

kívül más zavara nem volt. A lassan fennálló folyamat a gyűrűporcz hátulsó lemezének esontosodásához vezetett, majd pedig annak elhalásához. Így magyarázható meg az ezelőtt két évvel kiközhögött négy kisebb csont, melyek a gyűrűporcz hátulsó lemezének elesontosodott és elhalt részeit képezték, valamint a legutóbb eliminált nagy esontsequester is, mely egy köhögési roham alatt harántul beékelődött a hangrés alatt és fuldoklást okozott. Meg van magyarázva a folyamat fellépésétől kezdve a tiszta hang elvesztése és most a hangrés tátongása, a hangszalagok és kannaporczok nagyon csekély mozgékonyasága. Azon tény, hogy a laryngofissionál a gyűrűporcz hátulsó lemezének megfelelően sem ulceratio, sem granulatio nem volt található, nem képez meglepő leletet, a mennyiben az észleletek ennek lehetőségét is megerősítették.

A perichondritis cricoidea tünettana és lefolyása, akár bujakórból, akár egyéb okokból lép fel, az irodalomban között különböző esetekből és különösen *Pieniazek*¹ tankönyvéből ismeretesek. Esetünkben kifolyólag a perichondritis cricoidea két érdekes és a gyakorlat szempontjából fontos tünetével kívánunk foglalkozni. Az első a baj kezdetében fellépett fuldoklás, melyet az akkori észlelő a hangszalagok median állásából magyarázott. Már *Pieniazek* felhívta a figyelmet, hogy a perichondritis cricoidea bizonyos elváltozásai folytán a hangszalagok közel a középvonalhoz, median állásban rögzítve lehetnek és könnyen össze-tévesztésre adhatnak okot, a mint ezen esetben is történt; a fuldoklás és a hangszalagok median állása a hangréstágító izmok hűdésével téveszthető össze.

A hangszalagok median állását, a kannaporczok és hangszalagok mozdulatlanóságát vagy nagyon csekély mozgásait különböző elváltozások magyarázzák meg. A gyűrűporcz és kannaporcz ízülete körül kifejlődő beszűremkedés vagy az ízületet magát érintő elváltozások, az ízület körül fejlődő tályogképződés, a gyűrűporcz hátsó lemezén a porczhártya leválása, a kannaporczoknak is helyzetváltozása, az ízületről való leválása, továbbá a hangszalagok alatt fellépő nyákhártyadudorok mindmennyi ok, a mi a hangszalagokat a középvonalban rögzítse vagy mozgásait nagyon reducálja. És ilyenkor megtörténhetik, hogy a hangszalagok és a kannaporczok különösebb vagy nagyobb elváltozást, duzzadtságot, belőveltséget nem is mutatnak, a hangszalagok median állása, mint ezen esetre vonatkozó említett észlelet is mutatja, tévesen a hangréstágító izmok hűdésének felvételére vezetett. Az ízületek körüli beszűremkedés az antiluetikus kezelésre visszafejlődött és így megszűnt a hangszalagoknak median állása s a hangrés tágulásával, a hangszalagoknak kifelé való mozgásával megszűnt a fuldoklás és nehézlégzés is.

A második és ritka tünet a gyűrűporcz elesontosodott és nekrotizált hátsó lemezének eliminálása és beékelődése a hangrés alatt. Ritkábban fordul elő, hogy a gyűrűporcz hátsó lemeze elhaljon, többnyire egyes részek nekrotizálnak. Ezen necrosis a tályogképződéssel együtt jár, a geny leválasztja a perichondriumot a porczról, mire beáll a necrosis. A tályog helyzete adja az áttörés irányát, mi által a geny a gége üregébe, a sinus pyramisba vagy az oesophagusba juthat. Úgy az áttörés, mint az eliminált necrotikus porczrészek a gégeben, légesőben suffocatio adhatnak okot, többnyire kiköhhögtenek, esetleg beékelődnek.

Esetünkben a beteg négy necrotikus részletet kiköhhögött, az utolsó elesontosodott necrotikus rész pedig harántul beékelődött a hangrés alatt. Ugy a kiköhhögött, mint az eltávolított részek a gyűrűporcz hátsó lemezét képezték. Ennek elesontosodása, elhalása, eliminálása és beékelődése ritkán fordul elő. Érdekessé teszi az esetet a szokatlanul hosszú lefolyás és a nagy necrotikus csont eltávolítása után a gége hátsó falán a látható elváltozások hiánya. Ezen tényt *Pieniazek* is megerősítette észleleteivel, midőn a laryngofissio útján eltávolított necrotikus részek lehetővé tették a vizsgálatot, a gyűrűporcz területében a nyákhártyán különösebb elváltozás észlelhető nem volt.

A perichondritis cricoidea kórképének többi részleteit ez alkalommal nem érintjük, esetünknek megvilágítására elég volt a bántalom ezen két fontos és érdekes phasisát kiemelni.

¹ Die Verengerungen der Luftwege. 1901. Wien, Denticke.

A neurastheniás idegzsábákról.

Irta: *Jendrassik Ernő* dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

6. O.-né, 29 éves nő, emlékszik, hogy már leánykorában „megfázás” után fájt időnként bal arcfele, de ez később megszűnt. Kilencz év előtt ment férjhez, két gyermeke él, de a legelső négy hónapos korában meghalt. Ezen gyermek halála s a szülés után támadt s hosszú időre elhúzódott súlyosabb méhbaja lehangolták s ekkor, 1894-ben kezdett megfájdulni egyik bal felső hátulsó foga. A fájdalom innen a feje tetejéhez húzódtott s úgy érezte, mintha az utóbbi helyen nyílás, *lök* lenne koponyájában. A fájdalom néha *felső* fogától fejtetőjéhez; *örült* fájása van, a mikor erősebb a fájdalom, nem tűr maga mellett senkit, nem fekszik le, de nyugtalan s izgatott lesz, életuntak mondja magát, nagyon sokat szenved. Társaságban el-elmarad a fájás, de egyszerre csak itt is előáll, estefelé általában jobban van, de azért a fájdalom jóformán folytonos, csak éjjel szünetel s a beteg alszik. A fájás az utóbbi időben néha a jobb oldalra is átjön, sohasem fáj egyszerre mindkét oldala. Fejének megnyomása kiváltja a fájdalmat, enyhe érintés, hajának simogatása nem. Anyja is ideges asszony. Eddig csak fogorvoshoz járt bajával, a ki először egy ép fogát megfúrta és megplombálta, azután ugyanezen fogat kihúzta és replantálta, a mi sikerült is, de később az incriminált fogat véglegesen kihúzta. Meg kell jegyezni, hogy ezen fogorvos csak a beteg folytonos nógatásának engedett ezen műveleteiben és azoktól sikert nem ígért, de a beteg fájdalmait a szokásos fájdalomcsillapítók sem enyhítették.

7. A. B., 38 éves nő, bal karjában évek óta „pokoli kíno-kat” szenved; a fájdalmak főleg a váll körül ülnek, a kar mozgatható s a beteg jól is használhatja, a fájdalmak függetlenek a használattól, sőt pihenés közben talán még hevesebbek. Éjjel alszik a beteg. Semmi helybeli elváltozás. A beteg a legnagyobb operálásnak is alávetné magát, csak hogy megszabaduljon a fájdalomtól. A fájdalmat mardosónak mondja. A beteg magába vonuló természetű, kisebb neurastheniás zavarokban régebben is szenvedett.

8. M. I.-né, 26 éves asszony, három év előtt valamely kis incidens után heves fájdalmakat kapott jobb oldalán, a lapoczká táján. Ezen fájdalmak azóta szünet nélkül fennállanak, a beteg ugyan alszik éjjel, de nappal folyton bal kezével iparkodik megfogni jobb lapoczkáját, sír, vergődik a kiállhatatlan fájdalom behatása alatt. A beteg meg van győződve, hogy nagy tüdőbaja van, érzi a mint ott szálak húzódnak el, feszülnek meg; meg fog halni. Egyéből mint ezen bajáról nem beszél. A leg gondosabb vizsgálat, röntgenezés, egészen ép viszonyokat mutattak ki. Egy alkalommal sürgősen hívtak, mert a fájdalmas tájékon vörös duzzanat támadt, a mely még kezelő orvosában is azt a hitet keltette, hogy talán mégis valamely kórjelenség adja magyarázatát a kétségbeejtő helyzetnek. A pirosság a nyomogatástól eredett, a duzzanat ellenben a m. rhomboideus contracturájának bizonyult s a kart megfelelő állásba hozva, azonnal eltűnt. Ezen fájdalmas kényszer gondolat olyan erős volt, hogy a beteget egyáltalában nem lehetett kezelésbe venni nyílt intézetben.

9. X.-né, 45 éves asszony, néhány év óta bal csípőizületének tájában érez fájdalmat. Ezen fájdalom éjjel szünetel, reggelre ébredve mindaddig nem mutatkozik, a míg állítólag a beteg meg nem mozdul ágyában. Ekkor rohamosan fokozódik, úgy hogy alig tud kiszállni ágyából s napközben is gátolja a járásban, de délután felé megkönnyebbedik fájdalma; úgy látszik azonban, hogy a fájdalom nyugalomban is előállana, de a beteg fájdalma daczára sem bírható reá, hogy gyógyítási kísérletképen pár napig ágyban maradjon. Semmi helybeli elváltozás, ischiasnak semmi jele. Sokféle kezelés kísérlete történt, minden kezelésre pár napi javulás után heves rosszabbodás állott be. Néha heteken át szünetel a baj. Neurastheniás egyéb tünetek is vannak jelen.

Az itt felhozott néhány példa csak általános tájékozással szolgál, jellegzetes közös tulajdonságait ezen eseteknek a következőkben foglalhatom össze. Az ideges fájdalmak ezen alakja mindig egyébként is neurastheniás egyénen támad. E tekintetben nem oszthatom *P. Blocq* álláspontját, a ki ezen bajt *neurasthénie*

monosymptomatique-nak mondta. Igaz, hogy a fájdalmak annyira előtérbe kerülnek, hogy csak gondos megfigyelés és kikérdezés árán értesülünk egyéb tünetekről, de ekkor a neurastheniás diathesis (ha lehet e szóval élni) kétségtelenné válik. A betegek már gyermekkorukban feltűntek bizonyos irányban, visszavonulók, idő előtt komolyabb gondolatokért keresők voltak, később fejfájásban, álmatlanságban vagy időnként kedélyi ingadozásokban szenvedtek stb., a családi terheltség is többnyire kimutatható, ha egyéb nem, a neurasthenia leggyakoribb, csaknem állandó előzménye: az anya fejfájossága megtudható. Gyakran egyéb neurastheniás kényszer-gondolatok előzték meg ezen bajt, a mely a kényszer-gondolat intenzitásával uralkodik a betegben.

A fájdalom nagy szenvedést okoz a betegnek, de a betegek többsége mégis bevallja, hogy a fájdalom állandósága gyötrőbb, mint a fájdalom élessége. Egyes sajátosságok ezen fájdalmat egészen jellegzetessé teszik; ezek első sorban a fájdalom állandó volta, a neuralgiában ellenben éles rohamok váltakoznak teljes szünetekkel; továbbá a fájdalomnak a test túloldalára is áthúzódnása, más idegterületekre átvonulása, a mi a valódi neuralgiában kevésbé, talán nem is fordul elő; ide tartoznak a sajátos paraesthesiák: a beteg megfeszülő idegszalakat érez oly irányokban és helyeken, a hol ilyenek a valóságban nem is léteznek. A beteg magyarázza ezen szálakat, érzi, hogy azokat egy csontszilánk nyomja, valamely fekély marja stb. Az arc neurastheniás neuralgiájában továbbá teljesen jellegző az objectív jelek hiánya: a valódi trigeminus neuralgiás betegnek egyszerre csak megrándul az arca, izmai összehúzódnak, bőre elvörösödik, ez a neurastheniás neuralgiában hiányzik, valamint hiányzik a finom érintésnek oly erősen fájdalomkiváltó befolyása, a mely a valódi neuralgiában okozza, hogy a beteg arcát, bajuszát enyhén érinteni nem szabad, hogy a beteg csak nagy óvatossággal beszél, enni nehezen tud s száját tisztán tartani nem képes, fogaira nagy mennyiségben lerakódik a fogkő stb. Mindez hiányzik a neurastheniás neuralgiában; ellenkezőleg ezen betegek bőven és hangosan panaszkodnak, szájukat, ha ott érzik a fájdalmat, kettőzött figyelemmel tartják tisztán. Jellegzetesek a betegek kifejezései is, melyekkel fájdalmukat festeni megkísérik: „mesés fájás, más ember jajgatna, irtóztató zsiborgás” stb. általános kifejezések ezek, nem oly határozott hasonlatok, a mikkel a valódi neuralgiát jelzik a betegek: „hegyes fűrő beledöfése az arcba” stb.

A fájdalom mellett néha a mozgás is gátolva lehet, de inkább csak szövődő neurastheniás kényszer-gondolat kapcsán, mint pl. *Galippe* esetében a beteg száját nem tudta felnyitni, állkapcsai ezen mozgás szándékolásakor erősen összezáródtak. A fájdalom maga azonban az eseteknek csak kis részében akadályozza meg többé-kevésbé a mozgást.

A fájdalmas hely csak ritkán érzékeny nyomásra, sőt a nyomás gyakran jól esik a betegnek. Általában a fájdalom szünettel éjjel az alvás idején és többnyire reggel és délelőtt hevesebb mint délután. A neurastheniás álmatlanságban szenvedő betegeknek azonban éjjeleit is kitölti a szenvedés.

A fájdalmak gyakran támadnak valamely kis behatás után, a melylyel a betegek kapcsolatba hozzák szenvedésüket, foghúzás, trauma, néha csúszos megbetegedés váltják ki állítólag a neurastheniás neuralgiát, valószínűbb azonban, hogy már a legelső fájdalom is ugyanazon természetű és csak tévesen magyarázzák fogfájásnak s más egyébnek.

A fájdalom állandósága ezen betegekben valamely anatómiai hiba felvételét oly határozottsággal támasztja, hogy még rövid időre is csak ritkán sikerül a beteggel, sőt hozzátartozóival — néha még kezelőorvosával is — az ellenkezőt elhitetni. Ezen körülményt határozottan hangsúlyoznom kell már azért is, mert a szerzők legnagyobb része, a kik mellest az ilyen fájdalmakról megemlékeznek, a bántalom jellegzéseként hozzák fel, hogy a betegek könnyen befolyásolhatók és figyelmüket elterelve, elfelejtik panaszait. Nincs makacsabb bántalom ennél s a lehetetlenséggel határos a beteget panaszaitól eltéríteni. *Blocq* méltán mondja ezen fájdalmakat *érzési fix-képek*-nek, a fix-ideák mintájára.

Épen a befolyásolhatóság ezen hiánya sodorja ezen beteget veszedelmükbe s ezen közleményemnek főczélja volna az, hogy azon veszedelemre, a mely az orvosi kezelés révén három-

lik e betegek, felhívjam kartársaim figyelmét. A betegek ezen csoportjának egészen különleges kezelési szükséglete van. Tanácsainkat csak úgy fogadja el, ha azokat paraesthesiáival összeegyeztetheti; ezen meghatározott irányú sebészi beavatkozás, a melyet azután a beteg véleménye szerint sohasem végeztek alaposan el, mert másképp meggyógyult volna, okozza, hogy egyik orvostól a másikhoz fordul és úgy állandó kínlásától s behatóbbrak érezvén a sebészi kezeléseket: bizalmát a műszerekkel dolgozó kartársainkba helyezi első sorban. Az egyik beteg vándorol egyik fogorvostól a másikig, azt, a ki meg nem operálja azonnal, elhagyja s ilyen módon elképzelhetetlen mutilálásoknak veti magát alá. Valóban tanulságos *Galippe*-nek *Charcot*-val együtt észlelt egyik esete, a melyben egy nagyon szép fogszorral bíró nő kétségtelenül ilyen természetű neuralgiát kapott egyik kissé hibás fogának plombálása alkalmával. A fogon semmi gyulladásos tünet ugyan nem volt, de csakhamar egy másik orvos kezébe került a beteg, a ki kivette a tömést s újat tett helyébe, majd ismét másik fogorvos lereszelt fogaiból egyes részeket, ezután ismét egy fogorvos kihúzott egy még teljesen ép fogat és visszaültette újra helyébe, a mi sikerült is, majd villamozta fogorvát; miután fájdalmai ily módon sem szűntek meg, csakhamar más jóhírű fogorvoshoz ment, a ki változatosság kedvéért újra kihúzta a már előbb visszaültetett fogát. Ekkor már öngyilkossági gondolatok támadtak a betegben s ideg-orvosi kezelésbe helyeztetett, a midőn állapota megjavult. Még tanulságosabb egy másik esete ezen szerzőnek, a melyben nem is fájdalom, csak a fogaknak a korral járó elváltozása volt kiindulási pontja a következő kezeléseknél. A beteg nő eleinte egy-két kiesett foga helyébe vendégfogat helyeztetett, de azokkal nem tudott megbarátkozni, a miért is minduntalan más és más fogorvost keresett fel (néhány napon 2—3-at is) és csakhamar nagy gyűjteménye volt oly vendégfogakból, a melyek őt nem elégítették ki. A sok próbálgatás alatt — a mi valóságos mániájává vált — lassanként fogszorainak szétnyitása mind lassabban ment: valahányszor ki akarta nyitni száját, rágó izmaiban heves összehúzódnás állott be. Ekkor új útrakelt a beteg s a fogorvosoktól oly fogbetétet kért, a mely szétnyitja a száját. Nemsokára ezen készülékekből is nagy gyűjteménye támadt, de szájzáródása annál hevesebben állott be, minél erősebb rugókat alkalmaztak. *Galippe* ekkor látta először a beteget s sanatoriumi kúrát ajánlott, de a beteg e helyett tovább folytatta vándorlását a fogorvosoknál. Egyike a legkiválóbbaknak ekkor narcosisban kihúzta 20 meglevő fogát egyszerre s teljesen új fogsort készített számára. Semmi eredmény! A hekatomba hiában való volt! A lenyomat készítéséhez is narcotizálni kellett a beteget. A teljesen kimerült, eltorzított s most még inkább állkapcsaira gondoló beteg úgy látszik ekkor megszabadult a fogorvosoktól s a massálók kezébe került, a kik massetereit gyúrták nem több sikerrel. *Galippe* ezen eseteket *obsession dentaire* ezímen írja le.

Hasonló, hiában való, sőt egyenesen káros operálásokat az álneuralgiának más testrészen localizált alakjaiban is találunk. A trigeminusnak egyes ágait, mint már fentebb is jeleztem, ki tépték elsőrangú sebészek, a könymirigyet kiirtotta egy világhírű szemorvos. Hát még a fül-, gége- és orrszakorvosok mennyit szúrtak, égettek és vágtak hiába! A húgyeső is egyike ezen veszedelmes tereknek, a hol nemcsak a neurastheniás, hanem a tabeszes betegek is vesztükre kezeltetnek. A nyálkahártyák mindig duzzadtak, mindig kissé hurutosak, az utak gyakran szűkek, és a beteg szívesen engedi magát operálni! Szerencsére nem minden specialista esik ezen túlzásokba, de mentségül azt is el kell ismer-nünk, hogy ezen neurastheniás bajok még az ideg-orvosok előtt sem eléggé ismertek.

Benda egy betegének, a kinek traumás hydrocele után maradt vissza kétségtelenül ilyen neurastheniás alapon heves herefájása, heréit távolította el s ezek esonkítása után is a fájdalmak változatlanul fennmaradtak, míg végre a beteg észrevette, hogy egyszerű pelotta nyomásával eltüntetheti a fájdalmat. Ezen csoportba tartozik az az eset is, a melyet *Donath* és *Hüll*² közölték. A 23 éves beteg fejtraumák után nyolcz éves kora óta nyaranta dél-

¹ Archives de neurologie, 1891.

² Orvosi Hetilap, 1899. 102. l.

előtt nyolcz órákor kezdődő s délután kettőig tartó baloldali fej-fájásban szenvedett (neurasthenia!). Egy kankós heregyulladás után fájdalommaradt vissza bal heréjében. Több sikertelen kezelés után *Hüll* a n. spermaticus externusból 6–7 cm.-nyi darabot kimetszett. Egy hónapig ugyan szünetelt a fájdalom, de azután ismét hevesen kiújult.

Számos példát lehetne még felhozni a sebészi eljárások sikerelenségének kimutatására ezen esetekben; talán előfordul egyszer-másszor, hogy egyes, igen kivételes, esetekben az operálás olyan nagy suggerálásként hat a betegre, hogy átmenetileg vagy állandóan is meggyógyítja, de ez utóbbi a legritkább eset lehet, mert erre példát sem az irodalomban, sem az életből nem tudok; viszont minden elfogulatlanul ítélő ideg orvos emlékeztetik helyrehozhatatlanul káros eredményre, a melyet sebészi vagy egyéb helybeli kezelés előidézett. Nagyon tanulságos analogia gyanánt hozhatnám fel a torticollis izomgöresös alakját — a mely, a mint azt már egyszer kifejtettem³ — mindig neurastheniás göres (torticollis mental), és ennek megfelelőleg azon, csaknem massakrálás számba menő műtétek, a melyeknek az accessorius, a cervicalis idegágak, az inak, az izmok gyakran egy betegen estek áldozatul, a legtöbbször semmit sem használnak, a göres mégis beáll, csak más izomcsoportban, az eredmény pedig igen kiterjedt ronesolás. Ezért próbálnak meg sebészek ezen bajban oly sokféle műtétet s néha igen furfangosakat s a meg nem gyógyult esetekről azt hiszik, hogy nem operálták meg elég alaposan.

A sebészetnek érdeke is követeli, hogy az esetek megválogatásában óvatosak legyünk. *Friedrich*² újabban leirt egy esetet, a melyben a gangl. Gasserinek eltávolítása után kiújult a fájdalom az arcidegek területén. A kórtörténetből nehéz ugyan megítélni az esetet, hiányzanak azon jelek, a melyekből a már előzetesen négy ízben operált beteg a trigeminus valódi neuralgiáját biztosan meg lehetne állapítani, de az ellenkező irányban sem találunk elégséges adatot, ha csak a nyakon a proc. spinosusok nyomásra való érzékenységet, a fájdalomnak nem rohamokban támadó (371 l.), hanem állandóan, egyenletesen gyötrő voltát s egy külön rajzon nyilas vonalak képében — a valódi idegpályáknak meg nem felelő irányokban — feltüntetett elhúzódtását, sőt még a túlsó oldalra való áttérjedését nem tekintjük elégséges jelnek a neurastheniás neuralgia körjelzésére. Ezen alapon teljesen érthetővé válik, hogy a műtét az általános nagy behatástól eltekintve a fájdalomakra úgyszólván semmi befolyással nem volt s nem is lehetett. Ezen eset tehát nem dönti meg a Gasser-dűcz eltávolításának végleges sikerét a valódi quintus-neuralgia eseteiben. Már *Thiersch* klinikájáról is közölték azon tapasztalatot, hogy a másik oldalra is áthúzódó trigeminus neuralgia hálátlan tárgya az operálásnak.

Persze, ha az érem másik oldalára tekintünk, be kell valanunk, hogy a belorvosi módszerek sem adnak sokkal több eredményt ezen bajban. Ennek azonban egyik oka abban rejlik, hogy az ilyen betegek a legnagyobb operálásra is rávehetők, rendszeres sanatoriumi kezelésre azonban csak igen ritkán s többnyire akkor, a midőn a sok és csaknem kivétel nélkül vállalkozott sebész, fogász és más szakorvos helybeli kezeléssel szentesítette a beteg téves gondolatát.

A betegek érdekében kell a belorvostan számára reklamálnunk ezen betegeket és lehetőleg el kell kerülni a helybeli kezelést, csakis kellően kiszabott, az egyén állapotához mért általános orvoslással lehet sikert remélni ezen szerencsétlen bántalomban.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóró-dájáról. (Igazgató: Kétly Károly tanár.)

Az eupyrim, basicin és rhizoma scopoliae carniolicae-ról szerzett klinikai tapasztalatok.

Irta: *Kétly László* dr., I. tanársegéd.

(Folytatás.)

IV. Sz. F. 21 éves férfi; diagnózis: typhus abdominalis.
1901. aug. 20.-án d. u. 8 órákor, hő 38.8, kap 1.0 gm. eupyrint
10 " " 37.6
12 " " 37.2

¹ Belgyógyászat kézikönyve, VI., 153.

² D. Zeitschrift. für Chirurgie, 52. k. 1899. 366. l.

V. K. K. 26 éves férfi. Tuberc. pulmon.

1901. aug. 13.-án d. u. 4 órákor 38.6, kap 1.5 gm. eupyrint
6 " " 38.5
8 " " 37.6
aug. 14.-én d. u. 2 " 39.3, kap 1.5 gm. eupyrint
3 " " 38.3
4 " " 37.3

VI. K. M. 16 éves nő; diagn.: typhus abdominalis.

Október 5.-én d. u. 2 órákor 39.1, kap 1.0 gm. eupyrint
3 " " 37.7
4 " " 37.8
5 " " 37.6
Október 8.-án d. u. 4 " 39.2, kap 1.0 gm. eupyrint
5 " " 38.7
6 " " 37.8
8 " " 37.6
10 " " 37.4
12 " " 37.6
Október 9.-én d. u. 4 " 39.1, kap 1.0 gm. eupyrint
5 " " 38.5
6 " " 38.0
8 " " 37.6
10 " " 37.4

VII. F. Gy.-né 27 éves; diagn.: typhus abdominalis.

1901. szept. 10.-én d. u. 6 órákor 39.8, kap fürdőt, utána 37.8
8 " " 39.5, kap 1.0 gm. eupyrint
9 " " 39.9
10 " " 38.6
Szept. 15.-én d. u. 2 órákor 39.8, kap fürdőt, utána 38.0
4 " " 39.8, kap 1.5 gm. eupyrint
5 " " 39.5
6 " " 38.4
Szept. 17.-én d. e. 4 " 39.8, kap 1.5 gm. eupyrint
5 " " 38.3
6 " " 38.4
7 " " 38.2

VIII. T. K. 16 éves nő; diagn.: typhus abdominalis.

1901. okt. 6.-án d. u. 2 órákor 39.3, kap 1.0 gm. eupyrint
3 " " 38.6
4 " " 37.8
6 " " 37.2
8 " " 36.8.

Mint a II., III. és VII. kórtörténetből látható, az ezen esetekben az eupyrimmal felváltva alkalmazott protrahált langyos fürdők hatása az eupyrim-éval egyáltalában nem versenyezhet, mert e fürdők, után, noha a hő 1.0–2.0 fokkal leszállították, már 1/2–1 óra múlva a láz ismét az előbbi fokot érte el.

Overlach-nak azon észleletét azonban, hogy az eupyrim stimuláló hatásánál fogva más antipyreticumokkal szemben, akár egészséges, akár beteg embernél nagyobb euphoriát idézne elő, nem erősíthetem meg, ezt egy esetben sem észleltem.

Antineuralgikus hatását *Overlach* is tagadván, ez irányban a szert nem is vizsgáltam.

Mindezek alapján az eupyrint mint egy igen biztos hatású, ártalmatlan, kellemetlen mellékhatásokat nem okozó antipyreticumot ajánlhatni; főképp acut lázas betegségeknek, mint pl. a typhus abdominalisnál alkalmazható sikerrel és a versenyt az eddigi ismeretes szerekkel, mint a lactophenin, phenacetin stb. kiállja, sőt némely esetben ezeknél biztosabban hat. A tüdővészések lázával ellenben nem minden esetben hat elég erőlyesen és ez esetekben tapasztalaim szerint különösen a pyramidonnal nem versenyezhet.

Adagolása legalkalmasabban ostyában vagy a nélkül is történhetik. Pro dosi 1.0–2.0 gm.-ot, pro die 4.0–6.0 gm.-ot is adhatunk.

Irodalom. 1. *Jendrassik E.*: Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? Orvosi Hetilap. 1901. 11. sz. — 2. *Overlach*: Zur Kenntniss einiger neuer Arzneimitteln. Centralbl. f. inn. Med. 1900. 45. szám. — 3. *Grasset és Rouillès*: Action physiologique de la vanilline. Les nouveaux remèdes, 1885 jun. 15. — 4. *Mahnert*: Über Phenacetin vom klinischen und physiologischen Standpunkte. Deutsche med. Wochenschrift. 1888. 50–51. sz. — 5. *O. Porges*: Über Eupyrin. Wien. med. Blätter. 1901. 17. sz.

II. Basicin.

Ujabban a *Schröder* és *Krämer*-gyár (Hamburg) egy „Basicin“-nek nevezett szert hozott forgalomba, melyről azt írja, hogy eredménnyel alkalmazható migrain, influenza, rheumatismus, malaria, köszvény ellen és mindazon eseteknél, a hol coffein vagy chinin indicált. A basicin továbbá megnyugtató hatásánál fogva az opium alkaloidjait is nélkülözhetővé tenné. Neuralgiáknál 1.0 gm.