

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarezi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Schrank Ferenc: A budapesti egyetemi diagnosztikai tanszék közlése. Az adrenalin és chlorealcium antagonistikus hatásáról. 539. l.

Veress Ferenc: A kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr., tanár.) A Wright-féle opsonin-elméletéről és staphylococcus-betegségek vaccinás gyógyításáról. 527. l.

Kovács Richárd: Hamburgtól Yokohamáig. 529. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* E. Jacobi, A. Neisser: Ikonographia dermatologica. — A. Poulhès: La criminalité juvénile et les récidivistes. — *Lapszemle.* Gyógyszertan. *Blumenthal:* Szerves arsenkészítmények. — *Belorvostan.* *Wiesel:* Az arteriosclerosis tanának mai állása. — *Idegkórtan.* *Jacquet és Jourdanet:* A migraine gyógyítása. — *Laignel-Lavastine:* Psychikai tünetek a mellékpajzs-

mirigyűtletekben. — *Sebészet.* O. Foerster: A gyomorkrízis sebészi kezelése. — *Sencert:* Oxygen-infusio általános heveny hashártyagyulladás eseteiben. — *Venerés bántalmak.* H. Boas: A Wassermann-reakciónak jelentősége a syphillis terapiájában. — V. Hecht és M. Wilenko: A spirochaeta pallidának a tusejárással való kimutatása. — G. Stimpke: A syphillis korai szakában előforduló labyrinth-betegségek. — *Fizikai gyógyításmódok.* Herzl: Fizikai vérzéscsillapító alkalmazások a gynaekológiában. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* J. Carles: Az ólommérgezés gyógyítása ú. n. fixációs tályoggal. — *Siegmund:* Szer tudósok eseteiben. 548—551. l.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 551. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 552. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 553—554. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti egyetemi diagnosztikai tanszék közlése.
(Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. r. tanár.)

Az adrenalin és chlorealcium antagonistikus hatásáról.

Irta: *Schrank Ferenc* dr.

J. Loeb-nek azon tapasztalata, hogy a NaCl és CaCl₂ között kifejezett physiologiai ellentét áll fenn úgy a friss állapotban mesterségesen termékenyített funduluspete, valamint a szívről leválasztott szívcsőcs rythmusos mozgása tekintetében, *Maccallum*-ot arra indította, hogy ezen két sónak hatását a bél sima izomsejtjeire is kipróbálja. Ebbeli kísérletei kapesán azt észlelte, hogy ha akár belsőleg, akár intravenásan, akár közvetlenül a kiirtott bélre alkalmazta a NaCl-ot, az a bélmozgásokra serkentőleg hatott, míg a CaCl₂ az említett módok bármelyikén alkalmazva éppen ellenkező hatású volt.

Fischer-nek sikerült a natriumchlorid adagolására beálló diabetest Ca egyidejű alkalmazásával csökkenteni illetve meggátolni. A NaCl-nak ezen kétféle tulajdonsága, tudniillik egyrészt a sima izomelemre való hatása, másrészt a diabetest kiváltó képessége emlékeztet az adrenalinra, a melyről tudjuk, hogy ugyancsak a sima izomszövet összehúzódását váltja ki, az állati szervezetbe való bevitele pedig diabetest okozhat.

Korányi S. tanár felszólítására intézetében kísérleteket végeztem annak megállapítása céljából, vajjon az adrenalinnak a NaCl-hoz való hasonlósága a Ca-mal szemben való viselkedésében is megtalálható-e; másszóval: az adrenalinnak az állati szervezetre való befolyását a Ca egyidejű adagolása meg tudja-e gátolni. Ezen kérdés megfejtése céljából az adrenalinnak következő hatásait vettem vizsgálat alá.

Megvizsgáltam: 1. vajjon az *Ehrmann*-féle reakciót — azaz a kiirtott békabalbus pupillájának adrenalin okozta tágulását — miként befolyásolja a Ca egyidejű alkalmazása.

2. Meg tudja-e akadályozni a Ca az adrenalin intravenás adagolása után keletkező arterionekrosis kifejlődését.
3. Miként befolyásolja a Ca az adrenalin adagolása után beálló glykósuriát.

I.

Idetartozó kísérleteimet két sorozatba (A és B) osztva, olyképpen végeztem, hogy az első kísérletsorozatban (lásd az A) táblázatot) 6 pár bulbuszt: 1. physiologiás konyhasóoldatba, 2. 1^o/o-os chlorealciumoldatba, 3. adrenalinnak physiologiai konyhasóoldattal készített oldatába (1 : 33,000), 4. adrenalinnak 1^o/o-os chlorealciumoldattal készített oldatába (1 : 33,000) helyeztem.

Az 1. és 2. oldatba helyezett bulbusok pupillái változatlanul maradtak; a 3.-ban levőkén igen csekély, körülbelül 1—2 percnyi eltérés volt; a 4.-ben levőkön a tágulás 10 perczezel később kezdődött és körülbelül ugyanannyi idővel később érte el maximumát.

A második kísérletsorozatban három pár békabalbuszt használtam és ezeket 1. adrenalin 1^o/o-os chlorealciumoldatával készített oldatába (1 : 26,000), 2. adrenalinnak 1^o/o-os chlorealciumoldattal hígított oldatába (1 : 13,000), 3. adrenalinnak physiologiai konyhasóoldattal készített oldatába (1 : 13,000) helyeztem.

Az 1. és 2. oldatba helyezett bulbusok pupillájának tágulásában kisfokú késés volt észlelhető, még pedig az első esetben a pupilla 6 perczeig változatlan maradt s a tágulás csak azután indult meg lassanként; rögtön megindult a 2.-ban a tágulás, de az első félórán nem haladt előre, míg a harmadikban kezdettől fogva fokozatos tágulás volt észlelhető, mely fél óra múlva elérte maximumát. Azonkívül az 1. és 2. oldatban a kísérlet végén sem tágult ki a pupilla oly mértékben, mint a kontrollul használt és tiszta adrenalinoldatba helyezett bulbus pupillája.

A békabalbuszon végzett kísérletek tehát azt bizonyítják, hogy a chlorealcium a pupilla tágulását késlelteti és az adrenalinak a sima izomsejtekre gyakorolt hatásával szemben antagonistikus viselkedést tanúsít.

II.

Az arterionekrosis keletkezését adrenalininjekciók után egyrészt specifikus toxikus hatásra, másrészt az érizomzat összehúzó-

dásával járó táplálkozás-zavarra vezetik vissza. A *Maccallum* végezte, már említett kísérletek alapján közelfekvő az a feltevés, hogy ha az adrenalinarterionekrosis keletkezésében az érfalak sima izomsejtjei összehúzódásának valóban szerep jut, akkor az adrenalin ezen hatását chlorcalciummal — a mely a sima izomsejtekre tudvalevőleg bénítólag hat — meg lehet talán gátolni, s ily módon esetleg az arterionekrosis keletkezése is megakadályozható.

E kérdés megfejtésére összesen 17 háziyúlnak adtam intravenásan 0.15 cm³ adrenalin (1:1000), ezenkívül közülük 6-nak 2—3-ad naponként subcutan 4—5 cm³ 1%-os CaCl₂-oldatot, 2-nek szintén 2—3-ad naponként intravenásan 2 cm³ chlorcalciumot. Míg a fennmaradó 9 állat kontrolállatul szolgált, vagyis csupán adrenalinot kapott.

E kísérleteim eredményei az A) és B) táblázatban vannak feltüntetve, melyekből kitűnik, hogy a 8 chlorcalciumos állat közül 2 ép maradt, 3 csekélyebb fokú és 3 nagymérvű megbetegedést mutatott.

A kontrolállatok közül 1 a 11. injectio után pericarditisben pusztult el; a fennmaradó 8 közül 4-ben nagyobb fokú, 3-ban kisebb fokú és 1-ben jelentéktelen elváltozás volt az aorta falán található.

Ezen kísérletekből kiviláglik: a chlorcalcium az adrenalinval egyidejűleg adagolva nem tudja az adrenalinval arterionekrosist okozó hatását meggátolni.

Loeper és *Boveri* hasonló kísérletekben azt találták, hogy a mérszók adagolása még növeli az arterionekrosis fokát. Lehetséges, hogy e kísérleti eredmény a kísérlet hosszú tartamában és a méz igen magas dosisában leli magyarázatát.

III.

Blum szerint a mellékvesekivonat subcutan adva, a háziyulakon már kis mennyiségben is muló glykosuriát idéz elő. *Noël*, *Paton*, *Herter*, *Richards*, *Wakeman*, *Vosburgh*, *Aronsohn* és mások kutyákon és nyulakon adrenalin subcutan injectiójával hoztak létre glykosuriát. Embereken therapiás czélból adott adrenalin-injectio után *Noorden*, *Metzger*, *Herter*, *Zülzer* stb. észlelte, hogy a vér czukortartalma emelkedik. A diabetesben szenvedők glykosuriáját az adrenalin fokozza.

Bár az adrenalin erős vérnyomásfokozó alkotórésze a mellékvesekivonatnak, úgy látszik, a glykosuria mégsem függ össze az

A)

Szám	Az injectiók száma		Az állat súlya a kísérlet kezdetén és végeztével grammokban	Az aorta elváltozásai	Szám	Intravenosus adrenalin injectiók száma	Az állat súlya a kísérlet kezdetén és végeztével grammokban	Az aorta elváltozásai
	intravenosus adrenalin-injectio 0.15 cm ³	1%-os CaCl ₂ 4—5 cm ³						
1	18	18	1410—1480	Változatlan	7	11	1540—1320	Változatlan (Pericarditis)
2	18	18	1440—1330	Egy nagyobb és egy kisebb plaque, 1 kis aneurysma	8	14	1450—1130	Aorta egész terjedelmében erősen tágult. Egy nagyobb aneurysma, 3—4 kis plaque
3	18	18	1390—1680	Változatlan	9	10	1920—1900	3—4 kis plaque
4	18	18	1220—1340	Súlyos atheroma aneurysmákkal	10	16	1550—1130	Aorta egész terjedelmében erősen tágult. Nagyszámú aneurysma. Igen kistokú atheroma
5	19	19	1920—1800	1—2 kis plaque. Aorta kissé tágultabb	11	18	1330—1050	Sok plaque
6	18	18	1960—1450	Sok plaque	12	24	2400—2100	Jelentéktelen elváltozás
					13	23	1590—1340	Sok plaque

B)

Szám	2 cm ³ 1%-os CaCl ₂ -old. + 0.15 cm ³ adrenalin (1:1000) intravenosus injectiók száma	Az állat súlya a kísérlet kezdetén és végeztével grammokban	Az aorta elváltozásai	Szám	2 cm ³ physiologiai konyhasóoldat + 0.15 cm ³ adrenalin (1:1000) intravenosus injectiók száma	Az állat súlya a kísérlet kezdetén és végeztével grammokban	Az aorta elváltozásai
1	19	1660—1550	Az aorta tágult, egyébként változatlan	3	18	1800—700	Az aorta tágult. Egy közepnagyságú aneurysma
2	18	1920—1960	Az aorta kissé tágultabb	4	19	1480—1320	Az aorta diff. tágult. 1—2 aneurysma

Szám	Állat súlya gm.-okban	Óra	Vizelet mennyisége cm ³ -ekben	Vizelet napi mennyisége cm ³ -ekben	Fehling-féle reactio	Cukor-mennyiség %/o-ban	Napi kiválasztott ezukormenny. gm.-okban	Az állatokba bevitt folyadék és gyógyszer mennyisége	Szám	Állat súlya gm.-okban	Óra	Vizelet mennyisége cm ³ -ekben	Vizelet napi mennyisége cm ³ -ekben	Fehling-féle reactio	Cukor-mennyiség %/o-ban	Napi kiválasztott ezukormenny. gm.-okban	Az állatokba bevitt folyadék és gyógyszer mennyisége
1	2720	9—r. 9 9—12 12—5	240 0 45	240	+	1	4	100 cm ³ víz gyomorszándán + 1 cm ³ (1:1000) adrenalin subcutan	2	1500	9—r. 9	200	200	+	0.1	0.33	100 cm ³ víz gyomorszándán + 10 cm ³ 1 ⁰ / ₀ -os chlorcalciumoldat subcutan + 1 cm ³ adrenalin (1:1000)
3	2720	9—12 12—4 4—1/27 Kipréléssel 1/27 1/27—r. 9 9—5	0 65 0 38 128 8	231	+	0.6 0.2 0.05	0.68	100 cm ³ víz gyomorszándán + 0.8 cm ³ (1:1000) adrenalin subcutan	4	1500	9—12 12—4 4—r. 9	60 115 70	245	+	0.3 0.17	0.28	100 cm ³ víz gyomorszándán + 8 cm ³ 1 ⁰ / ₀ -os chlorcalciumoldat + 0.8 cm ³ adrenalin (1:1000) subcutan
5 ¹	1800	9—11	2		+			100 cm ³ víz gyomorszándán + 1 cm ³ (1:1000) adrenalin subcutan	6	1500	9—12 12—4 4—6 6—r. 9	0 75 30 70	175	—			100 cm ³ víz gyomorszándán + 10 cm ³ 1 ⁰ / ₀ -os chlorcalciumoldat + 1 cm ³ (1:1000) adrenalin subcutan
7	1800	9—12 12—4 4—r. 9	40 75 50	165	— gy. + —				8	1500	9—12 12—4 4—r. 9	55 80 30	165	gy. + — —			
9	1600	9—12 12—4 4—r. 9	90 30 30	150	e. + m.e. + gy. +	0.7 1.3	0.1		10	1420	9—12 12—4 4—r. 9	90 50 40	180	gy. + gy. + i.gy. +	0.14 0.17 0	0.20	
11	1800	10—12 12—4 4—5 5—r. 9 Kipréléssel r. 9	0 42 8 2 34	86	gy. + e. + i.e. +	0.7	0.3		12 ³	1650	10—1/2 12		Pár csepp				
13	1800	3/49—12 12—4 4—r. 3/49	85 43 15	143	+ + gy. +	0.5 0.7	0.7		14	1700	3/49—12 12—4 4—r. 3/49	121 7 8	136	+ + i.gy. +	0.4 0.3	0.48	
15	1800	3/49—12 12—4 4—r. 3/49	180 22	202	+ i.gy. +	0.3	0.5		16	1700	3/49—12 12—4 4—r. 3/49	64 33	97	+ i.gy. +	0.2	0.05	
17 ²	2080	3/411—1 1—5 5—12 r. 9 hólyagban	8 4 1/2 0 1		+ e. + i.e. +	0.7 3.6	0.26		18 ⁴	2060	3/411—1 1—5 5—1/411	68 43 12	123	+ + i.gy. +	0.4 0.1	0.7	

¹ Az állat az injectio után 2 óra múlva elpusztult. Hólyagjában 2 cm³ vizelet volt.
² Vízbevitel után 2 óra múlva kapta az 1 cm³ adrenalinat. Az állat az éj folyamán elpusztult.

³ 1/2 12-kor az állat elpusztult. Hólyagjában pár csepp vizelet volt.
⁴ A chlorcalciumoldatot 2 órával előbb adtam, mint az adrenalinat.

II.

Adrenalinmal kezelt állatok.

Adrenalinmal és chlorcalciummal kezelt állatok.

Adrenalinmal és sesamolajjal kezelt állatok.

Szám	Állat súlya gm.	Óra	Vizelet mennyisége cm ³	Vizelet napi mennyisége cm ³	Fehling-féle reactio	Czukormennyiség %/o-ban	Napi kiválasztott cukor-mennyiség gm.-ban	Az állatba bevitt folyadék és gyógyszer mennyisége	Szám	Állat súlya gm.	Óra	Vizelet mennyisége cm ³	Vizelet napi mennyisége cm ³	Fehling-féle reactio	Czukormennyiség %/o-ban	Napi kiválasztott cukor-mennyiség gm.-ban	Az állatba bevitt folyadék és gyógyszer mennyisége	Szám	Állat súlya gm.	Óra	Vizelet mennyisége cm ³	Vizelet napi mennyisége cm ³	Fehling-féle reactio	Czukormennyiség %/o-ban	Napi kiválasztott cukor-mennyiség gm.-ben	Az állatba bevitt folyadék és gyógyszer mennyisége
19	1280	1/211-1 1-5 5-r. 1/211	45 23 1/2	68 1/2	+	0.4 0.3	0.3	100 cm ³ víz gyomorszondán + 0.8 cm ³ (1:1000) adrenalin subcutan.	20	1440	1/211-1 1-5 5-r. 1/211	80 35 34	159	e. + +	0.1 0.5	0.3	100 cm ³ víz gyomorszondán + 0.8 cm ³ adrenalin + 8 cm ³ chlorcalcium.	21	1460	1/211-1 1-5 5-r. 1/211	106 40 28	174	+	0.1 0.3	0.2	100 cm ³ víz gyomorszondán + 8 cm ³ sesamolaj.
22	1260	11-1/2 1/2-5 5-r.-11	20 92 3	115	+	0.1 0.4 0.2	0.43		23	1060	11-1/2 1/2-5 5-r. 11	33 55 20	108	gy. + +	0.3	0.2		24	1460	11-1/2 1/2-5 5-r. 11	65 75 90	230	+	0.1 0.7 0.7	0.8	
25	1000	Kipréléssel 1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	2 23 5 1 1/2	29 1/2	- +	0.3 0.7	0.1	100 cm ³ víz gyomorszondán + 1 cm ³ adrenalin subcutan	26	1160	1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	21 38 6 8	52	- +	0.2	0.08	100 cm ³ víz gyomorszondán + 2 óra chlorcalcium gyomorszondán + 1 cm ³ adrenalin.	27	1300	1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	26 58 - 37	95	- +	0.3	0.2	100 cm ³ adrenalin + 10 cm ³ sesamolaj 2 óra múlva.
28	1300	Hólyag-kipréléssel 1/49-1/411 1/411-1 1-5 5-1/411	50 51 16 -	67	+	0.3 0.7	0.28		29	1000	1/49-1/411 1/411-1 1-5 5-r. 1/411	15 2 4 -	6	- +	-	-		30	1340	Hólyag-kipréléssel 1/49-1/411 1/411-1/212 1/212-5 5-r. 1/411	30 60 - -	-	gy. +	-	-	
31	1000	Hólyag-kipréléssel 1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	3 42 25	67	- +	0.4	0.2	50 cm ³ víz + 2 gm. szőlőcukor gyomorszondán + 2 óra múlva.	32	1000	Hólyag-kipréléssel 1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	8 45 -	- 45	- +	0.4	0.2	50 cm ³ víz, 2 gm. szőlőcukor + 0.15 gm. chlorcalcium gyomorszondán + 1 cm ³ adrenalin.	33	1120	Hólyag-kipréléssel 1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	10 60 20	80	- +	0.8	0.5	50 cm ³ víz + 2 gm. szőlőcukor gyomorszondán + 2 óra múlva.
34	900	Hólyag-kipréléssel 1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	25 40 3 12	57	- +	0.2 0.2	0.12		35	850	Hólyag-kipréléssel 1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	26 6 18 10	34	- -	-	-		36	1000	Hólyag-kipréléssel 1/29-1/211 1/211-1 1-5 5-r. 1/211	15 45 135 130	310	- +	0.2 0.1	1.2	

25, 28, 31, 34-es számú állat előzőleg 24 óráig koplal.

20-as és 23-as állat a chlorcalciumot 2 órával előbb kapja, 26, 29, 32, 35-ös sz. állat előzőleg 24 óráig koplal. 29-es állat hasmenést kapott.

21 és 24-es sz. állat a sesamolajat 2 órával előbb kapja, 27, 30, 33, 36-os sz. állat előzőleg 24 óráig koplal, 30-as sz. állat 1/212 órakor elpusztult.

III.

Felváltva adrenalinval és adrenalin-chlorcalciummal kezelt állatok.

Szám	Óra	Vizelet mennyisége cm ³	Vizelet napi mennyisége cm ³	Fehling-féle reactio	Czukormennyiség %/o-ban	Napi kiválasztott cukor-mennyiség gm.-ban	Az állathoz bevitt folyadék és győgszer mennyisége	Szám	Óra	Vizelet mennyisége cm ³	Vizelet napi mennyisége cm ³	Fehling-féle reactio	Czukormennyiség %/o-ban	Napi kiválasztott cukor-mennyiség gm.-ban	Az állathoz bevitt folyadék és győgszer mennyisége	
36	Hólyag- kiprélés 1/29—1/211 4 1/2 1/211—1 — 1—5 80 5—r. 1/211 75	155	—	gy. +	0.3	0.2	+ 2 óra	34	Hólyag- kiprélés 1/29—1/211 27 1/211—1 20 1—5 — 5—r. 1/211 26	46	—	+	0.2	0.13	+	
34	Hólyag- kiprélés 1/29—1/211 25 1/211—1 — 1—5 20 5—r. 1/211 4	24	—	—	—	—	2 gm. szőlőcukor gyomorszájban mulva 1 cm ³ adrenalin.	36	Hólyag- kiprélés 1/29—1/211 6 1/211—1 — 1—5 75 5—r. 1/211 45	120	—	—	—	—	—	+
36	Hólyag- kiprélés 1/29—1/211 10 1/211—1 — 1—5 — 5—r. 1/211 2 csepp hólyag- kiprélés	—	—	—	—	—	50 cm ³ víz + 2 gm. szőlőcukor gyomorszájban	34	Hólyag- kiprélés 1/29—1/211 18 1/211—1 — 1—5 4 5—r. 1/211 8	50	—	+	—	—	+	50 cm ³ víz + 2 gm. szőlőcukor gyomorszájban + 0.15 gm. chlorcalcium mulva 1 cm ³ adrenalin.

A 36, 34, 36-os számú, illetve 34, 36, 34-es számú állatok az előző kísérletektől függetlenül chlorcalciumot, illetve adrenalint kaptak a kísérlet megkezdése előtt az ezen kísérletekben utóbb is adagolt mennyiségben, utána 10, 4 illetve 3 napig pihentek. A kísérlet megkezdése előtt még 24 óráig koplaltak.

adrenalin vérnyomásfokozó képességével. A legtöbb szerző szerint — és ezt saját vizsgálataim is megerősítik — csak subcutan, illetve intraperitoneális adagolása okoz glykosuriát, míg intravenásan adva csak elvéve találunk glykosuriát, holott a vérnyomás jelentékeny fokozódása inkább az intravenás adagoláskor észlelhető. Lehetséges, hogy az adrenalinglykosuria toxikus eredetű. Herter a pankreas toxikus befolyásolását veszi fel.

Paton és D. Noël szerint az adrenalinglykosuria és az ezt megelőző hyperglykaemia nemcsak glykogen eredetű fokozódott szőlőcukortermelésre vezethető vissza, a mit akként bizonyítottak be, hogy az állatokat glykogenmentes táplálékon tartották, miután előzőleg phloridzin adagolásával szénhydratmentessé tették.

Tekintettel arra, hogy a glykosuria közvetlen oka a hyperglykaemia, kísérleteimet első sorban úgy végeztem, hogy a hyperglykaemiát akartam kimutatni, illetve chlorcalciumadagolás után annak a hiányát.

E célból első kísérleteimben a Bremer-féle reactiót alkalmaztam, melynek elve az, hogy a tárgylemezre felkent vérszéklet metylenkékkel való megfestés után cukor jelenlétében sárga színűek, míg cukor hiányában kékre festődnek. Ezen kísérleteim egyöntetű eredményre vezettek, ezért a Williamson-féle reactióval próbálkoztam, mely tulajdonképpen nem egyéb, mint a Bremer-féle reactionnak kémcsőben való végzése. Ezen reactio azonban szintén túlérzékenynek bizonyult, mert a normális savó is adta. Mind a mellett kisebb fokú eltérés a chlorcalcium adagolása mellett észlelhető volt, a mennyiben a metylenkék-oldat elsárgulása a chlorcalcium-oldatos kísérletekben következetesen néhány másodperczel később következett be.

Minthogy a vér cukortartalmának vizsgálata az említett módon észlelni nem lehetett, a nyulak vizeletének cukortartalmát tettem vizsgálat tárgyává, miután a nyulaknak 0.8—1 cm³ (1:1000) adrenalint és 8—10 cm³ 1%/o-os chlorcalciumot adtam, míg a kontrollállat csak az előbbinek megfelelő mennyiségű adrenalint kapott. Hogy a nyulaknak nagyobb mennyiségű vizeletük legyen, 100 cm³ vizet vittem a gyomrukba szondával, egy részükben pedig

az esetleges különbségeket szembeötlőbbé teendő, 2 gm. szőlőcukrot oldottam a bevitt vízben.

A vizeletet 3—4 részletben fogtam fel 24 óra alatt, és úgy az egyes részeket százalékos cukortartalmát összehasonlítólágg, valamint a 24 óra alatt kiválasztott összes cukorszázalékot és a kiválasztott cukor mennyiségét határoztam meg.

Hogy véletlen esélyeket kizárjak, a kísérleteket egyrészt 18 pár állaton végeztem, másrészt egy és ugyanazon állaton többször ismételttem, és végre, hogy a nyulakban előforduló egyéni szabálytalanságokat kiküszöböljem, a kísérletek ismétlésekor olyképpen jártam el, hogy annak az állatnak, a mely az előző kísérletben chlorcalciumot is kapott, annak a következő kísérletben csak adrenalint adtam (III. táblázat). Kísérleteimből kiderül, hogy a cukorszázalék a chlorcalciummal kezelt állatokban az egyes részekben a kísérletek túlnyomó részében lényegesen alacsonyabb, mint a kontrollállatokban; sőt több esetben a chlorcalciumos állatok vizelete, ellentétben a kontrollállatokkal, teljesen cukormentes volt.

Ha az összes állatok által kiválasztott cukormennyiséget összegezzük, kitűnik, hogy a chlorcalciumos állatok 3 gm., míg a megfelelő számú kontrollállatok 8.4 gm. cukrot választottak ki. Ezen eredményekből kétségtelenül kiderül, hogy a chlorcalciumnak az adrenalinglykosuriára gátló hatása van.

Fischer a midőn NaCl-mal és chlorcalciummal végzett összehasonlító vizsgálatokat, azt találta, hogy a 24 óra alatt kiválasztott vizelet mennyisége is csökken CaCl₂ bevitelére. Kísérleteimben a CaCl₂-nek ezen hatását nem észleltem, a mennyiben szabálytalanul hol a Ca-os, hol az adrenalinus kontrollállatnak vizeletmennyisége volt nagyobb.

Tekintettel régebbi kísérleteimre (lásd Orvosi Hetilap, 1907. 43. sz.), a melyekkel sikerült bebizonyítanom, hogy a sesamolaj meg tudja gátolni az arterionekrosis keletkezését, vizsgálat tárgyává tettem, vajjon a sesamolajnak eme antagonistá hatása érvényesül-e a glykosuriával szemben is. (Lásd a II. táblázatot.)

Négy pár nyúlra végzett ebbeli kísérleteimben számbavehető hatást a sesamolaj alkalmazásával nem tudtam elérni.

Összefoglalás:

1. A calciumchlorid-adrenalinkeverékbe helyezett békabulbus pupillájának tágulásában késés található.
2. Az adrenalinarterionekrosis kifejlődésére a chlorcalcium egyidejű adagolása semminemű hatással sincs.
3. A calciumchlorid subcutan adagolás mellett csökkent, illetve meggátolja az adrenalinglykosuriát.

Irodalom. J. B. MacCallum: University of California Publications, 1906. — M. H. Fischer: University of California Publications, Physiology, 1904. 1. kötet, 12. szám, 87—113. lap. — Paton és D. Noël: Journ. of Physiol., 1903. XXIX. kötet, 286. lap. — F. Blum: Deutsches Archiv f. Med., 1901. 71. szám, 146. lap. — L. Metzger: Münchener med. Wochenschrift, 1902. 478. l. — G. Zülzer: Berliner klin. Wochenschrift, 1901. 1209. l. — C. H. Vosburgh M. Richards: Am. Journ. Phys., 1904. 9. k., 35. sz. — M. Loeper és Crouzon: Arch. exp. med. 1904. 1683. lap. — Loeper M. és Boveri P.: Clin. med. Ital., 1907. 7. szám.

A kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr., tanár.)

A Wright-féle opsoninelméletről és staphylococcus-betegségek vaccinás gyógyításáról.

Irta: Veress Ferencz dr., klinikai másodorvos.

(Vége.)

Ha valamely egészséges egyén vérsavójával végzett kísérletben talált phagocytálási számot egységül veszszük és más szintén egészségesnek látszó egyének vérsavójával végzett kísérletek eredményeivel összehasonlítjuk, akkor rendszerint némi eltérést, az opsonikus index kisebb-nagyobb ingadozásait tapasztaljuk, melyek azonban 0.9 és 1.1 (mások szerint 0.8—1.2) határokon belül maradnak. Ilyen kis változásait az indexnek adott esetben nem lehet kórosnak tekintenünk, mivel egyfelől normális egyének vérsavójának is különböző a phagocytálást előmozdító képessége, másfelől egyik napról a másikra, sőt a nap különböző időszakában is változhatik kis mértékben az opsoninmennyiség ugyanabban az egyénben is. Ezenkívül számbavehető az is, hogy az opsoninos vizsgálatok sohasem szolgáltatnak absolut biztos számokat, s úgy a kísérlet technikai kivételében, mint a számlálásban több-kevesebb hibát még a leggyakorlottabb vizsgálók is ejtenek. Vizsgálatainkban tehát feltétlenül kórosnak csak az igen alacsony vagy igen nagy számokat tekinthetjük s ezeket sem absolut mértékkel bíráljuk, hanem relativ úton, a kontrollkísérlet eredményével való összehasonlítás alapján.

Hogy az opsonin indexe egészségesek savójából egy körül van, az kitűnik mások vizsgálatain kívül az alábbi kísérletsorozatból is, melyet négy, staphylococcusokat illetőleg teljesen egészségesnek látszó klinikai betegek vérével végeztem.

Egyik másodlagos syphilisben szenvedő, de egyébként egészséges, acné- és furunculamentes betegünk vérsavójával 100 polynucleáris leukocytában 299 staphylococcut találtam. Ezt egységnek vettem s megvizsgáltam még három szintén acné- és furunculamentes beteg vérsavójának phagocytálóképességét ugyanazon körülmények között, ugyanabban az időben. Azt találtam, hogy egy gyógyult bubós betegünk vérsavójával végzett vizsgálat 100 sejtben 278 coccut, egy tüdőgümőkóros betegünk 312 coccut és egy latens lueses betegünk 348 coccut tüntetett fel. Ha e három utóbbi számot a normálisnak tekintett első összeggel: 299-el elosztjuk, megkapjuk e három egyén vérsavójának opsonikus indexét, mely a bubóson $\frac{278}{299} = 0.93$, a tüdőgümőkóroson $\frac{312}{299} = 1.04$ és a latens luesesen $\frac{348}{299} = 1.16$ volt. Az opsonikus index eltéréseinek nagysága tehát e három normális ember vérsavójában az egységtől 0.07, illetőleg 0.16 volt.

Opsoninvizsgálataim az első időben legnagyobbbrészt hajótörést szenvedtek a leukocyaemulsió hiányosságán, illetőleg a sokmagvú fehérvérsejtek esekély számán. Be kell vallanom, hogy az egész technika legkényesebb pontja s a vizsgálat sikerének előfeltétele egy jó vérsajtumulsió és a keverék ügyes kiterítése a tárgylemezre. Sok értékes kísérletem ment ezen a réven tönkre.

A mi egyes meghatározásaimat illeti, a különböző betegségek eseteiben többek közt például a következő opsoninindexet találtam:

Furunculosis: 0.62, 0.99, 0.94, 0.41.

Aene vulgaris: 1.25, 0.99, 0.80, 0.71, 0.81, 0.61.

Scabies, pyoderma: 0.62.

Sykosis staphylogenes: 0.47 (súlyos), 0.62 (könnyebb eset).

Cystitis staphylogenes: 0.27 (súlyos), 0.80 (könnyebb eset).

Prurigo: 1.12.

Eczema impetiginosum: 0.78.

Ezekből az adatokból kitűnik, hogy a nevezett betegségekben szenvedő egyéneknek egy kivételével, minden esetben a normálisnál alacsonyabb opsoninindexük volt. Habár nem is állítom, hogy az index esőkkentségének foka mindig arányban állott a bántalom súlyosságával, mégis ki kell emelnem, hogy súlyos sykosis barbae egyik esetében 0.47, vagyis rendkívül kicsiny indexet, s egy kevésbé súlyos sykosis-esetben 0.62 indexet találtam. Két vizsgált staphylococcus cystitis közül az egyik nagyon súlyos eset volt, a másik csak mérsékelt fokú; az előbbi opsoninindexe 0.27, az utóbbi 0.80 volt.

Az opsoninindexnek ilyen erős kitéréséből mindenesetre következtetnünk lehet a bántalom súlyosságára, feltéve, hogy a kísérletben durvább hibát nem követtünk el. A normálistól való kisebb eltérések megítélésében azonban mindenesetre óvatosnak kell lennünk, tekintve, hogy például elég jól kifejezett acné vulgaris egyik esetében 0.99, másikban 1.25 indexet kaptam, vagyis normálist, sőt annál magasabbat. Lehet, hogy e két esetben kísérleti hiba történt, ámbár többi indexeim mind elfogadhatók, a normálisnál kisebbek és nagyjából megegyeznek Wright és követői hasonló vizsgálatainak eredményével.

Vizsgálataim további része vaccinatióra s az opsoninindexnek ennek kapcsán mutatkozó változásaira vonatkozott. Strubell felügyelete alatt egyik német vegyészeti gyár (Chemische Fabrik Güstrow) Wright előírása szerint készít steril phiolákban forgalomba hozott staphylococcus-vaccinát, mely phiolánként 100 millió elölt staphylococcut tartalmaz. A gyár szívesen bocsátott rendelkezésemre nagyobb mennyiségű vaccinát, melyet „opsonogen”-nek nevezett s ez a körülmény megkimélt attól, hogy fáradtságos úton magam állítsak elő oltóanyagot.

Kezdeti adagnak rendszeren 50 millió staphylococcut fecskendeztem a glutaenusok bőre alá vagy izmaiba s ezt a dosist 3—5 naponként néhányszor megismételtem, majd 100 millió injecciónkra tértem át. Biztos vezérlőfonalam a kezelésben nem volt; hisz a vaccinatiós gyógyításmód még kialakulása legkezdetén van, azért egyik beteget kisebb, másikat nagyobb adagokkal és időközökben kezeltem. Ez a bizonytalanság az oka annak, hogy valami nagyon sok eredményt eleitől fogva sem vártam oltásaimtól. A míg általánosságban bizonyos szorosabb kezelési elvek meg nem állapítottak a vaccinatherapiában, addig úgy a siker, mint a balsiker véletlennek tulajdonítható. Feltett szándékom, hogy közelebről néhány vaccinált beteg opsoninindexét hosszú időn át naponta megállapítsam s ingadozásainak a klinikai tünetekkel való egybehangzását vagy eltérését megfigyeljem s ezen az úton igyekezzem személyes útmutatásokat nyerni a vaccinatió idejére és adagjára nézve.

Mindaddig mások szintén bizonytalan észleleteire kell támaszkodnunk.

Elég nagy adagok befecskendését Wright szerint a negativ phasis, vagyis az opsonikus index esőkkensége és több szerző szerint staphylococcusoknál is klinikailag észrevehető s a tuberculinéhoz hasonló helyi reactio követi. Ez acné (Scherber) és furunculuson lobos pir képződésében és az egyes elváltozások gyorsabb involutiójában, rohamos elgenyedésben stb. nyilvánul. A reactio az első, második vagy harmadik napon jelentkezik s további néhány nap alatt lezajlik. Ez alatt újabb befecskendést végezni nem szabad. Ez úgyszólván az egyetlen elv, melyhez mindenki alkalmazkodik és melyet szem előtt kell tartanunk. Scherber ilyen reactiót acnés betegeken 100—1000 millió staphylococcusnak, mint kezdő adagnak a befecskendése után látott. Többnyire 300—400 millióval kezdte meg a kezelést. Ezzel szemben Wright 10 millió staphylococcut, Strubell 25—50 milliót ajánl első injecciónhoz, sőt utóbbi — mint említők — 100 millió phiolákat készített, mintegy jelezni akarva vele, hogy ez elegendő maximális dosisnak is.

Ilyen kisebb adagok után azonban rendszerint nem mutatkozik az egyes acne-efflorescentiákon vagy furunculásokon helyi reactio: az opsoninindex állásán kívül nincs tehát mihez szabni a következő injectio idejét és nagyságát.

Az elmondottakkal ráutaltam azon nehézségekre, melyek a sikeres vaccinatiót sok esetben megghusítják s a melyek mentségéül szolgálhatnak az én nem egészen kielégítő eredményeimnek.

Az alábbiakban eseteimből néhányat felsorolok:

I. eset. R., 32 éves, építész, *sykosis barbae* 6 hónap óta.

Márczius 17.-én 50 millió staphylococcust, 19.-én 50 milliót, 22.-én újból 50 milliót kapott subcutan. 23.-án erős rosszabbodás mutatkozott, a sykosisos arczbőr piros, duzzadt, nedvező s eczemás lett. Ezek a heveny tünetek 26.-án egészen elmúltak *Burou*-borogatások alatt. Akkor 100 milliót fecskendeztem be; sajnos, a beteg hirtelen eltávozott, további sorsáról semmit sem tudok.

II. eset. E. J., 22 éves, joghallgató, 12 év óta *súlyos acne inflammatoria és indurata az arczon, mellen, háton*. Márczius 6.-án, 9.-én, 16.-án, 20.-án 50—50 millió staphylococcust kapott s az acnecsomók hamarosan javultak, újak nem, vagy csak kis számmal jelentkeztek s a rendes nagyságon jóval alul maradtak. Márczius 26.-án 100 milliót kapott. Május 5.-én újra felkeresett, állapota olyan volt, mint a kezelés előtt, kapott 50 milliót és 8.-án újból annyit. 11.-én rosszabbodást észleltem, a csomók pirosak, duzzadtak s újak is képződtek. További megfigyelés alatt áll. 19.-én az arcz tiszta, acnementes.

III. eset. E. J., 19 éves joghallgatónak hat hét óta állandóan 2—3 furunculus volt a nyakán. Márczius 31.-én 50 milliót adtam. Április 2.-án a furunculusok egészen lelohadtak; újból 50 milliót, majd április 6.-án ismét ugyanannyit kapott. Megfigyeltem 17.-éig, de recidiva nem volt. Teljesen gyógyult.

IV. eset. R. J., 28 éves, földműves. Egy éve szenved *sykosis barbae*-ben. A jobb arczfélén kisebb tenyérszerű területen eczema és folliculitis barbae. Márczius 17.-én 50 millió staphylococcust kapott s 20.-án feltűnő javulást észleltem. Ekkor és 25.-én 100—100 milliót kapott s bár még négy hét múlva is láttam, gyógyulás nem következett be, hanem az első injectióval elért javulás állandósult (bórvaselin).

V. eset. K. J., 45 éves, bányász. Két éve *mykosis fungoides stadium praemykoticumában* van. Számos viszkető, szederjes színű, beszűrődött eczemás folt a köztakarón. Egy 50 és két 100 millió adag teljesen hatástalan maradt.

Az alábbi esetekben az injectiók kúra alatt néhányszor opsonin-index-meghatározást is végeztem.

VI. eset. M. Zs., 25 éves főmolnár; 9 hónap óta állandóan *súlyos nyaki furunculosisa* van. Ezen idő alatt sohasem volt furunculamentes.

Márczius 20.-án, 24.-én 50 millió staphylococcusinjectio, 27.-én 100 millió, 31.-én 50 millió injectiót kapott.

Az opsonin index márczius 26.-án 0.41, 30.-án 0.72.

A beteg renkívül javult márczius 27.-e körül, de 31.-én váratlanul eltávozott.

VII. eset. B. A., 22 éves, egyetemi hallgató. *Acne vulgaris faciei et dorsi* 15 éves kora óta.

Márczius 15.-én 18.-án, 22.-én 50 millió, 26.-án 100 millió és márczius 6.-án 100 millió staphylococcust kapott.

Az opsonin index állása: márczius 15.-én 0.608, 26.-án 0.77, április 16.-án 0.93, 21.-én 1.6.

A javulás szembetűnő volt, de teljes gyógyulásról még ez ideig szó sincs.

VIII. eset. H. L. dr. hivatalnoknak egy éve vannak nyakán állandóan kisebb furunculások, folliculitisek. Az utóbbi három hónapban hetenként 2—3 nagyobb furunculusa keletkezett, melyeket rendszeresen felvágatott.

Április 2.-án 25 millió, 7.-én és 13.-án 50 millió staphylococcust kapott.

Az opsonin index állása: Márczius 31.-én 0.99, április 13.-án 2.9 (!)

A furunculások szépen javultak s folyó hó 19.-én telefonon tett kérdézősködésekre a pácienstől azt a választ kaptam, hogy teljesen furunculamentes azóta.

Ebben az esetben az index egész szokatlanul magasra emelkedett.

Folyó hó 22.-én véletlenül találkoztam vele s nyakán újabb, habár kisebb furunculákat láttam. Tehát recidivált.

IX. eset. M. F. katonai zenész. Tíz éve arcán *acne inflammatoria et indurata*. A kezelés megkezdése alkalmával arcán 4—5 furunculusszerű acnecsomója volt. Márczius 31.-én 50 millió, április 3.-án, 7.-én, 17.-én 50 millió, 21.-én és 28.-án 100 millió staphylococcust kapott.

Az opsonin index állása: márczius 31.-én 0.81, április 21.-én 0.55, 28.-án 0.9.

A három első injectio után, melyek alatt állapota változatlan volt, április 17.-én határozott rosszabbodást észleltem a kiütéseken, melyek megpirosodtak és szaporodtak. Folyó hó 19.-én, tehát ezután egy hónapra azonban az arcz teljesen acnementes. Hogy ez a gyógyulás tartós lesz-e, azt még meg kell figyelni.

X. eset. T. J., 30 éves postaszolga fél év óta *nyaki furunculosisban és súlyos sykosis barbae*-ben szenved.

Márczius 15.-én 50, 23.-án, 27.-én 100, április 2.-án, 10.-én 100, 13.-án, 19.-én, 23.-án 50, 28.-án 100 millió staphylococcust kapott.

Az opsoninindex meghatározása kísérleti hiba folytán többször nem sikerült. Április 13.-án 1.55, 28.-án 0.85

A beteg terület eleinte rohamosan javult, de később a javulás megállott úgy, hogy bár furunculái meggyógyultak, a sykosis megfigyelésem ideje alatt nem gyógyult.

XI. eset. K. N., 27 éves napszámosnak hat éve nagyon súlyos *sykosis barbae*-ja van.

Márczius 24.-én 50, 27.-én 100, április 2.-án, 5.-én 50, 10.-én 100 millió staphylococcust kapott.

Az opsonin index állása márczius 26.-án 0.47, április 2.-án 0.71, 13.-án 1.92.

Az opsoninindex ilyen egyenletes és erős fokozódása ellenére a beteg gyógyulatlanul távozott s azóta nem tudok róla.

XII. eset. T. O., 25 éves napszámos, fél év óta gyakran és zavarosat vizek. *Diagnosis: staphylococcus hólyagfertőzés, rendkívül súlyos cystitis.* (Tuberculosisvizsgálat negatív.)

Április 2.-án, 5.-én 50, 10.-én 100 millió staphylococcust kapott.

Az opsonin index állása: április 2.-án 0.27 (!) 13.-án 2.02, 21.-én 0.57, 28.-án 0.47.

Nem javult.

Ha ezt a sorozatot áttekintjük, kitűnik, hogy

1. vaccinált betegek legnagyobb részének opsonin indexe a kezelés alatt tetemesen emelkedett és pedig 0.41-ről 0.72-ra, 0.61-ről 1.6-re, 0.99-ről 2.9-re, 0.47-ről 1.92-ra, 0.27-ről 2.02-ra.

2. Az opsoninindex súlyos fertőzések eseteiben feltűnően alacsony volt és az oltások alatt feltűnően emelkedett: súlyos cystitisben 0.37-ről 2.02-ra, súlyos sykosisban 0.47-ről 1.92-ra. Ez az emelkedése az opsoninindexnek mérsékelt volt a könnyebb fertőzések eseteiben, a hol a kezelés előtti index sem volt túlságosan alacsony.

3. Az index emelkedése többnyire fokozatos és tartós volt, néhány esetben azonban visszaesés mutatkozott: így a IX. esetben a kezelés 22. napján 4, egyenként 50 millió adag befecskendése után csökkent, egy további, 100 millió staphylococcust tartalmazó vaccinaadag után újból emelkedett; a X. esetben a kezelés 28. napján két 50 millió és három 100 millió adag után az index 1.55 volt, míg 15 nap múlva további három 50 millió befecskendés után 0.85-ra szállott le.

E két esetben valószínűleg helytelen időben, negatív phasisban történt újabb vaccinatio, vagy pedig az index meghatározása esett össze negatív phasisal.

4. A 12. eset azt mutatja, hogy míg három (két 50 és egy 100 millió) injectio után az opsoninindex rendkívül megnövekedett, addig a kezelés abbahagyása után 11, illetőleg 18 nap múlva az opsonin mennyisége már lényegesen csökkent és pedig 2.02-ről 11 nap múlva 0.57-ra, 18 nap múlva 0.47-ra.

5. Ki kell emelnem, hogy legtöbb esetemben az opsoninindex emelkedése és a klinikai tünetek javulása között szoros párhuzamot nem vehettem észre, sőt ellenkezőleg azt tapasztaltam, hogy az opsoninindex rendkívüli emelkedése ellenére például a XI. és XII. esetben klinikailag még lényeges javulás sem mutatkozott. Azt sem

hallgathatom el, hogy a mi kis javulást a XI. esetben súlyos sykosznál s a XII.-ben súlyos cystitissnél láttam, azt az előbbinél bórvaselin helyi alkalmazásának s utóbbi esetben a kórházban élvezett nyugalomnak tulajdonítom.

A gyógyítási eredmények, melyeket eddigelé staphylococcus-vaccinációval értem, általában oly jelentéktelenek, hogy a rendszeren divó régi kezelési módokkal sokkal többre mentem volna. Hogy egyebet ne említsek, azt a súlyos cystitist, melyet 8 napon át végzett három oltással nem befolyásolhattam, később egy hétig végzett argentum nitricumos becseppentésekkel annyira javítottam, hogy az előbb teljesen zavaros, genyes, sőt véres staphylococcusos vizelet mindkét portiója teljesen kitisztult s a beteg további néhány nap múlva teljesen gyógyultan távozott.

Igaz, hogy nem végeztem vaccinációkat a beteg saját bakteriumaiból készült oltóanyaggal, hanem minden esetet a güstrowi, gyárilag előállított opsonogennel kezeltem. *Wright* és mások ugyanis makacs esetekben a beteg saját kórokozó mikroorganizmusaival vaccináltak. Lehet, hogy ilyen úton jobb klinikai eredményeket értem volna el, ámbar in vitro így is a lehető legszebben emelkedett betegek opsoninindexe, más szóval immunitása. Meg vagyok győződve, hogy nagyobb gyakorlattal, czélszerűbb adagolással jobb eredményeket értem volna el s hogy e néhány nem kielégítő vaccinációból csakis arra szabad következtetnem, hogy az oltások szűkséges idejével, adagjával és számával még nem vagyok eléggé tisztában.

Wright zseniális munkái s nagy gyakorlatot szerzett bűvárok¹ már eddig is elért szép eredményei a vaccinás gyógyítás nagy értékét örök időkre megállapították és általános elterjedését, szélesebb körben való alkalmazását egyelőre csak az a körülmény nehezíti meg, hogy sikeres vaccinációkat — egyes véletlenektől eltekintve — csak művészi adagolással végezhetünk. Valamint a syphilis kénesős kezelésének is hosszú idő kellett, míg a primitív füstölésből a mai észszerű antilueses kúrává fejlődött, úgy a vaccinatherapia sem alakulhatott ki egyszerre s bizonyára csak idő kérdése, hogy általánosan alkalmazott s megbízható gyógymóddunkká váljék.

Mint a legtöbb új elmélet, úgy az opsonintheoria s az ennek nyomán kidolgozott vaccinás gyógyítás sem részesült általános és osztatlan elismerésben. Jó ideig csak az angolok és amerikaiak kultiválták s csak 2—3 év óta hangzanak fel a német irodalomban felszólítások, hogy opsoninlaboratóriumokat állítsanak fel² s *Wright*-nek immár legnagyobb részt beigazolást nyert tanait minél általánosabban érvényesítsék. A kérdésnek rövid idő alatt nagy irodalma fejlődött ki s csak természetes, hogy a szerzők egy része nem mindenben igazolta *Wright* tanait. Azok közül a bűvárok közül, a kik az opsoninelmélettel kritikailag foglalkoztak, sokan kétségbe vonták megbízhatóságát, kimutatva hiányait, felsorolva gyöngéit. Többen (*Hektoen*, *Rüdiger*, *Rosenow*, *Reyn* és *Petersen*, *Löhlein* stb.) kiemelik, hogy *Wright* igen kevés súlyt helyez arra, hogy az index meghatározásához felhasznált bakteriumok mennyire virulensek, hogy friss, vagy régebbi, esetleg állapotpassageokon virulensebbé tett törzseket használunk-e vagy sem. Ezek az ellenvetések azonban nem csökkentik az opsoninelmélet értékét, mert számos vizsgálatból s legutóbb *Zade* kísérleteiből kiderült, hogy minél virulensebbek a bakteriumok, annál kevésbé phagocytálhatók. Ezzel a körülménnyel tehát számolnunk kell, s ez kísérleteinket csak annyiban módosíthatja, hogy nagyon virulens bakteriumokat opsoninindex meghatározásához ne használjunk.

Mivel a kísérletekben mindig ugyanazt a bakteriumemulsiót keverjük úgy a vizsgálandó egyén serumával, mint az ellenőrző serummal, s mivel továbbá a leukocyták egy sorozatban mindig ugyanattól az egyéntől származnak: a végeredményt a bakteriumok virulentiája nem befolyásolhatja, legfeljebb más phagocytic countot nyerünk, de az opsoninindex arányszámot fejezvé ki, módosítást nem szenved.

¹ *Wright-on*, *Douglas-on*, számos angol és amerikai szerzőn kívül újabban *Strubell*, *Scherber* és mások nagy számú acne, furunculus stb. esetet gyógyítottak meg staphylococcus-vaccinával, bár adagolásuk módja egyénileg változó és egymástól sok tekintetben eltérő volt, úgy hogy belőlük egységes következtetéseket, tanulságot vonni nem igen lehet.

² Ma már több német városban működnek opsoninlaboratóriumok

Neufeld, a ki egyike az opsoninelmélet legszigorúbb kritikusaiknak, egyáltalában nem hiszi, hogy az opsoninok maguk immuntestek volnának, melyek a gyógyulást létrehozzák, s még azt sem ismeri el, hogy az immunitás fokára az opsoninok mennyiségéből következtetni lehetne. Ő abból, hogy valamelyes vaccina (például tuberculosibacillus, vagy staphylococcus) befecskendése opsoninokat hoz létre, csak azt hajlandó következtetni, hogy a szervezetben bizonyos fajlagos reakciók jönnek létre. Végül sok más szerzővel azon a véleményen van, hogy a vaccinatio rationalis alkalmazásában az opsoninindex folytatólagos meghatározása nem ad biztos útmutatást a befecskendések idejét és mennyiségét illetőleg s ennél fogva azt ajánlja, hogy a vaccinaciónál inkább a klinikai tünetekre támaszkodjunk. Mennyiben van igaz, ma még nem tudjuk, s most, midőn opsoninos vizsgálatokkal még csak 5 hónapja foglalkozom, tartózkodom is nagyhangú következtetésektől.

Mindössze arra szorítkozom, hogy néhány szóban összefoglaljam azt a benyomást, melyet vizsgálataimból merítettem.

Az opsoninindex meghatározása nagy jártasságot tételez fel s a Wright-féle előírás pontos betartását igényli. Minél szigorúbban ragaszkodunk Wright technikájához, annál kevesebb hibát követünk el s eredményeink annál megbízhatóbbak lesznek. Vizsgálataim beigazolni látszanak Wright ama tételét, hogy az index helyi staphylococcusfertőzések esetében majdnem mindig alacsonyabb a normálisnál s staphylococcusvaccina befecskendése által valóban tetemesen felemelhető. Az opsoninindex ilyen emelkedése azonban nem mindig jelenti a klinikai tünetek javulását is, sőt sok esetben erősen kifejezett indexemelkedés mellett sem észlelhető klinikailag javulás. Vaccinálással néha feltűnő gyors és kedvező eredmények érhetők el, máskor a kezelés hatástalan marad olyan esetekben is, melyek egyéb eljárásokkal hamarosan meggyógyíthatók.

A vaccinás gyógyítás mértékével még nem rendelkezünk, az adagolás teljesen bizonytalan, rendszerint önkényes, mert a kezelőorvos subjectiv megítélésétől függ s éppen ezért gyakoriak jó eredmények mellett a balsikerek is, melyek hibás adagoláson vagy túlhajtott befecskendéseken alapulnak.

Rendkívül becses az index meghatározása diagnostikus szempontból, de kivitele sokkal körülményesebb, sokkal időrablóbb és sokkal nagyobb gyakorlatot kíván, mintsem hogy rövid időn belül általános gyakorlati alkalmazásban részesülhetne.

Végül köszönetet mondok *Marschalkó* tanár úrnak szíves érdeklődéséért és az esetek átadásáért.

Irodalom. *Aujeszký*: Opsonin és bakteriotrop anyag. Állatorvosi lapok, 1908. 3—5. szám. — *Szabóky*: Az opsoninokról és értékesíthetőségükről a tuberculosus diagnosisában.... Orvosi Hetilap, 1908. 13—14. szám. — *Szabóky*: Tapasztalatok a komplementkötés és egyéb vizsgálati eljárások gyakorlati értékéről a tüdőgümőkór diagnosisjánál. Budapesti Orvosi Ujság, 1909. 11. szám. — *Bäcker* és *Laub*: Über Opsonin und ihre Bedeutung für die Tuberkulinbehandlung. Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 44. szám. — *Denys*: Comptes rendus des travaux exécutés sur le streptocoque pyogène. Centralblatt f. Bakteriologie, I. csoport, 24. kötet. — *Jürgens*: Über die praktische Bedeutung der Opsonine. Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 13. sz. — *Löhlein*: Annales de l'Institut Pasteur I. 20. 939. lap. — *Neufeld* és *Rimpau*: Weitere Mitteilungen über die Immunität.... Zeitschrift f. Hygiene, 51. k., 283. l. — *Memes*: Das Antistreptokokkenserum und der Mechanismus.... Zeitschrift f. Hygiene, 25. kötet, 413. szám. — *Neufeld* és *Rimpau*: Opsonine und Bakteriotropine. Handbuch der Pathog. Mikroorganismen v. *Kolle* und *Wassermann*. 1908. 2. pótkötet, 2. füzet. — *Saathof*: Die prakt. Verwendbarkeit des opsonischen Index. Münchener med. Wochenschrift, 1908. 779. lap. — *Sauerbeck*: Neue Tatsachen und Theorien in der Immunitätsforschung. Ergebnisse Lubarsch-Ostertag, 1907. — *Strubell*: Über opsonische Technik. Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 19. szám. — *Much*: Opsoninuntersuchungen. Münchener med. Wochenschrift, 1908. 10—11. szám. — *Neufeld*: Über die Grundlagen der Wright'schen Opsonintheorie. Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 21. szám. — *Böhme*: Untersuchungen über Opsonine. Münchener med. Wochenschrift, 1908. 28. szám. — *René Bine* és *Lissner*: Die Technik der Opsoninbestimmung.... Münchener med. Wochenschrift, 1907. 51. szám. — *Williams-Bushnell*: Über Opsonine.... Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1908. 46. kötet, 3—5. szám. — *Strubell*: Über die Wright'sche Vakzine-therapie. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 6. szám. — *Boellke*: Die Wright'schen Opsonine bei.... Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 37. szám. — *Busse*: Über die Fehlergrösse u. die Fehlerquellen im Opsoninversuch. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 13. szám. — *Bruck*: Über spezifische Behandlung gonorrhöischer Prozesse. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 11. szám.

Hamburgtól Yokohamáig.

Irta: *Kovács Richárd* dr.

(Folytatás.)

A legközelebbi állomás, Shanghai, Kelet-Ázsia kereskedelmi központja, a Yangtsekiang egy mellékfolyója, a Hwangpu mellett fekszik, öt óránnyira a tengertől. A quarantine-állomás a Hwangpu torkolatán van. Itt először történt úgynevezett szigorú vizsgálat Hongkong miatt. Chinai esászári sárkánylobogóval ellátott gőzbárkán egy öreg angol collega jött fel, a hajó egyik oldalán sorba felállítottak minden embert, a kapitánytól az utolsó fűtőig. Előbb a doktorral jött chinai segéd ment végig a sor előtt, néhány emberrel kiöltette a nyelvét és 4—5-nél egy perczre hőmérőt helyezett a hónaljba. Majd a quarantine-doctor megállott a sor alsó végén és minden embert elléptetett maga előtt, miközben, a ruhákon keresztül az egyiknek hónaljához, a másiknak lágyéktájához tapintott, a megvizsgáltnak azután galoppban kellett távoznia. Úgy látszik pestisbubókra akart így vizsgálni a collega. De gyanakodott még egyébre is. Az egyik boyt, kin néhány napja, úgy látszik lueses alapon, maculopapulosus exanthea kezdett fejlődni, félreállította és azzal fordult hozzám, hogy ez „small pox” vagyis himlő. Hiába bizonyítottam a hőmérséklettel, hogy itt még láz sincs, a boynak össze kellett pakolnia és vitték az izoláló állomásra. Mint mindig, nagy az öröm a laikus tisztek között az orvosok véleménykülönbsége felett. Másnap reggel azonban fogtam magam, átesonakáztam a quarantine-állomásra és az állandóan láztalan boyt erélyes tárgyalások után diadallal visszahoztam.

A legközelebbi gyorsvonat azután felvitt Shanghaiba, melynek óriási doekjai, árúraktárai, gyárkémenyei, hatalmas palotái és nagyterjedelmű, villaszerű, angol-amerikai, francia stb. negyedei — több mint 13,000 idegen él bennük — inkább nagy európai vagy északamerikai kikötőváros benyomását keltik. De az utcái élet, a rikszák és chinai targonzák ezrei, a negyedóránnyira fekvő, magas fallal körülvett piszkos-bűzös, szűk, sötét sikátorokkal teli chinai város csakhamar tudatunkra hozza, hogy China kellő közepén vagyunk. A shanghaii idegen-negyedek azonban exterritorium jellegével bírnak és a chinaiaknak pl. el kell tűrniök, hogy a pompás „Public Garden”-be minden népfajnak, még japánnak és hindunak is szabad a bemenet, csak nekik nem. Egyebek között két érdekes látogatást tettem Shanghaiban, egyiket a „General Hospital”-ban, másikat a német-chinai orvosi iskolában.

A „General Hospital” typusa a tropikus helyek kórházainak. Buja vegetációjú kert közepette hatalmas háromemeletes épület, földszintjén vannak a kezelési irodák, istálló, szolgazemélyzet lakásai. Minden emeleten végig széles boltíves nyílt folyosó, melybe valamennyi kórszoba nyílik, úgy, hogy a betegek legnagyobb részét ágyastól ki lehet tolni. Villanyos ventilátorok gondoskodnak mindenfelé a szobahőmérséklet tőrhetővé tételéről, minden emeleten egy sor fürdőszoba áll rendelkezésre. Vannak I., II. és III. osztályú kórszobák és érdekes, hogy főleg az I. osztály van tele, mert kinn Keleten a megbetegedett európaiak túlnyomó része — főleg a sok családnélküli hivatalnok — azonnal kórházba megy, jobb ápolás, izolálás stb. céljából. Azonban noha 200 ágy van a kórházban, inspectiós orvos nincs, az osztályvezető orvosok vannak benn délelőtt pár órára és délután 1/2—1 órára. Az orvosi személyzet angol, amerikai, francia és német, a legtöbb orvos „general practitioner” és egyúttal sebész, rendszerint mindegyik saját nemzetét betegeit kezeli. A női ápolószemélyzetet katolikus testvérek, a „Sisters of charity” alkotják — angolt, francziát, lengyelt és olaszt találtam közöttük —, a kik innen kerülnek tovább az egyes partmenti és a China belsejében lévő európai telepekre; igen sokan pusztulnak el fiatalon a szokatlan életviszonyok miatt vagy az itt-ott folyton ismétlődő zavargásoknál. Az európai orvos látogatásának igen megörültek és nem tudtak elég kedveseknek mutatkozni. A legfelsőbb emeleten lévő konyhában — mintaképe a leggondosabb hygienének — működő testvér mindenáron villásreggelivel akart megvendégelni, a gondosan berendezett, állandóan szellőztetett éléskamrákat mutató testvér folyton édességekkel traktált, a patikus testvér végre „alkoholmentes” gyümölcsnedvet kínált. A kollegák az ő lőtás-futásukban kevésbé érték rá a látogatóval törődni, mint egyébként mi, a mi európai kórházainkban. Látam egy műtétet is: valamelyik ausztráliai szigetről feljött kollegán

Krieg főorvos májtályogot nyitott meg; a szélében elterjedt tropikus dysenteria miatt (későbbi utunkon sajnos személyzetünkön is, nálam is beállott) ez a kelet-ázsiai kórházak leggyakoribb műtété.

A német-chinai orvosi iskola (Deutsch-Chinesische Medizinschule) a németek komolyan vett kulturműködésének egyik kifejezője és konkurrensa a hongkongi angol-chinai orvosi fakultásnak, melyet most teljes egyetemnek akarnak fejleszteni. Ez lenne az első igazi egyetem Chinában: volt Pekingben egy már 1863-ban alapított „nyugati tudományok iskolája”, de ez 1900-ban mindenestül leégett. A shanghai-i iskola célja a chinaiakat európai színvonalon álló orvosokká nevelni. 1907 őszén létesült a már régebben fennálló Tungchi kórházzal kapcsolatban, mely a boxer-lázadások idején nagy szerepet játszott. A főnehézséget a tanításnál a nyelvkérdés okozza, hisz a tanítványok egy töredéke tud csak valamit németül, a többi angolul és portugálul, vagy csak éppen chinaiul. Jelenleg vagy 35 hallgató van itt, ezek közül 25 egyelőre csak német nyelvtant tanul és félév után kezd részesülni természetrajzi kiképzésben. Vagy tizen, közöttük már 2 chinai „orvos” pedig az úgynevezett előklinikumban vannak, boncztant és élettant tanulva. Mivel persze a haladottabbak is csak tökéletlenül bírják a németet, az egész tanítás a katekizmus mintájára kérdés-feleletekben történik, miközben legalább az alaptanokat iparkodnak a tanárok (az itteni német orvosok: Paulun dr., Krieg dr. és Schab dr.) a hallgatóssággal megértetni. Egyébként a tanárok kijelentései szerint a chinai diákok rendkívül szorgalmasak, felfogásuk bámulatosan gyors, és az egyszer megértettet nem felejtik el többé. Jövő évre már rendszeres klinikai oktatásban fognak részesülni, úgy hogy 4—5 év alatt innen használható orvosok fognak kikerülni. A sebészeti műtétéknél — minden orvos első sorban sebész — már az első évtől kezdve segítőknek, turnusokba osztva. Maga a kórház és iskola ott fekszik Shanghai villarészletében. Egy kétemeletes ház, hasonlóan a General Hospitalhoz, szellős nagy kórtermeket tartalmaz európaiak számára, valamint egy műtőtermet és egy nagy tantermet. A chinaiak számára lenn az udvarban áll két vasbódé, az egyik fekvőbetegeknek, a másikban pedig minden délután ingyenes betegkezelés — poliklinika — folyik; mint mondják, a chinai kulik százsámra tolonganak ide. Szemben a kórházzal egy keskeny háromemeletes bérházban vannak a chinai diákok és szolgálók lakóhelyiségei, valamint egy nagy tanterem és az iskola gyűjteményei és könyvtára. A tanszerekben való felszerelés — hála a német kormány és az egyes gyárosok áldozatkészségének — teljesen modern és bőseges. Csak az a baj, hogy az itteni nedves légkörben a fémtárgyak nagyon gyorsan rozsdásodnak. A könyvtárban érdekes chinai tankönyveket és lexikonokat láttam. Csodálattal eltelve a német praktikus kulturmunkával szemben, hagytam el az intézetet.

Nem lesz talán érdektelen, ha mindezekkel kapcsolatban pár szóval rátérek az európai (illetőleg amerikai) orvosok helyzetére és kereseti viszonyaira a távol keleten. Minden, európaiak által lakott kikötővárosban van néhány orvos, a maga nemzetének megfelelő számarányban, első sorban tehát angolok, majd amerikaiak, németek és francziák; újabban pedig a japán kollegák is tért foglalnak mindenütt. Legnagyobb részüknek igen sok dolga van és első rangú társadalmi posztíjával bírnak. Évi jövedelmük 20—100,000 korona között váltakozik, természetesen azonban az élet is jóval drágább odakünn. A jövedelem fő bázisát az éves helyek alkotják, a mennyiben az egyes kereskedelmi cégek évi fixumért (1000—1500 korona) elláttatják valamennyi alkalmazottukat, az egyes családok pedig háziorvost tartanak. Így a praxis eladása-átadása is elég gyakori, új orvosok pedig rendszerint úgy kerülnek ki, hogy vagy a régiékek közül hozat ki az elfoglaltabbak egyike asszisztent és az ott marad, vagy az európaiak maguk, ha az addigi orvossal nincsenek megelégedve, vagy az már nem tudja a sok dolgot ellátni, összeállanak, 10—15,000 korona fixumot biztosítanak és orvost hozatnak ki. A német orvosok igen jó hírnévnek örvendenek, főként azért, mert továbbképzésükkel törődnek, a shanghai 4 német orvos közül például minden 4. évben az egyik tanulmány és pihenés céljából hazautazik. Anélkül, hogy az új orvos előzetes connexiókat szerezne honfitársai között, nem is lehet letelepedésre gondolni. Magyar, de még osztrák orvost is csak hírből ismernek odakünn, hisz a kevés ottlévő osztrák a német orvosokat frequentálja, magyarokból pedig csak 2—3-an vannak az egyes nagy kikötővárosokban.

Shanghaiból egyenesen a felkelő nap országába, Japánba vitt utunk. De micsoda út volt az! Egy újabb taifun vonult el röviddel előttünk és így a háromnapos átkelés alatt emelet magas hullámok, folytonos esőtömegek szakadtak a hajóra, a sivitó szél majd lefűtá az embert a fedélzetről. És mindezek közepette a kínai legénység 3 tagjánál egyszerre dysenterias jelenségek támadtak: bágyadság, állandó tenesmus, a jellemző muco-sanguinolens ürülések, lázemelkedés nélkül. A gyógykezelésnél sokkal több gondot adott a prophylaktikus intézkedések azonnali keresztülvitele, a betegek elkülönítése. Hisz ez a hajóhygienének a gyakorlatban legnehezebben kivihető feladatai közé tartozik. Kiürítettem a mindenféle lim-lommal telerakott „hospital“-t és külön clostetrol gondoskodtam. Közben megtörtént egyszer, hogy a reggeli betegvisitenél, egy pillanatra elfeledkezvén a kinn uralkodó „mozgalmas“ életről, szellőztetés céljából kinyitattam a „hospital“ két ablakát. Két perc múlva azután a betegek, az orvos és a berendezés kedves együttesben úsztak a kamrában.

Ily nagy és apró izgalmak közepette értünk át 3 nap múlva a történelmi hírv Tsusima-szorosan át a japán belföldi szigettenger bejáratához, a Shimonoseki szoroshoz. Este, 5 perczel naplemente előtt értünk a quarantine-állomás elé, de már a japán kollega nem jött fel, ő csak napfelkeltétől napnyugtáig teljesít szolgálatot. Kénytelenek voltunk tehát, elzárva minden közlekedéstől, horgonyt vetni. Csak a hajóra jött „lotse“ — a belföldi tenger számára — ujságolta, hogy a mellettünk fekvő nagy angol gőzös, a „Palawan“, cholera miatt quarantine alatt áll; a kapitány, az orvos és a főgépész beteg — bizonyára az együttékezésnél valamely közös fertőzés folytán. Na hiszen szép kilátás a japáni tartózkodásra, ha a dysenteria miatt bennünket is quarantineba tesznek vagy esetleg nálunk is beköszönt a cholera!

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ikonographia dermatologica. Tabulae selectae editae a **A. Neisser, E. Jacobi.** Fasc. III. Tab. XVII—XXVI., Fasc. IV. Tab. XXVII—XXXV. 1908—1909. Urban u. Schwarzenberg.

Az előttünk fekvő internacionális atlasznak, a melynek az a feladata, hogy a ritka, új, avagy diagnosis szempontjából nem világos bőrbajokat tökéletes reproductióban megismertesse, immár a 3. és 4. füzeté jelent meg. A kivétel és az összeállítás most sem hagy semmi kívánni valót. Különösen áll ez a 3. füzetre. Ez a füzet színes nyomású táblákon 9 kórformát ismertet. Különösen szépek és tanulságosak *de Beurmann* et *Gougerot*-nak (Paris) sporotrichosisos esetei, valamint *Jacobi*-nak (Freiburg i. Br.) poikiloderma atrophicans vascularis névvel ellátott esete. E ritka eseteknek a közlése már azért is érdemes, mert a reproductiójuk különösen szépen sikerült. Kevésbé állítható ez *Galewsky*-nek tumores benigni sarkoidei cutis esetéről. *Allan Jamieson*-nak diagnosis czéljából közölt esete a jó ábrázolás alapján leginkább a lichen csoportba tartozónak látszik. A színes táblákon visszaadott esetek általában elég kimerítő, szabatosan és világosan megírt szövegben vannak ismertetve. Ugyanezt az elvet látjuk a IV. füzetben is érvényesítve. Ebben 8 bőrbajnak az ismertetését találjuk. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy ebben a füzetbe több a kevésbé tökéletesen ábrázolt eset is. Természetesen nem lehet ez a kiadócégnek a hibája, hanem a szerzőké, a kik nem tudtak a különben érdekes vagy tanulságos esetükről megfelelő moulage-t készíteni vagy csináltatni. Legjobban sikerült *Zieler*-nek (Würzburg) esete, mely egy exanthema menstruale „angioneuroticum“-ra vonatkozik. A füzetben még a következő esetekkel találkozzunk: pseudoleukaemia cutis, dermatitis gangraenosa infantum, dermatitis lichenoides chron. atroph., lichen sclerosus, urticaria chronica pap., exanthema vegetans ex usu bron. Továbbá *Cranston Low*-tól egy casus pro diagnosis. A szöveget helyenként igen tanulságos szövettani ábrák bővítik. Mindkét füzet újabb nyeresége a dermatologiai irodalomnak, s mindazoknak ajánlható, a kik a dermatológiával szakszerűbben foglalkoznak.

Guszman.

La criminalité juvénile et les récidivistes. Thèse de Lyon. Par **A. Poulhès.** 1909. 72 lap, 8^o.

A lyoni orvosi fakultáson rövid idő óta „clinique carcérale“ czímen folynak előadások, a melyeknek letartóztatottak orvosi vizsgálata az alapja. Ezekből indult ki ez a thesis. A fiatalbűnösök okát általában a kedvezőtlen környezetben, a szülőktől való elválasztottságban, a neveléshiányban, a gyermekek gyári foglalkoztatásában, egy szóval külső okokban keresik. A szerző kórtörténetekkel bizonyítja, hogy ennél fontosabb bizonyos egyéni mozzanat, világrahozott jellem; ez „szervi fatalitás, a bűn determinismusa“. A fiatalbűnösök száma Franciaországban emelkedik, 1883-ban 25·81, 1905-ben 30·78^o-át az összes büntetteknek fiatalbűnösök követték el. Viszont a recidiváló bűnösök aránya 1880-tól 1905-ig 42^o-ról 45^o-ra emelkedett. A fiatalbűnösök szülei között a szerző is sok alkoholistát talált. A hereditással elfajultak sokszor egészen jól viselik magukat bizonyos korig, sokszor valami fertőző baj után, különösen a pubertás idején észlelni, hogy vagy alkoholistává lesznek, vagy bünteteket követnek el. A nemi élet ébredése is gyakran ad alkalmat valami büntett elkövetésére. A degenerált bűnösökön sokszor talált a szerző degenerációs jeleket, a nélkül, hogy valamely jel és valamely minőségű büntett között kapcsolat volna észrevehető. A fájdalomérzés gyakran csökkent ezeken az embereken. valamint az erkölcsi érzés is. A szellemi képességük nem halad egy irányban az erkölcsi érzéssel. A tolvaj rendesen intelligens, míg a viols bűnös szellemileg debilis. Ezen az alapon természetesen a visszaesés érthető, sőt szükségképpen következik. Igen sok letartóztatott behatóbb kérdezősködésre bevallja, hogy szabadon boesátása után ott folytatja, a hol abban hagyta. A javíthatatlant végképpen el kell különíteni a társadalomtól és mint psychés nyomorékot kezelni.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A szerves arsenkészítményeket ismerteti röviden *Blumenthal* a „Medizinische Klinik“ ez évi 26. számában.

1. A *natrium kakodylicum* (arsykodyle) fehér, kristályos vagy amorph, vízben könnyen oldódó por. Adagja 0·025—0·1 pilulában vagy vizes oldatban naponként többször. Bőr alá 0·025—0·05 adható. Klysmá gyanánt 0·01 adható 5 cm³ vízben oldva, hat napon át naponként kétszer, azután ugyanannyi ideig háromszor, utána öt nap szünet. A Clin-czég 1 centigrammos globulusokat, továbbá bőr alá feecskendezésre következőképpen rendelhető: Rp. Natrii kakodylici 6·4; Aqu. fervid. 100·0., Sol. acidi carbol. (1^o/o) guttas VI. Coque, deinde filtra ope filtr. steril., adde aqu. fervid. qu. s. ad 100·0. D. S. 1/2—1 cm³-t befeecskendezni. Pilula alakjában rendelésmódja a következő: Rp. Natrii kakodylici 1·25; Sacch. alb., Gummi arab., Aqu. glycerinatae qu. s. ut fiant. pil. No. 50. D. S. Naponként 3—4-szer 1—1 pilulát bevenni. Oldatban következőképpen rendelik: Rp. Natrii kakodylici 1·0; Aqu. destill. 19·0. D. S. Naponként 4-szer 10 cseppet vízben vagy ezukroszvízben.

2. *Marsyl* (kakodylsavas vasoxydul). A Clin-czég hozza forgalomba globulusok (0·025), folyadék (5 csepp = 0·025) és sterilizált oldat (1 cm³ = 0·05) alakjában. A cseppekből reggel és este veendő be 10 cseptől 20 cseppig emelkedően. A globulusokból 2—8 használandó el naponként a fő étkezések idején. Bőr alá eleinte csak kétnaponként adunk 1/2—1 cm³-t, hogy a beteg érzékenységét a szerrel szemben kipróbáljuk; csak azután térhetünk át a tulajdonképpeni kezelésre, naponként 1 cm³-nek befeecskendezésére.

A kakodylkészítményeknek hátránya, hogy a verejték sok esetben foghagymaszagú lesz. A melléktünetek erősebbek, ha belsőleg adjuk ezeket a készítményeket, a melyeknek használata májbajokban ellenjavalt.

3. *Guajacolum kakodylicum*. Vízben könnyen oldódó kristályok. Gümőkór ellen ajánlották, változó volta miatt azonban már nem igen használják.

4. *Hydrargyrum kakodylicum*. Vízben könnyen oldódik, rendkívül mérgező, befeecskendezése nagyon fájdalmas.

5. *Hydrargyrum jodokakodylicum*. 2·5—5^o/o-os vizes oldatát syphilis ellen használják, naponként 1 cm³-t feecskendezve be.

6. *Enesol* (salicylarsensavas kéneső). A Clin-czég hozza forgalomba 2 cm³-es ampullákban (0.03 hatóanyag köbcéntiméterenként) a melyeknek tartalma egyszerre fecskendezendő be intramuscularisan. Egy kúrához 20—30 injectio szükséges.

7. *Metharsinat* (ketted methylarsensavas natrium, arrhenal). Globulusokban, folyadék alakjában és befecskendezésre kész oldatban kapható. Belső használata állítólag nem okoz kellemetlen gyomor- és béltüneteket. A rendes adag 5 globulus vagy 5—25 csepp naponként. Bőr alá naponként 1 cm³ fecskendezendő a kész oldatból. Szív- és májbajokban, továbbá tüdő- és gyomorvérzés esetén kerülendő a használata.

8. *Vas-metharsinat*. A globulusokból 2—10 darab, az oldatból 10—15 csepp veendő be naponként, bőr alá pedig 1 cm³ fecskendezendő.

Az említett készítmények legtöbbjét 8 napon át adjuk, azután 8 napig szünetet tartva, újból 8 napig használtatjuk stb.

Belorvostan.

Az arteriosclerosis tanának mai állásával foglalkozik *Wiesel*. A mi e baj pathogenesisét illeti: a gyuladással eredetnek ma már alig van szószólója; úgyszólván valamennyi kutató a főszószót a fokozott vérnyomásra helyezi, a mely természetesen különböző okokból eredhet. Az arteriosclerosis gyógyításában nincs mindig szükségünk gyógyszerekre; sokszor az életmódnak és a táplálkozásnak csekélymértékű változtatása is már elegendő. A gyógyszerek közül még ma is a jodsók állanak az első helyen. Hatásuk állítólag az, hogy a vér viszcositását csökkentik, vagyis a vért könnyebben folyóvá teszik. Legjobb a jodsókat Erlenmeyer utasítása nyomán adni: natrium és kalium jodatum aa 1.0:240.0 oldatból naponként 3-szor vétetünk be 20 grammot, a mi naponként 1/2 gramm jodsónak felel meg, s lassanként fokozzuk az adagot mindaddig, míg naponként 5 gramm jodsót kap a beteg. Czélszerű egyidejűleg natrium bicarbonicumot illetve valamilyen alkális vizet adni. A theobrominnak az a sajátossága, hogy az arteriosclerosisos erek fokozott ingerlékenységét csökkenti s ezzel megakadályozza, hogy az erek egykönnyen göresős összehúzódnak állapotba jussanak. Ebben különbözik a nitroglycerintől, a mely acuté értágítóan hat, s főleg angina pectoris ellen ajánlható. 1/2—5 milligrammos adagban (alkoholos oldatban) sokszor megrövidíti a rohamot, ha jókor adjuk; a roham tetőfokán adva többnyire már hatástalan. Huza-mosabban is szokták használtatni; ilyenkor a 1/2%-os alkoholos oldatból eleinte 1 cseppet adnak naponként és 20 cseppig emelkednek. Ezen használatmód mellett a szerző sohasem látott kellemetlenségeket, hónapokon át folytatott használat esetén sem; a legnagyobb napi adagot időnként természetesen csökkenteni kellett. A jodkúra szüneteiben is czélszerűen használható a nitroglycerin. Néha a Lauder-Brunton-féle salétrom-medicatio is jó hatású (kalium bicarbonicum 1.8, kalium nitricum 1.2, natrium nitrosum 0.03; 1/2 liter vízben feloldva, reggel éhomra megivandó). Az amylnitritről *Wiesel* nem sok hasznót látott, az erythroltetranitrat ellenben jó szolgálatot tehet angina és anginás állapotok esetén; a következő módon adva, nem okoz kellemetlen melléküneteket: Rp. Erythroltetranitr. 0.1; Extr. et pulv. gentian. qu. s. ut fiant pil. No. 20. A roham után való napon 3—4 pilulát, azután 14 napon át naponként 1—2 pilulát; utána 1 nap szünet; a szünetek később lassanként meghosszabbíthatók. A Truneeek-féle vérsókról nem sokat tart a szerző. Ha digitalisra van szükség, többnyire coffeinnal együtt adják, mint a mely a digitalis érösszehúzó hatását mérsékli. Állítólag ugyanilyen hatása van a chininnek is. (Wiener klinische Wochenschrift, 1909. 12. és 13. szám.)

Idegkórtan.

A migraine gyógyítása czéljából adott tanácsaikban *Jacquet* és *Jourdanet* abból indulnak ki, hogy ez a baj sokszor gyomorzavarokkal függ össze. Ilyen betegeiket a szerzők csupán étrendi szabályokkal kezelték, minden gyógyszer igénybevétele nélkül. Ezek a szabályok a következők. Kávé, tea, alkohol tiltva van, úgyszintén minden fűszer a són kívül. Halat, kagylót, hentesárút a sovány sonkától eltekintve, nem szabad fogyasztani. Az étkezés legalább háromnegyed óráig tartson és minden ételt, még a lágyat is tökéletesen meg kell rágni. Erre azért van szükség, mert a migrainet

sok gyomorbéltünet kíséri, mint gyomorpufladás és nehézségérzés, böfögés, haskorgás, émelygés, regurgitatio, sokszor gastralgia, pyrosis, hányás. Sok ilyen esetben ki lehet deríteni, hogy az ilyen beteg túlságosan bőven eszik és sokat iszik, akár szeszes italt, akárcsak szesz nélkül nagy folyadékmennyiséget fogyaszt és nem egy közülük visszaél a fűszerrel: borssal, mustárral stb. Ehhez járul, hogy minden migrainebeteg túlgyorsan étkezik. A beteg maga mondja, hogy 5—6 perc alatt étkezik, hogy le sem ül, hogy csak nyeli le a nagy darabokat. És ezt sokszor az teszi, a kiknek a foga sem ép és így a rágás hiánya még súlyosabb lesz. A gyors evést tachyphagiának hívják. A fentjelzett szabályok szerint élő betegek közül 11 jelentékenyen javult, 5 teljesen gyógyult a nélkül, hogy valami más kezelésmódot is használtak volna. Ezek körtörténete közölve van. Ezekon kívül is sok gyógyult eset van, a kiről feljegyzések híjján részleteket közölni nem tudnak. Volt olyan eset is, a hol a tachyphagia igen feltűnő volt és a gyógyulás beállott, mielőtt a beteg lassan evett. Ez eljárások használatában áll, hogy a gyomor munkáját kevesbiti és hogy az étrend megszabása a gyomor ingerlését a legkisebbre szűkíti.

A migraine azonban nem okvetlenül csak a gyomor ingerlésétől származhatik. Van májbeli eredetű (Boucharde), agyvelői eredetű (túlságos szellemi munka), nemi eredetű (katamenialis), szem-beli származású accomodatiozavar következtében és *Lévi* és *Rothschild* szerint pajzsmirigyeredetű is. E válfajokban is a szervek túlingerlése a fontos. (Revue de médecine, 1909. 4. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Psychikai tünetek a mellékpajzsmirigy-tünetekben czím alatt *Laignel-Lavastine* ismerteti vizsgálatait. E szerveknek, a melyekről az utóbbi időben sok szó esik, bizonyos kiválasztásuk van. Némelyek szerint ez a váladék a pajzsmirigy váladékát helyettesíti, de ez bebizonyítva nincs. A túlműködő mellékpajzsmirigy colloid anyagot és chromatinos granulatiókat választ ki. E túlműködés alatt a szerv hólyagos lesz és sok chromophil sejttel tartalmaz. Ez hasonlít ahhoz, a mit a hypophysiben látni. A mirigy elégtelensége tetaniát okoz. Ha valamennyit eltávolítottuk az állaton, az elpusztul, még ha a pajzsmirigy maga teljesen ép marad is. A kutyán többnyire elég, ha egy ilyen külső mellékpajzsmirigy megmarad, hogy az állat életben maradjon, de némelyik elpusztul, ha csak egyet is kiveszünk. A kakas és csirke a mirigy elpusztulásakor apathiás lesz. A nem teljes mellékpajzsmirigyeltávolításakor a következő tünetek mutatkoznak: étvágytalanság, hőemelkedés, gyors szív működés, élénkebb mozgáskor dispnoé és kiskökü nem állandó fehérjevizelés. Hogy a psychikai tünetek közül melyik lehet mellékpajzsmirigybeli eredetű, azt úgy lehetne kideríteni, hogy megvizsgáljuk, vajjon a myxoedema, tetania és terhesség eclampsiája eseteiben levő psychikai tünetek közül melyik javul mellékpajzsmirigy-étetéskor.

Brissaud azt állítja, hogy a pajzsmirigy-myxoedema abban különbözik a mellékpajzsmirigy-myxoedemától, hogy az első nem jár szellemi apathiával, míg a másodikban előtérben áll ez a tünet. A mellékpajzsmirigy-tetania létezését *Vassale* bizonyította be. Egy kutyának 3 mellékpajzsmirigyét eltávolították, mire tetaniát kapott. Ez elmúlt és csak a szoptatás és terhesség alatt újult ki, mindannyiszor depressióval társulva. *Vassale* e tüneteket a terhesség alatt kiújuló psychosisokhoz hasonlítja. Embereken is észlelték hasonlókat, a mikor a struma miatt műtett asszonyok tetaniája a terhesség alatt kiújult. Úgy ezeket, valamint a szülés után fejlődő psychosisokat az epitheltestekre visszavezetni nehéz; bebizonyítva ez nincs. (Revue de médecine, 1909. 4. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A gyomorkrízis sebészeti kezeléséről ír *O. Foerster* egy esete kapcsán. A 47 éves férfú, a ki valamikor lueses volt, két esztendő óta heteken át tartó hányással járó gyomorkrízisek állottak fenn reflexes pupillamerevség, lancináló fájdalmak és hólyagzavarok mellett. Minthogy az életet végső veszedelemmel fenyegetett krízisek ellen semmi sem használt, a szerző azt az ajánlatot tette *Küttner* tanárnak, hogy végezzen gyökeres műtétet, a mely a mult év végén csakugyan meg is történt, s a mely a 7.—10. hátulsó hátygőker resectiójából állott. A beteg, a kinek gyomra már 14 nap óta semmit sem tört el, már a műtét utáni napon jó étvágyal fogyasztott el és tartott meg egy eléggé bőséges ebédet.

Azóta nem is hányt, gyomortájéki fájdalmai nincsenek, hetenként mintegy 2¹/₂ kilogrammot hízik. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1909. 14. szám.)

Általános heveny hashártyagyulladás eseteiben *Sencert* jó eredménnyel használta a Thiriar ajánlotta oxygen-infúziót. Egyik esetében pyosalpinx-ruptura, másik esetében pedig appendicitis okozta az általános hashártyagyuladást. A kellő sebészeti beavatkozás után drainsövön át huzamosabb ideig áramoltatott oxygent a hasüregbe. Mindkét beteget meggyógyult. (Presse méd., 1909 február 13.)

Venereás bántalmak.

A Wassermann-reakciónak jelentősége a syphilis terápiájában ezímen közli tapasztalatait *H. Boas* (Kopenhagen). A Wassermann-reakciónak bizonyos diagnostikai értékét ma már a legtöbb vizsgáló elismeri. A reakciónak a terápiában való jelentősége felől azonban ma még nagyon eltérő a nézet. Sokan tagadják a kezelés menetében való fontosságát s azt állítják, hogy kielégítő kezelés nyomán, ha ad is pozitív reakciót a syphilises egyén seruma, annak nincsen nagyobb jelentősége. A szerző tapasztalása alapján ezt a felfogást határozottan megczáfolni igyekszik és azt állítja, hogy már az első három éven belül, tehát az úgynevezett secundaer szakban is kifejezett pozitív reactio esetén antilueses kezelést kell megindítani. Azok az esetek, a melyek a pozitív reactio ellenére nem lettek újra kénésővel kezelve, a legrövidebb idő alatt recidivákat mutattak. Másrészt azt állítja, hogy a syphilises betegeknek egy jó részében a recidivák elkerülhetők, ha hónaponként serumvizsgálatot végzünk és pozitív reactio esetében nyomban kénésővel kezelünk. A szerző tapasztalása szerint a pozitív reactio a syphilis korai szakában aránylag gyorsan és könnyen változtatható át negatívvá. Ezt ő 82 betegén 76 ízben észlelte. A kezelés kenőkréből (a 3 gm.) állott. Véleménye szerint a pozitív reactiót csak a kénéső tudja negatívvá átváltoztatni. A reactio átalakulása már 15—20 adag után is bekövetkezhet. A 76 negatív reactiót adó eset közül csak 3 mutatott recidivát egy hónapon belül. A 6 továbbra is pozitíven reagáló eset közül 5 járt recidivával ugyanazon idő alatt. Érdekes *Boas*-nak a következő adata is. 65 beteg, a kinek syphilise még az első 3 éven belül volt, kezelés után megvizsgálva negatív alakban reagált. A 65 egyén közül 62-nek a seruma 1—2 hónap múltán ismét pozitív reactiót adott. Nyolcz közülük egyidejűleg recidivában is szenvedett. A többi 54 pozitíven reagáló eset közül 19 nem kapott kénésős kezelést, ezek mind 1¹/₂ hó leforgásán belül recidivával jártak. A fennmaradó 35 eset a pozitív reactio jelentkezése alkalmával azonnal kénésős kezelésben részesült. Ez utóbbi csoportnak egyik tagja sem kapott recidivát, jóllehet az észlelési idő 3 és 5 hónap között mozgott. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 13. szám.) *Guszman.*

A spirochaeta pallidának a tusejárással való kimutatását kísérte meg *V. Hecht* és *M. Wilenko* (Wien). A szerzők *Burri*-nak azon tusejárását alkalmazták, a melylyel a bakteriumoknak tiszta tenyészetét lehet előállítani. A spirochaeta pallidának tussal való kimutatására a szűkeket *Burri* egyik tanítványának előadása irányította. A szerzők véleménye és eddigi tapasztalása szerint ez az eljárás volna a legegyszerűbb és leggyorsabb a syphilis kórokozójának kimutatására. Az eljárás abban áll, hogy a vizsgálatra kerülő szerv-nedvet vagy a váladékot 1 mm. átmérőjű kacsával tárgylemezre viszzük, s ott azután egy vagy több csepp vízzel keverjük. Ebből a keverékből ismét veszünk egy kacsra valót egy másik tárgylemezre s azt folyékony chinai tusnak kis cseppjével gyorsan összekeverjük és egyenletesen szétkenjük. A készítmény levegőn úgyszólván azonnal megszárad, mire a vizsgálatra készen áll. Fedőlemeze nincsen szükséges és azonnal vizsgálhatunk az immersió lencsével. A vizsgálat tisztán optikai alapon nyugszik. Áteső fényben ugyanis a corpuskulás elemek sötét alapon (a fényt át nem eresztő tus-szemecskék) világosan, fénylően jól feltűnnek. A szerzők ezzel az eljárással a legkülönbözőbb lueses anyagból tudták a spirochaeta pallidát kimutatni. Friss, élő anyagból veft nedvben éppen úgy sikerül a kimutatás, mint régi, fixált lueses szerveknek kaparékában. Állítólag jól megkülönböztethető ezzel az eljárással a spirochaeta pallida a refringenstől is. (Wiener klinische Wochenschrift, 1909. 26. sz.) *Guszman.*

A syphilis korai szakában előforduló labyrinthbetegségekről ír *G. Stämpke* (Berlin). A lueses alapon létrejövő labyrinth-megbetegedéseket általában 3 csoportba lehet osztani: a veleszületett lues nyomán keletkezett labyrinthhajok, a szerzett syphilis secundaer szakába eső labyrinthitisek és a tertiaer lueses tömkelegbántalmak csoportjába. A szerzett syphilis képesen támadó labyrinthhajok a veleszületett lues alapján létrejöttékkel szemben aránylag ritkábban kerülnek észlelés alá. A baj felismerése felette fontos, mert a veleszületett luesen alapuló labyrinthbántalmaktól eltekintve a prognosis eléggé kedvező. Főleg a secundaer syphilises labyrinthitises esetek kellő therapiával jól befolyásolhatók, mert nemcsak helyre áll a hallás, de a labyrinthes tünetek (subjectiv hallási érzések, szédülés, nystagmus stb.) is elmúlnak. A syphilises labyrinthes bántalmaknak nemcsak a pathológiája, hanem a klinikája is felette változatos s így természetszerűen a prognosis is váltakozik az esetek minősége szerint. A kezelés kérdésében a legfontosabb gyógyszer a kénéső, ezenkívül a jód is sokat segíthet, főleg közép-erős adagokban. A szerző ezután ismerteti két esetét, melynek mindegyike a lues korai szakára vonatkozott. Az egyik 21 éves férfire, a másik 26 éves nőre vonatkozott. Mindkét esetben a labyrinthmegbetegedés már az első félében belül keletkezett. Az esetek kifejezett labyrinthitis kórképét nyújtották. Mindkettőnek lefolyása és gyógyulása kedvezőnek mondható, a mit a szerző egyrészt az antilueses kúra gyors megindításának, másrészt a kúraban használt calomelnek tulajdonít. (Dermatologische Zeitschrift, 1909. 6. f.) *Guszman.*

Fizikai gyógyításmódok.

Fizikai vérzésesillapító alkalmazások a gynaekológiában ezímen értekezik *Herzl* (Bécs) a „Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie“ 1909. évi 4. füzetében. Bevezetésül a méhvézést okozó betegségek causalis therapiájára utalva, bővebben csak magával a vérzésesillapítással foglalkozik. De hangsúlyozza, hogy ez a symptomás kezelés csak akkor lehet célirányos, ha előbb felderítettük a vérzés okát. Fejtegetései összefoglalva a következők: A méhből eredő vérzés vagy azzal csillapítható, hogy a méh izomzatát összehúzódsra bírjuk, vagy hogy a vérző felületet, tehát a méh mucosáját elronesoljuk, vagy hogy az uterus vérkeringését szabályozzuk, illetve benne a véráramlást az által, hogy a genitáliákból másfelé eltereljük, a legcsekélyebbre szorítjuk. A vérzésesillapítás elsőnek említett módját elősegíti az a körülmény, hogy a méh izomzatán kívül subserosusan számos idegdűz van. Ezek közül a cervicalis plexus a sacralis idegek útján a méhet összehúzódsra serkentő központtal is összeköttetésben van. Ezek útján a cervicalis plexusra a központi, illetve psychés ingerek is hatnak és a méh vasomotorius úton is ingerelhető. Az elülső hüvelyfalán fekvő ganglioncsoportok alkotják *Dembo* és mások szerint a méh összehúzódsait kiváltó központot. Ezen idegdűzokra a vagina és a rectum útján hathatunk. Megkönnyíti ezen igerek alkalmazását az, hogy a méh, mint minden sima izomsejtekkel bíró szerv, az ingert az alkalmazás helyétől jó távolra is elvezeti. Ezea anatómiai viszonyok adják meg a lehetőségét annak, hogy az uterinális vérzéseket fizikai behatásokkal (vagy azzal, hogy méhösszehúzódsokat váltanak ki, vagy azzal, hogy a genitáliák vérkeringését szabályozzák) csillapítani tudjuk.

A fizikai méhvézésesillapító eljárások közé tartoznak a hüvely vagy a méhüreg kitömésének különféle módjai és a hüvelyöblítések is, a mely utóbbiak csak akkor használnak jól, ha szélső hőmérséketeiket: 0—10 C^o vagy 45—50 C^o öblítéseket alkalmazunk, ha ezek egyhuzamban 5—10 percig tartanak és ha az öblítéseket felemelt medenczetartásban végeztetjük. A hatás még jobb, ha a szeméremrést öblítés közben 1—2-szer befogjuk, hogy a víz visszafolyása rövid időre akadályozva legyen és a hüvely kifeszülve egészen megteljen. A hideg (9—10 C^o-os) hüvelyöblítéseket, bár erősebb méhösszehúzódsokat váltanak ki, mint az úgynevezett forrók, mégsem ajánlja; egyrészt azért nem, mert a hidegvíz rendszeren nagyobb kellemetlenséget okoz, másrészt mivel ez a betegtől, a ki amúgy is el van már gyengülve, sok meleget von el. Nagyon makacs vérzés esetén többnyire igen jó hatást érünk el, ha hideg és forró öblítést közvetlen egymásután váltakozva adunk. Virgókön ugyanezen öblítések per anum alkalmazhatók, mert a hőingerek a méh idegdűzeit ez úton is érik, sőt a végbélen át még a corpus uterin magasabban fekvőket is.

A méh nyálkahártyáját 100 fokos vízzel vagy forró vizgőzzel tisztíthatjuk el. Utóbbi mód azon esetekben ajánlatos, a melyekben a vérzés haemorrhagiás diathesis (haemophilia, purpura haemorrhagica) következtében keletkezik és másképpen nem csillapítható. Ez eseteken kívül még leukaemia, diabetes következtében jelentkező és klimakterikus vérzések ellen is jó hatású. Utóbbi esetben természetesen csak akkor, ha a vérzést nem újképlet okozza. Felemlíti még az Apostoli-féle kezelést és az intrauterin faradozást, az ovariumok röntgenézését, mely a méhvértést közvetve, mint késői utóhatás szintén csökkenti, továbbá a méhüregnek radiummal való kezelését. A közvetve ható fizikai alkalmazások közül kiemeli még a hosszú ideig (10—30 percig) tartó hideg ülőfürdőket, a forróvizet, csöves melegítőt, a melyet Chapman uterinális vérzés eseteiben az ágyéktájjra, egyenközűen a gerincez két oldalán elhelyezve, sikerrel alkalmazott, s Olshausen eredményes eljárását, mely abban áll, hogy a vérző nő keresztcsontja alá órákon sőt napokon át nagy, forró homokkal megtöltött zsákot helyez. Rámutat arra is, hogy Beni Barde igen jó eredményt látott attól, hogy méhvértés eseteiben hideg zuhanyt bocsátott a talpakra. Megjegyzendő, hogy hasonló jó hatás egyszerű hideg lábfürdőkre is mutatkozik. A vízállomásoknak másik csoportja a véráramlást a hasüregből a test felülete-vagy más testrészek felé tereli. Ide tartozik a hideg vagy a skót zuhany, ha a fejre és vállakra irányítjuk. Mivel ez utóbbi eljárások nem a genitáliákon, sem a hozzájuk közelebbi testrészekre alkalmazhatók, azért kivált virgók vérzései ellen ajánlatosak, de jó hatásúak asszonyokon is a klimakteriumban.

A méhvértés eseteiben javult éntrendet, a nyugalmat, a bélcsatorna rendszeres kiürítését, az alapbántalomnak a vérzés csillapodása után szükséges gyógyítását, mint tárgyhöz szorosan nem tartozó eljárásokat, csak futólag említi. Megfelejtkezett azonban arról, hogy a méhmassaget is felemlítse, pedig ez is olyan fizikai alkalmazás, a melylyel a méhvértést számos esetben kiváló eredménnyel csillapíthatjuk és esetleg még a vérzést okozó alapbántalmat is meggyógyíthatjuk. *Lenkei V. D. dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az ólommérgezés gyógyítása ú. n. fixatiós tállyal. Abból kiindulva, hogy terpentin bőr alá fecskendezésével körülírt helyen nagyszámú fehérvérsejtet lehet összpontosítani (ú. n. fixatiós tállyal), és hogy a fehérvérsejtek a fő vivői az ólomnak a szervezetben: *J. Carles* bordeauxi orvos kísérleteket tett, vajjon nem lehetne ilyen fixatiós tállyalok segítségével az ólomnak jó részét eltávolítani a szervezetből. Az ez irányú állatkísérletek eredménnyel járván, idült ólommérgezés két esetben emberen is megpróbálta az eljárást, állítólag feltűnő jó eredménnyel. A fixatiós tállyal 1 cm³ terpentin-essenciának a czomb bőre alá fecskendezésével létesítette. (Ref. La semaine médicale, 1909. 27. sz.)

Tüdőüszők eseteiben a rendkívüli bűz megszüntetésére *Siegmund* chloralhydratot használ. 1—3^o/o-os oldatából néhány evőkanálnyi a köpöcsésébe téve, úgyszólván tüstént megszűnik a kellemetlen szag. A kilélekzett levegő bűze is eltűnik, ha a köhögésrohamok után chloralhydrat-oldattal öblögeti a beteg a száját. Rákos fekélyek okozta bűz ellen is használható a chloralhydrat; ilyenkor azonban a fekélyt előbb cocainnal érzésteleníteni kell s még ezen óvintézkedés mellett is csak rövid ideig szabad érintkezésben hagyni a fekélylyel a chloralhydrat-oldatot, mert nagy fájdalmat okozhat. (Ref. La semaine médicale, 1909. 28. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1909. 7. füzet. *Wein Manó*: A gümőkór specifikus gyógyítása, különösen Marmorek-féle savóval. *Heim Pál*: A csecsemőkori táplálkozási zavarok és azok gyógyítása.

Gyógyászat, 1909. 30. szám. *Hollós István*: Psychikus compensatio. *Patáky Ármán*: A traumás eredetű neurosis simulálása.

Orvosok lapja, 1909. 31. szám. *Erdős Adolf*: A tuberculosis serumtherapiája.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 30. szám. *Pekanovich István*: A gümőkór seroreactióinak diagnostikai értékéről, különös tekintettel a cobra reactióra. *Kanitz Henrik*: A Röntgen-sugaras gyógyítás káros mellékhatásairól. *Dalmady Zoltán*: Adatok a rhodannatrium therapiái alkalmazásához. „Sebészet” melléklet, 2. szám. *Szili Jenő*: Appendicitis in graviditate.

Vegyes hírek.

Sarbo Arthur dr. budapesti egyetemi magántanárnak a király a rendkívüli tanári czímet adományozta.

Kinevezés. *Brecher József dr.-t* naszodi járásorvossá, *Bernáth Ödön dr.-t* a sátoraljaúj helyi „Erzsébet”-közkórház segédorvosává nevezték ki.

Választás. *Rédey Manó dr.-t* Temeskutason körorvossá választották.

A tisztii orvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt szeptember hó 15.-én kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást ad *Jakabházy Zsigmond dr.* gyógyszer-tani intézeti adjunctus (Kolozsvár, Trefort-utca 8).

Meghalt. *Herz Ignác dr.*, Szepes vármegye tiszteletbeli főorvosa, Ó-Lubló város orvosa 76 éves korában július 22.-én. — *Földi Miksa dr.* július 19.-én Kassán. — *Réthy Sándor dr.*, ökörmezői járásorvos, július 18.-án 78 éves korában. — *A. Vogl*, a bécsi egyetem nyugalmazott gyógyszer-tanára, július 25.-én 76 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A hallei egyetem szemészeti tanszékét *E. Hoppel* heidelbergi rendkívüli tanárral töltötték be. — A strassburgi új gyermekklinika igazgatójává rendes tanári minőségben *A. Czerny* breslauer egyetemi tanárt hívták meg. — *L. Guiffé dr.-t* Palermo-ban a belorvostan rendes tanárává nevezték ki. — *J. Hegener dr.* a heidelbergi egyetemen a filorvostan rendkívüli tanára lett. — A greifswaldi egyetem belorvostani tanszékét *Steyrer dr.-ral*, Kraus berlini tanár segédjével töltötték be.

A cholera Oroszországban. Június elejétől július 20.-áig a szentpétervári, archangelski és wologjai kormányzóságban 3409 cholera-megbetegedés és 1253 cholera-halálet fordult elő.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium”. Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Dr. Jakab-féle LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diétás, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium. **Megnyilik 1909 augusztus havában.**

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyögműköd.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

PÖSTYÉN Weisz Ede dr. intézete. Zander, Röntgen stb. Kényelmes szobák.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György dr.* Felvételtnek ideg- és kedélybetegek, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-tel. — Telefon 79-72. — Prospectus. 6318

Orvosi laboratorium és czukorbeteg tolerantiájának meghatározása *Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd.* Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26-96

Marienbad Dr. MENYHÉRT JENŐ rendel. Stephanstrasse Haus „Goldener Falke“

Marienbad Dr. MAUKSCH MÓR gyakorló fürdőorvos. RENDEL: HAUS „MERCUR“

Siemens és Halske r.-t. Röntgen- és elektromedika berendezések. Fulguratio. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Dr. Widder Bertalan operateur testgyenesítő (orthopédia) intézete esont- és izületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19, Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11-12-ig, d. u. 3-5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Dr. SIPOS DEZSŐ rendel. KARLSBADBAN Markt „Haus 3. Ringe“.

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.

„LÁPSÓ” száraz kivonat ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112-95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német nőorvosok egyesületének XIII. congressusa. (Strassburg, 1909 június 2—5.) 552. l.

A német nőorvosok egyesületének XIII. congressusa.

(Strassburg, 1909 június 2—5.)

Ismerteti: *Pfeifer Gyula* dr., a „Teleia“ rendelőintézet nőorvosa.

A gyermekági láz kezelése.

(Folytatás.)

Bemutatók.

Krömer (Berlin) metrophlebitis-praeeparatumokat mutat be: a könnyebb esetekben csak az intima, a súlyosabbakban minden ér-réteg afficiálva van.

Opitz (Düsseldorf) chorioepithelioma ritka esetét mutatja be molaabortus után a hüvelyen metastasis alakjában; továbbá 3 sarkomás vesét és lues mellett petefészekrákot.

Seitz (München) eklampsiában a terhesség alatt megszorodott chromophilssejteket és a parathyreoidea kolloidját megcsökkentnek találta. Nem pathognomonikus.

Kneise (Halle) 29 endovesicális műtétnek eredményeit mutatja be epidiaskopon. (Primaer hólyagcerc. Hólyagba tört üvegkatheter. Ureterkövek. Tabes legkezedetlegesebb jele a hólyagban. Tyúktojásnyi hólyagkö.)

Stratz (Haaga) a súly és nagyság változását a foetuson demonstrálja. A súlyszaporodás a 6—7. hónapban, a hosszönvés az 5—6. hóban a legnagyobb.

Rosthorn (Bécs) alveoláris szerkezetű kétoldali ovariális malignus tumort mutat be, mely egy 6 hó előtt szült, 26 éves, gibbussal bíró nőtől származik. A cystás részben haemorrhagia és nekrosis. U. a. nőtől származó, a lig. latumban székelő accessorius vesét is bemutat.

Beuttner (Lausanne) saját methodusa szerint végzett 5 adnex-műtétet mutat be (ékalakú kimetszés a funduson, hasonló Dührssen ékexcisiójához).

Nyhoff (Groningen) 37 éves VIP. nőtől származó placenta isthmica-praeeparatumot mutat be.

Küstner (Breslau) embryotomot mutat be, melyet G. Haertel gyárt; kranioklast typusa van.

Art (Olten) előadásának magyarázatára szolgáló rajzokat mutat be.

Foges (Bécs) rectoskopját ismerteti.

Miller (Heidelberg) a hólyag viszonyát az elülső hüvelyfalán demonstrálja a descensus és prolapsus különböző fokainál anatómiai, cystoskopi és Röntgen-képeken. A hólyag a prolapsus foka szerint hagyja el a medenczét és követi a descendáló méhet, mikor is a hólyag először nagobbrészt a medenczében, később homokóraszerűen kívül és belül, végül egészen a medenczén kívül foglal helyet.

Labhard (Basel) a post partum vérzések okait tárgyalja. I.

Organikus zavarok: A) Az izomzat elváltozása: 1. primaer hypoplasia, az izomzat rossz fejlettsége, 2. secundaer hypoplasiája a kötőszövetnek (metritis interstitialis), 3. daganatok (myoma, carcinoma). B) A vérerek elváltozásai (atheromatosus degeneratio). C) A vér alvadésképségének változásai. D) A placenta tapadása helyének anomáliája (isthmus). E) A környezet változásai (periton. adhaes). II. *Functionális zavar:* Atonia.

Küstner (Breslau) individualizáló kolpoperineoplastica methodusát demonstrálja képeken. A heget nem metszi ki. A bőrre, rec-tumra drótvarratot alkalmaz.

Holzappel (Kiel) endometr. dec. polyposát, hasfalendotheliomat és supravagin. amput. után visszahagyott ov. kystomát, curette-tel perforált méhet, vaporisatio utáni fájdalom miatt kiirtott méhet mutat be.

Zaccharias (Erlangen) choriopithelioma miatt egy per vaginam s egy per laparotomiam a hüvelylyel együtt exstirpált méhet mutat be.

Kreise (Halle) papillomát a hólyagból nem sectio altával vagy kolpocystotomiával távolít el, ez nem modern eljárás, hanem 5 perc alatt narcosis nélkül endovesicális úton operációs cystoskoppal.

Chiari (Strassburg) hullakészítményeket demonstrál: hólyagba jól implantált ureter; a máj cavernosus daganata; osteoplastikus carcinoma.

Baisch (München) primaer tubacarcinomát demonstrál a hasfalán metastasisal. Ritka. Az irodalomban 80 eset van.

Schickele (Strassburg) chorioangioma placentaet és portio-epithelrák recidiváló növekedését mutatja be.

Frankenstein (Köln) altató kosaránál kevesebb chloroform kell.

Knoop (Oberhausen) a portio vaginalis fibromyomáját mutatja be.

Kleinhans (Prága) primaer hüvelyrákot demonstrál.

Kehrer (Heidelberg) a corpus luteum abscessusába jutott mirigyszerű képletet demonstrál. Ugy jutott be, hogy a Graaf-tüsző fölrepedésekor ebbe a fimbria ovarica belekerült.

Polano tanítási célra szolgáló fali táblákat mutat be.

Scheib (Prága) a táglási időszakból való placenta praeviat demonstrál.

Theilhaber (München) befűzött tüket steril tartó doboz és sterilizőt mutat be.

Krömer (Berlin) kolpeurynterhez hasonló műszert mutat be, mely ureterfistula esetében a hüvelybe helyeztetik; a spontan gyógyulás eshetősége miatt 6 hóig nem operálnak.

Hoerder (Heidelberg) opsonin-mérésre szolgáló eszközt mutat be.

Gauss (Freiburg) a caput obstipum musculare aetiológiája terén történt kutatásainak eredményét mutatja be gypsmodelleken. Az izom rövidülését a haemotoma utáni hegesedés okozza. Csak farfekvéses gyermekeken fordul elő. Ha koponyafekvésnél fordul elő, a mellett szól, hogy csak a terhesség végén lett a farfekvésből koponyafekvés. A sternocleidomastoideus részlegesen sorvad.

Sellheim 1. a zombesont fejének centrális luxatióját mint szülési akadályt, 2. a Pfannenstiel-metszés előnyeit nagy daganatok eltávolításánál, 3. didaktikai célra szolgáló phantomot, 4. az újszülött fejének configuratióképességére mérőeszközt mutat be.

Előadások:

Veit (Halle): Az eklampsiáról. Bizonyos feltételek alatt minden eklampsiás placentájából mérgek kaphatók, melyek thrombosit, albuminuriát, haemoglobinuriát, sőt halált is okozhatnak. Placenta-savót nyúl fülvenájába injiciálva, az állat thrombus képződése nélkül elhull.

A mérget gátló anyag képződését a mirigyes szervekbe helyezi melyek ha hiányosan fejlettek, a méregtelenítés tökéletlensége következtében eklampsia keletkezik. A laevulose oxydatiója terhesebben tökéletlenebb mint más asszonyokban.

Schickele (Strassburg): A terhesek toxicosisának ismerete. Ismerteti a szervezet intoxicióját és elnevezés gyanánt ezt ajánlja: „eklampsi görcsök nélkül“. 4 észlelt esetben a máj és vese parenchymás elfajulását találták a boncoláskor.

A kóralak a gyermekágiában görcsökkel, de a nélkül is jelentkeznek. A beteg apathiás, kérdésekre nem válaszol, néha felriad, fejfájásról, rossz látásról panaszkodik, A pulsus gyors, 100-on felül a temperatura nem emelkedik, sőt subnormális, A beteg cyanosissal, a vizeletben kevés fehérje mutatható ki, olyguria, néha anuria; a selerán haemorrhagia, icterus.

Polano (Würzburg): Olajsav és eklampsia. A normális placentában specifikusan ható mérge gyanánt in vitro haemolytikusan ható olajsavas natrium fordul elő. Ez anyag a szervezetben normális viszonyok közt minden szervben előfordul. A placentában 1 gm.-ot nem halad meg, mely mennyiség nem toxikus. Az olajsavintoxicatio és eklampsia közt anatómiai párhuzam nem vonható. Eklampsiás vérben kevesebb az olajsav. Normális serum gátolja

az olajsav haemolysisét. Eklampsiában ez a gátló hatás nincsen felfüggesztve. Tehát az olajsavnak az eklampsia pathogenesisében nincsen különös szerepe.

Sarwey (Rostock): Korai és gyors befejezése a szülésnek fenyegető eklampsiában. Ma az expectativ eljárásról az activra tértünk át: cervixdilatatio,aginális császármetszés. Ez utóbbitól nem látott jó eredményt a kiterjedt sérülések miatt. 10 eset közül 2 veszett el. 7 életképes magzat közül csak 2 maradt életben. A ventrális császármetszéshez tért vissza. 12 esete közül (Pfannstiel-metszés) 1 végződött halálosan. Kitért roham esetében gyors és korai befejezése a szülésnek indokolt, a magzatra és lágyszövetekre állapotára való tekintet nélkül. Súlyos nephritisnél az eklampsia kitörése előtt befejezendő a szülés.

Vita:

Winter (Königsberg): Az intrauterin nyomás és a fájások okozzák, hogy a toxikus anyag a placentából kisajtolatik. Ezért prognostikus értékkel bír a fájások tartama. 262 eklampsiás esete közül 8 spontán szült. 32 esetben a szülés gyors befejezése volt indokolt. A Bossi-eljárás rossz prognosist nyújt. 24% a mortalitás.

v. *Herff (Basel):* A parathyreoidintól rossz eredményt látott.

Williams (Baltimore): A Bossi-dilatatio rossz, azért ő ujjal tágit, a mi biztosabb és kiméletesebb eljárás. Mindjárt az első roham után operáljunk: fogó, fordítás vagy sectio vaginalis a feltételek kifejlődése szerint. 5 terhességi toxamiát ismerünk: 1. eklampsia és e. előtti toxæmia, 2. toxæmiás terhességi hányás, 3. acut sárga májorvadás, 4. nephritis toxæmia, 5. különböző változatú toxæmia.

Meyer (Kopenhága): Aaginális sectio híve. A gyakorló orvos Bossi-t használjon. A 24% mortalitás az ekl. és nem a Bossi rováására irandó. Eklampsiában elpusztult gyermekben jellemző máj-elváltozást talált.

* * *

Frankl Oscar (Bécs): Adalék a syphilis átöröklésének tanáchoz. A Wassermann-reactio nem valódi antigen-antitest-reactio. A positiv reactio infectio mellett szól, a negativ reactio sem lues ellen, sem teljes gyógyulás mellett nem szól.

50 látszólag egészséges anya és ezeknek látszólag egészséges gyermekei közül egyszer az anya és gyermek positiv reactiót adott. A maceratiót illetőleg 17 eset közül 16-ban positiv reactio volt. Ha az anya immun, azért az, mert lueses. Ha egészséges, nem immunis.

11 lueses anyától csak 3 látszólag egészséges gyermek származott. 1 negativ, 2 positiv reactio.

Baisch (München): A syphilis befolyása serologiai vizsgálatok alapján. 100 esetet vizsgált és arra az eredményre jutott, hogy a Calles és Profeta törvénye sok esetre nem áll. Lueses gyermekeknek legalább 90%-ban lueses az anyjuk. 8%-a az összes, syphilises gyermekkel bíró primiparáknak szabadul meg az infectiótól. A higany a terhességben alkalmazandó.

Vita.

Gräfenberg (Kiel): A legtöbb macerált magzat lueses volt, míg élveszülötteken, dacára az anya latens vagy manifest luesének, ritkán kapott positiv reactiót; sokszor macerált magzat anyján negativ volt a reactio.

Opitz (Düsseldorf): 400 szülőnön végzett serologiai vizsgálatot; 32 anyán és 18 gyermekén positiv reactiót kapott. A legtöbb anya és gyermeke lues jelet nem mutatva. Az apai átvitel a magzatra ritka esetnek tartja.

Döderlein (München) Schaudinn és Neisser érdemeit emeli ki.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

7926/1909. sz.

A lipótmezei m. kir. állami elmeorvosintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázat hirdetteték.

Ezen 1600 korona évi fizetés, I. oszt. élelmezés (bor nélkül) egyelőre egy bútorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Felhívunk azon orvosokat, akik a hirdett állásra pályázni kívánnak, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s keresztlével vagy születési bizonyít-

vány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úrhoz czímezendő folyamodványukat az alulírt igazgatóságnál **1909. évi augusztus hó 15.-éig** nyújtják be.

Megjegyzem, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr 61.509/909. sz. rendelete alapján a másodorvosok állandó alkalmaztatása iránt az esetben, ha azok az intézeti szolgálatra kiválóan alkalmasoknak bizonyulnak, esetenként előterjesztés tehető.

Budapest, 1909. évi július hó 14.-én.

A Budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeorvosintézet igazgatója.

2-2

1390/909. sz.

A szalárdi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona kezdőfizetés, a szokásos látogatási és vényirási díjak, természetbeni fuvar, esetleg a köri községekkel megállapítandó fuvarátalány és halottkémelés a székhelyen.

Természetbeni lakás vagy megfelelő lakbér iránti eljárás folyamatban van. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen és a kellő képzettséggel igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **augusztus hó 27.** napjának d. u. 5 órájáig adják be.

A választást f. évi augusztus hó 28.-án délelőtt 10 órakor Szalárd község-házánál tartom meg.

Az állás azonnal elfoglalandó.

Szalárd, 1909. évi június hó 28.-án.

4-4

A főszolgabíró.

A nyíregyházi ág. h. ev. főgymnasiumnál rendszeresített iskolaorvos-egészségtanári állásra a kormányzó tanács nevében pályázatot hirdetek.

Az iskolaorvos-egészségtanár feladata a főgymnasiumi ifjúságnak lakás és egészség szempontjából való gondozása, a mulasztó tanulóknak az igazgató felhívására a bejelentés napján való meglátogatása, a szegényorsós tanulók ingyen gyógykezelése s a VII-VIII. osztály tanulói részére heti 1-1 órában az egészség-tan rendszeres tanítása. Javadalmazása: havi előleges részletekben fizetendő évi 1000 (egyezer) korona.

Az alkalmazandó orvosnak iskolaorvosi képesítés birtokában kell lennie; ennek hiányában a képesítést egy éven belül meg kell szereznie.

A pályázni kívánók közzé kell adni kérvényüket a nyíregyházi ág. h. ev. főgymnasium kormányzó tanácsához czímezve **f. évi augusztus hó 20.** napjáig Löffler Sámuel főgymnasiumi igazgatóhoz küldjék be. A megválasztott orvos állását f. évi szeptember hó 1. napján köteles elfoglalni; alkalmaztatása egyelőre ideiglenes minőségben egy évre szól.

Nyíregyháza, 1909. évi július hó 23.-án.

Meskó László dr., főgymnasiumi felügyelő.

2081/909.

A dési kertületi munkásbiztosító pénztár az orvosokkal kötött szerződés értelmében Dési székhelyi rendszeresített **második orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

Fizetés évi 1400 korona, azaz ezernégyszáz korona.

Fenti állásra a pályázati kérvények, oklevél-másolattal és egyéb képesítést igazoló okmányokkal felszerelve legkésőbb **folyó év augusztus 15.-éig** adandók be a pénztárhoz.

Későbbben érkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

A megválasztandó orvos állását azonnal köteles elfoglalni. A munkakörre vonatkozó közelebbi feltételek a pénztárnál tudhatók meg s a megválasztandó egyén köteles magát azoknak alávetni.

Az orvosi egyezség s így a választás is legkésőbb folyó év végéig bír érvénnyel.

Dés, 1909. évi július hó 28.-án.

Papp Aurél ügyvezető.

Göczi Károly elnök.

1850/1909.

A lemondás folytán megüresedett **Pocsaji körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör Pocsaj és ahhoz 4 kilométernyi távolságra fekvő Esztár községekből áll.

Körorvos javadalmazása: 1600 korona kezdő fizetés, természetbeni lakás, a vármegye törvényhatósága által már megállapított és jóváhagyás alatt levő szabályrendelet értelmében járó látogatási díjak, valamint Pocsaj községben halottkémelési és hűsvizsgáló díjak.

Köteles a körorvos kézigyógytárt tartani.

A körorvos Esztár községben hetenként kétszer előre meghatározandó napokon a látogatásokat megtenni tartozik.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy oklevéllel s eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb **folyó évi augusztus hó 14.-éig** terjeszszék be.

A választást folyó évi augusztus hó 16.-án délelőtt 10 órakor fogom Pocsaj község-házánál megtartani.

A megválasztandó körorvos állását szeptember hó 1.-én elfoglalni tartozik. Berettyóújfalu, 1909. évi július hó 26.-án.

Jezerniczky Dénes, főszolgabíró.

3019. szám.

A Dragomérfalva (Máramaros vármegye) székhelyi rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz: Izaszacsal, Felsőszeliste, Dragomérfalva, Izakonyha, Jód és Kisboeskö község tartozik. Ezen községeknek lélekszáma: 12667.

Felhívom ennél fogva mindazon orvosokat, akik ezen 1600 korona fizetés és a törvényhatósági bizottság által megállapítandó lakáspénz, úti átalány és látogatási díjak élvezetével javadalmazott körorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi gyakorlatra jogosító oklevéllel felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 30-áig** adják be.

A választást Dragomérfalván a község-házánál f. évi szeptember hó 7.-én d. u. 3 órakor fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását 15 nap alatt köteles elfoglalni.

Dragomérfalva, 1909. évi július hó 22.-én.

Solcz Béla, főszolgabíró.

A szombathelyi m. kir. állami gyermekmenhelynél áthelyezés folytán megüresedett **másodorvosi állásra** a belügyminister úrnak 1909. évi 69.987. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetnek.

Ezen állás évi 1200 korona fizetés, I. oszt. élelmezés, 1 szobából álló butorozott lakás, fűtés és világítással van javadalmozva.

Felhívtnak azon orvosudor urak és nők, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott, kellően felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett kérvényüket hozzám **f. évi július hó 31.-éig** nyujtsák be.

Szombathely, 1909. évi július hó 12.-én.

3-3

Szent János dr., igazgató főorvos.

3191/1909. kig. sz.

Szilágy vármegye zsidói járásához tartozó Zsidó, Csíglén, Prodánfalva, Kucsó, Fűrmenyes, Szentpátelek, Vértölgy, Nagymon, Nagymonófalva, Dabjon, Dabjonújfalva, Solymos, Szamosudvarhely községekből alakított és Zsidó székhellyel rendszeresítve levő **körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jöven, arra pályázatot hirdetnek és felhívom mindazokat, a kik az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában előírt képzettségeket és esetleges eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi augusztus hó 21.-éig** annál is inkább adják be, mivel a később beérkező, esetleg hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A körorvos javadalmozása az 1908. évi XXXVIII. t. cz. értelmében az állampénztár által fizetendő 1600 korona kezdőfizetés és négy, egyenként 200—200 koronás, a nyugdíjba is beszámítható ötödéves korpótlék, 600 korona fuvarátalány, 200 korona lakbérátalány, a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak, valamint Zsidó községében a halottkémlési és helyettes vágatási biztos teendőikért megállapított díjak.

Megjegyezni kívánom, hogy a jelenleg jóváhagyás alatt álló vármegyei szabályrendelet szerint az úti átutalvány 900 korona, a lakbérátalány 600 koronára van tervezve.

A választást Zsidón a községházánál 1909. év augusztus hó 25.-én délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztandó körorvos állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal köteles elfoglalni.

Zsidó, 1909. évi július hó 21.-én.

2-2

Péchy Imre, főszolgabíró.

2959/1909. kig.

Az alsódbasi járáshoz tartozó Lajosmizse községben elhalálozás folytán megüresedett **községi másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmozása az 1908. évi XXXVIII. t. cz.-ben megállapított 1400 korona évi fizetés és törvényhatóságilag megállapítandó lakbér, valamint a vármegyei szabályrendeletben megállapítandó látogatási díjak.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **folyó évi augusztus hó 11.-éig** déli 12 óráig hivatalomnál nyujtsák be, a választást f. évi augusztus hó 12.-én d. e. fél 11 órakor fogom Lajosmizse községházánál megtartani.

Alsódbas, 1909. évi július hó 9.-én.

3-3

ifj. Teszary László főszolgabíró.

3366/1909. sz.

A Körösladány községnél üresedésben levő, **nem ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvosudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvények **f. évi augusztus hó 20.-áig** adandók be hozzám.

Az állás javadalma évi 1400 korona fizetés, 400 korona lakpénz s a törvényesen megszabott rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Szeghalom, 1909. évi július hó 7.-én.

3-3

Csánki Jenő, főszolgabíró.

ORVOSI CURSUSOK A CHARITÉ-POLIKLINIKÁN. (Budapest, VI., Csengery-utca 68.)

A Charité-Poliklinikán augusztus és szeptember havában a következő orvosi cursusok fognak tartatni:

Előadó	Idő	Tárgy
Berger Ferenc dr.	d. u. 5-6	Ujabb módszerek a fog conservativ kezelésénél. Fogrendezések. Szeptember 1-15.-ig.
Detre László dr. egyetemi magántanár	d. e. 8-10	Bakteriológiai diagnostika és therapia. (Vérvizsgálatok és serumreactiók [Widal, Wassermann, Opsonin], cutan és ophthalmoreactiók.)
Doctor Károly dr.	d. e. 9-10	A vizelet semiológiája. A Wassermann-féle reactio.
Kövesi Géza dr.	d. e. 1/211-1/212	Ujabb diagnostikai eljárások a belgyógyászatban.
Sellei József dr.	este 6-7	A venerás és húgyszervi betegségek diagnostikája. Urethroskopia, cystoskopia. Ureter-katheterismus.

Az egyes szakmákra külön is lehet beiratkozni. Felvilágosítással szívesen szolgál a Charité-Poliklinika igazgatósága Budapest, VI., Csengery-utca 68.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

„Urocampthori JENCS“

a húgyutak lobos megbetegedésének kezelésénél rendkívül bevált szer. (Lásd „Urologiai Szemle“ 1908. évi számát.)

I phiola 3 korona.

Készíti: **JENCS VILMOS** Városi gyógyszerháza

Budapest, II., Fő-utca 27. sz.

Irodalom rendelkezésre áll.

Epileptikus

betegek intézete Balf-gyógyfürdőben. Félvilágosítással szolgál Wosinski István dr. igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagym. m. kir. belügyministerium előzetes engedélye alapján az országos betegpolási alap terhére vétetnek fel.

Extractum = Chinae = NANNING

Javulatok:

<p>Vérszegények étvágytalansága. Görvéllykórosok és tüdőbajosok étvágytalansága. Heveny és idült gyomorbajok. Láz és seblázás betegségek.</p>	<p>Ideges gyomorhurut. Gyomoratonia. Alkoholikusok. Hyperemesis gravidarum. Icterus-bántalmak. Hg.- és Jodkali-dyspepsia.</p>	<p>Megbízható!</p> <p>Bevált!</p> <p>Olcsó!</p>
---	---	--

Magán-, betegpénztári és szegénygyakorlat részére:

Dr. H. Nanning, China-művek, Den Haag, Hollandia.

Telefon 21-06.
Telefon 21-06.

Marx és Mérei

tudományos műszerek gyára

Budapest, VI., Bulcsu-utca 7.

Gyártanak saját gyártelepükön teljes 7167

Röntgen-berendezéseket

kapcsoló táblákat

mindennemű orvosi czélokra.



Elsőrangú gyártmány 1907. évi Balesetügyi kiállításon állami ezüstérem.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarezi Schwartzter Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Berend Miklós és Winternitz Arnold:** A csecsemők veleszületett pylorusgörcséről 555. lap.
- Czekkel Ferenc:** Közlés a budapesti Fehér-Kereszt gyermekórház belosztályáról. (Főorvos: Berend Miklós dr. egyetemi magántanár.) A csecsemőbélvár fehérjebontó hatásáról. 563. lap.
- Berend Miklós:** Közlés a budapesti Fehér-Kereszt gyermekórház belosztályáról. A kanyaró elleni kórházi védekezés mai állása. 564. lap.
- Lukács Pál:** Közlés a budapesti Fehér-Kereszt gyermekórház belosztályáról. (Főorvos: Berend Miklós dr. egyetemi magántanár.) A Pirquet-féle allergiás próba értéke a csecsemőkörben. 566. lap.
- Berend Miklós:** A budapesti Fehér-Kereszt gyermekórház belosztályának munkabeosztása. (Tejkonyha és csecsemőosztály, dispensaire.) 568. lap.

- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. Bieganski:** Medizinische Logik. Kritik des ärztlichen Erkenntnisses. — *Ernst Schwalbe:* Vorlesungen über Geschichte der Medizin. — *Lapszemle. Belorvosan. Boas:* A nauséáról. — *Idegkórtan. Eichelberg:* A lueses serumreactio gyakorlati haszna az idegbajokban. — *Soca:* A hysteriás lázról. — *Gyermekorvosan. Ganghofner:* A Marmorek-féle anti-tuberculosis serumnak a végbélen át alkalmazása. — *Bőr-kórtan. A. Reiche:* A gyermekkorban előforduló furunculosis és a pemphigus neonatorum kezelése. — *Haedicke:* A pitylen-nel végzett kátrányos kezelés. — *Veneréás bántalmak. Sh. Dohi:* Taetoválás és syphilis. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Focke:* A digitalis-forrázat. — *Conradi:* A sebészeti műszerek sterilizése. 570—573. lap.
- Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 573. lap.
- Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 573. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A csecsemők veleszületett pylorusgörcséről.

I. rész: **Berend Miklós** dr., a Fehér-Kereszt gyermekórház főorvosa, egyetemi magántanártól. II. rész: **Winternitz Arnold** dr., a Stefánia-gyermekórház főorvosa, egyetemi magántanártól.

I. rész.

E kórképre, mely a gyermekorvosokban mint „veleszületett hypertrophiás pylorusszűkület” van leírva, *Hirschsprung*¹ terelte 1888-ban a gyermekorvosok figyelmét. Nincs e megbetegedésnek köze a felnőtteken ismeretes, úgynevezett *Landerer-Maier*-féle szűkülethez, a mely organikus s a melyben a pylorus izomzatán nem találunk elváltozást; ilyen esetet a csecsemőkörben csak *Cerny-Peiser*² irt le, míg a *Hirschsprung*-féle típusnak eddig körülbelül 430 esete van leírva s így a megbetegedés nem túlrifka. Olaszországból még nem iratott le egy eset sem, Franciaországból is kevés, csak a legutóbbi években. Németországból, Norvégiából, Angolországból és Amerikából ered a közlések zöme, a miből egyes szerzők az angol-szász faj hajlamát akarják tévesen bizonyítani. Valószínűbb, hogy a kórkép ismerete még nem ment át az orvosi köztudatba. E mellett szól például, hogy nálunk, a hol közlés tárgya a jelen kórkép ugyancsak még nem volt, öt esetet észlelhettem az utolsó három év alatt, s tudom, hogy más karsáknak is vannak hasonló észlelései. A minket érdeklő *Hirschsprung*-féle típusra — egyedül erről van szó e közleményben — jellemző az, hogy egészséges csecsemők, legtöbbször szopósak, minden étrendi hiba nélkül, mindinkább erősbödő, egészen explosív jellegű hányással betegszenek meg az első élethetekben, mindent kihányanak, rendkívül lesoványodnak, ennek megfelelő székrekedés mellett, miközben a gyomortáj megpuffadása a has oldalsó és alsó részeinek behúzódtott voltával élénk ellentétet alkot. Majdnem mindig láthatók peristaltikás hullámok a gyomron s akárhányszor tapinthatóvá válik a daganatszerű pylorus, a mely műtétkor vagy boncoláskor porozkemény, hengeralakú, rendes serosájú, igen erősen redőzött nyálkahártyájú, vastag izomréteget mutató, 2¹/₂ cm. egész 5 cm. hosszú, 1—2 cm. széles képletet alkot.

Úgy belső gyógykezelés, mint műtéti beavatkozás mellett lehetséges a gyógyulás, a műtett esetek halálozási aránya 55-100%, belső kezelésnél átlag 30% a halálozás. De ezen adatokból nem lehet sokat következtetni, egyrészt azért, mert például az angol-amerikai irodalom jórészt csak műtett esetek casuistikája, a melyben igen sok oly eset szerepel, a melyet a súlyos beavatkozás nélkül is, sőt talán inkább meg lehetett volna menteni, másrészt a német irodalom, különösen *Heubner*³ statistikájának közzététele óta (49 eset közt belső kezelés mellett 2 halálozás), dacára más szerzők hasonlíthatatlanul rosszabb eredményeinek, talán túlmerev állást foglal el a műtéti beavatkozás ellen.

Még jóformán minden kérdése tisztázatlan e megbetegedésnek: a congenitalis volta, a pathogenesise, az, hogy van-e hypertrophia valóban a pyloruson, vagy csak göres, és a gyógykezelés kérdése. Teljesen ismeretlen az oka annak, hogy körülbelül négyszer annyit fiú betegszik meg, mint leány, s az, hogy szopós gyermekeken látjuk a legtöbb esetet, ugyancsak nincs megmagyarázva. Meg kell azonban jegyezni, hogy a szopós gyermekek nagyobb száma esalódás is lehet, a mit az idéz elő, hogy minthogy a gyermek az első hetekben már súlyosan megbetegszik, orvosi rendeletre emlíen marad s nem választják el. Én eddig öt oly esetet láttam, a mely a megbetegedés minden tünetét mutatta; három fiút és két leányt. Mindegyik meggyógyult, de három esetben, a melyek pedig nem mutatták a folyamat súlyos képét, 3—4 hónapig tartó folytonos lesoványodás és állandó hányás után következett be csak a lassú, fokozatos gyógyulás. Minthogy ezen eseteimről nincsenek klinico vezetett adataim, velük itt foglalkozni nem kívánok, csak annyit akarok megjegyezni, hogy sem a diactás eljárásoknak (zsirszegény táplálék), sem a gyomormosásoknak valamely kimutatható hasznát nem láttam.

A megbetegedés egészen kezdeti szakáról majdnem minden pontosabb észlelés hiányzik az irodalomból, pedig *Ibrahim* szerint a pathogenesise tisztázására ez igen kívánatos volna. E hiányon némileg segít e közlemény, a melyben saját két gyermekemről van szó, kiken e bántalom familiáris alakját születésük percétől észlelhettem. Ilyen familiáris jelentkezésnek eddig 22 esete van leírva, legtöbbször testvéreken (fiú és leány) s az ilyen esetek

a legsúlyosabbak közé tartoznak (Heubner⁴). Schulten⁵ újabban családot említ, melynek három gyermekén támadt a bántalom; mind a három meggyógyult.

B. J. leány, első szülött, rendszeresen kihordott, I. koponyafekvében, 1905 szeptember 30.-án könnyen született, 3050 gm. test-súlylyal. Nyugodt, első nap semmit sem kap, második nap háromszor szopik, harmadik naptól ötször naponta. Anyja táplálja, a tejmennyiség kicsi, a bimbók jól fejlettek, a szopatás fájdalmas. Magzatszurok-kiürülés rendes, utána első tejszék, ötödik napon azután teljes székrekedés. A gyermek aluszékony, de szopatáskor igen nyugtalan, a nélkül, hogy bélgöres vagy másnemű erősebb fájdalmak volna érzékelhetők, láztalan. A kis táplálékmenyiségek (120—160—200 gm. egy napra) ellenére a hatodik napon a gyomorgödörtáj kisebb elődomborodása észlelhető s a nyugtalanság fokozódása szópáskor; az emlőkben van annyi tej, hogy a kis táplálékmenyiségek felvétele nincs kellően indokolva, úgy hogy a pylorusgörcs fejlődésének gyanuját fejezem ki Eröss professor és Preisich kollégáim előtt még az első hányás előtt. A szopatás mind nehezebben megy s daczára az emlök lefejesének, cserélgetésének, beáll a tejinvolutio. Bőtejjű, könnyen járó emlőjű dajkánál első szópásra 80 gm.-ot szopik igen mohón a gyermek s beáll az első hányás, a mely eleinte csak szópás után észlelhető, de napról napra hevesebb s három nappal ezután már teljesen függetlenül jelentkezik a táplálékfelvételtől. (A felvett táplálék és a hányadék mennyiségét, a hányások számát, a súlygörbét, a gyomor- és bélmosások napját, székletétet stb. lásd a grafikus táblán. A hányadék mennyiségét a hányás negyedik napjától rendszeresen mértem, úgy hogy kifeszített lepedőcske volt a gyermek elé kötve, a melynek súlya előre megmértetett s közvetlenül hányás után újra.) A 12. nap után többször fordul elő az is, hogy a fekvő gyermek a bölesőből magas ívben kihány a földre, úgy hogy a pylorusgöres kórisméje kétségtelen. A hányadék igen nagy mennyiségű, s mint a mellékelt táblázatból látható, gyorsan eléri s többször meghaladja az összes felvett táplálékmenyiséget napokon át; savi vegyhatású, szabad sósavat sohasem tartalmaz. A spontan hányadékokban mindig vannak túrszerű tömegek, míg ilyeneket gyomormosásnál nem észleltek; nyálka alig van a hányadékokban. Négy nappal a hányás kezdete után láthatók először hullámszerű peristaltikás mozgások, a melyek a gyomorgödör bal oldaláról kiindulva, a pylorus felé haladnak; ezután három napra válik tapinthatóvá a pylorus a Mc. Burney-féle pont felett mintegy 1 cm.-nyire; (addig hiába kerestem, a puha hasfal ellenére nem volt tapintható); körülbelül 2¹/₂ cm. hosszú, mozgatható, henger alakú, porczkemény tumor, a mely állandóan észlelhető marad.

A hányás egyáltalában nem befolyásolható. Karlsbadi Mühlbrunn belsőleg, gyomormosások hígított karlsbadi vízzel vagy 0.9%-os konyhasóoldattal, a tápfelvétel csökkentése, sőt teljes éheztetés (teanap) éppen oly kevéssé befolyásolják, mint az, hogy keveset és gyakran (10—30 gm.-ig) vagy nagyobb időközökben többször engedek szopni; jéghideg lefejt anyatej kanállal adva, vagy gyomorsövön beöntés is hatástalan, a táplálkozás és hányás közt általában csak annyiban mutatható ki összefüggés, hogy ismételt nyelés majdnem mindig rögtön kiváltja már a 2—3. kávéskanal után. Epét a hányadék sohasem tartalmaz, sem véresköveket. A szópás mindig mohón történik, de fájdalmakat látszik kiváltani, a gyermek fokozatos gyengülésének és soványodásának előrehaladtával a szópás úgy kimeríti a gyermeket, hogy csak egész keveset (30—40 gm.) tud szopni s végre kanállal táplálásra vagyunk kényszerülve. (A dajka naponta egyszer, néha kétszer szopat idegen gyermeket, hogy tejjangás be ne álljon.) Folytonos, ijesztő súlycsökkenés, alig egy-kétszer vizelet naponta egész keveset, a vizelet fehérjementes. A súly a 20. életnapig 2250 gm.-ra esik, gyakori éles felsikoltások észlelhetők, a fontanella és a szemek becsettek, a szívhangok elég tompák, az érlökés alig tapintható. A lábakon kisfokú vizenyő. A perspiratio insensibilis a mérleg által alig, vagy egyáltalán nem mutatható ki s legfeljebb 20—30 gm. lehet naponta. (Lange-vel végzett anyagcserevizsgálataimban ily korú gyermekén átlag 150—200 gm.-nak találtam naponta.)

Az eddig alkalmazott gyógykezelés az említett diatás próbálgatások és gyomormosásokon meg bélmosásokon kívül, a mely utóbbiak csak kevés festett vizet hoznak ki és kevés bélnyálkát, tejalkotórészt soha, thermophor alkalmazásában és a folyadékvesztés pótlásában állott. E czélból azonkívül, hogy a gyomor- és bél-

mosásoknál igyekeztem lehető sok folyadékot bennhagyni, eleinte 50, majd 80—100 cm³ 0.9%-os konyhasóoldattal végeztem hypodermoklysis 2—3-szor naponta. A megközelítő mennyisége az ily módon a gyermek szervezetébe bejuttatott vízmennyiségnek fel van tüntetve a táblán, de ez adat pontosságra éppen nem számíthat.

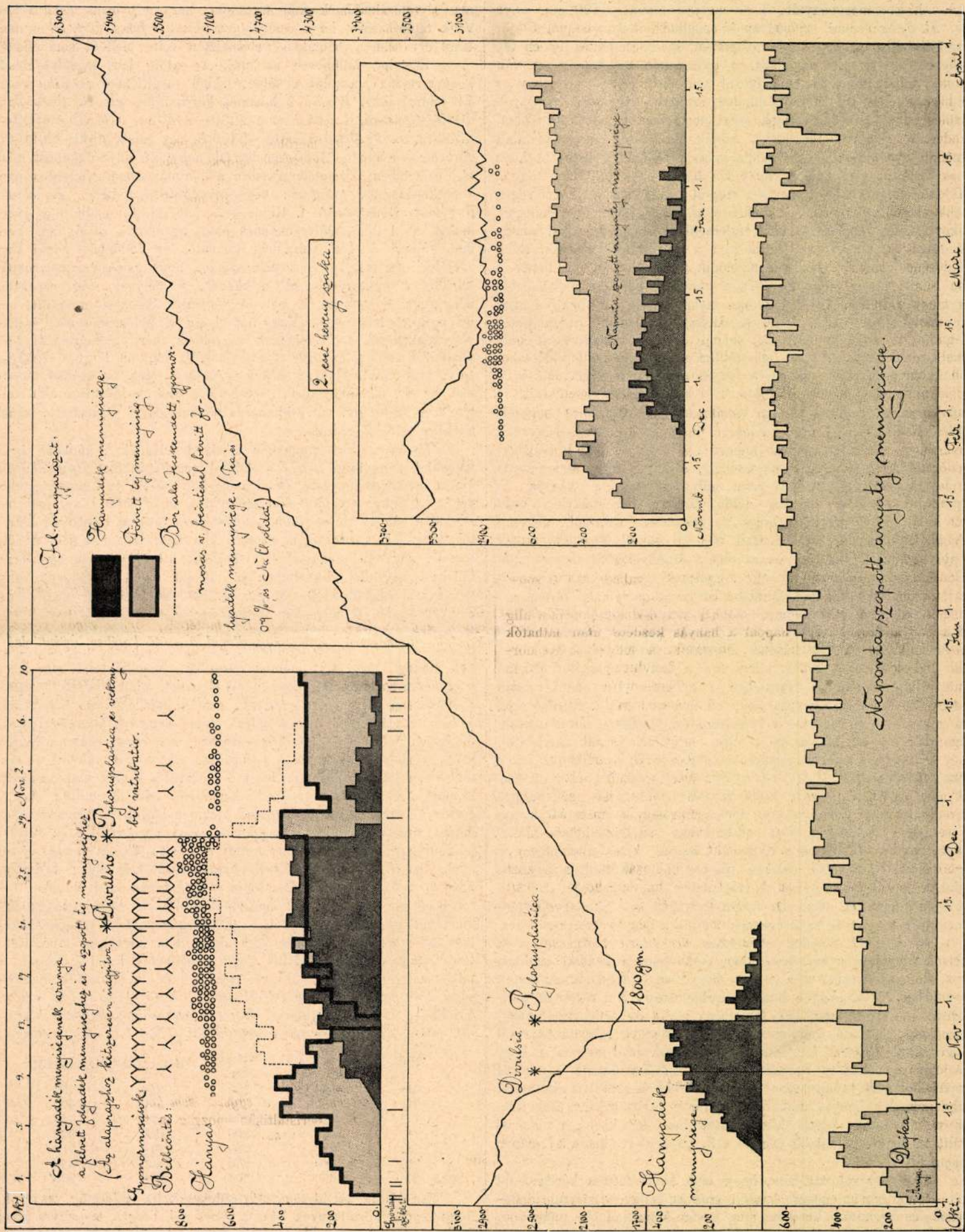
A 21. életnapon, nem számítva többé eredményre a belső gyógykezeléstől, műtétet végzünk (Winternitz A. egyet. magántanár; lásd a közlés 2. részét). A Loreta-féle divulsiót, mint legesekélyebb beavatkozást választottuk. A gyomor összeesett, lapos, mintegy 8 cm. hosszú, harántátmérőben 5 cm. széles zaesko tűnik fel; a mintegy lefűződött porczkemény pylorus, a mely a gyomor előházásakor a műtő kezében teljesen ellazul, de még mindig tömött tapintatú és vastag marad, a már említett méreteknél felel meg.

A gyomorfall bemetszéskor mintegy 1¹/₂—2 mm. vastag, a pylorus ürterébe egész könnyen lehet bevezetni egy vastag éresipetet s azt ott kinyitva tágítani, úgy hogy szűkületnek nyoma sincs.

A műtét után gyomorsövvel bevezetett 50 cm³ tejet a gyermek 2 óráig megtartja, akkor újabb, nagymennyiségű túros hányadék s a hányás még a műtét napjának estéjén éppen oly heves, mint az előző napon, úgy hogy a divulsió sikertelenek bizonyul. Anyatejelmák naponta 3 × 30—40 cm³ anyatejjel; többször az összeesett bélbe alig lehet bejuttatni, különben folytatom az eddigi, kanállal táplálást és kezelést, a melyhez camphoraether- és coffein-befecskendezések csatlakoznak. További rohamos súlyfogyás, a lábak vizenyőjének fokozódása, a gyermek már sírni nem, csak nyögni tud, s a legsúlyosabb intoxicatióra emlékeztető arezkifejzésű. A 28. napon, ugyan már reménytelen állapotban, de mégis elhatározzunk újabb műtétet, miután veszteni való nincs és el vagyunk készülve arra, hogy a beavatkozást nem éli túl. Műtét előtt digalen a bőr alá, műtét alatt hypodermoclysis s a has megnyitása után sóoldatot öntünk a hashártya üregébe is. Egyedüli indoklása a műtétnek a pylorus szándékolt intubatiója, a melyet mi végeztünk először s a melytől reméltem, hogy 1—2 napon át ezáltal elegendő táplálékot vihetek a bélbe, s így, ha még lehetséges, útját egyengethetem a reparatióknak. A végzett pylorusplastikánál a pylorust éppen úgy találtuk, mint az első műtétnél: éppen olyan porczkemény, tumorszerű, éppen úgy ellazul a műtő kezében, mint első alkalommal, nem nagyobb mint előbb volt; a gyomor fala semmi esetre sem vastagabb, mint először. A szájon át bevezetett elég vastag, puha katheret a plastika után, a melynél a felmetszett pylorus nyálkahártyája igen erősen redőzöttnek bizonyult, izomrétege pedig körülbelül 7 mm. vastag, körülbelül 5 cm. mélyen vezetjük a duodenumba s tölcserén át negyedóránként 10—15 cm³ anyatejet öntünk egész lassan be, s így a következő 24 óra alatt 400 cm³-t tudunk beönteni, a következő nap újra 400 cm³-t. Műtét utáni nap jelentkezik — 24 nap után — az első, spontan rendes tejszék. Műtét után a gyermek apathiás, felületesen légzik, de 36 óra múlva hirtelen jaectatio, erőlködés, hányásinger, a gyomortáj kipuffadása. Kihúzó az intubáló csövet, miközben határozottan érzem, mikor az erősen szorító pylorusból kijön, egy-két kávéskanalnyi barnás hányadék ürül és bőfögés közben a gyermek megnyugszik. Az intubáló cső kihúzásáig a gyermek egyszer sem hányt, de ezután is tetemesen ritkább a hányás s a hányadék mennyisége is kisebb, egy harmada sincs az előbbinek s teljesen elvesztette explosiv jellegét. A súlycsökkenés a műtét utáni napon megáll s eleinte lassú, majd fokozódólag intenzívebb súlygyarapodás áll be. Spontan székletet a műtétet követő naptól kezdve újra nem kapunk, de bélmosásokon mindig ürülnek székreszletek is, a has besüppedtsége csökken, s egy héttel a műtét után újra spontan szék, a mely többé nem marad ki.

Tizenkét nappal a műtét után a hányás végleg elmarad s többé az egész csecsemőkoron át egyszer sem jelentkezik. A pylorus tapinthatósága, vagy peristaltikás mozgás a tünetek megszűnése után egyszer sem volt többé észlelhető. (Igaz, hogy a kötések miatt nem is volt pontosan ellenőrizhető.) A gyengeség lassan szűnik, a lábak vizenyője csak 3 héttel a műtét után tűnik el teljesen. Még két hétig tart, a míg a gyermeket újra emlőre tudjuk helyezni, s eleinte, valószínűleg a gyengeség miatt, csak 20—30 gm.-ot tud szopni; négy nappal azután már 370 gm.-ot 24 óra alatt.

Az egész megbetegedés az első 1¹/₂ hónapban zajlott le; születési súlyát 2¹/₂ hónapos korában nyerte vissza a gyermek,



onnan kezdve akadálytalan fejlődés minimális táplálékmenyiségek mellett; most a gyermek $3\frac{1}{2}$ éves, teljesen egészséges.

2. Emeinek testvére, 3 év múlva született, 3490 gm. súlyú fiú. 24 óráig semmi, másodnap 3 szopatás, harmadnaptól 5-ször naponta. Első 8 nap anyja szopatja, de a szopatás éppen oly nehezen megy, mint az elsőé, a gyermek nyugtalanságot vált ki s a tejinvolutiót megakadályozni nem tudjuk; feltűnő, hogy az emlőkben elég tej maradt minden szopatás végén s nem volt érthető, hogy az erős gyermek miért nem szopott jobban és többet. A dajkától könnyen és bőven szopik, de lassan, szopatás alatt és után nyugtalan; eleinte akadálytalanul fejlődik, 2 hetes korában jelentkezik az első hányás, mely két hétig fokozódik, úgy hogy a 4. héten átlag a felét kihányja a szopott tápláléknak. A 2. hét végén a gyomorgödör kifejezett elődomborodása, a 3. héten igen jellegző, sokszor, főleg táplálkozás után észlelhető gyomorperistaltika, a mely mindig a bal bordáin alól indul ki s a köldök felé húzódik. Néha a gyomor egész körvonala kirajzolódik a hasfalon. A 4. héten a hányás oly heves, hogy 2—3-szor hány ki naponta a bölesöböl sugárban a földre. Igen nagyfokú nyugtalanság. *A pylorus nem tapintható egyszer sem.* A kezelés meleg kataplasmák (thermophor) alkalmazása, naponta bélmossa, semmi egyéb. Gyomormosást nem alkalmazok. Az 5. héten a peristaltika s a gyomorgödör kidomborodása és a hányás csökken, a fogyás megáll; a súlyvesztés a születési súlyhoz képest 600 gm. Hét hetes korban jelentkezik az utolsó hányás, 6 hetes korban látható utoljára a gyomor peristaltikája. Érdekes, hogy annak ellenére, hogy ez esetben a hányadék mennyisége az első esethez képest és főleg a felvett táplálék-mennyiséghez képest aránylag csekély, a súly mégis áll a hányás teljes megszűntéig. A gyermek súlyviszonyait, a hányás és táplálék arányát a grafikai tábla tünteti fel, melyhez csak azt kell megjegyezni, hogy a november 30.-ától december 15.-éig terjedő időben csak 70—80 gm.-ot engedtem szopni a gyermeknek egyszerre, ez az oka a tápfelvétel egyenes vonalának. A hányás megszűnése után a gyermek igen gyorsan reparálódott, s ma, $6\frac{1}{2}$ hónapos korában 7400 gm. súlyú.

Az összes, e bántalomról szóló fontosabb közlések (Wernstedt, Pfaundler, Heubner, Freund, Ibrahim) megegyeznek abban, hogy a gyermekek igen mohón szopnak. Mindkét, kezdettől észlelt esetben feltűnő ennek éppen az ellenkezője a hányást megelőző kezdeti szakban és az, hogy a gyermekek a nehezen járó emlőket nem tudták kellően kiüríteni, úgy hogy az involutio beállt. Feltűnő volt, különösen az első esetben, a gyomorgödörtáj aránylagos kidomborodása még az első hányás előtt, úgy hogy eleinte azt gondoltam, hogy sok levegőt nyel a gyermek. *A gyomorgödör kipuffadását és az aránytalanul nehezített szopást eleinte lehet tehát, legalább az esetek egy részében, kezdeti tünetnek tekinteni, a mi mindenestre valószínűvé teszi Ibrahim azon feltevését, hogy a nehezebb szopás és a göres kifejlődése közt valószínűleg van összefüggés. Mohó szopást én is észleltem a dajkánál rögtön, teljes ellentétben az anyával, de ez az első esetben rögtön ki is változta a hányást. Talán nem túlmessze menő következtetés, ha felteszük, hogy a göresös állapotnak bizonyos fokozódottságán kívül a nagyobb tápmennyiség ingerét is szükségesnek tartjuk a hányás keletkezéséhez.*

Ez észlelet némileg ellentétben áll Bloch közlésével, a ki szerint a gyomor a halmozódó hányások miatt a kezdeti szakban üres, de megegyezik vele abban, hogy pangó folyadékknak kell a gyomorban lenni, hogy a hányás létrejöhessen. Míg a látható peristaltika esetében nem volt fájdalmas, addig a kezdeti szak nyugtalanságát hajlandó vagyok a pylorus göresös összehúzódásával magyarázni. A göres folytonos fokozódásának felel meg az is, hogy peristaltika csak négy nappal a hányás után lett látható, egy héttel azután lett csak tapintható a pylorus. Berkholz esetében ugyancsak négy nappal a hányás után látható már a peristaltika, a többi közlésben, Gertheim esetét kivéve, csak jóval később; a pylorust Wert tapintja legfiatalabb korban (13. nap), esetében a 17. napon tapintható.

Hangsúlyozni kívánom, hogy első esetemben a kórisme fel volt állítva már az egészen kezdeti szakban s így a pylorus tapinthatóságát állandóan kerestem; a hasfal állandóan oly puha volt, hogy a tapintásnak gátul nem szolgálhatott.

Still mutatott rá, hogy a pylorus csak „hetekkel” a betegség kezdete után válik tapinthatóvá, a mi a postnatalis eredetnek

felelne meg, míg Ibrahim szerint ennek oka csak a fokozódó lesoványodás által okozott könnyebb tapintás lenne; ezt nem irhatom alá s valószínűbbnek kell tartanom, hogy a pylorus csak akkor válik tapinthatóvá, ha a *contractura bizonyos fokot elért*, de ez nem lehet érv sem a bántalom veleszületett volta mellett, sem ellene.

Eseteim, különösen az első, az eddig leirt legsúlyosabbak közé tartoznak, a mint a súlyesésekből megítélhető (Gailha esete 11 fontról 9-re, Weyl-é 3 hónapos korra 2350 gm.-ra, Berkholz-é 4000—3540-re, Uffenheimer-é 2950—2440-re, Fröhlich-é 4900—4300-ra, L. F. Meyer-é 2700—2300-ra, egy másik 3600—2600-ra, Fahrman-é 3486—2670-re esik). Oly nagyfokú súlycsökkenést, mint első esetemben, a rendelkezésemre álló irodalomban gyógyult esetre vonatkozóan nem találtam: 3050-ről 2800-ra = 42%. Bouchard (l. Quest, Monatschrift f. Kinderheilkunde, 3. k.) említ egy gyermeket, a ki 35% súlycsökkenés után, ugyancsak 3050 gm. kezdeti súlyról életben volt még tartható, de különben senki sem czáfolta még meg a Quest-féle számot, hogy emésztési zavaroknál 34.8% a legnagyobb súlycsökkenés, a melynél még reparatio lehetséges. Esetemben, a mely 42% súlycsökkenést mutatott, két magyarázat lehetséges. Vagy az, hogy a pylorusgörcsnél észlelt súlycsökkenések azért lehetnek nagyobbak, mert egyszerűen éhezési állapotról van szó anyagcserezavar nélkül, vagy az, hogy a születési súlyt nem tekinthetjük egészében *élsúly*nak. Már, ha az első napokban észlelt, physiologiainak nevezhető, a szurok kiürülése által feltételezett 200 gm. súlycsökkenést leszámítjuk, a Quest-féle szám határán belül maradunk.

Esetem az első, a melyben a felvett folyadék, a táplálék és a hányadék mennyisége közti összefüggés megállapított. Pfaundler 60 gm.-ot mért egy hányásra, Bloch pedig 200 gm.-ot, de a megbetegedés végén, a mikor szinte akár gyógyulás, akár halál következik be, ritkább a hányás, de nagyobb mennyiségűvé válik az egyszerre kiürített hányadék. Én ezt egyik esetben sem tapasztaltam és nem észleltem ily nagyobb mennyiségek egyszerre kiürülését; az egyszerre kiürített hányadék eseteimben 5—30 gm. közt váltakozott, alig néhányszor észleltem 40—50 gm.-ot. Első esetemben a megbetegedés 7. napján a hányadék mennyisége eléri az összes napok tej-mennyiségét, s innen kezdve a második műtétig majdnem mindig több a hányadék mint a felvett táplálék. Azt természetesen, hogy a hányadék mennyi része tej, mennyi része víz, megállapítani nem lehet s olynemű spekulációba, hogy e súlyos napok alatt milyen energia-coefficienssel élt meg a gyermek, nem szándékozhatom belemenni. Tobler vizsgálataiból ugyan tudjuk, hogy nemcsak állatkísérletben, de éppen pyloruszűkületnél is a tejsavó, a vegyileg oldott anyagok azok, a melyek átmennek a pyloruson, míg a zsír annyira visszatarthatik és felhalmozódhatik, hogy ő 4 órával a szopás után az aznap szopott egész tejmenyiségnek megfelelő zsírt megtalálta. Azt is Tobler derítette ki, hogy bizonyos tejmenyiségek megemésztéséhez mennyi tápnedvet választ ki a gyomor, számítása szerint (l. c. 543. l.) például egy 1 éves gyermek 1 liter tej emésztéséhez rendes viszonyok közt $1\frac{1}{2}$ liter emésztőnedv kiválasztását igényelné; de tudva, hogy a táplálék tartózkodási ideje a gyomorban igen lényeges befolyással bír a kiválasztott emésztőnedv összetételére, nem csodálkozhatunk azon, ha pylorusstenosis esetén még nagyobb mennyiségeket kell feltételeznünk. Közbevetőleg megemlítem mint a gyomoremésztés élettanára érdekes adatot, hogy a megbetegedés 14. napján, a mikor a gyermek csak 300 gm. teát kapott, a hányadék mennyisége 250 gm., az aznap felvett összes víz (500 gm.) fele s megközelítőleg ez az arány marad meg az összes súlyos napokon keresztül, mikor újra (a következő naptól) táplálékot kap a gyermek:

Nap	Összes felvett folyadék	Ebből tej	Hányadék	Megmaradt
15.	550	100	240	310
16.	600	200	300	300
17.	570	250	250	320
18.	630	200	310	320
19.	580	300	270	310
20.	580	350	290	290
21.	600	300	270	330

Ez adatok, azt hiszem, elég érdekesek, ha tekintetbe vesszük, hogy rendes körülmények közt a csecsemő 1 kgm. testsúlyra átlag 140 gm. vizet vesz fel és 148 gm. vizet választ ki (Camerer). Látjuk ez esetben, hogy a rendkívül nagy súlycsökkenés ellenére, a szervezet vízraktartásának egyensúlyát a legmakacsabban őrizi.

Még egyszer hangsúlyozni kívánom, hogy a felvett összes folyadék mennyiségének mérése nem lehetett teljesen pontos és lehet, hogy a számok valamivel kisebbek, mint a mi a valóságnak megfelel, mert csak a hypodermoklysisre használt folyadék mennyiségét tudtam egész pontosan megállapítani, a bélbeöntéseknél bennmaradt folyadékokat nem, valamint a gyomormosásoknál sem; éppen ez okból a perspiratio insensibilist, mint úgyis egész csekélyet, elhanyagolhatjuk a számításnál. Annyi kétségen kívül kiderül ez adatokból, hogy 1. a gyomorban kiválasztott folyadék mennyisége pylorusgörcs esetében kétszer annyi és több is lehet, mint a felvett táplálék mennyisége, 2. a hányadék ily súlyos esetben az összes felvett folyadéknak körülbelül felére mehet fel, s hogy az élet megmaradásához első sorban elég állandó folyadékmennyiség szükséges, míg magának a tápláléknak a mennyisége napokon keresztül egészen minimális is lehet az éhez, de különben egészséges anyagcseréjű csecsemőben.

Hogy különben nemesak az ilyen, mindenesetre egész kivételesen súlyos esetben, de hasonlíthatlanul könnyebb esetben is hasonló a viszonyok, azt a 2. gyermekben, a kin gyomormosások és hypodermoklysisek nem komplikálták a viszonyokat — ugyancsak tapasztaltam. Az élet 21—36. napja közt kanállal adott 380 gm. napi táplálékmennyiségből a betegség tetőfokán átlag 180—200 gm.-ot hány ki a gyermek, úgy hogy a rendelkezésre maradó összes folyadékmennyiség a táplálékból visszamaradt 200 gm. s a naponta bélbeöntéssel bennmaradt 100—150 gm., összesen 300—350 gm.

Tobler azon adatával, hogy ha 4 órai emésztés után a gyomor tartalmát a pylorusszűkületű gyermekből kiürítjük, abban nem egyszerű tejmaradékot, hanem annyi zsírt találunk, a mennyi az egész nap fölött tejmennyiségnek megfelel, vagy még többet is, magyarázza több szerző azt a tényt, hogy eseteikben súlygyarapodás csak 100-nál jóval nagyobb energiacoëfficiensnél következett be. (Ibrahim 120, Tobler 130—165.) E magas számokat érthetővé teszi az a körülmény, hogy a táplálék nagy részét — s esetleg éppen a zsírdúsát — kihányja a gyermek. Ellenben Berkholz esetében 65—85 caloriával már súlygyarapodást mutat a beteg. Az én 1. esetemben körülbelül 135 a quotiens a reparalódási szakban (mielőtt a gyermek eredeti testsúlyát elérte), azontúl 85—90-re csökken, második könnyű esetben azonban egészen mások a viszonyok: itt megáll a súlycsökkenés, még a hányásnak majdnem tetőfokán s a caloric elegendő bevitelnek ellenére gyarapodás csak a hányás megszűnése után kezdődik, körülbelül 110 cal. coëfficiensnél. Általános érvényű szabályokat tehát e tekintetben felállítani nem lehet, mert míg Tobler és Krayner azon vizsgálati adatával, hogy éppen a reparalódási szakban nagy a zsírretentio a gyomorban, lehetne magyarázni a 2. esetben hiányzó súlygyarapodást bőségesen elegendő tejfelvételnél, pedig 1. esetemben, melyben aránylag kisebb tejmennyiségnél, a hányás dacára indul meg a súlygyarapodás 108 quotiensnél. Vagy úgy lehet ezt magyarázni, hogy ez a zsírretentio mégsem következik be ily nagy mértékben minden esetben, vagy úgy, hogy az 1. esetben a műtét változtatta kedvezőbbé a viszonyokat.

Esetem végre az első, a melyben a pylorus-intubatiója élön végeztetett. Határozott meggyőződésem, hogy ha a táplálék akadálytalan átmenetét legalább 1—2 napra nem biztosítottuk volna, a gyermek a műtét napját nem élhette volna túl. Az intubáló cső mellett a gyermek 36 óráig egyáltalában nem hányt. Hangsúlyozni kívánom, hogy a cső kihúzásakor erősen meg volt szorulva. Ezt úgy is lehetne magyarázni, hogy a görcsöt a második műtét sem befolyásolta s a gyógyulás mégis csak spontán következett be. Részemről azonban azt tartom, hogy a cső megszorulása idejében volt ugyan görcs, mert a gyermeknek erős hányásingere volt, de főleg a műtét utáni vizenyős átívódása a szöveteknek szorította meg a csövet.

Megemlíteni kívánom, hogy a pylorus-intubatiót egy évvel esetünk után proponálta s irta le először Pfandler (Handbuch) olyan módon, hogy a gyomor mosásakor bevezetett csövet akarja betolni a kitapintható pylorusba. Megvallom, hogy igen kételkedem abban, hogy a görcsösen összeszorult pylorusba puha csövet egyáltalán be lehessen vezetni. Hiszen, ha ez lehetséges volna, ez volna a gyógyítás legbiztosabb módja. Sajnos azonban, az intubatio csak műtét után lehetséges; plastika után életmentő eljárás lehet.

A pylorusgörcs vagy szűkület kórtanára és eredetére nézve

még nincs megegyezés. Annyi kétségtelen, hogy bonczolástani értelemben vett szűkület nincs, legfeljebb az erősen redőzött nyálkahártya szűkíti az ürteret. Functionálisan ellenben a szűkület igen tetemes. Már ez ráutal a bántalom göresös eredetére, a mi Thomson elmélete szerint már születés előtti eredésű, a gyomor nyálkahártyájából kiváltott reflexek idézik elő a pylorus izomzatának göresös összehúzódását s ezen alapon az izomtúltengést. Thomsont e magyarázatra főleg az indította, hogy nem tud oly nagy mérvű falvastagodást felvenni aránylag rövid idő alatt (saját esetében a 20. napon, Scudder már a 14. életnapon, mi a 16. életnapon tapintottuk a pylorust). Ujabban némi élettani magyarázatot találunk Thomson elmélete Pavlov és Boldyreff azon vizsgálati adatában, hogy már az üres gyomorbélhuzamban vannak 2—2¹/₂ óránként ismétlődő, szakaszos összehúzódások a pyloruson, a vékonybél intenzív mozgásától és emésztőnedvek elválasztásától kísérvé. Ha ki lehetne mutatni, hogy e mozgások már a születés előtt fennállanak, úgy ez az antenatalis eredet erős támasza lehetne.

A bántalom göresös eredetének szószólója még Wernstedt, Freund és Heubner; jellemző azonkívül, hogy Ibrahim, a ki az újabb szerzők közt Wernstedt-en kívül legtöbbet foglalkozott a bántalom lényegével, ma már napról napra több szerepet tulajdonít a göresös momentumnak; de azért úgy Ibrahim, mint Wernstedt bebizonyítottak tekintik azt, hogy az izomzat hypertrophizál. Pontos mérés által igyekezett azt bizonyítani Wernstedt; emellett szól Bernheim-Karrer lelete, a ki e helyen az izomsejtek és magok megnagyobbodását találta. E mellett szól, hogy nemesak az „összehúzódott“, de az „ellazult“ tapintatú pylorus is tetemesen megvastagodottnak tűnik fel (így észleltük mi is), legfőképpen szól pedig az izomtúltengés mellett az, hogy oly esetek bonczolása vagy műtete alkalmával, melyek az élőben a jellegző peristaltikát, vagy a pylorus tapinthatóságát mutatták, mindig megtalálták azt, és pedig nemesak a bántalom tetőfokán, de functionális gyógyulása után hónapokkal, mikor már a hányás teljesen elmaradt s a súlyfejlődés akadálytalan volt; a gyors hypertrophiát pedig Hunter vizsgálata magyarázná, mely szerint a sima izomzat túltevése gyorsabban történik.

Bernheim-Karrer legutóbb azt is kimutatja, hogy nemesak hónapokkal, de esetleg évekkel a gyógyulás után is tetemesen kisebb ily gyermekek gyomormotilitása s ebből azt következteti, hogy úgy a hányás jelentkezése előtt, mint utána van egy bizonyos szűkület s a göresös szak a megbetegedésnek csak egy fázisa.

Mindaz, amit főleg Pavlov és iskolájának vizsgálataiból a gyomor működéséről tudunk, nézetem szerint inkább értékesíthető a göresös eredés mellett. Tobler kimutatta már egészséges gyermekben Röntgen-vizsgálatokkal, hogy az emésztéskor peristaltikás hullámok haladnak a fundustól a pylorus felé, melyek mélyebbek lesznek az antrum táján s esetleg teljesen el is zárják a mozgató gyomorrészt (sphincter antri pylori Boldyreff). Ugyanazt látjuk tehát, a minek kóros fokozódása észlelhető a pylorusgöresnél.

Pfandler azon leletét, hogy 30 cm. vízoszlop nyomása elegendő arra, hogy a rendes, de „antrumcontractioban“ levő (az ő elnevezése szerint félig systolés) gyomor az alapformájába átvezetessék, míg pylorusszűkületben ehhez 100 cm.-es nyomás is szükséges, megdönti Wernstedt, a ki 30 cm.-es nyomást akárhányszor nem talált elegendőnek rendes viszonyok közt, sőt 100 cm. vízoszlop sem elég erre minden esetben; igen fontos és ez érvet teljesen megdönti, de az egész hypertrophia-tant megingatja Freund azon megfigyelése, hogy egy észlelt esetében 100 cm.-es nyomásnál a tumor teljesen eltűnt, úgy hogy a pylorus falvastagsága a gyomor többi részének vastagságát nem multa felül.

Mint hogy pedig kísérletileg pylorusgöresöt létrehozni nem sikerült, ennél fogva nem is tudhatjuk azt, hogy milyen mértékű antrumvastagságot tud előidézni egy spastikus contractura a pyloruson, de az eddig talált méretkülönbségek (rendes körülmények közt 2—3¹/₂ mm., stenotikus gyomorban 3¹/₂—5 mm. Ibrahim és Wernstedt szerint) nem olyan nagyok, hogy más, mint fokozati különbségeket felvenni jogosítva volnánk. Nézetem szerint nagyobb súlyt kellene fektetni a kérdés megítélésékor Pfandler azon leletére, hogy a rendes, de antrumcontractált gyomor és a pylorusszűkületes gyomor alakja majdnem egyforma a bonczoláskor. A bántalom, illetve akár a hypertrophia, akár a göres veleszületett volta ellen

szól 1. a gyermekek egy részének akadálytalan fejlődése az első napokban vagy hetekben, 2. hogy újszülöttek hulláiban a hypertrophia, illetve nagyobb antrumcontractio kimutatva nincs. Ibrahim mértékadó bírálata szerint ugyanis a 4 leirt ily eset (Ashby, Simonsohn, Dent és Delamare) nem magyarázható feltétlenül ily értelemben; 3. a tünetek kimaradása vagy nagyfokú csökkenése olykor napokon át, végre 4. a kétségen kívüli functionális gyógyulás ugyanakkor, mikor az „izomtúltengés“ még változatlanul megmarad, magával az izomtúltengéssel egyáltalán nem magyarázható; Freund egy esetében a súlyos tünetek egyik napról a másikra hirtelen fejlődtek vissza. Bernheim-Karrer egy újabb észleletében, a mely az élőben a teljes kórképet mutatta, boncoláskor a colon és pylorus közt talált összenövéseket, de izomtúltengést nem, a miből nézetem szerint mindenesetre következtethető, hogy izomtúltengésnek lennie nem szükséges. De a felnőttek Landerer-Maier típusú szűkületében sem fejlődik izomtúltengés, valamint az olykor éveken át ismétlődő felnőttkori pylorusgöres után sem. Izomtúltengés ellen szól, hogy sem a kötőszövetben, sem a serosában, sem a többi falrétgben nincs megfelelő elváltozás, és főleg az, hogy mindig erősen ráncolt, redőzött a nyálkahártya s éppen a redőzöttség az, a mely a tényleges akadályt legnagyobb részben okozza.

Igen csábítóan látszanék a pylorusreflex vizsgálatakor újabb nyert adatokat felhasználni a bántalom megmagyarázására. Vegyi okokra már régebben gyanakodtak (Freund, Knöpfelmacher). De a gyógyítási eredmények nem szólnak a zsír kiváltó szerepe mellett, és a hyperchlorhydriának, a mely sok esetben kimutatható, szintén nem tulajdoníthatunk mást, mint másodlagos jelentőséget. A táplálék zsírdús voltának hatását a pylorus-zárásra tanulmányozva Tobler kimutatta nemcsak a zsír fölhalmozódását a gyomorban Pavlov-Dastre-féle fistulás kutyaiban, de az ezáltal előidézett reflektorius, a duodenumból szabályozott hosszabb ideig tartó pyloruselzáródást is (ugyanazt mutatta ki savra is). Egészséges gyermekben is a zsírtartalom irányadó a gyomoremésztés tartamára; ez a lelet magyarázná, hogy miért van sok esetben zsírdús táplálékra hányás és súlyesés, zsírszegényre pedig súlynövekedés. De tisztázottnak a viszonyok éppen nem tekinthetők; Pavlov és Boldyreff szerint olaj éppen megnyílásra bírja a pylorust, hogy pankreasnedv folyhasson vissza a gyomorba az olaj megemésztésére. A tejszírnak ez a hatása még nincs bebizonyítva, de, mint Ibrahim helyesen megjegyzi, azt sem tudjuk biztosan, hogy a zsír direkt vagy indirekt idéz-e elő pylorus-zárást. Tobler vizsgálatai folytán közel fekvő volt a gondolat, hogy a beteget centrifugált anyatejjel vagy tejsavóval tápláljuk; Feer ez irányú eredményei azonban éppen nem egyértelműek. Magam is láttam nagyobb csecsemőn egy, csakis idült pylorusgöresnek magyarázható esetet, a mely hat hónapi fennállás után, mely idő alatt a gyermek annyira visszamaradt, hogy súlya 1 éves korban csak 5 kgm. volt, centrifugált anyatejre gyógyult; de mások is, magam is láttam oly esetet, a melyben a gyógyulás éppen zsírdús táplálékra állott be. Kétségtelenül értékes ránk nézve Tobler újabb vizsgálataiból az az adat, hogy a tej emésztése a gyomorban valóságos vegyi rendeződés útján történik, először ürül ki a savó, azután az oldott casein, legutoljára a zsír. Így érthető, hogy mivel a duodenumba csak folyékony anyagok kerülnek, még nagyfokú úgynevezett „szűkület“ esetében is jut valami a bélbe. A pylorusreflex eddigi ismeretével azonban a bántalom pathogenesisét teljesen magyarázni nem tudjuk, legfőleg azt mondhatjuk, hogy mivel a pylorus záródása ily szövődött és annyi ingerre alkalmazkodni tudó vegyi reflex által szabályoztatik, még kevésbé szükséges az izomtúltengés fölvétele a bántalom magyarázatára.

Az izomtúltengés tanának nézetem szerint csak 3 komoly érve van: 1. A Wernstedt és Ibrahim által mért falvastagság — a melylyel a mi leletünk is megegyezik —, de a méretkülönbségek valóban nem oly nagyok, hogy az élettani határok közt maradó contractio és a kóros contractura által okozott különbséggel ne volnának magyarázhatók. 2. Az, hogy a functionális gyógyulás után a bonczélet változatlan, a minek megfelel a Bernheim-Karrer újabb kísérleteivel kimutatott visszamaradás a gyomor mozgató képességében. Ezen érvet tekintem a legkomolyabbnak, de nem teljesen meggyőzőnek, mert megmagyarázható a beidegzés zavara, vagyis a göreselmélet alapján is. 3. Az ugyancsak Bernheim-Karrer által talált meggyőzőbbé az izomsejteknek és magvaknak nem egyértelmű és nem kétségtelen bizonyíték; bonczolástani és szövettani leletekre

támaszkodni élettani viszonyok megfejtésekor nem könnyű feladat s akárhányszor adott már okot félreértésre. Helyesen jegyzi meg Pfandler pl., hogy a vizsgált gyomrok formalinkeményítése annak összehúzó hatása miatt sok bonczoláslelet helyes értelmezését kérdéssé teszi az eddigi pylorusstenosis casuistikájából. És emlékezzünk csak vissza a paedatrophia tanára, a melynek helyes megértését rosszul magyarázott szövettani adatok évtizedekig visszatartották; vagy a „megalocolon congenitum“ tanára, a melyet Tschernoff legújabbban mint szerzett megbetegedést tüntet fel.

De megvallom, hogy azt, vajjon fejlődik-e másodlagosan izomtúltengés vagy nem, semmi esetre sem tekintem a kérdés lényegének, az elsődleges izomtúltengést pedig, mint a bántalom okát teljesen ki merném zárni, bár nem hallgathatom el, hogy éppen a legújabb időből van homlokegyenest ellenkező nézet is, a Bernheim-Karrer-é, a ki az izomtúltengést tartja említett vizsgálatai nyomán elsődlegesnek, a göresöt pedig csak a megbetegedés egy — nem is mindenkor jelenlevő — szakaszának. E nézet semmi esetre sem áll meg. Akár van izomtúltengés a pyloruson, akár nincs, tüneteket csak akkor idéz elő, a mikor göresös összehúzódás is van jelen; a bántalom lényege a göres, nem pedig az izomtúltengés.

Azt a nézetet pedig, hogy a bántalom lényegében torzfejlődés — ennek jele az izomtúltengés —, egyáltalában nem lehet, nézetem szerint, vitatni. Velezületett torzfejlődések vagy fejlődési rendellenességek nem szoktak meggyógyulni.

Nem csatlakozhatom azok nézetéhez sem, a kik a bántalom keretében két külön tyust akarnak egymástól határozottan elkülöníteni, az egyszerű pylorusgöresöt és a hypertrophiás alakot (Pfandler, Feer). Jellemző különben, hogy újabbban mind többen igyekeznek a hypertrophiás alakotól az egyszerű göresös formákat elkülöníteni (Weil és Pehu: spasme du pylore essentiel; Willcox és Milne: acid dyspepsia). Ha csak a magam eseteiből akarnék következtetést vonni, már akkor feltűnő, hogy milyen óriási a különbség a két leirt eset közt; az egyikben mindig tapintható volt a pylorus, a másikban soha, de ebből nem tartanám jogosultnak azt a következtetést levonni, hogy a második eset más typus; egyszerűen vannak könnyebb és súlyosabb esetek a contractura foka szerint.

A velezületett göres elmélete Thomson-tól (l. c.) származik, szerinte a bántalom oka az incoordinatio a pylorus és a gyomrot kiürítő erő, illetve izomzat közt (vagyis az antrum és a pylorus közt). Ez alapon jönnek létre a göresök és a másodlagos izomtúltengés; a bántalom már a születés előtti eredetű és összefüggésben van a magzatvíz nyelésével. Thomson egyúttal az első, a ki a gyomor nyálkahártyájáról kiváltott reflexet veszi fel a pylorus-göres okául.

Bármily genialis legyen is ez az elmélet, az ily születés-előtti okok egyáltalán nem fogadhatók el; ezekkel nem egyezik a gyermekek egy részének teljesen rendes fejlődése az első élethetekben; a magzatvíznyelés kórokozó szerepe — legalább a születés előtt — egyáltalában kérdéses, végre az, hogy az úgynevezett „hypertrophiás“ rész nemcsak a pylorusizomzatra terjed, hanem az antrum egy igen tetemes részére is. Éppen az akadályozza meg Wernstedt egészen mértékadó vizsgálatai szerint a gyomor kiürülését, hogy „az antrum izomzatának a duodenum melletti része göresös összehúzódásban van“ és a contractura nemcsak a sphincter pylorira szorítkozik, hanem kiterjed az antrum izomzatának igen tetemes részére.

Ez alakjában a Thomson-féle elmélet tehát semmi esetre sem tartható fenn, de megmarad belőle a göres és az incoordinatio gondolata.

Heubner is a göresös elmélet híve s a Thomson-féle incoordinatióból látszik kiindulni, mikor a Little-kór könnyebb alakjával állítja párhuzamba a göresöt s arra gondol, hogy az agy és a környezet, itt a gyomor közti beidegzés fejletlensége játszhatik szerepet a bántalom fejlődésében. Igen érdekesen kísérte meg ontogenesise alapon magyarázni Ibrahim a bántalmat. Müller azon leletére támaszkodva, hogy van a foetus fejlődésének oly szakasza, mikor a pylorusatorna aránylag túlerős, azt vette föl, hogy tulajdonképpen embryonális viszonyok megmaradásával van dolgunk, a gyógyulás pedig úgy következik be, hogy a gyomorfal maga is megvastagodik (kompenzáló folyamat) s idővel mintegy legyőzi a pylorust. Müller leletét azonban Wernstedt és Cunningham nem tudta bebizonyítani, a mi pedig a gyógyulást jellemező gyomorfallvastagodást illeti, úgy 1. nem mutatható ki szabálysze-

rűen; 2. ha megvan, éppen a bántalom tetőfokán, nem pedig a gyógyuláskor észlelték; 3. hogy nem előrehaladó folyamat, arra a mi műtett esetünk szolgáltát bizonyítékot, a hol a második műtét idején a gyomorfallal éppen nem volt vastagabb, mint az első alkalommal; 4. a gyomorfallal vastagodását úgy is fel lehet fogni (Heubner), hogy az nem kompenzáló folyamat, de a pylorusmegvastagodás analogiája.

Wernstedt szerint a bántalom neurosis; lényege a göres; az izomtúltengés csak másodlagos. „Születéskor nincs göres és nincs hypertrophia, de van dispositio.“ Ezt szóról szóra alá merem írni.

De miben áll a dispositio és min alapszik?

Részemről a következő alapokon igyekszem a kóralak pathogenesisét megfejteni:

1. Kétségtelen, hogy minél fiatalabb a csecsemő, annál inkább hajlamos, valószínűleg idegrendszere fejletlensége folytán, részben pedig öröklött okokból is, *spastikus állapotokra* (újszülöttek hypertoniái, eklampsiák). Hogy ily göreshajlammal a gyomorbélhuzamban is találkozunk, az is kétségtelen, bár erre még kellően nem mutattak rá. De, bármilyen távolinak és merésznek látszik is az analogia, rá kell mutatnom arra a hasonlatosságra, melyet az *ideges hajlamú anyatejszopó gyermek bélgöresös dyspepsiái és a pylorusgöres között találunk.*

Eppen a német mérvadó irodalomban nem foglalkoznak eléggé ezzel a rendkívül makacs, minden beavatkozással dacoló körképpel, az egyedüli Czerny az, a ki e gyermekeken az ideges dispositiót hangsúlyozza. Nincs azonban kellően kiemelve az a körülmény, hogy akárhányszor, minden legcsekélyebb, nem is ismétlődő étrendi hiba után milyen makacs ez a bántalom és mennyire uralkodnak a kórképen akárhányszor a *spastikus tünetek.* A későbbi életkorban sem ezt a makacs dacolást minden beavatkozással, sem ily nagy mértékben spastikus jelenségeket nem látunk, bár sokkal súlyosabb megbetegedési formák jönnek elő. A bélgöresök rendkívüli hevessége, a kemény has, a göresös ordítás, az olykor explosiv jellegű hányás éppen az első élethelethez támadó dyspepsiára jellegző, éppen úgy, mint a hogy a tünetek momentán megszűnése egy beöntésre, vagy magától újra jelentkezése a legnagyobb intenzitásban, a nélkül, hogy meg tudnánk mondani, hogy miért — nézetem szerint feltétlenül ráutal arra, hogy az első élethelethez *ily spastikus beidegzés könnyebben jöhet létre; mert a későbbi korban, bármilyen súlyosak is a jelenségek, az előtérben nem a spastikus állapotok állanak többé.*

2. Ha tekintetbe vesszük az újszülött és egész fiatal csecsemő rendkívüli hajlamát a hányásra, ha mérlegeljük, hogy ez a hányás mindig nausea nélküli s a gyermeket akárhányszor még a tovább szopásban sem zavarja; hogy aránylag kiskokú emésztési zavarok milyen makacs és sokszor göresös hányással járnak; hogy idült táplálkozás-zavarokban akárhányszor heteken, sőt hónapokon keresztül észlelhetünk egész explosiv jellegű hányásokat, a melyek naponta többször (vannak pl. eseteim, a melyekben 15—16 ilyen hányást észleltünk *hónapokon át naponként*) ismétlődnek és megmaradnak e hányások akkor is sokáig, a mikor már az emésztési zavar elmúlt: arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a csecsemőben *már rendes körülmények közt is olyan a gyomor beidegzése és működése, a mely a göresös hányást megkönnyíti és elősegíti.*

Innen pedig közelfekvő az a gondolat, hogy a csecsemők ezen *jellegzetes, ezelőtt „physiologiainak“ (!) nevezett* habituális hányása és a pylorusgöres akár legsúlyosabb alakjai közt valószínűleg *csak fokozatos különbségek vannak.*

Az, hogy az esetek egy részében — különösen idősebb gyermekeken — a peristaltika nem látható és a pylorus nem tapintható, nem lehet elég ok, hogy ezeket egymástól különválassuk. Az előbbieken egyszerűen időnként támad a kisebb-nagyobb göres a pyloruson, az *utóbbiakban állandó, intenzitásában változó contracturára vezet, ez pedig esetleg az izom túltengésére.*

Minthogy azonban teljesen kétségtelen, hogy contractura nélkül maga az izomtúltengés — ha jelen van egyáltalán — *nem idéz elő tüneteket, csakis akkor fejthetjük meg a csecsemők pylorusgöresének kórokát, ha nem az izomtúltengésből, de a kétségeinkivüli contracturából indulunk ki s ennek okát keressük.*

Ezt pedig meg fogjuk találni egyrészt a csecsemő fent vázolt élettani viszonyaiban, másrészt akkor, ha a bántalom lényegét jellegző göresös hányásból indulunk ki.

A hányás mechanizmusa, akármilyen körülmények közt, akár a gyomorból, akár az agyból induljon ki az inger, mindig egyforma. A hányás *első szakasza mindig a gyomor fundusizomzatának ellazulása és a cardia megnyílása; csak a mikor ez már megtörtént, akkor következik be a hányás második szakaszaképpen a gyomor mozgató izomzatának, az antrumizomzatnak éppen olyan, legfeljebb esetleg erősebb összehúzódása, mint a gyomornak a bél fele való normális kiürítésekor. A gyomortartalom az antrumizomzat összehúzódása által mindig a kisebb ellenállás irányában mozgattatik; rendes körülmények közt a duodenum felé, a fundusizomzat előzeles tonuscsökkenésekor a cardia felé.*

Ilyen körülmények közt még azt a kérdést is fel lehetne vetni, hogy vajjon *nem a fundusizomzat ellazulása tekintendő-e itt elsődleges kóros momentumnak?*

Az kétségtelen, hogy a gyomor fundusizomzata és az antrum- vagy mozgató rész izomzata egymást bizonyos egyensúlyban tartja; a csecsemő vázolt élettani viszonyai (a beidegzés fejletlensége?) azonban olyanok, hogy a *mozgató rész izomzata aránylag könnyebben juthat túlsúlyba, mint a későbbi korban — innen a könnyebb hányás.*

Minthogy pedig az egymást ellensúlyozó izomcsoportok mindig úgy tekinthetők, mint antagonisták, igen valószínűnek tartom, hogy, *ha a mozgató rész tonusa túlnyomóvá lett, éppen úgy beállhat az izomzatában contractura, mint a hogy contracturába jönnek mindig a végtagok azon mozgató izmai, melyek antagonistái bémúltak vagy tonuscsökkenést mutatnak.* Ugyanez az eredmény akkor is, ha a fundusizomzat ellazulása, tonuscsökkenése nem kóros — erre nézve nincs is bizonyítékunk —, de a mozgató részé valamely okból túlnyomó; elég erre a relativ túlsúly. A mozgató résznek ezen veleszületett agyfejletlenség folytán túlnyomó beidegzése — a minek megfelelően az észlelt esetekben talált ideges dispositio, a minek megfelelően a korai csecsemőkori hajlama spastikus beidegzésekre egyrészt, könnyű hányásra másrészt — volna e szerint az oka annak, hogy *a pylorus és az antrum egy részének fokozódó contracturája fejlődik ki az izomantagonismus törvénye szerint s ez idézi elő a megbetegedést.*

Eléggé valószínűnek tartom emellett, hogy a mozgató rész eme túlnyomó beidegzésére a táplálkozás módja (nehézített szoptatás?) és a duodenumról szabályozott pylorusreflex (zsír esetleg savak pylorus-záró hatása?) van befolyással.

Az első élethelethez nem kell az *arra hajlamos* csecsemőn semmiképpen sem nagy ok arra, hogy előbb a göresöt, majd annak szokásos ismétlődését, súlyos esetben pedig az állandó contracturát kiváltsa; éppen úgy, mint akárhányszor nem tudjuk kideríteni az okát az általam említett anyatejdyspepsiáknak.

E felvétel mellett a gyógyulás könnyen magyarázható; ha megszűnik a contractura, megszűnik az akadály, akár fejlődik izomtúltengés, akár nem, mert a tulajdonképpeni szűkület csakis a contracturált pylorus erősen redőzött nyálkahártyája által van feltételezve. A contractura pedig megszűnik akkor, ha az antrumizomzat és a fundusizomzat egyensúlyzavara megszűnt, *ha a beidegzés rendessé vált.*

Ez elmélet nézetem szerint teljesen megmagyarázza a csecsemők pylorusgöresét és nincs ellentétben az eddigi vizsgálati adatokkal. Thomson elméletével az enyém az „incoordinatio“, Ibrahiméval pedig a „compensatio kifejlődésének“ gondolatában találkozik, de a contractura fejlődését önállóan magyarázza.

A mit pedig Wernstedt dispositionának nevez, az nézetem szerint az antrum-izomzatnak már kisebb ingerekre spastikusan reagáló beidegzése s így túlsúlyba jutása a fundusizomzat fölött.

A *gyógykezelésről* összes észlelt eseteim alapján sem mondhatok valami újat. A kölni congressuson (1908) főleg az volt a vita tárgya, hogy végeztessenek-e gyomormosások, vagy sem; Feer a Heubner-féle álláspontot védi s eltekint a gyomormosásoktól. Én második esetemben nem csináltam, mert az elsőben sem láttam tőle eredményt. Forró borogatások (kataplasmák és thermophorok), kis adagban adott karlsbadi víz, a táplálékmenyiségnek az esethez alkalmazkodó fokozása — mesterséges táplálás esetén elméletileg inkább megokolt a zsírszegény, mint a zsírdús táplálék —: ezek volnának az elfogadott elvek, de zsírdús táplálással is vannak eredmények, az anyatej minden körülmények közt előnyben részesítendő.

Kétségtelen, hogy belső gyógykezelésre az esetek nagy része, kitarthatás és türelem mellett, még nagyfokú lesóványodásnál is meggyógyul. Az is biztos, hogy a pylorus tapinthatósága nem lehet indicatio a műtétre. Hogy mikor végeztessük a műtétet, arra csak a gyermek állapota lehet mértékadó. Semmi esetre sem helyes *Heubner* szerint lehetőleg várni a 3. hónap végeig, a mikor legtöbbször beáll a spontán gyógyulás. A mennyiben ily kevés eset alapján e kérdéshez hozzá lehet szólni, az a nézetem, hogy ez első sorban a lesóványodás *gyorsaságától* és a *constipatio mértékétől*, másrészt attól fog függni, mennyiben vannak szünetek (hányásmentes periodusok). A hol a hányás folytonos, a hol székrészletek heteken keresztül nem ürülnek, a hol 1—2 hét alatt 20—25 százalék vagy még több a súlyvesztés, nem való várni a spontán gyógyulásra. Semmi esetre sem várnám be, míg a gyermek teljesen elgyengül. Oly esetek, mint a mienk, a hol a teljes kimerülés ellenére mégis sikerrel járt a műtét, mindig a legkivételesebbek közé fognak tartozni. Ha pedig ily módon elgyengült gyermeket operálunk, akkor arról gondoskodni, hogy a következő 24 órában akadálytalanul juthasson táplálék a bélesatornába; ez elengedhetetlen indicatio. És éppen azért az általunk végzett és ajánlott *pylorus-intubatio életmentő eljárás lehet*.

II. rész.

Berend előrebocsátott fejtegetései után a bántalom pathológiájához kevés hozzáfűzni valóm marad. A fent leírt, és az első perctől fogva exacte megészelt esetek kórtörténetéből és a hozzájuk esatolt táblákból a bántalom képe szépen boltosodik elő. A klinikai kép röviden az, hogy valamely, rendszerint normális súlylával született csecsemőn, az első hetekben a szopás közben nyugtalanság, majd indokolatlan hányás, és pedig *explosiv* jellegű, sugárban történő hányás jelentkezik és a gyermek soványodni kezd. A hányás gyakoriságával arányban a széketét és vizelet megkevesbedik, obstipatio támad és az alhas mindinkább behúzódik. Az alhas eme behúzódottságával ellentétben feltűnő az epigastriumnak, különösen baloldalt a gyomortájának erős előboltosulása. Ezen előboltosulást maga a tágult gyomor adja, a miről bázisingszó levezetése, a gyomortartalom kiürítése, és folyadékmal vagy levegővel való megtöltése segítségével könnyen meg lehet győződni. Jellegzetesek és a bántalom abszolút biztos criteriumai azon *feltűnően erős peristalticák*, melyek az epigastriumot előboltosító tágult gyomron csakhamar jelentkeznek, kis megszakításokkal úgyszólván állandóan mutatkoznak és a csecsemők vékony (ez esetben lesóványodott) hasfalain át igen jól láthatók. Abnormális erős, a hasfalakon keresztül is látható tetaniás peristalticák, ha azok tágult bélszakaszokon mutatkoznak, abszolút biztos jelei valamely chronikus lumenszűkületnek. Ez szabály.

A bántalom tetőfokán tehát a gyomortágulatból és a gyomron jelentkező erős peristalticákból a diagnosist egy pillanat alatt meg lehet csinálni, azonban nem tévesztendő szem elől, hogy úgy a gyomortágulat, mint a fokozott peristalticák vagyis a muscularis-hypertrophia kifejlődéséhez idő kell, vagyis e fontos tünetek a bántalom kezdetén hiányoznak és csak successive fejlődnek ki. Kifejezett, súlyos esetekben, midőn a pylorus keveset, vagy éppen semmit sem bocsájt át a bélbe, a belek inanitiós contractiója folytán beesett alhasnál a *hypertrophiás pylorus mogyorónyi, kemény, hosszúkas képlel alakjában sokszor tapintható*. A pylorus ezen tapinthatóságára nézve is áll az, a mit a tágulatot és peristalticákat illetőleg mondottunk, hogy csak a bántalom előhaladottabb szakában észlelhető, vagyis csak ritkán a 2—3. héten innen.

A bántalom pathológiájának kérdése szempontjából fontos, hogy a betegség foka és súlyossága esetenként változik. A leg-súlyosabb, gyorsan inanitióval végződő esetektől a legenyhébb, spontán gyógyuló formákig, minden átmenet észleltetett, sőt nevezetes, hogy aránylag súlyos kórfarmák is váratlanul, hirtelen, spontán javulhatnak.

A betegség autopsia- vagy műtéti lelete gyanánt a *pylorus-muscularis kifejezett hypertrophiáját* említi minden szerző, tár-sulva a gyomortest tágulásával és mérsékelt túltengésével. Nevezetes, hogy a *pylorus lumene megszűkülve nincs, hanem az a bevezetett műszerek előtt könnyen megnyílik, sőt normális méretein túl is kitágítható, vagyis bonczolástani szűkületet, mechanikai akadályt a pyloruson találni nem lehet*.

Mi tehát az oka ezen, klinice oly súlyos fokokat elérő gyomorkiürülési zavarnak? A pylorus muscularisának hypertrophiája *önmagában véve* nem lehet akadálya a gyomor kiürülésének, hiszen a pylorus nyálkahártyalumenének kalibere normális. A kiürülési akadály csak „*functionális*“ lehet, vagyis a hypertrophiás pylorus *spastikus összehúzódása*. Teljesen osztom *Berend* nézetét, a ki a bántalmat első sorban innervációs zavarnak, a pylorus és cardia innervációs zavarának tartja, a pylorus-muscularis-hypertrophia pedig alárendelt és másodlagos jelentőségű. Ezen felfogás plausibilis, mert sok oly körülményt megmagyaráz, melyet az egyszerű hypertrophia-elmélet nem tud megfejtetni. Így például a hirtelen spontán beálló javulás, a végleges gyógyulás, továbbá a tünetek megszűnése a tapintható pylorus-hypertrophia *fennállása daczára*, mind csak az „*innervációs zavar*“ elmélettel magyarázható meg.

Ha a bántalmat innervációs zavarnak, functionális neurosisnak tekintjük, úgy ezzel a therapia, különösen a sebészi therapia határait is kijelöltük, illetve megszorítottuk. Kezdetben csak a belső kezelés jöhet szóba (gyomormosás, alkaliák, esetleg sedativumok adagolása, thermophor stb.), hiszen az innervációs zavar, a spasmus megszüntet joggal várni lehet. Sebészeti beavatkozni csak akkor szabad és kell, ha a spasmus makacs fennállása folytán inanitió fenyeget.

Hogy ilyen esetekben az eddig ajánlott sebészi eljárások közül *melyiket választjuk*, arra, a vélemények eltérő volta daczára is, azt hiszem, egyszerűen meg lehet felelni. Véleményem az, hogy ha a bántalom functionális innervációs zavar, akkor a sebészeti beavatkozások közül a priori kizárandók mindazon eljárások, melyek a gyomor normális kiürülési viszonyait a későbbi élettartam számára definitíve megváltoztatják, vagyis: 1. a pylorus-resectio és 2. a gastroenterostomia.

A pylorusresectio, melyet egyik másik szerző ajánlatba hozott, már a beavatkozás súlyosságánál fogva is absurdum.

A gastroenterostomiának két nagy hátránya van: 1. fiatal, néhány hetes pylorospasmusos csecsemőkben az inanitiós contractióban lévő vékonybelek oly szűkek, falzatuk a muscularis fejletlen volta miatt oly vékony, hogy a gastroenteroanastomosis csak igen finom tűkkel és minutiosus technikával valósítható meg, mint ilyen egyáltalában nem könnyű feladat és a csecsemők zsenge korához képest tekintélyes beavatkozás. Arra lehetne gondolni, hogy a gastroenterostomia ilyenkor *Murphy-gombbal* gyorsan végeztessék. A gomb alkalmazásával szemben aggályaim vannak. Azt hiszem, hogy a gomb a bélfal vékonysága mellett könnyen fog decubitust és perforatiót okozni.

2. A gastroenterostomiának másik nagy hátránya az, hogy a gyomor normális kiürülési viszonyait egyszer és mindenkorra tetemesen megváltoztatja. Tudjuk, hogy a gyomor normális kiürülése a pyloruson át a duodenum felé, ez utóbbinak nyálkahártyája felől finom reflex-mechanismus révén szabályozza az epe- és pancreas-elválasztást, a gyomormozgásokat, pylorus-zárást, nyitást stb.-t. A gastroenterostomia nem physiologias állapot és azt senki sem fogja állítani, hogy a normálisan működő pylorussal egyenértékű. Jogosult akkor, ha a pyloruson valamilyen organikus akadály székkel, de a csecsemők szóbanforgó pylorus-spasmusánál a gastroenterostomiát nem tartom megengedhetőnek. Nem pedig azért, mert egy functionális és mindenek szerint muló, spontán javulásra is hajlandó innervációs zavar miatt a gyomor normális kiürülési viszonyait egyszer és mindenkorra megváltoztatni olyan eljárás, mely legalább is túlló a czélon.

Másrészt nagy kérdés, vajjon a zsenge korban végzett gastroenterostomiák után hogyan fejlődnek a gyermekek? Erre vonatkozó tapasztalataink még teljesen hiányoznak, bár a kérdés szempontjából rendkívüli fontosságú volna. Hogy peptikus fekélyek az elvezető szárbán nem lesznek ritkák, azt *Mikulicz* esete igazolja.

Nézetem a csecsemők pylorus-spasmusának sebészi terapiáját illetőleg az, hogy a bántalom „*functionális*“ voltát tekintve, csak olyan eljárások jöhetnek szóba, *melyek a gyomor normális kiürülési viszonyait és a gastroduodenális innervációt nem befolyásolják, hanem a későbbi életkor számára a normális kiürülési és reflex-viszonyok megmaradnak*. Ezen kívánalmaknak csak két eljárás felel meg: 1. a *Loretta-féle pylorusdivulsió* és 2. a *pylorusplastica*.

1. A *Loretta*-féle divulsio abból áll, hogy a gyomron kis bemetszést teszünk és az azon át bevezetett műszerrel a pylorus lumenét a keztyüujjtágítás módjához hasonlóan erélyesen megtágítjuk. Az eljárás egyszerű és gyors és az irodalomban elég nagy számmal vannak esetek, melyekben az eljárás eredményes is volt; az esetek egy részében azonban eszerbenhagyott. A mi esetünkben a *Loretta*-féle eljárásnak semmiféle eredménye sem volt, a hányás utána éppen úgy fennállott, mint annakelőtte. Ha szabad egy esetből valamely műtét értékét illetőleg véleményt formálni, úgy a mi véleményünk a *Loretta*-műtétet illetőleg kedvezőtlen. Azt hiszem, a dolog úgy áll, hogy könnyű esetekben az eljárás jó lehet, de súlyos esetben, mint a milyen a miénk volt, a spasmus csakhamar újból jelentkezik és beáll a régi állapot. De ez természetes is, ha meggondoljuk, hogy a divulsio folytán létesített *pylorus-izomparezis* nem marad állandó, hanem csakhamar reparálódik, az izomzat újból contractilis lesz és az innervációs zavar fennállása mellett ismét jelentkezik a spasmus. Így volt ez a mi esetünkben is. Ezért voltunk kényszerülve a 21. napon 2200 gm. testsúly mellett végzett divulsio eredménytelensége után, a 28. napon 1850 gm. testsúly mellett *pylorusplasticát* végezni, a mely azután teljes eredményre vezetett.

A *pylorusplastica* aránylag egyszerű, gyorsan végezhető beavatkozás, mely véleményem szerint a csecsemők pylorospasmusánál egyedül jogosult. Óriási előnye, hogy a gyomor kiürülési és innervációs viszonyait nem zavarja, hanem a későbbi életkor számára normális viszonyokat hagy meg.

A műtét a *Heinecke-Mikulicz*-féle *pylorusplastica* módjára történik olyformán, hogy az előhúzott gyomor pylorusán a túltengett és erősen megvastagodott muscularist a pylorus hosszstengelyének irányában bemetszük. Esetünkben én a túltengett pylorusizomzatban körülbelül 1½ cm. hosszú metszést ejtettem és a pylorusgyűrűt egészen a duodenális végéig bemetszettem. Akkoriban a pylorus és duodenum mucosáját is megnyitottam, vagyis a metszést a lumenig vezettem, a mi azonban, azt hiszem, fölösleges, a meynyiben ezen esetekben nyálkahártyaszűkülés úgy sincsen. Meg vagyok győződve, hogy egyedül a muscularis átmetszése (extramucosae *pylorusplastik*, *Mikulicz*) is teljesen megfelel a czélnek. Érdekes, hogy a muscularis-gyűrű bemetszése után mennyire visszahúzódik az átmetszett hypertrophiás pylorusizomzat. A hosszszáiban ejtett seb csakhamar rhombikus alakot ölt az erős izomtonus jele gyanánt. A pylorus hosszának irányában ejtett sebet *harántul* kell egyesíteni, a mi elég könnyen sikerül, mert az öltések a hypertrophiás pylorusizomzatban igen jól tartanak. Ha a pyloruson ejtett seb hosszúnak bizonyulna és az egyesítés a pylorus rigiditása folytán nehezen menne, akkor a duodenum falának előhúzása és balfelé történő plicatiója segélyével lehetne a defectus zárását könnyíteni. Esetünkben erre szükség nem volt, az egyesítés könnyen ment. A varrat biztosítása céljából egy darab cseplészel borítottuk azt.

Tekintettel arra, hogy a gyermek a fent leírt második műtét, a *pylorus-plastica* idejében már szerfelett le volt soványodva (már csak 1850 gm.-ot nyomott), gondoskodnunk kellett oly berendezésről, mely mellett a gyermeket közvetlenül a műtétől fogva erélyesen lehessen táplálni. Jejunostomiára gondolni sem lehetett, mert köztudomású dolog, hogy a csecsemők mindennemű bélsipolyképzésre feltétlenül elpusztulnak. Ez szabály.

Úgy oldottuk meg tehát a dolgot, hogy a szájon át egy vékony, körülbelül 7 Char. számú Nélaton-kathetert vezettünk a gyomorba, onnan a pyloruson keresztül a duodenumba és fölötte végeztük a *pylorusplasticát*. A katheter a műtét után helyén maradt és 36 órán át ezen tápláltuk a gyermeket.

Ezen „*állandó pylorus-kathetert*” mi alkalmaztuk először és igen lesoványodott esetek számára megbecsülhetetlennek tartjuk.

Megjegyzendő, hogy a kathetert két napnál tovább bennhagyni nem tanácsos, nehogy decubitus révén varrat-insufficienciát okozzon. Meggyőződésem, hogy azon szép eredményt, melyet a gyermek nagyfokú lesoványodott volta daczára elértünk, jórészt az állandó pylorus-katheter alkalmazásának köszönhetjük.

Használt irodalom. 1. *Hirschsprung*: Jahrbuch für Kinderheilkunde. (K. H.) 28. k. — 2. *Czerny-Feiser*: cit. *Ibrahim*: Ergebnisse der inneren Med., I. k. — 3. *Heubner*: Lehrbuch der Kinderheilkunde. — 4. *Heubner*: Therapie der Gegenwart, 1906. und Verhandlung der Ges.

für Kinderheilkunde, 1906. — 5. *Schulten*: Verhandlungen der Ges. für Kinderheilkunde, 1908. — 6. *Wernstedt*: Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1907. — 7. *Wernstedt*: Monatschrift für Kinderheilkunde. — 8. *Pfaundler*: Lehrbuch der Kinderheilkunde és cit. *Ibrahim* nyomán. Wiener klin. Wochenschrift, 1898. 1028. l. Discussion. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1906. 487. l. és Verhandlungen, ugyanott 218. lap. — 9. *Freund*: Grenzgebiete der Med. und Chirurgie, 1903. — 10. *Ibrahim*: Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilk. I. k. — 11. *Ibrahim*: Die angeb. Pylorusstenose im Säuglingsalter, 1905. — *Berkholz*: Monatschrift für Kinderheilkunde, 1906. — *Gerushimi* és *West*: cit. *Ibrahim*: Ergebnisse. — *Gardner*: Lancet, 1903. — *Weyl*: Jahrbuch, 1905. — *Uffenheimer*: Monatschrift, 1907. — *Frölich*: ref. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1907. — *L. F. Meyer*: Monatschrift, 1907. — *Fuhrmann*: Jahrbuch, 1907. — *Quest*: Monatschrift für Kinderheilkunde, 3. kötet. — *Bouchard*: cit. Quest után. — *Bloch*: Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1907. 65. kötet. — *Tobler*: Verhandl. der Ges., 1907. 411. l. — *Tobler*: Ergebnisse der inneren Med., I. k. — *Tobler* és *Krayer*: Verhandlungen der Gesellsch., 1908. — *Feer*: u. ott. — *Thomson*: Brit. med. Journal, 1902. II. k., 678. l. — *Thomson*: cit. *Ibrahim* nyomán. — *Bernheim-Karrer*: Corresp.-Bl für schweizer Aerzte, 1904. — *Bernheim-Karrer*: Verhandlungen der Gesellsch. für Kinderheilkunde, 1908. — *Kinter*: cit. Wernstedt nyomán. — *Pavlov* és *Boldyreff*: Zentralblatt für Physiol. 18. kötet, 489. l. — *Boldyreff*: Zentralblatt für Physiol. 18. kötet, 457. l. — *Knöpfelmacher*: Wiener klin. Wochenschrift, 1900. *Boldyreff* l. c. — *Cunningham* és *Müller*: cit. *Ibrahim* nyomán. — *Cohnheim*: Physiologie der Verdauung.

Közlés a budapesti Fehér-Kereszt gyermekórház belosztályáról. Főorvos: Berend Miklós dr. egyet. magántanár.

A csecsemőbélár fehérjebontó hatásáról.

Irta: *Czékkel Ferencz* kórházi segédorvos.

Vizsgálataim során czélem volt kimutatni, vajjon van-e az egészséges és beteg csecsemők bélsarának fehérjebontó hatása és ebből következtetést vonni a pankreas és a bélmirigyek (trypsin és erepsin elválasztó) működésére. Felnőtt- és csecsemőbélár ezen fehérjebontó hatásával eddig hatan is foglalkoztak¹; de mindamellett szükségesnek tartom dolgozatom közlését főleg két methodikai kérdés megvilágításának szempontjából, melyekről alább fogok megemlékezni.

Vizsgálataimat némi eltéréssel *Müller*² és *Jochmann* módszere szerint végeztem *Schlecht*³ utasításai nyomán. Az eddigi vizsgálók által alkalmazott beöntéseket és hashajtókat bátran mellőzhettem, mivel csecsemőkön anélkül is nem összeszáradt, hanem elég híg összeállású és nem pangó bélsarat nyertem, a bélsaró resorptiónak ily módon előidézett csökkentésére pedig a lejjebb részletezendő okoknál fogva nem volt szükségem. A nyert bélsarat egyenlő mennyiségű glicerin és víz keverékével dörzsésésében eldörzsöltem s miután 4^o/o-os natronlúggal közömbösítettem, 15—30 percig hidegben ülepedni hagytam. A szilárd alkotórészek leülepedtek, mire kis nyílással pipettával a nyert bélsárkivonatból kis cseppeket helyeztem el a *Löffler*-féle vérsavólemezen.* Fehérjebontó jelenlétében a vérsavólemezen tölesérszerű vájulatok keletkeznek. Vizsgálataimat felerészben a bélsár szűrt kivonatával végeztem. A *Löffler*-lemezeket ezután 55—60^o-os thermostatba helyeztem s nem légfürdőbe, mint *Hecht* és ezáltal megakadályoztam a *Löffler*-lemezek és a reá-helyezett cseppek gyors beszáradását. Az eredményt 24 óra múlva vizsgáltam.

Itt tartom helyénvalónak megemlékezni a már említett kérdésekről, melyek egyike az: hogy vajjon van-e jogosultsága azon felfogásnak, mely a trypsin és erepsin mennyiségéből a pankreas és a bélmirigyek működési fokára akar következtetni. Véleményem az, hogy a mennyiségi vizsgálatok helytelen megfontolásból indulnak ki. A már eddig is másoktól, különösen *Franke* és *Sabatowski*-től kiemelt zavaró tényezőknél kívül, a következőkre akarom felhívni a figyelmet. A bélsár mennyisége a bevitt táplálék, a bélsaró és resorptio változásai folytán már magában is nagyon változó; de annál is változóbb annak folyadékartalma és a fermenthatást fokozó, illetőleg csökkentő, nagyrészt ismeretlen tényezők (bomlástermékek, aciditás, sók stb.) hatása. Így tehát még ha mindig hasonló hígítású bélsarat vettek is, még akkor sem lehet következtetést vonni a széket fehérjebontó hatásából az enzimválasztás fokára, mivel a fentemlített körülmények óriási hibaforrást alkotnak. Ez meg-

* Borjú vérsavó és bouillon keveréke 3:1, melyet Petri-csészébe öntés után megalvasztunk és fractionálisan sterilizálunk.

magyarázza azt, hogy eddig még nem találtak átlagértéket egészséges emberen, sem pedig törvényszerű összefüggést az emésztési mirigyeknek ily módon, másrésztől klinikailag megállapított működése között. Így nem tartom feltétlenül reálisnak Hecht-nek Fuld¹ módszerével talált eredményeit, a ki úgy véli, hogy egyes esetekben a fehérjebontó hatás különböző gyermekekben a fejlődés fokával arányos. Maga a caseinos módszer igen pontos volna, ha nem szerepelne a nagy hibaforrás. Ezek után teljesen feleslegesnek tartok minden quantitativ vizsgálatot s minden exactabb módszert a fehérjebontás nagyságának megállapítására.

A másik kérdés, a mivel főleg foglalkozni akartam s a mit az eddigi vizsgálati sorozatokban nem zártak ki teljes biztonsággal, az: vajjon a Löffler-lemezeket keletkező vájulatok létrehozásában van-e szerepük a bél peptonizáló és thermophil bakteriumainak, mindamellett, hogy a vizsgálatok 55—60°-on történtek. E kérdés vizsgálata céljából a hígított bélsarat Chamberland-szűrőn szűrtem át, hogy bakteriummentesítsem. Mind a hat esetben mutatkozott fehérjebontó hatás a szüredékben.

Két esetben 24 órás vájulatból bouillonba oltottam, hol zavarosodás keletkezett; az üledék azonban nem mutatott a Löffler-lemezen reactiót. Egy esetben az ascites-táptalajon colonia keletkezett, mely bouillonba oltva, majd Löffler-lemezre helyezve fehérjebontást nem hozott létre. Határozottan kimondhatom tehát, hogy az alkalmazott methodika mellett a bakteriumok nem játszanak szerepet a fehérjebontás létrehozásában.

Önként vetődik még fel az a kérdés, hogy vizsgálataim során mennyiben érvényesül a *genysecjtek fehérjebontó hatása*, annál inkább, mivel számos esetben dolgoztam nyálkás és néha genyes székekkel. Direct vizsgálatot ez irányban ötször végeztem, midőn a széklet csunya nyálkás minősége és a súlyos béltünetek nagyon is indokoltá tették az ez irányban való kutatást. Módszerem a Müller és Jochmann, valamint a Schlecht által is használt eljárás volt, a mennyiben a hidegvérű állat (béka) vérsavójának nagy antitryptikus hatásával kizártam az emésztési mirigyek szolgáltatta enzimek hatását.*

Az említett vérsavó használata mellett csak egy esetben kaptam fehérjebontást, midőn a bélsárnak csakugyan nagy volt a genytartalma. Az eset súlyos alimentáris intoxicatio, genyes-nyálkás székekkel, 39 C°-os hőmérsékekkel, három nappal a halál előtt vizsgálva. Ezen egy esetben lehetséges, hogy hiányzott a bélsárból a trypsin és erepsin és egyedül a leukocytá-ferment okozta a reactiót. Ezen esetre még visszatérek.

Most nézzük eredményeimet: egészséges tápasatornájú gyermekek végeztem vizsgálatot 5, acut táplálkozási zavarban 7, chronicus táplálkozási zavarban 29, koraszülöttön 8 esetben. Rendes vagy vizes széke volt: 26-nak, nyálkás: 15, genyes-nyálkás: 5, szappanos: 3. A táplálékot illetőleg zsíros táplálékot kapott: 15, zsírszegényt: 21, szénhidrát-dúsát: 11, vegyes diatét: 2.

A vizsgált esetek mindegyikében kaptam vájulatot, melyek közül csak az egy fent említett esetben lehetne feltenni, hogy nem egyedül a bélfermentum, hanem a leucocyták fermenthatása is játszott szerepet a vájulat létrehozásában.

Minthogy azonban a *legsúlyosabb esetekben is megtaláltam a bélsár fehérjebontó hatását* és az előttem dolgozók is hasonló eredményre jutottak, föl kell tennem, hogy bél-enzimek mindenkor választanak el, kivéve a hasnyálmirigy nagyfokú elváltozásait, a mint azt Schlecht pankreasnekrosisban tapasztalta, midőn a bélsárban fehérjebontót nem sikerült kimutatnia.

Végül be kell számolnom a meconiummal történt vizsgálataimról. 12 újszülött béltartalma állott rendelkezésemre az első 24 órából. Ezek közül 8 még egyáltalában nem szoptott, tehát a psychikus enzim-elválásztás sem szerepelhetett. Ennek ellenére mindenkor kaptam vájulatot, úgy hogy Hecht-tel szemben azt kell állitanom, hogy már az újszülött is rendelkezik proteolytikus enzima felett. Csecsemőknél tehát, beleértve az újszülötteket, eddig még nem ismeretes oly eset, hol proteolysis a bélsárban ki nem mutatható. Nincs tehát oly betegség, melyért a bélenzym-elválásztásnak megszűnését lehetne felelőssé tenni, s éppen úgy nem tehetjük ezt a debilitas congenita eddig még nagyon is homályos eredetű kórképénél. E vizsgálatok ered-

* Müller és Jochmann vizsgálataiból kitűnt, hogy a hidegvérű állat vérsavója megakadályozza a béltraectus fehérjebontóinak hatását, de nem a leukocyták fermentáló képességét.

ményét tekintetbe véve, meg kell emlékezni a Siebert ajánlatára a csecsemőtherapiában használt *fermenttherapiáról*. Ezen therapia azon elméleti okoskodáson épült fel, hogy súlyos esetekben hiányos a bélenzyme képződése és emiatt nem tudja a szervezet a kapott táplálékot kellőképpen kihasználni. Ez okból tehát pankreon adagolása volna indokolt. Tekintve azonban, hogy vizsgálataim szerint az enzimek minden esetben elválásztatnak, a fermenttherapia elveszti elméleti alapját. Mi nem vártunk ugyan hatást a pankreontól, de próbaképpen néhány esetben adagoltuk. Hatást sohasem láttunk.

Irodalom. Döblin: 1. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 25. sz. — Goldschmidt: Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 12. sz. — Hecht: Wiener med. Wochenschrift, 1908. 45. szám. — Koslowski: Inaug.-Diss. Würzburg, 1909. — Franke-Sabatowsky: Centralblatt f. innere Med., 1909. 22. szám. — 2. Müller és Jochmann: Archiv für klinische Medizin, 1908. — 3. Schlecht: Centralblatt für innere Med., 1909. 6. szám. — Fuld: Archiv für experiment. Pathologie, 1908. 20. kötet, 7. szám.

Közlés a budapesti Fehér-Kereszt gyermekkórház belosztályáról.

A kanyaró elleni kórházi védekezés mai állása.

Irta: **Berend Miklós** dr. főorvos.

A kanyaró behurcolása gyermekkórházakba járvány esetén inkább szabály, mint kivétel, a mit a hosszú, minden tünetet nélkülöző lappangási szak s a szülők hiányos kórelőzményi adatai eléggé megmagyaráznak.

A Fehérkereszt-gyermekekórház építésekor és berendezésekor, mint egyszer már megírtam,¹ minden tekintetben felhasználtam a védekezés összes eszközeit. A kórház nem vesz fel fertőző betegeket; az ambulantián történő fertőzések elhárítására a gyanús és hurutos betegek az utcára külön kijárással bíró boxokban várják be az orvost és nem kerülnek a váróterembe, a mely oly nagy, hogy a betegek zsufolódása s így a Flügge-féle cseppfertőzés elkerülhető; a betegeknek tiltva van egymás mellé leülni.

A védekezés e rendszere, sietek kijelenteni, *teljesen be is vált*. Egyszer sem észleltünk olyan kanyaróesetet felvett vagy ambulans betegeinken, a melyet a rendelőintézetben történt fertőzésnek tudhattunk volna be.

A nehezebb kérdés a kórházban fekvő betegek védelme a kanyaró behurcolása ellen.

Ez ellen úgy gondoltam védekezhetni, hogy minden beteget 14 napig tartok a megfigyelőosztály nyitott üvegajtójú, de különben elzárt üvegrekeszeiben (boxok) lefektetve s csak azután helyezem a betegeket az osztályokra.

Egy másik 4 kis szobából (12 ágy) álló elzárt osztályba pedig a hurutos gyermekeket veszem fel, ugyanoda különítve el az osztályon vagy megfigyelőn huruttal vagy ismeretlen lázzal megbetegedett gyermekeket. (Izoláló-osztály.)

Ezekon kívül 3 osztály van (belosztály, gümőkóros és csecsemő), a melyek egymással nem érintkeznek, külön ápolószemélyzettel is bírnak.

A védekezés e módja eredményes természetesen csak akkor lehet, ha 1. a felvevő osztályok (megfigyelő és izoláló) oly nagy ágy-számmal bírnak, hogy elég nagy forgalom mellett is minden beteg — mert hisz a szülők kijelentésére semmit sem lehet adni — kitartja a megfigyelés 14 napját; e célra első számításom szerint az összes ágyszám $\frac{1}{4}$ -ét kell számítanunk; 2. ha a boxrendszer maga elég védelmet nyújt arra, hogy még behurcolás esetén is korlátozza a betegség tovaterjedését.

Tekintve, hogy a házi fertőzések, különösen a kanyaró, mennyire meg tudják bénítani egy gyermekkórház működését — annál inkább, minél közkórházbibb jelleggel bír az és utalva van a nagyobb betegforgalomra —, e viszonyok tanulmányozása legelső kérdéseink közé tartozott. E célból külön jegyzőkönyvet vezettünk az összes házi fertőzésekről, mindig megállapítva a fertőzés útját ágyról-ágyra és *lehetőleg távol fektetve egymástól* azokat, a kik kórelőzményében kanyaró van stb. Így reméljük, hogy a saját helyi

¹ Mai gyermekkórházak építése és feladatai. Dolgozatok a szt. Margit-kórház 10 évi fennállása alkalmából.

viszonyaink kitanulmányozása is fog bizonyos adatokat szolgáltatni, a melyekkel védekező eljárásunkat kiegészíthetjük. Védekező eljárásunk által elértük azt, a mit büszkén hangsúlyozhatok, hogy vörhenyesetünk egy sem volt, diphtheria-járványunk sem, kanyarónk is valószínűleg kevesebb, mint más gyermek-kórházban. De a védekezés kanyaró ellen még nem teljes és ezért akarok beszámolni e téren tett tapasztalatainkról, a melyek szerzésére bőven nyílt alkalom a folyton járványszerű kanyaró mellett.

Az első 2 kanyaró behuzolása (1908 máj. 8. — jún. 14.) idején még nem voltunk kellően ágyakkal ellátva s a 14 napi megfigyelést nem vihettük keresztül.

1. *Alesch* 2 napi elkülönítő után belosztályra jön, aznap este kezdeti tünetek miatt átteszük az izoláló osztályra.

A megfigyelőn (3 nappal a kütég előtt) *egy* másik gyermeket fertőzött, a kinek izolálása után a megfigyelő osztályon több eset nem fordult elő; az izoláló osztályon egy sem, a 2. belosztályon, a hol a kitérés idején $\frac{1}{2}$ napig volt, 7 gyermek lett kanyarós.

2. *Glücksmann* 1 napig megfigyelőn, a hol 2 nappal a kütég előtt a többi boxban levő gyermekeket nem fertőzte; a Koplík-szakban elkülönítjük, de 5 gyermek kanyarós lesz.

3. Július 7.-én eszméletlen állapotban vétetik fel *Szemes N.* Öt nap mulva az egész váratlan *eruptio kezdetén* elkülönítés; ugyanekkor van a megfigyelő osztályon 17 gyermek, ezek közül egy sem lesz kanyarós.

A kórház teljes berendezése s így a megfigyelő rendszer életbeléptetése után:

4. Július 29.-én vétetik fel *Schillinger*. Hat nap mulva láz miatt izoláljuk. A következő nap majdnem minden hurutos jelenség nélkül könnyű, 1 nap alatt elmúló, rubeolától alig megkülönböztethető kütég. Tíz nap mulva áthelyezzük a belosztályra, a hol 13 nap mulva az ágyszomszédja (*Erdősy*) kanyarós lesz. Ennek a fertőzésnek a módja teljesen érthetetlen. A megfigyelőn csak 1 napig voltak együtt, 24 nappal az *Erdősy* kütége és 7 nappal a *Sch.* kütége előtt; az itt történt fertőzés tehát kizárható. Másrészt az is ellentmond minden tapasztalatnak, hogy a kanyaró 10 nappal a kütég után fertőzzön!

Erdősy ágyszomszédjait rögtön izoláljuk külön-külön szobába, a hol 16 napig semmi gyanús jelet nem mutatnak s e miatt visszahelyezzük a belosztályra, a hol az egyik 2 nap mulva kanyarós lesz (17 nap lappangási idő!) s most már fertőzi első alkalommal megmenekült szomszédját, a kin 13 nap mulva áll be a Koplík-szak.

Ha *Erdősy* ágyszomszédjait nem 16, hanem 17 napig izoláltuk volna, az osztály a fertőzéstől teljesen ment marad. Így 10 gyermek lett a belosztályon kanyarós, annak dacára, hogy minden gyermeket lefektettünk, a gyanúsakat az izolálóba helyeztük s a megbetegedetteket a szt. László-kórházba küldtük.

Annak, hogy a 14 napi lappangási szakban biztunk, más rossz következménye is lett: ugyanakkor, mikor *Erdősy* és ágyszomszédjai az izolálóban voltak, feküdt ott más szobákban is beteg, a kiket, bizva abban, hogy a 14 nap elmúlt, elhelyeztünk, még pedig egyet a megfigyelőbe, egyet pedig az I. belosztályra. Az I. belosztályon óvatosság kedvéért mégis a terem szögletében levő nyitott boxban helyezték el, a hol 8 nap mulva kezdeti Koplík-tünet jelentkezik. Izoláljuk. Az osztályon egy gyermek sem lett kanyarós. Ugyanilyen esetünk volt ugyanazon a gümökóros osztályon a 2. pont alatt említett *Glücksmann*-féle fertőzés idején is. Ennek a fertőzésnek a lappangási szakában a belosztályról a gümökóros osztályra helyeztük *Csaplát*, de 6 méternyire a többi-től. Daczára annak, hogy már csak a kifejezett kütéget vettük észre s csak akkor izoláltuk, az osztály 20 betege közül (12-nek nem volt állítólag kanyarója) *egy sem* betegedett meg.

Ellenben a megfigyelőbe tett gyermek (*Goldberger*), a ki ott 12 nap mulva lett beteg, a boxok dacára fertőzött 5 gyermeket. A többi ott levő 12 gyermek közt volt kanyarója állítólag 5-nek, a kik közül 2, és nem volt kanyarója 7 gyermeknek, a kik közül 3 kapott kanyarót.

Ugyancsak a megfigyelő-osztályon észleltük a következő fertőzést:

5. *Hora* 2 nappal könnyű kanyaró után vétetik föl. Anyja letagadja (a mint utólag bevallotta), hogy lázas és kiütéses volt, mert félt, hogy különben nem vesszük föl. (1909. jan. 31.)

Tizennyolcz napi lappangási idő után, mikor már azt hittük, hogy szerencsésen átestünk s újabb eset nem lesz, megbetegszik az időközben a *csecsemőosztályra áthelyezett Schvarczmann*, de ott alig egy órai tartózkodás után észreveszik a hurutos tüneteket és izolálják, úgy hogy a *csecsemőosztályon egy eset sem fordul elő*. Megbetegszik e közben a gümökóros osztályra áthelyezett *Legensky*, a kitél ott 4 gyermek kapja meg a kanyarót. Végre magán a megfigyelőn betegszik meg *Schramm*. Az osztályt kiürítjük, külön szobákban helyezzük el a betegeket, a kik között több eset nem is fordul elő.

Megjegyzendő, hogy *Legensky* hosszabb ideje feküdt már a megfigyelő osztály csecsemőszobájában, úgy hogy kívülről behozott fertőzés ki van zárva s megint csak a hosszú lappangási idő magyarázza az esetet.

Teljesen érthetetlen módon — itt már csak indirekt fertőzés vehető föl — huzroltatott be a belosztályra *Anischa N.* által a kanyaró. Felvétel az elkülönítő szobába február 27.-én. 21 nap után áttétetik a belosztályra, a hol 2 nap mulva kanyarós lesz. Lefektetjük az összes gyermekeket, az osztály 3 kórterme közt bezárjuk az ajtókat, de a mint rájöttünk, éjjel ezen intézkedést nem tartották be s 7 gyermek kap kanyarót 41 nap alatt 3 csoportban úgy, hogy kórteremről kórteremre halad a fertőzés. A kórház többi osztályára a fertőzés nem terjedt át.

Hat behuzolás fordult tehát elő. Ez idő alatt feküdt a kórházban kb. 450 beteg, kanyarós lett 43.

E száraz számok azonban mit sem bizonyítanak, mert éppen nálunk, a hol minden kütég „rizli“ néven szerepel, sohasem állapíthatjuk meg pontosan, hogy hány gyermeknek volt kanyarója, hánynak nem. Határozottan állíthatom azonban a következőket:

a) Az egyes osztályok egymástól való elkülönítése teljesen bevált, mert összesen az egész 6 járvány alatt egyszer fordult elő, hogy olyan esetet láttunk (l. 6. járvány, *Aniska*), a melyben áthuzrolt, indirekt fertőzést kellett felvennünk.

b) A megfigyelőosztály boxrendszere 5 esetben volt kitéve a próbának:

1. *Alesch*-fertőzésnél 1 gyermek betegedett meg;
2. *Glücksmann*-fertőzésnél egy sem;
3. *Szemes*-fertőzésnél egy sem;
4. A *Schillinger*-fertőzésből eredő *Goldberger* esetében 5 fertőzés;
5. *Hora* esetében 3 fertőzés.

Így tehát a boxrendszer, ha nem is nyújt teljes védelmet — ettől még messze vagyunk —, de bizonyos körülmények közt a fertőzés veszélyét tetemesen leszállítja. Ugyanezt bizonyítják a gümökóros osztály boxaiban tett s említett tapasztalatok (*Csapla* és *Mr. J.*), a mikor mindkét esetben megakasztotta a box a továbbterjedést. Mindeztől a boxok csak 1 méter magas ajtóval bírtak. E tapasztalatok után teljesen záró ajtókat kaptak. Remélem, hogy így hathatóssabb védelmet fognak nyújtani. De már így sem csekély az eredmény, mert az 5 esetben a megfigyelőosztályon összesen legalább 65 beteg volt, ezekből 5 fertőzés; mindenesetre kisebb szám, mint azelőtt volt, a mikor boxokat még nem alkalmaztunk. Az összehasonlítás a belosztálylyal, a hol nincsenek boxok felüti a különbséget; itt behuzolásra 31 gyermek betegszik meg 95 közül.

Magától értetődik, a boxrendszer maga nem elegendő: a legfontosabb a gyors izolálás. És pedig, ha már az osztályra behuzroltatott a baj, nemcsak a beteget kell izolálni, hanem a legközelebbi ágyszomszédait is. Kétségtelennek látszik, hogy a beteg körül egy 5—6 méter széles veszélyes zóna van (*Sevestre*), a melyen túl a fertőzés veszélye nem igen terjed. Kivételt e szabály alól találunk természetesen fennjáró, egymással sokat érintkező betegeknél. A *Flügge*-féle cseppek v. porszemek által továbbított fertőzés valószínűségét igazolja az a körülmény is, hogy észlelt eseteink legnagyobb részében, ha fekvő betegek között terjedt a fertőzés, a kórterem azon oldalán halmozódtak az esetek, a hol az ablakok vannak, s ahol így a légvonal a cseppek tovaterjedését elősegítette. Természetesen nem lesz az ágyszomszédok izolálásának sem eredménye akkor, ha a beteg fennjár s a többiekkel játszik.

A kezdeti szak megítélését a kórházban nagyban megnehezíti az a körülmény, hogy a gyermeknek mindig van más — sokszor

súlyos, legtöbbször lázas — baja is; így tehát az egészen kezdeti hurutos tüneteket akárhányszor nem különböztethetjük meg s így későbbben végezzük az izolálást, mint tulajdonképpen kellene.

Éppen ez okból szabályiá tettem, hogy bármely osztályon jelentkezik egy indokolatlan láz vagy hurutos tünet, a gyermek nedves lepedőkkel borított rácsspanyolfalakkal vétetik körül. A többi ágyat eltoljuk messzebb, mindaddig, míg a viszonyok nem tisztázódnak. Az ilyen boxelzárás egyszersmind köpenyegváltást és szublimátoldattal való kézmosást is kötelezővé tesz az orvosra és ápolónőre.

c) A legfontosabb tapasztalatunk azonban, a mi védekezési rendszerünket teljesen megváltoztatja, az, hogy 2 esetben észleltünk 16, illetőleg 18 napos lappangási időt. Ezeket a rendkívül kivételes eseteken kívül továbbá két esetben 14 napot, egyszer 15 napot észleltünk minden tünet nélkül.

Comby idéz hasonló eseteket. (Traité 172. l. I. k.)

A néhány év előtt e szempontok felett lefolyt vitában Genersich G. közt egyrészt, Bókay és Preisich közt másrészt a gyermekkori fertőző kórok e két legalaposabb ismerője ugyancsak megemlíti a kivételesen hosszú incubatioidót. A mit azonban hangsúlyozni kívánok, az: 1. az aránylagos gyakorisága az én eseteimben a példátlan hosszú incubatioidónek, 2. akárhányszor teljes hiánya az invasiós szaknak.

Tudtommal még senki sem hangsúlyozta, hogy kórházakban a kanyaró lappangási szaka más, mint magánházakban. Én sem merem ezt kimondani, de tapasztalatomra rámutatni szükségesnek tartom egyrészt, másrészt le kellett vonnom azt a következtetést, hogy 14 nap a megfigyelőosztályon nem elegendő. Comby, a ki e kérdéssel sokat foglalkozott, maga is érzi ezt, mert 15 napi megfigyelést kíván. Én e tapasztalatok óta úgy járok el, hogy 1. 16 napi megfigyelés kötelező minden betegre, 2. ha azonban a betegnek lázas vagy hurutos tünetei vannak, még 2—3 napig tartandó a megfigyelés.

Következik azonban ebből, hogy a kezdetben a megfigyelőosztályokon rendszeresített ágyszám (az összes ágyak $\frac{1}{4}$ -e) nem volt elegendő. Ezen ügy segítettünk, hogy az előbb izolálásra használt 12 ágys, 4 kis szobából álló osztályt használjuk második megfigyelő gyanánt. Ha pedig gyorsabb felvétel mellett mind a két osztály megtelik, megfigyelő szolgálatot teljesítenek a kórház külön szobái is, úgy hogy a létszámnak majdnem felét megfigyelés alatt tudjuk tartani 16—19 napig. Teljesen meg vagyok győződve, hogy e rendszabály szigorú keresztülvitele által a további behuzolást a legtöbb esetben meg fogjuk tudni akadályozni.

Meg kell még említenem, hogy e házi járványok alkalmat adtak arra, hogy a Langer¹ által leírt védekezési eljárást kipróbáljam. L. saját kanyarós gyermekével s annak testvéreivel 10/0-os perhydrolbelégzéseket végeztetett 3—4-szer naponta, esetről esetre 20—25 cm³ oldatot használva fel egy-egy belégzésre. Ennek tulajdonítja, hogy gyermekei nem kapták meg a kanyarót.

Az eljárást úgy az általa vezetett gráci gyermekgyógyászati kórodán, valamint Spitzky m.-tanár testegyenészeti osztályán kipróbálta s mindkét osztály elkerülte a további megbetegedéseket.

Sajnos, Langer sem a behuzolt esetek kórházi elhelyezése, sem a többiekkel együtt tartózkodása idejéről, sem az általa észlelt behuzolt esetek számáról nem közöl adatokat. Már pedig, mint az általam közölt észleletekből is kitűnik, egészen más megítélés alá esik az eredmény, ha a felismerés és elkülönítés a hurutos tünetek elején, más, ha fennjáró vagy fekvő betegen történik stb. Nem közöl Langer végre adatokat észleleteinek azon csoportjáról sem, mikor az eljárás nem vált be. Csak annyit említ, hogy ilyenkor a belégzéseket későn kezdték vagy hiányosan végezték.

Én a kísérleteket Langer közleményének megjelenése után rögtön megkezdtem a belosztályomon és pedig a 2. csoport fertőzésében (Glücksmanntól kiinduló kanyaró). (Az első, Aleschtől kiinduló fertőzés elkerülésekor még nem jelent meg L. cikke.)

Az eljárás teljesen pontos keresztülvitele Bulling-féle thermovariátorral, úgy a mint L. leírta, közvetlenül a Koplik-szakban elkülönített eset felismerése és ágyszomszédaitól való elkülönítése nem akadályozta meg 5 kanyaróeset jelentkezését. Hangsúlyozni kívánom azonban, hogy mind az 5 gyermek, a ki a kanyarót meg-

kapta, ott volt már előbb is az Aleschtől kiinduló fertőzés idején, s akkor nem betegedett meg. Most ellenben, dacára a perhydrolbelégzéseknek, kanyarós lett.

Még egyszer megkísérlettük az eljárást az Erdősytól kiindult fertőzéskor a belosztályon és a Legensky-vel bevitt fertőzéskor a gümőkóros osztályunkon. Egyik esetben sem láttunk eredményt. A Langer-féle eljárásnak tehát nem tulajdoníthatok szerepet a kórház kanyaró elleni védekezésében.

Közlés a budapesti Fehér-Kereszt gyermekkórház belosztályáról. Főorvos: Berend Miklós dr. egyet. magántanár.

A Pirquet-féle allergiás próba értéke a csecsemőkori.

Írta: Lukács Pál dr., kórházi segédorvos.

Azon végkövetkeztetés, a melyet már Pirquet¹ eredeti cikkében az általa felfedezett bőrreactio értékére vonatkozólag levont, hogy t. i. e próba a kórjelzés és a kórjósolat szempontjából csak az első gyermekvekre nézve bír érvénytel, ma a Pirquet-próbának immár egész könyvtárt kitevő irodalma alapján nemcsak ismételt beigazolást nyert, hanem a korhatárt illetőleg mind szűkebb körre szorult. Azt mondhatjuk, hogy az érdeklődés a bőrreactiót illetőleg ma főképpen a csecsemőkori oltásokra irányul. A próba egyszerű, kényelmes és veszélytelen volta ugyanis oly eszköz, a mely hivatva volna a csecsemőkori vonatkozólag egyéb, nehezebben kivihető, esetleg az egész fiatal csecsemőre nézve némely szerző véleménye szerint nem teljesen veszélytelen, más kórjelző eljárásokat háttérbe szorítani. A kérdésnek a csecsemőkori vonatkozó irodalma aránylag mégis kiesény, a minek az az oka, hogy nagyobb, kórodailag megfigyelhető, tehát minden tekintetben jól értékelhető csecsemő-anyag kevés szerzőnek áll rendelkezésére, pedig éppen a kórodailag megfigyelt csecsemőgümőkór természetében rejlik, hogy a következtetéseket belőle csak sokkal nagyobb óvatossággal és körültekintéssel lehet levonni, mint a későbbi korban. A csecsemőkori gümőkór ugyanis, mint általában a gümőkór legkezdetlegesebb alakja, egyéb kórjelző eljárásokkal is nagyon nehezen közelíthető meg. Hosszú időre terjedő pontos megfigyelés adhat csak felvilágosítást, úgyanyira, hogy egy bizonyos reakciónak a tanulmányozása, ennek összevetése az egyéb kórjelző eljárásokkal, a melyek maguk sincsenek a csecsemőkori nézve teljesen pontosan körülírva: alig két esztendő alatt még aránylag sem produkálhatott a kérdés jelenlegi irodalmának megfelelő arányos mennyiségű anyagot.

Pirquet a bőrreactio értékét a gyermekkorra nézve következőképpen ítélte meg: ha a próba pozitív, biztosan gümőkóros elváltozás van jelen. Ezen állítás helyességét a csecsemőkre nézve első ízben Engel és Bauer² vonta kétségbe. 48 csecsemőn 6 esetben kaptak pozitív reactiót. Ezek közül 5 kórodailag nem bizonyult gümőkórosnak és valamennyin a probatorius injectio is negatív volt, az egyik boncsolásra került eset pedig gümőkórtól mentesnek bizonyult. E szerzők a probatorius injectiót a Pirquet-próbánál többre becsülik. Langenstein³ 100 csecsemő közül egy esetben kapott pozitív reactiót: ugyanez esetben a boncsolás is gümőkórt mutatott ki. Aronade⁴ 46 csecsemő közül egy kórodailag is gümőkórnak bizonyult eseten pozitív reactiót kapott. Ellenbeck⁵ 232 csecsemőn végzett oltás alkalmával 5 esetben kapott pozitív reactiót. E szerző az eljárást értékesnek és megbízhatónak tartja, azonban szerinte a negatív eredményű oltás csak úgy értékelhető, ha a két-hetenként ismételt végzett oltások is negatív eredményűek. Grüner⁶ a csecsemőkori és az első életvekre nézve a próbát határozottan bizonyító értékűnek tartja. Morgenroth⁷ szerint ha a gyermek a 2—2 heti időközben megismételt oltásra nem reagál, gümőkórtól mentnek tekintendő; ha pedig a próba pozitív, feltétlenül gümőkóros. Reiche⁸ 38 csecsemőn végzett probatorius injectiót, egy részüket Pirquet szerint is oltotta. Véleménye meg egyezik Pirquet állításaival. Brückner⁹ különböző korú gyermekeken végzett vizsgálatai alapján ama végkövetkeztetésre jut, hogy 5 évnél fiatalabban a pozitív próba nem bír gyakorlati jelentőséggel egyéb jelek hiánya mellett. A negatív lelet ellenben bizonyító, feltéve, hogy cachexia, miliartuberculosis, vagy meningitis tuberculosa nincs jelen. Berend és Faludi¹⁰ 250 újszülöttön végzett negatív ered-

¹ Langer: Münchener med. Wochenschrift, 1908. 22. sz.

ményű *Pirquet*-oltásról számol be. *Bondy*¹¹ 350 újszülöttön az első 2—4 életnap között végzett *Pirquet*-oltásokat, szintén negatív eredménnyel. *Feer*¹² 8 hónapos csecsemőt említ, a kin a kórisme pneumonia chronica volt. A láztalan gyermek pozitív *Pirquet*-reakciót adott. Később a köpetben gümőkór-csírákat talált.

Ezen szerzőkön kívül, a kik csupán csecsemő-anyagot vizsgáltak, igen sok szerző foglalkozott a gyermekkori *Pirquet*-reakció értékelésével: birálatuk kiterjed az egész gyermekorra, s így természetesen a csecsemőorra is. A kérdés óriási terjedelmű irodalmára való tekintettel azonban elegendőnek vélem, ha e helyen csupán *Schlossman*-nak¹³ a legutóbbi kölni congressuson elhangzott összefoglaló kritikáját említem, mint a mely a kérdés jelenlegi állásának leginkább felel meg. Szerinte a *Pirquet*-reakció óriási előnyei mellett — hogy t. i. láz esetén is használható, általános károsodást nem okoz, stb. — mégis a bőralatti tuberculin-próba mögé helyezendő, mert bár a többször megismételt pozitív *Pirquet*-oltás úgyszólván teljes biztonsággal jelzi valamelyes lappangó vagy nem lappangó gümőkór jelenlétét, a többször megismételt negatív próba pedig úgyszólván biztosan kizárja ezt, mégis előhaladt esetekben, sőt olyanokon is, a melyek még nincsenek végső állapotban, előfordulhat, hogy az allergiás próba a szolgálatot mindkét irányban megtagadja. A *Pirquet*-próba tehát csak segédeszköze a körjelzésnek; előnyei csupán arra teszik hivatottá, hogy a klinikus kezében előzetes tájékozásul szolgáljon.

Ugyanezen gondolat következképpen végeztük és végezzük mi is kórházunk csecsemő-anyagán az allergiás próbát és immáron a kórház fennállásának első évi anyag alapján meglehetősen változatos csecsemő-anyagon végzett bőrreakciók eredményéről számolhatunk be, előre bocsátva, hogy a közölt esetek valamennyien a kórház fekvő anyagából valók, tehát kórodailag megfigyelt és ellenőrzött esetek.

Az allergiás próbát 100 csecsemőn alkalmaztuk, a kik közül 34 bonczolásra került.

Eredményeink e két táblázatból tűnnek ki:

66 bonczolásra nem került eset.

Pirquet-féle reactio	Kórodailag kimutatható gümőkór	Bőralatti reactio
52 —	—	—
2 —	+	+
1 —	?	+
5 +	+	+
6 +	—	—

34 bonczolt eset.

Pirquet-féle reactio	Bonczolelet
19 —	—
9 —	+
3 +	—
3 +	+

A bonczolásra nem került 66 eset közül 52 esetben kórodailag gümőkórra nem gyanus esetekben negatív *Pirquet*-reakciót kaptunk. Ezek közül egyeseken, a hol némi gyanura volt ok, a bőralatti próbát is végeztük, egyes esetekben pedig a *Hamburger-Escherich*-féle sorozatos és szűrési próbát is alkalmaztuk, mindenkor negatív eredménnyel.

Két esetben biztos kórodai gümőkórban negatív *Pirquet*-reakciót kaptunk, mindkét esetben pozitív bőralatti reactio mellett. Ezen két eset egyike végső állapotban lévő gümőkór volt, a hol a *Pirquet*-próbát a halált megelőző 10. napon végeztük, a másik könnyebb gümőkór, melynek későbbi sorsáról nem tudunk. Negatív *Pirquet*-reakciót kaptunk még egy, kórodailag gümőkórra nem gyanus esetben, a hol a bőralatti próba pozitív volt.

Pozitív *Pirquet*-reakciót kaptunk 11 esetben. Ezek között kifejezett kórodai gümőkór volt 5, a bőralatti próba mindegyikben pozitív volt. A másik 6 esetben kórodailag gümőkórra negatív

leletű csecsemőkön (pneumonia catarrhalis, 2 dyspepsia, 1 strictura oesophagi) kaptunk pozitív reactiót, valamennyiben negatív bőralatti, illetve sorozatos próba mellett.

Bonczolásra került 34 eset. Közülök negatív *Pirquet*-reakciót s negatív bonczolásleletet adott 19. Pozitív *Pirquet*-reakcióval bonczoltatott 4 csecsemő; ezek közül három (mindhárom pneumonia catarrhalis) a bonczolás-lelet gümőkórra negatív volt. Egy esetben (kórodailag súlyos gümőkór) a bonczolás eredménye szerint általános gümőkór volt jelen.

Bonczoláskor 9 esetben találtunk gümőkóros elváltozásokat, a melyekben a kórodai megfigyelés alatt negatív *Pirquet*-reakciót kaptunk. Ezen esetek közül 5 esetben a próba a halált megelőző héten belül, a másik 4-ben legalább is két héttel előbb végeztetett. Mind a 9 esetben azonban igen súlyos, leginkább általános vagy miliáris gümőkór volt jelen.

Két esetben a próba hónapokkal a halál előtt pozitív volt, nyolcz nappal a halál előtt pedig negatív. Mindkettő a bonczoláskor súlyos gümőkórnak bizonyult.

Összes, tehát bonczolt és nem bonczolt eseteink közül negatív *Pirquet*-reakciót adott 84%, pozitív 16%. A negatív eredményű *Pirquet*-reakciót adott esetek közül kórodailag vagy kórbonczotanilag gümőkórosnak bizonyult 12, egy pedig kétes volt. A pozitív *Pirquet*-reakciót adott esetek közül kórodailag vagy kórbonczotanilag negatívnak bizonyult 8, egy pedig kétes volt. Tehát az esetek 20%-a hamis eredményt adott, 2%-a pedig kétest.

Eredményeink ezen összeállításából a bőrreactio értékét illetőleg első sorban is azon tény domborodik ki, hogy a próbának — kórodai értelemben — sem pozitív, sem negatív irányban végleges bizonyító ereje nincsen. Nem csatlakozhatunk e mellett ama szerzők véleményéhez sem, a kik a pozitív reactiót tekintik döntő bizonyítékúnak és a negatívnak nem tulajdonítanak ily jelentőséget, hiszen 66 kórodai eset közül 6 esetben kaptunk kórodailag nem gümőkórosnak bizonyultakon pozitív reactiót, a hol a bőralatti próba is negatív eredményű volt. A 34 bonczolt eset közül 3 pozitív reactiót adó eset bizonyult gümőkórmentesnek, viszont pedig a negatív eredményű próbák bizonyító erejét lényegesen csökkenté az a tény, hogy a cachexiás állapotban lévőkön, meningitis tuberculosaiban, miliáris tuberculosisban szenvedőkön, valamint egy-két héttel a halál előtt álló súlyos gümőkórosokon negatív *Pirquet*-reakciót kapunk. Még egyszer hangsúlyozom, hogy eme véleményünk csak a próba kórodai értelmezésére vonatkozik, hiszen feltétlenül számolnunk kell a kórbonczolók azon adataival — a mint az *Rabinowitsch*¹⁴ összeállításából kiténik —, hogy a szabad szemmel gümőkórtól mentesnek látszó szervek is tartalmazhatnak mikroszkopikus nagyságú góczokat, sőt a mikroskoppal épen látszó szervek is tartalmazhatnak bacillusokat. Éppen ezt tartva szem előtt, felvetődhet az a gyanú, nem lehetséges-e, hogy a pozitív *Pirquet*-reakciót adó, de kórbonczotanilag szabad szemmel gümőkórmentesnek látszó esetekben nem lehetett-e egy ilyen gócsói vagy még lappangóbb formájú gümőkórról szó? Hiszen erre való tekintettel — véleményem szerint — a bőralatti próba bizonyító erejének értékelése is némileg módosítást kell hogy szenvedjen. Mert, ha *Wassermann* és *Bruck*¹⁵ álláspontjára nyelvezkedve, felvesszük, hogy a befejeződött tuberculinmennyiség egész tömegében egyesülve a gümős gócczal idéz elő speciális reactiót, fel kell tételeznünk, hogy ez esetben gümőkóros gócz van jelen és így a bőr alá fecskendezett tuberculin csak az esetben adhat reactiót, ha legalább gócsóvi gümőkóros gócz van valamely szervben jelen. Ellenkező esetben az allergiás próba gümős gócz nélkül is már korábban jelezheti a fertőzés jelenlétét, éppen a fertőzött szervezet fokozott érzékenysége következtében.

Ezen feltevés, habár nem is több feltevésnél, mindazonáltal birálatunkat — természetesen elméleti értelmezésben — odamódosítja, hogy a pozitív allergiás próbának mindenesetre nagyobb fontosságot kell tulajdonítanunk, mint a negatív eredményűnek. A klinikus szempontjából másképpen áll a dolog. Egyéb körjelek hiánya mellett pozitív allergiás próba alapján sem a körjelzést megállapítani, sem pedig erre alapított rendszeres kezelést megindítani nem lehet, pedig a gyermekorvos kezében ma, a mikor mindinkább átmege a köztudatba az a tény, hogy a gümőkór gyermekbetegség (*Escherich*, *Hamburger*, *Schlossmann* stb.), éppen ez bírna a legnagyobb fontossággal; megállapítani a fertőzés

beálltának pillanatát — a mint ezt *Wolff-Eisner* kifejezi —, rögtön megindítani rendszeres tuberculinkezelést, a mely kezelés gyönyörű eredményeiről *Schlossmann*¹⁶ számolt be legújában; hogy így végtére változtathassunk azon a szomorú valóságon, hogy az első életév gümőkórjának mérlege 100% halálozással zárul. Megjegyezzük különben, hogy eddigi tapasztalatunk szerint nem feltétlenül szükséges a *Schlossmann* által használt óriási tuberculinmennyiség a gümős csecsemő immunizálására; *Berend* főorvos a budapesti orvosegyletben két csecsemőt mutatott be a kórház beteganyagából, a kiken a súlyos folyamatok megállítására a *Beraneck*-féle tuberculin enyhe alkalmazásával is elérhető volt.

Sajnos, e tekintetben a *Pirquet*-próba nem felelt meg a hozzá fűzött várakozásnak, mindenesetre azonban mint tájékoztató próba igen hasznos, mondhatni nélkülözhetetlen segédeszköz az orvos kezében. A reactio positiv volta mindenesetre fölkelti a figyelmünket olyannyira, hogy más oly körjelző segédeszközhöz fordulunk, a melyet rendes körülmények között kórodai fekvő betegeken kívül rendszeres módon alkalmazni nem lehet. Ezen segédeszközök közül pedig a bőrallati tuberculinpróba az, a mely első sorban alkalmas arra, hogy gyanús esetekben felvilágosítással szolgáljon. Vizsgálataink alapján egyrészt teljesen jogtalanak tartjuk *Baginski*, *Neumann* és mások felfogását, a kik ezt az eljárást a gyermekkorra nézve teljesen elvetendőnek tartják, de másrészt nem csatlakozhatunk *Ebstein*, *Ganghofner* és mások ama felfogásához sem, hogy a bőr-reactio egyenértékű a bőr alatti próbával és így ezt teljesen pótolhatja. E tekintetben vizsgálataink eredményei úgyszólván teljesen megegyeznek az újabb szerzők véleményével és így a csecsemőkori *Pirquet*-próbára vonatkozólag is azt a ma már körülbelül kikristályosodott véleményt támogatják, hogy az allergiás próba csak tájékoztató reakcióul szolgálhat, míg a döntő szerep, természetesen a kórodai tünetek mellett, a bőrallati próbának jut.

A mi az említett *Escherich-Hamburger*-féle sorozatos és szűrési próbát illeti, eseteink csekély száma miatt ennek az értékéről végleges ítéletet nem mondhatunk. Mindenesetre azonban csekély számú észleleteink is abbéli véleményünket látszanak megerősíteni, hogy ezen körjelző sorozatnak, a mint már eleve feltételeztük, különös jelentőséget nem tulajdoníthatunk. A sorozat kivitele mindenesetre bonyolultabb és hosszabb eljárás, mint a bőrallati próba és ha általános tájékozással a *Pirquet*-próbát használjuk fel, akkor úgy positiv, mint negativ esetben a bőrallati próba biztosabban és gyorsabban dönti el a kérdést. Így tehát se az általánosan tájékoztató egyszerű *Pirquet*-próbát, se pedig a döntő értékű bőrallati próbát nem szükséges bonyolultabb és nehezebben ellenőrizhető módszerekkel helyettesíteni.

Eredményeinket összefoglalva, azt mondhatjuk, hogy:

1. a *Pirquet*-próbának a csecsemőkorra nézve sem positiv, sem negativ irányban döntő szerepe nincs; a positiv eredményű próba mégis figyelembe veendő tényező, a negativ ellenben semmi tekintetben sem bizonyító;
2. a *Pirquet*-próba a bőrallati próbát nem pótolhatja;
3. nem áll az, hogy súlyos gümőkórban a halál előtti egy hét az a határ, a melyen belül a reactio negativ; ezt a határt megfigyeléseink alapján kijebb kell tölteni; és végre
4. a *Pirquet*-próba mint könnyen kivihető és ellenőrizhető eljárás igen fontos, sőt pótolhatatlan segédeszköz az orvos kezében.

Irodalom: 1. *Pirquet*: Mitteilungen d. Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Wien. 6. évfolyam, 9. szám. — 2. *Engel* és *Bauer*: Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 37. szám. — 3. *Langstein*: Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 44. szám. — 4. *Aronade*: Medizinische Klinik, 1907. 51. szám. — 5. *Ellenbeck*: Medizinische Klinik, 1908. 42. szám. — 6. *Grüner*: Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 27. szám. — 7. *Morgenroth*: Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. — 8. *Reiche*: Archiv für Kinderheilkunde. 1908. — 9. *Brückner*: Jahrbuch für Kinderheilkunde, 68. kötet. — 10. *Berend* és *Faludi*: Bpesti kir. orvosegylet, 1907 márczius. — 11. *Bondy*: Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 49. szám. — 12. *Feer*: Naturh. med. Verein in Heidelberg. Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907 június 25. — 13. *Schlossmann*: Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Cöln. 1908. — 14. *Rabinowitsch*: Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 2. szám. — 15. *Wassermann* és *Bruck*: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 12. szám. — 16. *Schlossmann*: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 7. szám.

A budapesti „Fehér-kereszt“ gyermekkórház belosztályának munkabeosztása. (Tejkonyha és csecsemőosztály, dispensaire.)

Irta: *Berend Miklós* dr. főorvos, egyetemi magántanár.

Az „Országos Fehér-kereszt Lelencezházegyesület“, a melyben utóbb az országos gyermekmenhely volt elhelyezve, eddigi munkakörét a gyermekvédelem államosítása által jórészt elvesztvén, elhatározta, hogy ha az országos menhely palotája fölépül, a Tüzoltó-utca és Liliom-utca sarkán levő épületeit gyermekkórházzá alakítja át. A már is kórházi czélokra épült két emeletes menhelyépületből alakítottatott át a Szemere B. dr. igazgatófőorvos vezetése alatti sebészeti osztály 80 ágygyal, mely ma az ország legnagyobb gyermeksebészeti osztálya, míg az emettől kertet elválasztott három emeletes, elég sötét és piszkos bérház alakítottatott át belgyógyászati osztályllyá 105 betegágygyal s azonkívül 15 felnőttágygyal beteg gyermekek kísérői részére, úgy hogy a kórház összes ágyzáma 200 s ma hazánk legnagyobb gyermekkórháza.

Az átalakítási és berendezési költségek a két épületben körülbelül 550,000 koronát tesznek ki.

Hogy nem új épületet emelt az egyesület, azért történt, éppen e házakat s a telket köszöni, csak addig s oly feltétel alatt engedti át azokat, ha bennük activ gyermek-védelmet fűz.

Mondanom sem kell, hogy egy külvárosi sötét bérház átalakítása az egészségügy minden követelményének megfelelő kórházzá rendkívül nehéz feladat, százszor nehezebb, mint újnak az építése, de lehetséges, ha a helyiségek elég magasak s nagyobb áldozatoktól nem riadunk vissza. Az átalakítás azon, mindenütt keresztülvitt elv alapján történt, hogy az udvari helyiségek összefüggő széles hálókká vagy folyosókká lettek átváltoztatva; az utcái, főleg pedig a kerti homlokzaton helyeztetek el a kórtermek.

Mint hogy pavillonsystemáról szó nem lehetett, az általam készített munkaterv első pontja az volt, hogy fertőző betegeket egyáltalában nem veszünk fel, a második, hogy segitendő egy eddig még nem pótolott hiányon, külön osztályt létesítünk gümőkóros gyermekek részére, végre, hogy nagyobb csecsemőosztályt létesítsünk, minthogy eddig még egy sem volt ilyen a fővárosban; a rendelőintézetet pedig úgy rendezzük be, hogy úgy a csecsemőosztály kiegészítésére szolgáló tejkonyhával és tejkiosztóval, mint a gümőkóros osztály kiegészítésére szolgáló dispensaire-rel legyen ellátva.

E czéloknak megfelelőleg a rendelőintézet, mely a földszint egész jobboldalát elfoglalja, két bejáráttal bír; az egyikben jönnek az ambulans betegek, míg a másikon a tejkiosztóba jutunk, úgy, hogy annak kliensei nem kell, hogy a rendelőintézet várótermébe jussanak, bár mindent megtettem arra, hogy ott fertőzések elkerülhetők legyenek. A járó betegek zsufolódása a legnagyobb baj az ilyen intézetekben; osztályomon ez azáltal van elkerülve, hogy e váróterem óriási s 60—80 beteget tud úgy befogadni, hogy nem kénytelenek egymás mellett ülve várni, annyi a hely. E zsufolódás elkerülésére *Bókay* tett először eredményes intézkedéseket a Stefánia-gyermekkórházban; ott minden jelentő betegét rögtön megnéz egy orvos és a fertőzésre gyanusakat újában külön boxokban el is különítik. Osztályomon a fertőzőképes járó betegek elkülönítése úgy történik, hogy a rendelésre jövő beteg mindig a kapus előtt megy el a váróterem ajtajánál, az már megkérdi, nincse-e kiütéses baja, göresös köhögése vagy torokfájása s igenlő felelet esetén beutalja a beteget a váróterem folyosóját szegélyező „boxokba“ vagyis elkülönítő fülkébe; ha a kapus figyelmét valami kikerülte volna, három lépéssel odébb a beteg a rendelésre beosztott betanított ápolónő elé kerül, a ki legelőször is ugyanezen kérdéseket intézi hozzá s gyanú esetén ugyan csak boxba utalja s hívja a segédorvost, a ki az ily beteget rögtön köteles megvizsgálni ott a boxban; vizsgálat és rendelés után a beteg a boxok hátulsó oldalán nyíló külön kijáraton jut az utcára s így más beteget nem fertőzhet; maga az orvos kíséri odáig s a boxok mögötti, e czélra szolgáló helyiségben magát fertőtleníttve, köpeny-váltás után más ajtón mehet vissza a rendelőintézetbe; a box pedig a laboratóriumszolga által, a kinek különben nincs betegekkal dolga, rögtön fertőtleníttetik.

Ugyane czéloknek megfelelő intézkedés, hogy az egész váróterem csempelapokkal van kirakva úgy, hogy egyszerű lefecskendés által mindennap letisztítható.

Ha a beteg a boxot elkerülte s az ápolónő beirta, úgy sem kell sokáig várnia a rendelésre, mert a tejkiosztón kívül, a mely szükség esetén ugyancsak szolgálhat rendelőszobának, *négy rendelőszobánk* van felszerelve. Így 4—5 betegnek egyszerre rendelhetünk, a beteggel intensíven foglalkozhatunk s a kórtörténeteket klinikailag vezethetjük.

A rendelés vezetése a Czerny-féle boroszlói módszer szerint történik, a melynek elve nem pillanattényképeket venni fel a betegről, de lehetőleg hosszú megfigyelésekre adni alkalmat. Ezt úgy érjük el, hogy oly regiszterekbe vezetjük a beteg adatait, a melyekből kórtörténetének száma még évek múlva is előkereshető; bármikor jelentkezik a beteg, mindig *ugyanazon* kórtörténetet folytatjuk róla; ha fölvetetik, ezen kórtörténettel vétetik föl; ha kimegy, kórtörténete is visszamegy az ambulantiára.

Hogy a beteggel való intensív foglalkozásnak meg is van az eredménye, azzal bizonyíthatom, hogy míg más intézetekben átlag 1½ látogatás esik egy-egy új betegre s az *először jelentkezők száma mindig tetemesen meghaladja a régiekét*, addig nálunk a múlt évben jelentkezett 1558 beteg, a kik együtt 6099-szer látogatták meg a rendelést; az idén eddig (május 1.-ig) jelentkezett 673 új beteg mellett az összes rendelések száma 2307, egy-egy betegre tehát 4—5 látogatás is esik átlag.

Súlyosabb emésztési bajokban szenvedő csecsemőknek nem gyógyszerrel rendelünk lehetőleg, de *tejkonyháinkból ingyen, vagy ha tehetősebb, önköltségen adjuk ki neki a gyógyítását célzó tápszerkeveréket*. A hozzánk behozott csecsemőket különben, ha gyógyultak, akkor sem ereszjük el megfigyelésünkől, de hetenkint bejártatjuk, ellenőrizzük súlyukat, fejlődésüket, velük szemben tehát a „consultation” szerepét visszük; ellenőrizzük elválasztásukat, kioktatjuk az anyát, miközben, mit sohasem felesleges hangoztatni, a legerélyesebb küzdelmet folytatjuk a mesterséges táplálás ellen. Hogy pedig a tanács pusztá szó ne maradjon, olyan szegény anyáknak, a kiket a nyomor tart vissza a szoptatástól, *szoptatási praemiumokat* adunk; újabban az e czélra szükséges összegeket az országos gyermekmenhely igazgató-főorvosa, Szana Sándor dr. bocsátja rendelkezésünkre.

Külön rendelési órán fogadjuk és kezeljük a gümő- és görvélykóros gyermekeket; ezek számára *dispensairet*, a mely ugyancsak az első az országban, létesítettünk az országos gyermekvédő liga jóvoltából, melynek igazgatósága felfogva azt, hogy ily intézmény által rendkívül sok jót tehetünk, ez évre 4000 koronát bocsátott e czélra rendelkezésünkre.

A dispensaire (gondozó intézet) *kikutatja, s ha lehet, megjavítja a beteg lakásvizonyait, javít élelmézésén, ruházatán, ingyen gyógyszerrel s esetleg tej-, húsválmányokat ad*; a hol az eset súlyosabb, a beteget felvesszük a kórház gümőkóros osztályára; itt elvégezzük a szükséges vizsgálatokat (köpet, Röntgen-átvilágítás, tuberculinreactio), meghatározzuk tuberculin-tűrő képességük határait s ha az eset könnyebb, ambulanter folytatjuk tovább a kezelést. A kezelésre leginkább *Beraneck-féle* tuberculin használok, a melylyel elért eredményeink eléggé biztatók.

Nyugodtan mondhatom, hogy *kórházi gümőkóros osztályunk s a dispensaire létesítése az első komolyabb lépés a gyermekkori gümőkór elleni küzdelemben Budapesten*. Igen nagy súlyt fektettem a csecsemőosztályllyal összekötött *tejhomyha* berendezésére. Ez nagyobb, mint a mely az osztályon fekvő csecsemők (36—40) szükségletének megfelel, először azért, hogy ambulans betegeknek is szolgál-tasson tejet, másodsor, hogy a dispensairebe járó gyermekeknek is kiutalványozhassunk kifogástalan, tuberculosismentes tejet, a melynek a gyermek gümőkór elleni védekezésében nagy szerepet kell tulajdonítani.

Elvem e tekintetben az, a mit nem hangsúlyozhatok eléggé, minthogy magam vittem először keresztül, hogy jó eredményeket a gyermekvédelem e pontjánál akkor fogunk csak elérhetni, ha a dispensairet a tejkiosztóval kapcsolatba helyezzük; az egyik a másiknak folytatása kell hogy legyen.

Az e szempontokból legfontosabb kérdés a *kifogástalan* tej nyérése. Ezt úgy értük el, hogy a fővárostól 1½ órányira levő Ferihegyi tehenészettel kötöttünk szigorú szerződést, a melynek

értelmében a kórház által is ellenőrzött istállóban, a mely villamos világítással, vízvezetékekkel is el van látva s egészségügyileg teljesen kifogástalan, a részünkre beállított fajtehének tejét rögtön a fejés után, behűtve a kórházba hozzák, a hol a tejkonyha megvizsgálja és feldolgozza. Két és fél órával a fejés után a tej már a kórházban van, a hova 8^o-nál nagyobb hőmérsék és 4, nyáron 5^o aciditással érkezik meg; zsírtartalmát, pizsoktartalmát, bakteriumtartalmát állandóan ellenőrzés alatt tartjuk.

Újabban az igazgatóság határozata folytán a tejkonyhán készített tejkverékek a városi fogyasztóközönségnek is rendelkezésére fognak bocsátatni, lehetőleg csakis orvosi rendelre. A főváros egy nagy hiányán igyekszünk így — legalább részben — segíteni, mert minden gyakorló orvosnak kellett már érezni egy oly intézet hiányát, a honnan állandó orvosi ellenőrzés alatt álló, minden tekintetben megfelelő tejet kaphassanak csecsemőkliensei, és pedig nem sablon szerint, de orvosi rendelés szerint előállítva. Az így nyert jövedelmet a kórház a tejkiosztó és dispensaire fenntartására fogja fordítani. Jelenleg a tejkonyha kb. tízféle keveréket állít elő (egyszerű tejhígítások vízzel, nyálkalevessel, lisztlevesssel, iró, nyers iró, malátaleves, Finkelstein-féle leves).

Ily intézet pedig csakis csecsemőosztályllyal kapcsolatosan létesülhet, a hol állandóan megvan a klinikai ellenőrzés is.

A keverékek mennyisége, czukortartalma, stb. orvosi előírás szerint változtatható.

A tejkonyha maga a kórház souterrainjében van elhelyezve, teljesen elválasztva minden más kórházi helyiségtől; külön lépeső visz le hozzá, a tej szállítása külön felvonón eszközöltetik, a mely a tejkiosztó helyiséget köti össze a tejkonyhával. Ez áll egy munkateremből, a melyben a vizsgálatok történnek, a hol a keverékek előállítatnak s a hol az írófűző és vajgép, meg a centrifuga van felállítva. A sterilizáló szoba az erre a czélra szolgáló Flaack-féle sterilikonon kívül csak a nagy hűtőmedencézet tartalmazza, a melyben a sterilizált üvegek lehűtetnek, míg a 3. helyiségben az üvegáztató, mosó- és fecskendőgépek vannak felállítva. Mindezek villamos motorok által hajtva s a kórház gépházából kapják a szükséges gőzt. Az elkészített, számokkal jelzett üvegek a tejkiosztóban elhelyezett óriási jég szekrénybe kerülnek a kiosztásig.

Míg a kórház földszintjének bal oldala kizárólag a rendelőintézet, tejkiosztó és az ezekkel összefüggő felvételi irodáknak van fentartva, a jobb oldalt a kerti homlokzattal a *megfigyelő osztály foglalja el*. A felvett beteg a felvételi fürdőbe kerül; e mellett van a ruhatár. Kórházi ruhába öltözve jó a beteg a megfigyelő osztályba, a mely három összefüggő kórteremből álló tágas helyiség 15 üvegfülkével (boxok) és 5 izolált csecsemőágygyal, a melyekben 14, újabban 16 napig tartjuk a beteget szigorú elkülönítésben; külön köpeny orvosnak és ápolónőnek, kézmosás a beteggel való minden érintkezés után szigorúan kötelező. Hurutos vagy más módon gyanús betegek az ugyanitt elhelyezett izoláló szobába kerülnek. Itt van még a kísérők szobája, a melyben olyan csecsemők anyját helyez-zük el, a kik beteg gyermeküket maguk szoptatják; csecsemők a megfigyelő osztályban helyeztetnek el.

Második megfigyelő osztályunk az első emeleten van; külön esarnokkal ellátott, a kórház többi részétől izolált 4 kis kórteremből áll, 9 nagyobb és 5 csecsemőágygyal. A két megfigyelő osztályon összesen 31 beteg helyezhető el; ha a forgalom nagyobb, úgy e szám a kísérők szobájában elhelyezhető 5 csecsemőágygyal 36-ra fokozható. E szám az összes ágyszám egy harmada; tapasztalatom szerint ennyire van szükség, hogy sem a felvétel meg ne akadjon, sem egy beteg se kerüljön az osztályra az előirt megfigyelési időn belül. Ha — a mi egyelőre igen ritkán történik — rohamos a felvétel, akkor megfigyelő osztályul használjuk a különben sanatoriumi czélokra szolgáló, harmadik emeleti 8 külön szobánkat is, de 16 napon belül semmi esetre sem ereszjük a beteget a közös kórtermekbe.

Az I. emeleten van elhelyezve a kórtermektől elválasztott előadási terem, a mely egyúttal orvosi étkező is, és a bár kicsi, de teljesen felszerelt labororium.

A közös kórterem három, egymástól teljesen elválasztott, külön ápolószemélyzettel is bíró osztályra vannak különítve: az I. *belosztályra*, a melyen kizárólag gümőkórosokat, a II. osztályra, a melyen nagyobb gyermekeket és a csecsemőosztályra, a melyen csakis 1 éven aluli csecsemőket helyezünk el.

Minden osztály külön előtérrel bír, a melyben a személylift, az étellift, a használt fehérneműk bedobó csövének nyílása, a falba épített ruhaszekrény, teakonyha, vizelet- és ürülékvizsgáló fülke (külön szellőztető aknával) van elhelyezve; innen nyílnak a kórtermek és a fürdő- meg closethelyiségek. Az I. belosztály fürdőszobája hidegvízgyógyintézeté van felszerelve s e célból Winternitz-féle douche-cathedrával ellátva. Ugyancsak az I. belosztály és a csecsemőosztály kertre nyíló homlokzata oly nagy, zárt, de teljesen kinyitható, télen fűthető erkélyvel van felszerelve, a melyen az osztályok összes betegei a szükséges szabad légkezelésben részesülhetnek; a gümőkórosok számára fekvőszékek, a csecsemők számára külön számozott kosarak állnak rendelkezésre, hogy ne kelljen minden nap az ágyakat az erkélyre kitolni, a mi az osztály rendjének nagy megzavarásával járt.

A kórtermek butorzata, a székek kivételével, kizárólag vas és üveg; ilyenek a kórtermek asztalai is, melyeknek lapja alatt nagy üvegszekrényben tartjuk a kórterem szükséges fehérneműjét; a szekrény egy része műszerek számára van elválasztva. Szekrényeket, a melyek kellően úgy sem ellenőrizhetők, egyáltalában nem helyeztem el az osztályokon.

Maga a csecsemőosztály — a melynek berendezésekor a mai asepsises üzem összes követelményeit tekintetbe vettem — 3, egymástól nagy üvegfalak által elválasztott kórteremből, a dajkák szobájából, a dajkák gyermekeinek szobájából (ezeket ugyanis hurutos fertőzések kikerülése végett nem tartjuk együtt a betegekkel) és az úgynevezett kezelő szobából áll, a hol a kisebb műtétek (furunculus-megnyitás, gyomor- és bélmosás stb.) végeztetnek; ezeket azért nem végezzük az osztályon, hogy fertőző anyag szétsepegése elkerültesse. Egyik kórteremben az *Escherich*-féle couveuse-ök vannak elhelyezve, a melyek külön a kertből kapják a szűrt és felmelegített levegőt; 2 ilyen melegítő fülkénk van, a melyekben 4 gyermek helyezhető el egyszerre; a koraszülött gyermekek egész kezelése e fülkékben történik; oly nagyok ezek, hogy az ápolónő is kényelmesen behet és ott történhetik a fűrésztés is.

A középső kórteremben van felállítva a gyermekek fürdőjét egyszerűsítő *Shaw*-féle csecsemőzuhanyozó készülék, amelyet külön motor hajt; azonkívül minden kórteremben 1—2 fayence fürdőmedence. A *Schlossmann* által megkívánt külön kádat minden csecsemő számára nem tartom szükségesnek. A gyermekek fehérneműjét külön melegítő szekrényből vesszük elő a fürdő után. Steril vizet adó készülék és minden csecsemőágyhoz az ágy számával jelölt, el nem cserélhető berendezés (külön hőmérő, kanál, szopóka, kenőcsös és hintőporos tégely, arcmosó csésze, mosdótál, pelenkatarató edény) egészíti ki az osztály berendezését.

Hangsúlyozni kívánom, hogy a csecsemőosztály egyrészt csak az orvosi és ápoló személyzet legnagyobb fokú lelkiismeretességével, másrészt csak egész pontos, katonás fegyelemmel meghatározott munkarend betartásával adhat megfelelő eredményeket. A *Schlossmann*-féle elvet, hogy „minden csecsemő minden testrésze fertőzőképesnek tekintendő a többire nézve,“ mi is szigorúan betartjuk, valamint a *Hutinel*-féle axiomát: „L'isolation n'est rien, l'antisepsie est tout.“ Ezeknek megfelelőleg szigorú kézmosást minden alkalommal megkövetelünk, ha valaki egy csecsemőhöz hozzányúl. Pontos időben történik, ötször naponta, a gyermekek etetése, egyszerűen a szopóüveget a gyermek szájába tenni s ott hagyni nem szabad. Külön boxokat nem alkalmazunk, elkülönítésre csak a *Finkelstein*-féle úgynevezett „moralis“ boxokat alkalmazzuk, vagyis spanyolfalakkal vesszük körül az illető beteg ágyát, a mi a kézmosáskor a szappanos vizen kívül lysoformoldat használatát is kötelezővé teszi. Fertőző belfolyamatok átvitelét egyik betegről a másikra egy esetben sem észleltük.

A csecsemőosztályokon elérhető eredmények egyrészt a beteganyagtól, másrészt a személyzet lelkiismeretességétől és a rendelkezésre álló anyatej mennyiségétől függenek. Utóbbiról azáltal van osztályomon kellően gondoskodva a kórház nagyobb megterhelése nélkül, hogy az országos menhely egyes, megfelelő ápolójait gyermekeivel hozzánk, mint egy fióktelepre, kihelyezi s nekünk a megfelelő díjat (18 koronát) fizeti. E dajkák saját gyermekeiket szoptatják s nekünk csak a lefejt, fölösleges tejüket adják, melynek mennyisége naponta 1—2 liter közt ingadozik. Volt olyan dajkánk is, a ki naponta 3 liter tejet adott az osztálynak; mi a dajkákat pedig a szerint fizetjük (10—15 frtig havonta),

hogy mennyi tejet adnak; egyúttal az osztály segédápolónői feladatait teljesítik s kiképezzük őket csecsemőgondozóvá. Szoptatni csakis oly csecsemőket engedünk a dajkáktól, a kik hosszabb ideje állnak megfigyelésünk alatt; a szabály az, hogy *kifejt állapotban* adjuk az anyatejet.

Az anyag könnyebb áttekinthetése szempontjából a csecsemőosztályon grafikus körtörténeteket vezetünk, melyeknek mintáját a Czerny és *Finkelstein*-féle táblákból állítottam össze; e táblák megtekintése teljes tájékoztatást nyújt a gyermekek állapotáról.

Beteganyagunkról azon körülmény nyújthat felvilágosítást, hogy az eddig (május 1.) fölött 200 csecsemő közt körülbelül 85% a súlyos atrophia; hurutos tüdőlob, otitis vagy más szövődmény nélkül anyagunk legfőkébb 15%-a vétetik fel. Majdnem mind dajkaságból bejött, tönkretett csecsemők ezek, a kik oda-künn kivétel nélkül elpusztulnának. Súlyos spasmophilákat, általános exsudatív eozemákat, súlyos angolkórosokat könnyűeknek, aránylag jó kórjóslatúaknak kell ezekhez képest tekintenünk. A behozott koraszülöttek legnagyobb része 1600 gm.-nál kisebb súlyú gyerek, úgy, hogy tekintetbe véve azt, hogy felvételt soha vissza nem utasítunk, még ha haldokló állapotban van is a gyerek — előre kijelentem, hogy „statistikára dolgozni“ egyáltalán nem szándékozom —, az eredményekkel egyelőre meg lehetünk elégedve.

1908-ban felvételre 136 csecsemő, ezek közül gyógyult 84, meghalt 52, halálzási arány 38.3%. Leszámítva a haldokló állapotban behozott 11 gyereket, 30.1%.

1909 május 1.-ig felvételre 64 csecsemő, ezek közül gyógyult 47, meghalt 17 (haldokolva behozva 4). Halálzási arány 25%, a haldokolva behozottak leszámításával 20.2%. Úgy látszik, és remélem is, hogy ez évben eredményeink meg fognak javulni, a mi az osztály viszonyainak kitanulmányozásával és a személyzet begyakorlásával áll összefüggésben.

A halál-ok az esetek legnagyobb számában sepsis, gümőkór és tüdőlob. A nem szövődött emésztési zavarok aránylag nagy számát sikerül — bár legtöbbször csak hónapok keservés munkája árán — megmenteni.

Ezelőtt tíz évvel még a kitünően vezetett berlini egyetemi kórodán 80% halálzással dolgozott *Heubner*! *Schlossmann* mintaintézetének Drezdában a fennállás első évében 42% halálzása volt. Ma *Schlossmann* 23%-ra szállította ezt le, s ha leszámítja az első héten belül elhalt chronikus eseteket, a melyeket nem tekint megmenthetőeknek, halálzási arányszáma 7%. Remélem, hogy 1—2 év alatt e számot mi is meg fogjuk közelíthetni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Bieganski: Medizinische Logik. Kritik des ärztlichen Erkenntnisses. Autorisierte Übersetzung nach der 2-ten Originalausgabe von Dr. A. Fabian. Würzburg, C. Kabitzsch, 1909. 237 lap, 8^o.

Bieganski könyvét igen ajánljuk minden orvosnak és kutatónak. A megismerésmódok ismerete és azok bírálata olyan téma, a mely felől sokan nem gondolkodtak. A megfigyelés módszerei és kritikája, a betegség fogalmának körülírása, a körjelzés módszereinek megbeszélése, a körjelzés logikai folyamatának ismertetése, az e körül lehető hibaforrások megbeszélése, az aetiológiai mozzanatok méltatása, az orvostan elmélete, az orvosi statistika módszerei, hibái és az abból vont ferde következtetések megbeszélése, valamint a gyógyításmódok helyességének felismerése mindmennyi érdekes fejezet. A biológiai észszerűség felfogása és a betegségek aetiológiai felosztásának elvetése ellen kifogásokat lehet emelni.

Kollarits Jenő dr.

Ernst Schwalbe: Vorlesungen über Geschichte der Medizin. Mit einer kurzen Übersichtstabelle von Dr. L. Aschoff. G. Fischer in Jena. 1909. II. átdolgozott kiadás. VIII + 213 lap.

Schwalbe könyvét az „Orvosi Hetilap“ 1905. évi hasábjain már volt módunkban ismertetni és egyúttal melegen ajánlani. Örömminkre szolgál a derék munkára ezúttal is megint visszatérhetni,

a mennyiben a lefolyt 4 esztendő teljesen elfogyasztotta az első kiadást. A változtatások és bővítések összesen tíz oldalnyi terjedelmet töltenek be. Önálló függeléként csatoltatott azonban ezen új kiadáshoz — 40 új oldalon — Aschoff L. prof. „rövid áttekintési táblázata” az orvosi tudomány fejlődésének menete felett, mely hét év előtt önálló füzetként jelent meg.

Nem ismerek könyvet, mely egészen rövid terjedelemben tisztább és megbízhatóbb képét tudná adni az orvostörténelemnek, mint Schwalbe könyve. Értékét nagyban növeli, hogy e szűk keretben belül is több helyütt megnyilatkozik a szerző önálló ítéletű egyénisége, mely főleg a középkort tárgyaló részben domborodik ki legélesebben.

Györy.

Lapszemle.

Belorvostan.

A nauseáról értekezvén Boas (Berlin), rámutat arra, hogy ezt a tünetet sem a tankönyvekben, sem a gyakorlatban nem méltatják annyira figyelemre, mint a mennyire gyakori előfordulása s kellemetlen volta miatt megérdemelné.

A nausea genetikailag nagyon különböző feltételek mellett fordulhat elő. Lehet reflex eredménye, a melyet entozoák (főképpen taeniák), terhesség, a női belső nemi szervek különböző megbetegedései, fokozott vagy csökkent havi vérzés, vagy a menstruatio teljes elmaradása váltanak ki. Férfiakban is elég gyakori ez a tünet, első sorban arteriosclerosis esetén más tünetekkel (fejfájás, szédülés) kapcsolatban. Elég gyakori és sokszor fel nem ismert oka a nauseának férfiban a prostatatútlengés miatti retentio urinae. Gyakori mellékes tünetként találjuk, többnyire hányással egybekötve, a nauseát agydaganatok, vesebajok, nevezetesen kezdődő uraemia esetén, azonkívül nem ritkán a sárgaságban. A szervi gyomor-bajokban nausea előfordul magában vagy hányással, azonban éppenséggel nem mondható valami szembeötlő és gyakori tünetnek. Mindig megvan pangásos állapotokban (pylorusstenosis, carcinoma), de ezeknek is csak jól kifejlődött szakáiban. Idősült gastritis, gyomorfekély, motoros elégtelenség kisebb fokaiban előfordulhat ugyan nausea mint kellemetlen melléktünet, de egyáltalában nem mondható állandó vagy gyakori tünetnek. Sokkal többször található a gyomorbelesatornának abnormis gázképződéssel és fokozott peristaltikával járó bajaiban, mint idősült bélhurut, jó természetű bélszűkületek, szűkítő újképződések, összenövéses stb. esetén.

A reflexes alakon kívül létezik a nauseának olyan faja, a melyben a reá jellemző rosszullet uralkodik a kórképen: „idiopathiás” nausea. Többnyire a pubertas vagy a climax idejében levő nők, ritkábban közepes években levő ingerlékeny idegrendszerű asszonyok mutatják ezt a kórképet. Hajlamosító szerepet játszanak gyakran a menstruatio zavarai. Boas gyakran látott a műtét utáni első években nauseát olyan asszonyokon, a kiknek a méhét irtották ki. Nausea tapasztalható nemcsak a nemi szervek, hanem más szervek nagyfokú vérzése esetén is (gyomorvérzések, ulcus után, gyakran ismétlődő haemorrhoidális vérzések, haemophiliás, vese- és hólyagvérzések, vérzések gyomor- és béldaganatokból stb.). Ideges, vérszegény egyénekben sokkal kisebb okok is kiváltják a nauseát, például egyszerű heveny gyomorrhurut; gyakran mutatkozik pszichés izgalom után vagy hirtelen, vagy lassan fejlődve, a mikor a javulás és rosszabbodás időszakai váltakozhatnak egymással.

A pubertas idején támadó nauseában szenvedők rendszeren vérszegény, gyengén táplált, vagy kövér, de petyhüdt izomzatú egyének. A betegek nagy része neurastheniás.

Az idiopathiás nausea abban áll, hogy a betegek többé-kevésbé állandó, émelygészerű rosszulletről panaszkodnak, mely reggel kezdődik, a nap folyamán fokozódik, éjjel rendszeren megszűnik. A rosszullet legtöbbször hátrányos befolyással van a táplálékfelvételre, a mennyiben étvágytalanságot von maga után. Az émelygés maga azonban a táplálékfelvételtől független, a mennyiben éhes és jóllakott állapotban körülbelül egyformán érzik a betegek. A táplálék minősége nincs reá befolyással. Tartós háton fekvés enyhíti, sok mozgás fokozza a rosszullet érzését. Az esetek legnagyobb részében a nausea ezen alakja nincs hányással egybekötve.

Ezen nauseának okát nyilván az agy vérkeringés-zavarában kell keresnünk, hiszen a legtöbb idatartozó beteg a pubertásban vagy a

climacteriumban levő nő, a ki a vasomotoros fluxio minden jelét mutatja. A keringés egyensúlyának megbomlására utalnak különben a betegekben gyakran előforduló menstruációs vagy menstruatio előtti zavarok, nemkülönben a dystrophiával vagy atrophiával egybekötött anaemia is. A gyomornak a nausea ezen alakjához semmi köze; nemcsak a fizikai vizsgálat adatai negatívak, de a chemiai vizsgálat is a legtöbb esetben normális elválasztási és mozgékonyviszonyokat mutat. A néha előforduló kiscokú eltérések nyilván az általános gyengeség következményei.

Az elmondottakból kitűnik, hogy az idiopathiás nausea körjelzése egyszerű. Sokkal nehezebb a körjelzés, ha a nausea oka valami rejtett szervi baj. Ez különösen a férfi nauseájára vonatkozik, a kire nézve a funetiós nausea felvétele csak akkor jogosult, ha az agyműködés, a szív, a tüdő, a gyomorbeltractus és a hólyag lényeges elváltozást nem mutat. De a nő nauseájának okát is csak akkor keressük vérkeringés-zavarokban, ha a szervi megbetegedéseket kizártuk.

A nausea fokozatait tekintve nagy ingadozásokat mutat, ezért körjósolata is nagyon különböző. A közönséges, anaemia alapján támadt nauseák legtöbb esetében ügyes orvoslással néhány hét alatt megszüntethetjük a rosszulletet. A makacs esetek ritkábbak. Előfordul néha, hogy hirtelen váratlanul mutatkozik javulás, vagy javulás és rosszabbodás váltakozik. Úgy látszik, hogy legjobb a prognosis azon esetekben, a melyekben heveny emotiós insultusok váltották ki a bajt. Hosszú kúrára kell azonban elkészülni lennünk akkor, ha már több hónap óta áll fenn a nausea nagyfokú lesoványodással, étvágytalansággal, álmatlansággal egybekötve.

Az idiopathiás nauseának speciális orvoslása nincs. Első sorban az oki momentumokat kell eltávolítanunk. A mennyiben psychogenek: a betegeket milieujükből kihozva állandó orvosi felügyelet és kezelés alá helyezzük. Az első időben leghatásosabb gyógyszerünk a nyugalom (állandó fekvés, akár ágyban, akár szabadban) s a minőségi és mennyiségi tekintetben egyaránt helyes táplálás, a melyet kissé megnehezít maga a nausea. Könnyen emészthető, nagy energia-tartalmú, e mellett izletes és változatos táplálékon tartjuk a betegeket. Megpróbálhatjuk a tejjel való táplálást, a mely azonban gyakran cserben hagy, mert sok betegben undort kelt. Ha sikerült fokozatos táplálással súly- és erőgyarapodást előidézni, akkor a nausea rendszeren megszűnik, vagy ritkábban jelentkezik. Óvakodnunk kell az erőltetett hizlalástól, mert legtöbbször káros következményei vannak. Az első időkben forró fejbörögatással szabályozhatjuk a fluxióos vérbőséget, egyébként azonban az idegrendszer és vérkeringés javítása céljából a hydrotherapiás eljárásokat és massaget csak akkor kezdjük meg, ha már súlygyarapodás és vele a nausea csökkenése állott be.

A gyógyszeres orvoslás nagyon csekély értékű. Könnyű esetekben hajlandók vagyunk egyik-másik gyógyszernek hatást tulajdonítani; makacs esetekben azonban még tüneti befolyást sem tapasztalunk. A modern valerianakészítmények (validol, valyl, bornyval) bevétele után sokszor jelzik a betegek a nauseának egyideig való megszűnését. Lehet, hogy ez a hatás csak suggestio eredménye. Némi palliatív hatást látott Boas a bromalkaliáktól (per os vagy per rectum) nem nagyon makacs esetekben. Ugyancsak palliatív hatású volt a könnyű esetekben, de hatástalan a súlyosabbakban a chloral (0.2—0.3 pro dosi többször napjában), s a chloroform oleum chloroformii (óránként 3-szor 10—15 esep) vagy aqua chloroformii alakjában. A cocain és származékai kifejezett nauseaellenes hatást nem mutattak. (Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 24. sz.)

Idegkörtan.

A lueses serumreactio gyakorlati haszna az idegbajokban ma az érdeklődés középpontján álló kérdés. Eichelberg (Göttingen) tapasztalatait és nézeteit 1200 serum és 350 spinális folyadék vizsgálata alapján adja elő. Nem szabad elfelejteni, hogy a Wassermann-reactio, ha positiv, csak azt mondja, hogy valakinek valami kor syphilise volt, és nem azt, hogy a vizsgált egyén jelenlegi baja syphilis. Hibás diagnosis pl. a mikor a beteg rohamokban ismétlődő gyomorfájdalomról panaszkodott és bevallotta, hogy 10 év előtt syphilise volt. Wassermann-reactio történt, a mely positiv volt. Ebből az észlelők azt a következtetést vonták le, hogy kezdeti tabesről van szó. Rövid idővel azután gyomorrák miatt kellett ezt

a beteget operálni és később sem volt rajta tabestünet észlelhető. Az idegbajok között leginkább a tabes, a dementia és az idegrendszer-lues érdekel. Kiderül, hogy a Wassermann-reactio tabesben és dementiában 70—100% között pozitív. *Eichelberg* 110 ilyen esete közül 97-ben volt pozitív Wassermann-reactio. E szerint a kórok-tanra az a vizsgálat nem vet több fényt, mint a mennyit a kör-előzmény statistikájából úgy is tudunk, tudniillik, hogy a tabeses egyének között igen sokon mutatható ki a régebbi lueses fertőzés. A cerebrospinális folyadék a tabesben 90—100, a dementia paralyticában 60%-ban ad pozitív Wassermann-reactiót. Egy sclerose en plaques is pozitív Wassermann-reactiót mutatott és ez figyelmeztet, hogy óvatosak legyünk itéletünkben. Érdekes, hogy tabesben a cerebrospinális folyadék többször ad Wassermann-reactiót, mint luesben. Abban az esetben, a mikor neurasthenia és dementia paralytica között kell döntenünk, a próba pozitív volta inkább ez utóbbi mellett szól. Tudnunk kell, hogy még a scarlatina is pozitív reactiót szokott adni. Ugyanezt látta a szerző 18 epilepsia közül nyolczban. *Eichelberg* azt hiszi, hogy a reactio nem mutatja meg azt, hogy a lues meggyógyult-e, vagy nem. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 1909. 36. kötet, 3. és 4. füzet.)

Kollarits Jenő dr.

A hysteriás lázról szól *Soca* (Montevideo) a „Soc. de neurol. de Paris” egyik ülésén. Betege, 26 éves asszony, appendicitisben szenvedett, mialatt hőmérséke 45°-ra emelkedett a hónaljban, bár az érlökés 100 alatt volt és sehogy sem egyezett meg a túlmagas testhőmérsékkel. Ez a magas hő 1½ napig tartott, azután lassan 37°-ra szállt le. A következő nap két óra hosszat tartott a 45°-os hőmérsék, és ez többször ismétlődött nyolcz napon át. A proc. vermiformis resectiója után a beteg meggyógyult. A magas hő hysteriás rohammal kapcsolódott, görcsös rángásokkal, globusérzéssel, szívdobogással. Hysterogen zónák voltak kimutathatók és jellegzetes hysteriás hemianaesthesia állott fenn. A szerző a hőemelkedést hysteriásnak mondja és utal arra, hogy hasonlókat mások is közöltek. De az ilyen esetek nem egyenlő értékűek. Ő maga több olyan esetet látott, a mikor valami acut baj állott fenn és ehhez csatlakozott a rendkívül magas hő, úgy hogy az illető acut baj magában azt nem igen okozhatta, hanem létrejövételére ezen kívül hysteriás alapra is van szükség. Az előadáshoz vita fűződött, a mely kimutatta, hogy ebben a kérdésben a legjelesebb ideg orvosok között is mekkora ellentétes nézetek uralkodnak. Így *Babinski* szerint hysteriás láz nem létezik és valamennyi ilyen eset egyszerűen simulált. *Raymond* ellenben az előadó esetét igen fontosnak és bizonyítónak tekinti. Ő is végzett rendszeren hőméréseket hysteriás betegeken. Egy hysteriás coxitisben a beteg végtagon rendellenes hőmérséklet tapasztalt. *Meige* kifejtette, hogy a hysteriás láz egész helytelen kifejezés, mert a túlmagas hő csak egy tünete a láznak és nem láz. Helyesebb volna tehát egyszerűen ideges hyperthermiáról beszélni. Úgy látja, hogy sok rejtélyes hőemelkedést irnak a hysteria rovására, a nélkül, hogy oda tartoznák. (*Revue neurol.*, 1909. 2. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Gyermekorvostan.

A Marmorek-féle antituberculosis serumnak a végbélen át alkalmazásáról ír *Ganghofner* (Prága). Összesen 32 tuberculosis gyermekek használták és pedig 9 sebészi esetben, 7 serophulosisban, 7 tüdőtuberculosisban, 5 tuberculosis hashártyalobban és 4 tuberculosis mellhártyagyulladásban. Nem tagadható, hogy némely esetben a kezelés befolyása alatt több-kevesebb javulást észlelt, sőt egy peritonitis tuberculosa meg is gyógyult. E javulás azonban korántsem mondható feltünőbbnek és lényegesebbnek, mint a minőt a rendes étrendi gyógyszeres és sebészi kezeléssel elérni szoktunk.

A szerző a serum mellett minden szükségeselt gyógyszeres és sebészi kezelést is alkalmazott, de nem ért el többet mint mások serum nélkül. Az egy gümös hashártyalob gyógyulása nem bizonyító, mert a gyermekkori ilyen természetű gyuladás néha különösebb kezelés nélkül ágynyalom és jó táplálás mellett is gyógyul.

Tapasztalatainak végeredményeként kimondja tehát, hogy — sok szerző ellenében (*Prey*, *Hoffa*, *Manheim*) — a Marmorek-féle gümöellenes serum végbélen át alkalmazásának gyógyító hatásáról meggyőződve nincsen. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1909. 3. szám.)

Vas J. dr.

Börkörtan.

A gyermekkorban előforduló furunculosisnak és a pemphigus neonatorumnak kezeléséről ír *A. Reiche*. A gyermekkori bőrbajok egyik legkellemetlenebbike a furunculosis. A gyógyulás néha alig akar előrehaladni és a folytonos recidivák közismertek. Az ellene alkalmazott és ajánlott eljárások ezért igen nagy számúak. A szerző a legjobb eredményt az izzasztó begöngyölgetésektől és a rákövetkező sublimatfürdőktől látta. Ezt az eljárást *Lewandowsky* ajánlotta először. E szerzőnek a vizsgálataiból ugyanis kiderült, hogy a staphylococcusok különösen a verejték-mirigyeknek a szarúrtegben lefutó kivezetőcsöveiben tanyáznak. Ezek azután periporitist létesítenek, a miből a kis abscessus képződik. *Lewandowsky* az eljárásával tehát azt akarja elérni, hogy az izzasztással kisodorja a baktériumokat a járatból, a melyeket azután a sublimattal elpusztít. Az izzadást el lehet érni meleg fürdővel, pakolással, meleg italokkal, esetleg 0.2—0.3 gm. aspirinnel. Miután a gyermek erősen megizzadt, áthelyezzük a sublimatfürdőbe (1:0:10,000:0). A kisebb furunculosisok ebben a fürdőben nyithatók meg. A füröztetés után a kitisztított furunculosisokat behintjük xeroformmal. Ez az eljárás a gyermek erőbeli állapota szerint 1—3 naponként végezhető. Kellemetlen mellékhatások állítólag sohasem tapasztalhatók. Néha igen súlyos esetek már 8—14 nap múltán tökéletesen meggyógyulnak. A szerző ugyanilyen módon kezelte a pemphigus neonatorumban szenvedő gyermekeket is. Hogy ez a betegség fertőzőes bántalom, az csaknem kétségtelen. Legjobb a hólyagokat a sublimatfürdőben megnyitni. Az eredmény ebben a bajban is igen kielégítő. (*Therapeutische Monatshefte*, 1909. 5. füzet.)

Guszman.

A pittylen-nel végzett kátrányos kezeléséről ír *Haedicke* (Berlin). Vannak bőrbajok, a melyeknek kezelése csak bajosan sikerülne kátrányos kezelés nélkül. A kátránynak a főhatása a viszketés esillapításában és keratoplastikai tulajdonságában áll. A szerző tapasztalása szerint kitűnő és jó hatású kátrányos készítmény a pittylen, mely a tülevelűek kátrányának condensatiós terméke. Nagy előnye ennek a készítménynek az is, hogy formaldehydet tartalmaz, a mi által a hatása is jelentékenyen különbözik a többi kátrányfajétól. A pittylen, a melyet először *Joseph* ajánlott a dermatoterapiában, világosbarna por, a melynek alig van kátrányszaga. Alkoholban, chloroformban, collodiumban és hasonló anyagokban oldódik. Könnyen alkalmazható szappan, tapasz vagy kenőcs alakjában. A szerző a legkülönbözőbb bőrbajok gyógyításában alkalmazta a szert. Különösen jó sikert látott dermatomykosis eseteiben. Így pityriasis versicolor, erythrasma eseteiben 2—10%-os kenőcs hamarosan eredményre vezetett. Jól alkalmazható idült eczemás esetekben, szintúgy prurigóban és pruritusban szenvedő egyénekben is. Mindezekben a bajokban azért is igen alkalmas szer, mert mellékhatásokat, főleg bőrirritációt sohasem okoz. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1909. 28. szám.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

Taetoválás és syphilis ezimen ír tanulságos közleményt *Sh. Dohi* (Tokio). *Berg* munkájából tudjuk, hogy a taetoválás Európában már a legrégebb időből ismeretes. A régi Rómában és Görögországban a taetoválás a rabszolgák, foglyok és gonosztevők jelzése volt. Később az első keresztények szimbolum alakjában apró keresztet taetováltak kezükük fölé. A taetoválás ma leginkább csak bizonyos alsóbb néprétegek szokása. Legtöbbször katonákon, hajósokon és kéjnőkön észleljük. Az európaiak a taetoválást leginkább az alkaron végzik. Japánban ezt a szokást a test bármely részén alkalmazzák, legtöbbször a felkaron. A taetoválás technikája magában véve egyszerű. A „művész” a megfelelő bőrfelületre rajzolja az ábrát s azt esomóba kötött tűk segítségével a bőrön kibökdösi. A megszurkált területet azután különböző festőanyaggal bedörzsölik. A legszokásosabb anyag a chinai tus és a cinober. A lobos reactio foka a bedörzsölt anyag szerint igen változó. Ismeretes, hogy a taetoválás nyomán már sokszor keletkezett complicatio. A piszkosan végzett taetoválás nyomán az orbáncz, phlegmone, gangraena stb. nem ritkaság. Complicatio képpen előfordul néha a syphilises és gümös infectio is. Ez rendszeren úgy jön létre, hogy a festőanyagot nyállal keverik. A szerző

azonban nem ezekről a complicatiókról ír. Az ő észlelése egy az egész hátán és farán régen taetovált egyénre vonatkozik, a ki utóbb genitális úton syphilit szerzett. A taetoválás japán harezost ábrázolt, a mint az öklével egy vadkant agyonsújt. A taetovált egyén az infectio után általános papulás syphilitet kapott s ennek a sajátságos localisatiója az, a mi az esetnek különös érdekességet kölcsönöz. Az ábrának azon részei, a melyek tussal vannak kékesfeketere színezve, tele vannak syphilites papulákkal, a cinoberrel pirosra festett ábrarészletek azonban tökéletesen mentesek a papulás kiütéstől. Ez a localisatiós eltérés a legnagyobb törvényszerűséggel mutatkozott. Középpallást foglal el a testnek taetovátlan része. Ezen a papulás kiütés középerősen van kifejlődve. *Dohi* észlelése tehát határozottan azt bizonyítja, hogy míg a tussal taetovált testrészekben a syphilit feltűnő erősen volt kifejezve, addig a pirosra festett bőrreszek teljesen syphilitmentesek voltak. A tussal festett bőrreszeknek erős papulás elváltozását szerző az állandó idült inger következményének tartja. A tusnak a bőrbe jutott pigment-szemcséi t. i. folytonosan mint idegen testek működnek a szövetben. A syphilites jelenségekről pedig általánosan tudjuk, hogy főleg oly testrészekben jelentkeznek ismételtén, a hol vagy mechanikai, vagy pedig chemiai ingerek (belső, smegma, dohányzás stb.) forognak fenn. Hogy állnak azonban a viszonyok a pirosra festett, papulanélküli területeken? A szerző itt a cinobernek (hydrargyrum sulf. rubr.) közvetlen antilueses képesős hatását veszi fel magyarázatképpen. Jóllehet a cinober rendkívül állandó vegyület, mégis valószínű, hogy bár csak nyomokban is, a szövetben lassanként bomlik és képesős hatást fejt ki. Ha a cinober teljesen változatlan maradna a bőrben és csak idegen testképpen szerepelne, akkor az általa támasztott inger nyomán a tushoz hasonlóan a syphilites jelenségeknek a pirosra festett területeken is létre kellene jönniök. A cinober bomlása azonban vajmi minimális lehet csak, mert az élénkpiros szín 16 év alatt szemmel láthatóan egyáltalában nem változott. Ha ez így van, akkor *Dohi* véleménye szerint esete a legjobban bizonyítja, hogy mily végtelen kevés kénesőmennyiség szükséges a szövetekben, hogy ott helyben a lues nyilvánulása akadályba ütközzék. (Archiv f. Dermatologie und Syphilis, 1909. 96. köt. 1. füz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **digitalis-forrázat** köztudomás szerint nagyon hamar romlik. Ennek megakadályozására *Focke* az alkoholt ajánlja, körülbelül 5% mennyiségben. Tapasztalatai egyébként még a mellett is szólnak, hogy az ilyen alkoholhozzátétel a digitalis-forrázatot gyorsabban hatóvá is teszi. Érzékeny gyomrú egyének számára való forrázathoz közömbösítés céljából még kevés natrium carbonicumot (2 centigrammot 100 cm³ forrázatra) is ad. (Medizinische Klinik, 1909. 25. sz.)

A **sebészi műszerek sterilizálására** *Conradi* a forró sesamolajat ajánlja. Az eszközöket az olajba teszszük, melyet borszesz- vagy gázlánggal néhány percz alatt körülbelül 200°-ra hevítetünk, oly hőmérsékre, a melyen az eddig ismert legellenállóbb sporák is elpusztulnak. Ez a módszer nem csupán fémeszközök, hanem nem fémből való szondák és bougiek sterilizálására is alkalmas. (Ref. La semaine médicale, 1909. 25. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 31. szám. *Komáromy Sándor*: Roncsoló toroklob-járvány elfojtása általános védőoltással. *Porosz Mór*: Lueses metrorrhagia. *Lánczi Vilmos*: A trachomaellenes védekezés értéke.

Orvosok lapja, 1909. 32. szám. *Tóvölgyi Elemér*: A légzési hibák kezelése.

Budapesti orvosi újság, 1909. 31. szám. *Szontagh Félix*: A gyermektejhez fűződő kiváncsalmak. *Kanitz Henrik*: A Röntgen-sugaras gyógyítás káros mellékhatásáról.

Vegyes hírek.

Jubileum. *Biringer Ferencz* dr., a nyitrai vármegyei közkórház igazgatója e hó 1.-én töltötte be kórházi orvosi működésének 25. évét.

Kinevezés. *Bardócz Gyula* dr.-t a *tordai* törvényszékhez orvossá nevezték ki. — *Fetter József* dr.-t, *Klein Zsigmond* dr.-t és *Goldner Viktor* dr.-t a székesfővárosi kórházakhoz segédorvossá nevezték ki. —

Lefkovits Salamon dr.-t lipótújvári járásorvossá, *Halász Miksa* dr.-t a zalaegerszegi kórház elmeosztályának orvossá, *Grosz Jenő* dr.-t a máramaroszigeti kórház alorvosává és *Kiss Béla* dr.-t a gyulai közkórház elmebeteg-osztályának segédorvosává nevezték ki.

Választás. *Berger József* dr.-t Döbröközön községi orvossá és *Pintér István* dr.-t czinfalvai körorvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. A júniusi kari ülésen megválasztottak: az elme- és idegyógyászati tanszék mellé *Szabó József* dr. I. tanársegédnek, *Borsos József* dr. II. tanársegédnek; az élettani tanszékhez *Veress Elemér* dr. magántanár adjunctusnak (újraavasztás); a kórbonecolástani és kórszövet-tani tanszékhez *Veszprémi Dezső* dr. magántanár adjunctusnak (újraavasztás), *Pollák Vilmos* gyakornoknak; az egyetemi gyógyszer-tárhoz *Polányi Béla* gyógyszerész-gyakornoknak (újraavasztás); a sebészeti tanszékhez *Sándor István* dr. II. tanársegédnek (újraavasztás), *Gyergyai Árpád* dr. díjtalan tanársegédnek.

Ihrig Lajos dr. lakását V., József-tér 14. sz. alá tette át.

Dénes Mihály dr. lakását V., Lipót-körút 30. sz. alá helyezte át.

Az V. országos elmeorvosi értekezlet munkarendje. Augusztus hó 28.-án délelőtt 9 órakor első ülés: 1. Megnyitás és megalakulás. 2. Titkári jelentés. 3. Jelentés a IV. orsz. elmeorvosi értekezleten beadott és elfogadott indítványokról. 4. Eszmecsere a IV. értekezleten a „korlátolt beszámíthatóságról” tartott referatunok felett. Augusztus hó 28.-án délután 4 órakor második ülés: 1. Referatun: „Az elmebeteg családok ápolása Magyarországon”. Előadó: *Konrád Jenő* dr., egyetemi magántanár, állami elmeorvóintézet igazgató (Budapest-Lipótmező). 2. Indítványok. 3. Titkári jelentés. 4. Elnöki záróbeszéd. Az értekezlet helye: Budapesti kir. orvosegyesület (Szentkirályi-u. 21.).

Meghalt. *Zirkelbach Antal* dr., a budapesti egyetem II. sz. belklinikájának hosszú éveken át volt tanársegéde, e hó 4.-én 38 éves korában. A szép reményekre jogosító, rokonszenves orvos, a ki a tudományos irodalom terén is eredménytel dolgozott, önkézzel vetett véget életének. — *M. Runge* tanár, a göttingeni nőbeteg-klinika igazgatója.

Kisebb hírek külföldről. *H. Leo* dr.-t Bonnbán rendes tanárrá és a gyógyszer-tani intézet igazgatójává nevezték ki. — A prágai német egyetemen *E. Pietrzikowski* dr.-t a sebészet rendkívüli tanárává nevezték ki, *A. Margulies* (psychiater) és *K. Walko* (belorvos) pedig a rendkívüli tanári címet kapta.

Rockefeller, az ismert amerikai milliomos, 70. születésnapja alkalmából 25 millió dollárt adományozott a chicagói egyetemnek. 6 millió dollárt kapott a „Rush Medical College” és 4 millió dollárt a „Rockefeller Institut for Medical Research”.

A **sörfogyasztás** Münchenben, a mely már évek óta eszkettenben van, 1908-ban már csak 266 liter volt fejkenként (1900-ban még 433 liter). Ezzel szemben a tejfogyasztás nagyobbodott: 1908-ban 149 liter fejkenként az 1900. évi 130 literrel szemben.

Dr. Jakab-féle LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium. **Megnyílik 1909 augusztus havában.**

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgörbülések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógmódok.

PÖSTYÉN Weisz Ede dr. intézete. Zander, Röntgen stb. Kényelmes szobák.

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet postá VISEGRÁD (Pest m.) Fürdőidény szept. 30.-ig. Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízlató és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensió — fürdőhasználatlalt és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kiváncsra prospektus.

Orvosi laboratorium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26-96

Marienbad Dr. MENYHÉRT JENŐ rendel. Stephanstrasse Haus „Goldener Falke“

Marienbad Dr. MAUKSCH MÓR gyakorló fürdőorvos. RENDEL: HAUS „MERCUR“

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűtés. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **RÉH BÉLA dr.**

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FÁSOR 13—15. Felvételnél férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

PÁLYÁZATOK.

1270/1909. eln. sz.

A szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“ kórházban f. évi szeptember hó 15.-én üresedésbe jövő 3 (három) egyenként havi előleges részletekben fizetendő 1200, azaz: Egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú étellel megajándozott kórházi orvosok állására ezzel pályázatot hirdetek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő orvosok tartoznak a kórházban lakni, magángyakorlatot az első segélynyújtás esetét kivéve nem folytathatnak és állásaikat csakis két havi felmondási idő eltelté után hagyhatják el. A kinevezendők állásaikat f. évi szept. 15.-én tartoznak elfoglalni.

Nős orvos pályázati kérvénye figyelembe nem jöhet.

Felhívom ennél fogva az ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtokat, hogy a kellőleg okmányolt pályázati kérvényeiket f. évi szeptember hó 3. napjának déli 12 órájáig Bezeredy István főispán úrhoz Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe nem részesülnek.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1888. évi I. t. cz. 9. §-ának II. részében értelmében minősített pályázó nem fog jelentkezni, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorú orvosoknak a fenti pályázati határidőig benyújtandó kérvényei is figyelembe fognak vétetni.

S z a b a d k a, 1909. évi augusztus hó 3.-án.

3-1

Dembitz Lajos dr., h.-polgármester.

1848/1909. sz.

Bihar vármegye cséffai járásában a körorvosnak járásorvossá történt ki-nevezése folytán megüresedett geszti körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, négy 200—200 korona

ötödéves korpótlék, természetbeni lakás, továbbá a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, beteglátogatási, hűsvizsgálati és halottkémlési díjak.

A körhöz tartozó községekbe való kiszálláskor a fél tartozik megfelelő természetbeni fuvart adni.

A kör területén fekvő Nagyméltóságú gróf Tisza István uradalma és még több gazdaság a megválasztandó körorvost fogja gazdasági orvosnak alkalmazni.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy pályázati kérvényüket legkésőbb f. évi szeptember hó 7.-éig adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Geszti község házában f. évi szeptember hó 10.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

C s é f f a, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-1

A szolgabíró.

1847/1909. sz.

Bihar vármegye cséffai járásához tartozó ugrai körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen körhöz tartoznak Ugra székhelyvel Nagyvarsány és Rojt községek.

A körorvos javadalmazása: Az 1908. évi XXXVIII. t. cz. alapján 1600 korona évi törzsfizetés, négy 200—200 korona ötödéves korpótlék és 200 kor. személyi pótlék, természetbeni lakás, továbbá a vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési, beteglátogatási, hűsvizsgálati és halottkémlési díjak.

A volt körorvos a körhöz tartozó több nagy uradalomtól 800—900 korona tiszteletdíjat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak kiltása van.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy kellőleg felszerelt kérvényüket hozzám f. évi szeptember hó 11.-éig annyival is inkább adják be, mert a később beérkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1909. évi szeptember hó 14.-én d. e. 10 órakor fogom Ugra község házában megtartani.

C s é f f a, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-1

Minkovits, főszolgabíró.

50/909. eln. szám.

A debreczeni magyar kir. állami gyermekmenhelynél szervezett másodorvosi állás betöltésére, a mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú étellel megajándozott, pályázatot hirdetek. Felhívom tehát mindazon orvostudor urakat és orvosnőket, kik ezen állást elnyerni óhajtok, hogy egykoronás bélyeggel ellátott orvostudori oklevéllel és eddigi alkalmazásukról szóló okmányokkal felszerelt s a belügyminiszter úrhoz címzett folyamodványukat 1909. évi augusztus hó 18.-áig alulírott nál nyújtsák be. Az állás szeptember hó 1.-én foglalandó el.

D e b r e c z e n, 1909. évi július hó 29. napján.

3-1

Brokés Győző dr., igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

Helyreigazítás! A „Charité“ Poliklinika mult heti hirdetésében a cursusok terminusainál nyomdahiba csúszott be; a cursusok nem augusztus hó 26—31 között, hanem 16—31 között tartatnak meg.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőcei Salvatorforrás-Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8 f

Hyperaciditás ellen gyomornál alkalikus vizek „Rohitschi Styria-forrás“ minden előtt sikerrel rendelhető. 7784

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

3032

Budapest, Városligeti fásor 11.

Magánygyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvételnél **benlakók és bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — Szénsavas fürdők. — Diätetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak

Telefon 15—39. — Prospectus.

Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA.**



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tablettá üvegen 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban. 4437

MAGNESOL STOHR (Magnes citric. efferves.) sine sacchar.

NORDEN tanár előírása szerint egy enyhe és biztos hashajtószer különösen

CZUKORBETEGEKNEK.

Főraktár Magyarország részére:

VÖRÖSKERESZT-GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrassy-út 84.



A Budai Szent-Lukácsfürdő

Nagy-szállodájában és Thermal-szállodájában lakás teljes ellátással naponként 10 K-tól feljebb. Minden szoba kilátással a Dunára. **Kénes iszapfürdők és iszapborogatások.**

„Rákóczy“

Bad Kissingi természetes ásványvíz

világhírű, anyagcsere-bántalmak stb. részére.

Kütleírás díjmentesen a

7184

Kissingi és Bockleti Kir. Ásványfürdőkezelőség által.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarzi Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Ilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Engel Károly: Közlés a II. számú belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A mellkasi aorta aneurysmájának átfürödéséről a vena cava superiorba. 575. lap.

Ij. Liebermann Leó: (A budapesti kir. magyar tud.-egyetem bakteriologiai intézetéből. Igazgató: Preisz Hugó dr. ny. r. tanár.) Tanulmányok az oxyhaemoglobinnak és néhány más anyagnak bakteriumok okozta reductiójáról. 577. lap.

Halász Henrik: A halántékesont esecsnyújtványának elsődleges csontlobjából létrejött extradurális tályog. (Eselék a csecsűregek feltárásakor.) 580. lap.

Ónodi: A lipesei egyetem 500 éves jubileuma. 580. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hermann Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. — Lapszemle. Általános kórtan. Magnus-Levy: Az ásványi alkotórészek anyagforgalma. — Belorvosok. Saenger: A légzésgyakor-

lat fontossága az asthma terapiájában. — Sebészet. E. W. Baum: A rectális aether-narcosis értéke. — Riccardo Della Vedova: Új eljárás a habituális térdkalácsfeszesség operatív kezelésére. — Bőr-kórtan. E. Arning és F. Lewandowsky: A Ziehl-féle eljárással nem festhető leprabacillusok. — Venerés bántalmak. Régi párisi intézkedés a venerés betegségek meggátálása céljából. — Fizikai gyógyításmódok. Schindler: Beteg körmök kezelése Röntgen-sugarakkal. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Tschernov: Gözbelégzés gyermekkori broncheectasia esetében. — Silvestri: Szer csillapíthatatlan terhességi hányás ellen. — Arellis: Fájdalomcsillapító szájvíz. 582—586. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 586. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 586. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 587—588. lap.

Melléklet. Elme- és idegkórtan. 2—3. szám. Szerkeszti: Babarzi Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a II. számú belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A mellkasi aorta aneurysmájának átfürödéséről a vena cava superiorba.

Irta: Engel Károly dr., klinikai tanársegéd.

Zs. J., 46 éves főpinczér, 1909 március 5.-én jelentkezett felvétellel. Előadja, hogy február 27.-éről 28.-ára virradó éjjel négy óra tájban felébredt, a mikor is arcát, nyakát és mellét duzzadtának, feszültnek érezte és lélekzete igen nehéz volt. Másnap jobb karja is megdagadt, arcának és nyakának duzzadtsága pedig annyira fokozódott, hogy nyakának körfogata három nap alatt 10 cm.-rel lett nagyobb. Szemhéjjának duzzadtsága miatt szemét alig tudta kinyitni. Harmadikán Tasnádról Nagykárolyba, negyedikén meg innen a fővárosba utazott; az utazást igen jól tűrte, csak mérsékelt fejfájása volt. Betegségének harmadik napján vette észre, hogy mellkasán kékes erek kezdenek mutatkozni. Jelentékenyebb fájdalommal betegségének egész ideje alatt nem volt, csak sajátságos fojtogató érzés és lélekzési nehézség bántja.

Jelen bajáig mindig egészséges volt, munkáját könnyen, minden nehézség nélkül tudta végezni. Lueses fertőzést tagad, igen bőven élt szeszes italokkal, erős dohányos is volt.

A középtermetű, jól fejlett és táplált férfibeteg fejének, arcának és nyakának bőre erősen duzzadt, feszes, tömött tapintatú. A mellkas bőre ugyanezért duzzadt, lefelé egész a bordaivig, a szegycsontnak megfelelőleg nyomásra az ujjbenyomatot megtartja. Az arc, kivált pedig a fül, az orr, az ajkak erősen cyanosisos. A nyakon, valamint a mellkason és a hát felső részén számos felületes, tágult vena látható. A nyak jobb oldalán hosszanti lefutású, egészen felületes, systolés lüktetést feltüntető ér tapintható. A has, valamint az alsó végtagok bőrén semminemű rendellenesség sem állapítható meg.

A szegycsont markolatának megfelelőleg, valamint attól mindkét oldal felé intenzív tompulat van, mely tompulat mindkét

oldalt a parasternális vonalat kissé meghaladja. Ezen helynek megfelelőleg — kivált a beteg előrehajlásakor — lüktetés tapintható.

A szívtompulat kifelé a bimbóvonalig ér, befelé meghaladja a jobb szegyszélt, összefolyik felfelé a leirt tompulattal. A szívcsúcs felett tiszták a hangok. Az aortának megfelelően erős, hosszú, érdes systolés zörej hallható, mely a nyaki erek felé jól vezetődik, e mellett a diastolés hang tiszta. A pulsus telt, feszes, rythmusos, száma percenként 98. A lélekzés száma percenként 36, a lélekzés kifejezetten stenosisos jellegű. A tüdőnek megfelelően kopogtatási eltérés nincsen, az egész mellkas felett kissé érdes a lélekzés. Átvilágításakor a középpárnyék felső része kiszélesedett, kivált jobboldal felé, a középpárnyék jobb szélének középső része ivszerűen domború, kifejezett lüktetés azonban nem állapítható meg. A máj a bordaívét három ujjnyira haladja meg; a vizeletlet rendes.

A klinikai megfigyelés folyamán a betegen delirium keletkezett, kivált éjjel, időnként azonban napközben is. A mellkas és a hát bőrén levő venák mind számosabbak és erősebbek lettek, majd a has bőrén és a hát alsó részén is mutatkoztak. Március 8.-án a jobb felső végtag, néhány nap múlva a baloldali duzzadt meg erősen, egyébként az első lelethez képest változás nincsen.

Március 10.-én Cheyne-Stokes típusú lélekzési támadt, mely ez időtől állandóan megmaradt, 10—15 másodperces lélekzési szünettel. A beteg, ámbár állapota ilyen módon gyorsan rosszabbodott, el-el hagyta ágyát, járkált, beszélgetett, szórakozást keresett.

Március 12. A nap folyamán a beteg kissé aluszékony. Mindkét oldalt a bokatáj bőre oedemás.

Március 15. Hajnali fél öt órakor hirtelen meghalt.

A boncolási jegyzőkönyv adataiból (Goldzieher dr.) a következőket tartom kiemelendőnek:

A szív jökora öklényi, hossz- és harántirányban egyaránt megnagyobbodott, petyhüdt. A szív izomzata sötét barnavörös színű, tompa fényű, főtthűszerűen átlátszatlan, igen szakadékonny. A bal-szív izomzata 11, a jobbé 5 mm. vastag.

A szívbelhártya sima, fénylő, a billentyűk simák, vékonyak, könnyen elemelhetők.

Az aorta ascendens és az arcus aortae fala megvastagodott, egyenetlen, részben transparenss, fehéres megvastagodásokat, részben

szabálytalan, néhol sugaras behúzóásokat mutat. A leszálló aortán és a környéki ereken ezen elváltozások csak nyomokban láthatók.

Az aorta félholdképi billentyűi fölött egy harántújjnyira határozottan elhatárolt féltenyérnyi kerek nyílást látunk, a mely egy kis ökölnyi tömlőbe vezet, a tömlő a jobb tüdő hilusa felé irányul és érintkezik lefelé a jobb fülcsével, jobboldalt és felül pedig a vena cava superior, illetve a vena anonyma sinistrával. A tasakot magát folyékony vér tölti ki, falát csak vékony rétegben fedik frissebb thrombusos felrakódások. A háromhegyű billentyű záródási vonala felett 9 cm.-nyire a vena cava superioron majdnem fillérnyi, kerek, de egyenetlen és berepedezett szélű nyílás látható, a melyen át a vena cava superior az aorta tömlőjével közlekedik. Az átfúródási nyílás táján az aneurysma erősen megvékonyodott, fala a vena cavával szorosan összefügg.

Diagnosis: Endoarteritis chronica. Cicatrices aortae ascendentes et arcus. Aneurysma semiperifericum saeciforme magnitudine pugnam minorem aequans. Perforatio aneurysmatis ad venam cavam superiorem.

Az eddig teljesen egészségesnek látszó, erőteljes, munkaképes emberen ezek szerint egy éjjel folyamán hirtelen olyan tünetek támadtak, a melyek (az arcz, nyak, mellkas duzzadt volta, ugyanezen területekre szorító és lefelé elég élesen elhatárolt cyanosis, az agy gyűjtőeres pangásának tünetei, fejfájás, szédülés stb.) kivált néhány nap alatt való teljes kifejlődésükben, arra utaltak, hogy a vena cava superior áramterületében a vér elfolyásának akadályozottsága jött létre. A beteg pontos vizsgálata kiderítette azt, hogy az elülső gátörégekben valamely daganatnak kell jelenlenni (stenosisos légzés, kiterjedt tompulat a szegycsont markolatának megfelelőleg és attól kétoldalt, kiszólesbedett középárnyék), mely minden valószínűség szerint aneurysma aortae volt felismerhető. Nyomósan szól aneurysma mellett a beteg előrehajlásakor a tompulatnak megfelelő területen észlelhető lüktetés, a systolés zörej, mely a nyaki erek fölé jól vezetődött, a betegnek éveken át rendszeresen folytatott nagyfokú nicotin- és alkoholabususa. Nyaki mirigymegnagyobbodás, jellemző vérelváltozás vagy lépdaaganat, a mely mirigyeredetű gátöréki daganat irányában lett volna értékesíthető, kimutatható nem volt. Ilyen körülmények között az aneurysma aortae diagnózisát kellett megállapítanunk, noha a középárnyék jobboldali, erősen kifelé domborodó szélén lüktetés nem volt látható. Igaz, hogy az átvilágítást a betegnek különben is vastag mellkasa, valamint a mellkas bőrének nagyfokú vízkórsága rendkívül megnehezítette.

Megállapítottuk ilyen módon azt, hogy a betegnek, a kinek a vena cava superior áramterületében a vér elfolyásának akadályozottsága ily hirtelen keletkezett, mellkasi aortaaneurysmája van. Közelfekvő és természeteszerű volt az a gondolat is, hogy e két kóros elváltozás között összefüggést keressünk. E szempontból két kóros folyamat jöhetett szóba: az, hogy a vena cava superior az aneurysma erősen összenyomta s így a vena cava superiorban thrombosis támadt, másrészt pedig az aneurysmának a vena cava superiorba való átfúródása. A vena cava superiorban rendes körülmények között negatív a nyomás, az aortában körülbelül 150 kénese-millimeter. Ha tehát a két ér között közlekedés jött létre, az ott levő nyomáskülönbség folytán az aorta vére a vena cava superiorba fog hajtatni a perforációs nyíláson át. Ilyen körülmények között a vena cava superiornak legcentrálisabb részén megszűnik a negatív nyomás, sőt az erősen pozitív lesz, ez pedig teljesen megakadályozza azt, hogy a vena cava superior áramterületének vére lefolyhasson a jobb pitvarba. Aneurysmának a vena cava superiorba való perforációja tehát a vena cava vérenek szabad elfolyását teljesen megátolja, ennek következtében a vena cava áramterületében igen nagyfokú pangásnak kell létrejönnie.

A differentialediagnózis az említett két eshetőség között esetünkben nem volt nehéz. A vena cava összenyomtatása és az ez által előidézett thrombosis nem következik be oly hirtelenül, hanem rendszerint lassanként. Éppen ezen oknál fogva a pangás compressio esetén nem is olyan nagyfokú, mivel collateralisok keletkezése folytán a vena cava superior vére legalább részben elfolyást nyerhet. Ez esetben a pangás hirtelen létrejött és nagy foka tehát inkább aneurysmaperforatio mellett szólt. Sokkal jelentősebben bizonyított azonban, sőt mondhatni diagnosidöntő volt, egy másik körülmény, nevezetesen a nyak jobb oldalán levő felületes ér sys-

tolés lüktetése. Ezen éret ugyanis egészen felületes elhelyeződése, hosszanti lefutása és tájbonczolástani megjelenése alapján a vena jugularis externának kellett mondanunk. A gyűjtőérnek erős, pozitív systolés lüktetése ez esetben, minden egyéb tricuspidal-insufficienciára valló tünet hiánya mellett, semmiféle más módon elképzelhető nem volt, mint hogy aortabeli vérhullámnak közlekedő nyíláson át a vena cava superiorba való bejutása útján jött létre. Mindezen körülmények tekintetbevételével aneurysmaperforatióknak a vena cava superiorba való létrejövételét állapítottuk meg. A beteget ezen diagnosissal a budapesti kir. orvosegyesület márczius 6.-i ülésén bemutattam még életében, két héttel később a bonczolás alkalmával nyert készítményt ugyanott demonstráltam.

Mint a tárgyalás folyamából látszik, a tünetek csoportosulása folytán a klinikai kép oly jellegző volt, hogy a diagnózis nagyobb nehézséget nem okozott. Sőt, ha az idevágó kasuistikai irodalmat (*Fränkel, Reinhold, Kieseritzky, Barcza*) áttekintjük, akkor az a benyomásunk, hogy az aortaaneurysma diagnosissának megállapítása rendszerint a főnehézség, elannyira, hogy a jellemző tünetek mérlegetése magának az aortaaneurysmának megállapításakor is segítségül van.

A mi a symptomatológiát illeti, esetünkben semminemű perforációs zörej hallható nem volt. A hosszú, érdes systolés zörejt az aneurysma okozta, a perforációs zörej állandó, a systole és diastole ideje alatt egyaránt fennálló szokott lenni. Úgy látszik a perforációs zörej létrejövetelekor nagy szerepe van a közlekedési nyílás nagyságának. Minél kisebb és minél inkább résszerű, annál nagyobb a lehetőség a perforációs zörejt okozó örvényhullámok keletkezésének; legalább erre utal az, hogy *Reinhold* két esetében (az egyikben hasadékszerű volt a közlekedő nyílás, a másikban lencsényi) igen erős perforációs zörej volt hallható, *Barcza* esetében pedig, valamint a jelen esetben is, nagy közlekedő nyílás mellett perforációs zörej nem volt hallható.

Sokkal érdekesebb a pozitív venapulsus symptomatologiai szempontból. *Gerhardt* volt az első, a ki ennek nagy jelentőséget tulajdonított az aneurysmaperforatio-diagnosiss megállapítására a vena egyszerű összenyomtatásával vagy elzáródásával szemben. Kétségtelen, hogy hasonló tünetesoport esetén a biztosan pozitív systolés venalüktetés a diagnosist eldönti. Az irodalmi feljegyzések azonban azt tanúsítják, hogy ezen tünet az aorta és vena cava superior aneurysma varicosumában meglehetősen ritka. A *Halla* összegyűjtötte 10 eset közül csak egyben volt venapulsus; éppen úgy hiányzott ez *Reinhold* két esetében is. Igen kifejezett volt ezekkel szemben ezen tünet *Barcza* esetében, melyről azt a feljegyzést találjuk, hogy a nyak jobb felének, valamint a jobb felkarnak venáin rendkívül erős, szinte arteriaszerű lüktetés volt tapintható. Kétségtelen, hogy ezen tünet létrejövésakor is jelentékeny szerepe van a közlekedési nyílás nagyságának. Minél nagyobb az, annál könnyebben és jelentékenyebb tömegben kerülhet a vér az aneurysmából a vena cava superiorba és annál könnyebben fog ott lüktetést létrehozni. Szerepel itt azonban más körülmény is, nevezetesen a perforációs nyílás helye, az aortaaneurysma alakja illetve az aortaaneurysma bemeneti nyílásának a nagysága. Felette érdekes e szempontból *Barcza* esete. Ez esetben ugyanis a vena cava magának az aneurysmának bedomborodása folytán a perforációs nyílás alatt szűkült volt, másrészt pedig a közlekedő nyílás elhelyezkedése olyan volt, hogy az aortából jövő vérhullám közvetlenül a vena cava irányában, az abban levő áramlási iránynyal szemben érvényesülhetett, a nélkül, hogy a falon megtörést kellett volna szenvednie. Ezen két körülmény okozta, a perforációs nyílás nagysága mellett, a venás lüktetés oly kifejezett voltát.

Azt kell tehát mondanunk, hogy a venalüktetés diagnostikai jelentősége hasonló esetekben elsőrangú, hiánya azonban éppenséggel nem zárja ki a perforatio lehetőségét.

A perforatiót a betegek rendszerint nem hosszú idővel élik túl, az irodalmi feljegyzések adatai néhány óra és két hónap között (sőt *Glasgow* esetében hét hónap is) váltakoznak.

Therapiánk ez esetekben persze teljesen tehetetlen. Sem a rendellenes közlekedést, illetve az ez által létrehozott rendellenes véráramlást nem tudjuk befolyásolni, sem pedig a vér normális lefolyását elősegítő collateralis keringés keletkezését nem tudjuk előmozdítani.

Irodalom: *Gerhardt*: Lehrbuch der Auscultation und Percussion, 1890. — *Fränkel*: Beiträge zur Pathologie und Therapie der Aortenaneurysmen. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1897. — *Reinhold*: Zwei Fälle von Durchbruch eines Aneurysmas der Aorta ascendens in die Vena cava superior. Deutsches Archiv für klinische Medizin, 71. — *Halla*: Idézve Reinhold után. — *Kieseritzky*: Berliner klinische Wochenschrift, 1908. — *Bareza*: Ein Fall von Perforation eines Aortenaneurysmas in die obere Hohlvene. Zeitschrift für klinische Medizin, 61. kötet.

(A budapesti kir. magyar tud.-egyetem bakteriologiai intézetéből. Igazgató: Preisz Hugó dr. ny. r. tanár.)

Tanulmányok az oxyhaemoglobinnak és néhány más anyagnak bakteriumok okozta reductiójáról.

Irta: Ifj. *Liebermann Leó* dr., tanársegéd.

Régóta ismeretes, hogy a vér, vérolat vagy véresejtemulsio oxyhaemoglobinja bizonyos idő múlva redukált haemoglobinná változik át és pedig a körülmények szerint néhány óra vagy nap múlva. Ezen jelenség azonban, mint a következő vizsgálatokból kitűnik, nem folyik le önként, külső behatás nélkül, hanem *bakteriumok jelenlétéhez van kötve*, melyekről bizonyos, hogy minden eddigi észlelés esetében — nem lévén ok aseptikus dolgozásra — mindig jelen voltak és elszaporodhattak. Ha bakteriumok jelenlétét kizárjuk, eddigi észleléseim szerint reductio egyáltalában nem következik be, még hónapok múlva sem. Nyúl fülvenájából sterilizált feeskendővel vett vért steril vízben, melyet a levegő eltávolítása czéljából közvetlenül a kísérlet előtt újra felforraltam és lehűtöttem, feloldva, oly sterilizált üvegesőbe szívtam fel, melynek mindkét vége capillarissá volt kihúzva; az üvegeső mindkét végét azután, a nélkül, hogy levegő juthatott volna hozzá, beforrasztottam. Így eltéve, a vérolat mind máig — több mint fél év óta — reductiónak nyomát sem mutatja; az eredeti élénkpiros szín csak annyiban változott, hogy csekély barnás színárnyalat járult hozzá; spektroszkoppal az oxyhaemoglobin két elnyelési csíkján kívül a methaemoglobinnak azon csíkja látszik benne, az előbbi kettőnél jóval gyengébben, mely amazoktól a színek vörös része felé esik. Az oxyhaemoglobin tehát legnagyobb részt változatlanul megmaradt, részben pedig methaemoglobinná alakult át.

Mindazon esetekben, midőn a bakteriumok hozzájutása nincs megakadályozva, hosszabb-rövidebb idő múlva előáll a reductio s akkor válik észlelhetővé, midőn a bakteriumok annyira elszaporodtak, hogy a folyadékban minden kivett cseppecskéjében mikroszkop alatt már számos csíra látható. Ugyanez történik, ha nem vérolatot használunk, hanem magát a vért veszszük igénybe, vagy mosott véresejtek emulsióját.

Nyitott edényben (kémlőcsőben) az eredetileg világospiros folyadékban rendszeren alsó részében mutatkozik először az ibolyaszín, vagyis a redukált haemoglobin színe, minthogy a felső rétegek addig, míg a bakteriumok még nem szaporodtak el nagy mértékben, mindig újra oxydálódnak a levegő oxygenje által. Később, midőn a bakteriumok száma nagyobb, az egész folyadék egyenesen ibolyavörös színű. Ha a folyadékot levegőtől elzárva tartjuk, a színváltozás előbb áll be.

A bakteriumok és más növényi mikroorganizmusok redukáló hatása régóta ismeretes és régóta tanulmány tárgya. Vizsgálatára azonban eddig csak bizonyos redukálható anilin-festékeket használtak, továbbá a selenessav és tellurossav sóit. A vérfestőanyagok a bakteriumok ezen hatásával szemben való viselkedése azonban nemcsak a többi redukálható anyaggal való összehasonlítás szempontjából, hanem különösen kórtani szempontból is vizsgálatra érdemesnek látszott, mert feltehető, hogy ha ezen, a vérrel szemben nyilvánuló erős oxygenelvonó hatás valamennyi bakteriumnak tulajdonsága, akkor ez a szervezeten belül történve, az ott végbenő gázcsere, a szöveti légzésre nézve nem lehet közömbös.

Annak megállapítására, hogy az oxyhaemoglobint redukáló hatás általános tulajdonsága-e a bakteriumoknak, nagy számú bakteriumot és magasabb rendű növényi mikroorganizmust vettem vizsgálat alá, súlyt fektetve arra, hogy ezen sorozatban a legkülönbözőbb félésegek képviselve legyenek. A vizsgálatához részben bouillon-cultúrákat, részben agar- vagy burgonyacultúráknak physio-

logiai konyhasóoldatban való emulsióját használtam, oly módon, hogy ezeket marha- vagy lóvéresejteknek körülbelül 4—5^o/_o-os, destillált vízzel készült oldatával vagy konyhasóoldattal készült emulsiójával kevertem egyenlő mennyiségben. Ellenőrző próbául ugyanolyan töménységű vérolat vagy véresejtemulsio szerepelt, steril bouillonnal keverve, mely utóbbiról eleve megjegyzem, hogy kísérleteimben soha redukáló hatást nem mutatott. A beállított reductiót a világospiros színek ibolyavörössé való változása jelzi; még pontosabban észlelhető a spektroszkop segítségével, különösen ha arról van szó, hogy megállapítsuk, vajjon az összes oxyhaemoglobin redukálódott-e már. Ugyanis az oxyhaemoglobin két keskeny elnyelési csíkjának olyan a helyzete a színekben, hogy az első (a színek vörös részéhez közelebb álló), keskenyebb csík a D jelzésű vonal közelében (körülbelül 588 μ hullámhossznak megfelelőleg) kezdődik, a második, szélesebb csík pedig az E vonalnál (527 μ) végződik; a redukált haemoglobin egyetlen széles csíkja pedig körülbelül 595 μ -tól 540 μ -ig terjedvén, azaz az oxyhaemoglobin csíkjaihoz képest kissé a színek vörös oldala felé lévén eltolva, a két anyag keverékének színekben az oxyhaemoglobin második csíkja a haemoglobin csíkját az E vonalig terjedőleg túlhaladja, míg másrésztől a haemoglobin csíkja az oxyhaemoglobin első csíkjánál tovább terjed a vörös oldal felé és pedig a D vonalig. Ezek figyelembe vételével könnyű az ily keveréket felismerni, azaz a tökéletlen reductiót megállapítani, ha a spektroszkopnak oly berendezése van, mely ellenőrző színek (nem redukált vérolat azaz tiszta oxyhaemoglobin) beállítását megengedi. Spektroszkopi vizsgálatokra ajánlatos a fent jelzetteknel jóval hígabb vérolatot s esetleg lapos (párhuzamos falú) üvegedényt használni.

A leírt módon a következő mikroorganizmusok redukáló képességét vizsgáltam:

Bac. anthracis, typhi, coli comm., prodigiosus, diphtheriae, dysenteriae, bipolaris septicus, murisepticus, polymorphus, pyocyanus, fluorescens liquef., cyanogenes, capsulatus gliricida, proteus vulgaris, tuberculosis hominis, tuberc. bovis, staphylococcus pyog. aureus, streptococcus pyog., streptococcus acidi lactici, micrococcus cinnabarius, nitrobacterium Winogradsky; anaerobok közül: bac. tetani, botulinus (van Ermengen), Bradsot-bacillus. Magasabb rendű gombák közül: aktinomyces hominis (Berestnew), akt. Affanassiew, saccharomyces cerevisiae s a penészgombák közül egy penicillium-féleség.

A felsorolt mikroorganizmusok (részben bouillonkulturában, részben konyhasóoldatos emulsióban) a fent leírt módon vérolattal vagy véresejtemulsióval összehozva *valamennyien mutatták a redukáló hatást*. Kivételt ez alól nem találtam.

Az idő, mely a teljes reductióhoz szükséges, mindenképp az a bakteriumok számától függ, másrészt azonban az egyes bakteriumfajoknál igen különböző. A legerősebben redukáló bakteriumok közül véve egyet példának: B. coli comm. 24 órás bouillonkulturáját az említett töménységű vérolatnak ugyanazon térfogatával keverve, a reductio 10—15 perc múlva lesz teljes, szobahőmérsék mellett. A *hőmérséknek* nagy befolyása van a reductio sebességére. Az eddigi észleletekkel megegyezően azt találtam, hogy 37^o-on a reductio sokkal gyorsabban következik be, mint szobahőmérséken; utóbbi esetben a kétszeres, sőt háromszoros idő szükséges. Ez irányban megvizsgáltam oly bakteriumot is, mely szobahőmérséken jól nő, thermostatban pedig egyáltalán nem (b. cyanogenes) s ennél is észlelhető volt a reductio gyorsabb bekövetkezése thermostatban. A vizsgált bakteriumok közül leglassabban redukálnak a tuberculosibacillusok (legrövidebb idő gyanánt 3 óra volt megállapítható). Ezen körülmény talán a bakteriumoknak általában renyhébb életműködéseivel (szaporodás lassúsága) hozható összefüggésbe; hogy tudniillik nem a bakteriumcultúrák erősen összefüggő tömegei okozzák aránylag csekély felületük által ezen lassúbb hatást, az kizárható az által, ha finom emulsióvá dörzsöljük szét a culturát; ekkor sem gyorsul a folyamat.

Oly esetekben, midőn a reductio ily lassan folyik le, nyitott kémlőcsőben tartva a folyadékot, a hatás csak az alsó részben mutatkozik, minthogy a felső rétegek mindig új oxygent vehetnek fel a levegőből. Általában a bakteriumok által redukált haemoglobin minden esetben levegővel való összerázás által újra oxydálható, mire az előbbi reductió folyamat ismétlődik. Ez mindaddig ismétlődhet, míg a haemoglobin fel nem bomlik. Csakis az anaerob-bakteriumok azok, melyekkel ez a többszörös újra való

oxydálás és redukálás nem sikerül oly sokszor. Néhányszor levegővel összerázva, a reductio nem áll be többé, csak ha ekkor a levegőtől teljesen elzárjuk a folyadékot. Ezen bakteriumok tehát az aránylag csekély oxygenmennyiséggel már mintegy telítve lesznek.

Anaërob culturákkal való kísérletekben a bouilloncultura vegyhatására is ügyelni kell; ezek közül ugyanis a legtöbben savat termelnek, az oxyhaemoglobin pedig savanyú vegyhatás mellett nem redukálható, hanem methaemoglobinná változik; azért az ilyen culturákat előbb pontosan közönbösíteni kell, úgyszintén minden más savképző bakterium culturáját.

A sporaképző anaërobok alkalmas anyagot szolgáltatnak azon kérdés tanulmányozására, hogy a redukálóképesség csak a vegetatív alakok tulajdonsága-e, vagy a sporáké is. E kérdés eldöntésére egyrészt az említett három anaërob bakterium fiatal, sporátlan vagy kevés sporát tartalmazó bouillonculturáit használtam, másrészt *B. botulinus* és *Bradsot-bacillus* bouillonculturájából származó tiszta sporaconglomeratumokat, melyek néhány napos bouillonculturában az edény fenekére leülepedett kemény rögzös tömegeket alkotnak s melyek vízzel való mosás által könnyen megtisztíthatók s emulsióvá dörzsölhetők szét. Vegetatív formákat egyáltalán nem tartalmaznak. A kétféle anyag összehasonlítása azt mutatja, hogy míg a bakteriumtartalmú folyadékculturák erős reductiót mutatnak, addig az ugyanazon culturákból származó sporák emulsióiban ilyen nem észlelhető. Ezen életműködés tehát a bakteriumok nyugvó formáinál fel van függesztve.

Ezzel szoros kapcsolatban van az a sokat vitatott kérdés, vajjon a redukálóképesség magának a bakteriumsejtnek a tulajdonsága-e, vagy pedig a bakteriumoktól produkált bizonyos termékek szerepelnek-e ezen folyamatban? Egy nemrég megjelent közlésben *Carapelle*¹ áttekintő összeállítást adja az ezen kérdést illetőleg kifejezett különböző nézeteknek s felemlíti egyrészt *Spina*, *Cohen*, *Smith*, *Klett*, *Cathcart* és *Hahn* valamint *Maassen* dolgozatait, mely szerzők a redukáló hatást kizárólag a bakterium testének tulajdonítják s ezzel szemben *Baginsky*, *Rózsahegy*, *Müller* és *Wolff* közléseit,² melyek szerint ezen hatást a bakteriumokból kiválasztott termékek okozták. A kísérleti eljárás, melylyel ezen kérdést tanulmányozták, egyrészt cultura-kísérletekből állott, olyan táptalajokkal, melyekhez redukálható anyagokat kevertek. E célra vagy bázisos anilinfestékek szolgáltak, melyek a reductio folytán leukobázissá alakulva elszintelenedtek, vagy pedig bizonyos könnyen redukálható, szintelen sók (natrium-selenit és -tellurit), melyekből reductio folytán szin selen, illetve tellur, az előbbi mint vörös, az utóbbi mint fekete csapadék válik ki. Ezen kísérleti eljárást illetőleg legelőször is figyelemre méltó azon körülmény, hogy az említett két fajta a redukálható vegyületeknek egymástól nagy mértékben eltérőleg viselkedik. Ugyanis anilinfestékek használatakor (ezek között a methylenkék kiválóan alkalmas) a reductio szűrési culturában nem szorítkozik csak a bakteriumkolóniák helyére, vagyis a szűrési csatornára, hanem a bakteriumoktól távoleső helyeken, sőt mihamar az egész táptalajban is beáll, a legfelsőbb réteg kivételével, mely a levegőtől mindig új oxygent kap; míg selenites vagy telluritos táptalajban a reductio csakis a bakteriumtelepek helyén következik be, a táptalaj többi részében az említett csapadék nem képződik.

A kétféle vegyületnek ezen különböző viselkedése szükségessé teszi azt, hogy a kérdéses folyamatot mindkettővel külön-külön pontosabban tanulmányozzuk. Minthogy a legtöbben, kik a kérdéssel foglalkoztak, anilinfestékekkel dolgoztak, azért először az ezen eljárással elért eredményeket kell bírálat tárgyává tennünk. A fent említett, szilárd táptalajokkal való culturakísérleteken kívül a reductio folyamatot még olyan módon is tanulmányozták, hogy különböző módon kezelt folyadékculturák, valamint bakteriumemulsiók redukáló hatását vizsgálták az említett festőanyagok felhasználásával. E célra különböző eljárások szolgáltak: 1. a cultura előlése (*Spina*, *Rothberger*), 2. a cultura szűrése bakteriumfilteren át (*Smith*, *Carapelle*), 3. a bakteriumoknak a cultura-folyadékból való eltávolítása centrifugálással (*Carapelle*). Az ily módon nyert folyadékoknak azután ama festőanyagokkal szemben való viselkedését vizsgálták meg.

¹ Centralblatt f. Bakt. Orig., XLVII. kötet. 545. l.

² A forrásokat l. *Carapelle* idézett dolgozatában.

Ugyanezen kísérleteket végezve véroldattal, az idézett szerzők eredményeivel teljesen megegyezőleg azt találtam, hogy sem előlt culturák (10 percig áramló gőzben sterilizálva), sem cultura-filtrátumok (lehető sok bakteriumtermék nyérése céljából régiebb, több hetes culturákat is használtam), sem a lecentrifugált bakteriumokról leszívott folyadék nem mutattak redukáló hatást.

Ezen kísérletek látszólag a mellett szóltak, hogy a reductio-ban a bakteriumtermékek szerepe kizárható s a redukáló képesség kizárólag a bakteriumsejteknek tulajdonítandó. Azonban az eredményeknek ily értelemben való értékesítése ellen több helyről is történtek észrevételek. Így az első eljárás értéke ellen (a cultura előlése) maga ezen eljárás szerzője (*Spina*) azt a kifogást teszi, hogy a hevítés a bakteriumoktól kiválasztott ható anyagokat is megváltoztathatja. A szűrési eljárást *Carapelle* azért nem tartja bizonyítónak, mert a szűrés közben a levegővel való benső érintkezés által a kérdéses anyagok oxydálódhatnak. Végre ugyanezen szerző saját eljárásának, a lecentrifugált bakteriumokról leszívott folyadék vizsgálatának értékéről oly értelemben nyilatkozik, hogy ezen kísérlet is csak annyit bizonyít, hogy ha a reductio valóban a bakteriumokból kiválasztott anyagok által történik, ezek mindenestre oly kevésbé állandó természetűek, hogy a bakteriumoknak a folyadékból való eltávolítása után már többé nem mutathatók ki. Más szóval ezen kísérletek egyike sem bizonyít, sem a bakteriumoktól kiválasztott redukáló anyag létezésével, sem pedig ez ellen.

* Ezen okból *Carapelle* ismét oly kísérleti berendezéshez nyult vissza, mely a kiválasztott diffusibilis anyagokat a szilárd (esetleg folyékony) táptalajban a cultura fejlődése közben van hivatva kimutatni, de ezúttal azon változtatással, hogy a cultura maga a táptalajban azon részétől, mely a redukálható anyagot (methylenkék vagy selenit)* tartalmazza, collodiumhártya vagy közbeiktatott tiszta agarréteg által van elválasztva. Minthogy azonban minden ilyen esetben a redukálható anyag részben a táptalaj többi részébe is átmehet (s az említett kísérletekben kimutathatólag át is ment), azért ezen kísérletek lényegében más eredményre szintén nem vezethettek, mint azok, melyek a táptalajba kevert methylenkével egyrészt és selenittel másrészt eddig eszközöltettek: vagyis nagy mértékben valószínűvé tették azt, hogy a reductio folyamatban úgy valamely kiválasztott anyagnak, mint a bakteriumsejteknek maguknak is van részük. Mint a következőkben kimutatjuk, ezen feltevés helyességének igen könnyen sikerült szigorú bizonyítékát szolgáltatni.

Első sorban is törekedtem a fentemlített centrifugáló kísérletet oly értelemben javítani, hogy azon hiba, mely a kiválasztott anyagnak feltételezett kevésbé állandó természete által létrejön, kirekesztessék. Azért először is mellőztem a folyadékban a bakteriumokról való leszívását, úgy, hogy csak lecentrifugáltam őket, vagy pedig — erre egyrészt a lépfenebacillus, másrészt streptothrixfélék és penészgombák bouillonculturái alkalmasak, mert nagyobb fonalcglomeratumokat alkotnak — önként engedtem őket leülepedni s megfigyeltem, meddig terjed felfelé a redukált zóna. Véroldattal, valamint methylenkével végezve a kísérletet, mindannyiszor azt találtam, hogy a reductio kizárólag a kémlőeső fenekén lévő bakteriumok, illetve gombák rétegére szorított s a felette álló folyadékra sohasem terjedt át. Ha felteszszük, hogy ezen jelenség oka is csak a bakteriumoktól kiválasztott anyag kevésbé állandó volta, melynél fogva az a felette lévő folyadék oxygenje által rögtön oxydáltatik, mely folyadék másrészt mindig kap a levegőtől új oxygent, akkor szükségképpen az egész folyadékban mutatkoznia kellene a reductiónak, mihelyt arról gondoskodunk, hogy a levegő hozzájutása meg van akadályozva. Ezen feltevés helyesnek bizonyult. Két, methylenkével megfestett bouillon-próbába kevés lépfenebacteriát tettem s az egyiket csak a szokásos módon vattával, a másikat pedig anaërobocultura módjára, vattadugaszát alkalis pyrogallol-oldattal megáztatva, peccétviaszszal légmentesen zártam el. 24 óra múlva ezen utóbbi próbában a bakteriumüledék feletti tiszta folyadék is el volt szintelenedve, míg a nyitott próbában kék színt megtartotta. Ellenőrző kísérletekkel meggyőződtem arról, hogy a methylenkék steril bouillonban sem a levegőn, sem pedig az oxygen eltávolításakor nem redukálódik.

Megfontolandó még az a kérdés, hogy a folyadékban folyto-

nos mozgásban levő molekulák nem az által redukálódnak-e, hogy egymás után valamennyien érintkezésbe jönnek a bakteriumokkal s így oldott redukálóanyagnak nem kellene szerepelni. Ezen feltevés ellen szólnak azonban a szilárd táptalajokkal való kísérletek, a mennyiben itt a redukált és nem redukált molekulák kieserülődése semmi esetre sem történhetik olyan gyorsan, mint a mennyi idő alatt a táptalajban levő összes festőanyag redukálódik, mint azt a következő kísérlet mutatja: kémlősében egyenesen megalkasztott (steril) methylenkékes agarréteg fölé tiszta agart rétegezve, meg lehet figyelni, hogy mily lassan diffundál a methylenkék a festett részletből a festetlenbe; az utóbbi több nap mulva is csak gyengén megfestettnek mutatkozik, míg oly culturakísérletben, hol methylenkékes agarba *fele mélységig* hatoló szűrési culturát készítettünk, már 24 óra mulva az összes methylenkék el szokott színtelenedni, a legfelső, a levegővel érintkező réteg kivételével.

A folyadék-culturákkal teljesen megegyező, lehetőleg még jobban meggyőző eredményeket kaptam methylenkékes ferde agar-culturákkal, levegő hozzájárulása és hiánya mellett. Methylenkékes ferde agar *felületén* levő cultura, melyhez a levegő szabadon hozzájuthat, *egyáltalán nem mutat látható reductiót*. Ha azonban az oxygent anaërobocultura módjára pyrogallollal eltávolítjuk, a táptalaj egész festőanyaga rövid időn belül (körülbelül 12 óra alatt) teljesen elszíntelenedik akkor is, ha a cultura az agarfelületnek csak kis részét foglalja el.¹ Ezen jelenségek csakis úgy értelmezhetők, hogy a bakteriumoktól kiválasztott redukáló anyag hatása levegő jelenlétében nem érvényesülhet, mert rögtön oxydálódik, oxygen hiánya mellett azonban a hatás akadálytalanul érvényesülhet.

Ezzel a *Carapelle* által valószínűnek jelzett, a bakteriumoktól kiválasztott, oldható s igen könnyen oxydálható redukáló anyag létezése, melynek kimutatása az idézett kísérletek által teljes szigorúsággal nem sikerült, minden kétséget kizárólag be van bizonyítva.

Habár ezek szerint a kiválasztott redukáló anyag létezését illetőleg kétség nem lehet, ez a bakteriumok részéről való közvetlen oxygenelvonást, mint légzési működést, vagy pedig a bakteriumsejtekbe felvett anyagok reductióját éppenséggel nem zárja ki. Sőt azon jelenségek, melyek selenit- és tellurit-agarral való kísérletekben észlelhetők, másképpen, mint ilyenmű folyamatok felvétele által alig is volnának magyarázhatók.

Mint már fentebb említettük, a selenit és tellurit szűrési culturában nem redukálódik az egész táptalajban, hanem a szűrési csatornára, a tulajdonképpeni cultura helyére szorítkozik. Ugyanezen viselkedést tapasztaltam oly selenites és tellurites ferde agar-culturákon is, melyekből az oxygent a fenti módszerrel eltávolítottam: itt is csak (a felszínen levő) coloniák helyén történik a selen, illetőleg tellur kiválása. Látnivaló tehát, hogy azon diffusibilis anyagok, melyek a methylenkéket a culturától távolos helyeken redukálják, a selenittel és tellurittal szemben hatástalanok. Ezzel szemben azonban figyelemre méltó itt az a körülmény, hogy a selenit és tellurit reductiója magában a bakteriumcoloniák tömegében levegő hozzájárulása mellett is bekövetkezik; a kivált selen- és tellur-szemcsék részben a bakteriumok testében, részben közöttük találhatók (*Klett*). Ezen, a többi anyagétól eltérő viselkedés könnyen érthető, ha meggondoljuk, hogy a selenit és tellurit nem oly vegyület, melynek magasabb és alacsonyabb oxydatio-fokai egymásba könnyen átváltoztathatók s hogy az egyszer kivált selen, illetőleg tellur a levegő oxygenjével való egyszerű érintkezés által nem reoxydálható. A selenit és tellurit viselkedése egymástól annyiban különbözik némileg, hogy a telluros coloniák a táptalaj felszínéről nyomtalanul eltávolíthatók, míg a selenes coloniák vörös foltot hagynak a táptalajon, mely azonban teljesen a colonia terjedelmének felel meg s az agar legfelszínesebb rétegére szorítkozik. Mindenesetre *mindkét anyag reductiója csakis a bakteriumokkal való közvetlen érintkezés révén történik* (vajjon a bakteriumok testében magában-e, nem állapítható meg, mert a bakteriumok a selen- és tellur-szemcséket utólag is felvehetik magukba) és a *féntebb tárgyalt távoli hatástól kvalitatíve különbözik*.

¹ Mint a bouillon-kísérletekben, úgy itt is a táptalaj esetleges saját redukáló hatását ellenőrző kísérletekkel zártam ki. Bár lehetnek táptalajok, melyeknek ez a tulajdonságuk megvan, magam vizsgálataim folyamán ilyeneket nem találtam.

A reductio ezen két különböző fajának kimutatása által megszűnik az az ellentmondás, mely a kérdés elbírálásában a különböző vizsgálati módszerek által keletkezett.

* * *

Mint már a bevezetésben említettük, *nem tehető fel, hogy a a bakteriumok részéről történő ezen erőlyes redukáló hatás a szervezetben belül az utóbbira nézve közömbös volna, hacsak a szöveteknek oxygen iránt való aviditása nem aránytalanul nagyobb*. Ezen arányt számokban kifejezni aligha lehetséges; mégis úgy vélem, hogy néhány ez irányban végzett tájékoztató kísérletnek bizonyos értéket lehet tulajdonítani.

Először is összehasonlítottam egymással a bakteriumok és bizonyos állati sejtek redukáló hatását vérrel szemben in vitro. Erre a célra használtam aleuronattal nyúlban előidézett pleura-exsudatum-sejteket, továbbá szétdőrsölt nyirokmirigy-, lép-, máj- és veseszövetet ugyancsak nyúlból, valamennyit frissen véve az állati szövetből. Mindezen próbákban vagy egyáltalában nem, vagy csak több óra mulva volt észlelhető reductio s akkor is csak csekély fokú. Bár a kísérletekhez friss anyagot használtam, továbbá mikroszkop alatt is megvizsgáltam, hogy ép, össze nem zúzott sejtek vannak-e jelen nagyobb számmal, mégis megfontolandó az, hogy a sejtek nagy része talán már el volt halva (bár másrésről friss exsudatumsejtek phagocytosis-vizsgálatokra mindig alkalmasnak bizonyulnak órákon keresztül). Azért a következő, az állati szervezetben belül lefolyó kísérletet értékesebbnek tartom. Nyúl szemének elülső csarnokába, a csarnokvíz kibocsátása után tömény vérszemecskéket fecskendeztem; másik nyúlba ugyanannyi vérszemecskéket, kevés proteusculturával keverve. Az előbbi nyúl szemében a vér reductiója csak félóra mulva volt megállapítható, a másodikban már 5 perc mulva.

A bakteriumok tehát a vértől sokkal gyorsabban vonták el az oxygent, mint a szövetek; megtörténhetik tehát, hogy midőn a szövetek táplálására szükséges oxygenről van szó, ilyenmű hatás által a szövetek károsulhatnak. Oly kísérletek, melyeket ezen kérdés további tanulmányozására nagy mennyiségű, nem pathogen bakteriumok intravenosus befecskendésével végeztem, többféle mellékkörülmény folytán még nem vezettek biztos eredményre. További közvetlen bizonyíték a fenti feltevés igazolására talán a vérgázok kvantitatív meghatározása által volna szolgáltatható a vérnek bakteriumokkal való elárasztásakor; spektroszkopi úton a vér nagyobb fokú reductióját intravenosus bakteriumbefecskendés után nem sikerült kimutatnom azért, mert a venosus vér is, levegőnek lehető kizárásával a vénából véve és vízben oldva, mindig az oxyhaemoglobin színképét mutatta; úgylátszik, hogy még a kifőzött vízben jelenlevő oxgyennyomok is elégségesek arra, hogy az ilyenkor használt kevés haemoglobint oxydálja.

* * *

Összefoglalás.

1. A vér oxyhaemoglobinja spontan, bakteriumok hozzájárulása nélkül nem redukálódik, hanem sokáig változatlan marad, majd részben methaemoglobinba megy át.
2. Valamennyi vizsgált bakterium és magasabb rendű gomba redukálja az oxyhaemoglobint.
3. A vizsgált mikroorganizmusok a redukáló hatást csak élő állapotban fejtik ki.
4. Sporák nem redukálnak, csakis a vegetatív formák.
5. A bakteriumsejteken kívül a reductio folyamatban valamely, amazoktól kiválasztott, oldható anyagnak is van része; az utóbbi igen könnyen oxydálódik s azért csak levegő kizárása mellett mutatható ki.
6. A szövetsejtek, valamint az izzadmánysejtek emulsiói sokkal kevésbé erőlyesen redukálnak, mint a bakteriumok.
7. Az elülső csarnokba juttatott vér bakteriumok jelenlétében sokkal gyorsabban redukálódik, mint azok nélkül; a bakteriumok tehát sokkal erőlyebben redukálnak, mint bizonyos élő szövetek.

Végül legyen szabad mélyen tisztelt főnökömnek, Preisz Hugó tanár úrnak, azon szíves támogatásért, melyben kísérleteim során részesített, hálás köszönetemet kifejezni.

A halántékesont csecsnyújtványának elsődleges csontlobjából létrejött extradurális tályog. (Esélyek a csecsüregék feltárásakor.)

Irta: *Halász Henrik* dr., szakorvos Miskolcra.

A dobéri tünetek nélkül jelentkező mastoideális csontlob a szakorvosi gyakorlatban is ritkán észlelés tárgya, még gyéresebb a lehetősége annak, hogy a genyes csontlob a mastoideális üregekről az agyhártyáig is elterjedjen. Leginkább a corticális rétegen át tör utat a geny kifelé, ritkábban a hangvezető hátulsó falán át előre, a hangvezető üregébe. Arról, hogy a genyes lobosodás ilyen esetben az agyhártyák felé haladva, ott extradurális tályogot hozzon létre, nem olvastam, de nem állítom, miszerint más nem észlelhetette. 20 éves szakorvosi gyakorlatom alatt első ízben észlelem s így ritkaságánál fogva, valamint az esetből merithető tanulság végett közreadom.

A csecsüregék kibélelésének elsődleges lobja meghülés, külső sérülés, ritkán fertőző betegségek, majd syphilis secundaria esetében s végül savós vagy nyálkás dobüreg-catarrius lefolyása közben, még inkább genyes középfüllob lezajlása után jelentkezhetik (Politzer). Kétségtelen, hogy ilyen esetben is az orrgaratból kiindult fertőzőes állapot állunk szemben, mikor is a dobüregbe jutott fertőző csirák vitalitásukat ott, ki nem kutatható okok folytán, elveszítvén, a processus mastoideus üregeiben kedvező fejlődési viszonyok mellett virulentiájukat megtartva, genyes lobot hoznak létre. Az ott létrejött genyes lobosodás rendszerint a csecsüregre és leginkább a processus mastoideus hátulsó részén levő terminális csecsüregre szorítkozik, de az összes csecsüregék is a bántalom körébe vonathatnak, sőt mint alant közlendő esetemben történt, a genyes folyamat az agyhártyáig terjedhet.

H. B., 4 $\frac{1}{2}$ éves fiucsót kezelőorvosa Tiszolcra azon értesítéssel küldte hozzám, hogy a kis beteg lefolyt hőkurut után három hét előtt jobboldali fülfájást kapott, a mely fájást a beteg a fül mélyére és főleg a processus mastoideus tájékára lokalizálta. A kis gyermeket kísérő nagyanya előadása szerint a fülfájás lázas állapottal járt; kezelőorvosai a fülben semmi kóros elváltozást nem észleltek, a fül nem is folyt, hallása is jó volt s így eleinte csúszos megbetegedésnek tartva, a szerint is kezelték. Nehány nap előtt dagadni kezdett a fültömögötti tájék, mire hozzám utasították szakorvosi kezelés végett.

A halvány, lefogyott kis beteg kifejezett torticollis-szal csak nehezen tudott a vizsgáló széken ülve maradni. Első tekintetre szembetűnt a jobboldali fültő mögötti daganat, mely felett a bőr ép színű, térsztás tapintatú és nyomásra kiállhatatlanul érzékeny volt; a fülkagyló mérsékelten előre és lefelé tolódt. A hangvezető rendszerű, váladéktól mentes, a dobhártya kissé fénytelen, sehol elő nem domborodott, heveny lobnak nyomát sem mutatja. A hallás zsebórára 1 $\frac{1}{2}$ meter, suttogó hangot 6 meterre hall. Fejfájásról panaszkodik, étvágytalan, hőmérséke 37.6. A bal fül és tájéka ép.

Másnap reggel chloroform-narcosisban műtét a miskolczi sanatoriumban. Az erősen beszűrődött lágyszövetek átmetésése után a corticalis ép, csupán a fossa temporalis csontnyílásai nagyobbak, mintegy tágultabbak a szokottnál. Az első kalapácsütésre geny buggyant elő. Az antrum és az összes csecsüregék genyes, puha sarjakkal voltak kitöltve, a processus mastoideus csúcsa is levésített szúvas volta miatt. Midőn a csecsüregék feltárása közben a sinus sigmoideus tájékára értem, a sinus hajlatának megfelelő helyen picziny nyíláson át erősen pulzálva hig geny ürült ki csaknem sugáralakban. Első tekintetre, miután már az összes hozzáférhető csecsüregeket feltártam és kikapartam, genyes sinusitisre gondoltam; a pulzáló nyílás környékét gombos kutatóval érintve, ruganyos tapintatú, könnyen benyomható, sinusfálnak imponált. Tágitva a pulzáló nyílást fel- és lefelé, a sinus sigmoideus lefutásának teljesen megfelelő, görbén hajló, és a sinus nagyságának, ürterének is megfelelő ürege akadtam, a mely hig genyel volt telve, felső és alsó vége vakon végződött; az üreg kitörlése után a fenekéről ismét hig geny pulzált elő gombostűfejnyi nyíláson át. A nyílást óvatosan fel- és lefelé tágitva, csak most akadtam a granulatiókkal fedett, magvastagodott falú sinusra, melynek mentén egy extradurális és perisinuosus tályogból ürült pulzálva a sok geny. A még talált kóros részek eltávolítása,

a csontszélek lesimitása, majd kötés következett. Műtét után a hőmérsék normális lett; a lefolyás zavartalan; 4 hét után mogyorónyi sebüggyel kezelőorvosához vitték ki a beteget.

Epikrisis. Az észlelt eset három irányban kelti fel érdeklődésünket. Első sorban a látható dobéri tünetek nélkül jelentkező és heteken át lappangó mastoiditis könnyen félrevezette a kezelő gyakorlóorvosokat a bántalom lényegét illetőleg; minthogy a dobhártyán sem gyuladást, sem fülfolysást nem észleltek, a bajt rheumatismusnak tartották és a szerint kezelték is, csak mikor a processus mastoideus tájéka elődomborodni kezdett, és ott néhány nap alatt tapintásra is fájdalmas daganat keletkezett, gondoltak igen helyesen komoly fülbeli complicatióra. Másodsorban igen tanulságos ez a lelet, mely szerint egy a sinus sigmoideus lefutási irányában fekvő genyedő sejtre bukkantunk, a mely elhelyeződésénél, alakjánál, nagysága és lumenénél, de megrendkívül rugalmas, puha, könnyen benyomható falainál fogva is a sinusnak imponálhatott; sőt csak kissé felületesebb vizsgálatnál is a jugularis interna lekötésére is vezethetett volna a vélt sinus genyes pulzálása. Nem emlékszem, hogy a processus mastoideus csecssejtjei között hasonló nagyságú és lefutású csecssejt találtattott és közöltetett volna; a csecssejt hossza egész lefutásában 5 cm., átmérőjében 1 $\frac{1}{4}$ cm. volt. Noha a pyaemiás tünetek hiánya és az alacsony lázmenet sehogysem egyezett a genyes sinusitisnek vélt lelettel, mégis kétkedővé tette néhány perczre a műtöt, vajjon mindeme hiányzó tünetek ellenére is ne gondoljon-e genyes sinusitisre? A pulzáló előtörő geny forrásának kutatása azonban hamarosan kiderítette, miszerint jelen esetben abnormalis nagyságú, lefutású és vékony, ruganyos falú csontsejt volt az, a mi szorosban a sinus felett és annak helyén is feküdvé, rövid néhány perczen át a sinus sigmoideusnak imponált.

Végül nem kevésbé érdekes és ritka jelenség a sinus körüli és extradurális tályog sem, mely egy elsődleges mastoideális csontlob folyamán keletkezett. A rendelkezésemre álló irodalomban hasonló esetre szintén nem akadtam. Hogy a processus mastoideusban képződött genyes folyamat, a sok genyet őrítő sinus körüli és extradurális tályogból itélve, inkább befelé az agy felé, semmint a gyermekben még puhább állományú corticális rétegen át kifelé tört magának utat, szintén arra enged következtetni, hogy a csecssejtek elrendeződésében, abnormalis fejlődésében és elhelyeződésében keresendő a genyes tolyamatnak az agy irányában való haladásának tendenciája.

Tanulságos jelenség továbbá, hogy ilyen nagyfokú extradurális tályog különösebb tünetek nélkül állhatott fenn; a gyermek hőmérséke 36—38.2 között variált, a láz nem volt pyaemiás jellegű, rázóhideget sem észleltek, még kevésbé fordultak elő meningeális izalmi vagy agygyomásra valló tünetek (szédülés, hányás, somnolentia, nystagmus).

Bizonyos azonban, a műtétkor talált leletből itélve, hogy a meningeális tünetek nem sokáig vártak volna már magukra s a műtét még éppen kellő időben végeztetett arra nézve, hogy még komolyabb complicatiók ne tegyék kétséssé a műtét sikerét.

A lipesei egyetem 500 éves jubileuma.

1909 július 28—30.

Ritka, páratlanul nagyszabású és pompában felülmulhatatlanul ragyogó ünnepélyre, a lipesei egyetem 500 éves jubileumára hívta meg az egyetem rektora és tanácsa a világ összes egyetemeit és akademiáit, július hó 28., 29. és 30. napjára. Előre megküldötte díszvendégeinek a vendéglátók lakáscímét és a rektor meghívását. Az indóházától kezdve mindenütt zászlók, fenyőgalyak, szőnyegek és tribünök, valamint az emberek szokatlan tömege jelezte a nagyjelentőségű ünnepet. A kibocsátott ünnepi program azonban a megjelent magyar hivatalos képviselőket nagyon kellemetlenül érintette és a disharmonia kikerülése végett közbelépésre készítette. A budapesti egyetemet Grósz Emil dr., Asbóth Oszkár dr., a magyar tudományos akademiát Asbóth Oszkár dr., Ónodi Adolf dr., a kolozsvári egyetemet Sneller István dr. képviselte. A közbelépésre okot az szolgáltatott, hogy az országok és egyetemek csoportosításában Magyarország nem volt található és csak osztrák egyeteméről volt szó. A rektor a legnagyobb készséggel reparálta a sajnos mulasz-

tást és az ünnepen az osztrák és a magyar egyetemek képviselőit szólította fel és ezek közös szónoka Jakseh tanár, a prágai egyetem rektora, a magyar egyetemek megjelent képviselőinek nevében külön tolmácsolta üdvözlőiket, az üdvözlő beszéd után külön lettek felszólítva a budapesti és a kolozsvári egyetem, az Akademiáknál pedig később a magyar tudományos akadémia, hogy üdvözlő irataikat átadják. Az ismerkedési estély az egyetem díszvendégei számára az egyetem aulájában folyt le július 28.-án, előzőleg azonban a rektor az egyetemek és az akademiák küldötteit külön értekezletre hívta össze, hogy a csoportosított egyetemek és akademiák szónokukat megválasszák. A választás után az aulában és a buffetermekben rendkívül élénk és kedélyes ismerkedés folyt. Az aula számára a szász kormány által megrendelt és Klinger által festett, ókori görög motívumokból álló remek festmény ez alkalommal lett bemutatva. Kilencz óraker az díszvendégek a pálmakertbe vonultak, a hol már előbb összegyűlt az egyetem többi vendége, a kik a gyöngyöri parkban a késő éjjeli órákig együtt maradtak. 29.-én reggel a királyt a rektor és a dékánok teljes díszben fogadták a vasutnál és a diáktestületek képviselői teljes díszben lóháton kísérték a palotába, honnét a templomba az ünnepi istentiszteletre ment. Ezután az új színházban kezdetét vette az ünnepély. A nézőtér és a színpad amphiteatriummá lett átalakítva és virágokkal, füzérekkel gyönyörűen feldíszítve. A földszinten a külföldi küldöttek sorrendben foglaltak helyet, a többi sorban és a páholyokban a többi meghívott vendég és a hölgyek. Az első páholyokban ült a király nagynéje, a király fivére György a nejevel és másik fivére Miksa, a svájci freiburgi egyetem theologia-tanára, a szász trónörökös és fivére, továbbá a román trónörökös, a badeni és a hesseni nagyherceg. A színpad elején a rektortól és a dékánoktól körülveve ült a király, mögöttük az egyetem tanári kara és utánuk a diákok igen nagy számmal. A színpad elején foglaltak helyt oldalt teljes díszben, vagy ötven zászlóval, kivont karddal a diáktestületek küldöttei. Ritka szép, festői és imponáló képet nyújtott a színház, a diákok zászlóikkal, a katonai díszöltönyök, a tarka doktori talárok, az aranynyal himzett rektori palástok, a dékánok láncos diszei, a különböző himzetű frakkok felejthetetlenül szépen festettek. A rektor, *Binding*, üdvözölve a királyt, a külföldi küldötteit, különösen a prágai egyeteméit és a többi vendéget, az egyetem keletkezéséről, változó sorsáról, fejlődéséről és feladatairól szól. Az igazság kutatása, a tudomány művelése a többi egyetemmel egyesíti, melyek ez ünnepen testvérileg üdvözlők a lipcei egyetemet.

A rektor nagyszabású beszéde után, a mely a kutatásnak, a tudományművelésnek és az igazság keresésének dicsőítése volt, felemelkedett a király és szabad előadásban a következő beszédet mondotta: Nagy ünnepnap a mai, melyet Isten kedves egyetemünknek büszke örömmel ünnepelni enged. Számos fejedelem egykori tanítványa jött el, hogy a többi ezer egykori tanulóval együtt ünnepelje az alma mater ezen nagy napját. Nekik szól első sorban szíves köszönetem, de a többi számtalan vendéget is a legszívélyesebben üdvözlöm. Visszatekintve a lefolyt fél ezredévre, különös köszönettel kell elődömrre, Frigyes örgrófra gondolnom, a ki a szomszéd országból kivándorolt tanároknak és tanítványoknak nagy államférfiúi bölcsességgel menedéket adott és állandó lakóhelyet biztosított. E mellett országom legszebb díszének alapját vetette meg. Azután Moritz fejedelemről kell megemlékeznünk, kinek annyit köszönhet ezen egyetem. Ettől fogva elődeim és a rendek versenyeztek egyetemünk ápolásában. Különösen János király, nagyatyám, mint tudós és államférfi egyaránt fejlesztette magas fokra az egyetemet. Két elődöm, Albert király, az első rektor magnificentissimus és boldogult atyám különösen szívébe zárta az egyetemet. De büszke örömmel mondhatom, hogy az egyetem ezen atyai gondoskodásnak működésével teljesen megfelelt. Nagyjelentőségű, világhírű tanárok az ifjak ezreit vezették be a tudomány titkaiba, a kik azután az állam, az egyház és az emberi tudományok minden területén kiváló állásokat töltöttek be. A mi tanítványaink mindig ősnémet férfiak voltak, a kik, miután égbetörő eszméiket a jelenkor viszonyaihoz alkalmazták, ezeltudatos, komoly emberekké váltak. Egész szívvel fejezem ki az egyetemnek legőszintébb szerenese-kívánataimat és kegyemnek egyéb bizonyítékai mellett, szeretetemnek és ragaszkodásomnak különös jeleként, az alapító és az én képmásom medaillonjait adományozom. Mától fogva hordozza a

rektor magnificentus hivatalos lánczán. Átadom azon aranyos szavakkal, melyeket boldogult nagyatyám a láncz adományozása alkalmából az akkori rektornak mondott: „Ezen láncz, melyet önnek átadok és a mely a jövőben az ön méltóságának jele, azon kötelék symboluma legyen, mely a lipcei egyetemet, elődeimnek ezen régi alapítását trónomhoz és házomhoz felbontatlanul köti.“ Legyen az egyetem ezentúl is alapítói szellemének, a tudomány-szomjas fiatalságnak képező helye és magának a tudománynak is ápolója. A jog és erkölcs, a király és törvény iránti hűség, az igazi tudományosság és a valódi keresztény jámborság szellemét öntse a felnövő ivadék szívébe. Szászország fejedelmei koronájuk legszebb gyöngyének fogják tekinteni.

A míg a király jövetelekor csupán a trombiták harsogtak, addig most elemi erővel tört ki a taps és a dobogás, mely perczekig tartott. Ezután a kormány nevében a kultusminister, Beck dr., szép beszédben emlékezett meg az egyetemről, mely továbbra is a kormány hathatós támogatására számíthat. Utána Dittrich dr., Lipcese főpolgármestere beszélt, átadva a rektornak a díszpolgári oklevelet és bejelentve a város alapítványát, 100.000 márkát, melynek kamatait német tanulók élvezzék.

Ezután felvonultak az egyetemek és akademiák küldöttei. A német egyetemek nevében Windelband dr. beszél, az osztrák és a magyar egyetemek nevében Jakseh szónok, a prágai egyetem rektora, ki, mint az anya-egyetem képviselője, rendkívül meleg fogadtatásban részesült. A svájci egyetemek nevében Wieland dr., Belgium, Hollandia, Franciaország, Olaszország és Spanyolország nevében Chuquet (Paris), Bulgária, Dánia, Görögország, Norvégia, Románia, Oroszország és Svédország nevében Noreen (Upsala), Anglia és a kolóniák nevében Mahaffy (Dublin), az amerikai egyetemek nevében Cornell (Itakha), a német és a külföldi akademiák nevében a bécsi akadémia elnöke, Suess, mondott üdvözlő beszédet. Ezután az egyes küldöttek a király előtt meghajtották magukat és átadták az üdvözlő iratokat és az ajándékokat a rektornak, a ki mindegyikkel barátságosan kezet fogott. Ezután jött a műegyetemek szónoka, majd pedig felvonult még 40 küldöttség. A rektor köszönete és záróbeszéde után a zene- és énekkar zárta be az ünnepet, mely $\frac{1}{2}$ 10 óraker vette kezdetét és $\frac{1}{4}$ 3 óraker ért véget.

Este 6 óraker a szász kormány a király, a hercegek és a díszvendégek számára a pálmakertben ebédet adott, melyen a király, a kultusminister, a főpolgármester beszélt és a vendégek bronzplaquettet kaptak emlékül. Ebéd után a díszvendégek a terasson családias fesztelenséggel összevegyültek a fejedelmi vendégekkel és élvezték a gyönyörű tűzijátékot. A király kalap nélkül, szivarozva, a trónörökösök, a hercegek közvetlen közelében, mint a családhoz tartozók álltak egymás mellett a vendégek; megkapó, kedves és szokatlan kép volt ez, mely mindenkire egyaránt rendkívül jóleső benyomást tett.

30.-án reggel az egyetem oszlopcarnokában gyűlt össze az ünneplő közönség, melyet kiegészített még a német császár képviselőjében fia, Vilmos Ágost. A király ismét szabad előadásban az általa ajándékozott, lepellel bevont márványszobra előtt a következőt mondotta: Ezen ünnepi órában különös örömmre szolgál a megjelenésében megakadályozott német császár képviselőjét üdvözölni. A német császár képviselőjével különös jóakarattal fejezte ki és kérem legmelegebb köszönetemet átvenni. Szébb esernokot nem lehet ezen fényes ünnepség számára gondolni: fejedelmi jóakaróknak, egyetemünk díszének emlékei ékesítik, és különösen azon emlék, melyet hősi halállal halt akadémiai ifjainknak emeltek. Az egyetemhez való tartozandóságom, mint házam első lelkes civis academicusa és azon különös viszony, a melyben mint harmadik Rector magnificentissimusa állok, rendkívüli ajándék tervét érlelték meg bennem. Átadom önnek rektor úr saját szobromat és óhajtom, hogy a mostani és a későbbi tanulóknak bizonyítékul szolgáljon, milyen meleg érzelmek töltenek el szeretett alma materem iránt. Moritz fejedelem szavaival fejezem ezt ki legjobban: „Az egyetemmel szemben úgy akarom magamat mutatni, hogy érezze, hogy szeretem“. Zajos, szünni nem akaró taps és dobogás követte e beszédet, mialatt a teljes nagyságú szép szoborról lehullt a lepel. A szobor talapzatára azután a rektor babérkoszorút helyezett el, meghatva mondva köszönetet a királynak.

Az oszlopcarnok egyike a legszebbeknek, az ünneplő közön-

ség ugyanazon festői és imponáló benyomást tette. A csarnokban a király szobra mellett ott van Leibnitz, Goethe és Lessing gyönyörű mellszobra és egy emlékoszlop 1300 lipesei tanuló emlékének szentelve, kik a francia-német háborúban elesetek. A rektor ezután a szász trónörökösöt és fivérét immatrikulálta az ünneplő közönség tetszés-zaja között. Most következett az ünnep fénypontja, Németország legnagyobb bölesésének, Wundt tanárnak ünnepi beszéde, melyben az egyetemek jövőjéről, a műveltség terjedéséről, a nemzetben a tudósok feladatáról, mélyreható, hatalmas fejtegetések foglaltak. Először velős körvonalakban fejtegette a lipesei egyetem történetét, annak hosszú ideig conservatív jellegét, scholastikus irányát, azokat a küzdelmeket, melyek végre megnyitották a lipesei egyetem kapuját a természettudományoknak. Jellemzőül felemlítette Leibnitz esetét is, ki azért fordított örökre hátat Lipésének, mert az akkori jogi kar megtagadta tőle a doktori gradust. Feszült figyelem mellett fejtegette a régi művelési irányt és az új irányzatot; a régi követelést, a problémákban való szigorú elmélyedést összhangba kell hozni a tudás sokoldalúságával és gyakorlati értékesítésével; a főiskolának az állam és a társadalom kívánságai előtt elzárkózni nem lehet, a régi és új művelési irányzat egymás kiegészítésére szorul; kívánja, hogy a szellemek békés versenyzésében az élet régi és új értékei körül a lipesei egyetem tiszteletteljesen állja meg helyét. Az öreg nagy tudós beszédére kitört a szünni nem akaró taps és a résztvevők között lelkesült beszéd tárgya volt. Ezután az egyes karok dékánjai felolvasták a tiszteletbeli doktorok névsorát érdemeik feltüntetésével. A sok tiszteletbeli doktor között szerepel a szász király, a fivére, a badeni és hesseni nagyherceg, Zeppelin gróf, a magyarok közül Plósz Sándort a jogi kar és Dr. Scholerus Adolf nagyszombati lelkész az evangélikus theologiai kar választotta meg diszdoktorrá. A költők közül Gerhardt Hauptmann lett diszdoktor, azonkívül az evangélikus egyház több férfi, számos államférfi, köztük Roosvelt, Lipese főpolgármestere, művészek és könyvkereskedők. A király számos egyetemi tanárt tüntetett ki, így Blinding és Wundt valódi titkos tanácsos lett, a híres szemész Sattler is magas érdemjelet kapott. Érdekes, hogy a tiszteletbeli doktorok között egyetlen orvostanár nem szerepelt, csupán a természettudományok vétettek tekintetbe, mint a zoologia, biologia (Jaques Loeb), geologia, botanika stb.

A lélekemelő ünnepet közvetlenül követte a történelmi felvonulás. Az aulából kijöve, a király kíséretével és a diszvendégek a fentartott tribünökön helyezkedtek el. Leirhatatlan embertömeg tolongott az utcákon, a tribünökön, a házak ablakaiban, a háztetőkön. A menet 2000 emberből állott, köztük 1600 diák, azonfelül katonák és katonai zenekarok is résztvettek. A történelmi felvonulás 15 csoportból állott. Először jöttek a tanáraikkal a kivándorló prágai diákok 300-an 1406. évi korhű jelmezben, másik csoport jelképezte a lipesei egyetem alapítását, nép, polgárok, papok kezdik a menetet, egy kocsit hozza az egyetem czimerét, jönnek a pedellusok, a tanárok az első rektorral (Münsterberg János), aztán jön az alapító fejedelem kíséretével, lovasok és szolgák. A harmadik csoport a XVI. századból való. A wittenbergi tanárok és tanulók jönnek a híres lipesei disputációhoz 1519-ben, az első kocsi a wittenbergi rektor Karlstadt dr. és a pommeraniai herceg Barnim, a második kocsi Luther és Melancthon ült, kétszáz felfegyverzett diák alkotja a testőrséget. A negyedik csoport az egyetem újjáalapítóját, Moritz fejedelmet mutatja be. Az ötödik csoport a 30 éves háború időszakát ábrázolja. A hatodik csoport bemutatja a legrégebbi diáktestületek viseletét 1716-ból. A hetedik csoport Leibnitzet mutatja be. A nyolcadik csoport Lessing időszakát mutatja be 1746—1748, az akkori színészcsapattal. Neubernéval az élén, színpadi tárgyakkal korhűen. A kilencedik csoport Goethe idejét mutatja be 1765—1768-ig: Goethe és társasága, Gellert, az Oeser család, Schönkopf és Behrisch. A tizedik csoport egy Faust-jelenetet ábrázol. A tizenegyedik csoportban a XIX. században Körner és a Lützow-lovasok a szabadságharcba vonulnak. A tizenkettedik csoport bemutatja a XIX. század első harmadában az uraságokat és diáktestületeket akkori viseletükben. Bemutatásra került a lipesei egyetem 400 éves jubileuma alkalmából rendezett diákfelvonulás, elől a diákok lóháton teljes wicsben, azután az egyetemi zászló, és a Wartburg-ünnep allegóriája, visszatérnek mulatságból és verekedésről, kocsikban sörözve és a párviadalt jelképezve. A tizenharmadik csoport az egyetem reformatiójának idejét — 1830 — mutatja be. A tizenegyedik csoportban vonulnak a legrégebbi még élő lipesei diákok egy királyi díszkocsiban. Végül jönnek lóháton a mostani diáktestületek teljes pompás wicsben, elől vive az új egyetemi zászlót. Ezen festői pompában haladó hosszú lovas diákcsapatot egy katonai zenekar vezeti, állandóan a gaudeamus igitur játszva.

Ezzel befejeződött a történelmi menet, leirhatatlan színpompájával és rendkívül érdekes, korhű jelmezeivel. Aznap este a király és a hercegek részvételével 12.000 vendég vett részt egy külön e célra épített ünnepi csarnokban a diákkommersen; salamanderreibe ilyen vendégkoszorúval és ilyen részvétellel eddig Németországban nem esett meg. Másnap a király Meissenben vendégül látta az egyetemet és a diszvendégeket, a mivel befejezést nyert a lipesei egyetem 500 éves jubileumának programja.

Az egyetem tanácsa ötkötetes, nagy quartformájú munkát adott emlékül diszvendégeinek, mely a lipesei egyetem történetét tárgyalja. A jubileum alkalmából az egyetem tanácsa rendkívül érdekes és értékes egyetemi kiállítást rendezett, melyen a lipesei egyetem összes ereklyéi, nyomtatványai, alapításától a mai napig, ki vannak állítva, azonkívül az összes német egyetemek, valamint több külföldi egyetem is résztvett a kiállításban. Rendkívül értékesek Goethe ifjúkori rajzai és Oeser festményei. Ezen történelmi kiállítása az egyetemeknek rendkívül szép és értékes, s mindenkire, a ki végignézte, mély benyomást tett.

A kik részt vettek a tudomány és művelői ezen fenomenális dicsőítésének ünnepén, azoknak örökre felejthetetlenek maradnak ezen fényes, isteni napok, melyek nem fognak hatás nélkül maradni ott, a hol a tudományt szeretik, megbecsülik és fejlesztik. Ónodi.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hermann Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Fünfte Auflage. Leipzig u. Wien, 1909. XLIV + 1366 nagy 8^o r. lap, 7 színes táblával és 389 ábrával.

Sahli könyvének új, átdolgozott s az utolsó kiadás óta eltelt 4. év alatti tudományos haladást teljesen felölelő munkájára annál inkább szükségesnek tartom a mi olvasó közönségünk figyelmét felhívni, mert nálunk nagyobb diagnostikai munka nem igen tudott elterjedni: a hallgatóság compendiumokkal éri be, a gyakorló orvos szintén.

Sahli művét tankönyvnek nevezi, holott úgy terjedelmét, mint anyagának megválasztását tekintve, nagyon is meghaladja azt a határt, melyet a szó szoros értelmében vett tankönyvnek elérnie lehet, sőt szabad. Különben magam is azt hiszem, Sahli könyvét nem a tanulónak, mint inkább a tanulni, haladni vágyó kész orvosnak s a búvárnak szánta, s a „tankönyv“ szerény elnevezése helyett joggal illethetné meg a kézikönyv czíme.

Anyaga — a hogy az már az előbbi kiadásokból is ismeretes — felöleli úgy a szorosán vett belorvostani, mint a belorvostani segéd-tudományok vizsgálati módszereit, így a gége- és orrvég, a bázis vizsgálatát, a szemtükrözést, a diagnostikai csapások egész sorát — mely eljárások jó részét ugyan ma már speciális szakmák követelik maguknak, melyeknek ismerete nélkül azonban a belorvos sem boldogulhat. Ezzel szemben nem ismerteti a röntgenezés technikáját, annak ellenére, hogy az átvilágítással elért körjelzési eredményeket (például a gyomor alakját és helyzetét illetőleg stb.) mindenütt figyelembe veszi; álláspontját részben azzal indokolja, hogy ő maga sem röntgenológus, de meg a gyakorló-orvos úgy sem igen jut abba a helyzetbe, hogy átvilágíthassa betegeit, s ha a Röntgen-vizsgálatot elkülönítő körjelzés szempontjából akarná igénybe venni, forduljon specialisan képzett szakemberhez. A Röntgen még vele banni tudó kezében is adhat tévedésre okot, hát még az avatatlan kritikájú mellett! S a szerző éppen nem üdvözli örömmel s nem látja hasznosnak a Röntgen-diagnózisnak a régi s csaknem abszolút megbízható belvizsgálati módszerek rovására napjainkban észlelhető elhatalmasodását.

A mi a munka részletes ismertetését illeti, előre kell bocsátanom, hogy alig van fejezete Sahli könyvének, mely az előző

kiadáshoz képest valamelyes változáson ne ment volna át, s mégis a szerző maga figyelmezteti az előző kiadások tulajdonosait, hogy a régi könyvet is tartsák meg, mert biz sok régi dolog, mit a ma jogtalanul elvet és mellőz, holnap újra igazi értékében kerül felszínre, míg sok czélravezetőnek vélt új eljárás, mint hasznavehetetlen, alig egy-két év múltán a feledés homályába merül.

Igy a szerző maga is több régi eljárást igyekszik rehabilitálni, például Grützner carmin-methodusát a pepsinmennyiség meghatározására, védelmébe veszi egyes dyspnoé-alakok teleologiai felfogását és a haematokritot, újból s részletesebben ismerteti az irodalomban több oldalról megtámadott desmoidpróbáját, javít a butyrometrikus eljárásról s annak hasznavehetőségét igyekszik beigazolni.

Az icterusról szóló fejezetben, Geraudel felfogását juttatja érvényre, az oedemáról szóló részt Meltzer és Sterling vizsgálatainak megfelelőleg módosította. Teljesen saját felfogását érvényesíti a láz keletkezéséről írott fejezetben, s elvetve a régi Liebermeister-féle elméletet, a testhőmérsék szabályozását nem egy agy-centrum működésének tartja, de a legtöbb szervnek, különösen a *vér elosztódásának* szerepét juttat benne. A láz mechanizmusát a szerző így képzeleli: valamelyes toxikus ártalom következtében a zsigeri erek kitágulnak s így a zsigereknek vérrel való ellátása fokozott lesz, a bőr erei, tehát a külső periferiákon fekvő érrendszer pedig szűkül s így esökken a hővesztés s ez a láz tulajdonképpeni oka. Nagyon természetes, hogy Sahli e felfogásának megfelelően a lázellenes eljárásokat megengedhetőnek, sőt hasznosnak tartja.

Teljesen újra átdolgozta a haemodynamikai részt, melyben főképpen Mackenzie vizsgálatait követi. A kopogtatásról szóló fejezetben megtaláljuk Selling és Geigel elméletét a percussió hang keletkezéséről s fizikai tulajdonságait illetőleg, ismerteti Moritz és Dietlen orthodiagraphiás eljárását s való értékére redukálja a Gerland-Damoiseau-féle tompulati alak jelentőségét pleuritiben.

Lényegesebb átalakuláson ment át a gyomorhajók körjelzéséről írott rész, melyben a Röntgen-vizsgálatokon kezdve, a legújabb pepsin- és tejalvasztó ferment quantitativ meghatározásokig mindent megtalál az olvasó. Tüzetesen ismerteti a rectoskopiát, Schmidt próbakosztját és magpróbáját, a Volhard-Boldyreff-féle bélnedvnyerést.

A húgyvizsgálatról szóló igen alapos ismertetésnek a funetiós albuminuriáról írott fejezetében a szerző ama nézetének ad kifejezést, hogy az élettani fehérjevízelés elnevezés helytelen s hogy a vizeletben található fehérjekomok jelentősége nagyon gyakran ugyanaz, mint az alimentáris glycosuriáé s az ilyen fehérjevízelés éppen úgy viszonylik a valódi vesegyuladáshoz, mint a táplálkozás glycosuria a valódi cukorbetegséghez. E fejezetben a Luys-féle vizelet-separator érdemel figyelmet, mely kényelmes és alkalmazásának teljesen veszélytelen voltánál fogva valószínűleg meg fogja szorítani a betegre szerintem sehogy sem közömbös urether-katheterezés alkalmazását.

Sok változást mutat a vérvizsgálatról szóló rész is. A vér mennyiségének meghatározását Haldane-Shmith eljárása szerint ismerteti, melyet klinikai czélokra Plesch sikerrel használt. Új a Friedenthal-Schultz-féle ionconcentrációról írott fejezet, a Bürker-féle vérszámoló kamara, az újabb festési eljárások részletes leírása, az utóbbi időben meglelt kórokozók (spirochaeta pallida stb.) ismertetése, s a viscositásról szóló részben a Hess viscosimete-re.

A vészes vérszegénységet gastrogen eredetűnek tartja s szerinte a vasszívódás hiányosságának a gyomornedv csökkent sósavtartalma az oka. Új a vér oxydase reactiójáról szóló fejezet, nemkülönben a Wassermann-Neisser-Bruck-féle lues-reactio ismertetése is. Az oesophagus vizsgálatánál a Neisser-féle sondapalatiót, a próbapunctiós eljárások közé az agypunctiót vette fel. Apróbb változtatások és hozzátoldások találhatók az idegrendszer vizsgálatáról szóló fejezetekben is.

A szerző a könyv függelékeképpen az egyes szervek vizsgálatakor követendő formulákat állított össze, melyek nemcsak a vizsgálat menetét teszik rendszeressé és könnyítik meg, de lehetővé teszik a talált kóros változások azonnali rögzítését is.

Nagyon természetes, hogy Sahli könyvének ezen ismertetése csak vázlatos lehet s nem terjeszkedhetett ki mind annak ismertetésére, mit a könyv nyújt: sok helyütt egy-két sorban odavetve található Sahli munkájában új eszmét és számtalan új, sehol nem irt észleletet s így nagyon is érthető a szerző panasza azok ellen, kik művét egyszerű összeállításnak tekintik.

Halász Aladár.

Új könyvek. E. Düring: Krankheit und Krankheitsursache. Leipzig, F. C. W. Vogel. 2 m. — F. de Quervain: Spezielle chirurgische Diagnostik. 2. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 15 m. — E. Kraft: Analytisches Diagnostikum. Die chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden von Harn, Auswurf, Magensaft, Blut, Kot usw. Leipzig, J. A. Barth. 9 m. — H. Huchard: Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Leipzig, J. A. Barth. 5 m. — A. Pilez: Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. Wien, F. Deuticke. 6.80 m. — H. Sachs: Die Unfallneurose. Breslau, Preuss u. Jünger. 3 m. — H. Much: Immunität. Tatsachen und Aussichten. Würzburg, C. Kabitzsch. 1.70 m. — B. Polag: Die Berechtigung des künstlichen Abortes. Strassburg, L. Beust. 1.80 m. — L. Spiegel: Chemische Konstitution und physiologische Wirkung. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — A. Lorand: Das Altern, seine Ursachen und seine Behandlung durch hygienische und therapeutische Massnahmen. Leipzig, W. Klinkhardt. 5 m. — A. Combe: Die intestinale Autointoxikation und ihre Behandlung. Stuttgart, F. Enke. 9 m. — Ph. Bockenheimer: Leitfaden der Frakturenbehandlung. Stuttgart, F. Enke. 8.40 m. — A. Foges: Atlas der rektalen Endoskopie. Wien, Urban und Schwarzenberg. 14 m. — L. Loewenfeld: Über die Dummheit. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 5 m. — R. Baumstark: Der Einfluss der Mineralwässer auf Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Halle a. S., C. Marhold. 1.40 m. — A. Schmidt: Diagnose und Therapie chronischer Diarrhöen. Halle a. S., C. Marhold. 1 m. — R. Burri: Das Tuschverfahren als einfaches Mittel zur Lösung einiger schwieriger Aufgaben der Bakteriologie. Jena, G. Fischer. 3 m. — C. Lewin: Die bösartigen Geschwülste. Leipzig, W. Klinkhardt. 11 m. — W. Tauffer: Abhandlungen aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin, S. Karger. — H. Elsner: Lehrbuch der Magenkrankheiten. Berlin, S. Karger. 13.60 m. — H. Strauss: Vorlesungen über Diätbehandlung innerer Krankheiten. 2. Auflage. Berlin, S. Karger. 9 m. — Gerard Monod: Les scolioses. Essai de pathogénie. Paris, A. Maloine. — A. Delille: L'hypophyse et la médication hypophysaire. Paris, Steinheil. 6 fr. — A. Gausset: Traitement de la tuberculose pulmonaire. Montpellier, Coulet et fils. 5 fr. — J. Lister: Collected papers. Oxford, Clarendon Press. 42 sh.

Lapszemle.

Általános körtan.

Az ásványi alkotórészek anyagforgalmát tárgyalták a 26. belorvosi congressuson (Wiesbaden, 1909 április 19). Az első referens, Magnus-Levy rámutat arra, hogy a sóoldatok modern felfogása: az ionos dissociatio, mennyire megkönnyítette a sók anyagforgalmának kutatását. Segítségével sokkal könnyebben képzelhetjük el a szervezetlen alkotórészeknek szerves kötésbe való átmenetét is. Ilyen átmenet elég gyakori. A szövetekben szerves kötésben levő ásványi alkotórészek ugyan többnyire már ilyen állapotban kerülnek be, de a szervezetnek meg van az a tulajdonsága, hogy szükség esetén (ha tudniillik nincs a táplálékban ilyen szerves kötésű anyag) ebbeli szükségletét szervezetlen vegyületekből fedezheti. Biztosan tudjuk ezt a lecithin phosphorsaváról, a calciumról és vasról. Ma már eldöntöttnek tekinthető, hogy Bunge állítása helytelen s hogy a szervezet bármilyen szervezetlen kötésű vasat, még fémvasat is, fel tud használni haemoglobinkészítésre, sőt nem lehetetlen, hogy a táplálék szerves vegyületeiből a vasnak ki kell válnia előbb, hogy részt vehessen a haemoglobin molekulájának felépítésében, melyben a vas nyilván egészen más kötésben van.

A mi az egyes ásványi anyagokat illeti, a calciumra nézve ma már nem tarthatjuk fenn azt a nézetet, hogy megvonása rhachitist okoz. Szöveti szempontból és mészsókkal szemben való viselkedésében lényegesen különbözik a rhachitistól az az állapot, melyet fiatal állatokban a mészsók megvonásával idézhetünk elő, csak a tünetekben: a csontok elhajlásában és a mozgászavarokban egyeznek. Mégis lehetséges, hogy a táplálék mészszegénysége szerepet játszik a rhachitis előidőzésében. El lehetne képzelni, hogy a szoptatás befejeztével — minthogy az emberi tej sok esetben meglehetősen mészszegény — nem rakódott le elég mészsó s a gyermekek ennek következtében kevésbé ellenállóak azon ártalmakkal szemben, melyek a rhachitist okozzák. A felnőttek csontbetegségeinek magyarázásában hasonló szempontok vezetnek, mint a rhachitis megítélésében. Fehling szerint a csontrendszer állapota tudvalevőleg közeli vonatkozásban van a petefészkek működésével. Minden idősebb, lesóványodással járó megbetegedésben fogy a csontrendszer. Különösen szembeötlő ez diabetes mellitusban még jó tápláltsági viszonyok mellett is. Ilyenkor a vizelet calciumtartalma is nagyobb (2—3 gm. pro die). A mészsók anyagforgalmának ezen zavara nyilván a diabeteses acidosisal van összefüggésben. Lehetséges különben, hogy a rhachitiben és osteomalaciában is szerepelnek szerves savak.

A mészszel egy időben rendszeren több phosphort is választ

ki a szervezet, a kettő közötti arány azonban nem egészen állandó, mert egyfelől calciumot phosphorsav nélkül is lerakhat és választhat ki a szervezet, másfelől pedig a phosphorsav más szervekből is származhatik. Rendkívüli módon fokozott phosphorkiválasztást találtak acut leukaemia esetén. Az „idősült phosphaturia“-nak nevezett megbetegedés nem a phosphorsav megszorodásán, hanem a vizelet mérszartalmának megnagyobbodásán alapul (Soetbeer), a mi a bántalom lényegét azonban nem magyarázza meg.

Gyakorlatilag fontos s különösen a vesebajok orvoslása szempontjából értékes ismeretek birtokába jutottunk a konyhasó anyagforgalmának tanulmányozása alapján. Ételeinkkel naponta körülbelül 15—20 gm. konyhasót veszünk magunkhoz, a mely rendszeren 24 órán belül elhagyja a szervezetet. A vesebajos másképpen viselkedik: a táplálékkal kísérletképpen beadott 10 gm. konyhasót nem tudja 24 óra alatt kiválasztani. Ha napról napra ilyen mennyiséget vesz be a beteg, a konyhasó felszaporodik szöveteiben, a mi — az osmosisnyomás rendes értékének fenntartására törekedvén a szervezet — vizenyő támadására vezet. Widal bizonyította be ezt először: a vizkóros vesebajos vizenyői mindig eltűntek, mikor sótalan táplálékot adott s szabályosan újra jelentek, ha 10—12 gm. konyhasót tett a sótalan táplálékhoz. Widal ezen alapon a sósó nélküli diétát (régime déchloruré) ajánlotta vizkóros vesebajosok orvoslására. Ő maga s utána a legtöbb ezzel foglalkozó orvos a tejet használta erre a célra. A napi chemiai energiaszükségletet tartalmazó 3 liter tej azonban még mindig tartalmaz vagy 5 gm. konyhasót, tehát nem éppen a sóban legszegényebb táplálék. Sótalan vegyes táplálék, a mely hús, kenyér, burgonya, rizs, vaj stb.-ből áll, ezzel szemben nem tartalmaz többet 1—2 gm. sónál. Ezen étrend mellett éppen olyan hamar eltűnnek a vizenyők, mint tejdiétára, sőt ezen étrend a legsúlyosabb esetekben az utóbbinál hatásosabb, éppen kisebb konyhasótartalmánál fogva.

Azt hitték, hogy a szervezet más sókat is visszatart, különösen phosphatokat, a mi szintén vezethet oedemaképződésre. Vesebajossá tett állatban sikerült ugyan vizenyőt előidézni phosphatoknak nagy mennyiségben való bevitelével, az emberben azonban ilyen viszonyok nem fordulnak elő, itt mint vizenyőképző só a konyhasó szerepel főképen s talán kizárólag.

A szív- és májbajokban, valamint mellhártyagyulladás stb. esetén a vizenyő oka más, ezért ezeket vagy egyáltalában nem, vagy csak nagyon kevéssé lehet befolyásolni sóelvonással. Konyhasóretentio vizenyő nélkül előfordul zsugorvase, arteriosclerosis, köszvény és emphysema esetén. A konyhasó a sejtekben halmozódik fel, a mint a hullarészek elemzéséből kitűnik. Majdnem minden heveny betegségben történik konyhasóretentio, melynek mechanizmusával s jelentőségével azonban még nem vagyunk tisztában.

Az epilepsia orvoslásában jól felhasználható Richet azon tapasztalata, hogy a brom tovább marad a szervezetben, ha konyhasóban szegény táplálékot adunk. E. Meyer szerint konyhasóelvonással csökkenthetjük diabetes insipidusban a vizeletkiválasztást. Egyes tapasztalatok pedig a mellett szólnak, hogy a csecsemők ezemájja javul vagy gyógyul konyhasóban szegény étrend mellett (Finkelstein).

Widal „A therapiás chlorelvonás“ című referatumban első sorban azon kísérletekről számol be, a melyek bebizonyították a konyhasóvisszatartást és jelentőségét. Az előtt azt hitték, hogy a legkülönbözőbb sók és fehérjebomlástermékek tudnak vizenyőt előidézni. Widal Javal-lal együtt végzett kísérleteiben kimutatta, hogy egyedül a konyhasó szerepel itt s az ureum, a melynek retentioja oly gyakori Bright-kórban, első sorban a vérben halmozódik fel. Acharid pedig a konyhasót kiválasztani nem tudó betegeken kimutatta, hogy a só feleslege gyorsan eltűnik a vérből s a szövetekben halmozódik fel, a mi a vizenyő keletkezését könnyen érthetővé teszi. Widal is rámutat arra, hogy a teljesen sótalan vegyes étrend sok esetben jobban használható a tejdiétánál, a mely körülbelül négyszer annyi konyhasót tartalmaz, mint az előbbi, azonkívül 3 liter vizet és 120 gm. fehérjét, a milyen mennyiséget nem minden vesebajos bír el. Figyelmeztet arra, hogy az oedemaképződésnek két módja van: láthatatlan mély beszűrődések és bőralatti vizenyők támadnak. A mély oedemákról csak a beteg testsúlyának rendszeres mérése útján szerezhetünk tudomást. A konyhasóban szegény étrenddel kettőt akarunk elérni: egyrészt eltüntetni a vizenyőt, másrészt csak annyi konyhasót nyújtani, a mennyit a vese még kitud választani. A testsúly és a konyhasó mérlegének ismerete

alapján meghatározható ez a határérték. A bevitt konyhasó mennyisége könnyen kiszámítható, egy liter tej ugyanis 1.6 gm., a nem sózott vegyes táplálék napi mennyisége pedig 1.5 gm. sót tartalmaz. A konyhasóelvonási kúra menete röviden ez: Az oedemás betegeket tejdiétán vagy a nem sózott vegyes étrenden tartjuk. Az utóbbihoz rendszeren adhatunk 1.5—2 gm. konyhasót. Egyes betegeknél ezzel egyedül nem érünk célra, még húgyhajtó orvosságot is kell adnunk. Ha az oedemákat eltüntettük és a testsúly néhány napig állandó, akkor megvizsgáljuk, mennyi konyhasót bír el a szervezet s a szerint szabályozzuk azután a beteg táplálkozását.

Widal kimutatta, hogy Bright-kórban a retentio vonatkozhatik főképen a konyhasóra, vagy főképen a fehérje bomlási termékeire és így két typos lehetséges: a konyhasó- és nitrogenretentio azonban együtt is előfordulhat, különösen a betegség végső szakában. A retentio két alakja lényegesen különbözik egymástól: az ureum a vérben, a konyhasó a szövetekben halmozódik fel. Ezért találjuk azt, hogy a konyhasó visszatartása gyakran hydropsos uraemiával, az ureumé pedig „száraz“ uraemiával végződik. A vér ureumtartalmának meghatározása alapján megítélhetjük uraemia esetén, hogy a retentio melyik fajával van dolgunk. Ha egy liter vízben 0.2—0.5 gm. ureumot találunk, egész biztonsággal konyhasóretentióra következtethetünk, ha mennyisége 1 gm.-ot meghalad, akkor ureumretentióval van dolgunk. Nagyon komoly a kórjósolat (végső szak), ha az uraemiás beteg vérének ureumtartalma 3—4 gm. pro liter; ezzel ellentétben, ha az ureumtartalom normális, nagyon jó eredményt várhatunk a konyhasóelvonástól.

Bickel az ásványi anyagoknak az emésztési mirigyekre tett hatásáról beszélt. A sóoldatok a gyomor és bél nyálkahártyája felől reflexes úton befolyásolják az emésztési mirigyek működését („Mineralreflexe“). A váladék minősége ilyenkor nem változik. Szamba jön a hatás tekintetében az oldat töménysége s a behatás helye; egyes anyagok a gyomor felől fokozzák, a bél felől pedig csökkentik az elválasztást. Más az egészséges, más a beteg nyálkahártya reactiója. Fontos vonatkozás van a hatás és a só vegyi szerkezete vagy fizikai állapota között (oldat vagy colloid).

Blum szerint natriumcarbonat vízretentio útján még egészséges emberben is vizenyőt okozhat, még inkább súlyos diabetes esetén azon betegeknél, kik még nem kaptak natriumbicarbonicumot. A natriumcarbonat-retentio oka a diabetesben nyilván a szöveteknek az acidosis előidézte sószegénysége. E mellett szól az is, hogy egészséges emberekben is nagyobb só- és vízretentio tapasztalható tejdiéta mellett, mint normális étrend mellett. (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 17. sz.)

Belorvostan.

Az asthma therapiájában a légzésgyakorlat nagy fontosságára hívja fel Saenger (Magdeburg) újból a figyelmet. Tapasztalatai szerint az asthmás roham leküzdésére nagyon jó, ha a beteg a roham alatt a légzés intenzitását csökkenti, úgy azonban, hogy a kilégzés lehetőleg hosszú, a belégzés pedig nagyon rövid. Ezen általános utasítás keresztülvitelének megkönnyítésére egyebek között azt ajánlja, hogy a beteg mérsékelt hangosan számláljon, lehetőleg megnyújtva a magánhangzókat, még pedig úgy, hogy néhány szám elmondása után (kilégzés) olyan mélységű belégzést tesz, a melynek tartama egy számjegy kimondása idejének felel meg. Bizonyos fajta légzésgyakorlat azonban a rohamok közti időben is szükséges. Egyrészt ilyenkor kell alaposan begyakoroltatni a roham alkalmával használandó, fentebb említett légzésmodot, másrészt rendszeres gyakorlattal rá kell szoktatni a beteget, hogy aránylag nagyfokú (műviileg létesített) légzésakadályokat is eltűrjön. Fontos továbbá, hogy a beteg megtanulja a köhögését gyógyszerek igénybevétele nélkül elnyomni. Sok esetben ugyanis köhögés váltja ki a rohamot. Végül arra utal a szerző, hogy az egész szervezet befolyásolása, az életmód, a munka stb. rendezése is igen nagy jelentőségű az asthma gyógyításában. (Medizinische Klinik, 1909. 26. szám.)

Sebészet.

A rectális aether-narcosis értékét méltatja E. W. Baum (Kiel). A rectális aether-narcosist Pirogoff 1847-ben inagurálta, módszerét később elfelejtették és csak újabban, 1903 óta, Dumont ajánlatára használják egyesek újból ezen eljárást. Maga Dumont

4-szer alkalmazta ezen módszert: háromszor a felső állkapocs empyemája esetében, egyszer pedig a septum nasi deviatiójának műtétekor. *Dumont* tapasztalatait következőképpen összegezte: 1. A rectális narcosis jó és ajánlatos bódító eljárás a fej és a nyak mindazon műtéteiben, mikor az inhalációs narcosis a műtét zavarja. 2. A rectális narcosis kivételes eljárás és csak bizonyos caute-lák figyelembe vételével (a beteg kellő előkészítése mellett) alkalmazható. 3. Az eljárást a bélrendszernek heveny és idült megbetegedései ellenjavallják. Az eljárás technikája igen egyszerű. A beteget ricinussal és közvetlenül a műtét előtt beöntéssel készítjük elő. A szükséges eszközök: üvegedény 50 C° meleg vízzel; ebbe kerül az aetheres üveg, melyet átlukasztott dugóval látunk el. A dugón át hajlított üvegesövet vezetünk az aether tükre fölé, az üvegeső másik végét gummicső közbeiktatásával a bélsőhöz szereljük.

Baum 9 esetben tanulmányozta ezen eljárást: 2 narcosisa (amputatio mammae és gümös nyaki nyirokesomók exstirpációjá) ideálisan folyt le; 2 esetben (amputatio cruris) pusztán csak kábultságot sikerült előidéznie; egy esetben (hernia epigastrica) erős meteorismus zavarta a műtétet; 2 esetben pedig (carcinoma auriculae és tüdőtályog) súlyos bélsérülések (ulceratiók, haemorrhagiák, véres széklet) követték a rectális narcosist. Ezen esetek egyikében a kiterjedt ulceratiók perforatióhoz vezettek és a beteg diffus genyes peritonitisben pusztult el. Ezen tapasztalatok folytán *Baum* a rectális aether-narcosist, legalább is jelen alakjában, igen veszélyes altató eljárásnak minősíti. (Centralblatt für Chirurgie, 1909. 11. szám.)

Gergő.

Habitualis térdkalácsficzannak operatív kezelésére

Riccardo Dalla Vedova (Roma) új eljárást ajánlott. Ez eljárás lényege a pathológiás elváltozásokon alapszik. A térdkalács habitualis külső ficzama mellett a lig. patellae laterale és lig. iliotibiale, szóval a térdkalács külső szalagrendszere zsugorodott, ellenben a lig. patellae mediale és ezzel a belső szalagrendszer elégtelen. A *Vedova* ajánlotta eljárás lényege a szalagrendszer zsugorodott részletének kiirtása és plastikus pótlása. Ezen célból a patella külső szélén vitt hosszmetészből az elülső térdaponeurosist és vele együtt a lig. iliotibiale és lig. patella laterale-t a sebnek teljes hosszában eltávolítja. Az ízületnek megnyitásától ezalatt óvakodik. A patella belső szélén vitt második incisióból a lig. patellaeból, valamint folytatólagosan a tibia periosteumából és felületes corticális rétegeből 1 cm. széles lebenyt alkot. Ezen periost-szalaglebenyt subperiosteálisan a lig. collaterale tibiale elé húzza, és ott *Codivilla*-féle lánczvarrattal rögzíti. A lig. pat.-nek mediális szélét a tuberculum tibiaehez varrja.

Vedova azt hiszi, hogy a lig. pat. ezen részleges átültetésével a lig. patella mediale elégtelen funkcióját helyettesítheti és a térdkalácsnak minden dislocatióját kifelé meggátolhatja. Egy esetben ezen eljárást állítólag kitűnő eredménnyel alkalmazta. A térdkalács habitualis belső luxatiója ellen *Vedova* ajánlotta eljárást ajánl; itt azonban a lig. patellae külső széléből kell a lebenyt készítenünk. (Centralblatt für Chirurgie, 1909. 13. szám.)

Gergő.

Börkórtan.

A Ziehl-féle eljárással nem festhető leprabacillusokat ismerteti *E. Arning* és *F. Lewandowsky*. Ismeretes, hogy *Much* két év előtt a tuberculosishárvának olyan alakjait fedezte föl, amelyek a szokásos, az alkohol- és savállóságon alapuló eljárásokkal ki nem mutathatók. Ezeket az eddig rejtett alakokat *Much* egy általa kidolgozott prolongált Gram-féle festő-eljárással tudta kimutatni. *Much*-nak nem saválló tuberculosishárváiról csakhamar kiderült, hogy patogének, teljesen virulensek és valószínűen fiatal alakjai a tuberculosishárvának. A szerzők ezeket a tapasztalásokat átvitték a lepra bakteriológiájába és igen érdekes eredményekhez jutottak. A festési eljárást régi és új leprás anyagon tanulmányozták. Figyel-müket nem annyira a lepra tuberosus alakjára terjesztették ki, a hol a lepra-bacillusok úgyis nagy tömegben találhatók, hanem főleg a maculo-anaesthesiás leprának bőr- és ideg-elváltozásaira. A festésben *Much*-nak előírását követték. (A metszeteknek 48 órai festése anilingentiana-violával, leszárítás itatóval. Ezután 5—10 perczig *Lugol*-oldattal való kezelés, leszárítás ismét itatóval, differenciálás abs. alkohollal, utána xylol, canadabalzsam.) Ezzel a festési eljárással a szerzőknek több esetben sikerült jóval több lepra-

baecillust kimutatniok, mint a régi eljárásokkal. Az összehasonlítás mindig egyféle anyagon történt, sőt több ízben egyazon metszeten. Kiderült az is, hogy az egyszerű Gram-festési eljárás nem elegendő arra, hogy valamennyi, nem savállóan festődő bacillus kimutathatóvá váljék. szükséges ehhez a *Much*-féle prolongált festés. A szerzők ezek alapján azt a véleményüket vallják, hogy a *Much*-féle festés elvi jelentőségű, nemcsak diagnostikai szempontból, mert vele olyan bacillusokat is ki tudunk mutatni, amelyek egyébként elrejtve maradnának, hanem elméleti szempontból is. Hiszen leg-újabbban is kiemelték egyes szerzők, hogy mily szokatlan és megfejtethetlen, hogy a leprának ideglaesióiban negatív a bacilluslelet. Nem tudjuk azonban még most sem, hogy milyen viszonyok, esetleg szöveti reakciók között válnak a leprabacillusok egyszer sav- és alkoholállóvá, máskor megint *Gram*-szerint festődővé. (Deutsche mediz. Wochenschrift. 1909. 28. sz.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

Régi párisi intézkedés a venereás betegségek meg-gátlása czéljából. Érdekes betekintést nyerünk a 15. század végén uralkodó viszonyokba, ha végigolvassuk azon hivatalos ukázt, mely Párisban 1496 márczius 6.-án lett kihirdetve. Visszatükrözi ez azt az általános örületes félelmet, mely a syphilisnek hirtelen elterjedése miatt a hatóságokat elfogta. Az ukáz bevezetésül fel-hozza, hogy a syphilis mintegy 2 év óta egész Franciaországban egyre terjed és félő, hogy a tavaszra még jobban fog elhara-pózni. A szükséges intézkedések iránti tárgyalások a párisi püspök házában folytak. A felhívás 10 pontba van foglalva és az akkori időkhöz képest igen erélyesen van fogalmazva. Az 1. pontban a király nevében követelik, hogy minden syphilis idegen — akár átutazóban van Párisban, akár letelepedett — halálbüntetés terhe alatt 24 óra alatt köteles a várost elhagyni. Hogy a kivonulásuk könnyebben mehessen, felhivatnak, hogy St. Denis és St. Jaques kapujánál gyülekezzenek, a hol fejenként 4 párisi ezüstforintot kapnak. A kivonuló syphilis beteg csak akkor térhet vissza a városba, ha hajából tökéletesen meggyógyult. A 2. pont tudtul adja a lakosságnak, hogy a városi syphilis lakosok ugyancsak halálbüntetés terhe alatt kötelesek éjjel-nappal lakásukba visszavonulni és nem szabad mutatkozniok. Szegénység esetén a plébánosok és a községi előjárók gondoskodnak az élelmiszerekkel való ellátásukról. A 3. pont arról intézkedik, hogy azok, a kik lakásukban nem tudnak meghúzódni, menjenek St. Germain des Prés-be, a hol kijelölt házakban kapnak ellátást. Halálbüntetés terhe alatt onnan előbb el nem távozhatnak, míg a betegségükből ki nem gyógyultak. A 4. pont külön kiemeli, hogy a 4 forint csakis az idegeneket illeti. Az 5. pont a beteg nőkről gondoskodik. A 6. pontban azt találjuk, hogy gondoskodtak arról is, hogy újabb házakat és barakkokat szerezzenek a syphilis betegek számára. A lakások tulajdonosai azért fizetve lesznek. A pénz abból az alaphoz kerül ki, melyet e célból gyűjtöttek, illetőleg Páris városára kivetettek. Hasonló dolgokról intézkedik a követ-kező két pont is. A 9. pont arról szól, hogy Páris kapujánál külön öröket alkalmaznak, a kik vigyáznak arra, hogy a kitiltott syphilis egének titokban vissza ne térhessenek. A 10. pont arról intéz-kedik, hogy azok a hatósági közegek, amelyek hivatta vannak a pénzt és az adományokat a betegek között szétosztani, élelmi-szerekkel és egyéb szükséges eszközökkel bőven el legyenek látva, mert csak így teljesíthetik helyesen a feladatukat.

Ez az ukáz óriási rettegésbe hozta Páris lakóit. De a várt eredmény, úgy látszik, mégis elmaradt, mert 2 évvel később a város prefectusa kénytelen volt újabb rendeletben intézkedni. Ez a rendelet nagyban ismétli az előbbiben foglaltakat. A fenyegetés most már nem a „halálbüntetés“-nek kilátásba helyezésében áll, hanem abban, hogy meghatározza a halálbüntetés nemét is s ez a Szajna folyóba való vetés. (Annales de thérapeutique, VI. kötet, 5. füzet.)

Guszman.

Fizikai gyógyításmódok.

Beteg körmök kezelése Röntgen-sugarakkal. *Schindler* trichophyton okozta onychomykosist azzal szüntettet meg, hogy a körmöket naponként 15 perczig közepesen lágy Hirschmann-féle Monopol-esővel, 12 cm.-es távolságból, minden alkalommal ugyan-

azon áramviszonyok mellett (60 cm.-es inductor, 7 cm. szikrahossz, Hirschmann-féle árammegszakítóval: 1200 megszakítással, 1.5 Amp. az első- és 0.5 Amp. a másodáram közben) megsugározta. Ezen megsugárzás hétszeri alkalmazása 8—10 nap alatt erős bőrlobot létesített. Ez az erythema a harmadik hét végéig fokozódott, miközben a körmök varjai leöklödtek és négynek kivételével valamennyi köröm az ötödik hét végéig megtisztult. A 2. és 5. ujj körmei azért nem gyógyultak a többivel együtt, mert azokat nem a focalis, hanem csak a szélső sugarak érték. Hogy ezt el lehessen kerülni, alkalmas ujjtartást ajánl, a melyet rajzban is bemutat. Helyes tartásra a kezelés kezdetétől számítva 2 hónap alatt az említett ujjak körme is teljesen meggyógyult. Véleménye az, hogy a Röntgen-sugarak az által hatnak, hogy a szöveteket a mikro-organismusk számára kedvezőtlen talajjává alakítják át. Hiszi ezt annál is inkább, mivel a Röntgen-sugarak éppen azon fajta sejteknek ártanak a legjobban, a melyek gyors megújulásukkal tűnnek ki.

Ugyanezen módon teljes eredménnyel kezelt egy másik esetet is, a melyben az onychomykosist psoriasis, és egyet, a melyben eozema okozta. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 21. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gyermekkori broncheectasia eseteiben *Tschernow* jó eredményt látott a gyakran megismételt gőzbelégzéstől. Legcélszerűbb valamilyen alkális víz gőzeit belélegeztetni s a vízbe még néhány (15 csepp) aromás olajat is tétetni. Jól használható ilyen aromás olajkeverékek például a következők: Rp. Ol. terebinthinae 10.0; Ol. menthae guttas XV; Ol. juniperi 3.0. — Rp. Ol. terebinthinae 10.0; Ol. bergamotti guttas X; Ol. eucalypti 5.0. Az aromás fürdők használata is ajánlható (28—29 C° hőmérsékű víz kevés fenyőkivonattal). Alkalmas esetekben természetesen a sebészeti beavatkozás is szóba jöhet. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 69. kötet.)

Csillapíthatatlan terhességi hányás ellen *Silvestri* a mellékvese-tablettákat ajánlja azon tapasztalat alapján, hogy Addison-kórban, a melyben tudvalevően a mellékvese beteg, néha hetekig tartó hányást észlelünk és hogy állatkísérletek szerint a mellékvesék kéregállománya jelentős szerepet visz a terhességi auto-intoxicatiók megelőzésében. (Rif. med., 1909. 4. szám.)

Fájdalomesillapító szájvíz gyanánt *Avellis* a 2^o/o-os subcutin-olajat ajánlja; ebből 1—2 evőkanálnyi adandó egy pohárnyi vízbe. (Zeitschrift für Laryngologie etc., II. kötet, 2. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 32. szám. *Tausz Béla*: A belső secretióról szóló tan. *Sztankay Ába*: Az árpa-kávé egy káros hatásáról.

Orvosok lapja, 1909. 33. szám. *Tóvölgyi Elemér*: A Skraup-féle légzési gyakorlatok.

Budapesti orvosi újság, 1909. 32. szám. *Turán Géza*: Sero-logiai tanulmányok. *Szontagh Félix*: A gyermekekhez fűződő kíváncsiak.

Vegyes hírek.

Csapodi István dr. egyetemi rendkívüli tanárt Sopronmegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki.

Választás. *Nagy Zoltán* dr.-t esikszentsimoni körorvossá, *Neumann Henrik* dr.-t Légrádon községi orvossá, *Lampel József* dr.-t Püspökiben körorvossá választották.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján július hóban 24 szülés folyt le (18 először szülő és 6 többször szülő). A született magzatok száma 24, még pedig 21 élő, 2 halott, 1 macerált; 19 érett, 4 kora, 1 éretlen; 12 fiú, 9 leány, 3 kérdéses nemű; 8 törvényes és 16 törvénytelen. A gyermekágyasok közül 1 meghalt (már fertőzve hozatott be). A nőbeteg-osztályon 4 beteget ápolnak. A fenti számok kicsinysege onnan ered, hogy a klinika nagy takarítás miatt csaknem az egész hónapban zárva volt. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 137 esetben vették igénybe; a műtétek száma 100 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum július havában 101 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 77 volt.

A budapesti poliklinikán július havában 3889 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 9580 volt.

A pécsvárosi közkórház 1908. évi működéséről most számol be mintegy 200 nagy lapra terjedő kötetben *Erreth Lajos* dr., a kórház igazgatója. Összesen 6654 beteget (4046 férfi és 2608 nő) ápoltak 279,196 ápolási napon; a betegek közül 411 halt meg (6.17%). A legkisebb napi létszám 637, a legnagyobb 941 volt. Sebészeti műtétet összesen 1020 esetben végeztek. A kötet nagyobb részét önálló értekezések teszik. *Kenessey Aladár* dr. a szemészeti osztály működését ismerteti (214 nagyobb műtét), *Sipőcz Géza* dr. pedig az elmeorvosok intézetét. *Rosenspütz Berta* dr. a szervi szívbagy kapcsán jelentkező működési psychosokról ír. *Fodor Leó* dr. az orr- és garatüri utóvérzésekről értekezik, különös tekintettel a conchotomiák utáni vérzések prophylaxisára. Végül *Orsós Ferencz* dr. a prosectorának érdekesebb eseteit ismerteti. A nagyon gondosan összeállított és maradéktalanul közléseket tartalmazó jelentés csak öregbíteni fogja a már régóta nagyon jó nevű kórház hírét és tekintélyét.

Kisebb hírek a külföldről. Bordeauxban *Dubreuilh* dr.-t a bőrkórban és *Pousson* dr.-t a húgyszervi betegségek tanárává nevezték ki. — *Stenger* dr. Königsbergben az otologia rendkívüli tanára lett. — 1910-ben nemzetközi radiologiai congressust tartanak Brüsszelben. — A berlini egyetem 100 éves fennállását fogják ünnepelni a jövő évben. — *Reis* dr. Bonnban (szemész) a tanári címet kapta. — *B. Heymann* dr.-t (hygiene) Breslauban és *Allard* dr.-t (belorvostan) Greifswaldban a tanári címmel tüntették ki.

Meghalt. *Hengye Titusz* dr. erdőszádai körorvos e hó 4.-én 32 éves korában. — *A. Rothorn* tanár, a híres bécsi gynaecológus, e hó 10.-én 52 éves korában hirtelen elhunyt. — *F. Meschede*, valaha a psychiatria tanára a königsbergi egyetemen, július 30.-án, 77 éves korában.

Dr. Jakab-féle LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium. **Megnyílik 1909 augusztus havában.**

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium“ Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitérő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngyút-utca 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

PÖSTYÉN Weisz Ede dr. intézete. Zander, Röntgen stb. Kényelmes szobák.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morfinisták. — Sörgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospectus. 6318

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet Földvidéni szept. 30.-ig **postá VISEGRÁD (Pest m.)**

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízoló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználatlaltal és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

Orvosi laboratórium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrássy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26—96.

Marienbad Dr. MENYHÉRT JENŐ rendel. Stephanstrasse Haus „Goldener Falke“

Marienbad Dr. MAUKSCH MÓR gyakorló fürdőorvos **RENDEL: HAUS „MERCUR“**

Siemens és Halske r.-t. Röntgen- és elektromedika berendezések. Fulguratio. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

;; LÁPSÓ ;;
száraz kivonat
ládákban à 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben à 2 kiló

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német nőorvosok egyesületének XIII. congressusa. (Strassburg, 1909 június 2-5.) 587. l.

A német nőorvosok egyesületének XIII. congressusa.

(Strassburg, 1909 június 2-5.)

Ismerteti: **Pfeifer Gyula** dr., a „Teleia” rendelőintézet nőorvosa.

(Folytatás.)

Franz (Jena): Thrombosis és embolia. Azt kütatta, hogyan keletkezik és előzhető meg a thrombosis. Kerülendő a nem izolált alakítás és mindaz, ami a véráramlást esökkenti. Ilyen értelemben a korai felkelés a műtét után csak az első 24 órában bír hatással. Hyperleukocytosis kerülendő a műtét után, mert kísérleti állatban a nucleinnel okozott hyperleukocytosis thrombusképződéssel járt.

A therapia az embolus eltávolításában áll, még ha ez az arteria pulmonalisban van is. Egy esetben az utóbbit tette és 5 nappal élte túl a beteg a műtétet. Intercurrens infectióban pusztult el.

Korán felkeltek közül:

	Esetek száma	Thrombus	Embolus	Halálozás
Uteruscarcinoma	3	—	—	—
Adnex-műtét	77	—	—	—
Próbalaparotomia, bélműtét	16	—	1	1
Hassér	3	—	—	—
Myoma-műtét	28	—	—	—
Vagin. abdom. prolapsus-műtét	3	—	—	—
Totalexstirpatio per vaginam	58	—	1	—

Későn felkeltek közül:

	Esetek száma	Thrombus	Embolus	Halálozás
Uteruscarcinoma	189	7	6	6
Adnex-műtét	373	4	—	—
Próbalaparotomia, bélműtét	62	6	1	1
Hassér	21	1	—	—
Myoma-műtét	181	2	—	—
Vagin. abdom. prolapsus-műtét	402	8	4	3
Totalexstirpatio per vaginam	141	1	1	1

Hörmann (München): Narcosis mesterségesen kisebbített vérkeringéssel. A végtagoknak gummikötéllel való leszoritása által sikerül fele annyi chloroformot elhasználni mint rendszeren. A narcosist a betegek jobban tűrik és kevesebb kellemetlen incidens támad. A betegek gyorsabban ébrednek. Hátránya a thrombusképződés és idegsérülés, mit ő azonban nem észlelt.

Gauss (Freiburg): A lumbális érzéstelenítés fizikai-physiologiai alapja. Az anaestheticum az első 1/2 óra alatt elterjed a liquorban. Fontos a beteg helyzete és az anyag fajsúlya, mert ezen utóbbi arányában tudja a gerinczagy idegeleme megkötni azt. Stovain 0.07 csak a gerinczvelő alsó részére hat, a stovain kisebb fajsúlyú mint a liquor. A tropacocain Pohl-nak fajsúlya nagyobb, a magasabb részekre is hat.

Mayer (Tübingen): Trophikus zavar nem egyszer került szeméi elé körülírt infiltratum képeben, melyek 10 hétig is tartott; mégis hiva a lumbalanaesthesiának kitűnő eredményei miatt.

Kehrer (Heidelberg): Kísérleti kutatások különböző szervek és periferiás idegek idegreflexét illetőleg a méhre. Állatkísérletekből kiderült, hogy a gyomorból, bélből, hólyagból, emlőkből, bőrből kiinduló ingerek a méhet befolyásolják, és hogy gátló és izgató ingerek és reflexek léteznek.

Martin E. (Berlin): A carcinoma statistikájához. 195 cervixcarcinomaesetből azok közül, melyekben a parametriumban infiltratio nem volt, 100%, az előrehaladottabbak közül 57.6% gyógyult. A primaer gyógyulás átlaga legalább 50%, két évi észlelési idő után. Hólyag- és uretersérülés 21 volt.

Büttner (Rostock): Az endometritis kérdése. 71 retroflexió és 88 normális helyzetű méh nyálkahártyáját vizsgálta és azt

találta, hogy a retroflexio és a pangás nem okozza a nyálkahártya túltengését.

Henkel (Greifswald): A linea alba sérvének műtéli kezelése. Módszerének lényege, hogy a hasüreg nem nyitattik meg és a fascia súlyosított varrattal férczeltetik össze a rectusok széleinek szabaddá tétele után.

Menge (Heidelberg): A köldöksérv, rectusdiastasis, lógó has és splanchnoptosis sebészi kezelése. 25 ilyen esetet operált egy peritonitis-halálzással, a többi recidivamentesen gyógyult. Methodusa: harántmetszés, az izmokat felpraeparálja és a fascia és bőr nagy darabját reszekálja. Functionális és kozmetikai szempontból is kitűnő az eredmény. Az atrophikus izomzat erősítése szempontjából hastornáztatás csinál. Varróanyag a catgut legyen, mert a selyem kigenyedhet.

Vita:

Wild (Kassel) a terhesség és gyermekágy alatt torna- gyakorlatokat ajánl prophylaxisis szempontból lógó has ellen.

Latzko (Bécs) minden laparotomiánál De la Torre 1897-ben publikált módszere szerint operál. A hosszmetasztást előnyben részesíti. Sebb és könnyebb, mint az óriási Menge-metszés. A methodusban az izmok egyesítése a leglényegesebb.

Asch (Breslau) hosszmetasztást csinál, különösen a köldök felettig érő rectusdiastasisnál. Az egyesítés a középvonalban történjék, mert az izmok contractiójuk alkalmával a középvonal felé tendálnak. Fasciát silkkel varr.

Frank (Köln) a fascia egyesítésére fekteti a fősúlyt.

Opitz (Düsseldorf) gyakran operált Menge szerint; az egymástól távollevő izmok egyesítésének nehézsége bő felszabadításuk által legyőzhető. Ugy az izom, mint a fascia pontos egyesítése fontos.

Kroemer (Berlin) ragtapasz alkalmazásával készíti elő a belek repositióját a hasüregbe.

Menge: A hosszmetasztás rossz, mert harántmetszésnél a rétegek lap szerint nőnek össze, nem mint a hosszmetasztásnál csak kis részen. Harántmetszésnél még a varrás előtt összefekszik a fascia.

* * *

Stratz (Haag): A petefészek helyzetváltozása. 5 esetet észlelt. A hátsó dislocatio gyakoribb. Az irodalom 12-t említ, elülsőt 8-at.

Egy 21 éves leány mensese alatti munka közben nagy fájdalmat érzett. Vizsgálatkor a méh előtt tumort lehetett tapintani. Méhenkívüli terhességre gondolt. Laparotomia végzésekor mindkét ovariumot dislocálva találta a méh előtt. Esetei között egy ovar. abscessus és egy haematoma volt.

Kuhn (Kassel) steril catgutjét mutatja be.

Theilhaber A. (München): A méhdaganatok keletkezése. A myomások 38% a jó sociális viszonyú beteg volt, a carcinomásoknak csak 4%-a. Izraelita 19.1% volt a myomások közül, a carcinomások közül 0.75%. Tehát a race és a sociális helyzet valószínűleg gyakorol befolyást a tumorok képződésére. A gazdagok fehérjedús táplálék mellett keveset mozognak, az oxydatio lassabb, a vér összetétele más, mitől a szövetek növeése befolyásoltatik. Ha az ovariumok kiirtatnak, a méh sorvad. A vér összetétele az élet különböző idejében különböző és a daganat fejlődésére is a dispositio különböző.

A vérrel rosszul ellátott nyakcsatorna a myoma fejlődésére nem kedvező, míg carcinoma fejlődésére kedvező talaj. A klimaxban a care. a rosszul táplált corpusban kedvező fejlődési feltételt talál. Az anaemia a care., a hyperaemia a myoma fejlődését segíti elő. Ezért a vérszegény hegyszövet is kedvező a care. fejlődésére, valamint a trauma által vérszegényvé vált hely is.

Kroemer (Berlin): A narcosis megszorítása a gynaekológiában. A narcosis kezdetén suggestióval az excitatiót megrövidíthetjük. Schleich-hez novocaint és stypint ajánl.

Opitz (Düsseldorf): A fájdalom okairól a gynaekológiában. Véleménye szerint a hysteria gyűjtőneve alá foglalnak alaptalanul sok panaszt. Sok esetben lehet pedig kézzelfogható okát találni a

fájdalomnak, így a sympathicus affectióját, varicosus lobos venákat. 2 esetben a spermatica lekötése után a fájdalmak megszűntek. A háton fekvéskor támadó fájdalom oka pangás a gyűjtőerekben.

Rosthorn (Bécs): Ma az autonom centrumot vesszük fel a fájdalmak okául.

Cramer (Bonn) az ovarium transplantatióját 3 ízben végezte, kétszer hypoplasia genitalium amenorrhoeával szerepelt. Műtét után a méh nagyobb lett és menses jelentkezett. A 3. esetben 34 éves nőn kimaradási tünet miatt transplantiált ovarium a 10. napon felszívódott.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

507/1909. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati közpótlékánál két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: egyenként 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás, élelmezés (vagy 730 korona élelmezési ellenérték). Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítetsüküket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Bittó Dénes dr. Pozsony vármegye főispánjához címezve, hozzám legkésőbb **f. évi augusztus hó 29.-éig** nyújtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Nagyszombat, 1909. évi augusztus hó 11.-én.

Nagy Pál dr., vm. közpótléki igazgató-főorvos.

2874/1909. sz.

Torda-Aranyos vármegye marosludasi járásban üresedésben levő **mezőkapusi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz 14 község tartozik, székhelye Mezőkapus község. Ezen állással a következő javadalom jár:

1. 1600 kor. törzfizetés és az 1908:XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlék;

2. 200 kor. lakáspénz;

3. 200 kor. úti átalány;

4. és a szabályszerű látogatási díjak.

Kilátásban van a lakáspénz és úti átalány 400-400 koronára való felemelése. Felhívom mindazon orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket működési és erkölcsi bizonyítvánnyal ellátva hozzám **f. évi szeptember hó 15.-éig** beküldeni el ne mulasszák, mert az elkésve beérkező pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

A választás napját később fogom megállapítani.

Marosludas, 1909. július hó 28.-án.

A főszolgabíró.

3928/1909. kig. sz.

Máramaros vármegye visói járásához tartozó üresedésben levő Havasmező és Oroszkő községekben Havasmező székhellyel alakított **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körorvos javadalmazása 1600 korona évi fizetés és 200-200 koronás korpótlékból áll (800 koronáig), lakáspénz 300 korona és fuvardíj 300 koronából áll.

Az orvos rendelési, látogatási és hivatalos kiszállásának idejét, valamint műtéti díjait vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **július 31.-éig** hozzám terjeszszék be.

A választás napját később fogom megállapítani.

Felsővisó, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-1

A főszolgabíró.

3928/1909. kig. sz.

Máramaros vármegye visói járásához tartozó Petrova, Leordina és Visóoroszi községekben, Petrova székhellyel alakított **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám **szeptember 25.-éig** terjeszszék be.

A körorvos javadalmazása évi 1600 korona kezdőfizetésből, 200-200 korona korpótlékból áll (egész 800 koronáig). A körorvos lakásbérént, fuvardíját, rendelési, látogatási, műtéti díjait, hivatalos kiszállásának idejét a vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani.

A választás napját később fogom megállapítani.

Felsővisó, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-1

A főszolgabíró.

5051/1909. sz.

Elhalálozás folytán megüresedett **nagytoráki körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: Évi fizetése 1800 korona, látogatási díj nappal 1 korona, éjjel 2 korona, halottkémlés- és hússzemledíjak és a törvényben megállapított fuvardíjak. A körhöz tartozik Kis- és Nagytorák község.

Felkérem a pályázni óhajtókat, hogy kérvényüket hozzám **folyó évi szeptember hó 15.-éig** nyújtsák be.

Nagybecskerek, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

3-1

Lowieser Imre, főszolgabíró.

A **dragomérfalvai körorvosi állásra** vonatkozó, a 31. számban megjelent pályázati hirdetéshez pótlólag megjegyeztetik, hogy a megválasztandó körorvosnak a közelfekvő romuli gőzfűrés-gyárakhoz gyári orvossá kinevezése évi 600-800 korona tiszteletdíjjal biztos kilátásba van helyezve. Bővebb felvilágosítást szívesen ad Kraczy Károly gyógyszerész Dragomérfalván.

3404/1909. sz.

Heves vármegye pétervársárai járáshoz tartozó Parád, Bodony, Reesk, Mátra-derecske, Mátrahalla, Mátramindszent, Szuha, Dorogháza, Maczonka és Nagyhatony községekből álló **parádi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtó orvostudorokat, hogy kellőn felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó hó 28.-áig** nyújtsák be.

A választást folyó hó 31.-én délelőtt 10 órakor a kör jelenlegi székhelyén Parád községében fogom megtartatni.

A körorvos javadalmazása: 1600 kor. fizetés és 200 kor. úti átalány. A körorvos területén kéthetenként egyszer beutazni s az ez alkalommal jelentkező betegeknek díj nélkül, a házaknál látogatásoknál pedig 80 fillér díj mellett rendelni.

A kerületek rendezése mielőbb bekövetkezhetvén, azon esetben a kerülethez tartozó községek apasztása és székhelyváltás állhat be.

A mennyiben a körorvos az uradalmi orvosi állást is elnyeri az uradalomtól körülbelül 1000 kor. javadalmazásban részesül.

A körorvos — a fürdői idény kivételével — kézi gyógyszerész tártására jogosítható.

Pétervársára, 1909. évi augusztus hó 7.-én.

Drisnyei Béla, főszolgabíró.

A **pécsi állami gyermekmenhelynél** jelenleg üresedésben van az intézeti **másodorvosi állás**, mely évi 1200 koronányi (havi 100 koronás öltöztes részletekben fizetett) tiszteletdíjból, az intézetben levő tágas bútorozott szobájú lakásból, annak fűtéséből s világításából és elsőosztályú élelmezésből álló javadalmazással van egybekötve.

Felhívom tehát azon orvosdoktor urakat, illetőleg orvostudor nőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett, egykoronás okmánybellel ellátott és orvosi okleveletlnek, valamint esetleges orvosi működésükről szóló bizonyítványaiknak hitelesített másolataival felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a pécsi menhelyintézetbe legkésőbb **1909. évi szeptember hó 15.-éig** okvetlenül beküldeni szíveskedjenek.

Pécs, 1909. évi augusztus hó 5.-én.

Göbbi Gyula dr., a pécsi állami gyermekmenhely igazgató főorvosa.

1901/909. j. o. sz.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vingárd község székhellyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgyőr, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfa községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó ötéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakáspénz, esetleg természetben lakás, fuvar-, távolsági és látogatási díj.

A megválasztandó körorvos kézi gyógyszerész tártására fel lesz jogosítva.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, életkort és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi szeptember hó 15.-éig** hozzám nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe nem fogom venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

Vizakna, 1909. évi augusztus hó 7.-én.

3-1

Szabó Lajos, főszolgabíró.

Az északmagyarországi egyesített köszénbánya- és iparvállalat r.-t. baglyasaljai bányagazgatóságánál és mizerfai bányagondnokságánál megüresedett a **bányarvosi állás**, melyek betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Az orvosok javadalmazása 3600 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés és világítás és újévkor kettős havi fizetés. Pályázni szándékozókat felhívom, hogy kérvényeiket mielőbb küldjék be, mert az állások **f. évi szeptember hó 15.-én** lesznek elfoglalandók.

3-1

Északmagyarországi egyesített köszénbánya- és Iparvállalat R.-T. társulási elnöksége,
Baglyasalja, u. p. Salgótarján.

3891/909. sz.

Zemplén vármegye tokaji járásához tartozó **Olaszliszka** nagyközségben a **községi orvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot nyitok.

A községi orvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. és 15. §-ai értelmében:

1. Az állam terhére kiutalt törzfizetés 1600 korona.

2. A község részéről fizetendő és kormányhatósági megállapítás alatt levő lakbérátalány 500 korona.

3. Látogatási díj nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

4. Hűslátói díj egy felnőtt marhától 40 fillér, borjútól 20 fillér, sertéstől 40 fillér.

5. Halottkémlésért 1 korona.

6. Sátoraljaújhegyi munkásbiztosító pénztártól a helybeli betegek, illetve tagok kezeléséért évi 150 korona.

A községbeli szegények és a községek által alkalmazott szolgák ingyen gyógykezelendők.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket alulírott **f. évi szeptember hó 5.-ének** d. e. 11 órájáig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vételét nem fogom.

A választás Olaszliszkán a községében f. évi szeptember hó 7.-én d. u. 3 órakor fog megtartatni.

Tokaj, 1909. évi augusztus hó 9.-én.

Füzessy Ödön, főszolgabíró.

126/1909. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhonai illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú étellemezzel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminiszter úr ó nagyméltóságához címzett folyamodványukat **f. évi augusztus hó 25.-éig** alulirothoz nyújtsák be.

Pozsony, 1909. évi augusztus hó 8.-án.

2-1

Dobrovits Máttyás dr., kir. tanácsos,
főorvos, igazgató-helyettes.

1270/1909. eln. sz.

A szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“ kórházban f. évi szeptember hó 15.-én üresedésbe jövő 3 (három) egyenkint havi előleges részletekben fizetendő 1200, azaz: Egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú étellemezzel javadalmazott kórházi alorvosi állásra ezzel pályázatot hirdetek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő alorvosok tartoznak a kórházban lakni, magánygyakorlatot az első segélynyújtás esetét kivéve nem folytathatnak és állásaikat csakis két havi felmondási idő eltelté után hagyhatják el.

A kinevezendők állásaikat f. évi szept. 15.-én tartoznak elfoglalni.

Nős orvos pályázati kérvénye figyelembe nem jöhet.

Felhívom ennél fogva az ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtókat, hogy a kellőleg okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi szeptember hó 3. napjának déli 12 órájáig** Bezeredy István főispán úrhoz Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe nem részesülnek.

Megjegyzem, hogy a menüben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. része értelmében minősített pályázó nem fog jelentkezni, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorú orvosoknak a fenti pályázati határrnapig benyújtandó kérvényei is figyelembe fognak vétetni.

Szabadka, 1909. évi augusztus hó 3.-án.

3-2

Dembitz Lajos dr., h.-polgármester.

1848/1909. sz.

Bihar vármegye cséffai járásában a körorvosnak járásorvossá történt kinevezése folytán megüresedett **geszti körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, négy 200—200 korona ötödéves korpótlék, természetbeni lakás, továbbá a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, beteglátogatási, húsvizsgálói és halottkémlési díjak.

A körhöz tartozó községekbe való kiszálláskor a fél tartozik megfelelő természetbeni fuvar adni.

A kör területén fekvő Nagyméltóságú gróf Tisza István uradalma és még több gazdaság a megválasztandó körorvost fogja gazdasági orvosnak alkalmazni.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy pályázati kérvényüket legkésőbb **f. évi szeptember hó 7.-éig** adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Geszti község házában f. évi szeptember hó 10.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Cséff, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-2

A szolgabíró.

1847/1909. sz.

Bihar vármegye cséffai járásához tartozó **ugrai körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen körhöz tartoznak Ugra székhelyvel Nagyarsány és Rojt községek. A körorvos javadalmazása: Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján 1600 korona évi törzsfizetés, négy 200—200 korona ötödéves korpótlék és 200 kor. személyi pótlék, természetbeni lakás, továbbá a vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési, beteglátogatási, húsvizsgálói és halottkémlési díjak.

A volt körorvos a körhöz tartozó több nagy uradalomtól 800—900 korona tiszteletdíjat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak kilátása van.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kellőleg felszerelt kérvényüket **f. évi szeptember hó 11.-éig** annival is inkább adják be, mert a később beérkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1909. évi szeptember hó 14.-én d. e. 10 órakor fogom Ugra község házában megtartani.

Cséff, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-2

Minkovits, főszolgabíró.

50/909. eln. szám.

A **debreczeni magyar kir. állami gyermekmenhelynél** szervezett **másodorvosi állás** betöltésére, a mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú étellemezzel van egybekötve, pályázatot hirdetek. Felhívom tehát mindazon orvostudor urakat és orvosnőket, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott orvostudori oklevéllel és eddigi alkalmazásukról szóló okmányokkal felszerelt s a belügyminiszter úrhoz címzett folyamodványukat **1909. évi augusztus hó 18.-áig** alulirothoz nyújtsák be. Az állás szeptember hó 1.-én foglalandó el.

Debreczen, 1909. évi július hó 29. napján.

3-2

Brokés Győző dr., igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczyi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

NERALTEINUM

(Para - aetoxi-phenyl - amidonatrium metansulfonatum).

Longe optimum Antipyreticum, Analgeticum, Antineuralgicum et Antirheumaticum sine ullo effectu venenoso, in aqua solubile.

In pulvere et tabuletis à 0.5 gm. (lagen. orig.) Dosis: 0.5—3 pro die.

Lepetit, Dollfus & Gansser, Milano □ Wien, IX/2

Sztraka-féle TANNIN-CSOKOLÁDÉ

(Chocolade tannini sec. Sztraka.)

Kis gyermekek és felnőttek hasmenése ellen kitűnő.

Ható alkatrész: 40 centigramm (0.40) Acid. tannic. vegyileg kötve és salep. Kellemes íze folytán a legfinnyásabb gyermek is szívesen veszi be; hatása enyhe és gyors s még e mellett olcsó is. 7740

Egy darab 40 fillér.

Kapható minden gyógyszerárban. — Ministerileg tudomásul véve.

Dr. Pajor új sanatoriuma

A f évárosban legújában épült, orvos-hygiéniai tekintetben legteljesebben felszerelt és berendezett gyógyintézet.

Belgyógyászati, diätetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

A betegek a Kezelő orvosokat szabadon választják.

Bennlakó és bejáró betegek részére:

Külön női és férfi vízgyógyászati osztály.

Pneumatikus kamarák, inhalatorium.

Szénsavas-, villanyos fény- és kádfürdők.

Röntgen-laboratorium.

Pöstyéni iszapkúra.

A pöstyéni iszap budapesti főlerakata.

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Epileptikus betegek intézete Balf-gyógyfürdőben.

Fővilágosítással szolgál Wosinski István dr. igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagym. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Extractum NANNING

= Chinae =

Javaltok:

Vérszegények étvágytalansága.
Görvélkyórosok és tüdőbajosok étvágytalansága.
Hevny és idült gyomor-bajok.
Lázás és seblázás betegségek.

Ideges gyomorhurut.
Gyomoratonia.
Alkoholikusok.
Hyperemesis gravidarum.
Icterus-bántalmak.
Hg.- és Jodkali-dyspepsia.

Megbízható!

Bevált!

Olcsó!

Magán-, betegpénztári és szegénygyakorlat részére:

Dr. H. Nanning, China-művek, Den Haag, Hollandia.



Pezsgő oxigén-fürdők.

Hatásuk: Az ütérőkések számának és a vérnyomásnak csökkentése és szabályozása, a diuresis fokozódása. A Haemoglobintartalom fokozása. A központi és körzeti idegrendszer megnyugtatója. Az alvás megjavítása. Oxigén belégzése fürdés közben.

Javallatok: Szív- és érbetegségek. Arteriosclerosis. Nephritis. Működési és szervi idegbajok. Rheumatosások. Asthma. Gümőkór. Hörghurut. Szívgyengeség heveny fertőző bántalmak után. Általános gyengeség. Klimakterius zavarok.

Megvizsgálva és ajánlva Winternitz, Senator, Brieger, Kétly, Rieder, Sommer és mások klinikáiból kikerült dolgozatok részéről.

Alkalmazás: Minden kádban a használati utasítás szerint; a dobozban lévő poroknak a fürdővizbe (kb. 34 C.) való behintése útján. 3-4-szer hetenként egy Ozetfürdő.

Ár: 3 kor. 25 fill. (6 fürdőtől kezdve). Minden gyógyszerárban és drogeriában kapható, ép úgy a főraktár útján. 10 Ozetfürdő = 1 postacsomag. Orvosoknak és intézeteknek árengedmény.

Irodalom rendelkezésre áll.

L. ELKAN, BERLIN O., Raupachstrasse 212.

Erzsébet Királyné-Sósfürdő



7058

Budapest-Kelenföld.

Javallat: Általános gyengeség, idegzsábák, reconvalescentia, bél- és altesti bántalmak, általános vérbőség, májbajok, aranyér, elhízás, köszvény, de különösen női bajoknál.

Az ERZSÉBET KIRÁLYNÉ-SÓSFÜRDŐ igazgatósága értesíti a n. é. közönséget, hogy az utósalsóban (augusztus 15-étől) a szobák áráat 30%-kal olcsóbbak.

Prospectust küld a Fürdőigazgatóság.

A. Smith gyógyintézete Alkohol-elszoktatás

részére

Rittergut Nimbsch a. Bober, Sagan mellett (pr. Schlesien) — Absolute kényszer nélkül! Szép erdőszéli tartózkodási hely, Szilézia legégszesebb vidékén. Prospektusok postafordultával bérmentve.

Orvosi vezető: Dr. LERCHE egészségügyi tanácsos. 7320

Landes-Sanatorium „Steinhof“ WIEN XIII.

7385

Legnagyobb és legmodernebbül berendezett
Gyógy- és ápolóintézet ideg- és kedélybetegék részére
(hatósági kezelésben)

Legteljesebb berendezés neurasthenia, hysteria, hypochondria, ideges állapotok, morphinismus, kokainismus, alkoholismus stb. kezelésére.

Legnagyobb kényelemmel berendezett 10 pavillon, saját gyógyház, mechano-, elektro- és hydrotherapeutikus gyógyeszközökkel, téli uszoda; társalgó és éttermek, billiárd, dohányzó- és zenetermek, színház, házi zenekar, központi fűtés, villamos világítás.

Penzióárak: lakás, világítás, fűtés, ellátás (naponta 4-szer étkezés), orvosi kezelés, ápolás- és felügyeletért Alsó-Ausztriába illetékes egyének részére naponta I. oszt. K 9-től feljebb, II. oszt. K 7.50; nem Alsó-Ausztriába illetékes egyének részére I. oszt. naponta K 10-től feljebb, II. oszt. K 8.—. Prospektus portó- és díjmentesen. Telefon-szám: Ottákring 278. Villamos vasút megállóhelye.

LUKÁCS ÉS TÁRSA

Budapest, VI., Eötvös-utca 38.



Orvosok használatára.
Chauffeur nem szükséges!
A legminimálisabb üzemköltségek!

Egyedüli képviselők Magyarországon:

Lukács és Társa, Budapest, VI., Eötvös-utca 38.

Árjegyzéket bérmentve küldünk.

Stájerországi gyógyhely

"TOBELBAD"

= Májustól októberig. =

A legmodernebb gyógyhely megnyit.

Az 1909.-iki évadra teljesen modernül átalakított.

Rég ismert vasas aczélforrások. — Hőfok 30 és 26 fok Celsius.

Rádium, az erősen radioaktív források között harmadik helyen áll.

Gyógyhatás egyenlő Gastein, Wildbad, Johannabad stb. fürdőkkel.

Igen egészséges enyhe éghajlat, 330 méter a tenger színe felett. Erős erdei levegő, tágas fenyőerdők, remek hegyi levegő.

Fürdők. Javallatok: Ivókúrák.

Csúz, köszvény, ischias, idegbajok, női bajok, vérszegénység, sápkórság, haemorrhoidák.

Diaetikus és természetes gyógyeljárások.

Paradisatio, galvanisatio, gépekkel való vibrációs massage, manuális massage.

Hydrotherapia hévízzel. Inhalatio, gyógyfű-fürdők, négyrekeszes fürdő, villamos fény- és kék fény-fürdők, gőzfürdő, változó áramú fürdő, szénsavas fürdő, Zander-gymnastika, Boghean dr. szerinti légzési szék, von Schrötter által javítva.

Napfürdők, légfürdők, fekvőcsarnokok, légsátrak.

Czél szerűen és újonnan kiállított lakosztályok, előkelő villákban. Elsőrendű konyha. Kosmetikai salon. Kitűnő zene (naponta háromszor). Tennis-terek. Croquette-tér. Kuglizó stb. stb.

Gyógyivóvíz. Csatornázás. Villamos világítás.

Posta, sürgöny, telefon. Automobilgarageok. Vasútállomás Tobelbad-Premstätten 20 perc. Gratzól a Fürdőigazgatóság automobilján 25 perc.

Orvosi vezető: **Erich v. Schrötter dr. főorvos, Erich Kühnelt dr.**

Kívánatra prospektus.

7384

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarcezi Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Ilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ritoók Zsigmond: A budapesti kir. magy. tud.-egyetem diagnosztikai tanszékének közlése. Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár. Az élőbeli vérnyomásmeghatározás értékéről. 589. lap.

Ország Oszkár és Barcza Sándor: Az egyetemi diagnosztikai tanszék közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.) A vérsavó trypsinellenes hatásáról. 592. lap.

Zsakó István: Közlés a kolozsvári egyetem elme- és idegbeteg-klinikájáról. Fuldoklás-rohamok epilepsiában. 596. lap.

Kovács Richárd: Hamburgtól Yokohamáig. 597. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Hochenegg: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. — **Lapszemle. Általános kórtan. H. Pfeiffer és J. Finsterer**: A rákos beteg savójában a rák irányában anaphylaxiás test jelenléte. — **Belorvos-**

tan. Rzentkowsky: Az amylnitrit befolyása az ép és a kóros vérőrendszerre. — **Marcuse**: A vérnyomásfokozódás oka a vesegyulladásban. — **Solowoff**: A szív-működés vizsgálata pneumoniában. — **Sebész. E. Goldmann**: Az idült empyemák operatív kezelése. — **Bertelsmann**: Az appendektomia után megmaradó vakbél-táji fájdalmak. — **Rodman Denis**: Az emlőrák operatív gyógyításának tartós eredménye. — **Makkas**: A cardiopasmus gyógyítása. — **Venerés bán-talmak. H. Löhe**: Framboesia tropica esetében végzett parasitológiai és kísérletes vizsgálatok. — **A. Kronfeld**: A syphilis története. — **Kisebb közlések az orvos-gyakorlatra. Dalmady**: A rhodannatrium therapiás alkalmazása. — **Kwilecki**: Az Esbach-féle fehérjepróba módosítása. — **Chambelland**: Eljárás meningitis cerebrospinalis epidemica esetében. 600—602. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 602. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 602. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 603—606. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. magy. tud.-egyetem diagnosztikai tanszékének közlése. Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár.

Az élőbeli vérnyomásmeghatározás értékéről.

Irta: **Ritoók Zsigmond** dr.

Közlendő vizsgálataink célja az volt, hogy a vérnyomás élőbeli meghatározására szolgáló *v. Recklinghausen-Strasburger*-féle eljárás eredményeit másik objectív módszereivel hasonlítsuk össze, s így módon eldöntsük, vajjon a jelzett eljárások csakugyan alkalmasok-e arra, hogy a velük nyert értékeket a „Schlagvolumen“, illetve a szív munka eredményének relativ mértéke gyanánt vehessük, vagy pedig, hogy *Klemperer, O. Müller* és részben *Sahl*¹ kritikája alapján az értékeket a jelzett célra vagy egyáltalában ne, vagy csak kivételesen, más eljárásokból nyert egyező eredmények esetén használhassuk.

Vizsgálatainkban a következők megfontolásából indultunk ki: *Recklinghausen, Hesse, Masing, Tiedemann, Strasburger, Stursberg*, bizonyos mértékben *Klemperer* is megegyezik abban, hogy egészséges, nem öreg egyének munkája közben vagy közvetlenül a munka után — feltéve, hogy kifáradást nem okoz — emelkedik a vérnyomás, emelkedik az amplitudo (= Pulsdruck), a *Strasburger*-féle vérnyomás-quotiens ($Q = \frac{\text{Pulsdruck}}{\text{maximális nyomás}} = \frac{A}{S}$) és a *Recklinghausen*-féle „Amplitudenfrequenzprodukt“ (= A. F.). Ezek együttes emelkedése pedig azt mutatja, hogy nagyobb a „Schlagvolumen“ és a szív munka úgy egy-egy systole alatt, mint az időegység alatt is.

¹ A kérdés körül fejlődött újabb irodalom részletes ismertetését és kritikáját adja *Tigerstedt* (Der arterielle Blutdruck. Ergebn. d. Physiologie. 1907.) és *O. Müller* (Der arterielle Blutdruck u. seine Messung beim Menschen. Ergebn. d. inneren Medicin u. Kinderheilkunde, 1908. II.), továbbá *Tornai* (Az emberben való vérnyommérés módszerei, stb. Orvosi Hetilap, 1908.), mely közlésekre való hivatkozással az irodalom részletezését mellőzzük.

Továbbá: szívgyöngye, vagy szívbeteg egyének munkavégzés esetén a szív kifáradásával, illetve a szívelégtelenség beálltával, vagy a compensatio romlásával a jelzett értékek csökkennek, pihenés után vagy a compensatio javulásával (például digitalis hatás alatt) emelkednek.

E következtetéseket úgy *Strasburger*, mint *Recklinghausen* azzal a fenntartással toldották meg, hogy az arteriák tágíthatósága változatlan, vagy legalább is megbecsülhető érték legyen. *Strasburger* arra az eredményre jut, hogy ha a maximális nyomás és a *Strasburger*-féle quotiens ugyanazon irányban haladó (emelkedő, vagy csökkenő) érték, akkor centrális, ha pedig ellenkező irányban haladó érték, akkor peripheriás tényezők okai a nyomásváltozásnak.² Ha az arteriák tágíthatóságának megbecsülése nem lehetséges, akkor *Recklinghausen*³ az egész eljárást tökéletlennek tartja.

Báró *Korányi Sándor* kimutatta, hogy $\frac{A}{NaCl}$ a vizelet fagy-pontja elosztva annak százalékos konyhasótartalmával, megközelítőleg állandó táplálkozás mellett mindenkor, midőn a vesében a vér átáramlása gyorsul (tehát a systolék erősbödnek és szaporodnak, a Schlagvolumen-Sekundenvolumen emelkedik), kisebbedik. Egészséges egyénben rendkívüli erőfeszítésre van szükség, hogy a $\frac{A}{NaCl}$ emelkedjék (például a *Korányi Sándor*-féle regatta-kísérletekben). Ellenben szívgyöngye vagy szívbeteg embereken már mérsékelt munka elég ahhoz, hogy a $\frac{A}{NaCl}$ emelkedést mutasson; $\frac{A}{NaCl}$ a munka után feltűnő könnyen emelkedik, ha a szívizomnak a szervezet szükségleteihez való alkalmazkodási képessége szenvedett.⁴ Tehát $\frac{A}{NaCl}$ a szív alkalmazkodási képessége megbízható indexének

² *Strasburger*: Über den Einfluss der Aortenelasticität auf das Verhältniss zwischen Pulsdruck u. Schlagvolumen d. Herzens. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1907. 91. kötet.

³ Was wir durch die Pulsdruckkurve u. durch die Pulsdruck-amplitude über den grossen Kreislauf erfahren. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmak. 1907. 56. kötet.

⁴ *A. v. Korányi-Richter*: Physikalische Chemie u. Medicin. II. kötet.

Szám	A vizsgálat napja	Név, kor	Diagnosis	Munka előtt							Fordítás az ergostaton	Munka után							Különbőség a munka előtt és munka után nyert érték között				Nem	Jegyzet F = verőerlökés-szám, D = diastolés, S = systolés nyomás, A = amplitudo, Q = Strasburger-féle quotiens, A. F. = Amplituden-frequenzproduct.
				F	D	S	A	Q	A. F.	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$		F	D	S	A	Q	A. F.	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$	A	Q	A. F.	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$		
1.	1908. X. 8.	G. F.-né 37	Tumor lienis (malar. ?)	80	88	140	52	0.371	4160	3.94	10	80	90	142	52	0.373	4160	2.09	0	+0.002	0	-1.85	nő	—
2.	IX. 30.	F. B. 18	Cat. ap. incip. Chlorosis	72	90	129	39	0.302	2108	2.2	"	84	90	144	54	0.374	4536	1.04	+15	+0.072	+2428	-1.16	"	—
3.	X. 21.	K. D. 47	Arterioscler. Hypertr. v. cordis sin. Polycythaemia	72	110	188	78	0.414	5616	2.11	"	72	98	180	82	0.455	5904	1.48	+4	+0.041	+288	-0.63	férfi	(L. 6. és 10. sz.) Előző napon haemorrh. vérzés.
4.	X. 2.	B. E. 18	Cat. ap. incip. Chlorosis	80	92	150	58	0.386	4640	2.00	"	80	92	150	58	0.386	4640	1.40	0	0	0	-0.60	"	—
5.	XII. 17.	B. G.-né 35	Nephritis par. chron.	90	100	126	26	0.206	2340	2.25	"	100	92	132	92	0.303	9200	1.66	+66	+0.097	+6860	-0.59	"	Diuretinhatás.
6.	X. 23.	K. D. 47	Arterioscler. Hypertrophia v. cordis sin. Polycythaemia v.	80	120	180	60	0.333	4800	1.79	"	80	112	188	76	0.404	6080	0.92	+16	+0.071	+1280	-0.33	férfi	Vörösvérsejtek száma : 10.670,000. (l. 3. sz.)
7.	XI. 21.	P. P. 29	Stenosis v. ven. sin.	72	98	146	48	0.328	3456	2.08	"	80	108	140	32	0.228	2560	1.75	-16	-0.100	-896	-0.33	"	Digitaliscompensatio
8.	IX. 30.	O. J. 28	Cat. apic. inc. Chlorosis	84	91	132	42	0.319	3128	1.93	"	100	91	138	47	0.340	4700	1.61	+5	+0.021	+1572	-0.32	nő	—
9.	XI. 6.	T. L. 45	Nephritis par. chr. Pericarditis sicca. Hypertrophia v. cordis sin.	80	98	166	68	0.409	5440	1.85	"	72	90	178	88	0.495	6480	1.57	+20	+0.086	+1040	-0.28	férfi	Kisebb hydropsok.
10.	X. 16.	K. D. 47	Arterioscler. Hypertr. v. cordis sin. Polycythaemia v.	80	110	174	64	0.367	5120	1.71	"	80	114	190	76	0.400	6080	1.50	+12	+0.033	+960	-0.21	"	(L. 6. sz. eset.) Vörösvérsejtek száma : 11.191,000
11.	X. 2.	B. M. 25	Struma. Anaemia maj. gr. Cat. apic.	84	82	160	58	0.386	4872	1.73	"	84	90	162	72	0.438	6048	1.56	+14	+0.052	+1176	-0.14	nő	—
12.	X. 9.	Gy. J.-né 33	Cat. apic. inc.	76	88	130	42	0.328	3192	1.42	"	78	90	132	42	0.318	3276	1.33	0	-0.010	+84	-0.09	nő	—
13.	X. 1.	H. J. 28	Hysteria. Anaemia	72	90	155	65	0.419	4680	1.53	"	80	90	150	60	0.400	4800	1.50	-5	-0.019	+120	-0.03	nő	—
14.	X. 22.	W. J. 34	Ins. v. bicusp.	80	76	146	70	0.479	5600	1.24	"	104	82	148	66	0.445	6864	1.21	-4	-0.034	+1264	-0.03	férfi	Digitaliscompensatio. (Incomp. alatt. l. 22. sz.)
15.	X. 16.	B. K. 24	Exsud. pleur. l. d. Disloc. cordis ad l. s.	72	98	130	32	0.246	2304	1.29	"	78	100	130	30	0.230	2340	1.28	-2	-0.016	+36	-0.01	"	—
16.	X. 23.	K. D. 47	Arterioscler. Hypertr. v. cordis sin.	76	118	188	70	0.372	5320	1.33	"	78	118	186	68	0.365	5304	1.33	-2	-0.007	-16	-0	"	(L. 6. és 9. sz. eset.) Venaesectio ; 150 cm ³ vér kibocsátása után.
17.	XI. 6.	B. E. 54	Insuff. v. semil. aortae. St. incomp.	80	44	218	174	0.802	13920	0.88	2	94	50	212	162	0.764	15228	0.92	-12	-0.038	+2308	+0.04	"	—
18.	XI. 10.	S. J. 36	Hepatitis interst. Ascites. Arteriosclerosis	88	80	140	60	0.428	5280	1.05	10	88	76	142	66	0.464	5808	1.10	+6	+0.036	-528	+0.05	"	Előző napon punctio, kieresztett folyadék 6500 cm ³ .
19.	X. 24.	R. S.-né 44	Ins. v. bicusp. c. sten. o. ven. sin.	100	170	240	70	0.291	7000	1.92	"	100	92	180	88	0.488	8800	1.98	+18	+0.197	+1800	+0.07	nő	Vizelet (diuretin) 1800, 20/00 alb.; szemcsés cyl.-ek. Hydrops. univ.
20.	XI. 4.	P. K. 24	Hydro-pneumothor. l. d. Dislocatio cordis	108	108	176	68	0.386	7344	1.82	"	110	118	182	64	0.351	7040	1.89	-4	-0.035	+304	+0.07	férfi	—

Szám	A vizsgálat napja	Név, kor	Diagnosis	Munka előtt								Fordítás az ergostatton	Munka után								Különbség a munka előtt és munka után nyert érték között				Nem	Jegyzet
				F	D	S	A	Q	A. F.	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$	F		D	S	A	Q	A. F.	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$	A	Q	A. F.	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$				
																				A	Q	A. F.	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$			
21.	X. 9.	B. L.-né 31	Arthritis chron.	80	92	162	70	0.432	5600	2.16	10	80	92	162	70	0.432	5600	2.24	0	0	0	+0.08	nő	—		
22.	X. 17.	W. S. 34	Ins. v. bicuspid. Stad. incomp.	94	110	164	54	0.329	5076	1.52	"	104	122	168	46	0.273	4784	1.60	-8	-0.056	-292	-0.08	férfi	Hydrops. univ. Compensatio után: l. 14. sz.		
23.	XI. 5.	G. Gy.-né 58	Myodegen. cordis. Ins. v. bicusp.	108	118	172	54	0.313	5832	2.16	1	120	110	162	52	0.320	6240	2.28	-2	+0.007	+408	+0.12	nő	Hydrops univ.		
24.	XI. 13.	K. I.-né 29	Nephritis parench. chr. Hypertr. v. cordis sin.	72	122	250	128	0.512	9216	2.04	10	80	126	234	108	0.461	8640	2.16	-20	-0.051	-576	+0.12	"	—		
25.	X. 7.	P. M. 30	Chloroanaemia	72	92	154	62	0.402	4464	1.78	"	80	94	158	64	0.405	5120	1.91	+2	+0.003	+656	+0.13	"	—		
26.	X. 1.	S. P.-né 47	Carcinoma ventriculi Cachexia	120	100	148	48	0.324	5760	1.86	"	104	101	146	45	0.308	4680	2.03	-3	-0.016	-1080	+0.17	"	—		
27.	XI. 27.	S. J. 35	Emphys. pulm. Insuff. cordis.	96	88	140	52	0.371	4992	1.47	"	104	88	136	48	0.352	4992	1.66	-4	-0.019	0	+0.19	"	—		
28.	X. 28.	K. N. 48	Ins. v. bicusp. c. sten. Asper. o. art. s. Degen. m. cordis	56	82	160	78	0.487	4368	1.92	"	60	74	170	96	0.564	5760	2.14	+18	+0.077	+1392	+0.22	férfi	Arhythmia!		
29.	XI. 19.	Ch. K. 49	Arterioscl. Hypertr. v. cordis s. Nephritis chr. Hydrothorax	104	130	240	110	0.458	11440	2.43	"	108	134	236	102	0.432	11016	2.65	-8	-0.026	-424	+0.22	"	—		
30.	X. 14.	W. H. 24	Hysteria, anaemia	88	82	154	72	0.467	6336	1.84	"	88	90	150	60	0.400	5280	2.13	-12	-0.067	-1056	+0.29	nő	—		
31.	X. 22.	Sch. E. 20	Sten. o. v. sin. (Ins. v. bicusp. ?)	72	72	152	80	0.532	5760	2.01	"	100	62	144	82	0.569	8200	2.45	+2	+0.037	+2240	+0.44	"	—		
32.	XI. 24.	K. I. 64	Arterioscler. maj. gr. Asper. o. art. sin. Nephritis interst.	80	150	320	170	0.531	13600	2.00	"	92	150	344	194	0.563	17848	2.46	+24	+0.032	+4248	+0.46	férfi	—		
33.	X. 15.	M. J. 23	Ins. v. bicusp. Ins. v. s. Aortae	64	60	164	104	0.634	6656	1.67	"	72	90	170	80	0.470	5760	2.14	-24	-0.164	-896	+0.47	"	—		
34.	X. 10.	F. Gy.-né 65	Arteriosclerosis. Emphysema pulm. Stenocardia	100	98	178	80	0.449	8000	2.23	"	100	105	175	70	0.400	7000	2.78	-10	-0.049	-1000	+0.55	nő	—		
35.	X. 29.	F. S. 29	Myocarditis. Ins. cordis	100	112	146	34	0.232	3400	0.75	5	120	106	146	40	0.273	4800	1.52	+6	+0.041	+1400	+0.77	férfi	Hydrops univ.		
36.	X. 13.	S. M. 25	Ins. v. bicusp. Sten. o. v. sin. Ins. v. s. aortae. Sten. aortae. Ins. tricusp.	60	110	180	70	0.388	4200	1.37	10	88	122	180	58	0.322	5104	2.18	-12	-0.066	+904	+0.81	nő	Digitalishatás		
37.	XI. 28.	G. A.-né 51	Adipositas universalis	84	112	162	50	0.308	4200	1.24	10	88	122	172	50	0.290	4400	2.17	0	-0.018	+200	+0.93	"	(Munka után dyspnoë)		
38.	XI. 20.	Sz. S. 28	Tbc. pulmon. Insuff. cordis	104	82	122	40	0.327	4160	0.86	"	124	82	140	58	0.414	7192	1.84	+18	+0.087	+3032	+0.98	férfi	—		
39.	XII. 1.	D. H. 45	M. Basedowi	80	110	174	64	0.367	5120	1.23	"	92	92	160	68	0.424	6256	2.29	+4	+0.057	+1136	+1.06	nő	—		
40.	XI. 26.	P. R. 24	Ins. v. bicusp. c. sten. (tumor hepatis)	100	114	148	34	0.229	3400	1.46	2	120	124	150	26	0.173	3120	2.87	-8	-0.056	-280	+1.41	"	Hydrops univ.		
41.	XI. 25.	Sz. I. 28	Ins. v. bicusp. c. sten. o. v. sin.	80	90	144	54	0.375	4320	1.10	5	92	84	138	54	0.391	4968	3.31	0	+0.016	+648	+2.21	"	Incomp. maj. gr.		

látszik, a mit feltűnően bizonyítanak *Knecht*-nek¹ *Loeb A.* ajánlatára az orthostatikai fehérjevizelés kapcsán tett kísérletei; *Knecht* a *Korányi S.*-féle szokott eljárástól abban tért el, hogy nem 24 órai vizeletet vizsgált, hanem rövid időperiodusok (1¹/₂ óra) után kiürített vizeletportiókat hasonlított össze fekvés és femlétele szerint. Vizsgálatainak végeredménye az volt, hogy egészségekben felkelés után a vizeletmennyiség emelkedik, semmi esetre sem csökken, a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ csökken, vagy változatlan marad. Kompenzált szívbetegekben a vizeletmennyiség csökken, a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ emelkedik. Insuff. cordis esetén a vizeletmennyiség csökkenése erősebb és a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ jelentékenyen emelkedik.

Ezek szerint a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ meghatározása adagolt munka végzése előtt és után úgy látszott ellenőrzője lehetne annak, hogy a *Recklinghausen-Strasburger*-féle értékek ugyanazon egyéneken ugyanazon munka végzése előtt és után összehasonlítva, helyesen jelzik-e a szív munkaképességének változását, illetve, hogy általában helyes mértékei-e a jelzett értékek a Schlagvolumennek és Sekunden-volumennek?

E czélból lehetőleg a compensatio határára álló szívgyöngye vagy szívbeteg egyéneken a következő eljárást követtük: reggel a vizsgáltak ágyban maradtak, s reggelire 1 pohár tejen kívül egyebet nem kaptak, miután megelőzőleg az éjjel gyült vizeletet kiürítették. A reggeli után 1—1¹/₂ órával a vizeletet újból kiürítették, mely vizeletportio a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ első meghatározására szolgált. Közvetlenül ezután megállapítottuk a pulszszámot (F), *Recklinghausen*-féle eszközzel a minimális (D) és maximális (S) vérnyomást H₂O-nyomásban, az amplitudót (A), a *Strasburger*-féle quotient és A×F-et. Ezután ergostatton mindenkor és minden vizsgáltra nézve ugyanazon súlybeállítás mellett az e célra ekkor felkelt egyénnel rendszerint 10 (kivételesen, igen gyenge egyénekekkel kevesebb) fordítást végeztettünk. A beteg ezután ismét ágyba feküdt s azonnal meghatároztattuk nála a *Recklinghausen*-féle tonométerrel az előbbi értékek, és a munka után 1¹/₂—1 óra múlva ürített vizeletportióban a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$. Ez utóbbi vizeletportio kiürítéséig a jelzett reggeli 1 pohár tejen kívül a beteg semmi táplálékot sem vehetett magához.

Vizsgálataink eredményét a mellékelt tábla foglalja magában.

A sorrendet nem a vizsgálat napja szerint állítottuk össze, hanem a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ értékének a munkaelőtt és a munka után szenvedett változása szerint olyképpen, hogy a legmunkaképesebb szívű egyén, a kin tehát a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ a legnagyobb esökkenést mutatta, került a táblázatban legfelül, s a leginkompenzáltabb eset, a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ legnagyobb emelkedésével, legalul.

Táblázatunk azt mutatja, hogy a vérnyomás alapján kiszámított értékek a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ sülyedésével, illetőleg emelkedésével nemesak arányosan nem változnak, de a belőlük vonható következtetések ellentétesek, a 41 eset közül 20-ban, a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ -dal. Azokat a nyomásértékeket tekinthetjük tudniillik a valóságnak megfelelőeknek, melyek a munkaután a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ -dal ellentétes irányban háladó változást mutatnak. A 28. eset tulajdonképpen nem volt jól megválasztva, mert pulzusarhythmia volt, s a maximális nyomás nem képviselhette a mindenkor maximumot, s érthető, hogy a klinikailag is kifejezett incompensatio daczára a nyomási adatok jól kompenzált, munkabíró szívre utáltak.

7 esetben (12—15., 17., 36., 37.) a *Strasburger*-féle quotiens és az A×F ellentétes értékek, még pedig a 12—15. esetben az A×F felel meg a helyes viszonyoknak, a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ változásainak, a többi 3-ban a Q adott a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ -dal egyező eredményt.

¹ Über den Einfluss des Aufstehens auf die Urinausscheidung Herzkranker. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1905. 83. kötet.

Ha diagnosisok szerint figyeljük meg az egész táblázatot, láthatjuk, hogy a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ -nak megfelelő helyes, vagy helytelen irányú

változások a vérnyomás-értékekben oly módon jelentkeznek, hogy azokat közös okok alapján csoportosítani teljesen lehetetlen. Éppen-séggel nincs módunkban kimutatni, hogy az eltéréseket ilyen vagy olyan anatómiai elváltozások, vagy működési zavarok complicatiójára lehetne visszavezetni; ugyanazon diagnosisok és a szív-munkabírás klinikailag körülbelül azonos fokai mellett majd egyező, majd eltérő eredményeket kaptunk.

Vizsgálataimnak ezen lényegében negatív eredménye azonban még nem jelenti azt, hogy a *Recklinghausen-Strasburger*-féle eljárás hibás. Az összehasonlított módszerek közt ugyanis lényeges eltérés jelentőségével bír az a körülmény, hogy a vérnyomás-mérések alapján a szív működést egy adott pillanatban vizsgáljuk, míg a vizelet vizsgálata a vizelet elválasztásának egész ideje alatti keringés átlagos intenzitásáról ad a dolog természeténél fogva felvilágosítást. Tapasztalataim szerint a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ -ból levonható következtetések összhangzásban állottak a beteg állapotával, míg a *Recklinghausen-Strasburger*-féle eljárás a szív functionális diagnostikájában eseteink felében eltérő eredményre vezetett. Így *Klemperer*¹ nézetéhez kell csatlakoznunk, a ki elméleti levezetések és kísérletek alapján arra az eredményre jut, hogy: „ha az amplitudo gyakran megfelelő mértéke is a „Schlagvolumen“-nak, az „Amplituden-frequenzprodukt“ gyakran megfelelő indexe is a vér áramsebességének, az amplitudomeghatározás mindazonáltal nélküli a biztosságot és a bizonyító erőt“.

Ilyen körülmények között a vérnyomás maximumának és minimumának meghatározása csak más módszerek ellenőrzése mellett vezethet értékesíthető eredményre, a midőn azt *O. Müller* is értékesnek tartja. De a szív functionális diagnostikájában szokásos ellenőrző módszereink éppen olyankor hagynak cserben, mikor a működési zavarok még minimálisak, s mikor a beteg jövőjét illetőleg ezek felismerése a legfontosabb. Súlyos elváltozások kimutatása nem okoz nehézséget. És így ismételen felhívjuk a figyelmet a *Korányi S.*-féle eljárás szerint a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ -dal meghatározni a szív munkabírását, mely adagolt és aránylag igen esékély munkával, mint a *Knecht* és a saját vizsgálataink újlag is bizonyítják, a functionális zavarok minimuma mellett is pontos és megbízható eredményt ad.

Az egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: báró *Korányi Sándor dr.*, egyet. ny. r. tanár.)

A vérsavó trypsinellenes hatásáról.

Irta: *Ország Oszkár dr.* és *Bareza Sándor dr.*

Ehrlich és Morgenroth azon észlelete, hogy a tejalvasztó fermentummal kezelt állatok vérében antifermentum („Antilabferment“) jelenik meg, arra tanított meg, hogy a fermentumok mint antigenek szerepelhetnek. A vérsavó fermentellenes hatása azonban a gyakorlati orvosi kérdésekkel csak azon vizsgálatok kapcsán kezdett összefüggésbe jutni, a melyek *Müller*-t és *Jochmann*-t annak felismerésére vezették, hogy a sokmagvú leukocyták proteolytikus fermentumot tartalmaznak, a melynek hatását a savó gátolja. Ezzel a ténynyel, valamint a ferment és fermentellenes hatás quantitativ megállapításával különböző kóros viszonyok közt sokan foglalkoztak, a nélkül azonban, hogy törvényszerű eredményekhez jutottak volna. Ennek oka a kísérleti berendezésből is származhatott, mert hiszen például genyvizsgálatok alkalmával a genycepp különböző proteolytikus hatása különböző sejttartalma szerint is változhat, másrészt az antifermenthatás egységes alapon mérhető nem volt mindaddig, a míg állandó erősségű fermentum nem foglalta el a kísérletben a hatásában változó geny helyét.

Brieger tanácsára *Marcus* foglalkozott e kérdés megoldásával, s több fermentet vizsgált a *Löffler*-lemezen, de ezek használható-

¹ Zur Methodik u. Bedeutung der Pulsdruckmessung. Deutsche med. Wochenschr., 1907. — Blutdruck u. Pulsdruckuntersuchungen bei Gesunden u. Kranken. Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. 1907.

nak nem bizonyultak. Így hatástalan volt az emulsin, papayotin, pepsin, taka-diasztase, ellenben az 1%-os steril trypsinoldat kitűnően emésztette a serumtáptalajt. Különböző normális egyének savójával keverve a trypsin, azt tapasztalta, hogy 1 rész vérsavó 3 rész 1%-os trypsinoldat hatását tudja megakadályozni. A vérsavónak ez a képessége étkezés után, az emésztés alatt csökkentek mutatkozott. 10 különböző beteg vizsgálata arra hívta fel figyelmét, hogy a vérsavó emésztést gátló képessége luesben csökken vagy normális, leukaemiában és rákos betegségben fokozódik, Basedow-kórban fokozódik, de csökkenhet is. E tapasztalatai alapján ajánlatosnak mutatkoztak további vizsgálatok is. Míg Marcus dolgozatának címében még az „antifermentum“-ra vonatkozó utalást találjuk, a későbbi vizsgálatok már a vérsavó antitryptikus erejének megállapításáról, illetve annak gyakorlati jelentőségéről számolnak be. Közelfekvő ugyanis a vérsavóban a jelzett vizsgálatok alapján oly anyagot felvenni, a mely specifikusan a trypsin ellen tud hatást kifejteni; ez anyagot antitrypsinnek nevezték. Hogy az antitrypsin fogalmának felvétele jogosult, azt már számos régebbi vizsgáló, mint Fermi és Pernossi, Camus és Gley, Pugliese és Coggi, Martin Hahn tapasztalata bizonyítja. Achalmé pedig tengerimalacokat tudott trypsinrel immunizálni, s ezen állatok savója nagyobb mértékben mutatkozott antitryptikusnak. Az antitrypsin fermentjellege mellett később még azt is felhozták érvül, hogy 60°-on csökken a hatása, a mit ugyan azzal is lehetne magyarázni, hogy a denaturált fehérjék elvesztik trypsinmegkötő képességüket (Bergmann és Meyer). Nem tartották az antitrypsint általános fermentgátlás részjelenségének sem, mert pl. a pepsingátlással nem történik párhuzamosan. Anticomplementhatással sem volt magyarázható.

Az antitrypsin vizsgálatában Marcus megkezdett munkáját maga Brieger és segédje, Trebing folytatta. Kísérleti eljárásuk Marcuséval volt azonos. A Löffler-lemezek öntése előtt azonban megállapították a marhasavó alkaliságát; nagyobb alkalisítalmat, mint 1 cm³ vérsavóra 0.1 cm³ 1/10 normál sósavat, nem engedtek meg, mert az szerintük bizonytalanná teszi a vizsgálatot. A lemezt a condensvíz elpárolgása után vették használatba, a mikor felülete sima, száraz és fénylő volt. A frissen készített trypsin és vérsavót platin-kacsával mérték le s 1/2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, sőt 20 kacs 1%-os trypsinoldatot keverték össze 1 kacs vérsavóval. E keverékekből 6—8 kacsot cseppentettek külön-külön a serumlemezekre, melyeket 24 órán át 55°-os thermostatban tartottak. Normális egyének vérsavója 1:3 arányban tudta az emésztést gátolni. Az emésztés létrejövetelét a lemezen látható kerek bemélyedés bizonyította, ennek hiánya a serumgátlás bizonyítékának volt tekinthető.

Dolgozataikban főképpen a rákos egyének vérsavójának antitryptikus képességét vizsgálták s 35 biztos, 8 gyanus carcinoma-esetben kaptak fokozott értéket, 4 biztos rákos eset azonban negatív eredményt adott. Második közleményükben 55 oly biztos rákos esetről számoltak be, a melyben a reactio positiv volt. S míg első dolgozatukban a reactiót nem tartották a rákra nézve specifikusnak, utóbb a klinikai vizsgáló módszerekkel kapcsolatban differenciális diagnostikai értéket tulajdonítottak neki. Az egyéb cachexiás betegségekben is észlelt positiv eredmények abszolút érték felvételét természetesen nem engedélyezték, azonban megengedték, hogy benne a vizsgálatot támogató módszert lássunk, mert a rák s a sarcoma oly bántalmak, melyek már igen korán okoznak cachexiát, s így a reactiót adják. Eljárásukban annyira biznak, hogy ha rákra gyanús egyenben normális eredményt kapnak, szükségesnek tartják a vérnek hosszabb időközben való ismételt vizsgálatát. Érdekes azon megfigyelésük is, hogy az operált egyének vérsavója normális számot ad, nem rosszindulatú daganatban szenvedő egyének savója hasonlóképpen. Megkísérelték diagnostikai célokra felhasználni a pankreatin adagolását is. Kezdetben azt a megfigyelést tették, hogy az egészséges egyének vérsavója pankreatin bevétele után nagyobb mennyiségű antitrypsint tartalmazott, ezzel szemben a rákos betegeké egy eset kivételével kevesebbet. A csökkenés a pankreatin kihagyása után megszűnt, s ismét emelkedés volt észrevehető. Későbbi eseteikben ettől eltérő eredmények is voltak észlelhetők. A rákos betegekben nem csökkenés, hanem emelkedés áll be a pankreatin hatása folytán. Az adatoknak ez eltérő voltát a cachexia fokának értelmezésére vélték felhasználni, s azt

vették fel, hogy a pankreatin bevétele csökkenést mutató egyének cachexiája prognostikailag kedvezőbbnek tekinthető. A vizsgálat kivitele olyképpen történt, hogy az antitrypsin értékének megállapítása után a beteg naponta 3-szor kissé lúgos folyadékban 1—1 káshégy pankreatint kapott. A vérsavó vizsgálata 2—3 naponként történt.

Bergmann Bamberggel hasonlóképpen vizsgálta a vérsavót, s óvatosságot ajánlott a reactio megítélésében. Egészségesekben, Basedow-kórban, dysenteriában s más bántalmakban szenvedő egyénekben látták a fermentum megszorodását, s feltételezik vizsgálataik alapján, hogy az acut pankreasnekrosis is fokozott értéket ad. Vizsgálataikat nem Marcus eljárása szerint végezték, hanem Fuld-nak casein-eljárásával dolgoztak. Ennek részletesebb ismertetését azonban Bergmann csak később Meyerrel irt közleményében adta. E methodussal végzett vizsgálatok, melyekhez hasonlólt Gross is közzölt, szám szerint nem adtak Brieger és Trebing-ével teljesen megegyező eredményt, a mit azzal magyaráztak, hogy a Fuld-eljárásnál szereplő caseinemésztés körülményei mások, mint a Löffler-lemezen szereplő savófehérjéi. A Löffler-lemezen szerintük oly emésztési termékek halmozódnak fel, a melyek a trypsin-antrypsin hatását befolyásolják, valamint az 55°-os hőmérsékletet, mely a lemezen történő vizsgálatkor használatos, sem tartják a fermentumra közömbösnek.

Vizsgálataikat 120 ép és beteg egyéneken végezték. A rákos eseteknek 92.7%-ában, a nem rákosoknak 24.2%-ában kaptak positiv eredményt, azaz fokozódást, míg Brieger és Trebing 91.6%-ban, illetve 23.9%-ban találták az antitrypsin mennyiségének fokozódását.

Ezek alapján a positiv antitrypsinreactiót nem tartották a rákos megbetegedésre specifikusnak, és pedig azért nem, mert más cachexiás egyének (anaemia perniciosa, uraemia, Basedow-kór, syphilis maligna, leukaemia, súlyos phthisis, gyomor-neurosis, erős vérvesztés s rossz táplálkozással járó egyéb bajok) savójában is fokozottnak mutatkozott az antitrypsin titer. Sőt jól táplált egyének, mint hysteriások, idegesek és paralytikusok is hasonló eredményt adtak. Ha azonban rákos megbetegedésre való gyanú esetén normális vagy subnormális értéket kaptak, kétségesnek tartották a rák felvételét, s ha klinikai jelenségek miatt kényszerítő okok nem forogtak fenn, nagyon megfontolandónak mondták a rákos kórjelzés felállítását.

Az antitrypsinmeghatározás tehát mintegy ellenőrzője volt a többi vizsgáló módszernek. A jelzett bajok kizárhatósága esetén a positiv reactio támogató diagnostikai momentumnak is volna tekinthető. A Brieger és Trebing által leírt változás pankreatin adagolása után Bergmann és Meyer 2 esetében nem volt megfigyelhető, a kezelés előtt s után nem volt különbség látható.

Azok a biztató eredmények, a melyekről Brieger és Trebing közleményeiből szereztünk tudomást, bennünket is arra indítottak, hogy az eljárás értékéről saját vizsgálataink alapján szerezzünk meggyőződést. Minthogy a serumtáptalaj nem állott állandóan rendelkezésünkre, a Fuld-féle eljárásához szükséges anyagok beszerzése pedig nehézségekbe nem ütközött, a caseinmódszert használtuk fel vizsgálataink kivételéhez. Azt gondolván, hogy nem tart oly soká, mint a Marcus-féle eljárás, a mérceül használt platinkacs pedig nagyobb hibáknak lehet kútforrása, Bergmann és Meyer ajánlatát követtük, a kik még technikailag könnyebb kivitelét s a titrálhatóság nagyobb pontosságát is dicsérték.

Az eljárás a következő volt. Három oldatot készítettünk a következő előírás szerint:

1. Caseinoldatot. 1 gm. caseint 100 cm³ 1/10 normál natronlúgoldatban enyhe melegítés közben feloldottunk. Az oldatot normál tized sósavoldattal lakmus segélyével közömbösítettük, azután 0.85%-os konyhasóoldattal 500 cm³-re feltöltöttük.

2. Ecetsavoldat. 5 cm³ ecetsav + 45 cm³ alkohol + 50 cm³ víz.

3. Trypsinoldat. 0.5 gm. Grübler-féle trypsin 50 cm³ élettani konyhasóoldatban 0.5 cm³ normál szódaoldat hozzáadása után feloldottunk s élettani konyhasóoldattal tízszeres térfogatnyira hígítottunk.

Ha ez oldatok közül a trypsin a caseinnal keveredik, megemészteti ezt. Teljes megemésztés után az ecetsavas alkohololdat hozzáöntése zavarosodást nem okoz, mert az emésztett casein,

illetve annak termékei nem csapódnak ki. Emésztetlen casein jelenlétében ennek mennyisége szerint csapadékképződés vagy zavarosodás figyelhető meg az eczetsavas alkohol hozzáadása után. Az antitrypsin vizsgálatok ezért arra figyelünk, mely mértékben tudja valamely vérsavó a trypsin jelzett caseinemésztő hatását csökkenteni, azaz mely trypsinadagnál látjuk a savó hozzáadása után eczetsavra a csapadékképződés, illetve zavarosodás beállítását. A vizsgálat megkezdése előtt kipróbáltuk a trypsinoldat hatékonyságát. 2 cm³ caseinoldatot mértünk le néhány kis kémlőcsőbe, s a trypsinoldatból 0.1-től 0.7 cm³-ig 0.1 cm³-rel emelkedő adagot öntöttünk hozzá, s a trypsin változó mennyiségének megfelelően a kémlőcsövek tartalmát élettani sóoldattal töltöttük fel egyenlő térfogatra. Vizsgálataink folyamán azt tapasztaltuk, hogy 37^o-on 1/2 órán át tartó emésztés és eczetsavas alkohol hozzáseppentése után csak a 0.4 cm³ vagy 0.5 cm³ trypsin-t tartalmazó kémlőcsőben nem támadt zavarosodás. Az esetek egy részében csak a 0.4, más részében a 0.5 mutatkozott teljesen tisztának, azt bizonyítva, hogy a trypsinnek ez a legkisebb mennyisége, mely a caseint teljesen meg tudta emésztetni. A 0.6, 0.7 cm³ trypsin-t tartalmazó keverékek átlátszók maradtak, 0.4 cm³-től lefelé mind erősebbé vált a zavarosodás, sőt a becséppentés után opaleszkáló gyűrű vált láthatóvá. Több csepp eczetsav hozzáadása a zavarosodást megszünteti, a képződő acidalbuminat oldhatósága folytán. Ez az előzetes vizsgálat tudunkra adta, mennyi a trypsin-oldatunk titere, azaz az a szám, a melytől kezdve az emésztést gátló antitrypsin foka számíttatik. Más trypsin-készítménnyel való dolgozással bizonyára más titert kaptunk volna. Oldatunk titere állás után a trypsin hatékonyságának gyöngülése miatt magasabb fokon volt.

Az antitrypsin meghatározása olyképpen történt, hogy 1. 6 kémlőcsőbe a vizsgálandó egyén vérsavójának 2%-os phys. konyhasós hígításából 0.5 cm³-t mértünk le.

2. Ezekhez a trypsinoldatból 0.4, illetve 0.5 cm³-től kezdve 0.1 cm³-rel emelkedő adagot adtunk 0.9-ig vagy 1.0-ig.

3. A kémlőcsöveket egyenlő térfogatra töltöttük meg élettani konyhasóoldattal, a trypsin mennyisége szerint mérve le ezt.

4. A caseinoldatból 2 cm³-t mértünk le minden egyes kémlőcsőbe.

Ezután következett az összerázás, fél órára thermostatba helyezés, megsavanyítás és megtekintés.

Ezen eljárásnál tehát a trypsin mennyisége változott. A kivétel azonban olyképpen is lehetséges volna, hogy állandó trypsin-mennyiség mellett a serum mennyisége változnék. Az előbbi módozat azonban czélszerűbbnek bizonyult.

A megtekintéskor azt tudtuk meg, melyik a trypsinnek azon mennyisége, melynél zavarosodás nem látható, a melyet tehát a serum hatásában gátolni már nem tudott. Az utolsó zavarosodást mutató kémlőcső trypsin-tartalma adja a reactio mértékét. 0.5 titerből kiindulva Bergmann és Mayer 0.6-ot normálisnak, 0.7-et kérdésesnek, 0.8 és 0.9-et pozitívnek, s 1.0 és ezen felül terjedő gátlást erősen pozitívnek jelölt. Vizsgálataink folyamán a trypsinoldat titere 0.5 és 0.4 volt, utóbbi esetben a vizsgálati eredményként kapott számokat egy tizeddel növeltük, hogy így az értékek mind, 0.5-ből történt kiindulást véve alapul, összehasonlíthatók legyenek. Eseteink túlnyomó részében a gátlást 1.0-nél nagyobb mennyiségű trypsin-nel szemben is iparkodtunk megállapítani, azon reményben, hogy a rákos betegségek megkülönböztetése ily magasabb eltérések kimutathatósága alapján inkább lehetséges lesz.

A vizsgálat kivételéhez szükséges vegyi anyagokat az egyetemi gyógyszerár szállította. Vizsgálat alá került 50 egyén vérsavója; az anyagnak egy részét Dollinger Gyula tanár úr szíveségéből az I. sz. sebészeti klinika betegein gyűjtöttük. A vizsgálat alá került egyének túlnyomóan idült cachexiával járó betegségekben szenvedtek; kisebb bajú, jobban táplált egyén alig került vizsgálat alá. Tekintetbe veendő ugyanis az, hogy belklinikai betegek többnyire súlyosabb bajú egyének. S az ily betegek vizsgálata már éppen azért is fontosabbnak látszott, mert a rák-kórisme elkülönítése éppen cachexiás egyéneken jár nehézséggel. Jelen dolgozatunkban az antitrypsinmeghatározásnak első sorban klinikai értékelését tűzvé ki czélul, figyelmünket éppen a rák diagnostikájának remélt bővítésére irányítottuk.

I. táblázat. Biztosan rákos egyének.

	K ó r i s m e	Ered-mény	Szám
1.	Carcinoma hepat. et ventr.	+	0.9
2.	" ventr.	++	1.4
3.	" "	++	1.2
4.	" nasi	++	1.0
5.	" nasi	++	1.0
6.	" antr. Highmori	++	1.0
7.	" nas. recidiv.	++	1.0
8.	" pylori	++	1.1
9.	" vesic. fell.	++	1.0
10.	" recti	++	1.4
11.	" ventr.	++	1.6
12.	" pedis cut.	+	0.9
13.	" ventric.	++	1.0
14.	" oesophagi	++	1.0
15.	" recti	++	1.4
16.	" ventriculi	++	1.4
17.	" ventric. + nephritis	++	1.2
18.	" ventric.	++	1.0

Vizsgálat alá került 18 biztosan rákban szenvedő egyén, a kiken a diagnosis biztosságát a műtét, a daganat tapintása, a boncolás állapította meg. Ezen esetek mind pozitív, sőt túlnyomóan erősen pozitív reactiót adtak, a mi kétségtelenné tette, hogy a rákban az antitrypsin mennyiségének fokozódása tetemes.

II. táblázat. Rákos megbetegedésre gyanús betegek.

	K ó r i s m e	Ered-mény	Szám
1.	Carcinoma ventriculi	—	0.6
2.	" "	+	0.8
3.	" ves. urin.	++	1.2
4.	" " fell.	++	1.1
5.	" hepatis metast.	++	1.0
6.	" " "	++	1.2

A rákos megbetegedésre gyanús egyének 6 eset közül 1-ben adtak negatív eredményt, 5 eset pozitívnek bizonyult. Sajnálatos, hogy e betegek sorsa nem tehető további megfigyelésünk tárgyát.

A nem rákos beteg egyének, mint az a következő táblázatból látható, tüdőcsücsuhurut, oesophagusgöres, lues és normális esetünktől eltekintve, mind pozitív, sőt erősen pozitív reactiót adtak. Már ebből is látható, hogy az a felvétel, hogy az a erősen pozitív reactióból rákra következtethetünk, teljesen helytelen. Bergmann utalt már az antitrypsin fokozódásának lehetőségére normális egyénben, s ismeretes az, hogy cachexiával járó betegségekben túlnyomóan ugyanez az eset áll fenn, ezért Brieger és Trebing utolsó közleményükben már eljárásuk nevét cachexiareactióra változtatták. S minthogy eseteink túlnyomóan súlyosabb bántalmak, nem csodálkozhattunk a pozitív antitrypsinreactiónak szinte állandó előfordulásán. (Lásd a III. táblázatot.)

Ezen vizsgálatainknak befejezése után szereztünk tudomást Herzfeld dolgozatáról, a ki 54 esetben a Fuld-féle eljárás segélyével vizsgálta pankreatinnal szemben a vérsavó antitryptikus képességét. Rákos eseteinek 81%-ában kapott pozitív eredményt, súlyos tüdővérzéses, sőt normális egyének vérsavója hasonló hatásúnak bizonyult. Lueses egyéneken nem észlelt csökkenést, a miben pedig Brieger tanár intézetében már annyira bíztak, hogy azt mint lues-diagnosticumot akarták felhasználni.

Fentebb felsoroltuk azokat a Bergmann és Meyer által kiemelt előnyöket, a melyek miatt az antitrypsinmeghatározásra inkább a Fuld-féle, mint a Löffler-lemezes eljárást alkalmaztuk. Vizsgálataink alapján azonban azon elhatározásra jutottunk, hogy további munkálatainkban inkább az eredeti módszerhez térünk vissza. A Fuld-Bergmann-féle eljárás hátránya ugyanis az, hogy mindig friss oldatok készítését kívánja meg, mert különösen a

III. táblázat. Nem rákos, beteg egyének.

	K ó r i s m e	Ered- mény	Szám
1.	Nephritis chron.	+	0·9
2.	" "	++	1·2
3.	" "	++	1·4
4.	Pankreatitis chron.	++	1·0
5.	Struma	++	1·0
6.	Cat. apic.	+	0·7
7.	" "	—	0·6
8.	Tbc. miliar., icterus	++	1·0
9.	Tbc. ren., nephrectom. facta	++	1·2
10.	Echinococcus hepat.	++	1·2
11.	Abscessus hepatis	++	1·0
12.	Polycythaemia	++	1·2
13.	Apoplexia cerebr.	+	0·8
14.	Arteriosclerosis	++	1·4
15.	Hepatitis interstit.	+	0·9
16.	Cholelithiasis. Tumor hepatis	++	1·0
17.	Stenos. pylori?	++	1·0
18.	" "	++	0·9
19.	Ulcus ventriculi	++	1·2
20.	Spasmus oesophag.	—	0·6
21.	Lues	+	0·7
22.	Tabes. Insuff. aortae	++	1·0
23.	Vitium cordis	++	1·2
24.	Tonsillitis chronica	++	1·1
25.	Normális	+	0·7

trypsin-oldat még rövid ideig sem tartható el. Az oldatok elkészítése viszont, s főleg a caseinoldaté, némiképpen időt rabló és nagyobb pontosságot igénylő munka. Az oldatok titeré minden egyes alkalommal megállapítandó, úgy, hogy mielőtt a tulajdonképpeni antitrypsinmeghatározásba kezdetünk, egy óránk telik el az előkészületekkel. A legfőbb nehézséget azonban a reactio értékelése okozta. Az bizonyos, hogy a reactio határa, a zavarosodás eltűnése gyakorlatilag nehezen állapítható meg, míg Bergmann és Meyer ezt említik egyik főelőnyének. Rendkívül subjectív dolog, mit tekintünk még kissé zavarosnak vagy tisztának. Fontos körülmény ez, ha tekintetbe vesszük, hogy csak 0·1-nyi tévedés az eredmény pozitív vagy negatív voltát, tehát használhatóságát koeckázhatja. A dolgozóban ninesen meg tehát az a nyugodtság, az a bizalom, mely az eredmény felhasználásához feltétlenül szükséges. Ezért mi a további vizsgálatokhoz inkább a Marcus-féle eljárást ajánljuk, a melynek ugyan szintén vannak hibaforrásai, de normalkacsosul a legújabb ajánlott eltartható glycerines trypsinoldattal dolgozva, legalább a reactio pozitív vagy negatív volta válik könnyebben felismerhetővé.¹ A mellett a szükséges vegyi felszerelés is kisebb.

Ha már most azt a kérdést is tárgyalni óhajtanók, mi az oka az antitrypsin megszorodásának a vérben, oly kérdéshez jutunk, a mely, bár szép kísérletek adnak felvilágosítást, még nem tekinthető tisztázottnak. Míg csak a rákos megbetegedésekre vonatkoztatták az antitrypsin megszorodását, a rákos szövet proteolytikus fermentuma ellen vélték az antifermmentképződést felvenni. Némi jogosultságot adhat e felvételnek Salomon azon tapasztalata, hogy a rákos egyén vérsavója a rákos szövet autolysisét gátolja. Tapasztaltuk azonban azt, hogy egyéb cachexiás betegségekben is, a melyekben rákos fermentumok nem szerepelnek, fokozott volt a trypsin-tartalom.

Kísérletileg mutatta ezt ki Fürst tengerimalacson, a ki azt tapasztalta, hogy az állatokat éheztetve, azok vérenek antitrypsin-tartalma fokozatosan növekedett. Ha az antitrypsint szigorúan specifikusnak tartanók, a trypsinhatástól kellene szaporodását származtatnunk. A trypsin ily irányú szerepét az állatkísérletek s az emberen szerzett tapasztalat is valószínűvé tehetné. Így Bergmann és Bamberg kutyákat trypsinrel etetve, vagy trypsinbefecskendezések után már 24 óra múlva észlelték az antitrypsinmennyiség megszorodását. Emberen pedig Brieger és Trebing több esetben látta pankreas-bélemésztés tünetei után ugyanazt a növekedést. Glaessner és Kurt Meyer azonban thyreoideakészítmények bevétele

után 24 órával szintén ki tudta mutatni az antitrypsinszorodást, a mivel a Basedow-kórban nyert magasabb értékek is magyarázatot nyertek. Azonban volt számos oly pozitív eredményt adó kórforma, a melyben e fermentumok hatása nem volt felvehető. Ezek magyarázására Bergmann és Meyer intermediaer anyagcsere-termékek proteolytikus hatását vette fel, mások az autolytikus fermentumok hatását szerepeltették. S mindez már magában igazolná azt, hogy az antitrypsinképződés nem csak directe trypsinhatásra jön létre, hanem sok különböző momentum szerepel létrejövételében.

Hogy mennyiben lehet szerepe azon összefüggéseknek, a melyeknek egy részét a pankreasra nézve Rudinger, Falta és Eppinger ismertette a tavalyi belorvostani congressuson, nem ismerjük. Míg a felsoroltak alapján arra lehetne következtetni, hogy a különböző fermentumok ugyanazon antitrypsin néven ismert anyag productióját növelik, hatásukban ugyanazon eredményt hozzák létre, Jochman és Kantorovicznak vizsgálatai következtetésünket más felé tudják irányítani. E vizsgálok azt mutatták ki, hogy az antitrypsin, a melyet trypsinbefecskendezéssel állítottunk elő, illetve szaporítottunk, nem különíthető el hatásában a már dolgozatunk elején ismertetett leukocyaantifermenttől. A leukocyaantiferment a trypsinrel keverve, elveszti a leukocyaferment elleni gátló hatását. A leukocya és trypsin elleni fermentum azonossága mellett szól látszólag az a tapasztalat, hogy phthisisben s más bajokban mindkettő hasonlóképpen viselkedik és a leukocyafermentumot például a rákos savó erősen gátolja. Ezek alapján tehát az a kérdés támad, vajjon az az anyag, melynek trypsinellenes hatását vizsgálataink folyamán oly gyakran volt alkalmunk kimutatni, a különböző esetekben egy bizonyos nemű, avagy több különböző, szinte azonos fermentumból állott, mely illetve melyek különböző proteolytikus fermentumok hatására képződnek, illetve szaporodnak meg, s teljesen azonos hatást tudnak a trypsinrel szemben kifejteni. Nem lehetetlen, hogy ezantifermentumok többfélék; különállók, de egymáshoz hatásukban is oly közeli, mint pl. a bakteriologiából ismert agglutininek, melyek, mint ismeretes, többféle egymáshoz közelálló bakteriumot tudnak agglutinálni, például a typhus-coli csoportban s a különbség csak az agglutinatio számarányában nyer kifejezést. Az antifermmentek vizsgálására irányuló módszereink segítségével ily finomabb különbségek azonban nem mutathatók ki. Az antileukocyafermentnek közeli rokonsága vagy azonossága az antitrypsinnel pedig érthetővé teszi vizsgálataink folyamán a reactio pozitív voltának gyakori észlelhetőségét. A leukocyták számbeli változása és szétesése lázas és vérbetegségekben az antifermmentum mennyiségének változását okozhatta s mi arról mint az antitrypsin változásáról szerzettünk tudomást. Ezek azok az okok, melyek miatt Bergmann az antitrypsinmeghatározás klinikai értékesítésében újabban nem igen bizik. Vizsgálatainkat tekintve azonban azon az állásponton vagyunk, hogy ennek ellenére az antitrypsinmeghatározás némi korlátozással klinikai célokra is használható. Nem mint absolut értékes vizsgáló módszer, melynek eredménye, mint talán a Wassermann-reactióé, nagy valószínűséggel a betegség felvételére vagy kizárására jogosít, hanem mint a vizsgálatnak oly segédeszköze, mely a klinikai összes vizsgáló módszerekkel kapcsolatban gyanunkat megerősítheti vagy esőkkentheti. A talált titer nagysága, mint az agglutinatio is, nagyobb vagy kisebb valószínűséget adhat az értékelésben. A vizsgálati eredmény felhasználása, mint említettük, csak egy irányban történhetik. Nevezetesen csak a negatív reactio használható fel. A pozitív eredménynek semmi értéke ninesen. A negatív azonban nagy valószínűséggel, de nem biztossággal, a rák felvétele ellen szól. Eltekintve a sebészet körében történt értékelésétől a fermentekről és antifermmentekről szóló újabb ismereteknek, eddigelé ez a legtöbb gyakorlati értéke az antifermmentumok tanának.¹ Nagyobb azonban ennél is az a nyereség, mely a szervezeten eddig ismeretlen folyamatok megfigyelésének lehetőségében áll az antitrypsinmeghatározás útján; erről azonban legközelebb fogunk beszámolni.

Irodalom. Marcus: Beitrag zur Antifermentwirkung des menschl. Blutes. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 14. szám. — Brieger und Trebing: Über die antitryptische Kraft des menschlichen Bluteserums, insbesondere bei Krebskranken. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 22.

¹ Az e dolgozatnak befejezése óta eltelt fél év alatt számos esetben végzett vérsavóvizsgálat azonos eredményt adott.

¹ Újabban kacs helyett capillarisan végezzük az oldatok keverését.

szám. — *Brieger és Trebing*: Weitere Untersuchungen über stb. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 29. szám. — *Bergmann és Bamberg*: Zur Bedeutung des Antitrypsins im Blute. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 30. szám. — *Bergmann és K. Meyer*: Über die klinische Bedeutung der Antitrypsinbestimmung im Blute. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 37. szám. — *Herzfeld*: Beitrag zur Brieger'schen Reaktion. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 49. szám. — *K. Meyer*: Zum thyreogenen Eiweisszerfall. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 50. szám. — *Brieger és Trebing*: Über die Cachexiereaktion insbesondere bei Krebskranken. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 51. szám. — *Fürst*: Zur Kenntnis der antitryptischen Wirkung des Blutserums. Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 2. szám. — *Marcus*: Verbessertes Verfahren zur Bestimmung der antitryptischen Kraft des Blutes. Berl. klin. Woch., 1909.

Közlés a kolozvári egyetem elme- és idegbeteg-klinikájáról.

Fuldoklás-rohamok epilepsiában.

Közlő: *Zsakó István* dr. tanársegéd.

A „Neurologisches Centralblatt“ 1908. évi 14. számában (661—664. oldal) Volland egy epilepsiás beteg görcsös rohamait ismerteti. Esetében gégevizsgálat végeztetett és objectiv eltérés a hangszalagoknak csekély belőveltségén kívül nem volt található. A reflexek normálisak voltak, sem érzés-zavar, sem hűdéscs tünet nem volt észlelhető.

A mi első esetünkben a gégevizsgálat a betegnek rohammentes állapotában sem anatómiai, sem functionális eltérést nem mutatott. Az illető (Sz. Gy.) 28 éves, férjétől elváltan élő nő, kinek egy leánygyermek van. Gravidá állítólag több ízben nem volt. Luest, alkoholismust kimutatni nem lehet. Állítólag 19 éves kora óta szenved epilepsiában. Több ízben volt intézetünkben. A görcsös rohamok mellett időnként támadó fejfájás, émelygés, pár perczig tartó ködös állapot észleltetett, de napokig tartó, érzékesalódásokkal járó ködös állapotai domborodtak ki a kórképben leginkább. Rendszerint egy-két napi nyugodt viselkedés után, mialatt úgy látszik magába mélyed s többnyire azt kérde környezetétől, hogy miért van ő itt és milyen minőségben, vajjon a világ létezik-e még, a tudatosság homályosodásával hirtelen erős, maniakális izgalmak támadnak érzékesalódásokkal kapcsolatban. A beteg hozzátartozóit látja, azok nevét kiáltja, megbántja társait, a tükröt felé rohan s abban megváltozva látván arcát, a tükröt lerántja. Sikoltozik, sir, anyja nevét kiáltja. Izgatottan énekel, miközben meggyilkoltatástól vagy haláltól való félelmet nyilvánít. Mászor pár órai levertség vagy izgalom után jelentkeznek e tünetek. Ez a ködös állapot eltart egy-két napig, vagy egy-két hétig. Álmatlanság és a táplálkozás csökkenése járul még a hallucinatorius izgalomhoz. Ködös állapotában környezetét csak az utolsó napokban kezdi felismerni, előbb ördögöket, vagy régi ismerősöket vél látni környezetében. Ilyenkor vagy teljesen tájékozatlan, nem tudja hol van, vagy azt hiszi, hogy falujában tartózkodik.

Ittléte alatt az utolsó években sokszor figyeltünk meg rajta légzés-zavarokkal, fuldoklással járó rohamokat. Ezeknek tünetei a következők:

A gégeporcz táján érez fojtogatást, szorongást, a mi, hogyna nagyon enyhe psychés tünetekkel jár, globusra emlékeztet. (De rendszerint erős félelmek közben áll elő, a mit az arcjátékából, továbbá a kézmozdulatokból is láthatunk, mely utóbbiak arra irányulnak, hogy nyakáról valamit lehúzzon, letépjen; mintha egy ott levő szorító zsinagtól akarna megszabadulni.) Mászor erőltetett hányásinger s vele járó erős izgalmak jelentkeznek, mely tünetek sem fizikai, sem medicamentosus, sem suggestiósi eljárásokkal nem szüntethetők meg; a beteg öntudata teljesen megváltozott és ily állapotaira való emlékezése nagyon hiányos. Ha éjjel éri a roham, erős fuldoklással ébred fel, kétségbeesetten ugrik ki ágyából s izgatottan rohan a terembeh czél nélkül. Néha a hozzá intézett kérdésekre figyelme pár pillanatra lekötődhet, de rendszerint a roham lezajlásáig ez sem sikerül.

A beteg az első fuldoklás-rohamot 1907 júniusában észleltem. Reggeli $\frac{1}{4}$ órakor ágyából hirtelen kiugrott, izgatottan kapkodott nyaka körül, pupillái tágak voltak; a reactiót akkor, mivel a roham pár percz alatt elmúlt, megfigyelni nem lehetett. Azóta többször voltak észlelhetők szabálytalan időközökben jelentkező, két-három óráig is eltartó fuldoklás-rohamok, miközben a pupillák tágulása, a nyak- és mellizmok megfeszülése, dyspnoés

légzés, cyanosisos arcszín jelentkezett; a rohamok vagy teljes amnesiával jártak, vagy hézagos emlékezéssel. 1908 szeptemberében ismét jelentkeztek fuldoklással járó rohamok, melyek naponta többször is ismétlődtek. A leghosszabb majdnem két óráig eltartott, erős légzési nehézséggel, renyhe pupilláris és corneális reflexekkel, melyek időnként teljesen kimaradtak. Ezeket kivül még cyanosisos arcszín s kistokú könyezés volt jelen.

Ez év februárjában állandóan hálós ágyban kellett tartani izgatottsága miatt. Hangokat hallott, melyek azt mondták, hogy meg akarják ölni; majd pávát látott, mely folyton az ő nevét kiáltotta. Álmatlansága ellen gyakran kellett hypnoticumhoz fordulni. Később az Isten hangját hallotta s ördögöket látott a sarokban. Pár napig tartó feltisztulás után megint jelentkeztek a ködös állapotok. Április 10.-étől 30.-áig majdnem naponta, két-háromszor is jelentkeznek görcsös légzési nehézségek. A tünetek következők voltak:

Öt-tizenöt perczig tartó izgatottság állott elő hirtelen, miközben hevesen kapkodott nyaka körül. A pupillák renyhén, kis terjedelemben reagáltak, olykor paradox fényreactio volt észlelhető. A rohamok után kábult volt, mintha mámoros lett volna. Ha kisebb mértékben homályosodott el az öntudata, érzékesalódások, izgalmak voltak észlelhetők a görcsökkel kapcsolatban. Az öntudat súlyosabb megzavarásában természetesen a *psyche ilyenformán megnyilvánuló (érzékesalódás) tevékenysége hiányzott*. A leirt rohamok mellett január 5., 6. és 8.-án, április 15. és 16.-án volt öntudatlansággal és görcsökkel járó rohama. május 10.-én nappal, 9.-én és 23.-án éjjel voltak pár perczig tartó görcsös rohamai.

Hasonló rohamokat észleltünk klinikánkban egy status epilepticusban excitált férfibetegünkön (F. J.) is, a ki körülbelül négy év óta betegkedett klinikánkra történt behozatala előtt. Itt három évig kezeltetett. Typusos epilepsiás rohamok mellett félig öntudatlansággal járó légzési nehézségek, szív- és toroktáji nyomással jellegzett rohamok is voltak észlelhetők. A beteg sokszor psychés izgalmak után (például ha nem engedték ki sétálni rossz időben, vagy valamely kívánsága nem teljesült) rosszul lett. Roham állott elő, minek bekövetkezését néha jelezte, mászor nem. Olykor erős dobálózással, kisebb fokú félelmekkel járó, hysteriásnak látszó rohamokat is láttunk. A fuldoklásszerű rohamok hallucinációk nélkül jelentkeztek. A beteg hörgésszerű légzése már messziről hallható volt. Az arca halvány, ajkai szederjesek, áttünök voltak. E közben renyhe conjunctivális és corneális reflexet találtunk. Rendszerint izgatottsággal járt e roham s ilyenkor a beteg nem táplálkozott, figyelmét csak nagyon ritkán s rövid időre lehetett lekötöni s psychés úton nem volt befolyásolható. Hypnoticum és brom megnyugtatta. Rohama sokszor hysteriára emlékeztetett.

Körtörténetéből a következőket közölhetem: F. J. 20. évében elhalt beteg 16 éves korában került klinikánkra. Behozatala előtt a rendőrség csavargás közben elfogta s nyolcz nap mulva zavartsága miatt a helybeli elme-klinikára beszállította. Több év óta szenvedett epilepsiás rohamokban, durva, erőszakos természetű volt. 1905 augusztusában volt észlelhető, hogy a beteg sokszor reszketni kezd, hangosan sir s fogai vacognak, az alsó végtagokban erős rángások jelentkeznek. Ilyenkor indulatos, erőszakos és támadó (e rohamok néha akkor erősbödnek, ha mások látják). Azután pár hónapig nem volt roham, de az epilepsiás karakter mindinkább kifejlődött. 1906. év augusztusában megint sűrűn voltak rohamok, szeptemberben, októberben ritkán, novemberben ismét sűrűbben. 1907-ben az első hónapokban ritkábban, később gyakrabban jelentkeztek a rohamok, kivált augusztusban és szeptemberben voltak amnesiával járó rohamai, miközben sokszor félelmet árult el. Az 1908. év első két havában a nehézlégzéssel, remegéssel, izzadással, nyögéssel járó rohamok ismét jelentkeztek. (Több ízben a szívtájra rakott hidegvizes borogatás láthatólag enyhülést idézett elő.) Májusban pár napig hálós ágyban kellett tartani, ott kissé mereven bámult maga elé, nyugtalan volt, erősen izzadt. Öt nap alatt feltisztult s a czípész-műhelyben foglalkozott. A hónap 27.-én sűrű, 30—50 másodperczig tartó rohamok állottak elő, 28.-án húsz rohama volt. Erre lumbal-punctio végeztetett s nagy bromadagokat kapott. 29.-én a rohamok felényire csökkentek; a beteg tudott környezetére figyelni, meg is szólalt, de beszéde érthetetlen volt. Hőemelkedés 38.6 C°. 30.-án megint húsz roham; chloralklysmát is kapott. 31.-én status epilepticusban 41 C° hőmérsék mellett meghalt. E kórképbe bejelölt pszichés tünetek is. A boncoláslelet a következő: Hyperaemia

cerebri et meningum. Hydrocephalus internus minoris gradus. Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis dextri cum bronchitide purulenta. Hyperaemia renum, hepatitis et lienis. Eechymoses pericardii.

Olyan rohamok, melyek főként a légzés zavarával járnak s a göresök alárendelt szerepet játszanak, az epilepsiának ritkább megnyilvánulásai közé tartoznak. Gowers a vagus területében keletkező auráknál globusszerű érzést talált néha a torokban. Előbbi esetünkben párszor nekünk is volt alkalmunk ily globusszerű aurát észlelni. Gowers felemlíti még a hirtelen előálló dyspnoét, mint a kis rohamok között egyikét a legritkább alakoknak. Romberg apoplectiformis rohamokat talált a respirációs izmok göresével. (Féré¹ szerint ez alakot talán már Caelius Aurelianus is ismerte.) Trousseau ilyenforma rohamokat minden korban észlelt. Binswanger azonban a senilis epilepsiákban találta s az arteriosclerosissal hozza kapcsolatba (Volland). Jolly is látott egy betegén epilepsiás rohamok mellett apnoés rohamokat. (Ebstein-Schwalbe: Handbuch der praktischen Medicin, IV. kötet, 815. oldal.)

Félelmekkel járó rohamokat mindkét esetben észleltünk. Az első esetben megfojtás, fuladástól való félelem mellett más rémes hallucinációk (ördögök látása, hanghallás) is előfordultak. Valamennyi emlékeztetett Féré-nek egyik esetére. Ő ugyanis convulsiv rohamok és szédülés mellett időnként hallási csalódásokat látott jelentkezni. Ezalatt a beteg oroszlanordítást hallott, melytől szabadulni igyekezett. Ha ház nem volt a közelben, melybe bemenekülhetett volna, akkor menekvése többnyire roham által lett megszakítva.

Ha a légzőutakban sehol sem találunk pathologiai elváltozást, s főleg más ideges zavarnak nyomára nem juthatunk, akkor a fuldoklással járó rohamokat atypusos epilepsiás rohamoknak lehet vennünk (Volland).

Volland felemlíti, hogy a tabeses laryngeális krízisek rendkívül hasonlóak ezekhez. Ugyancsak ő mondja, hogy ily esetekben többször találták a gégeizmok, leginkább a cricoarytaenoidei postici hűdését.

Hamburgtól Yokohamáig.

Irta: *Kovács Richárd* dr.

(Vége.)

Talán felemlíthetem itt pár sorban, hogy a hajóforgalom ellenőrzésének mik az alapelvei, mióta az 1903-ban kötött párisi egészségügyi conventio nemzetközi elfogadásra talált. A conventio csakis a pestisre és cholera-ra vonatkozik. A szerződő országok minden egyes esetről kötelesek a többieknek haladéktalanul értesíteni. Azonban egyes esetekkel kapcsolatban még nem szabad a forgalmat gátló intézkedéseket tenni, valamint kifejezett járvány esetén sem szabad csupán az eredési hely miatt embereket vagy hajókat és árukat quarantainebe helyezni. Mindezen elavult és a gyakorlatban keresztül sem vihető intézkedéseket az úgynevezett „inspektions rendszer“ helyettesíti, mely szerint a fertőzött vidékekről, illetve kikötőkből jövő hajókat csak alapos orvosi vizsgálatnak vetik alá. Ha nem találtak fertőző betegség, a hajó azonnal szabad közlekedésbe léphet. Ezek az úgynevezett „tisza“ (net) hajók; ezeket csak arra lehet szorítani, hogy kivételes esetekben a személyzet és utasok ruhaneműit desiniciálják, patkányirtást végezzenek (clayton- vagy szénagyógázzal, de ennek 24 órán túl nem szabad tartania), végre az utasok és személyzet 5 napig orvosilag ellenőrizhetők, de úgy, hogy tartózkodási helyüket szabadon változtathatják (távirati továbbjelentéssel). Az úgynevezett „gyanús“ hajók olyanok, melyeken útközben, de nem az érkezés előtti utolsó 7 napon, pestis- vagy choleraesetek mutatkoztak. Az ilyeneknél a még betegeket vagy reconvalescenseket partra, megfelelő elkülönítő kórházba szállítják, az általuk használt helyiségeket, fehérneműt stb. fertőtlenítik. Az egészségesek 5 napig ellenőrizhetők, az utasok azonban vissza nem tarthatók. A patkányirtás 48 óránál tovább nem tarthat. Végre pedig, az úgynevezett „fertőzött“ hajókon, melyeken az utolsó 7 napon mutatkoztak pestis- vagy choleraesetek, az egészségesek

is partra vitetnek és 5 napig izoláltatnak, azután még 5 napig ellenőrizhetők. A hajón persze a fenti intézkedések történnék.

A „Slavonia“ szerencsésen elkerülte mindezeket. Kora reggel feljött a barátságosan vigyorgó japán kollega, a dysenteriás betegek bélproductuma alapján hozzájárult diagnosisomhoz, egyéb beteget nem talált. Csak egy dolog iránt érdeklődött melegen és vette protokollumba: hogy hány macska van a hajón és azok mily neműek? Tudniillik éppen tavaly július—augusztusban járt Koch Japánban és egy előadásában kijelentette, hogy a pestis prophylaxisában igen fontosak a patkányirtó macskák. És azóta a Japán kikötő-orvosok buzgón esinálják a macska-statistikát.

Kilenc heti szakadatlan hajózás után pillantottuk meg a Csendes-Óceán partján Japán szent hegyét, az állandóan hóborította Fusiyamát és vetettünk horgonyt útvonalunk legkeletibb állomásán, Yokohama kikötőjében. A mi óráink a standard-hajóchronometer középeurópai idejével szemben itt 8 órával siettek, már csak pár napnyira van innen a nevezetes dátumhatár — a 180° keleti és nyugati hossz, — melynél az Amerika felől jövő hajók egy napot átugranak, a Japán felőliek pedig egy napot kétszer tartanak meg, hogy a földgömb megkerülésekor beálló egy napi különbséget kiegyenlítsék.

A „Slavonia“ három hetet töltött a japán kikötőkben, Yokohama, Kobe, Shimonoseki-Moji és Nagasakiban, én pedig azalatt a kényelmes vasutakon beutaztam az ország belsejét. Megnéztem a fővárost, Tokiót; a Fusiyama vidékén Myanoshitát, mely forró kénes forrásaival a japán rheumatikusok zarándokhelye; a cyklopalú daimyo (ősjapán lovag)-várral bíró Nagoyát; a poézissal teli szent helyet, Nárát, melynek ezer éves faóriások alkotta parkjában szelid szarvasok esznek az idegen kezéből; az ősi fővárost, Kiotót 945 Buddha-templomával — a japán Rómát —, valamint az ezernyi csatornától átszelt japán Velencét, Osakát stb. Az ország természeti csodái, lakóinak őskulturája, szokásai, rokonszenves volta, pompás művészi alkotásai és a mindezekbe harmoniásan beleolvadó legmodernebb haladás elragadásba ejtett engem is és ha van ország, a honnan fájó érzéssel búcsuztam és a hová visszavágyom, úgy Japán az.

Orvosilag persze tennivaló nem sok akadt. Utasaink mindenfelé elszéledtek, a legénység (beleértve a calomellal és diaetával szerencsésen kigyógyított dysenteriásokat) kitűnő egészségnek örvendett, még az árúk ki- és berakásakor támadt kisebb-nagyobb sérülések is kivétel nélkül per primam gyógyultak. Ismételten volt alkalmam meggyőződni, hogy a tropusokban a genyedő sebek a ritkaságok közé tartoznak — mint az több helyütt le van írva — és csodálatom, hogy ennek eddigelé semmiféle bakterio-serologiai teoriája nincs. Egy fistula aniban szenvedő német alkalmazottunkat műtét és főleg utókezelés céljából kórházba kellett vinnem. A yokohamai „Deutsches Marinelazarett“ inspektora csaknem nyakamba borult, mikor a beteggel megjelentem, mert a 35 ágyas kórházban akkortájt összesen 2 beteg feküdt. Statistikára dolgoznak mindenhol. A kórház a hivatalos német orvostudomány expositurája a Keleten, egy tengerészfőtörzsorvos (Scholz dr.) vezetése alatt. Főleg német tengerészek és alattvalók számára szolgál. Az orosz-japán háborúban a német császár nagyobb készpénzösszeg kíséretében személyesen ajánlotta fel a kórházat a japán sebesültek számára, de a japán kormány azt, éppen úgy mint más államok hasonló ajánlatait egyáltalán nem vette igénybe: az áldozatkész, hazaszerető, halálra szánt bátorságú kicsiny nép a maga büszke nemzeti önértetében mindent maga és a maga erejéből akart végezni. A „Deutsches Marinelazarett“ ott fekszik az európaiak lakta erdős dombon, a „Bluff“-ön. Éppen úgy, mint — a gyakori földrengések miatt — a japán épületek csaknem kivétel nélkül, fából épült, széles folyosókkal, szellős kórtermekkel, modern felszereléssel, gyönyörű park közepette. Jellegzetesek a mindenfelé kifeszített moszkítóhálók. Japánban nyáron mindenki moszkítóháló alatt alszik, mert szúnyogok milliárdszámra vannak mindenfelé. A malariás megbetegedések aránylag ritkák Japánban, ebben talán ez az általánosán fűzött prophylaxis, vagy pedig a nem malaria-közvetítő moszkítófajok dominálása a mérvadó. Egyáltalán az azelőtt a tropusokban utazók főveszélyét tevő tropusi malaria tömegesebb előfordulása ma, hála a kultiváltabb kikötőkben keresztlüvvit prophylaxisnak, csaknem kizárólag a nem kultivált Nyugat-afrika partjaira és a nyugatindiai szigetekre

¹ Féré: Die Epilepsie.

szorult. Pedig azelőtt a keletázsiajáró hajókon a legénység 40—80%-a betegedett meg és pusztult el benne. Az én hajógyógyszertáramban előírás szerint 1 gm.-os osztott porokban vitt 200 gm. chinin. hydrochloricumból egy adag sem fogyott el.

Japán kórházat is volt alkalmam meglátogatni, még pedig kiotói tartózkodásom alatt az ottani egyetemi klinikai kórházat. Persze fából készült ez is, a hosszú földszintes épülethöz derékszög alatt párhuzamosan ágaznak ki az egyes alosztályokat befogadó melléképületek, úgy hogy az egész, körülbelül 500 beteg számára szolgáló kórház minden egyes helyisége fedett folyosóval van összekötve. A riksa-kuli (a Japánban szokásos emberhúza két-kerekű könnyű kocsit „lova“) egyenesen a kórház nagy előcsarnokában tett le, a portás nagy hajlongások között elősietett és átadott névjegyet a háttérben nagy tárgyalások indultak meg. Az alatt nyugodtan szemlélhettem az elém táruló szokatlan képet: a koromfekete hajú, bizarr frizurájú, mandulaszemű, örökké mosolygó, tarka kimonóba öltözött, fapapucsos japán leányokat, valamint a befeketített fogsorú (mivel már mások tetszésére nem reflektálnak) menyecskeket hátukra kötött gyermekükkel, a bő, selyem hakamába (szoknya és nadrágeombinatio) öltözött diákokat, az európai ruhában járó hivatalnokokat, porosz szabású khaki uniformisba öltözött katonákat stb. Ott nyüzsgöttek az előcsarnokban lévő patika ablakai előtt, várván a női patikusok készítette orvosságaikat. Igen praktikus gondolat a nagy rendelőintézetekben a bejáró szegénybetegek gyógyszereit is ugyanott, házilag elkészíttetni. A betegek kifogástalan minőségű és olcsóbb gyógyszereket kapnának legalább! Egy jó negyedórát kellett várnom, míg a kapus visszakérült, névjegyemmel és egy fehérköpönyeges collegával, a ki azonban mindvégig „biti schön“-nél egyebet mondani nem tudott. Czipőim felé tiszta vászonsarúkat húztak; a japánok minden épület belsejében levetik fapapucsukat és harisnyájukat, a mi a tisztaság nagy előnyére válik. A felvételi helyiségeken át egyenesen a sebészeti osztályra kerültünk. Mindjárt a napi műtéteket mutató tábla „prolapsus ani, Halslymphom, Nabelhernie“ felírásai érdekesen mutatták, hogy a javarészt német források után készülő japán orvosok a nekik egyformán nehéz német és latin műszavakat mennyire össze-vissza keverik. A német eredet nyomait láttam mindenhol. A kórtörténetek nyomtatott rubrika-feliratai, valamint az írott szövegben a terminus technicusok mind németek. A bakteriologiai-histologiai laboratóriumban Lehmann-atlaszok mellett Zeiss-górcsővel dolgoznak. A kórbonecolástani muzeum készítményei (érdekes tumorgyűjtemény) Kayserling-féle folyadékokban fixáltak. A könyvtár, olvasóterem tartalmának főrésze német munka és folyóirat. E mellett az orvosok közül beszélni tulajdonképpen egy se tudott németül, sem angolul, csak a bátrabbak nyögtek ki pár szót, de látható erőlködéssel. Bámulatra méltó tehát a japánok energiája, hogy az e nyelven írt műveket mégis megértik és gyakorlatilag értékesítik. Jellemző a japánok tanulási iparkodására a yokohamai főpostahivatalban történt epizód: Németországba szóló ajánlott levelet adtam fel és erre a felvevő hivatalnok előszedett egy német nyelvtant és csaknem negyedórás nyelvtanulást vett tőlem. A nagy tömegben felgyült bennszűlött publikum pedig türelmesen várt. A tokiói templomokban is diákok és theologusok vezetik körül a külföldieket, pusztán nyelvgyakorlat céljából. Csaknem másfél órába telt, míg áthaladtunk a kórház valamennyi osztályán és meglepődve láttam a belorvostani, gyermek-, szemészeti, szülészeti stb. osztályokon ugyanazon rendszert és berendezést, mint akármelyik európai kórházban. Még a minden osztály bejáratán lévő orvosi szobákban is a fehérsapkás, bájos megjelenésű ápolónőkkel is csak úgy szórakoztak a fiatal collegák, mint ideát.

A japán orvosképzés nem egységes, a mi egyrészt az egész nevelésben uralkodó átmeneti állapotokkal függ össze, másrészt bizonyára megfelel a praktikus igényeknek; a még őskulturában lévő japán faluk lakóinak megfelel a kevésbé tudományosan képzett orvos is, hisz a hosszú, költséges tanulmányokat folytatott orvost kellőképpen megfizetni sem tudnák.

A japán gyermek elvégzi a 4 évig tartó elemi iskolát (gakko), hol erkölcsstan (teljesen felekezeten kívüli alapon), japán írás és nyelvtan, számolás és tornázás az egyedüli tárgyak. Ezután következik egy 2—4 éves magasabb elemi iskola, hol történelmet, kereskedelmet, földmívelést és angol nyelvtant tanítanak, a helyi igények szerint

egyik vagy másik tárgyra nagyobb súlyt fektetve. Az elemi iskola 6 évi látogatása után a tanulók bekerülnek a középiskolába (chugakko), a hol az elemi iskola tárgyain kívül kínai és angol, német vagy francia nyelvtant, földrajzot, matematikát, természetrajzot, fizikát, kémiát, a jogtudomány elemeit és nemzetgazdaságtant tanulnak. E középiskolákat az egyetemmel úgynevezett magasabb középiskolák (koto-gakko) kötik össze hároméves cursusban. Három csoportjuk van, melyek közül a tanuló a jövő studiumának megfelelően választja: az egyiket a jogi-irodalmi, a másodikat a technikai-mezőgazdasági, a harmadikat az orvosi pályára készülő végzik. A súlypont mindegyikben az illető szakban való propaedeutikára és vele karöltve az idegen nyelvek tanulására van helyezve, a mi japán tudományos irodalom és tankönyvek hiányában érthető. Ezen közbeiktatott iskolák nagy előnye, hogy a diák még a középiskolában dönthet jövője felett és a koto-gakko rendszeres elvégzése az egyetemi tanításnak magas nívaut biztosít és idejét valamivel meg is rövidíti.

Az orvosi kiképzés és qualificatio már most a szerint különböz, hogy az előtanulmányoknak mely stadiumában lépnek a hallgatók az orvosi pályára. 1. A koto-gakko érettségijével bírók az egyetemre kerülnek. Ilyen van Tokióban és Kiotóban, továbbá egy egyetem rangjában álló csonka facultás Fukuokában, Kiushu szigeten. Az egyetemeken az egyes szakokat specialisták adják elő, az orvosi tanfolyam 4 évig tart. 2. A chu-gakko érettségijével bírók az úgynevezett orvosi főiskolákra (igaku-semmon-gakko) kerülnek, ilyen van az ország 10 helyén. Ezekben egy tanár többféle szakot ad elő, a tanfolyam ugyancsak 4 évig tart.

Az 1. és 2. categoria szerint kiképzett orvostanhallgatók saját tanáraik előtt vizsgáznak (körülbelül ugyanazon tárgyakból, mint a mi legújabb vizsgarendünk szerint). Az egyetemen graduáltak a nagy városokban telepednek meg vagy vidéken lesznek kórházigazgatóvá és főorvossá. Ők mennek további kiképzésre külföldre és alkotják ama odaadó szorgalmú, komoly típusokat, kiket minden külföldi egyetemen járt orvos ismer.

De lehetnek államilag elismert orvosok is, a kik 3. a számos orvosi magániskola egyikében végezték tanulmányaikat vagy 4. semmiféle orvosi iskolát nem végeztek, hanem elméleti kiképzésüket autodidaktikusan, a gyakorlatit pedig valamely orvos mellett működve sajátították el. A 3. és 4. categoria orvosaitól semmiféle előképzést nem követelnek meg. Csúpan államvizsgát kell tenniük a magán- és katonarvosokból, az egyetemen és orvosi főiskolák rendkívüli tanáraiból és assistenseiből álló bizottság előtt: fizikából, kémiából, bonczolástánból, élettanból, gyógyszerstanból, méregtanból, belorvostanból, sebészetből, szemészetből és szülészettől.

A külföldi orvosok praxisjogosultsága tekintetében is követendő példát állít elénk Japán. Éppen úgy, mint legújában Anglia és Olaszország, itt is kimondották és törvénybe iktatták a reciprocitás elvét: tudniillik a Japánban való praktizálás vizsga nélkül megengedtetik mindazon államok orvosainak, melyek a japán orvosokat hasonló elbánásban részesítik. Angliával már fenn is áll ily irányú conventio. Ez teljesen megfelel az orvosi hivatás magasabb emberi szempontokból való felfogásának. A kulturállamokban az orvosok kiképzése ma mindenütt csaknem egyforma, a mint hogy az orvostudomány alapelvei is azonosak az egész világon. Szabad pályán pedig a concurrentia csak emeli a nívaut.

Persze a tudományosan művelt medicinán kívül, mint minden országban, Japánban is megvannak a kevésbé tudományos, de sokszor a psychés behatás erejével annál hatásosabb eljárások. Érdekes példájukat a tokiói Asakusa Kwannon — a részvét istennőjének — templomában láttam. A templom tágas csarnokában, a hol szelid galambok röpködnek körül, van elhelyezve az összes betegek segítőjének és gyógyítójának, Binzuru istennek ülőszobra. Ez a Buddha-hívők előtt abban a hirben áll, hogy minden betegség ellen segít, ha a beteg megérinti a szobron azt a testrészt, mely neki magának fájdalmakat okoz és az érintés után saját beteg testrészt dörzsöli meg. Persze ilyenképpen a pufókképi, simára borotvált és vérpirosra befestett Binzuru szobra bizonyos testrészeket ragyogó simára van ledörzsölve. Ha elárulom, hogy Binzuru egyúttal a nők tisztelőjének hírében áll — azért nincs szobra a templom szentélyében Kwannon istennő

mellett —, nem lesz nehéz kitalálni, hogy mily régióban. Rég nem mosolyogtam oly jóízűen (persze befelé, különben kidobtak volna), mint mikor jó negyedóraig ott állottam a szobor környékén és a jámbor hívők — jöttek seregestől — dörzsölő fohászkozásait szemlélgettem! A gesztusokból persze sok esetben lehetett diagnózist csinálni. A kuriózum kedvéért — kívánsi voltam, hogy a a nép miképpen reagál rá — én is megérintettem az isten homlokát. Most már a körülállók rajtam nevettek. Persze igazuk volt, mert a fejfájás gyógyításához az isten csodatevésében való hit is kell. Láttam abban a templomban az istentisztelet még érdekesebb nyilvánulását. Az egyik sarokban egy riktó színben megfestett istenkép lóg. A hívők — egy kis pénzázdozat ellenében — előbb feliratják czédulára a pappal kívánságukat, a czédulát szájukba veszik és jól összeharapdálják. Azután letérdelnek az istenkép elé, tapsolnak, hogy az isten figyeljen, és ráköpik a papirgolyót. Ha visszaesik, a kérelem nem talált meghallgatásra, ha rajta tapad, az illető nagy kegyben áll az isten előtt. Egy kis traininggel itt talán még az apagyilkosságért is lehet vezekelni! A templombeli papok árulják Kwannon istennő képét is, óvszerűl mindenféle betegség ellen, továbbá czédulákat, melyek szerencsés szülést biztosítanak, sőt még azt is megjósolják, fiú vagy leány fog-e születni. A templom egészen illő milieuban áll. Előtte terül el Tokio „vursli“-ja és ott látni esodaszülteket, ötlábú kecskét, uszonylábú tengeri nymphákat, akrobatákat, gyorsfényképész stb., néhány helyen pedig esodagyógyszereket árulnak.

Még néhány szót a mindenféle hangnemben leirt Japán „teaházak“-ról. A valóságban kaszányaszerűen szervezett prostitutio honol bennük. A japánok úgy találták, hogy a higiénie és a kényelem követelményeinek legjobban megfelel a külön, kőfállal körülvett és csak egy kapun át hozzáférhető, városrészben való elhelyezés. Benlakóikat legnagyobb részét saját szüleik viszik oda és mikor pár év múlva hazatérnek, a szerzett „hozomány“-nyal könnyen találnak férjet. A japánok erkölcsi felfogása ezen nem talál megütközni valót. Ők ezt a rendszert olyannyira természetesnek találják, hogy például a japán-orosz háború idején az általános mozgósításkor a Yoshiwarák nagy részét is „mozgósították“ és vitték a harcmezőre. Mandzsuriában pedig a megszállott helységekből a katonai vezetés azonnal requirálta a prostituáltakat. Így azután — mivel minden erőszakoskodást szigorúan büntettek — el is kerültek azokat a botrányos orgiákat, a melyeket orosz részen a tisztok — herezegtől lefelé — az ápolónőkkel és bajtársaik feleségeivel véghezvittek. Még azt is nyugodtan bevallják a japán tisztok, hogy a japán katonák mindegyike hordott magánál valami pornograf képet, hogy az, ott, a hol a requirálások sem vezettek eredményre, a gyengén fejlett japán phantasiát kiségitse. Persze ezeket a naiv, természetes felfogásokat az európai kultúrával beáramló más nézetek lassanként megváltoztatják. Még néhány évvel ezelőtt a légforgalmasabb utczákban kiállított kádakban nyugodtan fürödtek együtt férfiak-nők. Ma ez és a ruhátlanul járkálás már rendőri kihágás. Így Mojiban mindkét nembeli szénmunkásaink a hordozásba belemelegedvén, hamarosan minden ruhájukat levetették, de nyakrafőre felkapkodták ismét, mikor a kiállított őrszem jelentette, hogy jön a rendőrség bárkaja. A tokiói Yoshiwarában körülbelül 6000 leány él pompás emeletes palotákban. Az előkelőbbeknek arkádus kapubéjárata alatt látható a bennlakók hatalmas, színes fényképe, a kevésbé előkelőkben pedig a földszinti utcahomlokzaton rácsok mögött azok in personam ősjapán kosztümben ülnek közszemlére. A bejáróknál pedig kikiáltók terelik be az „érdeklődőket“. A Yoshiwara számos utczáiban, különösen ünnepnapokon, reggeltől késő estig nagy néptömeg tolong, fiatalok és öregek, gazdagok és szegények, nők és férfiak vegyesen. Megfigyeltem, hogy mint álltak meg egész családok a rács előtt és beszélgettek bentülő leányaikkal. Valódi népünnepeket ülnek itt, annyira összeforrott ez a milieu a japánok szokásaival. Mindenhol jóleső természetes vidámság uralkodik, excessusok, durva, feltűnő viselkedésnek nyoma sem látható. A rendőrség kitűnő rendet tart. És a mi az orvosi ellenőrzést illeti, ez igen szigorú és rendszeres, sőt a prophylaxisban annyira mennek, hogy az előbb kimonóba bujtatott, megfürösztött látogatónál post æctum a puella manu proprio köteles a desinfiáló oldat alkalmazását elvégezni. Innen van, hogy dacára az élénk sexuális életnek, Japánban a venereás bajok

száma igen alacsony. „Yokohamai emlékek“-hez a hajón nem is volt szerencsém.

Sajnos, a Japánban való tartózkodás három hete nagyon is hamar lefolyt. Augusztus 18.-án még részt vettem yokohamai főconsulunknál a király születésnapja tiszteletére adott és lelkes hangulatban lefolyt diner-n — hét közül négyen voltunk magyarok — és két nappal reá a „Slavonia“ már felszedte horgonyait és megkezdte a visszafelé való utat. Ez elég gyorsan és változatosan, bár minden hivatásbeli emotio nélkül folyt le. Két napig tartózkodtunk az Észak-Chinában, a Sárgatenger partján fekvő virágzó német gyarmatban, Tsingtau (Kiautschou)-ban. Néhány napot töltöttünk Shanghaiban, Hongkongban, Singapurban, azután 1 hetet Ceylon-sziget fővárosában, Colombóban. Itt élveztem végig még egyszer a tropusi világ minden bűbáját és az extasisig fokozódott elragadtatásom, mikor a hegyi vasút felvitt Ceylon régi szinghaléz fővárosába, Kandybe. A vasútvonal környéke a világ legszebb természeti látványai közé tartozik, a Peradenyában lévő botanikai kert körülbelül olyan, milyennek gyermek-álmódásunkban a paradicsomot képzeljük, a Kandy gyönyörű hegyi milieujében őrzött ereklyék: Buddha szent foga és Ádám lányoma pedig egy esodás, mystikus mult maradványaként izgatja a fantáziát.

Az indiai oceánon a délnyugati monsum visszatértünkkor elült már, az októberi légkör a Vöröstenger temperaturáját is megnyihitette. Örömmel üdvözlöttük a fedélzeten megpihenő számos vándormadarat, mint Európa első hirnőkeit. Egy héttel rá már a messinai szoroson haladtunk át, a Sardinia-Corsica közt levő Bonifacio-szorosban a viharos éjszakában éppen hogy megmenekültünk egy hajóösszeütközéstől és másnap, 5 hónapi távollét után legelőször, boldogan tettem le lábamat Európa területén, Marseilleben. Azután újra megkerültük a spanyol félszigetet, 2 napig feküdtünk köd miatt az angol esatornában, Vlissingen előtt és néhány napot töltöttünk Antwerpenben. Végre november közepén, a Hamburg-Amerika Linie főorvosa és a hajótisztikar marasztalása ellenére, Hamburgban elbúcsúztam a „Slavoniá“-tól, mely három oceánon át, három világrészbe és tíz országba vitt el biztos kényelemben.

* * *

Az elmondottakban iparkodtam vázlatát adni egy hajóorvos működési körének és kapcsolatban az ily nagy úton — sociális, hygienikus és orvosi téren — támadó néhány új impressiót érinteni. Mint *átmenetileg* folytatott hivatás a hajóorvosi pálya határozottan sok előnnyel bír: a merőben új viszonyok között összehasonlításra, kritikai gondolkodásra és önállóságra szoktat. Bár a magukat arra hivatottnak érző collegák közül mennél többen tennének néhány ily nagyobb utat! Persze a magyar orvos számára igen korlátoltak a lehetőségek. Nagy akadály már a nyelvek ismeretének hiányossága is; a nemzeti aera ifjúsága feleslegesnek tartja már a német nyelv tudását is, pedig ez még csak előkészítője a nagy világban nélkülözhetetlen angol nyelvismeretnek. A Cunard magyar-amerikai vonal jelenleg az egyetlen, hol kifejezetten magyar orvost alkalmaznak, — bár még ezen, mindenesetre nagy haladást jelentő állás sines kellőképpen szervezve. A külföldi hajóstársulatok túlnyomó része megköveteli az illető állam polgárságát. De a mi illetékes tényezőink komoly nekilátása esetén sok minden történhetnék, a mi az országnak, az orvosi karnak is nagy előnyére válnék. A középeurópa—adriai tengeri vasúti összeköttetés éppen mostanában történt megjavulásából Fiume és a mi Adria tengerhajózási társulatunk is kivehetné hasznát, az osztrákokkal való előnytelen egyezkedést megszüntetve, önálló fiume—keletázsiai, dél-afrikai és délamerikai személy- és teherjáratokat rendezhetne be magyar hajóorvosokkal. Szükséges volna a newyorki vonalat is mielőbb tiszta magyarrá átalakítani. Földközi tengeri kájutazások, adria—földközi tengeri sanatoriumhajók létesülhetnének a mi orvosaink közreműködésével. A közel jövőben amúgy is fenyeget az orvosokban való túlproductio, a mikor a törekvőbb fiatalok egy része sem az egyetemi carrieren, sem a praxisban kellő elhelyezést nem talál. A problematikus hasznú hivatalos tanulmányutak mellett így önálló egyének hoznának be friss eszméket és orvosfeleslegünk is könnyebben elhelyezkedhetnék magyar kivándorlottaink mellett.

A forgalom korszakát éljük, Széchenyi mondása ma helyénvalóbb, mint valaha!

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. Hochenegg: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. Urban és Schwarzenberg, 1909. II. kötet, 2. rész.

A most megjelent munka a II. kötet befejező része és mint ilyen a végtagok sebészetét tárgyalja. Megírásakor *Hochenegg*-et és munkatársait ugyanazon elvek vezérelték, mint az előző két kötetben: a régi *Albert*-féle tankönyv nyomán tárgyalták a végtagok sebészetének különböző fejezeteit. Mivel azonban az utolsó évek haladását mind tekintetbe kellett venniük, egész új munka jött létre, mely *Albert* klasszikus művére már semmiben sem emlékeztet.

A különböző fejezetek megírásában *Hochenegg*-nek *K. Ewald*, *F. v. Friedländer*, *A. Lorenz*, *R. v. Aberle* és *M. Reiner* segédkezett.

A szerzők mind az egykori nagy mester szellemében törekedtek feladatuk megoldására; valóban kiforrott nézetek és általánosan bevált műfogások ismertetésére szorítottak, a bizonytalan és vitás kérdések taglalásától pedig elállottak. Valamennyi szerzőnek nyelvezete világos és könnyed; a szöveget 268 rajz és 46 x-sugaras kép sikerült autotípiája teszi szemléltetővé.

Jelen kötettel teljes *Hochenegg* tankönyve; az auspiciumok után ítélve úgy a gyakorló orvosnak, mint az orvostanhallgatónak éppen olyan kiváló vezérfonalul fog szolgálni a sebészet terén, mint annak idején *Albert* nagymesternek a munkája. *Gergő.*

Lapszemle.

Általános körtan.

A rákos beteg savójában a rák irányában anaphylaxiás test jelenlétét igazoló kísérleteket közölnek *H. Pfeiffer* és *J. Finsterer* (Grác). Dolgozatuk elején az anaphylaxiára vonatkozó általános ismereteket hozzák. Ha tengerimalacz hasüregébe minimális mennyiségű fajidegen fehérjét fecskendezünk, az állat túlérzékenynyé, anaphylaxiássá lesz ezen fehérje iránt, vagyis ha 14 nap múlva újra befecskendezzük ezt a fehérjét, az állat intenzív hőmérsékletesökkenést (anaphylaxiás shoekot) fog mutatni. A hőmérsékletesökkenés beállta az anaphylaxia jelenlétét, kimaradása annak hiányát bizonyítja, s mint ilyen felhasználható minimális mennyiségű fehérje fajának megállapítására. Ha a fehérjével előre kezelt (active anaphylaxiás) tengerimalacz vérsavóját egy másik tengerimalacz hasüregébe viszzük, s ezen állatba 48 óra múlva ugyanazt a fehérjét fecskendezzük, úgy az az állat szintén hőmérsékletesökkenést fog mutatni. Vagyis az anaphylaxiát létesítő anyagok más állatra átvihetők (passiv anaphylaxia).

A szerzők a passiv anaphylaxia jelenségére támaszkodva, a következő kísérleteket végezték: a kísérleti tengerimalaczok egy részét emlőrákos beteg vérsavójával, másik részét egészséges emberek vérsavójával kezelték, illetve kezelés nélkül hagyták. 48 óra múlva a kísérleti állatokba az időközben megoperált daganat kipréselt nedvét fecskendezték. Az előre kezelt állatok hőcsökkenést mutattak, a kontrollállatok nem. A kísérletek másik csoportjában tetszésszerűen szerv rákjában szenvedő betegek savójával kezelték az állatokat. Ezek az állatok az emlőrák kipréselt nedvének befecskendezése után szintén mutattak hőcsökkenést.

A rákos beteg vérsavója tehát abban különbözik a normális ember vérsavójától, hogy úgy a saját rákja, mint általában rákos szövettel szemben anaphylaxiás antitestet tartalmaz. Ez az anaphylaxiás test tengerimalaczba fecskendezve, benne passiv anaphylaxiát teremt, melyet a daganat kipréselt nedvének a kezelés után 48 órával végzett befecskendezésére mutató hőcsökkenéssel kimutathatunk.

A szerzők véleménye szerint ezek a kísérleti tények befolyással lehetnek a rossztermészetű daganatok kórszarmazásáról való felfogásunk tisztázására. A következő lehetőségekkel állunk szemben: 1. A rákos szövet oly fehérjéből áll, mely faji jellegét elvesztette, s mint a szervezetre nézve fajidegen fehérje, anaphylaxiás antitest képződésére vezet. 2. Lehetséges az is, hogy a rákos szövetet alkotó fehérje faji jellegét megtartja, azonban a rákban élősdű burjánzik, melynek idegen fehérjéje a keringésbe

jutván, váltja ki az anaphylaxiát. Ha már most sikerülne az első lehetőséget kizárnunk (ellene bizonyító kísérletek már vannak), akkor azon tényvel, hogy a rákos beteg daganatával szemben anaphylaxiát szerez, bebizonyítást nyerne a rák élősdű természete. Az anaphylaxiával a daganatok jó vagy rossz természetét is egyszerűen magyarázhatjuk. Ha ugyanis bebizonyulna az, hogy csak a rossztermészetű daganat teremt anaphylaxiát, a jótermészetű nem, akkor azt mondhatjuk, hogy a rossztermészetűnek nevezett daganat azért nő korlátlanul és azért okoz metastasisokat, mert a termelte anaphylaxiás antitestek az összes szöveteket iránta túlérzékenynyé tették, míg a jótermészetű daganat helyi marad, mert ilyen anyagokat nem termelt. Ezen felfedések és következtetések helyes volta esetében az orvoslásnak nem volna egyéb ezéje, mint az anaphylaxia megszüntetése.

Ezeket kivül azonban sokkal közelebbfekvő gyakorlati értékű következményeket is vonna maga után ez a felfedezés, ha még bebizonyulna, 1. az, hogy az anaphylaxiás antitest már a ráknak korai stadiumában akkora mennyiségben van a beteg vérsavójában, hogy a tengerimalacz passiv anaphylaxiája útján kimutatható; 2. az, hogy az anaphylaxiás állapot csak a rossztermészetű daganatban szenvedő vérsavójában van jelen, s a daganat gyökeres kiirtása után megszűnik, vagy legalább is csökken. Ezek a következmények: a) Valamely daganatos betegben az anaphylaxiás állapot kimutatása egyenlő a rossztermészetű daganat körjelzésével. b) Ez a körjelzés javálja a műtétet. c) Ha műtét után az anaphylaxiás állapot állandóan megszűnnék, megvolna a gyökeres gyógyulás kísérleti bizonyítéka. Másrészt az anaphylaxia újra jelentkezése javallat volna újabb beavatkozásra. (Wiener klinische Wochenschrift, 1909. 28. szám.)

Belorvostan.

Az amylnitrit befolyását az ép és a kóros vérőrendszerre vizsgálta *Rzentkouski*. Azt találta, hogy amylnitrit hatására ép verőerekkel bíró emberekben a verőeres nyomás csak kissé csökken, míg sclerosisos erezetű emberekben ez a csökkenés tetemes. Oly módon magyarázza ezt, hogy a bél verőerei egészséges emberben compensatorius összehúzódásukkal kiegyenlítik a vérnyomás csökkenését, arteriosclerosis esetén azonban nincsen meg a bél verőereinek összehúzódásképessége. Az amylnitrit tehát, kellő módon használva, kitűnő szer a verőeres rendszer működésképeségének megállapítására. (Zeitschrift für klin. Med., 68. k., 1. és 2. füzet.)

A vérnyomásfokozódást a vesegyulladásban következőképpen magyarázza *Marcuse*: a vesegyulladás miatt akadályozott a vér áramlása mindkét vesében; ennek következtében a mellékveséknek compensatorius hyperaemiája támad a veseverőérből kiinduló arteria suprarenalis inferior útján; a mellékveséknek ezen hyperaemiája hypertrophiájukra vezet, ennek folytán fokozott lesz a működésük, több adrenalint termelnek, a mi általános vérnyomásfokozódást és így a balszív túltengését vonja maga után. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 29. szám.)

Pneumoniában a szív működést vizsgálta *Solowsoff* a Katzenstein-féle módszerrel. Azt találta, hogy pneumonia minden esetében hosszabb időre gyengült a szív működése, a nélkül, hogy ennek más objectív jele volna kimutatható. A szívgyengeség legkifejezettebb 2—3 nappal a krízis után. A coffein és a strophanthus csak addig hat, a meddig adjuk; a digitalisnak 5—6 napig használata ellenben tartósan fokozza a szív működést. (Zeitschrift für klin. Med., 68. k., 1. és 2. f.)

Sebészet.

Az idült empyemák operatív kezeléséről ír *E. Goldmann* (Freiburg i. B.). Az idült empyemáknak ideális gyógyulása annál gyorsabban következik be: 1. minél kiterjedtebben irtjuk ki a mellkas falát és a callosus pleura costalis; 2. minél jobban tágtjuk a decortikált tüdőt és 3. minél gyorsabban gyógyul oda a tágtult tüdő a fedő lágyrészekhez. Ezen szempontok figyelembevételével *Goldmann* a következő műtétet ajánlja: *Schede*-féle thorax-resectióval a genyedő üreget oly kiterjedésben, a mint csak lehetséges, szabaddá tesszük; a tüdőt decortikáljuk, előhúzzuk a bőr-

seb niveaujába és ott varratokkal fixáljuk; végül az előhúzott tüdőt kiterjedt bőrplastikával fedjük. *Goldmann*-nak alkalma volt meggyőződni arról, hogy ezen eljárás mellett az empyema üregét a tágult tüdő teljesen és állandóan kitölti. (Centralbl. für Chirurgie, 1909. 22. szám.) *Gergő.*

Az appendektomia után megmaradó vakbél-táji fáj-dalmaknak oka *Bertelsmann* (Kassel) szerint igen sokféle lehet. Vagy maga a vakbél lehet a fájdalom oka, és ekkor igazi typhlitis állunk szemben. Néha appendix-műtétkor nagyobb nyirokesomókat találunk az appendix közelében, sőt B. utólag is kénytelen volt ily megnagyobbodott (nem gümös) nyirokesomókat eltávolítani. A fájdalomnak további oka a szalagos összenövés, melyek a belet vongálják. Nőkben a jobb tuba is megbetegedhetik secundaer módon appendicitis után. A *Wilms* ismertette typhlon mobile is tekintetbe jöhet differential-diagnostikai szempontból. Végül vannak olyan esetek is, midőn az appendix lekötésére használt selyemfonál okoz postoperatív hőemelkedést, esetleg fájdalomokat is, külső elváltozás minden jele nélkül. Ezen esetek könnyű perityphlitis roham módjára zajlanak le. Az appendix lekötéséből eredő súlyosabb complicatiókat azáltal kerüljük el, hogy a lekötött appendix csomóját serosavarratokkal alaposan a bél lumene felé gyűrjük. (Centralblatt für Chirurgie, 1909. 23. sz.) *Gergő.*

Az emlőrák operatív gyógyításának tartós eredménye *Rodman Denis* szerint mind gyakoribb és most már 77⁰/₀-ot tesz. Kedvezőtlen a kilátás „cancer en cuirasse“ eseteiben, úgyszintén ha a bordák is már megbetegedtek; ezzel szemben feltűnően kedvező az atypusos daganatok prognosisa. A mi a Röntgen-terápiát illeti, a szerző nem hiszi, hogy tartós gyógyulást lehet vele elérni; a radium hasznát is nagyon kérdésesnek tartja, a serumkezelést meg teljesen hatástalannak mondja. A rosszter-mészetű daganatok az emlőnek külső-felső negyedében szoktak előfordulni, a jóindulatúak a belső-alsóban. Műtétkor a szerző szerint mindig a hónalj felől kell kiindulni; ilyenkor ugyanis tüstént meg-láthatjuk, hogy folytassuk-e a műtétet, vagy mint teljesen remény-telent, abbahagyjuk; ha a lelet a műtét folytathatása mellett szól: már a műtét kezdetén lekötethetjük a nagy ereket s ezzel meg-akadályozhatjuk a rákos szövetnek tovahúzóását. (Journ. of the Amer. med. assoc., 1909. 21. szám.)

A cardiospasmus gyógyításáról ír *Makkas dr.*, a bonni sebkegő. A szóban levő baj ellen eddig használt eljárások közül csak a Mikulicz-féle (a gyomor szabaddá tévése, megnyitása s a cardiának erőszakos tágitása fogóval) adott jó eredményt. Minthogy azonban ez nagy beavatkozás, megkísérelték a vértelen beavatkozást is a szájon át. *Rosenheim*, *Strauss* és *Wilms* kísérletezett ebben az irányban, nem valami nagy eredménnyel, a mennyiben a tágitásra használt, vízzel fokozatosan megtöltött gummi-ballon azon helyeken tágult, a hol nem volt ellentállás, tehát nem a szűkület helyére gyakorolt tágitó befolyást. Nagy haladás volt *Gottstein* készüléke, a mennyiben a ballonjának közepe a cardiában marad és egyenletesen tágul. Ezt a készüléket használta *Makkas* is két esetben, 2—3 naponként alkalmazva, s már 1—2 hónap alatt olyan eredményt ért, a mely a gyógyulással határos. Hogy ez az eredmény tartós is lesz, azt a *Gottstein* régebbi esetei alapján reméli. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 30. szám.)

Venereás bántalmak.

Framboesia tropica esetében végzett parasitológiai és kísérletes vizsgálatairól számol be *H. Löhe* (Berlin). A spirochaeta pallidának felfedezése után csakhamar szükségessé vált, hogy a framboesia tropicának is megállapítsák a parasitáját, mert számos szerző ezt a bajt azonosította a syphillissel. A framboesia parasitáját *Castellani*-nak sikerült is kimutatnia, még pedig úgy zárt, mint kifeléyesedett papulákban. Ez is spirochaetának bizonyult, mely sokban nagyon hasonlít a syphillissnek parasitájához, bár úgy látszik, valamivel vastagabb. A neve spirochaeta pertenuis. A különbség a két spirochaeta-faj között igen csekély s így a régi vita, hogy azonos-e a syphillis a framboesiával, egyszerű parasitológiai úton nem volt teljes biztonsággal eldönthető. Ismeretes, hogy

Hutchinson is már régóta hirdette, hogy a framboesia az őse a syphillissnek. Ez a felvétel azonban megdőltnek látszott, a mikor *Charlouis*-nak sikerült egy framboesiában szenvedő benszülöttet syphillissel fertőzni. Ezt az észleletet megerősítette *Neisser*-nek, *Bärmann*-nak és *Halberstädter*-nek majmon végzett számos kísérlete. A kísérletekből kiderült, hogy 1. a framboesia majmokra átoltható; 2. a majmok framboesiája más majomra tovább olt-ható; 3. a framboesiaméreg a szervezetben generalizálódik; 4. a lueses majmok a framboesiával oltathatók. *Halberstädter* Jávában még a következő tapasztalatokkal bővítette az ismereteket: 1. A framboesiának primaer laesiója eltér a luesétől; 2. alsórendű majmokon a framboesia több lokális recidivát létesít, mint a lues; 3. az állatok, miután már kifejlődött rajtuk a framboesiának primaer affectiója, még mindig fertőzhető luesel és fordítva. Mindezeket az adatokat azonban *Levaditi* és *Nattan-Larrier* meg-támadta, azt állítva, hogy a framboesia tropica nem más, mint a syphillissnek gyöngébb válfaja. A szerző egy kelet-afrikai törzsből származó 20 éves négeren észlelte a framboesiát. Ezt az esetet felhasználta, hogy a kérdésre feleletet keressen. A framboesiás betegnek papuláiból 6 majmot és 3 házinyulát oltott. Az intraocularisan oltott nyulak azonban csak genyedet kaptak. A genyben bőséges streptococcus volt, de sehol az oltás helyén spirochaeta nem volt kimutatható. A szerző valószínűnek tartja, hogy az oltás sikertelensége a sok streptococcusban leli magyaráza-tát, a melyek a spirochaeták szaporodását meggátolták. A majmokra (selyemmajom-faj) a framboesiát sikerült átoltani. Kiderült az is, hogy a framboesiás majmok a syphillis iránt fogékonyak. Nem sikerült azonban külső okokból a szerzőnek kimutatnia, hogy a syphillissel oltott majmok a framboesiával fertőzhető-e. Szintúgy nem sikerült a framboesiának a vírusát továbboltásokkal a labora-toriumban fenntartani. Végül *Löhe* magáéva teszi *Neisser*-nek követ-kező állítását: „Meggyőződésem, hogy a syphillis és a framboesia kóroktanilag teljesen különböző két betegség. Mindkettő egyazon állatban előfordulhat“. (Dermatologische Zeitschrift, 1909. XVI. köt., 4. füzet.) *Guszman.*

A syphillis történetéről tartott előadást *A. Kronfeld*, a ki vizsgálataiban archeológiai adatokra is támaszkodott. A szerző első-ben is kijelenti, hogy egy görög vázán talált orvosi lelet indította arra, hogy a syphillis történetének kérdésével foglalkozzék. Történeti szempontból a vita ugyanis a körül forog, hogy ismeretes volt-e már a syphillis az antik Európában is, avagy csak akkor tudtak róla, mikor Kolumbusz csapatai 1493-ban Európába visszatérve, a bajt nagyobb mértékben terjesztették. Ismeretes, hogy *Puschmann* is tagadta azt a teoriát, hogy a syphillist Európába Kolumbusz emberei hozták. Ezen teoria ellen az is szól, hogy a syphillis 1493-ban villámgyorsan terjedt el Európában, holott a syphillis nem az a betegség, mely oly gyorsan terjed, mint a cholera vagy az influenza. A szerző *Hippokratés*-re és *Martialis*-ra hivatkozik, a kiknek írásaiból helyenként a syphillissre lehet következtetni. Kénesős gyógyszereket már az ókorban használtak bizonyos bőrbajok ellenében. Nyilvánvaló, hogy Amerikában Kolumbusz előtt is megfordultak európaiak és ázsiaiak s így feltűnő volna, hogy azok nem vitték haza a bajt. A syphillissnek amerikai eredetét a leglelkesebben *Notthaft* hirdeti. E szerző a bibliának, valamint a görög és római irodalomnak valamennyi részét és citatumát el-veti, a melyekből az ókori syphillis kiolvasható volna. Véleménye szerint a vázákön és egyébütt ábrázolt betegségekből sem lehet a syphillist leolvasni, mert a régiek csak a beteg szervet tudták ábrázolni, nem pedig a szervnek a betegségét. *Kronfeld* ellenkező véleményen van. Egyik osztrák múzeumban (Museum f. Kunst u. Industrie) akadt egy Kr. e. 7. vagy 8. századbéli görög vázára, a melyen négyertypusú nő látható, a kinek karjain és lábain serpigino-sus fekélyesedést vél látni. E nő, a ki „igazságtalansággal“ van jelezve, megtámadja és megöli egy görögtypusú, ép testű nő, a ki „igazságossággal“ van elnevezve. Az előadó azt hiszi, hogy a rajzolatok, külső jellegű folyamat csak syphillis vagy lepra lehet. Kizártnak tartja, hogy az ábrázolás valamilyen taetoválást akarna reprodukálni. Felemlíti, hogy Darmstadtban van egy antik bronz-kezeccske, a melyen ilyenfajta fekélyesedés szintén látható. Mindezek-ből kiviláglik, hogy *Kronfeld*, szemben a mai általános nézettel, mely a syphillist kolumbuszi eredetűnek tartja, azt hiszi, hogy a

lues már az antik Európában is létezett. Bizonyítanak ezt orvosi, költői és történeti idézetek, régi etruszk leletek és az „igazságtalanság“ testén levő fekélyek. (K. K. Gesellschaft der Aerzte, Wien. Münchener mediz. Wochenschrift, 1909. 27. szám.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A rhodannatrium therapiás alkalmazásáról ír *Dalmady*, a ki néhány év előtt ismertette a, nevezett szernek a tabes betegek lancináló fájdalmi ellen való alkalmazására vonatkozó kísérleteit, melyeknek alapja a lancináló fájdalmak eredésének vasomotorius elmélete és Pal azon felfedezése volt, hogy a rhodannatrium a vasomotorius rendellenességeket meg tudja gátolni. Mint-hogy sok szerző kimutatta már, hogy a rhodannatrium még huzamos használata esetén sem gyakorol káros befolyást a szervezetre, a szerző több oly esetben használta ezt a szert, melyben spasmos vasomotorius zavarok ellen kellett küzdenie, így a lancináló fájdalomokon kívül hemierania, dysbasia intermittens angiosclerotica, sympathicus-neurosis eseteiben. Eredményei nagyon jók voltak. Kellemetlen mellékhatást, felbőgést, acnét nem látott; rhodannáthát pedig csak egy esetben észlelt, a mikor asthma bronchiale ellen próbálta adni a szert. A rhodannatrium rendelismódja a következő: Rp. Natrii rhodanati (Merek) 2·5; Aquae destill. 140·0; Syr. simpl. 10·0. M. D. S. Naponként 3—5 evőkanálnyit. Az oldat csaknem iztelen, úgy hogy izjavítóra alig szorulunk. (Budapesti Orvosi Ujság, 1909. 30. szám.)

Az Esbach-féle fehérjepróba módosítása. Az Esbach-eljárással a vizelet fehérjéjének mennyisége megközelítő pontossággal nagyon könnyen meghatározható. Hátránya azonban az eljárásnak, hogy az eredmény csak 24 óra elteltével tudható meg. Ezen a hiányon iparkodik segíteni *Kwilecki*. Eljárása a következő: a kémlőesövet az U jelű megöltjük vizelettel, a melynek savanyú vegyhatásának kell lennie, 10 csepp 10⁰/₀-os vaschlorldoldatot adunk hozzá, kissé elegyítjük, majd az Esbach-reagenst töltjük hozzá az R jelű. A kémlőesövet most jól bedugaszolva, tartalmát nem nagyon erősen összerázzuk. E közben vizet melegítünk körülbelül 72⁰ C-ra s ebbe teszük a kémlőesövet úgy, hogy az utóbbi tartalmának felszínénél körülbelül 1 cm.-rel magasabban álljon a meleg víz felszíne. A fehérje leülepedése ilyenkor rendkívül gyorsan megy végbe, úgy hogy az eredmény 2—6 perc múlva már leolvasható. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1909. 26. szám.)

Meningitis cerebrospinalis epidemica három esetben következő módon járt el *Chambelland*: forró fürdőket adott, 2—3 naponként lumbalpunkciót végzett és minden lumbalpunkció alkalmával 5—10 cm³ elektrargolt fecskendezett be a gerincvelő üregébe; e mellett eleinte intravenásan, a tünetek enyhülésekor pedig subcutan is adott naponként 20 cm³ elektrargolt. Mind a három beteg meggyógyult. (Ref. Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 23. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 33. szám. *Fischer Jakab*: Törvényszéki orvosi vélemények kétes elmeállapotoknál. *Schächter Miksa*: Újabb sebtapasokról.

Orvosok lapja, 1909. 34. szám. *Szana Sándor*: A züllött gyermekek socialhygiénéjének magyar rendszere.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 33. szám. *Goldzieher Miksa* és *Róth Arnold*: A Wassermann-féle reactio diagnostikai értékéről. *Kalmár Armin*: Emphysema subcutaneum. „Szemészeti lapok“ melléklet, 2. szám. *Goldzieher Vilmos*: A trachoma pathológiája. *Schütz Aladár* és *Vidék Rikárd*: Újabb adatok a phlyktaenás szembajok aetiológiájának végleges tisztázásához. *Rados Endre*: A cornea mésszszel való égetéseiről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Abt Jenő* dr. tordai orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Lutzer Simon* dr.-t Miskolcra pályatorvossá, *Berend László* dr.-t a homonnai közpórházhoz alorvossá nevezték ki.

A tisztiorvosi vizsgák Budapesten október hó 4.-én, az előkészítő cursusok pedig szeptember hó 6.-án kezdődnek.

XVI. Nemzetközi Orvosi Congressus. A XVI. nemzetközi orvosi congressus ismerkedési estélye augusztus hó 28.-án este 8 órakor a

Múcsarnokban lesz. Azon orvosok, kik még nem iratkoztak volt be, itt is megválthatják tagsági jegyüket s megkaphatják a szelvénykönyvet, melynek egyik szelvénye egyszersmind az ismerkedési estélyre belépő-jegyül is szolgál. Tanácsos azonban mindezen formalitásokat a központi irodában (Múzeum-körút 6—8. sz.) elvégezni, hol a napi lap 1. száma már 28. án kapható, mely az összes tudnivalókat tartalmazza. Egyébként a congressus alkalmából számos fogadtatás lesz. Ezen összejövetelek nem annyira mulatságul, mint inkább első sorban a személyes érintkezés fesztelen megbeszélésére, hanem a társadalmi és nemzeti ellentétek enyhítésére nagy szükség van. 28.-án este a Múcsarnokban ismerkedési estély lesz, melyet a congressus végrehajtó bizottsága rendez, vasárnap a congressus elnökének: Müller Kálmán-nak fogadó estélye a Park Clubban, hétfőn este a fővárosé a Vigadóban, kedden a hölgyek estélye a Mezőgazdasági Múzeum termeiben, szerdán fogadtatás az udvarnál, csütörtökön a szakosztályi elnökök estélyei, pénteken a kormány nevében Apponyi Albert gróf vallás- és közoktatásügyi miniszter a Park Clubban ad estélyt. Ezenkívül többen magánestélyeket is rendeznek.

„Elme- és idegkörtán“ mellékletünk 2—3. számában a 146. lapon felülről a 18., 31. és 38. sorban *myotonia* helyett *myatonia* olvasandó.

Meghalt. *Szöke István* dr. Budapesten, 41 éves korában. — *O. Bollinger* dr., a kórboncolóstan ny. r. tanára a müncheni egyetemen, augusztus 13.-án, 66 éves korában. Az elhunyt a müncheni egyetemen való működése előtt a zürichi és müncheni állatorvosi tanintézetnek volt tanára. Ebből érthető, hogy irodalmi működése úgy az emberi, mint az állati pathológiára vonatkozik. Legismertebbek a gümőkór keletkezését, elterjedését és gyógyíthatóságát illető vizsgálatai. — *A. Fraser* dr., az anatomia tanára a dublini Royal College of Surgeons-on, július 25.-én, 56 éves korában. — *W. A. Foxwell* dr., a birminghami egyetemen a belorvostan tanára, augusztus 4.-én, 56 éves korában. — *Bondet* dr., valaha a belorvostan tanára Lyonban, 78 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *O. Grosser* bécsi rendkívüli tanárt a prágai német egyetemen a boncolóstan rendes tanárává nevezték ki. — A nemrég elhunyt Cunningham tanár utódjává az edinburghi egyetem anatómiai tanszékén *A. Robinson* dr.-t, a birminghami egyetem anatómia-tanárát nevezték ki. — A new-yorki College of Physicians and Surgeons-on az élettani tanszékét *R. Burton-Opitz* dr.-ral töltötték be. — A strassburgi egyetemen *E. Meyer* müncheni magántanárt rendkívüli tanárrá és a belorvostani poliklinika vezetőjévé nevezték ki.

Dr. Jakab-féle LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium. **Megnyílik 1909 augusztus havában.**

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szivbajok, bronchialis asthma (villamos fenyfűrdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgömbülések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

PÖSTYÉN Weisz Ede dr. intézete. Zander, Röntgen stb. Kényelmes szobák.

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet Fördőidény szept. 30.-ig **posta VISEGRÁD (Pest m.)**

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és hideg-, só-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízaló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensió — fürdőhasználatlalt és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától fejlebb. Kiváratra prospektus.

Orvosi laboratorium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanárségéd. Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26—96.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javalatok: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúz stb. Prospectus. Vezető orvos: REH BELA dr.

Marienbad Dr. MENYHÉRT JENŐ rendel. Stephanstrasse Haus „Goldener Falke“

Marienbad Dr. MAUKSCH MÓR gyakorló fürdőorvos. RENDEL: HAUS „MERCUR“

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvételnék férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. A német nőorvosok egyesületének XIII. congressusa. (Strassburg, 1909 június 2—5.) 603. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (II. ülés 1909 február 25-én.) 604. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909. május 8-án tartott VIII. szakülés.) 605. l. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléséből. 605. l.

A német nőorvosok egyesületének XIII. congressusa.

(Strassburg, 1909 június 2—5.)

Ismerteti: **Pfeifer Gyula** dr., a „Teleia” rendelőintézet nőorvosa.

(Vége.)

Fetzer (Tübingen): *Kísérleti kutatások a terhesség anyagszeréje terén.* Ferratin-táplálás után a született állatok szervezetének nagyobb a vastartalma, míg vasszegény táplálásnál az anyaállat a tartalékvastat mozgósítja és a fiatal állat élve, de kevesebb vastartalommal jön a világra. A következő terhesség azonban abortussal végződik. Ferratin-kezelés után azonban még egy pár terhesség élő kölykek világrahozatásával végződött.

Lichtenstein (Lipscse): *Újabb álláspont a terhességi albuminuria aetiologiájában.* Thoraxcompressio után ennek egész tartama alatt fehérjevizelés áll fenn, a csökkent vérnyomás következtében. Ugyanilyen értelemben keletkezik a lordosisnál is a fehérjevizelés. A terhességnek utolsó hónapjaiban is lordosis áll fenn és a méh is kisebbiti a thoraxot és ez a mechanikai ok szerepel az albuminuriában. Súlyos fehérjevizelés eseteiben ágyéki kyphosisos fektetése a gyermekágyasnak használ.

Art (Olten): *Új irány a medenczevizsgálatokban.* Három sphaerikus alapot állapít meg a normális medence fejlődésében.

Ziegenspeck (München): *A fogó technikája.* A fogócsúcs ék-alakja annak lecsúszását okozhatja. Azért mindkét kanalat parabolaszerűvé hajlították és a csőcsúcsok többé nem csúsztak le.

* * *

Kneise (Halle): *Az extraperitoneális császármetszés.* Veit és Fromme transperitoneálisan operálnak, mégis extraperitoneálisnak mondják eljárásukat. A lepraeparált peritoneum nekrotizál és a subperitoneális kötőszövet könnyen inficiálódik. A peritoneum sokkal kevesebbet bír el, mint a kötőszövet. Vezérgondolat a suprasymphysaer császármetszésnél az legyen, hogy extraperitoneálisan dolgozzunk és drainezzünk.

Vita:

Martin E. (Berlin) nem tapasztalta, hogy a peritoneum kevésbé resistens, mint a kötőszövet. Három esetet vesztek el négy közül. Nem a streptococcusok, hanem az anaerobok veszélyeztetik az asszonyt. Óvakodjunk gyanus esetekben az extraperitoneális úttól, mert a perivesicális kötőszövet kényesebb, mint a peritoneum.

Frank (Köln) Latzko módosítását, az oldalsó hólyagfal irányában való metszést tartja jónak. Ott kell bemetszeni, a hol kinálkodik. Ha bal oldalon van a fej, bal oldalon messük be a méhet. A lig. vesicale laterale irányában dolgozva, a hólyagot nem lehet megsérteni. Nagy fej esetében sokszor nehéz a szülés lefolyása.

Pfannenstiel (Kiel): A peritoneum nem tűri jobban az infectiót, mint a kötőszövet; az előbbinek infectiója gyorsabban halálos. A transperitoneális út hiva, az eredeti extraperitoneális mód a historiáé.

Krönig (Freiburg) igazat ad Martin-nak; kétségtelen, hogy jobb a transperitoneális út.

Herzfeld (Bécs): Ha a szülés előrehaladt, a praepitoneális út jobban ki van fejlődve és Latzko módszere ekkor könnyű. Ő praepitoneális methodusnak nevezné. Ha az asepsis kivihető, a klasszikus császármetszés a legjobb. Az ellenyílás fontos a drainezésnél.

Latzko (Bécs): Ha Herzfeld praepitoneálisnak nevezi az ő módszerét, akkor, mivel Sellheim „extraperitoneálisan” operál, nem nevezhető e módszer ugyancsak praepitoneálisnak. A drainage sebészeti irányelvek szerint végzendő.

A kik a peritoneumot ellentállóbbnak tartják, mint a kötőszövetet (Pfannenstiel, Krönig), azok, miként Sellheim is, csak tiszta esetekben alkalmazhatják az extraperitoneális utat.

Franqué: Nem bizonyos, hogy a peritoneum jobban tűri az infectiót, mint a kötőszövet. Az extraperitoneális császármetszés nehéz módszer, sokszor a legnagyobb elővigyázat mellett is megnyitják a peritoneumot.

* * *

Pankow (Freiburg): *A szülés befolyását a levatorra* 180 esetben tette vizsgálata tárgyává. Gyakran leszakad azon oldalon, a melyen az előreforgó koponyát ellensúlyoznia kell. Műszerekkel ez a szakadás erősebb lehet, különösen Scanzoni-műtét, magas fogó és hebstotomia esetén.

Vita:

Krönig (Freiburg): A lágyrészek kiterjedt sérülése miatt először szüljön a cervicális császármetszést előnyösebbnek tartja.

Herff (Basel): A magas fogó veszélye nem olyan nagy, az ő tapasztalata szerint a mortalitás 0%.

Büttner (Rostock): Az episiotomia fontos a levator leszakadásának meggátlása céljából.

Menge (Heidelberg) ezen nézetet osztja. 25 hebstotomiát csinált, 25 egészséges anya és 25 egészséges gyermek spontan születése az eredmény. Azért, mert Herff 0 mortalitást mutat fel, nem lehet veszélytelennek mondani a magas fogót.

Krönig (Freiburg): Nem helyes, ha 4% sectio-mortalitásról beszélnek, mert ebben az inficiált esetek is szerepelnek, a mi nem a sectio rovására irandó. Tiszta esetekben a mortalitás 0.

Herff (Basel): Félreértették, mert a 0%-os mortalitás nem a baseli magas fogók eredménye, hanem különböző klinikák 400 esetében talált százalék.

Kroemer (Berlin) azt hiszi, hogy idejében végzett episiotomiával a későbbi prolapsust meg lehet előzni.

* * *

Hammerschlag (Königsberg): *A placenta praevia kezelése.* Klinikai tapasztalata és gyakorlóorvosokkal tartott enqueteje alapján következő eredményre jött:

1. A gyakorlóorvosok eseteinek száma nagyobb mint a klinikáé, ezért a gyakorlatban alkalmazható módszerre van szükség.

2. Placenta praevianál rendszeren olyan későn fordulnak orvosi segélyért, hogy a klinikára szállítás sectio caesarea kivitele céljából rendszeren lehetetlen.

3. Nem valószínű, hogy a systematice végzett sectio caesarea eredményei az eddigi módszereknél jobb eredményt adnak az anyára nézve.

A sectio caesarea tehát, mint a placenta praevia kezelésmódja, elvetendő.

A konservatív módszert illetőleg:

1. *A tamponade elvetendő* az infectio veszélye miatt, előnyei ezt nem kompenzálják.

2. *A kombinált fordítás* az anyára nézve biztos eljárás, a magzatra nézve rossz eredményt nyújt, tehát *életképtelen vagy halott magzat* esetén végzendő.

3. *A metruerysis* mindkét félre jó eredményeket ad, a szülés tovább tart és több beavatkozást igényelhet, tehát alkalmazandó élő, életképes magzat esetében.

Neu (Heidelberg): *A placenta praevia konservatív terapiájának eredményei.* 50 a klinikán észlelt eset alapján álláspontjuk a következő: életképes gyermek mellett nem inficiált esetben sectio caesarea; nem életképes magzat mellett kiméletes befejezése a szülésnek az elvérése és a morbiditásra való tekintettel. Nem életképes gyermek esetében csak placenta praevia centr.-nál jöhet szóba a császármetszés. A praxisban a kezelés a korai diagnosison mulik.

Vita.

Semon (Danzig): A golyófogót ajánlja a kombinált fordítás megkönnyítése céljából.

Hammes (Breslau): Metreurytis végzésekor nagy az infectio veszélye.

Pfannenstiel (Kiel): A placenta praevia kezelését rosszul tanítják. Ez nem szemrehányás a tanárok ellen, hanem az idők változtak és vele a nézetek. A hüvelytamponadától a császármetszésig sok fokozat van. A Braxton-eljárás előnyösebb a hüvelytamponadenál, a mely elvetendő teljesen, de rosszabb a metreurytisnél. Ejtsük tehát el a Braxton-eljárást is. A metreurytis technikája könnyű. A műszer glycerinben elhelyezve nem romlik és nem reped. Nagy vérvesztésnél totalexstirpációt ajánl, mert nagyon rosszul türik a betegek a vérvesztésüket. Rosszabbul mint a placentáris időszak vérzéseit.

Asch (Boroszló): Cervix-hüvelytamponadot ajánl sterilen, időnyerés céljából, a meddig más beavatkozáshoz folyamodhatunk. Ez azonban inkább a kolpeurynterrel végzendő, mint a metreurynterrel. Nem gondolja, hogy helyes Pankow szerint a bábát eltüntetni a tamponadától, mert a beteget nem lehet elvérezni hagyni. Tanítsák a bábákat tisztán dolgozni. A Braxton-fordítás mellett szól. Ha a láb nem hozható le kézzel, akkor lábfogóval kell lehozni.

Kühl a hüvelytamponade mellett szól.

Krönig (Freiburg): Badenben 20% az anyamortalitás. Minden 5. asszony placenta praeviaival elpusztul. A magzatmortalitás 50—80%. E megbízható és elszomorító statistika miatt változtatott therapiáján és eddig 11 császármetszést csinált. Minden asszony élő gyermekkel egészségesen hagyta el a klinikát.

Freund (Strassburg): A régi Schröder-féle eljárással meg van elégedve. Asszonyt nem vesztett el, a magzatmortalitás nagy. Krönig eljárását nem szabad elvi alapon elutasítani.

Rosier (Lausanne) a burkok széles felmetszését gyakorolja. Ha a vérzés nem szűnik, még mindig be lehet vezetni a kolpeuryntert.

Pankow (végszó) esodálja, hogy *Asch* még mindig nem veti el a hüvelytamponade-ot. *Krönig*-nek azt válaszolja, hogy az anya élete az első kérdés, a magzaté másodsorban kerül szóba. Nem lehet világtájak szerint különböző az eljárás, mert mindenhol drága a magzat és az anya élete egyaránt.

* * *

Schiekele (Strassburg): *Büntetőjog és gynaekologia.* A sebészi beavatkozás főfeltétele a beteg beleegyezése, még életveszély esetében is. A művi elvetelés orvosilag indokolt műtét lévén, a büntető törvénykönyvvel semmi vonatkozásban sincs. Élő magzat perforációjakor az anya szabadon rendelkezik saját teste felett és így az orvosnak nem szabad őt a gyermek életének megmentése céljából akarata ellen nagyobb műtétnek kitenni. Orvosi indicatio mellett a terhesség megszakításakor a sociális indicatio figyelembe veendő a jövőben. Ezek tisztán orvosi kérdések és a reformálás előtt álló büntető törvénykönyvben ne említessenek. A tubasterilizálás is orvosi megítélés alá esik.

Vita.

Krönig (Freiburg): Ha az államnak célja mennél több gyermeket a maga részére megtartani, akkor az anticonceptionális eljárások ellen éppen úgy kell eljárni mint a tubaalakötés ellen.

Van Calker (Strassburg) azt hiszi, hogy az orvosokra nézve jobb, ha nem az orvosi tudománynak engedik át az indicatiók felállítását, hanem ha bizonyos elveket állapítanak meg és nem esetről esetre határoznak. Ha az orvos az életveszélyt megállapítja, akkor felesleges a beteg beleegyezése. A művi elvetelés megindítása és a perforatio az anya életveszélye és egészségének aránytalanul súlyos kockázatátása esetén jogosult legyen. A sociális indicatio ellen van, azonban nincsen kifogása azon álláspont ellen, hogy a művi elvetelés megengedtessek. Tubasterilizatio csak az anya életveszélye esetén engedtessek meg.

Freund (Strassburg): Esetről esetre döntendő el az indicatiók és nem elvek alapján, mert ezen utóbbi esetben ki van téve az orvos annak, hogy perforál és megbüntetik. Az orvosi ténykedésnek latitude-öt kell engedni és nem szabad korlátokat felállítani.

Herff (Basel): Nem ért egyet az előtte szólóval, szakértő döntse el a kérdést, mely eset veszélyezteteti az életet.

Franqué: A sociális indicatio nem a mi dolgunk, a jogász döntse ezt el, míg a tubasterilizálás etikai dolog és a jogász hatáskörén kívül áll.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. ülés 1909 február 25.-én.)

Elnök: *Haberern J. Pál.* Jegyző: *Winternitz Arnold.*

1. *Schiller Károly* és *Lobstein Leó* a tovaftató érvartatok értékéről tartott előadást.

2. *Dollinger Gyula* a gyűjtőeres érzéstelenítésnek azon módját ismerteti, a melyről *Bier* a német sebészek múlt évi congressusán tett előzetes közlést. A módszer a végtagok érzéstelenítésére alkalmas. Ha pl. a könyököt akarjuk érzésteleníteni, akkor a kart a könyök felett és alatt *Esmarch*-pólyával leszorítjuk, a vena medianát kikészítjük és kettévágjuk, egyik végébe feckendő végét kötjük és azon keresztül annyi 1/4%-os phisiologiai konyhasóoldattal készült novocain-oldatot feckendezünk, míg a gyűjtőer másik végén vér helyett tiszta novocain-oldat folyik ki. Ekkor a könyöktájéki érzéstelen. *Dollinger* egy idült könyökficamodást és egy szöglet-állásban megsontosodott térdet operált ilyen módon. Az előbbi esetben 100, az utóbbiban 200 cm³ oldatot feckendezett be. A térdén a vena saphenát használta fel. *Bier* jelenleg az ideg érzéstelenítésére használja fel e módszert, úgy hogy ha pl. a kézen óhajt érzésteleníteni, a könyöktáját zárja ki és vele együtt érzésteleníti a rajta keresztülfutó összes idegeket.

3. *Holzwarth Jenő:* a) *Echinococcus* a hasfalban. A 22 éves nőbeteg az echinococcus e ritkább localisatiója kelti fel az érdeklődést. Hat hó előtt elszenvedett ütés helyén két hónappal később daganat keletkezett a bal meso- és hypogastrium határán, mely lassan, folytonosan nőtt. A műtét alkalmával derült ki, hogy a hasfalban a musc. obliquus descendens mögött a bal rectus széléig terjedő gyermekfej nagyságú echinococustömlő van, mely leány-hólyagokkal telt folyadékot alig tartalmaz. A tömlő kiirtása után per primam gyógyulás.

b) *Kiterjedt hegesezés a nemi szervek körül égés után.* L. Orvosegyesületi tudósítás, 21. szám, 385. lap.

c) *Kétoldali veleszületett kulcsesont-hiány.* A 25 éves férfi Röntgen-képén kimutatható, hogy mindkét kulcsesontnak csak 4 1/2 cm. hosszú, sternális részlete van meg, míg a többi része teljesen hiányzik. A beteg alacsony termetű, 151 cm. magas. Kiterjedtebb izomhiányok nincsenek, csak a cucullarisok oldalsó részletei, továbbá a két pectoralis maiornak a clavicularis eredő része hiányos. Mindkét oldali musc. supra- és infraspinatus sorvad. Megvan a beteg az ezen betegségre jellegző nagy, négyszögletes fej, erősen kiugró homlokkal és faldudorokkal. Dobverő ujjak mindkét kézen. A beteg mindkét felső végtagját jól mozgatja a vállizületben, s mint kefekötő munkáját teljesen jól tudja végezni. Nehezebb terhet is emel. Családi terheltség, öröklékenység nem mutatható ki.

4. *Gergő Imre:* a) *Glioma cerebelli* esete. Tünetek: erős fülzúgás jobboldalt, fájdalmak a tarkó táján, szédülés, hányás, a jobb szemfenék gyűjtőeres pangása, jobboldali facialis paresis, a térdreflex és a lábclonus csökkenése jobboldalt, az érverés lassubodása (percenként 52—64). Felvételének napján a beteg típusos kisagy-járást tüneteit is mutatta, járáskor jobb oldalára esett.

A beteg felvétele után két nappal, mielőtt még műtétre került volna, meghalt. A boncolás tyúktöjásnyi gliomát derített ki, mely a vermis superiorból, a declivus tájáról indult ki és belenyomult a kisagy mindkét féltekéjébe, baloldalt erősebben, mint jobboldalt. A canalis centralis átjárhatatlan volt, valamennyi agykamara erősen tágult.

Az esetnek azon megfigyelések kölesönöznek érdekességet, melyek közvetlenül a beteg halála előtt történtek. A betegnek légzése hirtelen elmaradt, a szív működés azonban tovább folyt. Mesterséges légzéssel a beteg még négy óra hosszát életben volt tartható. A mesterséges légzés teljes abbahagyása után egy alkalommal

6¹/₂ percig, egy másik alkalommal 5 percig lüktetett tovább a szív; a szív működés teljes megállását a rectusok felső felének reflexes összehúzódása előzte meg. A beálló szénsav-felhalmozódás a bénult légzőközponttra kellő ingert már nem tudott gyakorolni.

b) Nyombélrák okozta periodosus epevezeték-elzáródás. A beteg, 30 éves férfi, cholelithiasis kórjelzéssel került az I. sz. sebészeti klinikára. Egy év óta 5 jellegzetes rohama volt a choledochus-elzáródás minden tünetével. Rohamszerű göresök jelentkeztek a jobb hypochondriumban és a gyomortájon; egy-két nappal utána sárgaság támadt, bőrvizketés gyötörte a beteget, vizelete sötétbarna lett, széke agyagszínű. A roham alatt hőemelkedései is voltak. Az objectív elváltozások a beteg felvételekor a következők: Icterus gravis tünetei; anaemiás zörej a szívesücs felett; mérsékelt májduzzanat; homályos resistentia az epehólyag táján. Dollinger tanár a cholelithiasis kórjelzést beigazoltak nem találta, rossztermészetű daganatra gyanakodott és elhatározta, hogy a betegten próbálaparatomiat végez. Azonban a beteg még ennek foganatositása előtt hirtelen lázas lett és peritoneális tünetek között meghalt. A boncolás azt mutatta, hogy a choledochus időszakos elzáródását egy kb. tyüktojásnyi carcinoma okozta, mely a duodenum alsó vízszintes ágának kezdetén, a Vater-billentyű körül ült.

5. Dumitreanu Viktor: a) **Veleszületett parotis-sipoly** esetéről referál, melyet Dollinger tanár operált. A sipolynylás a a nyak felső-aldalsó részén, a fejbicezentő előtt volt és a parotisanak rendellenesen hosszú lebenyéhez vezetett. A sipoly lumenét laphám borította. A 12 éves leánykán 6 hónapos korában tört át a sipoly s azóta állandóan savós váladékot ürített. A beteg gyógyultán távozott.

b) Elsődleges mellékhere-sarcoma esetét operálta a sebészeti klinikán Dollinger tanár megbízásából. Az 50 éves beteg heréje rendes helyen feküdt. 2 év előtt vette észre heréje mellett a kukoricaszem mekkoraságú daganatot, mely lassan nőtt jelenlegi nagyságáig. A jobb scrotum-fél kb. férfiköl mekkoraságú volt. Castratiót végzett. A mellékhere gyermekököl mekkoraságú, tömött daganattá alakult át. A here és a ductus deferens ép. A daganat mikroskop alatt orsósejtű sarcomának bizonyult.

6. Tóthfalussy Imre sérvtömlő-tuberculosisist mutat be, melyet 14 éves fiún észlelt. A kiirtott sérvtömlő gyermekököl mekkoraságú, fala megvastagodott, kevés tiszta savót tartalmaz, fenekén babnyi, sárgás-fehér, kérges kötőszöveti csomó látható; kissé bővérű belső felszínén számos köles-kendermagnyi, fehéres-sárgás göbese van elszórva, melyek a hasüreg felé — bár ritkulva — folytatódnak, és mikroskop alatt tipusos tuberculomoknak felelnek meg. Bassini-műtét után gyógyulás.

7. Klekner Károly új műszert mutat be, mely nehezen hozzáférhető helyen levő erek lekötésére szolgál.

Erdélyi Muzem-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 május hó 8.-án tartott VIII. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

Gámán Béla bemutatásai:

a) Elektrolýsissal gyógyított orrsövényluxatio. A 17 éves nő azzal a panaszszal fordult a bemutatóhoz, hogy jobb ornyílásában már gyermekkor óta egy kinövés van, mely a légzésben akadályozza, utóbbi időben érzékeny is és csunya is. A vizsgálat a cartilago quadrangularis és a hártás septum közötti összeköttetés meglazulását derítette ki.

A nyálkahártya kimélése okából, részben pedig a beteg kívánásának is engedve, a bemutató elektrolýsises eljárásra határozta magát. Három ülésben bipolárisan 5—10 percig alkalmazott 30 egész 40 MA. erősségű áram behatása alatt kielégítő, mondhatni teljes gyógyulást látunk úgy objectív, mint subjectív szempontból.

b) Rhinolyth. A kő pyramis alakú, hossza 1.5 cm., magassága 1.1 cm., szélessége 1.3 cm. In situ nagyobb volt, de hogy eltávolítható legyen, kisebb darabkákat le kellett belőle tördelni. Súlya így 1.75 gm. Magját bűzös, pépes cseresznyemag nagyságú tömeg képezte, melyet kemény, főleg calciumphosphatból álló réteg zár körül. A 42 éves beteg 6 éves korában állítólag cseresznye-

magot dugott az orrába, melynek további sorsa előtte ismeretlen, nem lehetetlen tehát, hogy a kő magját az azóta elmállott cseresznyemag képezte. A subjectív panaszok voltak: állandó nátha, anosmia, feloldali bűzös genyes kifolyás. Objectív lehet: rhinitis chronica foetida, sinusitis maxillaris l. s. és rhinolith a bal alsó orrjárat hátsó részében. A kő körül a nyálkahártya igen duzzadt és polyposusan degenerált volt. Nincs kétség benne, hogy a bűzös chronikus rhinitist és a sinusitist a kő által okozott állandó inger idézte elő.

Hozzászól: *Gyergyai Árpád.*

(1909 május hó 15.-én tartott IX. szakülés.)

Elnök: **Turesa János.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. Fabinyi Rudolf bemutat:

a) egy 19 éves **mikrokephalust**, kin családi terheltég nem mutatható ki. 10 testvére él és egészséges. Arca csaknem normális nagyságú, koponyája abnormálisan kicsiny, kerülete csak 40 cm., hossza 122 mm., szélessége pedig 116 mm. Főképen a falcsontok és a nyakszirtesont pikkelyi része maradt el a fejlődésben. A kis kutaes még jól kitapintható, valamint a varratok is. A fejbőr főleg hátul bő és vastag ráncokat alkot, a behúzódások mindenütt a varratoknak felelnek meg.

Szellemi fejlettsége igen alacsony, beszélni nem tud, maga alá piszkol, de egyszerűbb eselekedetekre való felszólítást megért és nyugodtan engedelmeskedik.

b) A 41 éves nő, 4¹/₂ év óta tabes dorsualisban szenved. 4 év óta hőemelkedéssel járó gyomorkrizisek. Tavaly nyár óta a krízist megelőzőleg 1 nappal, a krízis tartama alatt és utána egy napig a beteg egy kígyót lát maga előtt. Ez oly pontosan jelenik meg, hogy ebből krízisének 24 óra alatt való kitörését előre meg tudja mondani. A kígyónak a megjelenése következménye egy a beteget ért ijedelemnek. Ugyanis családi ápolása alkalmával karszéke alól egy kígyót látott kimászni. Bemutató szerint a kígyólátás nem volna más, mint a *szemkríziseknek* egy sajátos alakja.

2. Veress Ferenc: Lupus vulgarisnak sósavval meggyógyított esetét mutatja be. Bemutató ezt az eljárást Hamburgban látta. A bemutott esetben a lábszáron teljes gyógyulást eredményezett, mely kozmetikai tekintetben is kielégítő.

Hozzászól: *Makara Lajos, Kanitz Henrik, Marschalkó Tamás.*

3. Zsakó István bőrelváltozásokat mutat be, melyek elmebetegeken mechanikai irritációk következtében jöttek létre.

4. Kanitz Henrik: „A Röntgen-sugaras gyógyítás kóros mellékhatásairól“ értekezik. Behatóan ismerteti a Röntgenkezelés veszélyeit és kóros mellékhatásait, kutatja és magyarázza keletkezésük feltételeit és tárgyalja az ellenük való védekezés módját és eszközeit.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pneumococcus okozta fertőzés nagyon sokszor gastro-intestinalis típusú, a mikor is könnyen összetéveszthető typhus-szal. Az ilyen esetekben a megkülönböztető kórjelzés gyorsan és kevés technikai készültséggel megejthető *Desquin* szerint — a ki e tárgyról a belga orvos-akadémia márczius 27.-én tartott ülésén beszélt — a következő módon. Először is megállapítjuk a vérnek festőképességét (haemoglobin-tartalmát); ez typhus eseteiben csökkent, míg pneumococcus-fertőzés eseteiben rendes. Azután megközelítőleg meghatározzuk a fehérvérsejtek számát; typhusban leukopeniát találunk, vagyis a fehérvérsejtek megkevesbedtek; pneumococcus-fertőzésben ellenben hyperleukocytosis van, vagyis a fehérvérsejtek megszáporodtak. Végül nagyon jó szolgálatot tesz az állatkísérlet: a betegnek néhány esepv vérért fehér egér bőre alá fecskendezzük; a pneumococcus-szal szemben ez az állat sokkal érzékenyebb lévén, mint a typhus-bacillussal szemben, már 24 óra múlva nagyon beteg; ilyenkor leölve, a szívüregéből vett vérben mikroskoppal könnyen kimutatható a pneumococcus; ha ellenben 24 óra elteltével még egészségesnek látszik az állat, biztosra vehetjük, hogy nem pneumococcusra, hanem typhus-bacillusra vezetendő vissza a betegség.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhely **másodorvosi állása** betöltendő. Javadalmazás: 1200 korona évi tiszteletdíj, lakás, fűtés, világítás és élelmezés. A belügyminiszterhez címzett kérvények **szeptember 15.-éig** küldendők be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatóságának. 4-1

3928/1909. kig. sz.

Máramaros vármegye visói járásához tartozó üresedésben levő Havasmező és Oroszkő községekben Havasmező székhelyvel alakított körben **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körorvos javadalmazása 1600 korona évi fizetés és 200-200 koronás korpótlékból áll (800 koronáig), lakáspénz 300 korona és fuvardíj 300 koronából áll.

Az orvos rendelési, látogatási és hivatalos kiszállásának idejét, valamint műteti díjait vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **július 31.-éig** hozzám terjeszszék be.

A választás napját később fogom megállapítani.

Felsővisó, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-2

A főszolgabíró.

6858/1909. sz.

A szombathelyi áll. gyermekmenhelyben megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás elnyeréséért folyamodhatik mindenik orvosi diplomával bíró orvos és orvosnő. Előnyben részesülnek, kik kórházi gyakorlatot felmutatni képesek.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés. Megjegyzem, hogy ez évi november hónaptól kezdve ugyan e másodorvos az akkor megnyíló 80 ágyas gyermekkorháznak másodorvos-ságát is elnyerheti és akkor az időtől kezdve ott szintén 1200 korona fizetésben részesül.

Ez állásokat elnyerni óhajtók pályázatukat kellően felszerelt a nagyméltóságú belügyminiszterhez címezve hozzám **szeptember hó 15.-éig** nyujtsák be.

Szombathely, 1909. évi augusztus hó 13.-án.

Szenti János dr., igazgató-főorvos.

126/1909. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1888. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminiszter úr ó nagyméltóságához címzett folyamodványait **f. évi augusztus hó 25.-éig** alulírtokhoz nyujtsák be.

Pozsony, 1909. évi augusztus hó 8.-án.

2-2

Dobrovits Máttyás dr., kir. tanácsos, főorvos, igazgató-helyettes.

1901/909. j. o. sz.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vingárd község székhelyvel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi kórhöz Vingárd, Oláhgyőr, Gergelyfőja, Spring, Drassó és Kúttalva községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyzeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakáspénz, esetleg természetben lakás, fuvar-, távolsági és látogatási díj.

A megválasztandó körorvos kézi gyógyszerészartartására fel lesz jogosítva.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi szeptember hó 15.-éig** hozzám nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe nem fogom venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

Vizakna, 1909. évi augusztus hó 7.-én.

3-2

Szabó Lajos, főszolgabíró.

Az északmagyarországi egyesített közbányászati- és iparvállalat r.-t. baglyasaljai bányagazgatóságánál és mizserfai bányagondnokságánál megüresedett a **bányorvosi állás**, melyek betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Az orvosok javadalmazása 3600 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés és világítás és újévkor kettős havi fizetés. Pályázni szándékozók felhívtnak, hogy kérvényeiket mielőbb küldjék be, mert az állások **f. évi szeptember hó 15.-én** lesznek elfoglalandók.

3-2

Északmagyarországi egyesített közbányászati- és Iparvállalat R.-T. társulási elnöksége, Baglyasalja, u. p. Salgótarján.

3928/1909. kig. sz.

Máramaros vármegye visói járásához tartozó Petrova, Leordina és Visóoroszi községekben, Petrova székhelyvel alakított **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám **szeptember 25.-éig** terjeszszék be.

A körorvos javadalmazása évi 1600 korona kezdőfizetésből, 200-200 korona korpótlékból áll (egész 800 koronáig). A körorvos lakásbérét, fuvardíját, rendelési, látogatási, műteti díjait, hivatalos kiszállásának idejét a vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani.

A választás napját később fogom megállapítani.

Felsővisó, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

2-2

A főszolgabíró.

50/909. eln. szám.

A debreczeni magyar kir. állami gyermekmenhelynél szervezett **másodorvosi állás** betöltésére, a mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú élelmezéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek. Felhívom tehát mindazon orvos tudor urakat és orvosnőket, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás helyekkel ellátott orvos tudori oklevéllel és eddigi alkalmazásukról szóló okmányokkal felszerelt s a belügyminiszter úrhoz címzett folyamodványukat **1909. évi augusztus hó 18.-áig** alulírtoknál nyujtsák be. Az állás szeptember hó 1.-én foglalandó el.

Debreczen, 1909. évi július hó 29. napján.

3-3

Brokés Győző dr., igazgató-főorvos.

1270/1909. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“ közpórházban f. évi szeptember hó 15.-én üresedésbe jövő 3 (három) egyenként havi előleges részletekben fizetendő 1200, azaz: Egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú élelmezéssel javadalmazott **kórházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő alorvosok tartoznak a közpórházban lakni, magánygyakorlatot az első segélynyújtás esetét kivéve nem folytathatnak és állásaikat csakis két havi felmondási idő eltelte után hagyhatják el. A kinevezendők állásaikat f. évi szept. 15.-én tartoznak elfoglalni.

Nős orvos pályázati kérvénye figyelembe nem jöhet.

Felhívom ennél fogva az ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtókat, hogy a kellőleg okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi szeptember hó 3. napjának déli 12 órájáig** Bezeredy István főispán úrhoz Szabadkán annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe nem részesülnek.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1888. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. része értelmében minősített pályázók nem fog jelentkezni, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti pályázati határnapig benyújtandó kérvényei is figyelembe fognak vétetni.

Szabadka, 1909. évi augusztus hó 3.-án.

3-3

Dembitz Lajos dr., h.-polgármester.

5051/1909. sz.

Elhalálozás folytán megüresedett **nagytoráki körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: Évi fizetése 1800 korona, látogatási díj nappal 1 korona, éjjel 2 korona, halottkémlel- és hússzemledíjak és a törvényben megállapított fuvardíjak. A kórhöz tartozik Kis- és Nagytorák község.

Felkérem a pályázni óhajtókat, hogy kérvényüket hozzám **augusztus hó 15.-éig** nyujtsák be.

Nagybecskerek, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

3-2

Lowieser Imre, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfpart 8.

Hyperaciditás

ellen gyomor-
nál alkalikus

vizek „Rohitschi Styria-forrás“ minden előtt
sikerrel rendelhető. 7784

Sanatorium „Rekawinkel“

7423

a nyugoti vasút mentén, ideg- és
kedélybeteg részére. Pavillon-
rendszer, valamennyi gyógytényező,
:: egész éven át nyitva ::

Helyközi telefon Rewinkel 2.

Közvetlen Budapest mellett

túlnyomóan lateiner lakta Rákosliget nagyközségben
orvos letelepedésre kerestetik.

Községi, vasúti, két egyleti orvosi állások kilátásban. — Bővebbet lehetőleg személyes megkeresésre a községi előjáróság közöl. 7849

Elsőrangú fogorvosi műintézet részére

ORVOSTUDOR SEGÉDORVOS

gyakorlott tömő (Plombeur) kerestetik. Ajánlatok az eddigi orvosi működés, nyelvismeretek megjelölésével és fénykép melléklésével „O. L.“ jelige alatt Mosse Rudolf hirdetési irodájába Budapest, V., Nádor-utca 11 kéretnek. 7847

„ROCHE“ JELZÉSŰ

Airol

szagtalan, méregtelen pótszere a jodoformnak.

Sebkezelés, égési sebek, fekélyek és tályogok, metritisek, gonorrhoe, szaruhártya-fekélyek.

Rendelés: mint hintőpor, gaze, 10% colloidium, glicerín-emulzió, kenőcs és bougie.

Benzosalin

új salicylsavkészítmény, szívre és gyomorra való káros mellékhatások nélkül.

Specificum rheumatismus és serosus ízületi gyulladások ellen.

Rendelés: 1 csővecske Benzosalintabletta eredeti „Roche“ csomagolásban.

Protylin

Phosphorfehérje 2-6% méregtelenített phosphorral.

Ind. Basedow, cachexia, neurosisok, rachitis, scrophulosis esetében.

Vas-Protylin
(2-3% vas) anaemia és chlorosis.

Brom-Protylin
(4% köt. szerves brom) hysteria és neurosisok.

Digalen

a therapiát szívbetegségeknél biztos alapra helyezi.

Alkalmazás: per os, subcutan, intravenosus és intramuscularis.

Nincs cumulativ hatás. Nincs latens stadium. Rendelés: egy eredeti üveg Digalen 6 v. 12 db. 1 cm³-es ampullával eredeti dobozban.

Thephorin

A theobromin könnyen oldható kettős sója. (Theobromin-Natrium formicium).

Indicatiók: hydrops, ascites, nephritis. Vesebaj okozta hydrops esetében Digalen-nel kombinálva kitűnő hatású.

Rendelés: 1 csővecske 0.5 gm.-os Thephorin tabletta eredeti „Roche“ csomagolásban.



F. HOFFMANN-LA ROCHE & CO

BASEL
(SCHWEIZ)

GRENZACH
(BADEN)

Thigenol

Synthet. kénkészítmény; használatban szagtalan és íztelen, méregtelen.

Könnyen felszívódó, enyhén ható, viszketegséget és fájdalmat csillapító. Foltok a ruhából könnyen kimoshatók.

Dermatologia: akne, eczema, seborrhoe, scabies stb.
Gynaekologia: heveny és idült metritis, adnex-megbetegedés, medencze-izzadmány stb. Thigenolszappan 10% thigenolt tartalmaz.

Secacornin

az anyarozs ható anyagainak steril oldata.
1 cm³ Secacornin = 4 gm. secale cornutum.

Indicatiók: Szülészeti és nőgyógyászati.

Alkalmazás: per os és injectiók.

Rendelés: 1 eredeti üveg Secacornin „Roche“ 6 vagy 12 db. 1 cm³-es steril ampullával eredeti dobozban.

Thiocol

Guajacolszármazék. — Antituberkulotikus hatása kísérletileg és klinikailag megállapítva.

Teljesen oldható, absolut szagtalan, teljesen ingermentes, nagy felszívódó képesség.

Tuberculosis, chron. bronchitis, chron. diarrhoe.

Legjobb és legkényelmesebb alkalmazási mód: 0.5 gm.-os Thiocoltabletták.

Sirolin

Ideális készítmény a Guajacoltherapia számára.

Jószagú, kellemes ízű sirup.

Tuberculosis bronchitis, pertussis, scrophulosis, influenza.

Szíveskedjék mindig eredeti „Roche“ csomagolást rendelni.

Sulfosotsirup

méregtelenített kreosot sirupalakban, különösen vagyontalanok, betegpénztárak és a szegény-praxis számára.

Tuberculosis, idült hörghurut, bronchiektasia, putrid bronchitis, scrophulosis.

Szíveskedjék mindig eredeti „Roche“ csomagolást rendelni.

Minták és irodalom rendelkezésre.

„ROCHE“ JELZÉSŰ

MERAN

(Meran, Obermais, Untermais, Gratsch.)
Klimatikus fürdőhely német Dél-tiroiban,
nagyon száraz levegővel, tiszta égboltozat-
tal, ősszel és télen majdnem teljes szél-
csenddel. — Fürdőévad szeptember—június. — Forgalom 1909-ben 24,378
fürdővendég. Új városi gyógy- és fürdőintézet, Zander- és hidegvízgyógyinté-
zettel, szénsavas és mindennemű gyógyszeres fürdőkkel, szabályozható
úszómedence, lég- és napfürdők, pneumatikus kamara. Tökéletes be-
lézési терапия. Szőlőkúrák, ásványvízvőkúrák, terepkúrák, szabadlég- és
fekvőkúrák. — Javallatok: Szív- és edénybetegségek, a légzőszervek beteg-
ségei, az idegrendszer megbetegedése, vesebetegségek, lábbadozók. — Csator-
názás, 4 hegyi vízvezeték. Új modern kórház belső betegek részére,
sebészeti és szemészeti osztálylyal. Sanatoriumok, 20 elsőrangú
szálloda, számos pensió és villa. Színház, sport, hangversenyek.

Prospektusokat ingyen küld a

Kurvorstehung Meran.

7788

Dr. Binder Kuranstalt „Stefanie“, Meran.

Szív-, ideg-, anyagcsere-
betegségek, va-
lamint pihenők és lábbadozók részére. Minden gyógyszer a háznál. Szigo-
rúan diätikus konyha. Mérsékelt árak. 7789

„Rodagen“ specifikus gyógyszer morbus Basedowii
ellen.

„Atoxyl“ új, majdnem méregtelen arsenkészítmény,
minden kellemetlen mellékhatás nélkül.

„Sidonal“ specifikum köszvény
és rokonbajok ellen.

„Escalin“ pastillák, bél- és
gyomorvérzések ellen.

„Escalin“ supositoriumok arany-
érvérzések ellen.

„Lanolinum puriss. Liebreich“

„Lanolinum pur. Liebreich anhydricum“

kenőcsbázis ismert tisztaságban.

Vereinigte Chemische Werke, A.-G.,

Berlin-Charlottenburg. 5756

Vezérképviselőség Magyarország részére:

Wack Keresztély, Budapest, IV., Gerlóczy-utca 2. sz.

Irodalom ingyen és bérmentve.



„Nyilkör“ márka.



A Budai Szent-Lukácsfürdő

Nagy-szállodájában és Thermal-szállodájában lakás tel-
jes ellátással naponként 10 K-tól feljebb. Minden szoba kilá-
tással a Dunára. **Kénes iszapfürdők és iszapborogatások.**

Erzsébet Királyné-Sósfürdő



7058

Budapest-Kelenföld.

Javallat: Általános gyengeség, idegzsábák, reconvalescentia, bél-
és altesti bántalmak, általános vérbőség, májbajok, aranyér, elhízás,
köszvény, de különösen női bajoknál.

Az ERZSÉBET KIRÁLYNÉ-SÓSFÜRDŐ igazgatósága értesíti a n. é. közönséget, hogy
az utósaikban (augusztus 15-étől) a szobák árai 30%-kal olcsóbbak.

Prospektust küld a Fürdőigazgatóság.

Sztraka-féle TANNIN-CSOKOLÁDÉ

(Chocolade tannini sec. Sztraka.)

Kis gyermekek és felnőttek hasmenése ellen kitűnő.

Ható alkatrész: 40 centigramm (0.40) Acid. tannic. vegyileg kötve és
salep. Kellemes íze folytán a legfinnyásabb gyermek is szívesen veszi
be; hatása enyhe és gyors s még e mellett olcsó is. 7740

Egy darab 40 fillér.

Kapható minden gyógyszerárban. — Ministerileg tudomásul véve.

„BAYER“ CONTRATUSSIN „BAYER“

szamárhurut, rekedtség, gégefő- és bronchial-catarrhus ellen.

Pastilla alakban is kapható.

1 palack 1.40 kor. és 2 korona.

„Vörös-kereszt gyógyszerár“ Budapest, VI. ker., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható. — Orvos uraknak kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

HYDROPYRIN

AZ INFLUENZA
SPECIFICUMA
ANTIPYRETICUM
ANTINEURALGICUM

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÖRTAN Babarzi Schwartzert Ottó és Moravesik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

XVI. nemzetközi orvosi congressus. 607. lap.

Kóssa Gyula: Eljárás a vérnek kimutatására. 609. lap.

Ónodi A.: Az orrsüvény gümőkórjának sebészi gyógykezeléséről. 610. lap.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Közlés az Erzsébet királyné-sanatoriumból. A tüdő-
gümőkór hydrotherapiája. 610. lap.

Kovács Ödön: A berlini „Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus“.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Richardière et Sicard: Maladies de la
nutrition. — Anton Bum: Vorlesungen über ärztliche Unfallskunde. — Lap-
szemle. Általános körtan. Kionka: Az ásványvizeknek a bélre való hatása. —
Belorvostan. Kulenkamp: A tüdővízenyő gyógyítása. — Sebészet. P. Delbet:

A sebészi sepsiseknek argentum colloidaleval való kezelése. — Sippel: A pro-
trahált chloroformhalál. — Berg: Az aortának nem halálos lött sérülése. —
Gyermekorvostan. Wechselmann és G. Michaelis: A csecsemők multiplex
abscessusainak specifikus vaccina-gyógymódjáról. — Bőrkórtan. Hübner: A haj-
hullás kezelése. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Morgenroth: A diph-
theria seruntherapiája. — Frugoni és Grizoni: A pajzsmirigy befolyása a
gümőkóros fertőzésre. — Gruss: Bromural. — Taege: Kátrányfürdő. 616—
619. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi
ujság. 619. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 619. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 620—622. lap.

Melléklet. Szemészet 3. szám. Szerkeszti: Grósz Emil dr. egyetemi tanár.

XVI. nemzetközi orvosi congressus.

Emlékezetes napok előtt állunk: mire lapunk e száma olvasóink kezébe jut, már megnyílt és meg is kezdte tárgyalásait hazánk fővárosában a XVI. nemzetközi orvosi congressus. Két kisebb orvosi tárgyú nemzetközi congressust üdvözölhattünk már Budapesten. Itt tartották 1894-ben a VIII. közegészségügyi és demographiai congressust, melynek örök emlékü nevezetessége, hogy ezen hozta nyilvánosságra Behring korszakalkotó s a világra áldást hozó felfedezését: a diphtheriának serummal való gyógyítását; s 1905-ben itt ülésezett a szintén nagy jelentőségű VIII. nemzetközi állatorvosi congressus. De ily nagyszabású tudományos nemzetközi gyülekezetet Budapest eddigelé még nem üdvözölhetett falai között, nemesak orvosi tárgyút, de mást sem. Az első alkalom ez, hogy a külföldi kartársak ezrei jönnek el egyidejűleg hazánk fővárosába, az első alkalom, hogy bemutatathatjuk nekik, mennyire tudunk orvosi és közegészségügyi intézmények dolgában a haladott külföld nyomában járni s e hazában az övékhez hasonló orvosi kulturát megteremteni. S ebben áll a mi szempontunkból e congressusnak első sorban a jelentősége. Ha sikerül a sok idejövő kartársban azt a benyomást kelteni, hogy ez az ország, melyet a külföldi sajtó egyes elfogult és rosszakaratú organumai el-

maradottnak, félig műveltnek szeretnek jellemezni, orvosi téren is komoly munkával, értelmességgel, áldozatkészséggel igyekszik a tudomány legújabb vívmányait meghonosítani, s hogy ezen igyekezete már is figyelemre méltó, tiszteletet keltő eredményekre vezetett, hogy a magyar nemzet orvosi és közegészségügyi intézményei tekintetében is mint egyenrangú társ sorakozik a művelt nyugat nagy és kis kulturanépeihez: bőven meghozta gyümölcsét az a tetemes anyagi áldozat és az a nagy fáradság, a melylyel e congressus előkészítése, rendezése járt, s a melynek súlya az államra, a fővárosra, első sorban pedig a budapesti orvosokra hárult.

Az orvosok minden ország társadalmi életében előkelő szerepet visznek s a közvéleményre nagy hatással vannak. Ezért oly fontos reánk nézve, hogy vendégeink jó benyomásokkal, irántunk való elismeréssel és rokonérzéssel telve hagyják el ezt az országot, hogy e nemzetnek jó hírét vigyék és terjeszszék odakünn. S hogy ez így lesz, abban bizva bizunk, sőt eleve is meg vagyunk győződve róla, mert egyfelől tudjuk, hogy ha van is elég gáncsolni való ebben az országban, orvosi téren valóban reászolgálunk az elismerésre s ezt a részrehajlatlanul gondolkodó és megfigyelő nem vonhatja meg tőlünk, s másfelől ismerjük a magyar ember hagyományos

vendégszeretetét, nyájas szeretetreméltóságát az idegen-nel szemben, melylyel az idejövő külföldi sympathiáját mindig meg tudta nyerni, s végül mert közvetlen tanúi voltunk a congressus előkészítő munkálatainak s láttuk, hogy a congressus intézői mily gonddal, mily mindenre kiterjedő figyelemmel és lelkiismeretességgel jártak el az önként magukra vállalt munkában, s tudjuk, hogy a congressus szervezése példás és legalább is eléri, ha ugyan meg nem haladja, az előző congressusokét.

Az orvostudomány haladása és az orvosi rend érdekei szempontjából az ily nagy nemzetközi congressus jelentőségét első sorban is egy elvont, ideális eszmében látjuk, mely e congressusban mintegy látható testet ölt: kifejeződik benne a világ orvosainak szolidaritása, együvé tartozása, minden politikai, faji és nyelvi elválasztó fal ellenére. Második haszna, hogy alkalmat nyújt a különböző orvosi szakmák képviselőinek arra, hogy személyesen érintkezve, tapasztalataikat és gondolataikat egymással közölve megtalálják illetve megerősítsék azt a kapcsolatot, mely az orvostudományban mindinkább lábra kapó specializmus mellett hovatovább veszendőbe megy, s melynek a fentartása és szorosabbra fűzése az orvostudomány egységes haladása szempontjából nem hangoztatható eléggé. S végül ez a nagy congressus úgy is fogható fel, mint egy csomó szakcongressus mozaikja s így minden egyes szakosztály olyan szempont alá esik és az orvostudomány haladására való haszon tekintetében külön-külön úgy értékelhető, mint bármely más szakcongressus.

Hogy mind e nagy előnyök mellett fenn lesz-e tartható ez a nagy nemzetközi orvosi congressus a távolabbi jövőben is, arra nem lehet határozottan igennel felelni. Az első congressus idejében, 1867-ben, a legtöbb speciális orvosi szakmának nem volt még külön nemzetközi congressusa, a legtöbbnek még nemzeti szakegyesülete sem, így ez a nagy nemzetközi congressus volt akkoriban az egyedüli alkalom, a hol az illető szakmának képviselői találkozhattak és megvitathatták tudományuk időszerű kérdéseit. Azóta ugyancsak megváltoztak a viszonyok: ma már minden egyes szakmának megvan a maga nemzetközi s azonkívül német, angol, francia, olasz, amerikai stb. társulata és congressusa, s ha csak ebből a szempontból ítéljük meg a viszonyokat, azt mondhatnók, hogy a nemzetközi congressus feleslegessé vált. A mi a különböző szakmák képviselőinek érintkezését és a tudományra termékenyítő eszmecseréjét illeti, sokan azt állítják, hogy ez csak papiroson van meg, hogy valójában a congressus egyes szakosztályai külön, elszigetelt életet folytatnak s hogy legfeljebb a vacsorák és egyéb ünnepek egyesítik a különböző szakmák képviselőit, olyan alkalmak tehát, a melyek valódi, komoly, tudományos eszmecserére nem alkalmasak. További ellenvetés, a melyet e nagy congressus ellen emelnek, az, hogy az igények fokozódása folytán a rendezése túlságos anyagi és egyéb terheket ró a congressus székhelyének hatóságaira és orvosaira, a mely terhekkal nem áll kellő arányban a congressus

által elért tudományos eredmény. A visszafejlődés folyamatának első jelei mintha mutatkoznának már a legutóbbi, 1906.-i lissaboni congressusnak aránylag csekély látogatottságában (1762 tagja volt a portugal orvosokkal együtt) s abban a javaslatban, hogy a congressusok időközé három évről négyre vagy ötre hosszabbítsassék meg.

Reméljük, hogy mindezen kifogásokra fényesen reáczáfol a budapesti congressus, s hogy talán helyes reformok által megizmosodva, új életerőre fog innen kapni az immár csaknem félszázados intézmény, mely keletkezésének ideje szerint a harmadik a sorrendben. Az első nemzetközi orvosi congressust két más nemzetközi orvosi gyűlekezet előzte meg: 1852-ben tartották Brüsszelben az első nemzetközi közegészségügyi congressust s 1857-ben ugyanott az első nemzetközi szemész-congressust. Az első nemzetközi orvosi congressus 1867-ben ült egybe, a párisi világkiállítás alkalmával, francia orvosok kezdesére, s eleinte a megismétlés szándéka nélkül. Csak a congressus során merült fel az a javaslat, hogy e congressust állandó intézménnyé kell fejleszteni, a mely eszme valóra is vált: a legközelebbi congressust Firenzében tartották s azóta három évenként ismétlődik a világ orvosainak ez az összejövetele különböző helyeken s a tagoknak nagyon különböző arányú részvétele mellett. Ime azon városok sorozata, a hol a congressus eddig ülésezett, a megfelelő látogatottsággal együtt: 1867 Páris (1450 résztvevővel), 1869 Firenze (500), 1873 Bécs (900), 1875 Brüsszel (500), 1877 Genève (400), 1879 Amsterdam (900), 1881 London (3000), 1884 Kopenhága (1800), 1887 Washington (3000), 1890 Berlin (5800), 1894 Róma (8400), 1897 Moszkva (7570), 1900 Páris (6000), 1903 Madrid (1903) és 1906 Lissabon (1762 résztvevővel).

Mi magyar orvosok örömmel vettük most három éve a hirt, hogy az 1909.-i congressus székhelyül Budapestet választották, s most, midőn elérkezett a congressus ideje, őszinte szívből üdvözljük magyar földön és hazánk fővárosában sok jeles külföldi collegánkat. Kivánjuk, hogy mindaz a várakozás, a melyet a congressushoz és itt tartózkodásukhoz fűznek, teljes mértékben beteljesedjék, első sorban, hogy a congressus tudományos eredménye minden irányban megüsse a mértéket. Kérjük külföldi kartársainkat, hogy a mi viszonyainkat, a mennyire ezt ittlétük rövid ideje engedi, elfogulatlanul és jóakarattal figyeljék és ítéljék meg. Mi nagy súlyt vettünk a külföld véleményére s nincs hőbb óhajtasunk, mint hogy azt az animozitást, a melyet sajnós, az utóbbi időben a magyar nemzettel szemben a külföldi sajtó tetemes részében észlelünk, s melyet belső és külső ellenségeink szítanak ellenünk, részrehajlatlan, elismerő megítélés és rokonérzés váltsa fel. Ehhez talán e congressus is hozzá fog járulni. Lapunk őszintén üdvözlő belföldi, vidéki kartársainkat is, a kik ez alkalommal Budapestre rándulnak, hogy részt vegyenek a congressus tárgyalásaiban.

Isten hozta kedves vendégeinket Budapesten!

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Eljárás vérnek kimutatására.

Irta: *Kóssa Gyula dr.*

Bizonyos mérgeknek a vérre való hatását vizsgálva, azt tapasztaltam, hogy a vér, mint ilyen, eredeti állapotában, quantitative leválasztható rendkívül hig oldataiból is, ha ezen oldatokhoz bizonyos arányban olyan folyadékokat elegyítünk, melyek a vérnek vízben való oldhatóságát csökkentik. Minthogy ez az egyszerű és igen érzékeny eljárás a klinikai és (némelyesetben) a törvényszéki gyakorlatban is használható volna, czélszerűnek vélem, hogy az említett más irányú vizsgálatoknak ezt a mellékeredményét ezen a helyen közzétegyem.

Eljárásom röviden a következő. Készítsünk igen hig véroldatot; például vegyünk 5 köbcentimeter defibrinált kutyavért s oldjuk fel azt tiz liter destillált vízben (mikor is az arány 5:10,000); ebből az oldatból vegyünk tiz cm^3 -t s adjunk hozzá a hivatalos (90 térf. százalékos) borszeszből ugyancsak tiz cm^3 -t. A két folyadékot jól összekeverjük, de nem erős rázással, hanem csak enyhén jobbra-balra döntve a hüvelykujjunkkal befogott kémcsövet, hogy tudniillik a folyadék ne sok levegővel keveredjék. Ehhez a folyadék-elegyhez már most öt cm^3 chloroformot öntünk s az egészet újra összekeverjük, de ismét nem erős rázással, hanem úgy mint az első esetben, háromszor jobbra-balra fordítva az epruveitát. Erősen összerázni azért nem jó, mert ilyenkor erősen emulgeálódnak a folyadékok, a chloroform leülepedése igen lassan történik s a kicsapódó vér sok levegővel keveredvén, a reactio végén nem tűnik olyan jól szembe, mint mikor az összekeverés óvatosabban történik. Utóbbi esetben a chloroform gyorsan ülepszik le s a felszínén, azon a határon, mely a felső vizes és az alsó chloroformos réteg között van, a vér apró vérvörös pelyhekben csapódik ki. Ha az oldatban minimális volt a vértartalom, akkor jó, ha a kémcső mögé fehér papíroslapot tartunk: ilyenkor jobban feltűnik a kicsapódott vérnek vörös vagy rózsaszíne.

Az összekevert folyadékok mennyiségét más arányok szerint is vehetjük, de hosszabb kísérletezés után azt találtam, hogy a kémlés akkor a legérzékenyebb, ha az itt megjelölt arányban vesszük őket. Hogy milyen érzékeny a kémlés ebben az esetben, azt legjobban bizonyítja az, hogy még olyan vizes oldatban is határozottan sikerült a vér kimutatása (tiz cm^3 -t véve a meghatározáshoz), mely hat centimeter vastagságú rétegben az oxyhaemoglobin csikjainak nyomát se mutatta, érzékeny spektroskoppal nézve.

Hogy ezen eljárással a vér quantitative leválasztható az oldatából, az kétségtelenül kiderül abból, hogy a mint a három folyadékot összekeverjük: a felső vizes oldatból azonnal eltűnnek a haemoglobin csikjai.

A reactionnak kétségtelenül az a magyarázata, hogy ha a vérnek vizes oldatához a mondott arányban alkoholt és chloroformot elegyítünk, ezek a vérnek vízben való oldhatóságát a minimumra csökkentik, s a keletkezett ternaer folyadék-elegyből kicsapódik az.

A vizeletbeli vér is jól és gyorsan kimutatható ezen eljárással, csak hogy vizeletvizsgálat alkalmával kissé módosítanunk kell az alkotórészeknek egymáshoz való arányát. Tapasztalataim szerint akkor sikerül legjobban a vizelettel való kémlés, ha a vizeletből például tiz cm^3 -t veszünk, ugyanennyi destillált vízzel felhígítjuk, azután öt cm^3 90 térf. százalékos alkohollal összerázzuk és végül öt cm^3 chloroformot adunk hozzá s ezzel az egészet elkeverjük, de nem erős rázással, hanem megtartva azon elővigyázati szabályokat, melyeket fentebb említettem. Ha az összerázás nagyobb erővel történik, akkor a chloroform erős emulsiót ad, a folyadékok különválása igen lassan történik, s általában a kémlés nem sikerül olyan szépen. Azután a kémlőcsövet félretesszük s megvárjuk, míg az alsó chloroformos réteg különvállik, illetőleg a felső vértartalmú oldatból minden vér leülepszik. Ha sok volt a vér a vizeletben, akkor már a chloroform leülepedése közben, az elkülönülő folyadékok határán, rózsaszínű gyűrű jelenik meg, melyből a vér, a kémlőcsőnek óvatos jobbra-balra döntése vagy gyöngye rázógatása közben, csakhamar összetömörült alvadék alakjában csapódik ki; ha azonban nagyon kevés volt, akkor ezen a határon egészen fehér gyűrű mutatkozik csupán, mely a vérnek jelenlétét egyáltalán nem árulja

el. Ilyenkor úgy járunk el, hogy a felső folyadék legnagyobb részét kiöntjük (a mi igen szépen sikerül, úgy hogy némi vigyázattal majdnem az összes folyadékot a chloroformmal együtt kiönthetjük a kémlőcsőből, anélkül, hogy a vért tartalmazó fejetes réteg is vele menne), azután a visszamaradt emulsiós réteghez apródonként néhány köbcentimeter alkoholt adunk, mikor is a fejet feltisztul, s a helyén apró vörös- vagy rózsaszínű pelyhek alakjában megjelenik a vér. Ha a véresapadék nagyon is minimális és kétségben volnánk az iránt, hogy csakugyan vérrel van-e dolgunk,¹ akkor mi sem egyszerűbb, mint a kémlőcső fenekére ülepedett vérpelyhekről leönteni a felettük levő chloroform-alkohol elegyet, kevés hig káliúgos vízben melegítéssel feloldani őket s egy-két csepp sárga ammoniumsulfid hozzáadása után kis kézi spektroskoppal megnézni, hogy az oldat mutatja-e a redukált haematinnak (haemochromogénnek) két csikját, vagy legalább is az olyannyira jellemző és éles első sötétebb csikot? Ha nagyon kevés volt a vér, akkor tapasztalatom szerint ezt a jellemző csikot különösen akkor látjuk jól, ha a spektroskopos vizsgálatot nem az ablakon át beeső fény felé tartott kémlőcsővön ejtjük meg, hanem úgy, hogy a kémlőcső alá fehér papíroslapot helyezünk s a kézi spektroskop részét a kémlőcső felső, szabad nyílásába illesztve, függélyes irányban (felülről lefelé) tekintünk bele a folyadékba. Ezzel az egyszerű fogással sokkal vastagabb folyadék-rétegen nézünk keresztül, mintha a rendes mód szerint, vízszintesen tartott spektroskoppal történik a vizsgálat; s így a redukált haematin csikja vagy csikjai is sokkal erősebben lesznek láthatók.

Mindent összefoglalva azt mondhatom, hogy ez a vérkimutató eljárás rendkívül érzékeny. Több ízben összehasonlítottam a Heller-féle próbával, melyet a klinikusok olyan előszeretettel használnak a vizeletbeli vér kimutatásakor s a mely kémlés maga is igen érzékeny; ezen összehasonlító kísérletek azonban azt derítették ki, hogy az én eljárásom a Heller-próbát is felülmulja érzékenység dolgában, mert több esetben (igen kevés vér kimutatásakor), mikor a Heller-próbánál képződő csapadék alig sárgászöld színű mutatott, úgy hogy az ember nem merete volna a vér jelenlétét határozottan megállapítani: akkor az én eljárásom határozottan positiv eredményű volt. Természetesen némi gyakorlat e reactio megejtésében is szükséges; de ha ez megvan, akkor a kémlés sokkal gyorsabban ejthető meg, mint a Heller-féle vérpróba (kalilúggal melegítés), mert némi gyakorlat után nincs szükségünk arra, hogy az egyes alkotórészeket külön lemérjük, hanem ezt már szemmérték szerint is könnyen megtehetjük; azonkívül a melegítés idejét is megtakarítjuk. A kémlés érzékenysége mindenek felett attól függ, hogy mily mértékben sikerül a reactio végén leönteni a fölösleges folyadékot, továbbá a borszesz utólagos hozzáadásától, mert sokszor tapasztaltam, hogy az alkohol hozzáadása után az apró vérpelyhek sötétebb színűvé, tehát jobban feltűnővé lesznek.

Hogy a kémlés mennyiben volna használható a fehérje kimutatására, arra vonatkozólag nem végeztem behatóbb kísérleteket. Csupán egy esetben próbáltam meg, igen hig vizes oldatot készítve (a fehérjeoldat ez esetben oly hig volt, hogy salétromsavval melegítve csapadék nem képződött, csupán gyöngye opalescentia mutatkozott); ebben az esetben igen szépen feltűnő rétegben jelent meg a fehérje a chloroformos réteg felszínén; természetesen nem vörös, hanem fehér színben. Azt hiszem, hogy a vizeletbeli fehérje kimutatása is jól sikerülne ilyen módon.

Valószínűnek tartom, hogy a leírt eljárás arra is használható volna, hogy valamely folyadékban quantitative pontossággal határozzuk meg a benne foglalt vérnek összes mennyiségét, mert hisz az egész eljárás tulajdonképpen analogonja annak, a mikor valamely folyadékból a meghatározandó alkaloidát vagy egyéb organikus alkotórészt aetherrel, chloroformmal, amylalkohollal stb. kirázzuk és azután a kivonó folyadékot elpárologtatjuk. A mi esetünkben ezt az elpárologtatást természetesen a leszűrés, illetőleg a kivált vérnek a szűrőn való felfogása helyettesítene. Hogy azonban mily mértékben, vagy milyen módon volna használható az eljárás ilyen mennyi-leges vérmeghatározásokhoz, azt csak behatóbb vizsgálatok dönt-
hetnék el.

¹ Csak fehérjére lehetne gondolni, mert az is kicsapódik, ámde nem vörös színű. A vizelet normális alkotórészei egyáltalán nem válnak ki.

Vége az a kérdés is támad, hogy a leirt eljárás mennyiben volna értékesíthető törvényszéki vizsgálatok alkalmával. Az a néhány kísérlet, melyet ebben az irányban (ítatópapirosra beszárított, methaemoglobintartalmú vérrel) végeztem, szintén biztató eredményű volt. A vérfoltokat részint langyos destillált vízzel, részint kalilúggal gyengén lúgossá tett vízzel vontam ki a papirosból; utóbbi esetben azonban szükséges, hogy utóbb hig ecetsavval gyengén savanyúvá tegyük a vérnek oldatát. Így eljárva, igen szépen sikerül a reactio. Ily kis vérmennyiségek vizsgálatakor természetesen nagyon fontos, hogy az alkohol és a chloroform mennyiségét megfelelő arányban csökkentjük.

Törvényszéki esetekben különösen akkor volna helyén ennek a vizsgálati eljárásnak az alkalmazása, ha arról van szó, hogy nagy mennyiségű folyadékából, például abból a vízből, melylyel a vérfoltokra gyanús ruhaszövetet stb. kimostuk, aránylag igen kis mennyiségű vért akarunk kimutatni, olyan módon, hogy egy tömegbe összegyűjtjük, leválasztjuk azt, még pedig nem elbontott vagy chemiailag kötött alakban, hanem mint szin vért, mely szükség esetén bűnjelként is eltehető vagy az iratokhoz mellékelhető volna.

Az orrsövény gümőkórjának sebészi gyógykezeléséről.

Irta: *Ónodi A.* dr., cz. egyetemi ny. rk. tanár.

Az orr, különösen az orrsövény a levegő által való fertőzésnek, a gümöbacillusok által való inoculationnak ki van téve. A hámréteg folytonossághiánya, a furkáló ujj által okozott hámsérülések elősegítik az elsődleges gümőkóros fertőzést. Gyakrabban fordul elő az orr nyálkahártyájának másodlagos gümőkóros megbetegedése. Az orrnyálkahártyának gümőkórja minden életkorban elég gyakori a praedilectió helyén, az orrsövény porc részén; ritkábban található az első életévétől kezdve. A gümőkór az orr nyálkahártyájának más helyén is, továbbá az orrkagylókon, ritkábban az orr melléküregeiben és csontos vázában fordul elő. A Koch-féle gümöbacillus jelenléte a szövetekben és a váladékokban meg lett állapítva. Az orrüreg relatív csíramentességének lelete, valamint egyes kísérletek alapján az orrnyálka bakteriumölő hatását vették fel, de másrészt ezzel szemben tartózkodó és tagadó vélemények is állanak fenn. A fertőzés a mesterséges sérüléseken, a fekélyesedéseken és a hámsérüléseken kívül a bacillusoknak a mirigyek kivezető esőibe való bevándorlása által, valamint a belégzett levegőben levő bacillusok által por vagy finom eseppek alakjában is bekövetkezhetik. Az orr gümőkórja beszűrődött, fekélyes és proliferatív alakban fordulhat elő. A beszűrődött alak a nyálkahártya hiánya és kiemelkedése nélkül egy ideig mint latens gümőkór állhat fenn. A beszűrődés lapos, szürkés, vöröses duzzanatot mutat, azonkívül daganat-szerű tuberculomák, felületen eróziók vagy mélyreható fekélyesedések, sarjakkal is fedve, fordulhatnak elő. Az orrsövény átfuródása is fennállhat. A luposus daganatok ugyanazon képet adják, mint a tuberculomák. Az orrsövény átfuródása és a dudorzos szélék gyanúsak gümőkóra, az elkülönítő kórjelzésnek a bujakkört kell kizárni, ez utóbbi fekélyesedéssel, az orrsövény átfuródásával, büzzel, csontdestrucióval és neuralgiákkal lehet összekötve. A bujakkór és a gümőkór egyéb tünetei a szervezetben, valamint a szövetrészek gócsövi vizsgálata és a megengedett bujakkórellenes gyógykezelés eldöntik a kórismét. A differentialdiagnostikai szempontból még tekintetbe jöhető csomók és fekélyesedések scleromában, leprában stb. klinikailag és szövettanilag kizárhatók. A gümőkór mellett szólanak a gümők, az elsajtosodás, a Koch-féle bacillusok és az óriássejtek. Meg kell jegyezni, hogy a bacillusok nem mindig vagy nehezen találhatók a szövetekben és hogy az óriássejtek bizonyos körülmények között nemesak a tuberculomákban vannak meg. Vegyes alakok is előfordulhatnak. A kezeléskor éteteszerek alkalmazatnak, továbbá a sarjak, a tuberculomák eltávolítatnak kaecsal, éles kanállal; a gümős gócz kikaparása az étetéssel is össze lett kötve. A tejsav mellett a meleg levegővel való cauterisatio is alkalmazást talált. Mindamellét ismételtelen jelentkeztek a recidivák, a mit magunk is csak megerősíthetünk, noha gyógyeredményeket is feljegyezhetünk. A latens góczok gyakorisága megmagyarázza az aránylag ritka állandó gyógyeredményt. A recidivák éppen a rejtett góczok elkerülésére vezethetők vissza, a

gümöbacillusokat tartalmazó góczok hátrahagyására a kikapart és étetett terület mélyében. Látszólag gyógyult helyek szövetrészei a gócs alatt kórosnak bizonyulhatnak. Ezek mellett azonban az elváltozásoknak egy bizonyos ideig való jóindulatúságát hangsúlyoznunk kell. A gümőkóros fekélyek kikaparása és étetése, továbbá a tuberculomák eltávolítása, kikaparással egybekötve, sok esetben nem tudta megakadályozni a recidivák keletkezését. Ezen beavatkozásokat több okból gyökeres sebészi kezeléssel kell pótolni. Két eljárás az, mely alkalmazásba jöhet: az orrsövény kóros részletének endonasalis resectiója, továbbá az orr előzetes felhasításával az orrsövény resectiója. A gyökeres sebészi kezelés mellett szól a manifest elsődleges gümőkóros elváltozások eltávolításának és a rejtett góczok kiküszöbölésének lehetősége, a mi által a további gümőkóros fertőzés megelőzhető, továbbá hogy a tuberculomák és a fekélyek is gyakran az orrsövény átfuródásához vezetnek. Az a félelem, hogy a sebészi beavatkozással okozott sérülések újabb invasiós helyekké lehetnek, túlzott, bár meg kell jegyeznünk, hogy a gümőkór inoculatioja a sebbe előfordulhat. *Riedel* végezte először a gyökeres műtétet az orrsövény gümőkórjánál, az orr előzetes felhasításával reszekálva a kóros orrsövényt. A recidiva háromnegyed év után jelentkezett.

Magunk egy nagyon érdekes esetet észleltünk, a hol a klinikai kép és a gócsövi vizsgálat rosszindulatú daganat és gyökeres műtét mellett szólt. Az orr felhasítása után reszekáltam a kóros orrsövényt 38 mm. hosszúságban, 30 mm. szélességben és 12 mm. vastagságban. Minthogy még egy rejtett gócz (sarjadás az orrsöntök alsó harmadában) volt látható, eltávolítottam ezen rejtett góczot is az orrsönt és a felső álsont homloknyújtványának resectiójával. Az ép szomszédságot 5—10 mm.-nyi kiterjedésben thermokauterrel pusztítottam el. Az újragos szövettani vizsgálat mutatta, hogy tulajdonképpen tuberculomáról volt szó, az orrsövény elsődleges gümőkórja volt jelen ezen esetben. A beteg két évig recidiva nélkül jól érezte magát, azután az általános gümőkór tünetei jelentkeztek. *Pasch* egy esetben felhasította az orrot, hogy az orrsövény góczait jobban hozzáférhetővé tegye. *Freer*, *Koerner* és *Beese* az orrsövény endonasalis resectióját végezte. Az orrsövény endonasalis resectiója érzéstelenítéssel és submucosus infiltrációval rövid élű keskeny gombos késsel az orrsövény egészséges részében történik. A vérzés csekély. A helybeli kezelés áll tamponade-kenőcsnek és a szélek ecsetelésének alkalmazásában; a gyógyulás három egész öt hét alatt következik be. Az említett gyökeres műtétek javallatának felállítására az elsődleges orrsövény gümőkórjában a manifest tünetektől, a fekélyes folyamat és a tuberculoma helyétől, nagyságától és kiterjedésétől, valamint az előfordult recidiváktól függ. Hogy az orr felhasítása rejtett góczokat, sarjakat felderíthet, azt a tapasztalat megmutatta. Még rá kell mutatni a gümőkóros beszűrődésre a nyálkahártya hiánya és kiemelkedése nélkül, a negatív orrleletre, mely a gyökeres műtét ellenére recidivákat okozhat és egyideig gyógybeavatkozásokra okot nem szolgáltat. Az elsődleges orrsövénygümőkórban a gümőkóros fertőzés kizárásának lehetősége szól a gyökeres sebészi kezelés mellett. Azon esetekben, a melyekben a kagylók, a melléküregek gümőkóros elváltozásai vannak jelen, a megfelelő beavatkozásokra kerül a sor. Általános gümőkórban a másodlagos fekélyek az orrban helybelileg kezelendők tisztán tartással, porbefúvással vagy ecseteléssel anaesthesinnel, menthololajjal, továbbá mérsékelt étetéssel.

Az orrsövény gümőkórjának gyökeres műtétét csak elvétve végezték. Idevonatkozó ismereteink és tapasztalataink rövid összefoglalásának az a célja, hogy a figyelmet ezen kérdésre irányítsa és további kísérletekre és megfigyelésekre serkentsen.

Közlés az Erzsébet királyné-sanatoriumból.

A tüdőgümőkór hydrotherapiája.¹

Irta: *Okolicsányi-Kuthy Dezső*, egyet. m. tanár, igazgató-főorvos.

Egy évtized óta foglalkoztat a tüdőgümőkór hydrotherapiájának kérdése és az, vajjon mennyiben értékesíthető a vízkezelés a tüdőbeli tuberculosis modern, úgynevezett hygienés-diaetás gyógyító-módjában?

¹ Előadás a magy. szent korona országai Balneologiai Egyesületének 1909. évi congressusán.

Több mint 10 éve, hogy már alkalmam volt, mint a Fásor-sanatorium vizgyógyintézete vezetőorvosának, könnyű tüdőbetegeket ambuláner hydriatice kezelni. Az eredmények ezen, életmódjukban alig vagy egyáltalán nem befolyásolható betegeken is kielégítőnek bizonyultak, mint a hogy arról az 1900.-i nápolyi tuberculosis-congressuson és mindjárt utána e helyütt is szerencsém volt beszámolni.

1901 ősztől fogva azután mostanig, mint a 126 ágyas Erzsébet-sanatorium vezetőjének, bőven került alkalmam minden stadiumú tüdőgümőkór-eset hydriatikus kezelésére s az esetek klinikai megfigyelésére.

Az első 1000 betegen tett tapasztalatokról úgy a külföldi szaksajtóban, mint a magyar balneológiai congressuson és e lap hasábjain is, 1904-ben számot adtam.

Máig a betegfelvételi naplónk numerusa jóval 3500 fölé emelkedett s erre a jelentékeny betegszámra vonatkoznak vizgyógyászati tapasztalataink is.

A hydrotherapiát ugyanis kezdettől fogva lehetőleg az intézet minden betegén segítségül vettem s 7¹/₂ év alatt nem volt rá okom, hogy ez álláspontomtól eltérjek.

Ma a vizgyógyászati kezelés a sanatoriumi therapia egyik főteendőjeként áll előttünk, sőt szemünkben a modern intézeti gyógy mód leghatalmasabb három faktora közt szerepel. Nem habozunk kijelenteni, hogy a bőséges szabadlevegő-élvezet, a megfelelő hydriatika és a kellő táplálás teszi azt a triaszt, melynek idejekorán való alkalmazása kellő consequentia és kitartás mellett a veszedelmes infectious granulomás kórfolyamatot a javulás útjára terelheti s utóbb meg is gyógyíthatja.

A sanatoriumi therapia többi eszköze csak mintegy kiegészíti a munkát. A beteget érhető ártalmak kizárása csak elősegíti a gyógyulás sima menetét, a testi nyugalom különböző fokú megőrzése pedig inkább csak a már előrehaladottabb esetek gyógyításának sine qua nonja.

Kivéve az éppen haemoptoëban szenvedőket, az Erzsébet-sanatorium minden betege részben a megfelelő individualizált vizgyógyászati kezelésben. A mult napok egyikén például az intézet 126 ápolója közül 112 kapott reggeli vízkúrát és pedig:

34-en	kaptak nedves-hideg részleges ledörzsölést,
27-en	„ félfürdőt,
33-an	„ lehűtött esődust,
18-an	„ hideg esődust, rákövetkező hideg sugárral a hátra.

A sanatoriumi gyógy mód e hydriatikus componensét, a hideg ingernek megfelelő adagolása mellett, határozottan meg is kedvelik a betegek, annyira, hogy ha az új beteget intézeti tartózkodása első napjaiban a visite-en hogyléte felől megkérdezzük, a még be nem fejezett acclimatisatio nem ritkán depressiv hangokat is vegyít a válaszába, de azonnal felesillan a szeme, mihelyt azt kérdezzük tőle, hogy a „fürdője“ (félfürdő) hogy esett, és mindig megelégedést mutat a felelet. Meg vagyok róla győződve, hogy betegeink a vízkúrát éppen oly nehezen nélkülöznék, mint akár a szabad levegő bőséges élvezetét. Erre vall egy statistikai megállapításunk is, mely első ezer betegünkre vonatkozott s mely szerint azok 68⁰/₀-a az intézeten kívül is folytatta tehetsége szerint vízkúráját, használt valamelyes hydriatikát edző szerül és roboransként.

Az egyik csak reggelente végzett törzsmosásokat adott tudunkra, a másikon a hidegvizes lemosások már az egész testre kiterjedtek; sokan rendszeres részleges ledörzsölést alkalmaztak, számosan naponta félfürdőt vettek és a szépen megjavult betegek jó része dussokat applikáltatott magán. Éjjelre az eltávozott betegek legtöbbször odakinn is használta a keresztkötet még jó ideig, nyár szakán pedig a megerősödött betegek szorgalmasan fürödtek szabad vízben is. S a nők még buzgóbbak voltak a hydriatika tovább használásában, mint a férfiak. 73·6⁰/₀ nővel szemben 65·2⁰/₀ férfi áll jelzett statistikánkban a tovább vízkúrázó betegek között, a mit persze az a körülmény is érthetővé tesz, hogy a nőbeteg mégis inkább rendelkezik szabad idő felett, mint a férfi.

A mi tapasztalataink alapján pedig ma már megdönthetetlennek látszik előttünk a tétel: hogy a hydrotherapia nemcsak elsőrangú prophylaktikus eszköze a gümőkór elleni küzdelemnek, hanem

a modern phthiseotherapia egyik legkiválóbb gyógytényezője is, a tüdőgümőkór valamennyi szakában.

Az Erzsébet-sanatorium anyaga átlag ¹/₄ részben I. időszakbeli, fele részben II. és további ¹/₄ részben III. időszakbeli betegekből áll.

Hydrotherapiai methodikánkat az 1904.-i magyar balneológiai congressuson részletesen ismertettük¹, erre itt nem térhetünk ki s e részben alább csak rövid összefoglalást iktatunk ide és eljárásunk némely modificatióját fogjuk ismertetni.

Ki akarnók fejteni azonban jelen alkalommal általánosságban azon előnyöket, melyekkel a tüdőgümőkór vizgyógy módja a bántalom különböző szakáiban jár.

Az apicitis specifica „prodromalis“ tüneteinek időszakában, azaz a szoros értelemben vett kezdődő esetekben a methodice alkalmazott hideg ingerek mindenekelőtt mint diateticum és tonicum hatnak; leküzdik a már jelentkező, habár még többnyire intermittens étvágytalanságot és a beteg általános atoniáját, astheniáját. A motorius és secretorius beidegzés emelése, a szívizom erősítése, a veseműködés fokozása és e révén a még alig elváltozott apex „csirázó“ beteg gőczából felszívódott legelső toxindosisoknak már jobb eliminálása a szervezethől: a hydrotherapia főelőnyei ez időszakban. És a vízkezelés ezen initiális szakban ki is fejtheti az ő teljes hatékonyságát, mert ekkor még nem pattog és csattog bacilláris colliquatiós termék a tüdőcsövek nagyobb ágaiban s bátran előidézhetünk hideg ingerünkkel mélyebb belégzéseket, a tüdő alsó részeiben specifikus aspiratiós lob (bronchopneumonia) fejlődésének veszedelme nélkül. Intensívebb hidegalkalmazással sem zavarjuk meg ilyenkor az úgynevezett relatív tüdőkiméletet, vagyis azt a tendenciáját a szervezetnek, a melyet Tendeloo tanulmánya alapján oly szépen kifejtett Rubel² s a mely abban a törekvésben áll, hogy a lobosan megbetegedett lélegző szervnek minél teljesebb functionális nyugalom biztosítsassék. Ezt a relatív tüdőnyugalmat egészen initiális esetekben az energikus vízműveletek sem érintik, mert ez időszakban még rendszerint hiányzanak basalis pleuraösszenövések, tüdőszéli metastasisok még kevésbé vannak jelen és így a normaliter legnagyobb respiratorius kilengésű alsó lobus a nyugalmat igénylő felső lebeny helyett a vikariálós működést könnyen átveszi és meggyőzi.

A Turban-téle első szak már kifejlődött eseteiben, a hol a gümőképződés a kezdeti állapoton már túl van, az „érett“ gümők már sajtos metamorphosison mentek át, az összefolyt sajtömböcskék itt-ott már (savófelvétel útján) a colliquatiós nekroszis képét adják s többnyire már bacilláris köpetesek is megjelennek; a hol a fajlagos toxinok fokozott diffúziója a beteg gőcz szomszédságában már hevesebb collateralis hyperaemiát és lobos jelenségeket provokált: ott az intensitive támadó energikusabb általános vízműveletekkel már óvatosan kell bánnunk. Itt már ne legyen a kezdeti hőmérséklet túlalacsony s a hideg inger alkalmazása lépcsőzetesen, successive történjék az enyhébb ingeren kezdve, hogy kellemetlen mellékhatások ne jelentkezzenek.

Ennek az alapelvnek helyességét előttünk a theoria és praxis egyaránt teljesen beigazolta s ha azt szem előtt tartjuk, akkor a racionális thermotherapia összes előnyei tisztán érvényesülni fognak: a növekedett szív- és értonus megjavítja a tüdőszövet táplálkozását; a Strasser által talált a toniás congestio-nak nevezett lobos vérkeringési állapot ellen hatunk; a gyomor-bélrendszer zsongítása (tonizálása) útján küzdünk a fertőzött test általános tápláltságának csökkenése ellen; a szervezet detoxinasiója a fokozott diuresis által (úgy lokálisan a tüdőben, mint általánosságban) gyorsabb és teljesebb lesz; a vér alkaliságának emelkedése (Strasser és Kuthy) zavarólag foly be a pathogen bakterium-életre; a fertőző váladék pangása még a finomabb tüdőcsőgakban sem jöhet oly könnyen létre; hasznos derivatiós és jótékony közvetetlen antiphlogistikus hatásokat érünk el; végül ellene dolgozunk vízkúránkkal a különben oly gyakori meghűléses hajlandóságnak és a refrigeratiós catarrhusok kifejlődésének, megvédve ezzel nem egyszer a beteget a sorsát annyira súlyosbító másodlagos fertőzés alkalmától is.

¹ Kuthy: Hydrotherapiai tapasztalatok 1000 tüdőgümőkóros beteg. Orvosi Hetilap, 1904. 35—36. szám.

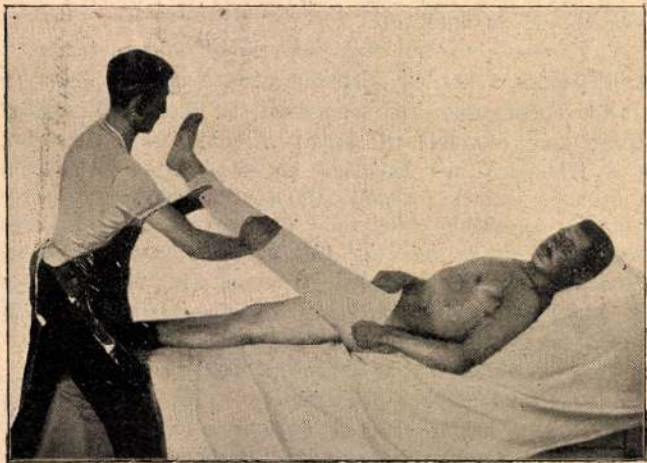
² A. N. Rubel: Funktionelle Ruhe der Lungen und Koordination der Athmungsbewegungen bei Lungentuberkulose. Zeitschrift für Tuberkulose, X. kötet, 3—4. füzet.

A tüdőgümőkór II. időszakában már többnyire *antifebrilis* irányban is mozgósítanunk kell hydrotherapiánkat. Szándékosan nem használtuk ezt a kifejezést, hogy *antipyretikus* irány, mivel a láz főtünetét nem az emelkedett hőmérsékletben látjuk, hanem a vele koordinált egyéb toxikus jelenségekben (főleg a szívgyöngeség, érellazulás és szervi degenerációk symptomáiban) és például a szorgalmasan változtatott hidegvizes törzsborítások igazi hatását lázas betegen nem az antithermikus eredményből ítéljük meg, hanem elsősorban annak kedvező befolyásából a szív és az erek tonusára, rugalmas feszülésére, a mivel a *circulatio* jelentős javulása jár.

Ha a beteg láztalan, ha specifikus endotoxinok (proteinek) nem keringenek a vérben, akkor a *lege artis* alkalmazott hideginger kitűnő *diureticuma* még mindig nagy hasznunkra van a Koch-bacillus anyagcsere-termékeinek gyorsabb eltávolításában és megakadályozhatja a sejtmérgezést, mely nem ritkán láztalan betegen



1. ábra. A nedves-hideg részleges ledörzsölés első mozzanata: a felső végtag ledörzsölése. (Eredeti felvétel.)



2. ábra. A nedves-hideg részleges ledörzsölés második mozzanata: az alsó végtag ledörzsölése. (Eredeti felvétel.)

is a szemünk előtt folyik le fokozódó cachexia képében, a testsúly állandó esőkenése, növekvő másodlagos anaemia, sőt olykor voluminos toxikus gelatinosus tüdőlobok kifejlődése közben.

A szervezet küzdelme a kórnemző csirával, mint tudjuk, főképpen a vérben és a szövetnedvekben folyik le. Ez a küzdelem végső lényegében chemiai fegyverekkel történik, de mechanizmusa is van neki az újabban ismét nagy hitelre szert tett phagocytosis képében. A *Winternitz* iskolája és *Rovighi* által felismert hydriatikus *leukocytosis* ez által a pthiseo-therapiában is fokozott jelentőséget nyer; a hidegingernek által gátolt leukocyt-pangás, a *Kowalski* szerint hideghatásra fokozódó sebességű nyirokkeringés, ugyancsak segítségünkre van a súlyos bántalom leküzdésében.

A tüdőgümőkór gyógyulása, mint ismeretes, lokális *fibrosis* útján történik, tehát a kötőszövetünk segítségével. Egyik főczélja a therapeutikus igyekezetnek tehát a kötőszövet erősítése kell hogy legyen. Azon kell lennünk, hogy ez a tüdőbeli kötőszövet

a bakteriumméreg lobingerére ne epitheloid-sejtek csoportjait (= elemi tuberculum) hozza létre, hanem fibroblastokat termeljen, melyek a helyett, hogy szaporítanak a kóros góczok számát, még a meglévőket is körülzárják és ártalmaflanná tenni igyekezzenek. És a kötőszövetnek emez „erősítése” annak jobb táplálása útján érhető csupán el, a mit a bővebb vérrel való ellátás és a szétesési termékek szabatos elszállítása eredményez, annyival inkább, mert ez utóbbi tényező biztosítja legjobban a kóros gócz körüli tüdőstroma megfelelő méregtelenítését is. És nem lehet benne kétség, hogy a *circulatio* javítására szolgáló eszközeink között, kivált egy a mechanikai ingernek alig hozzáférhető zsigerben, a hidegingernek methodikus alkalmazása az első helyek egyikén áll.

A tüdőgümőkór III. szakában az antifebrilis hydrotherapiának rendszerint még tágabb tere van, a lehető gyors méregteleníté-



3. ábra. A nedves-hideg részleges ledörzsölés harmadik mozzanata: a hát ledörzsölése. (Eredeti felvétel.)



4. ábra. A nedves-hideg részleges ledörzsölés negyedik mozzanata: a mell ledörzsölése. (Eredeti felvétel.)

tésre még inkább kell törekednünk, a szív erejének fentartása még nagyobb gondunkat igényli, nehogy például a *Krönig*-féle „lépcsős szívtompulat” vagy a tricuspidalis felett izoláltan hallható functionális systolés-zörej a jobb szív dilatációját mihamar elárulja nekünk vagy az általános pangásnak habár csekély jelei (minő a legújabbau a washingtoni gümőkór-congressuson *Unterberger* által kiemelt kistokú májtumor) a szív erejének jelentősebb fogyására mutathassanak.

A bántalom ezen előrehaladott eseteiben a tüneti vizkezelést is annál inkább kell szerepeltetnünk, minél kifejezettebbek az emésztőrendszer anomaliái, alig vagy csak kevésbé zavart általános tápláltsági állapot mellett. A míg még a sejtre, mint basisra, therapiánk támaszkodhatik, addig nem szabad a játszmat feladnunk. A gyomorbeltractus működése nem ritkán még kétségbeesettnek látszó esetekben is újra megjavulhat s a szervezet erőbeli viszonyai ismét jobbra fordulhatnak.

Nagyobb tompulatok magukban véve ne aggaszszanak mindenkor a tüdőgümőkór III. időszakbeli eseteinek prognosist illetőleg (már *Felix v. Niemeyer* mondta, hogy szinte jobban szereti az olyan tüdővészeseletet, melyben kifejezett tompulatra akad a vizsgálat) és ismeretes, hogy még nagy tüdőbarlangok falában is megindulhat a reparatív fibrosis; csak arra kell törekednünk, hogy a toxaemiát minél jobban leküzdhezzük, vagy legalább mérsékelhessük addig, míg a kötőszövet reakciós productív lobja megindulhat és általánossá válhatik.

A mi a methodikát illeti, az ágyhoz kötött betegeken a láz hőfoka szerint 2—1 óránként váltogatott hideg törzsborítások és az 1—2-szer napjában alkalmazott nedveshideg részleges ledörzsölés (1—4. ábra) szerepelnek főképpen; a gyengébb ambulans betegeknél a félfürdők (32—28 C° kezdeti hőmérséklettel); a javulás szakában a 35 C°-ról a természetes hőfokra gyorsan és mégis ugrás nélkül lehűtött kellő nyomású esőduss; végül a gyógyulásban már előrehaladottnál és a legjobb indulatú esetekben a hideg esőduss, rákövetkező rövid hideg sugárdussal a hátra. Ezt az egész testre ható hideg vízműveletet télen vagy még nem kellőleg restaurált panniculussal rendelkező egyéneken megelőzi a *Winternitz* horizontális sugarú gőzpermetéje (5. ábra).

Átmenet nélküli erős thermikus ingerrel, mint látható,



5. ábra. Az előmelegítő gözduss. (Eredeti felvétel.)

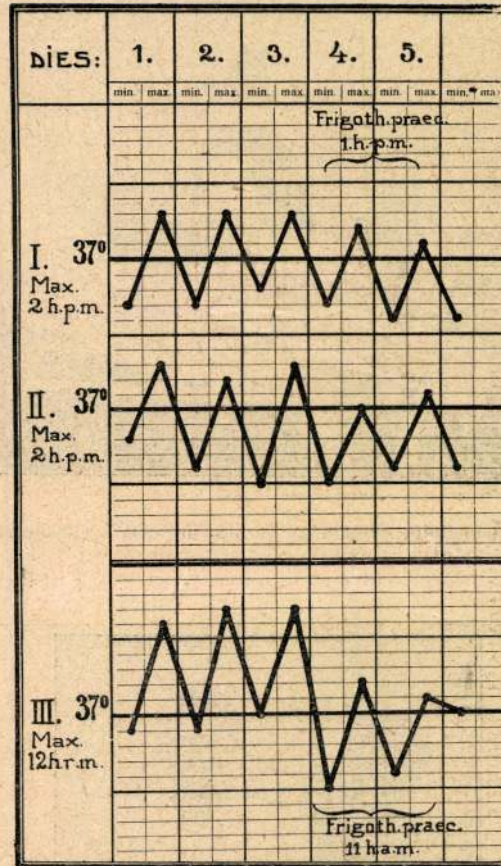
csakis a legjobb indulatú esetekben hatunk a szervezetre: tartósan és teljesen láztaalan betegeknél (maxim. hőmérsék 37 C°), kiknek testsúlya növekedőben van, a hol colliquatiós jelenségek nincsenek, higan folyó váladéktól származó nedves szörtyögések hiányoznak, a folyamat inactív s a tüdőcirrhosis útján nyugodtan halad előre.

Hogy az utolsó években ezt az alaptételt kikristályosítottuk magunknak, ez a fő tapasztalati eredménye közel 4000 tüdőbeteg hydrotherapiás kezelésének az Erzsébet-sanatorium eddigi 7 1/2 éves működése alatt. Amaz alapvető principiummal elkerüljük minden még activitásra csak gyanús esetben is az erőltetett túlmély belégzések kiváltását, melyek az impetuosus hidegengerre bekövetkeznének; kiméljük a tüdőt s eltávolítjuk a betegtől az aspiratiós fajlagos bronchopneumoniák elősegítésének veszedelmét.

Phthiseohydrotherapiánk részletei közül megemlíteni óhajtjuk mai felfogásunkat a lokálishideg alkalmazásokról tüdővérzés eseteiben. Arteriosus vagy arteriovenosus vérzések eseteiben, melyek a tüdőnek a szívvvel szomszédos részleteiből eredhetnek, az utóbbi években mindig elkerüljük a lokális hűtést, nevezetesen a jégömlőt, nehogy a jobb szívet erősen tonizálva, az intrapulmonális vérnyomást felemeljük. Ezen álláspont betartása a specifikus arteritisek és periarteritisek révén szakadékonnyá vált érfalakra tekintettel mindenképpen kívánatosnak bizonyult és sokszoros tapasztalás igazolja a hasznát. A mióta a jégömlőt haemoptoë esetén csak akkor

alkalmazzuk, ha a vérszörtyögést a csúcsokban vagy a tüdő oldalsó basális részében halljuk, avagy egyébként kell a vérző gócot ott gyanítanunk, azóta jóval kevesebbszer látunk haemoptoëkat elhatalmasodni s időbelileg erősen kinyúlni. Passiv hyperaemia által feltételezett haemoptysisek (például az úgynevezett „hemoptysies matutines“ esetei, melyek szintén leggyorsabban akkor szűnnek meg, ha a betegnél az agynyugalmat félbeszakítjuk) természetesen más megítélés alá esnek: itt a szívtáji hideg Leiter-hűtés vagy a jégömlő tünetileg curative hathat, sőt a nedveshideg részleges ledörzsölés vagy éppen a hűvös félfürdő tonusos befolyása hozhat jó eredményt.

A praecardiális hűtések (Leiterrel hűtött szívtáji borítás vagy jégömlő) már évek óta elég megbízható antipyretikus hatásúaknak bizonyultak előttünk subfebrilis (maximum 37.3—37.5°) vagy febri-



6. ábra. A szívtáji hűtés lázellenes hatása két subfebrilis és egy febriculás betegen (Erzsébet-Sanatorium).

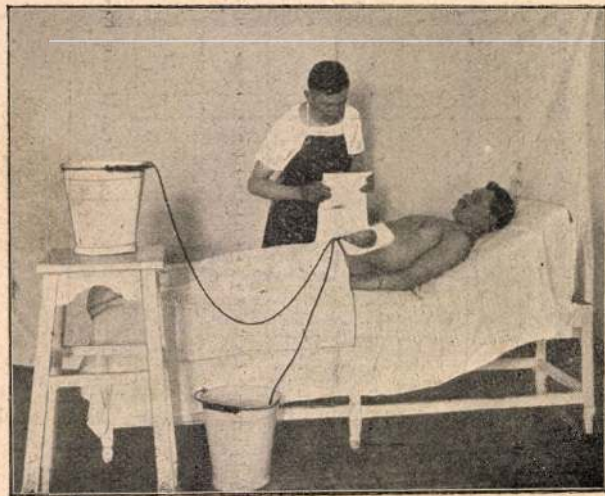
culás (maximum 37.6—37.9°) betegeken. Időközben ezt az érdekes hatását a szívtáji hűtésnek különböző oldalról megállapították és „frigothérapie précordiale“-nak is elnevezték. Újabb tapasztalataink csak további igazolását szolgáltatják eme szelid antithermikus befolyásnak (6. ábra), úgy hogy az initialisabb esetek ama relative legkönnyebben leküzdhető (rendesen ebéd utáni) enyhe hőemelkedései ellen a „szívűtést“ gyakran veszszük igénybe egyenesen antipyresis céljából.

A *Winternitz*-féle melegített gyomorborítások (fomentation d'estomac, 7. ábra) továbbra is kitünően beváltak a phthisikus gyomorneurosisok sokszereű tüneteinek kezelésében, éppen úgy, mint a gyomortáji hűtések az atoniás anorexia leküzdésére.

Egy kezdettől fogva gyakorolt eljárásom célirányossága a gyorsan emelkedő láz gátlására tapasztalataim gyarapodásával még világosabban áll szemünk előtt. Abból kiindulva, hogy a gyorsan felszálló láz *Maragliano* plethysmographiai vizsgálatai szerint periferiás érgörccs által előztetik meg, mely a heves febrilis stadium incrementit lehetővé teszi és egyszersmind a jelentkező borzongás és rázóhideg oka, egyszerűen száraz durva törülközővel végzett részleges ledörzsölést szoktam ilyenkor haladék nélkül alkalmaztatni. A száraz frictio mechanikai ingerének értágító hatása valósággal kupirozza, elvágja a borzongást, sőt kellő kivitel mellett a rázóhideget is: az előbb még fázó bőrt előnti az activ hyperaemia

meleg vérbősége, a fázás megszűnik s a lázas hőemelkedés is némiképpen gátolva leszen. Igaz, hogy ugyanazt, sőt antithermikus tekintetben talán még valamivel fokozottabb eredményt lehetne elérni megfelelő hydriatikus eljárással, jelesül nedves hideg részleges ledörzsöléssel, de míg ez utóbbi a borzongó betegre nézve subjective a lehető legkellemetlenebb művelet, addig a száraz frottage-t a beteg a legszívesebben viszi.

További gazdagodását jelenthetné a physikális phthiseotherapiának nézetünk szerint az izzólámpás szekrény (az úgynevezett „villanyos fényfürdő”) alkalmazása. Ezen kitűnő izzasztó eljárás hasznát illetőleg, sajnos, önálló tapasztalatokkal a megfelelő berendezés hiánya miatt nem rendelkezünk, de nyilvánvaló dolog, hogy



7. ábra. A melegített gyomortáji borítás felvétele. (Eredeti felvétel.)



8. ábra. A keresztkötés felvételének egyszerű módja, egy a mellén alkalmazott renversével. (Eredeti felvétel.)

ezen modern „fényes törökfürdőben” végzett rövid izzasztások a phthisikus chloroanaemiában, a tuberculosos egyéneknek meglehetősen gyakori nephritisek eseteiben hasznót hozhatnának s a gümőkóros alapon álló exsudatumok felszívódását is jelentősen gyorsíthatnák. Ez utóbbi annál nevezetesebb kíváncsi, mert mint tudjuk, manapság mind jobban idegenkedünk már a tüdőgümőkórban szenvedő egyének pleuraexsudatumainak kibocsátásától, hogy az izzadmányban foglalt antitestek a szervezet által resorbeáltatván, ennek a kórokozó bakterium elleni küzdelmében hasznára lehessenek.

Még csak egynehány képet óhajtunk ideiktatni a kereszt-

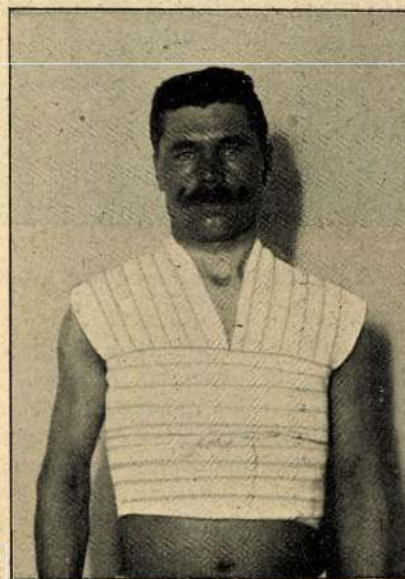
kötésnek általunk gyakorolt legegyszerűbb felvétési módjáról (8—10. ábra) és egy kis statistikát említenénk meg.

Ez utóbbi tanácsomra *Rajnik Pál* dr., intézeti I. segédorvos állította össze a *pulsusszám* viselkedéséről sanatoriumi betegeinken bizonyos (2—4 heti) vizkezelési periódus előtt és után.

A statistika 50 afebrilis betegre vonatkozik, a kiknek pulusszáma ismételten feljegyeztetett, mindig nyugalmi helyzetben és étkezés előtti időben. A betegek közül 16 volt I., 21 volt II. és 13 volt III. szakban levő. Ezen 50 láztalan egyén közül 2—4 heti hydrotherapia után 33 (= 66%) az *érlökés-szám csökkenését* mutatta,



9. ábra. A keresztkötés felvételének egy további szakasza. (Eredeti felvétel.)



10. ábra. A kész keresztkötés. (Eredeti felvétel.)

7 (= 14%) stationaer pulusszámmal bírt és 10 (= 20%) a pulusszám további emelkedését tüntette fel.

Az I. és II. betegségi időszak egyéneinek átlag 75%-ában állott be az érlökések számának csökkenése s csak 11%-ában volt pulusszámemelkedés; ellenben a III. stadiumbeli (láztalan!) betegek között a pulus csak az esetek 38%-ában lett ritkább, ellenben 46%-ban frequensebbé vált.

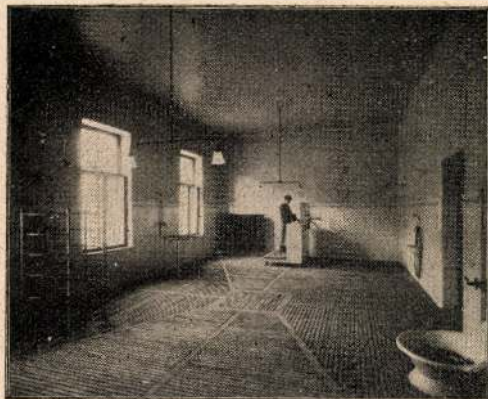
A pulusszám csökkenésének *foka* is érdekes viselkedést tanúsított a különböző stadiumú betegeken, a mi a nem igen előrehaladott eseteknek relative jobb prognosisáról fennálló általános nézetnek megfelelt. Ime:



11. ábra. Az Erzsébet-Sanatorium vízgyógyintézetéből. Félfürdő-adás. (A háttérben, a fal tövében, az ágynál adott részleges ledörzsölésekhez szolgáló vizes vödrök.)



12. ábra. Az Erzsébet-Sanatorium vízgyógyintézetéből. Balkéz felől a melegített gyomorborítás alkalmazása. Jobbról a duss-katedra.



13. ábra. Az algyógyi tüdőbeteg munkás-sanatorium vízgyógyintézetének dussoló részlete.



14. ábra. Az algyógyi tüdőbeteg munkás-sanatorium vízgyógyintézetének fürdőműveletekre szolgáló részlete.

A betegség szaka	A pulsuszám csökkenése	
	percenként 4—12-vel	percenként 14—22-vel
	a megrikkult érelkésési esetek hány százalékában fordult elő?	
I.	66.6 %	33.3 %
II. és III.	84 %	16 %

Ezek után azon meggyőződéssel zárjuk le fejtegetéseinket, hogy minden kartársunknak teljes meglepedésére fog szolgálni, ha a phthiseohydrotherapiát lege artis kitaróan alkalmazza.

Az Erzsébet királyné sanatorium példája után (11. és 12. ábra) be is rendezkedett arra hazánk másik két nagy tüdőbeteggyógyintézete: a 100 ágyas *békés-gyulai népsanatorium* és az ugyancsak 100 ágygyal rendelkező *állami munkás-sanatorium Algyógyon*, Hunyad megyében (13. és 14. ábra) s az orvosi magán-gyakorlatban is mindjobban kezd érvényesülni a phthiseohydrotherapia.

A berlini „Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus“.

A berlini csecsemővédelmi intézetek száma ismét megszapordott egygyel. Ugyanis június hó 4.-én volt a „Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche“ ünnepélyes megnyitása.

Az intézet, a mint neve is mutatja, birodalmi intézet. Költségeit nem a porosz állam fedezi, hanem társadalmi úton közadakozásból építették és tartják fenn. A mennyiben ez elégséges nem lenne, a hiányt a birodalmi kincstár pótolja. Az adakozásban részt vett a német nép minden társadalmi rétege. A pénzbeli adományokon kívül jelentős összegre rug a sok természetbeni ajándék. Az intézet majdnem minden ingósága: a butorok, betegápolási cikkek, műszerek, tejkonyha-berendezés, a könyvtár, sőt még a mintaistálló tehenei is magánemberek ajándéka.

Az intézet rendeltetése, hogy a szolgálatára álló eszközökkel a csecsemőkor physiologiáját és pathologiáját tanulmányozza, az újonnan felmerülő therapiái eljárásokat kipróbálja s így a gyermekhalandóság elleni actiót szakavatott tanácsokkal támogathassa. Hogy az intézet céljának minél inkább megfelelhessen, működését már a születés előtt kezdi meg, a mennyiben terheseket vesz fel, a kik szülésüket az intézetben várják be, s a gyermekágyból való felépülésük után is gyermekükkel együtt az intézetben maradnak. Ezenkívül az intézet igazgatójának joga van bármely tudományos szempontból érdekes csecsemőt anyja nélkül is felvenni.

Az intézet Charlottenburg nyugati részében a Mollwitz-Strasse-ban fekszik a „Schlosspark“ közvetlen szomszédságában. Tehát meglehetősen künn van a városból, ha ugyan a berlini kitünő közlekedés mellett egyáltalában lehet messzeségről beszélni. Az épület már architektonikus szempontból is érdekes. Ugyanis nem a szokásos klinikai modorban, hanem mint a Virchow-kórház, barokk-stylusban van építve. Az épület egy szélesebb középső tractusból és két keskenyebb oldalszárnyból áll, melyeket elől egy fedett és egy nyitott colonnade, hátul pedig egy keresztépületrész köt össze. A középső tractuson lévő főbejáraton bejutva, az emeletnyi magasságú, felül karzattal ellátott diszterembe jutunk. Ez alatt a souterrainban hasonló nagyságú terem van, mely állandó csecsemőügyi, gyermek- és anyavédelmi kiállításul szolgál. A földszinten vannak még az irodai helyiségek és a gazdagon felszerelt könyvtár, a mely a német könyvkiadócégek ajándéka. Az első emeleten az igazgató, a másodikikon pedig a segédorvosok lakása van elhelyezve.

A baloldali oldaltractus a tulajdonképpeni csecsemőklinikát foglalja magában s 50 csecsemő elhelyezésére szolgál. A csecsemők befogadására való szobák a földszinten és az első emeleten vannak elhelyezve. Minden szobához egy dajkaszoba s egy fayencekádakkal felszerelt fürdőszoba tartozik. A szobák egyszerű vízfestékekkel vannak festve és pedig embermagasságig fraise-színűre, azontúl fehérre, állítólag azért, hogy az örökös fehér szín egyhangúságát elkerüljék. A padló cement, a melyet mindenütt linoleum takar. A központi fűtésen kívül aesthetikai szempontból minden szobában

kandalló is van. A butorzat — a mely szintén ajándék — a csecsemő-osztályok szokásos berendezésével teljesen azonos. A második emelet a laboratóriumok céljaira szolgál. Itt van elhelyezve a bakteriologiai, histologiai, a több teremből álló chemiai és a Röntgen-laboratórium. Azonkívül egy anyagcserevizsgálatokra szolgáló és respirációs kamarával ellátott helyiség, a vivisectiók terem, a fényképező terem a hozzávaló sötét kamarával s a mérlegszoba. Természetesen mindezen helyiségek a modern technika minden vívmányával fel vannak szerelve. A jobboldali szárny a szülészeti osztályt foglalja magában. Itt vannak a terhesek és gyermekágyasok helyiségei, a szülőszoba a hozzávaló aseptikus és septikus műtőteremmel és sterilizálóval. Továbbá a koraszülöttek couveuse-szobája, vagyis jobban mondva terme. A helyiség üvegfalakkal három részre van osztva. A két szélső a koraszülöttek elhelyezésére szolgál, míg a középső, normális hőmérsékű helyiségben a személyzet és a couveuse-ből épen kikerült gyermekek tartózkodnak.

A hátulsó épületrészben vannak elhelyezve a tejkonyha, konyha, mosó- és vasalóhelyiség s a személyzet étkező- és lakóhelyiségei. A csecsemők számára való tejet az intézet mintaállója szolgáltatja. A tehenek fejés előtt egy mosószobába kerülnek, a hol alaposan megmosatnak. Innen mennek a fejőszobába, a hol sterilre mosdott személyzet végzi a fejést. A tehenek állandó állatorvosi felügyelet alatt állanak. A tej a fejő helyiségből egyenesen a tejkonyhába kerül. Az egyes tápkeverékek elkészítése különböző nagyságú, alul gázmelegítésre berendezett s felbillenthető edényekben történik. Ezután palaczkoztatnak s gőzsterilisátorba kerülnek, a hol 100 C° elérése után még 5 percig maradnak. A hűtés nem a sterilisátorban történik, hanem külön hűtőben, a mely a tejkonyha mellett közvetlenül fekvő hűtő teremben van elhelyezve. Az üvegek mosása rotáló kefékkel ellátott üvegmosógéppel, s azután a szokásos öblítőgéppel történik.

Az intézettel kapcsolatban egy melléképületben csecsemő-poliklinika van, a hol a bemutatott csecsemők orvosi tanácson kívül tejjel is el lesznek látva.

Az intézet célja az ápolónőképzés is lévén, korlátolt számban növendékeket vesz fel, a kik három évi kiképzés után mint „ápolótestvérek“ hagyják el az intézetet. Ezenkívül az intézet igazgatója tanfolyamokat tart a gyermek táplálásáról és gondozásáról, és pedig egyet az intelligensebb és egyet az egyszerűbb nők számára. Végül, hogy előkelő családok tagjai is elsajátítsák a csecsemő gondozását: hat hónapra beléphetnek az intézetbe, a hol az illető hölgy egy két szobából álló lakosztályt kap, a melynek egyikében ő lakik, a másikban pedig a gondjaira bízott csecsemő. Állítólag már sokan jelentkeztek e szerepre a berlini legelőkelőbb családok hölgyei közül.

Június 4.-én volt az intézet ünnepélyes megnyitása, a melyen a császári család is megjelent. A császár kifejezett óhajára a megnyitási ünnepély intim karakterű volt, s így aránylag kevesen kaptak meghívót. Nevezetesen a berlini gyermekorvosok közül csak Heubner és Finkelstein volt jelen. Az intézet igazgatója Keller. Kivüle mint igazgató-helyettes Langstein, a Heubner-klinika volt főorvosa van alkalmazva. Továbbá van még az intézetnek két paediatra segédorvosa és egy szülész. Hogy mily mértékben fog az intézet a kitűzött nagyarányú tudományos és szociális programjának megfelelni, azt a jövő mutatja meg. Mindenesetre Keller neve elég garancia.

Kovács Ödön dr.,
a „Stefánia“ gyermekkórház segédorvosa.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Richardière et Sicard: *Maladies de la nutrition*. Goutte, obesité, diabète. Paris. 378 lap. 15 ábra.

Richardière és Sicard munkája mint a Brouardel-Gilbert-féle „Traité de médecine et thérapeutique“ XII. kötete látott napvilágot.

Könyvük első felében bővebb történelmi bevezetés után a köszvény kór- és gyógytanát tárgyalják a szerzők s egypár jól sikerült illusztrációval és Röntgen-képpel érzékelik e nálunk ugyan csak ritka megbetegedést.

A hájkórról irt fejezetben a Bouchard-féle $\left(\frac{P}{H} = 3.7-4.3\right)$

formulát megfelelő correctiókkal ajánlják a testsúly meghatározására, hol P az illető súlyát kilogrammokban, H magasságát decimeterekben jelenti. E fejezet érdekes pontja az „obesité d'origin glandulaire“, hová szerző a Lorand-Carnot-féle endogen eredetű s a pajzsmirigy hiányos működésén alapuló elhízást, nemkülönbön a genitalis-adiposítást (pubertas alatti, férjhezmenés után támadó, anyaság következtében jelentkező s a klimax, illetve ovariectomia mellett keletkező elhízást) sorolja. Toxikus eredetű az alkoholos és bizonyos infectiók mellett jelentkező hájkór: így látott például Carnot monstrummá hízni többszörös diphtheriatoxin-befecskendés után házinyulat, sőt az ember is meghízhat a gümös fertőzés következtében — akárcsak az állat —, a hogy NoCARD gyakran talált hizlalt marhában tuberculosist. Az ilyen gümös fertőzés lefolyása — mint a szerzők kifejtik — lappangó és igen enyhe.

A mű legnagyobb, mintegy 200 oldalra terjedő részét a cukorbetegség ismertetésének szánták a szerzők: itt nekünk kevésbé megszokott s inkább csak a francziák által elfogadott dolgokra akadhat az olvasó: ilyen például a máj túlságos működése (hyperhépatie) és functioelgtelensége (anhépatie) következtében támadó diabetes. Szokatlan egy ilyen határozottan praktikus elveket követő munkában a cerebrospinális folyadék cukortartalmára vonatkozó vizsgálatok túlbő ismertetése, a diabetesnek ophoterapiával és váltakozó árammal való kezelése. A *conjugális* diabetes a szerzők többnek tartják, mint véletlennek. Szerintem, különösen a Lépine-féle s a vér virtuális cukortartalmára vonatkozó vizsgálatok ismerete óta, módosult felfogásunknak nem felel meg teljesen az aglycaemiás diabetes felvétele: vagy van ilyen s akkor az nephrogen eredetű, ezt pedig maguk a szerzők is kétségbe vonják, vagy az is hyperglycaemián alapul.

Máskülönbön ügyesen megírt könyvükben sok praktikus kérdésre adnak feleletet a szerzők: így a diabetes és életbiztosítás, a diabetes és házasság, a cukorbeteg és műtét eshetőségeit mind tárgyalják. Külön fejezetet szánnak a szerzők az alimentáris cukorvizelésnek és az *azoturiának*, melyet tulajdonképpen lappangó diabetesnek vélnek, hol a cukor már eltűnt a vizeletből, hogy a fokozott mértékben jelentkező húgysavnak adjon helyet.

Halász Henrik.

Vorlesungen über ärztliche Unfallkunde. Von Dr. Anton Bum, Privatdozenten an der Wiener Universität. Urban u. Schwarzenberg. 1909. 304 lap.

A tizenegy előadás keretébe foglalt munkának szerzője, az osztrák és német törvényes határozatok alapján, a szociális orvos-tannak azon részét veszi tárgyalás alá, a mely a balesetekre vonatkozó szakaszt foglalja magában. A gazdag tartalmú könyv egyebek között szól az első segélyt nyújtó orvos kötelességeiről, a kezelő- orvos feladatáról, továbbá a véleményező orvos eljárásáról. A következő fejezetek főbb tartalmát azon részek alkotják, melyek a balesetek következményeinek megállapítására vonatkoznak. Részletesen tárgyalja a szerző a kóros traumás megbetegedéseket; értekezik a sérülések előtt esetleg már fennállott betegségeknek a baleset folytán bekövetkező rosszabbodásáról. A baleset következményeinek megállapításakor szól az objectiv lelet mellett a subjectiv panaszok magyarázatáról; bemutatja a Miller-féle séma táblázatát; behatóan értekezik a baleset következtében beálló foglalkozási képesség csökkenéséről és az ily módon szenvedett károsodás fokának számokban való megállapításáról. Az utolsó előadásban a véleményező technikáját, végül a rokkantsági biztosításra vonatkozó tudnivalókat adja elő. Az elmondottak megértését, a gyakorlati életből merített példák bemutatása nagy mértékben elősegíti. Erdős János dr.

Lapszemle.

Általános kórtan.

Az ásványvizeknek a bélre való hatásáról értekezik Kionka (Berlin). Azt kutatja először is, mi a tudományos alapja azon rég ismeretes ténynek, hogy a reggel éhgyomorrra megivott ásványvíz sok emberben (a hatás az egyéni érzékenység szerint

különböző) székiürülést okoz, sőt hogy egyes esetekben egyszerű hideg vagy konyhasós víz megívása után is mutatkozik ez a hatás.

A bélbe kerülő víz hőmérsékénél vagy kémiai összetételénél fogva ingerelheti a belet. Idevágó kísérletekből tudjuk, hogy a víz elég gyorsan hagyja el a gyomrot, hideg víz gyorsabban, mint a testével egyenlő hőmérsékű víz. A szerző kísérletei pedig azt bizonyítják, hogy 8^o-os víz (in vitro) 38^o-os thermostatba téve, egy óra alatt 20^o, két óra alatt 26^o, három óra alatt 30^o-ra melegszik fel. Ha összevetjük ezt azzal, hogy a víz gyorsan hagyja el a gyomrot, elképzelhető, hogy még meglehetősen hideg állapotban kerül a bélbe, ha megengedjük is, hogy a gyomorban — a folyadék mozgása miatt — sokkal kedvezőbbek a viszonyok a víz felmelegedésére. Ha tekintetbe vesszük még, hogy a bélbe vitt hideg folyadék élénk peristaltika kísérletében a vékony- és vastagbélnek gyorsabb kiürülését okozza (Rossbach), megvan a fent említett tény egyszerű magyarázata.

Az ásványvizekben a sóknak körülbelül 80^o/o-a ionokra van disszociálva, felszívódásuk megítélésében tehát tekintettel kell lennünk az ionok felszívódási, illetve vándorlási sebességére (a melytől függ a felszívódási képesség). Nagy a K-, Na- és Li-ionok vándorlási sebessége, kisebb a NH₄-, még kisebb a Ca- és Mg-ionoké. Az anionok a vándorlási sebesség csökkenő sorrendjében így következnek egymás után: Cl, Br, T, NO₃, SO₄. Minthogy a sók felszívódása az őket alkotó ionok vándorlási sebességével arányos, könnyen felszívódó sók az alkalifémek kloridjai, bromidjai, jodidjai, nitratjai, nehezen felszívódók az alkalifémek sulfatjai és a földfémek (Ca, Mg) sói általában.

Minthogy az ásványvizek különböző sók oldatának keverékei, az a kérdés támad, hogy minden egyes só felszívódása a másiktól függetlenül megy-e végbe, vagy pedig a könnyen és nehezen felszívódó sók egymást befolyásolják. A szerző kezdeményezésére Kolb (Marienbad) vizsgálta ezt a kérdést. A következő sókeverékek 1. NaCl + Na₂SO₄, 2. NaCl + MgSO₄, 3. MgCl₂ + MgSO₄, 4. MgCl₂ + Na₂SO₄ isotonias oldatát izolált bélkaesba vitte, s percek után kieresztve, elemezte. A kísérletek eredménye a következő: Na- és Cl-ionokat akkor is talált a kivett folyadékban, ha nem vitt be, ezen ionok tehát nemcsak felszívódnak, hanem ki is választatnak a bél üregébe. A Mg-ionoknak körülbelül 55^o/o-a kerül felszívódásra, ha Cl, és 14·9—8·6^o/o-a, ha SO₄-ionokkal viszzük be; közepes a felszívódás nagysága, ha felerészben Cl-, felerészben SO₄-ionokhoz voltak kötve. A SO₄-ionok elég jól felszívódnak (15—34^o/o), ha Na-ionokhoz vannak kötve, de körülbelül csak harmadannyi szívódik fel, ha MgSO₄ alakjában kerülnek a bélbe. Egyforma lassú (3^o/o) a SO₄-ionok felszívódása, akár Mg, akár Na szerepel kationként, ha e mellett még Cl-ionok is vannak az oldatban: NaCl + Na₂SO₄ és MgCl₂ + MgSO₄ combinatio; míg azonban az első oldatból a víznek 21—26^o/o-a szívódott fel, addig a másik oldatból nemcsak hogy fel nem szívódott, de még 4—7^o/o-kal növekedett a folyadék mennyisége a bélfal elválasztása következtében.

Kitűnik ezekből, hogy az oldatkeverékekben, a milyenek az ásványvizek, az ionok befolyással vannak egymás diffúzió- és felszívódási sebességére. Ez az ismeret fontos a bélre való hatásuk megítélésében; a hatás ugyanis az oldatok koncentrációjától függ, ez pedig az ionok és víz felszívódási intenzitásának eredője. Érthető ezek után, hogy különböző hatást kell várnunk, ha a Na₂SO₄-ot magában, vagy ha NaCl-dal, illetve Na₂CO₃-tal (mint a mesterséges karlsbadi sóban) együtt adjuk, más hatást kell várnunk a tiszta glaubersós forrástól (marienbadi Kreuzbrunn) s mást a karlsbadi víztől vagy a kissingeri Rákóczi-forrástól. Ezen adatok birtokában direct következtetést csak a hashajtó vizek hatására nézve vonhatunk, a hol tudjuk, hogy a lassú felszívódás miatt állandóan nagy marad a concentratio. Hasonló kísérletek más ásványvizek hatására is világot vetnének.

Cohnheim és Dreyfuss kísérletei azt bizonyítják, hogy nemcsak helyi, hanem távolhatást is fejthetnek ki a bélbe vitt sóoldatok: 4^o/o-os NaCl- vagy MgSO₄-oldat órák hosszat késlelteti a gyomor kiürülését, azonkívül a NaCl-oldat csökkenti, a MgSO₄-oldat pedig abnormisan fokozza a gyomornedvelválasztást. A Mg- és Ca-ionok lassú felszívódása egy másik bélműködés szempontjából is jelentős. Ezen ionok ugyanis azon tulajdonsággal bírnak, hogy a colloidmolekulák (pl. fehérje) oldódási és duzzadási képességét

csökkentik az által, hogy a kicsapódásnak („kiszás“) a molekulák tömörülésén alapuló különböző fokát hozzák létre. Minthogy pedig tudjuk, hogy a fehérjének általában s különösen a nucleoproteideknek felszívódásuk előtt meglehetősen messzemenő hasadási folyamaton kell keresztülmenniök, várható, hogy a Mg- és Ca-ionok a nagy molekulacomplexusok fellazulását akadályozván, a fehérjék felszívódását is hátráltatni fogják, a mit, tekintettel arra, hogy a húgysav a nucleoproteidekből származik, a húgysavas diathesis orvoslásában lehetne értékesíteni. A kísérletek ezt a feltevést igazolják. A szerző kizárólagos hústáplálással tyúkokat köszvényessé tett. Az ilyen tyúkot egyszer pusztán 150 gramm hússal, majd 150 gramm hús + 10 gramm tojáshejjal táplálta; az utóbbi esetekben a húgysav kiválasztása felére süllyedt annak jeléül, hogy a nucleoproteidek felszívódása csökkent.

Mindezekből kitűnik, hogy a különböző sókat tartalmazó ásványvizek hatásának megítélése a viszonyok bonyolult volta miatt nem könnyű s a klinikai tapasztalás és a vegyi összetétel számbavétele alapján egész biztossággal nem is lehetséges, hanem csak a fentiekhez hasonló kísérletek útján szerezhetünk tiszta fogalmat. (Med. Klinik, 1909. 25. sz.)

Belorvostan.

A tüdőviznyő gyógyításához szolgáltat adatot Kulenkamp. Ismeretes, hogy a szóban levő állapot ellen rendelkezésünkre álló eljárások nem sokat érnek, legfeljebb a szivgyengeség ellen ható excitáló szerektől várhatunk némi hatást. A hánytató szerek és a venaesectio mellék- illetve utóhatásai miatt nem egészen közömbösek. A tüdőviznyő gyógyításának nehézségét bizonyítják az olyan ajánlatok is, mint a milyen például Sahli-é (a tracheotomia sebén át bevezetett katheterrel való kiszívása a folyadék egy részének), vagy a jobbsziv punctiója. A dolgok illetően állása mellett mindenestre megszívlelendő a szerzőnek ajánlata. A szív koszorúereinek sclerosisa miatt öt éve angina pectorisban szenvedő 63 éves betegen tüdőviznyő jelei mutatkoztak s állapota csakhamar annyira rosszabbodott, hogy biztosra lehetett venni a halálnak rövidesen bekövetkezését. A szokásos eljárások (excitáló szerek, digalen befeeskenedése, liquor ammonii, bőringerek stb.) eredménytelenek voltak. Ekkor, tekintettel a kilégzésnek erősen nehezített voltára, a szerző kísérletet tett a mellkas alsó oldalsó részeinek erős összeszorításával minden kilégzés alkalmával. Az eredmény meglepő volt. Már néhány pillanat múlva enyhült a beteg állapota; 1¹/₄ óra elteltével köhögésinger jelentkezett s a beteg elég könnyen ürített tetemes mennyiségű véres-habos köpetet; néhány nap alatt a tüdőviznyő tünetei teljesen elmúltak.

Ezzel kapcsolatban még egy másik segédeszközzel is felhívja a szerző a figyelmet: a thermophor alkalmazására a szív tájékán, még pedig úgy, hogy általános izzadás álljon be. Ezzel elérjük a szívnek vérrel jobban átáramoltatását és az erek tehermentesítése útján a szív munkájának megkönnyítését. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 32. szám.)

Sebészet.

A sebészi sepsiseknek argentum colloidaleval való kezeléséről értekezik P. Delbet 200 eset kapcsán, melyek közül 9-et saját maga észlelt, a többi az irodalomból gyűjtötte. A 200 észleletre 54 halálozás esik, vagyis 27^o/o. Sokszor azonban oly esetben állott be gyógyulás, midőn a klinikai kép súlyossága alapján biztosra lehetett venni a halált; így Delbet két igen súlyos postoperatív septicaemiáról számol be (az egyik 5 napig tartó comával és meningitises tünetekkel), melyek electrargol injectiója után meggyógyultak. (Viszont van több olyan eset is, melyről legalább a leírás alapján igen jól el bírjuk képzelni, hogy collargol nélkül is megmenekült volna. Ref.) A collargol alkalmazása veszélytelen, a néhány esetben észlelt emboliák nem irhatók a collargol rováására. Viszont a collargol önmagában nem elegendő a beteg meggyógyítására, a szív erejének fentartására szolgáló szerek alkalmazását, a szükséges sebészi és szülészeti beavatkozások elvégzését nem teszi nélkülözhetővé. A mi az argentum colloidale alkalmazás módját illeti, a Credé-kenőccsel való bedörzsölést kevésbé hatásosnak tartja; a subcutan injectiók fájdalmasak. A legezészerűbb, mert leggyorsabban és legenergiusabban ható s a mellett fájdalomtalan

eljárás az intravenosus injectio. Meningeális infectio esetén intrarachnoideális injectio ajánlatos. A collargol és electrargol közül az utóbbi látszik hatásosabbnak, egyszersmind ez a tisztább, állandóbb és friss állapotban könnyebben megszerezhető készítmény. A dosis tekintetében a nagy adagok híve; a collargolból 10, az electrargolból 5 centigramm a minimális dosis, s ezt akár két óránként megismétli, a míg a pulsus kifejezetten meg nem lassubodik, vagy a míg általános reactio jelei (hőségérzés, légzés-anxieta) nem mutatják, hogy az organismus saturálva van a gyógyszerrel.

A *Delbet* előadásához fűződött vitában *Pasteau* a collargol alkalmazásáról a húgyszervek sebészetében beszélt. Lokális alkalmazásától jó hatást látott különösen retentióval kapcsolatos cystitis eseteiben, erősebb oldatok instillatiója után, továbbá pyelitis eseteiben a vesemedenczébe való fecskendéstől ureter-katheteren át. Húgyesöstricturás egyénekre ajánlja a collargolnak a szűkület mögé való instillatióját, mint a cystitis elkerülésére alkalmas eljárást. Általában azt tapasztalta, hogy a collargol lokális alkalmazása csak ott vezet eredményre, a hol incomplet retentio van. A hol retentio nincs, a hol a befecskendett collargol könnyen kiürülhet, a collargolnak therapeutikai értéke nincs. Ilyen befecskendésekre a hólyag, illetve a vesemedencze kiürítése után 2—4%-os oldatot ajánl, melyből a hólyagba 5—20 cm³-t fecskendez, a vesemedenczét pedig lehetőleg megtölti. Általános húgyinfectio eseteiben valami frappans hatást az electrargol-injectióktól nem látott; mindenestre azonban értékes adjuvansnak tartja a szükséges sebészi beavatkozás elvégzése után. *Barbarin* a női genitáliákból kiinduló infectio, *Judet* egy nagy nyak-phlegmone esetében látott az electrargol-injectióktól, illetve a Credé-kenőccstől jó hatást, míg *Noquis* húgyretentio eseteiben lokálisan alkalmazza. (Paris chirurgial, I. kötet, 3. füzet.)

A **protrahált chloroformhalálról** ír *Sippel* egy esete kapcsán, a melyben a 22 éves, chlorosisos leány a kocsánya esavardott petefészeketömlő műtéve után 44 órával chloroformmérgezésben meghalt. A subacut chloroformmérgezés képe a következő: teljesen reactionmentes sebgyógyulás és jól átállott, sokszor nagyon rövid ideig tartott és kevés chloroform elhasználásával járt narcosis után a kevésbé feszes pulsus rendkívül szapora lesz; a következő napon icterus támad, a vizeletben fehérje mellett húgyhengerek találhatók, s hányás, eszméletlenség, coma, anuria után 40—80 óra múlva szívhűdés vet véget az életnek. A boncoláskor a szív, máj és vese nagyfokú zsíros beszűrődését találjuk. Ezen ritka körkép — az irodalomból 11 eset ismeretes — oka teljesen homályos. Megelőzésére a szerző az erős vérbesűrűdés kerülését (erős hasajtás és folyadékkelvonás mellőzése, esetleg konyhasó-oldat infusiója) és elegendő szénhydrat bevitelét ajánlja, hogy a máj glykogent termelhesen. (Archiv f. Gynäk., 88. kötet, 1. füzet.)

Az **aortának nem halálos lött sérülését** észlelte *Berg*. A 24 éves, erőteljes férfiba a kardnyújtvány alatt 7 mm.-es löveg hatolt. A csakhamar végzett laparotomia alkalmával a bal májlebens megemelésékor rendkívül sok vér ömlött, úgy hogy csakis tamponálásra szorítottak, biztosra véve a rövidesen beálló halált. A beteg állapota azonban lassanként javult, úgy hogy a 8. napon eltávolíthaták a tampot. A második hét végére aneurysma fejlődött a bal lágyékban s a bal lábszár elűszkösödött. A bal a. iliacát vérröggel eltömve s falát 2 cm.-nyire megnyitva találták; a verőér és gyűjtőér között ráakadtak a lövegre. A sebés után 4 héttel a beteg sepsisben meghalt. Boncolásakor kiderült, hogy a löveg az aortába hatolt; a nyilást vékony hártya fedte; a löveg azután lecsúszott körülbelül a Poupert-szalag tájáig, az a. iliacában rögződésre vezetett s végül halálos fertőzést okozott. (Zeitschrift f. Medizinalbeamte, 1909. 11. szám.)

Gyermekorvostan.

A **csecsemők multiplex abscessusainak specifikus vaccina-gyógymódjáról** ír *Wechselmann* és *G. Michaelis*. A gyermek furunculusaiból vett geny staphylococcusokat tartalmaz, a melyeknek tiszta tenyészetéből készített culturákkal aktive lehet immunizálni a megbetegedett egyént. Az eljárás röviden a következő. A 24 órás glicerinagarculturákat a táptalajról mintegy

2 cm³ physiologiai konyhasó-oldattal lemossuk; az összes culturákat elegyítjük és 24 óráig a rázógépen finoman emulsióvá alakítjuk, úgy hogy az egyes coccusok egymástól elkülönítve legyenek. Az emulsió bakteriumtartalmát használat előtt meg kell határozni. E célból a gyermek ujjhegyéből ismert mennyiségű egység vért veszünk, ugyanannyit veszünk az emulsióból; a keveréket a mennyiségének öt-hatszorosára hígítjuk physiologiai konyhasó-oldattal. Most készítményt állítunk elő az így készült keverékből és 1000 vörösvérsejtet számolunk meg, miközben az ezen látóterekben lévő staphylococcusok számát is feljegyezzük. Ha számbaveszünk, hogy 1 cm³ vérben 5 milliárd vörösvérsejt van, akkor tehát $1000 : n = 5 \text{ milliárd} : x$ arány alapján, hol n a talált coccusok számát mutatja, kiszámíthatjuk, hogy az emulsió 1 cm³-e hány staphylococust tartalmaz. Ezután az emulsiót sterilizáljuk, tudniillik rázógépen 2 órán át 54° hőmérsék mellett rázzuk, vagy 0.25% lysoformmal fertőtlenítjük. Az így meghatározott titerű emulsióból előszörre 50 millió staphylococust fecskendünk be és nyolcz naponként emelkedőleg egész 500 millióig mehetünk fel. A régi staphylococcusculturák hatástalanok. Végeredményben rendszeren csakhamar gyógyulás áll be. E methodus mellett az opsonin-indexet nem kell meghatározni, nem kell a gyermek specifikus staphylococustenyészetét, mert a polyvalens vaccina rendszeren jól beválik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 30. sz.)

Bókay Zoltán dr.

Börkörtan.

A **hajhullás kezeléséről** ír *Hübner* (Marburg). Gyakorlati szempontból főleg két bántalom jön szóba a hajhullásos esetekben. Az alopecia seborrhoica és az alopecia areata. A gombás hajbetegségektől a szerző el akar tekinteni, mert ezekben inkább a hajnak letöréséről (trichophytiasis), illetőleg a haját termelő hámnak nyomás általi atrophijáról (favus) van szó. A hajhullás legközönségesebb oka az alopecia seborrhoica. Ez a bántalom a fejbőrnek primaer idült betegsége. Kezdetben fokozottan látszik a faggyúmirigyek működése. Ez erősebb korpaképződésben nyilvánul. Ezt az állapotot csekély lobos jelenség is kíséri, a mi miatt a fejbőr meglehetősen viszket. Idővel ez az állapot átmegy a hajtermelő hámnak lassú degenerációjába. A hajszálak e miatt egyre satnyábbá, vékonyabbá és rövidebb életűvé válnak. Még később a satnya hajszálak pótlódása is kimarad és beáll a hajgyérülés. A kezelés körül a legnagyobb hiba, hogy a betegek csaknem mindig már kissé elkésve jönnek az orvoshoz. Nem lehetséges ilyenkor a gyér hajzatot sűrűbbé tenni, de segíthetünk még ilyenkor is olyképpen, hogy egyrészt a korpázó állapotot megszüntetjük, másrészt az idült lobos állapotnak gátat szabunk. A kezeléskor az első teendő, hogy a fejbőrt szappannal, meleg vízzel bőségesen mosdattuk. Jó e célra a hivatalos spiritus saponatus használni. A mosdás után legalkalmasabb gyógyszer a kén. Ezt 5%-os kenőcs alakjában is használhatjuk, bár így kissé kellemetlen, mert nem tiszta eljárás. Jobb a kén oldat alakjában a fejbőrre vinni (például flores sulfuris 15.0 gm., glicerin gutt., spiritus vini ad 100.0, ezt a készítményt használat előtt fel kell rázni). A szernek ezt az alkalmazását hetenként kétszer követeljük, erre a korpás állapot csakhamar meg is szűnik. Mihelyt ez beállt, ajánlatos valamilyen izgató szerrel a hajnak a növeését némiképpen serkenteni. Ennek az eljárásnak azonban már nem oly kétségtelen a hatása. A fejbőr izgatására elég jónak bizonyult a spiritus saponatus, a tinct. canthar.-nak alkoholos oldata, az 1%-os alkoholos sublimat-oldat s más egyéb hasonló szer; alkalmazható még több-kevesebb sikerrel a fejbőrnek a massage-a és a faradisiója. Más az alopecia areatának a kezelése. Ez a baj legtöbbször a fej bőrének a hajas részén kezdődik és nagy, teljesen síma, nem lobos kopasz foltokban nyilvánul. A prognosis felállításakor nagy óvatossággal járunk el, mert sohasem tudni kezdetben, hová fajul a betegség s nem válik-e általánossá. Mihelyt azonban a kopasz foltok centrumában regenerálódó, lanugoszerű hajszálakat találunk, biztosak lehetünk a felől, hogy a baj meg fog gyógyulni. A kezeléssel ilyenkor tulajdonképpen csak azt érjük el, hogy a hajzat regenerációjának idejét megrövidítjük. A kezelés menetében a fejbőrnek melegvizes, szappanos mosása szintén igen fontos tényező. Tulajdonképpen gyógyszernek azonban legalkalmasabb a sublimat 1%-os alkoholos oldat alakjában. Mint-hogy némelyek felveszik, hogy az alopecia areata a fejbőrnek

parasítás bántalma, ezzel a szerrel nemesak bőrirritációt, hanem bizonyos desinfectiót is végzünk s így vele úgy a neurosisos, mint a parasítás elmélet követelményének teszünk eleget. (Therapeutische Monatshefte, 1909 július hó.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A diphtheria serumtherapiájáról folyt nagyobb vita a „Berliner medizinische Gesellschaft“ június 9.-i ülésén. Ez alkalommal *Morgenroth* kifejtette, hogy újabb vizsgálatok szerint a bőr alá feecskendezett antitoxin csak 2—3 nap alatt szívódik fel. Ennek megfelelően más módhoz kell folyamodni. Mindenesetre legezelszerűbb az intravenás bejuttatás, ez azonban gyermekeken kellő segédlet nélkül nehezen vihető ki. Az intramuscularis befeecskendezés nem vetekedhetik ugyan az intravenással, a bőr alá feecskendezésnél azonban mindenesetre sokkal jobb, mert 5—7-szerte gyorsabban szívódik fel ilyenkor az antitoxin.

A pajzsmirigy befolyását a gümőkóros fertőzésre tették kísérletes tanulmányozás tárgyává *Frugoni* és *Grixoni*, Grocco tanár klinikáján. Azt találták, hogy a gümőkóros fertőzés korai szakában indítva meg a pajzsmirigy használatát és ezt húzamosabban folytatva, az anyagforgalomnak tetemes gyorsulása révén kedvező eredmény érhető el. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 25. szám.)

A bromuralt sok esetben használta *Gruss* nagyon jó eredménnyel. Így a vizenyők megszűnése után sokszor észlelhető bőrvizketés és izomfájás okozta álmatlanságot nagyon jól le tudta vele küzdeni. Szív- és bélneurosis eseteiben, nemkülönben chorea minor egy nagyon makacs esetében szintén jó hasznát látta. Azt is tapasztalta, hogy az opiumból kisebb adag kell, ha egyidejűleg bromuralt is adunk. (Aerztl. Reform-Zeitung, 1909. 13. sz.)

A kátrányfürdőt *Taege* következő módon készíti. A 150·0 gramm ol. rusciból és 90·0 gramm liq. kalii causticiból álló elegyet fél liter denaturált borszeszszel keverve, a felét folytonos keverés közben lassanként beönti a teljes fürdőhöz való vízbe. Kézfürdőhöz 1—2 evőkanálnyit ad az említett elegyből. Előnye ezen használatmódnak az olcsósága mellett az, hogy a kádat nem rontja és hogy nem piszkít. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 14. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 34. szám. *Felletár Emil*: Kalium stibio-tartaricum-mérgezés. *Prochnov József*: Májchínococcus esetei.

Orvosok lapja, 1909. 35. szám. *Szana Sándor*: A züllött gyermek socialhygienéjének magyar rendszere.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 34. szám. Eredeti közlést nem tartalmaz.

Vegyes hírek.

Hutya Ferencz dr. egyetemi cz. rk. tanárt, a budapesti állatorvosi főiskola rektorát a bécsi állatorvosi főiskola díszdoktorává tette.

Kinevezés. *Köntzei Gerő dr.-t* a dévai törvényszékhez törvényszéki orvossá nevezték ki. *Strábl Villibald dr.-t* a nagyszombati állami elmeorvosintézet főorvosát a nagykálói állami elmeorvosintézet igazgatójává, *Poiocky Dezső dr.-t* a kaposvári közpórházhoz bonczoló-főorvossá, *Bródy Ferencz dr.-t* a székesfővárosi balparti kórházakhoz segédorvossá, *Parányi Ferencz dr.-t* a székesfővárosi kórházakhoz alorvossá, *Leonhardt Gyula dr.-t* Nagyküküllő vármegye kórházához alorvossá nevezték ki.

Választás. *Balassa K. Imre dr.-t* Szanyon körorvossá, *Miskó Sándor dr.-t* Derecskén községi orvossá választották.

Meghalt. *Weinberger Sámuel dr.* póstyéni fürdőorvos 68 éves korában e hó 18.-án.

Kisebb hírek külföldről. A freiburgi egyetemen *Morawitz dr.* heidelbergi magántanárt rendkívüli tanárrá és a belorvostani poliklinika vezetőjévé, *Salge dr.* göttingeni magántanárt a gyermekorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. Rendes tanárok lettek: *Elliot Smith dr.*, az ismert anthropologus Manchesterben (anatomia), *M. J. Rosenau dr.* Baltimoreban (közegészségtan), *Martin dr.* Grenobleban (gyógyszertan), *Giuffrè dr.* Palermóban (belorvostan), *Allessandrini* (kórbonezolástan), *Concetti* (gyermekorvostan) és *Mingazzini* (elmekörtan) dr.-ök Rómában.

— *E. Hübler dr.-t*, a kórbonezolástan magántanárát az innsbrucki egyetemen rendkívüli tanárrá nevezték ki. — *R. Stich dr.-t* (sebészet) Bonnbán a tanári czímmel tüntették ki.

Új házassági törvény lett Washingtonban július 14.-én érvényessé, melynek egyik pontja szerint a házasulandók kötelesek orvosi bizonyítvánnyal igazolni, hogy testileg és szellemileg épek.

A bromleicithin anaemia, neurasthenia és chlorosis még súlyosabb eseteiben is jól beválik. A vörösvérsejtek számának gyors szaporítása által az elgyengült szervezetet megerősíti és az erőt pótolja. A Richter-féle jodleicithin-pilulák nagy (32%) jodtartalmuknál fogva felette alkalmasak oly esetekben, a hol hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis, torpid lueses megbetegedések.

Digestol sec. Glück és Liquor-Hypnobromid Glück, a belügyministerium által engedélyezve. Ezen tény egymagában is bizonyítja a készítmények nagyjelentőségű és megbízható voltát. A Liquor-Hypnobromid comp. Glück szerencsés összetételénél fogva tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható szereket. A Digestol sec. Glück a legfőkétebb emésztőpor, fokozza a bélműködést és cetrarin-tartalmánál fogva étvágyjavítólag is hat.

Dr. Jakab-féle LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikotherapiás sanatórium. **Megnyilik 1909 augusztus havában.**

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium“ Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kítűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyászatok.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

PÖSTYÉN Weisz Ede dr. intézete. Zander, Röntgen stb. Kényelmes szobák.

Széchenyi-telapi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-őorvos *Schnier György dr.* Felvételnél ideg- és kedélybetegek, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morfinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telap. — Telefon 79—72. — Prospectus: 6318

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgógyintézet posta VISEGRÁD (Pest m.) Fürdőidény szept. 30.-ig

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és hideg-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízaló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználat és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

Orvosi laboratorium és cukorbetegnek tolerantiájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd.** Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26—96.

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézet orvos: **Somosi Lajos dr.** Alkohol-, morphiom-, nicotinelvonás.

Dr. Widder Bertalan operateur testgyenesítő (orthopádia) intézete esont- és ízületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarkon. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Marienbad Dr. MENYHÉRT JENŐ rendel. Stephanstrasse Haus „Goldener Falke“

Marienbad Dr. MAUKSCH MÓR gyakorló fürdőorvos. RENDEL: HAUS „MERCUR“

Siemens és Halske r.-t. Röntgen- és elektromedika berendezések. Fulguratio. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nöbetegek és szülők részére.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhez.

;; LÁPSÓ ;;
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. földsz. I. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (VII. bemutató ülés 1909. május 19.-én.) 620. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909. május 22.-én tartott X. szakülés.) 621. l. — (1909. június 5.-én XI. szakülés.) 622. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 622. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató ülés 1909 május 19.-én.)

Elnök: Weisz G. S. Jegyző: Körmöczy Emil.

(Folytatás.)

Occipitális trepanatio arachnoidális kisagycysta miatt.

Herczel Manó: R. Boldizsár 18 éves czipészt, Donath és Goldzieher tanárokkal egyetemben volt alkalom észlelni. Az anamnesis adatai röviden a következők:

Atyja baleset folytán halt meg; anyja és öt testvére (kik közül egy siketnéma) él, egészséges. 1907 nyarán jobb tarkójára körülbelül öt méter magasságból téglá esett, vérző sebet ejtve. A seb orvosi kezelés nélkül gyógyult be. Utána $\frac{3}{4}$ évig, leszámítva folytonos és állítólag gyermekora óta fennálló, genyes köpet bőséges ürítésével járó köhögését, teljesen jól érezte magát.

Ettől kezdve (1908 május hó) heves, a koponya bal felére terjedő fejfájása, hányásingere támadt, a mi néha napokig szünetelt; a fejfájás alatt végtagjaiban zsibbadtságot érzett.

1908 június hó óta járás közben szédül és eldől.

Betegsége kezdetén lázas volt; lüese nincs. 1908 november 26.-án Donath tanár lumbalpunkciót végzett rajta, a mi körülbelül egy hétre megkönnyebbülést szerzett neki.

Osztályunkra a beteg 1909 február 4.-én került, ekkor az elég jól táplált beteg tüdeje felett a kopogtatási hang tompult. Naponként majd $\frac{1}{4}$ liter sűrű, zöldes köpetet ürít, melyben gümöbaccillust nem találtunk. A szívhangok tiszták; legfeltűnőbb az igen nagyfokú cerebelláris ataxia. Járáskor, a járás megkísérlésekor és egyáltalán álláskor a beteg balra dől, fejét úgy tartja, hogy az áll balra, a fej jobbra esavart és a megfelelő oldali izmok contracturája, meg az ellenkező oldali izmok ellazulása miatt a fej ezen helyzetben rögzített.

A jobb oldali tarkótáj közepén körülbelül másfél cm.-nyi mozgatható, alapja felett eltolható heg. A bal occiput felső része ütögetésre igen fájdalmas.

Ideglet (Donath professor): A reflexek fokozottak, mindkét oldali pupilla középtág, egyenlő, fényre jól reagál. A szemmozgás szabad. A sulcus nasolabialis baloldalt kifejezettebb. A száj- és nyelvmozgás kis fokban korlátozott. Szemét még alváskor sem tudja egészen becsukni.

Szemlet (Goldzieher professor): A szemmozgás szabad; mindkét oldalt, de különösen jobboldalt kifejezett pangásos papilla.

Az orrban, a fülben és a melléküregekben nincs különösebb elváltozás. Az érverés 56. A vizelet és széklet rendben. A vizelet normális összetételű.

Az anamnesis, a lelet, a tünetesoportok a kisagyban ülő elváltozásra mutatnak, a nélkül, hogy pontosan meg lehetne állapítani előre, tekintettel a traumára, tüdőelváltozásra s a beteg apróbb lázaira, vajjon metastasisos vagy traumás agytályogot, daganatot, avagy traumás eredésű cystát fogunk-e találni.

A műtétet, melyet az agnyomás-tünetek feltétlenül javaltak, 1909 február 12.-én chloroform-narcosisban végeztük.

Bőrmetszés az egyik proc. mast.-tól a másikig, melynek íve a linea semicircularis felett 1 harántujjnyira halad. A csonthártya és a tarkóizomzat tapadásának letolása után Borghardt-fraise-zel a baloldali hátulsó agygyödröt szabadá tesztem. A esont eltávolítása a sinusok megsértése nélkül sikerült. A nagyon feszülő durazsák rögtön a sebhe nyomul. A durának átmetszése után nagy nyomással körülbelül 1 deci kristálytisztá folyadék ürül. Az arachnoidea kocsonyásan megvastagodott, a kisagy alsó-külső felületén kevés vérér. E helyen csipeszszel való tompa behatolás után az arachnoidea és kisagy közötti üregből további 1 deci kristálytisztá cerebrospinalis folyadék ürül. Minthogy a kisagy más elváltozást nem mutat, nyilván arachnoidális folyadékfelhalmozódással, cystával allunk szemben, mely talán traumás, lobos eredetű.

Ezután a jobb oldali kisagyfelet akartuk szabadá tenni, de ezt a beteg hirtelen collapsusa miatt más alkalomra kellett halasztanunk, annál is inkább, mert az agnyomást már eddig is biztosan csökkentettük. (Krause-Borghardt is rendszeren 2 ülésben operált). A durasebet néhány finom catgut-öltéssel, a bőrisebet pedig — jobb alsó sarkába üvegesövet vezetve — selyemmel bevarrjuk.

A lefolyás igen kedvező volt. A fejfájás a műtét után egy esapásra megszűnt. Pár nap múlva a szemhéjakat esukta, szédülése, émelygése elmúlt, a facialis beidegzési zavarai eltűntek. A műtét utáni 8. napon már járni tud; járása rendes, nem tántorgó.

A február 24.-én megejtett szemfenékvizsgálat alkalmával a gyűjtőerek már majdnem normális tágasságúak, a papillák duzzadtsága lényegesen csökkent. A tüdőlelet változatlan. A rohamos javulás, mondhatni teljes gyógyulás az újabb beavatkozást eddig legáltalább feleslegessé tette. A műteti lelet és a kedvező lefolyás csak megerősíti diagnosizunkat: *a trauma utáni vérzés felszívódása után keletkezett arachnoidális cystát.*

Donath Gyula: A beteg, kit mult év decemberében láttam először, fejfájásról panaszkodott, melyet különösen a koponya bal felébe lokalizált és mely főleg éjjel volt igen heves. A fájdalmak majd a fejtetőn, majd a tarkó bal oldalán mutatkoztak legerősebben. A jobb oldali tarkóizomzat állandó contracturája következtében a fej jobbra volt esavart, úgy hogy az áll bal felé nézett. Járáskor jobb felé dülöngött. Többször hányt. A Goldzieher által talált mindkét oldali papillitis, mely azonban a jobb szemben különösen ki volt fejezve, kétségtelenné tett valamely koponyafeszítők laesiót. Úgy diagnosztikái, mint különösen therapeutikai célból, t. i. a papillitis visszafejlesztése céljából lumbalpunkciót végeztem december 14.-én, a mikor körülbelül 10 cm³ tiszta, lassan csepegő geny ürült. Ámbár csak egy punctio végeztetett, mégis egy ideig a tünetek lényegesen javultak; a fejfájások ritkábbak lettek, a kellemetlen paraesthesiák a fejben (kukacszágás), valamint a hányás megszűntek, testtartása, mely azelőtt hajlott volt, most egyenesebb lett. Ezen javulás január végéig tartott, mikor ismét sűrűbben kezdtek fejfájások mutatkozni, február 5.-én pedig ismét hányásingere volt. A február hó 6.-án újra megejtett vizsgálatból csak ki akarom emelni a jobb szárfacialis paresisét, a nyelv hiányos mozgását (a nyelvet jól tudta kiölni, de kevésbé tudta hegyét felállítani vagy öblösíteni), a jobboldalon nehezebben birt rágni, valamint a nyelv is meg volt nehezítve. A járás hajlott testtartással óvatosan történt, gyakran bal felé, de néha az ellenkező oldalra is dülöngve. Kézenyomás mindkét oldalt gyenge volt, de különösen a bal kéz. A koponya kopogtatása fájdalmas volt, megfelelőleg az os occipitale bal felső részének és az os parietalenak. A trigeminus területén mindkét oldalt egyenlő érzékenység mutatkozott, a corneális és a lágyszájpadreflex mindkét oldalt egyenlő volt. Már az első vizsgálat alapján javasoltam az agnyomási tünetek, de különösen a papillitis hatályos leküzdése céljából a kraniotomiát, mely javulat most még inkább előtérbe nyomult. Minthogy a tünetek fontosabb localisatiót nem engedtek, de mégis a legnagyobb valószínűség a mellett szólt, hogy a laesio a kisagy hidszeletáján fog székelni, a kraniotomia a kopogtatásra fájdalmas bal koponyafél ezen táján eszközöltetett. A dura itt erősen feszülve volt, az agy itt nem lüktetett, a dura bemetszése után a cortex különös elváltozása nem mutatkozott, de punctióra tiszta liquor feeskendezett ki hatalmas sugárban. Cysta-alakú serumgyülemmel volt tehát dolgunk, melynek felülete, fekvése ezen helyen magyarázta meg a localisatióra nézve kevésbé praegnans tüneteket. A papillitis teljes visszafejlődése, valamint a többi tünet megszűnése volt az operatio közvetlen hatása. Ily serosus gyülemek meningitis vagy traumás eredetűek lehetnek és az utolsó időben különösen Oppenheim-Krause ismertették ezeket, melyekre az operatio alatt mint váratlan leletre bukkantak. De ily körülmint, eltökélt meningitis exsudatumokat már azelőtt is ismertek. 1903-ban egy 25 éves egyénen, kiben pyelonephritis calculosa következtében paraparesis az alvtagokban és hólyagzavarok támadtak, lumbalpunkciót végeztem, mely sűrű genyet szolgáltatott. Az egyén, ki az uraemia folytán autopsiára került, meningitis spinalis által keletkezett és az ágyéki duzzanattól lefelé elhelyezett 3 tályogot mutatott a durális zsákban.

Goldzieher Vilmos: Sok esetben a szemorvos küldi az ilyen eseteket a sebészhez vagy az idegorvoshoz. Az eset fontos tárgyat hozott felszínre, hogy t. i. pangásos papilla esetében a trepanatiohoz nyúljunk-e? Ezelőtt azt hitték a szemorvosok, hogy 10 pangásos papilla közül 9 agytumornak a jele és ha a localisatio nem biztos, hiábavaló a beavatkozás, a beteg elpusztul. Szólv is az operatio ellen volt, inkább vérelvonást javasolt. De a betegek egy része a pangásos papillából kigyógyult, bár atrophában megvakult és vakon élt tovább. Ezért a szemorvosok most ajánlják az operatiót. Híppel 223 esetet szedett össze az irodalomból, melyeknek nagy részében a trepanatióra javulás állott be. Ehhez jön még az a pathologiái tény, hogy az idegorvosok ismer-

tettek olyan gyógyuló idegbetegségeket, melyek pangásos papillitissal jártak. Ilyen pl. a meningitis serosa; vagy a kórboncolástanilag eddig még nem méltatott megbetegedés, melyet „Hirnschwellung”-nak neveznek és mely szintén papillitissal járhat. Ha tehát csak palliatív hatást tudunk is elérni, akkor is végezzük az operációt, mert nem közömbös, hogy a látás elpusztul.

Ha a syphilis a kórok, mint szólónak egy esetében volt, erélyes kenő-kúra célhoz vezet.

Híppel statistikája azt mutatja, hogy minél jobb a látás a trepanatiókor, annál jobb a prognózis és ezért sokáig nem szabad várni.

A bemutatott esetben a papillitis eltűnt, egyik szem meggyógyult, kis elszínesedéssel, másikon a neuritis optica kimenetele van meg.

Entz Béla: A budapesti köz-kórházak múlt évi évkönyvében ismertették Donath osztályáról egy esetet. A középkorú férfin nem lehetett tudni, tumor vagy egyéb elváltozás okozza-e az intracranialis nyomás fokozódását. A beteg meghalt és a vermis alsó részében almanagságú serosus cysta volt.

Rectoplastika gonorrhoeás végbélszűkület esetében.

Herczel Manó: A heges végbélszűkületek kezelése és műtete rendszerint igen fáradságos és csekély eredménnyel kecsegtet. Mert a szűkületek bemetszése, lassú vagy gyors tágitása alig vezet célhoz és ezenkívül még sokszor súlyos lázakat és genyvedéseket is provokál. A siker lehető biztosítása végett e miatt a szűkült bélrészletet eddig radikálisan ki kellett irtanunk, a mi súlyos és nagy beavatkozás a környezettel való erős összenövés miatt. Ehhez járul még, hogy a resectio utáni körkörös varrat időt rabol és végeredményben nem biztos. A sphinctereket magába ölelő műtétnek pedig a continentia erősen szenved, még az úgynevezett áthuzási methodusnál is.

Emiatt már régóta keresek enyhébb műtét eljárást, mely a stenosis is megszüntesse, a continentia is biztosítsa. A mérsékelt kiterjedésű, nem túlmagasan ülő, mozgatható heges szűkületekre nézve — a gonorrhoeás szűkületek gyakran ilyenek — úgy hiszem, megtaláltam. Ez a Heinecke-Mikulicz-féle pyloroplastikánál követett eljárásnak a végbélszűkület ilyen kedvező eseteiben való alkalmazásában áll. Több hasonló esetet operáltam sikerrel ily módon; az utolsó a következő:

Hobza V.-né, 47 éves, házfelügyelő. Hosszú idő óta van igen erős folyása. Körülbelül tíz év óta észleli, hogy a kiürített bélsárhengerek folyton kisebbek lesznek, jelenleg cigarettavastagságúak. Az anustól kb. 6—7 cm.-nyire a kisujj hegyét befogadó körkörös, töleszerű, sima szélű, mozgatható, nyilván gonorrhoeás alapú szűkület, melyet, minthogy rosszindulatú voltát kizárhattam, 1909 márczius 15.-én a következő új eljárásom szerint oldottam meg: 10 cm. hosszú bőrmetszés a farbevigés az anusig, a 2—3 cm. hosszú szűkült bélrészletet bő szabaddá tétele után hosszában 5 cm.-nyi hosszúságban átszeljük, a heges részeket részben kivágjuk és utána a tátongó rést harántul kétsoros selyemvarrattal egyesítjük, a mi elég könnyen, minden nagyobb feszülés nélkül sikerül. Fölötte a perirectalis kötőszövetet a bőrrel egyetemben támasztéknak odaerősítjük. A bőrt silkkel egyesítjük. Teljesen zavartalan, láztalan lefolyás. Gyógyulás. Jelenleg a rectum ampullája tág, két ujj számára is könnyen átjárható; minden akadály nélkül könnyen székel.

40 kgm.-os cysta fiatal leányon.

Herczel Manó: Sp. T., 21 éves, napszámos leánya, hasa növekedését öt év óta veszi észre, az neki csakis rendkívüli nagysága miatt okozott kellemetlenséget, nagy súlya folytán járni sem tudott. A három utolsó évben Krakkóban sokszor csapolták.

Gracilis csontalakú, rosszul táplált, nagy fokban anaemiás nőbeteg.

A mellkas feltűnően deformált, hossz tengelye irányában meg-rövidült, míg szélességi átmérőben a bordaívket a benyomuló hasi zsigerek és daganat erősen szétfeszítik. Az alsó tüdőhatárok és a szív felfelé tolódtak.

Has megnyúlt, előrecsúcsosodó, óriási hordóalakú. Körfogata a köldök alatt 3 ujjal 150 cm., a köldök magasságában 140 cm.

Hasfal feszes, homályosan egyenetlen felszínű, köldök teljesen elsímlt, bőrén tágult vénák. Fluctuatio, undulatio.

A bal epigastriális tájon részben a bordaív alá is terjedő, körülbelül férfitenyérenyi dobos kopogtatási területet kivéve, a has felett mindenütt tompa a kopogtatási hang, mely oldalfekvésnél fel nem tisztul.

Kórjelzés: Óriási cysta.

Műtét: 1909 márczius 3.-án. Behatolás a köldök és symphysis között a középvonalban. Az elvékonyodott és diastikus hasfalat azonnal a cystába jutunk, melyből nagy nyomás alatt kb. 40 liter átlátszó, kissé sárgás, víztiszta, tapadós folyadék ürül. A tömlő belső falát kisebb-nagyobb fénylő, átlátszó falú cysták fedik. A cysta a bal ovariumból indult ki, az összes zsigereket maga előtt fel-tolta, csúcsán a colon transversummal, alul a flex. sigmoideával összenőtt, a flex. coli sin. táján annyira fixált, hogy lefejni csak nagy nehézségek árán sikerült. A cysta kivétele és a csomok ellátása után a peritoneizálás a Douglas felé elég jól sikerül. Elöl és különösen baloldalt sok hashártya hiányzik, e helyeken erős parenchymás vérzés, miért is a hasüreg alsó részébe a Douglas felé steril csikot vezetünk a hasseben át (tekintettel arra, hogy virgo, a fejletlen vaginán át drainezni nem lehet).

Műtét után a has gondolaszerűen besüppedt, minthogy az összes belek a gyomor alatt egy conglomeratumban az igen kitágult bordaív alatt foglalnak helyet, a hasüregben, a colon descendens kivéve, bél ninesen.

Daczára a nagy beavatkozásnak, a beteg transfusiókra, coffein- és strophantininjekciókra összeszedte magát és felépült. A belek még most sem szálltak le a hasüregbe, csak pár bélkaes tapintható a köldök felett baloldalt, a hasüreg a köldök alatt teljesen üres.

Az esetet, eltekintve az ilyen óriási cystáknak ma már ritkább voltától, különösen a helyes műtét megoldás nehézségei teszik nevezetessé; ezeket a nehézségeket a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A fal és zsigeri hashártyával való igen szivós összefüggés, mely még a szabad epigastrium felől való behatolásnál is alig volt megoldható.

2. Szoros és számos belösszenövés különösen a flex. coli sin.-val.

3. Erős parenchymás vérzés a sok helyen hashártyától fosztott területekből (medenceze, hasfalak), mely miatt tamponade vált szükségessé.

4. Ugyanemiatt az egyébként is túlnyújtott hasfalak lapszerűen összefektetve varrattak össze etagevarratokkal, kakastaréjszerűen.

5. A hosszú időn át magasan felszorított belek műtét után is ott rekedtek és az említett etagevarratok az így visszamaradt üresség megszüntetésére is jó szolgálatot tettek.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 május 22.-én tartott X. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond**. Jegyző: **Konrádi Dániel**.

1. **Vértes Oszkár** két fibromyomás uterus mutat be; az egyiket abdominális totalexstirpatio útján távolították el; ez a méhnyak hátulsó falából indul ki. Az eset érdekes volta abban van, hogy a fibroma akkor kezdett fejlődni, mikor a nő néhány éve már a menopausában volt, holott az ily daganatok főkaraktere éppen az, hogy a klimaxban visszafejlődnek. A histologiai kép teljesen jó indulatú fibromyomát mutat.

A második, corpusfibroma egy 60 éves nőtől származik, a ki 10 éve van klimaxban, tehát menstruációi 50 éves korában maradtak ki; már ez is mutatja, hogy a betegen már akkor meg volt a fibroma, saját bemozdása szerint már 17 év óta tudja, hogy daganata van a hasában. Egy év óta jobban nő s január óta fájdalmai tűrhetetlenek. Tapasztalat szerint az oly fibromák, melyek a klimaxban rohamosabb fejlődésnek indulnak, malignusok szoktak lenni. A histologiai lelet azonban semmi malignitást sem mutatott ki.

2. **Veress Ferencz** előadása: „A Wright-féle opsonin-elméletéről és staphylococcus betegségek vaccinás gyógyításáról”. Ismerteti a *Fodor-Pfeiffer-Ehrlich*-féle humorális és a *Metschnikoff*-féle celluláris elmélet lényegét, majd áttér a kettő közötti ürt áthidaló Wright-féle opsonintheoria keletkezésére és lényegére, ismerteti a bakteriumos vaccinatiót, a mesterséges és spontán autoinoculációt.

Furunculosis, acne vulgaris, pyodermia, sykosis barbae, prurigo Hebra, eczema impetiginosum, cystitis (staphylococcus) eseteiben az opsoninindex majdnem mindig csökkent volt a staphylococcussal szemben. E csökkenés nem mindig arányos a fertőzés súlyosságával. Referál vaccinatiós kísérleteiről, melyekből kitűnik, hogy az index majdnem minden esetben emelkedett, sőt olyankor is, midőn klinikailag semmi javulás sem mutatkozott.

Hozzászól: *Blumenfeld Sándor.*

3. **Veszprémi Dezső** kórboneztani anyagon végzett *Bordet-Wassermann-féle* reakciókról számol be. Vizsgálatainak tárgyát képezte a hullából vett vérsavón kívül még liqu. cerebrosp., pericard. savó, s esetleg pleuralis-, ascites- és anasarea-savó.

Hozzászól: *Szabó Dénes, Jancsó Miklós, Szabó József, Buday Kálmán.*

(1909 június 5.-én tartott XI. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Buday Kálmán:** „*Aortitis syphilitica készítményeinek bemutatása*“ czímen 6 esetet demonstrál, utalva *Veszprémi Dezső* magántanárnak a megelőző szakülésen tartott előadására, melyben ő a kolozsvári kórboneztani intézet hullanyagán végzett *Wassermann-féle* syphilis reakcióról számolt be. A bemutatott 6 eset mindegyike, boneztani jellegeit tekintve, a Heller és tanítványai által leírt aortitis fibrosa syphilitica tulajdonságaival bír: úgy a túlnyomóan heges, redős megvastagodások, mint azoknak elhelyezkedése szempontjából is, a mennyiben főképen a felszálló aortában és az ivben találtak eltérések, míg a hasi aorta feltűnő ép volt. Mindezen esetekben a hullavér a *Wassermann-féle* syphilis-reakciót igen kifejezetten adta, míg a typosos öregkori arteriosclerosis több esetében ez a reactio hiányzott.

A bemutatott esetek közül háromban még az aortabillentyűk elégtelensége is kifejlődött az által, hogy a megvastagodás és torzulás a billentyűkre átterjedt; különösen jellegző az ily billentyűknek az aorta bélhártyájával való összenövése, mi által a Valsalva-öböl bejárata tetemesen megszűnik. Egy más esetben 44 éves férfin a felszálló aorta porcszerű megvastagodásai a szív koszorús verőerei közül az egyiknek nyílását erősen szűkítették, a másikat teljesen elzárták; a beteg stenocordiás rohamban halt el.

Egy nagy aneurysma a leszálló mellkasi aorta kezdetén szintén adta a *Wassermann-reakciót*. Ezen reakciónak ilyen egybehangzó eredménye mindenestre megerősíti azt a különben már is mindinkább több oldalról elismert, újabb klinikusok által is hangoztatott tételt, hogy a syphilis aránylag gyakran okoz az aortán súlyos megbetegedést, a mely az illető halálát is okozhatja, részint aneurysmaképződés, részint billentyűelégtelenség, részint a szív koszorús verőerei szájadékának szűkítése által. A *Wassermann-féle* reakciónak a hullai anyagnál való alkalmazásától még több vitás kérdésben is várhatunk felvilágosítást. Így egyebek közt arra nézve, hogy a *Heller-féle* aortitishez hasonló képet előidézhetnek-e a syphilisen kívül egyéb fertőző betegségek is.

2. **Elfer Aladár** előadása: „*A colloid-chemia szerepe az orvostudományban*“.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A **morphiumról** való leszoktatásról **scopolamin-dioninnal** tartott előadást *Schlesinger* a „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien“ június 17.-i ülésén. Abból a tapasztalásából indult ki, a melyről nemrégiben már megemlékeztünk, hogy tudniillik a fájdalomcsillapítás végett adott morphium mennyisége sokkal kisebb lehet, ha egyidejűleg scopolamin és dionint is adunk. Eredményei feltűnő jók: a morphiumról leszoktatás nagyon rövid idő alatt sikerül, a nélkül, hogy tetemesebb abstinencia-tünetek jelentkezzenek. Egy nőbeteget, a ki naponként 1/2 gramm morphiumot és 1/10 gramm cocaint használt el, 15 nap alatt le lehetett szoktatni. Eleinte aránylag nagy scopolamin-adagokat használt *Schlesinger*. A következő oldatból: 0.2 morphium, 0.00025 scopolamin, 0.3 dionin és 10.0 viz. az első napon 2—4 cm³-t fecskendez be; a következő napokon gyorsan csökkenti a mennyi-

seget, főleg a morphiumét, úgy hogy 8—14 nap múlva már semmi morphiumot sem ad. Fontos, hogy a befecskendezendő oldat friss legyen; 3 naposnál régebbi oldatot nem szabad használni.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhely **másodorvosi állása** betöltendő. Javadalmazás: 1200 korona évi fiztetéldíj, lakás, fűtés, világítás és élelmezés. A belügy-ministerhez czímezett kérvények **szeptember 15.-éig** küldendők be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatóságának. 4—2

20,254/1909. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött **két alorvosi állásra**, melyek közül az egyik évi 1500 korona, a másik évi 1200 korona fizetéssel, mind a kettő pedig ezenfelül szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel van javadalmozva, ezennel pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtokat felhívom, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb **folyo évi szeptember hó 15. napjáig** méltóságos Ambrozovics Lajos dr. főispán úrhoz Baján nyújtsák be. B a j a, 1909. évi augusztus hó 18.-án.

Hegedüs dr., kir. tanácsos, polgármester.

263/1909. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál egy 1200 korona évi fizetés élelmezés és teljes ellátással javadalmozott **segédorvosi állás** üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja méltóságos Glac Antal úrhoz intézendő kérvényüket okmányaikkal felszerelve, hozzám **folyo évi szeptember hó 1.-éig** adják be.

N a g y v á r a d, 1909. évi augusztus hó 23.-án.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

Az északmagyarországi egyesített kőszénbánya- és iparvállalat r.-t. baglyasaljai bányaigazgatóságánál és mizserfai bányaigazgatóságánál megüresedett a **bányaorvosi állás**, melyek betöltésére ezennel pályázat hirdettetik.

Az orvosok javadalmozása 3600 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés és világítás és újjévkor kettős havi fizetés. Pályázni szándékozók felhívotnak, hogy kérvényeiket mielőbb küldjék be, mert az állások **f. évi szeptember hó 15.-én** lesznek elfoglalandók.

3—3

Északmagyarországi egyesített kőszénbánya- és Iparvállalat R.-T. társulatai elnöksége, Baglyasalja, u. p. Salgótarján.

5051/1909. sz.

Elhalálozás folytán megüresedett **nagytorági körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmozása: Évi fizetése 1800 korona, látogatási díj nappal 1 korona, éjjel 2 korona, halottkémlel- és hűszemledíjak és a törvényben megállapított fuvardíjak. A körhöz tartozik Kis- és Nagytorák község.

Felkérem a pályázni óhajtókat, hogy kérvényüket hozzám **folyo évi szeptember hó 15.-éig** nyújtsák be.

N a g y b e c s k e r e k, 1909. évi augusztus hó 4.-én.

3—3

Lowieser Imre, főszolgabíró.

2144/1909. sz.

A lemondás folytán megüresedett **gáborjáni körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör négy községből Gáborján, Henczida, Szentpeterszeg, Váncsod nagyközségekből áll, mely községek a székhelytől 4—5 kilométernyi távolságra fekszenek és törvényhatósági közükkal vannak összekötve.

Körorvos javadalmozása: 1600 korona kezdő fizetés, természetbeni lakás, 200 korona úti átalány, a vármegye törvényhatósága által már megállapított és jóváhagyás alatt levő szabályrendelet értelmében járó látogatási díjak, valamint a székhelyen a halottkémlel és vágatási biztosítási teendőkről járó külön díjak.

Felhívom a pályázni akarókat, hogy oklevéllel s eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb **folyo évi szeptember hó 10.-éig** terjeszszék be.

A választásról később fogok intézkedni.

A megválasztandó körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

B e r e t t y ő ú j f a l u, 1909. évi augusztus hó 23.-án.

Jezerniczky Dénes, főszolgabíró.

4790/909. sz.

Sopron vármegye csepregi járásához tartozó Bő székhelyvel Bő, Damonya, Csernelháza, Mesterháza, Porládony, Berektompaháza, Lócs, Makkoshetye és Iklanberény községekből álló közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmozása: 1. Kezdődő törzsfizetés 1600 korona és négyszeri egyenként 200 koronát tevő nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó fuvarátalány, látogatási és rendelési díjak.

3. Négy szoba, konyha, rendelészsoba és a szükséges mellékhelyiségek, valamint tágas gyűmölcsös kertből álló természetbeni lakás.

4. Vágóbiztosítási díjak.

A megválasztandó körorvos kézi gyógytár tartására is jogosult.

Felhívom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi szeptember hó 18.-áig** nyújtsák be.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

C s e p r e g, 1909. évi augusztus hó 21.-én.

A főszolgabíró.