (I. díj 2000 kor., II. díj 1000 kor.) jutalmazott munkák az egyesület tulajdonába mennek át, mely azokat kiadványaiban könyveskedői forgalomba hozhatja.

W. Waldeyer, a nemrég elhunyt hírneves anatomus, végrendeletében úgy intézkedett, hogy koponyája, agyveleje és kézcsontváza a berlini anatómiai intézetben őriztessék meg.

Pekingben orvosi akadémiát létesített a Rockefeller-alapítvány 1½ millió angol font költséggel. A tanítótisztület 90 tagból áll.

„The Japan Medical” címmel új havi folyóirat indult meg Tokióban; első füzetét 31 japán orvosi lap cikkei és 14 japán orvos-társaság tárgyalásait ismerteti.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület a kezelésében levő „Balassa-díj” alapítvány kamataiból két, egyenként hatszáz koronás jutalomdíjat tűz ki egy elméleti és egy gyakorlati munka jutalmazására. Tekintetbe vétetnek az 1915 június 1.-étől 1920 május 31.-éig magyar nyelven megjelent klinikai és 1914 június 1.-étől 1921

május 31.-éig magyar nyelven megjelent elméleti szakmájú, eredeti, önálló kutatásuk alapján készült tudományos becsü értekezések, hézagpótló monographiák vagy kézikönyvek. E jutalomra számot tartó művek a cél megjelölésével 1921 november 12.-éig küldhetők be az Egyesület titkárához, de a be nem küldött munkák épp úgy figyelembe vétetnek. A jutalmazott munka kihirdetése az 1921. évi decemberben tartandó közgyűlésen történik.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület a kezelésében levő „Dr. Widder Ignác-díj” alapítvány két évi kamataiból jutalomdíjat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából önálló vizsgálatok alapján készült tudományos becsü munka jutalmazására. E jutalomra számot tartó művek 1921. évi november 12.-éig küldendők be az Egyesület titkárához. Pályázni jelíges levéllel vagy álnévvel is lehet. E pályázatban való részvételnek nem akadályozza az, hogy a munkát részben vagy egészben nyomtatásban már megjelent.

Meghalt. Csáp Miklós dr., nyugalmazott tábornok-orvos, 69 éves korában október 29.-én.

Lapunk mai számához a Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serumintézet részvénytársaság prospectusa van mellékelve.

MERAN Téli klímás gyógyhely Olaszországban.

1. **Sanatorium Stefanie.** Elsőrangú, minden kényelemmel és modern gyógyeszközzel felszerelt gyógyház szív-, vese-, ideg- és anyagcserebeteg részére.

2. **Sanatorium Hungaria.** Tulajdonos és vezető orvos Dr. Binder R. Portmentes fekvésű, hygiénés gyógyintézet tüdőbeteg számára. Fekvés-csarnokok, elsőrangú ellátás, gondos ápolás. Tulajdonos: Dr. Szontagh-Fraporti M. Vezető orvos: Dr. Gara Géza.

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Istvánuti Szanatórium

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

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikai és fizikoterapiás gyógyintézet bel- és idegbeteg részére. Vegyi és bakteriologiai laboratórium külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgálóintézet, inhalatorium, Zander-féle gyógymechanikai osztály, elektroterápia bejáró betegek részére is.

Orthopaedia, gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termek, vizsgyógyintézet a Dr. PAJOR-Sanatoriumban Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

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

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

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

ZANDER- THERMOTHERAPIA, QUARZ

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

PÁLYÁZATOK.

5448/1921. fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel pályázatot hirdet a Kőbányai-út, Vasúti töltés, Új Lóverseny-tér, Kerepesi-út és Asztalos Sándor-utca által határolt területre évi 35.200 K. összvagyalmazás mellett egy kezelőorvosi állásra.

A pályázati kérvények, a melyek oklevélmásolattal, curriculum vitae, s az eddigi orvosi szolgálatot igazoló iratokkal, valamint a személyazonosságát igazoló okmányokkal felszerelendők, 1921. november 26.-áig bezárólag (VIII., Köztemető-út 19/B, I. emelet 41. sz.) nyújthatók be.

A megválasztott kezelőorvosnak a fent kijelölt körzetben állandó lakással kell bírni.

Az állásra vonatkozó bővebb felvilágosítást a pénztár főorvosi hivatalában adják.

Budapest, 1921 október 25.-én.

Angyal dr. s. k., a magy. kir. munkaügyi és népjóléti ministerium által a pénztár vezetésével megbízott min. tanácsos.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Kluge Endre: Közlemény a pozsonyi m. kir. Erzsébet-tudományegyetem ideg-elmeklinikájáról. (Igazgató: Reuter Camillo dr., ny. r. tanár.) Az öreglyuk kitágulása. 401. lap.
Hajós Imre Gyula: Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Gusztáv József dr., egyetemi magántanár.) Gyógyító kísérletek a „mirion” nevű új jodkészítménnyel. 403. lap.
Országos Osztály: A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének IV. nagygyűlése. 405. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. L. Casper: Lehrbuch der Urologie. — Prof. Felix Klemperer: Die Lungen tuberculose. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosok. Gerhardt: A diabetes tüneteinek kiváltásában a betegségek és pszichés traumák szerepéről. — Sebészeti F. Blumenthal: A rossztermészetű daganatok gyógyításáról. — Elme-és idegkór. — Auerbach: Agyvelő- és gerincvelőműtétek utáni centralis eredetű lázról. — Szülészet és nőorvosok. Bauerstein: A gyermekágyi láz gyógyszeres kezelése. — Szemészet. Van Lint: Hálygműtétkor a szemhéj izmainak benítéséről. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. 407–408. lap.
Vegyes hírek. 408. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a pozsonyi m. kir. Erzsébet-tudományegyetem ideg-elmeklinikájáról. (Igazgató: Reuter Camillo dr., ny. r. tanár.)

Az öreglyuk kitágulása.

Irta: Kluge Endre dr., I. tanársegéd.

Normalis és pathologiai anatómiai tapasztalataink azt tanítják, hogy a csontos koponya alakulása nagy mértékben függ a benne elhelyezett agyvelő volumenének alakulásától. Így az agyvelő növekedésével nő a koponya üregének volumene is; tudjuk, hogy az első életévben a koponyaüreg nagysága mintegy 60 cm³-rel növekszik és a felnőtt koponyaüregének 57%-át éri el. Az illető életév elmúltával a növekedés lassúbb lesz, a 13. év körül 1700–1800 cm³-nyi magasságot ér el és ez a növekedés a 20–24. év körül be is fejeződik (Spee). Ezek az adatok körülbelül egybevágóak az agyvelő nagysági fejlődésének adataival. Ha kóros okok folytán az agyvelő volumene tartósan úgy növekedik meg, hogy ezeket a fejlődési etappokat túlszárnyalja, nem maradhat az hatás nélkül a koponyaüreg nagyságára sem, hanem utóbbi alkalmazkodik az új viszonyokhoz. Minden olyan folyamatnál, a mely a koponyaüreg tartalmát növeli, az úgynevezett térszűkítő folyamatoknál, a koponyacsontok elváltozása elmaradhatatlan. Leggyakrabban keletkezik ilyen helyzet lassan növekedő tumor és hydrocephalus eseteiben. A többnyire az oldalkamarákra és a III. agyvelőkamarára szorító hatás többféle okból származó liquorfelfázódás elsősorban az agyvelőkamarákat tágitja ki, sőt annyira mehet, hogy az egész agyvelőállomány vékony lemezzé sorvad el. Később azonban a csontok is engednek a belülről kifelé irányuló nyomásnak és itt most már a történetben különbség van a szerint, hogy a hydrocephalus mikor jött létre: abban az időben, mikor a koponyacsontok még hártásak és még nem forradtak össze, vagy akkor, mikor a belülről érkező nyomásnak már nem hártásak és fontanellák, hanem minden ponton szilárd csontboltozat áll ellent. Utóbbi esetben idővel e szilárd csontoknak is engedni kell s ez nem történhet másképpen, mint a csontok deformálódásával. Mint a kórbonctanból tudjuk, a csontok ezt megelőzőleg elvékonyodnak annyira, hogy átlátszóknak lesznek, sőt helyenként lacunák is képződnek bennük.

Jelen alkalommal két esetünket kívánjuk ismertetni, hol a térszűkítő folyamatok következtében keletkezett tágitó nyomás kielégítésére a koponyacsontok elvékonyodása nem volt elégséges, hanem ezenfelül az egyik koponyacsontnak olyan lényeges deformálódása állott elő, a mely következményeiben érdekes és neurológiai, valamint esetleg forensikus szempontból fontos megfigyelésre adott alkalmat. A két eset röviden a következő:

1. K. A. 23 éves műszerész 1919 júliusában vettük fel a pozsonyi ideg-elmeklinikára. Már több bécsi klinikán járt s a tünetek alapján mi is hozzájárultunk az ottani diagnózishoz: tumor a hátulsó koponyagödörben, valószínűleg a kisagyban. Szédülés, időnként hányás, nyomási pulsus, nystagmus, bradylalia, tipikus szemfenéki elváltozások, adiadochokinesis voltak a főbb tünetek. Állandó aluszékonyosság állott fenn, nem szívesen kelt fel s ha asszú mozgással mégis felöltözött, fejét mereven fixálva tartotta, kissé a földre és előre pillantva. Négy napi klinikai tartózkodása közben a szükséges vestibularis- és acusticus-vizsgálatokat végezte, midőn egy reggel két megbízható szobatársa (egy osztálytanácsos és egy jogász) jelenlétében a következő történt: Hanyattfekve aludott, majd felébredt; szemeit megdörögölve valamit szolt társainak, azután felült és bal kezével az éjjeli szekrényben levő vizelő-üvegért nyúlt. Így félig ülő helyzetben fejét kissé hátraszegezte. A következő percben hang nélkül hátradőlt és mozdulatlanul maradt. Társainak fel sem tűnt először, néhány perc múlva azonban odapillantva azt látták, hogy száját eltátva, elfehéredve hever. Odarohantak, orvost hívtak, de csak a beállott halál volt konstatálható.

A boncolás (Entz dr.) a következőket derítette ki: Tyúktöjásnyi cystosus glioma a cerebellum bal hemisphaerájában az alsó felszínhez közelebb. Feltűnik a hátulsó koponyagödör megnagyobbodása. A csontok elvékonyodtak. A clivus 3 cm.-nyi szélességű, meredeken, kimélyülten lejt az öreglyuk felé. A foramen magnum három ujjhegyet bőven befogad. Az öreglyuk hátulsó pereme és az első nyakcsigolya hátulsó íve között kifeszülő szalagos lágyrészek magassága bőven két haránt-ujjnyi és a hátulsó középvonaltól jobbra és balra kívülről a bőrön át tetszés szerint beboltosítható. A tág öreglyukba és a kitágult lágyrészek folytán hatalmasan kitágult, lefelé tölcserszerűen szűkülő gerinc-csatorna felső részébe az első nyakcsigolya magasságáig kisagyvelő- és nyúltagyvelő-részek szorultak be.

2. K. B. J. 22 éves közvitész 1921 február 12.-én szállították be a budapesti m. kir. 2. számú kórházba. Születi potust és alkoholt negálnak, születése rendben folyt le, gyermekkorában állítólag sohasem volt beteg. Feltűnik, hogy írni-olvasni sem tanult meg, csak pásztorkodott. Tizenhét éves korában kezdett elmélázni s előbb ritkábban, utóbbi időben gyakrabban eszméletét veszítette és székét, vizeletét maga alá bocsátotta. Nem figyelték meg, hogy feje mióta megnagyobbodott. A kórházba katonai alkalmasságának megítélése céljából elme-állapota miatt került. Itt imbecillitást állapítottunk meg és feltűnt 580 mm.-es körmértű hydrocephalus-koponyája. Fejét kissé előre-hajta hordja. 1921 május 1.-én epileptiformis rohamot kapott, utána somnolens, apathiás lett és subfebrilis temperaturák jelentkeztek. A következő napokon mindkét extrem állásban nystagmus horizontalis, fokozott élénk patellareflexek, hasreflexhiány mutatkozik, arca mintha kenőccsel lenne bekenve (Cohn, Sarbó). Lábja nem állítható, mereven kinyújtott lábakkal eldől. Ágyában felülve gerincoszlopa mereven megfeszül, nyakat nem hajlíthatja, néha spontán száját füttyülésre csucsorítja, incontinens, herpes labialis. Május 7. Jobboldali abducens-parésis. Május 18. Fel-szólításra, hogy keljen fel ágyából, prompte szót fogad, de fejével előre kizuhan ágyából. Mereven előre néz. Május 24. Fölfelé pillantáskor verticalis nystagmus, lefelé pillantáskor kevésbé kifejezett. Az előre tartott ujját előbb követi pillantásával, azután a horizontalisba hozva pillantását, újabb lefelé pillantásra nem bírható. Oldalt tekintéskor szemgolyóit mindkét irányban csak minimalisan térnek ki, bár igyekezik fixálni. Lábai spasmosan, kevésbé kifejezett equinovarus-állásban egymáson keresztbe fektetve vannak, bennük lassú clonusos jellegű rángás. Kifejezett patellaclonus van, lábfejlclonus nincs. Mindkétoldalt feregszerű lassúsággal jelentkező Babinski-tünet. Néha lassan maga alá húzza lábait. Lumbal punctio: kevés, tisztas liquor ürül cseppenként, alacsony nyomás mellett. 1921 május 28. Mozdulatlanul hanyattfekve tölti az éjét. Ebresztő idején megmozdul, de tovább fekszik hanyatt. Egy idő múlva rájönnek, hogy meghalt.

Section (Reich orvos-ezredes): Koponyacsontjai rendkívül elvékonyodtak, helyenként, például a homlokon 1.5–2 mm.-nél nem

vastagabbak; legnagyobb vastagságuk egy körülírt helyen 6 mm., a koponyatető sok helyen átlátszó. A koponya ürege, főképpen a hátulsó gödör, megnagyobbodott, s feszesen kitölti a megnyitás után kiduzzadó kemény téstáptapintatú agyvelő. A kemény agyvelőkérreg köröskörül, úgy a koponyatetőn, mint az alapon, a csontozódott. A hátulsó koponyagödör nagyon mély, a clivus kitágult, az öreglyuk három ujj hegyét befogadja, bele és alája tapintva, közte és a legfelső csigolya között lágyrész tapintható és kibolthozható. A membrana atlanto-occipitalis megnyúlt, úgy hogy a legfelső nyakcsigolya és a nyakszirtcsont között a fej előre biccentésekor mintegy két harántujnyi, csak kibolthozható lágyrészszel fedett tér van. Az agyvelő vérbő, a lágyburok alatt helyenkint, így a kisagyvelő jobb felének felső részén forintnyi vérzés van, az agyvelő tapintata téstás, duzzadt. Az agykamarák tágultak, a jobb oldalkamarából sűrű sárga geny ürül. Az infundibulum erősen duzzadt, sagittális átmérője 2 cm., a transversalis 2-5 cm. A kisagyvelő legnagyobb szélessége 11-5 cm. Távoltság a tentorium és a vermis inferior legmélyebb pontja között 5 cm. A kisagyvelőnek egyik része, a vermis inferior (uvula, nodulus) és a lobus biventer alsó része, azután főképpen a tonsilla, a normalisan is meglevő barázda által nemcsak elválásztódik a kisagyvelő egyéb részeitől, tehát a neocerebellumtól, de directe lefűződve, a megduzzadt nyúltvelővel együtt mintegy csap nyúlik bele a kitágult öreglyukba és az öreglyuk alatti lágyrésztlőcsérbe, úgy hogy körfogata 12 cm. Az öreglyuk egyébként körkörös alakú, átmérője 3-7 cm.

Röviden összefoglalva: az első esetben tumor, a második esetben hydrocephalus¹ mint térszűkítő folyamat által okozott fokozott koponyaüregi nyomás a koponyacsontok maximális elvékonyodása után az öreglyuk felé talált levezetést. Előbb azt tágitotta ki, azután a koponya és az első csigolya egymástól való eltávolítása után a kettő között levő lágyrészeket s az így támadt térszaporulatba belenyomta a nyúltvelő mechanikailag nagyon érzékeny életfontos részeit, majd felette a kisagyvelő egyes részeit. Ennek következménye az lett, hogy midőn egy véletlen mozdulat az atlas és az occiput között kiadósabb mozgást okozott az ébredés pillanatában; tehát olyankor, midőn a beteg ennek a tájéknak begyakorolt fixálására egy pillanatra nem figyelt, az alatta levő medulla oblongata összenyomatott s a beteg egy pillanat alatt észrevétlenül meghalt.

Minderről idáig nem olvastunk,² nem még Dandy közleményében sem, a ki ennek a tájéknak és a hydrocephalusnak összefüggésével újabban foglalkozott, és pedig reparatív, sebészi szempontból. Nem lesz tehát érdektelen, ha néhány pillantást vetünk az öreglyuk- és a nyakszirtcsontcsigolyakapcsolat anatómiai viszonyaira.

Mihálikovics szerint a hátulsó koponyagödör (fossa cranii posterior) a három koponyagödör közül a legnagyobb és a legmélyebb. Alkotásában részt vesz a két halántékcsontról és legnagyobb részben a nyakszirtcsont; a kettő közötti összeköttetés, a synchondrosis petrooccipitalis, Spee szerint csak a 25. életév után csontosodik el. Mint érdekes eset megemlíthető, hogy Brown ugyanannak a nőnek két érett életképtelen gyermekén figyelte meg a nyakszirtcsont teljes aplasiáját. Elöl a synchondrosis sphenobasilaris köti a nyakszirtcsontot az ékcsonthoz. A hátulsó koponyagödör falát a közepén a nyeregháttól az öreglyukig terjedő lejtő alkotja — írja Mihálikovics —, míg oldal felé a sziklacsont merőleges állású hátulsó felszíne és a csecsrész, hátul pedig a nyakszirti árkok határolják, legmélyebb helye az öreglyuk. A lejtő közepét a sulcus medullae oblongatae alkotja, a melynek alapja Spee szerint a belsejében levő rendkívül fejlett diploeréteg miatt 12 mm.-nyi vastagságot is elérhet; a lejtő oldalain emelkednek ki a torkolati gumók s ezek alatt van a nyelv-alatti csatorna bemenete. E csatornában az ideggel együtt venák haladnak, mint Poirier-nél olvassuk. A nyakszirtcsont méreteire vonatkozólag Spee gróf a következőt jegyzi fel: A két szélső szöglete közötti távoltság légvonalban felnőtteken 10—13 cm., felső szögletétől az öreglyuk hátulsó széléig 9—11-5 cm., a két oldalrész közötti távoltság 8-5—9-8 cm. A lejtő erős, szivacsos csontgerendája az öreglyukat meg-

kerülő két vastag csontlécbe megy át, melyek hátul egyesülve a nyakszirti tarajba folytatódnak. Mihálikovics szerint az öreglyuk 3—4 cm. hosszú és 2-75—3-5 cm. széles, pete-alakú, körrajzú lyuk. Ugyanezeket a méreteket találjuk Spee-nél, a ki megjegyzi, hogy minél fejlettebb a nyakszirtcsont és minél erősebben kiugró a két nyakszirtbütyök, annál nagyobbak az öreglyuk méretei. Az utóbbi leírja még, hogy az alatt az idő alatt, mikor a nyakszirtcsont növekedése még nem fejeződött be és így a csont egyes porcokban összekapcsolódó részeinek elcsontosodása még folyamatban van, tehát a 7. életévig, gyakran azt találjuk, hogy az öreglyuk hátulsó pereme hosszirányban elhúzódnak; ez onnan van, mert az öreglyuk peremének ezt a részletét relative nagyon hosszú ideig egy porcz alkotja, a mely maceratio közben természetesen elvész. Az öreglyuk legnagyobb transversalis átmérője nagyobb, mint a közvetlen ez előtt levő bütykök közötti harántirányú távoltság. Az ezek között elterülő, valamivel szűkebb térséget tölti ki a második nyakcsigolya fognyújtványa és annak szalagapparátusa. Úgy látszik tehát, helyesebb, ha — mint Poirier tette — nem ellipsis-alakúnak, hanem ovalis alakúnak mondjuk az öreglyukat, a mely elől valamivel csúcsosabb, mint hátrább. Az utóbbi átlagmértékül is kissé eltérő számokat ad, és pedig 35 mm.-nek mondja az anterioposterior és 30 mm.-nek a transversalis irányú átmérőjét. Megjegyzi még, hogy némelyeken szokatlanul szűk öreglyuk találtatott, agg embe-reken pedig kitágulását figyelték meg. Spee jegyzi fel, hogy a foramen magnum elülső pereme a középvonalban 1-5 cm.-rel magasabban áll, mint a hátulsó, a minek ismerete szintén fontos lesz következtetéseinknél. Mihálikovics írja, hogy az öreglyuk hátulsó részének oldalán találjuk a nyakszirti árkban a koponyaalap legvékonyabb helyeit, sőt aggokon gyakran átlukasztott részeket. Hozzátehetjük, hogy ez is annak a jele, hogy az a folyamat, a mely a csont elvékonyodását okozza, ide, az öreglyuk környékére nehezedik a legnagyobb erővel. Hogy mi ez a folyamat, a mely a csont ilyen deformálását okozza, hogy vajjon a fokozott koponyaüregi belüli feszülés elegendő-e erre, megítélhetjük, ha a következőket vesszük tekintetbe. Ismeretes, hogy már torticollis, vagy a fejnek hosszú időn át való bizonyos ferde irányú tartása is a koponyának deformálódását, a koponyacsontoknak az anyagcsere útján való alakváltozását okozhatja. Tudjuk például azt is, hogy angolkórosokon a foramen jugulare igen megszűkülhet, mert a rachitikusan lágy koponya a nyakszirti bütyök előtt és mögött lesüllyed. Ilyenkor a venosus vér a foramen jugulare helyett a foramen mastoideum felé irányul és utóbbi e miatt kisujjnyi szélességűre is kitágulhat. Ez a tény kettőt mutat. Először azt, hogy a pangó vénás vér nyomása, tehát a koponyaüregi belüli nyomás fokozódása elegendő a koponya egyik kijáratí lyukának tetemes kitágítására. Másodszor azt, hogy rachitis esetében is a süllyedés a foramen magnum közelében jön létre, tehát az erőnek könnyen engedő rachitikus csontot ezen a tájékon éri a legnagyobb erő, ide nehezedik a legnagyobb nyomás.

Említettük, hogy az öreglyuk elülső pereme magasabban áll, mint a hátulsó. Ennek az lesz a következménye, hogy a nyomás nem tisztán felülről lefelé irányul a foramen magnumba, hanem a lejtő felől hátra és lefelé. Így aztán, ha már az öreglyuk engedett a nyomásnak, a közvetlen alatta fekvő képletek is sorra kerülnek. Melyek azok? Vizsgáljuk meg a nyakszirtcsont összeköttetését az alatta levő képletekkel.

Bockshammer az os occipitalenak és az atlasnak veleszületett synostosisát írja le. Normalis körülmények között a helyzet a következő: A hézagot a fejtámasz (atlas) ívei és az öreglyuk szélei között hárták töltik meg, írja Mihálikovics, úgy mint a) a dura alatt az úgynevezett membrana tectoria van, a mely az öreglyuk elülső peremétől a második csigolya testéhez halad s onnan mint ligamentum longitudinale posterius folytatódik. Ez alatt van a dens epistropheus az atlas által szolgáltatott csapágyba leszorító keresztalakú ligamentum cruciatum, illetve ligamentum transversum atlantis. Ez alatt az epistropheus feje van, melynek csúcsát a ligamentum apicis

¹ Az encephalitis és az ependymitis suppurativa közötti közeli összefüggésre mutat rá újabban Loeper és Forestier is.

² Lásd Gauter, Rittershaus, Misch és különösen Glüh közleményét, a ki egy táblázatban az irodalomban ismertetett 50 hydrocephalus méreteit közli, egy másikban pedig a Drezdában kiállított 17 hydrocephaliás koponyát ismerteti, de a foramen magnum elváltozásáról sehol sem ad adatokat.

dentis rögzíti az öreglyukhoz. Úgy előtte, mint mögötte kötőszövet van, benne venafonadékkal. Mindezek előtt pedig, tehát legelől, a membrana atlanto-occipitalis anterior ered az öreglyuk szélétől és tapad az első csigolya elülső ívére, hogy onnan mint lig. longit. anterior folytatódjék. Azt látjuk tehát, hogy az öreglyuk elülső peremét mintegy háromrétegű szalagberendezés rögzíti az alatta levő csigolyákhoz. *b)* A hátulsó borítóhártya (membrana atlanto-occipitalis posterior) szélesebb, de vékonyabb. Az öreglyuk hátulsó szélétől a fejgám hátulsó ívéhez tart s oldalfelé a gerinczverőértől (arteria vertebralis) és az 1. nyakidegtől átfuratik. Fekvése nézve megfelel a csigolyák ívközi szalagjainak és szerkezete is megegyezik azokkal, mert sok rugalmas rost van benne. *Poirier* szerint ezt *Henle* és *Humphry* tagadja. Ezt épp oly fontos tudnunk, mint azt, hogy vékonyabb s így a nyomásnak, a *tágításnak inkább enged, mint az öreglyuk elülső peremének tájéka*. De kitágulását az is nagymértékben megkönnyíti, hogy a nyakszirtcsont büttykeinek az atlas izületi felszínével való izületi összekapcsolását borító izületi tok igen bő s így ezek az oldalsó izületek sem állják útját, hogy a foramen magnum és az atlas közötti térség megnagyobbodjék s helyet adhasson a koponya-ürből kifelé utat kereső térszaporulatnak. A membrana atlanto-occipitalishoz, ehhez a sárgás színű szalaghoz — mint *Poirier* írja — belül a gerinczsatorna felé már csak a dura mater spinalis fekszik, azon belül pedig a gerinczvelő. A durát a ligamentumtól kötőszövetnek nagyon vékony rétege választja el, mely főképp a mélyebb részleteken látható. *Poirier* megjegyzi, hogy a membrana atlanto-occipitale posteriornak nem lehet nagyobb szerepe a fej mozgásában vagy annak mérseklésében sem, mert ha átvágjuk, akkor sem fokozható tovább a fejnek az a hajlítása, a melyet a nyakszirt-csigolyaizületnek alkata különben megenged. A membrana atlanto-occipitalis külső felszínéhez még egyéb képletek is tapadnak. Így a középvonalban a ligamenta interspinalia folytatásaként a hatalmasan fejlett ligamentum nuchae található. A nyakszirtcsontnak ezen a külső felszínén, az úgynevezett planum nuchaen különben két vonal, a linea nuchae superior és inferior szolgál izmok tapadására. A felsőn a közép felé a musculus trapezius, lateralisán a musculus occipitalis, splenius és sternocleidomastoideus egyes rostjai tapadnak. A most említett és az alsó vonal közötti árokban a musculus semispinalis és lateralisán eítől a musculus obliquus capitis tapad, az alsó vonalon pedig közép felől a musculus rectus capitis minor, oldalfelé pedig a rectus capitis major rostjai tapadnak, mint azt *Spee* leírja. Mindebből azt láthatjuk, hogy csupa *apró izom néhány rostjának a végső darabkája ér ide s ezek fölött a fascia, majd a bőr következik. Érthető tehát, hogy ez a vékony lágyrész, ha kitágulása folytán nagyobb darabon nyúltvelőreszeket rejt maga alatt, semmi védelmet sem biztosít az alatta levő életfontos centrumoknak. Ezenfelül hirtelen mozdulatoknál való váratlan gyűrődésével, megtörésével pillanatnyilag megbéníthatja az alatta közvetlenül levő életcentrumok működését. Ezért látjuk vázolt eseteinkben, hogy a betegek mereven előre tartott fixált fejjel járnak, arcukat kissé még fölfelé is fordítják, hogy így a fej flexiójával a membrana atlanto-occipitalis megfeszülten maradjon. Mihelyt erre nem figyelnek, az ébredés pillanatában elég egy vigyázatlan fej- vagy nyakmozdulat, hogy életüket veszítsék.*

Sőt az, hogy a kitágult nyakszirtcsigolya közötti térben a velőt csupa olyan lágyrész borítja, a mely boncsoláskor belülről ujjal kifelé boltosítható, egyéb következményekkel is járhat és ennek törvényszerű fontossága is lehet. Ezek az aránylag vékony lágyrészek ugyanis befelé épp úgy beboltosíthatók. A külső nyakszirti büttyök alatti középvonalban a ligamentum nuchae elég védelmet ad. Kétoldalt a jobban fejlett izomtömegek már szintén védenek.

De közvetlenül a ligamentum nuchae két oldalán, ott, a hol normalis körülmények között az Anton-féle suboccipitalis fenesztrálásnak, vagy Obregia-féle suboccipitalis punctiónak a helye van, elegendő lenne a kitágult membrana atlanto-occipitalisra gyakorolt ártatlan ujjnyomás, hogy a nyúltvelőbénulás okozta halál azonnal beálljon.

Ilyen eset még nem ismeretes előttünk, de hiszen a váratlan elhalásnak a vázolt anatómiai helyzettel való összefüggése sem volt eddig ismeretes, míg figyelmünket magára nem vonta. Két esetünk adott erre alkalmat s ez indokolja közlésüket.

Irodalom. *Schmaus-Herxheimer*: Grundriss der pathologischen Anatomie. — *Bardeleben*: Skelettehre II. Von Graf von Spee. Jena, 1896. — *Mihálkovich*: Az ember anatómiája és szövettana. Budapest, 1898. — *P. Poirier*: Traité d'anatomie humaine, Paris. — *Dandy, Walter*: The diagnosis and treatment of hydrocephalus due to occlusions of the Magendie and Luschka. Surg., gynecol. and obstetr. 1921, 32. kötet, 2. szám, 112—124. oldal. — *Loeper M. et J. Forestier*: Ependymite suppurée du mésocephale simulant l'encéphalite épidémique. Bull. et mem. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1921, 37. évf., 6. sz., 223—226. oldal. — *R. Gautier*: Über einen Fall von Hydrocephalus maximus. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1917, 73. köt., 154. o. — *Glüh*: Über Hydrozephalie. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Beh. des jugendl. Schwachsinn, 1912, 5. köt. — *Rittershaus*: Zur Frage der Hydrozephalie. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Beh. des jugendl. Schwachsinn, 1914, 7. köt. — *Misch*: Zur Aetiologie u. Symptomatologie des Hydrocephalus. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., 1914, 35. köt. — *J. Erdheim*: Über die Folgen gesteigerten Hirndruckes. Jahrbücher f. Psych. u. Neur., 1919.

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

Gyógyító kísérletek a „mirion“ nevű új jodkészítménnyel.

Irta: *Hajós Imre Gyula* dr., kórházi segédorvos.

Az új jodkészítménnyel, melyet feltalálója mirionnak nevezett el, azonnal kísérletezni kezdtünk, mielőtt róla *Fröhlich*,¹ valamint *J. Kyrle* és *H. Planner*² közleménye megjelent.³ Azóta mintegy öt hónapon keresztül, a kórházi osztályunkon levő syphilitikus anyagunk egy kiválasztott részén kísérleteztünk a szerrel, elsősorban friss secundaer esetekre helyezve figyelmünket. Mielőtt klinikai tapasztalatainkról röviden beszámolnánk, szükségesnek tartjuk, hogy a fentemlített két közlemény fontosabb részeire röviden kitérjünk.

Fröhlich közlésében a szert főként pharmacodynamikai szempontból ismerteti és felfedezését valóban csaknem epochalisnak tünteti fel. Sajátságos azonban, hogy a mikor egy specifikusan ható gyógyszerrel a kívánja, hogy lehetőleg kis mennyisége gyors és jó eredményt idézzon elő, ugyanakkor ezt a specifikus hatást a mirionra nézve a *Jarisch-Herxheimer-féle reactio* olykori felidézésében és a jodnak a syphilitikus szövetekben való felhalmozásában látja, nem pedig abban, hogy a syphilitikus tünetekre csakugyan gyors és gyógyító hatása legyen az új szernek. Ugyanakkor azt is állítja *Fröhlich*, hogy a jodkalium — mert a gyakorlatban kétségtelenül nagy adagokra van szükségünk — voltaképpen nem is tekinthető specifikus antilueses gyógyszernek.

Szerinte a mirion antisiphiliticum voltát döntően az bizonyítja, hogy egyrészt a jod a syphilitikus szövetekben (condylomák) ötven-százszor nagyobb mennyiségben halmozódik fel, mint ugyanazon egyén más szöveteiben, másrészt, hogy a *Herxheimer-féle reactio* mirion-injectiókkal létrehozható.

Fröhlich dolgozatához kiegészítésképpen csatlakozik *Kyrle* és *Planner* közleménye. A szerzők a miriont igen nagy anyag-klinikai szempontból vizsgálták. Ők is egyelőre igen nagy haladásnak tartják a mirion felfedezését és e megállapításukat elsősorban *Fröhlich* pharmacologiai vizsgálataira (jodfelhalmozódás a syphilitikus szövetekben), továbbá a *Jarisch-Herxheimer-féle reactio* létrehozhatóságára, valamint a negatív Wassermann-reactiót adó latens lues-eseteknek provocatio által való befolyásolására alapítják.

Igazi therapiás eredményekről nem kapunk sok adatot. Igaz ugyan, hogy gyógyító kísérleteik legnagyobb részében jó

¹ Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 10. szám.

² Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 10. szám.

³ Megjegyzés a *correctura* alkalmával. Jelen dolgozat már régebben be volt adva, a mikor *Urbán* közlése (Gyógyászat, 1921, 42. szám) a mirionnal végzett kísérletekről megjelent. A szerző adatai lényegileg egyeznek a mi adatainkkal, közleményére ezért külön kitérnünk nem szükséges.

therapiás hatást érték el, de ezekben az esetekben a miriont salvarsannal kombinálták. Arra nézve, hogy a mirion egy-magában mint antisiphiliticum milyen hatású szer, csak rövid adatokat nyerünk a szerzőktől. E tekintetben azt tapasztalták, hogy egymagában adva a miriont, az a genitalis papulákat átlag négy hét után visszafejleszti s hogy ehhez átlag húsz injectióra van szükség (a 5 cm³).

A miriont csak salvarsannal kombinálták, soha kéneső-vel, mert a kéneső katalyzáló hatását nem kívánták az ugyan-csak katalitikus úton ható mirionnal összehozni. Tapasztalatuk eredményeként Kyrle és Planner kiemelik, hogy benyomásuk szerint salvarsannal kombinált mirion-kezelés a gyakorlat szempontjából jó és sokat ígérő.

Bármily értékesek és fontosak lehetnek is a fentemlített megállapítások, mi a magunk részéről másként állítottuk fel a kérdéseket akkor, a mikor a mirionról mint új antisiphiliticumról kell bírálatot mondanunk. Mert ne felejtjük el, hogy egy antisiphiliticum nevet méltán viselő szernek első-sorban a következő három követelménynek kell eleget tennie: 1. A klinikai tüneteket gyorsan mulasztja-e el? 2. A spirochaeták meddig mutathatók ki a syphilitikus tünetekben (például papulák). 3. A pozitív Wassermann-reactiót negatívvá teszi-e? A gyakorlat szempontjából ez a fontos s így első-sorban ezt vizsgáltuk. A jodnak a syphilitikus szövetekben való felhalmozódása, a Jarisch-Herxheimer-reactio felidézése, mind igen érdekes jelenségek bár, de legfontosabb kérdéseink feltevésében már csak azért sem lehettek reánk nagy hatással, mert a jod nemcsak a mirion segítségével halmozódik fel a különböző kóros szövetekben (lásd alább) s mert a Jarisch-Herxheimer-reactio nemcsak a mirionnak, mint jod-készítménynek a következménye, hanem más, esetleg nem is antisiphilitikus készítménynek; a reakciónak színhelye pedig a luesen kívül egyéb bántalom (például lupus erythematosus) is lehet (Finger).

A lueses betegek aggodó érdeklődése egy új szer iránt oly végtelenül felcsigázott — főként ha azt (elégé hely-telenül) a napisajtó útján is hallják dicsérni —, hogy a betegek iránt való kötelesség a kérdés mélyére járni és meg-állapítani, hogy valóban hatásos szer-e az ajánlott antisiphiliticum vagy nem.

A mirion sötét-sárga színű, áttűnő folyadék, kissé jodo-form-szagú. Íze körülbelül olyan, mint a jodkaliumé. Gyen-gén savi vegyhatású. Jodtartalma 1.7%. Ha AgNO₃-mal hozzuk össze, túrócsapadék keletkezik — AgJ —, mely salétromsavban vagy (H₄N)OH-ban nem oldódik. Néhány csepp salétromsavval savanyítva és chloroformmal össze-hozva, lilaszínű reactiót ad. Ha valamilyen oxydáló anyagot adunk hozzá, például H₂O₂-t és utána keményítő-oldatot, sötét-kék színeződés jön létre.

Gyógyító hatását friss manifest tünetes syphilis esetei-ben vizsgáltuk, mert első-sorban erre akartunk feleletet kapni. Ide tartoznak az exulcerált gummosus folyamatok is, a melyek gyógyulása szinte a szemünk előtt játszódik le. Ezenkívül Kyrle és Planner ajánlására oly eseteket is kezeltünk, a hol a miriont neosalvarsannal kombináltuk. Egy további csoport-ban a mirion provocativ hatásának tanulmányozása céljából latens lues-eseteket vizsgáltunk.

A mirion-injectiók teljesen fájdalomtalanok, jodismust sohasem okoznak. Javára írható a szernek, hogy alkalmazása mellett általában kellemetlen mellékhatásokat nem észleltünk, noha ezt a csekély jodtartalmának köszöni.

A tisztán mirionnal való kezelésre kísérleteink céljá-nak megfelelően főképp papulo-maculosus exanthemás és condylomás (secundær stadiumban levő) betegeket válasz-tottunk. Átlag naponta 5 cm³-nyit injiciáltunk, átlag 100 cm³ össz-mennyiségben. A papulák beszűrődöttsége tapasztalatunk szerint alig változott, csak azt láttuk, hogy a 15.—20. in-jectio táján a nedvedző genitalis papulák némileg behámo-sodtak, a mi azonban a kórházban kötelező napi tisztálkodás által elősegített, spontán visszafejlődés eredménye is lehet.

Ez esetekben localis kezelést nem alkalmaztunk. A 20. injectio után minden esetben át kellett térni a rendszeres —

már bevált — kezelésre, már csak azért is, mert a betegeket nem hagyhattuk ennyi ideig tünetes állapotban. De külö-nösen az irányított bennünket a mirionnal való további kísér-lezés beszüntetésére, hogy a betegek papuláiban a 20. in-jectio után is élő spirochaeták voltak kimutathatók (Dunkel-feld). A Wassermann-reactio kivétel nélkül pozitív maradt. A tisztán mirionnal kezelt syphilis-esetekben további tapasztala-tunk az, hogy a papulo-maculosus exanthemák csaknem tel-jesen változatlanul fennállanak a 15. mirion-injectio idején, sőt később is, csak kissé tompább színűek.

Álljon itt példának egy kiragadott körtörténet:

K. J. 18 éves, háztartásbeli leány. Felvételtett 1921 április 7.-én. Eddig még semmiféle kezelésben nem részesült. Status praesens: Ad maximum elszaporodott hypertrophizált papulák a külső nem-i szer-veken és a végbél körül. Nagyelemű papulomaculosus syphilid a köz-takaron. Wassermann-reactio: ++++ pozitív. Spirochaeta-lelet pozitív. Therapia: mirion-injectiók. 1. injectio április 8.-án 3 cm³ mirion intramuscularisan. 2. injectio április 9.-én 5 cm³ mirion intramus-cularisan. A beteg teljesen reactionmentes.

Április 10.-étől 27.-éig bezárólag naponta kapott 5 cm³ miriont, azaz összesen 98 cm³-t (20 injectiót). Április 27.-i állapot: A kiütések a törzsön teljesen olyanok, mint a felvételtkor, csak kissé halványabbak, tompább színűek. A külső nemiszerveken levő condylomák egyike-másika kevésbé elevált. Egy papulából vett „Reizserum“-ban tömördek spirochaeta pallidát találtunk. Wassermann-reactio: ++++ pozitív. Ezek után rendszeres kéneső-neosalvarsan-kezelésre térünk át.

Ezen sikertelen kísérletek láttára a Kyrle és Planner által ajánlott kombinált kezelést (mirion + neosalvarsan) vettük sorra. Tapasztalatunk szerint ily kezeléssel a tünetek kellő időben úgy múlnak el, mint azt tisztán neosalvarsan-kezelés nyomán szoktuk észlelni. Megerősíthetjük a szerzők azon tapasztalatát, hogy a mirion + neosalvarsan nehezebben változ-tatja negatívvá a Wassermann-reactiót, mintha a neosalvarsant kénesőkezeléssel kombináljuk. Kétségtelen, hogy a tünetek aránylag gyors elmúlása, valamint a spirochaeták elpusztulása a neosalvarsan hatásához van kötve. A szerzők azt is állítot-ták, hogy a már seronegativvá vált esetek nehezebben válná-nak pozitívvá, mint egyéb gyógykezelések után; e nézethez sajnos, szintén nem csatlakozhatunk, mert voltak mirion + salvarsannal kezelt eseteink, a hol tejinjectióval ismét posi-tivra fordíthattuk az előbb már negatív Wassermann-reactiót.

Az osztályunkra került néhány tabeses betegre is volt alkalmunk kiterjeszteni vizsgálatunkat. Sem objectiv, sem sub-jectiv javulást, sem pedig a szerzők által említett exacerbalását a lancináló fájdalomnak nem észleltük. E kérdésben már Wagner-Jauregg is (a Gesellschaft der Aerzte in Wien 1921 február 25.-i ülésén) nyilatkozott.

Át kell még térnünk arra a jelenségre, melyre szintén Kyrle és Planner hívja fel a figyelmünket, hogy szunnyadó latens lueses (negatív Wassermann-reactio) eseteket mirion-injectiókkal seropositívvá lehet tenni. Ezt elvéve mi is tapasztaltuk, noha a mirionnak antisiphiliticum voltát ezzel legtávolabbról sem lehet bizonyítani, hiszen akkor például a tejet, a typhus-oltóanyagot, a terpentint stb. is antisiphiliti-cumnak tekinthetnők, mert provocativ hatást ezekkel az anya-gokkal is el tudunk érni.

A mint egy szernek provocativ hatása nem bizonyít anti-siphiliticum volta mellett, épp úgy a Herxheimer-reactio fel-idézését sem tekinthetjük bizonyítéknak egy specificum elbírálásakor. Ez a tünetcomplexum is épp úgy, mint a provo-káló hatás, más szerekekkel és egyéb bőrbajok esetén is létre-jöhet. Oppenheim⁴ közleményében olvassuk, hogy a Jarisch-Herxheimer-reactio létrejön fajidegen fehérjének (például tej, tuberculin, arthigon stb.), terpentinnel befecskendezése után, sőt osztályunkon végzett kísérleteinkből láttuk, hogy fém-es anyagoknak (például electrargol stb.) intravenás befecskende-zése után is Jarisch-Herxheimer-reactio jelentkezik. Oppenheim a Jarisch-Herxheimer-reactiót egyéb bőrbajokban is, így psoriasis vulgaris, lupus erythematosus, lichen scrophulosorum eseteiben, látta mirion befecskendezése után. Hasonló jelen-ségekről számolt be Finger,⁵ valamint salicylsavval végzett kísérleteiről psoriasis esetében O. Sachs is. Salvarsan befecs-

⁴ Wiener klinische Wochenschrift, 1921, 23. szám.

⁵ Gesellschaft der Aerzte in Wien 1921 február 25.-i ülése.

Phytin

Szabadalmazva.

Név törv. védve.

A zöld növény phosphortartalék-
anyaga. Tartalmaz kb. 22% szer-
vesen kötött, assimilálható
phosphort.

Erőshatású, ártalmatlan phos-
phormedicatio kellemes alakban.
Tabletták — granulák — capsulák
— ostyák — cseppek.



Gesellschaft für
Chemische Industrie
in Basel. Pharm. Abt.

Magyarországi képviselő:
Jakitsch János, Budapest, Wahrmann-u. 13

Járványoknál (például SKARLÁTNÁL) nélkülözhetetlen házi desinfiolens.

MAGNOL

Stabilizált tiszta, bázikus magnésiumhypochlorit 30% aktiv chlor-
tartalommal.

Kiváló szaktekintélyek szerint a **0.25%-os Magnololdat**
felülmúlja fertőtlenítő hatásában a 0.1%-os sublimat-, a
3%-os karbol-, a 3.2%-os hydrogensuperoxydoldatokat.

Teljesen veszélytelen, mérgezést sohasem okozhat.

A Magnol-tabletták segítségével készül az oldat, mely
változatlanul eltartható, sőt fölmelegíthető. Laikusok kezébe
adható, ami **járványos időkben** rendkívül fontos.

Rp. Magnol tabl. (Chinoin)
phiol. orig.

DS. Fertőtlenítő oldat készítésére.

A Magnol pulvis hintőpor és kenőcs készítésére szolgál.
Az orvos rendel: „Magnol c. acid. boric. vagy natr. hydrocarb.”
A gyógyszerész készít: Magnol 3.0 + acid. boric. (vagy natr. hydro-
carb.) 7.0.

Rp.
Magnol c. acid. boric.
vagy natr. hydrocarb. 10.0
DS. Torokbefúvásra.

Rp.
Magnol c. acid. boric. 20.0
Talc. venet. 80.0
MDS. Sebhintőpor.

Rp.
Magnol c. acid. boric. 10.0
s. 20.0
Vaselin flava ad 100.0
DS. Kenőcs.

stb.

Ismeretessel és irodalommal **CHINOIN** gyógyszer és vegyészeti ter-
készséggel szolgál a mékek gyára r.-t. Ujpest

FISCHER PETER és TÁRSA R.-T.

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

Fiókházak: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körut 8.
Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben,
betegápolási cikkekben. Művégtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19—24.

BONIJOD

Tablettánként 0.05gr. jod.
arteriosclerosis stb.

GUAJAGLOBIN

Tablettánként 0.05gr. guajacol.
Tuberculosis stb.

GARAY SAMU és TÁRSA

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

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

NERVINOLBARABÁS

SEDATIVUM — ROBORANS

Indicatiói:

Alkalmazzák:

Hysteria	Epilepsia	Belgyógyászok	Gyermekegyógyászok
Neurasthenia	Chorea	Ideggyógyászok	Klinikák
Reconvalescentia	Marasmus	Nőgyógyászok	Kórházak
Anaemia			Szanatoriumok

Napi adagja három evőkanál.

Irodalom: Dr. Frey „Budapesti Orvosi Ujság” 1906 február 15.
Dr. Hajós „Budapesti Orvosi Ujság” 1908 április 15.

Főraktár: II. Rákóczi Ferencz gyógyszerár vegyészeti
laboratóriuma, Budapest, VIII., Rákóczi-út 25

Olcsó és megbízható, oldható arsenhiganyalicilat-készítmény.
Biztosan ható antilueticum.

Egy 2 cm³-es adagban 2 cg higany és 1.2 cg arsen!

Intrasol

Intramuscularis befecskendezésre és
intravenosus alkalmazásra, esetleg
salvarsannal kombinálva.

Intrasol c. anaesth.

Csak intramuscularis befecskendezésre.

Forgalomban van 10 ampullás dobozokban és
50 „ kórházi csomagolásban.

CHINOIN

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r. t.
UJPEST.

SANGUIFERIN DE PALLAY

CELIxIRIUM • FERRI • ALBUMINATI • POLLATSEKO
• SEU • COMBINATIONES:
C. ARSENO-MITE • C. ARSENO-FORTE • C. PHOSPHORO
TONICUM • HAEMODYNAMICUM
NEUROTICUM • STOMACHICUM • ROBORANS.

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

PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R-T BUDAPEST
VÁRADOR U. 30

MIRION

Uj specifikus antilueticum!

SYPHILIS
minden stadiumában
alkalmazható.

Forgalomban:

Az orvosi gyakorlat részére:

Dobozokban 5 és 10 darab 1, 2 és 5 ccm.-es ampullákban.

Kórházak részére:

Üvegekben 50 és 100 ccm.-es adagokban.

Kapható minden gyógyszerertárban.



MAGNOSPIRIN BALLA

(Tabulae magnesii acetylosalicylici Bella.)

Egy tablettá tartalmaz 0.05 magnesium és 0.45 acetylosalicylt.

Klinikailag kipróbált

antipyreticum, analgeticum és antirheumaticum.

Semminemű kellemetlen mellékhatása sincs. Valamennyi influenza-esetben, de főleg a neuralgiás és rheumatikus jellegűekben, feltétlen sikerrel alkalmazható.

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

Csakis tablettá alakban valódi.

Balla Sándor és Tsa, gyógyszerészeti laboratorium, Budapest, VII.

Tonico sedativum

KLINIKÁK,
KÓRHÁZAK
ÁLLANDÓAN
HASZNÁL-
JÁK



RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST X.

Organotherapiás készítmények

A belső secretiós mirigyek összes hatóanyagait tartalmazzák. — Belső adagolásra a tabletták, injektiós kezelésre az extractumok szolgálnak, amelyek teljesen toxin- és fehérjementesek.

TONOGEN

a mellékvese hatóanyaga (solutio 1:1000).

Belsőleg:

Tabl. Thyreoideae
Tabl. Thyreoideae c. Jodo
Tabl. Hypophysis cerebri
Tabl. Ovarii
Tabl. Mammae
Tabl. Testiculi
Tabl. Pankrini
Tabl. Thymi

Injekciós kezelésre:

Glanduitrin
Glanduovin
Extr. Thyreoideae steril.
Extr. Thymi steril.
Extr. Placentae steril.
Extr. Corporis lutei steril.
Extr. Mammae steril.
Extr. Testiculi steril.

Chloramin-Heyden

p-Toluolsulfonchloramid-Natrium.

Változatlan, tartós, vízben könnyen oldható szilárd anyag.

Intensiv antiseptikus hatás.

A granulatiót erősen serkentő és epidermizáló hatással.

Alkalmazás: $\frac{1}{2}\%$ -os hidegvizes oldatban a kezek fertőtlenítésére és mint kötözővíz fertőzött sebek és torpid granulációs területek kezelésére;

$\frac{1}{4}\%$ -os melegvizes oldatban seb- és testüregek kimosására, különösen gennyes genitális folyásoknál;

$\frac{1}{10}$ – $\frac{1}{8}\%$ -os melegvizes oldatban hólyagmosásokhoz.

Papírlemez-dobozok à 100 és 1000 g.

Irodalom: Dobbertin, Münch. med. Woch., 1921, 14. sz., 478. old.
Dold, Münch. med. Woch., 1921, 14. sz., 431. old.

Caseosan

Steril caseinoldat „Heyden“.

A parenteralis proteintesttherapiához.

Subcutan, intramuscularisan és intravenásan alkalmazható.

Dobozok 10 ampullával à 1 ccm.

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm.

Klinikai csomagolások: Dobozok 100 ampullával à 1 ccm.

Electrocollargol

Villamos porlasztás által előállított steril

kolloidalis ezüstoldat

kiválik az ultramikroszkopos fémrészecskék rendkívüli finomságával; innen a katalytikus erő, az adsorptiós képesség és a fejlődésgátló hatás fokozódása.

Intramuscularis és intravenosus befecskendezések alakjában a fertőző bajok chemotherapiás leküzdője.

Electrocollargol (0.06%, Ag) és

Electrocollargol concentr., 10-szeres (0.6%, Ag)

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm.

Embarin

Használatra kész steril vizes oldata a mercurisalicylsulfon-savas natriumnak acoin hozzátételével. 3% Hg.

Erősen ható

antisiphilicum

intramuscularis és subcutan injectiók alakjában.

A befecskendezéseket jól tűri, fájdalmakat nem okoznak.

Embarin acoin-hozzátétel nélkül intravenás befecskendezések számára.

Mindkét készítmény

dobozokban 10 ampullával à 1 ccm.

és 6 ccm.-t tartalmazó üvegekben.

Klinikai csomagolások: Dobozokban 100 ampulla à 1 ccm.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.



Vas — fehérje — phosphor

Fersan-por.

(25, 50, 100 gr.)

Fersan-tabletták.

(0.25 és 0.5 gr.)

Brom-Fersan-tabletták.

(0.1 natr. brom.)

Jod-Fersan-tabletták.

(0.1 kal. jod.)

Arsenliquo-Fersan.

(Arsen és glycerophosphat.)

Fersan-cacao.

(20% Fersan.)

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszer-tára

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszer-tárban.

Orvosi Irodalom és minta kívánatra ingyen.

Dr. Egger Leó és Egger J.

gyógyszer-vegyészeti cikkek gyára, Budapest VI., Révay-u. 12

ajánlja

TABLETTAE EGGER

sorozatból következő tablettá-készítményeit:

Tablettae Egger Atropinum sulf. 1/3 mg.

„	„	Calcium chlorat. cryst. 0.10
„	„	Carbo animalis 0.25
„	„	Chinidin sulfur. 0.20
„	„	Codein hydrochlor. 0.01, 0.02 és 0.03
„	„	Codein phosphoric. 0.01, 0.02 és 0.03
„	„	Hexamethylentetram. 0.50
„	„	Kal. hypermang. 0.10
„	„	Opium 0.01 és 0.025
„	„	Phenacetin 0.25 és 0.50
„	„	Pil. Bland. 0.25 c. sacch. obduct.
„	„	Pil. Bland. 0.25 c. acid. arsenic. 0.001 sacch. obduct.
„	„	Pil. Rhei composit.
„	„	Salol 0.50
„	„	Santonin 0.025
„	„	Santonin 0.025 c. Calomel 0.025

Emulsio ol. jecor. Dr. Egger

háború előtti minőségben újból kapható.

Nélkülözhetetlen minden orvosi ténykedésre nézve

Az ultraviolett-therapia kiváló therapeutikus eredményeit, melyek a Künstliche Höhensonne — Original Hanau — rationalis alkalmazásával érhetőek el, még nem használták ki mindenütt. Az 1913 óta állandóan használt, több mint 18.000 készülék útján elért tapasztalatok és több mint 800 egyetemi tanár és egyéb szerzők publicatiói szerint a

Künstliche Höhensonne
— Original Hanau —

**mint
biztos
gyógyszer**

rachitisben
skrofulosisban
sebészi tuberculosisban
görvélykóros
szembajokban
lupusban
hajkihullás ellen
számos dermatosis ellen
furunkulusok ellen

**mint felül-
múlhatatlan
roborans
és adjuvans**

tüdőtuberculosisban
lábbadozóknak
vérszegénység és
sápkórságban
kimerültségi állapotokban

**mint magas
értékű új
gyógytényező**

syphilis kezelésében
perichondritis és
középfülgyulladásban
otitis externában
myringitisben
sebkezelésben

Minimalis áramfogyasztás. Magas rentabilitás.

A Quarzlampengesellschaft m. b. H., Hanau, Filiale Linz an der Donau. Postfach 435 eredeti gyártmánya. Irodalommal, költségvetéssel, rentabilitás-kiszámításokkal, prospektusokkal és tanácsokkal készséggel szolgálunk. Képviselőnk szívesen hajlandó közvetlen kívánságra minden kötelezettség nélkül költségmentesen tiszteletét tenni.

kendezése után hasonló jelenségek jönnek létre lichen ruber planus, psoriasis, lupus vulgaris eseteiben (Finger), mely betegségeket nem a spirochaeta pallida okozza. Ezen betegségeken sem szerepel a salvarsan mint ezen betegségek specifikuma, hanem a gyulladásos szövetekben a lobos folyamat az injiciált salvarsan hatására exacerbál. Ez a hyperaemizáló hatása a salvarsannak csak intoxicációs jelenség (Finger, Pinkus, Blaschko, Wolff, Mulzer). A gyulladásos szövetek a szervezetbe jutó idegen anyagokat fokozottabb mértékben halmozák fel (Bier-féle Heilentzündung). Ilyen anyagfelhalmozást tehát nemcsak mirion befecskendezése után tapasztalhatunk. Részben ezen alapszik az izületi bántalmaknak salicylsavval, szintúgy a malariának chininnel való gyógykezelése. A jod is nem csupán lueses szövetekben halmozódik fel, hanem lerakódik például a rákos szövetekben (Jess,⁶ Riehl⁷), lupusos és tuberculosis folyamatokban (Pfannenstiel) és ezen lerakódást még jobban fokozhatjuk, ha a kóros területet radiumhatásnak tesszük ki,⁸ vagy Röntgennel besugároztatjuk (Stepp, Jess).

A mirionról tiszta képet akarván nyerni, hogy objectív bírálatot mondassunk róla, a szervezetből a vizelet útján való kiválasztását is megvizsgáltuk. E vizsgálatot a Struve-féle colorimetriás módszerrel végeztük. 5 cm³-t injiciáltunk a mirionból és összehasonlításkeppen azt vizsgáltuk, hogy ha 1 gr. jodkaliumot per os fogyasztatunk el a beteggel, milyen mennyiségben és milyen időben jelenik meg a jod a vizeletben. Colorimetriás skálát állítottunk össze, a hol öt kereszttel (++++) jelöltük a legerősebb positivitást. Vizsgálataink eredményeként láttuk, hogy ha a szervezetbe 1 gr. kalium jodatut vizsunk be, akkor annak kiválasztása az elfogyasztás utáni első órában kezdődik (+), az ötödik órában éri el maximumát (++++), azonban még 72 óra múlva is gyenge nyomokban kimutatható. Ezzel szemben 5 cm³ injiciált mirion kiválasztása csak a második órában kezdődik, ugyanakkor éri el maximumát (++) is, hogy azután néhány óra múlva végleg eltűnik. Elméletileg ezt úgy magyarázzák, hogy a mirion jodja deponálódik és erre vonatkozó kísérletei Fröhlich-nek azt látszanak bizonyítani, hogy a mirionból relative több jod deponálódna, mintha egyéb jodsókat juttatunk a szervezetbe. Theoretice eredmény ez, de a gyakorlat számára a mirion feltalálásával egy új „gyógyszer” birtokába kellene jutnunk, egy oly szer birtokába, amely a spirochaeta pallidát elpusztítja, a tüneteket gyorsan visszafeljeszti és a mely szer a serumreactiót is negatívvá változtatja. Ez a kíváncsi, mint a fentebbiekből kiviláglik, egyáltalában nem nyer megoldást.

Összefoglalva kísérleti eredményeinket: a miriont alkalmatlan szernek tartjuk a lues tünetes szakában, mert ismétljük, hogy egy használható antisiphiliticumnak a következő három feltételnek kell megfelelnie:

1. a klinikai tüneteket gyorsan fejlessze vissza,
2. az élő spirochaeta pallidákat minél előbb pusztítsa el a syphilises nyilvánulásokban,
3. a syphilis serumreactióját kedvezően kell, hogy befolyásolja.

A Jarisch-Herxheimer-reactio nem lehet egyedül egy specificum indicatora, mert ez más betegségeken is létrejöhet.

Egy olyan szernek intensív hatásáról pedig nem beszélhetünk, a melylyel hatást csak úgy tudunk elérni, ha egy már kipróbált és erőlyesen ható más szerrel (salvarsan) kell alátámasztanunk.

Egyébként a mirionnak a gyár által kiemelt különös tulajdonságaira vonatkozólag az a megjegyzésünk, hogy tapasztalatunk szerint a mirion valóban nem mérgező hatású. Az intramuscularis injectiók teljesen fájdalomtalanok s az injectiók után hőemelkedés vagy láz nem jelentkezik. A csekély jodtartalmát a mirionnak már csak hatástalansága miatt is elismerjük, így tehát jodismus nem mutatkozhatik.

Azt tehát, hogy a mirion hatásos antilueses gyógyszer volna, teljesen kétségbe kell vonnunk, a mit a fentebbi adatainkra való hivatkozással — azt hisszük — nem kell ismételve igazolnunk.

⁶ Münchener medizinische Wochenschrift, 1921, 11. szám.

⁷ Münchener medizinische Wochenschrift, 1921, 21. szám.

⁸ Schramek: Wiener klinische Wochenschrift, 1914, 4. szám.

A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének IV. nagygyűlése.

Ismerteti: Országgh Oszkár dr., I. titkár.

(Vége.)

Benedict Henrik „Paratuberculosis tünetek, metatuberculosis kórállapotok” címen tartott előadásában mellőzendőnek tartja a paratuberculosis szó használatát, ellenben fenn tartja a paratuberculosis tünet jelentőségét. A secundaer generalizált és hyperergiás tuberculosisban a túlérzékenység más ártalmak iránt is fennáll és az ezek által okozott kórtünetek, például a phlyctaena, paratuberculosisnak nevezhetők. A gümös rheumatismus köréhez tartozó elváltozások ismertetése után valószínűnek nyilvánítja, hogy sok kórkép különböző kórokozók interferenciájának köszöni életét.

Metatuberculosis állapotok alatt a gümőkóros fertőzés következményeképp létrejött parenchyma-sorvadást, elfajulást, hegeképződést érti, miután maga az infectio már hatályát veszítette. Bár előfordul, hogy a szervezet más helyén még igazi gümőkóros elváltozások vannak jelen, ezek azonban már nem determinálják a beteg sorsát. A későbbi évtizedek sok rokkantsága és aránylag korai elhalálása ily betegek sorából kerül ki.

Id. Somogyi István említi, hogy görvélykórosok vérében Hollaender egy sporozoont talált. A görvélykór kalium stibiotartaricum intravenás befecskendezésével gyógyítható volt és azt a tuberculosis és a lymphocytozoön symbiosisára vezeti vissza.

Gergely Jenő „Harcztéri traumás eredésű tüdőbajok” címen tartott előadásában nagy katona-anyagon szerzett tapasztalatait ismertetette. Sok tünetmentes tuberculosisist talált, a traumás körelőzményű tüdőfolyamatok egy része régi tünetmentes tuberculosis volt, mely sokszor kiterjedésénél fogva sem lehetett kapcsolatos a rövid idővel ezelőtt elszenvedett sérüléssel. Tizenhét eset közül csak háromban volt a gümőkór traumás eredete több-kevesebb biztonsággal felvehető.

Gergely Jenő tüdőgümőkórosokon észlelt gyomorbántalmakról tartott előadásában az an- és subaciditásnak nemcsak a progrediált esetekben való gyakoriságát említi. A gyomortartalom savértékének számszerű értékelését túlzottnak tartja, minthogy alacsony savértékű egyének panaszmentessége mérsékelt fokozódásra megszűnik és hyperaciditásos tünetek válnak észlelhetővé. A betegek tekintélyes hányadában a gyomorbántalom ideges alkat következménye. A vagotoniás betegek panasa és fogyása nem volt befolyásolható.

Kováts Ferencz (Szeged) hozzászólásában rámutat a 20%-os calciumchlorat-oldat 2½ cm³-ének kedvező hatására.

Kentzler Gyula a tuberculin-therapiáról tartott előadásában kifejti, hogy a tuberculin-kezelésnek legalább is annyi jogosultsága van, mint a gümőkór ellen alkalmazott egyéb gyógyeljárásoknak. A tüdőbeteggondozóban kezelt oly 700 esetet ismertet, melyben az eredményt az életviszonyok kedvezőtlen volta miatt csakis a tuberculinnak lehetett tulajdonítani. Három éven át tartó észlelés folyamán megállapította, hogy 24-14%-ban teljes gyógyulás, 17-1%-ban a betegség rosszabbodása volt megállapítható. Rosszabb eredményt általában a kezelés kezdetén látott, midőn az indicatio fellállításában nem járt el kellő óvatossággal. A tuberculint nem alkalmazza negativ anergiás és hypergiás esetekben és positiv anergia és hypergia állapotában. A feltétlen individualizálás híve és kerüli a túlérzékenység felkeltését. A kezelés célja a szervezetnek positiv anergiás állapotba való juttatása, ezért a szervezet immunobiologiai ellenőrzését és a specifikus kezelésnek több cyclusban való folytatását szükségesnek tartja. A tuberculin alkalmazását az esetek kellő megválogatása után ambulanter is ajánlja, nagyobb tömegek assanálására azonban nem tartja alkalmasnak.

Kováts Ferencz (Szeged) „A specifikus kezelés a tuberculosis különböző szakáiban” című előadásában a specifikus kezelés nagy jelentőségét hangsúlyozza. Már az intoxicációs tünetek jelentkezésekor kezdi a kúrát és I. K.-t ad mind addig, míg a beteg tünetmentessé válik. Ennek bekövetkezése

esetén a kezelést ATO-val folytatja. Ha a beteg I. K.-ra nem reagál, akkor az endokrin mirigyekben organikus elváltozások is vannak. Ilyen esetekben az ATO-t ajánlja.

Somogyi István a *gümőkór specifikus kezelését* ismerteti a *Hollaender-féle prognostikai index alapján*. Az index adatai a klinikai lefolyásnak megfelelőek. Minél erősebb a serum-reactio, annál gyengébb és annál rövidebb ideig tart a cutan-reactio, mely utóbbinak nagy prognostikai jelentőséget tulajdonít.

Csépai Károly „*Tapasztalataink a Friedmann-féle szerrel*” című előadásában 34 esetről számol be, a megfigyelés tartama 1—16 hónap. A szernek káros hatását nem észlelte. A 34 esetből 4-ben a befecskendezés helye megpuhult és áttört. Lázreakciót két ízben észlelt. Tapasztalatai szerint a Friedmann-szer alapján véve közömbös a tuberculosisra nézve, az észlelt javulások és rosszabbodások pedig pusztán azon részben ismert, de jórésztben még ismeretlen tényezőkkel függnek össze, melyek megszabják a gümőkór jó- vagy rosszindulatú lefolyását.

Marberger Sándor Friedmann-féle szerrel kezelt 22 betege közül 9-et (nyak-lymphoma, spondylitis cervicalis, caries, urogenitalis gümőkór stb.) mutat be. Rosszabbodást, káros hatást nem észlelt. A bemutatott esetek támpontot nyújtanak arra, hogy a Friedmann-féle szernek specifikus gyógyhatását feltételezzék.

Gáli Géza (Gyula) a tuberculin-therapia javallata tekintetében zsinórmértékül a Ranke-féle stadiumbeosztást ajánlja. Az I. és II. szakban helyesli a tuberculin-kezelést, phthisis ellen azonban csak kivételesen, inkább az átmeneti alakok ellen tartja megkísérélhetőnek. A tuberculin-kezelés eredményeit nem szabad túlozni. A tuberculinnal a népbetegséget leküzdeni nem lehet, a küzdelem súlypontja a specialis hygienén nyugszik, a mely áldozatokat kíván az államtól és a társadalomtól egyaránt. E küzdelmet nem szabad megbénítani oly ígéretekkel, melyeket a tuberculin-kezelés beváltani nem tud. **Marberger** eredményeit azzal magyarázza, hogy azokat sebészi tuberculosis eseteiben érte el.

Országh Oszkár: A praecipitin-reactiónak Hollaender-féle methodusát az eddigi közlemények teljesen megbízhatatlannak nyilvánították. Oly adatokat, melyek az értékét elismernék, mindeddig nem közöltek. **Somogyi** megállapításai ellenkeznek a cutanreactiót illető ismeretekkel, a mennyiben a cutanreactio tartós volta a legjobb indutató tüdőfolyamat mellett szól. A Friedmann-féle oltással nem foglalkozott, azonban betegei között több volt olyan, a kin az oltások nem bizonyultak eredményesnek.

Holló Gyula a Hollaender-féle reactiót a már régebben értékeltenek vallott praecipitin-reactio hibás technikával való felújításának tartja.

Somogyi István megemlíti, hogy a Hollaender-féle prognostikai index kérdésével több külföldi intézetben foglalkoznak, azonban a szakirodalomban erről közlés nem jelent meg. A serumreactiót a tuberculin specifikus hatására vezeti vissza. Tartós cutanreactio esetén előfordulhat, hogy a vizsgált egyén seruma antitesteket nem tartalmaz. Lehetségesnek tartja, hogy az antitesttiter emelkedése folyamán a Pirquet-reactio gyengül.

Kováts Ferencz (Szeged) hangsúlyozza, hogy a jelenlegi rossz gazdasági viszonyok között a hygienés-diaetás gyógy mód nem lehet a kezelés gerincze. A könnyű megbetegedésekben a specifikus kezelés abszolút értékű. A súlyos esetek e kezelésre nem alkalmasak, legfeljebb az I. K. alkalmazását lehet megpróbálni.

Okolicsányi-Kuthy Dezső „*Újabb tapasztalatok a mesterséges légmellkezelés körül*” címmel ismerteti a tüdővész gázkezelésének általa alkalmazott technikáját. A Forlanini-eljárás végzésekor a vízmanométeren legalább 6 cm. kilengésnek kell mutatkoznia, ha összenövés áll fenn, a belégzés megnehezítésével fokozza a mellüreg szívó erejét s a kilengés nagyságát. Csak a kilengés észlelése után bocsát be gázt a mellüregbe, incidenst nem észlelt. Az előadó a bebocsátott gáz adagjait mérsékeli és a befúvásokat ritkábban alkalmazni igyekszik. Lázgörbék bemutatásával igazolja, hogy a külföldön adagoltaknál jelentékenyen kisebb gázdosisok sem hatástalanok. E kimélőbb, mitigált kezelés súlyos és már nem teljesen egyoldali phthisis eseteiben indikált és bilateralisan is alkalmazható. Két esetet ismertet, melyben meglepő sikert látott kétoldali pneumothorax létesítése után. Ily módon elég gyakran sikerül gyógyszerekre már nem reagáló, infaust betegen tartósabb javulást elérni.

Pekanovich István: *A tüdőbetegek munkatherapiájáról*. Az előadó szerint a tüdőbetegek a hosszas szanatóriumi és kórházi kezelés után eltunyulnak s testileg-lelkileg egyaránt csökkent munkaképességgel térnek vissza az életbe. Azért

szükségesnek tartja, hogy az intézetben ápolott betegek ne csak szórakoztatásból, hanem munkaképességük megőrzése és fokozása céljából systematikusan „adagolt” munkával is gyógyíttassanak. Különös fontosságot nyer a munkatherapia alkalmazása a mai nehéz megélhetési viszonyok mellett, mikor minden munkás- és dolgozó kézre szükség van. A kérdésnek nemzeti gazdasági jelentőséget tulajdonít és ezért a munkatherapia alkalmazásának minél szélesebb körben való elterjesztését tartja szükségesnek, különösen a hazai népszanatóriumokban, a hol a betegek munkájukkal az intézmény fenntartásához is nagyban hozzájárulhatnak. Kitér részletebben a munkatherapia indicióira és contraindicióira, hangsúlyozza, hogy alkalmazásakor szigorúan individualizálni kell. Szól a vérköpés és a testi munka összefüggéséről, tagadja, hogy a helyesen adagolt izommunka tüdővérzést okozna. Felsorolja a háború alatt és után végzett megfigyeléseit s arra az eredményre jut, hogy rendszeres munka után betegek úgy objective, mint subjectiv értelemben lényegesen javulást mutattak. Szól a therapia alkalmazása módjáról, a munkáért nyújtandó ellenszolgáltatás kérdéséről s arról, vajon a betegeknek nézve kötelező, vagy önkéntes legyen-e az intézeti munka.

Balla Imre (Debreczen) *krysolgannal kezelt mellüri empyema-esetekről* számol be. A krysolgan nevű aranykésztményből 5—20 cgr.-ot 20—50 cm³ vízben oldva fecskendez be a mellüregbe, miután a genyes exsudatumot teljesen lebocsátotta. A geny teljes lebocsátása a beteg fekvő helyzetében sikerül, ha az izzadmány nincs eltávolítva. Utóbbi esetben a lebocsátást a beteg ülő helyzetében végzi, miközben levegő befúvása a nyomás fokozása által elősegíti a geny kiürülését. A krysolgan befecskendezése után a hőmérséklet emelkedik, majd lytikusan esik. Az izzadmány szagtalanná és higabbá válik. Különösen előnyös a kezelés elgyengült és műtetre alkalmas gümőkóros betegeken.

Némái József figyelemreméltónak tartja, hogy a krysolgan-injectio egyes súlyos gégegümőkór-esetekben kedvező fordulatot idézett elő.

Polyák Lajos a *gégetuberculosis gyógyításáról direct úton* beszélt. Nagyon könnyen kezelhető operációs autotompos speculumot szerkesztett, mely gyorsan bevezethető és eltávolítható, alapos áttekintést enged a gége minden részébe és melyen keresztül tág látótér mellett jól alkalmazhatók az operatív műszerek, úgy hogy a gége kitakarítása és kauterezése jobban végezhető, mint az eddig alkalmazott eljárásokkal. Az eljárásnak másik nagy előnye, hogy tömegkezelésre alkalmas, egy ember 15—20 beteget operálhat meg egy délelőtti folyamán. Két év óta az Új Szent János-kórház orr- és gégebeteg-osztályán 63 esetben alkalmazták; ezek közül csak rövid ideig észleltek 10 esetet; a többi 53 eset közül 15 esetben a gége teljesen gyógyultnak látszik, az eredmény 13 esetben egy év lefolyta után is ellenőrizve lett.

Kellermann Emil „*A gümőkóros dysphagia gyógyítása direct úton*” című előadásában a Polyák-féle direct operáló speculum segítségével végzett sebészi kezelésről számol be. Alapos curettage-t és intensív galvanocautikát alkalmaztak és ezúton sikerült 35 dysphagiás beteg közül 24 esetben teljesen és végleg megszüntetni a nyelési nehézségeket, 9 esetben átmeneti javulást értek el és csak 2 eset kezelése maradt eredménytelen. Az eljárás magasan felette áll minden eddig ismert és használt ily célú gyógyító eljárásnak.

Pollatschek Elemér „*A gégetuberculosis kezelése szén-ívlámpa-fénnyel*” címen ismertette fénytherapiás kísérleteit. A gégetuberculosis gyógykezelésében a legjobb eredményeket eddig a sebészeti gyógykezelés adta. Erre azonban nem minden eset alkalmas. Az előadott kezelésmód, a mely az egész testnek hosszabb időn át ívlámpákkal való besugárztatásából áll, minden esetben elősegítette az egyidejűleg más módszerekkel is kezelt gégegümőkór gyógyulását. A kezelt esetek egy része gyógyult, nagyobb része javult, úgy hogy tapasztalatai alapján ezen kezelésmódot a sanatóriumoknak ajánlhatja.

Némái József meggyőződött *Polyák* eljárásának kiváló voltáról.

Kovács Ferencz (Szeged): *Pollatschek* előadásához szólva ismerteti *Schanz* vizsgálatait, a ki a napfénynek hatását az endokrin mirigyrendszerre és a serumalbuminokra mutatta ki. Felveti a kérdést, hogy a különböző fotokatalysátorok mennyiben volnának a fénygyógyítás céljára felhasználhatók.

Kellermann Emil zárószavában hangsúlyozza, hogy olyan esetekben is hasznosnak bizonyult a *Polyák*-féle műszer, mikor a gége-tükrő cserben hagyta.

Huber Rezső „A szemtuberculosisnak gyógyítása tuberculinnal” című előadásában közli, hogy az eddigi közlésekkel ellentétben a tuberculosis szem bajok gyógyításában a tuberculin specifikus hatását nem észlelte. A tuberculin nélkül kezelt esetek statisztikája úgy a kezelés időtartamát, mint a recidivamentességet illetőleg végeredményben nem rosszabb a tuberculinnal kezelt esetek statisztikájánál.

Morelli Gusztáv a gümőkórral összefüggésbe hozott nem gümős szájtünetek közül a circularis cariesről irodalmi adatok és saját vizsgálatai alapján kimutatja, hogy az nem a gümőkórral, hanem az angolkórral áll okozati viszonyban. A *Frédérique-Thompson* által leírt foghústünet pedig szintén nem a gümőkór, hanem az antiscorbut-vitamin hiányának jele és mint ilyen diéta útján gyógyítható.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

L. Casper: *Lehrbuch der Urologie*. III. Auflage. Wien-Berlin, Urban & Schwarzenberg. 602 oldal. Ára 100 márka.

Casper tankönyvének új kiadása jelentékenyen vaskosabb könyv alakjában jelent meg, mint az előző, bár alapanyaga és beosztása a régi. A könyvnek két fejezete bővült lényegesen, a functionális vesevizsgálatok és a nephritisek fejezete, melyeket az újabb kutatásoknak megfelelően dolgozott át a szerző.

A könyv elsősorban a tanítás céljait szolgálja és e célra a húgy-ivarszervek bántalmait a legszélesebb körben öleli fel, sőt a sexualis zavarokat is körébe veszi és így tanulókon kívül a gyakorlóorvos is eredményesen forgathatja, annál is inkább, mert írásmódja közvetlen és világos. Az urológiai sebészetben magasabb képzettséget kereső talán egyet-mást nem talál meg benne, a legújabb külföldi irodalom felhasználásában is bizonyos egyoldalúságot látunk; ezzel szemben a műnek kétségtelen legértékesebb részei azok, a melyekre Casper személyes tapasztalata és búvárkodása nyomta rá bélyegét.

Rihmer Béla.

Prof. Felix Klemperer: *Die Lungentuberkulose*. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg, 1920.

A ismert nevű szerző e meglehetősen subjective tartott könyvében lehetőleg rövidre fogva mondja el azt, a mit a tüdőgümőkór származásáról, felismeréséről és kezeléséről a gyakorlóorvosnak tudnia kell. Tehát nem a tanuló, hanem a gyakorlóorvos számára készült a könyv, s ez adja magyarázatát annak, hogy bizonyos dolgok talán kissé túlságosan mostoha elbánásban részesültek. A mi azonban a terápiát illeti, a melyre vonatkozó fejtegetések a könyvnek mintegy a felét teszik ki, sok megszívlelendőt és a gyakorlatban értékesíthetőt talál az olvasó a munkában, a mely illetéknéppen jó szolgálatokat tehet.

Új könyvek:

F. Müller: *Theoretische und klinische Pharmakologie*. Leipzig, G. Thieme. 34 m. — K. Birnbaum: *Kriminalpsychopathologie*. Berlin, J. Springer. 45 m. — W. Kühl: *Handbuch der Narkose und der Vorbereitung von Operationen*. Hamburg, W. Gentz. 25 m. — M. Mosse: *Pathologie und Therapie des hämolytischen Icterus*. Halle a. S., C. Marhold. 5-80 m. — L. Aschoff: *Über die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungenphthise*. München-Wiesbaden, J. F. Bergmann. 5 m. — J. Bauer: *Vorlesungen über allgemeine Konstitutions- und Vererbungslehre*. Berlin, J. Springer. 36 m. — O. de la Camp: *Das Übungsbedürfnis des menschlichen Herzens*. Freiburg, Speyer und Kaerner. 3 márka.

Lapszemle.

Belorvostan.

A diabetes tüneteinek kiváltásában a betegségek és psychés traumák szerepét élénken mutatja az az eset, melyet *Gerhardt* mutatott be a „Würzburger Aerzteabend” július 5.-i ülésén. A 28 éves férfi 1918-ban felkarlövés után diabetesben betegedett meg; a tünetek közepes súlyosságúak voltak, de kellő diétára hamarosan enyhültek, úgy hogy $1\frac{1}{2}$ év múlva rendes táplálkozás mellett sem volt többé cukor a vizeletben. $1\frac{1}{2}$ év után psychés traumára (családi viszály) újból mutatkozott a baj, 3–5% cukor volt a vizeletben. Diétára megint aglykosuria állott be. Ugyanez ismétlődött azután még egyszer lázas epididymitis után.

Sebészet.

A rossztermészetű daganatok gyógyításáról tartott előadást F. Blumenthal, a berlini egyetem rák-kutató intézetének tapasztalatai alapján. Megállapítja, hogy nagyon helytelen az az irányzat, a mely csak a műtétet, vagy csak a sugaras kezelést tartja helyénvalónak. Mindkettő hatalmas fegyver a rákellenes küzdelemben, de egyik sem fejt meg a rákgyógyítás problémáját, mert mind a kettő csak lokális therapia, pedig a problema megoldását csak az olyan kezelés hozhatja, a mely a metastasisokra is hat. Az erre irányuló kezelésmódok azonban még csak a kezdet kezdetén vannak. Egyelőre még fenntartandó a szabály, hogy minden operabilis eset megoperálandó. A sugaras kezeléssel egyidőben használhatók bizonyos chemiai anyagok is, különösen a jód és az arsen. A jódkészítmények közül leggyakrabban az alivalt használja az előadó. Készen kapható oldatából 1–2 cm³ fecskendezendő be intramuscularisan vagy intravenásan hetenként 3–6-szor. Az arsen főleg a rákos cachexia kifejlődése, illetőleg gyors haladása ellen kedvező hatású. A chemotherapiával kapcsolatos sugaras kezelés bőr-, ajak-, méh- és emlőrák eseteiben kedvező hatású, még inoperabilis eseteket is sikerült vele néha megmenteni; gyomor-, bél-, lárzsing-, nyelvrák eseteiben azonban nem kielégítő e kezelésmód eredményei. Végül röviden ismertet egy esetet, a melyben az inoperabilis daganat nagysága nagyjából változatlan maradt a chemotherapiával kapcsolatos sugaras kezelésre, klinice azonban gyógyulás következett be, a mely már egy esztendeje tart. Az előadáshoz fűződött eszmecsere alkalmával *Lazarus* felemlítette, hogy méhrák eseteiben a jó radiotherapeuták eredményei nem állanak mögötte a legjobb sebészek eredményeinek; sok német nőbeteg-klinikán már nem is operálják a méhrákot, hanem csak sugarakkal kezelik. (München, Erlangen, Freiburg, Frankfurt, Drezda.) A mi az emlőrákot illeti, utal a nemrég közölt schweizi statisztikára, a mely szerint műtét után 34.5, sugaras kezelés után 29.7 hónap volt az átlagos élettartam; a különbség tehát feltűnően csekély, főleg ha tekintetbe vesszük, hogy a nem operáltak között 114 inoperabilis volt. Megemlíti azt is, hogy Amerikában újabban Pravaz-tünyei vékonyságú hüvelyekben helyeznek el radiumot s azokat beszúróják a daganatba (pl. nyelvrákba) és órákon át otthagyják. — *Bleichröder* abból a célból, hogy bizonyos chemiai szereket töményebben juttathasson a daganatba, eljárást dolgozott ki, a melynek az a lényege, hogy a daganathoz tartozó arterián (pl. méhrák esetében az a. femoralison) kis hasadékokat készítve, ezen át vékony kathetert tolnak előre és rajta befecskendezzük a használandó szert. Állatkísérletek szerint a katheter hosszabb ideig is bennmaradhat az érben és ismételtlen juttatható át segítségével gyorsan a vérbe. A módszert 1–2 esetben emberen is megpróbálták és eddig veszélytelennek bizonyult. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 39. szám.)

Elme- és idegkórtan.

Agyvelő- és gerinczvelőműtétek utáni centralis eredetű lázról beszélt *Auerbach* a német ideggyógyászok ez évi gyűlésén. Elfogadván *Römer*, *Isenschmidt*, *Aschner* nyomán a centralis thermoregulatio substratumaként a harmadik agykamara falát és a tuber cinereumot, felsorolja, mik azok a

befolyások, melyek műtét közben vagy után erre hatással lehetnek. Ilyenek: az agykamara megnyitása vagy falának izgalma, nagy mennyiségű liquor képződése vagy sok liquor kiürülése, a mivel sok hypophysisváladék vesztése jár, ez pedig a hőmérsékletet csökkenti. Így már a nyomás-egyensúly megingása is, még inkább azonban az agyvelőn kézzel, eszközökkel végzett sebészeti manipulációk hatalmas, tartós hőemelkedést okozhatnak. Az, hogy ennek dacára is ritka az ilyen műtét utáni centralis láz, a thermoregulációs készülék egyénenként változó érzékenységet bizonyítja. (Zentralblatt für d. ges. Neur. u. Psych., 1921, okt. 1.) Kluge dr.

Szülészeti és nőorvostan.

A gyermekági láz gyógyszeres kezeléséről ír Bauereisen, a kielin klinikai főorvosa. Kipróbálta a különböző colloidalis ezüstkészítményeket, mint a dispartent, electrocollargolt, argochromot, valamint a trypaflavint és a yatrent is. Az ezüstkészítményekkel a már ismeretes eredményeket kapta. A kevésbé ismert trypaflavint és yatrent sepsis, pyaemia és gyermekági körülírt hashártyagyulladás esetében alkalmazta. A trypaflavin az akridin-festékcsoportba tartozó vegyület; 0.5–1.0%-os oldatban intravenásan adagolható. Kémlőcsőben vér és savó jelenlétében is rendkívül hathatós bacteriumölő szer, élőben azonban teljesen hatástalan a bacteriumokra. Rossz tulajdonsága a készítménynek a szervezetet mérgező hatása; különösen a gyomor-bélrendszert károsítja. Hányás, hasmenés, napokig tartó ételundor a kellemetlen mellékhatások, melyek az amúgy is legyengült, kiéhezett szervezet gyógyulási esélyeit még inkább rontják. Bonczoláskor a belek, a gyomor erősen sárgára festettek, nyálkahártyájuk pergamentszerű, kiszáradt, törékeny. A yatren jodtartalmú benzolszármazék, adagja 5%-os oldatból 1–5 cm³. Yatren-befecskendésre állatkísérletekben erősen megsaporodtak a fehérvérsejtek, emberben azonban nem. Kellemetlen utóhatása a gyógyszernek a gyakran jelentkező vesegyulladás, mely tüneteiben a vérvezelés fokozódhatik. Ezért a yatren alkalmazásakor a vesék teherbíró képessége pontos vizeletvizsgálatokkal sűrűn ellenőrzendő. Gyógyszerhatástani szempontból a trypaflavin és yatren bevitelkor egyik magyarázat szerint a szervezetben a protoplasma anyagcsereforgalma fokozódik. Sachs szerint a savó egyes alkotórészeinek physicalis tulajdonságai változnak meg oly módon, hogy e változás folytán a szervezet védőberendezése erősödik. A Bier-Zimmer-elmélet értelmében a hatás ingerhatás. A betegség gyógyulását vagy javulását egyik gyógyszer alkalmazása után sem látta a szerző. Az enyhe lefolyású esetek e gyógyszerek nélkül is meggyógyultak; a súlyos természetűeknek halállal végződését pedig egyik sem tudta megakadályozni. A gyakorlat számára e gyógyszerek a pontos klinikai ellenőrzés hiánya miatt nem valók; a klinikákon megejtett eddigi kísérletek pedig nem váltották be a készítményekhez fűzött felcsigázott reményeket. (Zentralblatt f. Gynäk., 1921, 34. sz.) Komássy dr.

Szemészet.

Hályogműtétkor a szemhéj izmainak bénítását ajánlja Van Lint. Az eljárást már évek óta végzi. 2%-os novocaint, melynek minden cm³-éhez egy csepp adrenalin ad, fecskendez be az orbita alsó és külső széle mentén, minthogy a facialis ágai itt a csontközé közel haladnak. Az első beszúrás az alsó orbitaszéllel párhuzamos vonalon történik 1 cm.-re kifelé attól a ponttól, a hol az említett vonalat a külső orbitaszéllel párhuzamos vonal metszi. Így 2 cm³-t fecskendez be, miközben a 3.5 cm. hosszú, finom, de erős tűt vízszintes irányban egészen beszúrja, körülbelül 1/2 cm.-re tartva magát a csonttól. A második befecskendezés a függőlegesben történik, 1 cm.-re a vonalak metszéspontja alatt, ugyanúgy, mint az első, de felfelé haladva. Ezután kezd csak a cocainozást. 12–15 perc múlva az érzéstelenség és a bénulás eléri a tetőpontját. (Archives d'ophthalm., 1921, 507. oldal.) Sz. L.

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

A somnospasmosan bromkaliumot, natrium diaethylbarbituricumot, phenacetint, codeint, meszet és glicerint

phosphorsavat tartalmazó újabb készítmény, a mely Hoppe szerint epilepsia eseteiben — különösen petit mal ellen — nagyon kedvező hatású. Felnőtteknek 2 evőkanálnyi, gyermekeknek 2–3 kávékanálnyi adandó naponként. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 329. l.)

Idült ekzema ellen Meyer szerint nagyon kedvezően hat a trichlorbutylmalonsavas bismuthum, a mely milanol néven kerül forgalomba. 5–10%-os kenőcs alakjában alkalmazandó. (Ther. d. Gegenwart, 1921, 271. l.)

Vegyes hírek.

Az országos munkásbiztosító pénztár orvosi nyugdíjintézete választmányának azt az előterjesztését, melyben az orvosi nyugdíjak, özvegyi ellátmányok és neveltetési járulékok olyan mértékű felemelését kérte, mint a milyenben az állami tisztviselők részesülnek, a m. kir. népjóléti miniszter jóváhagyta. Jóváhagyta továbbá azt az előterjesztést is, melyben részükre ugyancsak az állami tisztviselők mérve szerinti havi drágasági segély engedélyezését kérte. A felemelt nyugdíj stb. és drágasági segély visszamenőleg 1921 január 1.-étől fog folyósítani. A miniszter a felemelt nyugdíjakkal és a segélyvel az orvosi nyugdíjalapot kívánja megterhelni és a mennyiben a nyugdíjintézet jövedelme nem fedezné az így felmerült költségdóbbletet, pótlárulékot akar kivettetni. A nyugdíjválasztmány legutóbbi ülésén elhatározta, hogy felír a miniszterhez és kéri fogja, hogy a fenti terheket, hasonlóan a pénztári tisztviselőkhöz, ne a nyugdíjintézet, hanem a lényegesen megszorított jövedelmű pénztárak viseljék, mert az orvosi fizetések emelkedése jóval alul maradt százalékban a pénztárak bevételeinek és így azok a mai viszonyok között újabb levonásokkal meg nem terhelhetők.

Személyi hírek külföldről. H. Wieland freiburgi docenst ki-nevezték a königsbergi egyetemen a gyógyszer-tanárává. — A berlini egyetemnek G. Kilian halálával megüresedett laryngologiai tanszékére C. Eicken giesseni tanárt hívták meg.

Meghalt. W. Erb, a világhírű ideggyógyorvos, 81 éves korában Heidelbergben.

Az 1922. évi Orvosi Évkönyv budapesti kérdőívei már mind szétküldtek. (A vidéki kérdőívek szétküldése most van folyamatban.) Felkérjük azon t. budapesti orvos urakat, kik a kérdőívet mind mai napig nem kapták kézhez, hogy adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) mielőbb reklamáljanak.

„Magyarország Orvosainak Évkönyve” szerkesztősége Budapest, VII., Kertész-u. 16. Telefon: J. 106–47.

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

DAJKA- INTÉZET, VI., Szív-uteza 69, Telefon 93–22. Wassermannra vizsgált, bőtejű, orvosilag megfigyelt dadák felett állandóan rendelkezik.

Hüvösvölgyi Park Szanatórium

Klimatikus, physicalis és diétaes gyógyintézet. Hízókúra. — Csukorbetegnek külön diéta. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145–90 és 50–73

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84.

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagyfürdő 47° C forrásai.

Termális és fizikoterápiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétaes konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár. Inhalatorium: dr. Tölglyi Elemér, egyet. m.-tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla. Laboratórium: dr. Berger Iván.

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

Telefon: József 4–12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó. **ZANDER-Üdítő SOVANYÍTÁS** a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. l. e.

PÁLYÁZATOK.

910/1921. ikt. szám.

Szeged szab. kir. város közkórházánál lemondás folytán megüresedett két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Felhívom azon nőtlen orvostudor urakat, a kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy megfelelő béléssel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél s eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Szeged szab. kir. város főispánjához címezve, 1921. évi november hó 30.-ának

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Darányi Gyula: Vérsavó-reactio kolloidlabilitásra toxinképződés eseteiben, főleg activ tuberculosishoz. 409. lap.

Bókay János: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekgyógyászati kórházokról. Kórházok a gyermekorvosok köréből. — Bókay Zoltán: Csecsemőkori lues hepatitis két érdekesebb esete. 411. lap.

Benczúr Gyula: Budapest fürdőváros. 412. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XIX. rendes tudományos ülés 1921 október 22.-én.) 413. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. Johann Fein (Wien): Die Anginose. — Új könyvek. — Lapszemle. Ideg- és elmekórtan. Herschmann: A paralysis senilis formája.

Voss: A multiplex sclerosinak salvarsan-therapiájáról. — Gyermekorvosok. Friedberg: A fertőzéstől való megvédésről és a csecsemők hospitalismusról. — Szemészet. Podesta: Ostwald új szintana. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 414–416. lap.

Vegyes hírek. 416. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Vérsavó-reactio kolloidlabilitásra toxinképződés eseteiben, főleg activ tuberculosishoz.*

Irta: **Darányi Gyula** dr., kir. főbakteriológus.

Az utóbbi időben sokat foglalkoztak a gümőkór aktivitásának kérdésével. A legtöbb ember szenvedett már életében tuberculosus-fertőzésben. Naegeli a zürichi kórház összes bonczolásainak 96%-ában talált florid vagy gyógyult tuberculosus elváltozásokat, Hart pedig katonák holttestének bonczolásakor 34%-ban, ezek közül 27%-ban obsolete góczok voltak. Franz egészséges katonák 68%-ában állapított meg pozitív Pirquet-reactiót. Ezekből látható, hogy tuberculosishoz az aktivitás kérdése gyakran még fontosabb, mint a kórboncz-tani elváltozás. Az aktivitás megállapítására eddig különböző methodusokat próbáltak ki, így antitest-kimutatást, vérkép-megállapítást, sajátvízelet-reactiót, tuberculin-reactiókat, a Röntgen-képben való elváltozások minőségének megállapítását, a fibrinogénnek, a vérsajt-ülepedés gyorsaságának meghatározását. Foglalkoztak pedig ezzel a kérdéssel főképpen: Marmorek, Maragliano, Debré, Paraf, Hammer, Arneith, Steffen, Romberg, Curschmann, Wildbolz, Knoll és Baumann, Preiss, Watkins és Boynton, Frisch, Fränkel, Frisch és Starlinger. Az a reactio, melyről referálni akarok, az aktivitás kimutatására a vérsavót használja fel, még pedig az irányban, hogy activ tuberculosishoz a toxinképződés reactiv tünetekképpen a savónak könnyen kicsapódó fehérjeféleségei megszaporodnak.

Közismert dolog, hogy a vérsavó fehérjei közt két fő csoportot tudunk megkülönböztetni, az úgynevezett globulinokat és az albuminokat. Ez a beosztás nem szigorúan tudományos, mert nem annyira a kémiai összetételt, mint inkább mondhatnók a külső tulajdonságokat veszi tekintetbe, még pedig azt, hogy a globulinok különböző behatásokra, mint ammoniumsulfat, magnesiumsulfat stb. könnyebben csapadók ki, mint az albuminok. E tulajdonság oka nyilván az, hogy a globulinok általában nagyobb molecula-complexumok, melyek ilyformán kolloidális suspensióikból könnyebben kicsapódnak, mint a kisebb moleculájú albuminok. Úgy is fejezhetjük ki ezt, hogy minél több valamely oldatban az ily könnyen kicsapódó fehérjeféleség, annál nagyobb az illető oldat kolloidlabilitása, illetőleg annál kisebb a kolloid-stabilitása physicochemiai behatásokkal szemben.

A Wassermann-reactio elterjedése előtt is, mielőtt még a vérsavónak és fehérjéinek kolloidális tulajdonságaival behatásban foglalkoztak volna, egyes szerzők, mint Langstein és Mayer, Erben, Morawitz, P. Th. Müller már rámutattak

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület XIX. rendes tudományos ülésén 1921 október hó 22.-én tartott előadás.

arra, hogy fertőző betegségekben, továbbá állatoknak bakteriumokkal való kezelésekor, az úgynevezett fehérje-quotiens, vagyis a serumglobulinok viszonya az albuminokhoz olyképp változik meg, hogy a globulinok az albuminok rovására megszaporodnak. P. Müller továbbá azt is találta, hogy a vérplasma fibrinogen-tartalma emelkedik sok fertőzésben, így pneumococcusokkal, strepto- és staphylococcusokkal való fertőzésekben.

A Wassermann-reactio megismerése után, egyszerűbb eljárásokat keresve, Klausner, Elias, Neubauer, Herman és Perutz, Porges, Torday és Wiener, Bruck, Fabinyi különböző reactiókat találtak, melyek összefoglalóan azon alapulnak, hogy lueses savók, különösen labilis fehérjeféleségek jelenléte miatt, physicochemiai behatásokra könnyebben csapódnak ki. Az említett reactiók luesen kívül többnyire olyan betegségekben is sokszor mutatkoznak, a melyek az egész szervezetet erősen befolyásolják, így súlyos tuberculosishoz, rák, pneumonia stb. eseteiben. Ez irányban végeztek fontosabb vizsgálatokat: Sachs és Altmann, Marmann, Herzfeld és Klingner, U. Friedmann, Manninger, Felke, Hübschmann, Müller és Hough. Az említett súlyos betegségekben ugyanis szintén mintegy lobtermék gyanánt felfogható, magas molecula-súlyú globulinszaporodás jó létre, a minek következtében a savó kolloid-labilitása emelkedik.

Eddigél a liquor globulinjaival aránylag jóval többet foglalkoztak, mint ez Lange, Jakobsthal és Kafka, Nonne és Apelt, Pandý, Weichbrodt reactióiból kitűnik.

Csak az utóbbi időben tette Sachs és Oettingen (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 12. szám) a vérplasma kolloid-labilitását behatóbb vizsgálat tárgyává. Megállapították ugyanis, hogy az újszülött vérplasmája különböző eljárásokra, mint melegítésre 55° C-ra, alkohol, ammoniumsulfat, konyhasó behatására nehezebben csapódik ki, vagyis nagyobb kolloid-stabilitást mutat, mint a terhesek plasmája. A terhesek plasmájának ezen alacsonyabb úgynevezett dispersitási foka, szemben az újszülöttekével, kifejezést nyer a felületi feszültségnek a Traube-féle stalagmometerrel megállapított csökkenésében, továbbá a vörösvérsejtek ülepedési gyorsulásában. A plasma dispersitási fokának különböző betegségekben észlelt változásával áll ugyanis nagyrészt összefüggésben a Fahraeus leírta, vörösvérsejt-ülepedési gyorsulásnak nevezett reactio is. Nathan és Heiold ezzel kapcsolatban azt észlelte, hogy az ülepedési gyorsulás foka syphilisben körülbelül az általános fertőzöttség és a reactiv folyamatok erősségével arányos. Frisch és Starlinger tuberculosus folyamatokban a vérsajt-ülepedési gyorsulását a vérplasmában a folyamat súlyosságával körülbelül arányosnak találta. Frisch pedig a vérplasma fibrinogen-tartalmát találta az ülepedési gyorsasággal és a folyamat kiterjedésével nagyjából arányosnak.

Még mielőtt ezen újabb keletű, alig néhány hete megjelent vizsgálatokról tudomást szereztem volna, már meg-

kezdtém a vérsavó kolloid-labilitásának tanulmányozását, mely irányban eddig még nem végeztek vizsgálatokat.

Vizsgálat tárgyává tettem 450 esetben a vérsavó kolloid-labilitását. A vérminták legnagyobb része az egyetemi klinikákról, a Zita-kórházból és az Erzsébet-sanatoriumból származott. A szíves támogatásért e helyen hálás köszönetet mondok a bacteriologiai intézet igazgatójának, továbbá az említett kórházak vezetőinek. A savók közül 115 tuberculosusoktól származott s ezek közül 22 gyógyult, inactiv eset volt. A nagyszámú, mintegy 190 egészséges savón kívül volt 36 terhéstől származó serum. A többi savó különböző bakteriumos és nem bakteriumos betegség-esettől eredt. Minthogy a kísérleti jegyzőkönyvek részletes ismertetése sok helyet foglalna le, a következőkben csak a fontosabb kísérleti eredményeket összegezem.

Vizsgálataimból általában megállapítható, hogy mindenkor, a midőn a szervezetben toxinképződés és kóros szövetszétés folyik, a vérsavó kolloid-labilitása emelkedik, a mi körülbelül a folyamat kiterjedésével párhuzamosan halad. Míg azonban a vérséjt silyedésgyorsulásának megállapítása csak a betegágyánál közvetlenül végezhető, a fibrinogen-meghatározás pedig komplikált, gyakorlatilag számba nem jöhető eljárás, addig az én eljárásommal a vérsavó kolloid-labilitását egyszerű reakcióval, könnyen kifejezhető és gyakorlatilag is igen jól alkalmazható módon lehet meghatározni. A kóros savók különböző behatásokra (melegítés, ammonium-, magnesiumsulfat, alkohol, carbol, sublimat) könnyebben csapódnak ki, mint az egészségesek. Ezen kicsapási eljárásokra előálló reakciók és azok különböző fokozatai azonban nem kellően élesek. Ennélfogva két eljárás kombinációját alkalmaztam, még pedig alkoholt és melegítést. Ezen új eljárással lassan előálló, egyenletes és könnyen leolvasható reakciót kapunk, melynél az erősség mellett a megjelenés időpontja is irányadó. A reactio kifejezi a savó kolloid-labilitási állapotát és mértéke a toxinképződésnek meg a kóros szövetszétésnek és lehetővé teszi, hogy eddigi rendszeretlen ismereteinket a vér kolloid-labilitásáról a különböző betegségekben tudományos rendszerbe foglalhassuk össze és a kolloid-labilitás fokának határozott értéket adhassunk, a mi a diagnostikában sok esetben nagy jelentőséggel bír. Szemben a praecipitációs reakciókkal, nem az inkább subiectiv megítélés alá eső és bizonytalan zavarodások, hanem csak az agglutinatiohoz hasonlóan megjelenő szemcsék és pelyhek számítanak pozitívnak. Némely savónak már normalisan is megjelenő opák volta a reakciót nem zavarja. A kolloid-labilitás megállapítására új dolog egyrészt a savó alkalmazása, másrészt a hő és alkohol kombinációja.

A reakciót úgy végezzük, hogy 0.2 cm³ savóhoz 1.1 cm³ hígított alkoholt téve és jól összerázva, a kémlecsöveket 20 percre 60° C hőmérsékű vízfürdőbe állítjuk. Ezután szobahőmérséken tartva, az eredményeket rögtön, 1/2, 1, 2, 3 és 24 óra múlva a melegítés után olvassuk le olyképpen, hogy összerázás nélkül a meghajlítva tartott üvegcsöveket alulról felfelé szabad szemmel nézzük (a mennezet vagy más sötét háttér felé tartva). Il formán a reakciót a

rögtön, 1/2 és 1 óra alatt megjelenő csapadék esetén „++++”
 2 „ „ „ „ „ „ „++++”
 3 „ „ „ „ „ „ „+++”
 24 „ „ „ „ „ „ „++-nak, s
 ha 24 órán fül homogen marad, negatívnak tekintjük.

Alkoholnak 96%-osat vegyünk, melyet 2% konyhasó-oldattal hígítunk. Destillált vízzel hígítva ugyanis csapadék nem keletkezik, még a pozitív savóknál sem. Épp úgy, mint a többi serologiai reactio, így a praecipitatio, agglutinatio, complementum-kötés stb. is csak só jelenléte mellett áll be. 2%-os konyhasó-oldat mindig frissen készíthető 10%-os törzsoldatból, mely hosszabb ideig is eltartható. Az alkohol-hígítást mindig frissen készítsük. 1 cm³ alkoholhoz 4.1 cm³ 2%-os NaCl-oldatot vettem. Én pontosan 96%-os alkohollal és oly hőmérővel dolgoztam, melyen a 60° C jenai üveg-ből készült praecisiós hőmérővel volt összehasonlítva. Közön-

séges hőmérők gyakran 2° C differentiát is mutatnak. Minthogy pedig nincs mindig megadva a pontosan 96%-os alkohollal és praecisiós hőmérővel való dolgozás lehetősége, ajánlatos egyszer a kísérletekhez használt alkoholt a szükséges hígítás tekintetében kicitálni, a mi által az egész systemát is beállítjuk. A titráláshoz 1 cm³ alkoholhoz emelkedő mennyiségű 3.8, 3.9, 4.0, 4.1, 4.2 stb. 2%-os NaCl-oldatot téve, több negatív controlsavón ezen hígításokat kipróbáljuk. A legkisebb hígítás, melynél 24 óra múlva is még negatív reakciót kapunk, alkalmazandó a kísérletek végzésére. Ezen titráláshoz legalkalmasabb 4—5 egészséges nő vérsavóját használni, mivel itt physiologiásan is kissé magasabb kolloid-labilitás van jelen, a mely azonban természetesen egészen jelentéktelen az activ betegség-folyamatokban való emelkedéshez képest. Opalizálás a reakciónál nem számít, csak az agglutinatiohoz hasonló csapadék-képződés. Mivel melegítés és állás közben az alkohol kissé párolog, ennek meggátolására hosszú (10—12 cm.) kémlecsöveket használunk keskeny (8—9 mm.-es) lumennel. A serumokat nem inaktiváljuk, mivel ez a kicsapódást lényegesen befolyásolja. A savók ne legyenek (bakteriumoktól vagy vörösvérsejtektől) zavarosak és ne legyenek 24 óránál régebbiek a vérvételtől számítva, mivel hosszabb állás e reakcióra különösen gyengítőleg hat azért, hogy autolysis miatt a hasadástermékek megszorodnak és így a részecskék stabilizálódnak, mint azt Herzfeld és Klinger más savoreakcióknál is észlelte.

A mi a reactio jelentkezését illeti, a következőket állapítottam meg: Egészségesek nem adják a reakciót. Terhesek, továbbá olyanok, a kiknek csak felületes catarrhalis folyamatuk (26 vizsgált eset) van, úgymint cystitis, bronchitis, gastritis, conjunctivitis (még pedig catarrhalis, mert például a conjunctivitis tuberculosa, mint activ folyamat, erős reakciót adott), továbbá urethritis (gonorrhoeás is), cholecystitis (cholelithiasis is) negatív vagy legfeljebb csak 24 óra múlva előálló gyenge reakciót adnak. Ezzel szemben oly folyamatok, melyek mélyen a szövetekbe hatolnak, toxint termelnek, így genyedések, például appendicitis genyedéssel (2 eset), erős, legkésőbb 3 óra alatt beálló reakcióval járnak. Minél jobban előrehalad a toxinképződés és a szövetszétés, annál erősebb a reactio. Csekély fokú genyes góczok, akne, hordeolum, kis folliculitisek nem befolyásolják a reakciót. Jóindulatú, stationær, nem szételő daganatok negative reagálnak, míg progrediáló, rosszindulatú, főleg szételő daganatok positive. Míg a reactio gyomorráknál (6 eset) erősen pozitív volt, addig jóindulatú folyamatoknál, mint ulcus ventriculi (14 eset), negatív vagy legfeljebb másnapra „±”. Neuralgiás (2 ischias-eset), neurastheniás, hysteriás (6 eset), functionalis elváltozások nem adják a reakciót, szemben az organikus, főleg bakteriumos eredetű elváltozásokkal. Gyógyult és latens lues-esetek negatív reakciót adnak, ha toxinképződés már nincs. A reactio erőssége luesben (50 eset) is a fertőzöttség fokával növekedik. Ebből az okból használható a többi lues-reactio mellett tisztán a folyamat aktivitási fokának megállapítására. Használatának még más lehetőségei is vannak, így az acut fertőző betegségek diagnosisában, a gyermek- és elmeorvoszatban stb. Ezekre nézve azonban nincsenek elegendő számú vizsgálataim.

Legtöbb vizsgálatot tuberculosissal végeztem, a hol a reactio szintén a toxinképződési és sejtszétési folyamatok erősségét mutatja.

Fraenkel azt mondja (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 9. szám, 235. old.): „Csak ha szövetszétés és méreg-hatás van, szólunk aktivitásról. Activ a tuberculosus, ha vagy 1. physicalis úton friss tuberculomok képződése és tovahaladó beolvadás, vagy 2. az organismusra való méreg-hatás mutat-ható ki.” Ebben a második irányban halad a kolloid-labilitási reactio. Biztosan inactiv esetek, a melyekben másféle toxinképződés sincs a szervezetben, mindig negatív reakciót adnak, míg biztosan activ esetekben, így a hol vérzés, láz, saválló bacillusok, állandó szörtyözrejek voltak kimutathatók, továbbá sebészi tuberculosus eseteiben mindig pozitív reakciót észlelünk. Esetek pozitív köpetlelettel többnyire igen erős („++++”)

reactiót adnak. Általában a reactio foka a folyamat kiterjedésével majdnem matematikailag párhuzamosan halad, míg a gyógyulással a reactio negativvá lesz. A reactio gyengülése vagy eltűnése tehát mint objectiv therapiás controll alkalmazható. A prognosis felállításában, továbbá a könnyű és nehéz esetek elkülönítésében (s mint tudjuk, újabban különösen a tuberculin-therapiában nagy súlyt helyeznek erre) a reactio jó szolgálatot tesz. A terhesség-megszakítás javalatának felállításakor is használható activ tuberculosis esetében. Mivel azonban néha egészséges terhesek savója is 24 óra múlva gyengén positive reagál, itt csak oly reactio használható biztossággal, mely legkésőbb 3 óra múlva áll be („++++—„+++“), vagy még inkább, ha a reactio a terhesség folyamán erősödik.

Előadásomat s vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

1. Oly betegek vérsavója, a kiknek szervezetében toxin-képződés és kóros sejtszétválás van jelen, physikai és chemiai behatásokra (melegítés, karbol, sublimat, alkohol stb.) könnyebben kicsapódik, mint a normalis savó.

2. A savó kolloidabilitásának ezen emelkedése toxin-képző folyamatoknál jól megállapítható és quantitative is meghatározható az előadott, könnyen elvégezhető reactióval.

3. Egészségeseknek a savója nem adja a reactiót. A különböző alkalmazhatóságok közül megemlíti a rosszindulatú, főleg szétváló daganatok, például carcinoma ventriculi megkülönböztetését jóindulatú, nem toxogen folyamatoktól (például ulcus ventriculi); felületes catarrhusok elkülönítését genyedéses folyamatoktól (például appendicitis catarrhalis és purulenta); acut és chronikus betegségeknél annak az eldöntését, hogy toxinképződés van-e még jelen.

4. Különös fontosságú a reactio a tuberculosis aktivitásának megállapítására. Biztosan activ tuberculosis egy esetében sem hiányzik a reactio, a melynek foka a folyamat kiterjedésével, a toxinképződéssel és a szövetszétválással párhuzamosan halad. Mint therapeutikai controll is használható, mert a betegség gyógyulásával negativvá lesz.

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: Bókay János dr., egyet. nyilván. r. tanár.

XVIII.

Csecsemőkori lues hepatitis két érdekesebb esete.

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

A hepatitis luetica a csecsemő- és gyermekkorban ritkábban előforduló megbetegedése.

A kórkép első leírója Gubler** volt, ki két közleményében 1847- és 1852-ben tüzetesen ismertette a hepatitis lueticát, melyet színe miatt „kovakő-máj“ névvel jelölt meg. Trousseau ugyanezen elváltozásról mint „talpbőr-májról“ („foie en cuire de semelle“) emlékezik meg a 60-as évek irodalmában.

Finkelstein három formáját említi. Az első a *diffus portalis cirrhosis*, mely a kapugyűjtőér környékéről kiinduló beszűrődésből jön létre, s igen nagy májduzzadással, s a májszövetnek nagy szívósságával tűnik ki. Csak igen kisfokú icterus és ascites kíséri, mely utóbbi tünetek teljesen hiányozhatnak is. A második a *csomós gummás alak*, kis csecsemőkben aránylag ritkábban fordul elő, s inkább a serdülő korban levő gyermekekben látjuk, midőn a veleszületett bujakór harmadlagos szakába érkezett el. A harmadik alak az *icterussal járó cirrhosis*, a mely gummás cholangitisnek felel meg, s melyet nagyfokú májmegnagyobbodás és súlyos icterus kísér.

* Minden jog fentartva.

** Société anatomique et Société biologique 1847, és Société biologique 1852.

A csecsemőkori a *diffus portalis cirrhosis* az, a melyet leggyakrabban látunk, ellentétben a felnőtt korral, hol a gummás alak praedominál. Ennek okát *Chauffard* abban látja, hogy a lueses infectio a csecsemőben a magzati vérkeringés folytán egyszerre özönlí el a májat, s a még ekkor gyenge, védekezésre képtelen szövet mindenütt, egyszerre támadja meg, és sehol ellenállásra nem találván, káros hatását mindenhol kifejtheti. A keletkezésben levő, fejlődő, fiatal májsejtek tönkremennek, s a máj egészében kóros szövetté változhatik át. A későbbi korban a fertőzés csak a verőerek által történhetik, midőn is nem kerül oly sok fertőző anyag a kifejtett, védekezésre képes májsejtek közé, s így a májsejtek ellenállása folytán általános elterjedés nem következik be, s az infectio szigetes jelleget ölt (*Hudelo-Hutinel*).

Leírtak ezenkívül még egy igen ritka lueses májváltozást, mely neoplasmához hasonló. A máj ilyenkor kitágult capillaristól van átszőve, ezek egy kötőszöveti daganatból veszik eredetüket, melyben májsejtek már ki sem mutathatók, s melyből a portalis keringésnek megfelelőleg számos kötőszöveti gerenda veszi eredetét, melyek a májat át és átszövik.

A gyermeket általában nagy nyugtalansága, emésztési zavarai s rossz külseje miatt viszik az orvoshoz. Esetleg sárgaság, vagy rossz fejlődés lehet a panasz oka. Vizsgálatkor a gyermek rossz külseje és fakó bőrszíne tűnik fel elsősorban. A gyermek hasát láthatóan fájlatja, czombjait állandóan a hasára húzva tartja. A has megnagyobbodott, golyóalakú, rendszerint kifejezett vena-hálózatot mutat. A máj megnagyobbodása tapintásra könnyen felismerhető. Felszíne simának tűnik, tapintata fatömöttségű. Sárgaságot és hasvízkört kifejezetten többnyire nem észlelünk. Ha van sárgaság, mely *Starr* szerint csak akkor áll elő, ha az epeutak epithel-sejtjei túlbujáznak, s az epeutak belvilágát eltömeszelik, akkor esetleg vérzéseket is látunk, súlyos általános állapottal (*Finkelstein-féle II. alak*).

Két esetünknek, melyek a Finkelstein-féle első alaknak (*diffus portalis cirrhosis*) felelnek meg, kórrajza a következő:

I. esetünk: B. Mihály, 6 hónapos, felvételt 1921 április 22.-én azzal a panasszal, hogy a gyermek egy hetes kora óta sárga bőrszínű. Sárgaságának foka változik. Vizelete kissé sötétebb a rendesnél, sárga. Széke kezdetben egészen agyagszerű volt, újabban zöldes színű székeket is láttak. Láza sohasem volt. A szülők egészségesek, leest tagadnak. Kiütés a gyermekben, a ki elsőszülött s időre született, sohasem volt. Anyja táplálja.

Közepesen fejlett és táplált. Bőrszíne erősen sárga. A sárgaság egyenletes, a szemfehér kifejezetten sárga színű. Tüdő és szív részéről nincsen eltérés. Has erősen puffadt, nehezen tapintható át, kifejezett vena-hálózat. A máj felső határa rendes, éles alsó szélét tömött képlet gyanánt 3 ujjal a bordáiv alatt tapintjuk. Vizeletet nem sikerült felfogni.

Vérkép: 3,520.000 vörös-, 20.300 fehérvérsejt; 69% neutrophil leukocytá, 2% eosinophil sejt, 25% lymphocytá, 4% átmeneti sejt. Minden 100 fehérvérsejtre esik egy magvas vörösvérsejt. A vörösvérsejtek poikilocytosist, polychromatophiliát mutatnak. Wassermann-vizsgálatra vért vettünk, de csak a bonczolás napján tudtuk meg a +++ eredményt.

A gyermek pár órával felvétele után nehéz légzés és szívgyengeség tünetei között váratlanul elhal.

A halál oka és a diagnosis élénken foglalkoztatott bennünket a megejtett bonczolásig, mert a Wassermann-reactio eredményét még nem ismertük, s tekintettel a negativ lueses anamnesisre és leletre, arra is gondoltunk, hogy esetleg az epeutak veleszületett elzáródásával állunk szemben.

Bonczlelet: 61 cm. hosszú, 39 cm. fejkörfogatú csecsemő. Intenzív sárga, az arcon kissé barnás bőrszín. A hasüregben 150—200 cm³ zavaros sárga savó. A máj felszíne kissé dudoros, állománya igen tömött, szívós, rendkívül rugalmas. Metszéslapján gombostűfejnyi-lencsényi, zöldes-barna parenchyma-szigetek körül halványszürke kötőszövetes sővények haladnak. Epehólyag alig tapintható, fejletlen, üres. Az erősen megnagyobbodott lép felszíne sima, állománya petyhüdt, törékeny, metszéslapja szürkésvörös. A vesék közepnagyok, épek. A gyomor, bél, szív részéről nincsen eltérés. A pleura alatt elszórtan pontszerű vérzések. A tüdők alsó részükben tömöttek, sötétveresek, egyműiek, alig tartalmaznak levegőt, törékenyek, fénytelenek, alveolaris szerkezetet alig mutatnak. A lábszárcsont felső fejcének csontosodási vonala zézugos, a csontosodás zavart. *Diagnosis: Lues congenita. Hepatitis interstitialis chronica fibrosa luetica. Icterus gravis. Intumescencia lienis. Osteochondritis syphilitica. Bronchopneumonia disseminata et confluens loborum inferiorum.*

II. eset: W. Mihály, 7 hetes, felvételt 1919 december 22.-én azon panasszal, hogy 8 napos kora óta erős sárgaságban szenved

Felvétele előtt 1 héttel hasa hirtelen felpuffadt, 3 nap óta makacs székszorulása volt, s vizeletében ezóta bőségesen lehet fehérjét kimutatni. Anyjának 11 gyermeke közül csak 4 él. 1 elvetélés, 2 gyermek pár napos, 4 gyermek pár hetes korában halt el.

Korához képest eléggé fejlett fiú, 54 cm. hosszú, 3980 gr. súlyú. Csontrendszere ép. Bőrszíne fakó-szürkés alapszín mellett élénk kanárisárga. Szemfehére és látható nyálkahártyái szintén sárgásan színeződtek. Szív és tüdő épek. Hasa erősen puffadt, a kardnyújtvány táján legszembetűnőbb a puffadság. Venahálózat a has bőrén nincsen. A tömöttnek s csaknem fakeménynek tapintható máj alsó széle a bordaív alatt jó 3 ujjal érezhető. A máj felszínét és szabad szélét teljesen simának tapintjuk. A lép két ujjal a bordaív alatt tapintható, tömött. Az idegrendszer részéről nincsen eltérés. A talpak nem szalonnás fényűek. Az orrlégzés szabad. A vizeletben 2‰ fehérje s kevés epefesték. Beöntésre kevés, csaknem formáit, halvány szürkés-sárga, agyagszerű bélsár ürül.

Még aznap éjfél táján, teljesen váratlanul, nehéz légzés, rossz szívműködés áll be, s pár órára reá exitus letális.

Az idő rövidsége miatt pontos vizelet- és vörzsvizsgálat nem volt eszközölhető. Klinikai diagnosztikánk lueses alapon létrejött hepatitis interstitialisra tettük. A megejtett kórboncolás felvételünket igazolta.

Bonczlelet: *Hepatitis diffusa chronica luetica cum ictero. Splenitis hyperplastica, ascites minoris gradus. Nephritis diffusa (nagy fehér vese). Oedema scroti. Inanition.* A máj kórszövettani képe e diagnózist mindenben fedte.

Mint két kórtörténetünkben kiviláglik, mindkét esetünkben úgynevezett „kovakó-máj” volt található, azzal a sajátossággal, hogy mindkettőben aránylag igen korán jelentkezett sárgaság, a minek okát abban véljük megtalálni, hogy a máj vérbajos megbetegedése már a korai foetalis korban fejlődött.

Mindkét esetben a halál úgynevezett „hirtelen lueses halál” volt, a melynek tulajdonképpen oka még rejtélyes.

Budapest fürdőváros.

Írta: *Benczúr Gyula* dr., egyetemi magántanár, főorvos.

Derék, munkás ember rendszerint abból az emberből válik, kit a sors erős megpróbáltatásoknak tesz ki. Az a nemzet aczélosodik meg, mely ezer ellenséggel, bajjal és nehézséggel küzd. Ezen igazság ma még az egyedüli, melylyel vigasztaljuk magunkat. A fejben-mézből folyó országok lakossága kevésbé dolgos szokott lenni, a természet adományozta kincseket kevésbé szokta értékelni, mint oly terület lakossága, melylyel a sors mostohább bánt. Köztudomású, hogy midőn hazánk nagy és gazdag volt, földünket nem műveltük úgy, hogy az a lehető legtöbbet termelte volna, bányáinkat, vízi erőinket nem aknáztuk ki eléggé, gyógyvizeinket távolról sem használtuk föl úgy, a hogy ezek ezt megérdemelték volna.

Ma országunk (bár reméljük, csak átmenetileg) kicsi, legtöbb kincsétől meg van fosztva, ki van rabolva. De még maradtak egyes javaink, és így kötelességünk, hogy ezeket a megmaradtakat a lehető legjobban felhasználjuk hazánk, gazdasági helyzetünk javára. Ezen gondolatmenet elevenítette meg sokak fejében amaz eszmét, mely régóta fel-feltűnik, de kellő alakot még nem öltött, hogy Budapest nagytértű gyógyforrásait használjuk fel arra, hogy Budapestet fürdővárossá fejlesszük. Hogy e város megérdemli, hogy épp oly Mekkája legyen a rheumás, izületi bántalmakban, a peripheriás idegrendszer betegségeiben szenvedőknek, mint a gyomorbetegnek Karlsbad, a szívbetegnek Nauheim, vagy ugyancsak a rheumás betegeknek Gastein vagy Wiesbaden, ezt orvosok előtt hangoztatnom — azt hiszem — fölösleges. Úgy tapasztalom, hogy sokaknak eszméje az, hogy Budapestet fürdővárossá fejlesszük. Mindegyik azt hiszi, hogy ez az ő saját eredeti gondolata. Nem baj, csak legyenek minél többen, kik eme eszmé kiépítésén dolgoznak. Magam, midőn 1921 tavaszán a Szt. Gellért-fürdőt a Budapesti Orvosegyesületnek bemutattam, bevezető szavaimban szintén hangoztattam ezt a gondolatot és hogy ma ezt legelterjedtebb orvosi lapunkban újra leírom, azért teszem, hogy minél több magyar orvos lelkében éljen a Budapest fürdőváros eszméje.

Itt nem reklámról van szó egyes intézetek és fürdők javára, hanem arról, hogy Budapest gyógyvizét kedveltsük meg nemcsak a magyar, hanem a külföldi közönséggel is, hogy „Budapest fürdő” legyen közismertté széles e világban. Az egyes gyógy-

intézetei, gyógyfürdői azután egészséges versenyben küzdhetnek felvirágzásukért. A tavasszal egy berlini úr keresett föl. Fájdalmakkal jött és igen jó közérzettel távozott. Távozásakor azt beszélte, hogy midőn Berlinben elhatározta, hogy Budapestre jön rheumás bántalmát gyógyítani, senki ismerőse nem értette, miért megy egy német beteg magát gyógyítani Budapestre, mit keres ott? Még jobban megilletődött azonban azon, hogy Budapestre érkezve, itteni ismerősei csodálkozásuknak adtak kifejezést, hogy berlini ember Pestre jön rheumáját kezelni. A legnagyobb elragadtatással beszélt az itteni fürdőkről és azon tréfás megjegyzéssel vált el tőlem, hogy adjuk át Budapest gyógyfürdőit két évre a németeknek, jót áll, hogy ez idő elteltével Budapest épp oly ismert fürdő lesz, mint a világhírű Gastein, Kissingen, Homburg, Karlsbad stb. Itt — azt mondta a német úr — a pénz a földön fekszik, csak föl kell szedni.

Ezen reánk nézve kissé megszégyenítő beszéd meg erősített abban, hogy fel kell vennünk a küzdelmet oly irányban, hogy Budapestet világfürdővé fejlesszük. Soha nem volt annyi rheumás, arthritises beteg, mint most a világháború után. Ha ezek, valamint Németország és Anglia magát évenként kúráló közsvényes betegeinek csak 1—2‰-a más ismert fürdő helyett Budapestet keresnék fel gyógyulás céljából, úgy ez 100 millió hasznokat jelentene hazánknak, talán még valutánkat is befolyásolná.

Ezt belátva, kérdés, mit tehetünk a dolog érdekében. Kétségtelen, hogy elsősorban a gyógyforrások és fürdők tulajdonosai kell hogy egymással karöltve harcoljanak az eszme megvalósításáért. De valamit tehetünk mi orvosok is és ezért szólok ma az orvosokhoz. Sok magyar orvos fordul meg külföldön, sokunknak van odakünn összeköttetése. Sokat használnál ügyünknek, ha külföldi collegákkal ismertetjük meg gyógyvizeinket. (A legközelebbi német balneológiai congressuson szándékozom „Budapest fürdővárosról” előadást tartani.) Természetesen annak, hogy mi orvosok a külföldön Budapest fürdővárosnak jó hírét keltsük, első kelléke az, hogy nagyjában tudjuk, miféle vizek Budapest gyógyvizei. Sajnos, úgy vélem, sok orvostársunk van, a ki sohasem érdeklődött az iránt, hogy mifélék is ezek a budapesti gyógyforrások. Nem akarván magam ismételné, az Orvosképzés 1920. évi 1. számában megjelent cikkemre utalok, a melyben részletesen ismertettem Budapest gyógyforrásainak összetételét, hőfokát stb. E helyütt csak röviden összefoglalom. Budapest gyógyforrásai egymással a föld mélyében mind kommunikálnak s ennél fogva vizük összetétele csaknem azonos. Bizonyos különbségek mégis vannak az egyes források között ásványvizek tartalmukat illetőleg, mert hisz különböző helyeken törve elő, azon rétegek közei módosítólag hatnak rájuk, a melyeken a felszín felé áttörnek. Kivéve a Szt. Lukács- és Császárfürdő egynéhány forrását, a melyek gyógyfürdőre nem is használatnak, mind hőforrások, melyek hőfoka 74—42 C° között váltakozik, tehát mind oly forró, hogy fürdésre hűteni kell. Ásványtartalmukat illetőleg mind meszes-földes források, a melyek alkotórészei között a calcium hydrocarbonat, magnesium hydrocarbonat és calciumsulfat uralkodik; a déli forráscsoportok vizében talán a közelfekvő keserűvízakkal okozati összefüggésben némi natriumsulfat is tartalmaztatik. A hőforrások bizonyos fokú kénhydrogent is tartalmaznak, melyről ugyan nem biztos, hogy mint gyógytényező fontos-e, de kétségtelen, hogy suggestiv szempontból értékes, mert hisz a közönség nagy része a fürdővíz kéntartalmának tulajdonítja a legtöbb gyógyhatást. A fürdők északi csoportjának vizei a Szt. Lukács- és Császárfürdő, valamint a velük úgyszólván azonos vizű artézi fürdők (Szt. Margit-sziget és Széchenyi-fürdő) kéntartalma valamivel nagyobb, mint a déli csoport fürdőié (Szt. Gellért-, Rudas- és Rácz-fürdő). Viszont a déli csoport vizei, főleg a Szt. Gellért- és Rudas-források, lényegesen erősebb radiumemanatio-tartalmúak (egészen 10'26 Machéig), mely gyógytényező kétségtelenül nem oly lényegtelen, mint a hogy ezt ma sok orvos, csatlakozva azon hitében, hogy a radiumemanatio a mindent gyógyító csodaszer, hiszi.

Elég, ha orvosaink ennyit tudnak Budapest gyógyforrásairól s ha tudják, hogy e források helyén ma már mindenütt modern gyógyintézetek állnak felszerelve mindenféle modern physicalis gyógytényezővel a rheumás, arthritises, neuralgiás és más bántalmakban szenvedők részére. A forrásvizek között van különösen egy, a Rudas-fürdő Hungária-forrása, melynek vize mint ivóvíz radioaktivitásánál és lithiumtartalmánál fogva közzvényes bántalmakban, valamint a vesemedencze és hólyag bántalmaiban a gyakorlatban épp oly jónak bizonyult, mint a jelenleg — sajnos — ellenségtől megszálalt „Salvator”-víz.

Távol áll tőlem, hogy reklám céljából szóljak a collegákhoz, de azt hiszem, bűn volna, ha Budapest ezen gyógykincseit nem iparkodnánk jobban felhasználni és nem fejlesztünk fővárosunkat fürdővárossá. Sok példát hozhatnék fel, hogy külföldi, sokkal kisebb értékű gyógyvizeket használtak fel arra, hogy világhírű fürdőket építettek ezek helyén. Wiesbaden 108.000 lakosú város, forrásai semmiesetre sem értékesebbek Budapesténél és e városban, melyben több mint 200 orvos talál megélhetést, 70 szálloda, 79 pensio, 12 szanatórium és 11 egyéb gyógyintézet szolgál a betegek befogadására. Képzeliük most el, miképpen aránylik Wiesbadenhez Budapest fürdővendégeinek száma! Gasteinbe, bár fekvése gyönyörű és jó fürdővízzel rendelkezik, de gyógyberendezése úgyszólván semmi, a vendégek tízezrei tódulnak a világ minden részéről. Karlsbadba, Marienbadba, Franzensbadba hány oly beteg jár, sőt hány magyar, a ki nem az illető vízzel végzett ivókúra végett megy oda, hanem a moor-pakolásokat használata céljából. Hát nem legalább is oly értékes, vagy jobb Budapest fürdőinek iszapja, vagy más magyar vidéken bányászott iszap, mint az ottani moor, a melyet csakis azért tart jobbnak a közönség, mert a csehek nagyobb reklámmal dolgoznak. Ha valaki hátránynak tartaná azt, hogy Budapest forrásai nem künn a szabad természetben, hanem egy főváros háztömegei közt fakadnak, úgy arra azt feleljük, hogy úgy a budai fürdők, még inkább a szép Margit-sziget ugyancsak parkban, jólevegőjű helyen a Duna mellett fekszenek és hogy az, hogy fürdőink nagyvárosban helyezkednek el, sok előnyt is biztosít, például azt, hogy a betegek részére Budapesten bármily specialista orvos rendelkezésre áll, a mi vidéki fürdőben nem lehetséges, vagy az, hogy szórakozni vágyó könnyebb betegek a nagyvárosban kúra mellett több szórakozást is találnak.

Azt hiszem, itt az ideje, hogy orvos és hatóság, fürdőtulajdonos és közönség felismerve azon nagy kincset, melyet a budapesti gyógyforrások képviselnek, karöltve arra törekedjék, hogy ezt a magyar betegközönség javára fordítsuk és a mellett ismertebbé téve a forrásokat a külföldön is, idegeket is idevonzzunk. Orvosok vagyunk, magyar orvosok; kötelességünk minden tekintetben a betegek érdekét szolgálni; de ha, mint adott esetben, azt tehetjük, hogy betegeink érdekét összeegyeztethetjük azzal, hogy hazánkban e nehéz időben szolgálatot tegyünk, akkor ragadjuk meg az alkalmat, hogy segítsünk a beteg embereken és a mellett a mennyire tőlünk telik, beteg hazánkon is.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIX. rendes tudományos ülés 1921 október 22.-én.)

Elnök: Hutya Ferencz. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Kisagyvelő-tüneteket okozó encephalitis.

Frigyér László: Az encephalitis-járvány idején a kisagyvelő ritkán betegedett meg. Az irodalomban inkább más aetiológiájú cerebellaris encephalitisek vannak leírva. Esetemben a beteg előadja, hogy egy évvel ezelőtt lázas lett, lázas állapota 4 hétig tartott, az elején napokon át aludt. Majd kettős látás jelentkezett, keze és lába gyenge és ügyetlen volt. A betegen jelenleg a következő cerebellaris tüneteket látjuk: kifejezett cerebellaris ataxia járáskor és álláskor, általános izomasthenia. Areflexia az alsó végtagokon. Kifejezett hypotonia a felső és alsó végtagokon. Adiadochokinesis mindkét karon. Adiadochokinesis lingualis.

Kluge Endre: Véleménye szerint nem egy, hanem három extrapyramidalis rendszer van.

Szász Tibor: A kisagyvelő-localisatio módszerei közül a Bárány-féle mutatósi próba sok olyan hibaforrással dolgozik, melynek ismerete mind nagyobb lépésekkel halad előre. Tudjuk, hogy a daganatokon kívül, a melyek helyének meghatározása a módszer főczélja, más agyvelő és koponyabeli megbetegedések is befolyással lehetnek a mutatósi próba viselkedésére. Közefekvő volt a gondolat, hogy a mostani úgynevezett encephalitis-esetekben szintén fogunk találni bizonyos eltéréseket. A III. számú belklinika beteganyagában csakugyan talált a hozzászóló olyanokat, a kik a mutatósi próbánál a normalistól eltérően viselkedtek; a nélkül, hogy e helyen részletekbe bocsátkoznánk, mondhatja, hogy némely esetben éppen a kisagyvelő-megbetegedés tüneteit mutatón a mutatósi próba elvégzésekor talált eltérésekből közelíthette meg a helyes diagnosist, természetesen tekintetbe véve az egyéb neurologicali leletet és főleg a szemfenékek állapotát.

Fiatalkori vízkórság esete.

Sarvay Tivadar: 13 éves fiúcskát mutat be, kinek ez év július közepén amputálták a bal lábát a térd felett, mert a lábszára tönkrement súlyos osteomyelitis, illetőleg carbolnecrosis következtében. Az amputatio után három hétre a kis fiú hirtelen megdagadt, oedemás lett. A szív rendben, a pulsus 100 körül. A vizeletben kóros alkotórész nincs. A vérnyomás 115—60. Az oedema három heti sőtlan és vízszegény diéta mellett eltűnt. A bemutató az eset ritkasága mellett az okot (osteomyelitis, carbol-mérgezés) tartja érdekesnek, tanulságosnak és felhívja a figyelmet a beteg tachycardiájára: a pulsus állandóan 120 körül van, a mi digitálisra sem változik.

Szokatlan eredetű vesekőrüli haematoma.

Baló József: A lenyelt tü által előidézett kórbonczlani elváltozások igen változatosak. *Wölfler* és *Lieblein* statisztikája szerint az esetek $\frac{1}{3}$ -ában a tü eltávozik a béltractusból, a nélkül, hogy a szervezetet bántalmazná. Az emésztőtractusból kijuthat a tü és igen sokfelé vándorolhat, bonyolult utat téve meg. Bejuthat a tü a tüdőbe, a szívbe, a hasfalba, a májba, a hátulsó hasfalba. Okozhat a tü belátjárhatósági zavart és belátfúródást. Az előbbi elváltozást a nagy számmal lenyelt tü okozhatja. *Winslow* esetében a műtétkor 1059 tü volt több másfajta idegen testtel a gyomorban. A bemutatónak alkalma volt a szent István-kórház prosecturáján egy esetet bonczolni, a mely szép példája a szervezetbe jutott tü vándorlásának. M. E. 1921 szeptember 11.-én vététt fel a szent István-kórház belgyógyászati osztályára. Előadta, hogy egy hete nehéz súlyt emelt s azután erős fájdalmat érzett a jobb alhas táján, fájdalom miatt ágyba kellett feküdnie; megbetegedése után két nap mulva lázas lett és többször kirázta a hideg. Egy ízben hányt. Minthogy lázas is volt és a jobb alhas táján fájó resistentia volt tapintható, áttették a kórház sebészeti osztályára appendicitis diagnossal. A műtét (appendectomy és periappendicularis tályognyitás) után nem lett láztalan, gyenge meteorismusa volt, széklete csak beöntésre, pulsusa filiformis, könnyen elnyomható. A szeptember 12.-én történt műtét után állapota egy hétig változatlan. Szeptember 20.-án reggel hirtelen rosszul lett, bal oldalában erős fájdalmak voltak, feltűnően anaemiássá vált s $\frac{1}{2}$ óra alatt a has megpuffadása közben kollabált. A bonczolás szerint a duodenumban az alsó és felhágó rész közti szögletben 5 cm. hosszú varrótűnek foka volt felismerhető, a tü a hasi aorta galambtojásnyi aneurysmáját okozta az iliaca communisokra való oszlás felett s ez aneurysma megrepedvén, a bal vese körüli emberfejnyi haematoma képződésére vezetett. A duodenumba érő tüttől sipolyjárat vezetett a jobb fossa iliacaiba a periappendicularis tályoghoz. A bemutató a periappendicularis tályogot sülydedes tályognak gondolja s nem appendicitis következményének.

Balogh Ernő: Mint szokatlan eredetű perirenalis haematomát demonstrál egy az arteria iliaca communis sinistra eredése helyén keletkezett lövésű sérülést, a melyet shrapnellgolyó napokig tamponált. A projectile későbbi dislocatiója kiterjedt vérzésre vezetett a retroperitonealis kötőszövetben. Hogy bizonyos esetekben igen nagy s hegyes végű idegen tárgyak is a tápcsatornán át végzetes következmények nélkül a szabad hasüregbe juthatnak, ezt egy régebbi készítményén szemléltetheti, a mely a tápcsatornán át a szabad hasürbe jutott $7\frac{1}{2}$ cm. hosszú, egyik végén igen kihegyezett, másik végén majdnem 1 cm.

széles üvegszilánknak a nagy csepleszbe történt kötőszövetes betokolódását mutatja s mint teljesen accidentalis bonczolási lelet került feljegyzésre.

Józsa Jenő: Hozzászólásában kifejti a gyomor-bélrendszerbe jutott éles tárgyak, főképpen tűk áthaladásának mechanizmusát. A szájtól a végbél irányában előrehaladó tű hegyének érintésére az érintett bélrész izomzata hirtelen elernyed. A bél mintegy öblöt alkot, a mibe a tű hegye belezuhan s a tű most már harántul áll a bélre; ez többször ismétlődik, míg végre a tű megfordul. Ezen Röntgennel is ellenőrzött észlelet teszi érthetővé a gyomor-béltractusnak aránylag ritka durvább sérülését. Magyarázatát a gyomor-béltractus idegrendszerbeli automatizmusában találja.

Nádor Henrik: Belorvosi szempontból szól hozzá az esethez. Utal 2½ év előtt az Orvosegyesületnek bemutatott „Apoplexia perirenalis” esetére. A has egyik oldalán hirtelen támadt irtózatossá kólikaszerű fájdalom, néhány óra alatt kifejlődő emberfőnyi daganat, belső vérzést bizonyító rohamos anaemia az a három tünet, a mely biztossá teszi e ritka kórkép diagnózisát; a gyors műtét gyógyulást hoz, a conservatív therapia mindig halálos kimenetelre vezet. A kór-ok különböző: arteriosclerosis, nephritis, struma, daganat; a hozzászóló esetében hypernephroma vérzett bele a vesekörüli kötőszövetbe.

Balog József: Nem illett bemutatása kereteibe a perirenalis apoplexiáról való részletes megemlékezés. Két év óta a szent István-kórház prosecturáján alkalma volt több ilyen esetet boncolni. Az észlelt eseteket a vérzés eredete szerint 3 csoportba osztanák. Az 1. csoportban a vérzés eredete a vese. A vese chronikus gyuladásaival, vesetuberculosisnál és vesedaganatnál fordul elő ilyen vérzés. A vérzés a vese állományából a rostos tokot átszakítva jut a környezetbe. A 2. csoportban a vérzés eredete a vese rostos, illetőleg zsíros tokjának valamely ere, a mikor valamely keringés-zavar, például hydronephrosis vezethet a tokok előzetesen megbetegedett ereinek szakadására, vagy gyuladással, illetőleg daganatos folyamat terjed át a rostos vagy zsíros tokra. A 3. esetben a vérzés forrása a vesetájékkal szomszédos ér. Ide tartozik bemutatott esete. Ehhez hasonló esetei voltak: 1. a hasi aorta lueses aneurysmájának repedése, 2. az art. spermatica internának eredése helyén észlelt traumás szakadása. A perirenalis apoplexia nem mindig halálos, mert a haematoma lassanként barnás savóval telt üreggé alakulhat, a melynek vérzésből való eredete csak szövettanilag mutatható ki.

Vérsavó-kicsapási reactio (kolloidabilitás) a szervezetben folyó toxinképződésnél, különösen activ tuberculosisnál.

Darányi Gyula: Eredeti közléseink során mai számunkban hozzuk.

Csépay Károly: Darányi újítása, hogy a vérsavó kolloidabilitási reakciójához alkoholt és melegítést használ, nem novum. 10 évvel ezelőtt Torday-val együtt közölt egy ilyen mű reakciót, mely szerint 0.2 cm³ altuberculin + 0.2 cm³ savó + 0.2 cm³ alkohol + 0.1 cm³ konyhasó-oldat keverékének a viscositása súlyos tuberculosis eseteiben egészen jellegzetes módon változik meg. Eisler és Laub később kimutatta, hogy ennek a reakciónak a lényeges kelléke nem a tuberculin, hanem az alkohol és a melegítés.

Gerlóczy Géza: Az eljárás nem egyszerűbb, mint az erythrocyták sülyedési sebességének meghatározása citratplasmában, a mi ugyancsak a kolloidálisan oldott fehérjék suspensions stabilitásának a fokmérője. Gyakorlati szempontból azonban mégis mögötte marad a Darányi-reakciónak, mert túlérzékeny és például férfi és nő között is már legalább 50%-nyi különbséget mutat ép viszonyok között is. Frisch és Starlinger a plasma fibrinogen-tartalmának megszorodásában látja a sülyedési módus gyorsuló tendenciáját, a Darányi-reactio kapcsán azonban valószínűbb, hogy általában nagy molekulájú, magas dispersitású, tehát a globulin-fractiohoz tartozó fehérje, talán fibrinoglobulin az, a mely a kolloidabilitás okozója. Mint a szervezetben lezajló szövetszétések reagensé, sokszor szembeszökően bizonyította be érzékenységét, főleg tuberculosis folyamatokban. Bőséges anyagából egy esetet emlit, a melyben a klinikai kép alapján meningitis basilaris tuberculosa vagy tumor között kellett a diagnosit eldönteni, s a hol éppen a Darányi-reactio negatív eredménye az utóbbi felé tolta el a véleményt, a mit az autopsia igazolt. Tapasztalatai alapján a reactio alkalmazását melegen ajánlja.

Balogh Ernő: A fehérjekicsapódási reakciók, mint az előadó a saját kémlésére nézve kiemelte, csak bizonyos egyetemleges jellegű, de nem egyenként elkülönített kóros folyamatokat jellemezhetnek. Bizonyítja ezt például azzal, hogy a hosszú ideig kiütéses typhusra egyedül jellegzetesnek tartott Weltmann-kémléssel több influenzás esetben pozitív eredményt ért el. Az előadó által felsorolt általános jellegű kórfolyamatok két nagy csoportján kívül úgy véli, még más folyamatok is ugyanezzel a reakcióval pozitív kémlést adhatnak. Fajidegen fehérjék parenteralis befecskendezése után például több esetben pozitív Weltmann-reactiót talált. Értékesebbeknek tartaná a korábban leolvasott eredményeket. Destillált vizes kicsapódási próbákkal ugyanis észlelései szerint igen sok negatív kontrollsavó 24 óra múltán minden következetesség nélkül szemcsés üledéket mutatott.

Darányi Gyula: Csépay a kolloidabilitásnak a viscositással való összefüggését állapítja meg. Maga a vérséjtüledési gyorsulás is úgy fogható fel, hogy a vérplasma viscositása emelkedik. Egyetért Gerlóczyval, hogy a vérséjtüledés megállapítása egyszerű reactio. Mindazonáltal véleménye szerint gyakorlati szempontból kevésbé jöhet számba,

mint az előadó reakciója. Gyakorló orvos nem végezheti, mert a vért a betegágyánál kell mindjárt megfelelően előkészíteni, a reactio lefolyását hosszabb ideig, esetleg óráig folytonosan megfigyelni. Ez nehézséget teszi a reactio végzését. Balog destillált vízzel végzett kicsapási eljárásokat a Klausner-reactiohoz hasonlóan. Ez a reactio azonban, mint-hogy alkohol és melegítés nélkül végeztetik, nem mutat oly határozott, éles eredményeket, nem is oly állandó jellegű szövetszétésnél és toxinképződésnél, mint az előadó reakciója. A kolloidabilitás aligha állhat az antitest-képződéssel szoros összefüggésben, mert például genyvedéseknél, a hol antitesteket alig találunk, a reactio erősen pozitív, továbbá pozitív chronikus betegségek legsúlyosabb formáinál éppen a súlyossággal arányosan, holott tudjuk, hogy legsúlyosabb luesben a Wassermann-reactio, legsúlyosabb tuberculosisban pedig a tuberculin-reactio sokszor negatív.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Johann Fein (Wien): Die Anginose. Kritische Betrachtungen zur Lehre vom lymphatischen Rachenring. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1921.

A garatbeli nyirokcsomógyűrű pathológiájának sokat vitatott kérdéseit sok tekintetben meglepő és bizonyára élénk ellentmondást provokáló nézőpontokból állítja élénk a szerző, a ki — mint műve bevezetőjében mondja — az elterjedt elavult nézeteket és a traditio által szentesített téves tanokat kívánja korrigálni.

Megállapítja, hogy a garatbeli körülírt és diffus adenoid szövettelhalmozódások: a garat-, torok- és nyelvmandulák, a hátulsó garattal granulái, az oldalsó garatkötegekbe beágyazott és a tubanyilások körüli adenoid szövethalmaz egységes anatómiai és physiologiai tulajdonságokkal bíró összefüggő szervrendszernek tekintendők, melynek morphologiai különbözőségei a különböző egyénekben csupán *egyéni dispositio* kifejezői; a lymphaticus garatgyűrű volumenbeli hatalmas fejlődése rendszerint ezen dispositóra vezetendő vissza, nem pedig kóros folyamatokra s ez okból a pathologia genesisre utaló tonsilla-hypertrophia vagy hyperplasia elnevezést is elveti.

A *lymphaticus garatcomplexum acut, nem specifikus gyuladása* mindenkor és egyidejűleg az egész szervrendszerre kiterjed; egyes részei izoláltan nem betegszenek meg. Az angina catarrhalis, lacunaris, follicularis stb. között a szerző szerint nincs különbség, hanem mindezen esetekben azonos megbetegedésről van szó. *Ez nem localis, hanem a septikus betegségek csoportjába tartozó általános fertőző betegség,* melynek első érzékelhető nyilvánulásai rendszerint a garatbeli lymphaticus complexum affectiói; a többi szervben a tünetek csak később jelennek meg. Megjelölésére az „*anginosis*” elnevezést ajánlja.

Tagadja, hogy a tonsillák behatolási kapuja volnának más általános vagy helyi megbetegedések csiráinak és nem ismeri el a kóroktani összefüggést a tonsillák megbetegedései és az izületi rheumatismus, a nephritis s más szervi betegségek között. Nem fogadja el az idült tonsillitisre általánosan jellegzetesnek tartott klinikai tüneteket s általában kétségbe vonja a lymphaticus garatgyűrű idősült gyuladásának létezését.

A műtéti beavatkozások tekintetében a mandolák eltávolítását ajánlja, „hogy a meglévő lymphaticus szövet tömegét megkisebbsük, mert a localis garattünetek súlyossága ezen tömeggel arányos; az összvolumen megkisebbsítése általános szempontokból határozottan ajánlatos, mert e beavatkozás kétségtelenül ártalmatlan és csak előnnyel járhat.” A torokmandulák totalis exstirpációját „általános okokból sohasem tartja szükségesnek”, ez a műtét szerinte csak akkor javalt, ha „operativ-technikai okokból” a tonsillotomiával nem érünk célzt.

Az általánosan elfogadott állásponttal, sok ezer esetben szerzett tapasztalatokkal több tekintetben élénk ellentétben álló fejtegetései nem csupán a szakorvos, hanem az általános gyakorlattal foglalkozó orvos érdeklődésére is számot tarthatnak és sok tanulságosat tartalmaznak.

Safranek.

Új könyvek:

A. Müller: Bismarck, Nietzsche, Scheffel, Möricke. Der Einfluss nervöser Zustände auf ihr Leben und Schaffen. Bonn, Marcus und Weber. 19 m. — A. Storch: August Strindberg im Lichte seiner Selbstbiographie. München, J. F. Bergmann. 15 m. — R. Birkhäuser: Augenpraxis für Nichtspecialisten. 2. Auflage. Berlin, J. Springer. 32 m. — E. Kisch: Diagnostik und Therapie der Knochen- und Gelenkstuberkulose. Leipzig, F. C. W. Vogel. 98 m. — H. R. Schinz: Das Ulcus-leiden im Röntgenbild und seine Kontrolle durch den Operationsbefund. Hamburg, Gräfe und Sillem. 120 m. — Ch. Fassbender: Das epidemische Auftreten der Grippe und der Encephalitis lethargica in Preussen im Jahre 1916 und die gegenseitigen Beziehungen der beiden Krankheiten. Berlin, R. Schoetz. 6/60 m. — S. Laache: Intra-thorazische Geschwülste. Kristiania, J. Dybwad. — C. Noorden: Über den jetzigen Stand der Diabetestherapie. München, J. F. Bergmann. 6 m. — H. Schröder und O. Nägeli: Die hämatologische Technik. 2. Auflage. Jena, G. Fischer. 26 m. — L. R. Grote: Grundlagen ärztlicher Betrachtung. Berlin, J. Springer. 18 m. — H. E. Hering: Pathologische Physiologie. Abt. I. Die Funktionsstörungen des Herzens, der Gefäße und des Blutes. Leipzig, G. Thieme. 1950 m. — E. Bleuler: Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens. Eine Elementarpsychologie. Berlin, J. Springer. 66 m. — L. Pincussen: Biologische Lichtwirkungen, ihre physikalischen und chemischen Grundlagen. München, J. F. Bergmann. 60 m.

Lapszemle.

Ideg- és elme-kórtan.

A **paralysis senilis formáját** ismerteti **Herschmann** 84 eset kapcsán. A 60. életéven túl kitörő eseteket számítja ide, de volt egy 75 éves betege is. Aránylag több a nő közöttük, mint a fiatalabb korban, a mi arra mutat, hogy az intervallum az infectio és a megbetegedés között nőknél hosszabb, általában a senilis formáknál 20—40 év. Lefolyása nem gyorsabb; nagyon sokszor, az esetek $\frac{1}{4}$ -ében van taboparalysis. Szemben azzal, hogy a juvenilis paralyisnál a demens alak volt gyakoribb, itt feltűnő az üldöztetési, paranoid formák gyakorisága s így közeli a hasonlóság a dementia senilishez. Eseteit csak szigorú válogatás után különítette el mint paralyist. (Medizinische Klinik, 1921, 41. szám.) *Kluge dr.*

A **multiplex sclerosisnak salvarsan-therapiájáról** folyt a vita **Voss** előadása kapcsán a német ideggyógyosok braunschweigi ülésén. Mindannyian megegyeztek abban, hogy néha feltűnő javulás mutatkozik, de a legtöbb hozzászóló szerint ez elenyészően ritka s még ilyenkor sem bizonyítja semmi, hogy nem spontan remissióval állottunk-e szemben. A fibrolysin- és tetrahydroatophan-therapiát ajánlották még, **Weygandt** pedig megemlítette, hogy sikertelenül próbálkozott malaria beoltásával, a mely pedig paralysis eseteiben szépen segített. (Zentralblatt für d. ges. Neur. u. Psych., 1921, 501. o.) *Kluge dr.*

Gyermekorvostan.

A **fertőzéstől való megvédésről és a csecsemők hospitalismusáról** ír **Friedberg**. A freiburgi St.-Hedwigshaus statisztikáját mutatja be az 1919. és 1920. évről. A csecsemő-otthon 1919-ben egy régi, szűk épületben volt és 1920-ban került tágasabb, jobb, új helyiségeibe. 1919-ben az összmortalitás 20·8% volt (az első 3 hónapban levő csecsemők 40%, a 4—6 hónaposoké 17·2%, a 7—12 hónaposoké 14·2%, az egy éven túl levő gyermekeké 7·1%). A morbiditas is igen nagy volt. Daczára annak, hogy 1920-ban az ápolás nehezebbé lett, mert a fehérnemű egészen lerongyolódott, s szappanban és a csecsemő-diaetára fontos tápszerekben oly hiány volt, hogy a diaetát egészen primitív módon kellett megszabni, a mortalitás mégis 6·8%-ra szállott alá. (0·3 hónapos csecsemők 7·6%, 4—6 hónaposoké 0%, 7—12 hónaposoké 6·4%, 1 éven túl levők 13%) Ennek okát abban látja, hogy rendkívül ügyeltek az infectiókra. Első sorban is minden gyermek rövidebb-hosszabb időre az orvosi vizsgálatot követő felvétele után a quarantaine-osztályra került. Kor szerint az előbb említett csoportosítás szerint 4 osztályt állítva fel, a quarantaine-osztályról elkerült egykorúak mindig együtt maradtak s így vándoroltak növekedésük szerint osztályról osztályra. A legjobb ápolónők a legszegébb korú csecsemőkhöz kerültek, egy ápolónőre 2—3 gyermeknél több nem jutott és minden osztályon azonkívül egy kitűnő képzettségű nővér is volt. Szülői látogatás csak a hét 2 délutánján volt megengedve, de ekkor sem az osztályon, hanem egy

külön szobába vitték a gyermekeket a szüleikhez. Ha egy szülő náthás volt, gyermekéhez nem kerülhetett. Minden náthás ápolónő arc-maszkot hordott. A gyermekek ágya legalább 150 cm. távolságban volt egymástól. A legcsekélyebb infectio esetén is elkülönítették a gyermekeket. Mindezen szabályok pontos betartása okozta azután a mortalitás nagymértvű leszállását. Végső következtetése az, hogy csecsemő-otthonokban nem kell okvetlenül hospitalismusként lennie, és hogy zárt intézetekben is el lehet érni az otthoni ápolás jó eredményeit. A szóbanforgó intézet dajkákat nem tart és az összes adatok mind mesterségesen táplált csecsemőkre vonatkoznak. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 35. szám.)

Bókay Zoltán dr.

Szemészet.

Ostwald új színtanát ismerteti **Podestà**. Szerinte azért nem volt eddig egységesen kidolgozott színtanunk, mert nem volt egységes alap, a melyen az felépülhetett volna. **Ostwald** a színtant a pszichologia körébe utalja, mert bármilyen is az inger, mely bennünk a színérzést kiváltja, a szín maga alanyi érzés. Ezt bizonyítja az a körülmény is, hogy ugyanaz a színérzés keletkezhet bennünk physikai értelemben különböző optikai ingerekre. A matematika (rendszerint), a physika, chemia és physiologia csak segédtudományai a színtannak. **Ostwald** minden színt három tényezőre bont: a színárnyalatra, a telítettségre és a nemtarka tényezőre. A színárnyalat a spectrumban vagy a színkörben megtalálható szín; a telítettséget a fehér vagy fekete tényező szabja meg, minél kevesebb a fehér vagy fekete, annál telítettebb a szín; míg a nemtarka rész a szürke, mely ismét fehérnek és feketének a keveréke. A nemtarka színekkel szemben tarkák azok a színek, melyekben szürke tényező nincs. Tehát: Szín = színárnyalat + fehér, fekete + szürke. Ha a szürke rész teljesen hiányzik, egyúttal „nemvonatkozó” színről beszél, mert ezek a színek nem változnak a fényerősség változásával, ilyenek a spectrum színei. Az úgynevezett „vonatkoztatott” színeket pedig a szürke tényező folytán különböző árnyalatúnak látjuk más-más fényerősség mellett. Ilyen vonatkoztatott szín a mindennapi élet csaknem valamennyi színe és a festékszín, azért nem sikerült a spectrum színeiből keveréssel minden festékszínt előállítani (például olivazöld, barna). Ha a színárnyalathoz csak fehér vagy csak fekete járul, világos-tiszta, illetve sötét-tiszta színről szól. Ha a szín csak tarka részből áll, akkor tiszta, ha nemtarka rész is van benne (fehér, fekete vagy szürke), akkor tört vagy zavaros. A szürke rész mérésére eszközt is szerkesztett, a félárnyékfénymérőt (Halbschattenapparat), mely a visszavert, illetve elnyelt fény arányát mutatja százalékban. A színkört úgy állította össze, hogy minden szín hasonlabb a szomszédjához, mint a két szomszéd egymáshoz: vagyis három szomszédos szín közül a két szélsőt egyenlő arányban keverve a köztük lévő adja (a belső részarányosság elve). Így a sárgából indulva ki, a narancson, vörösn, bíboron, ibolyán, kéken és zöldön át újból a sárgához tér vissza. Az átmenet a színek közt fokozatos és állandó lévén, az árnyalati különbségeket folyton csökkenthetem, míg a különbségek az érzékelés határán alul nem esnek. **Ostwald** így 400 színt állított össze egy körbe. Ha e körben színeket keverek mindig egyenlő mennyiségben, minél közelebb van a két kevert szín egymáshoz, annál kifejezettebb a színárnyalat, minél távolabb, annál inkább homloktérbe nyomul a nemtarka tényező, végül az egymástól legtávolabb eső színeknél tiszta szürkét kapunk. Az a két szín, a mely egyenlő arányban keverve szürkét ad, egymásnak kiegészítő színe, s ezek **Ostwald** színkörének két ellentétes pontján fekszenek. A színek keverése csak akkor helyes, ha optikai úton történik. E célra szerkesztett készüléke a sarkításos színkeverő (Polarisationsfarbenmischer), melylyel festékszíneket is tud optikai úton keverni. A színkört 100 egyenlő részre osztja be s a beosztás 0-pontja a sárgára esik. E színkör színei tiszta, telített, tarka színek, melyek mindenikéből egész színsorozatot lehet összeállítani, ha azokat fokozatosan részint fehérrel, részint feketével keverjük. Az összes színeket tehát úgy képzelhetjük együtt áttekinthetően, ha kettős kúpot veszünk, mely-

nek alapját a színek alkotja, százoldalú sokszög alakjában s e színekhez a kúp oldalain felfelé mind több fehér, lefelé mind több fekete keveredik, úgy hogy a kúp felső csúcsa tiszta fehér, alsó csúcsa tiszta fekete. *Ostwald* minden színt három számmal határoz meg: az első a színárnyalat helyét mutatja a színekörben, a második a fehér részt, a harmadik a fekete részt adja százalékban. Például 06, 40, 38 olyan sárgás-szürke színt jelent, melynek színárnyalata a színekör 6-os fokánál van, benne 40% a fehér, 38% a fekete tényező, s így a sárgára 22% marad. A fehér és fekete mennyiségét a felárnyékmérőn határozza meg százalékban, a színárnyalat mennyiségét a kettő összegének 100-ból való kivonásával kapja. Ezzel *Ostwald* a színeket számokkal pontosan kifejezhetővé tette s így új alapon kezdődhetik a színösszehangzás tanulmányozása. De szemészeti szempontból is jelentős az új színrendszertan. A színek három tényezőből felépülése, a színekör folytonossága, a színek mint érzékelésnek önállósága, a festékszíneknek az egy változóval szegényebb spectrumszínektől való különbözősége mindezekig nem volt kézzelfoghatóan bizonyítható és magyarázható. *Ostwald* ezt lehetővé tette. Nemkülönb a sarkító fénykeverőben olyan eszközünk van, melylyel a kiegészítő színeket biztosan felismerhetjük és a színérzési rendellenességeket számszerűen mérhetjük festékszínekre vonatkozóan is, a mi eddig csak spectrumszínekkel volt lehetséges. (Zeitschr. f. Augenheilk., 1919, XLII. köt., 6. füz.) Sz. L.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Vitamulsion néven új gyógyszer került forgalomba, a mely *Alwens* és *Grassheim* szerint nagyon jó hatású bizonyos csontbajokban, elsősorban az osteoporosisok csoportjába tartozó bajokban, a mennyiben elősegíti oly szövet képződését, a mely alkalmas az oldhatlan mészsók felvételére. A szer csukamájolajból, lecithinből és strontiumból áll; ez utóbbinak kedvező hatását csontbajokra főleg *Lehnerdt* vizsgálatai óta ismerjük. Előnye az új szernek az is, hogy a fájdalmakat kifejezetten mérsékli, a mi az alapbajra való gyors befolyásán kívül onnan ered, hogy — a mint állatkísérletek kimutatták — a periferiás idegrendszer ingerlékenységét csökkenti. Lassan gyógyuló csonttörés eseteiben is használható a szer a callus-képződést elősegítő hatása miatt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 42. szám.)

Vegyes hírek.

Szabó József dr.-t a kormányzó kinevezte a budapesti kir. m. Pázmány Péter tudomány-egyetemen a stomatologia nyilván. r. tanárává. A 33. német balneologiai congressust március 15.-étől 18.-áig tartják Berlinben *Dietrich* tanár elnöklésével. Főtárgya az anyagcserebetegségekre vonatkozó újabb vizsgálódások megbeszélése lesz. Előadások bejelenthetők a congressus helyettes főtárgyának: *Hirsch* dr.-nak (Charlottenburg, Fraunhoferstrasse 16).

Meghalt. *A. Adamkiewicz*, régebben a sebészet tanára Krakóban, a ki különösen a rák gyógyítására vonatkozó közléseivel tette nevét egyidőben ismeretessé.

Az

1922. évi

ORVOSI ÉVKÖNYV budapesti kérdőívei már mind szétküldtek. (A vidéki kérdőívek szétküldése most van folyamatban.) Felkérjük azon t. budapesti orvos urakat, kik a kérdőívet mind mai napig nem kapták kézhez, hogy adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) mielőbb reklamáljanak. „Magyarország Orvosainak Évkönyve” szerkesztősége Budapest, VII., Kertész-u. 16. Telefon: J. 106—47.

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

MERAN Téli klímás gyógyhely Olaszországban.

1. Sanatorium Stefanie. Elsőrangú, minden kényelemmel és modern gyógyszerközzel felszerelt gyógyház szív-, vese-, ideg- és anyagcserebeteg részére. Tulajdonos és vezető orvos **Dr. Binder R.**

2. Sanatorium Hungaria. Pormentes fekvésű, hygiénés gyógyintézet tüdőbeteg számára. Fekvőcsarnokok, elsőrangú ellátás, gondos ápolás. Tulajdonos: **Dr. Szontagh-Fraporti M.** Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

A gyermektápszertügyi tanács javaslata alapján
13.901/1920 VIII. C. M. K. M. szám alatt engedélyezve.

„Funk gyermektápszere“

Rationalis összetételű megbízható csecsemőtáplisz.
Specificum ablactatio előtt.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

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

Istvánuti Szanatórium

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

és vizgyógyintézet részv.-társ. Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sark. — Ig.-főorvos: **Dr. Schuster Gyula** v. e. l. tanár. Sebészeti, szülészeti, nőgyógyászati. — Bel- és ideggyógyászati, Orthopaedia, Röntgen.

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

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnosztikai és fizioterápiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratóriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyögmecanikai osztály, elektroterápia bejáró betegek részére is.

Orthopaedia,

gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termek, vizgyógyintézet a **Dr. PAJOR-Sanatoriumban** Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratóriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87—73

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

ZANDER-Gyermektorna

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

PÁLYÁZATOK.

7782/1921. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye pomázi járásához tartozó Pest-hidegkút községi orvosi állására pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma:

1. 1600 kor. törzsfizetés a szabályszerű korpótlékokkal.
2. A törvényszerű családi, háborús és drágasági segélyek.
3. A község által megállapított 2340 kor. lakbér.

4. Orvosi rendelő fűtésre és világításra a községi képviselő-testület által megállapított átalány.

6. Betegsegélyző pénztár által fizetendő megállapodás szerinti járulék.

6. Az előd által a községtől élvezett fuvarsegély kilátásba helyezve.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó hó 30.-áig annál is inkább küldjék be hivatalomba, mert később érkezőket nem veszem figyelembe. A kommunizmus alatti viselkedésükről szóló igazolás és szül. anyakönyvi kivonat is melléklendő.

Az orvosválasztást 1921. évi december hó 3.-án fogom Pest-hidegkút községházánál megtartani.

P o m á z, 1921 november 11.

A h. főszolgabíró.

7783/1921. kig. sz.

Pestvármegye Solymár nagyközségben újonnan rendszeresített községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma:

1. 1600 kor. kezdő törzsfizetés a törvényszerű korpótlékokkal.
2. A törvényes családi, háborús és drágasági segélyek.
3. A község által adott orvosi lakás kerttel és gyümölcsösrel,

melyek használata fejében a lakóházon szükségessé vált apróbb javításokat községi orvos köteles végeztetni.

4. A külteleken lakók kezeléseért szabályrendeletileg megállapított fuvarátalány.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó hó 30.-áig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni. A kommunizmus alatti viselkedésükről szóló igazolás és szül. anyakönyvi kivonat is melléklendő.

A választást 1921 december 3.-án délelőtt 10 órakor fogom Solymár községházánál megtartani.

P o m á z, 1921 november 10.

A h. főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Mező Béla: A sebészeti csomó kötésének egyszerű és gyors módja. 417. lap.

Nyáry László: Közlemény a m. kir. budapesti 3. számú katonai körletkórház belosztályáról. (Vezetője: Földi Ottó dr., orvos-ezredes.) Izolált trochlearis-bénulás képében jelentkező korai neurorecidiva. 419. lap.

Káldor Miklós: Közlemény az „Erzsébet” szegényház-kórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Rózsa Felix dr.) A troparin klinikai hatásáról. 419. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XX. rendes tudományos ülés 1921 október 29.-én.) 421. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Fröhlich und R. Wasicky: Taschenbuch der ökonomischen und rationellen Rezeptur. — Lapszemle. Elme- és idegkórtan. Lewy: A senilis dementia pathogenesiséről. — Szülészet és nőorvos. Zweifel: A korai diagnózis jelentőségéről a méhrák tartós gyógyulására. — Gyermekorvos. A. Wenke: Az örösnövésű újszülöttekről. — Szemészet. Duverger: Az utóhályog hasítása és az iridocapsulotomia. — Kisebb közlések az orvostudományról. 421–422. lap.

Vegyes hírek. 423. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A sebészeti csomó kötésének egyszerű és gyors módja.

Közlő: Mező Béla dr., egyetemi magántanár, az Új Szent István-kórház gyermekosztályának sebész-rendelőorvosa.

Azon számos tényező között, a mely a műtét sikerét biztosítja, jelentékeny szerep jut a varratoknak és az érlekedéseknek. A varratok csak akkor tartanak kifogástalanul, a lekötések csak akkor biztosak, ha jó csomózást alkalmazunk.

Háromféle csomózást ismerünk: az asszony-, a hajó- és a sebészeti csomót. Ezek közül az asszonycsomó készítése a legegyszerűbb, mert úgy történik, hogy egyik kezünkkel a fonál egyik szarát megrögzítve, e rögzített szar körül a fonál másik szarát körülvesszük s miután az így képzett hurkot meghúztuk, e folyamatot a kezek változtatása nélkül megismételjük. Ez a csomó a legáltalánosabb, de hátránya, hogy nem tart jól. Ez azért van, mert a hibás fonálvezetés következtében az asszonycsomóban a fonál egyik szára egyenesen fut le, míg a fonál másik szára ezen egyenesen lefutó szar körül kétszeresen visszahajlik. Az asszonycsomó ismertető jele az, hogy az az asszonycsomót alkotó I. és II. hurok szárai egymásra merőlegesen állanak és hogy a csomó ugyanazon oldali fonálvégei a II. hurok szárainak ellenkező oldalán fekszenek. A tapasztalat azt mutatja, hogy az ilyen csomó a csomóra belülről ható erőnek enged, hogy a csomó helyét szabadon változtathatja, tehát nem biztos.

A hajócsomónak az a lényege, hogy képzésében a fonál mindkét szára egyenlő mértékben vesz részt s jellegzetes rája az, hogy a csomót alkotó I. és II. hurok szárai egymással párhuzamosak és hogy az ugyanazon oldali fonálvégek a csomót alkotó hurkok ugyanazon oldalán fekszenek.

A sebészeti csomó ugyanazon elv alapján készül, mint a hajócsomó, de azzal a különbséggel, hogy mielőtt a fonalat először meghúznók, azt egymással szemben kétszeresen áthurkoljuk. Ennek az a célja, hogy a kétszeresen átvezetett fonál surlódása legyőzze a nyomást, a mely nagyobb tömegű rugalmas szövetrészek vagy nagyobb erek lekötésekor a hurkot belülről szétfeszíteni igyekeznek.

A hajócsomó készítésének az a lényege, hogy a fonál azon szarának, a mely az első hurok készítésekor a keresztződő szarak frontális síkban való állását feltételezve hozzánk közelebb állt, az első hurok meghúzása után a második hurok készítésekor is hozzánk közelebb esőnek kell lennie. Hogyha erre tekintettel vagyunk, a fonál bármely szarával kezdjük is a csomózást, kifogástalan hajócsomót kapunk. Az aztán már tisztán egyéni dolog, hogy a csomózást melyik szárral kezdjük és hogy az áthurkolást, helyes fonálállást feltételezve, melyik kézzel, mindig a bal vagy a jobb vagy váltott kézzel végezzük-e? Ennek megfelelően a hajócsomó-

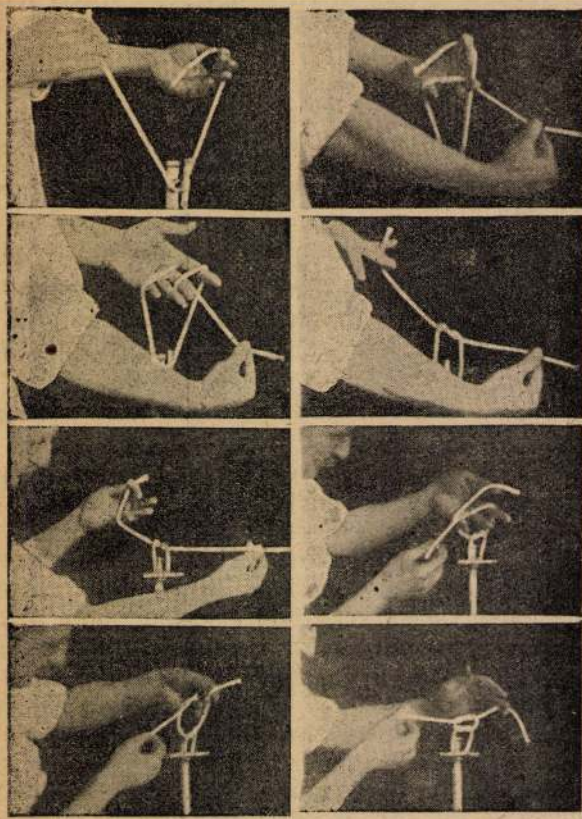
készítésnek több módzata van, a melyek kellő gyakorlat mellett mind kitűnően használhatók.

A csomózás itt vázolt eseteiben a hurokképzés sodrás útján történik, a mi a csomózást kissé nehézkessé teszi. Ez a nehézkesség, mivel a sebészeti csomó első szakában a fonálszarak áthurkolása kétszeres, a legfeltűnőbb. A csomóképzés e nehézkességeit kiküszöbölhetjük azzal, ha a csomózáshoz más technikát használunk. Ez a módszer az általánosan megszokott sodrási eljárással szemben talán úgy jellemezhető leginkább, hogy a csomóképzés a fonalak megfelelő fektetése által a supinált bal kéz pronáló mozgása közben történik. Az ilyen módon való asszonycsomóképzés mint gyors módszer már régóta ismert. Mivel azonban vele mindig csak asszonycsomót tudtunk készíteni, a fektetési csomókötés nem ment át a gyakorlatba. Rájöttem azonban arra, hogy ezzel a módszerrel hajó-, sőt sebészeti csomót is lehet kötni. A fektetési hurkolásnak ugyanis két módja lehetséges és e kettőnek egymással való kombinálása kifogástalan hajócsomót ad. E típusok közül az első, mert a fonál az első hurok készítésekor a supinált bal kéz radialis oldalán fekszik, radialis, a másikat pedig, mivel a fonál a supinált bal kéz ulnaris oldalára esik, ulnaris típusnak neveztem el.

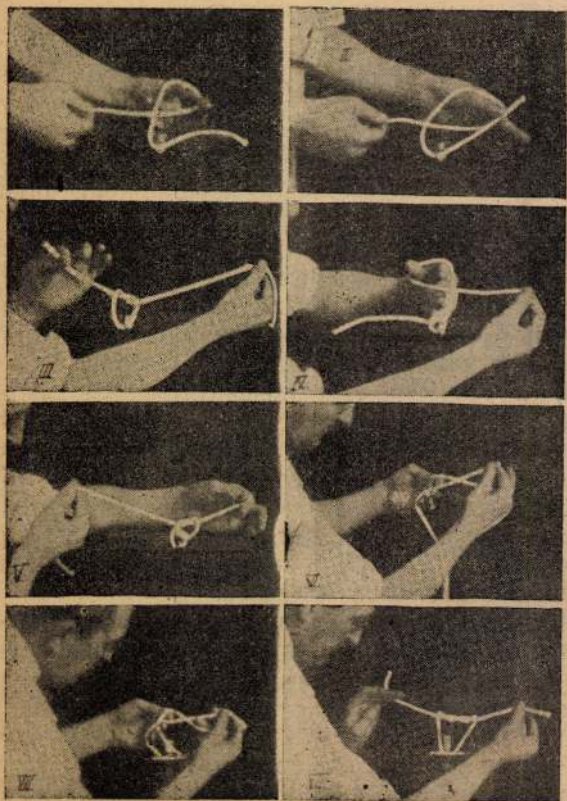
A fektetési hurokképzés radialis alakja a következő: A lekötendő rész körül vezetett fonál hozzánk közelebb eső szarát jobb kezünkkel megrögzítjük. A fonál tőlünk távolabb eső részét pedig úgy fogjuk meg, hogy a fonál a supinált bal kéz radialis oldalán felfelé haladva, a behajlított mutató- és hüvelykujj közé beszorítva, a tenyeret keresztezze, úgy hogy a fonál vége az ötödik ujjat kissé meghaladja. Ha ez megvan, a jobb kézzel rögzített fonalat a supinált bal kéz felett úgy vezetjük el, hogy az a második és harmadik ujj közt, a tenyerfelületen áthaladva, a bal kéz dorsalis felületére kerüljön. Ugyanezen időben a bal kéz mutató- és hüvelykujjáról lefogó fonalat a bal kéz harmadik és negyedik ujjá közé szorítjuk s miközben az első-második ujj közül a fonalat kieresztjük, de azt a harmadik és negyedik ujjal szorosan megfogjuk, a bal kézzel gyors pronálást végezzük. Ha a pronálás közben bal kezünket hozzánk közelítjük, a hurok fonalai szabályosan fekszenek.

A fektetési hurokképzés ulnaris alakja a következő: A lekötendő rész körül vezetett fonál tőlünk távolabb eső szarát jobb kezünkkel fogjuk meg, a fonál hozzánk közelebb eső szarát pedig úgy fogjuk meg, hogy az a supinált bal kéz ulnaris oldalán felfelé haladva, a bal mutató- és hüvelykujj közé be legyen szorítva. Ha ez megvan, a jobb kézzel rögzített fonalat a bal kéz második-harmadik ujjá közt a dorsalis felületről a volarisra áthúzzuk és azt a kinyújtott ujjak gyökén át fektetjük. Ugyanezen időben a bal kéz ötödik ujjának gyökétől az első-második ujj közé haladó fonalat a bal kéz harmadik-negyedik ujjával megszorítjuk, s miközben az első-második ujj szorítójából a fonalat kieresztjük, de azt a

harmadik-negyedik ujjal megfogva tartjuk, bal kezünkkel gyors pronálást végzünk. Ha e pronálás közben bal kezünket tőlünk eltávolítjuk, a képzett hurok szárai szabályosan fekszenek.



Hogyha az itt leírt első vagy második hurokképzést kétszer egymásután csináljuk, asszonycsomót kapunk. Ha azonban a radialis hurokképzési mód után rögtön az ulnarist



végezzük, vagy az először készített ulnaris hurok után a radialis típust alkalmazzuk, hajóscsomót kapunk. Minthogy lekötéseink egy része catguttal történik, a melynek vége a catgut merev volta miatt különböző irányokban elhajolhat, biztosabb

s így célszerűbb, ha a csomóképzést mindig a radialis típussal kezdjük. Célszerű ez azért is, mert az ulnaris hurokképzés közben a fonalakat meghúzával tarthatjuk s ezen idő alatt a már kész I. hurok nem lazul meg.

Az ilyen fektetési csomóképzésnek — a melyet, mivel készítésekor a pronálásnak is jelentős szerepe jut, „fektetési pronatiós csomóképzésnek” neveztem el —, nem tekintve azt, hogy e módszerrel a hajóscsomóképzés sokkal rövidebb ideig tart, mint a sodrási eljárás asszonycsomója, nagy előnye az, hogy ha szükségét látjuk, ugyanolyan rövid idő alatt sebészeti csomót is tudunk készíteni.

A sebészeti csomókötés úgy történik, hogy mialatt a fektetési csomóképzés radialis típusát csináljuk, a jobb és bal kézzel tartott fonalakat keresztezzük. A keresztezés úgy történik, hogy a supinált helyzetben levő jobb kéz első s második ujjával tartott fonalat a bal kézzel fogott fonál felett átemeljük. Ugyanezen idő alatt ugyancsak a jobb kéz harmadik és negyedik ujjával a bal kézzel rögzített fonál alá nyúlunk s itt e két ujjal a jobbkezes fonalat megfogjuk. Ha ez megvan, a jobb kéz első-második ujjával a fonalat eleresztjük és a kézzel gyors pronálást végzünk. Ha pronálás közben jobb kezünket tőlünk eltávolítjuk, bal kezünket pedig hozzánk közelítjük, akkor a kétszeresen áthurkolt fonálvégek szabályszerűen fekszenek. Az által, hogy a jobb és bal kéz egymástól függetlenül teljesen egyidőben dolgozik s mind-egyik készít egy hurkot, a kétszeres áthurkolás ugyanannyi időt vesz igénybe, mint az egyszeri és így a sebészeti csomókötés sem tart tovább, mint a hajóscsomókötés. A fektetési csomókötés másik, azaz ulnaris típusával kezdett sebészeti csomókötés hasonló elvek mellett, de megfelelő változtatással éppen olyan könnyen végezhető, a miért ennek leírását mellőzöm.

A fektetési csomókötést a tovaftató varrat kezdő csomójának megkötéséhez is használhatjuk. Itt is kétféle módon járhatunk el. Mindkét módszernek előnye az, hogy a kézben tartott eszközöket (csipesz, tűtartó) egyik kézről sem kell letennünk és mégis hajóscsomót tudunk készíteni. Jó az, ha a beöltött fonál szabad végét bal kézzel megfogjuk és vele először egy radialis, aztán egy ulnaris hurkot csinálunk. De még tetszetősebb és gyorsabb a következő eljárás: Mialatt jobb kezünkkel a tűtartóban lévő fonalat az asztal felszínén hozzánk közelítjük, pronált bal kezünket az így meghúzott fonál felé helyezzük. Ezután a jobb kézzel vezetett fonállal a pronált bal kéz radialis oldalán felfelé haladva, bal kezünk első-második ujját radio-ulnaris irányban körüljárjuk. Ha ugyanezen idő alatt a pronált bal kéz mutató- és hüvelyk-ujjával a beöltött fonál szabad végét megfogjuk, egyes hurok képződik. Ha az így keletkezett hurkot meghúzzuk, és pedig úgy, hogy a jobb kezünkkel tartott fonalat tőlünk eltávolítjuk, a balkezes fonalat pedig hozzánk közelítjük s ezután a pronált bal kéz első-második ujját ulnoradialis irányban hurkoljuk át, szintén hajóscsomót kapunk. Ugyanilyen módon sebészeti csomót is készíthetünk. A különbség csak az, hogy a fent leírt módon a pronált bal kéz kinyújtott első-második ujját nem egyszer, de egymásután kétszer járjuk körül és a fonalat csak ezután húzzuk meg. Ennek a módszernek igen nagy előnye az is, hogy vele csipeszek segélyével igen rövid, alig pár cm. hosszú fonalakkal is tudunk hajós-, illetve sebészeti csomót készíteni.

Az itt leírt fektetési csomókötési módszer nagy előnye az, hogy mivel a csomó készítésében csak a fonál egyik vége visz szerepet, csomózás alatt jobb kezünkben akár egy egész orsó selymet, vagy catgutot tarthatunk. Ezáltal sok kötőanyagot takarítunk meg. A fektetési csomózások bár a valóságban nagyon könnyűek, a kezdőknek nagy nehézséget okozhatnak, mert technikájuk az eddigi csomózás technikájától merőben elüt. Ha azonban valaki az eljárást elsajátította, a mi szemléltető oktatással pár perc alatt sikerül, az mindig előszeretettel fogja alkalmazni, mert nem tekintve azt, hogy ez a csomózási módszer sok időt takarít meg, azzal a kellemes tudattal is tölt el bennünket, hogy minden csomónk jól fog tartani s hogy betegünket e tekintetben hátrány nem fogja érni.

Közlemény a m. kir. budapesti 3. számú katonai körletkórház belosztályáról. (Vezetője: Földi Ottó dr., orvos-ezredes.)

Izolált trochlearis-bénulás képében jelentkező korai neurorecidiva.

Irta: Nyáry László dr., egyetemi tanársegéd.

A 25 éves rendőr ez év január 14.-én vétetett fel a kórházba. Régebben mindig egészséges volt, családi terheltség nem deríthető ki. 1920. év október havában lues acquirált és ez ellen 12 kénese- és 4 neosalvarsan-injectiót kapott. Kúráját december 8.-án fejezte be. Ez év januárjának elején erős főfájása támadt és egy hete kettős látása van. Két hét előtt a füléből véres genyes folyása volt, azóta zúg a füle. Elég jól fejlett és táplált beteg. A szívtompulat rendes, az aorta felett gyenge systolés zöreje hallható, a pulmonalis II. hangja nem ékel. A bal tüdőcsúcs felett kissé tompult a kopogtatási hang, a légzési zöreje valamivel hangosabb. A lép és máj nem tapintható. A pupillák egyenlők, jól reagálnak. A fejét kissé előreszegezi. A bal szem föl- és kissé befelé kancsalít. Egyvenű kettős képek alul, legnagyobb magassági eltéréssel jobboldalt, peripheriás a bal kép. A szemfenék mindkét oldalt ép. A fejjedegek egyébként épek. A bőr-, in- és csonthártyareflexek kétoldalt egyformán jól kiválthatók, élénkek. Tarkómerevség, Kernig-tűnet nincs. Hőmérséklet 37.8°. Pulsus 80. A bal külső hallójáratban kevés tapadó véralvadékkal kevert cerumen van. A vizeletben fehérje nyoma, üledékében elvéve egy-egy vörösvérsejt. Wassermann a vérsavóban ++++. Lumbalpunkció január 17.-én. A liquor sugárban ürül, makroszkoposan zavaros. A sejtek száma 1100 egy cm³-ben. Centrifugált liquorban I. phasis: opaleszkálás. Wassermann a liquorban 0.2: negatív; 0.4: +; 0.6-1.0: ++++. A liquor üledékében górcső alatt főleg sok kis gömbsejt, azonkívül nagyobb kerekmagvú sejtek és leukocyták láthatók. A Röntgen-átvilágítás kiderül, hogy mindkét, főleg a bal tüdőcsúcs légszegényebb, az aorta megnyúlt és mérsékelten kiszélesedett. 3 gr.-os kéneseikenőcs-bedörzsöléseket kezdünk, hetenként egy intravenás neosalvarsan-injectióval kombinálva.

Egy hét alatt az addig igen kínzó heves főfájás és szédülés fokozatosan megszűnt. Márczius 21.-éig a beteg 40 darab 3 gr.-os kéneseikenőcsölést végzett és 3.75 gr. neosalvarsant kapott intravenásan. A kettős látás változatlanul fennáll, egyéb panasza nincs. Kéthavi üdülésre küldjük, melynek lejártaival tartozik újból jelentkezni. Ez idő alatt napi 1.5 gr. jódkáliát szed.

Esetünk több szempontból számíthat érdeklődésre. Az anamnesisből kiderül, hogy első, 12 kénese- és 4 neosalvarsan-injectióból álló kúrájának bevégezése után egy hónappal jelentkezik a lues a beteg idegrendszerén. Nonne tankönyvében, majd iskolájából legutóbb Pette figyelmeztet arra, hogy a korai neurorecidivának előidézésében mily fontos szerepe van az elégtelen dosisban, vagy helytelen methodikával adagolt salvarsan-kezelésnek a lues korai szakában. Ők hajlandók a lueses idegrendszeri megbetegedések számbeli emelkedését ezen kezelési hibának tulajdonítani. Mindenesetre feltűnő az, hogy salvarsannal nem kezelt lueses betegeinknél az egy hónap múlva jelentkező idegrendszeri megbetegedés, ha egyáltalában előfordult, a legnagyobb ritkaságok közé tartozott. Betegünk friss luese ellen 4 salvarsan-injectiót kapott és ez mennyiségével nem igen érthette el azt, a mennyit mint elégséges adagot elfogadhatunk, a 3-4 gr.-ot. A salvarsannal kezelt friss lues-esetekben célszerű volna a kezelés bevégezése után a liquor cerebrospinalis megvizsgálásával ellenőrizni azt, hogy nem kell-e idegrendszeri recidivától tartanunk, különösen ha a nyugtalt salvarsan-mennyiség az említett 3-4 grammot nem érte el.

Érdekes esetünk az aetiologiai diagnosis megalapozása szempontjából is. Az erős, kínzó főfájás keletkezésének idejében a betegnek bal füléből véres váladék folyt, felvételkor subfebris volt és bal tüdőcsúcsán physicalis elváltozást lehetett megállapítani a klinikai vizsgálattal és ezt az elváltozást a Röntgen-átvilágítás is kimutatta. Mindezekhez járult az, hogy a lebecsátott cerebrospinalis folyadék zavaros volt és üledékében elég nagy számmal találtunk leukocytákat. Differential-diagnostikai megfontolás tárgyát tette tehát az idegrendszeri lues mellett a gümös és a dobüreg-genyedés-hez csatlakozó agyhártyagyulladás. A vérsavó pozitív Wassermann-reactiója egy hónappal a bevégzett kúra után az idegrendszeri lues mellett szólott és a pozitív Wassermann-reactio a liquorban ezen föltevés helyességét be is bizonyította. Mindezek szerint betegünkön idegrendszeri lues állapítottunk meg és igyekeztünk a folyamat helyét meghatározni. Tekintettel arra, hogy az összes fejjedegek közül egyedül a bal nervus trochlearis sérült, valószínűtlennek látszott az a

felvétel, hogy a laesiót lueses agyhártya-elváltozás okozná és ezen felvételünkben megerősít therapiánk eredménytelensége is. Az egy hét óta fennálló bénulás visszafejlődését az anti-lueses kezelés hatására jogosan várhattuk volna, ha annak előidézőjeképpen az idegtörzsnek lueses sarjszövet által okozott összenyomtatása szerepelne. Valószínűbbnek látszik az a felvétel, hogy a bénulás magi eredetű és a magot tápláló ér falának elváltozása által okoztatott. A szemmozgató izmok idegmagvainak egymástól független érellátása van és így az egyik trochlearis mag pusztulása elképzelhető a nélkül, hogy a vele közvetlen szomszédos oculomotorius magrészetnek sérülnie kellett volna. A makroszkoposan zavaros liquor viszont inkább a meninxek megbetegedése mellett szólna.

Érdekes végül esetünk a folyamat lokalizálódása szempontjából. Nonne tankönyvében három régen, a Wassermann előtti időben leírt esetről számol be, mint klinikailag észlelt izolált trochlearis-bénulásról. Igersheimer azt mondja, hogy izolált trochlearis-bénulás lueses folyamatoknál igen ritkán fordul elő, akkor is magi eredetű, minthogy Uthoff olyan agyalapi folyamatoknál, melyeknél a trochlearis sérült, ezt mindig más agyalapi idegek kíséretében találta.

A meningealis eredet lehetőségével számolva, nyolcz hét múlva a vér- és liquor reakciókat újból megismételjük és betegünket a végzetthez hasonló antilueses kezelés alá fogjuk venni.

Irodalom. Igersheimer: Syphilis und Auge. — Nonne: Syphilis und Nervensystem. — Pette: Med. Klin., 1920, 40. szám. — Uthoff: Graefes-Saemisch's Handbuch.

Pótlás a megjelenés közben: A beteg május hó elején jelentkezett újból. Teljesen jól érzi magát, kettős képei kevésbé zavarók. A vérsavó- és liquor-reactiók normalisak.

Közlemény az „Erzsébet” szegényház-kórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Rózsa Félix dr.)

A troparin klinikai hatásáról.

Irta: Káldor Miklós dr.

A troparin két componensének, a novatropinnak és a papaverinnek hatását egyesíti magában. A novatropin (homatropinmethylnitrat), a melynek pharmacologiai hatását Issekutz Béla vizsgálta, a legkevésbé mérgező az összes atropin-hatású gyógyszerek között. Gyakori tapasztalat, hogy az atropinnak már gyógyszeres adagai után is kellemetlen központi idegrendszerbeli tünetek (álmatlanság, nyugtalanság, sőt deliriumig fokozódó izgatottság) állanak be és mellékhatások (torokszárazság, szívdobogás, accommodatioparesis) jelentkeznek. Még inkább észlelhető az atropin mérgező hatása oly esetekben, a melyekben a hatás elérése céljából a rendesnél ($\frac{1}{2}$ —1 mgr.) nagyobb adagban, vagy huzamosabb ideig szedetjük. Falck említ esetet, a mikor idősebb egyénen napi 1—2 mgr. atropin adása után a nyolczadik napon súlyos görcs, delirium állott be, a melyet az atropin cumulációjának tulajdonít. Állatkísérletek szerint a novatropin mérgező hatása ötvenszer kisebb, mint az atropiné, de a gyógyhatása az atropinéval csaknem megegyező.

A papaverin régóta ismert, de a therapia szempontjából sokáig elhanyagolt opiumalkaloida. Újabban Pal közleményei óta mindgyakrabban alkalmazzák. A papaverin a sima izmok kórosan fokozott tonusát csökkenti az egész szervezetben, különösen a bél sima izomzatában, de az erek simaizomelemeiben is. E tonuscsökkenés az izomsejtekhez vezető idegek ingerületének csökkenése folytán áll elő. A papaverin ezen tonuscsökkentő hatását a novatropin elősegíti azzal, hogy bénítja azokat a parasymphathicus-idegvégződéseket, a melyek a sima izmokat beidegzik. Issekutz vizsgálatai szerint a papaverin és novatropin önmagukban hatástalan adagai együtt adva a pilocarpin által okozott görcsöt megszüntetik.

Mivel a novatropin igen csekély mértékben mérgező, hatásában azonban az atropinnal csaknem megegyező, kellemetlen mellékhatásokat nem okoz és a papaverint hatásában elősegíti: ezek voltak azok a gondolatok, a melyeket szem

előtt tartottunk a troparin-készítmény kiterjedtebb kórházi felhasználásakor.

A troparin klinikai hatását asthma bronchiale, másodlagos hypertonia és arteriosclerosisos vérnyomásfokozódás eseteiben volt alkalmam észlelni.

Már régebben megfigyeltünk az „Erzsébet” szegényház-kórház betegei között oly asthmás betegeket, a kiken minden eddig alkalmazott gyógyszer (morphium, atropin, asthmolysin) jórészt hatástalan volt. Hetenként két-három ízben volt rohamuk, a rohammentes időben pedig álmatlanság, nyugtalan-ság, izomgyengeség tünetei voltak észlelhetők állandóan jelenlevő expiratorius dyspnoe, messzire hallható bronchialis zörejek mellett. A hosszabb ideig, vagy nagyobb dózisban adott atropin után legfeltűnőbb volt az, hogy a betegek általános elgyengülésről panaszokadtak. Az utóbbi időben alkalmazott asthmolysin-injectiók sem váltak be ezekben a makacs esetekben és azt tapasztaltuk, hogy a betegek megszokják az asthmolysint s az adagját fokozni kell épp úgy, mint a morphiumét. *Pal* közleményei szerint az asthma bronchialeval kapcsolatban a sympathicohypotonia megszüntetésére adott adrenalin- (asthmolysin-) praeparatumok nagy adagokban, vagy huzamosabb alkalmazásuk esetén ártalmasak. Egy 40 éves asszonyban, kit hosszabb ideig asthmolysin-injectióval kezeltek, bonczoláskor az aortán súlyos elváltozás volt található; más esetben korán mutatkoztak a szívelégtelenség tünetei. Én tehát a sympathicus csökkent tonusát fokozó, de nem minden káros hatás nélkül való adrenalin-paeparatum helyett szívesen alkalmaztam a bronchusgörcsöt okozó vagotonia megszüntetésére a papaverint és novatropint tartalmazó troparint, számítva e két componens synergetikus hatására. A bronchusgörcs csakugyan engedett, megszűnt, a vagus-izgalom csökkent. Feltehető, hogy a vagotonia megszüntetése maga után vonja antagonistájának, a sympathicusnak tonus-fokozódását.

Tíz esetben figyeltem meg asthmás betegeken a troparin hatását. Általában mondható, hogy az álmatlanság, nyugtalan-ság csökkent, a kilélekzés könnyebb és rövidebb volt, a nehézlégzés enyhült. A legtöbb beteg jól aludt, kettőn észleltem csak elhúzódo köhögéshamot reggel.

K. V.-né, 62 éves. 6 év óta van asthmás roham, az utóbbi időben minden héten 2–3 ízben. Különösen éjjel fogja el rohamokban jelentkező légzésnehézség. 3 napon át adott subcutan troparin-injectióra az állapota javul. A 4. naptól kezdve troparin-tablettákat szed, naponként négyet, hét napig. Rohama nem volt. Két hét múlva újabb légzés-nehézség áll be, mely troparin-tablettákra elmarad.

Az asthma bronchiale csökevényes formájának javulását láttam troparin-tabletták szedése után.

H. E.-né, 66 éves. 8 éve köhög. Idült bronchitis. Hetenként egy-szer — kora reggel — könnyebb lefolyású, elhúzódo köhögéshama van, mely hat napi troparin-tabletta (naponként négy szem) szedése után már az első héten elmarad. A következő hetekben a köhögéshamok újból jelentkeznek ugyan, de a hevességük csökkent.

Különösen kiemelendő, hogy a praeventive adott troparin-injectio az asthmás roham megjelenését megakadályozta.

K. J.-né, 67 éves, előre megérzi asthmás rohamát, a nyitott ablakhoz szalad friss levegő után. Igen hosszú expirium, a légzési segédizmok fokozott működése stb. Troparin-injectióra az előbb említett tünetek mérséklődnek, a várt asthmás roham elmarad. Két alkalommal észleltem rajta ehhez hasonlót. Később troparin-tablettákat szed, általában jól érzi magát, két heti észlelés alatt asthmás roham, nem volt.

A fentebb közöltek alapján feltehető, hogy a vagus-izgalom más megnyilvánulásánál is (pylorusgörcs, colica mucosa, hyperaciditás stb.) az alap-ok, a vagus-izgalom megszüntetésével javulás fog beállni. Erre vonatkozólag azonban megfelelő beteganyag hiányában nincsenek megfigyeléseim.

Másodlagos hypertonia egy esetében volt alkalmam troparinnal kísérletet tenni. Észlelésem a következő:

B. K.-né, 65 éves, feltűnően halvány, alsó szemhéja kissé puffadt. 8 éve beteg. Zsugorvesése miatt 3 hónap óta van kórházi kezelés alatt. A vizelet napi mennyisége átlagban 3 liter, fajsúlya 1010, kevés fehérjét tartalmaz alakelem nélkül. Balszív hypertrophia, az aorta II. hangja ékelt; a pulsus rythmusos, száma percenként 74, igen feszes, gyors, magas. Már két ízben észleltünk a betegen chronikus uraemiás tüneteket. Újabban egy délután hirtelen rosszul lesz, féloldala zsibbad, feje fáj, baloldali végtagjait mozgatni csak korlátoltan tudja; a bal kézfeje és

ujjak tetaniás állapothoz hasonló görcsös összehúzódásban. A vizelet napi mennyisége ekkor $1\frac{1}{2}$ liter, fajsúlya 1008, fehérje alig van benne, üledéke nincs. A pulsus arythmiás, percenként 70, igen feszes. A maximális systolés vérnyomás 230 Hg-mm. Troparin subcutan befecskendezése után másnap reggelre az általános állapot csak keveset javult, a vérnyomás 190 Hg-mm.; délután az állapot változatlan, a vérnyomás 220 Hg-mm.-re emelkedik újra. Troparin ismételt befecskendezése után másnap reggel a vérnyomás 160 Hg-mm.-re száll le. A kéz ujjainak merevsége enged annyira, hogy a beteg egyedül fésülködhetik, baloldali végtagjait élénken mozgatja. A vizelet napi mennyisége újból 3 liter, fajsúlya 1010. Két héti figyeltem a beteget, kinek vérnyomása ugyan 180 Hg-mm.-re emelkedett, de subjectiv panaszai enyhültek s azóta állapotában lényeges rosszabbodás nem volt észlelhető.

Legyen szabad ez egy esetből is következtetni, hogy ily másodlagos hypertoniánál a kellemetlen subjectiv tünetekkel járó kóros vérnyomásfokozódást a troparin csökkenteni tudja.

A vérnyomás fokozódását gyakran van alkalmunk észlelni az „Erzsébet” szegényház-kórház fekvő és ambulans öreg betegein egyaránt. Az öregkor pathológiájában az arteriosclerosis és a legtöbbször vele járó vérnyomásfokozódás fontos szerepet visz. Régi tapasztalat, hogy az öregkor érbeidegzése nem oly pontos, collapsusra hajlamos, máskor meg a splanchnicus-érterület összehúzódása a vérnyomást fokozza. A vérnyomás-fokozódás beállhat hirtelen vagy lassan, szinte észrevétlenül. Az első az acut, pressorius érkrizis, mely congestióval, általános rosszulléttel, hirtelen jelentkező szédüléssel jár és apoplexiás insultussal végződhetik. A lassan kifejlődő, chronikus, tartós vérnyomásfokozódásnál a betegek fejfájásról panaszokodnak, a melyet a csaknem mindig jelenlevő obstipationnak tulajdonítanak. A vérnyomás emelkedésével a fejfájáshoz még szédülés csatlakozik, a mely azután állandóan uralkodik a körképben. Később a beteg feledékenysége válik, hangulata változó lesz, rövidebb-hosszabb időre tájékozó képességét elveszti, egyensúly-érzésének bizonytalansága fokozódik, sőt el is esik és megüti magát. A szédülés okát *Stein* és *Fellner* épp a magas vérnyomás által megzavart labyrinthus-működésben keresi.

Öreg egyénekén végzett vérnyomásmérések (körülbelül 30 eset) alkalmával az volt a benyomásom, hogy a vérnyomás magassága és az általa okozott tünetek intenzitása között szoros összefüggés nincs. Általában csakugyan magas volt a vérnyomásuk azoknak, kik a fenti panaszokkal jöttek, de a talált vérnyomás-szám nem volt arányban az okozott tünetekkel.

Némely esetben a vérnyomás normalis, máskor meg hasonló magas vérnyomás kóros tüneteket okoz a szív normalis állapota mellett. Némelyik betegen 150 Hg-mm. magas vérnyomás mellett fejfájás, szédülés áll be, míg másokban 180 Hg-mm.-es nyomás sem jár tünetekkel.

Körülbelül öt hét alatt 12 esetet volt alkalmam megfigyelni, melyekben magas vérnyomás okozta a fenti tüneteket. A 12 eset közül — egyet kivéve, hol a vérnyomást 180-ról 160 Hg-mm.-re tudtam lenyomni, de a szédülés nem szűnt meg — 11 esetben a vérnyomásnak a súlyosodásával a tünetek is részben teljesen megszűntek, részben intenzitásukban csökkentek. A betegek közérzete általában teljesen jó. Acut érkrizisnél subcutan troparin-injectio, chronikus esetben pedig napi 3–4 troparin-tabletta 4–5 nap alatt a vérnyomást 40–50 Hg-mm.-rel csökkentette. Ugyanis a papaverin az érfal símaizomeleimeit beidegző idegek ingerlékenységét csökkenti, a novatropin pedig a símaizomelemek parasymphikus idegvégződéseit bénítja és így synergetikusan fejtik ki a depressorius hatást, melynek következménye a vérnyomás súlyosodása.

Az intravenásan alkalmazott befecskendezés után két esetben nagyfokú gyengeség-érzés állott be, ezért az adagolásnak ezt a formáját mellőztem. Egy esetben subcutan adott troparin-injectio után egy órával 50 Hg-mm.-rel súlyodt a vérnyomás, 250-ről 200-ra és 4 óra múlva 180-ra, másnap 160 Hg-mm.-re szállt alá; három heti megfigyelési idő alatt csak minimalis ingadozás volt észlelhető, a beteg szédülése megszűnt.

Egy 68 éves betegnek oly nagyfokú volt a szédülése, hogy elesett és kékes ütő-folttal az arcán jelentkezett az ambulantián. Vérnyomását 240 Hg-mm.-nek találtam. Sub-

cutan adott egy troparin-injectióra a vérnyomás 4 óra múlva 190-re, másnapra 150-re csökkent, tápolygása megszűnt s három heti megfigyelési idő alatt sem tért vissza.

Egy másik esetben (B. K.-né, 74 éves), melyben aorta-insufficiencia is van, nagyfokú szédülés állott be; a vérnyomás 160-ról troparin-injectióra 140-re süllyedt, a szédülés megszűnt, de két nap múltán újra jelentkezett s a vérnyomást újra 160 Hg-mm.-nek találtam, a mi újabb beavatkozásra nem javult. Tartósabb eredmény úgy látszik csak a szív normalis állapota esetén várható. Egy esetben három héttel a vérnyomásnak troparinnal csökkentése után a tünetek újra való jelentkezését észleltem s a vérnyomásnak 170 Hg-mm.-re való emelkedését, a mikor is napi 4 troparin-tabletta 4 napi szedése után a tünetek újra elmúltak.

Körülbelül hat hétig figyeltük a troparin hatását. Asthmás betegeinken 2—3 napon át napi egy injectio, 1—2 heti troparin-tabletta szedés (naponként 4 szem), kóros vérnyomás csökkentésére 1—2 napig naponként egy subcutan injectio, 1—5 napi tabletta-szedés (naponként 4 szem) elegendő volt a kívánt hatás elérésére. A hat hetes megfigyelési idő alatt a troparin-praeeparatum után sem központi idegrendszerbeli tüneteket (álmatlanság, nyugtalanság stb.), sem más kellemetlen mellékhatást (torokszárazság, accomodatio-bénulás stb.) nem észleltem.

A fentiek alapján a troparin alkalmazását javálnak tartom:

1. Subcutan injectio alakjában (1 phiola = 1 cm³, mely 0.4 papaverint és 0.0015 novatropint tartalmaz) asthma bronchiale eseteiben a roham alatt vagy a roham előtt praeventive, továbbá acut érkriszisé és hypertoniánál a vérnyomás gyors csökkentésére.

2. Tabletta alakjában (1 tabletta = 0.02 gr. papaverin és 0.0015 novatropin) az asthma rohammentes időszakában, továbbá chronikus, tartós vérnyomásfokozódás csökkentésére.

A troparin hatását vagus-izgalom okozta más tünetekre megfigyelni még nem volt alkalmam.

Az adagolás tartamára irányadó a beteg subjectiv állapota és a vérnyomás időnkénti ellenőrzése.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XX. rendes tudományos ülés 1921 október 29.-én.)

Elnök: Bókay János, majd Flesch Nándor.

Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

A hallószerv marószerv okozta roncsolása.

Verzár Gyula: Beteget mutat be, a ki fülcseppek helyett marószert öntött a fülébe, mely a porcós hallójáratot teljesen elroncsolta, a fülkagyló alsó felét, a hallójárat bemenetét alkotó lágyrészeket gangraenás tömeggé változtatta s a merre elcsurgott, az arcra és nyakra felmaródásokat okozott. Bár nem állott módjában a vegyi kimutatás, egyéb lehetőségek kizárásával, főleg a maróvási pörkök fekete színe s a roncsolás nagy terjedelme miatt hiszi, hogy a tévedés kénsavval történt. A lágyrészek feltisztultak, nagyrészt be is hámosodtak; tekintve azonban, hogy elhalt csontrészek láthatók s a dobüreg genyes, a bekövetkező veszedelemnek elejét veendő, a műtéti beavatkozás szükséges.

Zoster és varicella.

Bókay János: Eddigi megfigyeléseihez két újabb megfigyelést csatol, a hol zosteres megbetegedést egy más gyermekben varicella követett 10—14 nap eltelté után. Ez újabb esetekkel Bókay megfigyeléseinek száma tizenhatra emelkedett s a zoster varicellosus létezése újabb beigazolódást nyert. A bemutató közlései alapján a külföldi szakemberek különösen a legutóbbi időben mind sűrűbben közöltek hasonló megfigyeléseket, úgy hogy a bemutatónak az a felvétele, hogy a zoster bizonyos esetei varicellás eredetűek, más oldalról is beigazolódást nyert. Szükségesnek tartja, hogy histológiai és haematológiai vizsgálatok és complementumkötési reakciók végeztesse a pathológiás azonosság bizonyítására. Kívá-

natosnak tartja a nyúl-corneára való átoltásokat a czélból, hogy meggyőződést nyerjünk arról, hogy a zoster bizonyos eseteiben a hólyagok tartalmának átoltása házinyúl szaruhártyájára előidéző-e ugyanoly elváltozásokat, mint a varicella-hólyag tartalma.

Antitestek az anyatejben.

Petényi Géza: Kiindulva abból az észlelésből, hogy anyatejjel táplált csecsemők immunisak a kanyaróval szemben, anyatejet, illetőleg colostrumot (5—10 cm³) fecskendezett idősebb, mesterségesen táplált, kanyarót még ki nem állott csecsemőknek, mikor az osztályon kanyaró-esetek voltak. Az első alkalommal 10 gyermeket oltott s ezeknek egy része ismételtén is ki volt téve a fertőzésnek, úgy hogy összesen nem 10, hanem 15 infectiolehetőség volt. Valójában csak 3 kanyaró-eset fordult elő közöttük. A második alkalommal 2 kétéves, 10 kilós gyermeket oltott 6—7 cm³ colostrummal, a fertőzés utáni hatodik nap; ezeken modifikált, gyöngített morbilli folyt le.

Ezek az észlelések mutatják, hogy az anyatejben, illetőleg colostrumban van olyan anyag, a mely megtörtént kanyarós fertőzés esetén a betegség kifejlődését meg tudja gátolni. Az első 6 hónapban a csecsemők immunitása a kanyaróval szemben passiv, lactatiós immunitás. A szülés után a vérben és főleg a colostrumban az antianyagok (typhus-agglutininek, *Stäubli*) megsaporodnak, de rövid idő múlva újból csökkennek. Az első héten a bélfal permeabilitása fokozottabb, úgy hogy a tejben levő antianyagok minden veszteség nélkül felszívódhatnak. A későbbi hónapokban, a mikor a tejben az antitestek mennyisége csökkent s a bélfal kevésbé permeabilis, kevesebb védőanyag jut a szervezetbe s így a hatodik hónap táján a gyermekek egy része már megbetegszik. Az anyatejben s a colostrumban is a kanyaró elleni védőanyagok mennyisége kisebb, mint ugyanolyan mennyiségű reconvalescenssavóban, úgy hogy védőoltásra elsősorban a reconvalescenssavó jön számításba. De ha ez nem áll rendelkezésre, prophylaxis czélból colostrumot, vagy nemrég szoptató anyától való tejet is lehet adni. (Az emlőnek alkohollal, aetherrel való megtisztítása után tiszta kézzel steril edénybe lefejve, felforralás nélkül 8—15 cm³-t, idősebb gyermeknek többet fecskendezünk be.)

Bókay János: Ajánlana, hogy az előadó különösen colostrummal tegyen a jövőben kísérletet, tekintettel arra, hogy a tej biológiai tulajdonságai a colostrumban még fokozottabban nyilvánulnak meg, mint az állandó női tejben. A mi azt illeti, hogy a csecsemőkben, különösen az első életév első felében, a heveny fertőző ragályos kórok alig fordulnak elő, ez talán magyarázatot lelhet abban a körülményben is, hogy a pólyás csecsemő a külvilágtól izoláltabban él, mint a már csúszómászó vagy járó gyermek.

Heim Pál: Újszülöttek azért kapnak kevésbé fertőző betegségeket, mert izoláltan élnek, de ez nem áll a kanyaróra, mely annyira fertőző, hogy lehetetlen ellene védekezni. *Petényi* kísérletei azt bizonyítják, hogy kanyaró ellen az anyatej adja az immunitást. Jobbnak tartja reconvalescenssavóval végezni az immunizálást, mint colostrummal vagy anyatejjel. A női tejben speciális védőanyagok vannak, ezért anyatejjel táplált csecsemők sokkal jobban állnak ki betegségeket, mint mesterségesen tápláltak. Az előadásnak nem annyira gyakorlati, mint inkább elméleti az értéke.

Juba Adolf: Két esetet említ, egy 14 éves leányt és egy csecsemőt, a kiken időleges immunitást talált.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Fröhlich und R. Wasicky: Taschenbuch der ökonomischen und rationellen Rezeptur. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 15 m.

A körülbelül kétszáz oldalas zsebkönyv nem más, mint a mai megváltozott viszonyokhoz szabott recept-könyv. Tudjuk, hogy napjainkban hány gyógyszer nem kapható; hányak a rendelése a rendkívüli ára miatt alig lehetséges; hány haszontalan szert dobott az üzleti érdek a felszínre; de azt is tudjuk, hogy megszokásból még mindig sokszor rendelnek az orvosok olyan módon, a mely a takarékoskodás elvével ellenkezik. A

szerzőknek (a bécsi egyetemen a pharmacologia, illetőleg pharmacognosia tanárai) tehát az volt a céljuk, hogy egyfelől tudományosan megalapozott, tehát rationalis, másfelől lehetőleg olcsó recepturát állítsanak össze a mai nehéz idők részére. Mint első kísérlet e téren, talán még nem mondható tökéletesnek; de azért már a jelen alakjában is nagyon hasznos szolgáltatokat tehet s azért szívesen hívjuk fel reá orvosársaink figyelmét.

Lapszemle.

Elme- és idegkórtan.

A **senilis dementia pathogenesiséről** és a vele kapcsolatos paralysis agitans lokalizációjáról tartott érdekes előadást **Lewy**. Paralysis agitans 13 esetében mutatott ki májfunctió zavarokat, pedig tudvalevőleg a striatumban van a betegség localisatiója. Tudva, hogy **Spatz** atrophia hepatis flava, **Berblinger** pankreas-cysta, **Lewy** diabetes mellitus esetében a corpus striatumban elváltozást talált, ismerve a máj és corpus striatum összefüggését a Wilson- stb. betegségben, nem lep meg, hogy experimentálisan nyulakban is a striatum elváltozásai követték a máj sérülését. Mivel a corpus striatum erei végarteriák, vascularisatio zavarok okozzák először, másodsor pedig a védőszűrő vázolt kiesése a májbaj folytán, hogy a corpus striatum locus minoris resistentiae lesz. A tapasztalat szerint a pajzsmirigy-functio kiesése után bizonyos esetekben ugyanolyan histológiai elváltozások mutatkoznak, mint a senilis dementiánál és a paralysis agitansnál. Így tehát a senilis pajzsmirigy-functioelváltozás és a locus minoris resistentiae-vé vált corpus striatum együttesen magyarázza meg a senilis dementiával kapcsolatos paralysis agitans keletkezését. (Zentralblatt für d. ges. Neur. u. Psych., 1921 okt. 1.) **Kluge dr.**

Szülészeti és nőorvostan.

A **korai diagnosis jelentőségéről a méhrák tartós gyógyulására** ír **Zweifel** tanár statisztikai adatok alapján. Véleménye szerint csaknem minden portio-carcinoma véglegesen meggyógyítható, ha korán jut operációra. A méhrák korai jeleit a következőkben foglalja össze: 1. Csomócskák a portión, a melyek felszúrásukkor nem bizonyulnak follicularis cystának. 2. Erosiók, a melyek már gyengéd érintésre vérzenek, nem gyógyulnak rövid idő alatt vagy már eleve gyanus külsejük; ilyen esetben mielőbb próba-kimetszés végzendő és a kimetszett rész mikroszkopice megvizsgálandó. 3. Viszketés a külső nemi szerveken némely esetben hosszú idővel megelőzi a rák jelentkezését. 4. Vérzés cohabitatio után. 5. Minden postclimacteriumos vérzés szerfelett gyanus. 6. Minden rendetlen vérzés pontos vizsgálatot igényel. 7. Genyes folyás is lehet az első jele a ráknak, s corpus-carcinoma eseteiben hosszú időn át az egyedüli tünet. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 38. szám.)

Gyermekorvostan.

Az **óriásnövésű újszülöttekről** a háborús évek befolyásának tekintetbevételével ír **A. Wénke** a breslaui bábaképző-intézetből. Az 1911—1918-ig terjedő évek születési anyagát dolgozta fel és az 51 cm. hosszúságot és 4000 gr. súlyt meghaladó újszülötteket nevezi óriási növésűnek. 11.201 szülésből 521 esetben volt 4000 gr.-on felül az újszülött súlya, tehát 4.6%-ban. Összehasonlítva a háború előtti és a háborús évek anyagát, azt találta, hogy a háború egyáltalán nem befolyásolta a nagysúlyú újszülöttek számát, sem az arányt, a mely a nagysúlyú újszülöttek neme közt fennáll. A normalistól eltérőleg a fiúgyermekek vannak nagyobb számmal, és pedig az arány 100:226, míg a rendes súlyúaknál 100:105. Mint tudjuk, az anya erőbeli állapota, kora, az előző terhességek száma befolyásolja az újszülött súlyát, a szerző tapasztalatai szerint is főképp többszörszülő 25—30 év közötti anyák hoztak világra ily óriásnövésű újszülötteket. A magzat fekvését, az uterusban való hosszabb időzését s így túléltségének okát vizsgálva, itt is fejfekvést, koponya-

tartást talált a legnagyobb számmal, 96%-ban. Ezzel szemben a szülés lefolyásában gyakrabban vált szükségessé az orvosi beavatkozás: 12.5%-ban a rendes súlyúak 5%-ával szemben. Az anyai szülőutak sérülése sem fordul elő nagyobb számmal, épp így a gyermekágy lefolyását sem zavarják gyakrabban complicatioók. A magzat nagyobb táplálkozási igényének megfelelőleg a placenta súlyát a legtöbbször a normalisnak elfogadott 500 gr.-on felülinek találta. A mi az újszülött hosszát illeti, az legtöbbször 48—50 cm.-en felül volt s a legnagyobb hosszát fiukon észlelte. Az élve és halva szülöttek száma közti arány is körülbelül megegyezik a normalis súlyú magzatokéval, 100 élőre 5 halvaszülött jut. A terhesség tartamát az esetek több mint felében 280 napnál hosszabbnak találta, viszont a magzat súlya és a terhesség időtartama között nem mindig egyenes az arány, gyakran normalis tartamú terhesség után született igen nagy súlyú magzat és viszont. A mi pedig az óriási növésű újszülöttek további sorsát illeti, a mennyiben a szerzőnek alkalma volt azt kevés esetben megfigyelni, eltekintve, hogy erőteljes, egészséges maradt a gyermek továbbra is, sem a testi, sem a szellemi fejlődésben valami különösebbet nem mutatott. (Inaugural-Dissertation, Breslau.) **Farnos Ilona dr.**

Szemészet.

Az **utóhályog hasítását és az iridocapsulotomiát** Graefe-késsel végzi **Duverger**. 30 műtétről számol be, melyeket két év óta a strassburgi klinikán végeztek és ezek fejében $\frac{5}{5}$ látásélesség volt az eredmény, köztük néhány olyan esetben is, melyben a beteg a műtét előtt csak kézmozgást látott vagy ujjakat számolt. Szövődmény sohasem fordult elő. A beteg fejéhez állva, a kést a függőleges szaruátmérő felső végén szúrja be, 2 mm.-re a limbustól, a kést lapjával nyílirányú síkban, élével hátrafelé tartva. A mint a kés a csarnokba jutott, sülyesíti a nyelét és az alsó szembogárszél irányában folytatja a beszúrást, nemcsak az utóhályogig, de alul azon át is szúrva körülbelül 5 mm.-re, azután a nyél folytonos emelése közben lassan kihúzza, úgy hogy ne hasítsa a hátyát, hanem fűrészelve vágja, egészen a felső szembogárszélig. A hátya átszúrására a nyél emelése előtt különösen súlyt helyez, mert e nélkül a kés maga előtt tolná azt az üvegtestbe. A csarnokvíz legtöbbször nem folyik el. A szövődmények közül a fertőzés veszedelme nem nagyobb, mint a túvel végzett discissionál és bizonyosan kisebb, mint a Wecker-ollóval eszközölt iridocapsulotomiánál. A hátya leszakadása kellő óvatosság mellett sohasem történik meg. A szaru bemetszését a limbus felé kihúzás közben szintén könnyen elkerülhetjük, ha a kés hátát mindig előretámasztjuk a szaruhártyához. Az utóhályog minősége szerint a beszúrás helye változik, mindig a legvastagabb és legjobban rögzített helylyel szemben szúrunk be. Ha választhatunk, optikai és aseptikus szempontból a legjobb a függőleges átmérő felső vége. A műtét veszélytelensége javulatának határát is tágitja, úgy hogy már $\frac{1}{2}$ látásélességnél is operálnak, ha jobb látásra van szükség. A szerző kimutatása annál meggyőzőbb, mert az összes így végzett műtéteteket magában foglalja. (Archives d'ophtalm., 1921, 449—458. oldal.) **Sz. L.**

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **kámforolaj intravenás befecskendezését** ajánlják újabban. 2 cm³ fecskendezendő be nagyon lassan. Az embolia veszélyétől nem kell tartani, a mint azt **B. Fischer** állatkísérletei bizonyítják. **R. Schmidt** tanár (Prága) újabban nagyon jó tapasztalatokat tett ezzel az eljárással, főleg pneumonia eseteiben. (Berlin klin. Wochenschrift, 1921, 41. szám.)

Az **erysipelas kezelését jodtincturával** néhány évvel ezelőtt ajánlották először. Most újból felhívja rá a figyelmet **Reye**, a ki 25 eset valamennyijében gyógyulást ért el vele. 10%-os tinctura ecsetelendő a kóros területre és nagy kiterjedésben a környékére is finom ecsettel. Arcz-erysipelas esetében az egész fej, sőt a nyak is beecsetelendő; a hajzat elszíneződése 8—10 nap alatt visszafejlődik. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 41. szám.)

Vegyes hírek.

Törvényszéki orvosi képesítést nyertek az október havában Budapesten tartott törvényszéki orvosi vizsgálat alapján: Kemény Gyula dr., Kertész Géza dr., Orphanidesz Erzsébet dr., Bíró Béla dr., Demtsa Pál dr. és Petry Magdolna dr.

Személyi hírek külföldről. A. Reuss tanár, a bécsi általános poliklinika szemesztályának volt vezetője, november 5.-én ülte 80. születésnapját. — H. Wieland freiburgi docentst kinevezték a königsbergi egyetemen a gyógyszer-tan rendes tanárává. — A. Schmincke müncheni rendkívüli tanárt kinevezték a gráci egyetemen megüresedett kórbontatani tanszékére.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. Bornstein tanár szerint azok a mérgek, amelyek a parasymphaticust izgatják, a vér-cukrot megszorítják; ilyen a pilocarpin, physostigmin, cholin és acetylcholin; ezzel szemben az atropin, amely a parasymphaticust hűdíti, megakadályozza ezt a toxikus glykaemiát. Diabetes-eseteinek körülbelül negyedréssében az atropin a vércukor mennyiségének megkevesbedésére vezetett. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 40. sz.) — A vérmennyiség meghatározásának új módját ismerteti Griesbach; lényege az, hogy 1%-os vizes kongovörös-oldatból 10 cm³-t fecskendezünk be intravenásan és 4 perc elteltével egy másik vénából vért bocsátva, colorimetrice meghatározzuk a befecskendezett oldat hígulását a vérben és ebből számítjuk ki a vér mennyiségét. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 43. szám.) — Tüdőgümőkör néhány esetében Thinius biztató eredményű kísérleteket végzett physiologiai konyhasó-oldatnak (200—500 cm³) ismételt intrapleurális befecskendezésével. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 43. szám.)

Meghalt. Imrédy Béla dr., budapesti egyetemi magántanár, udvari tanácsos, a Vöröskereszt-egylet Erzsébet-kórházának igazgatója, 57 éves korában november 21.-én. — Hoffmann Emil dr., Nyíregyháza városi tisztiorvosa, Szabolcs megye tiszteletbeli főorvosa, 59 éves korában november 7.-én. — A. Exner tanár, ismert bécsi sebész, 47 éves korában november 7.-én.

Az **ORVOSI ÉVKÖNYV** budapesti 1922. évi kérdőívei már mind szétküldtek. (A vidéki kérdőívek szétküldése most van folyamatban.) Felkérjük azon t. budapesti orvos urakat, kik a kérdőívet mind mai napig nem kapták kézhez, hogy adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) mielőbb reklamáljanak. „Magyarország Orvosainak Évkönyve” szerkesztősége Budapest, VII., Kertész-u. 16. Telefon: J. 106—47.

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

Hüvösvölgyi Park Szanatórium
Klimatikus, physicalis és diéta gyógyintézet. Hízikúra. — Csukorbetegnek külön diéta. Budapest, I., Hidegkuti út 78. Villamos megálló. Telefon: 145—90 és 50—73

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84.
Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály Röntgen-laboratórium (bejáró betegek részére is.)

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

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benzúr Gyula, egyet. magántanár.
Inhalatorium: dr. Tóvölgyi Elemér, egyet. m.-tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.
Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla. Laboratórium: dr. Berger Iván

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

Telefon: József 4—12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilt Paula, Dr. Mandler Ottó.
ZANDER-ELEKTRO-HYDROTHERAPIA
a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2, 1. e.

PÁLYÁZATOK.

2078/1921.

Hevesvármegye hevesi járáshoz tartozó tarnaméri orvosi körben nyugdíjazás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az orvosi kör a következő községekből áll: Boczonád, Erk, Tarnaméra, Tarnaörs, Tarnasáday és Zaránk. A körorvos székhelye Tarnaméra.

Az állás javadalma: 1600 korona kezdő és 5 évenként 200 koronával 2400 koronáig emelkedő törzsfizetés, az előírt drágasági és háborús segély, szabályrendeletemmel megállapított látogatási díjak, természetbeni lakás. A mai nehéz viszonyokra tekintettel, ideiglenesen a fuvar a községek a körorvos utiátalánya ellenében természetben szolgáltatják.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi működésüket, valamint a forradalom és kommün alatt tanúsított magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1921 december 15.-éig annál is inkább nyújtás be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást 1921 december 15.-én délelőtt 10 órakor Tarnaméra község-házánál fogom megtartani.

Heves, 1921 november hó 14.-én.

Maczky György főszolgabíró.

782/1921.

A vezetésem alatt álló közkórházban megüresedett **két segéd-orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 400 korona havi fizetés, I. osztályú élelmezés, lakás, fűtés, világítás.

Az állás 1921 december 15.-én elfoglalandó.

Pályázókat kérem, hogy kérvényüket méltóságos tetétleni és pusztaszentgyörgyi dr. Darányi Kálmán, Győr vármegye és Győr város főispánjához címezve hozzám adják be.

Győr, 1921 november 16.-án.

Petz dr., igazgató-főorvos, az orsz. közegészségügyi tanács tagja.

7782/1921. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye pomázi járásához tartozó Pest-hidegkúti **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma:

1. 1600 kor. törzsfizetés a szabályszerű korpótlékokkal.

2. A törvényszerű családi, háborús és drágasági segélyek.

3. A község által megállapított 2340 kor. lakbér.

4. Orvosi rendelő fűtésre és világításra a községi képviselő-testület által megállapított átalány.

6. Betegsegélyző pénztár által fizetendő megállapodás szerinti járulék.

6. Az előd által a községtől élvezett fuvarsegély kilátásba helyezve.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó hó 30.-áig annál is inkább küldjék be hivatalomba, mert később érkezőket nem veszem figyelembe. A kommunizmus alatti viselkedésükről szóló igazolás és szül. anyakönyvi kivonat is melléklendő.

Az orvosválasztást 1921. évi december hó 3.-án fogom Pest-hidegkúti község-házánál megtartani.

Pomáz, 1921 november 11.

A h. főszolgabíró.

7783/1921. kig. sz.

Pestvármegye Solymár nagyközségben újonnan rendszeresített **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma:

1. 1600 kor. kezdő törzsfizetés a törvényszerű korpótlékokkal.

2. A törvényes családi, háborús és drágasági segélyek.

3. A község által adott orvosi lakás kerítél és gyümölcsös, melyek használata fejében a lakóházon szükségessé vált apróbb javításokat községi orvos köteles végeztenni.

4. A külteleken lakók kezeléséért szabályrendeletileg megállapított fuvarátalány.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó hó 30.-áig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni. A kommunizmus alatti viselkedésükről szóló igazolás és szül. anyakönyvi kivonat is melléklendő.

A választást 1921 december 3.-án délelőtt 10 órakor fogom Solymár község-házánál megtartani.

Pomáz, 1921 november 10.

A h. főszolgabíró.

1767/1921. szám.

A cseh megszállás folytán megüresedett **tornai körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Megszállás következtében e körbe csoportosított községek ezidő-szerint 1. Becskháza, 2. Bódvalenke, 3. Hidvérgárdó, 4. Tornanádaska, 5. Tornaasztjakab.

A kör ideiglenes székhelyül Hidvérgárdó községet jelöltem ki, s annak végleges megállapítása a határkiigazítás megtörténte után lesz eszközölhető.

A körorvos illetményei a következők:

1. évi 1600 kor. fizetés,

2. évi 1200 kor. háborús segély,

2. évi 500 kor. lakpénz,

4. évi 800 kor. drágasági segély, továbbá a köztisztviselők részére általában megállapított pótlékok s a körlátogatási díjak.

A lakpénz rendezése jelenleg folyamatban van. A fuvar az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. §, a—d pontjaiban meghatározott esetekben a községek által természetben szolgáltatandók ki, esetleg megváltandók.

Szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket elfogadok folyó évi december hó 20.-áig.

A választás kitűzése iránt a pályázatok beérkezése után fogok intézkedni.

Bódvaszilas, 1921 november hó 1.-én.

A főszolgabíró.

Néhány hónapi helyettesítést

lehetőleg Budapest környékén elvállal kórházi és vidéki praxissal rendelkező orvos.
Cím: Péteri Irodalmi Vállalat VII., Kertész-utca 16.

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

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



Törvényileg védve.
Ügyeljünk a véd-
jegyre!

Hygienikus „Tetra“ pelenka
Hygienikus „Tetra“ csecsemőfehérnemű
Hygienikus „Tetra“ fürdőfehérnemű
Hygienikus „Tetra“ férfifehérnemű
Hygienikus „Tetra“ öv
Hygienikus „Tetra“ ideal pólya

**A TETRA-gyártmányok rendkívül felszívó-
képességűek, könnyen moshatók és gyorsan
száradnak.**

Orvosi tekintélyektől melegen ajánlva.

**Gyártja a TETRA Részvénytársaság, Budapest,
IV., Koronaherceg-utca 16. sz., félemelet.**

A gyártmányaink kicsinyben az előkelő fehér-
nemű- és egészségügyi üzletekben kaphatók.

Telefon:
105—82.

Röntgen - Coolidge -

berendezéssel a legideálisabb üzem.

Telefon: **O DELGA R.-T. VI.,** Andrassy-út 28.

68—16.

Sürgőnyczim: **Medodelga** Budapest.

Telefon:

37—04.

BONIJOD

Tablettánként 0'05gr. jod.
arteriosclerosis stb.

GUAJAGLOBIN

Tablettánként 0'05gr. guajacol.
Tuberculosis stb.

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtekélyetesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton**-ké-
szítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteken, mint
gyermeken anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. eseteiben.
Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA“ GYÓGYSZERTÁR

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

„CALCILATIN“ Bontha

(Calc. lact. 1% + Gelatina steril. 10%)

GELATINA STERIL. „Bontha“

2, 5, 10 és 40 cm³ jénai ampullákban,

KOCH-ALT-TUBERKULIN „Bontha“

és az összes használatban levő „Bontha“ steril ampullás készítmények
kaphatók minden gyógyszerárban.

Készíti: **Bontha Jenő** (azelőtt Dr. Jármai) gyógyszerár és
special-laboratoriuma
BUDAPEST, IV., PAPNÖVELDE-U. 2. (Telefon: 7—33.)

Past. jodocaseini dr. Buday.

(0.30 etgm Jodocasein-tartalommal.)

A Jodocasein-pastillákban a jod a tej caseinájához van kötve s
chocoládéval feldolgozva. — Íze kellemes, mellékhatása nincs —
a nyálkahártyákat nem izgatja. Tiszta jod-tartalma és hatása telje-
sen analog a Sajodin jod-tartalmával és hatásával, csak hogy
amannál lényegesebben olcsóbb. A Jodocasein-pastillák meg-
ragadók. Rendes adagolás 3—5 pastilla naponta, evés után.

Hexametin Tabl. hexamethylentetramini
efferv. dr. Buday.

Az urotropin legtekélyetesebb pótiszere. Javalat: cystitis, pyelitis,
bakteriuria. Adag: 0.5—1.0:3-szor naponta.

Vin. chin. ferrat., Vin. condurango, Vin. kola,
Vin. kola coca, Vin. kola coca condurango,
Vin. myrtillorum (áfonya-bor), Vin. pepsini,
Vin. yohimbae, Vin. cascara sagrada, Vin.
kola coca cacao guaran. Buday.
legjobb aszuval készült gyógyborkészítmények.

Készíti: **Vajna József VÁROSI gyógyszerár**
Budapest, IV., Váci-utca 34. szám. Telefon: 9—64.

Olcsó és megbízható, oldható arsenhiganyalicilat-készítmény.
Biztosan ható antilueticum.

Egy 2 cm³-es adagban 2 cg higany és 1.2 cg arsen!

Intrasol Intramuscularis befecskendezésre és
intravenosus alkalmazásra, esetleg
salvarsannal kombinálva.

Intrasol c. anaesth.

Csak intramuscularis befecskendezésre.

Forgalomban van 10 ampullás dobozokban és
50 „ kórházi csomagolásban.

CHINOIN

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r. t.
UJPEST.

GARAY SAMU és TÁRSA

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

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

FISCHER PETER és TÁRSA R.-T.

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

Fióközletek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körút 8.
Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben,
betegápolási cikkekben. Művegtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19—24.

Dr. PÁPAY

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

Hímlőnyirok

Skarlát-szérum

Orvosi diagnostikai laboratorium