

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ES SZÉKELY ÁGOSTON
EGYET. TANÁR
SZERKESZTŐ.



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Hainiss Elemér: Közlemény a pozsonyi Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájáról. (Igazgató: Heim Pál dr., egyet. ny. r. tanár) A spanyol betegség folyamán jelentkező scarlatiniform exanthemáról és a spanyol croupról. 47. lap.
Vidakovits Kamill: Közlemény a kolozsvári tudományegyetem sebészeti klinikájából. A spanyol betegség egynehány sebészeti szövődményéről. 49. lap.
Kovács Zoltán: Diphtheria-serum okozta életveszélyes anaphylaxis. 52. lap.
Pólya Jenő: Az orvosképzés reformjáról. 52. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Emerich Wiener: Klinik und Therapie der Malaria.

— **Krönig und Friedrich:** Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlentherapie. — **Lapszemle. Belorvostan. Eppinger:** Anaemia perniciosa esetében a lépkiirtás. — **Sebészet. S. Weil:** A gerincoszlop sérülésével kapcsolatos hasi tünetekről. — **Szülészet és nőorvostan. Warnekros:** Kihordott magzat spontan helyzetváltozása a szülés alatt. — **Gyermekorvostan. Hess:** Az anyatejjel való táplálásról emlőn és üvegből. 56. lap.

Magyar orvosi irodalom, 56. lap.

Vegyes hírek, 56. lap.

Tudományos Társulatok, 57. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a pozsonyi Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájáról. (Igazgató: Heim Pál dr., egyet. ny. r. tanár.)

A spanyol betegség folyamán jelentkező scarlatiniform exanthemáról és a spanyol croupról.

Irta: **Hainiss Elemér** dr., egyetemi tanársegéd.

A mikor körülbelül két hónappal ezelőtt a spanyol betegségről és annak complicatióiról egy összefoglaló előzetes közleményt bocsájtottam a „Gyógyászat” útján a magyar orvos-világ elé, már ott leginkább a spanyol betegségben olykor észlelhető exanthemák kidomborító leírására törekedtem. Tudunk szerint ez volt az első közlemény a magyar, osztrák és német irodalomban, a mely az exanthemákat leírja és a scarlatinához való feltűnő hasonlatosságukról említést tesz. Lehet, hogy egyesek kétkedve fogadták és talán hajlandók voltak ez esetekben elnézett scarlatinát sejtteni, de azóta nemcsak hogy mások (*Morawetz*) is közöltek hasonló eseteket, hanem értesülésem szerint pl. Budapesten is láttak a járvány későbbi idejében mindgyakrabban exanthemás spanyol betegeket. Minékünk a pozsonyi egyetemi gyermekklinikán többször nyílt alkalmunk kétségtelen spanyol exanthemát megfigyelni, bár gyakran kerültünk olyan helyzetbe, a mikor csakis a legaprólékosabb és kiterjedt klinikai vizsgálat után tudtunk scarlatinás vagy spanyol exanthema mellett állást foglalni, főleg, a hol az anamnesis és az exanthemát kísérő klinikai tünetek tökéletlen volta nem nyújtott elég támaszt spanyol betegség felvételére, viszont — a spanyol exanthema ismerete mellett — az atypusos scarlat-exanthema sem engedhetett nyílt állásfoglalást a scarlatina mellett, mikor is a dubiumokat csakis haematológiai és serológiai vizsgálatok oszlatták el. A „scarlatina variegata” vagy „scarlatina papulosa” igen hasonlíthat a spanyol exanthemához, de ha emellett jellemző torok-tünetek vannak, kétséget kizáróan mondanók ki a scarlatina jelenlétét, pedig előfordulhat hasonló kórkép spanyol betegségben is, a hol, igaz, hogy gyakoribb a torok duzzadtság nélküli belöveltsége, de láthatunk follicularis tonsillitist is. Ilyen, a határon álló esetekben, a hol más (alább említendő) segédeszközök diagnostikai értékelése nélkül épp oly joggal dönthet az orvos scarlatina vagy spanyol exanthema mellett, főleg a magányakorlatban mily kellemetlen meglepetések érhetnek. Hogy ne mondjak többet, ha pl. spanyol betegség mellett dönt az orvos és nem

kellő ideig tartó vagy nem eszközölt elkülönítés folytán bizonyos idő múlva scarlatinába esik a többi családtag, hogy viselne ennek odiumát; viszont ha scarlatina mellett dönt és az exanthema gyenge nyilvánulása, felette gyors eltűnése és az egészben enyhe lefolyás mellett (feltételezve azt is, hogy esetleg spanyol exanthema volt), a mikor a közönség úgyis idegenkedik a hosszú ideig tartó rigorosus elkülönítéstől, nem fog az orvos ment maradni olyan czélzásoktól, melyek a ház rendjének felesleges megbontását hangoztatják. Már e bevezető sorokban is ajánlom, hogy oly spanyolnak gondolt exanthema esetén, a hol a kezelő-orvos nem teljesen biztos a diagnosisában és a később említendő serológiai segédeszközök nem állanak rendelkezésére, járványtani szempontból feltétlenül ajánlatos a scarlatina mellett dönteni és az annál szokásos hosszú és rigorosus elkülönítést, majd az alapos fertőtlenítést keresztülvinni, így nem teszi ki magát kellemetlen és veszélyes meglepetéseknek. A kezelést illetőleg mindkettő esetén úgyis a tüneti terapiára van utalva. A kétféle exanthema klinikai elválasztása főleg pathogenetikai értékű és ennek megvilágítására óhajtom észleléseinket közölni.

A spanyol exanthema időbeli jelentkezése nem meghatározott, jöhet a betegség első napjai bármelyikén; gyakran gyorsan, pár óra alatt is eltűnik, de ismét visszatérhet; leginkább a mellen és a törzsön látható halvány rózsaszín, olykor és később piros, nem egész aprón pontozott, confláló pir alakjában, typosus esetben szigetesen (hasonlóan a „sc. variegata” és „morbilli confluentes”-hez), kiterjedt exanthema alakjában, a vétagokon is. Ugyanakkor az arcon, illetve a pofákon éles határu, élénk vörös pir látható, a mely a phthisikusok arcszínéhez hasonló. Ugyanez szigetesen mutatkozhatik a fülek mögött és a sternocleidomastoideus felső harmada területén is. Többször láttuk, hogy kisebb confláló szigeteket rózsaszín márványozott területek szakítanak meg, illetve kötnek össze, és mindkét pir ujjnyomásra eltűnik. Kiemelkedő, papulás jellegű exanthemát egy-két esetben láttunk, ugyancsak ismétlődően erősbödő és elhalványodó formában. Egy határozott terjedési irányt nem figyelhattunk meg, a hirtelen beálló exanthema ugyanazon a területen maradt. A több eset kapcsán megfigyelt e bizonyos fokig jellegzetes momentumok sok esetben nem kifejezettek és más kísérő tünetek mellett vagy ezek nélkül épp úgy jogosítanak spanyol betegség, sőt scarlatina kizárása mellett dönteni, mint megfordítva. Hogy mindkettőre példát említsek, kivonatossan két esetet közlök.

1. S. A., 2 éves, közepesen fejlett gyermek, gracilis csontrendszerrel. A bőr halavány, az ajkak és az ujjak vége cyanosisos. Nehezi-

tett, orrszárnyai légzés; szapora, könnyen elnyomható pulsus; a nyelv szárazon bevont; a torok tiszta; mindkét tüdő fölött elszórtan finoman crepitáló zörejek; a szívhangok tiszták. (Coffein, adigan, pyramidon.)

Második nap hasonlóan súlyos állapot mellett confluáló foltokban jelentkező, a mellet, a törzset, a hátat borító exanthema. (Intravenás calcium chloratum és tonogen.)

Harmadik nap általánosan súlyosbodott állapotban exanthema fennáll; a Schultz-féle sc. reactio positiv. (175 cm³ Moser-serum, calc. chlorat. és tonogen intravenásan.)

Negyedik nap tüdő-lelet változatlan, exanthema fennáll, circulációs viszonyok rosszabbodtak.

Ötödik-hatodik nap status idem.

Hetedik nap exanthema halványodik, circulációs viszonyok rosszabbodtak, tüdő-oedema jelei.

Nyolczadik nap meghalt.

Ez esetben több helyütt crepitáló góczos pneumonia mellett jelentkezett kiterjedt exanthema volt látható, a mely sötét rózsaszínű szigetekben confluálva a mellet, a hátat, a törzset, a végtagokat — utóbbiakat igen kevésbé — borítja. Az egész észlelési idő alatt leggyengébb torokbelőveltség sem volt látható. A Schultz-féle scarlatreactio positiv volta után arra az álláspontra helyezkedtünk, hogy spanyol pneumonia mellett scarlatinás fertőzés is fennáll, szóval kevert fertőzéssel állunk szemközt. Voltak, a kik a torok intactságára, az exanthemának nem typososan scarlatos, inkább spanyol jellegére, a bronchopneumoniára és hirtelen beállott súlyos állapotra támaszkodva nem akarták a scarlatinát is acceptálni, sőt a serodiagnostikai reactio megbízhatóságában is kételkedtek (melynek csakis negativ eredménye nem döntő), a mig a hiányos anamnesis pontos kiegészítése kapcsán meg nem tudták, hogy nyolcz-tíz nappal ezelőtt a beteg testvére typosos scarlatinában betegedett meg. Ez az eset kétségtelenül kevert fertőzés volt. A torokképletek intactsága talán azzal magyarázható, hogy primaer spanyol megbetegedésben a scarlatina-virus direct behatolási kapuja a trachea és bronchusok már lobosan fellazult nyálkahártyája volt.

II. V. M., 14 éves jól fejlett leány, fertőző betegsége egyáltalában nem volt, családtagjai röviddel előbb spanyolbetegek voltak. Egy napja lázas, bágyadt, a feje, a torok fáj; hányt, hőmérséklet 39° C. A látható nyálkahártyák közép-vérteltek, az arcz fakón halvány, a mellet, a hason és a háton kiterjedten confluáló halványpiros pir, follicularis kiemelkedés nélkül, a végtagok szabadok, a torok erősen belővelt, duzzadt, a tonsillák megnagyobbodottak, lacunaris geny-csapokkal. Belső szervek elváltozás nélkül.

Második nap a torok változatlan. A Schultz-féle scarlatreactio negativ; a reactio helyén csakis a szűrési csatorna mentén látható bőrvérzés, anaemiás udvar nincsen. Az exanthema délben halványul, este teljesen eltűnik.

Harmadik nap a tonsillitis javul.

Negyedik nap a torokképletek még duzzadtak, geny-csapok nincsenek. A nyelv tiszta (málnyelv nincs). A hőmérséklet normalis.

Ötödik nap gyógyulás.

Hámlás az exanthemák eltűnését nem követte még a fülczimpán sem, ahol *Schleissner*¹ észlelete szerint legkorábban jelentkezik és legtovább fennáll. Utóbetegségek négy hétig nem mutatkoztak, sem a vele egy szobában tartózkodó gyermekek — a kik később sem lettek izolálva — nem betegedtek meg. Között esetben a súlyos tonsillitis lacunaris, az exanthemának nagy területen confluáló volta és az a körülmény is, hogy 14 éves korig fertőző betegsége a leánykának nem volt, mind olyan momentumok, melyek scarlatinát gyanítottak, viszont az exanthema viselkedése, a későbbi idő, valamint a scarlatinát ki nem állott, a beteggel együtt tartózkodó gyermekek egészségesen maradása valószínűvé, sőt kétségtelenné tette, hogy spanyol exanthemával volt dolgom. Ez kettő ama gyakori esetek közül, mikor az orvos a legnagyobb nehézségekkel küzdhet s mint *Morawetz*² mondja „a differential-diagnosis sokszor alig lehetséges, hacsak nem hosszabb megfigyelés alatt.”

A különböző haematologiai vizsgálatok (fehérvérsejtszám, eosinophilia, haemoglobin-tartalom, kezdeti vérnyomás) körülményességével, hosszadalmasságával és labilis voltával

szemben nagy segítségünkre lehet a *Schulz és Charlton*³ közölte serodiagnostikai scarlatreactio, az úgynevezett „Auslöschphaenomen“, melynek megmagyarázását célzó kísérleteink folynak, de még befejezetlenek; azt azonban jelezhetem, hogy a szerzőkkel ellentétben, minthogy a reactio 10—12 óra múlva jelentkezik, nem tartjuk adrenalinhatásnak, hanem immunreakciónak, a melyet egy thermolabil anyag (complementum) eredményez. Az értékes és a szerzők által elfogadhatóan meg nem magyarázott oltási kísérletet különböző szempontból és különböző exanthemáknál tanulmányozzuk; egyelőre itt csak annyit a reactióról, hogy az exanthemával borított testrészt valamely helyén egy cm³ normalis vagy scarlatreconvalescens (21 nap után vett) savó intracutan befecskendése után 10—12 órával a szúrás helyét körülvevő forintnyi-ötökörányi, kerek vagy ovoid területen pár lépés távolságról nézve élesen határolt, teljesen anaemiás gyűrű látható, mely a környező scarlatinás exanthemával élénk contrastot alkot. Fennállása az exanthema fennállásával határolt. Az a feltűnő momentum, hogy semmiféle más exanthema vagy erythema a reactiót nem adja, kölcsönzi e serumreakciónak kétes esetekben diagnostikai szempontból az értéket. Hátránya, mint más serologiai reakciónak is, hogy negativitása nem döntő, viszont azonban positivitása az eddigi kísérletek szerint a scarlatinát teljesen igazoló momentum.

Ritkábban, de eddig már hat esetben volt észlelésünk alatt olyan, a diphtheriás osztályra felvett betegünk, akin a klinikai tünetek alapján croupot kellett felvinnünk és a vizsgálatok folyamán diphtheria-bacillust nem sikerült kimutatnunk. Egy sectióra került eset kapcsán sikerült ennek magyarázatát lelnünk. A stridorosus légvétellel, ugató, szaggatott köhögéssel és fokozódó légszomjival felvett gyermek légzése rövid idő múltán annyira nehezített lett, hogy intubáláshoz kellett folyamodnunk. Az intubálás után nagyon kevésbé felszabadult légzés nemsokára ismét rosszabbodott, sőt az extubálás és az ezt követő újbóli intubálás után sem javult, úgy, hogy nyilvánvalóvá lett az alsó légutak stenosisa. A sectiókor a légutak kiterjedt injectiója és nyálkahártyájuk duzzadt fel-lazulása mellett egészen a bifurcatiógig, sőt a hangszalagok mentén is fibrines kiizzadást, szennyes-szürke álhártyát konstatalhattunk, a mely a diplo- és streptococcusok tömegében a diphtheria-bacillust teljesen nélkülözte. A folyamatnak a spanyol betegsége visszavezethető pathogenesis e mellett kétségtelenné látszott azért is, mert a tüdőben a spanyol betegek mindegyikén észlelt, góczokban megjelenő jellegzetes véres beivódások és genyes peribronchiális folyamat volt látható. Typososan croup-symptomák között felvettek bronchialis válaladéka azután még pár esetben járt diphtheriára negativ tenyésztési eredménnyel. Tekintetbe véve, hogy ezeken az alkalmazott serumtherapia nem fejthette ki demarkáló, illetve az álhártyát felszabadító hatását, csaknem mindegyikükön fennállott az indicatio legalább egyszeri intubálásra. Legutolsó esetünkben a tubus-bevezetést követő köhögés-rohamban 6—8 cm³-nyi vérral kevert geny ürült. Ez enyhébb foka lehetett a *Bókay Zoltán*-tól⁴ a közelmúltban közölt laryngitis phlegmonoso-ulcerosa-nak. A közölte bonczeletből következtetve, ez esetben is a gége, illetve légsző nyálkahártyájának genyes beszűrődése lehetett jelen s a nyálkahártya felületesen elvékonyodott vagy nekrotizált kis részletén éppen a tubus bevezetése idézhette elő egy abscessus megnyílását. Félnapig benntartott tubus után újbóli bevezetésre szükség nem volt, a beteg napok múltán gyógyult. Valóság, hogy ily phlegmonoso-ulcerosus esetekben az intubációs trauma később functiós zavarokat előidéző decubitusoknak lehet okozója, de viszont épp a spanyol betegséggel kapcsolatos, nem diphtheriás, mondhatnám spanyol croup *gyors tempóju* kifejlődése nem sokszor enged időt a kulturális vizsgálat

¹ *Schleissner F.*: Ein Spätsymptom des Scharlachs. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1916, 33. kötet.

² *Morawetz G.*: Über scharlachartige Exantheme bei der spanischen Grippe. Wiener klin. Wöchenschrift, 1918, 47. szám.

³ *Schulz W. és Charlton W.*: Serologische Beobachtungen am Scharlachexanthem. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1918, 17. kötet.

⁴ *Bókay Zoltán*: Laryngitis phlegmonoso-ulcerosa influenza kapcsán. Orvosi Hetilap, 1918, 45. szám.

elvégzésére, a nélkül, hogy ne lennének már előbb kényszerülve intubálásra, nem is említve, hogy 6 esetünkben 3 momentán intubálást igényelt, a többire pedig a felvételt követő 24 órán belül ugyanez a sors várt. Kétséget kizárólag spanyol croupot felvennünk csak az esetben lehet, ha tökéletes anamnesis segítsége mellett a betegség legalább 24 órát a szemünk előtt fejlődik és a bakteriologiai kulturális vizsgálata eredménye is már tisztázott. De ily esetben sem tudnám magam az intubálással szemben az oly hosszú gyógyulási időt igénylő légső-metszésre elhatározni, nemcsak azért, mivel a légső-kantül is okozhat decubitust, hanem, minthogy a légutak nyálkahártyájának spanyol betegséggel kapcsolatos gyuladós beszűrődése és fibrinizzadása éppoly előre nem látott fokozati különbségeket mutat, akár a valódi croupban. Ismételnem kell, hogy ezt az álláspontot főleg az okadatozza, hogy a spanyol croup gyors tempójú kifejlődése miatt rendszerint nincs időnk a kulturális vizsgálata elvégzésére, többnyire már fennáll a beavatkozás szükségessége. Épp ezért indikált természetesen minden croupos betegnek (legyen az spanyol vagy valódi) az oltása is diphtheria-serummal.

A gyakorló-orvost a spanyol betegségnek e között két megnyilvánulási alakja feltétlenül érdekelheti, főleg azért, mert diagnostikai tévedésekre ad alkalmat. Mindkét esetben azonban, kiváltképpen, ha a differentialediagnosztikát lehetővé tevő bakteriologiai segédeszközöket nélkülözi, nemhogy hibát nem követ el, de helyeselhető az álláspontja, ha scarlatina, illetve diphtheria mellett dönt, noha lehet, hogy ezeknek csak imitált képével áll szemközt.

Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem sebészeti klinikájából.

A spanyol betegség egynéhány sebészeti szövődményéről.

Irta Vidakovits Kamill dr., a klinika megbízott vezetője.

(Vége.)

Azt látjuk tehát, hogy a felnőttek genyes mellhártyagyuladása, mely a spanyol betegség után beáll, sok tekintetben különbözik attól a genymelltől, mely a croupos tüdőgyuladást szokta követni, különbözik az izzadmány minőségében, a fertőzés sajátosságában és különbözik a makacsabb lefolyásban is. Még feltűnőbb a különbség, ha a gyermekek genyes pleuritisét tekintjük. Mielőtt a részletek tárgyalásába bocsátkoznánk, előrebocsátom néhány gyermekbetegünk kórtörténetét.

1. K. L., 12 éves tanuló. Felvételt október 22.-én. Két hét óta lázas és fáj a melle, sokat köhög. Azelőtt is köhögött már. Október 23.-án hidegrázás mellett a bal tüdő alsó lebenyében tompulat áll be bronchialis légzéssel. Pericardialis zörej. Október 28.-án baloldalt, hátul a 8. bordától kezdve abszolút tompa kopogtatási hang, légzési hang nélkül. Október 5.-én áttéve a sebészetre, a próbapunctio alkalmával streptococcusokat tartalmazó genyet találtak. Bordaresectio. A beteg igen elesett, pulsus alig tapintható, 140 körül perccenkint. Lefolyás: Állandóan magas láz, 38–39° között, sokszor afelett is. A geny lefolyása jó, sehol áttételi gócz nem található. A vizelet normalis összeállást mutat. Röntgennel átvilágítva, soha mást, mint a megvastagodott pleura és visszahúzódot tüdő árnyékát nem lehetett látni; körülírt árnyék a tüdőben nem látható; a hilusmirigyek sem mutatnak feltűnőbb megnagyobbodást. A tüdőcsúcsok nem homályosabbak, csak olyan elváltozást mutatnak, mint a tüdő többi része (a légzés végén apró szörtyzörejek). A sputumban tuberculosis-bacillus nem mutatható ki. A gyermek fogy, rossz külsejű; néha napokig subfebrilis, azután megint 39°-os kilengések következnek. A váladék nyálkás-genyes, igen sűrű.

2. S. L., 6 éves. Felvételt november 15.-én. Egy hét előtt spanyolbeteg lett, azóta állandóan lázas; bal oldalában szúrásokat érez. Lelet: a bal clavicaláig érő tompulat, mely felett légzés nem hallható. A próbapunctióval nyert genyben nagy mennyiségben streptococcusok találhatóak. Bordaresectio, 1½ liter hig geny. Lefolyás: Hőmérsék, mint a műtét előtt, 37.5° és 38° között mozog november 29.-éig, akkor 38°-ig emelkedik; collargol-injectio (2 cm³ 1°-os oldatból). Utána a hőmérsék leszáll, csak időnként éri el a 38.6°-ot is. December 13.-án 39°, éppúgy 15.-én is még, azután láztalan.

3. Báró B. Á., 5 éves. Felvételt november 24.-én. November 5.-én lett spanyol beteg, 13.-a óta köhög és oldalszúrásokról panaszkodik. Felvételtkor kiterjedt tompulat a bal tüdő felett, léghang nélkül.

Igen elesett, pulsus filiformis, légzés igen megnehezített, cyanosis. Ez állapotát tekintetbe véve, kámfor, coffein és az izzadmány részbeni lecsapolása. Másnap pulsus erőteljesebb, 120 perccenkint. Bordaresectio, körülbelül 1½ liter hig sárgás geny, melyben sok streptococcus található. Lefolyás: a beteg jól tűrte a beavatkozást, étvágya állandóan jó, azonban úgy a hőmérsék, mint a pulsus-szám egyaránt magas marad. A hőmérsék, dacára a collargolinjectióknak, 14 napig 39° és afölé is emelkedik. Retentio nincs, nem is volt sohasem kimutatható, gyenge fülfolyáson kívül más elváltozás, ami a lázat magyarázná, nem mutatható ki. A vizelet normalis, a Röntgen-vizsgálat sem tudja a láz okát magyarázni. A geny szúrós szagú, sűrűvé vált. Valahányszor öblítjük a mellüreget (mindig csak physiologiás, konyhasós-vízzel), a hőmérsék mindig emelkedést mutat. December 13.-án, 14.-én és 15.-én a hőmérsék maximuma 37.7°. 16.-án ismét kezd emelkedni 38.5°, 17.-én 39.2°. Ekkor a váladék higabbá válik, a seb pirosabb lett, lepedékes, a sebszélek duzzadtak.

Két esetet csak per tangentem érintek, igen súlyosak. Az egyik 2, a másik 10 éves. Meghaltak a műtét utáni 5., illetve 7. napon.

3. B. V., 5 éves. Felvételt november 27.-én. Hat hét előtt spanyol betegségbe esett, melynek lezajlása után 3 napig láztalan volt, azután ismét lázas lett hirtelenül, hidegrázás mellett. Orvosa tüdőgyuladást, majd mellhártyagyuladást állapított meg rajta. A próbapunctio genyben diplococcus lanceolatus találtatott. Bordaresectio november 29.-én. Lefolyás enyhébb. A hőmérsék állandóan 36.4° és legfeljebb 38.2° között, egészben véve subfebrilis.

4. B. O., 7 éves. Felvételt november 27.-én. 3 hét előtt lett influenzás, melyből kigyógyult. Egy hét előtt hidegrázás mellett oldalszúrásai támadtak. Felvételtkor a jobb spina scapulaeig tompulat légzési hangok nélkül. A próbapunctióval nyert genyben streptococcusok. Hőmérsék 38.5°. Pulsus 124. Bordaresectio. Műtét után a hőmérsék eléri a 39.9°-ot is, két ízben collargol-injectiók, ennek dacára a hőmérsék nem száll alá. December 10.-én valamivel alacsonyab, de sem kámforinectiók, sem újbóli collargol-injectiók, sem streptococcus-serum nem szállítják le lényegesen a hőemelkedést. Éppúgy mint az előbbi esetekben, itt sem találjuk a láz más okát.

5. S. F., 5 éves. Felvételt december 3.-án. Hat hét óta beteg, spanyol beteg volt, majd utána tüdő-, illetve mellhártyagyuladást kapott. Igen gyenge gyermek. Bordaresectio kiterjedt jobboldali genymell miatt, melyben streptococcusok találhatóak. Hőmérsék műtét előtt subfebrilis. Utána néha eléri a 39.7°-ot is, egészben véve azonban nem igen emelkedik 38.4° fölé. Utolsó napokban hasvíz jelentkezett rajta a penis és scrotum oedemája mellett. A vizeletben idegen alkatrészek nem mutathatók ki. Hasvíz, oedemák digitalisra eltűntek, ekkor állapota is feltűnően javult és láztalanná vált.

Ha végigtekintjük a között kórtörténeteket, feltűnik, hogy mennyivel makacsabb lefolyásúak az esetek, mint a megszokott mellkasgenyedések. Azt látjuk, hogy a legtöbb esetben a hőmérsék nem igen változik, vagy ha egy-két napra le is esik, csakhamar újból emelkedik az eredeti magasságra, vagy afölé is, anélkül, hogy annak okát másban, mint a profus genyedésben lehetne megállapítani. Csak néha szólhatunk újabb fertőzésről is (2. számú eset), mely a geny minőségének megváltozásából és a seb elváltozásából ítélhető meg, amint azt különösen diplococcus okozta pleuritis eseteiben észlelhetjük, ha más bacteriumokkal fertőződnek. Ezekben is az új infectióval hirtelen rosszabbodás áll be a fiatal betegek állapotában, a további lefolyás súlyosabbá válik, a láz makacs jelleget ölt, egyszerűen úgy viselkednek, mint a súlyos streptococcus-empyemák. A mi eseteinket jellemzi tehát a magas, makacs láz, mely semminemű gyógyszerelésnek sem enged. A collargol-injectiók csak ideiglenes hőcsökkenést okoznak, a sűrűn adott kámforinectiók hatástalannak bizonyultak (sublimatinjectiókat nem alkalmaztunk), a streptococcus-serum sem tudta a lázat lenyomni.

Nem lehetetlen, hogy ezekben a lob a tüdőkörüli kötőszövetre is reaterjed és hogy ez a lob tartja fenn a lázat. A kórboncolók előtt nem ismeretlen szövődmény empyema thoracis mellett a mediastinitis (esetleg tályog); eseteinkben azonban ilyent nem láttunk. Klinikailag ilyen rejtett phlegmonekra gondolnunk kell abból, hogy a betegek néha nagyobb fájdalomokról panaszkodnak.

Megfigyeléseink szerint tehát a spanyol betegség utáni genyedéseit a mellhártyának a prognostikus szempontjából másképpen kell megítélni felnőtt betegekben és másképpen fiatal gyermekeken. Ámbár amazokon is sokkal súlyosabb lefolyású, mint a croupos pneumonia mellett keletkezett genyedéseké, gyermekeken még sokkal komolyabbnak kell tekinteni a spanyol betegség e szövődményét. A végleges kimenetelre vonatkozólag még nem nyilatkozhatunk, nem tudjuk, hányan fogynak későbbben belepusztulni e hosszadalmas genyedésbe és

nem tudjuk, hány lesz esetleg tuberculosussá ezek közül; eddig ilyen átmenetet nem észleltünk még, de gondolni mindenestre kell ezen eshetőségre, mert olyan esetet már láttunk, melyben az influenza kapcsán ácut módon jelentkeztek kiterjedt nyak-lymphomák.

A halálozás, tekintettel arra, hogy nem egy ízben igen súlyos pneumoniás esetek is kerültek műtetre, elég nagy. Amint a leírt esetekből kiviláglik, körülbelül 24%. Szerepelnek ezek között olyanok is, melyek jóindulatúak voltak, de melyek azért végződtek kedvezőtlenül, mert az exsudatum nagy mennyiségét számítva, a betegek már nagyon elgyengült állapotban kerültek műtetre. Több esetben éppen ezért előzetesen csak arra szorítkoztunk, hogy az izzadmány egy részét lebocsássuk és azután végeztük a thoracotomiát; ily módon a legsúlyosabb állapotból is sikerült a beteget néha olyanba hozni, hogy a műtétet kiállotta és meg is gyógyult.

A genyes mellhártyagyulladás a spanyol betegségnek leggyakoribb és ezért legfontosabb sebészi szövődménye.

2. A második savós hártya, mely ezen fertőzés mellett meglobosodhat, a peritoneum. Megbetegedése lehet vagy primaer, vagy pedig más szervek lobosodása következtében másodlagos. Elméleti alapon vagy úgy magyarázhatjuk a lobot, hogy a véráramban keringő bacteriumok egyenesen megtelepednek a hashártyán, vagy úgy, hogy a lobosodás tisztán toxinhatás következménye. Az előbbi esetben ott találjuk a kórokozót, az utóbbi esetben, legalább a lob első idejében, csirákat nem találunk. Míg pleuritis esetén a gyuladás létrejövetele könnyen magyarázható a fertőzésnek a tüdőről való egyenes áterjedésével, addig a peritonitisek vagy az észlelt peritoneális izgalmak causalis magyarázata nem olyan könnyű. Először is felvetendő a kérdés, vajjon eme influenzajárvány kórokozója egyáltalában olyan természetű-e, mely ilyen távolhatást létrehoz, vagy olyanak tekintendő-e, mely a hashártyát is csakúgy előkészíti más fertőzések befogadására, mint a pleurát vagy a légutakat? Az bizonyos, hogy a légutaktól távolabb fejlődött lobos izzadmányokban vagy nem találunk csirákat, vagy pedig az ismert pyogeneket. Lehet, hogy az általunk sterilisnek felismert exsudatumokban benne van a spanyol betegség kórokozója, amelyet azonban eddig még nem sikerült kimutatni. Ezek alapján a távoli szövődmények magyarázata még mindig hiányos. Még azt a kérdést is fel lehetne vetni, vajjon a has-szervek részéről tapasztalt lobos elváltozások nem csak olyan véletlenek-e, melyekhez a spanyol betegségnek nincsen is semmi köze? Hogy miért nem tartjuk őket csak ilyeneknek, erre a következőkben fogunk felelni.

Olyan hashártyagyuladást, melyben valamely más has-szerv megbetegedése nem lett volna jelen, nem láttunk, legalább is nem volt alkalmunk bonczasztalon vagy autopsia in vivo útján ilyenről meggyőződni. Hanem igenis láttunk olyan kiterjedt hashártyalobot, melyet nem magyarázott meg az egyébként megbetegedett szerv (féregnyúlvány) kiskökű affectiója. Emellett feltűnő volt a hashártyaérzékenységnek és a vele egyidejűleg kifejlődött peritonealis lobtüneteknek gyors és kiterjedt megjelenése. Olyan képpel állunk szemben eseteinkben, a milyent csak perforatio esetén látunk, mikor az egész hasüreget majdnem egyszerre lepi el a fertőző gyomor- vagy béltartalom. Ezekben legfeljebb csak az anamnesisből nyertünk felvilágosítást aziránt, hogy a fájdalom megjelenési helye hol volt, ha ugyan a beteg tudott erről felvilágosítást adni. Olyan volt a kép, hogy ha appendicitisnek vagy cholecystitisnek tekintjük az esetet, annak csakis leg-súlyosabb alakjára lehetett volna gondolni: gangraenára, perforatióra. Ennek a feltevésnek azonban ellentmondott a nem operált esetekben a körlefolyás, az operált egyik esetben a talált objectiv elváltozás, amint azt a 3. számú eset igazolja. Ebben az appendix, melyen különben régi lobosodás következményeképp kiterjedt hegeseledést láttunk, alig mutatja a friss parenchymás megbetegedés tüneteit, a mellett kiterjedt, genyes, mucinosus izzadmányt találunk mindenütt szabadon a belek között, mely különösen nagy tömegben a Douglasba sülyedt. Az appendix elváltozása nem volt nagyobb

fokú, mint a minőt az egyszerű, mindennapos rohamok esetén szoktunk észlelni, olyanokban, melyekben alig van láz, alig van nagyobb fokú érzékenység, az is csak éppen az appendixre lokalizálva. Az izzadmány inkább olyan volt, amilyent genitalis fertőzés esetén észlelhetünk, pelveoperitonitisekben, melyek hirtelen jelentkeznek, kiterjedt érzékenységet okozva és nagymennyiségű szabad izzadmányt. Több esetben volt alkalmunk ilyen az appendicitis képe alatt megjelenő pelveoperitonitist operálnunk, melyekben az appendix piros, belövelt volta mellett a tubák voltak feltűnően duzzadtak, míg a váladék nagymennyiségű, genyes-mucinosus volt. E betegek egy eset kivételével virgók voltak; ez egy esetben a szabad izzadmányban gonococcus volt kimutatható. Az ideartozó 3. számú esetben, mely e sajátságokat mutatta, az izzadmány sterilisnek bizonyult (Térfitbeteg!).

Itt tehát határozottan beszélhetünk olyan kiterjedt hashártyagyuladásról, melynek okául nem tekinthetjük az appendixen észlelt elváltozást. Inkább azt állíthatnók, hogy az appendicitis is csak részjelensége volt az általános hashártyalobnak. Ezzel szemben a 4. számú esetben kifejezett appendicitisről van szó, mely mellett a környezete a féregnyúlványnak csak kisebb fokban mutat lobos elváltozást, a bonczolás sem állapított meg kiterjedt lobot a peritoneumon.

Ami ezeknek létrejövetelét illeti, nem zárkozhatunk el annak feltevésétől, hogy metastasis vagy toxinhatás útján jöttek létre, amint hajlandók vagyunk az appendicitist általában ilyen úton magyarázni, ha tonsillitis vagy egyéb fertőzések mellett jó létre. Nem kételkedem abban, hogy a kiterjedt érzékenység a meggyógyult két esetben — a peritonitis minden tünetével — ilyen toxinhatás alapján jött létre, a minek bizonyítékát abban vélem látni, hogy spontán el is múltt megint.

A prognosis szempontjából tapasztalataink oda értékesíthetők, hogy a kiterjedt gyuladást mutató eseteket, melyekben a lobtünetek gyorsan fejlődnek, melyekben az influenzának is még súlyos tünetei vannak jelen, a legkomolyabbaknak kell tekinteni. Mindkét betegünk meghalt. Kedvezőbb lefolyást tanúsítottak azon esetek, a melyekben az érzékenység mellett az általános állapot nem volt rossz, ezeknek jóindulatúságát különben az is mutatta, hogy dacára többnapos fennállásuknak, általános állapotuk nem változott.

Idevonatkozó eseteink a következők:

1. K. A., 10 éves fiú. Magánbeteg. 4 nap óta magas láza van, kissé köhög, garatja belövelt. Betegsége második napján hasának jobb oldala kezdett fájni. Egyszer hányt is. Orvosa hashajtót adott, melytől azonban nem lett jobban. *Jelen állapot:* Kiterjedt és nagyfokú érzékenység a jobb bordaív alatti tájéktól lefelé a symphysisig; nem állapítható meg, vajjon az ileocecalis táj, avagy pedig az epehólyag tája fájdalmasabb-e? A vizsgálatkor már nem hánvt, nem csuklott, pulsusa bár szapora, de telt és jó. 3 nap óta áll fenn már a fájdalom, miért is nem operálunk. Borogatásra pár nap alatt fájdalmi megszűntek, láza leesett; meggyógyult.

2. M. É., 10 éves tanuló, a gyermekklinikán fektült október 15.-étől október 27.-éig. Két nap előtt nagy láz kíséretében lett beteg és ugyanakkor hasa jobb felében kezdett fájdalmakat érezni. Láza és fájdalmi azóta egyformán fennállanak. Hőmérséke 40.2°. Az eset mindenben hasonlít az előbbenihez, kimenetele is ugyanolyan.

3. S. K., 19 éves orvostanhallgató. Felvételét a belgyógyászati klinikára október 20.-án, meghalt 24.-én. *Körelőzmény:* 3 nap óta beteg, körjelzés influenza. Két nap óta fáj a hasa, csuklott, hányt. *Jelen állapot:* Igen gyenge beteg, a bal tüdő alsó része felett crepitatoszerű szörtyözések. A has igen feszes, behízódott, rendkívül érzékeny, de a legérzékenyebb mégis csak az ileocecalis tájon. Műtét október 20.-án. A hasban szabad, bő mennyiségű exsudatum, mely genyes-nyálkás jellegű, mindenütt található, legtöbbször a Douglas-ban. Az appendix duzzadt, piros, zsugorodott, vége bunkósan megvastagodott. Középe táján obliterált. A vékonybelek serosája mindenütt belövelt. Állapota műtét után is egyforma súlyos marad, a hasa meteorismusossá válik, szelek nem mennek, szék nincsen, nem hány. Meghalt szívgyengeség tünete között október 24.-én. Az exsudatumban bacteriumok nem mutathatók ki. Nem bonczoltattott.

4. B. Á., 30 éves hivatalnok. Felvételét november 10.-én, meghalt november 10.-én. *Körelőzmény:* 6 nap óta beteg, orvosa influenzát állapított meg rajta. Felvétele előtt este hirtelen erős fájdalmak jelentek alhasa jobb felében, reggel csuklott, nem hányt. Hőmérséke felvételtkor 38.8°; a tüdők felett catarrhalis tünetek. A hasa kiterjedten érzékeny, főleg jobboldalt, de a gyomor felett, valamint a bal bordalv

alatt is. Nagyfokú defense. Műtét azonnal helybeli érzéstelenítésben: alig van valami kevés exsudatum, a coecum belővelt, az appendix duzzadt, serosája piros, nyálkahártyája fekélyeket mutat, bélsárkövek. A műtét után 5 órával meghalt. *Bonczlelet*: Centralis pneumonia a jobb tüdő alsó lebenyében, de a hashártya sima, fénylő.

Ide sorolhatjuk a következő esetet is, mely egyrészt bizonyítékát szolgáltatja annak, hogy az influenza néha milyen általános fertőzési képhez vezethet, másrészt hogy az epehólyag is lehet székhelye a lobosodásnak.

G. J.-né, 26 éves, felvételét a belgyógyászati klinikán november 11.-én. Felvételkor a legsúlyosabb állapotban volt alkalmunk látni a beteget, alig tapintható pulussal, nagyfokú cyanosissal, mi miatt a belgyógyászati klinikára kértük felvételét. *Kórelőzmény*: Régebb idő óta vannak epekövök. Jelenleg 8 nap óta beteg, typosus influenza-tüdőgyuladással. Bejövetele előtti napon újból támadtak epekövök, orvosa ezért küldte a sebészeti klinikára. *Jelen állapot*: Igen elesett beteg, a nyelve bevont, a bőre, sclerái kissé sárgásak, a pulusa 120. Jobboldalt hátul a 3. csigolyától lefelé üresebb kopogtatási hang, crepitatio. A hasa jobb oldali felében a bordaív alatt görcszerű fájdalmak, a máj és az epehólyag két újjnyira a bordaív alatt tapintható. Defense, kiterjedt érzékenység. *Lefolyás*: November 12.-étől 21.-éig kiterjedt bőrallati vérzés, vesevérzés, inyvérzés. Fehérvérsejtek száma 11.700. A vizeletben sok fehérje, vörös vérsajt. A vérben bacteriumok nem mutathatók ki. November 22.-étől kezdve a vérzések megszűntek, e helyett icterus jelentkezik. Az epehólyag kis ökölnyi daganat alakjában jól kitapintható, igen érzékeny. Hőmérséke eléri a 39°-ot délutánonként. A nyakon több érzékeny, mogyorónyi-földiónyi mirigy. December 20.-án áttéve a sebészeti klinikára. Azóta majdnem láztalan, miert is egyelőre a műtétől elállunk.

3. Mint további szövődményt két elgenyedő parotitist volt alkalmunk észlelni. Különösebb sajátságot csak az egyik eset mutat, melyre vonatkozólag a következők tarthatnak igényt a megemlézésre.

20 éves leányon az influenza lezajlása után magas hőemelkedések mellett fájdalmas duzzanat jelentkezik a bal fültömörig táján, mely pár nap alatt ellágyulást mutat. A tályog megnyitása után sem múlt el a beteg lázas állapota, a beteg sepsises külsejűvé vált. Ekkor először a jobb, majd a bal lábán az extensorok inainak megfelelően duzzanatok támadnak, melyek felett a bőr kissé el is pirosodik, de melyek csakhamar újra visszafejldnek. Az inak minden legcsekélyebb mozgásra fájdalmasak, a jobb lábon a duzzanat reáterjed a bokaizület külső oldalára is. A fájdalom és duzzanat kisebb mértékben azután is még kétszer jelentkezik. November 27.-én a jobb felkar nagy ereinek mentén kiterjedt igen fájdalmas duzzanat támad, mely részben reáterjed a tricepsre és bicepsre is. Fluctuatio és pirosodás nem jelentkezik, borogatásra a duzzanat csakhamar visszafejldik, emellett a láz is tűnik, úgy hogy december közepe óta a beteg láztalan.

E szövődmény is az influenza lezajlása, azaz már több napi teljes láztalanság után fejlődött csak. A parotis genyében staphylococcusok találtak.

4. Kimenetelében kedvezőtlenebb volt a következő eset, melyben a spanyol betegség 10. napján súlyos gégecroup jelentkezett. A beteget november 21.-én szállították be fuladozó állapotban, úgy hogy azonnal kellett rajta tracheotomiát végezni. A gégeben, illetve tracheában finom lepelszerű álhártya volt észlelhető, melyben nagymennyiségben straphylococcusok és streptococcusok voltak láthatók. Diphtheria-bacillusok egyáltalában nem találtak a vizsgálat alkalmával. A tracheotomia utáni megkönnyebbült légzés azonban másnap ismét nehezebbé vált, a beteg vastagabb álhártyákat köhögött ki, melyek a kanült sokszor teljesen elzárták. Csakhamar a kanült megtisztítása sem segít már a nehéz légzésen, jelöl annak, hogy az álhártyák a trachea mélyebb részére is leterjednek. A garatveken semminemű lepedék. Daczára a diphtheriaserummal való oltásnak, a beteg tüdőelégtelesség tünetei között a műtét utáni negyedik napon meghal.

A bonczoláskor vastag álhártya találtatott nemcsak a gégeben és tracheában, hanem a legkisebb bronchusokban is. Az álhártya a diphtheriás hártya jellegét mutatja, melyben most post mortem *Veszprémi* tanár szerint a diphtheria-bacillusnak megfelelő bacteriumok voltak kimutathatók. Fájdalom, táptalaj hiányában és azért, mert gáz hiányában a thermostat nem működik, teljes bizonyosságot a bacteriumok természetéről nem tudunk szerezni. Mindenesetre meg kell állapítani, hogy az első vizsgálat alkalmával ilyenek nem találtak, hogy a tracheában lévő álhártya eleinte olyan finom lepelszerű volt, amilyent az influenza légcsőben és hörgőkben igen gyakran észlelhetünk. Ezzel szemben nem

szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a bonczoláskor talált lelet valódi croup mellett szólt. Ezekre való tekintettel nem akarom minden bizonnyal az esetet az influenza specifikus szövődményeihez sorolni, bár e mellett szólna az a körülmény is, hogy a mindenesetre csak hiányosan keresztülvitt diphtheriaellenes oltás után sem fordult elő újabb eset a klinikán.

Az eddigi bonczolástani tapasztalatok alapján nem zárhatunk ki ilyen szövődményt, hiszen volt alkalmunk látni igen kiterjedt ilyen álhártyaképződést, olyant is, mely elég vastag volt, mindenesetre olyant nem, amilyen a jelen eseté. A gégecszek e tekintetben mindenesetre nagyobb tapasztalattal rendelkezhetnek és bizonyára láttak egyéb szövődményeket is, melyek a gégeben, annak porcain vagy annak környezetében jöttek létre.

5. Izületi megbetegedést influenza kapcsán három esetben volt alkalmunk észlelni, nem számítva ide a polyarthritisszerű, rövid ideig, néha csak egy-két napig tartó izületi megduzzadásokat, melyek hol még az influenza fennállása alatt, hol csak annak lezajlása után jelentkeztek. Valamennyi esetben a fájdalmas duzzanatot borogatóra és aspirin adagolására nyomtalanul elmúlt.

Súlyosabbak voltak a phlegmonosus és kifejezetten genyes — egy esetben savós genyes — exsudattal bíró esetek. Különösen kiemelendők tartom a következő idevágó esetet.

B. A., 20 éves szolgálo. Felvételét november 23.-án, jelenleg is még a klinikán van. *Anamnesis*: November 9.-e óta spanyol beteg; betegség kezdete óta nagyfokú végtagfájdalmak voltak, melyekhez 17.-én mindkét térdizület megdagadása mellett igen heveny és nagyfokú fájdalmak társultak. *Lelet*: Mindkét térdizület duzzadt, izzadmányval kitöltött. Punctio útján mindkét térdből savós-genyes folyadékot nyerünk, melynek alja kifejezetten tisztán genyes. A jobb térdizület genyében staphylococcuszerű csoportosuló diplococcusok találtak, mely csoportok Gram szerint festhetők voltak. A bal térd izzadmányában bacteriumok nem találtak. *Therapia*: Az izület punctiója, 1% optochinból 30 cm³, majd két ízben Chlumsky-oldat befecskendezése. Két hét leforgása alatt minden secretó megszűnt, a duzzanat csökkent, mindkét izület elég szabadon és fájdalomtalanul mozgatható. Időközben a jobb csipőizületben jelentkeztek fájdalmak. A beteg subfebrilis, délutáni hőmérséke eléri a 37,8°-ot.

A másik esetben a seropurulens egyoldali gonitis 17 éves asszonyon jelentkezett, szintén már az influenza lezajlása után több nappal. Az izzadmányban bacteriumok nem voltak kimutathatók. Maga a gyuladás állítólag igen acute állott be; fluorja nincsen, periarticularis gyuladás nincs jelen. Lefolyásáról véglegest még nem mondhatok, még csak pár napja van a klinikán. Optochininjectióra láztalan lett, csak az injectiót magát követte egy napig tartó hőemelkedés.

A harmadik eset 19 éves nőbetegre vonatkozik, kinek genitáliái épek (virgo) és kin fluor nincsen jelen. Ebben igen acut módon támadt az izületi lob a bal könyökizületben, exsudatumnélküli, phlegmonosus gyuladás képében. Az elváltozások a 39°-ot is elérő hőemelkedésekkel együtt Bier-féle hyperaemiás kezelésre és nyugalomra (gipszsin) hamar visszafejldnek. Csak ilyen röviden említem ezt az esetet, mert az influenza kiállása utáni második héten jelentkezett csak, miert is kérdésesnek mondható a vele való közvetlen causalis összefüggése.

Végül meg kell még emlékeznem a több ízben tapasztalt phlegmonekról és tályogokról, melyek rendszeren a végtagokon fejlődtek. Valamennyi, mint az eddig említett szövődmények is, az influenza lezajlása után csak bizonyos idővel — napokkal vagy 1—2 héttel, ritkán még az influenza alatt — keletkezett. Ezen áttételi góczai a fertőzésnek hol bőrallati phlegmone, hol már ebből keletkezett tályog alakjában kerültek szemünk elé, vagy pedig kiterjedt mély izomközötti kötőszöveti — tehát subfascialis — genyedés alakjában.

Különösen említésre méltó a következő esetünk:

18 éves leányon az influenza lezajlása után újabb lázas mozgalmak mellett fájdalmas duzzanat támad a bal czombon, csakhamar megduzzad az egész czomb, anélkül, hogy a bőrön elváltozás volna észlelhető. A hőemelkedés eléri délutánonként a 39,5°-ot. Sajnos, a beteg már csak a legsúlyosabb állapotban, sepsises száraz nyelvvel, igen rossz szív-működéssel került a sebészeti klinikára, úgy hogy rajta az azonnal megejtett műtét sem segíthetett már. Klinikailag az acut osteomyelitis

femoris képét mutatta a beteg; bemetszéskor azonban a csont és annak környezete épek bizonyult, ellenben kiterjedt, egészen a Pouparszalag alá folytatódó phlegmone volt észlelhető, mely subfasciálisan helyezkedett el — a fascia lata alatt. Genyes beolvadást a kötőszövet nem mutatott, inkább véres-genyes savó volt mindenütt található, melyben elhalt fascia- és zsírszövet-erzafatok voltak lehelhető. Mikroszkop alatt rövid streptococcusláncok találtak.

Egy másik esetben — fiatal, 20 éves nőbetegen — úgy a mellkas bőrében, mint mindkét czomb és lábszár bőrében erythema nodosum-szerű beszűrődések fejlődtek. A csomók egy része visszafelldött, más része azonban egymással összefolyt, amiből kiterjedt bőralatti tályogok keletkeztek, melyek többszörös incisiókat igényeltek. Ez esetben, éppúgy mint a többiben is, az influenza maga is igen súlyos volt.

Szándékosan nem foglalkozom a klinikán észlelt fülgyenedésekkel és azok complicatióival, mint olyanokkal, melyek a fülorvos-specialista körébe tartoznak.

Ezzel be is fejezem észleléseim közlését, melyek — ha új pathologiai képeket nem is festenek — mégis egyik-másik irányban talán olyan sajátosságaira utalnak a már ismert elváltozásoknak, melyeknél fogva felemlítésük az őket okozó influenzával kapcsolatban nem mondható feleslegesnek. Arra mindenesetre alkalmasak, hogy belőlük a következőket állapíthassuk meg:

1. a sebészi szövödmények rendszeren csak súlyos influenza mellett fejlődnek;

2. kivéve a pleuritist, olyanok, amilyeneket általában az általános fertőzésekben észlelhetünk;

3. okai rendszeren az ismert genyesztő mikrobák; ritkán csak toxinhatásból magyarázhatók (lehet, hogy ez utóbbiak némelyikében a még nem ismert specifikus mikroba is szerepel);

4. legtöbb esetben csak az influenza lezajlása után jelentkeznek, ezek prognózis szempontjából a jobbindulatúak; az influenzával egyidejűleg, vagy annak első idejében jelentkezők úgy tekintendők, mint a súlyos általános fertőzés részjelenségeit és igen komolyan itélendőek meg.

Diphtheria-serum okozta életveszélyes anaphylaxis.

Közli: Kovách Zoltán dr., Balassagyarmat.

B. B.-né, 24 éves, jól fejlett egyén 1½ év előtt diphtheritist kapván, 3000 I. E.-t tartalmazó 10 cm³ serummal beoltottam, a mi után 12 óra múlva teljes gyógyulás állott be. A 6. napon az oltás helye körül, a bal térd felett a czomb elülső oldalán, két férfitenyérszerű területen gyorsan múló urticaria fejlődött. Mult évi október 5.-én ismét kiterjedt roncsoló toroklob jelentkező rajta mindkét garatmandolára kiterjedőleg. Természetesen azonnal beoltottam ugyancsak 10 cm³ serummal, mely 3000 I. E.-t tartalmazott. A serum 1918 szeptember hó 23.-án készült, tehát még két hetes sem volt, nem is volt sem zavaros, sem bűzös, sőt még üledéke sem volt.

A beoltás után egy óra múlva hirtelen rendkívül nagy, az egész testre kiterjedő urticaria fejlődött. Röviddel utána a szemhéjak diónyira, az ajkak és a fül ujjnyi vastagságúra duzzadtak. Majd nagyfokú remegés és nagy gyengeség állott be, ezzel egyidejűleg óriási fokú dyspnoë s a test nagy részére kiterjedő cyanosis, mely legkifejezettebb volt a kéz ujjain, melyek olyanok voltak, mintha a 2. és 3. újjperc tintába mártódott volna.

A szív annyira gyengült, hogy a pulsus egyáltalán nem volt tapintható. Csakis a rögtönös orvosi segély és szívizgató injectiók (digipuratum, 20%-os coffein és 20%-os aetherkámfor) mentették meg az életnek. Midőn pedig a szív működés ezen injectiókra kissé javult, nagyfokú hidegrázás jelentkezett. Hasonló, de intenzitásában fokozatosan enyhébb szívgyengeségi roham egy hétig naponta jelentkező hideg borzongás tünete közt; a körmöknek gyenge cyanosisa s az újjhegyekben zsibbadság-érzés pedig 14 napig állott fenn. A megbetegedés első három napjában a vizeletben kevés fehérje volt kimutatható, mely azután eltűnt. A beteg rendkívül lesoványodott; a később jelentkező farkas-étvágy azonban ezt gyorsan helyreállította. A diphtheritis 12 óra alatt gyógyult.

Az esetet mint curiosumot közlöm, s egyúttal felhívom e sajnálatos esettel kapcsolatban a szakkörök figyelmét azon fontos és sürgős teendőre, hogy diphtheria-serumot a lovon kívül más állatból is készítsenek.

Az orvosképzés reformjáról.

Irta: Pólya Jenő dr., egyetemi cz. rk. tanár, közkórházi főorvos.

(Vége.)

Fennmaradna még az a kérdés, mikép kellene gondoskodni arról, hogy a hallgató klinikai tanulmányai folyamán legalább nagy vonásaiban végigmenjen legalább egyszer az egész belgyógyászat, az egész sebészet stb. A klinikai előadás casuistikus lévén, igen könnyen megtörténhetik, hogy a hallgató egy betegségről 8—10 előadást is hall az évek folyamán és más épp olyan fontosról esetleg egyet sem. A kérdést, melyet több szerző felvet, a magam részéről nem tartom nagyon lényegesnek, illetve csak abban a formájában tartom lényegesnek, hogy a hallgatónak lehetőleg minden olyan betegséggel alkalma legyen megismerkedni, mely a mindennapi praxisban gyakrabban fordul elő, vagy a mely a gyakorló-orvos szempontjából egyébként (differentialdiagnózis, sürgős tennivaló stb.) fontos.

Az, a mit a hallgató csakis a klinikán vagy kórházban sajátíthat el és a mit ott okvetlenül el is kell sajátítania, ha jó orvos akar lenni, az a vizsgáló eljárásokon és a többször említett technicismusokon kívül csak a klinikus gondolkodás lehet, s ha ezt a betegágy mellett megszerezte s a nálunk gyakoribb betegségeket alkalma volt többszörösen látni, akkor ismereteinek hézagait jó tankönyvből majdnem olyan jól pótolhatja, mint az előadásokból. Mindazonáltal az imént hangoztatott kívánság megvalósítására két mód is kínálkozik, melyeket már más szempontokból is kívánatosnak tartanék:

1. Az egyes szakmák tanárai és docensei évente összegyűlnének és közösen állapítanának meg egy tanítási programot minden egyes évfolyam számára, a mikor is gondoskodni lehetne arról, hogy minden évjárat számára klinikai tanulmányai folyamán az illető szakmának legalább is legfontosabb fejezetei előadassanak.

2. Előadási sorozatok hirdetése a főszakmákból heti 1 órában (lehetőleg késő délutáni órák), melyekben az illető tárgyak egyes nagyobb fejezetei kerekded formában tárgyalatnának; 9 trimeszter, egy hallgató klinikai tanulmányai alatt körülbelül 100 előadásban bármely szakma összes fontosabb themáit le lehet így tárgyalni.¹¹

A docensek-nek a studiumok ilyen beosztása mellett hétféle szerep jutna:

1. A kórházi trimesztereket frequentáló tanulók oktatása.

2. A rendes tanárok kurzuselőadásait kiegészítő tárgyak előadása, illetve azokat kiegészítő gyakorlatok vezetése (például physikális vizsgálati módszerek, sebészeti pathologia, sebészeti műtét, szemtükrözési gyakorlatok stb.).

3. A kurzuselőadások egy részének átvétele (például az anatómus az anatómia egy nagyobb fejezetének, például a csonttannak vagy a központi idegrendszer anatómiájának előadását, a physiologus mondjuk az izom- és idegéletlen előadását stb. rábizza egy docensre, nem helyettesítéskép, hanem időnyerés céljából a főelőadáson), esetleg nagyszámú hallgató esetén parallel előadások tartása.

4. Tudósképzőelőadások és bevezetés önálló kutatásba.

5. Specialistaképző-előadások és gyakorlatok.

6. Ismétlő-előadások (pl. szigorlat előtt állók részére régebben hallgatott tárgyakból), begyakorló-előadások — például kórbonczani demonstrációk haladottabbak részére a kórházi prosecturákon (elsősorban az illető kórházba beosztott medi-

¹¹ Az elmondottakban, különösen a mi a kórházi trimesztereket illeti, természetesen a budapesti viszonyokat tartottam szem előtt. Vidéki egyetemeken — a mennyire a viszonyokat megítélni tudom — a beteganyag limitáltabb volta és megfelelő kisegítő közkórház hiánya az oktatásnak teljesen az egyetem keretein belül való elvégzésére kényszerít, de ezt a hallgatók aránylag kis száma lehetővé is teszi.

kusok számára) — vagy például gyakorlatok a hallgatózásban, kopogtatásban, gégetükrözésben (ha nem a kurzus-előadások kiegészítéseképpen adatnak elő) stb.

7. Propaedeutikus előadások. Különösen fontosnak tartom, mint már említettem, a szülészeti propaedeutikát.

Még csak néhány szót a szigorlatokról és a gyakorlati évről.

A szigorlatok kérdése ma sajnálatos módon a medikusok gondolkodásának centrumában áll. A hallgatók egy jelentékeny része az egész egyetemi oktatás lényegének a szigorlatot, a tanulást csak a szigorlat sikeres letételére szolgáló eszköznek, a tanulmányi időt és a kötelező gyakorlatokat csak a szigorlatra való bocsátáshoz szükséges formáságnak tekinti (azért jelentkeztek a most elmúlt félévben még a félév hivatalos befejezése után is hallgatók, a kik egy és ugyanazon alkalommal be- és kiiratkoztak). Pedig épp fordítva kellene hogy legyen: a tanulás legyen a komoly és a szigorlat a formáság. Ha a medikus tanulmányi ideje alatt kényszerítve van mindazt megtanulni, a mire mint orvosnak szüksége leendő a szigorlaton nem kérdeznek tőle egyebet, mint a mit tanulmányi ideje alatt, ha tényleg szorgalmasan látogatta az előadásokat és a gyakorlatokat és nem absolute képtelen ember, e czélből okvetlen el kellett sajátítania, akkor a szigorlat nehézségei már ad minimum csökkennek s ha a szigorló és a szigorlatoztató nem a szigorlaton beszélnek egymással először életükben, hanem az egyéni tanítás folyamán már előzőleg is volt alkalmuk kölcsönösen megismerni egymást, ez a körülmény a szigorlatok nehézségeiből megint sokat fog levonni, anélkül, hogy egyúttal azok komolyságából¹² is levonna valamit.¹³ A colloquiumok pedig feleslegessé válnának, hisz a tanárnak már előzőleg módjában volt megismerkednie hallgatója tudásával, szorgalmával, szellemi képességeivel. A mostani viszonyok között a colloquiumok és a IV. és V. félévben a szigorlatok egyenesen elvonják a hallgatóságot az előadások látogatásától; a supponált feltételek között az előadások és gyakorlatok szorgalmas látogatásának fontosságát még az a hallgató is érezné, a kit nem a tudás vágya, hanem csak a diploma elnyerése izgat.¹⁴

A szigorlatok tekintetében a következő szempontok jönnek szóba.

a) A tanfolyam alatti vizsgák tekintetében:

1. ellenőrzése annak, hogy a hallgató az előírt tanulmányokat tényleg elvégzi;
2. meggyőződés arról, hogy a tanuló elegendő elméleti ismerettel bír-e arra, hogy klinikai tanulmányait sikerrel folytathassa;
3. mennyiben zavarja meg a vizsgára készülés a szükség-

¹² Az az én időmben elterjedt szokás, mely valószínűleg még ma is él, hogy a szigorlónak, a ki egy vagy több kérdésre nem tudott megfelelni, új kérdéseket, sőt direkt „mentő” kérdéseket adtak, azt hiszem, egyenesen a szigorlatok komolyságának rovására megy. Mert vagy fontos volt a kérdés, melyre a szigorló nem tudott válaszolni, akkor meg kell buktatni, vagy nem fontos, akkor nem lett volna szabad kérdezni.

¹³ Ezt Tandler is kiemeli a bajtársi szövetség orvosi szakosztályában tartott érdekes előadásában, mely sajnós szintén csak a correctura folyamán jutott kezembe s mely éppúgy, mint Liebermann czikke, szintén ajánlja a hallgatóknak a tanterem és laboratóriumok férőhelyei számában való maximálását, a tantárgyaknak „harmonikus racionalizálását” — egy minden egyes tárgy terjedelmét pontosan megállapító fanterv keretében, s a docensek nagyarányú bevonását az oktatásba. A medikusoknak ő is ugyanazt a szemrehányást teszi, amit az imént említettem, hogy sokkal inkább szigorlók, mint tanulók (dass sie zuviel Rigorosanten und zuwenig Studenten sind). — Ennek javulását ő is a professor és a hallgatók közötti személyes érintkezéséről várja.

¹⁴ Mindenesetre ezek szerint az elvek szerint a kötelező előadások és gyakorlatok látogatását nagyon szigorúan kellene venni, sőt arra is módot kellene nyújtani, hogy azokat, a kik ezeket az előadásokat és gyakorlatokat nem látogatják, vagy a kik nem lesznek kielégítő haladást valamely főstudiumban, az illető trimeszter megismétlésére lehessen utasítani, sőt módot kellene találni arra is, hogy teljesen tehetetlennek és alkalmatlannak bizonyult egyéneket, persze a kellő cautelek betartásával, tanulmányaik további folytatásától eltiltani is lehessen. Jobb, ha valaki 2—3 évet veszít, mintha öt-szigorló korában jön reá, hogy nem tud diplomát szerezni, vagy ha kegyelemből doctorrá avatván, ő veszíti el a hozzája forduló betegeket.

séges tanulmányoknak — az életre való készülésnek — rendes menetét?

b) A tanfolyam végén való vizsgák tekintetében: bir-e az illető azokkal az elméleti és gyakorlati ismeretekkel, melyekre a gyakorló-orvosnak szüksége van?

Az évközi vizsgákat az 1. pont szerint legalább is minden évben kellene, a 3. pont szerint sohasem szabadna megtartani. A 2. pont szerint azonban mégis kívánatos, hogy az elméleti tanulmányokból a klinikai tanulmányokra való átmenet idején okvetlenül tartassék egy vizsga, amelyen tulajdonképp végezni kellene az elméleti tárgyakkal. Mivel azonban a hygienét és törvényszéki orvostant csak klinikus értheti meg jól, épp úgy, mint a hogy a kórboncztant és a tájanatomiát is (ha ez alatt az orvos számára szükséges alkalmazott anatómiát értjük) csak a klinikus észjárással bíró hallgató tudja teljesen méltányolni s e két tárgy ismeretere a gyakorló-orvosnak a mindennapi praxisban is léptenyomon szüksége van, ezen tárgyak vizsgálatának a tanfolyam végére kell maradni. Ezek szerint a szigorlatok helyes beosztását így képzelem. Az elővizsgát a könnyebbség kedvéért két külön részben lehessen letenni. Az első rész physika, chemia elméletileg, descriptiv anatómia és histologia elméletileg és gyakorlatilag, letehető a 3. trimeszter végétől kezdve; a második rész (physiologia elméletileg és gyakorlatilag, általános kórtan, gyógyszer-tan, kórboncztan elméletileg) letehető a 6. trimeszter végétől kezdve; a ki a vizsga mindkét részét a 7.—8. trimeszter végéig nem teszi le, ne iratkozhassék be a következő trimeszterre mindaddig, a míg ezt a vizsgát nem tette le. (A kórházi trimeszterek alatt az inspectiók délután szabad óráit tanulásra, a szabad délutánt kurzusokra fordíthatja az, a ki a vizsgát még le nem tette; a 6. trimeszter délutánjain is sok a szabad idő.) Az utolsó vizsga, mely a tanfolyam bevégezte után tétetnék le, egy elméleti részből állana (hygiene, törvényszéki orvostan elméletileg, kórboncztan, tájanatómia¹⁴ gyakorlatilag) és egy klinikai részből melyben az összes kötelező klinikai tárgyak elméletileg és gyakorlatilag kérdeztetnének.

A gyakorlati évről, mely száz és egy okból nem vált be, ha ilyen gyakorlativá tesszük a medikusok kiképzését, bátran lemondhatunk, bár valószínűnek tartom, hogy a gyakorlati évek kudarcának egyik főoka: a „cselédkönyves” uraknak és hölgyeknek — dicséret a kivételeknek — abszolút gyakorlati járatlansága, elesvén, hasznosabban volna értékesíthető. De a praktikus év kudarcának egy másik főoka: a materialis és socialis körülmények, melyeknél fogva mindenki azon igyekszik, hogy a gyakorlati évet egyszersmind kenyérkeresetre és jövő pályájának megalapozására is fordítsa, nem esik el és nem is eshetik el; így a gyakorló évek mostani formájáról való lemondással csak egy fictióról mondunk le, s vele nem veszítünk, csak nyertünk.

Ez nem azt jelenti, hogy a tanulmányok befejezése utáni kórházi gyakorlatot nem tartanám fontosnak a fiatal orvosok szempontjából, sőt ellenkezőleg, de a kórházba való bejárás nem az igazi kórházi gyakorlat, legfeljebb oly szak-

¹⁴ A régi szigorlati rendben a tájanatómia gyakorlati vizsgája az I. orvosi szigorlat programján szerepelt s a X. félévben lehetett csak belőle vizsgázni. Ez kényszerítette az orvostanhallgatókat, hogy az anatómiára egész tanulmányi idejük alatt legalább is gondoljanak s hogy azt ötödéves korukban egy kissé újra elővegyék, sőt a legtöbben a IX. félévben anatómiai gyakorlatot is vettek és tájanatómiai előadást hallgattak. Manapság a IV. semester végén vagy az V. semester elején letett I. szigorlat után a legtöbben a sutba dobják vagy eladják az anatómiai könyvet és nagy sikerrel igyekeznek elfelejteni, hogy anatómia is van a világon. Németországban az anatómiát is magában foglaló elővizsga letétele után, tehát az V. semester utáni időben kötelező a tájanatómia hallgatása. Franciaországban a tájanatómia az utolsó év folyamán leteendő III. examen egyik tárgya, Németországban és Angliában a sebészeti anatómiából való vizsga egyik külön része a sebészeti vizsgának. Igen nagy súlyt helyeznek az alkalmazott anatómia oktatására Amerikában s az amerikai sebészek közismert jeles technikájában ez a körülmény bizonyára nem csekély szerepet játszik. Graham Lusk, az amerikai orvosi oktatásról írván, különösen kiemeli ezt a szoros viszonyt az anatómia és sebészeti tanítása között s említi, hogy a régi iskolából való sebészprofessorok vizsgálati kérdéseinek fele anatómiai kérdés.

mákon, a hol a tanulásra szolgáló beteganyag többsége ambulans (bőrgyógyászat, szemészet stb.), a hol a vizitidőn kívül — legalább is a jövődő gyakorló-orvos szempontjából — tulajdonkép semmi lényeges nem történik. Már a belgyógyászati osztályon a legértékesebb és a gyakorló-orvos szempontjából legfontosabb dolgok egy része (például mérgezések ellátása, sürgős műtétek feletti elhatározás, súlyos állapotban levő betegek erejének fenntartása stb.) a vizit utáni időre esik s még fokozottabb mértékben van ez így az operatív szakmákon, a sebészetben és szülészetben. Ha valaki 1—2 óra hosszát, vagy ha szorgalmas, egész délelőtt is ott van az osztályon, épp az ő szempontjából legfontosabb dolgokat sokszor nem látja. Viszont, ha azt kívánjuk, hogy éjjel-nappal benn legyen, akkor lakásáról, ellátásáról kell gondoskodnunk, sőt — túlnyomólag szegény emberekről lévén szó — fizetéséről is. Ha ez nem történik meg, a mint igazság szerint nem is történhetik meg akkor, ha az illető csak tanulni jár be az osztályra s annak kevésbé kellemes adminisztratív és egyéb munkájában nem vesz részt, akkor az az illető másutt keres magának megélhetést, vagy pedig legalább is a kórházi gyakorlattal egyidejűleg jövő terveit megvalósításának megalapozásához fog. A gyakorló-évesek nem kis része ezért segédorvos egy más kórházi osztályon, gyakornok valamely klinikán vagy intézetben. Ez a foglalkozása aztán annyira lekötöti, hogy azt a helyet, a melyen gyakorló-évet töltene, egyáltalában nem, vagy csak a forma kedvéért látogatja s a mennyiben mégis látogatja, akkor tulajdonképpen dolgát mulasztja. Ily módon aztán a tragikus összeütközések egész sora származik, melyek egyetlen kielégítő megoldása csak a tragikum okának: a gyakorlati kórházi év mai formájának eltörlése. Ennek a formának ugyanis két alaphibája van, melyből minden zavar származik:

1. Meghatározza az osztályokat, a melyeken gyakorló-évesek működhetnek és meghatározza azoknak a számát, a kiknek egy osztályon működniök szabad.

2. Meghatározza, hogy bizonyos szakmákon mennyi időt kell a gyakorló-évesnek tölteni.

Theoretice ez kétségen felül nagyon bölcsen van így, a praxisban azonban a fent kiemelt körülmények és anyagi kérdések miatt úgy alakul ki a dolog:

1. hogy az illető azt a szakmát, melybe tényleg van alkalma magát mint hivatalos alkalmazottnak belegyakorolni, kénytelen elhanyagolni, hogy a cselédkönyvébe aláírásokat gyűjthesse, ha az aláíró tényleg ragaszkodik hozzá, hogy a cselédkönyvesét időnként lássa;

2. hogy azokon a szakmákon, a melyek kötelező frequentálása igen bölcs és igen helyes indokokból el van rendelve, gyakran nincs elegendő hely a jelentkezők számára; nevezetesen a nőgyógyászatban és szülészetben sokszorosan felülhaladja a gyakorlatot folytatni kívánók száma a rendelkezésre álló helyek számát s az emberek $1\frac{1}{2}$ —2 esztendeig állnak a queueben, míg a sor végre reájuk kerül és egy-egy megürült helyre többen pályáznak, mint egy püspökségre;

3. viszont kisebb kórházak, melyeknek nem voltak külön osztályaik, vagy a melyeknek csak kisebb ágyszámmal bíró osztályaik voltak s a hol a fiatal kollegák derék, az általános praxis terén nagy tapasztalattal, sőt akárhányszor jó specialis képzettséggel is bíró főorvosok mellett az általános gyakorlat szempontjából igenis sokat tanulhattak volna, nem tudtak segédorvost kapni, vagy vidéki segédorvosok itt Pesten voltak (persze csak névleg) gyakorló-évesek.

A megoldás módja tehát csak az lehet, hogy 1. lehetőleg sok segédorvosi állást kell kreálni nemcsak a budapesti, hanem a vidéki kórházakban is (persze, ha túlnagyrá szabják a segédorvosok fizetését, ez kellő számú állás kreálását lehetetlenné teszi); 2. gondoskodás arról, hogy ezekben az állásokban ne ősz családapák üljenek, mint az vidéken szokásban van, hanem az állások gyakran ürüljenek meg; egyes tehetséges embereken kívül, a kiknek a továbbképzése a specialistaképzés szempontjából kívánatos s a kikből jó al-orvos, a főnök megbízható helyettese lehet, senki se legyen huzamos ideig a kórházban; 3. azokban a kórházakban, me-

lyek nivója nem üti meg a mértéket, megfelelő módon kell emelni a színvonalat és pedig nemcsak a tárgyi, hanem a személyi felszerelés tekintetében is, amint azt *Grósz Emil* kívánta az 1917.-i népegészségügyi congressuson tartott előadásában; az állások betöltésére alkalmatlan vagy képtelen embereket pedig tessék nyugdíjazni; 4. azokban a kórházakban, ahol több osztály van, az osztályok cseréljék ki gyakrabban egymás között a segédszemélyzetüket, úgy hogy azon maximális 2—3 év alatt, a mit egy segédorvos a kórházban tölthet, az lehetőleg az összes szakmákon végigmenjen; nem kell a segédorvosnak egy évet sebészetben tölteni, ha nem akar specialistá lenni; azt, a mit a sebészetből az általános praxis számára tudnia kell, megtanulja egy fél év alatt is; 5. a szülészeti klinikákon, bábaképzőkön, szülészeti osztályokon létesítsenek a rendelkezésre álló fekvő és poliklinikus szülészeti tanítási anyag nagyságával arányban álló bennlakó gyakornoki helyeket (a *Taufer*-klinikai internatus módjára), melyekhez *elsősorban azoknak legyen jussuk, a kik falusi praxist szándékoznak üzni*. Utóvégre, ha valaki Pesten vagy Szegeden urologus szándékozik lenni, annak igazán nincs szüksége bővebb szülészeti kiképzésre.

Ezek a bennlakó gyakornoki állások limitált időre (3—4 hónap) szóló és természetesen díjtalan állások volnának, míg a kórházi segédorvosi állások teljes ellátáson és lakáson kívül díjazással is járnának. Ilyen módon azok számára, a kik tényleg általános gyakorlattal óhajtanak foglalkozni, elég tanulásra való hely lesz, a hol kenyérkeresetre is tehetnek szert, viszont a specialistának készülökre vagy theoretikus tanulmányokkal foglalkozókra nem rójuk rá a kötelező kórházi gyakorlat nyügét.

Ha a medikusokat tényleg gyakorlatibb szellemben neveljük, mint a hogyan az ma történik, akkor fejlettebb gyakorlati érzékük és az egyéni oktatás hatása alatt érzékenyebbé váló orvosi lelkiismeretük maga fogja őket figyelmeztetni gyakorlati képzettségük hiányaira és a bővebb gyakorlati képzettség elnyerésére kilátást nyújtó alkalmat spontan is két kézzel fogják megragadni, különösen, ha ezáltal megélhetésüket is biztosítva látják. A kik pedig nem teszik, ám lássák, nem csak a pályázatok alkalmával fognak a remélhetőleg eljövendő igazságosabb aerában elmaradni kórházi gyakorlattal bíró társaik felett, hanem tudásuk hiányosabb voltánál fogva a magánpraxisban is. Esetleg az elől sem kellene elzárkózni, hogy az ilyen valóságos kórházi gyakorlattal bíró orvosokat valami megfelelő címmel megkülönböztessük a kórházi gyakorlatot nem teljesített orvosoktól (mint a minő Franciaországban az ancien interne).

S ezzel mondánivalóim végére értem, s ha végül szabadna röviden összefoglalnom e hosszúra nyúlt fejtegetések rövid velejét — der langen Rede kurzen Sinn —, ezt a következőkben tehetném.

Vezérelv: az, a ki gyakorló-orvosnak készül, csak azt legyen köteles megtanulni, a mire gyakorló-orvos korában szüksége lesz, de ezt aztán igenis jól és alaposan tudja is.

A kivétel elvei: 1. Gyakorlati egyéni tanítás a mostani elméleti tömegtanítással szemben, különösen a klinikákon.

2. A tudósképzés és specialistaképzés elválasztása a gyakorló-orvosok képzésére szánt kötelező kurzustól.

Gyakorlati megvalósítás: 1. A tanítás lehető decentralizációjának a docensi kar bővítésével a tanításba.

2. A tanítás és a szigorlatok programjának alapos revíziója, pontos tanterv megállapításával a gyakorló-orvosi kurzus összes kötelező tárgyaira.

3. Czélszerűbb időbeosztás (trimester-rendszer, lehetőleg egy helyen való foglalkoztatás), a tanév folyamán való szüneteknek a minimumra való reductiója.

4. Az egyetemi administratio, különösen a beiratkozási, egyeztetési és láttamozási formalitások lényeges egyszerűsítése.

5. A kötelező gyakorlati év eltörlése s helyette lehetőleg nagyszámú segédorvosi állás biztosítása a fiatal orvosok számára.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Emerich Wiener: Klinik und Therapie der Malaria. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien, 1918. Ára 10 k. 40 f.

A ki — mint e könyv ismertetője is — olasz földön malaria-kórházban ténykedett huzamosabb ideig, a békében tett észleletekkel szemben fokozott mértékben ismerte meg e kórság nagy horderejét, még pedig nemcsak a heveny, hanem talán még inkább idősült és recidiváló megnyilatkozásaiban. A klinikai, laboratóriumi és kórbonczani észleletek egybevetése gazdag anyagot nyújtott a szerzőnek úgy elméleti, mint gyakorlati szempontból, mely klinikailag jól feldolgozott anyagon kívül a leszűrődött igazságoknak irodalmi értékesítéséért is elismerés jár neki. Az első fejezet átnézetesen foglalkozik általános kérdésekkel: aetiologia, epidemiologia, kórmelegedés, immunitás, kórboncztan; a malaria klinikai képe megrajzolásának szentelt részben ismerteti a tropica megnyilatkozásának három alakját (gastrointestinalis, neurocerebralis és toxikus alak), a vegyes fertőzéseket, a veleszületett és gyermekkori váltólázat stb. A kezelés leírásakor krijice világítja meg *Nocht*, *Ziemann* és *Mühlens-Werner* eljárásait. A magyar szerzőnek sikerült szűk keretek közt a tudnivalók gazdag tárházát nyújtani az olvasónak. Művét *Benedict Henrik* tanárnak ajánlotta.

Deutsch Ernő.

Krönig und Friedrich: Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlentherapie. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien, 1918. Ára 36 K.

A német hivatalos körök, ipari vállalatok és egyesek tudományos búvárlatok iránti nagy és tettekben is megnyilvánuló érdeklődésének ékes bizonyítéka az előttem fekvő munka, mely a sugarakkal eszközölt gyógyítással elméletileg és gyakorlatilag foglalkozók részére egyaránt a tudás gazdag tárházát szolgáltatja. Az egész mű két részből áll: az első a sugaras gyógyítás physikalis, a másik annak biológiai elméletével foglalkozik. Érdekes, kitérő ábrákkal kísért vizsgálati sorozatokban tanulmányozhatjuk a Röntgen- és gamma-sugarak (radium- és mesothorium) hatását (különböző szűrők közbeiktatásával) úgy állati, mint emberi, ép és kóros szövetekre. Minden művelt orvos a therapia e modern ágazatának elemeit okvetlen el kell hogy sajátítsa, a mire a megbeszélés tárgyát tevő mű a legmesszebbmőnő alkalmas.

Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

Anaemia perniciosa eseteiben a lépkiirtást csak néhány év óta használják. *Eppinger* volt az első, a ki ide tartozó tapasztalatokról számolt be 1913-ban *Noorden* tanár klinikájáról. Az eljárás ajánlásakor abból indultak ki, hogy az anaemia perniciosa a lép működésének fokozott volta (hypersplenia) idézi elő, a mely károsítóan hat a csontvelőre. *Eppinger* két esetben végeztette a lépkiirtást, mindkét esetben kedvező volt az eredmény; az egyik beteg a műtét után 15 kilót hízott, a vörös vérszámja 1.5 millióról 4.3 millióra emelkedett köbmilliméterenként. *Eppinger*-rel csaknem egyidőben és tőle függetlenül *Decastello* is kísérletezett e módszerrel *Ortner* tanár klinikáján, még pedig jó eredménnyel, de azt hiszi, hogy tulajdonképpen gyógyulás nem érhető el vele, csak remissio. Hasonló nézetet van *Türk* is, valamint *Noorden*. *Mühsam* 11 betegről számol be, akik közül 3 a műtéttel kapcsolatosan halt meg és később még két betegnek haláláról értesült; az életben maradtak ezidőszerint jól érzik magukat, gyógyulásról azonban nem lehet szó; a vérkép javult, de nem vált normálissá. *Mosse* egy esetében a vérkép a műtét után csaknem normális lett: 4.15 millió vörös, 8500 fehér vérszám, 70% haemoglobin. *Huber* esetében az általános állapot nagyot javult, a vizenyők eltűntek,

a haemoglobin-tartalom és a vörös vérszámok száma növekedett, a vérkép azonban még távol áll a normálistól. *Siegel* legújában két esetéről számol be, melyben a lépkiirtás után tetemes javulás következett be, úgy hogy hasonló esetekben a belső orvoslás eredménytelensége esetén a műtétet javaltnak tartja. (Therapeutische Monatshefte, 1918, 12. füzet.)

Sebészet.

A gerincoszlop sérülésével kapcsolatos hasi tünetekről ír *S. Weil*. A mellkas és retroperitoneum sérüléseinek jelentkező hasfalfeszülés általánosan ismert tünet, amelyre számolnunk kell, amikor arról van szó, hogy e sérülések mellett a hasüregben is nem jött-e létre olyan elváltozás, a mely valamilyen nagyobb műtéti beavatkozást tenne szükségessé. A gerincoszlop sérülései is gyakran oly tünetekkel járnak, amelyek a hasi sérülés tüneteivel igen hasonlóak, úgy hogy néha a differentialdiagnózis megállapítása igen nagy nehézséggel jár. A szerző e kérdés tisztázása céljából több esetet közöl, így egyet a *Kuttner*-klinikai beteganyagából, amelyben a 25 m. magasságból lezuhant beteg ágyéki gerincoszlopát törte el és e sérülése mellett igen nagyfokú hasfalfeszülés állott fenn. Csak a súlyos collapsus miatt nem operálták meg a beteget. A hasfalfeszülés körülbelül 6 nap múlva spontán visszafejlődött. A szerző egyik esetében gránátszilánk törte el a 8—9. hátszigolya tövisnyulványát; a dura körülbelül 2 cm.-nyi hosszúságban berepedt, a környéke összezúzódott. Maga a gerincvelő, amennyire makroszkopice megállapítható volt, nem volt megsérülve. Az egész has deszkakemény, behúzódott, nyomásra a legnagyobb fokban érzékeny, a beteg már a legcsekélyebb érintésre intenzív fájdalmat érzett. A laparotomia a hasüregben elváltozást nem mutatott, ellenben a hasfalfeszülés lassanként megszűnt, az alsó végtagok rigiditása és fájdalomassága azonban megmaradt. Hasonló tévedések elkerülésére ajánlatos a következőket figyelembe vennünk. A hasfal-feszülés dacára óvatossá kell lennünk a has megnyitásával, ha a löcsatorna lefutása olyan irányban halad, a mely a gerincoszlop sérülését nem zárja ki, ha a hasfájdalmak mellett az alsó végtagok fájdalma is jelen van és végül, ha a hasfal érzékenysége szokatlanul nagyfokú, úgy hogy már felületes érintés heves fájdalmakat vált ki. Mindezen tüneteket a mellkasi idegek reflexívén sérülése vagy izgalma hozhatja létre a hátulsó gyökök környékén. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 49. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Szülészet és nőorvostan.

Kihordott magzat spontan helyzetváltozása a szülés alatt címmel számol be *Warnekros* az „Archiv für Gynäkologie“ utolsó kötetében a *Bumm*-klinikán megfigyelt két érdekes esetről, melyek azt bizonyítják, hogy a kihordott magzat nemcsak, mint eddig ismeretes volt, a terhesség alatt s annak a végén tudja a helyzetét változtatni, hanem állóburok mellett még a szülés alatt is. Az első esetben a megfigyelés tárgya 43 éves másodszor szülő volt, kin a hájas hasfalak és túlsok magzatvíz miatt a külső vizsgálat nem nyújtott kellő tájékozódást s így az asszonyról a szülés megindulása után pár órával ikerterhesség gyanúja miatt Röntgenfelvételt készíttettek. A Röntgen-kép szerint a magzat I. farfekvésben volt. A felvételt követő belső vizsgálat alkalmával elsímult portiót, egy ujjnyi méhszájat s feszülő burkot találtak. 12 óra múlva megrepedt a burok; a belső vizsgálat szerint ekkor már a koponya volt az előlfekvő rész. A belső vizsgálattal egyidejűleg eszközölt Röntgen-felvétel is fejevégi fekvést mutatott. Pár óra múlva kimeneti fogóműtét vált indikálttá és a 4 kg.-os gyermek II. koponyatartásban születik meg. *Warnekros* még megjegyzi, hogy az anya normalis medencz méretekkel bírt s a hasfalak nem voltak petyhüdték. A második esetben 23 éves másodszor szülőn a külső vizsgálat I. farfekvést állapított meg. A belső vizsgálat alkalmával ugyanekkor elsímult portiót, 2 ujjnyi méhszájat s a feszes burkon keresztül valamely előlfekvő kis részt tapintottak. A

Röntgen-kép szintén I. farfekvést mutatott. Pár óra múlva külső vizsgálattal már ferdefekvést konstatáltak. Ettől az időponttól kezdve rövid egymásutánban egy egész sorozat Röntgen-felvételt végeztek, melyek szépen demonstrálják, mint helyezkedik el a magzat először ferde, majd haránt, végül egyenes fekvésben, de ekkor már a koponya az előfekvő rész. Kis időre rá a gyermek II. koponyatartásban meg is születik. Nem áll meg tehát az az általánosban elterjedt feltevés, hogy a magzat a terhesség vége felé s a szülés megindulával az egész rendelkezésére álló teret teljesen kitölti, s hogy egy bizonyos kényszerhelyzetet foglal el, a mint ezt a fagyasztott készítmények tévesen feltűntetik. A terhesség végén és a szülés alatt álló burok mellett felvett Röntgenképeken minden kétséget kizáróan látható, hogy a magzat feje csak mérsékelt flexióban van, s a hátgerincze is csak mérsékelt görbületet mutat. De nemcsak, hogy a magzat nem foglal el kényszerhelyzetet, hanem annyi hely áll a rendelkezésére, hogy még magának a szülésnek a megindulása után is a helyzetét spontan változtatni tudja. *Örffy.*

Gyermekorvostan.

Az anyatejjel való táplálásról emlőn és üvegből ír Hess. Egy ikerpáron tett párhuzamos megfigyelései alapján a következőket találta: 1. Azonos külső körülmények közt anyatejjel az emlőn táplált csecsemő csak kevesebb nagyobb súlygyarapodást mutat, mint a kifejt anyatejjel üvegből táplált. 2. Ugyanazon az ikerpáron, valamint több egyes csecsemőn megejtett Röntgen-vizsgálat azt mutatta, hogy a gyomor léghólyagja emlőn történt szopás után kisebb, mint ugyanazon mennyiségű anyatejnek üvegből való nyújtása esetén. 3. A gyomor nagyságát a lenyelt levegő mennyisége lényegesen befolyásolja. A gyomor légteltsége s felvevő képessége fordított arányban áll. Ezért az emlőn tartott csecsemő könnyebben szopik nagyobb mennyiségeket, mint az üvegből táplált. Felbőgötetéssel a szándékolt mennyiséget könnyebben tudjuk bekebeleztetni. 4. A gyomor legtöbbször dűda-, ritkábban dohányzacskó-alakú. 5. A gyomor fekvése horizontális. 6. A gyomor kiürülésének idejét illetőleg a táplálékfelvétel két módja között világos különbség nem volt kimutatható. Egyes kísérletek arra látszanak utalni, hogy a kiürülési idő az emlőn való táplálás után rövidebb. 7. A colon helyzete kimutatható módon függ a gyomor kitágulásától. A telődő gyomor lefelé nyomja a colont, kiürülése közben a colon ismét fölemelkedik. 8. A gyomortartalom az emésztés összes fázisai alatt folyékony; a folyadékfelszint t. i. könnyen hozhatjuk ingó mozgásba s a csecsemő helyzetváltozásakor követi a test mozgását. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 19. kötet. I–II. füzet) *Lénárt Pál dr.*

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919. 4. szám. Török Lajos: Az orvosképzés reformjáról. **Barabás Zoltán:** Sárgaság és hasi hagymáz.

Budapesti orvosi ujság, 1919. 5. szám. Lorenz Hugó: A radikális fülműtét gyógyulási eredményei. — **Frankl Samu:** Az ideggyengeség és egyéb működéses idegbántalmak gyógykezelése glycerophosphatos bromkészítményekkel.

Vegyes hírek.

Dollinger tanár nyugalmába vonulása. A budapesti egyetem orvoskara legközelebb egyik kiváló tanárát veszti el: **Dollinger Gyula** tanár, betöltve 70. évét, benyújtotta nyugdíjaztatása iránti kérvényét. **Dollinger** tanár már 37 éve tagja a budapesti egyetem tanártestületének: 1882-ben nyert képesítést az orthopaediából, 1891-ben czimz. rendk. tanár lett, 1895-ben tanítási jogosultságát kiterjesztették az egész sebészetre s végül 1898-ban, **Kovács József** tanár halála után, átvette, mint rendes tanár, az I. számú sebészeti klinika vezetését. **Dollinger** tanár úgy is, mint szakmájának egyetemi előadója és úgy is, mint annak búvára és előbbrevívója, a legnagyobb elismerésre szolgált rá. Mint tanár a buzgalom mintaképe volt, tudományát és művészetét odaadással és a legmodernebb színvonalon közvetítette tágabbkörű és szűkebb tanítványainak, s mint önálló tudós nevé a külföldi szakkörökben is elsőrangú hangzásúvá tette. Fărădhatatlanul buzgólkodott a magyar s a külföldi orvosi körök közti kapcsolatok megszilárdításán. Egyik nagy érdeme az általa tervezett új klinika elősmert tőkéletességében leli kifejezését, **Dollinger** tanár azzal az öntudattal hagyhatja el tanári

működésének színterét, hogy helyét kiválóan töltötte be s kiérdemelte a magyar orvosi rend s az egyetem háliját és elismerését.

Meghalt. Meisels Vilmos dr., a munkácsi közpörház igazgatója, 58 éves korában január 9.-én. — **Neumann Adolf dr.** 69 éves korában Budapesten. — **G. H. Ruge,** az anatomia r. tanára a zürichi egyetemen.

Személyi hírek külföldről. A bonni belklinikai igazgatójává **K. Hirsch** göttingai tanárt nevezték ki

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz. Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20–19.

Dr. Székely-dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: 97–60. Dajka-vizsgálat.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Városmajor-Szanatorium és Vízgyógyintézet

Részvénytárs. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon: 88–99. Ujjonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Bel-, ideg-, szívbetegék és üdüilők részére. Hízaló-kurák.

Dr. HOFFMANN JENŐ Telefon 104–61
PHYSIKOTHERAPIAI INTÉZET Budapest, VI., Váci-körút 51. sz.

Az egész Röntgen-diagnostika s therapia. Az összes electrodiagnostikai s therapiail eljárások. Mindenféle massage. Quarzlámpa. Szénsavhő és kozmetikai kezelések.

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógymód, villamos kezelések. Hízaló. soványító kúrák. Bejáróknak is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44–35.

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM Budapest, I., Tétényi-út 12–16. Telefon: József 81–75. Ujjonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsós-fürdők és Ivókúra. Szénsavas-, oxigen-fürdők, hőlég-kezelés és vízgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókurák. Vezető-főorvos: **Dr. Czirfusz Dezső,** a ki állandóan a telepen lakik. **Egész éven át nyitva.**

Fővárosi Faszor Sanatorium Radiologiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnosztikára és mélytherapiára. Vezető: **Biró Ernő dr.,** főorvos.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA VII., Városligeti faszor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, női-betegek, szülönöknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium Klimatikus, physialis és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hídegkúti-út 78. • Villamos megálló. • Telefon: 145–90 Főorvos: **Dr. Soós Aladár,** a Korányi-klinika v. orvosa.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

Istvánuti Sanatorium

Budapest, VII., Hungária-ut 9 (István-ut végén). Telefon József 91-47. Sebészet, belgyógyászat, nőgyógyászat, szülészet és vízgyógyintézet.

Röntgen. Rádium-kezelés.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: Ujjonnan kibővíve :: I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83–21.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhírű Sárosfürdő 47° C forrással Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vízgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb.

Főorvosok: Termális kurák: **dr. Bosányi Béla,** igazgató. Gépgyógyászat: **dr. Erdős Géza.** Belézési gyógmód: **dr. Safranek János,** egyetemi m.-tanár. Röntgen-laboratorium: **dr. Simonyi Béla.**

Kivánatra prospektus. Kivánatra prospektus. **Dr. Reich-féle** Budapesti medlo-mechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató-főorvosok: **Dr. Molha Armand** és **Dr. M. Hillf Paula.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia.

UJTÁTRAFÜRED. 1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Socialegészségügyi tudományos társaság. (Ülés 1919 január 15.-én.) 57. lap.

Socialegészségügyi tudományos társaság.

(Ülés 1919 január 15.-én.)

*Bányai Andor: Socialis egészségsügyi irányelvek a tuberculosis elleni küzdelemben.**

A tuberculosis elleni küzdelem két irányban folyik, és pedig a therapia és a prophylaxis irányában. A therapia céljait szolgálják a sanatoriumok, a tuberculosis-kórházak és a dispensaire-ek. A sanatoriumok gyógyeredményei therapiás szempontból kielégítőek, de socialis szempontból nem. A sanatoriumi gyógykezelést ugyanis éppen azon társadalmi osztályok szűkös anyagi körülményei teszik leginkább lehetetlenné, melyekben a tuberculosis legjobban van elterjedve és a sanatoriumból gyógyulatlannal, csökkent munkaképesen távoznak, vagy a betegségükbe ismét visszaesők legnagyobb százaléka is ezen szegényebb osztályokhoz tartozó betegekből tevődik össze. A sanatoriumok azon káros morális hatása, hogy az ápoltak közül egyesek a hosszú ideig tartó munkátlanság és az állandóan betegségükkel való foglalkozás következtében hypochondriássá és munkakedvtelenné lesznek, megfelelő orvosi neveléssel és a betegeknek könnyű munkával foglalkoztatásával legtöbb esetben jól elhárítható.

Az előrehaladt tuberculosisban szenvedő, gyógyulásra hajlamos nem mutató betegeknek úgy sanatoriumban, mint tuberculosis-kórházban való elhelyezése socialis és morális okokból nagy nehézségekbe ütközik. Legcélravezetőbbnek tartom ezirányban, hogy az ilyenek családjukkal együtt több szobából álló kertes lakásokba helyeztessenek el. Ez az egyetlen mód, mely a Kollariits kiemelte lelki milieu fontosságával is számol és a melylyel a beteg elkülönítésének, gondos ápolásának és családja körében való tartózkodásnak elvét meg tudjuk valósítani.

A dispensaire-ek, melyeket mintegy a néphez vitt sanatoriumoknak kell tekintenünk, csak akkor állhatnak hivatásuk magaslatán, ha nemcsak felvilágosítást és gyógyszerrel nyújtanak a betegnek, hanem minden esetben a szükséghez mérten anyagi segítyt is.

Úgy a sanatoriumok, mint a dispensaire-ek sokkal intenzívebb és eredményesebb munkásságot fejthetnek ki, ha állami kezelésbe kerülnek.

Ami a prophylaxist illeti, csupán az ipari viszonyokkal kívánok foglalkozni.

Általános felfogás szerint az ipari munkások között jelentkező nagyobb tuberculosis-morbiditas oka abban keresendő, hogy bizonyos foglalkozási ágakat, mint pl. ruházati cikkek készítését (szabók, cipészek, varrónők), vagy a sokszorosító üzemeket (nyomdász, fényképész) olyan egyének keresnek fel, akik bizonyos astheniás, gyengébb alkattal bírnak, ami őket a tuberculosisban való megbetegedésre hajlamossá teszi. Kétségtelen, hogy a tuberculosis munkások egy része ilyen csökkent ellenállóképességgel bíró egyének közül kerül ki, azonban emellett nem szabad szem elől téveszteni azt, hogy egyes olyan iparágakban is (kőfaragás, bányászat, vas-észtalgályozás) nagy a tuberculosis-morbiditas, a melyekben tudvalevőleg erős constitutiójú egyének alkalmaztatnak. Ez a körülmény annak a feltevésére késztet bennünket, hogy a tuberculosisnak az ipari üzemekben való nagyfokú elterjedésében a milieunek talán még nagyobb szerepe van, mint a munkások magukkal hozott dispositiójának. És itt milieu alatt nemcsak az iparhelyiségek egészségtelen elhelyezésére és berendezésére gondolok, hanem az ipari üzemekben alkalmazott, tuberculosisban szenvedő munkásra is, aki a fertőzés állandó forrása társaira nézve. *A fertőző tuberculosis munkásnak a munkahelyiségből való eltávolítása az iparban a tuber-*

culosis-prophylaxis első szabálya. Kívánatos az ilyen munkások alkalmazásának állami szabályozása.

Az európai államok közül Francia- és Angolország vezet a socialegészségügyi intézkedéseknek az iparba való bevitelében. Nagyon figyelemreméltó e téren a francia munkaügyi miniszternek 1911-ben kelt, az ólomfeldolgozó üzemekre vonatkozó rendelete, melylyel ezen üzemekben orvosi szolgálatot rendszeresített. A rendelet szerint csak oly munkások vehetnek részt az üzembn, a kikről az orvos bizonyítványt ad, hogy ólommérgezés tüneteit nem mutatják.

Szécsi volt társaságunk alakulása kapcsán az első propagálója annak az eszmének, hogy az összes tanoncok alkalmaztatásuk előtt bizonyos szakmákra való alkalmasságuk szempontjából kötelező orvosi vizsgálatnak vettessenek alá.

Az orvosi vizsgálatot kötelezővé kell tenni, időközönkénti felülvizsgálat formájában, az összes ipari üzemekben alkalmazott munkásokra.

Ha valamely tanoncz felvételekor tuberculosisnak talál-tatik, sanatoriumban helyezendő el és csak gyógyulása után vehető fel a szakmába. Az ipari munkásokra való tekintettel összes népsanatoriumainkba bevezetendőnek tartom az angol és amerikai sanatoriumokban jó eredménnyel alkalmazott „graduated work“-rendszert.

Ha a munkás nem teljesen gyógyult, csökkent munkaképességgel hagyja el a sanatoriumot, nem szabad őt régi iparhelyiségebe visszatérni hagynunk, hogy ott a kedvezőtlen körülmények között betegségébe visszaessék, vagy esetleg társait a fertőzés veszélyének tegye ki, hanem az állam által létesítendő úgynevezett erdei műhelyekbe helyezük el.

Nagyon fontosnak tartom a sanatoriumból bizonyos munkaképességgel elbocsátott minden betegre nézve az állapotnak megfelelő redukált munkaidő bevezetését.

Úgy a sanatoriumban ápoltak, mint a redukált munkaidővel vagy erdei műhelyekben dolgozók, illetve családjaik megfelelő állandó segélyben részesítendőek.

Ipartörvényeink a 12. életévben állapították meg az iparban való alkalmazás alsó határát azzal a káros enyhítéssel, hogy a helyi iparhatóság külön engedélye esetén 12 évnél fiatalabb gyermekek is alkalmazhatók. Socialegészségügyi szempontból követelnünk kell ezen korhatárnak a 16. életévig való kitolását. Meg kell adni e korig a gyermekeknek a tanulási és szabad fejlődési lehetőséget és nem szabad kiszolgáltatnunk őket sem a szegény szülők pénzsóvár kapzsiságának, sem a conjuncturák olcsó munkaerőt kereső áramlatának.

Nálunk az iparfelügyelőségek vannak hivatva az ipari üzemek viszonyainak, tehát egészségügyi viszonyainak is az ellenőrzésére. De ezek működése csak akkor lehet tökéletes, ha az orvosi szakvéleménynek is kellő szerep biztosítottatik és ha ellenőrző hivatásukat nemcsak a gyárüzemekre, hanem a kisiparra és háziiparra is kiterjesztik.

Az ipari üzemek socialegészségügyi megjavításának elengedhetetlen feltétele egészséges munkáslakások létesítése.

Főfeladatunk tehát: 1. a munkásselectionnak, 2. a tökéletes üzemi hygienének és 3. a tökéletes lakáshygienének megteremtése.

PÁLYÁZATOK.

A mezőhegyesi magyar állami ménesintézeti kórháznál azonnalra kettő kiségitő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 30—30 (harmincz—harmincz) korona napidij és egy—egy bútorozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve az alant feltüntetett parancsnoksághoz azonnal nyújtandók be.

Magyar állami ménes katonai parancsnokság,
Mezőhegyes.

* A vita a február 5.-én tartandó ülésen lesz. (Budapesti orvos-egylet háza, este 1/7 óra.)

463/1919. sz.

Heves vármegye hatvani járásához tartozó *Hatvan* nagyközségben elhalálozás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 7. §-ában előírt képesítést, az életkort és az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1919. évi február hó 15.-éig** adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalmazása: Az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 10. §-ában megállapított 1600 korona fizetés és a 15. §-ban megállapított nyugdíjba is beszámítható korpótlék, a törvényhatósági bizottság 1413 kgy. 1911. számú véghatározatával megállapított 700 korona lakpénz s a vármegyei A. 39. sz. szabályrendeletben megállapított 400 korona utátalány.

Egy második községi orvosi állás rendszeresítése tervbe van véve. A választást Hatvan község tanácstermében folyó évi február hó 17.-én (hétfő) délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Hatvan, 1919 január hó 20.-án.

Okolicsányi Imre, főszolgabíró.

5260/1918. szám.

Hontvármegye törvényhatósági bizottságának a közegészségügyi körök beosztása tárgyában hozott 65—3764/1913. M. B. számú határozata 1912. évi február hó 1.-én életbelépve, az ezen véghatározatban VIII. számmal jelölt 21 községből, úgymint Szénavár, Felsődacsolám, Alsódacsolám, Csákócz, Alsólegénd, Nemesvarbók, Lászlód, Bozók, Szuhány, Litva, Terpény, Kecsevarbók, Bozókalsók, Unyad, Felsőbágyon, Alsóbágyon, Csábrágyvarbók, Cseri, Szeleencz, Csábrágsomos, Felsőlegénd álló közegészségügyi körben a **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen körorvosi állásra magukat megválasztatni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi február hó 4.-éig délután 2 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvosi állással egybekötött javadalom a következő: Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10 §-a alapján 1600 korona törzsfizetés, 5 évenként 200—200 kor. pótlékkal emelkedik.

148.859/1914. számú belügyministeri rendelettel engedélyezett 1200 korona helyipótlék.

Szabályrendeletileg megállapított lakbér, fuvardíj, valamint rendelési és beteglátogatási és műtétért járó díjak.

A választás napjának kitűzése iránt **később** fogok intézkedni.

Korponán, 1919. évi január hó 2.-án.

Halmay, főszolgabíró.

112/1919.

Komárom vármegye gesztesi járásához tartozó lemondás folytán megüresedett **kisbéri körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Kisbér székhely községen kívül-Aszár, Éte és Vérteskeszthely községek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, háborús segély, lakbér és természetbeni fuvar, valamint a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak A kerületi betegsegélyező pénztári tagok gyógykezelése céljából a komáromi munkásbiztosító pénztárral érintkezésbe léphet.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal és pedig születési anyakönyvi kivonattal, továbbá végzett tanulmányaikról (orvosi oklevél és egyéb különleges minősítés) gyakorlati működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi február 8.-áig** adják be; az elkésztett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kisbér község-házánál az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 6. §-a értelmében a községek képviselőtestületének kebeléből és Komárom vármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

Megjegyezni kívánom, hogy a megválasztandó egyén állását azonnal köteles elfoglalni.

Nagyigmánd, 1919 január 15.

Troykó Béla, járási főszolgabíró.

ad: 695/1919. k. i. szám.

A Munkács városi közkórháznál megüresedett, 3600 korona évi fizetés és 600 korona lakáspénzzel javadalmazott **igazgató-főorvosi**, valamint 1400 korona évi fizetéssel, természetbeni lakás, fűtés, világítás és első osztályú ételmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Pályázni kívánók eddigi kórházi működésüket és különleges (sebészeti, szülészeti stb.) szakképzettségüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket Beregvármegye alispánjához címezve hozzám

1919. évi február hó 17.-éig annál is inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Munkács, 1919 január 25.

Méray Ádám dr., s. k. polgármester.

1125/19. sz.

A Sopron vármegye törvényhatóságánál üresedésben levő **csepregi járási orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A betöltendő állással az 1894. évi X. t.-cz., az 1912. évi LVII. t.-cikkben és az újabb kormányrendeletekben megállapított javadalmazások vannak egybekötve.

A minősítés tekintetében az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1893. évi 80.099. B. M. sz. rendelet az irányadók.

Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt, törvényes minősítésüket, életkorukat és eddigi orvosi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Sopron vármegye kormánybiztosához címezve, az 1902. évi 125.000 B. M. sz. várm. ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon hozzám **folyó évi február 25.-éig** annyival is inkább adják be, mert a később beérkező pályázati kérvények figyelembe vehetők nem lesznek.

Sopron, 1919 január hó 20.

Az alispán.

1057/1919. szám.

Temes vármegye területén üresedésben levő **következő községi és körorvosi állásokra** pályázatot hirdetek:

A központi járásban: 1. a kisbecskereki községi orvosi állásra; 2. az 5 községből álló tesöld-kendetelepi körre, Kendetelep székhelylyel; *az ujaradi járásban:* 3. az 5 községből álló mászlaki körre, Mászlak székhelylyel; 4. a 2 községből álló szépfalusi körre, Szépfalu székhelylyel;

a lippai járásban: 5. a 6 községből álló rigósfürdői körre, Rigósfürdő székhelylyel;

a temesrékasi járásban: 6. a 7 községből álló kisetői körre, Kisető székhelylyel; 7. az 5 községből álló aranysági körre, Temesrékás székhelylyel;

a csáki járásban: 8. a giládi községi állásra, Glád székhelylyel; 9. a 3 községből álló folyai körre, Folya székhelylyel; 10. a 3 községből álló széphelyi körre, Széphely székhelylyel;

a dettai járásban: 11. a 4 községből álló temesbökényi körre, Temesbökény székhelylyel; 12. a 3 községből álló móríczföldi körre, Móríczföld székhelylyel;

a verseczi járásban: 13. a 4 községből álló varadiai körre, Varadia székhelylyel; 14. a 6 községből álló temesvajkóczi körre, Versecz székhelylyel; 15. a 4 községből álló temeskutasi körre, Temeskutas székhelylyel;

a fehértemplomi járásban: 16. a 2 községből álló nagykarolyfalvai körre, Nagykarolyfalva székhelylyel; 17. a 8 községből álló karasjeszenői körre, Karasjeszenő székhelylyel;

a kevevárai járásban: 18. a 2 községből álló székelykevei körre, Székelykeve székhelylyel; 19. a 3 községből álló delibláti körre, Deliblát székhelylyel.

Ezen állások javadalmazása:

1600 korona törzsfizetés és ennek megfelelő háborús pótlék, szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, a székhely-községben halottkémleli díjak.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk értelmében 800 koronáig emelkedő 5 évenkénti 200 korona korpótlék.

Tesöld, Kendetelepen, Kisbecskereken, Hiládon, Temeskutason és Karasjeszenőn természetbeni lakás.

Lakbér: Mászlakon 500 korona, Szépfalun 500 korona, Rigósfürdőn 400 korona, Kisetőn 400 korána, Temesrékason 400 korona, Folyán 400 korona, Széphelyen 300 korona, Temesbökényen 400 korona, Móríczföldön 600 korona, Varadián 600 korona, Verseczen 600 korona, Nagykarolyfalván 600 korona, Székelykeven 600 korona.

Utí általány: Tesöldön 700 korona, Mászlakon 400 korona, Szépfalun 320 korona, Rigósfürdőn 500 korona, Kisetőn 1000 korona, Temesrékason 1000 korona, Folyán 600 korona, Széphelyen 400 korona, Temesbökényen 500 korona, Móríczföldön 600 korona, Varadián 500 korona, Verseczen 800 korona, Temeskutason 500 korona, Nagykarolyfalván 150 korona, Karasjeszenőn 800 korona, Székelykeven 300 korona, Deliblátan 500 korona.

A körök községei hetenkint 1-szer látogatandók.

A körök székhelyei nagyobbbrézt vasuti állomások.

A székhelyközségben, hol gyógyszeriar nincsen, az orvos kézi-gyógyszertár tartására jogosultságot nyerhet.

A fent felsorolt járandóságokon kívül az orvosokat a munkásbiztosító pénztárból is, a munkások számához képest, valamely járandóság illeti meg.

Felhívom mindazon orvosokat, kik ezen állások valamelyikére pályázni óhajtának, hogy törvényes minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket, a megpályázott állás megjelölésével, **folyó évi február 20.-áig** hozzám betherjessék.

A választás iránt az illetékes főszolgabíró a pályázati határidő lejártával azonnal intézkedni fog.

Temesvár, 1919. évi január hó 22.-én.

Az alispán helyett: Hollósy, főjegyző.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Anfal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Engel Károly: Közlés a II. sz. belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) A Budapesten jelenleg mutatkozó csuklás-epidemiáról. 59. lap.
Ángyán János: Közlemény a Budapesti magy. tudomány-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) Digitalis-mérgezés. 60. lap.
Keller Kálmán: Az epidémiás agyhártyagyulladás fulminans alakjáról. 64. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. D. Dienemann: Briefe eines Arztes über Ernährung

an einen Laien. — Lapszemle. Belorvosstan. Auer: A qualitative elégtelen táplálkozás. — Sebészet. W. Ilhu: A gyomor traumás eventrátiója. — Venereás betegségek. H. Müller: A syphiliisnek ezüstsalvarsannal való kezelése. — Gyermekorvosstan. Salge: A villamos ingerlékenység a gyermekkorban. 65—66. lap.
Magyar orvosi irodalom. 66. lap.
Vegyes hírek. 66. lap.
Tudományos Társulatok. 68. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a II. sz. belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., nyilv. r. egyetemi tanár.)

A Budapesten * jelenleg mutatkozó csuklás-epidemiáról.

Irta: Engel Károly dr., egyetemi magántanár, a klinika adjunctusa.

Az utolsó 14 napon a klinika ambulanciáján és magánrendeléseimen mintegy 14 beteget láttam, aki több nap óta tartó csuklás miatt keresett orvosi segítséget. Jendrassik tanár szintén több beteget látott rendelésén, éppúgy a klinikai kollegák közül többen. A múlt héten és ezen a héten megtartott több konsiliumban kérdezte egyik-másik kartársam, hogy látam-e én is csuklásos beteget, mert ő már ötöt látott. Egyik ambulans betegünk a csuklás ellen gyógyszerárban keresett segítséget, ott azt mondták, hogy ő már a tizedik, aki ezzel a panaszszal jött hozzájuk. Eszerint epidémiás csuklásról lehet beszélni. Mivel az eddig észlelt eseteim megfigyelése a csuklás okát nem tisztázta és minthogy nem tudom, hogy mennyire lesz még alkalmam ily eseteket látnom, indítva érzem magam, hogy néhány szóval vázoljam a csuklás-betegség tüneteit, hogy néhány szóval foglalkozzam az aetiologiai eshetőségekkel azon célból, hogy kartársaim figyelmét ezen sajtóságos járványra felhívjam, hogy ily módon adatgyűjtés révén az előidéző ok nyomára jöjjünk.

Az első két esetet január hó 22.-én láttam, 23.-án ugyancsak 2 beteg került a csuklás panaszával hozzám. Ezen esetek klinikai képét, mely teljesen megfelel az azóta észlelt eseteknek, néhány szóval a következőkben adom elő. A beteg minden kimutatható ok nélkül csuklani kezd. A csuklás mindjárt kezdettől fogva órákig tart egyfolytában, nem jár fájással, órák mulva a beteg a has felső részében, részben a mellkasban is kellemetlen nyomást, szorítást érez. Vízivás, evés, a lélekzet visszatartása a csuklást nem befolyásolja. Volt olyan betegem, akinek elalvását a csuklás nem zavarta, a legtöbb beteg főpanasza azonban éppen az volt, hogy a csuklás miatt nem tud aludni és hogy emiatt nagyon kimerültnek érzi magát. Ezt leszámítva azonban a közérzet jó maradt, éppúgy az étvágy is, a vizezés, székelés rendes, sem émelyégségről, sem hányásingerről, hányásról vagy

* A kefelevonat kézhezvétele napján jelentkezett magánrendeléseimen egy férfibeteg, aki Miskolcra jött directe csuklása miatt hozzám. A miskolczi patikában, ahol gyógyszerét megcsináltatta, azt mondták neki, hogy már legalább tizenöt ilyen csuklásos férfi járt náluk. Hogy más vidéki városban is mutatkozott-e a csuklás, azt ezeidig nem tudtam kideríteni. Ezek szerint az epidémia nem korlátozódik a fővárosra.

hasmenésről nem panaszkodott egyik beteg sem, valamennyi láztalan volt. A csuklás több betegen az első órák után rövidebb-hosszabb időre megszűnt, minden ok nélkül azonban újból jelentkezett és megint órákig tartott. Az ilyen szünet eltartott $\frac{1}{2}$ óráig, de $\frac{1}{2}$ napig is, egyik beteg sem tudta a csuklás újból való megjelenését valamivel (evés, ivás, köhögés, székelés, izgalom stb.) összefüggésbe hozni, volt azonban olyan beteg is, akin három napon át egy percre sem szűnt meg a csuklás, leírása szerint környezete még alvása közben is hallotta a — bár halkabb — csuklást. Az esetek többségében körülbelül 3 nap alatt elmúlt a csuklás, a klinikán most észlelésünkben lévő beteg megszakitásokkal 11 napja csuklik.

Az objectiv vizsgálat sem csuklás közben, sem a szünetben semmiféle rendellenességet sem tud kideríteni. A nyelv rendes, a pulsus-szám rendes, a pupillák egyenlők, jól reagáló, a bőr- és irreflexek rendesek, a mellkasi, hasi szervek, a vizelet vizsgálata normás. A csuklás elég hangos, nem szapora, perczenként a megfigyelt esetekben 8—10—15 volt. A hangos csuklás-zörejek között halkabbat és egész halkat is lehet hallani. A Röntgen-vizsgálat azt mutatja, hogy a csuklást mindkétoldalról a rekeszizom gyors leszállása okozza, a halkabb csuklásnak megfelelően a rekesz kitérése kisebb.

A csuklás-betegség gyógyításáról nem sok a mondani-valóm. Tekintve az eddig észlelt esetek különböző idejű lefolyását, azt, hogy mindezeidig minden esetben megszűnt, nem mondhatjuk biztossággal, hogy gyógyítószer szünteti meg a csuklást. Csillapító szerek (brom, morhium stb.) hatással vannak a csuklásra, de nem szüntetik meg véglegesen, sőt hosszabb időre sem. Egyik betegem csuklását morhium-injectio csak egy órára szüntette meg, a két nap mulva adott második befecskendezés már teljesen hatástalan volt.

A járványos csuklás oka ezeidig ismeretlen. Az irodalomban csak oly csuklás-epidémia tudtam feljegyezve találni, amely valamely iskola egy osztályában 10—12 éves vérszegény, ideges leányokon, egyiktől eredő szuggerralás útján keletkezett. Ilyen hysteriás eredet ezen esetekben egyáltalán nem valószínű. Feltűnő mindenekelőtt, hogy eddig csak férfin észleltem a csuklást. Egy húszéves aluli fiún kívül a többi beteg mind 20 és 55 év között volt. Hysteriásnak egyiket sem lehetett mondani, sőt idegesnek sem, habár némelyiken a garatreflex gyengült volt. Minthogy a betegeken sem gyomor-bélzavart, sem hólyag- vagy prostatabetegséget, sem szervi idegbajt (csuklás előfordul tabes, agydagánat, syringomyelia mellett, mint epilepsziás aura, stb.) kimutatni nem lehet, csak két dolgról lehet szó: vagy mégis hysteriás a csuklás, vagy pedig a csuklás reflexközpontjának valamilyen táplálóanyag okozta ingerlése jó szóba. Tömegszuggerralásról

szó sem lehet, a betegek lakása a város legkülönbözőbb részein volt és a betegek különböző társadalmi osztályokból kerültek ki (hivatalnok, gyárigazgató, munkás, czipész stb.). Egyik betegünk Maglódról való. Tekintve azt, hogy a kör-előzményben psychés izgalom egyik esetben sem szerepelt, hogy a betegek egyike sem volt különben hysteriás, tekintve továbbá a csuklás megjelenési alakját, amely a hysteriástól különbözik, a hysteriás eredetet el kell vetnem. Maradna valamilyen ismeretlen anyagnak hatása a csuklás központjára oly electiv módon, mint ahogy az apomorphin hat a hányás-központra, a mely analogiát Jendrassik tanár vetette fel. Gondoltunk a barna kenyérré, a pótkávéra, a hadidohányra, de biztosat kideríteni ezideig nem lehetett. Leginkább a legutóbbira, a hadidohányra gyanakodtunk, volt azonban olyan betegünk is, aki egész biztosan csak megbízható szlíz-dohányt szítt, sőt volt olyan is, a ki nem dohányzott. Influenzája a betegek nagyobb részének nem volt.

Közleményem célja, mint a bevezetésben már említettem, hogy a figyelmet ezen esetekre felhívjam és a különböző eseteknek a lakáviszonyok, a psychés körülmények és kivált a táplálkozás szempontjából több megfigyelőtől származó pontos észlelése révén a kórokra valamiképpen rájöhessünk.

Közlemény a budapesti magy. tudományegyetem II. számú belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.)

Digitalis-mérgezés.

Irta: Angyán János dr., tanársegéd.

A kóros folyamat a szívet megváltozott tulajdonságokkal, az ép szívtől eltérő reakcióképességgel ruhazza fel. A gyógyszerek is másképpen hatnak az ép és másképpen a beteg szívre, az egyes kóros állapotokban is mások meg mások a gyógyszer hatásának feltételei. Ismereteink e téren elégtelenek, úgy hogy gyógyszeres szívkezelésünk — valljuk be — még mindig bizonytalanul kísérletező. Különösen áll ez a digitalis-kezelésről. A megfigyeléseim alapjául szolgáló esetben digitalis-cumulatio következtében a mérgezés tünetei fejlődtek ki. Vizsgálataim akkor vették kezdetüket, a mikor a beteg érverése szapora és arythmiás lett — amint majd látni fogjuk, a digitalis hatására —, jöllehet az addig elhasznált gyógyszer-mennyiség (9 nap alatt 1.55 gr. pulvis foliorum digitalis) nem volt nagy.

B. Teréz 20 éves leányt 1912 december 11.-én vettük fel a klinikára. Elmondja, hogy négy évvel ezelőtt az utcán elszédült, szívdobogást és nehéz lélegzést érzett. Azóta több ilyen rohama volt. Egy év óta szívdobogása és nehézlélegzése állandó és emiatt járni alig-alig tud; lába is dagad, köhög, álmatlan, szíve táján erős szűró fájást érez. Időről-időre digitalis használatára kissé javult az állapota; utóbb ez a szer sem hatott és 4 hét óta digitalist nem is használt. Gyakran volt tüszős mandulalobja, 10 év előtt pedig influenzaja. Atyja egészséges, anyja epilepsziás, négy testvére egészséges.

Állapota a felvétel napján: Bőre halvány, az ajak, az orr vége, a fül s az ujjak hegye cyanosisos. Lába a lábszár közepéig oedemas. A lélekzés érdes, sejtés. A máj széle a bordaívét 3 ujjal meghaladja, érzékeny. A has puffadt, meteorismusos. A vizeletben 10/100 fehérje (Esbach). A vizelet napi mennyisége 300 cm³. Testsúly 50.6 kg. A szív-tompulat harántirányban nagyobb: balfelé 10 cm.-re van a középvonal-tól, jobbfelé 1 1/2 harántujnyira van a szegycsont jobb szélén túl. A szívcsúcs felett dobbanó systolés hang, halk systolés és diastolés zörej hallható. A pulmonalis II. hangja ékelte. Az érverés szabályos, kis hullámú, könnyen elnyomható és szapora, percenként 120. A beteg a felvétel napján 3 × 1 cm³ digalent kap.

November 12. 3 × 0.05 gr. pulv. folior. digitalist és esténként 20 csepp dionint kap.

November 13. Pulsusa teltebb, száma 96.

November 15. Hőmérséklete hidegrázással 38.6° C-ra emelkedik. Toroka fáj.

November 16. A tonsillákön tüszők láthatók. Hőmérséklete 37.9° C. Az oedema fokozódott. Vizelet 300 cm³. A digitalison kívül napjában 2 × 0.25 gr. santhéost kap.

November 17. Szívverése arythmiás. Pulsus bigeminus. A nyakon a carotistól függetlenül pulzálás látható. Hőmérséklete 37.1° C. 4 × 0.25 gr. santhéose.

November 18. Lázatlan. A tonsillák megtisztultak. Sokat köhög. Hányásingere van. Pulsus bigeminus.

November 19. Reggel arythmiás, könnyen elnyomható pulsus, cyanosisa fokozódott. A digitalisport elhagyjuk, helyette 1 cm³ digalent kap a venába fecskendezve reggel 8 órákor. Később, 9 óra tájt még 1 cm³ digalent kap per os. Elektrocardiographiás vizsgálat folyamán

0.001 gr. atropint fecskendezünk bőre alá. Az atropin után jobban érzi magát, cyanosisa tűnik. Délután ismét cyanosisos, hányásingere van. 0.20 gr. coffeinra állapota nem javul.

November 20. Az oedema fokozódott, a kézen is észrevehető. Pulsusa alig tapintható, szabálytalan. 0.30 gr. kámfort kap bőre alá.

November 21. Állapota változatlan. Ismét 0.001 gr. atropint és 0.30 gr. kámfort kap. Este nyugtalan, fullad, 0.50 gr. kámfor adására állapota nem javul. 0.01 gr. morphium befecskendezése után kissé megnyugszik.

November 22.-én reggel 4 órákor: exitus letalis.

A bonczolási jegyzőkönyvből a következőket közlöm:

A szívburokban 50 cm³ tiszta sárgás folyadék. A jobb szívkamra és pitvar erősen tágult, a jobb kamra izomfala mérsékelten túltengett és a szívcsúcs alakításában résztvesz. A bal gyűjtőeres szájadék elhegesedett, erősen szűkült, az ujjnak csak a kúpját fogadja be. Az in-hürok megvastagodottak, erősen rövidültek. A billentyű záródási vonalán kisbabnyi szürkés-rózsaszínű törékeny felrakódás. Az aorta szájadéka szabad. A bal kamra izomzata alig 1 cm.-es, eléggé vérbő és eléggé tömött.

Diagnosis: Endocarditis recens verrucosa valvulae mitralis. Stenosis ostii venosi sinistri. Atrophia ventriculi cordis sinistri et hypertrophia dilatativa ventriculi dexteri.

Hydrothorax dexter. Hydrops ascites. Induratio cyanotica pulmonis, lienis et renum. Hepar moschatum induratum. Hypoplasia aortae.

A könnyebb áttekintés kedvéért az alábbi táblázatban foglalom össze a kórlefolásnak különös figyelmet érdemlő adatait:

1912 nov.	Digitalis		Más gyógyszerek	Jegyzetek
	Adatok	Összesen gr.		
11	3 × 1 cm ³ digalen	0.30	0.02 dionin	Pulsus 120
12	3 × 0.05 pulv. folior. digitalis	0.15	"	"
13	"	0.15	"	" 96
14	"	0.15	"	"
15	"	0.15	"	Höm. 38.6° C.
16	"	0.15	2 × 0.25 santhéose 0.50	" 37.9° Bigeminia
17	"	0.15	4 × 0.25 santhéose 1.00	Höm. 37.1° C.
18	"	0.15	4 × 0.25 santhéose 1.00	"
19	1 cm ³ digalen intra venam	0.20	0.20 coffein	Arythmia
20	1 " " per os	0.30	camphora	"
21	"	0.50	"	"
22	"	"	"	"

A táblázatból láthatjuk, hogy a beteg az első nap kivételével mindkisebb digitalis-adagokat kapott. A digitalis-kezelés harmadik napján a pulsus száma 120-ról 96-ra csökkent. A digitalis-kezelés ötödik napján a beteg lázas tonsillitist kap, a hatodik és a hetedik napon a láz csökken; a pulsus-számról a kórtörténetben feljegyzést nem találunk. A digitalis-kezelés hetedik napján *pulsus bigeminus* jelentkezett és a nyakon a carotistól független pulzálás volt látható. A beteg eddig összesen még csak 1.05 gr. digitalist fogyasztott el. A kórtörténet írója az érverés jól sikerült görbéjét is mellékelte (l. ábra).

A bigeminia nemcsak a digitalis-kezelés folyamán, hanem e nélkül — „spontan” — is jelentkezik. A digitalis-bigeminia gyakoribb, mint a spontan bigeminia. A spontan bigeminia kezelésére *Wenckebach*¹ igen kis digitalis-adagok (napi 0.05, 0.075 gr.) heteken át való használatát ajánlja. A nagy adag és különösen az intravenásan adott digitalis ilyenkor kedvezőtlen hatású, amint ezt az a példa is mutatja, a melyet *Edens*² közölt. A bigeminia ugyanis ilyenkor polygeminivá fokozódik. A digitalis-bigeminianak természetesen a digitalis elhagyása az orvossága; de mit tegyünk, ha az incompensatio — mint a jelen esetben is — állandóan fokozódik? Véleményem szerint ilyenkor a digitalist, amint azt *Wenckebach* spontan bigeminia esetére ajánlotta, csökkent adagokban továbbra is adhatjuk; betegünket ellenőrizzük és ha polygeminia jelentkezik, azonnal szüntessük be. A digitalis nagyobb adagai és különösen az intravenás digitalis-kezelés ilyenkor egészen biztosan a digitalis-mérgezés szív-tüneteinek kifejlődését okozza.

A bigeminia jelentkezése ellenére is folytatott digitalis-

kezelés a coffein-csoporthoz tartozó santhéose adása után. A kórtörténet szerint a pulsus „arythmiás és könnyen elnyomható” volt. A beteg orvosa ezt a pulsusjelenséget a szívelég-telenség fokozódásának tudta be; véleménye szerint eddig kicsiny digitalis-adagokat rendelt. Ezért 1 cm³ digalent fecskendezett be a beteg karvenájába és 1 óra múlva még 1 cm³ digalent adatott be cseppekben. A beteg pulsusa alig tapintható, szapora és arythmiás lett. Ekkor láttam a beteget először: nagyon halvány, feltűnően cyanosisos volt, szaporán lélezett, halk hangon beszélt, óvatosan mozdult, kerülve mindent, ami panaszolt „rettenetes szívdobogását” fokozhatná. 60 óra múlva a keringés elégtelenségének mindinkább fokozódó tünetei közben meghalt.

A kórtörténetből és a bonczolási jegyzőkönyvből nyilvánvaló, hogy a bal gyűjtőeres szájadék nagyfokú szűkülete miatt a beteget lényegesen hosszabb ideig nem lehetett volna életben tartani. Digitalis vagy hozzá hasonló hatású szerek (strophantin) venába fecskendezése után bekövetkezett hirtelen halálról az irodalomban már többen beszámoltak. Edens¹ is említi egyik esetét, a melyben intravenás strophantin-injectio után a halál közvetlenül beállott. A Fraenkel² az intravenás digitalis-therapia első szószólója, figyelmeztetett már arra, hogy a befecskendezést csak akkor végezhetjük, ha a beteg megelőzőleg legalább 4—5 napon át nem kapott digitalist.

A digitalis-mérgezés kifejlődésének tulajdonképpeni okát azonban ebből még nem érthetjük meg, mert hiszen a beadott digitalis összes mennyisége még csak 1.55 gr. volt és ezt a mennyiséget is a beteg 9 nap alatt kapta. Állatkísérletben is ugyanekkora vagy ennél nagyobb adagok (az állat súlyegységére számítva) csak egyszerre adva idézik elő a toxikus szak tüneteit. Más esetben az intravenásan adott digalent, előzetes digitalis-használat után, a kedvező hatás határát nem haladta meg. Miben kereshetjük tehát az okot? A következőkben erre a kérdésre kerestünk feleletet.

Electrocardiographiai rész.

A szív motor egyes részeinek működési rendjét Lewis-szel a szív mechanikájának mondjuk. A szív physiologiás mechanikája az, a mikor a szívpatvar systolejának ingerei a pitvarnak arról a helyéről indulnak ki, a mely a vena cava superiorral határos és a hol a sinus-csomó van; a kamra systoleja pedig minden egyes pitvar-systolét bizonyos rövid szünet elteltével követ (pitvarkamrai associatio), úgy azonban, hogy systolejának ingerei az atrioventricularis csomóból kiindulva, az atrioventricularis rendszeren át jussanak el a szív kamra működő izomzatához. Látnak tehát, hogy a szívben a pitvarnak is, a kamarának is van egy-egy olyan anatómiailag meghatározható helye, a melyről a contractio ingerülete és vele együtt a contractio maga kiindul. A sinus-csomó és az atrioventricularis csomó a szívnek physiologiás működés-gócjai. Kóros állapotban a szívpitvar és a szív kamra más helyén is támadhat az egész pitvar, vagy az egész kamra működését kiváltó ingerület. Mindazok az ingerek, a melyek a sinus-csomóból terjednek szét a pitvar izomzatában és az atrioventricularis rendszerből jutottak el a kamra izomzatához, Hering elnevezése szerint *nomotopiás* ingerek, ellentétben a más helyről kiinduló *heterotopiás* ingerekkel.

Lewis a szívösszehúzódat az itt elmondott nézőpontból *homogenesisesnek*, illetőleg *heterogenesisesnek* mondja. A systole és extrasystole ezzel az elnevezéssel csak annyiban nem azonos, mert Wenckebach szerint extrasystolék magából a sinus-csomóból vagy az atrioventricularis csomóból is kiindulhatnak. Rothberger és Winterberg a sinus-csomót *elsőrendű ingerközpontnak* nevezi, mert rendszeresen ez uralkodik a szív rythmusán; az atrioventricularis csomó a *másodrendű ingerközpont*. Ezenkívül úgynevezett *harmadrendű ingerközpontokról* szólnak olyankor, a mikor a szív kamra összehúzódása a kamra izomzatának valamely helyéről indul ki. Az ingerközpontok önálló működését *automatismusnak* mondjuk. Szükségesnek tartottam néhány szóban ezeket előrebocsátani. Az irodalomban még meglehetősen sok zavart okoz az, hogy az egyes szerzők a saját elképzelésük szerint más és más nevet adnak a szív működés jelenségeinek.

Az electrocardiogramm felvételekor betegünk, mint néhezlélegzéses inkompenzált szívbetegünk általában, feltámasztott felsőtesttel fektüdt az ágyában. A csuklóira és a bal bokájára rézdróttal átszőtt pólyát csavartunk, a mely megnevesítve és vezetékdróttal a galvanométerrel egybekapcsolva, áramvezető elektrod gyanánt szolgált. Első néhány felvételünkön az elvezetett működéses áram a szokásos iránnyal ellenkező irányban haladt át a húron. Az ilyen felvételen minden hullámhegyet hullámvölgynek kell képzel-

nünk. Az electrocardiogramm alá könnyebb átféktetés kedvéért, úgy mint ezt Wenckebach szokta tenni, a pitvar és a kamra működését feltüntető sémát készítettem. Az időjelzés 0.01 másodperczes.

A 2. ábrán különösen feltűnő széles és nagy P-hullámok láthatók, a melyeknek száma percenként 140. A P-hullámoknak ez az alakja a bal gyűjtőeres száj szűkületére jellemző. A szív kamraműködésével összefüggő jelzések kétféle alakban láthatók: 1. Rövid ideig tartó gyors és kis lengés (R), a mely a beteg typosos kamraelectrocardiogramját ábrázolja. A bal gyűjtőeres száj szűkületekor az R I. elvezetésekor jellemző módon kicsi. 2. Láthatunk olyan kamralengéseket, a melyek alakjukra nézve a balkamrából kiinduló extrasystole typosát mutatják. Helyenként ezek az extrasystolék (E) jól kifejlődött, feltűnő alakban láthatók, ott, a hol egy-egy homogenesises kamralengést követnek. Ott, a hol heterogenesises összehúzóadások sorozatát látjuk, a lengések alakja kevésbé kifejezett és sokszor módosítja az öt megelőző (a) vagy az öt követő (b), esetleg a vele éppen egybeeső (c) P-hullám. A homogenesises kamraösszehúzóadások és a pitvari összehúzóadások nincsenek egymással szoros összefüggésben: láthatunk olyan szívrevolútiót, a melynek P-R időközé 0.15 mp., máshol a P-R időköz akár 0.30 mp.-re megnyúlt, egyes helyeken pedig (*) a kamrasystole kimarad.

A digitalis-befecskendezés után 8 órával felvett electrocardiogrammon (3. ábra) a heterogenesises összehúzóadások sűrű ismétlődése mellett a *-gal megjelölt helyen a pitvarösszehúzóadás kimaradásának jelenségét láthatjuk. A P-R időköz a végzett atropin-befecskendezés óta állandó (0.16 mp.).

A 40 órával később felvett electrocardiogrammon (4. ábra) szabályos P-hullámok helyett a galvanometer húrjának szabálytalan lengéseit láthatjuk. Ez a pitvarlibegés klinikai electrocardiographiai jelensége. Az ábrán 4 helyen látható a homogenesises kamralengés (R), a mely előtt hiába kerestünk pitvarhullámot. Ezek között heterogenesises kamralengéseket láthatunk. Feltűnő a balkamrai és a jobbkamrai extrasystolék váltakozása (Ea, Eb). A pitvarlibegés jelensége 20.-áról 21.-ére éjjel következhetett be és így nem észlelhetjük az electrocardiogrammon azokat a változásokat, a melyek a pitvarfibrillálás kifejlődésére vezettek. A változások során valószínűleg olyan lehetett a pitvar működése, mint a milyenek azt a második atropin-kísérlet mutatja.

A digitalis-mérgezés electrocardiogramjait közvetlenül összehasonlíthatjuk Rothberger és Winterberg⁴ strophantin-kísérleteivel. E szerzők a digitalis pharmacológiáját az electrocardiographia ellenőrzésével újra átdolgozták. Kísérleteiknek a klinikai pharmacologia szempontjából is igen nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk.

A kísérletező pharmacológiából már régen ismeretes (Traube, 1871), hogy a kisebb mennyiségű digitalis hatására beálló szívverés-ritkulás a digitalisnak a vagusközpontra gyakorolt hatása következtében áll elő; a vagusok átmetszése után a szívverés ismét szapora. A digitalis nagyobb mennyiségének hatására a vagusok átmetszése után is ritkább a szívverés és ez a gátló hatás atropin hatására megszűnik, a mi azt bizonyítja, hogy a digitalis a vagusok intracardialis végződését is izgatja. Rothberger és Winterberg azt tapasztalta, hogy a digitalis hatásának ebben a szakában állaton a vagus ingerlésére a szívpitvar, sokszor pedig a szív kamra működése is végképpen megszűnhet; az ilyen szív a vagusvégződést bénító atropin hatására nem kezd újra verni, így tehát egyedül a vagus fokozott ingerelhetőségéből nem érthető meg ez a hatalmas szívgátlás. A nevezett szerzők ezt a jelenséget úgy értelmezik, hogy a digitalis a szív ingerközpontjaiban idéz elő olyan változást, a melynek következtében azok vagus-izgatásra erősebben reagálnak. A digitalis a szív ingerképző központjait kezdetben izgatja. A méreg hatás fokozódásakor azt érezték, hogy ugyanakkor, a mikor a digitalis a szív első- és másodrendű ingerközpontjának működését csökkenti, a harmadrendű ingerközpontok működését fokozza. Ebben az időben a digitalis-mérgezés electrocardiographiás képe nagyon változatos lehet. A harmadrendű kamrai ingerközpontok fokozott működési képességét már akkor is ki lehet mutatni, a mikor még a szív első- és másodrendű ingerközpontjában ingerületek uralkodnak a szív rythmusán. A vagus ingerlésére beálló szünetben ugyanis a harmadrendű kamrai ingerközpontokból kiinduló kamraösszehúzóadások keletkeznek. A spontán keletkező heterogenesises kamraösszehúzóadások száma a mérgezés előrehaladásával mind nagyobb, végül is a vagus izgatására működési szünet nem áll be, a kamrák szaporán vernek egy

heterotopiás ingerközpont hatására, a melyre a vagusnak nincsen befolyása. A vagus izgathatósága tehát éppen nem szűnt meg, azonban megszünt azoknak a központoknak a működése (a sinus és az atrioventricularis csomó), a melyekre a vagus hatása a szívben korlátozódik. A heterogenesises kamraösszehúzódsók kezdetben egy ingerközpontból indulnak ki és a balkamrai extrasystolék típusát mutatják, később a jobbkamrai extrasystolék típusa is megjelenik. A mérgezés előhaladása közben mind több működési gócz keletkezik, úgy hogy a szív-kamrának folytonos szabálytalan mozgása (*Wühlen und Wogen*) látható. Végezetül a kamra libegése (*Flimmern*), mint e sokgóczú ingerképződés legmagasabb fokozata, fejezi be a digitalis-mérgezés jelenségeinek sorsát.

Visszatérve tehát electrocardiogramminkhoz, láthatjuk azt, hogy

1. a pitvar működésének vezetését a digitalis-mérgezés folyamán a sinus-csomó sokáig megtartja; a működés csökkenésének kezdetét a mérgezés után 8 órával felvett és a 3. ábrán látható pitvarkiesés tünete mutatja. A mérgezés előrehaladtával a heterotopiás ingerképzés annyira fokozódott, hogy pitvarlibegés következett be. Ugyanezeket a változásokat észlelte *Rothberger* és *Winterberg* a strophantin hatására állatkísérletekben. A libegéshez való átmenetet egyes heterogenesises pitvarcontractiók megjelenésében látták, a mit a *P*-hullám alakjának megváltozása jelzett. E helyen utalnom kell II. atropin-kísérletem ábráira, a hol a heterotop pitvari ingerképzés változatos képei láthatók.

2. Az atrioventricularis csomó (*Rothberger* és *Winterberg* másodrendű ingerközpontja) a digitalis-mérgezés folyamán mindig a sinus-csomó vezetése alatt működött. *Rothberger* és *Winterberg* is csak ritkán látták atrioventricularis rythmust állatkísérleteikben. Megfigyeléseink folyamán atrioventricularis rythmust a mérgezés tüneteinek visszafejlődése idején a II. atropin-kísérletben mintegy 10 perczen át láttunk. Ezt a szívmechanismust a 8. ábra electrocardiogrammja mutatja: Az atrioventricularis csomóból kiinduló szívrevolúciók közé heterogenesises kamraösszehúzódsók ékelődnek.

3. A szívkamrában keletkező heterotopiás ingerközpontok közül elsősorban olyan ingerközpontnak a működését látjuk, a mely a balkamrában foglal helyet. *Rothberger* és *Winterberg*, valamint *Selenin*⁵ állatkísérleteiben is a digitalis mérgezési szakában elsősorban a balkamrai heterotopiás automatismus mutatkozott.

2. és 3. ábránkon 4, 5, 6 heterogenesises összehúzódsók szakítja meg a homogenesises összehúzódsók sorát. A 4. ábrán megjelennek a jobbkamrából kiinduló heterogenesises összehúzódsók, a melyek szabályosan váltakoznak a balkamrából kiinduló heterogenesises összehúzódsókkal. Még szebben láthatjuk ezt a szabályos változást a 7. ábrán. A heterotopiás ingerek további szaporodását már nem követhettük.

Az atropin-kísérletek.

Már 5 percczel a digitalis-mérgezés electrocardiographiás vizsgálatának megkezdése után a beteg megkapta az első atropin-injectiót. Az atropin-befecskendezés célja ebben az esetben elsősorban az volt, hogy a vagus-végződésnek bénítására bekövetkező változásokból eldönthessem először azt, vajjon alkalmas-e az atropin a digitalis-mérgezés ilyen előrehaladott állapotában is a digitalis-mérgezés szívtüneteinek enyhítésére; másodsor, hogy eldönthessem, mennyiben van része a vagus fokozott izgalmának a tünetek előidézésében. 7 percczel az atropin-befecskendezés után előállott már az a szív-működési mechanizmus, a melyet az 5. ábra electrocardiogrammja mutat: homogenesises és heterogenesises kamraösszehúzódsók váltakozása, szabályos pitvarműködés. Ez a bigeminia electrocardiographiai képe. 15 perc mulva (6. ábra) a heterogenesises összehúzódsók száma ismét kevesbedik, a következő 15 percben azonban már ismét szaporodik, úgy hogy $\frac{1}{2}$ óra mulva megint rövidebb-hosszabb polygeminias sorok láthatók. A pitvarkamrai dissociatio zavara, a melyet I. ábrámon demonstráltam, megszünt és a továbbiakban nem tért vissza. Az atropin-kísérlet tehát bármennyire kifejezett változásokat idézett is elő, ezt csak annyira múló módon tette, hogy a therapiás alkalma-

zásnak szükségességéről a beteg orvosait nem győzhettem meg. A beteg coffein-injectiót kapott, majd kámforral kísérleteztek. Ezekről alább fogunk szólni.

A 2. atropin-kísérletre (1 mgr. bőr alá fecskendezve 1912 nov. 21.-én este 7 órakor) akkor került a sor, a mikor az electrocardiogrammon a 4. ábrán ismertetett szívmechanizmus volt látható: pitvarlibegés és többgóczú heterotopiás ingerek képződése a szívkamrában. Rendkívül tanulságos nyomról-nyomra követni azokat a változásokat, a melyek végül is visszavezetnek a folytonos bigeminiához, tehát ahhoz az állapothoz, a mely akkor volt meg betegünkön, a mikor az intravenás digalen-injectiót kapta. A 7. ábrán 5 percczel az atropin befecskendezése után egyes hullámok (X) a szabálytalanul lengő húrnyékképből jobban kiemelkednek, azonban nem lehet egyet sem találni közülök, a mely biztonsággal *P*-hullámnak volna tekinthető. A heterogenesises kamralengések száma még mindig nagy és túlnyomó számmal vannak azok, a melyek a jobbkamrából kiinduló extrasystolék típusához hasonlíthatók (*Eb*). A 10 percczel későbbi szív-működésről a 8. ábra ad képet: teljesen rythmosos negatív *P*-hullámok, melyeket váltakozva típusos *RS*-csoport vagy jobbkamrai heterogenesises (*Eb*) összehúzódsók előz meg. Ez tehát már bigeminiát ábrázol. A 9. ábrán 15 percczel az atropin-befecskendezés után a negatív *P*-hullám *R* elé és a heterogenesises lengés elé vándorolt. A heterogenesises lengés most már a balkamrából kiinduló extrasystole típusát (*Ea*) mutatja. A kísérlet 20. percében a 10. ábra electrocardiogrammján megfigyelhettük a pitvari ingerképződés visszavándorlását nomotopiás helyére. *Lewis* állatkísérleteiben kutatta, hogy a pitvar különböző helyeinek ingerlésére milyen a *P*-lengés alakja? Diagrammait az itt látható *P*-lengések sorozatával összehasonlítva, úgy képzelhetjük, hogy a negatív *P*₁ még a *sinus venae coronariae* táján levő ingerközpontból, talán éppen az arterioventricularis csomó idáig követhető részéből indult ki. *P*₄-*P*₆ kétphasisú, *P*₈-*P*₁₀ többphasisú lengések, a melynek különösen akkor keletkeztek *Lewis* kísérleteiben, amikor a *vena cava inferior* vagy a *venae pulmonales* táján ingerelte a szív-pitvart. *P*₁₃ az első pozitív *P*-lengés, ilyen lengéseket *Lewis* akkor látott, ha a *vena cava superior* szájadékát, tehát a *sinus-csomó* tájékát izgatta. A bigeminia változatlanul megmarad és helyenként látunk még csak trigeminiát (*R*, *Ea*, *Eb*). A 11. ábra a 10. ábra electrocardiogrammjának folytatása. A *P*-hullám most már mindig pozitív és ilyen is maradt ezután több mint 1 órán át. Az atropin-befecskendezés után 80 percczel felvett electrocardiogrammon (12. ábra) kezd a rend ismét felborulni a szívnek egyébkor a sinus ingerképzése alá rendelt koordináló szervében: egyetlen egy nomotopiás szívrevolúció van a bemutatott ábrán (*P-R*), különben pitvari extrasystolék (*P*₁ *R*), heterogenesises kamraösszehúzódsók (*Ea*) és ilyenek halmozódása látható. Ezt az állapotot, minthogy már késő este volt, tovább nem figyeltük. Valószínű, hogy az atropin hatása elenyészésével a digitalis-mérgezés hatására kifejlődött sokgóczú heterotopiás kamraingerképződés végre is a libegés állapotába jutott, a mely állapot halálos.

Az első atropin-kísérletben 7 perccz mulva, a második atropin-kísérletben csak 20 perccz mulva tért vissza a szív abba az állapotba, a melyben mindenképpen szerint akkor is lehetett, a mikor az intravenás digalen-injectiót kapta. A hatás az első kísérletben alig 15-20 percczig tartott, a második kísérletben legfeljebb 1 óráig. Az első kísérlet idején a beteg subjectiv javulást is jelzett (I. a kórtörténetet); a második kísérlet idején sensoriuma zavart volt és a szívmechanizmus helyreállása ellenére sem tisztult fel. A két atropin-kísérlet egybehangzóan felelt a feltett első kérdésre: az atropin a digitalis-mérgezésnek még ebben a nagyon előrehaladott szakában is rendezte a szív-működést. Szükségesnek tartom tehát hangsúlyozni azt, hogy ilyen esetben, a hatásnak pontos ellenőrzése mellett, legalább a napi adag megengedett határáig adjunk atropint; a hol pedig az electrocardiographiás ellenőrzés lehetősége megvan, ott ennek vezetése mellett ismételjük meg az 1 mgr.-os atropin-injectiókat

olyan sűrűn, hogy legalább a bigeminia állapota megmaradjon. Strophantin-injectiókat még ma is sokan előszeretettel végeznek; ajánlatos, hogy ilyenkor az atropin-injectio is kéznél legyen.

A másik kérdésem, a melyre e kísérletekből választ keresni akkor talán még jogosítva lehettem volna, azóta Rothberger és Winterberg kísérletei révén tökéletes megoldást nyert. Az ő magyarázatuk szellemében a vagus fokozott izgalmanak a digitalis-mérgezés tüneteinek előidézésében az a jelentősége van, hogy a nomotopiás ingerképzés hatalmas gátlása folytán a heterotopiás ingerék képződésének kedvez. Egyidejűleg a digitalis magukat a heterotopiás ingereket képző helyeket is megtámadja, még pedig automatismusuk sorrendjében, előbb izgató, majd működésüket csökkentő, bénító mérgével. Az első kísérletben a sinus-csomóra lát-szólag semmi hatása sem volt az atropinnak. A pitvarműködés szaporasága az atropin-adás előtt is 130 volt és utána sem változott. A második atropin-kísérletben fűnik ki azonban igazán az, hogy a vagus-izgalom kiiktatása egymagában elegendő lehet arra, hogy a sinus-csomó viszszerjere uralmát a szívpitvar felett.

Kifejezett hatása volt az első kísérletben a vagus atropinnal való bénításának a dissociált pitvarkamrai működésre. Tabora⁶ vizsgálataiból jól ismerjük ezt a hatást. Hering⁷ vizsgálataiból tudjuk, hogy a pitvarról a kamrára terjedő ingerület physiologiás késésének helye az atrioventricularis csomó. A vagus-izgalom csökkenését okozó atropin tehát ez esetben az atrioventricularis csomót is felszabadította és az atrioventricularis rendszeren át a szívkamrába jutó ingerületek ismét hatalmukba keríthették a szívkamra dolgozó izomzatát; teljesnek ez a hatás nem mondható, mert hisz az a harmadrendű ingerközpont, a mely a digitalis-bigeminiaiban szerepel, atropinhatásra sem szüntette be teljesen a működését.

A coffein-kísérlet.

A coffein-injectiót a beteg orvosa rendelte el 19.-én déli 12 órakor. A beteg szív működése akkor — az atropin-injectio óta — olyan volt, mint azt az 5. és 6. ábrán láthatjuk; azonban szabályos bigeminia helyett trigeminia mutatkozott leggyakrabban. A coffein hatására a bigeminiaiban is szereplő heterogenesises kamraközpont automatismusa rendkívüli módon fokozódott: sűrűn ismétlődő tachycardiás rohamok keletkeztek. A 13. ábrán, a mely a coffein hatását 10 perccel a befejezőkésés után mutatja, először egy típusos szívrevolutio látható, utána a 6 mp. ig tartó tachycardiás roham, majd ismét trigeminiás és bigeminiás csoportok következnek. Számos ilyen rövid tachycardiás roham ismétlődését láthattuk még a 15 és 20 perc múlva felvett electrocardiogramokon is. Később már a hosszabb sorok helyett ismét csak 2—5 heterogenesises kamraösszehúzóadás szakította meg a homogenesises összehúzóadások egymásutánját, úgy, amint ezt a 3. ábrán láthatjuk, a mely 6 órával készült a coffein-kísérlet után.

E jelenség megítéléséhez ismernünk kell a coffein-hatás pharmacologiáját, a mely megtanít arra, hogy a coffeinnek — a melynek legjellemzőbb hatása az érverések számának szaporítása — szív-siettető hatása akkor is létrejön, amikor a szív ideg-összeköttetései át vannak vágva. A coffein Cushny és Naten⁸ vizsgálatai szerint a vena cava superior és a szívfül határán levő sajátágosan ingerlékeny izomzatra, tehát a sinus-csomóra hat. A coffein azonban általában fokozza az automatás ingerképzést a szívben és mérgező adagjainak hatására a nevezett szerzők pitvarlibegést, automatás kamraműködést és végre kamralibegést is láttak. Van Egmond⁹ coffein-kísérleteiben, a melyeket az atrioventricularis köteg átmetése után teljes pitvarkamrai dissociációban működő szíven végzett, nagyobb coffein-adagok hatására extrasystolés tachycardia keletkezését észlelte.

Kísérletünk is alkalmas arra, hogy bizonyítsa a coffeinnek a kamraautomatizmust fokozó hatását. Természetesen az ilyen tachycardia mechanizmusa olyan, hogy a szív munka eredményesebb volta nem várható tőle.

Kámforkísérlet.

A beteg kezelő-orvosa coffein helyett november 20.-án kámforinjectiót adatott. 1/2 órával a kámfor-injectio után rövid időre extrasystolés tachycardiák rövidebb sorait láthattuk, későbbi felvételeken ezek nem tértek vissza. A kép teljesen hasonló ahhoz a képhez, a melyet a coffein-kísérlet mutat (14. ábra).

A kámfor szívpharmacologiájából nem nagyon nyilvánvaló az, hogy mennyiben tudja a kámfor a szív ingerképző központjainak működését fokozni. Az azonban bizonyos, hogy a kámfor az agykérget izgatja és így a beteg zavart öntudatát ismét éleníti, a beteg többet mozog és ezáltal a szív siettető idegeit közvetett módon izgatja (Winterberg). Talán ennek tulajdonítható a kamraautomatizmusnak a kámfor-befecskendés után keletkezett fokozódása.

* * *

Miben keressük tehát a szív fokozott digitalis érzékenysége okát? Ezt a kérdést megközelíteni csak úgy lehet, ha Rothberger és Winterberg következő kísérletét vesszük figyelembe: ha kisebb strophantin-mennyiséget adtak kísérleti kutyáknak, a mely a szívverésben még nem okozott változást, vagy ha nagy strophantin-mennyiségek befejezőkésése után a mérgező szak még nem fejlődött ki, akkor a mérgezés legfőbb jelenségét, a heterogenesises kamraösszehúzóadásokat, az accelerans izgatásával (különösen a bal accelerans izgatásával) elő lehetett idézni. Kísérleteik egy részében egyidejűleg a vagust is kellett izgatni, hogy ez a ventricularis tachycardia kifejlődjön. Ebben a kísérletben tehát — a mi feltett kérdésünk szerint fogalmazva az észlelt eredményeket — a szív fokozott strophantin-érzékenysége feltételei:

1. Az automatás kamraközpont strophantin-okozta latens izgalma.
2. Az accelerans izgatása.
3. Az egyidejű vagusizgalom.

Az 1. pontban foglalt feltétel esetünkben digalen hatására valósult meg. Az automatás kamrai ingerközpont izgalma már nyilvánvaló volt akkor, a mikor bigeminia fejlődött ki a digalen hatására. A további digalen-adás a kamrai automatizmust csak fokozta.

A 2. pontban foglalt feltétel az accelerans izgatása. A bigeminia jelentkezését megelőző napon kapott a beteg először theobromin-készítményt (santheosc-t); a coffein és a szívre való hatása szempontjából vele egyazon csoportba tartozó theobromin hatása nagyon hasonló ahhoz a hatásához, amely az accelerans izgatásakor keletkezik; Gottlieb¹⁰ szerint nincsen mód arra, hogy a coffein-csoport szereinek pharmacologiai hatásában az accelerans-végződésekre való hatást megkülönböztethessük azoktól a functiováltozásoktól, a melyek a szív ingerképzésében következnek be. Esetünkben tehát az accelerans-izgalomhoz hasonló hatás keletkezhetett a santheose hatására.

A 3. pontban foglalt feltétel az egyidejű vagus-izgalom. A vagus izgalmi állapotát esetünkben nemcsak digitalis-hatásnak tulajdoníthatjuk, hanem a keringés elégtelenségének is: az oxygen hiánya a vagus-központnak erős ingerlője.

Az észlelt esetben tehát a még csak csekélyebb mennyiségben beadott digitalis toxikus tüneteinek jelentkezését Rothberger és Winterberg kísérleteinek alapján úgy magyarázhatjuk, hogy a súlyos incompensatiós állapot következtében a vagus fokozott ingerhatása alatt működő szívet a santheose használatával egyidejű acceleratiós hatás érte. Az ilyen szív ingerképzését már kevesebb digitalis is megzavarhatja és a digitalis toxikus stadiumára jellemző rythmus-zavart idézhet elő.

Nézetem szerint klinikai szempontból az egyidejű vagus-és accelerans-izgalom állatkísérletben megállapított hatásának ismerete alkalmas lehet arra, hogy segítségével egyes rythmus-zavarokat, gyógyszeres hatást, hirtelen szívhalált értelmezhesünk.

Távol áll tőlem az, hogy az itt elmondott kóresetre vonatkozó klinikai-pharmakologiai megfigyelést általánosítani akarjam. Szolgáljon azonban óvatosságra intő például addig is, a míg ismereteink kellően kibővültek, amíg egyszerű és mindenütt alkalmazható módszereket vagy klinikai jeleket ismerünk meg egyrészt arra, hogy a szívszerek hatását pontosabban ellenőrizhessük, másrészt arra, hogy a szív reakcióképességét szívszerekkel szemben már előre ismerjük, nehogy akkor, a mikor legnagyobb bajában segíteni akarunk betegünknek, segítségünk ártalom legyen.

Irodalom. ¹ Wenckebach: Die unregelmässige Herztätigkeit, Leipzig, 1914, 69. oldal. — ² Edens: Die Digitalisbehandlung, 95. 96. oldal, 55. ábra. — ³ A. Fraenkel: Münchener med. Wochenschrift, 1912. — ⁴ Rothberger und Winterberg: Über den Einfluss von Strophantin auf die Reizbildungsfähigkeit der automatischen Zentren des Herzens, Archiv f. d. ges. Physiologie, 1913, 15. kötet. — ⁵ Selenin: Das Elektrokardiogramm und die pharmakologischen Mittel aus der Gruppe des Digitalins und des Digitoxins. Archiv f. d. ges. Physiologie, 1912, 143. kötet. — ⁶ Tabora: Über die experimentelle Erzeugung von Kammerstolenausfall und Dissociation durch Digitalis. Zeitschrift f. experim. Pathologie und Therapie, 1916, 3. kötet. — ⁷ Hering: Arch. f. d. ges. Physiologie, 131. kötet. — ⁸ Cushman et Naten: Archiv internat. de Pharmakodyn., et de Thérapie, 1901, 9., 169., cit. Winterberg. Jagic: Handbuch der Gefässkrankheiten, 1914, III., 2. — ⁹ Van Egmond: Über die Wirkung einiger Arzneimittel beim vollständigem Herzblokk. Archiv f. d. ges. Physiologie, 1913, 154. kötet. — ¹⁰ Gottlieb: Pharmakologie des Kreislaufs, Meyer-Gottlieb „Pharmakologie“ című könyvében.

Ábramagyarázat.

1. ábra. *Pulsusfelvétel* november 16.-án. Pulsus bigeminus. Minden második érverés valamivel korábban az öt megelőző pulshullám lejtőjén keletkezik és valamivel tovább tart.
2. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés (fordított felvétel) november 19.-én, d. e. 10 óra. Szabályos pitvarműködés, a P hullám széles, magas csúcsos. Az R-hullám kicsi. A többi kilengés a bal kamrából kiinduló extrasystole típusát mutatja (E, vagy a P-hullámokkal való összetalálkozás szerint (a, b, c.) a típusos alakjában módosult. A P-R időköz változó: 0: 5–0:30 mp. Kamrasystolekiesés (*).
3. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés, november 19.-én, délután 6 óra. Szabályos pitvarműködés során a pitvar kiesés tünete (*) látható, máskülönben lényegében ugyanazokat a jelenségeket mutatja, mint amelyeket a 2. ábra, csakhogy helyes, fennálló képen.
4. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés, november 21.-én, délelőtt 10 óra. Pitvarlibegés: a húr folytonos nyugtalansága. Feltűnő még a bal és a jobb kamrából kiinduló extrasystolék (Ea, Eb) váltakozása.
5. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés, november 19.-én, délelőtt 10 óra 12 perc. I. atropinkisérlet, a befecskendezés előtt a 2. ábrán látható rythmus-zavar volt jelen. Ez a felvétel 7 percczel az atropin-befecskendezés után készült (fordított felvétel) és a bigeminia electrocardiographiás képét mutatja: minden homogenesises szívösszehúzódnás után (P, R) egy heterogenesises korai kamraösszehúzódnás (E) látható, a mely egybeesik a P-hullámmal.
6. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés, november 19.-én, délelőtt 10 óra 20 perc. Ez a felvétel 15 percczel az atropin befecskendezése után készült. Helyenként már két homogenesises szívösszehúzódnás után keletkezik csak egy heterogenesises összehúzódnás.
7. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés, november 21.-én, délelőtt 11 óra 10 perc, 5 percczel a II. atropin-injectio után. Az injectio előtt a 4. ábrán látható rythmus-zavar volt jelen; a kép teljesen hasonló, egyes helyeken (X) jobban kiemelkedő, heterogenesises (?) pitvarhullámok láthatók.
8. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés, október 21.-én, délelőtt 11 óra 15 perc, 15 percczel a II. atropin-injectio után. Rythmosos negatív P-hullámok, melyeket váltakozva típusos RS-csoport, vagy heterogenesises (Eb) összehúzódnás előz meg. Ez tehát bigeminiát ábrázol, amelyben a másodrendű (atrio-ventricularis) és egy harmadrendű ingerközpont működése váltakozik.
9. ábra. *Electrocardiogramm*, II. elvezetés, november 21.-én, délelőtt 11 óra 20 perc, 15 percczel az atropin befecskendezése után. A negatív P hullám R elé és a heterogenesises kamralengés elé vándorolt. A heterogenesises lengés a balkamrából kiinduló extrasystole (Ea) típusát mutatja.
10. ábra. *Electrocardiogramm*, II. elvezetés, november 21.-én, délelőtt 11 óra 25 perc. 20 percczel az atropin befecskendezése után. Ezen megfigyelhetjük a pitvar-ingerképződés vándorlását az atrioventricularis határtól az atriovenosus határ felé. P₁ negatív, P₄ P₆ kétfázisú, P₈–P₁₀ többfázisú és végül P₁₁ pozitív lengés.

11. ábra. *Electrocardiogramm*, II. elvezetés, november 21.-én, délelőtt 11 óra 30 perc. Bigeminia: minden homogenesises szívösszehúzódnás után (P, R) egy heterogenesises korai kamralengés (E) látható.
12. ábra. *Electrocardiogramm*, II. elvezetés, november 21.-én délelőtt 12 óra 25 perc. Egyetlen nemotopiás szívrevolutio (PR) látható, különben pitvari extrasystolék (P₁ R) és heterogenesises kamralengések (Ea) keletkeznek. Az atropin hatása már elmúlt, a szívverés rendje ismét felborult.
13. ábra. *Electrocardiogramm*, I. elvezetés, november 19.én, déli 12 óra 10 perc. Coffein-befecskendezés után 10 percczel. Egy típusos szívrevolutio (PR) után 6 mp.-ig tartó kamrai tachycardiás sor, utána trigeminia és bigeminia.
14. ábra. *Electrocardiogramm*, II. elvezetés, november 20.-án 1/2 órával a kámför befecskendezése után. Két trigeminus-csoport után 4 mp.-ig tartó kamrai tachycardia.

Az epidemiás agyhártyagyulladás fulminans alakjáról.

Irta: Keller Kálmán dr., népf. főorvos, osztályvezető.

Ha az epidemiás agyhártyagyulladás fulminans alakjairól szólunk, akkor ez elnevezést ama esetek megjelölésére kell fenntartanunk, melyekben nemcsak maga a megbetegedés kezdete villámszerű, hanem az egész bántalom lefolyása és kimenetele — legyen az akár a gyógyulás, akár pedig a halál — egy bizonyos, a megszokottnál lényegesen rövidebb időközre szorítkozik. Ha a fulminans szó fogalom meghatározását ilyen megszorítással állapítjuk meg, akkor a hasonló esetek sorából ki kell vennünk a bár foudroyans módon keletkezett, de lefolyásukban mégis megnyúlt vagy esetleg normalis időtartamú eseteket. Ily módon — úgy vélem — helyesen is járunk el, mert elvégre ha foudroyansnak nevezünk egy acut módon, minden különösebb előzmény nélkül úgyszólván villámcsapásszerűleg keletkezett meningitis esetet — feltéve, hogy ilyenmű kezdet az anamnesis alapján egyáltalában exact módon bebizonyítható —, akkor bizonyára feltűnő rövid ideig, például néhány napig tartó s úgyszólván rohamos módon gyógyuló esetet annál inkább sorozhatunk a fulminansok közé.

Ilyen nem mindennapi rohamos kezdetű és lefolyású, egyetlen lumbal punctio után 6 nap alatt tökéletesen meggyógyult epidemiás meningitis esetét ismertetem a következőkben:

Körelőzmény: A. I., 18 éves népf. ujoncz 1918 márczius 8.-án vétetett fel a belgyógyászati osztályra. Két nap előtt betegedett meg, hidegrázás után keletkezett láz, fejfájás, szédülés és hányás kíséretében.

Jelen állapot: A középtermetű, gyengén fejlett beteg eszméletlen állapotban van, rendkívül erős opisthotonussal és tarkómerevséggel; megszólításra nem reagál. Herpes labialis nagy kiterjedésben a száj körül. Conjugált deviatio, a bulbusok váltakozva jobbra, majd később balfelé irányzottak. A pupillák egyenlők, fényre renyhén reagálnak, középtágak. Az arczidegek beidegzésében különbség nem észlelhető. Mindkét Achilles-reflex hiányzik, ugyancsak mindkét térd-reflex. A cremaster- és a hasfalbőr-reflexek megvannak. Kernig-tünet nem mutatható ki, az alsó végtagok hypotoniásak. Nagyfokú motoros nyugtalanság. A hőmérséklet 38,8–39,0 C. A pulsus száma percenként 88. A belső szervek épek.

Márczius 8. Azonnali lumbal punctio a felvétel után. Elég magas nyomás alatt 30 cm⁰ erősen genyes liquor ürül ki a lumbalzáskból. A liquorban bőven vannak polynuclearis leukocyták, azonkívül extra- és intracellularis diplococcusok, melyek Gram szerint festve elszíntelenednek.

Márczius 9. A tarkómerevség megvan; a belek időnként magához térve, kínzó fejfájásról panaszkodik; a beszéd elmosódott. Therapia: Jégborogatás a fejre, antipyretica. E napon elutazván, osztályomat más orvos vette át, kitől értesítést kértem a beteg sorsáról. Legnagyobb meglepetésemre, mert a beteg állapotát a felvétel alkalmával igen súlyosnak találtam, márczius 11.-én, tehát 3 nappal a lumbal punctio után levélbeli értesítést kapok, mely szerint a beteg teljesen meggyógyult, a punctio utáni második napon már elhagyta ágyát és kibocsátását kérte.

Epikrisis. A beteg epidemiás cerebroszpinális meningitist állott ki, mely fulminansan kezdődött s egyetlen lumbal-punctio után betegségének hatodik napjára meggyógyult. Hogy a gyógyulás minden következményes bántalom hátra-maradása nélkül történt, arról visszatértem után meggyő-ződtem.

Az epidemiás és a más eredetű genyes agyhártyagyula-dás lefolyását ismerve, esetünk a mindennapitól lényegesen eltér. Ha a fulminans kezdetet, mely egyes meningitis siderans-eseteket jellemez, nem is tekintjük szokatlannak, annál meg-lepőbbnek kell a súlyos kezdeti tünetek után egyetlen lum-bal-punctio után néhány nap alatt bekövetkezett teljes gyó-gyulást tartanunk. A meningitis rendes lefolyása (kedvező esetben) 1—2 hét s ezután is hosszabb reconvalescentiára kell számítanunk. Annál különösebb ez a szinte „viharos-nak“ nevezhető gyógyulás, mert a kórkép azok előtt, kiknek sok meningitises megbetegedést volt alkalmuk végigésszelni, igen súlyosnak és a kórjóslat szempontjából kilátástalannak látszott. Igaz ugyan, hogy a lumbal-punctio után nyert erősen genyes liquor aránylag könnyen mozgó folyadék volt, de még sem remélhetjük, hogy felszívódása az agyhártyákon keresztül ily simán történik meg. A lumbal-punctióval a genynek bizonyára csak egy részét távolítottuk el.

A feltűnően erős tarkómerevség és a hát izomzatának fokozott tonusa sajátos ellentétben állott a Kernig-tünet és az inreflexek hiányával, továbbá az alsó végtagok izomzatá-nak kifejezett hypotoniájával. A korán, a megbetegedés első napjaiban eltűnt reflexek hamarosan visszatértek. Régen ismerjük s mások is leírták már ezt a jelenséget, de nem igen magyarázták, inkább csak regisztrálták a valóságot (*Oppenheim*). Hogy vajjon a liquor nyomásfokozódása csök-kenti-e a gerincvelőből kilépő gyökök vezetőképességét, mint a hogy azt némelyek feltételezték, az kérdéses. A menin-gitis esetén fennálló nagyfokú bőrhypaesthesia e felvétel ellen szól. Nem valószínű ugyanis, hogy ugyanakkor, midőn az érző gyökök ugyanazon ok befolyása alatt oly nagy izgalomban vannak, a mozgató gyökök vezetőképes-sége megszűnjék. Az agypályák és az agykéreg izgalmát egyelőre e gondolatmenetből teljesen kiiktatom. Szívesebben úgy magyaráznám ezt az időleges, a betegség kezdetén talált reflexkiesést, hogy a gerincvelő a maga egészében a roha-mosan felhalmozódott liquor egyenletes nyomása alatt áll s ez utóbbi a magas gerincvelő-átmetszés alkalmával (*Bastian*) észlelt *shock*-szerű reflexhiányt és hypotoniát hozza létre, ellentétben a várt tünetekkel. Emellett volna azoknak a megfigyelése is, kik e korai tünetnek a betegség folyamán az ellenkezőre való átváltozását látták.

A gyors gyógyulás mindenestre arra mutat, hogy genyes liquor is az agyburkokon át feltűnő gyorsasággal szívódhat fel. Ha a gyógyulás spontan lumbal-punctio nélkül következett volna be, könnyen beleeshettünk volna abba a hibába is, hogy pseudomeningitist, meningitis serosát vagy akár „meningismust“ diagnoskáljunk.

Áttanulmányoztam *Podmaniczky*¹ eseteit, ki legutóbb jól bevált lumbal-punctióval több igen súlyos meningitist gyógyított meg. A leggyorsabb gyógyulás négy nap volt, két napon át ismételt negyszeri öblítés után, viszont a leghosszabb tartamú 8 nap volt 4 ízben ismételt öblítés után. Szinte csodálatos tehát, hogy egyetlen lumbal-punctióra lumbal-punctio nélkül két nap alatt gyógyulás követ-kezett be! Egy általam ugyancsak itt észlelt epidemiás menin-gitises beteg, kin a betegség negyedik napján végzett egyetlen lumbal-punctio szintén sűrű genyes liquort derített ki s kin több oknál fogva több lumbal-punctio nem történt s a betegség úgyszólván magára hagyva folyt le, a láb és az idegrendszeri tünetek csak a 16. napon szűntek meg.

Elegendő-e a meningitis gyógyítására a lumbal-punctio s végzendők-e egyszersmind lumbal-punctio is? Feleletünk

¹ *Podmaniczky Tibor báró*: A lumbal-punctio mint a meningitis gyógyításának egyik egyszerű segédeszköze. (Orvosi Hetilap, 1917, 33. szám.)

az, hogy a lumbal-punctio, ha a külső körülmények meg-*engedik*, feltétlenül minden meningitises megbetegedés esetén elvégzendők. Ma, a midőn csaknem minden egyes menin-gitises betegen legalább is egyszer a diagnózis tisztázása céljából lumbal-punctiót végeznek, oly nagy tapasztalatok-kal rendelkezünk, hogy a lumbal-punctióknak mint gyó-gyító eljárásnak szükségessége felett már nem vitatkozunk. Részemről a lumbal-punctiónak a megfelelő esetben való el-hagyását műhibának érezném. Szemben a régebbi felfogással, azok, kik sok punctiót végeztek, ezt úgyszólván ártatlan és a kellő elővigyázatosság mellett sohasem káros beavatkozás-nak tartják. A vélemények ez irányban már kialakultak és körülbelül egyezők. Ma már inkább az a kérdés tárgya, vajjon elegendő-e az egyszerű lumbal-punctio s nem kell-e ezt követőleg a durzaságot akár meningococcus-serummal, akár physiologiás konyhasóoldattal több ízben átmosnunk. Válaszunk az, hogy igen. A *Podmaniczky*-módosítás, neve-zetesen az ágy két végének fatuskókkal való váltogatott fel-emelése az öblítés alatt, ajánlatos.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

D. Dienemann: Briefe eines Arztes über Ernährung an einem Laien. Zweite vermehrte Auflage. Jena, Gustav Fischer, 1918.

A német alaposággal szerkesztett füzetke célja, mint azt *Abel* tanár előszavában olvassuk, hogy miképpen táplálkozzunk a háború alatt „damit wir durchhalten können.“ Sajnos, a béke nem hozta meg nálunk sem azon viszonyo-*kat*, melyek legalább a táplálkozás szempontjából normalis-nak volnának nevezhetők, úgy hogy *Dienemann* műve ma is megérdemli nemcsak a laikus, hanem az orvos részéről a tanulmányozást. A tápszerek mineműségével, emésztésével, a kor és különböző élettani viszonyok szerint szükséges táplálék minő- és mennyiségével, a háborús táplálkozási viszonyokkal foglalkozik *Dienemann* könnyen érthető levelek formájában. *Deutsch Ernö.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A qualitative elégtelen táplálkozásról ír folytatóla-gosan *Auer*. A régi felfogással szemben, mely szerint fehér-jék, szénhidrátok, zsírok és sók megfelelő mennyiségben szükségesek az élet fentartására, újabban az a tapasztalat járult, hogy ezenkívül bizonyos ismeretlen accessorius tápanyagokra is föltétlenül szükség van, hogy az élet az egészség károso-dása nélkül folytatódjék. E tudásunkhoz az indító lökést a skorbut és a beriberi aetiológiája adta meg. A friss vegeta-biliák védő és gyógyító hatása skorbutban, valamint a rizs-korpa és az adzukibab hasonló hatása beriberiben vezettek ama feltevésre, hogy e táplálkozási betegségek okai bizonyos, a fenti táplálékokban jelenlévő anyagok hiányára vezethetők vissza. Az ismeretlen tápanyagok hiánya folytán okozott betegségek, az ú. n. insufficientiás betegségek, száma azóta megnőtt. *Funk* a beriberin és skorbuton kívül idesorolja a pellagrát, rachitist, osteomaláciát, spasmophilíát, lisztbetegségeket és az állatbetegségek egész sorát.

Hofmeister az accessorius tápanyagoknak 3 fajtát külön-bözteti meg: 1. az egyik a gabonafélék korpájában fordul elő, de állati eredetű táplálékban is megtalálható, relative thermostabil alkaloid anyag (antineuritín), melynek a beriberi ellen van gyógyító és védőhatása; 2. egy rendkívül változó, thermostabilis anyag, mely a friss vegetabiliákban és a friss tejben fordul elő s a skorbut ellen véd; 3. egy lipoidszerű, a vajban és egyéb zsírokban előforduló anyag, mely fiatal egerekre és patkányokra vonatkozólag teljességgel nélkülöz-

hetetlen. Az accessorius tápanyagok jelentősége exogen karakterükben van, vagyis, hogy a szervezet a felépítésükre képtelen. Valamely táplálék megítéléséhez tehát nem elegendő azok fehérje-, zsír-, szénhidrát- és sótartalmának megállapítása, hanem az illető állatfajra nézve szükséges accessorius tápértékét is tekintetbe kell venni. Ez az accessorius tápérték a táplálékok egész sorozatára, úgy a húsról, tojásról, babról, borsó, burgonyára, rozs- és búzakenyérre nézve van megállapítva. Auer állatkísérleteivel kiegészítette e sorozatot árpa, zab, hámozatlan búza, hámozott búza, burgonyára, almára és vérrel készült rozskenyérre nézve. Valamennyi kísérlete az ismeretlen tápanyagok óriási jelentőségét bizonyítja s praktikus szempontból két tapasztalat vonható le belőlük. Először, hogy az erős hő útján szárított burgonya (conserv) nem helyettesítheti a főtt burgonyát s így conserválás céljaira ez az eljárás nem alkalmas, s hogy a rendkívül finom, teljesen korpamentes fehér lisztből készült kenyér a táplálkozás szempontjából helytelen. (Biochem. Zeitschrift, 1919, 93. köt., 1. és 2. füzet.)

Weber dr.

Sebészet.

A gyomor traumás eventrátiójáról értekezik *W. Ilhu*. A lövéses sérülések után keletkezett rekeszsérvek nem tartoznak a ritkábban észlelt megbetegedések közé. Minthogy a rekesz nyílásán hasüri szervek jutnak a mellkasba, különösen a gyomorbél részéről jelentkező tünetek vannak az előtérben. Ha a rekeszen létrejött sérülés zsugorodik, a rajta keresztüljutott szervek annyira összenyomódnak, hogy ileus tünetei mutatkoznak. Rekeszsérv egyes eseteiben a vérkeringés és a légzőszervek részéről mutatkoznak igen súlyos tünetek, miként azt a szerző egyik betegén észlelte. Az illető egyén shrapnel-lövés következtében mellkasi sérülést szenvedett. A cyanosis, dyspnoe, kollabált beteg bal mellkasa felett dobos volt a kopogtatás hangja, légzés fölötté nem volt hallható. A szív jobbfelől tolt. Punctióra levegő ürült. A beteg pár órával felvétele után meghalt. A boncolás a felfúvódott gyomrot, a vastagbelet, a pangásos lépét a bal mellkasfélben találta. A teljesen összenyomott tüdő a mellkas felső harmadában foglalt helyet. A rekesz bal felén körülbelül 8 cm. hosszú lövéses seb volt látható. A mediastinumot a felfúvódott gyomor eredeti helyéről eltolta. Már az a körülmény, hogy a punctio könnyebbülést nem hozott, amellé szólni, hogy a súlyos légzési nehézséget nem pneumothorax okozta. Eme körülménynek felismerése azért fontos, mert ily akut tünetekkel járó diaphragma-sérülés eseteiben csakis a rögtöni beavatkozás segíthet. (Münch. med. Wochenschr., 1918, 51. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Venereás betegségek.

A syphilisnek ezüstsalvarsannal való kezelését ismerteti *H. Müller* (Mainz). A szerző 100 syphilisbetegen körülbelül 1000-szer alkalmazta a szert. A kezdeti adag 0.1 volt. Egy-egy kúra a következő adagokból állott: 2 ízben 0.1, 2 ízben 0.2, 4—6 ízben 0.25—0.3 gr. A két első adag között 2 napos szünet van, a többi között 4 napos. 0.1 gr. ezüstsalvarsant 10.0 gr. frissen destillált steril vízben kell oldani. A szerző tapasztalása szerint feltűnő a készítménynek élő hatása a spirochaeta pallidára. 40 pallida-positív primaer-affectio már 0.1 ezüstsalvarsantól pallida-negatívvá vált. Klinikailag kiválóan mutatkozik az új szer gyors hatása. A legkülönbözőbb természetű syphilis kiütés már kis adagra is gyorsan múlik. Különösen észlelhető ez súlyos papulás és pustulák kiütés eseteiben. Ugyancsak igen erős a szernek hatása a pozitív Wassermann-reactióra is. Az injectiók nyomán gyakran észlelhető mellékhatások. Ilyen elsősorban a láz. A 38°-on felüli láz nem ritka, czolykor rázóhideggel köszönt be. Különböző kiütések sem ritkák az injectiók kapcsán. Leginkább urticariás-eruptióról van szó, de lehet a kiütés scarlatinászerű is. Ki kell emelni, hogy fehérje sohasem jelentkezett az ezüstsalvarsan-kezelés nyomán. Igen

fontosnak tartja a szerző, hogy az intravenás injectio minél lassabban menjen végbe. A folyadékmennyiségnek a vénába való gyors beáramlása ügylátszik fokozza a kellemetlen mellékhatások esélyeit. Az ezüstsalvarsant a betegek kénesekezelésnek kombinálása nélkül kapták. Ez egyelőre helyes eljárás, mert a szer hatásának elbírálása így jóval zavartalanabbul történhetik, mintha együttesen kénesekezelést is fogantatosítunk. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1918, 51. sz.)

Guszman dr.

Gyermekorvostan.

A villamos ingerlékenységről a gyermekkorban értekezik *Salge*, aki az eddig szokásos villamos vizsgálati módszereket pontatlanoknak tartja; szerinte csak a K. Ny. R. alkalmazása (spasmophil gyermekeken) szolgáltat klinikailag értékesíthető eredményeket, bár ez utóbbi módszerrel sem szerethető pontos tudomás az idegek valódi magatartásáról. A hibaforrás okát az ellenállás elhanyagolásában találja, mert ennek pontos ismerete hiányában a minimalis izgalom kiváltásához szükséges áram intenzitása sem ad megbízható értékeket. E hiba kiküszöbölése céljából a szerző megkísérelte condensatorok kisülésének mérésére a *Herweg*-féle képlet alkalmazását, hogy az áramerősség mértékének meghatározása céljából az ellenállástól független összehasonlítható értékeket nyerhessen. Teljesen megbízható értékeket ezzel az eljárással sem sikerült nyernie, de az így nyert eredmények szerinte a valósághoz mégis közelebb állanak, mint a szokásos vizsgálati módszerekéi. Vizsgálati eredményei megerősítik *Westphal* kutatásait, t. i. hogy az izgalom kiváltásához szükséges áramintenzitás újszülöttn s fiatal csecsemőn nagyobb, mint felnőtteken, vagy idősebb gyermekeken. Spasmophil gyermekeken eszközölt vizsgálatait azt mutatták, hogy az esetek egy részében — de minden esetben — calcium adagolása közben s után olyanok voltak az eredmények, mint hasonló korú egészséges csecsemőkön s idősebb gyermekeken. Egy esetben sem calcium nagy adagjai, sem tejmentes diéta, sem kombinált phosphor-calciumkezelés nem gyakoroltak hatást. E tapasztalatok nyomán az a kérdés merül fel, vajjon a spasmophilának, tetaniának stb. nevezett állapotokban egységes valamivel állunk-e szemben, vagy oly folyamatokkal, amelyeknek csupán nagy, közös nyilvánulásait ismerjük. Kutatásai eredményeképpen fölveszi, hogy az idegek elváltozásai a spasmophilában nem egyneműek, ami nem meglepő; hiszen önkényes feltevés volna egy ilyen kevésbé tisztázott körképnel, amelynek aetiologiáját s pathologiáját nem is ismerjük, éppen az idegeken észlelhető elváltozásokat teljesen azonosoknak tekintenünk. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 10. köt., I. és II. füz.)

Léndárt Pál dr.

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 19. kötet, 3. füzet. *Dienes Lajos* és *Steiner Sándor*: A paratyphus B-csoport serologiai viselkedésére vonatkozó vizsgálatok. *Somogyi Rezső*: Kísérletes onkológiai tanulmányok.

Gyógyászat, 1919, 5. szám. *Schuster Gyula*: Adatok az Alzheimer-betegség ismeretéhez. *Révész Vidor*: A gázzal szabályozható Röntgen-lámpák működése a gázszolgáltatás zavara esetén.

Budapesti orvosi újság, 1919, 6. szám. *Zinner Nándor*: Az influenza kérdéséhez sebészeti szövödmények kapcsán. *Melha Armand*: Adatok a spanyol kórnak Schulz-féle vaccinával való gyógykezeléséhez.

Vegyes hírek.

Az orvosképzés reformja tárgyában kaptuk a következő levelet, amelyet szívesen közlünk azzal a megjegyzéssel, hogy a kérdéshez hozzászólásoknak mindig rendelkezésre állanak hasábjaink.

Tekintetes Szerkesztőség!

Tekintettel az orvosképzés reformjának a mai viszonyok folytán szerfölött aktuális és égetően sürgős voltára, úgy gondolom, hálás feladatot teljesítenek az Orvosi Hetilap, ha

ennek a kérdésnek enquete-szerű megbeszélésére hasábjait megnyitná. Ily módon rövid idő alatt együtt volna és mindenki számára hozzáférhető lenne mindaz az anyag, amelyből a hasznosat és keresztülvihetőt kiválasztva, azt a lehető leghamarabb a megvalósulás stadiumába lehetne juttatni. Verba volant, scripta manent — azért várható több eredmény ettől, mint a szóbeli megvitatástól, amelyhez bajos is volna összegyűjteni mindazokat, akik e kérdéshez hozzászólhatnak.

A javaslatok sorozata egyébként már megindult Pólya tanárnak az egész orvosképzés gyökeres átalakítását contempláló, most közölt tanulmányával. Ily nagyszabású reformok keresztülvitelére azonban hosszú idő szükséges, a viszonyok pedig most olyanok, hogy a segítség égetően sürgős, azért mindenekelőtt oly módozatokon kellene gondolkozni, melyek egyelőre a meglévő rendszerbe is beleilleszthetők s így azonnal megvalósíthatók. Mint ilyet a klinikai szakmákra nézve az alantikban közölt iniézkedéseket tartanám célhoz vezetőnek.

A klinikáknak hallgatósággal való túlterheltsége főképpen a kellő gyakorlati tanítást és foglalkoztatást teszi mindinkább lehetetlenné.

Minthogy azonban a gyakorlati tanításon kívül a rendszeres előadások is nélkülözhetetlenek, ezekhez pedig a beteganyagon kívül oly taneszközök is szükségesek, melyekkel többnyire csak a klinikák rendelkeznek, azért nem látszik célszerűnek a bajon oly módon segíteni, hogy az összes előadószemélyzetet a klinikai tanárokéval teljesen azonos parallel tanítási munkára vonjuk be, tehát nem úgy, hogy a hallgató az összes klinikai féléveket a rendkívüli és magántanároknál is eltölthesse, hanem csak azon elv alapján, mely már az 1901.-i szigorlati rend szerint is bizonyos számú klinikai félévnek rendkívüli és magántanároknál való hallgatását engedi meg.

Az akkori és most is érvényben levő szabályzat szerint csak a belgyógyászat és sebészet 4 félévéből helyettesíthető így 1-1 félév. Ez a jelenlegi viszonyok közt nem elég, a klinikáknak a túlterhelés alól való számottevő felmentése csak úgy remélhető, ha valamennyi klinikai tárgy-félévszámának fele volna így helyettesíthető.

Az erre alkalmas kórházi osztályokat a technikai lehetőségek szempontjából külön-külön kellene évenként kijelölni egy tanártestületi bizottsággal, tekintettel lévén a rendelkezésre álló orvosi segédzsemetre, az ambulanciák frekvenciájára s ezek helyiségeinek alkalmas voltára is. Ezen körülmények szerint numerus clausust kellene megállapítani mindenütt külön-külön a befogadható hallgatók számára nézve. A vállalkozó előadók természetesen a rendes klinikai heti óraszámot és a klinikával azonos tanrendbeosztást volna kötelesek vállalni. Ifj. Liebermann Leó dr.

Sebészeti előadások. Annak dacára, hogy az egyetemi félév csak március hó 1.-én kezdődik, a Dollinger tanár vezetése alatt álló egyetemi 1. számú sebészeti klinika tantermében február hó 1.-étől — szombatot kivéve — minden hétköznapon reggel 1/2 10 óraker betegbemutatásokkal egybekötött előadások tartatnak, a melyeken a Budapesti időző orvostanhallgató és orvos urakat, minden külön beiratkozás nélkül, szívesen látják.

A Budapesti Orvosi Kör országos segélyegylete február hó 17.-én este 1/2 7 óraker tartja közgyűlését a Bristol-szálló külön termében.

A bajtársi szövetségek orvosi szakosztálya 1918 szeptember havában tartott ülésének munkálatai megjelentek. Kirchner tanárnak a közegészségügy jelentőségéről s jövőjéről tartott előadásán kívül az orvosképzésről, továbbképzésről és a malariaellenes küzdelemről értékes dolgozatokat tartalmaz. A német nyelven megjelent 22 ivnyi kötet ára 25 korona; kapható a Magyar Szövetség orvosi szakosztálya irodájában; Budapest, VIII. ker., Mária-utca 39. szám, 1. számú egyetemi szemklinika.

A budapest-ferencvárosi „Erzsébet”-kórház (IX., Knežits-u. 14) orvosi vezetését Schimert Gusztáv dr. mint igazgató-főorvos vette át, kinek a háború előtt Stuttgartban bel- és idegambulatóriuma volt. A 140 ágyas kórházat a modern orvostudomány segédesszkezeivel újonnan felszerelik (laboratorium, Röntgen stb.). A sebész-nőgyógyászati osztályt (berendezett műtőteremmel) Wiesinger Frigyes dr. operateur (a budapesti babaképző volt első tanársegédje) osztályvezető-főorvosi minőségben

vette át. A kórház 1—3 ágyas különosztókkal is rendelkezik, melyekben a napi ápolási díj 25—35 korona. (A közös kórtermekben 6 kor. 60 fillér.)

Meghalt. Pethő Sándor dr. Gyertyámoson 71 éves korában. — Hérics Imre dr. rendőrorvos Budapest. — Horace Fletcher, eredetileg amerikai papírgyáros, a „Fletcherismus” néven ismert makrobiotikus „rendszer” kitalálója, a melynek veleje az, hogy az ételeket nagyon alaposan meg kell rágni. Fletcher már hosszabb ideje Kopenhágában élt; 70 éves lett.

Személyi hírek külföldről. S. Schönberg magántanári Baselban a törvénytörvényi orvostan rendk. tanárává nevezték ki.

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon: József 16-03.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérumentézet r.-t. Budapest, VI. ker., Teréz-körút 31. sz. Telefon 20—19.
Kurzusok: { Laboratorumi diagnostikai eljárások. Oltóanyag- és szérum-termelési methodika.

Orvosi labororium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy tanársegéd VI., Andrásy-ut 55. Telefon: 87—73.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugasas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forro-légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlampa.

Városmajor-Szanatorium és Vizgyógyintézet

Részvénytársaság. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon 88—99. Újonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Vizgyógyimód; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és fenyőfürdők, massage, hőlég-kezelés bejáróknak is. Hízaló-kurák.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utca 34.

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

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

Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIAI INTÉZETE VII., Nyár-utca 22. szám.

Fővárosi Faszor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályival kibővítve. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Külön szülészeti osztály.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásával Termális és fislkoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb. Főorvosok: Termális kurák: dr. Bosányi Béla, igazgató. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Belégzési gyógmód: dr. Safranek János, egyetemi m.-tanár. Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Kivánatra prospektus.

Kivánatra prospektus

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14—51.

Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

DR. Réh Elektromágneses gyógyintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógmódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopéd-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézet Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (XIX. rendes tudományos ülés 1918 november 23.-án.) 68—70. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(XIX. rendes tudományos ülés 1918 november 23.-án.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Csiky József.

Acromegalia műtéttel kezelt és javult esete.

Lobmayer Géza és Ranschburg Pál: S. J.-né, 30 éves vidéki nőbeteg folyó évi szeptember havában jelentkezett a poliklinika idegrendelésén. Főpanaszai voltak: fejfájás, szédülés, nehezebb gondolkodás, nagyfokú látáscsökkenés. Objective az előhaladott acromegalia típusos képét mutatja, főképpen az arc, az alsó és felső végtagok torzulásos nagyobbodásával, amellet myxoedemaszerű puffadtságával. Hangja fénytelen, rekedt, gyenge. A szemek erősen protrudáltak, nehezebben s lomhábban mozgó. Mindkét látóideg a sorvadás képét mutatja. Mindkét szem látóterének halántéki fele pontosan a közep-vonalban elhatároltan hiányzik (*Barlay*), de a meglévő félben is a látótér csak a jobb szem felső quadransában vizsgálható, itt is csak 15—20 fokig terjed, a bal szem látótere a látás kimerülékenysége miatt nem vehető fel. A többi agyideg működésében durvább zavar nem mutatható ki. A beteg hóaljszörzete szinte nyomtalanul kihullott, szeméremszörzete gyérebb. Emlői kicsinyek, körülbelül 6 év óta folyton kisebbedők. Sexualis libidója, mely azelőtt élénk volt, évek óta megszűnt, teljesen frigidé vált. A genitalis vizsgálat (*Kubinyi*) rövid, bőrredőszerű kis ajkak, a normalisnál jóval kisebb uterus és megkisebbedett ovariumokat eredményezett. A pajzsmirigy mindkét oldalt feltűnően hypoplasiás. A Röntgen-vizsgálat (*Elischer*) igen nagy mértékben megnagyobbodott, körülbelül 25 mm. átmérőjű sella turcicát mutat, melyen a hátulsó processus clinoideusok nem vehetők ki. Az iköböl homályos. A vizeletben némi fehérje. A Wassermann-vizsgálat pozitívnek mutatkozott (*Vas*).

Egyébként a betegen sem terheltégi, sem luesra valló egyéb momentumok nem voltak kinyomozhatók.

Tekintettel a beteg igen nagyfokú elesettségére, főleg pedig arra, hogy már csak a jobb szemén volt némi gyakorlatilag hasznavehető látása, a neurologus minden belső kezelési modust, így a kénésóval való kísérletezés tervét is rövidesen elejtette és a sebészi megoldás felé fordult, mint ez esetben egyetlen, esetleg lényegesebb és tartósabb javulást ígérő módszer felé.

A műtét, mely október 14.-én végeztetett (*Lobmayer*) előzetes tracheotomia- és pharynx-tamponálás után, az orrnak lefelé való hajlításából állott. Ezután reszekáltatott a septum, a concha superior, a cellulae ethmoidales, a rostrum és a sinus sphenoidalis elülső fala.

A daganat a sinus sphenoidalis tetejét ledomborította. A szilvanagyságú tumor legnagyobb részét eltávolítva, cigaretta-draint helyeztek az éköbölbe s az orrot helyére visszavarrták. Láztalan lefolyás. A daganat kórszövettanilag megvizsgálva (*Johan*) a hypophysis elülső lebenyének basalis sejtű adenomája volt.

A bemutató ismerteti az eddig ismeretes endocranialis, intranasalis és transsphenoidalis műtéti eljárásokat és azok értékét méltatja. Az irodalomban eddig mintegy 100 hypophysis-tumor operált esete ismeretes, mintegy 70% halálozással. Hazánkban ez a második, acromegalia miatt sikerrel operált eset.

A műtét óta a beteg állapota subjective rohamosan és lényegesen javult, úgy hogy már négy héttel a műtét után csak nehezen volt tartóztatható, hogy otthonába ne utazzék. Nagyobb fejfájásai tökéletesen megszűntek, ugyszintén szédülései és súlyos gyengesége is. Szellémi frissessége lényegesen javult, bár feltűnően sokat és mélyen alszik nappal is. Állása, járása kifogástalan. Objective teljesen megszűnt az arc myxoedemas volta és a nagyfokú exophthalmus, ugyszintén a végtagok duzzadtsága is, miáltal azok hypertrophiája is,

bár inkább csak látszólag, lényegesen javult. A látás a jobb szemén a valamennyire látóképes nasalis látótérfélben 10°—20°-ról 50°—55°-ra nőtt meg. E szemén az összes színeket könnyen, gyorsan és biztosan ismeri fel, de a szín-megkülönböztetés már a bal szemén is megvan, csakhogy ez nagyon gyorsan kimerül. Látásának nagymértű javulása leginkább a biztonságban látszik meg, melylyel a beteg mozog, míg műtét előtt megvakult egyén módjára lépkedett. 10 nap óta glanduovin-injectiókat és hypophysis-tablettákat kap.

Újabb adatok a féregnyúlvány Röntgen-vizsgálatához.

Henszelman Aladár: Újabb tapasztalásait ismerteti a féregnyúlvány Röntgen-diagnostikája terén. A vizsgálat sikerének egyetlen feltétele a bemutató szerint az, hogy a vakbél egy tubussal megemelendő. A vakbél alá és mögé kell nézni és a telődését széttergetni. A sub- és retrocoecalis tájak kontrasztús, ragyogó fénymezéjében jelenik meg az appendix. Az appendixtelődés mikéntje, ennek alakja, nagysági és helyzeti viszonyai, továbbá az appendixmozgások érdekes újdonságokat rejtegetnek a megfigyelő számára. Vizsgálótubusnak a saját compressió exponatorát ajánlja.

Adatok a vesemedence- és hólyaghurutok kórtanához és terapiájához.

Pfeiffer Ernő: A vesemedence kankós lobja sokkal gyakoribb megbetegedés, mint azelőtt gondoltuk. 32 eset észlelése alapján a következő eredményekre jutott: A pyelitis körjelzéséhez pontos vesevizsgálatot kell végezni s így a kankós hólyaghurutok tükrözése ellen hangoztatott absolut tilalmat gyakran meg kellett szegni, a miből különben a betegek egy esetben sem háramlott baj; természetesen csak subacut hurutnál tükrözött. A hólyagelváltozások egészen minimalisak, nemcsak a betegség kezdetén, de a későbbi stadiumban is a trigonumra szorítkoznak. Másik fontos momentum, hogy kankós hólyaghurutnál a rendes kapacitást találjuk, bár a tenesmus fennáll. Ellentét van itt a hólyaghurutok másik csoportjával, melyet a gümös hólyaghurut képvisel. Míg utóbbinál a tenesmus a kapacitással fordított viszonyban áll, addig a kankós hólyaghurutnál ez az összefüggés nincs meg. Oly állandó jel ez, hogy differential-diagnostikailag is felhasználható.

A kankós pyelitis általános symptomáiból a diagnosist nem lehet megállapítani. A pyuria nem jellemző. A fehérje tág határok között változik; de rendszeren minimalis. A nyomáspontok csak ritkán jellegzetesek. Hőmérsékemelkedés alig fordul elő. Étvágytalanság, a nyelv bevonsága, „urine renale” stb. nem jellegzetesek. Ureterkatheterezéssel a pyelitist sok oly esetben körjelezhetjük, melyet csak hólyaghurutnak tartottunk. A kankó ascendálva trigonum-cystitist okoz s sokkal gyakoribban, mint gondoljuk, nem a hólyag többi részére terjed, hanem directe az ureterekre. Ily módon jöhet létre az eddig csak subacut, makacs hólyagurutnak tartott kép, mely tulajdonképpen a pyelitis és trigonum-cystitis együttes megjelenése.

E felfogást anatómiai, összehasonlító bonctani, fejlődéstani és gyógytani adatok támogatják. A belső desinficienseknek ez a hatásmódjuk.

A pyelitis bacteriologiai florája gazdag. 21 esetben pontos bacteriologiai vizsgálat történt. Az esetek 2/3-ában gonococcus, tehát a régi felfogással szemben elég gyakran. *Colibacillus* 1-szer találtatott, ami szintén eltér az eddigi felfogástól, mely a pyelitis fő okozójának a colit tartotta.

A fehérjemennyiség nagyobb határok között mozog, mint eddig felvették; döntő a functionalis vizsgálat. A vesemedence kisfokú tágulása a francia szerzőkkel ellentétben nem fontos jel.

A salvarsan-injectiók az esetek legnagyobb részében kitűnően beváltak. Kezdetben 0.15 gr.-ot, később 2—3-szor 0.30 gr.-ot adagoltunk. Sem a láz, sem a kistökű fehérje nem okozott bajt, sőt a fehérje teljesen eltűnt az injectiók után. Néha cserbenhagy az eljárás, néha egy későbbi series vezet eredményre. Hügysepsis, kathetercystitis ellen kitűnő hatású.

Az eredmények összefoglalva röviden ezek:

1. A kankós hólyaghurut a betegség későbbi stadiumban is csak a trigonumra szorítkozik. 2. A vesemedenczék fertőzése gyakoribb, mint eddig gondolták. 3. A diagnosztik csak az ureterkatheterezés dönti el. 4. A kankós hólyaghurutban a tenesmus a kapacitással nincs összefüggésben. 5. A neosalvarsan a kankós pyelitis legtöbb esetében kitűnő szer.

Remete Jenő: Az anatómiát illetőleg, 1905-ben megjelent tanulmányában, a melyre az előadó hivatkozik, abból indult ki Remete, hogy mit kell érteni az úgynevezett cystitis gonorrhoeica alatt, mert e tekintetben valóságos chaos uralkodott. Az egyik szerző urethritis posteriorról, a másik urethrocystitisről, a harmadik cystitis colliról beszélt stb. Ugyanazokat az anatómiai határokat értették-e ezek alatt az elnevezések alatt, azt semmiféle tankönyvből kivenni nem lehetett.

Ezért, mikor Otto Kolischer-nek a Waldeyer intézetéből e tárgyra is vonatkozó munkája megjelent, tanulmány tárgyává tette e kérdést és nagyobb vizsgálati anyagon sikerült fejlődéstani és szövettani nyomokon haladva a kórtani elváltozásokat a klinikai képpel összhangba hozni.

Kimutatta nagyszámú endoskopi (urethroskopi és cystoskopi) vizsgálat útján, hogy a gonorrhoea nem komplikált stadiumban az urethrában zajlik le akkor is, ha cystitis jelenségei forognak fenn, mert a szerzők cystitise nem egyéb, mint a hólyag trigonalis részének megbetegedése, azonban a trigonum Lieutaudii hügycsőrészt, mely a hólyagba van behelyezve. Ezt bizonyítja Kolischer és ezt észlelte minden cystoskopi vizsgálatánál a hozzájáruló is. Tehát bárhol is ér véget a gonorrhoeás folyamat, ez az ureter szájadzáig mindig urethralis folyamat, még akkor is, ha cystitistről beszélnek a szerzők, mert ez a cystitis trigonitis, a trigonum pedig anatómiai értelemben urethra.

Ezt az álláspontot ma is fenntartja Remete, sőt azt állítja, hogy a szoros szövettani összefüggés az urethra, ill. trigonum között egyrészt, az ureterek és a vese között másrészt érthetővé teszi, ha a gonorrhoeás folyamat per continuitatem a felső húgyutakat, tehát a vesemedenczét is könnyen eléri, mert az ureterek zárókészüléke a gonococcus részére komoly akadály nem lehet, és ha szerinte mégis aránylag ritka az ascendáló infectio, az abban találja magyarázatát, hogy a felső húgyutak állandó vizeletáramlása a mikrobák letelepedésére alkalmatlanná teszi a talajt. Ha azonban mégis létrejön, akkor egyéb praedisponáló momentumok szerepelnek, például fennálló szövődmények a hólyag basisán, vizelet pangás, hólyagdistensio stb. vagy anatómiai rendellenességek.

Még egy élettani momentumot említ fel Remete, melyet a cystoskopozáskor figyelt meg, mikor nolens-volens hosszabb ideig volt kénytelen az ureterek működését a vesefunctio szempontjából megfigyelni, akár a chromocystoskopozáskor, akár a vesevérzések megfigyelésekor. A rendes ureterszáj, ha nem duzzadt, azt a szabályos rythmust mutatja, hogy először összehúzódik, aztán ad maximum megnyílik és csak azután löveli ki a vizeletet szabályos sugarban. Az ureterszáj megnyílása és a vizelet kiömlése között kis időbeli spatiumot lehet észlelni, mely idő alatt az ureter intramuralis része úgyszólván holt ponton van és ekkor a hólyagban levő mikrobák oda behatolnak és a folyamatot felfelé vethetik.

In praxi azonban ez nem szokott beállni, hacsak merev infiltratum nincs e tájon, valamint az ureterkatheterismus alkalmával sem történik infectio, bár alig lehet elkerülni, hogy a beteg hólyagból néhány bacteriumot és leukocytát a katheterral fel ne czipeljen a műtő a vesemedencébe.

Conclusiói a következők: 1. A kankós hólyaghurut a trigonumon túl is terjeszkedik, ha vegyes fertőzés vagy alkalmas szövődmények ezt elősegítik.

2. A salvarsan alkalmazása a pyelitis-kezelésben hasznos eljárás és makacs esetekben fiatal egyénekben a szokásos Rovsing-kúra (itt Remete salol helyett amphotropint ad) és pyelon-öblítések sikertelensége után vagy azok helyett is alkalmazza.

22 eset közül négyszer feltűnő eredménye volt, kétszer pedig recidiva állott be.

Ráskai Dezső: A cystitis és pyelitis aetiologiájáról 1898 és 1899-ben megjelent dolgozataiban kimutatta, hogy a gonococcus mint kórokozó a legritkábban szerepel. A gonococcus par excellence epithel-parasita és elsősorban a hengerhámot támadja meg. A hólyag hengerhámmal csak a nyaki részletében van bélelve, ezért a laphámmal bíró hólyagban, a mely teljesen kiürül, nem marad meg. A pyelitis ritkaságát magyarázza az ureter elzáródásának prompt volta és kinyílása csak a vizeletnek kiürülésekor, ha ebben zavar áll be, akkor jön létre a pyelitis, amelyre ugyanazon feltételek mérvadóak, mint a cystitise.

Vizsgálatai szerint úgy a gonorrhoea után visszamaradó cystitisek, mint a pyelitisek másodlagos fertőzésen alapulnak, mint ilyenek ítélendők meg és ez irányadó a kezelésükben is.

Picker Rezső: Pfeifer eredményei mutatják, hogy nem lehet causalisnak mondani a gyógyszer hatását, mert maga a vizsgáló beavatkozás (ureterkatheterezés) a retentio megszüntetése által régebben fennálló subacut pyelitisnél megindíthatja a spontán gyógyulást. Egyébként a vesemedencze alakja is befolyással bír a gyógyulás mikéntjére, mert világos, hogy az ampullaris (együregű) vesemedencze úgy spontán, mint művi gyógyulására sokkal kedvezőbb előfeltételekkel bír, mint a ramifikált, ágobogos vesemedenczével bíró vese (Röntgen-képek és kórtörténetek). Egyébként a mechanikai kezelésben a hatás lehetőleg bő katheterek használatával elősegíttetik, mire az Oppenheimer-féle operáló cystoskop kiválóan alkalmas, mert 9 és 10 Ch. kaliberű ureterkatheterekkel kiváló mosó hatást lehet kifejtetni, mit egy 64 éves beteg zsákos gonorrhoeás veséjének gyors gyógyulása mutat. A retentio megszüntetésének a cystitise gyakorolt jótékony hatását legjobban igazolja a fiatalabb egyének 50—100 gr. retentióval járó gonorrhoeás cystitiseinek rendszeres katheterezése, mely teljesen analog a vesemedencze mechanikai tehermentesítésével az ureterkatheterezés által, akár csak egyszeri diagnosztikai beavatkozás esetén is.

Gonorrhoeás pyelitis eseteiben úgy a mikroszkopos, mint a culturaelis eljárással a gonococcut tisztán találta a legtöbb esetben; a gonorrhoeás pyelitisnek kedvezőbb a prognosisa, mint a nem gonorrhoeásé.

Farkas Ignác: Azon mechanikai okok kiemelését tartja fontosnak, melyek egy meglévő hólyaghurut mellett szerepet játszanak a felszálló vesemedenczelob keletkezésében. Hólyaghurut mindazon eseteiben, hol az ureterszájadék körül lobosodás keletkezik, kezdődő stadiumban a nyálkahártya oedemáson duzzadt; majd később megvastagszik, s mindez nemcsak hogy a vesemedencze vizeletének kiürítését akadályozza, hanem, a mi még fontosabb, az ureterszájadék záróizmának működését is bénítja. Ezt bizonyítja, hogy hosszabb tartó hólyaghurutoknál az ureterszájadék configurációja megváltozik. A második fontos ok, mely befolyással bír a vesemedenczelob keletkezésére, minden olyan körülmény, mely az ureter peristaltikáját akadályozza, mely utóbbi pedig legfontosabb szerepet játszik a vesemedencze vizeletének a hólyagba való kiürítésében. Perimetritisek, perisigmoiditisek stb., továbbá hasműtétek után, melyek az ureternek nagyobb fokú lémezletelésével járnak (Wertheim-műtét), a műtétet követő napokon az ureter peristaltikája szenved, s így könnyen áll be retentio a vesemedenczében. Ha mindezekhez hozzávesszük még azon tapasztalatokat, hogy a hólyag záróizmaának heveny hólyaghurut eseteiben oly gyakran jelentkező, vagy a kezelés által létrejött görcsös összehúzódása (spasmus) képes a genyes vizeletet az ureterekbe préselni (Israel), továbbá a hólyagnyakknak nagyobb fokú izgalma az ureterben anti-peristaltikus mozgás támadhat, mely a genyes vizeletet mintegy aspirálja az ureterbe (Schindler kísérletei), magyarázható, hogy a fenti mechanikai okok mellett a hólyaghurut kezelésekor könnyen jön létre mesterségesen a fenti állapot és létrejön a vesemedenczelob. Így magyarázható az a körülmény, hogy gyakoribb a jobboldali vesemedenczelob mint a bal, mivel a jobboldali ureter lefutásában az art. iliácát megkerülve, könnyebben megtörik, mint a bal (Opie), továbbá metastasios úton is könnyebben jöhet létre, mivel a jobboldali vesemedencze és a colon között direkt nyirokúti összeköttetést mutatott ki Franke. Bacteriumok jelenléte a vizeletben csak kedvező körülmények között, milyen a retentio, kiürítési akadály, idéz elő pyelitist. Innen van az, hogy gonorrhoeás megbetegedésnél aránylag ritka a vesemedenczelob, mert ritkán van még hólyaghurut mellett is hosszabb ideig fennálló kiürítési akadály a vesemedenczének; azonban könnyen létrejön, ha beavatkozás vagy vizsgálat folytán a fenti ismertetett mechanikai okok vannak jelen.

Keve Ferencz: Az ascendáló gonorrhoeás pyelitis a legritkább esetekben fordul elő férfiakon, főleg acut prostatitis okozta teljes vizeletretentio után, a mikor a túlságos intravesicalis nyomás folytán a hólyagba regurgitált gonorrhoeás váladék az uretereken át feljuthat a vesemedenczékbe. A pyelitis legtöbbször vegyes fertőzés, strepto-, staphylo- és főleg bact. coli következménye. Ugyátszik, hogy a háborús körülmények okozták — meghűlés, rendetlen életmód, koprostasis —, hogy ily postgonorrhoeás hólyag- és vesemedenczegyuladások oly gyakoriak voltak; ezek a szegény betegek valóságos cruxok voltak az orvosoknak és önmaguknak, mert egyik kórházból a másikba kerültek és a legkülönbözőbb gyógyeljárásokkal sem sikerült gyógyveredményt elérni. Szinte természetes, hogy mikor Gross a bécsi orvosegyesületben neosalvarsanra gyógyult esetekről referált, mindenütt megindultak a kísérletek a salvarsantherápiával. Maga is sok esetben úgy a neo-, mint a natr. salvarsannal próbálkozott és pedig 5 cm³ koncentrált oldatokkal intravenásan, 0.30—0.45 és 0.60 ctgr.-mal, de ennél nagyobb adagot sohasem adott és talán ennek is tudja be, hogy sohasem észlelt kellemetlen tüneteket.

Tapasztalatai nem túlságosan biztatók, legtöbbször nem volt eredmény, bár voltak frappáns esetei is. Volt sok beteg, ki más kórházakból, így Gross bécsi osztályáról is, mint gyógyult került újból osztályára és így fel kell vennie, hogy recidiva előfordul. Fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy azokban az esetekben, melyek salvarsanra reagáltak, s a vizelet teljesen feltisztult, nem kell-e valami összefüggést keresni egy előző lueses folyamattal, mert vannak cystitis képeben lefolyó hólyaggyulladások és talán még ismeretlen hólyagelváltozások; szőlo maga is észlelt még Haberern osztályán egy hólyaggyulást, mely gümme volt és antilueses kúrára teljesen meggyógyult, és 2 cystitis-esetet, melyeknek gyógyulása után ki lehetett deríteni, hogy lues volt az anamnesisben.

Egyedi Dávid: 15 esetben volt alkalma postgonorrhoeás pyelitis ellen a neosalvarsan intravenás injectióját kipróbálni. Az eredményekkel meg volt elégedve, a mennyiben 7 esetben teljes eredményt ért el. Ezek közül kettőben azelőtt végzett többszörös vesemedenczemosás eredménytelen volt. Neosalvarsanra prompte gyógyultak s ez megcáfolja *Picker* kartárs amaz állítását, hogy az előzetesen megejtett ureterkateterismus által eszközölt vesemedenczelecsapolás okozta volna *Pfeiffer* eredményeit. Tévesnek tartja *Gross* magyarázatát a gyógyhatás magyarázására, mely szerint a formaldehyd lehasadása hatna gyógyítólag. Pontosán megejtett vegyi quantitativ vizsgálatok kimutatták, hogy urotropin adagolásakor aránytalanul több formaldehyd hasad le, mint neosalvarsan adagolásakor, melyből csak centigrammok adunk szemben az urotropin grammos adagjaival.

Pfeiffer Ernő: A hozzászólók többnyire olyan kérdéseket fejtettek, melyek az előadó themájával csak egészen laza összefüggésben vannak. A neosalvarsan értékelésére az előadó szándékosan csak röviden tért ki, mert a főszólt a kórtani momentumokra helyezte. A neosalvarsan nem panacea, de a pyelitisek nagy részében bevál. A fődolog, hogy hatásmódja betekintést enged a pyelocystitis pathológiájába. *Remete* dolgozatát az előadó említette, de *Remete* megállott a trigonumnál és nem is gondolt arra a kórtanilag összefüggő systemára, melyet az előadó a pyelocystitis rendszere gyapant tárgyalt. *Rovsing* italának módosítása az amphotropin bevezetésével tulajdonképp ugyanaz, mint a neosalvarsan hatása, t. i. formaldehyd lehasadásával hat, csak sokkal gyengébben. *Ráskai* csak az előadó nézetét ismételte, mikor a trigonum megbetegedésére utalt, itt a trigonumban lévő mirigyek is nagy szerepet játszanak. A pyelitis ritkaságát nem elméletekkel, hanem adatokkal kell igazolni; az előadó felfogását nagy statisztikája igazolja. Ugyanez vonatkozik a pyelitis *Ráskai* szerint gyors gyógyulására; itt szemben áll az észlelők nagy serege. Az indigocarmin szín-intenzitásának csökkenése a genyől nem függ, hisz retardatio is van! *Picker* helytelenül tulajdonítja az eredményt a residuum lecsapolásának, hisz vannak esetek, melyeket nem is kathetereztek, mások pedig előzetes vesemedenczemosások után kaptak neosalvarsant. A bakteriologiai methodika helyességeért előadó is, *Freund* is teljes felelősséget vállal. *Egyedi* észleleteivel egyeznek az előadói. A chemiai hatás a vegyület molecularis structurájától függ, ez, úgy látszik, a neosalvarsannál kedvezőbb a lehasadás szempontjából. *Farkas* fejtegetései az előadó tárgyát nem érintik közelebbről.

PÁLYÁZATOK.

7735/1919. sz.

Zemplén vármegye szerencsi járásában nyugdíjazás folytán megüresedett tályai körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A körhöz tartoznak: Tályai, Rátka Golop és Monok községek, a lakosság mind magyarajku.

Javadalmazás: 1600 kor. törzsfizetés, 500 kor. lakbér, 300 kor. fuvarátalány, ötödéves korpótlék és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal, születési anyakönyvi kivonattal felszerelt kérvényeiket hozzám 1919. évi február hó 15.-éig adják be. A később érkező kérelmek figyelembe nem vétetnek. Folyamodók a továbbiakról később nyerneik értesítést.

Szerencs, 1919 január 29.

Gosztonyi István, h. főszolgabíró.

ad: 695/1919. k. i. szám.

A Munkács városi közkórháznál megüresedett, 3600 korona évi fizetés és 600 korona lakáspénzzel javadalmazott igazgató-főorvosi, valamint 1400 korona évi fizetéssel, természetbeni lakás, fűtés, világítás és első osztályú ételleléssel javadalmazott alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Pályázni kívánók eddigi kórházi működésüket és különleges (sebészeti, szülészeti stb.) szakképzettségüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket Beregvármegye alispánjához címezve hozzám 1919. évi február hó 27.-éig annál is inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Munkács, 1919 január 25.

Méry Ádám dr., s. k. polgármester.

1972/1918. szám.

Esztergom vármegye párkányi járásához tartozó Kéménd község székhelylyel bíró körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a következő: Az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk alapján 1600 korona évi fizetés, négyszer ismétlődő 200 kor. korpótlékkal, 1000 kor. helyi pótlék, 1200 kor. háborús segély, 500 kor. lakbér, 300 kor. útiátalány, halottkémlési díjak, vágóbiztosítási díjak, betegsegélyző-pénztári járandóságok, családos orvosnak a család pótlék.

A körhöz tartoznak Kéménd székhelylyel Bény, Köhidgyarmat, Kicsind községek. Kicsindet kivéve a többi községek vasúti állomással bírnak s ugyancsak vasúttal vannak összekapcsolva a budapest-wieni

fővonal egyik állomásával Párkány-Nánával, mely Kéménd községtől vasúton $\frac{1}{2}$ órányira fekszik.

A körorvos tartozik havonként kétszer a körhöz tartozó községek meglátogatni, a szegényeket ingyen gyógykezelti.

A pályázati kérvények felszerelve az orvostudori képesítéssel, a körházi szolgálatot igazoló bizonyítvánnyal folyó évi február hó 15.-éig nyujtandók be hivatalomhoz. A választás kitűzése iránt külön fogok intézkedni.

Párkány, 1919 január 15.

A főszolgabíró.

7735/1919. szám.

Zemplén vármegye szerencsi járásában nyugdíjazás folytán megüresedett mádi körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A körhöz tartoznak: Mád és Mezözombor községek.

Javadalmazás: 1600 kor. törzsfizetés, 500 kor. lakbér, 300 kor. fuvarátalány, ötödéves korpótlék és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. A lakosság tiszta magyarajku.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal, születési anyakönyvi kivonattal felszerelt kérvényeiket hozzám 1919. évi február hó 15.-éig adják be. A később érkező vagy kellően fel nem szerelt kérelmek figyelembe nem vétetnek. Folyamodók a továbbiakról később nyerneik értesítést.

Szerencs, 1919 január 29.

Gosztonyi István, h. főszolgabíró.

105 Voltos forgóáramú, teljes felszerelésű

mesterséges napfény-gépet

eladom, Újpesten kipróbálva átvehető. — Árajánlatot választélyeggel kér Király gyógyszerész, Vámosgyörk.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

A magy. kir. belügyminister által Sanatorium

672/10936. szám alatt engedélyezett

kedély- és idegbetegék részére

Sátoraljaújhely.

Orvos urak figyelmébe!!!

Ha rendelészobaberendezést, vagy egyéb orvosi műszerfelszerelést óhajtanak beszerezni, kérjék előzetes árajánlatomat

Neumann H. orvosi műszer- és orthopaediai gépek gyára ::

Budapest, VIII., József-körút 33. Telefon József 1-36

Hadból visszatért orvos urak igen előnyös árendedményben részesülnek. Csak elsőrangú gyártmány. Javítások gyorsan és jutányos árban eszközöltetnek. — Pontos és gyors kiszolgálás.

Különleges szakma: Újrendszerű művétagok, orthopaediai gépek, haskötők stb.

„SYMMETRIE“

Legtökéletesebb RÖNTGEN-KÉSZÜLÉK

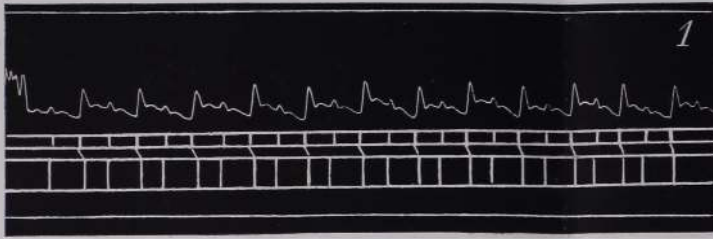
„LILIENFELD“

„FÜRSTENAU-COOLIDGE“
GYORSANFORRÓ-MÜLLER-
VIZHÜTÉSES RÖNTGENCSŐVEL

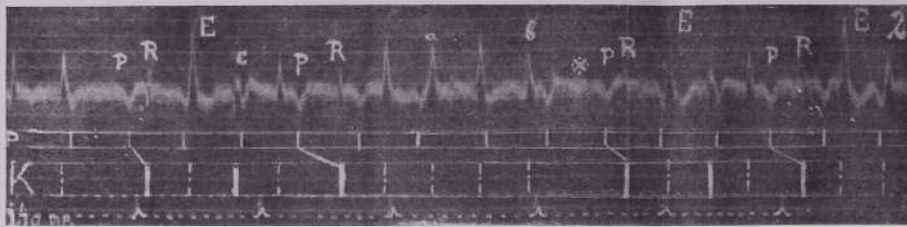
mely therapiához ajánlja:

Odelga Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrassy-út 28. Telefon: 68-6 és 37-04.

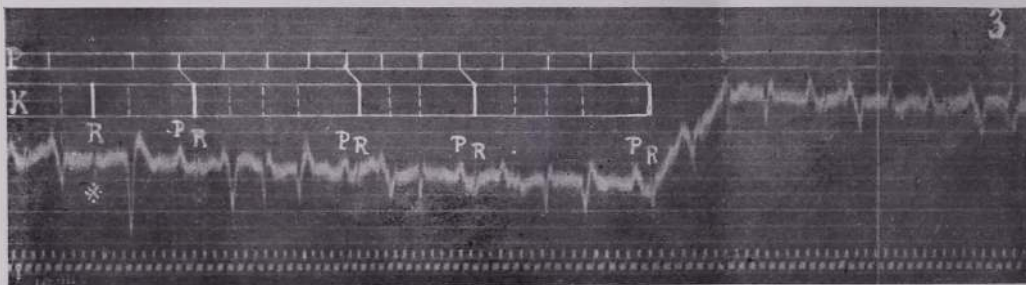




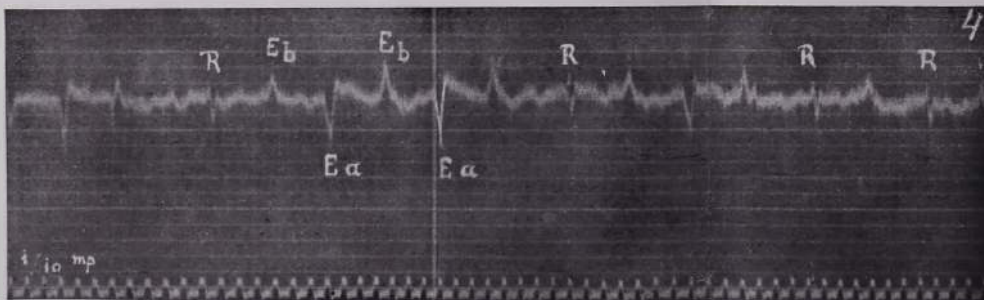
1. ábra.



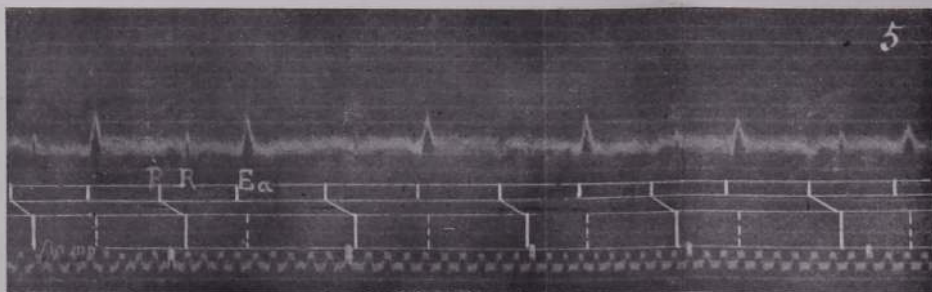
2. ábra.



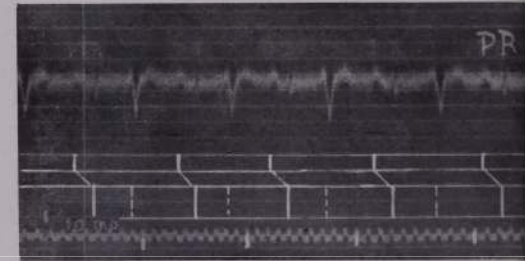
3. ábra.



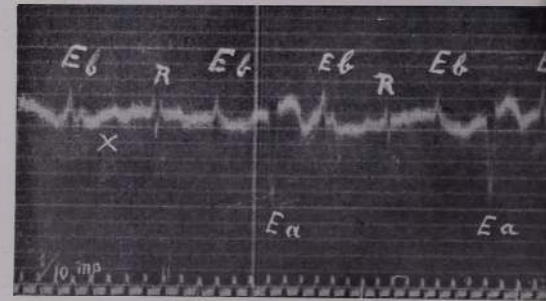
4. ábra.



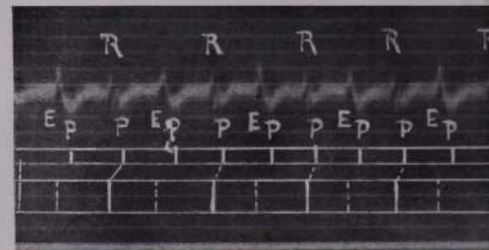
5. ábra.



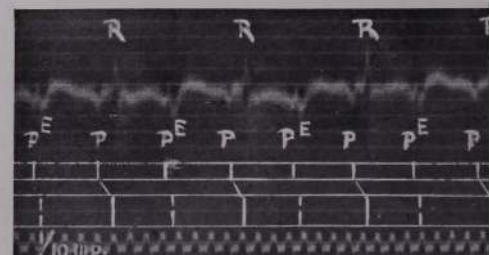
6. ábra.



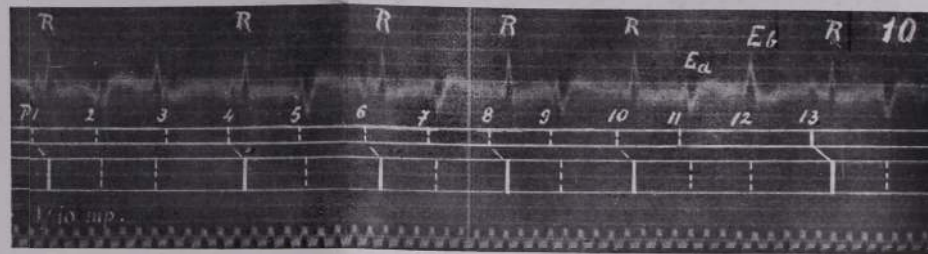
7. ábra.



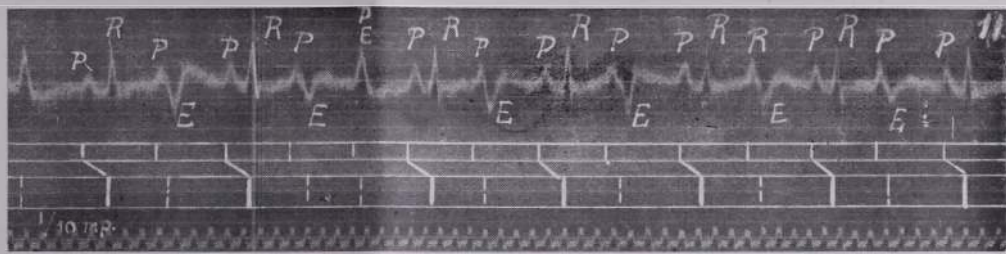
8. ábra.



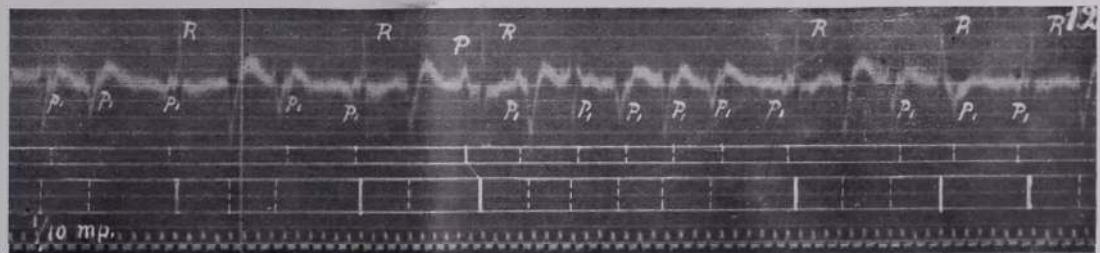
9. ábra.



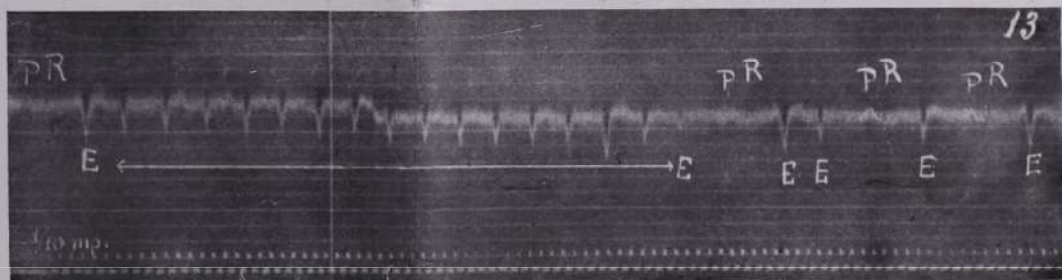
10. ábra.



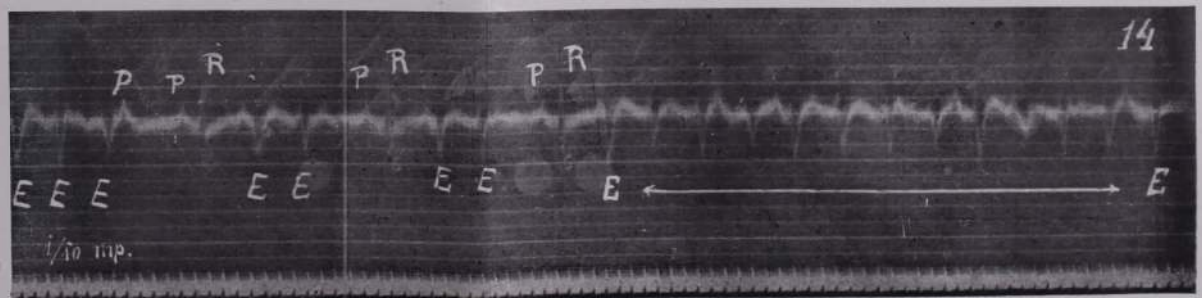
11. ábra.



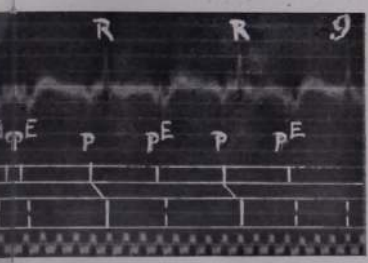
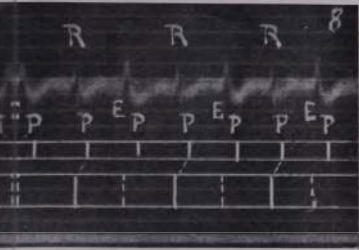
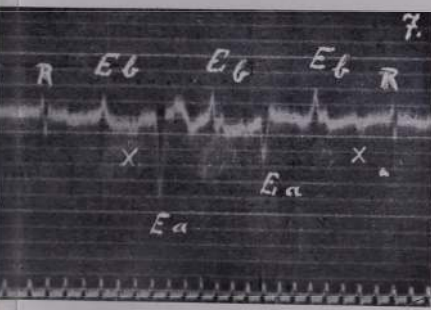
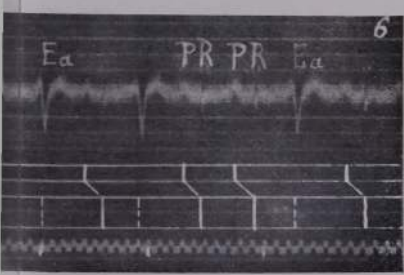
12. ábra.

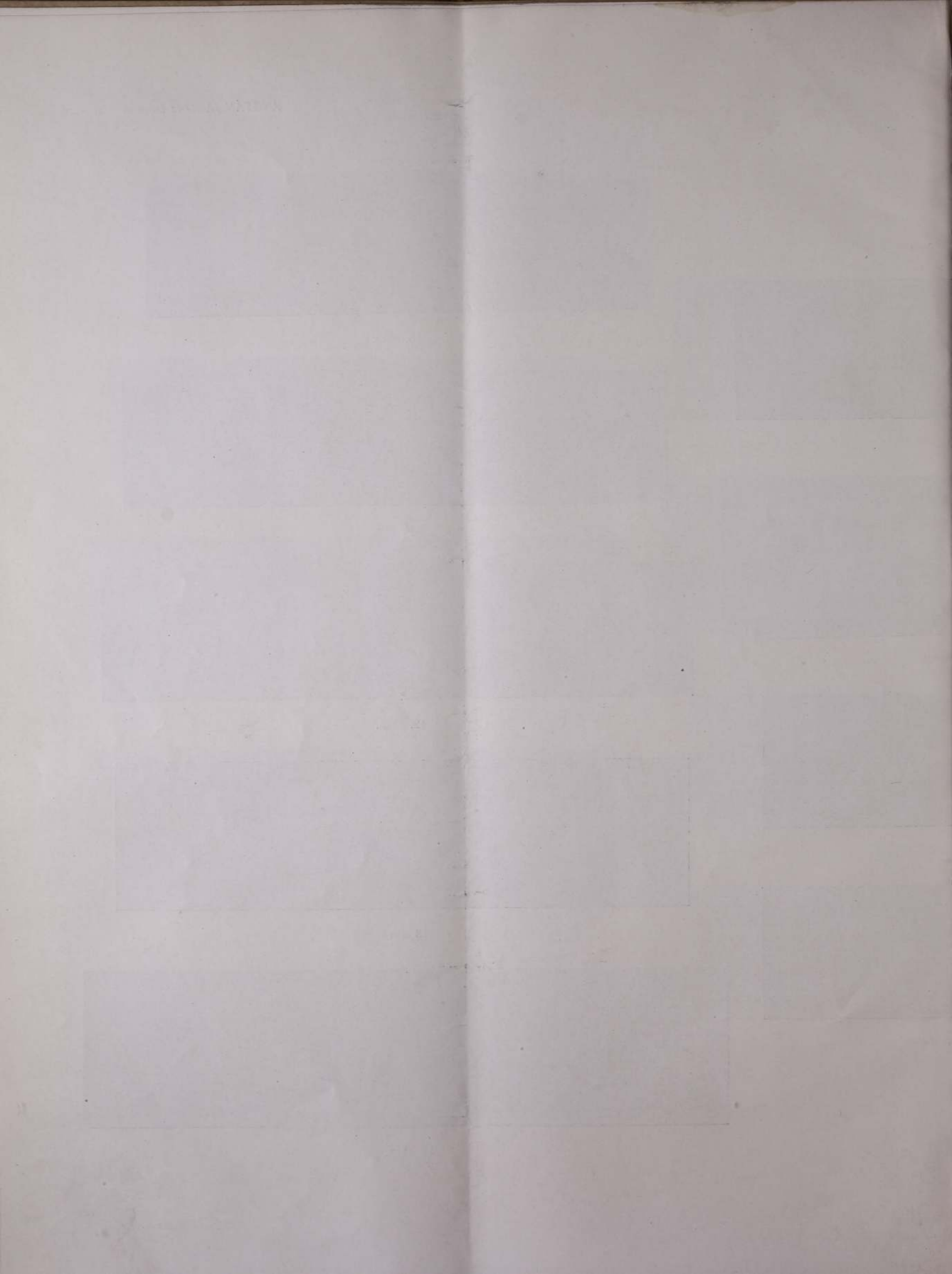


13. ábra.



14. ábra.





ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY

EGYET. TANÁR ES

SZÉKELY ÁGOSTON

EGYET. TANÁR

FŐSZERKESZTŐ

SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tornai József: Közlés a Szent Gellért-kórháznak egyik osztályáról. Adatok az influenza súlyos eseteinek orvoslásához. 71. lap.

Frankl Samu: Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő-főorvos: Ranschburg Pál dr., egyetemi rendk. tanár.) A járványos nem hysteriás csuklásról. 73. lap.

Klier Artur: Közlemény a belgyógyászati diagnosztikai klinikáról. (igazgató: báró Kéty László dr., egyet. ny. r. tanár.) Adatok az influenza vérképéhez. 74. lap.

Rosenfeld Bernát: Spanyol nátha és orbáncz egyidejű tömeges jelentkezése. 75. lap.

Benedek László és Koronka István: Az influenzában megbetegedettek colloid-ezüst-készítményekkel való gyógyításáról. 78. lap.

Schiff E.: Közlemény a Fehérkereszt-gyermekórházból. (Főorvos: Berend Miklós dr., egyet. m.-tanár.) A Pirquet-féle cutanreactio viselkedése a járványos influenzában. 78. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Martin Friedemann: Anatomie für Schwestern. — *Lapszemle. Belorvostan. Weiland:* A cholin mint a bélmozgások hormonja. — *Sebészet. W. Kausch:* Az a. vertebralis aneurysmája. — *Szülészeti és nőorvostan. G. F. Mönch:* A Weiss által ajánlott teljes forrófürdők hatása a testhőmérsékletre általában és különleges hatása a gonorrhoeára. — *Gyermekorvostan. Lütjohann:* Gyermekkori szimmetriás gangraena és bujakór. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kautsky:* Influenza. 79—80. lap.

Magyar orvosi irodalom. 80. lap.

Vegeyes hírek. 80. lap.

Tudományos Társulatok. 81—83. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Szent Gellért-kórháznak egyik osztályáról.

Adatok az influenza súlyos eseteinek orvoslásához.

Irta: *Tornai József dr.,* egyetemi magántanár, kórházi rendelőorvos.

Az influenzának ma már általánosan ismert súlyosabb esetei, a mint azt csaknem valamennyi szerző szinte egyhangzóan írja, klinikai alakjukban a sepsisnek kórképéhez szinte az összetévesztésig hasonlatosak. A súlyos influenza aetiologiája még mindig meglehetősen homályba burkolt és így a betegségnek lényege sincsen egészen tisztázva. Felesleges és hosszadalmas is volna az idevonatkozó vizsgálatoknak még úgy sem végérvényesen tisztázott adatait közölni. Csak felemlítem, hogy nagyon sokan vegyes fertőzést emlegetnek (*Buday, Bencze, Hirschbruch,¹ Selter,² Löwenthal,³ Mandelbaum,⁴ Berblinger,⁵ Materna és Penecke⁶*). Sok szerző — ezek közül egynehány tüzetes vizsgálódás alapján — felveszi, hogy a betegséget a Pfeiffer-influenzabacillus indítaná meg, illetőleg okozná, a mihez aztán az ilyen súlyosabb, komplikált esetekben más, még inkább rettegett bacterium is (streptococcus, pneumococcus, staphylococcus, diplostreptococcus, mikrococcus catarrhalis stb.) segítőtársul csatlakozik. Egyesek közlése szerint ilyen súlyosabb esetek egynémelyikében a vérből, illetőleg egyes szervekből ilyen bacteriumokat ki is tenyésztettek. Még olyan is akad (*Wachter⁷*), a ki spirillumokat talált a vérben.*

Valóban az influenzának nem is ritka esete az acut sepsis kórképébe csaknem hajszálig beillő. A lázmenet, szívinsufficiencia, dyspnoë, cyanosis, különféle vérzésre való hajlam (orrvérzés, foghúsvérzés, menorrhagia, gyomor-bélvérzés, különféle ecchymosisok, petechiák, feltűnően véres, híg köpet), súlyos elesettség, többször sensorium-zavar csakugyan a sepsis kórképére vallanak. Az ilyen súlyos esetben a vérkép — a mint az *Schiff* és *Mátyás,⁸* valamint *Lewi⁹* *Köppen,¹⁰* *Jagic¹¹* és mások vizsgálásából kitűnik — szintén jelentős változást szenved. Nagyon is indokolt tehát, ha az ilyen esetekben, egyszerűen már a klinikai tüneteknek feljogosító analogiája alapján is, sepsisre vagy legalább bacteriaemiára, illetőleg súlyos toxinaemiára gyanakszunk.

Egyébiránt ez a ma már általánosan mondható feltevés a legtöbb klinikusnak a súlyos influenza-esetekben alkalmazott orvoslásmódjából is visszatükröződik. Sokan

ugyanis, specifikus gyógyszer hiányában, a különféle, már az influenza-járvány előtt is forgalomban volt antistreptococcus-, pneumococcus-, illetőleg polyvalens gyógsavókat alkalmazzák (*Grote,¹² Leschke,¹³ Friedmann,¹⁴ von den Vel-den¹⁵* és mások). Többen az ismert ezüst-oldatokat (collargolt, elektrocollargolt, fulmargint) használják különös előszeretettel (*Citron,¹⁶ Wachter,¹⁷ Teller,¹⁸ Wolff,¹⁹ Witte²⁰*). Egyesek reconvalescens egyének vérsavóját alkalmazzák orvoslásra. Néhányan a parenteralis idegen fehérjével való orvoslásmóddal értek el sikereket és erre a célra a tiszta lóvérsavót vagy egyszerűen egészséges emberek vérsavóját, illetőleg a diphtheria-gyógsavót, avagy a steril tej-injectiót alkalmazzák. Olyanok is vannak, kik a streptococcus okozta sebészi bajokban szinte sensatiós sikerrel használt Morgenroth-chininalkoidákat (az eucupinum basicumot, illetőleg bihydrochloricumot) adagolják influenza-esetekben is. Némelyek a salvarsan-, illetőleg neosalvarsan-kezelés mellett foglalnak állást. Ismeretes, hogy a sublimatot is sokan adták és adják ma is, megfelelő adagban, intravenásan (*Bársony, Leitner* és mások). Egyesek az influenza kezelésében a legértékesebbnek a guajacol-készítményeket tartják és azokat különféle alakban adagolják (*Irsay, Zenner²¹*). Az eredmények különbözők, változatosak. Az említett orvoslásmódok egyikét-másikat kisebb-nagyobb sikerrel mi is alkalmaztuk.

Az az egy bizonyos, hogy az említett súlyosabb esetekben, mint mondtuk, határozottan toxinaemiás tünetekkel állunk szemben. Ennélfogva a megfelelő antitoxicumokkal való orvoslás mindenképpen indokolt. Magam is ezt az elvet követve, különféle antitoxikus, illetőleg antisepsis ható anyagokkal próbálkoztam, a míg végül is a *resorcin*-nál, mint eddigi tapasztalataim szerint a legértékesebbnél és leghasznosabbnál állapodtam meg. A *resorcin* (metadioxybenzol) mint kiváló antisepticum a legkülönbözőbb betegségekben, különféle alkalmazási formában, mondhatnám, szinte közkedvelté vált. Azonban, tudomásom szerint, *sepsis* vagy *súlyos influenza ellen eddig még senki sem alkalmazta* azt.

A mi kórházi osztályunkra az influenza-járványnak utóbbi erős fellobbanásakor, mondhatnám, csak a legsúlyosabb eseteket szállították, még pedig nagy számmal. Eleinte ezen, úgyszólván reménytelen esetek közül is a súlyosabbakat választottam ki a *resorcin*-kezelésre: azokat, a melyekben már úgy sem volt vesztetni valónk. A *resorcin* én steril konyhasós oldatban, *intravenásan*, még pedig eleinte csak óvatos, kicsiny adagban adtam. Már az első napokban elért, szinte váratlanul kedvező s nagyon is biztató eredmény hatása alatt aztán az adagot magasabbra emeltem. Azóta már számtalan esetben adtam *resorcin*-t, a mitől, bátran mondhatom, mindenkor csak kedvező, többször szinte váratlanul

* Újabban hazai szerzőink közül *Kentzler* és *Schulz* a „spanyol kór” aetiologiájára vonatkozó, figyelemreméltó adatokat közölnék az Orvosi Hetilap 1919. évfolyama 1. számában.

szép eredményt láttam. Látna, hogy a szerzők közül többen az egyik avagy másik orvoslásmódról adott beszámolóikban, bár jóhiszeműleg, de mégis túlzottan kedvezően ítélnék, önmagammal, illetőleg a resorcin-kezeléssel szemben már elejétől kezdve a lehető legszigorúbb kritikával jártam el. Már említettem, hogy osztályunkra csakis súlyos esetek kerültek. A resorcin-kezelésre ezek közül is a legsúlyosabbakat, a komplikáltakat, a sepsises eseteket választottam ki. Csak éppen hogy a moribund eseteket hagytam ki a sorból. *Valamennyi ily módon kezelt esetemnek már jól kimutatható egy- vagy kétoldali tüdőgyulladás volt. Azok közül, kiknek nem volt kifejezett tüdőgyulladásuk, készakarva egyetlen egyet sem kezeltem resorcinnal. Egy-egy alkalommal a resorcinnak 3%-os oldatából (Rp. Resorcini purissimi gr. 30, Natrii chlorati, chemice puri gr. 0.90, Aquae destill. steril. gr. 1000, M. filtra! Fiat solutio perfecta) 10 cm³-t, vagyis 0.30 gr. resorcint fecskendeztem valamelyik könyök-gyűjtőébe.*

Összesen 98 esetet kezeltem resorcin-befecskendezéssel és ezek közül mindössze négy esetben volt szükséges az injectiót egyszer megismételni. *Valamennyi többi esetben egyetlen egy befecskendezés tökéletesen elegendő volt.*

Az eseteknek legtöbbszörében már az injectiót követő első vagy legkésőbb második napon a kellemetlen objectiv és subjectiv tünetek nagyjából és szemelláthatólag visszafélődtek. A láz a befecskendezést követő napon, jóleső izzadás közben, rendszerint krízis-szerű esést mutatott: 39–40°-ról egészen 36.5–36°-ra süllyedt; a pulsus 120-ról 80-ra, 70-re. Emellett a pulsus rendezettebbé és teltebbé válik, a cyanosis nagyjából visszafélődik, a sensorium is teljesen feltisztul. A tüdőállapotnak objectiv javulása, természetesen, csak lassúbb lépésben követi a többit. Hanem azért az injectiót követő első napon is a hörgi lélegzés mellett már bőven hallunk nedves szörtyözörejeket. A beteg könnyebben köhög, bőven köp; köpete higabb, lélekzése sokkal szabadabb. A táplálkozás és alvás is egyik napról a másikra feltűnően javul.

Több esetben az injectio után néhány óra múlva borzongás vagy kifejezett, de csak rövid ideig tartó hidegrázás jelentkezett, a mi után a hőmérsék 40°-ra, sőt néha még ennél is magasabbra emelkedett. Azonban csakhamar bőséges, szinte kellemes izzadás után a hőmérsék a rendszerre szállt le és ezen aztán állandóan meg is maradt. Egynémely esetben a második napon, az esti órákban még némi hőemelkedés mutatkozott ugyan, de a befecskendezés utáni harmadik napon ez esetek is már teljesen láztalanok voltak.

Az igaz, hogy sokszor láttuk, hogy az influenzának még a komplikált esetei is egészen maguktól, még pedig némelykor akár az említett krízis-szerű hőmérséklet-süllyedéssel gyógyulnak, azonban azt, hogy eseteimben a resorcinnal nyomban beállott, feltűnő javulás nem a véletlennek pusztá játéka volt, több körülmény is kétségtelenül igazolja. Az utóbbi időben ugyanis, egy napon egymásután már 5–10 betegnek adtam a befecskendezést és *a reákövetkező napra ezeknek mindegyike szinte hájszálig egyező jelenségek (borzongás, rövid ideig tartó, szokatlanul magas hőmérsék, majd jóleső izzadás, hosszú, nyugodt alvás stb.) között rendszerint teljesen láztalanná vált.* Maguk a pavillonjainkban a betegek körül foglalatostkodó ápolónővérek, a kiknek önként feltűnt a dolog, utóbb már szinte természetesnek vették, hogy ma reggelre egytől-egyig mind láztalan lett az, a ki tegnap intravenás befecskendezést kapott.

Azt hiszem, mások is tapasztalták, hogy terhes nők különösen hajlamosak a súlyos influenzával való fertőzésre. Azt is tapasztalták, hogy a baj ilyen esetben feltétlenül és kivétel nélkül abortust, illetőleg koraszülést okoz. Az abortust követő második vagy harmadik napon aztán rendszerint az anya is, súlyos acut sepsis tünetei között, áldozatul esik. A resorcin-kezelés óta három terhesnek adtam intravenás befecskendezést. Igaz, hogy az abortust ez sem tartóztatta fel (mert a súlyos sepsis a magzat életét valószínűleg már a betegség első napjaiban előli), de az anya mind a három esetben életben maradt. Ezek közül kettő teljesen felépült;

a harmadik nyolcz napi teljesen láztalan állapot után jobboldali pleura-empyemat kapott, mi miatt aztán sebészi kezelésbe adtuk át.

Ismeretesek az olyan veszedelmes influenza-fertőzések, a milyenek szinte egész családokat kipusztítottak. Férj és feleség egy napon betegszik meg és szinte egyazon napon temetik is őket. Két betegünk volt olyan, a kiknek életpárja hasonló súlyos fertőzésbe esett, de ez utóbbiak másutt feküdtek. A mi két betegünk a resorcin-kezelés után meggyógyult, mialatt mindkettőnek házastársa meghalt.

Egynémely esetben a reconvalescentia a resorcin-kezelés után is sokáig elhúzódott és a recidiva itt ott így is beköszöntött. Egyik esetünkben a visszaesés tizenkét napi teljesen láztalan szak-után újabb (jobboldali) tüdőgyulladás alakjában hirtelen állott be. Újabb resorcin befecskendezésre a láz már harmadnapra ismét elmúlt és a többi tünet is csakhamar újból teljesen visszafélődött.

Helyszüke miatt a sok esetünk közül csupán az egyiknek rövidített kórtörténetét közlöm mint olyat, a mely egyszerűsmint a legtöbb esetünk lefolyásának mintegy típusul is szolgálhat: B. Gy., 30 éves munkás; 1918 december 24.-én vettük fel; négy nappal előbb betegedett meg. A betegsége kezdetén borzongása volt, azóta állandóan magas a láza, erősen köhög, feje, gyomra fáj. Felvételkor a jobb tüdő hátulsó-alsó része felett tompa kopogtatási hang, hörgi lélekzés mellett durva crepitatio, Szívhangok tompák; szapora, kicsiny pulsus; kevés sárgás köpet. Hőmérsék reggel 39.5, este 40.1°. Két nappal később már mindké. tüdő felett hátul-alul tompulat, baloldalt kifejezetten hörgi, a jobb oldalon nagyon érdes lélekzés, mindkét oldalon crepitatio. Köpet bővebb, higabb és erősen véres. Pulsus könnyen elnyomható, percenkint 126. A beteg nagyon sokat köhög, nehezen lélelzik, kissé már cyanosisos; általában nagyon el-esett. Hőmérsék reggel 39.4, este 40.0°. A beteg délelőtt 11 óratájban 3%-os resorcin-oldatból 10 köbc centimétert kap intravenásan. Aznap délután borzongás utána 40.3° láz. Este bőséges izzadás; éjjel több órai nyugodt alvás. Már másnap reggelre úgy a subjectiv, mint az objectiv állapot lényegesen javult. Mindkét tüdő felett bőséges nedves szörtyözörejek; a beteg könnyebben köp, lélekzése sokkal szabadabb; pulsus eléggé telt, percenkint 84. A reggeli hőmérsék 36.6, az esti 36.8° és ettől kezdve már állandóan láztalan marad. A többi objectiv tünet is a következő öt nap alatt szinte nyomtalanul visszafélődött úgy, hogy a beteg a befecskendezést követő hatodik napon elhagyta az ágyat. De volt több olyan betegünk is, a ki a resorcin-befecskendezés után már a harmadik, negyedik napon kelt fel ágyából.

A 98 így kezelt esetünk közül legalább 85 az imént elmondotthoz teljesen hasonló módon folyt le. Eseteinkben az injectio megadása után olyannyira biztosan számítottunk már utóbb az oldódásra, hogy abból egymagából, ha a kétségtelen javulás másnapra, avagy legkésőbb harmadnapra nem állott be, biztosra vettük, hogy annak valamely újabb, komoly complicatio vágta el az útját. Ez a complicatio pedig a legtöbbször pleura empyema volt. Mindannyian tapasztalhattuk pedig, hogy ez a complicatio az influenzának súlyos eseteiben mennyire gyakori jelenség. Az is feltűnhetett, hogy az ilyen empyema rendszerint úgyszólván egyik napról a másikra, hirtelen fejlődik ki. Természetes, hogy ilyen esetekben aztán semmiféle befecskendezéstől sem, hanem egyesegyedül csak a sebészi beavatkozástól várhatunk sikert. Éppen ezért tehát, ha valamely adott esetben csak távolról is felmerülhetne a gyanú, hogy a tüdőgyulladás mellett empyema is kifejlődőben van, akkor, mielőtt befecskendezést adnánk, megelőzőleg okvetlenül próbacsapolást kell végeznünk.

A 98 esetünk közül mindössze 3 végződött halállal. Mind a három eset a resorcin-kezelés kezdeti szakából való, a mikor még ugyan, mint már említettem, többször nagyon súlyos betegeknek, néha már majdnem haldoklóknak is adtuk az injectiót.

Egyébképpen pedig a resorcinnak az említett adagban, intravenásan való alkalmazásától semmiféle kellemetlen mel-

lékhatást nem láttam. Az injectio alkalmazásakor a legfontosabb, hogy a tisztaság mellett arra is ügyeljünk, hogy az oldat tökéletes legyen. Éppen ezen okból, mivel a resorcin állás közben az oldatból néha kicsapódik, czélszerű a befecskendésre szánt mennyiséget közvetlenül az alkalmazás előtt újból felforralni.

Az influenzának könnyebb, nem komplikált eseteiben nem szükséges a resorcin alkalmazása. Egyébiránt az ilyen esetben egyáltalán minden különleges beavatkozás felesleges, mert ilyen esetek maguktól is meggyógyulnak. Viszont azonban már eleinte is súlyosnak ígérkező, tüdőgyuladással komplikált esetben nem szabad soká késlekednünk. A ki tapasztalta, hogy az ilyen súlyos influenza mily rohamosan halad az ő romboló útján és a ki autopsia alkalmával is látta, hogy csak néhány napos influenza is mekkora pusztítást okozott a szervezetben, főképpen pedig a tüdőben, az tudja, megérti, hogy a legtöbbször nem napok, de csupán órák késedelme is már helyrehozhatlan mulasztást okozhat. Ha az ismert, mélyreható elváltozások a tüdőben létrejöttek, akkor mindenféle beavatkozás már idejét multa, teljesen hiábavaló.

A resorcint különben más természetű sepsises megbetegedések ellen is hasonló módon alkalmazhatjuk. A mi osztályunkon is volt a többi között két olyan eset, a mely inkább a kryptogen sepsisnek körképébe illett. Mind a két eset egy-egy resorcin-befecskendés után hamarosan, és pedig teljesen meggyógyult.

Maga a resorcin-befecskendés módja a lehető legegyszerűbb; némi gyakorlás után minden orvos elvégezheti azt. Hisz' ma már elengedhetlenül szükséges is, hogy az intravenás befecskendés alkalmazásában minden működő orvos tökéletesen járatos legyen.

Az elmondottakat egybefoglalva, végeredmény gyanánt nyugodtan mondhatom, hogy az influenzának súlyosabb eseteiben a resorcin-kezelés a hozzáfűzött reménységnek teljes mértékben megfelelt. Mindenesetre addig, a míg ezzel a komoly betegséggel szemben biztosan ható specifikus ellen-szerünk nem létszen, ilyen esetekben, a magam szempontjából legalább, mindenkor a resorcinnak intravenásan való alkalmazását fogom a legjobban és legbiztosabban megfelelőnek és czélhoz vezetőnek tartani.

Irodalom: ¹ Hirschbruch: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 34. sz. — ² Selter: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 34. sz. — ³ Loewenthal: Berl. klin. Wochenschr., 1918, 49. sz. — ⁴ Mandelbaum: Münch. med. Wochenschr., 1918, 30. sz. — ⁵ Beblinger: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 52. sz. — ⁶ Materna és Penecke: Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 46. sz. — ⁷ Wachter: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 47. sz. — ⁸ Schiff és Mátyás: Orvosi Hetilap, 1918, 46. sz. — ⁹ Lewi: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 35. szám. — ¹⁰ Köpchen: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 34. sz. — ¹¹ Jagic: Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 46. sz. — ¹² Grote: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 50. sz. — ¹³ Leschke: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 46. sz. — ¹⁴ Friedmann: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 47. sz. — ¹⁵ von den Velden: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 52. sz. — ¹⁶ Citron: Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 48. szám. — ¹⁷ Wachter: l. c. — ¹⁸ Teller: Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 47. sz. — ¹⁹ Wolff: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 47. sz. — ²⁰ Witte: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 45. sz. — ²¹ Zenner: Corr. für schweizer Aerzte, 1918, 52. sz.

Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő-főorvos: Ranschburg Pál dr., egyetemi rendk. tanár.)

A járványszerű nem hysteriás csuklásról.

Közlő: Frankl Samu dr., ideggyógyász, poliklinikai assistens.

A poliklinika ideggyógyászati osztályán az utóbbi hetekben több beteg jelentkezett azzal a panasszal, hogy állandóan, éjjel-nappal csuklanak.

A csuklás rettenetes módon kínozza a betegeket, annyira, hogy napokon át nem tudtak táplálkozni; a csuklás éjjel sem szűnt meg, úgy hogy betegeink egy pillanatra sem tudták lehunyni szemüket. Panaszkodtak azonkívül szédülésről, főfájásról, fejneműségről, izzadásról, haspuffadtságról, félelemérzésekről, ingerlékenységről, továbbá paraesthesiákról

a tarkón és a nyakon. Egyiken-másikon a kínzó csuklás nyomán támadt nagyfokú depressio volt jelen, sőt két betegünk öngyilkossággal fenyegetődött, ha nem segítünk hamarosan türhetetlen állapotukon.

Feltűnő volt, hogy a betegek nagy részén *bradycardiát* találtunk; pulsus-szám 50—68 között. A nyelv legtöbbször erősen bevont; a lágyszájpad, de különösen az uvula erősen duzzadt, vörös, gyuladt volt.

A mi magát a csuklást illeti, ez egyáltalán semmi hasonlatosságot sem mutat a hysteriásokon előforduló csukláshoz. Inkább csendes bőfögéshez vagy még inkább nyugósághoz hasonló; nem olyan hangos, mint a hysteriás singultus, mely a harmadik szobába is hallatszik. Vizsgálat közben — ellentétben a hysteriás csuklással — nem erősödik, nem fokozódik és nem lesz gyakoribb, sőt inkább kissé elcsendesedik.

Mi eddig a járványszerű csuklást *kizárólag férfiakon* észleltük. A kor 30—52 év között váltakozott; összesen 14 beteget észleltünk. A betegség okát kutatva, azt láttuk, hogy betegeink a város legkülönbözőbb helyeiről jöttek, sőt két betegünk vidékről jött a fővárosba, az egyik Aradról, a másik Hevesmegyéből, kizárólag azért, hogy kínzó bajuktól szabaduljanak. Kerestük a betegség okát diéta-hibában vagy valamely romlott étel élvezésében; majd kutattuk a betegek foglalkozását, majd a dohányzásban és az alkohol élvezésében véltük megtalálni a kór-okot, de semmi pozitívum nem tudtunk megállapítani. Betegeink foglalkozását illetőleg volt köztük két cipész, két ügynök, egy mázoló, egy szíjgyártó, egy kőműves, egy pincér, egy kereskedősegéd (ez utóbbi a csuklásra kívül sclerosis multiplexben is szenvedett), két földműves, egy körjegyző és egy magánhivatalnok. Közülük négy egyáltalán nem volt dohányos, kettőről mérsékelt potus volt megállapítható. Luese egyik betegnek sem volt. Egyik betegünknek 10 év előtt volt hasonló csuklásrohama, állítólag akkor gyomorfekélyt állapítottak meg rajta; két másik betegünknek egy, illetve két év előtt volt hasonló csuklása, mely akkor egy-két hétig tartott. Legtöbbször gyomrára panasz-kodik, gyomortáji fájdalmak, nyomás és görcs formájában; mindannyi gyenge gyomrúnak mondja magát s nagy részük székrekedésben szenved. A csuklás időtartama különböző volt; volt olyan betegünk, kin már három hete fennállott, hosszabb-rövidebb szünetekkel. Volt olyan, ki a csuklást csak rohamokban kapta, a mikor az órák hosszát kínozza. Mindannyian megegyeztek abban, hogy a csuklás alatt nem tudtak táplálkozni, úgy hogy egyik-másik beteg teljesen leromlott állapotban került hozzánk. Az első csuklásos beteget ez év január 18.-án észleltük, az utolsót február 8.-án.

Miután a szokásos elektrotherapia (erős has-faradozás, gége-vibratio) s a gyógyszeres kezelés (melubrin + kalmopyrin + chloralhydrat, továbbá tict. valerianae + morphiolum srb.) nem vezetett eredményre, összes betegeinket gyomor-próbát végeztünk.

A próbareggeli semmi különöset sem mutatott. Hyperchlorhydriát néhány esetben találtunk ugyan, de a többi esetben a gyomor savtartalma 30—60 közt ingadozott, tehát nagyjában normalisnak mondható. Feltűnő csak az volt, hogy eseteink legtöbbszörben *hypersecretiót* találtunk, vagyis a kiemelt gyomortartalom majdnem minden esetben ugyanannyi, sőt némelyikben több volt, mint a próbareggelivel beadott mennyiség. A próbareggeli — tekintettel az ambuláns betegvizsgálatra — osztályunkon történt, kis darab kenyér és 300 gramm viz. A próbareggeli kiemelése 25—40 perc múlva végeztetett.

Ismeretes, hogy az aciditas meghatározására egyetlen vizsgálat sohasem elegendő, másrészt a gyomor savtartalma nem csupán a gyomormirigyektől függ, hanem függ az a mirigyeknek vérrrel való ellátásától, továbbá az azokat ellátó idegektől (idegduczoktól) is. Hogy a gyomor secretiójára az idegesség és psychés ingerek nagy befolyással vannak, azt ma már senki sem vonja kétségbe, úgy hogy a *psychogen* (neurogen) *hyperchlorhydria* (vagy hypersecretio) elég gyakori. Két fontos tünetet találtunk tehát betegeinkben: *brady-*

cardiát és gyomorhypersecretiót. E két tünet a vagotonióra terelte a figyelmünket és ebben próbáltuk megtalálni a csuklás okát, illetve magyarázatát.

Pavlow kísérletei óta tudjuk, hogy a vagusizgalom növeli a gyomor secretióját. Eppinger és Hess vizsgálatai és kísérletei szerint vannak vagotrop és sympathicotrop idegzetű emberek, aszerint, amint az illetők vagus- vagy sympathicus-mérgekre reagálnak jobban (az adrenalin a sympathicusra, míg a pilocarpin a vagusra hat izgatólag, az atropin pedig bénítólag).

A vagotoniás tünetek közül (laryngospasmus, gastroscorrhoea, bradycardia, urticariára való hajlam, szűkebb pupillák, meteorismus* stb.) betegeinken jó részben megtaláltuk a bradycardiát, a hypersecretiót (gastroscorrhoea), némelyiken a cardiospasmust, meteorismust, így egész joggal feltehetjük, hogy e megbetegedésekben bizonyára szerepe van a vagotonianak. Hogy csak férfiakat láttunk, ez nem szól feltevésünk ellen, mert mint ismeretes, a férfiak inkább vagotonjára, míg a nők inkább sympathicotoniára hajlamosak.

Két esetben atropinnal tettünk kísérletet, de eredménytelenül; ez azonban nem szól felfogásunk ellen, mert épp ilyen hatástalan az atropin az Adam-Stokes-betegség neurogen alakjában (melyet tudvalevőleg ugyancsak a vagus igen erős izgalma hoz létre), avagy hányszor mondja fel a szolgálatot az atropin hyperaciditás eseteiben.

Azt kérdezhettünk még, hogy ha e betegeken már régebben állott fenn vagotonia, miért manifesztálódik az csak épp most. De ugyanolyan joggal kérdezhettük, hogy mi az oka annak, hogy a „gastrogen“ eredetű tetania (itt is nagy hypersecretio és hyperaciditás szerepel) miért éppen a tetaniás hónapokban (február, márczius és április) mutatkozik. Nem lehetetlen, hogy e járványszerű csuklás jelentkezésében is valamely éddig még ismeretlen szerepe van az időváltásnak, az évszaknak.

Ha a betegség aetiologiája homályos is, a prognosisa abszolút jó, a gyógyítása pedig tapasztalataink szerint egyszerű. Betegeink ugyanis kivétel nélkül gyógyultak; a gyomorszonda levezetése után ugyanis a csuklás azonnal megszűnt, vagy legalább is enyhült és az azután következő gyomormosásra teljesen megszűnt.

Hogy a gyomorszonda hatása suggestiv-e, vagy más természetű, azt nem deríthettük ki; lehet hogy a további észleletek erre is rá fognak világítani. Felette valószínűnek látszik azonban, hogy az esetben is, ha a kezelésnek ez a módja suggestiv hatott, a csuklás eredetileg mégsem psychogen, nem ideogen, hanem vegyi vagy más eredetű és neurogen természetű volt; de utóbb a sajátképpen ok megszüntével a megindított folyamat psychice tovább megmaradt, perseverált, s az erélyes suggestiv hatás valószínűleg a perseveratiót szüntette meg.

Közlemény a belgyógyászati diagnosztikai klinikáról. (Igazgató: báró Kétly László dr., egyet. ny. r. tanár.)

Adatok az influenza vérképéhez.

Irta: Klier Arthur dr., tanársegéd.

Influenzának tartottuk régebben mindazon megbetegedéseket, amelyekben a Pfeiffer-bacillust a köpetben akár tenyésztés útján, akár egyszerű festéssel ki tudtuk mutatni. A jelenlegi járvány alatt azonban beigazolódt, hogy oly esetekben is kénytelenek vagyunk influenzáról beszélni, a mikor Pfeiffer-bacillust nem találunk. Legalább a közlemények javarésze ezt az álláspontot foglalja el és a saját tapasztalataink is ezt igazolják, mert az összes észlelt esetek közül csak néhányban sikerült Pfeiffer-bacillust kimutatni a köpetben, a vérből pedig egyetlen egy esetben sem lehetett kitenyészteni.

Minthogy a fentiek szerint a Pfeiffer-bacillus mint biztos diagnosztikai jel hitelét veszítette, kénytelenek vagyunk

addig is, a míg a biztos kórokozót megismerjük, oly jelek után kutatni, amelyek segítségével biztos influenza-diagnosist állíthatunk fel. Oly változó alakban megjelenő betegségben mint az influenza, a melyben Strümpell szerint 6 alakot lehet megkülönböztetni és ezen alakok közti átmenetek sem zárhatók ki, minden biztos diagnosztikai jel nagy fontossággal bír, mert arra az időre is gondolnunk kell, a mikor nem fogunk a megbetegedések akkora tömegével találkozni, a mikor, ha complicatio nélküli influenzával állunk szemben, az ismert többi betegség kizárásával, csak a negativitásból állíthatjuk fel a diagnosist. Tehát biztos, mindig jelenlévő jeleket kell a jelenlegi járvány ideje alatt megismernünk, vagy legalább is törekednünk kell megismerni, a melyek későbbi diagnosztikai tévedésektől megóvnak bennünket. Ily biztos diagnosztikai jelek volnának Citron szerint: a garat pirja, a köpetben levő feltűnő sok hámsejt és a leukopenia.

A garat pirja, mint azt tapasztalataink igazolják, jelen lehet, de nem állandóan; ugyanez áll a másik két „biztos jel“ről. Az irodalomban úgyszólván alig találunk valami adatot, a mely ezen Citron által felállított tétellel foglalkoznék, és ebből arra következtetünk, hogy e diagnosztikai jeleknek nem tulajdonítottak akkora fontosságot, mint szerzőjük.

Kivétel a fehérvérsejtek viselkedése. Az irodalmi adatokból ítélve úgy látszik, hogy az influenza ismeretlen okozója gyakorol valamilyen befolyást a fehérvérsejtek termelő szervekre. Legalább erre enged következtetni néhány közlemény. Vannak, a kik leukopeniát találtak (Koepchen, Levy, Haase és Wohlrahe, Müller és Zalewski), mások (Alexander) leukocytosist és ismét mások rendes fehérvérsejt-viselkedést (Schiff és Mátyás, Fleckseder) láttak.

Ezen ellentétes eredmények készítettek bennünket arra, hogy a klinikán észlelt esetekben a fehérvérsejtek viselkedéséről szerzett tapasztalatainkat közöljük.

A klinikán észlelt eseteink egyrésze szövödmény nélküli volt, egy másik részében a megbetegedés különböző napjain jelentkeztek a szövödmények.

Voltak betegeink, a kik a klinikán más természetű megbetegedés miatt feküdtek, és a járvány kitörésekor megkapták az influenzát, tehát voltak olyanok is, a kiknek vérképe már előzőleg meg volt állapítva, és így alkalmunk volt az influenza befolyását a fehérvérsejtek viselkedésére közvetlenül megfigyelni. Ilyen eseteink száma azonban sajnos oly csekély, hogy következtetéseinket, melyeket ezen észleleteinkből levonhatnánk, nem általánosíthatjuk. Ha egyáltalán következtetéseket vonhatunk az észleleteinkből, akkor az influenza kórokozója a fehérvérsejtek számára vagy százalékos összetételére nagy befolyást nem gyakorolhat. Ezen feltevésünk illusztrálására felhozunk egy példát. Egyik betegünk, kinek a klinikára való felvételekor a fehérvérsejtszáma 6400 volt, az influenzás megbetegedés — mely szövödmény nélkül zajlott le — első napján 5300, másnap pedig 7000 volt a leukocyták száma. Hasonlóan viselkedett a fehérvérsejtek százalékos összetétele is. Az első számolásakor 78% polynuclearis és 20% lymphocytá, a második alkalmával 74% polynuclearis és 20% lymphocytá, a harmadik alkalommal 80% polynuclearis és 17% lymphocytá. Felhozhatnánk még néhány példát, mely mind ehhez hasonló viselkedést mutatott. Mint ezen egy példából is kiténik, a fehérvérsejtek számának és százalékos arányának az elváltozása oly minimális, hogy az influenzának a fehérvérsejtekre való hatásáról beszélni nem lehet.

A nem komplikált esetekben is, tekintet nélkül, arra, hogy melyik napon vizsgáltuk meg a fehérvérsejteket, a legkülönbözőbb eredményeket kaptuk. Nem fontos tehát, hogy melyik napon vizsgálunk, mert úgy leukopeniát, mint normális vérszámot vagy leukocytosist is láthatunk. A szövödmény nélküli eseteinkben megejtett vizsgálat (36 eset) 3200—9400 fehérvérsejtszámot mutatott, minden változatban és a legkülönbözőbb megbetegedési napokon. Többszöri fehérvérsejt-számlálás esetén sem tudunk az eredményen eligazodni, mert pl. egyik betegünkön a rázóhideget követő napon megejtett vérsajt-számlálás 9400, a másnapi 8860 és a

* Bálint: Tympanismus vagotonicus. Orvosi Hetilap, 1917, 14. szám.

harmadnap 7400 fehérvérsejtet mutatott. A kvalitatív vérkép pedig az első alkalommal 60% polynuclearist és 36% lymphocytát, a második vizsgálat 65% polynuclearist és 27% lymphocytát, a harmadik vizsgálat pedig 64% polynuclearist és 30% lymphocytát mutatott. Voltak olyan szövödmény nélküli eseteink is, amelyekben a polynuclearisok voltak kis mértékben megszorodva, de ezen esetekben sem oly nagy mértékben és állandóan, hogy ebből bármi szabályosságra lehetne következtetni. Eppen azért tapasztalataink alapján állíthatjuk, hogy a nem komplikált influenzában a vérkép elváltozása sohasem oly mérvű és nem annyira állandó, hogy ebből a diagnózisra következtethetnénk. Nem szabad a diagnosist tisztán a leukopeniára alapítani, mint igen sokan hajlandók, mert akkor kezdődő typhussal téveszthetjük össze az influenzát.

A szövödmények közül főleg bronchopneumoniát, dissemináltan kezdődő és konfluáló tendenciát mutató lobularis illetve lobaris pneumoniát volt alkalmunk észlelni. A megejtett fehérvérsejt-számlálás itt is a legkülönbözőbb eredményeket adta. Voltak eseteink, a hol leukopenia volt jelen a betegség egész lefolyása alatt a gyógyulásig, és olyanok, a hol kisebb leukocytosist találtunk az exitusig. A fehérvérsejt számából szövödmény jelenlétére sem tudunk következtetni, mert egyik esetünkben, midőn physikailisan semmit sem tudunk a tüdők felett kimutatni, csak a jelenlévő sputum croceumból következtettünk kezdődő pneumoniára; a sputum croceum megjelenése előtti napon megejtett fehérvérsejt számlálás 6200 leukocytát mutatott, míg a másnap, mikor már physikailis elváltozások is voltak, 5900-at. A százalékos arány sem mutatott lényeges elválozást, 68 illetve 70% volt a polynuclearisok és 27 illetve 21% a lymphocyták száma.

Végig kísértük a fehérvérsejt viselkedését naponta egyik pneumoniás betegünkön a betegség egész lefolyása alatt, de itt is a legkülönbözőbb eredményeket kaptuk, úgy hogy ezekből sem lehet semmi biztos következtetést levonni. Azt lehetett volna hinni, hogy a fehérvérsejt szaporodása vagy fogyása valami összefüggésben van a tüdőgyulladás súlyosságával vagy továbbterjedésével, hogy talán valami szabályosság lesz kimutatható a fehérvérsejt egymásközi arányszámában, de e feltevésünk sem bizonyult valósnak. Állításunk igazolására felhozunk egy példát, és a beteg kórtörténetének rövid kivonatát is közöljük.

N. I.-né, 68 éves beteg, pneumoniával lett a klinikára beszállítva. 1918 november 30.-án physikailis vizsgálat baloldalt hátul a VIII. b.-től lefelé tompulatot mutatott, hörgies légzéssel és a belégzés végén néhány crepitatioval. J. o. alul-hátul csak érdes légzés, elvéve egy-egy polynuclearissal. Másnap (december 1), a nélkül, hogy a tüdőbeli állapot változott volna, a fehérvérsejt száma 30.200-ra szökött fel. A betegség következő napján (december 2) a baloldali tüdőbeszűrés engedett ugyan, de helyette a jobb oldalon jelentkezett tompulat, hörgi légzéssel és crepitatioval, és akkor a fehérvérsejt száma 27.000, a polynuclearisoké pedig 95% volt. Az utána való napon (december 3) a bal tüdő teljesen feltisztult és a jobb felső lebenyben volt tompulat, hörgi légzés és crepitatio; a fehérvérsejt száma 22.600, a polynuclearisoké 83%. December 4.-én a status nem változott, de a fehérvérsejt száma 12.100; december 5.-én változatlan status mellett 9000 fehérvérsejt, 75% polynuclearissal és 19% lymphocytával. December 6.-án a tompulat a tüdő felett eltűnt, elvéve egy-egy crepitatio, fehérvérsejt 11.000, polynuclearis 76%, lymphocytá: 20%. December 7.-én j. o. a kulcs felett tompulat kopogtatási hang crepitatioval. Leukocytá: 16.800, polynuclearis: 76%, lymphocytá: 20%. December 9. Tompulát nincs, crepitatio elvéve, leukocytá: 12.100, polynuclearis: 80%, lymphocytá: 17%. December 13. A tüdők felett biztos eltérés nem mutatható ki, leukocytá: 23.600. A reconvalencia alatt is bizonytalanul viselkedtek a fehérvérsejt, mert 17.-én 12.000 és 20.-án 12.700 volt a fehérvérsejt száma.

Mint ezen rövid kórtörténet-kivonatból látható, a fehérvérsejt viselkedése sem a folyamat továbbterjedésével, sem pedig a kiterjedésével nincs arányban és tőle teljesen független úgy a sejtek száma, mint az egymásközi arányuk. Felhozhattunk volna még példát, de azt hisszük, ebből az egyből is eléggé kitűnik, hogy a fehérvérsejtszámból sem a folyamat súlyosságára, sem tovaterjedésére vagy kimenetelére következtetéseket vonni nem lehet.

A Levy által hangoztatott leukopenia szövödmény ese-

tén csak abban az esetben signum mali ominis, ha a fehérvérsejt száma a betegség ideje alatt is folytonosan csökken, mint azt az exitusszal végződött néhány esetünk igazolja, mert ilyenkor a szervezet kimerült, az infectio ellen fehérvérsejt termelésével már nem tud védekezni és így súlyos sepsis képében beáll az exitus. Egyik ilyen esetünkben, a mely két nap alatt vezetett halálra, a fehérvérsejtszám az első napon 2400, a másodikon 1700 volt, tehát ha így viselkednek a fehérvérsejt, mint ebben az egy esetünkben, a biztosan bekövetkező exitusra számíthatunk.

A húség kedvéért meg kell azonban jegyeznünk, hogy volt olyan pneumoniás betegünk is, a kin mindvégig leukopenia állott fenn és mégis meggyógyult, igaz ugyan, hogy a fehérvérsejtszám nem csökkent a betegség tartama alatt.

Ezek szerint tehát nem tudjuk eldönteni, hogy az influenza eddig ismeretlen kórokozója gyakorol-e befolyást a fehérvérsejtet készítő szervekre, ennek az eldöntését arra az időre kell halasztanunk, a mikor a kórokozót már ismerjük. Akkor lehetséges lesz majd állatkísérlettel a hatását a vérkészítő szervekre tanulmányozni. Mert minden egyes még látszólag szövödmény nélkül lezajló esetben sem zárható ki a vegyes fertőzés lehetősége, hiszen elképzelhető az is, hogy a jelenlegi járvány alatt influenzának tartott megbetegedéseket nem is egy kórokozó idézi elő. Ha pedig ezt a feltevést elfogadjuk, akkor lehetséges az is, hogy más és más kórokozó idézven elő a megbetegedést, más- és másképpen reagálnak a fertőzésre a vérkészítő szervek is. És így elképzelhető az az eset is, hogy esetleg többféle fertőzéssel állunk szemben egyszerre, és így a bacteriumok illetve toxinjaik egymást hatásukban gátolják, illetve erősítik. Azaz más szóval lehetséges, hogy leukopeniát okozó bacteriumhoz leukopeniát okozó társul és ilyenkor nagyobb fokú leukopeniát fog a vér mutatni. Ha pedig leukopeniát és leukocytosist okozó fog egymással találkozni, akkor a szerint, a mint az előbbi vagy az utóbbi van túlsúlyban, a vérkép is vagy leukopeniát, vagy leukocytosist fog mutatni. Esetleg ily esetben változatlan is maradhat a vérkép. Talán ez a magyarázata az irodalomban található ellentmondásoknak.

Még egyszer összefoglalva a mondottakat, állíthatjuk, hogy influenzában a fehérvérsejt viselkedése egészen bizonytalan és sem azok számából, sem százalékos összetételéből a diagnózisra vagy a prognózisra biztos következtetéseket nem vonhatunk.

Irodalom. Strümpell: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 40. sz. — Citron: Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 33. sz. — Koepchen: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 34. sz. — Levy: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 36. sz. — Haase és Wohlrabe: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 50. sz. — Jagic: Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 46. sz. — Müller und Zalewski: Med. Klinik, 1918, 47. sz. — Alexander: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 48. sz. — Schiff és Mátys: Orvosi Hetilap, 1918, 47. sz. — Fleckseder: Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 48. sz.

Spanyol nátha és orbáncz egyidejű tömeges jelentkezése.

Közli: *Rosenfeld Bernát dr.*, Munkács.

Munkács városában és vidékén június havában influenza és Koch-Weeks-ophthalmia-járvány jelentkezett; az ophthalmia-járvány mai napig is tart, az influenzát felváltotta a spanyol nátha.

Ez utóbbinak első eseteit az Országos Hadigondozóhivatal munkácsi gyógyintézetében láttam, ahová szabadságról visszatérő katonák, kik vagy már betegen érkeztek, vagy csakhamar megbetegedtek, hurczolták be a betegséget.

Már akkor föltűnt nekem, hogy egyes betegeken, többnyire az arcon, de más testrészekben is, orbáncz jelentkezett. Hogy ennek megjelenési idejét pontosan meghatározhattam, minden lázassá vált beteg köztakaróját megvizsgáltam és így megállapítottam, hogy a betegek nagyobb részén az orbáncz a spanyol nátha 4-6. napján mutatkozott, kisebb részén azonban megjelenési ideje a lázas időszak megjelenésével esett egybe.

Mint hogy közben magángyakorlatomban is az erysipelas-esetek feltűnő módon felszaporodtak, szükségesnek tartottam erre a körülményre a vezetőorvos figyelmét is felhívni.

Szeptember hó közepétől október hó közepéig az orbáncz megbetegedések száma alábbszállott, ekkor azonban ismét annyira felszokott, hogy 10 nap alatt én magam 24 újabb esetet észleltem és a többi kartárstól vett értesülés szerint ezen betegség feltűnő gyakoriságát ők is tapasztalták. A betegek nemcsak helybeliek, hanem vidékiek is voltak.

Saját eseteim közül az orbáncz a spanyol náthában szenvedőknek ezen betegségük 4—6. napján kivétel nélkül az orrán jelentkezett, míg a többin vegyesen, hol az orron, hol más testrészen.

Mindmégannyi, habár quo ad vitam kedvező, mégis súlyos lefolyású eset volt; a könnyebb természetű megbetegedések valószínűleg nem is kerültek orvosi észlelés alá.

Látjuk tehát, hogy valóságos orbáncz-járvánnyal állunk szemben.

A fiatalabb orvosi nemzedék, mely békében elvéve látott valamikor orbánczot, talán nem is tudja, hogy még 34—40 évvel ezelőtt is voltak erysipelas-járványok, melyek nagyobbára kórházakban jelentkeztek.

A régi orvosok külső és viscerális orbánczot különböztették meg, és a pneumonia migrans tüdőorbáncznak tartották; Friedreich is kiemelte a pneumonia migransnak orbáncz-járvánnyal kapcsolatos feltűnő gyakoriságát.

Nem akarok az orbáncz tünettanára részletesen kiterjeszkedni, de szükségesnek tartom néhány oly complicatiójára rámutatni, melyek már azért is közelebről érdekelnek bennünket, mivel, mint a spanyol nátha tünetei is, elég gyakran szerepelnek. Ilyenek: a heveny glottis-vizenyő, melyet Eichhorst larynx-orbáncznak tart (pseudocroup), továbbá orr- és bélvérzések, dysenteriaszerű székletek, pneumonia, sepsis.

A nyálkahártyák orbáncza vagy elsődlegesen itt keletkezik és innen vándorol át a szomszédos külső bőrre, vagy megfordítva a bőrről terjed át a nyálkahártyára. Azokban az esetekben, amelyekben a betegség a nyálkahártyára marad lokalizálva, orbánczos természetének megállapítása nagy nehézségekbe ütközhetik. Leggyakoribb a torokképletek orbáncza, utána az orr és a könyutak orbáncza következik (Eichhorst).*

Mindenképpen feltűnő, hogy spanyol náthás betegek egy tekintélyes részének első és gyakran egyedüli subjectív panasza a makacs torokfájás volt, még pedig nagyobbára lényeges helyi elváltozások nélkül. E körülmény mindenestre alkalmas a torok-orbánczról mondottaknak megerősítésére.

A mi magát a spanyol náthának elnevezett betegséget illeti, tudjuk, hogy kóroktanilag a nézetek még meglehetősen eltérők, és hogy némelyek súlyos lefolyású influenzának, mások streptococcus-, megint mások vegyes fertőzésnek tartják.

Csodálatosképpen még senki sem jutott arra a gondolatra, hogy a klinikailag amúgy sem egységesnek látszó kórforma mögött két egyidejűleg jelentkezett, különböző természetű fertőző betegség rejtőzhetik, melyek közül hol külön az egyik, hol a másik, hol pedig mindkettő együtt támadja meg a szervezetet. Míg tehát az eddigi észlelők a vagy-vagy álláspontján állanak, t. i. a jelenlegi járványt vagy influenzának, vagy streptococcus-, vagy pedig vegyes fertőzésnek tartják: én nagyszámú esetem pontos megfigyelése alapján azt hiszem, hogy a jelen esetben egy egyidejűleg jelentkezett 1. külön influenza-, 2. külön streptococcus-járvánnyal és 3. külön a kettő által előidézett vegyes fertőzéssel van dolgunk.

* Jelenleg kezelésem alatt áll egy 70 éves, orr- és arc-orbánczban szenvedő asszony, kin az orbáncznak a torokképletekre való átvándorlása szépen volt megfigyelhető. A betegség 5. napján torok- és nyelési fájdalomról panaszkodott. A hátulsó garatfalán az uvula magasságában egy körömmagyságú s néhány pontszerű vérzést mutató felületen erosio látható, melynek szélén finom czafatocskák ülnek, jelétül annak, hogy egy hólyag (vesicula erysipelatosae) megrepedése folytán jött létre.

1. Kétségtelen és mindenki tapasztalhatta, hogy a spanyol nátha túlnyomó nagy részben csak úgy folyik le, amint azt az influenzánál egyáltalában megszoktuk, és akár a Pfeiffer-, akár más bacillus a betegség kórokozója, nem látom be, hogy ez eseteket továbbra is miért ne tartsuk influenzának. Ide tartoznak az 1—3 nap alatt lefolyó könnyebb esetek, továbbá a hosszabban elhuzódó hurutos megbetegedések még abban az esetben is, ha pneumonia társul hozzájuk. E pneumoniák — másfajta pneumoniákról később lesz szó — ezelőtt sem adtak kedvező prognoszt és súlyosságuk valószínűleg az emberi szervezet háborus astheniája folytán jelenleg még fokozódott. A valódi influenza-pneumoniákkal még abban is megegyeznek, hogy sok esetben oly tömeges a tüdőszövetbe történt exsudatio, hogy csak próbapunctio útján válik lehetővé az izzadmánytól való elkülönítés. Különlegességük legfeljebb abban rejlik, hogy előszeretettel viselkednek a baloldal iránt.

2. Itt először azt jegyzem meg, hogy streptococcus-fertőzés alatt orbánczot értek; továbbá, hogy az e járvány alatt oly gyakran jelentkező vérzéseket sem sepsises, sem toxikus eredetűnek, hanem az orbáncz helyi hatásából eredőnek tekintem. Ebből egyrészt az következik, hogy a bárholonnan jelentkező vérzéseket orbáncz jelének veszem, másrészt, hogy a régieknek a visceralis erysipelasról szóló tanát is elfogadom.

A vérzések alakoknak általában véve kedvező lefolyása és a bőrvérzéseknek teljes hiánya különben is a sepsis ellen szól.

Hogy azonban az orbáncz következménye nemcsak vérzés, hanem a hatalmas exsudatio folytán a nyálkahártya elhalása és lelekedése is lehet, a következő esetem bizonyítja:

K. Á., 70 éves munkácsi lakos felesége után szintén spanyol náthába esett. A betegség 4. napján hányás, hasfájás, hasmenés, dysenteriaszerű székletek és mérsékelt tenesmus. Egy hét múlva jelentik, hogy a végbélből valami „kijött”. Megnézve a beteget, azt látom, hogy a kissé prolabált végbélből egy 35—40 cm. hosszú, barnás-szürke színű, hártás, csőalakú képlet lóg ki. A képletben néhány lencsenagyságu lyuk van, melyeken keresztül ascarisok láthatók. Másnap az elhalt mucosarészlet lelekedött.

A vérzések közül feltűnő gyakoriak az orrból, kevésbé gyakoriak a légzőszervekből és a bélcsatornából eredő vérzések. Gyomorvérzést eddig még nem láttam. A vérzések megjelenésében bizonyos szabályszerűséget lehet megállapítani; vagy a betegség kezdetén, de leginkább a betegség végén jelennek meg és a közönség — éppen úgy, mint a régi orvosi nemzedék — azt hiszi, hogy krizisszerű jelentőségük van és az orrvérzéseket mesterségesen is iparkodik előidézni.

A mi a haemoptoëkat illeti, nagyobb vérzést csak egy esetben láttam és ezt is olyan betegen, kinek már régóta tüdőcsucs-folyamata van és már előzőleg is néhányszor erősebb tüdővérzése volt. A betegek kissé hosszabb időközben csekély mennyiségű vért köhögnék fel; gyakran a vérköpés egy nap alatt be is fejeződik, némelykor azonban egy hétig is eltart.

Itt nem részletezhető okoknál fogva azt hiszem, hogy a vérzés forrása nem a tüdőszövet, hanem a légcső és a nagy hörgők.

Néhány esetben az orrvérzés közvetlenül megelőzi az orron megjelenő orbánczot.

Ha ezek előrebocsátása után az általam észlelt betegek hosszú során végigtekintve, most már tiszta streptococcus-fertőzések esetek után kutatók, elsősorban tekintetbe jönnek azon betegek, kiken a betegség az orbáncz klinikai képe alatt zajlott le és a kiken a betegség kezdetét az orbáncz megjelenése jelezte.

Ide tartoznak a heveny-gyomorbélhurut képe alatt lefolyt amaz esetek, melyek folyamán bélvérzések vagy dysenteriaszerű székletek mutatkoztak; ide sorolom azon betegeket, kiken a lázon kívül a megbetegedés első-második napján jelentkező orrvérzés, haemoptoë vagy croupos köhögés volt az egyedüli objectív tünet.

Ide tartoznak továbbá az orbánczos pneumoniák. Ama kérdés tisztázására, vajon ily természetű pneumoniák egyáltalában létezhetnek-e, idézem Finklert: „Die Streptococcen-pneumonie führt mehr zur Splenisation als zur Hepatisation der Herde; die Neigung fortzuschreiten und das Zwischengewebe zellig zu infiltrieren, erinnert an eine erysipelatöse Entzündung.“

En kétféle alakot különböztetek meg. Az egyik, mely a megbefedésnek már korai szakában (2—3 nap) válik nyilvánvalóvá és már megjelenésekor az infaust prognosis bélyegét viseli magán. Legfőbb tünetei: magas, minden antipyresissel daczó láz, bradycardia vagy tachycardia, a bőr halaványpiros, kissé kékesbe játszó színeződése, mérsékelt dyspnoë. csekély subjectiv panaszok vagy ezek teljes hiánya, gyér köhögés rózsaszínű, finoman habos köpettel, a tüdők felett csekély kopogtatási eltérés és előbb a bal, később a jobb oldalon is a lapoczkák közepének megfelelő magasságban terjedő tendenciát mutató, legfinomabb, oedemára emlékeztető crepitatio.

Exitus egy héten belül; ante mortem tompulat mindkét tüdő alsó részei felett, semmi vagy alig hallható hörgi légzéssel. Azt hiszem, hogy ez esetekben a fertőzés a tüdőbe való közvetlen aspiratio útján jött létre.

Az orbánczos pneumonia másik alakja, melyről viszont azt hiszem, hogy a torokból, illetőleg a légcsőből és nagyobb hörgőkől való átvándorlás által jön létre, nem oly gyors és egyuttal enyhébb lefolyású. A betegek torok- és légcső-táji fájdalomokról panaszoknak és sok esetben csakhamar megjelenik a vérköpés, mely némelykor egy hétig is fennáll. Csak későn, nem ritkán miután a beteg már láztalanra vált és esetleg már fenn is jár, hallható a bal hónaljvonalban a fentihez hasonló, azonban terjedési tendenciát nem mutató finom crepitatio, mely 2—3 napi fennállás után teljesen eltűnik.

Ide sorolom végül foudroyans sepsis tünetei között elhalt három betegemet, kik közül az egyik, egy 15 éves fiún sűrű petechiális, a másik, egy 18 éves leányon profus bélvérzések voltak.

Némelykor azonban az orbánczos folyamat, anélkül, hogy a tüdőre áttérjedne, csak a larynxra, illetőleg a nagy légutakra marad lokalizálva. Ezt mutatják a következő esetek:

N. N. gör.-kath. lelkész felesége, 24 éves, dunkófalvi lakos, ez előtt mindig egészséges volt, vért sohasem köpött. Miután férje és három gyermeke a spanyol náthán már átesett, ő maga november 1.-én reggel borzongással, torok- és mellkasfájdalmakkal betegedett meg; aznap este vérköpés. November 2.-án állapota a következő: hőmérsék 38,8°, a szív rendben, nyelési és sternum-mögötti fájdalomokról panaszok. Teljesen vízszintes helyzetben, párnák nélkül, mozdulatlanul fekszik az ágyban, mert bemonadás szerint ily helyzetben egy óránál is tovább kibírja köhögés nélkül. A mint felemelkedik vagy felül, rövidesen utána csekély mennyiségű vért köhög fel. A vérköpés a betegség 3., a láz a 4 napon szűnt meg. A tüdőkben mindvégig a legcsekélyebb elváltozás sem volt kimutatható.

Egy második eset, mely egyuttal az orbáncz és a croup közötti összefüggés demonstrálására alkalmas, a következő:

F. I.-né, 25 éves munkácsi lakos, néhány héttel ezelőtt torokfájással és dysenteriform székletekkel kombinált spanyol náthában volt beteg. Két héttel felgyógyulása után két csel dleánya betegedett meg. Az egyik cseléd a betegség 4. napján orr-orbáncz mutatkozott. Ugyane napon 39°-os lázzal és croupos köhögéssel betegedett meg egy öt éves gyermeke. E gyermekben egy nappal később óráig tartó vér-szivárgás jelentkezett mindkét orrnyílásából. Ugyancsak croupos köhögéssel és 40°-os lázzal esett ágyban egy másik három és fél éves gyermeke. Az első a nélkül, hogy stenosis jelenségei mutatkoztak volna, 6 nap alatt gyógyult meg. A kisebbiknek láza (39—40°) tíz napig tartott és habár enyhe, de állandó stenosisos légzése volt. A stenosis jelenségei két ízben igen aggasztóvá váltak. Mindkét gyermekben a torokképletek és a tüdők mindvégig tiszták maradtak.

3. Vegyesfertőzés. Az ide tartozó esetek általában véve elég kedvező lefolyást mutattak; talán a két vírus közötti antagonizmus áll fenn és az egyik a másiknak hatását gyengíti. Ide sorolom azon eseteket, melyekben (mindig csak klinikai értelemben beszélve) mindkét betegség tünetei voltak észlelhetők.

Az esetek részletezése helyett csak egy, de tanulságos példát iktatok ide:

B. I.-né, 59 éves munkácsi lakos, ki összes hozzátartozóival együtt spanyol náthán már átesett, 3 napi köhögés után typosos hurutos influenzában betegedett meg. Hőmérséklete 38,5°-ot nem halad meg. A harmadik nap délután a hőmérsék 37,6°, a 4. nap reggelén 37,2°. Délelőtt hirtelen heves főfájás, délután hőmérsék 39,2°, duzzadt, piros orr; a pirosság az ornyeregig terjed. Az 5. napon az orbáncz áttérjed mindkét arcfélre, a hőmérséke 40°. A 8. napon az orbáncz elhalványodott, a láz 38° alá szállott. A 9. nap reggelén a hőmérsék 39°, a pulsus 122, somnolens, jobboldalt hátul-alul tenyéri területen tompultság, gyér, halk szörccsöléssel. A 10. napon a hőmérsék 39° alatt, a pulsus 100, egyébként status idem. E napon Budapestról hazahívott orvos-fia veszi át a kezelést.

A temperatura ezentúl (per rectum mérve) állandóan 39 alatt marad, a pulsus 86—100, jó minőségű, erős légzési arhythmiával. 11. nap: A bal kulcsontól a 4. bordáig terjedő, erősen rövidült, kissé dobos színezetű kopogtatási hang, legfinomabb crepitatióval. Délután az orbáncz ismét megjelenik az orron, a crepitatio a hónaljvonal felé terjed. A 13. napon a crepitatio eltűnt, azonban a rövidült dobos kopogtatási hang mindvégig megmarad. A 15. napon az orbáncz eltűnőben. A 17. napon az orbáncz teljesen eltűnt, a tompulat jobboldalt feltisztult, ugyanitt dörszörej, mely délután a csecsbimbó felé terjed. A 18. napon a dörszörej elmúlt; gyermektenyéri tompulat valamivel a jobb hulus alatt, hörgőhez közelálló légzéssel, kishólyagú szörty-zörejekkel. 19. nap: tompulat a bal tüdő alsó részén felett bizonytalan légzéssel. A mostanáig fennállott száraz köhögés helyett a beteg nyálkás, genyes köpetet ürít. Nem somnolens, közérzete jó, hőmérséke 37,9°. A 20. napon az orbáncz az orron ismét megjelent, délután erős torokfájás, a torokképletek belőveltek, duzzadtak, kissé stenosisos légzés. A tüdőlelet ugyanaz. 21. nap: A jobb állszöglet alatt a középvonalig terjedő térszatapintatú beszűrődés, délután egy kisebb beszűrődés a bal állszöglet alatt, a torokfájás elmúlt. A 22. napon reggel enyhe stenosis. a beszűrődés kisebb, a beteg láztalan, a pulsus 80, jó minőségű, a beteg jól érzi magát; 11 órakor bányadatságról panaszodik, somnolens, délután 2 órakor 102 pulsus, facies hippocratica, 3 órakor exitus.

Véleményem szerint ezek a pneumoniák sem egységes eredetűek; az alsó lebenyek broncho-pneumoniás gócaival szemben ott van a bal felső lebeny megbetegedése, melyet úgy localisatiója és lefolyása, mint a physikalís lelet alapján orbánczos-pneumoniának vagyok kénytelen minősíteni.

A spanyol nátha változatos kórképeinek általam végzett csoportokba való beosztása, minthogy csak klinikai alapon történt, nem tarthat számot arra, hogy tökéletesnek legyen mondható és elég esetem volt magamnak is, melyeknek hovátartozása homályos maradt előttem; nem is szólva arról, hogy némelykor magának a spanyol náthának a diagnosa is kétes volt, a mikor nem tudtam, hogy nem typhus abdominalissal, exanthematicussal vagy dysenteriával állók-e szemben. Mégis azt hiszem, hogy akkor, a midőn a bacteriologiai vizsgálatok sem bírnak kielégítő fényt vetni a kórfolyamatokra, azzal, hogy a spanyol nátha és az orbáncz közötti esetleges összefüggésre rámutattam, mégis némi szolgálatot tettem az ügynek.

Hogy a streptococcus-fertőzés miért nyilvánult éppen csak minálunk orbáncz alakjában, holott erre különös ok nem forgott fenn, annak magyarázatát adni nem tudom.

A teljesség kedvéért még néhány szót a therapiáról. Meg vagyok győződve róla, hogy a különböző gyógyeljárásokkal elért kedvező eredmények önámításon alapulnak. Oly betegségekben, melynek prognosa olyannyira bizonytalan, hogy egészen tanácstalanul állunk vele szemben, melyben a beteg a legkitünőbb pulsus daczára meghal, a gyógyeredmény helyes megítélése majdnem leküzdhetetlen akadályokba ütközik. En az alkalmazott gyógyszereknek különös hasznát nem láttam; az érvágás konyhasóinfúzióval vagy a nélkül cserbenhagyott. Az a felfogásom, hogy a prognosa annál jobb, minél érzékenyebben viselkedik a szervezet a lázelleltes szerekekkel szemben, elég gyakran nem vált be, a mint hogy egyáltalában az egyik esetről a másikra következtetni nem lehet, mert folyton újabb csalódás éri az embert.

Hosszasan elhúzódó súlyos esetekben, amidőn a test erejének fenntartására különösképpen szükség van, a morphiumnak subcutan használata (0:01) jó szolgálatot tehet. Nem tekintve az előidézett euphoriát, az a beteg, a ki különben minden táplálékot visszautasít, a morphiumos félálomban a táplálékot szívesen veszi magához és az a be-

nyomásom — ha ugyan nem önámítás —, hogy ily módon sikerült néhány beteget az életnek megtartani.

Mialatt e sorok íródtak, elborított bennünket a járvány immár harmadik hulláma. A frontokról hazaözönlő, nagyrészen betegen érkező katonák új életre ébresztették a ragályt. A Bence-émilitette immunitásnak nyoma sincsen; sorban betegeszenek meg olyanok, kik a bajon már előzőleg akár kétszer is átestek. A lefolyás valamivel kedvezőbbnek látszik.

Azt hiszem, hogy addig, a míg a háboru befejezésével járó népvándorlás nem állapodik meg, a spanyol náthától sem fogunk végleg megszabadulni.

Az influenzában megbetegedetteknek colloid-ezüst-készítményekkel való gyógyításáról.

II. közlemény.

Irta: *Benedek László dr. egyet. magántanár és Koronka István dr.*

Az első közleményünkben foglalt adatok lezárása óta a következő eredményeket jegyezhetjük fel, az influenzás betegeknek collargollal való kezelését illetőleg — rövid összefoglalásban.

Azóta összesen 98 súlyos influenzás beteget kezeltünk collargol-injectióval. Az eredeti Heyden-féle készítmény elfogyása miatt a 2%-os, gyógyszer-tárlag készített argentum colloidale 4 cm³-ét alkalmaztuk intravenásan. Ez az oldat még 10—12 nap múlva is változatlanul hatásképes. 98 esetből 58 pulmonalis alak 24—48 órán belül láztalan lett és rövid reconvalescentia után teljesen felgyógyult; 13 súlyos gastrolintestinalis alak közül 6 eset 24, hét eset 48 órán belül láztalan lett, 3 nap alatt pedig a hasmenések teljesen elmaradtak.

18 rostonyás tüdőgyulladás közül 10 esetben láztalanság állott be. 8 tüdőgyulladás jelenleg még kezelésünk alatt van, határozottan javuló klinikai tünetek mellett.

9 bronchopneumoniás betegen 3—5 napon belül lysis állott be az injectio után, a fizikai tünetek javulásával.

Összes eseteinkben, tüdőgyulladás két esetét kivéve, egy injectiót adtunk (2%-os argent. colloidaleból 4 cm³); az említett két esetben 13 nap múlva megismételtük a befecskendezést.

Hangsúlyoznunk kell, hogy a collargol alkalmazása nem jogosít fel arra, hogy más fizikai és gyógyszeres kezeléssel teljesen lemondjunk, így a súlyos pulmonalis alakokban expectoransokat adagoltunk, a hydrotherapiás eljárásokat (kereszikötés stb.) folytattuk, épp így, természetesen a szív és vérkeringés állapotát tekintetbe véve, indokolt esetben cardiotonicumokat nyújtottunk.

A mult közleményünkben ismertetett esetek tanulságait az újabb eseteinkben elért eredményekkel összegezve, adatainkat a következő számokkal fejezhetjük ki:

Argentum colloidaleval eddig kezelt betegek száma 140.

Ebből súlyos, de nem komplikált pulmonalis alak volt 104, ezek közül hat, tehát 5.7% collargolra refraktaer (egyetlen haláleset) módon viselkedett, 98 pedig az injectio után 1—3 napon belül gyógyult, azaz 94.3%.

Gastrointestinalis forma volt összesen 16, ezek egy injectio után 1—3 napon belül gyógyultak, azaz 100%.

Rostonyás és catarrhalis pneumonia összesen 33 volt, ezek közül 8 refraktaer módon viselkedett vagy csak kevés javulást mutatott, 25 pedig, vagyis 35.8% meggyógyult. (Ez utóbbiak közül két esetben 2 injectiót adtunk, a többiben csak egyet.)

A gyógyszer-tárlag készített argentum colloidale után számottevő helyi reactio egy esetben sem fordult elő.

A collargol-injectio után beálló typosos általános reactio, melyet többek között *Boyen* is a kedvező hatás biztos jelének tartott, utóbbi eseteinkben is majdnem kivétel nélkül előfordult és főleg hidegrázással, a hőmérséknek 1—1½° C-sal emelkedésével és bő izzadással volt jellemző.

A közölt kedvező százalékos számokon kívül indokolja

és logikussá teszi a collargollal való kezelést a mostani influenza esetekben egyrészt az a körülmény, hogy a súlyos esetek, mint arra előbbi közleményünkben is reámutattunk, bacteriaemiás-pyogen fertőzés által vannak feltételezve, a septikus bántalmakban pedig a colloidezust készítmények kedvező hatása általánosan ismeretes, másrészt pedig a typosos általános reactio azt bizonyítja, hogy olyan gyógyszerről van szó, a mely hatásában az úgynevezett fajlagos gyógyszerekre emlékeztet: vagy a kórokozók közvetlen elölésével, vagy a kóros göczök elpusztításával.

Közlemény a Fehérkereszt-gyermekórházból. (Főorvos: Berend Miklós dr., egyet. magántanár.)

A Pirquet-féle cutanreactio viselkedése a járványos influenzában.

Irta: *Schiff E. dr.*

A mostani influenza-járvány kezdetén betegek röntgenológiai vizsgálata alkalmával tizenöt éves, influenzában szenvedő leányon typosos baloldali hilusmirigy-tuberculosist állapíthattam meg. A megajtott Pirquet-reactio negativ lett. Minthogy semmi olyan körülmény nem állott fenn, a mely a reactio e viselkedését megmagyarázta volna, arra kellett gondolnom, hogy az allergiának e megváltozása nincsen-e összefüggésben az egyidejű influenzás megbetegedéssel. Ebben az irányban végzett vizsgálatok azok, a melyekről ezen a helyen beszámolni óhajtok.

A mint az alábbi táblázatból látható, 64 esetben végeztünk cutanreactiót, 61 esetben negativ, 3 esetben gyöngén positiv eredménnyel. (E positiv reactiókat három testvéren találtuk a megbetegedés 3. napján.) 28 esetben a reconvalescentiában ismételt vizsgálat a cutanreactiót és azt találtuk, hogy 13 eset közül a reconvalescentia 5. napján 12 esetben a reactio negativ, 1 esetben gyöngén positiv lett, a 10. napon ötből 4 eset negativ, egy gyöngén positiv, a 15. napon 8 eset közül 7 negativ, egy gyöngén positiv, végül egy-egy esetünk a reconvalescentiának 17., illetőleg 28. napján is negativ reactiót adott.

A vizsgált esetek száma	Pirquet		Areconvalescentiában vizsgált esetek száma	Pirquet	
	positiv	negativ		positiv	negativ
	esetben			esetben	
64	3	61	28	5. napra 1 eset	12
				10. " 1 "	4
				15. " 1 "	7
				17. " —	1
				28. " —	1

Nyolcz esetben a megbetegedés acut szakában intracutan-reactiót is végeztünk, 5 esetben negativ eredménnyel; az előbb említett három testvéren, akiken már a cutanreactio is gyöngén positiv volt, az intracutan is természetesen positiv lett. További két esetben a reconvalescentiában végzett intracutan reactio gyöngén positiv lett, egyik esetben azután két, a másikban pedig négy nappal később a cutanreactiót is positivnak találtuk.

Jóllehet ezeket a vizsgálatokat csaknem kizárólag idősebb gyermekeken végeztem (6—16 éveiken), mégis felmerülhet az az ellenvetés, hogy vajjon náluk influenza megbetegedéstük előtt positivnek találtuk volna-e a Pirquet-reactiót. Éppen ezért mintegy controll gyanánt fetnötteken is végeztem ilyen vizsgálatokat, a mennyire erre alkalom adódott. A vizsgált 10 eset mindegyikében a cutanreactiót negativnak találtam. Megemlítjük továbbá, hogy 3 klinikailag manifest tuberculosist mutató gyermekbetegünkön is negativ eredményű volt a cutanreactio. Ezek közül kettőn hilustuberculosis, egyen spondylitis tuberculosa állott fenn. Végül legyen szabad ezen a helyen még *Hamburger*-nek arra a

statisztikájára utalnom, amely a különböző életkorú gyermekek pozitív tuberculin-reactiójának gyakoriságára vonatkozik.*

Vizsgálataim eredményeit röviden összefoglalva, azt találtam, hogy egyes eseteket leszámítva, a Pirquet-reactio az influenza alatt negatív lesz. Az az idő, amikor ismét pozitívvá válik a reactio, individualisan változó. Vizsgálataink szerint az a reconvalescentiának még a negyedik hetében is negatív lehet. Ezek a viszonyok teljesen azonosak azokkal, amelyeket morbilli eseteiben találunk. Preisich hívta fel először a figyelmet arra a fontos körülményre, hogy morbilli alatt a cutanreactio negatívvá lesz. Pirquet ezeket a vizsgálatokat folytatva azt találta, hogy a reactionnak újból pozitívvá válása az acut szak lezajlása után körülbelül egy héttel következik be. Éppen úgy, miként morbilliben, influenzában is az allergiának csökkenése, illetőleg megszűnése jön létre. Utóbbi megbetegedésben azonban, úgy látszik, ezek az alteratiók súlyosabb természetűek. Erre abból következtettünk, hogy az influenza kiállása után az anergiás szak rendszerint hosszabb ideig áll fenn, mint morbilliben. Ennek az anergiának veszedelme kanyaró esetén általánosan ismert. Klinikailag ez a morbilli után gyakran fejlődő tuberculosus megbetegedésekben nyilvánul meg. Hogy az influenzában e tekintetben hasonló viszonyok állanak fenn, azt régebbi tapasztalatok is igazolják. Így a legutóbbi influenzapandemia igen nagy tuberculosus-halálózást vont maga után.

Ezeket a viszonyokat a háborus állapotok következtében igen súlyosan kell megítélnünk. A kedvezőtlen külső körülményeknek ártalmas befolyása úgy a tuberculosus megbetegedések propagálódására, mint a tuberculosus-morbidityra általánosan ismeretes. Sajnos, a háboru ebből a szempontból is igen kedvezőtlen viszonyokat teremtett. És ha már most ezen actualis ártalmakhoz még hozzávesszük, hogy az influenza milyen óriási mértékben szedi áldozatait, hogy napról-napra milyen tömegesen történnek újabb és újabb megbetegedések, és hogy az influenza alatt és utána is egyidejűleg a betegeknek tuberculinnal szemben allergiája megszűnik, illetőleg jelentékenyen csökken, akkor ennek a helyzetnek súlyossága minden további nélkül nyilvánvalóvá válik. Későbbi statisztikai adatok adhatnának erre vonatkozólag majd pontos felvilágosítást.

Reánk gyermekorvosokra háramlik az a fontos feladat, hogy az influenza kiállása következtében immunitásában erősen gyöngült jövő generatiókat a prophylaxis minden rendelkezésünkre álló eszközével a tuberculosus-fertőzéssel szemben megvédelmezzük.

Irodalom. F. Hamburger: Die Tuberkulose des Kindesalters, 1912. — Preisich: Budapesti orvosgyelet, 1907, nov. 9. — Pirquet: Deutsche med. Wochenschrift, 1908, 34. kötet. — G. Jürgens: Influenza. — Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Martin Friedemann: Anatomie für Schwestern. Fünfte unveränderte Auflage. Jena, Gustav Fischer, 1918.

A német ápolónők alapos kiképzésére való törekvést bizonyítja az oktatásukra írt tankönyvek mineműsége; e tendencia sikerének próbaköve, e művek nagy elterjedése (a megbeszélés tárgyát tevő könyv a mai napig öt kiadást ért meg, az utolsó négy a háborús évekre esik). Friedemann mesteri módon találta el az ápolónők részére szükséges tudnivalók egyes, átnézetes csoportosítását, a szöveget kitűnő kiviteli ábrákkal tarkítja s mindig a gyakorlatot tartja szem előtt.

Deutsch Ernő dr.

* Ugyanilyen vizsgálatokról számolt be néhány hét előtt Preisich a közközházi orvostársulat ülésén. Ő is azt találta, hogy influenzában a cutanreactio az esetek túlnyomó részében negatív. Preisich vizsgálatainak különös fontosságát ad az a körülmény, hogy azokat felnőtt egyéneken végezte.

Lapszemle.

Belorvostan.

A cholin mint a bélmozgások hormonja. Le Heux utrechtii assistens Weiland vizsgálataiból indul ki. Weiland azt találta, hogy különböző emlősök izolált túlélő gyomor-bélcsatornája vízben vagy sóoldatokban a serosa felől oly anyagot ad le, mely a gyomor és vékonybél peristaltikáját fokozza. Le Heux viszont chemiai és physiologiai methodusokkal kimutatta, hogy ezen anyag $\frac{3}{4}$ részében cholinból áll. A hatékony rész thermostabilis, alkoholban, methylalkoholban jól, acetonban, chloroformban és aetherben ellenben nehezen oldódik. Vizes oldatából phosphorwolframsavval kicsapható. Alkoholos oldatban sublimattal és platinchloriddal ad csapadékot. A bélfal által leadott anyag mikrochemiailag is teljesen megfelel a cholinnak. A légzésre, vérnyomásra és bélmozgásokra is úgy hat ez az anyag, mint a megfelelő concentrációjú cholinoldat. Teljes házinýúlvékonybél egy óra alatt 3 milligr. cholinat ad le serosa-felzínéről. Minthogy a túlélő normalis gyomor-bélhuzam, mialatt rendes mozgásait végzi, cholinat választ ki, kell hogy ez az anyag a gyomor-bélfalban normalisan, az élő egyénben is meglegyen. A physiologiaian tekintetbe jövő cholinmennyiségek támadási pontja az Auerbach-plexusokban van. A cholin mindenesetre az Auerbach-plexusok automatás működésének alapfeltétele s így a bélmozgások hormonjának tekintendő. Mint ilyennek pedig pharmacologiai szempontból lesz nagy jelentősége. További vizsgálatok fogják kideríteni, hogy a cholin mely forrásokból származik, miként lesz mennyisége szabályozva, és mily viszonyban van egyéb szervek cholin-tartalmával. (Pflüger's Archiv f. Phys., 1918, 173. köt.)

Weber dr.

Sebészet.

Az a. vertebralis aneurysmájáról értekezik W. Kausch. Nöbeteget volt alkalmá operálni, ki fején lövésű sérülést szenvedett. A Röntgen-vizsgálat két golyót mutatott, az egyiket a jobb fül mögött, a másikat a bal csecsnyujtvány táján. A lövedékek eltávolítása után a beteg a halántékon és a hátulsó koponya táján fájdalomról panaszkodott. A bal csecsnyujtvány alatt erősen pulzáló, sima felületű daganat képződött, az aneurysmára jellegzetes egyéb tünetekkel. A carotis compressiója az aneurysmán nem okozott változást. A műtét abból állott, hogy a szerző az aneurysma zsákját kiproeparálta, megnyitotta és a rögöket eltávolította. Az e beavatkozás után keletkezett nagy vérzést csak ujjal való compressióval sikerült csillapítani, az a. vertebralis lekötése lehetetlen volt. A légzés kimaradt és beállott a halál. A vérveszteséget a szerző $\frac{3}{4}$ literre becsülte.

Esete kapcsán a szerző az a. vertebralis-aneurysmák különböző műtéti eljárásait tárgyalja. Nem czélszerű az a methodus, amelynek segítségével az aneurysmászák felett és alatt az a. vertebralis lekötni igyekszünk. Ennek kivitele, különösen ha az arteria nagyobb darabja tönkrement, a csont kivésése után is csaknem lehetetlen. Legjobb az eret centralisan, vagyis a subclaviából való kiindulása helyén lekötni. A centralis rész lekötésével a vérzés veszélye megszűnik, mert az a. vertebralisból csak jelentéktelen mellékágak indulnak ki. Ha ilymódon a gyögyulás nem következnek be, akkor ajánlatos az aneurysmászákba coagulent, vaschloridot, jodtincturát befecskendézni. Mint ultimum refugiumot említi meg a szerző a zsák bű megnyitását és tamponálását. Az a. vertebralisnak a hátulsó koponyatáján való megkeresése igen nehéz, egyrészt mivel e táj vérbű, másrészt az ér mélyen fekszik. (Zentralbl. für Chir., 1918, 49. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Szülészet és nőorvostan.

A Weiss által ajánlott teljes forrófürdők hatása a testhőmérsékre általában és különleges hatása a gonorrhoeára czimen értekezik G. F. Mönch, a tübingeni kli-

nika assistense. Közismert, hogy a Neusser-féle gonococcusok fejlődését 39–40° C meleg erősen gátolja, 42° C-t meghaladó hőmérséken pedig a gonococcus-culturák tönkremennek. Ebből a tapasztalati tényből kiindulva ajánlotta először Weiss a gonorrhoea gyógyításában a forró-fürdőket. Sikertült neki 43.5° C hőmérsékű fürdőkkel az emberi test hőmérsékét 40° C-t meghaladó hőmérsékre felhajtani. Az eljárásával kezelt 11 gonorrhoeás betege közül 5 alig egy-két forró fürdőre teljesen gyógyult, 6 betege pedig a fürdőkúra mellett alkalmazott helyi gyógykezelésre lényegesen rövidebb idő alatt gyógyult, mint a csupán csak helyi kezeléssel gyógyított betegek. Mönch nagy szabatossággal végzett kísérletei tulajdonképpen klinikai ellenőrzései Weiss eljárásának. Mönch szerint kétségtelen, hogy forró teljes fürdőkkel az emberi szervezetben rövid ideig tartó láz, sőt magas láz provokálható, de csak a legkritikább esetben létesíthető akkora magas láz, amely a szervezetben élősködő gonococcus-culturák teljes elpusztítására elegendő volna. A felkeltett láz sokkal rövidebb ideig tart, semhogy a gonococcus-culturák elpusztulhatnának. Gonorrhoeás megbetegedésekben tehát a helyi kezelés nem nélkülözhető. A fürdők csak lényegesen megrövidíthetik a helybeli kezelés gyógytartamát. A félfürdők a tésthőmérsékletet nem emelik a kívánt hőfokra. Minthogy a forró teljes fürdőkkel végzendő kúra végtelenül körülményes és azt igen sok szervezet el sem bírja, ezért különösebb gyakorlati érték a Weiss-féle forró fürdős eljárásnak nem tulajdonítható. (A forró fürdőket eredményben is, kivételben is messze túlhaladja a thermopenetratio, amely hazai irodalmunkban *Kelen* közleményéből ismerünk. Ezzel az eljárással helybelileg a szövetek, sőt a csontok is könnyen és tartósan felmelegíthetők 49–50°-ra. Referens.) (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 47. szám.)

Gyermekorvostan.

Gyermekkori symmetriás gangraena és bujakór címmel ír *Lütjohann*. Öt éves gyermekén öröklött lues kapcsán a test számos helyén bőrgangraena jelentkezett, majd mindkét lábra kiterjedő symmetriás gangraena (morbus Raynaud) fejlődött. Míg a bőrnecrosisok specifikus kezelésre gyógyultak, a lábak gangraneája, miután mindkét lábfo a bokaizületben leöklődött, exitusra vezetett. Ennek az esetnek kapcsán foglalkozik a szerző a syphilis és a Raynaud-kór közötti vonatkozásokkal. *Elsenberg* után több más szerző észlelt lues kapcsán Raynaud-kórt. Ez észlelések megtanítottak bennünket arra, hogy rohamszerűen jelentkező cyanosis esetén lues után kutassunk, amikor is az antisiphilises kezeléstől gyógyulást remélhetünk. Ugyanez észlelések alapján a symmetriás gangraena keletkezését lueses érmegbetegedéssel magyarázták.

A szerző esetében a bántalom a specifikus kezeléssel szemben refractaer maradt, syphilises érfalmegbetegedés szintén nem volt kimutatható és így a bántalom keletkezését a már Raynaud által felvett érgörcsössel kellett magyarázni. Ámbár a két megbetegedésnek többször észlelt együttes megjelenése az okozati összefüggést közelfekvővé teszi, a szerző szerint a lues szerepe a Raynaud-kór keletkezésében ezidő szerint még nem tisztázott. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1918, XV. kötet, 1. szám.) *Weil Artúr dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Influenza súlyos eseteit *Kautsky* jó eredménnyel kezeli diphtheriaellenes gyógysávvá (2000–3000 egység), kombinálva kámfor nagy adagaival, esetleg coffeinnal. (Mediz. Klinik, 1919, 3. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 6. szám. *Jankovich László*: A mellékveséből kiinduló melanoma. *Schuster Gyula*: Adatok az Alzheimer-betegség ismeretéhez.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 7. szám. *Torday Árpád*: A kiütéses typhusról. *Sellei József*: Terpentinolaj-injectiók bőrbetegségeknél.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Issekutz Hugó dr.* magántanárt a gyógyszerstan ny. rendkívüli tanárává nevezték ki a kolozsvári egyetemén. — *Diósszilágyi Sámuel dr.-t*, Makó város kerületi orvosát tiszteletbeli megyei főorvossá, *Korányi Barnabás dr.-t*, *Schmidt János dr.-t* és *Palágyi Jenő dr.-t* az aradi közpórházhoz osztályvezető főorvossá nevezték ki.

Meghalt. *Balds Dezső dr.* sebész-főorvos Sátoraljaújhelyen. — *H. Fischer*, a boroszlói egyetem nyugalmazott sebész-tanára, 88 éves korában. — Külföldi lapokban olvassuk, hogy *Bossi* tanár, a nálunk is ismert milanoi nőorvos-professor, egy megcsalt férj bosszújának áldozata lett. *Bossi*-nak ez az utolsó, de nem a legelső „affér“-ja; legutóbb hűtlen kezelés miatt egy évre fel is függesztették az állásától.

Hírek külföldről. Kopenhágában *Gammelhoff dr.-t* a nőorvostan tanárává nevezték ki. — Jenában *E. Engelhorn dr.*, aki a *Henkel* tanár elleni vizsgálat idején a női klinikát vezette, rendk. tanár lett. *Henkel* tanár visszahelyezése ellen különben az orvostanári testület tiltakozást jelentett be a kormánytól. — A kölni orvosi akadémiát teljesjogú orvosi fakultássá akarják kibővíteni, ami ellen azonban a közeli bonni egyetem tiltakozik.

A Magas Tatra sanatóriumai és gyógyhelyei Ótátrafüreden, Újtátrafüreden, Tátraszéplakon, Tátraotthonban és Matlárházán állandóan rendes üzembn vannak. Felvilágosításokat ad a Menetjegyiroda.

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

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz. Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20–19.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlampe.

Csernel-Bloch-Rajka Bakteriologiai laboratorium. Dajka-vizsgáló intézet. Sas-u. 20. Tel 109-59.

Dr. Székely-dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: 97–60. Dajka-vizsgálat.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: újonnan kibővítvé ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83–21.

ZANDER -intézet. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató-főorvosok: Dr. Melba Armand és Dr. M. Hilf Paula.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásával

Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vízgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb.

Főorvosok: Termális kurák: *dr. Bosányi Béla*, igazgató. Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza*. Belégzési gyóymód: *dr. Safranek János*, egyetemi m.-tanár. Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla*.

Kívánatra prospektus.

Kívánatra prospektus

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Vízgyógyintézet, gyóymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Fővárosi Fásor Sanatorium vegyi-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15–26

Dr. GRÜN WALD SANATORIUM

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Helioterapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

Városmajor-Sanatorium és Vízgyógyintézet

Részvénytárs. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon: 88–99.

Újonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetésével. Bel-, ideg-, szívbetegek és üdülők részére. Hízaló-kurák.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (XVII. rendes tudományos ülés 1918 november 9.-én.) — XX. rendes tudományos ülés 1918 november 30.-án. — Közkorhási Orvostársulat (VII. bemutató szakülés 1918 április 10.-én.) 81—83. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1918 november 9.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

A légszöböl tracheofissióval eltávolított mogyorónagyságú polypus sarcomatosus.

Navratil Dezső: 28 éves férfi 5 hónap előtt kereste fel az I. számú sebészeti klinika gégerendelését fuldoklási panaszokkal. Baja egy év óta áll fenn. Eleinte kisebbfokú légzés-zavarok jelentkeztek a betegen, utóbbi időben azonban a légzés mind nehezebbé vált, úgy hogy a beteget a fulladás veszélye fenyegette. Gégetükri vizsgálattal körülbelül 3 cm.-nyire a hangrés alatt a légszö szederszerű képlettel van kitöltve, mely ugylátszik baloldalt a légszöhoz fixált, míg jobboldalt a ki- és belégzéskor kisfokú emelkedés és süllyedés látható rajta. Tekintettel a beteg erős légszómjára, azonnali műtét határozottatott el, amelynek véghezvitelével Dollinger tanár a bemutatót bizta meg. Feltárja a légszövet az I—VII. trachealis gyűrűn át helyi érzéstelenítésben. Az első köhögés-roham alatt a képlet beékelődik a sebzés alsó polusába, úgy hogy a beteg nem léghet, cyanosisos lesz. Egy éppen kéznél levő polypkacsál-alákerül a daganat alapjának és azt onnan letépi. Erre a beteg magától kezd lélegzeni. A gondos vérzés-csillapítás után a daganat alapját, amely körülbelül fillérvnyi és a II—IV. trachealis gyűrűnek megfelelőleg baloldalt foglal helyet, fehér izzású platinauterral $\frac{1}{2}$ cm.-nyire az épben vágja ki. Nyitvakezelés. Kisebb hőemelkedések. A sebzés egy hónap múlva bezárul. Jelenleg, öt hónappal a műtét után, gégetükörrel normalis viszonyok láthatók a légszöben, a tracheofissio helyén egy kis kendermagnyi granuloma kivételével, a mely azonban szemmel láthatólag kisebbedik. A kiirtott képlet, melyet Buday tanár vizsgált meg, polypus sarcomatosus volt. A beteg gyógyultnak mondható és reményünk van arra, hogy a baj nem fog kiújulni. Amennyiben ez azonban mégis bekövetkeznék, szóló az általa ajánlott körkörös trachearesectiót végezné, a mely abban áll, hogy a kóros terület fölött és alatt az épben egy-egy trachealis gyűrűt submucosusan eltávolít, hogy így a varratok ne vágjanak keresztül a porcra, hanem ideális körkörös per primam egyesülés jöjjön létre minden szükület nélkül a csontok nyálkahártyája között.

Az esetet egyrészt azért mutatja be, mert az ily esetek felettébb ritkák; az irodalomban csak nagyon kevés van ismertve. (Az I. számú sebészeti klinika 20 éves beteganyagában ezzel együtt csak három fordult elő. Ezek közül is az egyik kórszövettenilag diagnoskálva nem volt.) Másrészt, hogy kiemelje a felső légutak nyálkahártyáján levő körülírt rosszindulatú képleteknek az épben való eltávolításakor a fehéren izzó electrocauter alkalmazásának nagy értékét — szemben az élesen (késsel, ollóval) való dolgozással —; ennek tulajdonítja, hogy ez az eset sem recidivált még idáig, bár a sarcoma elég mélyre terjedt, sőt a porcra is a bántalom keretébe vonta. Körülírt gégerák eseteiben 4—9 évre terjedő recidivamentességet ért el azzal, hogy a rákot laryngofissio után az épben nem késsel vagy ollóval, hanem fehéren izzó electrocauterral vágta ki. Kiemeli, hogy különösen kezdeti, de esetleg még előrehaladottabb stadiumban is az eseteket szigorúan individualizálni kell a beavatkozás szempontjából és nem helyes mindjárt a túlradiális álláspontra helyezkedni.

Réthli Aurél: Nagy kiterjedésű, a bifurcatiót is meghaladó trachealis carcinoma esetét említi fel, melyben Onodi tanár klinikáján tracheotomia után többször éles kánállal való kikaparás vált a fulladás veszélye miatt hirtelen szükségessé. Minthogy a többszöri kikaparás dacára a trachea lumene állandóan szűkebb lett, Gluck-féle pneumotomia végeztetett, mely azonban a beteget már nem menthette meg.

(XX. rendes tudományos ülés 1918 november 30.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

Nagy koponyacsonthiány pótlása tibiával.

Mező Béla: D. J. 8 éves leányt egy év előtt perforatív caries cranii miatt operálta. Ez alkalommal a koponyacsontot körülbelül fél férfitenyér nagyságban kellett eltávolítani. Minthogy a megbetegedés helyén a fejbőr is gümőkóros volt, körülbelül gyermektenyérvnyi darabot abból is ki kellett vágnia. Kellő utókezelés mellett a seb szépen begyógyult, még pedig úgy, hogy az anyagihiány közepén az agyvelőt csak a vékony hámréteggel borított dura mater védte. Mivel a műtét után egy évvel a műtét helyén gümőkóros megbetegedésnek nyoma sem volt, a csonthiány pótlására határozta el magát. E végből a durán levő heget eltávolította. A csontszél kikészítése után a hiány $7 \times 4\frac{1}{2}$ cm. volt. Minthogy a vékonycsontú koponyán ily nagy anyagihiány fedésére a Müller-König- vagy a Hacker-Durant-eljárás nem látszott alkalmasnak, az anyagihiánynak a tibiából való fedésére szánta el magát. E célból mindkét tibiából a tibia egész szélességét felölelő két 8 cm. hosszú csontdarabot fűrészelt ki, úgy hogy a periosteum sértetlenül megmaradt rajtuk. Hogy a csontlemezek a koponya görbületéhez idomuljanak, a csontokat a velőür felőli oldalon a periosteumig terjedően befürészelte és meghajlította. Az így meggörbített csontokat aztán úgy tette az anyagihiányra, hogy az anyagihiány szélén a lamina externát $\frac{1}{2}$ cm.-nyire kivéste, a mivel elérte, hogy a behelyezett csontok szilárdan állottak. A fejbőr kellő felpraeparálása után sikerült a bőrszéléket fesülés nélkül egyesíteni. A kis beteg 3 héttel a műtét után teljesen gyógyult. A bemutatót azért tartja érdemesnek, hogy demonstrálja, hogy szabad periosteumátültetéssel mily nagy koponyadefectusokat lehet pótolni.

A rák histogenesise.

Rotter Henrik: Az előadó az ú. n. „Keimbahn“-tan adaiból indul ki. E szerint az ivarsejtek nem a nemi mirigyek productumai, hanem az osztódó petéből erednek és az ébrenyi fejlődés korai szakában válnak külön a somasejtektől. A fejlődő szervezetben vándorolnak, a nemi mirigyek fejlődése helyén tömörülnek, de ezen vándorlás közben többkevesebb a szervezet szöveteiben elakad, disseminálva marad. Az előadó ezekből a disseminált sejtekből származtatja a malignus daganatokat. Hypothesisét tárgyi bizonyítékokkal igyekszik megtámasztani. Első része ennek a munkának az volt, hogy az emberi foetusokban ezeket a disseminált sejteket kereste eredményesen. Egy 7 cm. nagyságú himnemű emberi embrióban 34 ilyen disseminált izomsejtet mutatott ki, még pedig azokon a helyeken, a hol tudásunk szerint a rák férfiban a leggyakoribb, a végbél, máj, pankreas, pylorus, oesophagus közelében a mesenteriumban és a retroperitonealis kötőszövetben. Bizonyítékainak másik csoportját a cytologia köréből merítette. Megtalálta az ivarsejtekre annyira jellegzetes heterotipiás mitosist vagy reductiót osztódást a ráksejtekben is; sejtmagcopulatiót állapított meg ráksejtekben; az amitosisos sejtszótódás hasonlóságát látta az ivarsejtekben és ráksejtekben egyaránt. A Hattwig-féle magplasma-relatio ugyanolyan a ráksejtekben, mint az ivarsejtekben. Kimutatta, hogy a ráksejtek és az ivarsejtek nucleolusainak egyformán erős az eosinophilája. Ezekon kívül utal arra, hogy a ráksejt és ivarsejt azonos biológiai viselkedést mutat az x-sugarral szemben. A petefészkek és here apogoniumait és spermatogoniumokat éppen úgy el lehet velük ölni, mint a ráksejteket. Végül rámutat, hogy az Abderhalden-féle serum-reactio terheseken és rákbetaegeken igen gyakran kölcsönösen pozitív, a minek a magyarázatát abban találja, hogy a rák és

az embryo is ivarsejtektől származik. Ha figyelembe vesszük, hogy a szervezetben csak az ivarsejt rendelkezik a szaporodóképesség olyan potenciájával, mint a ráksejt, a hypothesis még valószínűbbnek látszik.

Embryologiai és cytologiai vizsgálatainak eredményeit vetített képekkel illusztrálja.

Az elmondottakat a bemutató még nem tartja elegendőnek arra, hogy a hypothesis teljesen bebizonyítottnak tekintse. De reméli, hogy a rákproblema a feltett úton megfejthető. Ha a hypothesis helyes, akkor a rák prophylaxisára is módot ad. Az x-sugarakkal a disseminált ivarsejteket is el lehet ölni.

Végül köszönetet mond **Viktorin Szergejevics Gruzdevnek**, a kazáni egyetemi nőklinika igazgatójának, a ki az orosz fogságban módot és alkalmat adott neki tudományos dolgozásra, munkáját oroszra lefordította és a kazáni orvosegyesületben elreferálta.

Krompecher Ödön: A rák histogenesisének kérdése a legszorosabban függ össze a többi daganat histogenesisének kérdésével és e téren sok tekintetben még annyira fogyatékosak ismeretelnk, hogy minden oly törekvést, amely belevilágít a kérdésbe, a legnagyobb örömmel kell fogadnunk. A rák histogenesisére vonatkozó elméletek közül csak a *Ribbert*-, a *Hauser*- és a *Cohnheim-Ribbert*-elméletet említi. *Ribbert* szerint a hám burjánzását a kötőszövet szaporodása előzi meg. E szerző szerint ugyanis a rákot kiváltó momentum elsődlegesen a kötőszövetre hat, ez szaporodik, sarjszövet alakjában benő a hámra, ennek egyes részeit lefűzi s e lefűződött hámrészletekből keletkezik a carcinoma. *Hauser* felfogása értelmében elsődleges a hám burjánzása, amennyiben a rák-noxa elsődlegesen hat a hámra. *Hauser* ezen elméletéhez csatlakoznak a pathologusok is, úgy hogy a rák mai felfogásunk értelmében a hám elsődleges, activ burjánzása folytán támad. Az a sokat vitatott kérdés, vajjon a rák a meglévő epidermisből indul-e ki, avagy lefűződött hámrészletekből keletkezik, mint ezt főleg *Cohnheim* és *Ribbert* hangoztatja, ma annyiban tekinthető eldöntöttnek, a mennyiben kétségtelenné vált, hogy a carcinomák úgy az epidermisből, mint levált hámszigetektől fejlődnek. E kérdésnek a basalsejtű rákról szóló monographiájában is külön fejezetet szánt, azt azóta is állandóan figyelemmel kíséri s kétségtelen, hogy a bőrrákok, de egyéb carcinomák is ilyen kétféle kiindulást mutatnak. Az eltévedt csírákból kiinduló ritkább rákok, pl. a parotis rákjai is körültekintő, kihámozható, az epidermisből kiindulók pedig összekapcsolódnak. Hangsúlyozni kívánja, hogy a carcinomákban a hámra a burjánzásán kívül legfeljebb a kötőszövet szaporodik, de egyéb szövet (csont-, porc-, izom-, mirigyszövet) nem fordul elő. Fontos továbbá megjegyezni, hogy a carcinomát alkotó hám gyakran úgy viselkedik, mint az a hám, amelyből kiindult. A bőrrák hámja pl. elszarusodik, az emlő elzsírosodik, a bél elnyálkásodik, a pajzsmirigyé colloidot termel.

Ezeknek az előrebocsátása után áttér *Rotter* vizsgálatainak a kritikai méltatására. *Rotter* szerint a carcinoma mindig oly csírákból indul ki, melyek a fejlődés legkezdeti szakában a petesejtől leváltak, ivarsejteknek felelnek meg és vándorlásnak indulva, a szervezeten kívülre kerültek. Ez az elmélet nem fogadható el, mert minden tekintetben ellenkezik a mindennapos tapasztalatokkal. A petéből levitt részlet k. szövetképzés, szövettermelés szempontjából omnipotentek, mindhárom csíralevelelbeli szöveteket termelnek s ha *Rotter*-nak igaza volna, akkor 1. minden carcinomának mindhárom csíralemezhez tartozó szövetekből kellene állania, vagyis csontot, porcot, izomat, szerveket is kellene tartalmaznia, 2. minden carcinomának többé-kevésbé körültekintőnek kellene lennie. De az a körülmény is, hogy a külbőrből kiinduló rák elszarusodik, a bélből kiinduló elnyálkásodik, sehogy sem egyeztethető össze *Rotter* elméletével, mely szólo véleménye szerint messze túlló a célzon. Ily eltévedt omnipotens ivarsejtekből nem a carcinoma, hanem a teratomák és teratoid daganatok magyarázhatók és magyarázhatók is régtől fogva. A teratomák ovulogen és blastomer elmélete régóta hangoztatja, hogy a teratomák eltévedt petesejtekből, illetve fiatal embriókból indulnak ki. Azt tehát, amit *Rotter* meg akar magyarázni, azt az elméletével nem lehet kielégítően magyarázni, amit pedig vele meg lehet magyarázni, azt már régóta magyarázzák is. A *Rotter*-féle magyarázat nemcsak erőtlen, hanem a tényeknek ellentmondó is s így nem fogadható el.

Rotter Henrik: Köszöni a hozzászólást, a melyre a következő megjegyzéseket teszi. Előadásából kiviláglik, hogy teoriáját nem tekinti teljesen bebizonyítottnak; ezt csak további vizsgálatoktól várja. De utal ismét arra, hogy a disseminált sejtek megtalálása, az a sora a cytologiai hasonlatosságnak, amit a szólo derített ki, a rák és az ivarsejt azonos biologiai viselkedése az x-sugarakkal szemben, végül az Abderhalden-serumreactio adatai annyira valószínűvé teszik a rák összefüggését a disseminált ivarsejtekkel, amilyen valószínűséggel egyetlen egy eddig ismert ráktheoria sem bír.

Arra a kérdésre, hogy miért nem fejlődik tehát a disseminált ivarsejtből, ha daganattá alakul, olyan képlet, a melyben hámra kívül más sejtféleség is van, azt feleli, hogy az csak akkor volna várható, ha ez az ivarsejt megtermékenyítettnek; ez azonban nem történik meg; nem látja tehát be, miért nem fejlődhetnék abból csak egy félesége a sejteknek. Arra a kérdésre pedig, miért fejlődik a bőrben, az emlőben, a bélben más-másféle rák, ha ugyanazon sejtből indul ki, azt feleli, hogy a sejtek átalakulóképessége és nem sorolhatók be oly merevrendszerbe, mint ahogy azt *Linné* kísérte meg sikertelenül az állat- és növény-

világgal. *Remete* multkori bemutatása, a vena saphena transplantációja az ureter helyére is azt mutatja, hogy a vena endothelje átalakulhat epithellé, továbbá a kifordult pofanyálkahártya átalakul bórré, a befordult arczbőr átalakul szájnyalkahártyává. Ennek megfelelőleg a disseminált ivarsejt is a környezet hatása alatt áll, és olyan sejtféleség alakul ki belőle, a milyen a környezetnek megfelel.

Az eddig létező ráktheoriákat a szólo nem szapulta, mert úgy érezte, hogy nincs szüksége, hogy ezzel erősítse a maga hypothesisét. De ha már *Krompecher* szövegét, az előadó is kérdez már most valamit a hozzászólótól. Ha igaz az, hogy a rák a fedőhámól indul ki, mint azt *Krompecher* is állítja, akkor hogyan van az, hogy a méhben és a kürtben, továbbá a légutakban sohasem lát senki csillószórhámrákot, holott tudvalevőleg ezek a szervek csillószórhám hámval vannak borítva. Ez az egy ellenvetés halomra dönti a régi theoriákat.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1918 április 10.-én.)

Elnök: **Terray Pál**, később **Szontágh Félix**. Jegyző: **Szinnyei József**.

A hadineurosisokról.

Ráthonyi Reusz Frigyes: A hadineurosisok nagyobb része traumás eredetű. Bizonyos típusok gyakoriak. A róluk folyó vita az *Oppenheim* által inaugurált régi neurosis-vitának feléledése, melynek gerincze az, hogy a traumás neurosisok psychogen vagy materialis eredetűek-e. Ez a vita érinti a test-lélekkérdést. Részen ezért, részben azért, mert a vitakozók egész világnézete és erkölcsi felfogása belejátszik a kérdés tárgyalásába, megegyezés még ma sem jött létre. A vita klinikai anyagát főként azok a típusok alkotják, a melyek a *pseudospasmus paresis (Nonne)*, vagy *myotonoclonia trepidans (Oppenheim)*, továbbá *akinesia amnestica, reflexbénulás, reflexcontractura* és *hamis innervatio (szokásbénulás, Erben)* név alatt ismeretesek. *Oppenheim* szerint mindezek nem lehetnek psychogen természetű jelenségek, mert súlyosságuk, mely a vezetési teljes megszakítása mellett szól, a reflexek csökkenése és eltűnése, a súlyos trophiás zavarok, a contracturák késői eltűnése narcosisban stb., hysteria ellen szólnak. A bénulások oka az, hogy a sérüléssel járó túlerős inger oly molecularis eltolódásokat idéz elő a központi idegrendszerben, a mely *eltörli az emlékképeket (akinesia amn.)* vagy meggátolja, hogy az impulsusok a gerinczvelő mozgató sejtszékhez jussanak (reflexbénulás). *Oppenheim* ellenfelei főként a hirtelen gyógyulásokat (hypnosis, villamosítás), a neurosisok feltűnő ritkaságát foglytáborokban, gyakoriságukat kiképzés alatt levő ujonczok között, késői kifejlődésüket a sérülés után, a trophiás zavarok gyors eltűnését a bénulások gyógyulása esetén és más kisebb jelentőségű argumentumok egész sorát állítják előtérbe. A vita a fennebb említett okokból meglehetősen szenvedelmes volt mindvégig, bár bizonyos közeledés történt. A megegyezés vagy legalább kölcsönös megértés nem volt lehetséges, mert mindkét fél más-más nyelven beszélt. Már a kérdés beállítása is ebben a nyelvi dualismusban szenved. A tünetek nem lehetnek psychogen vagy materialis eredetűek, mert a psyche jelenségei mindig materialisak is. Materialis szempontból a psychobeli jelenségek legcsekélyebbje is molecularis helyzetváltozás a psychosomát alkotó legfelsőbb agyi functionális egységek (reflexivek) valamelyikében. Minthogy azonban a psychosoma mindenkori állapota teljesen az egyéni praedispositiótól (veleszületett structura és egyéni múlt) függ, a materialistikus kifejezőmóddal semmi sem megyünk. Az egyén karakterét molecularis elhelyeződéssel kifejezni absurdum. Ezért más nomenclaturát és okszerűséget alkalmazunk, olyat, a melynek alapját saját psychénkből meritjük. Az oly esetekben, melyekben a külső behatás oly durva, hogy mindent, a mi egyéni, elsöpör, vagy a melyekben az a külső behatás nem ezt a psychosomát éri, ezért érünk a materialistikus kifejezőmóddal, mert az eredmény mindenütt egy, és így könnyen kifejezhető. Ott, a hol a keletkező kóros tünet minősége a psychosoma legfinomabb változásaiból ered, előtérbe lép az individualis, a melyet a materialistikus beszédmóddal kifejezni nem lehet. Ezt nem tudja elkerülni maga *Oppenheim* sem, a mikor azt mondja, hogy a molecularis eltolódás eltörli az *emlékképet (l)* és így akaratlanul is megteszi az ugrást a materialis kifejezőmóddal a psychologiai kifejezőformába.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Fejes Lajos:** Közlemény a budapesti egyetem II. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. r. tanár.) A mostani influenza aetiologiájáról. 83. lap.
- Fabinyi Rudolf:** Közlemény a lipótmezei áll. elmegyógyintézetből. (Igazgató: Oláh Gusztáv dr., miniszt. tanácsos.) Elmezavarok spanyol betegségben. 85. lap.
- Wollner Antal:** Közlemény a budapesti m. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Helyettes igazgató-tanár: Tóth István dr.) A spanyol influenza szülészeti vonatkozásai.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Róth Miklós:** Az országos hadigondozóhivatal rózsá-

hegyi gyógyintézetének összegyűjtött munkálatai. — *Lapszemle. Belorvosan. Da Rocha-Lima:* A kilitéses typhus elleni védőoltások eredményei. — *Sebészet. M. Zondek:* Az időszült gyomorfekély sebészi gyógyítása. — *Venerás betegségek. F. Hahn:* Az ezüst-salvarsan. — *Gyermekorvosan. O. Bossert:* Komoly szövődmények genuin epilepsiás gyermekeken végzett lumbalpunkciók kapcsán. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. F. Langer:* Fagyásdaganatok. 89–91. lap.

Magyar orvosi irodalom. 91. lap.

Vegyes hírek. 91. lap.

Tudományos Társulatok. 92. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetem II. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A mostani influenza aetiologiájáról.

Irta: Fejes Lajos dr., egyetemi magántanár.

A mostani influenza-járvány aetiologiájáról eddig egy-
séges vélemény még nem alakult ki. A Pfeiffer-bacillus ki-
mutatásának jelentősége mindinkább csökkent; kivált a jár-
vány mindinkább fokozódó kiterjedésével szaporodtak azok
a vizsgálatok, melyek a Pfeiffer-bacillus kórokozó jelentő-
ségét czáfolták. A vizsgálók nagyobb része genyesztő bac-
teriumokat talált a beteg köpetében, vérében, mellhártya-
izzadmány-genyében és sok vizsgáló e genyesztő coccusok
egyikét-másikát, más vizsgálók a köpetben gyakrabban talált
nagy számú egyéb bacteriumféleség valamelyikét tartják a
betegség kórokozójának.

Saját vizsgálatainkban ritkán találtuk meg az influenzás
betegek köpetében a Pfeiffer-bacillust, gyakrabban genyesztő csí-
rákat, kivált az influenzás-pneumoniás betegek köpetében pedig
majd mindig coccusokat találtunk nagy számmal. A strepto-
coccusok különböző faja volt képviselve, így sűrűn találtuk a
diplococcus lanceolatust, gyakran buroktól körülvevett egészen
hosszú láncok alakjában is; máskor a streptococcus haemo-
lyticus longus, több esetünkben a Wiesner leirta strepto-
coccus pleomorphus volt kimutatható. A keringő vérből vena-
szúrással nyert vérpróbából minden tüdőgyulladásos esetünk-
ben a felsorolt genyesztő coccusok valamelyikét tudtuk
kitenyészteni, ellenben egy esetünkben sem sikerült a keringő
vérből Pfeiffer-bacillust kitenyésztenünk (haemoglobinos tenyész-
tőtalajon, aërob és anaërob tenyésztésben sem).

Az influenzás váladék bacteriologiájának e nagy válto-
zatossága mutatja, hogy a pandemia egyes gócaiban bizo-
nyos bacteriumok gyakrabban voltak — főleg a köpetben —
kimutathatók. A helyi és egyéni viszonyok e tekintetben lát-
szólag nagy szereppel bírnak. Így magyarázható, hogy ha e
bacteriumok egyike-másika az esetek többségében volt a
köpetben kimutatható, némely vizsgáló, főként kisebb város-
ban nagyjában ugyanazon körből származó betegeket vizs-
gálva, e coccusfajtát a betegség okozójának tartotta.

A járvány hirtelen, majdnem explosioszerű kiterjedése
egész világrészekre még jobban gondolkodóba ejthetett a
kórokozó természetét felől. A betegség elterjedésének e módja
oly időszakban s oly közlekedési viszonyok mellett, melyek
a fertőzésnek csakis emberről-emberre közvetlen terjedését
kizárják, már sok vizsgálatot vezetett arra a gondolatra, hogy
más természetű mikroorganizmusban, nem bacteriumban ke-
ressük a betegség okozóját.

Igy H. Selter¹ influenzás beteg garatváladékát szűrő-
gyertyán szűrte s a filtratumot ő maga és assistens-kisasz-
szonya belehelte. Ő maga egy napi rosszullét árán szaba-
dult meg, az assistens-kisasszony több napon át volt lázas.
E kísérlet csekély bizonyító ereje azonban világos, a beteg-
ség nagy elterjedése mellett 1–2 ily csekélyfokú megbete-
gedés lehet természetes fertőzés következménye is, mely
időben véletlenül esik egybe a kísérlettel. Nagyobb jelentő-
séget kell tulajdonítanunk Angerer² vizsgálatának. E vizsgáló
influzás beteg köpetével oltott patkányt; a patkányt
leölve, vérének Berkefeld-gyertyán szűrte s a filtrattal szőlő-
cukros bouillont oltott; ebben bizonyos igen apró, erősen
fénytörő, mozgó képleteket talált, melyek a húslevesben elsa-
porodnak s zavarodást okoznak. E filtrálható virust a beteg-
ség okozójának tartja. Binder és Prell³ tüdőgyulladásban
meghalt influenzás betegek tüdőmetszetében és vérében fes-
tett készítményben chlamydozoonszerű képletet, aenigmo-
plasmát mutattak ki, melyet Angerer kitenyészített vírusával
azonosnak s a betegség kórokozójának tartanak. Kruse⁴ a
baj okát az aphanozoonokhoz tartozó virusnak tartja. Ugyan-
ezt a nézetet vallja Rimpau⁵ is. Hirschruch⁶ szintén filtrálható
virusban keresi az influenza kórokozóját. E. Leschke⁷ in-
fluzás tüdőgyulladásos tüdőszövet metszeteiben s a bron-
chialis nyálkahártya kaparékában is igen erősen fénytörő,
rendkívül apró képleteket talált, melyek festési eljárással is
jól kimutathatók voltak. Az eldörzsölt tüdőszövet, valamint
az ilyen beteg kigargarizált folyadékának szűrletében e kép-
leteket szintén ki tudta mutatni, sőt szőlőcukros húslevesben
ki is tenyésztette őket. E filtrálható virust a betegség kórokozó-
jának tartja, annál is inkább, minthogy ily tüdőszövetnedv
filtratumának többnapos tenyésztete belélegezve három egyé-
nen typhusos influenzás megbetegedést okozott.

Még e legújabb közölt vizsgálatok ismerete előtt,
1918 novemberében fogtam a filtrálható virus pathogen
kétségének tanulmányozásához. Saját bacteriologiai vizs-
gálataink eredményének nagy változatossága és az irodalmi
adatok sok ellenkezése mellett kivált némely állati fertőző baj

¹ H. Selter: Zur Aetiologie der Influenza. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 932. oldal.

² Angerer: Ein filtrierbarer Erreger der Grippe. Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 1280. oldal.

³ Binder és Prell: Studien zur Aetiologie der Influenza. Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 1397. és 1457. oldal.

⁴ Kruse: Verhandl.-Protokoll der Medizin. Gesellsch. zu Leipzig. Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 1228. oldal.

⁵ Rimpau: Verhandl. des ärztl. Verein. München, 1918 július 9.

⁶ Hirschruch: Über die ansteckende Lungenentzündung. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 935. oldal.

⁷ E. Leschke: Untersuchungen zur Aetiologie der Grippe. Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 11. oldal.

hasonlósága erősítette meg a filtrálható vírus kórokozó szerepének gondolatát. A háziállataink fertőző betegségei közül a *sertéspestis* aetiológiája és pathogenesise sok tekintetben analogiát mutat a mostani influenzás megbetegedéssel. A *sertéspestis* okozója a Berkefeld-féle szűrőgyertyán áthatoló, tehát filtrálható vírus, *sertéspestis*ben szenvedő állat bacteriumot nem tartalmazó vérenek beoltásával a betegség egészséges sertésbe átoltható. A filtrálható vírus e bebizonyított s ma már általánosan elismert kórokozó szerepe mellett kétféle bacterium bír a *sertéspestis* pathogenesisében nagyobb jelentőséggel. A *Bacillus suispestifer*, a paratyphus-B-csoportba, a hog-cholera-bacillus családjába tartozó bacterium, a *sertéspestis*ben igen gyakran kimutatható, úgy hogy sokáig a *sertéspestis* kórokozójának tartották. Ma beigazoltuk, hogy a *Bacillus suispestifer* a *sertéspestis*nek gyakori kísérő bacteriuma, szerepe azonban csak a másodlagosan társuló fertőzés jelentőségével bír. A filtrálható vírus okozza a tulajdonképpeni súlyos érfalmegbetegedést, az általános sepsist. Az ellentállóképességében e sepsises megbetegedéstől súlyosan megtámadott állat béltractusában a parasytobacillus módjára igen gyakran ott elősködő paratyphusféleségű bacillus virulentiája is hirtelen megnő, behatol a bél folliculusaiba s bennük a súlyos kifehélyesedéssel járó gyuladást okozza. A másik gyakori kísérője a *sertéspestis*nek a *Bacillus suissepticus*. A *septicaemia haemorrhagica* betegcsoport e typosus előidézője rövid *bipolaris bacillus*, mely a szabad természetben, talajban, legelőn, takarmányban igen gyakori s gyakran található egészséges sertés garatürében s béltractusában is. A *sertéspestis*ben megbetegedett állatban nyilván nagy mértékben pathogenné válik, a vérpálya útján terjed el testszerű s gyakran okoz súlyos, néha elgenyvedő, máskor üszkös tüdőgyuladást, mellhártyagyuladást.

Az influenzában talált bacteriumok jelentősége nagyban emlékeztetett a *sertéspestis* e két kísérő vírusának szerepére. Főként ez az analogia vezetett az influenzás beteg köpetének filtratumával végzett kísérleteimre.

A köpet feldolgozása következőképpen történt: Influenzás tüdőgyuladással betegnek egészen frissen ürített köpetét használtam fel, a köpetet steril üvegcsészében gyűjtve. Először is steril physiologiai konyhasó-oldattal erősen felhígítottam s addig ráztam, míg teljesen homogén összeállásúvá vált. Még a hígítás előtt több készítményben és tenyésztési próbával vizsgáltam át a köpet bacteriumfloráját. A homogén köpetemulsiót most Berkefeld-filteren enyhe negatív nyomás mellett átszűrtem, s meggyőződtem róla festett készítményben és tenyésztési próbával, hogy a szűrlet bacteriumot nem tartalmazott. A filtratum próbáját szőlőcukros bouillonba beoltva, másnapra a tenyészet megzavarodik, benne számtalan rendkívül apró, gömbölyű, igen erősen fénytörő, élénk molekulás mozgást mutató képlet látszik. Fuchsinnal jól megfesthetők, Gram eljárásával fel nem tüntethetők. E képletek megfelelnek az Angerer, Binder-Prell és E. Leschke leírt képleteknek, melyeket az említett vizsgálók a betegség kórokozójának tartanak. A szűrletet most közvetlenül állatoltás céljára használtam fel. A közönségen használt laboratoriumi kísérleti állapotokban, tengeri malaczon és házinyúlón a filtratum subcutan beoltása megbetegedést nem okozott. Ismeretes lévén, hogy a filtrálható vírus pathogen képessége rendszeresen csak ama állatfajra szorítkozik, melyben természetes fertőzés esetén is megbetegedést okoz, további kísérleteimben majmot használtam kísérleti állatnak. A majmot subcutan oltottam a köpet szűrletével, még pedig minden kísérlet alkalmával két azonos fajú s lehetőleg hasonló testsúlyú majmot fertőztem. Az egyik majomba a szűrletet közvetlenül oltottam be, a másikba azonos mennyiségű szűrletet, melyet azonban előzetesen egy óráig 65°-ra melegítettem. Ismeretes ugyanis, hogy a filtrálható vírus egy óráig 65°-ra melegítésre elpusztul s így e második oltás az első kísérlet ellenőrzéséül szolgált.

Kísérleteimet az alábbiakban ismertetem:

1918 november 10.-én két egyenlő súlyú macacus rhesust oltottam K. D. tüdőgyuladással-influenzás beteg véres köpetének filtratumával.

val. A köpetben *Diplococcus lanceolatus* buroktól körülvevő hosszú láncok alakjában volt kimutatható, filtratum tenyésztési próbával is bacteriummentesnek bizonyult. Az első majom az oltás után kilencednapra elpusztult, boncolás-lelete röviden ez:

A hullamerev majom szőrrel nem fedett arczbőre és körmei szederjések. Izomzata középvertartalmú, tapintata normalis. A szív középnagy, összehúzódott, izomzata szívós, külhártyája sima, fénylő. A pericardium belső lemezén, a jobb pitvarnak felső határán kölesnyi vézés, mely szabálytalan csipkés széllel bír. Az aorta befelülete sima, fénylő, épp úgy egyébként a szív behártyája is. A szív és az aorta billentyűi hártyásak, elemelhetők. A szívben kevés folyékony vér van. Mindkét tüdő a mellkas falához húzódt. A pleura sima, fénylő, a zsigeri pleurán számos, rendkívül apró, tüszúrásnyi-pontszerű vézés van. A tüdő egyenletesen lószőrpárnatapintatú, metszési felülete márványos, róla kevés vörhenyes habzó savó ürül. A tüdő egészben és részeiben is a vizen üszik. A bronchusok nyálkahártyája halvány, nem duzzadt. A hilus mirigyei középnyagok, szürkésék. Feltűnő az elülső és hátulsó mediastinum laza kötőszövetében található számos vézés, mely egészen a gégefő alá nyúlik. A lép középnyag: 3 x 1 x 0.5 cm. Pulpája késsel alig vonható le, tapintata ellentálló, nem törékeny. A vesék középnyagok, a vesetokon s a körülötte levő szövetben számos apró, akár fillér-mekkoraságú, különálló s összefolyó vézések vannak. A vesék felületén és metszési lapjukon vézés nem látható. A gyomor nyálkahártyája halvány, az összehúzódott gerendázat tetején számos pontszerű vézés látható a nyálkahártyán. A belek nyálkahártyája halvány, úgy a serosán, mint a nyálkahártyán számos pontszerű, a serosát és a nyálkahártyát felemelő vézés van. Különösen a coecum felett 25 cm.-nyire egy lencsényi szabálytalan szélű vézés látható. A vastagbél nyálkahártyája szürke. A fali hashártyán igen sok apró (tüszúrásnyi) vézés van. A pankreas körüli kötőszövetben számos, részben egymással összefolyó vézés van. A máj középnyag, májtapintatú, rajzolata elmosódott. A hashártyának rekesz-részén számos szabálytalan alakú vézés van. A kemény agyburk felületén, a sinus longitudinalisnak megfelelően rendkívül sok tüszúrásnyi vézés látható. A nagyagy, kisagy, nyúltvelő, Varol-híd és gerinczagy középvertartalmú.

Az egy óráig 65°-ra melegített filtratummal oltott második majom egészséges maradt.

1918 november 24.-én két egyenlő testsúlyú, nagyobb s igen erősen fejlett páviánt oltottam be B. F. influenzás-tüdőgyuladással betegünk köpetének filtratumával. A natív köpetben hosszú láncokban streptococcus volt kimutatható, melynek tenyésztete véres agarlemezen streptococcus haemolyticus longusnak bizonyult. Ugyanez a bacterium volt a betegnek venaszúrásból nyert keringő véréből is kitenyészthető. A filtratum tenyésztési próbával sterilnek bizonyult. A friss szűrlettel oltott majom az oltás után 11 nappal elpusztult. A boncolás-leletből kiemelem, hogy a hörgők nyálkahártyája halvány volt, tüszúrásnyi vézésekkel borítva. A vastagbél, a vakbél nyálkahártyáján számos mákszemnyi-lencsényi vézés. A zsigeri szervekben parenchymás degeneratio. A második majom, mely ugyanazon köpetszűrlet azonos mennyiségét előzetes egy óráig 65°-os melegítés után kapta bőr alá fecskendezve, egészséges maradt.

Hasonló eredményt adott a harmadik kísérlet is. 1918 november 25.-én két erősen fejlett macacust oltottam K. D. influenzás-tüdőgyuladással betegünk véres köpetének szűrletével. A friss köpet *Diplococcus lanceolatus* és hosszúláncú streptococcusot tartalmazott; a szűrlet sterilnek bizonyult. A nem kezelt szűrlettel oltott majom az oltás utáni 22. napon elpusztult, súlyos zavaros duzzadás volt zsigerszerveiben. A vézés kivált a zsigeri hashártya egyes részein volt mákszemnyi-lencsényi foltok alakjában. Feltűnő volt a szájür nyálkahártyáján, az utolsó molarissal szemben igen sok apró tüszúrásnyi-mákszemnyi vézés, mely egy tallérnyi területen, erősen belövelt nyálkahártyán foglalt helyet. A felmelegített vírussal oltott majom egészséges maradt.

A negyedik kísérletben R. Gy. influenzás-tüdőgyuladással betegünk köpetét használtam oltás céljára. A köpetben Pfeiffer-influenza-bacillus volt nagy számmal található, a bacillus véres agaron ki is tenyésztett. A homogén hígított és összerázott köpet filtratum bacteriummentesnek bizonyult. A friss szűrlettel egy erős páviánt, a felmelegített vírussal egy egyenlő fejlettségű macacust oltottam 1918 december 5.-én. Az első majom az oltás utáni 13. napon elpusztult, szerveiben a megszokott kórboncolástani képet nyertük: a zsigerszervekben súlyos zavaros duzzadást, a gyomor-béltractus nyálkahártyáján, a hörgők nyálkahártyáján, a fali hashártyán, a dura mater külső felszínén több, részben egészen apró, tüszúrásnyi, részben mákszemnyi vézés. A felmelegített vírussal oltott majom egészséges maradt.

A felsorolt kísérletekből kitűnik, hogy az influenzás tüdőgyuladással betegek Berkefeld-szűrőgyertyán filtrált köpetének bacteriummentes szűrlete oly vírust tartalmaz, mely majomnak bőre alá oltva, a majomnak halálos haemorrhagiás sepsises megbetegedését okozza. Hogy e hatást valóban filtrálható, élő vírus okozza, nem pedig a köpetben esetleg foglalt valamely toxin, azt több körülmény bizonyítja. Elsősorban élő vírus fertőzése mellett szól a majom megbetegedésének klinikai lefolyása. A majom az oltás után ugyanis nem közvetlenül betegszik meg, 3-4 napig ketreczében víg, a táplálékát mohón fogyasztja, csak az 5-6. napon válik beteggé, mikor is szomorúan ül ketreczében.

ben, sokat fekszik, alig vagy egyáltalán nem eszik, lázas. Ez az incubatio nagy mértékben élő vírus szerepe mellett szól. A vírus pathogenképességének csak majomra bizonyult. *Marek József* tanár tanácsára sertést is próbáltam a filtrált vírussal subcutan oltással fertőzni, annak analogiájára, hogy a lovak filtrálható vírus okozta anaemia perniciosáját a beteg állat vérének filtratumaival sertésre sikerült átvinni. E kísérleteim negatív eredményűek maradtak, a sertések nem betegedtek meg. A vírus pathogen képességének azon állatspecíesre szorítkozása, melyben a természetes fertőzés is kifejlődik, ugyancsak filtrálható, élő vírus mellett szól. A filtratum 1 órai 65°-os melegítésre kórokozó képességét teljesen elveszíti. Bár ily melegítéssel toxin is elpusztítható, mégis az előbb felsorolt körülmények s a vírus előidézte kórbonczani elváltozás számbavétele mellett, jelen esetben a vírusnak hő iránt ily nagyfokú érzékenysége élő filtrálható vírus mellett szól. A legtöbb ismeretes filtrálható vírusról tudjuk ugyanis, hogy ily melegítéssel előlhető. Fontos bizonyíték az élő, filtrálható vírus értelmében az oltás okozta megbetegedés pathologiai elváltozása. A haemorrhagiás sepsisnek a savós és nyálkahártyákon testszerte talált kiterjedt vérzése legfőképpen élő vírus előidézte általános sepsist igazolnak, oly pathologiai lelet tehát, melyet toxin nem idéz elő ily kiterjedten.

Kiemelendőnek tartom, hogy a köpet ugyanolyan pathogen hatású filtrálható vírust tartalmazott mindegyik esetünkben s a majom megbetegedése és a betegség kórbonczolástani lelete is azonos volt. Ez azonosság fontossága abban rejlik, hogy a kísérletre felhasznált köpetek bakterium-flórája egészen eltérő volt. Szándékosan választottam ugyanis oly köpeteket, melyek elsőjében *diplococcus lanceolatus* egymagában, másodikában *streptococcus haemolyticus longus* jóformán tiszta tenyészet alakjában, harmadikában e két *streptococcus*-faj együttesen és végül a negyedikében *Pfeiffer-influenza-bacillus* volt kimutatható. A filtratumnak azonos pathogen képessége, az általa okozott megbetegedés azonos klinikai kórképe és pathologiai lelete tehát azt bizonyítja, hogy a vírus a köpet bakteriumflórájától teljesen független.

Kísérleteimből tehát arra a következtetésre jutok, hogy az influenzás-tüdőgyulladásos beteg köpete oly filtrálható vírust tartalmaz, mely majomban haemorrhagiás sepsist idéz elő. Az emberi influenza is általános sepsis, melynek pathogenesisében az érfal megbetegedése, a vérzésre hajlamosság bír legfontosabb szereppel. A mint a sertéspestisben a filtrálható vírus okozza az alapbetegséget, a sepsist, s a bacillus *suipestifer* és *suisepcticus* csak másodlagos fertőzés jelentőségével bír, úgy ezek alapján az emberi mostani influenza-járvány tulajdonképpen kórokozójának ugyanazon filtrálható vírust tartom, mely kísérleteimben a majmok sepsisét okozta; a gényesztő csírák az ellentállóképességében csökkent, sepsises betegben természetüknek megfelelő másodlagos fertőzést okoznak.

Közlemény a lipótmezei áll. elmeegógyintézetből. (Igazgató: Oláh Gusztáv dr., miniszt. tanácsos.)

Elmezavarok spanyol betegségben.

Irta: *Fabinyi Rudolf* dr., főorvos.

A még mindig járványosan uralkodó spanyol influenza klinikai képeinek leírásakor a szerzők legnagyobb része kiemeli, hogy a betegséggel gyakran járnak ideges tünetek, sőt deliriumok is, úgy hogy sokan a spanyol betegségben egy u. n. „nervosus” alakot is megkülönböztetnek. Míg az általános ideges tünetekről bővebb leírásokkal is találkozunk, az ilyenkor beálló deliriumok vagy elmezavarok természetéről, tüneteiről, tartamáról, gyakoriságáról alig találhatni megjegyzéseket.

A magyar irodalomban csak *Strobl*¹ és *Erdész*² rövid casuistikai közleményei ismeretesek, németül is csak a *Riese*³

részletesebb cikke tárgyalja az influenza-psychosisokat, úgy hogy az alábbi esetek kritikai ismertetése nem lehet érdektelen.

Mielőtt azonban tulajdonképpen tárgyamra rátérnék, nem mulasztatom el a figyelmet felhívni egy tapasztalataim szerint nem eléggé kiemelt nervosus jelenségre, még pedig a *reconvalescentia* idejében beálló, gyakran igen makacs *álmatlanságra*. Nem is annyira elmebetegeken, hanem normális psychéjú egyénekben, gyakran éppen jól alvó gyermekeken tűnt fel nekünk, hogy amikor a lázas időszak megszűnik, a betegnek kábultsága mulik és közérzése különben subjective javult, egyszerre csak beáll az álmatlanság, főleg az elalvás nehézsége, mely néha mondhatnám majdnem kínzóan kellemetlenné vált. Tartama rendszerint néhány nap, illetve éjjel, de voltak elég szép számmal olyanok is, kik heteken át panaszkodtak, hogy még mindig nem tudnak olyan jól aludni, mint azelőtt.

Itt akarom még megjegyezni, hogy — mint sokan mások — *meningitist* mi sem láttunk. Egy nőbetegünknek voltak ugyan meningealis izgalmi tünetei, de azok gényes otitisének megoperálása után azonnal elmúltak és a beteg meggyógyult.

Az influenzának az elmebetegékhez és elmebetegségekhez való viszonyának tárgyalásakor mindenekelőtt azzal a kérdéssel végezzünk, hogy *mi módon befolyásolja az influenza a már korábban fennállott psychosist, van-e arra valami hatása és hogyan milyen a magatartása az influenzában megbetegedett elmebajosoknak?* E tekintetben bő tapasztalatokra tehetünk szert a lipótmezei elmeegógyintézetben, ahol a járvány néhány megelőző eset után a múlt év szeptemberében nagy erővel tört ki, de aránylag gyorsan, november közepe tájára jóformán egészen meg is szűnt. Megbetegedett mindenrendű és foglalkozású alkalmazott: az ápolók, a konyhaszemélyzet, az apácák és az orvosok is, akiknek sorából, sajnos, egy orvos és négy ápoló és ápolónő áldozatul is esett a kórnak.

Megbetegedtek az ápolásban levő elmebetegék is, de aránylag jóval kisebb számmal, mint a normális psychéjúek. Míg ugyanis a 185 tagú ápoló-személyzetből megbetegedett 89 (48.1%), a járvány hónapjaiban ápolt 1329 elmebajosból csak 116 (8.7%) betegedett meg. Az ápoló-személyzetből valamivel gyakoribb volt a nők megbetegedése 49.6%-kal, a férfiak 42.1%-ával szemben, míg az elmebetegék között a megbetegedés majdnem egészen egyformán érte a két nemet (8.5% és 8.9%).

A halálozás azonban az elmebetegék között viszonylagosan nagyobb. A megbetegedett ápolókból ugyanis csak 4 halt el (a megbetegedéseknek 4.5%-a), az elmebajosokból pedig 15 (12.9%). A halálozási arányszámokban az ápoló-személyzetnél a két nem között nincs különbség, míg az elmebetegéknél a nők halálása igen nagymértékűnek tűnik fel: 20.4% (12 eset) a férfiak 5.3%-ával (3 eset) szemben.

A járvány terjedését az elkülönítés alig befolyásolta és az csak akkor látszott szűnni, mikor már minden hajlamos egyén átment a bajon. A megbetegedésekben főleg eleinte gyakran lehetett a közvetlen fertőzést megállapítani, az esetek gyors egymásutánban egy-egy szobából, egymás melletti ágyakról, vagy egy és ugyanazon osztályról kerültek ki. Nem egyszer láttunk azonban olyan megbetegedéseket is, amikor az illetők a járványmentes osztályról nem mozdultak el, látogatóik nem voltak és spanyol betegekkel egyáltalában érintkezésbe sem kerülhettek, úgy hogy másra, mint *volatilis contagiumra* nem is gondolhatunk.

Az influenza a már meglevő psychosira lényeges hatást nem gyakorolt. Ez olyan jelenség, mit már a múlt influenza-pandemia alkalmával 1892-ben *Mucha*⁴ is konstatait. Az, hogy a láz következtében az addig nyugtalan beteg egyszerre lecsendesedett és ennek hatása alatt talán értelmesebben kezdett beszélni és viselkedni, vagy hogy ellenkezőleg egyseken az influenza alatt izgalmak állottak elő, azt lényegesnek semmi szín alatt sem tarthatjuk. Így azt is, hogy egy paranoiás

¹ Orvosi Hetilap, 1918, 50. szám.

² Gyógyászat, 1918, 45. szám.

³ Neurologisches Zentralblatt, 1918, 21. szám.

⁴ Berliner klinische Wochenschrift, 1892.

(Metz⁵ észlelése 1890-ben) az influenza következtében meggyógyult volna, legalább is kétkedéssel kell fogadnunk. Deliriumos állapot is beállt egyeseken, de legfőképpen csak néhány órai vagy 1—1 napi tartással. Ez is nyom nélkül elmúlt s ha 1—2 esetben a halálig tartott is, a halál-ok mindíg a complicatióként fennálló bronchopneumonia és nem a delirium volt. Az elmebetegség többségén mégis inkább azt láttuk, hogy az influenza tartama alatt a betegek lecsendesedtek, megnyugodtak, súlyosabb esetekben pedig éppen úgy, mint minden más nem elmebeteg egyén is, igen elesetté és somnolenssé váltak. Szóval ugyanazt konstatálhattuk, amit más hasonló, erős lázzal járó megbetegedések eseteiben olyan gyakran látunk.

Végül pszichés utókövetkezményeket a gyógyulás után egyetlenegy esetben sem vettünk észre. A betegek viselkedésében az azelőttihez viszonyítva változás nem volt észlelhető, azaz u. n. influenza-psychohisban az itt észlelt 116 megbetegedés után egyetlenegy elmebajos sem betegedett meg és acut deliriumok is csak elvétve voltak. Pedig betegek között számos imbecillis, idióta, hysteriás, alkoholista, stb. volt, kiknek idegrendszerét minden kártékony külsőhatás, főleg pedig egy ilyen, kiválóan az idegrendszerre ható betegség, mint az influenza iránt igen érzékenynek supponáltuk (pl. ezek reakciója az alkohol iránt). Ez mind a mellett szólna, hogy a dispositio az influenzás elmezavarokra, amint Riese is megjegyzi, „*exclusiv*“ és csak „*bizonyos reactio* alakok lehetőségét hagyja nyitva.“

Az eddigiekben tehát csak influenzás elmebetegekről volt szó, szemben a most tárgyalandó sokkal kisebb számú *elmebeteg influenzással*. Ezek alatt azokat a betegeket értem, kik influenzában való megbetegedésük előtt psychice normálisak voltak, illetve csak annak folytán váltak elmebajossá és szállítottak ide az intézetbe.

A mostani járvány alatt 9 ilyen esetünk volt, még pedig 2 férfi- és 7 nő-beteg.

Tehát a nők jóval nagyobb számmal voltak képviselve, a mi nemcsak a mellett szólhat, hogy a nők között az influenza egyáltalában gyakoribb, hanem inkább azt bizonyíthatná, hogy a nők kevésbé ellentálok és hogy idegrendszerük fogékonyabb az influenza toxinja iránt.

E szerint férfiakon az influenza aránylag nem gyakran okoz elmebajt, míg nőknél az illető hónapok összfelvételéből 11.5%-ban — tehát nem is olyan ritkán — volt az alap-ok az influenza.

Az említett két férfin kívül a spanyol influenza még két más férfibeteg intézetbe való hozatalához járult hozzá, de inkább csak közvetett uton. Ugyanis ez a két férfibeteg — egyikük chronikus alkoholista, a másik ellenben állítólag azelőtt sohasem ivott — a spanyol betegségtől védekezendő, főleg akkor, mikor lázas lett, nagyobb mennyiségben fogyasztott szeszes italokat. Mindkettő pathologikus részességre valló állapotban került az intézetbe és a felvétel utáni napon már egészen tisztán beszélt és értelmesen viselkedett, de nem igen emlékezett a vele történetekre. Megjegyzendő, hogy mindkettő közvetlen a betegség átszenvedése után szállított az intézetbe és így annak eldöntése, hogy a beállott öntudatzavar keletkezéséhez mennyiben járult hozzá közvetlenül az influenza, nem dönthető el.

Az említett 9 eset közül az első júliusban került az intézetbe, a többi 8 pedig a járvány tetőpontja idejében, október és november hónapokban.

Az első eset, a melyben a helyes diagnosist csak a halál után lehetett megállapítani, röviden a következő:

R. F., 40 éves orosz fogoly, beszállította a rendőrség 1918 július 23-án.

Az utcán zavartan és aggressivén viselkedett. Állítólag 4 nap óta beteg, magas lázzal. Pneumonia először a bal, később a jobb oldalon is. Teljesen zavart, retteg, menekülni akar, élénken hallucinál, majd egykedvűen bámul maga elé. Később is egészen zavart, kímászik ágyából, letérdepel, mindekinél kezét csókol, stb.

Július 26. Exitus. Bonczlelet: Hyperaemia meningum. Pneumonia

⁵ Neurologisches Zentralblatt, 1890.

haemorrhagica lobi inferioris sinistri et minoris gradus lobi inf. dextri. Hyperaemia loborum superiorum cum bronchitide, tracheitide et pharyngitide.

Hogy ez a beteg deliriumos állapotban volt, azt konstatálhattuk, és minthogy a pneumonia in vivo is kimufatható volt — tekintettel arra, hogy a spanyol betegség abban az időben Pesten még alig volt ismeretes —, kór-okul először közönséges croupos pneumoniát vettünk fel.

A bonczlelet azonban, főleg a tüdő és a légutak szokatlan vérbőségével és vérzésével, ennek ellentmondott, úgy, hogy akkor kezdtünk gyanakodni arra, nem influenzás megbetegedéssel állunk-e szemben, amit úgy a mások, mint saját bonczolásaink később bizonyítottak is.

A második férfibeteg (G. A.) felvétele előtt egy héttel lett influenzás és 3 napja van önkívületi állapotban, miközben annyira nyugtalan és támadó lett, hogy összekötözve kellett tartani. Hőmérsék 40.6° C. Jobboldali bronchopneumonia. Élénk hallucinációkkal színezett deliriuma azonban már másodnapra szünni kezd és a psyche — daczára a tovább tartó igen magas láznak — egészen feltisztult.

Két heti lázas időszak után lassan deferveskál, de ugyanakkor különösen kezd viselkedni, gyanakodva néz körül és kérdezi, nem lesz-e neki vagy családjának valami baja, mivel a szomszédai ellenségei és életére is törnek. Aggodalmi és üldöztetési eszméi néhány napi fennállás után elhalványulnak s azokat csakhamar korigálja.

Hosszú reconvalescentia után gyógyultan bocsátottuk el.

Ebben az esetben is tehát, mint az előbbiben, az influenza lázas szakában beállott deliriiummal, tehát u. n. *lázdeliriiummal* (*Fieberdeliriium*) van dolgunk, mely semmiben sem különbözik bármely más lázas infectiós bántalomban beálló deliriiumtól. A különös az utóbbi esetben csak az, hogy éppen a láz elmúltával mutatkoznak ismét psychosis tünetek, melyek azonban 4—5 nap múlva nyom nélkül elmúlnak. Valószínűleg a deliriium alatt keletkezett futólagos téveszmék mint u. n. *Residualwahn* újultak ki a defervescentiát követő aggodalmas hangulatban.

A 7 nőbeteg közül az influenzapsychohis *három deliriiumos*, *kettőn* kifezetten *amentias*, *kettőn* pedig *mániás* alakban folyt le.

A 3 deliriium közül csak az egyik keletkezett a lázas időszak alatt (B. L.-né). Közben a beteg feltisztult, de 2 nap múlva megint élénken delirált és bronchopneumonia következtében rövidesen meg is halt.

A két másik deliriium ellenben csak a lázas időszak elmúltával, arra néhány napra tört ki. Mindkettőn sajátságosan a spanyol betegség mellett még orbáncz is szerepelt. Az egyik eset (F. T. M.) nyugtalan deliriiumában 8 napig volt láztalan, 9. napra erysipelast kapott, a melynek során fejlődő láz alatt viselkedésében a legcsekélyebb változást sem mutatta három nap múlva bekövetkezett haláláig.

A másik beteg (H. S.-né) előzetesen a spanyol betegség után még erysipelast kapott volt és csak annak lezajlása után két nappal zavarodott meg hirtelen. Az intézetben 3 nap múlva feltisztult, úgy hogy csakhamar gyógyultan lehetett elbocsájtani.

Utóbbi esetben tehát a deliriium mint a spanyol betegség és az orbáncz együttes kórhatása fogható fel.

A fentebb említett két *amentias* kórképet mutató egyén szintén csak napokkal a lázas spanyol betegség lezajlása után, tehát a reconvalescentiában lett elmebeteg és került láz és somatikus kórtünetek nélkül az intézetbe. Beszállításuk óta (november közepe) javulást nem mutatnak, hanem egyformán zavart öntudatúak, nyugtalanok, álmatlanok, tömeges és rendszerint ijesztő tárgyú látás- és hallásbeli hallucinációkkal és gyöttrő félelemekkel. Szóval a *hallucinatorius zavarodottság* (*Meynert-féle amentia*) tiszta kórképét mutatják már közel 3 hónap óta, a nélkül, hogy kezdődő dementia praecoxra lehetne gyanakodni.

Végül a két *mániás* kóralak is olyan betegeken volt konstatálható, kiken az influenza napokkal megelőzte az elmebetegség jelentkezését. Az egyik esetben 7, a másikban 5 nappal a láz elmúlása után tört ki a baj. Megjegyzendő,

hogy mindkét beteg azelőtt sohasem volt elmebajos s családi terheltég is hiányzik.

Az első mániás eset (O. M.-né) már a felvétel előtt hetekig volt elmezavart (közben a kassai kórházban is volt 3 hétig). Hozzánk behozatalakor mániás állapotban van: jókedvű, fokozott mozgási hajlam, gondolat-szökés, álmatlanság, stb., közben gyakran igen lármás, góromba, futólagos üldöztetési téveszmék, de öntudat-zavar nincs, tájékozottság megvan. Állapota azóta visszaesésekkel lényegesen javult és most elbocsátás előtt van.

A másik beteg (P. R.) szintén igen élénk, lármás, nyugtalan, ruháit tépi, a falakat bontogatja és főképp eleinte zavart és tájékozottsága is hiányos. Később mániás hangulata mellett tájékozottsága még mindig nem egészen helyes és főleg időnként érzéksaladásai is vannak (gúnyolódó hangokat hall), úgy hogy a mániás körképet nem egész tisztán mutatja. Eddig alig javult.

Az észlelt influenza-psychosisok között tehát volt:

5 delirosis,

2 amentias,

2 mániás kóralak, még pedig a deliriumok között volt

3 lázdelirium, míg a 2 másik deliriumban és a többi kóralakban a betegség jelentkezése a lázas időszak utánra (*Deferescenzdelirium*), leginkább pedig a reconvalescentiára esett (*Reconvaleszenzpsychosen*).

A *dispositio* a psychés megbetegedésre tehát főleg a betegség utáni időszakra esik, amint azt néha más infectiosus bajban, pl. a typhusban is látjuk (*Hendricks*). Ez a mellett szól, hogy nem annyira a magas láz és az azzal járó körélettani anatomiai és chemiai változás, hanem valamely specifikus bacteriumtoxinnal, mely a betegség alatt és annak következtében termelődött és halmozódott fel a szervezetben, hat olyan kártékonyan a központi idegrendszerre. Azonkívül annak a lehetősége is fennforog, hogy maguk az influenza anatomiai kórokozói hatolnak be az agyba, illetve az agyerekekbe és okozzák közvetlenül a hevenyen kitörő psychosist.

Hogy pedig miért esik elmebajba az egyik influenzás, a ki nem is volt olyan beteg mint a másik, a ki az előbbinél jóval súlyosabb betegségen ment át, arra magyarázatul csak megint a sokat emlegetett nagy X-et, a bennünket oly sokszor kisegítő *egyéni dispositiót* kell előírni. Hogy az idegrendszer a beható mérgek miképpen reagál, azt annak egyéni állapota határozza meg. A fentebbi aránylag csekély számú esetben is háromféle kórfórmában látjuk az influenzát megnyilvánulni. Hogyha ehhez még hozzávesszük azt a fentebb említett valóságot, hogy t. i. a psychopathák, imbecillisek, hysteriások stb., kik közismertek idegrendszerüknek hasonló vagy más mérgek iránti fogékonyságáról, az influenzát minden psychés tünet nélkül símán átszenvedik, akkor nyilvánvaló, hogy az influenzás psychosisban való megbetegedésre az egyéni dispositiónak ugyan szűk körű, de annál döntőbb szerepe van.

A fentiekben azt is láttuk, hogy az influenza-psychosisok nem egyformák. A rövid deliriumok és a hosszabb tartó amentias kóralakok között ugyan széleskörű rokonság van, a mennyiben az amentias chronikussá vált delirium gyanánt is lehet felfogni. Nem talál azonban ezekhez sehogysé a mániás kóralak, az előbbieket jellegző öntudatzavar hiányával. Mánia esetében merülhet fel leginkább az a gondolat, hogy az influenza nem csak kiváltója-e a már lapangó betegségnek? Ennek azonban a terheltég hiánya, a betegek kora (egyikük már 40 éven felül volt) és az, hogy addig sohasem voltak elmebetegek, elég nyomatékosan ellentmond, úgy hogy e kérdésben határozott véleményt alkotni nem tudunk.

Az influenza-psychosisnak depressió hypochondriás alakjával, a melyet *Kraepelin* és mások is a leggyakoribbnak tartanak, a mint a fentiekből látjuk, eseteink között nem találkozunk.

Valamilyen közös, az influenzára jellegzetes jellemvonás vagy tünetcomplexum után is hiába kutatunk. Egyik kóralakban sem lehet olyan tüneteket felfedezni, melyek az influenzás elmezavarral jellegzők volnának és melyekkel azt más aetiológiával kifejlődött hasonló kórfórmáktól meg lehetne különböztetni. Nemcsak a symptomatológiában, hanem a körlefoyásban és a végkimenetelben *sincs semmi olyan, amiből az influenza-psychosist diagnoszkálni lehetne.*

Kraepelin már évekkel ezelőtt azon reményének adott kifejezést, hogy majdan lehetséges lesz a különböző fajú infectios psychosisokat csupán psychés tüneteik szerint körjelezni, más szóval pusztán a klinikai tünetekből a diagnosist felállítani és azokból a szűkebb aetiológiára következtetni. Sajnos, a fentebbi észlelések alapján egy lépést sem tehetünk e kitűzött cél felé, hanem inkább csatlakoznunk kell *Simmerling* és *Bonhöffer* azon nézetéhez, hogy a különböző fertőző betegségek által okozott elmebajok egymástól és más eredetű, hasonló körképektől csupán a klinikai tünetek alapján nem különíthetők el.

Közlemény a budapesti m. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról.
(Helyettes igazgató-tanár: Tóth István dr.)

A spanyol influenza szülészeti vonatkozásai.

Közli: *Wolfner Antal* dr., cz. tanársegéd.

A városszerte pusztító, spanyol influenzának nevezett járvány — mint az előrelátható volt — klinikánk személyzetét és beteganyagát sem hagyta érintetlenül. Beteganyagunkon a fajszaporítás folyamatának különböző időszakaiban láttuk a betegséget jelentkezni, s ezáltal bő alkalmunk nyílt arra, hogy a spanyol influenzának a terhességre, szülésre és gyermekágyra való hatását tanulmányozzuk. Tapasztalásainkról a következőkben számolunk be.

Klinikánkon az első megbetegedést 1918. évi június havában észleltük. Ez időponttól ez évi január hó 6.-áig bezárólag összesen 72 esetünk volt, melyek közül 21 az orvos- és ápolószemélyzet körében jelentkezett, a többi 51 eset pedig beteganyagunkat érte. A betegség jelentkezésének idejét számítva, azt látjuk, hogy sporádus, rendszerint enyhe lefoyású esetek mellett két ízben fordult elő klinikánkon tömeges, s rendszerint súlyos lefoyású megbetegedés. Első ízben 1918 október havában: 10 súlyos esettel, melyek közül kettő halállal végződött. Ez az időpont megfelel a járvány odakünn a városban tapasztalt legerősebb dühöngésének. Éme első klinikai járványban 7 gyermekágyas és 3 háziterhes megbetegedését észleltük. Másodsor, még súlyosabb lefoyású 12 esettel december hó végén lobbant fel újra a járvány klinikánkon. Az esetek december hó 25.—30.-a között fordultak elő, 11 esetben a háziterhesek között, s csak 1 esetben gyermekágyason; ez esetek közül 3 végződött halállal.

A két járvány összehasonlításakor feltűnő először az, hogy míg az októberiben főleg gyermekágyasaink körében, addig a decemberiben csaknem kizárólag háziterhesek között pusztított a betegség; másodsor, hogy a második járvány időbelileg (december vége) egybeesik azzal az idővel, mikor a városban már a járvány örvendetes csökkenését és enyhülését tapasztaltuk. E feltűnő körülmények magyarázatát abban találhatjuk, hogy december végén klinikánk hiányos szénellátása következtében terheseink 10—12° R hőmérsékű termekben voltak kénytelenek hálai s ugyanekkor átmenetileg lábballal való ellátásuk is hiányos volt. Ezen, a városi járvány csaknem megszűnésével egyidőben való jelentkezése súlyos megbetegedéseinknek arra utal, hogy a meghülés okozta csökkenése a szervezet ellentállóképességének a spanyol influenza terjedésének kedvez és a prognosist súlyosbitja.

Anyagunkban megkülönböztetünk: 1. olyan eseteket, melyekben hirtelenül, rendszerint hidegrázás után magas hőmérsék állott be, mely azonban másnapra lezállt, s egy-két napi subfebrilis hőemelkedés után a megbetegedés nyomtalanul eltűnt. Ilyen abortiv esetünk volt 18 (51) = 35%. Rendszerint az egyik, majd a másik teremben jelentkezett a megbetegedés, összefüggést az esetek között nem mutathatunk ki. Legsűrűbben fordultak elő július havában 5 esettel, augusztus havában 7 esettel, a többi 6 eset elszórtan a többi 4 hónap között oszlik meg. A gyermekágy különböző idejében, de túlnyomórészt az előrehaladottabb napokban, a VI.—XIII. napig jelentkeztek a typosus tünetek, a magas láz kíséretében tagfájdalmak, tracheaérzékenység, köhögés. A láz túl magas fokot sohasem ért el, maximalisan egy esetünkben

39.5°-ot találtunk, a legalacsonyabb hőemelkedés 38° volt. A lázas hőmérsékkel együtt járt az érverésnek megfelelő szaporodása is, mely a másnapi hőleeséssel együtt a normalisra csökkent. Ezeket az abortív megbetegedéseket ápoltságunk jól tűrték, a gyermekágy lefolyását, az ágynyugalom időtartamának megnyújtását leszámítva, károsan nem befolyásolták.

2. Fenmaradó 33 esetünk (51 = 65%) súlyosabb lefolyású volt s úgy terhes, mint szülő- és gyermekágyas nőink között fordult elő. A következőkben, mikor a megbetegedésnek szülészeti vonatkozásait tárgyaljuk, a szülés alatt körjelzett spanyol influenzaesetekkel mint terhességi megbetegedésekkel foglalkozunk, egyrészt azért, mert a városból bejött szülőnőkön körjelzett influenza-esetekben a betegek bejövételük előtt, odahaza, sokszor nem is hőmérőzték magukat s már a terhesség utolsó napjaiban beállott kisebb hőemelkedéseket és typosus tüneteket figyelembe nem vették, másrészt, ha valóban a szülés folyamata alatt jelentkezett is az első lázas hőmérsék s a betegség megnyilvánulása, tekintetbe véve az incubatiót, a megbetegedés idejét így is a terhesség idejére kell tennünk.

33 esetünket a megbetegedés foka szerint 2 csoportba oszthatjuk: a) könnyű lefolyású esetek, melyekben többnapos lázas hőemelkedés kíséretében bronchitis diffusa képe fejlődött ki, itt a folyamat megállapodott és súlyosabb complicatio nélkül gyógyult; b) súlyos lefolyású esetek, melyekben magas hőemelkedés és bronchialis folyamat mellett súlyos complicatiók (pneumonia, sepsis) is fejlődtek ki.

Eseteink lefolyását a következő táblázat mutatja:

Megbetegedés	Szám	Lefolyás		Gyógyult	Megtelt
		könnyű	súlyos		
Terhesség alatt	22 (33) = 66%	9 (22) = 40%	13 (22) = 60%	16 (22) = 73%	6 = 27%
Gyermekágyban	11 (33) = 33%	10 (11) = 91%	1 (11) = 9%	10 (11) = 91%	1 (11) = 9%

Látjuk tehát, hogy a megbetegedések legnagyobb része a terhesség alatt jelentkezett. Érthető ez, ha tekintetbe vesszük, hogy a terhesség alatt az anyai szervezet erősebb igénybevétele miatt különben is kisebb az ellenálló képessége infectióval szemben. A betegség prognózisát illetően pedig azt állapíthatjuk meg, hogy a terhesség alatt súlyosabban (60%:9%) és végzetesebben (27%:9%) láttuk a spanyol influenzát jelentkezni, mint a gyermekágyban.

Ottow,¹ Benthin² szintén a terhesek súlyosabb természetű megbetegedéseit találta. Hogy mennyiben írható e körülmény a légutak fokozott fellazulásának vagy a thorax nyomási viszonyainak megváltozása terhére, nehezen dönthető el. A mi eseteinkben az a körülmény, hogy terheseink egyideig lényegesen kedvezőtlenebb hygienés viszonyok között voltak, mint ugyanakkor gyermekágyasaink, megmagyarázza a betegség súlyosabb lefolyását.

A terheseken a betegség iránti fogékonyság és a megbetegedettek kora, vagy primi-multipara volta közötti összefüggés nem volt kimutatható. A betegség a 16.—35. életévig egyaránt jelentkezett s a primi-multiparák viszonylagos száma (20:13) körülbelül megfelel annak az aránynak, amely különben is szülőanyagunkban található.

A terhesség lefolyására való hatás szempontjából különbséget kell tennünk, vajjon könnyű, avagy súlyos infectióval állunk-e szemben. Csak a könnyű lefolyású esetek enyhébbjeiben, ahol 2—3 napi nem túlmagas (38.5°—39°) hőmérsék után subfebrilis lefolyás volt észlelhető, maradt meg a terhesség. Azonban könnyű megbetegedéseinknek is 57%-ában, továbbá valamennyi súlyos esetünkben a terhesség megszakadt. Vagyis 22 terhességi spanyol influenza-eset közül 18-ban (82%), a betegség hatására idő előtt következett be a szülés.

Ha eme időelőtti szülések okát keressük, több körülményt vehetünk tekintetbe. Régismert dolog, hogy hosszan-

tartó magas hőmérsék kapcsán a szülés időnek előtte indul meg. A betegséggel járó dyspnoé (Lönne³), köhögés előidézte deciduális vérzések (Lwow) állítólag szintén szerepelnek a szülmegindulás okaként.

Eseteink közelebbi vizsgálata a következőket mutatja:

A terhesség megszakadása	Esetek száma	A betegség lefolyása	
		súlyos	könnyű
A megbetegedés napján	8 (18) = 44%	7 (8) = 88%	1 (8) = 12%
A megbetegedés II. napján	3 (18) = 17%	2 (3) = 67%	1 (8) = 33%
III. és későbbi napján	7 (18) = 39%	4 (7) = 57%	3 (7) = 43%

A megbetegedés napja alatt értjük azt az időpontot, mikor a megbetegedés tüneteit először észleltük. Ez azonban még háziterheseinken sem fedti teljes bizonyossággal a betegség kezdetét, de e számok relatív szembeállítására a megbetegedés ideje, a terhesség megszakadásának időpontja s az infectio súlyossága között azt az összefüggést mutatja, hogy a terhesség az esetek csaknem felében már a megbetegedés igen korai szakában szakad meg, még pedig ama esetekben találjuk a terhesség e gyors megszakadását, ahol a későbbi lefolyásában a betegségnek az infectio erősebb virulentiája mutatkozik.

E korai szakban sem magas hőmérsék nem állott fenn hosszabb ideje, sem a dyspnoé és köhögés nem volt még oly nagyfokú, hogy e körülményekkel magyarázhatnók a szülés megindulását, úgy, hogy legvalószínűbbnek találjuk, hogy a betegséget okozó virus, illetve toxin közvetlen hatására indul meg a szülés. A terhesség megmaradása a megbetegedés virulentiájától függ s minél gyorsabban következik be a terhesség megszakadása, annál súlyosabb lefolyására a betegségnek lehetünk elkészülve.

A bekövetkezett szülésre jellemző, hogy az sok esetben soha nem tapasztalt rohamossággal folyik le, de általában is a magzat megszületése a rendesnél lényegesen rövidebb időtartamú szülőtevékenység után következik be.

Súlyos eseteinkben 1½—6 órai vajudás után láttuk a magzatot megszületni, de enyhébb eseteinkben is 6—11 óra alatt folyt le a szülés. Még ha tekintetbe vesszük is azt a körülményt, hogy a terhesség időelőtti megszakadása miatt könnyebb és gyorsabb szülések várhatók a magzatok gyengébb fejlettsége mellett, mint kiviselt terhesség esetén, a szülés időtartamát így is feltűnően rövidültnek kell elismernünk. Ha a szülés egyes időszakait számításba vesszük, feltűnik, hogy az időtartam megrövidülése főleg a kitolási szakra vonatkozik, melyet primiparákon ¼—1 óra alatt láttunk lefolyni.

Ottow, Benthin, Hintze, Möller ugyancsak gyors, egyes esetekben rohamos lefolyását látta a szülésnek, viszont Nürnberg⁴ s Amann az 1889.—90.-i járvány alatti megbetegedésekben a szülés elhúzódását jelezte.

A szülés alatt a fájások iránt feltűnően érzéstelenek voltak szülőnőink, valószínűleg a toxinhatás következtében. Két ízben fordult elő, hogy még mielőtt az értesített ügyeletes orvos a szülőnőhöz érkezett volna, már megtörtént a szülés. Könnyen felvetődhetik a gondolat, vajjon nem annak a körülménynek tudható-e be a szülés tartamának a megrövidülése, hogy a szülőnők a fájásokat csak a szülés előhaladottabb idejében percipiálják. Idejében végzett belső vizsgálataink meggyőztek arról, hogy ez időtartam-megrövidülés nem látványos. Mint rohamosan lefolyt szüléseink extrem példáját a következőt részletezzük:

30/32. fejl.-sz. 18 éves I.-P. Mint háziterhes délelőtt 8 órakor jelentkezik a szülőszobán jó fájásokkal. Délelőtt ¼,9 órakor burokrepedés, utána b. v.: 2 ujjnyi méhszáj, nem álló burok, nagyrészt kifejtett portio, koponya a bemenetben, nyilvarrat a harántban: I. kp. Tehát korai burokrepedés, igen erőyes, jó fájások. Délelőtt ¼,10 órakor mutatkozni kezd a fej, s délelőtt ¼,10 órakor igen erőyes fájások között megszületik az I. kp. mechanizmusa szerint az é. k. f. magzat. Méretei: 46, 2100, 33.

A szülés harmadik időszakában complicatiót nem találtunk.

Eseteinkben kivétel nélkül a szülésnek a rendesnél gyorsabb, egyes esetekben rohamos lefolyását észleltük, joggal mondhatjuk tehát, hogy a fertőzést okozó vírusnak, illetve toxinnak a szülőtevékenységet fokozó s azt hatósabbá tevő képessége kell legyen.

A mi a betegség alatt a magzat sorsát illeti, életkilátásait rossznak kell mondanunk. Tapasztalataink a következők:

	Érett	Kora	Egész-séges	Macerált	Meghalt 1—10 napos korában
Magzatok száma: 18	11 = 61%	7 = 39%	8 = 48%	3 = 11%	7 = 41%

Látjuk tehát, hogy az esetek tekintélyes részében a terhességnek a betegség okozta időelőtti megszakadása következtében koramagzat született s már ennélfogva is csökkent életképességgel jött a világra. Az esetek csekély töredékében (11%) a magzatnak a szülés megindulása előtt való intrauterin elhalását láttuk bekövetkezni. *Townsend*⁵ influenza kapcsán egy esetben látta a magzat intrauterin megbetegedését. Hasonló tapasztalata van *Fischer*⁶-nek is. A mi három esetünkben az anyán igen súlyos, később pneumoniával szövődött betegség forgott fenn, s tekintetbe véve ama körülményt, hogy két esetben már a megbetegedés napján, egy esetben pedig a reakövetkező napon történt az elhalás, a betegséget okozó vírusnak placentaris átszűrődését kell felvennünk. Ezt igazolja a végzett sectiók eredménye is, midőn a magzat szerveiben petechiákat és sepsisesen lágyult szerveket találtunk. Tehát hasonló elváltozásokat, mint a spanyol influenzában elhalt felnőtt zsigereiben.

Ezt erősíti meg ama esetünk is, mikor születése napján elhalt koramagzatunk sectiójakor mindkét tüdőben oly kiterjedt elváltozások állapítottak meg, melyeknek kifejlődése néhány óra alatt nem képzelhető el. A születés után 1—10 nappal elhalt többi 6 magzat sectiója 5 esetben bronchopneumoniát s egy esetben sepsist talált, mely utóbbi esetben a köldökcsomok körül semmi elváltozás sem volt észlelhető.

A gyermekágyban általában jobb prognózisú a megbetegedés. Egy súlyos esetünk, mely halállal végződött, sajátos klinikai képe folytán részletes tárgyalásra érdemes.

1599/1438. fejlap-szám. 21 éves I.-P. 1918. évi november-hó 17.-én keresi fel klinikánkat. Hőmérsék 36,5°, pulsus 72. Felvételtkor fájások nincsenek. November 20.-án kelnek jó fájások. B. v.: bőven 3 ujjnyi méhszájnal burokrepedés, ezután 3 órával rendes szülés: I. kp. 3/4 óra múlva távozik az ép lepény, kissé szakadozott burokkal. Kisfokú nagyajkhorzsoláson kívül egyéb lágyrész-sérülés nem található. A gyermekágy 1. napján 36,9—37,2° hőmérséklet, 2. nap hajnalban hidegrázás, utána 40,5°. Pulsus 120. A has nem érzékeny, a nagyajkak erősen duzzadtak, belfelületükön rendkívül szennyes lepedék. Jövedzés. 3. nap hidegrázás. Hőmérsék 41,0°, pulsus 112. Bár a külső körülményekből, az anamnesisből, a szülés lefolyásából támaszpontot az infekcióna nem nyertünk, a tünetekből súlyos genitális infekcióna tételeztünk fel s megkezdettük az argochrom-kezelést (naponta 0,20 centigr.-os adagokban intravenásan). A hőmenet továbbra is olyan maradt, hogy reggeli subfebrilis állapot után délután felszállt a hőmérséklet 39—40°-ra. Az 5. napon eszközölt bakteriologiai vérvizsgálat *negatív* eredményt adott. A symphysis előtt érzékeny mirigyduzzanat tapintható. A 7. napon a jobb nagyajkának a Bartholini-mirigy táján való erős duzzadását találjuk. Megnyitáskor bő genyet nyerünk. A 8. napon első ízben jelentkeznek tünetek a tüdők részéről: köhögés, hátfájdalom, dyspnoé. A hőmenet most már állandóan magas, 39—40°. A 11. napon zavart sensorium, a dyspnoé mindjobban fokozódik, végül a 15. napon exitus. Sectio (végezte *Huzella dr.*): Confluáló catarrhalis pneumonia mindkét tüdőben, jobboldalt az egész felső lebenyben és az alsó lebeny felső részén, baloldalt az alsó lebeny felső részén almányi gócz alakjában, helyenként elgenyvedéssel. Serofibrinosus pleuritis mindkétoldalt. A tüdő és a lépen petechiák. A hüvelybemenetben szabálytalan alakú, csafatos szélű, genyes fekély, melynek aljában tályogok vannak. A vagina nyálkahártyájának felsőbb részlete tiszta, szintűgy a portio. Az uterus, parametrium és adnexumok normalisak. A boncolási kép teljesen megfelel a spanyol influenzából származó pneumoniának.

A mi ez esetben a genitális elváltozásokat illeti, kutassuk a fertőzés eredetét. A szülönőt bejövetele előtt odakünn nem vizsgálták, a klinikán ugyanazon apparatus és vizsgáló kezek mellett vele egy időben s utána szült asszo-

nyokon a legcsekélyebb elváltozást sem találtuk a gyermekágyban; a genitális elváltozás már a gyermekágy 2. napján rendkívül súlyos alakban jelentkezett; mindezen körülmények egybevetése után azt kell mondanunk, hogy a vizsgálat útján való infekcióna nem tarthatjuk valószínűnek. Nyitva marad az a kérdés, vajjon az ulcus s az őt kísérő tályogok nem a spanyol influenza eddig még ismeretlen vírusának tulajdoníthatók-e.

Az irodalomban találunk ehhez analog eseteket. Így például influenza kapcsán parametritist (*Labadie-Lagrave* és *Müller*), thrombophlebitist (*Möller*) észlelték. Saját magunk a mult év folyamán tonsillitis abscedens kapcsán a gyermekágyban halálos kimenetelű genitális megbetegedést láttunk.

Többi gyermekágyas spanyol influenza-megbetegedésünk diffus bronchitis képében jelentkezett, több napi, sokszor a 40°-ot is meghaladó hőmérsékkel jártak, egyébként a gyermekágyat csak annyiban zavarták, hogy a betegséget rendszerint kísérő nagyfokú bágyadság, gyengeségérzet révén megnyújtották a gyermekágy tartamát. E betegünk magzatai, bár állandóan anyjuk táplálta őket, nem inficiálódtak, egészségesen és gyarapodva hagyták el a klinikát.

Nőgyógyászati influenza-megbetegedéseink rendkívül enyhe alakban, elsősorban jelentkeztek. Az erős klinikai járvány azonban nőgyógyászati tevékenységünkben arra intett, hogy operatív működésünket csakis a sürgős és elhalaszthatatlan esetekre korlátozzuk, ezzel sikerült elérnünk azt, hogy műtét után spanyol influenza okozta complicatiót egy esetben sem láttunk.

A klinikai személyzet közül 4 orvos, 13 ápolónő és 4 férfialkalmazott esett át a spanyol influenzán. Szerencsére valamennyi eset enyhe lefolyású volt, néhány napi magas hőmérséklet után nyomtalanul oldódott.

* * *

A spanyol influenza kapcsán a fajszaporítás folyamatának különböző időszakaiban tett tapasztalásainkat összegezve, azt mondhatjuk, hogy legrosszabb a betegség prognosisa akkor, ha a betegség a terhesség alatt áll be. Legtöbb esetben a terhesség megszakadását okozza, minél súlyosabb az infectio, annál gyorsabban. A szülésre jellemző a gyors lefolyás. A magzat prognosisa rossz, mert a vírusnak placentaris átszűrődése révén intrauterin elhalhat vagy súlyosan megbetegedhetik életének első napjaiban. A gyermekágyban általában enyhébb lefolyású a betegség, kivételes esetben a genitális specifikus megbetegedéssel járhat.

Irodalom. ¹ *Ottow*: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett etc. Zentralbl. für Gyn., 1919, 1. sz. — ² *Benthin*: Über Grippe. Zentralbl. für Gyn., 1919, 2. sz. — ³ *Lönne*: Zentralbl. für Gyn., 1918, 9 sz. — ⁴ *Nürnberg*: Monatschrift für Geb., 1918, 48. kötet. — ⁵ *Townsend*: Archiv für Kinderheilk., 15. kötet. — ⁶ *Fischer*: Frankf. Zeitschr. für Path., 7. kötet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Az országos hadigondozóhivatal rózsahégyi gyógyintézetének összegyűjtött munkálatai. Összeállította: *Róth Miklós dr.*, az intézet főorvosa, a III. sz. belklinikai tanácssegédje. Mai Henrik és fia kiadása. Ára 32 kor.

Az országos hadigondozóhivatal rózsahégyi gyógyintézete a háború belbeteg-rokktantjai utókezelő kórházának volt szánva. A báró *Korányi Sándor* iskolájából rekrutálódott orvosi kar, élén *Róth Miklós* tanácssegéddel, az egyszerű gyógyintézetet, eredeti hivatását messze túlszárnyalólag, elsőrendű tudományos kutató intézetté fejlesztette. Az ott lefojlyt tudományos munka eredménye az előttünk fekvő 270 oldalas könyv. A 28 dolgozattól álló értekezésgyűjtemény a belorvostan legkülönbözőbb ágaiba tartozó problémákat ölel fel, s egy részük e lap hasábjain jelent meg. Nem lehet ismertetésünk tárgya a dolgozatok kivonatolása, de tájé-

kozásul szolgáljon egyes munkák címének felsorolása, melyek e könyv keretén belül jelentek meg első ízben nyomtatásban. 1. Adatok a diabetes therapiájában használatos lisztnapok hatásmódjának magyarázatához és az abból levonható gyakorlati következtetések *Róth Miklós*-tól. 2. A gyomorfunctio befolyása a szénhydrat-anyagcserére *Róth Miklós* és *Ernst Zoltán*-tól. 3. Tapasztalatok a tuberculinterapiáról *Róth Miklós*-tól. 4. Röntgen-vizsgálatok a háborús szivről *Kenéz Lajos*-tól. 5. Vizsgálatok és adatok a tüdő-tuberculosis aktivságának kérdéséhez *Kelemen János* és *Mandel Sándor*-tól. Vannak bakteriologiai tárgyú és vannak a neurologia körébe vágó munkálatok, sőt a háborús atmosphaera folyományaként a militaristikus szempontúak sem hiányoznak. A gyógyintézet, sajnos, nem fejezhette be feladatát, mely voltaképp a háború után kezdődött volna. Az ellenséges megszállás lehetetlenné tette további működését, de büszkén tekinthet vissza az 1916.—1918. évekre. A könyv eredeti s még meg nem jelent közleményei révén igényt tarthat arra, hogy a belorvos könyvtárában helyet foglaljon. *Weber dr.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A kiütéses typhus elleni védőtások eredményeiről számol be *da Rocha-Lima*. Minthogy a kiütéses typhus kórokozóját ezideig nem sikerült mesterséges táptalajon tenyészteni s így belőle a szokásos módon oltóanyagot készíteni, egyéb módokon igyekeztek az activ immunizálásra, még pedig emberek, illetve állatok ártalmatlanná tett virustartalmú váladékával. Kísérletileg bebizonyított valóság, hogy a tengerimalacz, de még inkább a tetű sokkal koncentráltabban tartalmazza a virust, mint az embervér. *Da Rocha-Lima* immunizáló kísérleteit tengerimalaczokon végezte, melyek kiütéses typhussal biztosan fertőzhetőek. Oltóanyag gyanánt főleg kiütéses typhus-szal fertőzött tetveket használt, néhány esetben tengerimalacz-szervekből (lép, vese) készült oltóanyagot alkalmazott és végül a vért próbálta ki oltóanyag gyanánt. Állatkísérleti eredményei rendkívül kedvezőek voltak. 17 tetű-oltóanyaggal védoltott állatból mindössze kettő volt inficiálható, míg a kontrollállatok egy kivételével mind megbetegedtek. Kevésbé volt eredményes az organextractumos és legkevésbé a véres oltóanyag. A tetű-oltóanyag embereken is kipróbáltatott a legkisebb ártalmatlanság nélkül. Tömegtöltésre azonban a tetű-oltóanyag nehéz előállíthatósága miatt nem alkalmas s csak különösképpen veszélyeztetett egyéneknek jöhet számításba. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 52. szám.) *Weber dr.*

Sebészet.

Az időszült gyomorfekély sebészi gyógyításáról értekezik *M. Zondek*. Ujabban mind gyakrabban tárgyalják ama kérdést, hogy időszült gyomorfekély eseteiben gastroenterostomia, avagy resectio végeztessék-e? Mióta *Wölfler* a gastroenterostomiát a sebészetbe bevezette, nemcsak gyomorcarcinoma, hanem jóindulatú gyomorfekély eseteiben is mind gyakrabban végzik. Az utóbbi bajban ugyanis, dacára a kellő belgyógyászati kezelésnek, a betegek kellemetlenségei, különösen a szomszédos szervekbe penetráló fekély, pylorus-szűkület eseteiben, nagyfokúak, úgy hogy munkaképességüket, sőt életkedvüket is elveszítik. A gastroenterostomia egy csapásra megszünteti mindezen esetekben a beteg nehézségeit, azonban a műtét kivételén bizonyos módosításokat kellett végezni, különösen a félelmetes circulus vitiosus miatt. *Roux* és *Braun* módosításaival akadályozták meg az említett szövődmény létrejöttét, a mely eljárás abból állott, hogy a gastroenterostomián kívül enteroanastomosist is végeztek. Egy másik veszedelme a gastroenterostomiának azonban megmaradt s ez az ulcus pepticum jejuni kifejlődése. *Petersen* ajánlatára, hogy a gastroenterostomia retrocolicánál a vékonybélkacsot rövidebbre vegyük és a nagy görbületen közel a

gyomor pylorus-részéhez varrjuk, a gastroenterostomia veszélyei az említett complicatiót illetőleg csekélyebbek lettek. A technikának ily módon való javításával az eredmények tetemesen javultak. *Krönlein* operált betegének 61%-ában gyógyulást, 24%-ában javulást tudott elérni. Azonban a gastroenterostomia eredményei még mindig nem voltak kielégítőek; ulcus-recidivákat, perforatiókat, újabb vérzéseket láttak. Ezenkívül még egy momentum hatott nyugtalanítólag, hogy tudniillik az ulcusok rákosan elfajulhatnak. 71%-ban állapították meg *Mayo* klinikáján az ulcus-anamnesist gyomorcarcinoma eseteiben. Még szomorúbb az ulcus callosum miatt végzett gastroenterostomia eredménye, amennyiben *Küttner* 12 esete közül 5 gyomorrákban pusztult el. Az a valószínűnek látszó dolog ugyanis, hogy az ulcus jellegét műtét közben megállapíthatnók, nincs meg. Sőt mikroszkopice megállapított ulcus-diagnózis után rák-metastasisok fejlődhetnek. *Küttner* ezért a fekély sorozatos metszeteinek mikroszkopi vizsgálatát ajánlja. Különösen ez az utóbbi közlemény — az ulcus rákos elfajulása — volt az indító oka annak, hogy a gastroenterostomiát a resectio műtéte váltotta fel. Az ulcus körüli összenövések, átfürödások, melyek a gastroenterostomia kivételét gyakran lehetetlenné tették, szintén lényeges szerepet játszottak abban, hogy ezt az új műtétit methodust választották. Azonban a resectio sem hozott mindig gyógyulást. A gyomor más helyén újabb ulcusok, vérzések fejlődhetnek. Ezenkívül az újabb tapasztalatok azt mutatták, hogy az ulcus alapján fejlődött rákok nem is olyan igen gyakoriak. *Konjetzny* 98 esete közül csak egy esetben volt biztos az ulcus-anamnesis. Nem szabad továbbá felednünk, hogy az ulcus meggyógyulhat s a gyomor más részén fejlődhetik rák. A szerző az ulcus benignitásának megállapíthatására azt ajánlja, hogy a környező mirigyekből távolítsunk el egy párat s ezekből nyerjünk felvilágosítást. Általában ha az ulcus callosum a pylorushoz van közelebb, rosszindulatúsága valószínűbb, mintha a kis görbületen fekszik. Miért is az előbbi esetben resectio végzendő. *Kümmell* azt tapasztalta, hogy a pylorus közelében levő ulcusos tumorok gastroenterostomia után gyakran visszafejlődnek, miért is a műtét után 3—4 hétig vár s ha a tumor addig nem fejlődött vissza, újabb laparotomiát végez és a gyomor egy részét reszekálja. A szerző szerint azonban a tumor jelenléte legtöbbször már tapintással is megállapítható; ha ily vizsgálattal a tumort nem érezzük, akkor az újabb laparotomia felesleges. A cardián ülő ulcusos tumorokra vonatkozólag a szerző azt tapasztalta, hogy gastrostomiára (*Dreesmann* esete) visszafejlődhetnek. (Berliner kl. Wochenschrift, 1918, 47. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

Venereás betegségek.

Az ezüstsalvarsanról nyilatkozik *F. Hahn* (Bremen). Tekintve, hogy az ezüstsalvarsant az eddigi salvarsan-készítmények tökéletesített alakjának mondják, szükséges, hogy azt minden új szernek 3 legfontosabb tulajdonsága szerint bíráljuk el: hatása, alkalmazásának kényelmessége és esetleges ártalmassága szempontjából. A kísérletek azt bizonyítják, hogy az ezüstsalvarsan a syphilisnek valamennyi szakában kitéhető. Különösen látható ez fiatal primaer affectio eseteiben. A spirochaeták rendszerint már az első injectio nyomán eltűnnek s a behámosodás, valamint a kemény beszűrődés felszívódása hamar megy végbe. Gummák gyorsan gyógyulnak s a syphilisnek idegrendszerbeli betegségei is jól befolyásolhatók az új szerrel. Különösen kiemeli *F. Hahn*, hogy régi syphilis eseteknek egész sorában az addig minden kezeléssel daczó pozitív Wassermann-reactio ezüstsalvarsan hatása alatt negatívvá vált s egyelőre az is maradt. Az ezüstsalvarsan alkalmazása kényelmes, csaknem olyan, mint aminő a neosalvarsané. A szert 10—30 cm³ destillált vízben vagy physiologiás konyhasóoldatban könnyen (kissé rázva) oldhatjuk. Az ezüstsalvarsan-injectiók ambulánsan is adhatók, de ajánlatos, hogy a patiens az injectio után nemsokára elpihenjen. Az is ajánlható, hogy az injectio előtt s után ne

egyék a beteg. Ártalmáról Hahn nem tesz említést, noha eddig 82 betegen körülbelül 1000 injectiót végzett. Kisebb kellemetlenségek azonban előfordulnak. Az esetek nem kis számában az injectio nyomán rázóhideg áll be s a hőmérsék 40°-ra emelkedhetik. Erősebb higitással úgylátszik ez inkább elkerülhető. Hányás nem ritka s erősebb fejfájás is észlelhető az injectiók kapcsán. A kellemetlen általános mellékhatások mindenestre kisebbek mint azok, melyek az altsalvarsannal végzett injectiók nyomán támadnak. Az ezüstsalvarsan adagjai Kollé ajánlatára 0.1—0.3 gr. között mozognak. Az észlelés és elbírálás pontossága érdekében a szerző nem kombinálta az injectiókat kénéskezeléssel. Az intravenás injectiókat kisebb dosis esetén (0.1) háromszor, erősebb adag esetén (0.3) kétszer hetenként adja. Friss, még seronegatív esetben az átlagos kúra 6 injectióból állott. Seropositív friss esetekben mintegy 10 injectióra van szükség. Régi, súlyos ideg-syphilis-esetek olykor 20—25 injectiót is kaptak egy kúra folyamán. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1918, 50. sz.)

Guszman dr.

Gyermekorvostan.

Komoly szövődmények genuin epilepsiás gyermekeken végzett lumbalpunkciók kapcsán. Epilepsiás, illetve epileptiform tünetek közepette megbetegedett két gyermekben O. Bossert lumbalpunkció után súlyos levertséget, a rohamoknak sűrűbbé válását, tartós hányást, látás és fejfájást észlelt, mely jelenségek egy harmadik esetében a halálos kimenetelt vezették be. Ez utóbbi esetben a kórboncolástani vizsgálat idősült leptomeningitis mellett fennálló frissebb, gócz-szerűen elrendezett lobos folyamatot mutatott. A szerző szerint a fenti szövődményekkel számolnunk kell genuin epilepsiában szenvedő gyermekeken végzendő lumbalpunkciók alkalmával, valamint agydaganat eseteiben. (Monatsschr. für Kinderheilkunde, 1918, XV. köt., 1. sz.) Weil Artur dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Fagyásdaganatok ellen F. Langer szerint legjobb az ichthyol, amelyet higitatlanul kenünk a kóros részre és rászáradni engedünk; föléje azután vattát teszünk és ezt kötéssel rögzítjük. Néhány nap múlva megismételjük az ichthyol alkalmazását, legcélszerűbben forró helyi fürdő után. Súlyosabb esetekben az ichthyolkezelést megelőzően esetleg ismételt ecsetelést végzünk tinctura jodi és tinctura gallarum egyenlő mennyiségéből készült eleggyel. Az ichthyolkezelés nyílt fagyásdaganat esetén is használható. (Wiener mediz. Wochenschr., 1919, 2. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 7. szám. Berczeller Imre: Ritka hasmütétek. **Simon Gyula:** Ritkább szövődmény atoniás méhnél. **Schuster Gyula:** Adatok az Alzheimer-betegség ismeretéhez.

Budapesti orvosi újság, 1919, 8. szám. Beck Soma: A spanyol láz utáni hajhullásról. **Fried Sándor:** A tabesises krisek symptomás gyógykezelése.

Vegyes hírek.

Pályázati hirdetés. A Szociáldemokrata Orvosok Szakszervezete pályázatot hirdet socialegészségügyi tárgyú népszerű előadásokra. Ezek az előadások a párt- és a szakszervezetekben tartandó egészségügyi előadásokhoz szolgálnának mintául. A tárgyat mindenki szabadon választhatja s nem kell, hogy önálló kutatásokon alapuljon. Irányadóul szolgálhat: **Hahn Dezső dr.-nak** a fertőző nemi betegségekről vagy **Lévai József dr.-nak** az első segélynyújtásról tartott előadása, melyek a Népszava könyvkereskedésében jelentek meg. Az előadás tartama egy óra. A pályázati határidő márczius 10.-én jár le. A szakszervezet a három legjobb előadást egyenként 200—200 koronával díjazza s a többi előadást is lehetőleg föl fogja használni a szerző beleegyezésével. Az író nevével is ellátható vagy jelígis levelű pályamunkák a szakszervezet címére (VII., Dohány-utca 77.) küldendők.

Az orvosképzés reformjával nálunk is, külföldön is sokat foglalkoznak most. Legújabbán **Fr. Lenz** nyilatkozik e kérdéstről a Münchener Med. Wochenschr. ez évi 6. számának hasábjain. A fiatal szerző nevét előnyösen ismerjük az eugenikára (fajegészségtanra) vonatkozó érdemes irodalmi működése révén s gondolkozásának ez az iránya megállászik ezen a cikkén is. Azt kívánja, hogy az orvos már 25 éves korában megismerhesse és családot alapíthasson, a mihez az volna szükséges, hogy már 22 éves korában kész orvos lehessen. Ezt pedig

elérhetőnek véli, ha a középiskolai tanulmányokat egy évvel megrövidítjük, továbbá, ha lehetővé tesszük, hogy a hallgató már 10. féléve során letehesse 3. — utolsó — szigorlatát, miután 2. szigorlatán 6 féléve végén tülesett, végül ha az úgylátszik Németországban is csődöt mondott gyakorlati évet egy valamely szülészeti osztályon töltendő félévre redukáljuk. A tehetségesek selectióját, a nem az orvosi pályára valók kiküszöbölését kívánja a vizsgák szigorítása útján, továbbá a nőknek lehető távollattartását az orvosi pályától a családalapítás és gyermeknevelés érdekében. **Lenz** heti 3 órát két féléven át az anatómiából, élettanból, kórboncolóstanból elégnék tart, az élettan hallgatását már a 2. félévben kezdeti, az 1. szigorlatot a 3. félév végére helyezi, a 4. félévet már a kórboncoltan, gyógyszerstan és belorvostan hallgatásának szája és a 9. félévet egyedül a szülészetnek és nőorvostannak reszálja. A 10. félévre csak 2 órás collegiumok esnek: törv. orvostan, közegészségtan, fül-, gégeorvostan és fogászat. A hét két délutánja — a vasárnapon kívül — egészen szabadon kell, hogy maradjon.

Személyi hírek külföldről. A königsbergi anatómiai tanszékre **Fr. Keibel dr.-t**, a volt strassburgi egyetem tanárát hívták meg. — A tübingeni egyetemen gyermekorvostani rendk. tanszéket szerveztek s erre **W. Birk dr.** kieli magántanárt nevezték ki.

Városmajor-Szanatorium és Vízyógyintézet

Részvénytársaság. **Budán, I., Városmajor-u. 64.** Telefon 88—99. **Ujonnán átalakítva Dr. Gráf Andor** főorvos vezetése alatt. Vízyógyomd.; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és fenyőfürdők, massage, hőég-kezelés bejáróknak is. Hízaló-kurák.

Orvosi labororium Vezető: **Dr. VAS BERNÁT**, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon: József 16-03.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-
légkészfürdők, frigortherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérumintézet r.-t. Budapest, VI. ker., Teréz-körút 31. sz. Telefon 20—19.

Kurzusok: { Laboratoriumi diagnostikai eljárások. Oltóanyag- és szérum-termelési methodika.

Orvosi labororium: **Dr. SZILI SÁNDOR**, v. egy. tanársegéd VI., Andrassy-ut 55. Telefon: 87—73

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriatorza 34.

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75. Ujonnán átalakítva és kibővíve. Késersós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-fürdők, hőég-kezelés és vízyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízokurák. Vezető-főorvos: **Dr. Czirusz Dezső**, a ki állandóan a telepen lakik. **Egész éven át nyitva.**

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

Fővárosi Fásor Sanatorium Radiologiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnostikára és mélytherapiára. Vezető: **Biró Ernő dr.** főorvos.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fásor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — benuulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrással Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vízyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb.

Főorvosok: Termális kurák: **dr. Bosányi Béla**, igazgató. Gépgyógyászat: **dr. Erdős Geza**. Belégzési gyógymód: **dr. Safranek János**, egyetemi m.-tanár. Röntgen-laboratorium: **dr. Simonyi Béla**.

Kivánatra prospektus.

Kivánatra prospektus

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fásor 11. Telefon József 14—51.

Belbetegek részére. — Vízyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. **Dr. RAJNÍK PÁL.** — **Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTATRAFURED. Helietherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (XXI. rendes tudományos ülés 1918 december 7.-én.) — XXII. rendes tudományos ülés 1918 december 14.-én. 92. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(XXI. rendes tudományos ülés 1918 december 7.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Molnár Béla.

Kísérletes vizsgálatok a daganatok nem sebészi kezelése köréből.

Somogyi Rezső: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

(XXII. rendes tudományos ülés 1918 december 14.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Molnár Béla.

Igen nagy kiterjedésű koponyadefectusok gyógyítása tibia-transplantációval.

Ertl János: Amíg a kis és közepes defectusok plastikai pótlása hálás tere a sebészi beavatkozásoknak, addig az igen nagy defectusoknál úgy az ideg-gyógyász, mint a sebész sokkal óvatosabb és tartózkodóbb az indicatiók felállításával.

E műtét nehézségeit leginkább a csont- és lágyrészek megteremtése alkotja. Sokan ezért ilyen esetekben inkább külső védők, operculumok alkalmazását ajánlják.

A bemutatandó esetek defectusa körülbelül a koponyatető egyharmadára terjed ki, melyeket mind plastikai úton sikerült pótolni és így definitive meggyógyítani.

Az előadó az esetek moulageait mutatja be.

Műteti eljárását, mely sok tekintetben eltér a használatos eljárásoktól, a bemutatásra kerülő eset kapcsán vetíti.

R. M. hadnagy jobb halántékán a külső szemzúgtól egészen az occipitig terjedőleg 15 cm. hosszú, 7 cm. széles csontdefectus van.

A behatolás elvből a bőrheg mentén, annak kiirtásával történik. Segédmetszésekkel — többnyire H-alakban — a bőr jó tágan mobilizálva lesz, hogy a defectus csontszélei kellő terjedelemben fel legyenek tárva. A defectus átmérőjének felénagyságában guirlandeszerű bemetszéseket végez a defectus körül a galeába. Az így keletkezett lebenyeket azután vékony csontcorticalis lemezzel vési le s ráhajlítja az előkészített agyféliszínre. Ügyel, hogy a csontszélek lejtősen legyenek levésve, mert a nagy adaptációs felület a consolidatio szempontjából nagy fontossággal bír. Ezen biológiai feltételnek előnyösen felel meg Kuzmik tanár és Borszék eljárása is. Ezután megtörténik az encephalolysis. A műtét ezen phasisában pótolva van a dura galeával, amely közvetlenül az ép durára folytatódik. A defectusra fektetett lebenyeket néhány catgutöltéssel egymáshoz fixálja. A galeán lévő csontlemezhez a vitreának felelnek meg. Ezután a defectus nagyságához mérten, többnyire a tibia egész elülső felületéről, forgácsszerű periost-csontlemezlet vés le, melylyel a defectust pótolja olyformán, hogy a kívül lévő periosteumot a galea guirlandeszerű szélével összevarrja. Hogyha szükséges, akkor két-három ilyen lebeny egymáshoz fektetésével fedi a defectust.

Ez eljárással kiterjedt defectusokat kellő convexitással sikerült meggyógyítani. Az esetek mind per primam gyógyultak. A műtét localanaesthesiában végeztetik, csupán a transplantatum kivétele történik rövid narcosisban.

A typhus exanthematicus serodiagnózis.

Csépay Károly: Eredeti közlésünk során egész terjedelmében hoztuk.

Bogdándy István: 100 esetben próbálta ki és legtöbbször összehasonlította a frisskultura-diagnosticummal. Annyira kényelmesnek bizonyult, hogy később csak a Csépay-diagnosticumot használta. Még 8 hónapos korában is prompt eredményt adott. Czélyszerű, megbízható eredményeket ad.

Goldzieher Miksa: Elismeri, hogy a Csépay-féle diagnosticum körülbelül olyan haladást jelent a typhus exanthematicus serodiagnózisában, mint a Ficker-féle diagnosticum a typhus abdominalisban.

Túlbecsülésétől azonban óvakodni kell. Az eredeti Weil-Felix-eljárás teljesen megbízható s igen nagy gyakorlati előnye, hogy a reactio hamarabb olvasható le. Ezért nem látja jogosnak, hogy a Csépay-diagnosticum kötelezővé tétessék.

Helyesli a vizsgálatok végzésének decentralisációját, azonban a legnagyobb mértékben aggályosnak tartaná, még a Csépay által egyszerűsített eljárást is kevésbé képzett laboratoriumi embernek, vagy éppen gyakorló orvosnak a kezére adni. Serologiai módszer mindig csak pontosan, iskolázottan működő laboratoriumban bír értékkel.

Groszmann Ferencz: Az előadó nem emlékezett meg a Bien-Sonntag-féle alkoholos diagnosticumról, amely nem egyéb, mint a proteus x₁₉ sűrű alkoholos emulsiója; a Paltauf-féle serotherapiás intézet által előállítva, 20 cm³-es üvegcéskben jön forgalomba. Hozzászóló összehasonlító vizsgálatokat végzett az élő proteus x₁₉, a 80°-os víz-fürdőben előlt x₁₉ és az alkoholos diagnosticummal; arra az eredményre jutott, hogy az alkoholos diagnosticum érzékenyebb a kiütéses typhus specifikus agglutininjével szemben, mint a natív x₁₉. Az alkoholos diagnosticummal végzett agglutinatio általában magasabb titerértékig volt pozitív a natív x₁₉-cel végzett reakciónál. Az eredmények kitűnően leolvashatók, mert az alkoholos diagnosticumnál a kicsapódott x₁₉-emulsió durván szemcsézett, rögzös, szemben a natív x₁₉ finom flocculosaival. Tudvalevő dolog, amint azt az előadó is említette, hogy a Weil-Felix-reactio exanthematicus eseteiben csak a 4.—7. napon szokott pozitív lenni. A hozzászóló a megfigyelésben megbetegedett egyének vérsavóját vizsgálta a betegség második napján, a Weil-Felix-reactio natív x₁₉-cel negatív volt, míg alkoholos diagnosticummal 1:100-ig agglutinált. Több ilyen esetet észlelt, amikor tehát az exanthematicus diagnosisa az alkoholos diagnosticummal korábban volt megállapítható. Ugyanezen egyének vérsavója egy hét múlva vizsgálva úgy a natív x₁₉-cel, mint az alkoholos diagnosticummal magas titerértékű reakciókat adott. Az előlt culturával végzett vizsgálatok az előadó észleleteit sok száz vizsgálat alapján mindenképpen megerősítik. Nagy értéke az előlt x₁₉ és az alkoholos diagnosticumoknak, hogy standard értékűek. A natív x₁₉-nek agglutinabilitása labilis, aminek oka a táptalaj vegyhatásában keresendő.

Még egy sajátos jelenségre hívja fel a figyelmet a Weil-Felix-féle reactio specificitását illetőleg. Magas titerértékű pozitív Weil-Felix-reactiót kapott oly egyénekben, akiken később variola vera jelentkezett. Az eruptio megjelenése után a Weil-Felix-reactio eltűnt. Hat ilyen esete volt a hozzászólónak. Ismeretes, hogy az exanthematicus-immun egyénekben a reactio pár hónapig alacsony titerértékben még pozitív marad és egyéb fertőző megbetegedésekben, pl. typhusban, paratyphusban a reactio értéke újból fokozódik. De ezen variolás egyénekben a reactio nagyon magas titerértékben volt pozitív (1:3200) és az eruptio stadiumában azonnal eltűnt, úgy hogy ez — anélkül, hogy messzebbmenő következtetést vonna le a fenti körülményből — mindenestre megfontolandó jelenség a Weil-Felix-reactio specificitását illetőleg.

Deszmirovity Koszta: A kassai helyőrségi kórházban közel egy évig volt alkalma az előadótól szerzett diagnosticummal dolgozni. Több mint 50 esetben használta és arról győződött meg, hogy a legszelebb orvosok figyelmét és felkarolását érdemli meg. Mert:

1. alkalmazásának egyszerű technikája semmiféle különös laboratoriumi jártasságot nem igényel;
2. nincsen szükség komplikáltabb laboratoriumi berendezésre vagy költségesebb eszközökre; és
3. a reactio kivétele olyan rövid időt vesz igénybe, hogy még a legfoglaltabb vidéki gyakorló orvos sem kell, hogy idegenkedjék tőle és emiatt a vizsgálatot valamely távoleső központi laboratoriumra bizza, ami a diagnosis tisztázását késlelteti.

Mіндеzen technikai előnyei mellett még azért is megérdemli a Csépay-féle állandó diagnosticum az elterjedést, mert:

1. feltétlenül megbízható a specificitását illetőleg;
 2. az anyagnak nem kell feltétlenül frissnek lennie; a 1/2 évig állott diagnosticum éppúgy agglutinál, mint a friss;
 3. nem labilis, mint amilyen az eredeti Weil-Felix-reactio;
 4. egyes esetekben érzékenyebb, mint a Weil-Felix.
- Több esetével illusztrálja a mondottakat.

A szülő thermostat nélkül dolgozott. A beállított serumokat szobában melegebb helyen tartotta, az eredményt 24 órai állás után olvasta le. 24 óra múlva az agglutinatio mindig tökéletes volt.

Fuchs Dénes: Az x₁₉-es törzssel mint első volt alkalma dolgozni. 1916 tavaszán körülbelül 3 hónapon át sohasem tapasztalta az x₁₉-es törzs agglutinabilitásának változását, míg ugyanakkor éppen ő hívta fel a figyelmet az x₁ és x₂ törzs agglutinabilitásának változékonyságára. Ami a Csépay-féle diagnosticumot illeti, azt hiszi, hogy a gyakorló orvos kezébe, ha nincsen speciális szakképzettsége, nem való.

Csépay Károly: A Weil-től-szétkülödtött x₁₉ törzs agglutinabilitása labilis. Viszont igaz, hogy sok laboratoriumban nem ismerik fel ezt a stabilitást, mert nem állítják be standard agglutináló savóval az x₁₉-törzset. Az első esetek diagnosisa feltétlenül szükséges a Weil-Felix-reactio. A Bien-Sonntag-diagnosticumnak hátránya, hogy túlérzékeny és hogy előállítása az alkohol miatt lényegesen költségesebb.

PÁLYÁZATOK.

Szabolcs vármegye „Erzsébet“-közkórházában Nyiregyházán megüresedett két alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés, lakás, ellátás és a megfelelő háborús pótlékok.

A pályázó orvos urak és úrnők kérvényeiket Szabolcs vármegye kormánybiztosához czímezve a kórház igazgatóságához küldjék be.

Nyiregyháza, 1919 február 20.-án.

Klekner Károly dr., kórházi igazgató.

718/1919. kig. szám.

Pestmegye kispesti járásához tartozó Csepel községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma: 1. 1600 korona törzsfizetés, 2. ötvenként négyszer ismétlődő 200 korona korpótlék, 3. 1200 korona lakbér, 4. 500 korona útiátalány, 5. az állam által nyújtott segélyek, 6. szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műtési díjak, 7. Halotti-kémlési díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában megállapított képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket Csepel község előjárósága útján f. évi márczius hó 11.-éig adják be.

A választást f. évi márczius hó 12.-én d. u. 4 órakor Csepel község tanácstermében ejtem meg.

Kispest, 1919 február hó 12.

A főszolgabíró.

158/1919. szám.

Máramaros vármegye taracsvizi járáshoz tartozó dombói (10 község) és irhóczyi (11 község) körorvosi állásokra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: A dombói körben 1600 korona kezdő törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerinti korpótlék, háborús segély és családi pótlék; 600 korona helyi pótlék, 600 korona fuvarátalány, 500 korona lakbér, továbbá látogatási és egyéb díjak.

Az irhóczyi körben 1600 korona kezdő törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerinti korpótlék, háborús segély és családi pótlék; 1200 korona helyi pótlék, 600 korona fuvarátalány, 500 korona lakbér, továbbá látogatási és egyéb díjak.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban előirt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 1.-éig adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás napját később fogom kitűzni.

Taracsköz, 1919 január hó 31.

A főszolgabíró.

ad 3303/1918. sz.

Bihar vármegye derecskei járásában a Hosszúpályi, Monostorpályi és Vértés községekből álló hosszúpályi körorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1600 kor. törzsfizetés, 5 évenként 800 kor. ig emelkedhető 200 kor. korpótlék, a szabványos orvosi látogatási és műtési díjak, természetbeni lakás, veteményes kerttel. A megválasztandó körorvos 4 nagyobb uradalomtól megegyezés esetén rendszeres évi díjazást kaphat.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy orvosi oklevelüket, úgyszintén egyéb képzettségüket és illetőségüket igazoló eredeti okmányokkal és születési bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1919. évi február hó 28.-áig multhatatlanul adják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napjául 1919 márczius 18.-át, d. e. 10 órájára Hosszúpályi községhezához tűzöm ki.

Derecske, 1919 február 1.

A főszolgabíró.

Orvos urak figyelmébe!

KOCH-ALT-TUBERCULIN

steril injectiók. Feltétlenül megbízható, pontos és tiszta praeparatum ismét korlátlan mennyiségben kapható.

Hat sorozat készül; mindegyik áll 10 drb. 1 cm³-es ampullából. Részletes leírással, szíves megkeresésre, készséggel szolgálunk.

Az ampullák ára töménységük szerint 1-től 7 koronáig.

Orvos és gyógyszerész urak 30% engedményben részesülnek.

Dr. JÁRMAY GYULA utóda KERTAI NÁNDOR gyógyszerész-tára
Budapest, Papnövelde-utca 2/A.

Orvost keres szénbánya

társpénzlára. Curriculum vitae-vel ellátott fizetési igényt tartalmazó ajánlatokat „Bányaorvos 5“ jellegre Tenzer Gyula hirdetőjébe Budapest, IV., Szervita-tér 8. kéretnek.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

Himlőnyirok

Szerumok

Vaccinák

Diagnostikai laboratorium.

Telefon 20-19.

Sürgőnyezim: Pápay-oltóintézet.

Lilienfeld a kombinált Lilienfeld-Röntgen: „Radio-Silex“

készülékek magyarországi egyedárusítója

Ericsson magy. villamosági r.-t.

ezelőtt: Deckert és Homolka

Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Röntgen-csővek, lemezek stb. állandóan raktáron.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

A magy. kir. belügyminister által 672/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

„SYMMETRIE“

Legtökéletesebb RÖNTGEN-KÉSZÜLÉK

„LILIENFELD“

„FÜRSTENAU-COOLIDGE“

GYORSANFORRÓ-MÜLLER-

VIZHÜTÉSES RÖNTGENCSŐVEL

mély therapiához ajánlja:

Odelga Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

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

Orvos urak figyelmébe!!!

Ha rendelészobaberendezést, vagy egyéb orvosi műszerfelszerelést óhajtanak beszerezni, kérjék előzetes árajánlatomat

Neumann H. orvosi műszer- és orthopaediai gépek gyára ::

Budapest, VIII., József-körút 33. Telefon József 1-36

Hadból visszatért orvos urak igen előnyös árendményben részesülnek. Csakis elsőrangú gyártmány. Javítások gyorsan és jutányos árban eszközöltetnek. — Pontos és gyors kiszolgálás.

Különleges szakma: Újrendszerű művégtagok, orthopaediai gépek, haskötők stb.

Dr. EGGER-féle orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények.

Syr. Hypophosphit comp. Dr. Egger legjobb tonicum (neurasthenia, anaemia) testi, szellemi kimerültség pótolhatlan szere.

Injectio Natr. Kakodyl Dr. Egger leghathatósabb organikus Arsen-kúra befecskendezés útján.

Injectio Natr. Arsenicos Dr. Egger, 0·005, 0·01, 0·02 fokozott Arsen-hatás elérésére.

Sal-Tabulae polybrom. effervescent. Dr. Egger a Bróm-adagolás legkellemebb formája.

Verobromal Dr. Egger 0·25 Veronal kombinációja 0·50 Brómsókkal és pezsgósókkal: sedativum hypnoticum.

Hypnodon kiváló ártalmatlan hypnoticum Veronal-, Phenacetin- és Codeinből.

TABLION Dr. Egger használatra kész magyar gyártmányú gyógyszer formák.

STROPHANTUS STROPHANTIN TABLETTAE Dr. Egger kiváló szívtstimuláns.

KOLA GRANULAE TABLETTAE Dr. Egger. Ezen készítmények a Koladió hatathós alkatrészeit előnyösen juttatják érvényre.

SPECIES DIURETIC. Dr. Egger, I., II. figyelemre méltó sikerrel használt Diureticum.

LYCETOL Granulat. Dr. Egger Antirheumaticum Diureticum.

ERGOTINA STYPTICA Dr. Egger a nőgyógyászatban, valamint agyvér-kerlingési zavaroknál jól vált be.

CORROSOL Higany, Arsen-injectió Lues kezelésre.

Novocain Metanephrin-injectiók fogászati és sebészeti célokra.

Tablettae Nitroglycerin Dr. Egger; Theobromina Dr. Egger.

Mintákat szivesen küld az orvosoknak

Dr. Egger Leó és Egger J., vegyészeti gyára Budapest, VI.