

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Rejtő Sándor: A gyermekkori heveny középfülgyulladások. 241. lap.
Láng Adolf: A budapesti magyar kir. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Verebely Tibor, egy. ny. r. tanár) és I. sz. belgyógyászati klinikájának (igazgató: Bálint Rezső, egy. ny. r. tanár) laboratóriumából. Belső desinfectiós kísérletek vuzinnal súlyos sebészi fertőzésekben; adatok a therapia sterilisans localis percapillaris kérdéséhez. 243. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Szüléset és nőorvostan. Mueller: A méhnyak tágtásról. — Gyermekorvostan. Göppert: Az újszülöttek köldökphtheriájáról. — A Orger: A zsír jótékony befolyásáról a gyermek-táplálásban. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 246–247. lap.

Vegyes hírek. 247. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyermekkori heveny középfülgyulladások.

Írta: **Rejtő Sándor** dr. fülorvos, egyetemi magántanár.

A heveny középfülgyulladásoknak e csoportját azért tárgyalom külön, mert egyrészt a középfülgyulladás a gyermekkorban fordul elő leggyakrabban, másrészt pedig, mert számos, a gyermekorvost különösen érdeklő részletkérdése van.

A középfülmegbetegedések lefolyása, mint általában minden betegségé, három tényezőtől függ és pedig:

1. az egyén szervezetétől,
2. az anatómiai viszonyoktól,
3. a fertőzés minőségétől.

1. az individualitás szélsőségeit jelzi ez a talán régi, de jó hasonlat, hogy más eredményt ad egy égő gyufa, ha fűrészporos hordóba esik és mást, ha lőporos hordóba.

A modern cytologia és serologia akármilyen szép neveit használjuk is az individualitás megmagyarázására, a lényeg az marad, hogy vannak szervezetek, a melyek az infectiók ellen kitűnően védekeznek, és vannak, a melyek védekezni alig tudnak. Ez utóbbinak alapja igen gyakran a hereditaer lues, tuberculosis, rhachitis, scrophulosis és talán elsősorban az exsudativ diathesis.

A kor szerepéről csak az élet első felében kell külön megemlékezni, mert az egészen fiatal csecsemő szervezete olyan gyenge, hogy sokszor egészen csekély kórboncsolási elváltozást találunk a halál okának. Az is igaz azonban, hogy az első életévben aránylag igen ritka a középfülgyuladáshoz járuló csontmegbetegedés.

2. Az anatómiai viszonyok szerepe elsősorban az osteologiai részre, nevezetesen a csecsnnyúlványra és környékére vonatkozik. Lényege az, hogy a processus mastoideusnak két típusát kell megkülönböztetnünk, a mely két típus a felnőttekben mindig kifejezett, de már a gyermekkorban is az egyik vagy másik felé hajlik. A csecsemőnek cellulái még nincsenek, azért *Cheatle* azt a típust, a mikor a csecsnnyúlvány tömör, a kéregrésze vastag, kemény, alig van cellulája és az is kicsi, „infantil type“-nek nevezi. Ezzel ellentétben áll a vékony kéregrésztű, sok cellulás, rendszerint nagyobb és domborúbb típusú csecsnnyúlvány.

Nem térhetek ki a részletekre, csak főbb vonásaiban szeretném vázolni azt a szerepet, a melyet ezen anatómiai viszonyok, illetőleg ezek ezernyi változata, az előállott szövödmények létrehozásában játszanak. A sinus körülvevő csecsejtek genyedeése ugráló lázakat okoz és csakhamar beállhat a sinus thrombosisa is. A processus zygomaticus sejtes gyökének lobja a halánték és szem tájának oedemája mellett a középső agygyödör szövödményeit okozhatja. A canalis Fallopii mellett fekvő cellulák az elég gyakori dehiscenciák révén facialis-bénulást, a nagy peritubaris sejtek lobja pedig a

sziklacsont csúcsán pachymeningitis által sokszor elérhetetlen mélységben abducens-bénulást okozhat. De a legfontosabb tudni azt, hogy vékony kéregszerű csecsnnyúlványon könnyen áttörhet a geny, míg vastag cortex mellett minden külső tünet nélkül állhatnak elő a mélyben nagy roncsolódások.

Régebben ezt nem így gondoltuk.

A gyökeres műtétekkor ugyanis, a mikor az idősült középfülgennyedés évek vagy évtizedek alatt végzett destructióit látjuk a mélyben, a dobüreg és antrum körül, a csecsnnyúlvány kéregrészt az esetek túlnyomó részében vastagnak találjuk.

Ebből post hoc propter hoc következtettük, hogy a hosszantartó gyulladás okozta a csontnak ezen megvastagodását. Anatómiai vizsgálatok azonban azt mutatták, hogy ép középfül mellett egyformán gyakori a csecsnnyúlvány e két típusa, vagyis hogy a vastag kéregrészt nem okozata, hanem oka lehet a megbetegedések bizonyos csoportjának.

A lány részek anatómiai szerepe magában a középfülben kicsi, csak a csecsemőkor embryonalis szövetelemeire kell hivatkoznom a középfül mucosájában. Annál fontosabb azonban a középfül környékének, az orr és orrgaratüregeknek anatómiai épsége, mely a tuba révén a legszorosabb összefüggésben van a középfüllel (adenoid vegetatiók!).

3. Sohasem szabad szem elől tévesztenünk a fertőzés minőségét. Nem úgy gondolom, hogy minden esetben bacteriologiai vizsgálatot végezzünk, hanem hogy mindig az egész beteget tekintsük. A középfül megbetegedése ugyanis igen gyakran az egész szervezet megbetegedésének csak részletjelensége. Legkifejezettebben látjuk ezt a gyermekkori fertőző megbetegedések kapcsán gyakran jelentkező középfülgennyedéseknél. Más a prognosisa az egyszerű, nátha után fejlődött heveny középfülgyuladásnak, és más a scarlatinás, morbillis vagy pneumoniás eseteké, bár hangsúlyozom, hogy a lefolyás *nemcsak* az infectio minőségétől függ.

A mi a bacteriologiai vizsgálatok eredményeit illeti, tudjuk például, hogy a virulens streptococcus gyorsan okoznak szövödményeket, a streptococcus mucosus okozta gyulladás (*Neumann-Ruttin*) elég gyorsan gyógyul a dobüregben, de néhány nap után a fül melléküregeiben könnyen kiújul a lob; a staphylococcus pyogenes vagy egyéb vegyes fertőzés hajlamossá teszi a bajt idősült lefolyásra stb. Mindez azonban a mindennapos gyakorlatban keveset szerepel, mert a súlyos, kétes esetekben, a mikor bacteriologiai vizsgálathoz fordulunk, inkább a meningococcusnak vagy a diphtheria-bacillusnak van fontos vonatkozása a gyógyítás tekintetében.

A diagnózis felállításakor legfontosabb a dobhártyaület (otoskopia), a mely a csecsemőkorban különös technikai nehézségekkel jár. *Tröltzsch* 1889-ben még a specialista számára is csak per exclusionem tartotta megállapíthatónak a csecsemők középfülbaját, amint ezt ma a dolgában biztos gyermekorvos

teszi. Ma már erős fényforrás, jó műszerek és begyakorlott szem segítségével az objectiv vizsgálat, ha sokszor nehéz is, de mindig megoldható.

Gomperz kísérletei kimutatták, hogy a csecsemők dobhártyája csakis az első, esetleg második napon nem látható a külső hangvezető bőrrészeinek duzzadása és a benne levő vernix miatt; ugyiszintén nem látható a koraszülött gyerekek dobhártyája sem, a míg el nem érik fejlődésükben az érettség fokát: ez azonban a gyakorlatban elhanyagolható, kevés számú esetet jelent. A szűk kis hangvezető cső kitisztítása, a gyermek mozgása, sirása (és a szülők türelmetlensége) a csecsemők vizsgálásakor sok nehézséget okoz; türelem és szeretet kell a vizsgáláshoz.

A csecsemő dobhártyáját, bár nagysága alig kisebb a felnőttek dobhártyájánál, a szűk hangvezető csövön át azért is nehéz meglátni, mert csaknem vízszintesen, a hangvezető felső falának mintegy meghosszabbításában fekszik.

A dobhártya vastagabb, azért kevésbé áttűnő és a középfül tartalma kevésbé domborítja ki. Igaz, hogy a csecsemőkori középfülgyulladás genye sokszor nem okoz nagy feszülést, mert a tág lumenű tuba levezetheti a geny egy részét. Ilyen módon különösebb fájdalom és egyéb localis tünet nélkül hosszabb ideig is fennállhat a latens középfülgyulladás, „idiopathiás mirigyduzzanatok“ praeauricularis oedemák, bélzavarok, vesezavarok mellett a csecsemő sorvadását, sőt akárhányszor esetében halálát is okozván. A halált okozó esetek legnagyobb része (70—90%) perforatio nélküli középfülgyulladás. Nem hagyhatom megemlíteni azt a nagy hasonlóságot, amelyet felnőtteken látunk az orrmelléküreggyulladások azon eseteiben, amikor a jó lefolyás localis tüneteket nem okoz, de az éjjelente a gyomor-bélrendszerbe jutó geny-mennyiség az emésztőszervek, a vese, szóval az egész szervezet súlyos másodlagos megbetegedését okozza.

Az esetek túlnyomó részében a dobhártyán látható elváltozások alapján felállíthatjuk a diagnózist. A dobhártya belővelt, a rózsaszíntől a skarlátvörösig sokféle árnyalatban. Itt-ott kis ecchymosisok is láthatók. A kalapács markolatának képe elmosódott, a fényreflex eltűnt. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy kisfokú belőveltséget okozhatunk mi a tisztogatással, a fültölcsér bevezetésével, sőt előállhat ez a csecsemő sirása következtében is. Máskor belőveltség nélkül a dobhártya eldomborodása, duzzadtsága, esetleg az áttűnő sárgás geny igazít útba.

Az általános tüneteket is mérlegelnünk kell. A csecsemő nyugtalan, keveset és nyugtalanul alszik, máskor pedig éjjel-nappal berekedésig sír, nem eszik, szopni alig akar, „mintha fájna a nyelése.“ Az élet első heteiben láz alig jelentkezik, de az első hónapon túl már rendes láz is van. Máskor agyvelő-tünetek, clonusos görcsök (fráz) jelennek meg az első tünetcsoportban, amelyek azután gyorsan megszűnnek, amint a geny levezetése megtörtént. A nyugtalansággal egyenrangú a túlzott nyugalom, amely aluszékonyság a meningismus egyik tünete lehet.

Akárhányszor valamely betegség lefolyása közben megjelenő, a kórképbe nem illő hőmenet hívja fel a gyermekorvos figyelmét a föltre; de igen gyakran a hangvezető csőből előfolyó geny az első tünete a talán már napok óta fennálló és spontán perforált középfülgyulladásnak. Meg kell jegyezni, hogy a csecsemők nedvedző fül-ekzemája csatlódásig hűen utánozhatja ezt a képet. A csecsemőkori középfülgyulladás ezen nagy változatosságú tünetcsoportjait a hangsúlyozott három tényező különböző kombinációi magyarázzák.

Nagyobb, okosabb gyermek természetesen már maga jelzi, hogy fáj vagy zúg a füle és megkönnyíti a diagnózist.

Általános szokás, hogy fülbántalmakban még a specialista diagnosisa előtt fülcseppeket rendel a gyermekorvos. Célja a fájdalom csillapítása volna, azért cocainos-carbolos glycerint írnak fel a régebbi szerzők nyomán. Ha tekintetbe vesszük, hogy e fülcseppek a fájdalmakat nem enyhítik, a vizsgálatot pedig nehezítik azért, hogy a dobhártya hámját macerálják, az esetleg kevés fülzsírt feloldván, a dobhártya

felé tömítik, annak eltávolítása pedig mindenkor artificialis belőveltséget okoz: azt hiszem, jobb, ha mellőzzük. Azt is megemlítem, hogy a szülőknek mindenkor feltűnik és ezért meg kell okolni, hogy a dobhártya felnyitása után miért nem szabad alkalmazni ezen orvosságot és miért kapnak más cseppeket.

Mindezek alapján azt tanácsolom, hogy középfülgyulladás esetében a specialista megérkezéséig ne alkalmazzunk fülcseppeket, hanem a fájdalom csillapítására meleg borogatást és esetleg aspirint adjunk. Hogy a szakorvosi vizsgálatnak különösen lázas esetekben minél előbb kell megtörténnie, azt a következőkből látjuk majd.

Mindazon esetekben, amikor a szakorvosi vizsgálat alapján bizonyos, hogy a dobüregben geny van, amit rendszeren a láz, a fájdalom és a dobhártyakép együttesen jelez, javalt a dobüreg rögtöni megnyitása a dobhártya felmetszése, incisioja útján.

A paracentesis csak szúrást jelent szó szerint, de azért általában az incisio értelmében és helyett használják. Azon esetekben, a mikor a dobüregben sok savós váladék van, mely fájdalmat okoz ugyan, de talán hőemelkedést nem, a dobhártyát pedig lobos tünetek nélkül eldomborítja, szintén javalt a rögtöni megnyitás. Két okból. Először, mert lehetséges, hogy súlyosabb középfülgyulladásnak hirtelen fejlődő első stadiumával van dolgunk (láttam ilyen néha 5—6 óra alatt kifejlődni); másodsor, mert a savós gyulladás is gyorsabban és biztosabban gyógyul, ha — természetesen sterilen — lebecsátom a váladékot.

Kétes esetekben, ha láz van, hajlandó vagyok még próba-paracentesist is végezni; ha láz nincs és biztos, hogy a beteget 24 óra múlva láthatom, párákötés alatt várok egy napot. Ott, a hol az orvos a beteggel telefonon minden napszakban érintkezhetik, természetesen a várás is nyugodtabban történik, mint például vidéki útnál. Sohasem szabad elfelednünk, hogy az egyetlen dolog, a mit az esetleges complicatiók megelőzésére tehetünk, a lobos középfül minél előbbi megnyitása!

Műhiba a dobhártya felmetszésének mellőzése. Talán csak Magyarországon kell bővebben foglalkoznom azon nézettel, hogy a dobhártya felmetszése elmaradhat, mert hiszen úgylis beáll spontán a perforatio. Azért mondom, hogy nálunk kell ezzel foglalkoznunk, mert a mi orvosképzésünkben az egyetem sok-sok tantárgya mellett a fülgyógyászatnak nem jutott hely. Igaz, mint fiatal tudomány még külföldön sem érte el megillető helyét a szigorlati tárgyak között, de külföldön legalább a hallgatása kötelező és a sebész és belgyógyász is jogosult otológiai kérdések adására. Nekünk fülklinikánk nincs, hallgatása sem kötelező és így bizony nagyon kevés hallgató ér rá önként vállalt collegiumban megtanulni ezt a mindenképpen elsőrendű fontosságú tantárgyat. Azért halljuk még ma is a spontán perforatiót váró ósdi felfogást. A paracentesis mielőbb elvégzendő 1. mert minden klinika statisztikája bizonyítja, hogy a szövődmények legnagyobb része a spontán perforált vagy későn megnyitott esetekhez járul. Sokszor egy-magában az a körülmény, hogy a nyílás túlkicsi és így a bő váladék nem folyhat le, elegendő arra, hogy az eset chronikussá váljék.

2. A spontán perforatio helye a geny lefolyására nem mindenkor alkalmas, a mit a gyakori pars flaccida-perforatioknál láthatunk a dobhártya tetején.

3. Az incisio helye mindenkor anyagihiány nélkül gyógyul és így a hallásra nézve a legideálisabb eredményt adja, a spontán perforatio helye azonban mindenkor anyagihiány. Ha heggel gyógyul: jelentékeny zavart okozhat a hallásban; ha száraz perforatióval: akkor a hallás zavarán kívül állandó veszélyt is jelent a kívülről jövő infectiókra, a folytonos kiujulásokra.

A mi a paracentesis technikáját illeti, mindenkor jól rögzített fejen, fültükron keresztül lándzsával vagy kis késsel, a külső hangvezető sterilizése nélkül végzendő. Gyermekeken anaesthesiát alkalmazni nem ajánlok, a mi különben felnőtteken

sem ér sokat. Ideges, túlérzékeny betegen gyenge chloureathyl-bódulatban végezem. Gyermeknél mindenféle ijesztető bejelentést vagy engedélykérést mellőzök. Utána a külső hangvezetőt steril csikkal kitöltve, párákötést alkalmazok másnapig. A másnapi eredménytől függ, hogy milyen kezelés mellett foglaljak állást.

Nem szabad azonban szem elől téveszteni a beteg socialis viszonyait sem, mert a magánykorlatban leletlenség, hogy minden beteg mindennap eljőjön a szakorvoshoz, még lehetlenebb, hogy naponta kétszer lássa szakorvos a beteget; ezt csak klinikán vagy kórházban lehet megtenni. Ezért a „száraz“, steril csíkos kezelése csak ritkán indikáltak.

A mi a hallást illeti, ez az első időben, a mikor a dobüreg bélése duzzadt, maga a dobhártya is megvastagodott, természetesen rossz lesz; a középfül elváltozásának javulásával azonban rövidesen javul és kellő kezelés mellett a baj gyógyulása után rendszeren tökéletes. Nagyon elősegíti a hallás javulását a második héttől kezdve minden kezeléskor alkalmazott Pollitzer-befúvás, a melyet fertőzött orrgarat mellett csakis akkor nem alkalmazok, ha a baj egyoldalú, mert féltém a másik oldalt. Csecsemőkön igen alkalmas ez az eljárás az orr-garatüreg kitisztítására is, e célból az előrehajtott fejecske egyik orrlíkába dugjuk a síma olivájú labdavéget és a másik orrnyílást nem fogjuk be. A belső orvosságok rendszeren a belgyógyászra tartoznak, mert maga a sebészileg kezelt középfülgyulladás rendszerint nem szorul különösebb medicinás kezelésre, de esetenként a fájdalom csillapítására az aspirin, a súlyosabb fertőzésekben pedig az urotropin jó szolgálatot tehet. Itt jegyzem meg, hogy súlyosabb esetekben az ismételt végzett vizeletvizsgálatot nagyon fontosnak tartom, mert esetleg geny- vagy fehérjenyomok lehetnek az első jelei egy empyemának.

A beteg, a míg lázas, ágyban marad, és feltéve, hogy egyéb baja nincsen, két láztalan nap után jó időben bátran kimehet. A Ferencz József kereskedelmi kórház rendelő intézetének igen nagy beteganyaga megmutatta nekem, hogy az ambuláns kezelt középfülgyulladások éppen olyan jól gyógyulnak, mint az otthon kezelték.

A dobhártya felnyitása után, a genyedés beálltával kezdődik a bajnak otthoni gyógykezelése, a mely éppen olyan fontos, mint az orvosi kezelés. Ez három főrészből áll: a tisztogatásból, a borogatásból és a hőmérőzéstől.

A középfülből a külső hangvezetőn át kifolyó geny, ha eltávolításáról és letisztításáról nem gondoskodunk, megtámadja a külső fül hámját, rhagasokat, lobokat, nedvedző ekzemát vagy furunculákat okozván. A bőrlób néha átterjed a fej és arcz bőrére is, máskor a külsőfül porczogójára, és makacs, fájdalmas, hosszadalmas bajokat létesít. Az első napok híg, véres-savós folyása után, a mint a váladék genyszerű lesz, legegyszerűbben kifecskendezésekkel tisztogatjuk a fület. A váladék bősége szerint napi 1—3-szori öblítés ajánlatos, mindenkor langyos, tetszés szerinti steril oldattal, mert itt a folyadék mechanikai hatását célozzuk. Egyszerű forralt víz, physiologiás oldat, bőrvíz vagy jól átszűrt „kamilla-tea“ egyformán megteszi a hatást. Legalkalmasabb eszköz az otthoni fecskendezéshez az egy daraból készült gummilabda, mely minden használat után szappannal jól megmosható. Az a félelem, hogy a fecskendezésekkel a bajt a mélyebb helyekre mintegy benyomhatjuk, teljesen alaptalan. Természetes, hogy a steril folyadék langyosan, tiszta edényből (nem genycsészéből!) szívandó fel a fecskendőbe. Kifecskendezés után az orvos steril vattatamponokkal tisztítja és szárítja le a dobhártyát, hogy ellenőrizhesse a viszonyokat; otthoni fecskendezések után, bár szeretik e tisztogatást utánozni, nem szabad a mélybe nyúlni, hanem a külső hangvezető bemenetéhez tett vattacsomócskával felszívni az esetleg még ki nem folyt vizet.

Ha nem sok a váladék, elég ha az orvos tisztítja ki a fület, odahaza pedig desinficiáló fülcseppeket alkalmazunk. Legelterjedtebb a gyenge, 1—2%-os hydrogen-superoxyd, a mely ha vegytiszta, nem is kifogásolható. Éppen olyan jó a

Zaufal-féle kezelés Burow-oldattal vagy a gyenge ólomvizes csepp. Fontos az, hogy kezdődő bőrgyulladás esetén a H₂O₂-cseppeket rögtön abba kell hagynunk. Specialis esetekben tonogenes cseppek, alkoholos becseppentések, vagy egyéb oldatok javáltak. A fülcseppek is mindenkor langyosan alkalmazandók. A porokkal való kezelés heveny középfülgyulladás eseteiben a kis perforatio miatt csak a legritkább esetekben ajánlott, akkor is mindig az orvos végezze. Mindaddig, a míg a beteg fülből geny folyik, tiszta vattacsomócskával tartjuk elzárva a külső hangvezetőt. Amint teleítta magát, rögtön változtatni kell, mert a piszkos, bőrre tapadó vatta többet árt, mint használ. Ha kell, óránként változtassuk. A fülkagylóra és környékére tapadó genyet ne orvossággal és ne benzinnel, hanem langyos vízzel és szappannal tisztogassuk le.

A középfülgyulladások gyógyításához tartozik a beteg fülnek és környékének borogatása mindaddig, a míg a lob fennáll. Egyszerűbb esetekben elegendő az ú. n. Priessnitz-borogatás, a csecsnyúlvány lobjánál a szabályos párákötések, a meleg vagy jeges borogatások indikáltak. Lényegileg, az élettani hatás szempontjából mindegy, akár hideget, akár meleget alkalmazunk és ezt mindenkor meg kell mondania a consiliariusnak, ha valami okból célszerűnek tartja, hogy az eddigi kezelésem változtasson. A laikusok előtt óriási különbséget jelent a jégzacskó és a forró borogatás és könnyen elveszíti bizalmát a kezelő orvos irányában a lényegét nem ismerő szülő, ha a kezelésem változtatunk.

(Folytatása következik).

A budapesti magyar kir. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Verebély Tibor, egy. ny. r. tanár) és I. számú belgyógyászati klinikájának (igazgató: Bálint Rezső, egy. ny. r. tanár) laboratóriumából.

Belső desinfectiók kísérletek vuzinnal súlyos sebészi fertőzésekben; adatok a therapia sterilisans localis percapillaris kérdéséhez.

Irta: Láng Adolf.

(Folytatás.)

A befecskendést követő pár óra múlva esetleg hidegrázással hőmérséklet-emelkedés jelentkezik bágyadtsággal, a magasabb hőmérséklet néhány óráig tart, majd visszatér a normalis hőmérséklet, miközben a fájdalmak, melyeket a megbetegedés okoz, lassanként elmúlnak, úgy hogy 24 óra múlva a befecskendezés után a beteg határozott megkönnyebbülést és javulást érez. Vizsgálatkor rendszeren erősebb duzzanatot találunk, elég nagy kiterjedésű vizenyővel, lobos vörösséssel és bő genyképződéssel, miközben az esetleges nyílásokon át szövetsequesterek ürülnek ki. Általában azt mondhatjuk, hogy a szövetsequesterek kiürülésének gyorsaságával egyenes arányban halad a gyógyulás. A folyamat megállása az első, a mit constatálhatunk; sem a befecskendezés helyén, sem ettől be- vagy kifelé beszűrődést nem találunk, bár az eddigi lobos pir néha haragos vörösségig fokozódott. Enyhe nyomásra bőségesen ömlik szövetförmelékkel kevert geny, majd két nap múlva elhalványodás jelzi a lob megszűntét. A vizenyő, mely legnagyobb fokát rendszerint az első 24 órában érte el, sokszor két hétig is megmarad. Ha a necrosisos szövetrészek kiürültek, például carbunculus esetén, kraterszerű anyagihiány keletkezik, melynek mélyén élénk sarjadzás látható.

Ily szövetközi befecskendést panaritium, furunculus, carbunculus és phlegmone eseteiben kísértem meg. A panaritium osseumot nem találtam alkalmasnak vuzin-infiltrációra; viszont a körömágygyulladás különösen alkalmas vuzin-befecskendezésre; a gyógyulás befejeztével a levált köröm a lelködő bőrrrel együtt sapkaszerűen ül az ujjcsúcson, a honnét csak le kell emelni s alatta már ott van a begyógyult sebfelület.

A phlegmonék közül nem voltak alkalmasak az in-hüvelyekre és inakra terjedő folyamatok, míg az izület

körüli és egyéb phlegmonék egyszerű körülíráskendésre meggyógyultak.

Különösen érdekes a következő kórtörténet: 1918 december 10.-én G. J. 46 éves férfi jelentkezett a klinika ambulanciáján azzal, hogy körülbelül egy hét óta igen fájdalmas duzzanata képződött a jobb czombján anélkül, hogy előzőleg bármi is történt volna vele. Jelentkezése alkalmával a jobb Scarpa-féle háromszög fölött férfilyénnyel, élénkvrös, közepén fillérnyi területen fluctuáló, igen fájdalmas phlegmone látható. A fluctuáló helyet megpungáljuk, egy pár csepp genyet szívunk ki, majd a phlegmonés területet $100 \text{ cm}^3 \frac{1}{1000}$ higítási vuzin-oldattal körül- és aláíráskendjük, a punctiós nyíláson át pedig enyhe nyomással $1-2 \text{ cm}^3$ hasonló töménységű vuzin-oldatot fecskendünk be a tályogürbe. Két nap múlva, a mikor újból jelentkezett, már sokkal jobban érezte magát, a fájdalmassága teljesen megszűnt, a lobos elszíneződés lefelé terjedt ugyan, a punctiós nyíláson azonban rendkívül sok geny ürült, jelölül annak, hogy a szövetségi gyuladás *tályoggá* alakult át. December 14.-én két befecskendés helyének megfelelően duzzanat és csekély fájdalmasság képződött, a mely december 17.-én áttört. December 31.-én az eredeti hullámzás helyén ejtett szűrési seb sipolyvá alakult, a melyből sűrű barna, genyes váladék ürült; a területet $70 \text{ cm}^3 \frac{1}{5000}$ vuzin-oldattal körülíráskendjük. 1919 január 2.-án a lobos jelenségek visszaféjődtek, úgy hogy a váladék-képződés erősen csappant s a beteg január 13.-án teljesen meggyógyult.

A phlegmonék vuzinfiltratio után általában tályoggá átalakulva gyógyultak meg.

A vuzinoldat koncentrációja a phlegmonék, carbunculus, furunculus és panaritiumok gyógyítására $\frac{1}{2500-1000}$ volt. Összesen gyógykezelttem:

empyema thoracis	...	2,
phlegmone	...	9,
panaritium	...	9,
carbunculus	...	3,
furunculus	...	15,
tályog	...	15 esetét;

ezek közül 1 phlegmonét, mely az ínhüvelyekre terjedt és egy tályogot, melyet igen híg vuzinoldattal kezeltünk, fel kellett tární s empyema thoracis mindkét esetében thoracotomiát kellett végezni. A többi műtét nélkül gyógyult.

Igyekezünk magyarázatát adni azoknak a következőknek, melyek ily lobos szövetbe történt vuzin-befecskendés után jelentkeznek. A legelső, a mi feltűnik, a kiterjedt és hosszabb ideig eltartó vízenyő. A vuzin, mint tudjuk, organotrop a vörös és fehér vérsejtekkel szemben; mindkét vérsejt azzal a tulajdonsággal bír, hogy a vuzint megköti, miáltal a befecskendezett vuzin parasitotrop képessége öt-, sőt tízszeresére is lecsökken. A fehér és vörös vérsejtek a magukhoz ragadott vuzin-molekulákat egy ideig meg is tartják, vele vegyileg egyesülnek.

A vér és az oldott anyagok áthatolása az élő sejthártyán csak részben igazodik az osmosis és a diffusio törvényei után, minthogy a sejthártya nem egyéb, mint a sejtnek egy része, mely colloidalis állapotban van, a melyet maga a sejt hozott létre és a mely éppen ezért a sejt specifikus tulajdonságának köszöni létét. A sejthártya vegyi jellege irányadó a diffusio mértékére és állandóságára. Mint ismeretes, a sejt anyagcseréjének termékei befolyásolják a sejthártyát abban, hogy a sejt kellő táplálékot felvehessen és az elhasznált anyagokat kiküszöbölje.

Azt hiszem, hogy a fehér és vörös vérsejtekhez kötött vuzin egyrészt megváltoztatja e corpuscularis elemek permeabilitásának viszonyát, másrészt az eleinte ezekben visszatartott vuzin, esetleg annak hasadási productumai, a vérsejtekből kiürülve, úgy befolyásolják az endothelek hártarendszerét is, hogy ennek átteresztő képessége nemcsak vízre, sókra, hanem magukra a corpuscularis elemekre is fokozottabb lesz. Az, hogy vajjon az endothelek, lipid tartalmuk következtében (*Gaza*), resistensebbek-e s csak az endothelek közötti ragasztóanyag megglazulásával jön létre a transsudatio, a felvételemet, úgy gondolom, nem befolyásolja, legfeljebb nyílt kérdéssé válnék, vajjon az endothelek eresztik-e át a vér alakelemeit, avagy a közöttük levő ragasztóanyag engedett.

Második feltűnő jelenség a reactiv *hyperaemia*, mely a vuzin-befecskendést követi. Ennek magyarázatát a vuzin hatására beállott bacterium-pusztulásban látom. A bacteriumok

elpusztulásával szabadabbá vált és diffundáló endotoxinok, melyek egy része a vérbe is felszívódik, mint gyuladást okozó anyagok szerepelnek, a mennyiben a capillarisok tágulását idézik elő. A vérbőség, mint más vegyi ártalomnál, itt is reflex útján az idegvégződések izgalma folytán jön létre. *Bier*, *Manninger* és mások, valamint a magam vizsgálatai meggyőztek arról, hogy a tályogok másodszeri, sőt harmadszeri csapolása alkalmával nyert geny nem mindig volt steril, életképes bacteriumok voltak benne kimutathatók. S ennek daczára a tályogok minden bemetszés nélkül meggyógyultak. Ez a jelenség másként nem magyarázható, miként azt *Bier* is felveszi, hogy bár a bacteriumok életképességüket nem veszítik el, ellentálló képességük annyira csökken, hogy a természetes védelmi berendezésnek áldozatul esnek.

A harmadik jelenség a nem ritkán rázóhideggel járó *láz*, mely a vuzin-befecskendés után pár óra múlva köszönt be. Ennek magyarázatául már *Schöne* a harmadik brüsseli hadsebészeti congressuson tartott vitában az elhalt bacteriumokból felszabadult endotoxinok hatására gondolt s én is azt hiszem, hogy a hidegrázást és a hőmérséklet emelkedését a bacteriumok szabadabbá váló toxinjai idézik elő.

Noha a vuzinnak koncentráltabb oldatát is használtam, kellemetlen távolhatást a vesékre avagy más szervekre nem volt alkalmam látni.

* * *

Az eddig tárgyaltakból kitűnik, hogy a belső desinfectio minden követelményének megfelelő vuzinnal a tályogok egyszerű kimosásra, elhatároltabb, phlegmonosus megbetegedések pedig szövetségi befecskendésre meggyógyulnak. Önkénytelenül felvetődik a kérdés, minthogy e szer nagyobb mennyiségben is ártalmatlan, nem sikerülne-e kiterjedtebb megbetegedéseket — tehát mikor a phlegmonés folyamat nemcsak a bőr alatti kötőszövetre, de mélyebbre, az ínhüvelyekre, inakra és csontokra is kiterjed, s a melyeket, mint láttuk, egyszerű szövetségi injectiókkal nem tudunk megállítani — meggyógyítani, ha az oldatot valamelyes alkalmasabb módon sikerülne a góczhoz eljuttatni. A seb fertőzése után létrejövő általános fertőzés (sepsis), továbbá az inak pusztulásával és mélyreható műtéti hegesedések után bekövetkező zsugorodások különösen kívánatosá tennék azt a gyógyító eljárást, melyet *Nyström* szerint *therapia sterilisans percapillaris*-nak nevezhetünk.

Nyström azt a kérdést állította fel, hogy miképpen lehetne egy végtag helybeli fertőzésénél a fertőzött részhez az antiseptikus anyagot tökéletesen eljuttatni. E gondolat foglalkoztatta *Manningert*, *Stutzint* is, valamint *engem* akkor, midőn háborús szolgálatomban azokat a nagy és mély kiterjedésű phlegmonekat volt alkalmam látni, melyek nem ritkán, daczára az erélyes sebészeti beavatkozásoknak, vagy általános sepsist okoztak, vagy ha meggyógyultak, a nagy és mélyreható hegesedések miatt a beteget munkaképességétől sokáig, sokszor teljesen megfosztották. Sajnos, háborús elfoglaltságom és a kísérleti berendezés hiánya nem engedte meg, hogy akkor e kérdéssel foglalkozhassam. Itthon *Verebély* és *Bálint* professorok lekötölező szívességéből e kérdést kimerítően tanulmányozhattam s e vizsgálataim eredményéről fogok e helyen majd beszámolni.

A desinfectans anyagot a megbetegedett terület minden egyes részéhez csak az arteria-rendszeren lehet eljuttatni, hogy a tökéletes érintkezés következtében a bacteriumokat mindenütt ártalmatlanná tehesük. Hogy e kérdés más infectiók leküzdésénél szintén foglalkoztatja a szakembereket, bizonyítja *Knauer*-nek egy közleménye, ki agyphilist és paralyisist salvársannak a *carotis communis*ba történő injectiójával igyekszik gyógyítani. Összesen 60 esetben alkalmazta a befecskendezéseket, ezek szerinte kellő elővigyázattal végezve, különösebb veszélyt nem rejtenek magukban s ha nem is minden esetben, de némely paralyis-esetben többet ért el velük, mint eddig általában elértek. Theoretice a bactericid-ananyag tökéletes eljuttatásának kérdésére

könnyen megfelelhetünk *Nyström* vizsgálatai alapján, csak egy mellékkövetelés válik kívánatosná, hogy az arteriás vérel tovább desiniciens elég ideig maradjon a beteg szövetekben, hogy a bacteriumok e szernek áldozatul eshessenek. *Nyström* e cél elérésére a végtagot az arteriába való befecskendés után leszorította. *Nyström* vizsgálatai megmutatják, hogy a desiniciens az arteriás véráram útján tökéletesen és mindenütt elosztható, mert ha pl. a nyúl *a. tib. post.*-ba berlini kéket fecskendett és a végtagot a térdizület felett lefűzte, azt találta, hogy a csontvelő s a csontok a lágyrészekkel együtt egyenletesen kékek. Bebizonyította ezzel, hogy a venán való visszaáramlás nem szükséges ahhoz, hogy tökéletes injectiót hozzon létre.

Gyakorlati követelmény az, hogy az alkalmazandó desiniciens, esetünkben a vuzin, a vér alvadását ne idézze elő, tehát thrombosit ne hozzon létre. Mint ismeretes, a vuzin-oldatból a legcsekélyebb lúg jelenlétében erős csapadék képződik, mely csapadék esetleg magva lehet egy thrombusnak s ez az arteria elzáródásával gangraenát okozhat.

Ezért *Manninger* az ő intravenás befecskendései alkalmával a keringésből kiiktatott vétagrészt 1:10.000 normal tejsavval megsavanyította, minthogy a gyengén alkalikus vér szerinte a vuzint kicsapja és oldhatatlan basikus sókká változtatja át.

Miként állatkísérleteimből kiderült, a vuzin 0.2%-os oldata a nyúl fülvenáját, 1%-os oldata pedig a kutya verőerét (*a. carotis, brachialis, femoralis*) nem thrombotizálta. A kísérletek technikája a következő: a vuzin-oldatot mindig frissen készítjük, oldószerre destillált víz volt; a vuzint melegítéssel oldjuk fel, szűrjük, majd felforralva sterilizáljuk. A physiologiás konyhasó-oldat nem látszik alkalmas oldószernek, mert a vuzin még külön e célra készített vegytiszta NaCl-oldatban is kissé kicsapódik, de $\frac{1}{10000}$ normal sósavval megsavanyítva feltisztul. Destillált vízzel tökéletes oldatot érhetünk el melegítés útján. A nyúl fülgyűjtőerét, hogy befecskendésre alkalmasabbá tegyük, activ vérbőséggel, melyet benzines törlővel történt enyhe dörzsöléssel idézünk elő, előzetesen kitérítjük és az 5 cm^3 oldatot igen finom „record” tűvel befecskendjük.

A verőeres befecskendéseket következőképpen végeztem: a morphinbódulatban levő kutya megfelelő testrészét megberetvélva és sterilizelve, a verőeret aether-bódulatban kikészítettem s a seb szintjére hoztam, alátámasztottam és az előbb elmondott módon készített friss vuzin-oldatot igen finom tűvel — a tűt az arteria hossz tengelyével párhuzamosan tartva — befecskendeztem. A befecskendés befejezése után a szúrás-sebre gyakorolt egy-két percnyi nyomás a vérzést tökéletesen megszüntette. A sebet bevarrva, collodium-kötést alkalmaztam. A műtét a leggondosabb aseptis mellett történt. A fecskendő és tűk lúgmentes — destillált — vízben főzendők ki.

Ezen kísérleti vizsgálatok, valamint a vuzinról eddig megjelent közlemények alapján és a saját, valamint az I. sebészeti klinika beteganyagán szövetségi befecskendés után látott jó eredményeken felbuzdulva, gondoltam arra, hogy súlyos phlegmone eseteiben az intraarteriás befecskendéseket emberen megkíséréljük. Fokozottabb hatás elérésére azt reméltem, hogy ha a végtagot a befecskendés helye felett leszorítom, a bevitt vuzin a vér visszaáramlásának lassúbbodásával hosszabb ideig fog a beteg végtagban maradni.

1. 1919 évi január 22.-én 57 éves férfi jelentkezett a klinikán, kinek 38.1°C hőmérséklet mellett súlyos phlegmoneja és lymphangitise volt a bal tenyéren és az alkar hajlító oldalán, mely folyamat körülbelül két hete állott fenn. A felkar alsó harmadában az *a. brachialis* helybeli érzéstelenítésben kiproparáltam és abba lassan physiologiás konyhasó 20 cm^3 -ében oldott 0.10 grm. vuzint fecskendeztem be. Az intraarteriás befecskendés pillanatában az eddig teljesen fájdalomtalan műtét alatt a beteg élénk fájdalmakat jelzett az alkarban és kézben. A verőér beszúrás sebének összenyomására a vérzés egy pár pillanat alatt megszűnt. A befecskendés után a végtagot a befecskendés helye fölött másfél órára annyira leszorítottam, hogy a radialis-pulsus éppen érezhető maradt. Varrat. A mikor a kötést másnap levettük, az alkar hajlító oldalán a hám ökölnyi, gennyel telt hólyag alakjában leemel-

dött, a mely hólyagnak eltávolítása után a coriumon két helyen a hajlító inak közé betérjedő fillérnyi anyaghiány látható, a melyből igen sok geny ürül. A beteg közérzése jó, fájdalmai nincsenek, a kéz meleg, ujjait tudja mozgatni. Ezen a napon a hőmérséklet hidegrázással 39.2°C -ra emelkedett. Másnap a beteg láztalaná válik, a két sipolynyláson állandóan igen sok geny ürül, a vizenyős duzzanat felterjed a felkar közepéig. Január 28.-án a varrat per primam gyógyult. Január 31.-én az alkar hajlító felszíne újra beszűrődött, fájdalmas, rendkívül sok váladékot ürít, a hőmérséklet 38°C , a minek oka a lelködőfélbe levő elhalt in. A folyamat siettetése végett 100 cm^3 1:5000 vuzin-oldattal körülfecskendem a beszűrődött területet, a mi után hidegrázás jelentkezik. 24 óra múlva két kisebb gennyel telt bulla támad a körülfecskendezett terület fölött, február 5.-én a sipolynyláson át 12 cm. hosszú, 1 cm. széles inat sikerül csipővel eltávolítani, a mire a sipolynylások csakhamar begyógyulnak. Már a kötözés alatt az ujjak működésében határozott és feltűnő javulás volt észlelhető. *Ez esetben tehát úgy látszott, hogy a súlyos phlegmonét a verőérbe történt befecskendés nemcsak megállította, de meg is gyógyította.*

2. E szép eredménnyel felbuzdulva, 1919 február 7.-én egy 47 éves férfibeteg, kinek az előbbinél még súlyosabb, az egész alkar és a kéz hajlító oldalát elfoglaló phlegmoneja volt lymphangitissal, ugyancsak helybeli érzéstelenítésben kikerestem az *a. brachialis* az alsó harmadában s 20 cm^3 physiologiás konyhasó-oldatban oldott 0.10 gr. vuzint fecskendeztem be. Itt is megjelentek a befecskendés alatt a kézben és alkarban a fájdalmak. A verőeren ejtett finom tűszúrásból származó vérzés nyomásra mihamar megszünt. A felkart az előbbenihez hasonlóan másfél órára elővigyázatosan pangás alá hoztam. Másnapra a kéz és az alkar gangraenája állott be, a mely miatt a felkart alsó harmadában amputálni kellett. Az amputált végtag bonczolásakor a verő- és gyűjtőerek thrombosisát találtam, a mi mellett feltűnő volt az *arteria brachialis* szűk volta. A beteg sokáig lázaskodott, a lábakon, majd a keresztcsont felett, továbbá a jobb lapoczká táján jelentkeztek tályogok és csak hosszú lázaskodás után gyógyult meg.

Verebély tanár a gangraena létrejövetelét a pangás előidézésére használt leszorításra gondolta visszavezetendőnek. E súlyos szövödmény okát állatkísérletek alapján igyekeztem megmagyarázni. Állatkísérleteimben a kutya nem fertőzött végtagjának főverőerébe a már említett technikával végzett vuzin-befecskendés után (legyen az a *Manninger* ajánlotta tejsavval megsavanyított vagy physiologiás konyhasó-oldatban vagy destillált vízben oldott vuzin) leszorítás nélkül 5 eset közül egy esetben sem jött létre thrombosis, dacára, hogy egyugyanazon verőérbe többször is történt befecskendés. Az ezeket követő befecskendésekhez destillált vizet használtam oldószerül. 5 fertőzött (az inak közé varrt, kutyagenybe áztatott fakéreg előidézte genyedés) esetben a végtag verőere másfél órai leszorítás után egy ízben thrombotizált, 5 fertőzött, de az injectio után le nem szorított végtag közül egy ízben sem jött létre thrombosis, 10 nem fertőzött végtag intraarteriás befecskendése után leszorított verőér közül egy esetben a verőér rögösödött, míg a le nem szorított végtagban ugyanilyen 12 injectio közül egy sem hozott létre thrombosit. A leszorítás időtartama mindig egy óra volt, a leszorítást a befecskendés helye fölött gummicsovel enyhén végeztem, a végtag valamivel hűvösebb volt, mint a le nem szorított végtag.

Ezek után kétségtelen, hogy a leszorítás a közvetlen ok, mely a thrombosit előidézi. Ismeretes, hogy a Bier-féle pangásos vérbőség létrehozására használt leszorítás után (*Lexer, Wrede, Graff* és mások) gangraena fenyegetheti a végtagot. Azonban e gangraenák többé-kevésbé kiterjedt phlegmoneknél keletkeztek és így ez a feltevés nem magyarázza meg azt, hogy mi az oka az állatkísérletekben azon thrombosisnak, mely minden aseptikus feltétel mellett nem fertőzött végtagon történt befecskendést követő leszorítás miatt keletkezett. A leszorítás sohasem volt oly fokú, hogy a végtag a keringésből tökéletesen ki volt volna rekesztve. Az üszkösödés magyarázatát a sérült intimának a leszorítás folytán beállott hiányos táplálásában keresem, mert a leszorítás által az érfal vasa vasorumait is lezárjuk ideiglenesen, a sérült intima azután a szúrással járt traumát a lecsökkent tápláltatás folytán nem tudja kiheverni, intimán elfajulás jön létre, mely kiinduló pontja lehet a thrombus képződésének.

* * *

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Szülészet és nőorvostan.

A méhnyak tágitásáról saját ballonjával ír *Mueller*. E ballon előnye, hogy megterhelést is elbír. A metreurysis célja a méhszájat lehetőleg a természetes táguláshoz hasonlóan tágítani és a magzat megszületésére alkalmassá tenni. Hogy azután a szülés a természetes szülőerők útján, vagy műtét útján történik-e, azt a körülmények szabják meg. A nyaknak ballonnal való tágítása olyan, mint mikor a burok fájás közben tágítja a méhszájat, vagy ha nincsenek fájások, mintha húzást gyakorolnánk a burokra, a mi azonban a gyakorlatban keresztülvihetetlen. A ballonnal való tágítás előnye még, szemben a méhnyak bemetszésével, hogy esetleges hegek, megkeményedések fellazulnak s így a méh kisebb elhajlásai, hátulsó és oldalsó parametritis stb. is gyógyulnak. Nagyon szívós hegesedések ez eljárásra sem tágulnak, ilyenkor a klasszikus császármetszéshez fordul. Kétszáz eset közül egy halálózása volt, a melyet azonban nem az eljárás tökéletlenségének, hanem a feltételek be nem tartásának tud be. A méhnyaktágítást alkalmazza nemcsak a művi koraszülés megindítása céljából, hanem különösen placenta praevia, időelőtti burokrepedés eseteiben, műtét előtt nem eléggé tág méhszáj tágítására. *Mueller* eljárása a következő: Első és másodfokú medenczeszűkületnél, a hol gondolni kell a koraszülés művi megindítására, már a terhesség alatt kedvezően iparkodik befolyásolni a magzat fejlődését és a szülőcsatorna lágyrészeit. A terhesekkel Prochownick-kúrát végeztet s a lágyrészeket gyakori, 30—32 fokos meleg fürdőkkel és kamillateás hüvelyöblítésekkel, esetleg glicerín-thigenol-golyókkal lazítja. A harminczadik héttől kezdve 8—14-naponként vizsgálja a terhest, hogy a magzat fejének a medenczebemenethez való viszonyát megállapíthassa. Ilyenkor a fejét imprimáltatja. Ha a fej a medenczét már kitölti, körülbelül a 34. héttől kezdve, beavatkozik. A méhszájat keztyűtágítóhoz hasonló eszközzel tágítja, hogy az a ballon számára könnyen átjárható legyen. A négyféle nagyságban kapható és sterilizálható ballont a levegő és víz teljes kiszorítása után szivar módjára felcsavarva és a csapot elzárva, ballonfogóval a kéz védelme vagy a hüvelynek tükrökkel való feltárása mellett vezeti be a méhüregbe, azután megtölti hig lysoform-oldattal. Majd a ballon toldalék részét az ágy végén megerősített csiga közbeiktatásával 4—6—12 fontnyi súlylyal megterheli; a húzás irányának a medenczebemenet síkjára merőlegesen kell történnie. Nemsokára fájások kezdődnek, melyeket pituglandollal fokoz. A mint a ballon áthaladt a nyakon és a gátat nyomni kezdi, a súlyokat eltávolítja. Három-négy óra múlva többnyire megszületik a ballon, ezt követi a belső vizsgálat és a szívhangok ellenőrzése; ha a szülés nem halad tovább, fordítást vagy fogót alkalmaz az adott eset szerint. (*Zentralblatt für Gyn.*, 1920, 7. sz.)

Lehoczky dr.

Gyermekorvostan.

Az újszülöttek köldökdiphtheriájáról értekezik *Göppert*. Elsősorban reámutat arra, hogy epidemiológiai szempontból milyen fontossággal bír a felismerése. Úgy otthoni, mint kórházi ápolás mellett létrejöhet. Az esetek zömében az első hét végén vagy a második élethétben jelentkeznek. Az esetek egy részében — mondhatni túlnyomó többségében — súlyos tünetek nélkül folyik le. A köldökredő kissé nedvedző s csak a mélyben lehet egy alig-alig észrevehető kis opalizáló hártványt látni. Máskor a tünetek már kezdettől fogva zajosabbak, ilyenkor mély infiltratum, sőt esetleg köldök-gangraena is keletkezik, különösen ha az első életnapokban következett be a fertőzés. Fontos a bajt felismerni, mert további fertőzések kútforrása lehet s mert az esetek egy részében a gyermeknek orrdiphtheriája is szokott lenni, vagy a gyermek bacillusgazdává válik. Rendesen a környezetben történő diphtheriás fertőzések hívják fel reá

könnyebb esetekben a figyelmet. Az eseteknek egy jó része kezelés nélkül gyógyult. A diphtheria-antitoxinnak nagyobb mennyiségét kell befecskendezni (legalább is 2000 egységet); a befecskendés ismétlésének mi sem áll útjában, ha az első adagra a gyógyulás nem akarna hamarosan bekövetkezni. Az aetiológiában alkalmasint a köldökcsomónak késői leválása és a köldökseb lassúbb gyógyulása is szerepet játszik. Az esetek zöme úgy látszik a szülőintézetekben fordul elő. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1920, 12. szám.)

Bókay Zoltán dr.

A zsír jótékony befolyásáról a gyermek-táplálásban értekezik *A. Orgler* docens (Berlin). A zsír elsősorban mint energia-forrás játszik fontos szerepet a csecsemő anyagcseréjében, megakadályozván a szövetek szétesését és azok fehérje- és sótartalmának változását. Különböző szerzőknek összesen 19 csecsemőn végzett anyagcserévizsgálata eredményeképpen azt mondhatja, hogy e szempontból két csoport állítható fel: az egyik, hol zsírbevitel mellett a nitrogén-retentio növekszik, s a másik, hol az változatlan, sőt csökken. Ugyanily ellentétes hatás mutatkozik, midőn a csecsemő energia-szükségletét fedő táplálékban zsír mellett kevés szénhidrát is van. E kísérletekből az is kitűnik, hogy a szénhidrátok fehérjét megtakarító hatása nagyobb a zsírénál. Mindeme kísérletekben a csecsemő kora és a zsír mineműsége nem befolyásolja az eredményt. A zsírnak a sóanyagcserére való hatása, mint az 5 szerzőnek 7 kísérletéből kitűnik, igen különböző. A szerző két érdekes tényt említ; az egyik az, hogy egészséges csecsemőben physiologiás viszonyok közt is találtak a sóanyagcserének oly rosszabbodását, a minőt beteg csecsemőkön szoktunk észlelni; a másik az, hogy a szénhidrát-periodusban úgy a nitrogén, mint az ásványanyagok anyagcseréje jobb, mint a zsírperiodusban. Hogy tehát kellő mennyiségű nitrogén és ásványanyag maradjon a szervezetben, a zsír mellett a táplálékban bizonyos mennyiségű szénhidrát is kell lennie.

A zsír második feladata a zsírlerakódás fedezése. A csecsemő az első hónapban körülbelül 5 gramm zsírt igényel. Ezt természetes táplálás mellett bőven megkapja (még 12 gr.-ot is), de megkapja mesterséges táplálásnál is, ha féltejet és ebből körülbelül 600 gr.-ot kap. Ha azonban ennél kisebb a tej mennyisége, a hiányzó zsír ezen szerepét szénhidrátoknak kell átvennie. Az azonban nem közömbös, hogy a csecsemő ezen szükségletét zsír fedezi-e, avagy szénhidrát. Ismeretes, hogy szénhidrát-dús táplálék mellett, a mennyire gyors súlygyarapodás áll be, épp oly hamar következik be oly rohamos és nagyfokú súlyesés, a melyet zsír-tartalmú keverékkel táplált csecsemőkön csak legritkábban észlelünk. A szénhidrát-bevitel és a szervezet víztartalma közt szoros összefüggés van. Az ily gyors növekedésnél más a chemiai összetétel, más a vízmegkötés a szövetekben, mint zsírtartalmú táplálék mellett. További tapasztalat az, hogy szénhidrát-dús táplálék mellett a fertőzésekkel szemben való ellenállás is csökken. Ilyenek a tapasztalatok a háborúban a rossz táplálkozás mellett a tuberculosis nagyobb mérvű elterjedéséről. Ismeretes az is, hogy minél fiatalabb a csecsemő, annál kisebb az ellenállása, annál súlyosabban és hamarabb betegszik meg, mint a hasonló körülmények közt levő idősebb csecsemő; de ismeretes az is, hogy minél fiatalabb a csecsemő, annál nagyobb a víztartalma. Állatkísérletek is mutatták, hogy szénhidrát-dús táplálás mellett a szervezet víztartalma nagyobb, mint zsírbevitelnél. Arra vonatkozólag, hogy a vízfelhalmozódás a közvetlen oka az ellenállás csökkenésének, hogy másfelől maga a zsír, vagy pedig valamely alkotórésze idézi elő az ellenállás fokozódását, az állatkísérletek azt mutatják, hogy az állatok életbenmaradásához és növekedéséhez feltétlenül szükségük van a zsírra és pedig annak egy bizonyos alkotórészére, melyet a szerzők egy részük lipoidnak, más részük zsírban oldható A-anyagnak nevez. Kitűnik továbbá az is, hogy maguk a zsírok sem viselkednek egyformán. Így a vaj, a tojássárga, a csukamájolaj, a repceolaj és a zsírtartalmú állati szövetek a növekedést elősegítik, a disznózsír,

az olajbogyó olaja, a mandulaolaj, a margarin és palmin hatástalan. E tapasztalatot megerősítik Bloch-nak a kopenhági gyermekotthonban tett kísérletei, ki fehérjét, szénhidrátot, lefőlt tejet, növényi zsírt tartalmazó étrend mellett a gyermekek egy részén a fejlődésben való visszamaradást, más részén keratomaláciát észlelt, mely tünetek csukamájolaj adagolására szépen javultak. Mindezen kísérletekből kitűnik, hogy a zsír szénhidráttal nem helyettesíthető s bár a szénhidrát a fehérje és sók lerakódására kedvezőbb hatással bír, a szervezet ellenállóképességének és a gyarapodásnak fenntartása tekintetében a zsírnak — mint Aron mondja — különös tápértéke (Sondernährwert) van s éppen ezért a zsírnak a táplálékból hosszabb időre való teljes kiszorítása a szervezetre nézve határozottan káros. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 11. szám.)

Farnos I. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A *sparteinum sulfuricum Noorden* szerint analeptikus hatás tekintetében sokszor felülmúlja a coffeint, még inkább a kámfort. Legjobb a bőr alá vagy intramuscularisan adni 2 centigrammos adagban (1 cm³ vízben oldva) naponként 1—3-szor. Idősült szívizomgyengeség eseteiben, a melyekben digitális kis adagjainak huzamos használata javalt, a digitális időnként sparteinnel helyettesíthető: Rp. Sparteini sulfur. 0.1—0.15; Kalii bromati, Aqu. amygdal. amar. aa. 6.0; Aqu. destill. ad 200.0. (Therap. Halbmonatshefte, 1920, 1. füzet.)

Peritonitis tuberculosa exsudativa több esetben *Schlesinger* feltűnő jó eredménnyel használta a nitrogenbefűvást, a melyet *Bruckner* ajánlott volt egy esete kapcsán. A folyadék lebocsátása után olyan készülékkel, a melyen mesterséges pneumothoraxot szoktunk létesíteni, a has térfogata szerint 100—1000 cm³ nitrogént juttatunk a hasüregbe és ezt a szükséghez képest esetleg többször is megismételjük. (Therapie der Gegenwart, 1919, 1. füz.)

Vegyes hírek.

Igen tisztelt munkatársainkat sajnálattal értesítjük, hogy tekintettel a nagy papirhiányra és az előállítás költségeinek immár szeretlen voltára: megjelenendő dolgozataikból díjtalan különlenyomatokat további intézkedésig nem adhatunk. Amennyiben valaki mégis szükségeltet különlenyomatokat: közvetlenül a nyomdával sziveskedjék e tekintetben érintkezésbe lépni.

A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete állásnyilvántartó irodát állított fel, hogy egyrészt állást kereső tagjainak könnyebbé szerezzen, másrészt, hogy hatóságoknak, intézeteknek, kórházaknak, vállalatoknak stb. megkeresésére megfelelő orvost ajánlhasson. A megkeresések Budapest, VIII., Szentkirályi-utca 22. sz. alá (Orvosclub) intézendők.

Meghalt. Hajdu Imre dr., azelőtt egészségügyi felügyelő, utóbb a népjóléti ministerium osztálytanácsosa, 50 éves korában május 4.-én Túrkevény.

A Budapesti kir. Orvosegyesület május 28.-án tartott rendkívüli közgyűlésén az egyesületből kizárásra ítélte a kommunizmus alatti viselkedésük miatt következő tagjait: Csillag József, Décsy Imre, Detre László, Ferenczi Sándor, Flamm Sándor, Goldberger Jakab, Goldner Victor, Goldzieher Miksa, Guth Antal, Halmos Dezső, Hudovernig Károly, Jakab László, Madzsar József, Rados Endre, Révész Ernő, Rohonyi Hugó, Rotter Henrik, Schwarz Gusztáv, Szántó Olga, Szöllős Henrik és Tar Lajos. Billáskó Györgyöt pedig hazaellenes viselkedése miatt zárta ki.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. Encephalitis lethargicában szenvedők liquor cerebrospinalisában és köpetében *Littmann* spirillumokat talált; salvarsan intravenás befecskendezésétől a szóban levő esetekben jó eredményt látott. (Münc. Aerzt. Verein febr. 25.-i ülése.) — A saccharin — ellentétben a cukorral, a mely a szív-működést élénkíti — *Heitler* tanár szerint káros hatású a szívre; teljesen ép szívek mérsékelt mennyiségben használhatják ugyan, szívbetegségekre és szívgyengeségre azonban okvetlenül kerüljék a használatát. (Wiener mediz. Wochenschr., 1920, 23. sz.) — A dohányzó nők sterilizására hívja fel a figyelmet *L. Stein*; a medenczebeli szerveknek a nicotin okozta vérszegénysége és ennek folytán hiányos táplálkozása vehető fel talán magyarázat gyanánt. (Wiener med. Wochenschrift, 1920, 23. sz.)

Cukor Miklós dr. rendelését Franzensbadban (Goldener: Engel, Kaiserstrasse) megkezdte.

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

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos, bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészl József. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kortermekkel kibővítvé. Diagnosztikai és therapiai Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. FORBÁT orvosi laboratoriuma

Budapest VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02 sz.

Eredeti elő- **WASSERMANN-reactiók** kedden, csütörtökön és szombaton. — Steril vér-írás szerinti felfogócsövecskék kívánatra vidékre küldhetők

Dr. SZIGETHY SANATORIUMA,

klimatikus és diétás gyógyintézet, napkúra, strandfürdő, **Balatonkeresztur.**

Dr. Szily Pál orvosi laboratoriuma,

volt egyetemi tanársegéd, kórházi főorvos vegyi, serologiai, bakteriologiai vizsgálatok pontos elvégzése.

Telefon: 54-59. IV., Bécsi-utca 5, II. em

MEDIKO-MECHANIKA, orthopádia és vizsgyógyintézet a

Dr. PAJOR - SANATORIUMBAN.

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

PÁLYÁZATOK.

5237/1920 eln. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházánál lemondás folytán megüresedett egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérelmüket születési bizonyítvánnyal vagy keresztlevéllel, továbbá orvostudori oklevéllel, valamint az eddigi alkalmaztatásukról szóló bizonyítványaikkal felszerelve, Szeged szab. kir. város kormánybiztos-főispánjához címezve, 1920. évi június hó 7.-ének déli 12 órájáig hivatalomhoz nyujtsák be.

A kórházi segédorvos javadalmazása a folyó évi költségvetés jóváhagyásáig évi 1400 korona fizetés, ennek megfelelő 100%-os háborús segély és havi 400 korona rendkívüli háborús segély, ezeken kívül az intézetben egy bútorozott szobából álló lakás, fűtéssel, világítással és I. osztályú ételleléssel.

Szeged, 1920 május hó 27.

Somogyi Szilveszter dr., polgármester.

1007/1920. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye jászszági alsó járás Nagykőrű községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: tözsfizetés 1600 korona, állami helyi pótlék 1000 korona, községi helyi pótlék 800 korona, természetbeni lakás kerttel és a háborús és rendkívüli segélyek. Tartozik a megválasztott orvos a törvény és rendeletek által előírt teendőket végezni.

A pályázati határidőt 1920. évi július 2.-ára tűzöm ki, mely időig kellően felszerelt kérelmek hozzánk beadandók.

A községben 4000 lakos van s az orvosi segítséget mindenkor igénybe szokta venni.

Jászapáti, 1920 május 11.

A h. főszoigabíró.

9090/920. sz.

A Ferencz József kereskedelmi kórház budapesti kereskedelmi betegápoló-egylet magánegyesületi betegsegélyző pénztára folyó évi július hó 1.-ével betöltés alá kerülő alábbi orvosi állásokra hirdet pályázatot:

1. egy laboratóriumvezető orvosi állásra egyelőre ideiglenesen évi 8000 koronában megállapított és havi előzetes részletekben folyósítandó díjazás mellett;

2. egy a betegsegélyző-pénztár rendelő-intézetének ideggyógyászati osztályán rendszeresített segédorvosi állásra egyelőre ideiglenesen évi 6000 koronában megállapított díjazás mellett; végül

3. egy a betegsegélyző-pénztár rendelő-intézetének fogászati osztályán rendszeresített segédorvosi állásra egyelőre ideiglenesen évi 6000 koronában megállapított díjazás mellett.

A pályázat feltételei:

ad 1: a laboratóriumvezető orvos teendőit a kórház belgyógyászati rendelésén való részvétel képezi, naponként délelőtti 11—12 óráig, illetve a kórházi, a rendelő-intézeti és a kerületi orvosok által beküldött laboratórium-vizsgálati anyagok feldolgozásáig;

ad 2: a pénztár rendelő-intézetének ideggyógyászati osztályán naponként $\frac{1}{2}$ 12— $\frac{1}{2}$ 1 óra közt jelentkező betegek orvosi ellátása az osztályvezető-főorvos mellett;

ad 3: a pénztár rendelő-intézetének fogászati osztályán naponként a déli órákban, később megállapítandó egy óra tartama alatt jelentkező betegek orvosi ellátása az osztályvezető-főorvos mellett.

ad 1—3: önálló munka kívánatik.

Fiatal orvos [laboratóriumi (vegyi, bakteriológiai, serológiai) belgyógyászati, urológiai, nőgyógyászati képzettséggel] mint szanatóriumi segédorvos

klimatikus helyen állást keres.

Szives értesítést kér „Dr. P.” jelígre Petőfi irodalmi vállalat VII., Kertész-utca 16.

Nervoplast-Örkény

(Elixir vanadii comp.)

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY igen hatásos sedativum, enyhe hypnotikum roborans és tonicum.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, epilepsia, traumás, neurosisnál, ideges phobiánál és egyéb ideges megbetegedéseknél.

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY indikált a nőgyógyászatban olyan dysmenorrhoeánál, melynek oka ideges megbetegedés, továbbá a klimakteriumban előforduló ideges zavaroknál

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY indikált az urológiában, sexualis neurastheniánál.

Adagolási módja felnőtteknél: naponta 3 evőkanállal.
gyermekknél: naponta 3 kávéskanállal.

Ferglobin-Örkény

(Tabl. ferr. glycerophosph. c. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz, 0.03 gr. fémsavnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

Olcsó medicatio! Obstipatiót nem okoz!

Ferglobin - Örkény.

cum arseno

Tablettánként $\frac{1}{2}$ milligramm acid arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia cseteiben, leromlott phthisikus betegeknek és reconvalescenseknél.

Készít: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf” gyógyszerháza és gyógyszerészeti laboratóriuma
Budapest, IV., Váci-utca 1.

Díjmentes orvosi minta szivesen áll rendelkezésre.

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

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerháznál kapható. A készítő

„Jó Pásztor” gyógyszerháza, Budapest, IX. Ráday-u. 18

Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriológiai festékkoldatokat.

Az oklevélmásolattal, curriculum vitae-vel és az eddigi orvosi működést (katonai szolgálatot stb.) bizonyító okiratokkal felszerelt pályázati kérvények az előnevezett pénztár főorvosi hivatalába (VII., Bethlen-tér 1) nyújtandók be.

A benyújtás határideje folyó évi június hó 15.-ének déli 12 órája. Ezentúl érkező kérvények nem vétetnek figyelembe.

Az állásokat a pénztárt ezidőszerint vezető min. biztos, Gáspár Ferencz dr., min. osztálytanácsos tölti be kinevezés útján.

Az állás folyó évi július hó 1.-én elfoglalandó.

Budapest, 1920 május 28.-án.

Ferencz József kereskedelmi kórház
magánegyesületi betegsegélyző-pénztára.

2742/1920.

Szabolcs vármegye nyírbogdányi járásában a nyírbogdányi körorvosi állás megüresedvén, ezen állásra pályázatot hirdetek. A kör áll Nyírbogdány, Nyírtét, Nyírtúra, Sényő és Székely községből, összesen 5900 lakossal. A körorvos javadalmazása: 1. 1600 korona évi fizetés és négyszer 200 korona ötödéves korpótlék; 2. 400 korona lakbér; 3. 600 korona fuvarátalány és 4. a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési és beteglátogatási díjak. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi június hó 30.-áig adják be. A választás napját később fogom kitűzni.

Kemecse, 1920 május 27.

A főszolgabíró.

GARAY SAMU ÉS TÁRSA

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

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

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

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

Fióközetek 1920 augusztus 1-től kezdve
VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körút 8.

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

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton** készítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőteknél, mint gyermekeknél az anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. esetében. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA” GYÓGYSZERTÁR

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

Lilienfeld-Röntgen-

lámpák, más typpal el nem érhető **sugarke-**
ménységeket és **intenzitásokat** szolgáltatnak.

A Koch és Sterzel gyártmányu

Lilienfeld-Röntgen-

készülékek magyarországi egyedárusítója:

Ericsson magy. villamossági r.-t.

ezelőtt: Deckert és Homolka

Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28—09, 89—64.

Röntgen-berendezések, Lilienfeld- és közönséges Röntgen-lámpák, lemezek stb. raktáron.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Rejtő Sándor: A gyermekkori heveny középfülgyulladások. 249. lap.
Láng Adolf: A budapesti magyar kir. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Verebély Tibor, egy. ny. r. tanár) és I. sz. belgyógyászati klinikájának (igazgató: Bálint Rezső, egy. ny. r. tanár) laboratóriumából. Belső desinfectiós kísérletek vuzinnal súlyos sebészi fertőzésekben; adatok a therapia sterilisans localis percapillaris kérdéséhez. 251. lap.

Frankl Samu: Közlemény a poliklinika ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő-főorvos: Ranschburg Pál dr., egyet. rk. tanár.) Fel nem ismert luesnek neurogia formájában megnyilvánuló esetei. 254. lap.
Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Forscbach:* Polycythaemia. — *Schlesinger:* A fejcsontváz fájdalomosságáról. — *Sebészet. Payr:* A Thiersch-transplantatiók utókezelése. — *Szülészeti és nőorvostan. Schick:* Menstruációs mérgek. — *Lorenzen:* Élő gyermek macerálódása. — *Szemészet. Pichler:* Kétoldali, valószínűleg influenza okozta abducens-bénulás acut, gyorsan gyógyuló eseteiről. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 255–256. lap.
Végyes hírek. 256. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyermekkori heveny középfülgyulladások.

Irtta: *Rejtő Sándor* dr. fülorvos, egyetemi magántanár.

(Vége.)

Vérmes, idősebb egyéneknek inkább a hideget ajánlom; gyermekeknek — itt is esete válogatja — inkább a meleget. A legcélszerűbb villanyos melegítők mellett a különböző thermophorok, de a jó öreg lenmagpépes borogatás is sokszor jó szolgálatot tesznek. A fő az, hogy a gyermek gyenge fülkagylóját meg ne süssük! A hőmérés naponta háromszor, legfeljebb négyszer történjék, reggel, délben, este, lehetőleg mindig ugyanazon időben. Minden mérés eredménye felírandó és a lázmenet az első naptól kezdve mindaddig megőrizendő, a míg a fülből váladék jön. A harmadik-negyedik hét szövődményeinek első, sokszor egyetlen jele a hőmérsék ingadozása. A paracentesis után 1—2 nap alatt rendszeren leesik a hőmérsék, legfeljebb esténként mutat kis emelkedéseket. Gyermekeknek az első 8 napon át jelentkező hőemelkedéseket sokszor a környéki lobos mirigyek okozzák, máskor a dobüreg retentiói. Az első héten fennálló állandóan magas hőmérsék az infectio súlyosságát jelzi. Természetesen a fültől eredő lázat értem, a mely azonban igen sokszor nehezen különíthető el a szervezet egyéb bántalma okozta láztól. Mindennapos dolog például morbilli után, hogy pneumonia és otitis media fejlődik. A felnyitott és bőven genyeredő középfül daczúra a láz nem csökken. Kis gyermekek, centralis kis tüdőfolyamatnál, a gyermekorvos esetleg nem észlel semmit és a láz okát udvariasan egymásra tessékeli a két orvos, a mi nem baj, ha egymás közt történik, de súlyos hiba, ha a szülők előtt, mert a kétségbeesett apa vagy anya csak azt látja, hogy az orvosok nem is tudják, mitől van a gyerekeknek ez a „rettenetes nagy” láza. A dolog rendszeren rövidesen kiderül. A fül révén tennivalónk úgy sincs egyéb, mint az ellenőrzés, mert ha be kell avatkoznunk, akkor egyéb tünetet is találunk. Az első két héten beálló hőemelkedések többnyire retentióktól erednek a dobhártya ismételt felnyitására, tágitására rendszerint eltűnnek. A 3., 4. hét emelkedései már többnyire komolyabb jelentőségűek.

Klinikai szempontból, a prognosis és therapia érdekében négy lefolyású csoportra oszthatjuk a gyermekkori középfülgyenedéseket.

1. Egyszerű 1—3 hét alatt gyógyuló esetek.
2. Huzódózó, nyálkás, adenoidos typus.
3. Szövődményeket okozó súlyos fertőzések.
4. Foudroyans lefolyású esetek.

Az első csoportot a szereplő körülmények szerencsés összejárása okozza: az enyhe infectio, a kedvező anatómiai viszonyok és a gyermek jó erőbeli állapota. Néha infectio alig szerepel, inkább a tubán át a középfülbe jutott idegen test, melyet paracentesis útján idejekorán eltávolítván, napok

alatt gyógyul az eset. A csecsemőkorban a tág tubanyíláson át bejutott hányadék elég gyakran okoz ilyen egyhe lefolyású középfülgyuladást. Megerősít engem ezen nézet elfogadásában az a körülmény, amelyet mint egy tengerparti tábori kórház fülambulatóriumának vezetője tettem a nyári hónapokban. A szárazföldhöz szokott magyar legénység a tengerben fürdés közben nem elég óvatos, a víz alá merülve nevet, nyel és ilyen módon elősegíti a tengervíz benyomulását tubájába, középfülébe. Több száz esetben láttam, hogy a középfülbe hatoló tengervíz fájdalmat és kis lobot okoz, mely lob akárhány esetben párakötésre felszívódott, máskor pedig paracentesis után egy héten belül meggyógyult.

Egészséges, jól táplált, adenoid nélküli gyermekeken tág tubák mellett akárhányszor, évről-évre látjuk, hogy a náthás gyermek orrváladékot trombitál középfülébe. De ezek természetesen a ritkább esetek; a fertőzés rendszerint útja a tuba orrgarati nyílásán át per continuitatem visz a középfülbe. Itt említem meg, hogy vérkeringés útján történő fertőzést csak néhány súlyos fertőző betegségben (typhus) látunk. A némely szerző által leírt külső fertőzést, mely a dobhártya felől jut a dobüregbe, a traumás dobhártya repedései fertőzéseit kivéve, sohasem láttam.

Ezen első csoportba tartoznak tehát mindazon esetek is, amelyeket a tankönyvek otitis media acuta simplex név alatt tárgyalnak. Ezen csoportban a hőmérsék rendszeren nem túl magas, 38° C körül kezdődik, paracentesis esetén hamarosan csökken, retentio ritkán van, a váladék két hét alatt kevesbéedik, a harmadik hét végén pedig teljes gyógyulás áll be. Ezek csaknem kivétel nélkül ambulatórius kezelésre alkalmasak, szövődményeket alig okoznak. Szerencsére a gyermekkori középfülmegbetegedéseknek legnagyobb része ebből a csoportból kerül ki.

A második typus az orvos türelem-próbája. A lobos tünetek soká tartanak, gyakran kell megismételni a dobhártya felmetszését. Ha a fül anatómiai viszonyai kifogástalanok, akkor hónapokig elhúzódhatik komolyabb következmények nélkül. A mint látjuk, hogy az adott esetben a 3.—4. héten nyálkás bő genyedés áll még fenn, nem kell várunk, hanem az orrgaratüreg alapos vizsgálása után ennek azonnali rendbehozását kell ajánlanunk, legtöbbször az adenotomiát.

Sokszor harczokat kell vívunk a családdal (és a házi-orvossal), mert általában szeretik ezt halasztgatni; ha nem egyeznek bele, nem a mi felelősségünkre, de folytatnunk kell a kezelést, az örökös tágitásokat, a melyek végre is gyógyulást eredményezhetnek. De az is előfordul, hogy a nyálkás folyás és a dobüregi retentiók kis hőemelkedései alatt csontmegbetegedés lappang, a mely a 6.—8. héten vagy még későbbben a felvését indikálhatja. Akárhányszor láttam ilyen renyhe nyálkahártyagenyedés képe alatt olyan csontbeli elváltozásokat, a melyek a felvésés után sem szűntek meg, csakis a radikális műtétre gyógyultak. Csecsemőkön az antrum fekvése miatt olyan szerencsések a geny lefolyásának

viszonyai, hogy a húzódozó genyedések is rendszeren complicatio nélkül gyógyulnak.

A harmadik csoportban, éppen úgy a negyedikben is, egy fontos kérdés előtt állunk és ez a csecsnyúlvány felvételének indicatiója.

A felvétel a középfül súlyos genyedő folyamatának tulajképpen egyetlen ideális sebészi kezelése. Képzünk csak el ezen üregrendszer mélyén, a labyrinthus, az agyhártyák és a sinus közvetlen szomszédságába nlefolyó, ismeretlen anatómiai viszonyokhoz kötött súlyos fertőző folyamatot, melynek egyetlen genylevezetője a dobhártya pár milliméteres nyílása. Akármilyen gondosan vizsgáljuk is mindennap az ilyen súlyosan beteg gyermeket, hogy vajjon a csecsnyúlvány lobja nem okozott-e már empyemát, vajjon a geny levezetése elegendő-e, vajjon a folyamat nem terjedt-e át a csontokra, esetleg ezek határain túl is, az ilyen napról-napra élés bizonyos kockázatot jelent.

A míg reményünk van a szövődmények spontán visszafejlődésére, természetesen nem szabad operálnunk; de az is bizonyos, hogy a mikor nincs már reményünk erre, a beavatkozás rögtön indikált. A felvétel órájától kezdve a súlyosan beteg gyermek állapota gyorsan javul, pár nap múlva pedig gyógyulni kezd; mi is nyugodtan alhatunk, nem kell többé meglepetésektől tartanunk. Vannak és lesznek mindig kétes esetek, a mint hogy a nagy sebészet műtéti indicatióinál is előfordulnak, de általában mondhatjuk, hogy a felvétel indicatiói pontosan, szabatosan megállapíthatók. Természetesen ne keressünk minden indicatio felállításakor elváltozásokat a csecsnyúlványon.

Az elmondottak után világos, hogy csakis a nagysejtű, vékony kéregrésztű csecsnyúlványok gyuladásaira jellemzők az empyemának úgynevezett típusos tünetei, az elálló fülkagyló, a beszűrődött lágyrészek, esetleg fluctuáló periostalis abscessus. Merem állítani, hogy ezek felvétele quo ad vitam sokkal kevésbé sürgős és fontos, mint azoké, a melyekben külső elváltozást nem találunk és a hol a vastag kéreg alatt a mélyben végzi roncsolását a geny. Az előbbi csoportban a vékony csonton már áthatolt geny rövidesen áttörheti a csecsnyúlvány bőrét és így esetleg fistula árán magától „gyógyulhat”; a második csoportban ilyen spontán gyógyulásra kilátás nincsen, az osteomyelitis vagy osteophlebitis empyema nélkül is komoly pyaemiás vagy septicaemiás szövődményt okozhat. A localis tünetek mérlegelése mellett mindig az egész szervezetet kell szem előtt tartanunk és az alapbajt is számításba vennünk. Különösen áll ez néhány súlyos fertőző betegségben, a mikor a toxinok hatását is mérlegelnünk kell.

Legnehezebb feladatot ad sokszor a scarlatina. A dobüreg roncsolódása mellett akárhányszor máról-holnapra áll elő a teljes siketség. Lehet az toxinhatás, lehet serumhatás is, lehet a dobüregfolyamat okozta secundaer labyrinthitis. Ez utóbbinak eldöntése idősebb gyermekben nem nehéz, de a csecsemőkorbán, a mikor a szédülésről nincs tudomásunk, a mikor a nystagmus gyakran hiányzik, a baj úgyis szólván tünet nélkül folyik le, esetleg spasmus nutans az egyetlen gyanus jelünk: csaknem lehetetlen. Nehéz kérdés, hogy ilyenkor mit tegyünk. Azon az alapon, hogy a dobüreg súlyos gyuladását a gyógyulás számára minél alkalmasabb körülmények közé hozzuk, indikált a felvétel, esetleg a radikális műtét. Ha azonban az elgyengült beteget tekintem, a kire nézve nem közömbös a műtét, lehetőleg várni szeretek már azért is, mert a toxikus süketiségek akárhányszor minden beavatkozás nélkül teljesen gyógyulhatnak. A süketiség egymagában, azt hiszem, nem elegendő alap a rögtön felvételre, hacsak a csont megbetegedése nem támogatja. Ilyenkor lehetőleg sürgősen javalt a műtét, mert irreparabilis laesiók állhatnak be, leggyakrabban facialis-bénulás.

Még súlyosabb a helyzetünk gyermekkori tuberculosis eseteiben. Sokszor néhány nap alatt áll elő a hallócsontocskák roncsolódása, a labyrinthus caries, facialis-bénulás. Ezen esetekben sok függ persze a szervezet ellentálló képességétől, de maga az a tény, hogy ilyen súlyos csontmegbetegedés állott be rövidesen, a mellett szól, hogy a szervezet ellentálló képessége minimalis. Az utókezelés alatt pusztul el e szegény megoperált gyerekek nagy része.

Meningealis tüneteknél vagy meningitisnél első kérdés, hogy nem oto-gen eredetű-e. Sohasem szabad elmulasztanunk a pontos fülvizsgálatot, ha még olyan valószínűtlennek látszik is az oto-gen eredet.

Egy fennálló középfülgenyedés nem jelenti még a meningitis oto-gen eredetét és éppen ezen esetekben fontos az eredet tisztázása. Mert ha oto-gen az eset és a beteg állapota még megengedi, meg kell operálnunk; ha azonban a meningitis nem oto-gen eredetű és az otitis csak későbbi tünete valamely alapbajnak (morbili után láttam ismételtén), akkor nem szabad operálnunk, mert a felesleges czipelgetés, műtét, vérzés stb. súlyosbíthatja a nyugalomban sokszor gyógyuló folyamatot.

Szóval, tekintetbe kell venni az alapbajt, a szervezet egyéb elváltozásait és csak ezek szem előtt tartásával lehet építeni a dobhártya-képre, mint a középfülben lezajló folyamatok tükrére.

A dobhártya-képet illetőleg legtipusosabb képet nyújtja a 4—5. héten még mindig megduzzadt dobhártya, melynek máról-holnapra szűkülő nyílása rendszerint csecsszerűen elődomborodik és tejfelszerű bűzös geny állandóan bőven folyik belőle. Ez a kép maga elegendő a felvétel javulására. Fontos elváltozást jelent a hangvezető medialis felső részének süppedése is, mely egyenlő értékű a csecsnyúlvány csonthátyagyuladásának tüneteivel. Régebben az indicatiók között szerepelt (különösen idősebb esetekben) a genyedés ideje is. Ha talán csak az időhöz nem is köthetjük a műtéti indicatio feállítását, mégis ha két hónapon túl tart a genyedés anélkül, hogy a garat- és tuba-nyálkahártya megbetegedése volna jelen, ha a bűzös tejfelszerű bő váladék a csontmegbetegedés mellett szól: minden egyéb tünet nélkül is indikálnak tartom a felvételt. Különben ha ezen eseteket részletesebben vizsgáljuk, egy-egy kis esti hőemelkedést, fejfájást stb. mindig sikerül kimutatnunk. Találhatunk ilyenkor a csecsnyúlvány empyemája mellett extraduralis és perisinuosus tályogot, a sinus jóindulatú thrombosisát vagy egyéb meglepetést. Néha a geny fajsúly-vizsgálata (Forselles), máskor a percussio vagy a Röntgen nyújt útmutatást a diagnosis felállítására. Súlyt helyezek ezen finomabb árnyalatok alapján felállított indicatiókra is, mert alapelvek tartom, hogy lehetőleg a rögtön beavatkozást sürgető tünetek jelentkezése előtt operáljunk.

A csecsnyúlványban végbemenő folyamatokat legfinomabban a hőmérsék jelzi, azért az otoskopia után a felvételnek a láztábla a legbiztosabb alapja. Különösen a remissiók lázmenet fontos, ha meggyőződünk róla, hogy nem ered a dobüreg retentiójából. Ha bő bűzös genyedés mellett 3—4-szer ismétlődik, teljesen elegendőnek tartom a felvétel indicatiójára egymagában is. Súlyosabb tünetek esetén, mint a minő az ugráló lázmenethez csatlakozó hidegrázás, vagy bármely meningealis tünet, úgyszintén labyrinthus-izgalom esetén ne sokat észleljünk tovább, mert a műtéttel könnyen elkészhetünk, a mint ezt az agyonészlelt és agyonkonzultált esetek szomorú sorozata bizonyítja.

Az első három életévben ne várjunk a labyrinthus részéről típusos kóros reakciókat, éppen úgy ne várjunk csecsemőkön kifejezett hidegrázást, mert a mint már említettem, a convulsiók és a hányás a csecsemőkorbán éppen olyan értékűek.

A fejfájás is inkább a felnőtt korban értékelhető tünet, míg a gyermekkorban sokszor csak a nyugtalan, álmatlan éjszakák jelzik a meglevő fejfájást. A sinus thrombosis műtétek gyógyulási százaléka tisztára a műtét gyors indicatiójától függ. Néha az első hidegrázás után csak a sinus körüli cellulák lobját találjuk, a melyek gondos kitakarítása után gyógyul a folyamat; máskor az első hidegrázás után már elgenyedt, szétesett sinus találunk, mely lege artis el látva, szintén meggyógyulhat.

Meningealis tüneteknél is fontos az azonnali beavatkozás, különösen a csecsemőkorbán, a hol egy kis agyhyperaemia halált okozhat. A pulsus, a szemfenéklelet, az esetleges göcztünetek mindig pontosan mérlegelendők. A lumbal punctio a gyermekkorban a felvétel indicatiójának nézőpontjából inkább csak ott javalt, a hol argumentumot keresünk arra, hogy ne kelljen operálnunk, tehát az előreláthatólag

infaust esetekben; minden más esetben ajánlatosabb a rögtöni felvétel.

A *foudroyans* típusról azt kell elsősorban hangsúlyoznom, hogy van. Súlyosan fertőzött, elgyengült egyénekben, gyermekekben éppen úgy, mint felnőtten előfordulhat és főleg az általános tünetek alapján indikálhatja a felvételt. Ritkán fordul elő, hogy a csecstyútványon helybeli elváltozás is van jelen az első napokban. Állandó 40°-os láz, rossz szív működés, beesett szemek, szóval a súlyos fertőzés sepsis jelei alapján, pneumonia után a 3. napon, influenza után a 4. és 5. napon tartottam indikálnak a felvételt és mindegyik esetben súlyos, nem is sejtett elváltozásokat találtam a csecstyútványban. Az ember alig hiszi, hogy e ronszolódások, ezen empyemák rövid néhány nap alatt fejlődhettek, pedig mindhárom esetben az első 24 órában magam végeztem a paracentesist.

A műtéti indicatio felállítását után a műtétet haladéktalanul el kell végeznünk.

Magáról a felvételsről csak annyit jegyzek meg, hogy felnőtten sem súlyos e beavatkozás, gyermekekben még kevésbé. Csecsemőkön természetesen igen gyengéden kell dolgozni, mert a durva bőrmetszéssel — mint számos közlemény tanúsítja — az agyhártyát is átmetszhetjük. A jó világítás a legfőbb feltétele a műtétnek, a mihez rendes műtőszoba kell, vagyis, ha csak lehet, a beteg érdekében műtőszobában operáljunk. Budapesten modern fertőző gyermekkórház, illetőleg fertőzőbeteg-gyermeksanatorium hiányában a fertőző betegeket sokszor a lakásukon kell operálnunk.

A rövid altatást a gyermekek jól tűrik, de ha ez is ellenjavalt, localisan is dolgozhatunk, csak a gyerek ne tudja, hogy operálják. A Pajor-sanatoriumban körülbelül 50 gyermeket operáltam localis anaesthesiában, kik azon hitben, hogy röntgenezik őket, nyugodtan beszélgettek a környezettel a műtét alatt.

A műtét után mindaddig, a míg a hőmérsék normalis lesz (3—8 napig), már az esetleges utóvérzések és chloroformhatás stb. miatt is jó, ha a beteg a sanatoriumban vagy kórházban maradhat. Azután már bejárólóg lehet a kötéseket váltani. A dobüreg gyógyulása és az antrum besarjadása után a vidéki beteg haza is mehet, ha otthoni orvosa vállalja. Az ambuláns végzett műtétet csak kivételes esetekben tartom megengedhetőnek.

A felvétel után a folyamat a legtöbb esetben 4—6 hét alatt gyógyul; meg egy kis százaléka az eseteknek nem gyógyul meg, hanem a renyhe sarjak szétesnek, a behámosodott seb kiújul, esetleg a dobüreg genyedése sem szűnik meg. Lehet ennek az oka a garatban is, azért utókezelés közben a sok nyálkás váladék miatt esetleg adenotomia javalt. Máskor a csontmegbetegedés tovább folyik, többnyire güműkóros alapon. Scarlatinás esetekben és néhány hosszadalmas lefolyású renyhe fertőzésben is előfordul, a mikor is az újabb beavatkozás, esetleg a gyökeres műtét javalt. Az első beavatkozáskor éppen a hallás nézőpontjából nem bántjuk a hallócsontocskák láncolatát, még akkor sem, ha sarjszövet tölti ki az egész dobüregét, mert feltételezzük a restitutio ad integrumot, a mi a legtöbb esetben meg is történik.

A budapesti magyar kir. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Verebely Tibor, egy. ny. r. tanár) és I. számú belgyógyászati klinikájának (igazgató: Bálint Rezső, egy. ny. r. tanár) laboratóriumából.

Belső desinfectió kísérletek vuzinnal súlyos sebészeti fertőzésekben; adatok a therapia sterilisans localis percapillaris kérdéséhez.

Irta: Láng Adolf.

(Vége.)

Ezen vizsgálati eredmények és megfontolások után végeztem a további verőeres befecskendéseket, a melyek kórtörténetének kivonatai a következők:

1. O. J. 36 éves betegen gránátrobbanás következtében a jobb kéz II., III. ujjá és a megfelelő kéztőcsontok egy része hiányzott, a sérül-

lés helyén elhalt szövetzafatok vannak, a kézháti és a tenyéri felszínről, különösen a megmaradt inrészletek felől rendkívül sok geny ürül. Az alkar alsó harmadában, az ulnaris felszínhez közel körülbelül koronányi anyagihiány van a bőrön, honnan szintén igen sok geny ömlik. A kéz és az alkar a közepéig igen erősen duzzadt, lymphangoitis a felkaron, a hónaljmirigyek duzzadtak, fájdalmasak. A hőmérséklet 40° C. — 1919 június 30.-án az Andrassy-úti hadikórházban, mielőtt az amputációra elhatároznám magam, kikészíttem az *a. brachialis* és 20 cm³ frissen készített 1/2%-os destillált vizes vuzinoldatot fecskendeztem be. Egy pár óra múlva hidegrázás, s a hőmérséklet felszökik 41° C.-ra. Július 1.-én a lymphangoitis eltűnt, a hónaljmirigyek fájdalmassága megszűnt, a vizenyő felterjedt a könyökig, az elhalt és kilökődött szövetrészeknek csipővel való eltávolítása után rendkívül sok geny ürül, mire a hőmérséklet 38° C.-ra esik. Július 3.-án a befecskendés műtéti sebe elgenyed, a varratokat eltávolítom, amire a beteg láztalaná válik. Július 12.-én a kéztőcsontok tájékáról a tenyér felől igen sok geny ürül s onnan elhalt csont- és inrészletek lökődnek ki. 4 napi kézfürdő alkalmazása után a váladékképződés megszűnik. Augusztus 20.-án egészen kicsiny granuláló sebfelülettel hagyja el a kórházat, a megmaradt ujjak mozgathatósága nem nagy mértékben korlátolt.]

Ezen esetben az *a. brachialis*ba történt egyszeri befecskendés után az amputációra érett végtagot sikerült megtartani, a lymphangoitis és a hónaljmirigyek duzzanata megszűnt, jelül, hogy a fertőzést okozó csíráknak életképessége — bakteriologiai vizsgálat külső okok miatt lehetetlen volt — az *a. brachialis*ba történt 0.10 gr. vuzin-befecskendés után annyira lefokozódott, hogy a fertőzés terjedése megállt.

2. Egy 26 éves beteg a bal czombján gránátzilánk által 5 nappal a kórházba szállítása előtt sebesült meg és a következő állapotban vétetett fel az Andrassy-úti hadikórházba: A bal czomb alsó és középső harmada határan, az elülső felszínen körülbelül öt koronányi piszkos-zöldes lepedékkel fedett, egyenetlen szélű belvésvi, a czomb hátulsó felszínén kimeneti nyílásként valamivel kisebb, de az előbbihez hasonló anyagihiány van. A czomb duzzadt, fájdalmas, a környékre gyakorolt nyomásra az anyagihiányból híg, savós-genyves váladék ürül. A nyelv száraz, a hőmérséklet 39° C., a pulsus 120, telt, rythmusos. A czomb elülső oldalán a seb alatt nagyobb üreg van, melyben szétromcsolt izomrészletek fekszenek. 1919 július 5.-én aethernarcosisban felkerestem az *a. profunda femoris* elágazása alatt az *a. femoralis* és 20 cm³ 1/2%-os vizes vuzin-oldatot fecskendeztem be. Délután a betegnek hidegrázása volt 40° C. hőmérséklettel. Július 6.-án a hőmérséklet 41° C. volt, a nyelv száraz lett, a phlegmonosis folyamat a czomb belső felszínére is kiterjedt, ezért aethernarcosisban a sebet feltártam: e közben nagy ökölnyi üreg nyílt meg, melyben teljesen elhalt izomrészletek feküdtek, azonban feltűnő, hogy ezen necrosisos izomzafatok szinte demarkálódva könnyen leválaszthatók a vérzékeny, épek látszó izomrészletről. Az adductorok között sok geny, az egész tölcser, melyet a nagy izomseb alkot, s a mely tulajdonképpen a löcsatorna, genyvel beszűrődött s átterjed a *m. biceps*re is. Az *a. femoralis* sértetlenül fut érhüvelyében, jól lüktet. A műtét után a beteg lassanként láztalan lett s kicsiny sebbel hagyta el a kórházat.

Ez esetben a befecskendés az *a. femoralis*ba az *a. prof. femoris* és *circumflexa* elágazása alatt történt és éppen ezen erek és anastomosisaik által táplált izmokban terjedt a folyamat, viszont azonban feltűnő volt, hogy azon helyeken, ahová a vuzin az *a. femoralis*on keresztül a fertőzött helyhez el tudott jutni, az elhalt szövetrészeket demarkálta. A befecskendés helyül azon célzattal választottam az *a. prof.* elágazása alatti helyet, hogy ha esetleg a sérülés következtében, minthogy az *arteria femoralis* lefutása ennek területébe esett, ez is sérült volna, esetleg a verőer magasabb részét ne veszélyeztessük. De mint a műtét alkalmával kiderült, a vérerek sértetlenek és thrombusmentesek voltak.

3. B. L. 11 éves fiú felvétele előtt körülbelül 3—4 héttel gránátzilánktól a fején sebesült meg. 1919 június 27.-én a következő jelen állapottal került az Andrassy-úti hadikórházba: A bal halántékcsontra megfelelően, valamint a bal tub. parietale tájékán egy-egy körülbelül koronányi anyagihiány, mindkettőn, de különösen a tub. pariet.-n keresztül agyrészlet tödul elő, mindkét helyről geny csorog; mindkét jobb végtag bénult, aphasia, a bal szaruhártyán áthatoló sérülés, különösebb reactio nélkül. A beszállítás után aetherbódításban a két anyagihiányt egy metszéssel összekötöm s így a falcsontot feltárom: kiderül, hogy ez több részre van repedve, miért is a falcsontot eltávolítom. Minthogy a szabadon levő dura nem lüktet, a próbacsapolás pedig az agyállományból genyvet ad, a kemény burkot felhasítom, az agytályogot megnyitom, körülbelül 3 deciliternyi genyvet ürítünk ki; a nagy tályogüregben levő csontdarabkákat eltávolítom, az üreget drainezzük. Július 2.-án a sebben igen sok a geny, a tarkó merev; lumbal punctióra azonban a liquor tiszta. A beteg alig táplálkozik, aluszékony. Aetherbódításban kikészítem a bal *carotis communis* és 15 cm³ vizes 0.5%-os vuzin-oldatot fecskendezek be. Július 3.-án a bal arczfél hatalmasan duzzadt, a bal felső szemhéj hasonlóan, a szemrésben sok a váladék. A nagyfokú nyugtalanság miatt a szem vizsgálata nem sikerül; a hőmérséklet 38° C. Július 4.-én a beteg láztalan, táplálkozik és környezete iránt érdeklődik.

Július 5.-én kifejezett tarkómerevség áll be s lumbalpunkcióra zavaros liquor ürül, nem nagyon erős nyomással. Körülbelül 10 cm³ liquor lebecsátása után 10 cm³ destillált vízben oldott 5 cgr. vuzint fecskendezünk be a durazsákba; az arcfél duzzanata visszafejlődött, a bal felső szemhéj még kissé duzzadt, baloldali *panophthalmitis* minden jele constatalható iris-clóeséssel. Július 7.-én a beteg láztalaná válik, táplálkozik, nevetgél, vig. hozzátartozóit felismeri. A carotis fölött varrott bőrseb július 9.-én p. primam gyógyult, a carotis jól lüktet. Július 12.-én a *panophthalmitis* változatlan. Július 22.-én erős agyvelőesés mellett a tarkó merev; a próbacapsolás negatív, a szem *zsugorodott*. Július 28.-án az agyvelőesés változatlan, újból egy tályogot nyitunk meg. Július 29.-én exitus.

Ezen esetből megállapíthatjuk, hogy a carotisba történt befecskendés után is hatalmas vizenyő fejlődött ki a megfelelő arcfélen, melynek következménye volt egy már megsérült szemnek a teljes tönkremenetele, amit csak akként tudnék magyarázni, hogy a szaruhártya sebén át a vizenyő okozta fokozott nyomás kinyomta az irist és így általános szemgyulladás keletkezett. De viszont megtanított ez az eset bennünket arra, hogy a központi idegrendszerbe jutott vuzin különös neurotrop tulajdonságot emberen nem mutat, jusson el a szer a carotisokon keresztül az agyvelőbe, vagy a durazsákba fecskendezve érintkezék az oldat a gerincvelővel. Az agytályogot a carotisba történt vuzin-befecskendés nem tudta meggyógyítani.

4. G. J. 23 éves férfibetegnek 1919 július 26.-án bal lábszára szétromcsolódott, úgy hogy egyik vidéki kórházban *Gritti*-műtétet végeztek rajta. 1919 augusztus 7.-én az Andrassy-úti hadikórházba került, ahol a vizsgálat alkalmával kiderül, hogy az elhalt szélű bőrlebeny alatt hatalmas genyrekedés van, a meztelen, csonthártyától fosztott csont körül tasakok képződtek, a genyredés magasan felterjed az izmok közé, a csont szivacsos állománya zöldesen elszíneződött. A *vena femoralis* tájéka egész lefutásában igen érzékeny, a csont distalis részén eléggé kiterjedt szederjes elszíneződés. A nyelv száraz, a hőmérséklet 39° C., az érlökés 120, elég feszes. A reamputatio előtt aetherbódításban kikészítettem az *a. femoralist*, mely ép falzatu és rendes átmérőjű; 20 cm³ 1/2%-os destillált vizes vuzin-oldatot fecskendeztem belé. A befecskendés alkalmával feltűnt, hogy a szokottnál nagyobb erőt kellett kifejteniünk az oldat befecskendésére. A befecskendés után a verőér csonkja változatlanul jól lüktet. Másnapra az előző napi szederjes felület még sötétebbé válik, azonban hőmérséklet-különbséget a bőr nem mutat, az ér csonkja jól lüktet. Augusztus 9.-én a szederjes elszíneződés a csont hátsó felszínére is ráterjed, az ér jól lüktet, a czombgyűjtőer tájéka igen érzékeny, a vena kemény köteggé tapintható. A hőmérséklet 39° C., az érlökés 110, a nyelv száraz. Eppen ezért aetherbódulatban elvégeztem a már két nap előtt tervbe vett reamputatiót a csont közepén. Az eltávolított rész felboncsolása alkalmával kiderült, hogy a *vena femoralis* és ágai teljesen rögzösödve vannak, a verőér lumene feltűnően szűk, lúdtollszárnnyira összehúzódott, de thrombusmentes. A műtét után a beteg láztalaná vált s meggyógyult.

Ha összehasonlítjuk ez esetet a második intraarteriális befecskendés-esettel, egy feltűnő hasonlatosságot találunk a felbonczolt végtagrészleteken: mindkét, de különösen az utóbbi esetben a verőér ürtere rendkívül megszűkülnek mutatkozott. E tényből felvetődik az a kérdés, hogy a szűkülés nem mesterségesen keletkezett-e és ha igen, úgy mi tulajdonképpen az angiospasmus oka? Állatkísérleteim e kérdésre feleletet nem adtak. G. J. esetében a kikeresés alkalmával rendes falu és ürterü véreter találtunk, ennek dacára már a befecskendés kezdetén feltűnt, hogy nagy ellentállást kellett legyőznünk a vuzin-oldat befecskendésekor anélkül, hogy rögzösödés jött volna létre. Az amputált végtagrészlet felboncsolásakor a verőéren, összehasonlítva a befecskendés előtti állapottal, feltűnt a megszűkülés. Azt gondolom, hogy ez a két dolog egymással okozati összefüggésbe hozható és a felvetett kérdésre, hogy vajjon az angiospasmus mesterséges-e, igennel kell felelnem.

Knauer emberen végzett nagyobb számú intraarteriális befecskendése alkalmával, minthogy erről említést nem tesz, a befecskendéssel járt traumát nem talált, bár igaz, hogy befecskendései után a véretek nem kerültek vizsgálatra. 37 kutya verőérébe + 6 emberi verőérébe, tehát 43 arteriába adott befecskendéseim után egy esetben jelentkezett bizonyosan a befecskendés következtében feltűnő vasoconstrictio — angiospasmus —, egy esetben pedig szembeötlő volt a verőér szűk volta, de ebben az esetben feljegyzések hiányában nem dönthető el, hogy a befecskendés előtt milyen volt az arteria állapota.

Ismeretes, hogy nagyobb töménységű lugos oldatok intravenosus befecskendése (diabeteses cománál) előidézheti a gyűjtőer falának görcsös összehúzódását (*Blum*), valamint tudjuk, hogy trauma is tud ilyen vasoconstrictiót létrehozni. *Kroh* háborús sebészeti tapasztalataiban egy a czombot ért revolvergolyó által okozott lövési sérülésről számol be, amikor az *a. fem.* csak hosszabb keresés után volt megtalálható, minthogy, bár a lövedék az érhévelyt meg sem nyitotta, az *a. fem.* kötőtűnyi lüktető köteggé húzódott össze.

* * *

Minthogy sem állatkísérleteinkben, akár nyúl fülgyűjtőérébe, akár kutya verőérébe történt a befecskendés, sem embereken végzett befecskendéseink alkalmával eddig nem állapíthattam meg, hogy a vuzin valamelyes érösszehúzódást hozna létre, az angiospasmust a vérér megszűrése okozta traumára vezetem vissza, annál is inkább, minthogy a vuzin maga savanyú vegyhatású.

G. J. esetében már a befecskendés előtt meg volt állapítható a *vena femoralis* gyuladása, melyre a gyűjtőer lefutása mentén kimutatható fájdalmasság utalt. Nem lehetetlen, hogy az angiospasmus siettette a gyűjtőer rögzösödésének kifejlődését. Ez esetben sem sikerült az intraarteriális vuzin-befecskendéssel a folyamatot megállítani, kénytelenek voltunk a nagymértékben előrehaladt, a csont szivacsos állományára is ráterjedt gyuladás miatt a reamputatiót elvégezni.

* * *

A mi a verőérébe történő befecskendés technikáját illeti, mindig az illető testrészt főverőerét választottam ki és ebbe juttattam a vuzinnak 1/2%-os vizes, szűrt és sterilizált oldatát akként, hogy a verőeret nyugodt betegen helybeli érzéstelenítésben, azokon pedig, akiknek már az elhelyezés is fájdalmas volt, aetherbódulatban kerestem fel, majd a seb szintjébe emelve azt, csipővel alátámasztottam, hogy a finom tüvel falát átszúrhasam. Az alátámasztás szükségességét abban látom, hogy az ér a tű szúrása elől, szilárd alap híján, könnyen kitér, úgy hogy néha csak többszörös szúrás kísérlet után sikerül a tű hegyét a verőérébe bejuttatni. Az eredménytelen szúrás kísérleteket az erekre pedig nem tartom közömbösnek.

A fecskendőt, tűt alkalimentes destillált vízben főztem ki, mert a vuzin legcsekélyebb lúg jelenlétében kicsapódik.

A befecskendés iránya a véráram irányában történjék, ezért a tűt ne merőlegesen tartsuk a vérrre, hanem vele majdnem párhuzamosan, mert ellenkező esetben a tüvel szemben álló érfalat éri a folyadéksugár, a mi bizonyos fokú ellentállásban nyer kifejezést. Az igaz, hogy a tű okozta seb, ferde irányban besűrű, valamivel nagyobb, mint a merőleges szúrás után, azonban ez a különbség alig számottevő.

A szúrás után az oldatot enyhe nyomás mellett egyszerűen fecskendeztem be.

A szúrás csatornából eredő vérzést az ér sebére törlővel egy-két másodpercig gyakorolt nyomással könnyen el lehet állítani.

A befecskendés után a végtagot a verőér thrombosisának veszélye miatt ne szorítsuk le.

A befecskendés után a sebet mindig csomós varrattal zártam.

A befecskendezendő vuzin mennyiségét attól tettem függővé, hogy mely testrészt kellett eljuttatnom, hogy így az abban foglalt vértömeggel felhigítva még hatékony töménységű maradjon.

A *Manninger* ajánlotta tejsavval való megsavanyítást fölöslegesnek tartom, minthogy a vuzin töményebb oldata sem okoz vérmegalvadást, ellenben a tejsav azon hig oldata is, melyet *Manninger* ajánl, *zsugorítja a vörös véresejteket*.

A vuzin mérgező hatása jelentéktelen. *Hoffmann* 60 kgr. emberi testsúlyra számítva egyszeri intravenosus alkalmazásra 0.40 gr.-ot ajánl. Embernek egy ízben adtam 0.30 gr. vuzint 30 cm³-es vizes oldatban s mérgezési tüneteket nem láttam.

Vizsgálataim alapján a vuzinnak mint belső desinfi-
ciensnek gyógyító hatása heveny lobos megbetegedések-
ben, akár szövetkezileg, akár intraarteriásan juttatjuk a be-
tegség góczához, négy tényezőtől tevődik össze, a melyek
egymással szoros összefüggésben állanak és külön-külön is
gyógyító tényezőként szerepelhetnek.

Az első tényező a vuzinnak bactericid hatása, a mely
az élő szövetben fehérje jelenlétében is kétségtelen.

A második tényező a vuzin organotrop tulajdonságából
származik, nevezetesen abból, hogy lobos szövetekben vizenyő
jelentkezik. Mint a *Bier*-féle pangásos vérbőség tanulmányo-
zásából ismeretes, a vizenyőt létrehozó izzadmány különös
bactericid hatással bír, nagyobb töménységben tartalmazza a
bakteriumokat tönkretévő anyagokat, mint a rendes savó. Ezt
igazolják *Nötzel* állatkísérletei, valamint *Colloy* vizsgálatai, a
melyek szerint, ha a beteg végtagból nyert oedema-folyadék-
kal felhígított staphylococcus-tenyét fecskendezett állapotba, az
állat életben maradt, míg a bouillonnal hígított geny az állat-
ot biztosan elpusztította. *Joseph, Laqueur, Lexer* megerősítette
e vizsgálatokat. Ezen tanulmányokat a legújabb időben végzett
vizsgálatok egészítik ki, melyek az oedema-folyadék tisztán
humoralis hatását egyesítik a cellularissal oly módon, hogy
mind a kettőt biológiai immuntestekre vezetik vissza. *Graff*
mutatta ki először, hogy az oedema-folyadék fokozza a pha-
gocytosist; *Gruber* és *Futaki* szerint e folyadék bacteriumölő
stimulint tartalmaz; *Shimodaira* opsoniniket és bacteriotropi-
neket (thermostabil opsoninszerű testek) talált; *Klieneberger*
pedig az agglutinin-képződést látta az oedema-folyadékban
kifejezettnek. Mindezen vizsgálatokból feltétlenül kitetszik az,
hogy a vizenyő-folyadék bacteriumölő hatása nem egy anyagtól
függ, a transsudatum fokozott phagocytosisából, az opsoninok-
ból, stimulinból, bacteriotropinokból, agglutininből stb. tevődik
össze, azaz röviden a védelmi berendezkedés stimulálásától függ.

A harmadik tényező az activ vérbőség, mely az előbbi
támogatja, az exsudatiót még fokozza és esetleg a vérben
felhalmozott O_2 tartalmával, miként azt *Hamburger* munkájá-
ból ismerjük, a bacteriumok pusztulását elősegíti.

A negyedik tényező a *hyperleukocytosis*, mely a phago-
cytosist segíti elő.

* * *

A vuzin nagyfokú bactericidiája s mint vizsgálataimból
kiderült, hyperleukocytosist előidéző tulajdonsága folytán
önkéntelenül kínálkozik belső desinfi-
ciensnek általános sepsisben.

1918 december havában jelent meg *Hoffmann*-nak a
vuzin adagolására vonatkozó tanulmánya, a melyben, mint
említettük, 0.30–0.40 gr. vizes oldatot ajánl egyszerre intra-
venosus befecskendezésre. Egyébként e célra legelőször *Haer-
tel* ajánlotta 1918 februárjában a brüsseli harmadik hadi
sebészeti congressuson.

Általános fertőzésnek csak egy esetében volt alkalmam e
szert adagolni és pedig foudroyansan lefolyó általános
vérmérgezés esetében, midőn 0.30 gr. vuzin-oldatot fecsken-
deztem be a vena medianába. Sajnos, a betegség már annyira
előrehaladt, hogy nem tudta a sepsist befolyásolni. Alkal-
mazása általános fertőzésnél az eddig használt szerek
közül elméletileg a legjobban megokolt, de csak kiterjedt
tapasztalatok adhatják meg a vérmérgezés leküzdésére való
jogosultságát. *Hoffmann* és az én vizsgálataim meggyőznek
arról, hogy a vuzint nagyobb adagban is bejuttathatjuk a
véráramba, a nélkül, hogy mérgezést okozna.

* * *

Mint belső antisepticumot a vuzint, miként láttuk, a
durazsákba is befecskendhetjük a nélkül, hogy különösebb
neurotrop-hatást fejtené ki. E tény fontosságát akkor mér-
legelhetjük, ha tudjuk, hogy a vuzin *Morgenroth* és *Isaac*
szerint a meningococcusokra bactericid, azt hiszem tehát,
hogy a meningitis azon fájában volna alkalmazható, melyet
meningococcusok avagy streptococcusok (otitisek után)
okoznak.

* * *

Az elmondottakból tehát kiderül, hogy a vuzinnal oly
szer birtokába jutottunk, mely nemcsak körülírt, elhatárolt
lobos folyamatoknak és phlegmoneknek terjedését a szöve-
tek közé befecskendezve tudja meggátolni, sőt meg is gyó-
gyítani, hanem a verőerekbe fecskendezve, hat igen súlyos
phlegmone közül két esetben a folyamatot megállítani és
meggyógyítani is tudta. Kétségtelen azonban, hogy a verő-
eres befecskendések rendkívül nagy körültekintést és óva-
tosságot igényelnek, mert daczára az állatkísérletekkel meg-
alapozott eljárásnak, olyan előre nem látott körülmények
játszhatnak közre, melyek sokszor kellemetlen, máskor javít-
hatlan szövödményeket eredményezhetnek. Például, ha csak
a máskor jótékonyan ígérkező vizenyőt tekintjük, egyik ese-
temben a már súlyosan sérült szemet éppen ez a vizenyő
tette teljesen tönkre, igaz oly betegen, kinek előreláthatólag
amugy sem nagy haszna lett volna a szeméből, ha sikerül
is megtartani.

Láttuk, hogy a vasoconstrictio oka a befecskendéssel
járó sérülés, mely a következményes anaemiával a várt gyó-
gyító hatást megsemmisítheti.

Az utóbbi időben több oldalról vetődött fel a belső
desinfectio kérdése. Mindenesetre figyelembe veendő, hogy a
chemotherapia is, *Ehrlich* szerint, bizonyos tekintetben analogiája
a sebészetnek. Mindkét esetben bizonyos rizikóval járó be-
avatkozásról van szó. Hogy vajjon a modern chemotherapiá-
val sikerül-e egy csapásra — miként a beteg rész eltávolításá-
val — a parasiták előléseével a betegséget meggyógyítani, a
jövő titka. Azt hiszem, a verőeres vuzin-befecskendéssel
phlegmone eseteiben egy lépéssel közeledünk a megoldás felé.
A chemotherapiában is, hogy kellő tért hódíthasson és a
meghódított területen urrá lehessen, kell, hogy a rizikókkal
számot vessünk, azoktól vissza ne riadjunk. Itt is *Ehrlich*
szavaival élve, ne a „primum ne nocens“, hanem a „primum
ut proficias“ vezérelv vezessen bennünket akkor, a mikor az
állatkísérletekkel elért eredményeket az emberre akarjuk al-
kalmazni, és ha valamely gyógyszernek birtokában vagyunk,
mely a súlyos beteget meggyógyíthatja, terheljük meg a
devizát bizonyos rizikóval, mert ha a beavatkozás időpontját
elmulasztjuk, a beteget átengedtük sorsának. Ha a „nil no-
cere“ máskor helyes álláspontján mereven megmaradunk, e
magatartásunkkal már egy másik rizikót vállaltunk, mely
vállalás eddigi tapasztalatunk szerint a betegnek előnyt vajmi
ritkán szerez.

Nem a sablont követem, a mikor *Bálint* és *Verebély*
professoroknak hálás köszönetemet fejezem ki lekötelező
jóságukért és szívességükért, hogy tanulmányom céljára az
anyagot és rendkívül értékes útbaigazításait, nagy tapasz-
talatukat rendelkezésemre bocsátották, hogy a sokat ígérő
modern chemotherapia szövevényes utain eligazodhassam és
pártatlan bírálattal a helyes képet megalkothassam.

Irodalom. *Ehrlich*: Chemotherapie von Infektionskrankheiten.
Zeitschrift für ärztl. Monatshefte, 1912. — *Morgenroth*: Über innere
Desinfektion. Therap. Fortbildung, 1912. — *Morgenroth*: Zur Chemo-
therapie bakterieller Infektion. Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 663.
oldal. — *Morgenroth und Tugendreich*: Die Desinfektionswirkung von
Chinaalkaloiden auf Streptococci. Berliner klin. Wochenschrift, 1916,
29. sz. — *Morgenroth*: Über chemotherapeutische Antisepsis. Deutsche
med. Wochenschrift, 1919, 19. szám. — *Bier*: Über die Behandlung von
heissen Abscessen. — *Rosenstein*: Die unblutige Bekämpfung eiteriger
Processe etc. Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 7. szám. — Verhand-
lungen der dritten kriegschirurgischen Tagung in Brüssel. 1918. Kriegs-
chir. Hefte, 1918. 60. füz. — *Manninger, Farkas, Mátéfi, Vészi*: Az antisep-
sisről. Orvosképzés, 1918. — *Grósz*: Eucupin-kísérletek. Budapesti
Orvosi Ujság, 1919. — *Johan*: A laza kötőszövetbe juttatott bakte-
riumok eltűnésének módjára vonatkozó kísérleti szövettani vizsgálatok,
különös tekintettel a leukocyták viselkedésére. Orvosi Hetilap, 1918.
— *Manninger*: Zur intravenösen Methode der lokalen Behandlung
entz. Processe. Zentralbl. f. Chir., 1918. — *Stuzin*: Über intra-
arterielle Desinfektion. Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 45.
szám. — *Fenner*: Vuzin in der Gelenktherapie. Deutsche med.
Wochenschrift, 1918, 42. szám. — *Drüner*: Die Desinfektion des Ge-
schossbettes. Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 41. szám. — *Biber-
geil*: Das Vuzin in der Wundbehandlung etc. Deutsche med. Wochen-
schrift, 1918, 35. szám. — *Nyström*: Zur Therapie sterilisans localis
percapillaris. Zentralbl. f. Chir., 1918, 46. szám. — *Hoffmann*: Über
die Wirkung des Vuzins auf den Kreislauf bei intraven. Einspritzung.
Zentralbl. f. Chir., 1918, 51. szám. — *Wieting*: Einiges über Wund-

verhältnisse etc. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1918, 146. kötet. — *Brunner*: Handbuch d. Wundbehandlung. — v. *Gaza*: Der Stoffwechsel im Wundgewebe. Bruns' Beiträge z. klin. Chir., 110. kötet. — *Fründ*: Primärer und sekundärer Wundverschluss bei Schussverletzungen. Münchener med. Wochenschrift, 1919. — *Knauer*: Über die Behandlung der Paralyse und der Syphilis mit Salvarsaninjektionen in die Karotiden. Münchener med. Wochenschrift, 1919. — *Baruch*: Der heutige Stand der Bier'schen Stauungshyperämie-Behandlung. Ergebnisse der Chir. u. Orth., 1911. — *Joseph*: Ein Beitrag zum Wesen der Entzündung. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1907, 87. szám. — v. *Graff*: Experimente zur Erklärung der Wirkungsweise der Bier'schen Stauung. Münchener med. Wochenschrift, 1908. — v. *Graff*: Klinische u. experim. Beiträge zur Bier'schen Stauung. Beiträge zur klin. Chir., 59. k. — *Rubritius*: Die leukocyt. u. humoralen Kampfmittel gegen bakt. Inf. Bruns' Beiträge. 66. kötet. — *Friedrich*: Archiv f. klin. Chir., 1898. — *Buchner*: Die chemische Reizbarkeit der Leukocyten etc. Berl. klin. Wochenschrift, 1890, 47. szám. — *Kisskalt*: Beiträge z. Lehre von der natürlichen Immunität. Zeitschrift f. Hyg., 1908. — *Myake*: Experimentelle Studien etc. Grenzgebiete d. Medizin u. Chir., 1904, 13. kötet. — *Kroh*: Kriegschir. Erfahrungen einer Sanitätscomp. Kriegschir. Hefte 8, 1915. — *Blumm*: Symptomatologie u. Therapie des Coma diabeticum. Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilkunde. 1913, 11. kötet.

Közlemény a poliklinika ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő-főorvos: Ranschburg Pál dr., egyetemi rk. tanár.)

Fel nem ismert luesnek neuralgia formájában megnyilvánuló esetei.

Írta: *Frankl Samu* dr., ideg orvos, poliklinikai assistens.

A lueses fájdalmak közül a lueses éjjeli fejfájás diagnostikai jelentőségére *Ranschburg* már 1897-ben¹ figyelmeztetett nyomatékosan. *Jendrassik* az idegrendszer lueses megbetegedéseiről tartott előadásában² részletesebben foglalkozik a lueses fejfájással s említi a homloktáji fájdalmakat is. Speciálisan a *lueses neuralgiformis fájdalmak* leírásával nem találkoztam, bár ügylötök nem ritkán éppen ez a tünet a legfeltűnőbb s bizonyos esetekben ez az egyetlen jelenség, mely a syphilitikus fertőzöttség felismerésére vezethet. E tény késztetett jelen közlemény megírására.

Már régebben, de legfőképpen feltűnő gyakorisággal az utolsó három hónapban a poliklinika idegosztályán számos beteget észleltünk, kik kinzó fejfájással jelentkeztek rendelésünkön. A fájdalmakat legtöbbször az egyik, némelyek mindkét oldali *supraorbitalis* tájakra lokalizálták, úgy hogy első pillanatban trigeminus-neuralgiára gondoltunk, vagy a sinus frontalis genyedésére, mely acut nátha nyomán keletkezett. A fájdalmat betegek tompa, egyenletes, majd szúró, hasogató, tépő, szaggató fájdalomnak mondták. Mások lüktető fájdalomról panaszkodtak: „mintha gennyel volna homlokuk tele“, vagy „mintha belül csupa seb volna“. A fájdalmak hol állandóan megvoltak, hol rohamokban jelentkeztek, hol csak nappal tartottak, hol meg éjjel is. Néha napokra, sőt hetekre is kimaradtak s azután annál hevesebben tértek vissza. A trigeminus supraorbitalis ága nyomásra érzékeny volt, de nem volt annyira fájdalmas, mint azt heveny trigeminus-neuralgiánál megszoktuk. A homlok, fejtető és halánték tájéka kopogtatásra majdnem mindig érzékeny volt, de nem volt mindig fájdalmas. A homlokcsontról tapintásra sima, egyenletes volt, a bőr rajta fölemelhető.

Két betegünkön a fájdalmak nem a homloktájékon jelentkeztek, hanem az egyik a jobb vállban és kulcsocsonton, a másikon a jobb hetedik és nyolcadik bordaközben. A fejfájalmak mindkét esetben a délutáni órákban kezdődtek s éjjel voltak a leghevesebbek. Az első körülbelül három hónapja állott orvosi gyógykezelés alatt *rheuma* és *vallizületi gyuladás* diagnossal, de sem salicyles kezelésre, sem thermosterapiára nem javult, sőt a fájdalmak egyre fokozódtak. A második esetet néhány év óta kezelték Budapesten, hol mint *pleuritis siccat*, hol mint *intercostalis neuralgiát*, természetesen eredmény nélkül. A *Röntgen*-vizsgálat mindkét esetben negatív volt, ellenben a *Wassermann*-reactio mindkét esetben erősen pozitív.

¹ A fejfájásról, Gyógyászat, 1897, Pester med.-chir. Pr., 1897.

² Az idegrendszer luesos megbetegedéseiről. „A nemí betegségek gyógykezelése“ cz. füzetből, 1917. Kivonatossan I. Orvosegyesületi Értesítő, 1917, 1. szám, 13. lap.

Néhány heti antilueses kezelésre valamennyi betegünkön teljesen és véglegesen megszűntek a fájdalmak. Ezen csoportba tartozó valamennyi 24 betegünk láztalan volt; nyaki, tarkó, vagy más mirigyduzzanatot, exanthemát egyikken sem találtunk. A *Wassermann*-reactio (*Vas Bernát* dr., egyet. tanár), egy kivételével, mindannyiszor pozitív volt; ez az egy eset is antilueses kúrára rövid néhány nap múlva teljesen gyógyult, illetve fájdalommentes lett.

Ezen 1919 májustól augusztus végéig észlelt esetekben kizárólag a monosymptomás fejfájások miatt megejtett *Wassermann*-vizsgálatnak köszönhető a diagnosis biztosítása, a további kórtünetek kialakulásának megelőzhetősége. A megbízható vérvizsgálat jelentőségét éppen az ily tünetzegény esetek demonstrálják legvilágosabban.

Voltak azonban rendelésünkön ugyancsak a jelen év tavaszán elég nagy számmal a kezelők által fel nem ismert lueses neuralgiáknak olyan esetei is, melyekben a fájdalom nem szerepelt monosymptomás jelenséggé, mert a lues mint kór-ok szorgos vizsgálattal egyéb módon is ki volt mutatható, már a vérvizsgálat előtt, bár a betegek a luesről mit sem tudtak, s a róla kérésre teljes jóhiszeműséggel tagadólag feleltek. Ezekben hol *nyak-mirigyeket* plus *periostitis tibiaet*, több esetben a *kulcsocsont* szembeszökő *elváltozásokkal* járó fájdalommal *periostitiset brachialis neuralgiával* találtuk. Volt olyan eset is, melyet kezdetben minden gyanus tünet hiányában anaemiás eredetűnek néztünk, a míg az arsenes injectiók folyamán mutatkozó exanthema, melyet lues-gyanúnak véltünk, a helyes diagnosis-ra vezetett. Egyik nőbetegünket megelőzőleg egy fővárosi kórházban báránymimóként kezelték. Ez is csillapíthatatlan főfájásai miatt jött rendelésünkre, melyek a „*varicella*“ kitörésével egy időben jelentkeztek. A báránymimóknak tartott kiütés secundaer luesnek bizonyult, melynek a makacs főfájás volt reánk nézve a gyanút felkeltő indexe.

Eseteink első csoportjában tehát a lues egyetlen manifestálódó tünete a szokványos kezelésekkal daczó neuralgia vagy a neuralgiaszerű fájdalom, a második csoport eseteiben pedig a fájdalomon kívül egyéb, a beteg és orvosa által egyaránt nem konstataált, vagy tévesen értékelt lueses tünetek is voltak jelen.

Jendrassik szerint a lueses fejfájás az erek, a csont-hártya megbetegedésének, részint a lágy agyburkok beszűrődésének a következménye.

Valószínű, hogy eseteink egy részében valóban periostitisről volt szó. E mellett szól azon sajátosságos észlelet, melyet több betegünk közölt, hogy ugyanis időnként a fejtetőn kipúposodást tapasztalnak, mely azonban hamarosan, többnyire egy éjszaka folyamán eltűnik, úgy hogy mire rendelésünkön megjelentek, mi azt sohasem tudtuk megtalálni. Ezen esetek nem tekinthetők tisztára képzelődésnek, talán *periostitis serosa* volna ezen, csak rövid időre megjelenő és gyorsan eltűnő púposodások kórtani magyarázatoként leginkább feltételezhető.

Való az, hogy valamennyi esetünk a neuralgia miatt, már mielőtt hozzánk fordult, gyógykezelés alatt állott, s ugyanígy feltűnő az, hogy sem vérvizsgálat, sem antilueses kúra előzőleg egyikben sem történt. *Jendrassik* joggal panasolja, hogy az orvosok a nem teljesen tipusos esetekben még mindig nem gondolnak a luesre, sőt említ esetet, melyben tipusos luesos periostifájdalomban szenvedő fiatal férfit ideg orvos hetekig villamozással kezelt, pedig torkában nagy plaqueokat is találhatott volna, ha belenéz. A mi eseteinkben azonban mentségükre szolgál az előttünk vizsgáló kollégáknak, hogy valamennyi fölsorolt betegünk nő, kiknek első csoportjában, a hogy említettük, a neuralgia monosymptomás panaszként szerepelt. Egyikük sem tudott semmiféle fertőzéstől, ulcusról, kiütésről. S itt az egyén, a környezet s az utódok syphilitikus fertőzésének egy még nem eléggé tárgyalt forrásával állunk szemben.

A női genitális sajátosságában van az ok, hogy a nő *primaer affectióval* csak a legkritikább esetben kerül orvos elé. A *primaer affectio* ugyanis meglehetősen ritkán jelentkezik a labiumokon vagy az introitus vaginaen, hanem inkább a méh-

szájon vagy a fornix vaginaen, s ilyenkor csak kis fluort okoz, melylyel csak kevés beteg siet az orvoshoz. Igyazután a lueses fertőzés csak később, esetleg évek múlva deríthető ki, ha ugyan kiderül.

Eseteink nyomatékosan mutatják, hogy *nemcsak luesre mindig gyanus kephalalgia nocturna, hanem makacs neuralgiák, ill. neuralgiaszerű fájdalmak eseteiben is kell a lueste, mint a szokványos kezeléssel daczó fájdalom okára gondolnunk, s hogy nőknél, kiknél az ulcusra vagy secundaer tünetekre, kénesókúrákra vonatkozó kérés rendszerint negatív eredménnyel jár, nem szabad a kérdést ezzel elintézettnek tekintenünk.*

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Polycythaemia esetét ismertette *Forschbach* a breslauer „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur“ orvosi szakosztályának május 30.-án tartott ülésén. A 61 éves beteg vörösvérsejtjeinek száma 11,300.000-ról a csöves csontoknak több periódusban ismételt röntgenézése után $\frac{3}{4}$ év alatt 6,620.000-re csökkent. A röntgenezés beszüntetése után múlt anaemia fejlődött (3,300.000 vörösvérsejt, 50% haemoglobin), majd egy esztendő múlva 4,796.000 volt a vörösvérsejt száma és 90% a haemoglobintartalom. A leukocyták száma 12.300-ról 5000-re csökkent. A vérnyomás nagyjából változatlan maradt. — Az ismertetéshez fűződött eszmecsere alkalmával *Minkowski* súlyos polycythaemia két esetét említette, a melyekben feltűnő jó eredményt látott a lép besugározatása után. *Rosenfeld* a thorium x-kezeléssel elérhető szép eredményekre hívta fel a figyelmet. *Frank* hangsúlyozta, hogy huzamosabb csontbesugározatást csak a vérkép állandó ellenőrzése mellett szabad végezni; a kezelést már akkor be kell szüntetni, a mikor közeledünk a normalis számértékekhez, mert az utóhatás nagysága nem állapítható meg előre és esetleg nehezen kiegyenlíthető anaemia lehet a következmény.

A **fejcsontváz fájdalmasságáról** hiányos táplálkozás okozta osteomalacia eseteiben tartott előadást *Schlesinger* a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde“ márczius 4.-i ülésén. Már a múlt esztendőben felhívta a figyelmet erre a tünetre, a mely akkor csak súlyos esetekben, a megbetegedés tetőfokán volt kimutatható és az osteomalacia javulásával megszűnt. Az utóbbi időben ismét nagyon megszorodtak Bécsben a hiányos táplálkozás okozta osteomalacia-esetek és mostanában a fejcsontváznak nyomásra és megkopogtatásra fájdalmassága már korán és könnyű esetekben is megvan. A tünet diagnostikai tévedésekre adhat okot, ha az osteomalacia egyéb tünetei nem kifejezettek. Így nemrégiben egy nőt küldtek az előadó kórházi osztályára rendkívül heves fájdalmak miatt a rágáskor; az egész fejcsontváz nagyon érzékeny volt, osteomalaciás járás-zavaron kívül más eltérés azonban nem volt kimutatható; állapota phosphoros csukamájolaj használatára gyorsan javult. A tünetet ez évben is csak rövid ideig, alig egy hónapig lehetett észlelni; azóta, noha nagyon sok új osteomalacia-eset fordul elő, alig látják.

Icterus haemolyticus ellen *A. W. Fischer* nemrégiben azt ajánlotta, hogy tekintettel *Lepehne* vizsgálódásaira, meg kellene kísérelni az intravenás collargol-injectiókat, mint a melyekkel az icterus haemolyticus eseteiben kórosan működő reticuloendothelialis rendszer kirekeszhető, vagy legalább is csökkenthető a működése. Erre vonatkozólag most *J. Bauer* bécsi docens megjegyzi, hogy egy esetében már egy év előtt megkísérelte az eljárást, heteken át adva tekintélyes mennyiségű collargolt, minden eredmény nélkül. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 16. sz.)

Sebészet.

A **Thiersch-transplantációk utókezelését** *Payr* tanár újabban következőképpen végzi: a kereskedésbeli táblás gelatinát átlukgatja, száraz hővel sterilizálja és használat előtt

24° R. hőmérsékű steril vízbe teszi rövid időre, a míg a gelatinatáblának mezőkre osztottsága eltűnik. Ezt a puhává és jól odailleszkedővé vált gelatina-lemezt már most ráhelyezi a transplantált bőrterületre. Előnye ez eljárásnak, hogy az átlátszó gelatinán át a bőrlebensnyék odanövése jól figyelemmel kísérhető, a bőrlebensnyék nem tolódnak el; attól nem kell tartani, hogy mintegy nedves kamarába jut a kezelt terület, mert a váladék a gelatinán készített lyukakon át szabadon távozik (szükség esetén izzó tűvel később is készíthetők még további lyukak). 7—8 nap múlva fürdő, a melyben a gelatina-lemez (esetleg több lemez) leázik. (Leipziger med. Gesellschaft 1919 április 8.-án tartott ülése.)

A **lúgkémérgezés utáni bázsinguszűkület** megelőzésére *Salzer* azt ajánlja, hogy a legacutabb jelenségek lezajlása után kezdjük meg már a bougieval kezelést, és ne várjunk, a míg már hegessé vált a szűkület. Több gyermeket mutatott be a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ márczius 12.-én tartott ülésén, a kiket a mérgezés után 5—6 nappal kezdett kezelni olyan módon, hogy vékony, nehéz (ólommal megtöltött) szondát vezetett a bázsingjukba; a szondák meleg vízben megpuhulnak s a saját súlyuknál fogva csúsznak le a bázsingba. A gyermekek hamar megtanulják a műveletet és maguk elvégzik. Az előadó eddig 12 esetet kezelte ilyen módon, kivétel nélkül teljes eredménnyel. — Az előadáshoz fűződött eszmecsere alkalmával *Eiselsberg* tanár nagy haladásnak mondta az eljárást, *Lotheissen* pedig kiemelte, hogy a nemrégiben *Roux* által ajánlott módszert (bougie állandó bentartása a bázsingban, már rövid idővel a mérgezés után) nem tartja követendőnek a decubitus veszélye miatt.

Szülészet és nőorvostan.

Menstruációs méreg. *Schick* tanárt (Wien) az a megfigyelése, hogy a virágok, melyeket egyik nőalkalmazottja a menstruációja alatt kezében tartott, rövid idő múlva elhervadtak, készítette ilyen irányú kísérletezésre. Vizsgálódásának következő eredményeiről számol be: A menstruatio alatt a szervezetben egy olyan méreg (menotoxin) képződik, mely virágokat elhervasztani, elpusztítani képes, s a mely méreg az élesztőgomba szaporodására és működésére bénítólag hat. (A menstruatio alatt gyúrt élesztős tészta csak tökéletlenül kel meg.) Gummikeztyűs kézben tartott virágok nem mutattak elváltozást. A menstruációs méreg kimutatható a vérben (valószínűleg a vörös vérszövetekhez van kötve), a szervezetből a verejtékkel és a menstruációs vérrrel választódik ki. Az elején és végén a menstruációnak inkább serkentő a virágokra és az élesztő gombákra való hatása. A különböző vidékeken elterjedt néphit régóta tud a menstruációs méregről, valamint a konzervek készítésével és virágokkal foglalkozók is ügylőszik régóta figyelemmel vannak nő-alkalmazottaiknak menstruációs ideje alatti munkabeosztására. (Wiener klin. Wochenschrift, 1920, 19. sz.)

Váró dr.

Élő gyermek macerálódását írja le *Lorenzen*. A levált epidermis alatt a coriumot egy finom, újonnan képződött hámréteg borította, a melyen a vérből coriumréteg áttűnt. Születés után hetednapra a gyermek bőre teljesen rendbejött. A maceratio létrejövetelét a szerző többféleképpen magyarázza. Előrebocsájtja, hogy luest nem lehetett kimutatni. Elhalt magzatnál a magzatvíz, különösen, ha meconium is keveredik hozzá, az epesavas sók útján néhány nap alatt macerálja a bőrt. Maceratio képét utánozhatja kiterjedt lueses pemphigus vagy veleszületett általános pemphigus simplex; ez utóbbi meglehetősen ritka, többnyire staphylococcusfertőzés okozza. *Lorenzen* leírta esetét csekély fokú macerációnak veszi; a magzatvíz erősen meconiumos volt s nem valószínű, hogy a meconium csak a szülés közben elegyedett a magzatvízzel, hanem felteszi, hogy már a szülés előtt pár nappal ürült meconium és az abban levő epesavas sók okozták az epidermis leválását; mivel azonban a magzat élt, az epidermisnek csak felső rétegei, a stratum lucidumig váltak le, a stratum germinativum ellenben ellenállt, innen a coriumot fedő hámréteg. (Zentralblatt für Gyn., 1920, 5. sz.)

Lehoczky dr.

Szemészet.

Kétoldali, valószínűleg influenza okozta abducens-bénulás acut, gyorsan gyógyuló eseteiről számol be *Pichler* (Klagenfurt). Katonák élelmezésének felügyeletével megbízott nő 1918 május közepén a Piave-fronton erős lát középette torokgyulladásban betegedett meg. Egy héttel később, jelentéktelen gyulladás-tünetek között, mindkét szemén, főleg a balon, exophthalmus jelentkezett, a mozgékonyág lényeges csökkenésével; a szem mozgása fájdalmas. Kettős képek. Midőn a szerző a beteget körülbelül egy hónappal később először látta, mindkét szemén kisebb fokú exophthalmus és a kifelé mozgás hiányossága volt kimutatható, nemkülönben a trochlearisnak is némi gyengesége mutatkozott. A szemre gyakorolt, még enyhe nyomás is fájdalmas, a bal pupilla tágabb, reakciója renyhébb, a szemhártya rendes. Két héttel később a lelet változatlan, a bal homlok-űr helye érzékeny. A kettős képek a távolba, de főleg a lefelé nézéskor nagymértékben zavarók. Izzasztó kúra mellett az összes tünetek alig 4 hét alatt teljesen visszafejlődnek; mozgékonyág-csökkenés nincs, a kettős képek végleg eltűntek, nyomásra fájdalom sehol sincs, mindkét pupilla egyenlően tág, egyformán jól reagál. Az exophthalmust a szerző szerint tenonitis serosa okozta, a bal homlok-űr-tájéka fájdalmát és a bal trochlearis rövid ideig tartott mozgás-zavarát a homlok-űr-gyulladásával és ennek a trochlea és környéke csonthártyájára történt áttérjedésével magyarázza és az influenza következményének tartja. Az abducens bénulás alig vezethető vissza a szemüregben belül fennállott gyulladásra és inkább magmegtettedésre utal. Volt a szerzőnek egy másik esete is, melyben szintén kettős képek és mindkét oldali abducens-gyengeség jelentkezett. 5—6 napon belül a hőmérsék rendes lett, az általános gyengeség, fejnnyomás és szédülés megszűnt, elmúltak a kettős képek és az abducens teljes működés-képessége helyreállt. Hasonló esetet ugyanakkor mások is láttak. Jóllehet a nagy kiterjedésű influenza-járvány csak egy évvel később jelentkezett, a szerző mégis valószínűnek tartja, hogy ezek is influenza-esetek voltak. (Zeitschr. f. Augenheilk., 1919, XL. kötet, 6. füzet.) *H. K.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A furunculus-recidiva megelőzésére *Weigert* nagyon fontosnak tartja az elsődleges furunculus környékének szörte-lenítését. Erre a célra a következő összetételű port: baryum sulfur. 50:0, amylum, zincum oxydatum aa 25:0 kevés meleg vízzel péppé dörzsölve, a bőrre keni és a szörzet erőssége szerint 2—10 perc mulva eltávolítja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 5. szám.)

A rákos fekélyek okozta bűz ellen *Hirschberg* docens szerint a berlini Charité rákkutató-intézetében kitűnő eredménnyel használják az euguformot. Szürkésbarna, szagtalan por, amely a test nedveiben guajacolra és formaldehyde bomlik. Tisztán hintendő naponként a fekélyre. Nem izgat, fájdalmat nem okoz, kellemetlen melléktünetek nem járnak a használatával. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 50. szám.)

Vegyes hírek.

Meghalt. Bauer Ignác dr., t. b. megyei főorvos 71 éves korában Makón. — *R. Kretz*, régebben a prágai német egyetemen, majd a würzburgi egyetemen a kórboncztan tanára, aki azonban egészségi okokból kénytelen volt a tanítópályáról visszavonulni és Bécsben mint a Rudolfinerhaus prosectora működött, 55 éves korában.

Kinevezés. Diósszilágyi Sámuel dr.-t a makói kórház belbeteg-osztályának főorvosává nevezték ki.

Választás. Herczog Lajos dr.-t Földeákon községi orvossá választották.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. *G. J. van Thienen* szerint a katalase-index (a vörösvérsejtek száma osztva a vér katalase-számával), amely egészségeseknél középértékben 6-14, anaemia perniciosa eseteiben abnormisan magas; minthogy más anaemiákban ilyen magas értékek nem találhatók, ebből az következtethető, hogy az anaemia perniciosa önálló betegség. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 131. kötet, 3. és 4. füzet.) — *Tugendreich* szerint a Röntgen-sugarak hatása fokozható allival intravenás befecskendezésével, a mit a mirigyekben történő jodfelhalmozódással és innen kiinduló másodlagos sugárzással magyaráz. (Veréin f. inn. Mediz. u. Kinderheilkunde zu Berlin, 1920 május 17.-i ülés.) — Az icterus mesterséges világitásnál

is felismerhető *Jacobsthal* szerint, ha fényforrás gyanánt ú. n. verico-lámpát (világos zöldes-kékes üveggolyós egyszerű izzólámpa) használunk. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 22. szám.)

A tuberculosis-halálozás Németországban nagy mértékben fokozódott; a míg a világháború előtti évben 10.000 lakóra 15:7 tuberculosis-halál esett, addig 1919-ben ez a szám 27:1-re emelkedett.

A fiú-születések száma a leányokéval szemben háborúk után növekedni szokott. Bajorországra nézve ez most is megállapítható, a mennyiben 1839-től 1917-ig 100 leány-születésre a fiú-születések száma 105:1 és 107:2 között ingadozott, míg 1918-ban 108:7-re, 1919-ben pedig 108:3-re emelkedett.

Brit sebésztársaság alakult *Bland Sutton* elnöklésével Londonban; a társaság neve: Association of Surgeons of Great Britain and Ireland.

A német ideg orvosok egyesülete szeptember 17.-én és 18.-án tartja 10. évi összejövetelét Lipcsében. Referaturnra a gerinczvelő traumás megkárosodásainak kérdését tűzték ki; referensek: *Cassirer* (Berlin) és *Marburg* (Bécs).

Megszűnt francia folyóirat. Az „Archives de médecine experimentale et d'anatomie pathologique”, a melyet *Charcot* alapított, megszűnt.

Az iskolaorvosi és középiskolai egészség-tanári tanfolyamra, a melyet a budapesti egyetem közegészség-tani intézetben tartanak meg ez év őszén, a felvétel iránti kérvények, az eddigi tanulmányokat, állást és működést feltüntető okmányokkal felszerelve, június 30.-áig nyújtandók be az orvostudományi kar dékánjához (VIII., Üllői-út 26. sz.), a ki a folyamodókat kérelmük elintézéséről, valamint a tanfolyam kezdetének időpontjáról és egyéb tudnivalókról értesíteni fogja. A résztvevők száma legfeljebb 20 lehet. Felvétetnek elsősorban orvos-doctorok, de a mennyiben a szám be nem telne velük, szigorló orvosok is.

A Chinoin-gyár közli, hogy vegytiszta kénsav hiányában a *Kalium sulfogvajacolicum* gyártása egyelőre szünetel, ennek következtében „Sulfoin“-t sem bocsáthat forgalomba. Míhelyt a gyártás újból megindul, ezt a körülményt az orvosokkal közölni fogja.

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SANATORIUM

Budapest. I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsós-fürdők. Vizgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. — Étterem házi kezelésben. Vezető-főorvos: várpalotai Palotay Andor dr.

Egész éven át nyitva.

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

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészl József. **Budapest, VII., Városligeti fasor 9.** Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtérmekek kibővíve. Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos, bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete

I. ker., Lenke-út. Telefon: József 83—21. szám.

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásaival

Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet. pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen,

Vezető főorvos: *Dr. Beniczur Gyula*, egyet. magántanár.

Inhalatorium: *dr. Tölvölgyi Elemér*, egyet. m. tanár.

Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza*.

Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla*.

Dr. SZIGETHY SANATORIUMA,

klimatikus és diétás gyógyintézet, napkúra, strandfürdő, Balatonkeresztur.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Dr. Hill Paula, Dr. Mandler Ottó. Néhai Dr. Reich-féle

Zander és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézete. — **IV., Semmelweis-u. 2., Kossuth Lajos-u. sarok.**

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Flesch Ármin és Torday Ferencz: Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár.) A vajás rántottleves mint csecsemőtáplálék. 257. lap.

Jacobovics Béla: Közlemény a Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. rendes tanár.) A bujakór átvitele csak az egyik magzatra ikerterhességben. 251. lap.

Sattler Jenő: Urticaria, mint a novocain-adrenalin-mérgezés egyik tünete. 262. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Sebészet. Zuntz:* Életrekeletés intracardialis injectiókkal. — *Venerás betegségek. Struve:* A nemibajok és a prostitutio kérdése a törvényhozó szempontjából. — *Húgyszervi betegségek. Herz és Herrheiser:* A paratyphus-esetekben bacteriuria. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 262–264. lap.

Vegyes hírek. 264. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár.)

A vajás rántottleves mint csecsemőtáplálék.

Közlők: *Flesch Ármin* dr. és *Torday Ferencz* dr. egyetemi magántanárok, kórházi főorvosok.

A csecsemők mesterséges táplálásának kérdése terén, dacára a kiterjedt kutatásoknak, czéltudatos kísérletezéseknek és nagyarányú tapasztalatoknak, még ma is sok elvi ellentéttel találkozunk és még ugyanaz az észlelő is kénytelen a tapasztalatok tárgyilagos elbírálása után lassan-lassan több olyan nézetét megváltoztatni, melyet azelőtt sziklaszilárdnak tekintett.

Különösen szemünkbe ötlök ez, ha figyelemmel kísérjük azon nézetbeli eltolódásokat, melyek a mesterséges táplálás rosszabb eredményeinek elbírálásában, illetőleg a tehéntej ártalmas alkotórészének megállapításában az idők folyamán mutatkoztak.

Igy, hogy röviden rámutassunk, *Biedert* és iskolája a tehéntej caseinjének nehezebb emészthetőségére vezette vissza a mesterséges táplálás ártalmas voltát, míg ma tudjuk, hogy a tehéntej-caseint nagyon jól használja ki nemcsak az egészséges, de a súlyosan beteg csecsemő is; nem támogatják a klinikai tapasztalatok s a kísérleti vizsgálatok eredményei *Hamburger* felvételét sem, mely szerint a tehéntej fehérjéjét fajidegen volta miatt kellene a mesterséges táplálás rosszabb eredményeinek oka gyanánt tekintenünk. Majd *Czerny* a tehéntej zsírtját tekintette az ártalmas alkotórésznek, és bár *Czerny* a *Gärtner*-féle zsírdús tejről úgy nyilatkozik, hogy „az, különösen az első hónapokban levő gyermekeknél, amint a tapasztalat mutatta, jól használható,¹ s *Czerny-Keller* is a kézikönyvükben² kiemelik, hogy fiatal csecsemőknek előnyösebb, ha a táplálék zsírdúsabb, mégis szerintük³ már 30% zsírtartalom a tehéntejben sok gyermekeken zavarokat okoz, mint hányást, fokozódó sápadtságot, a szövetek petyhüdségét, stb. Természetes, hogy ez alapelvek érvényesültek a csecsemők mesterséges táplálásának keresztülvitelében is. Míg *Biedert*, továbbá *Gärtner* hígításokkal oda törekedett, hogy a tehéntej fehérjetartalmát csökkentse, s az ily módon beállott caloria-veszteséget zsír hozzáátételével (tejszín) pótolja, addig *Czerny* zsírdús táplálékkal táplált gyermekeken a tejártalomnak különböző súlyos alakjait látta kifejlődni.⁴ Ez a

félelem a zsírban dús tápláléktól keresztülvonul az utasításokban is, amelyeket mesterségesen táplált csecsemők részére adnak. Ugyanezt látjuk más szerzőknél is. Így *Finkelstein*⁵ bár elismeri, hogy csecsemők a születésüktől kezdve, nemcsak rövid időszakon, hanem az egész csecsemőkoron át is, normalisan fejlődhetnek zsírban dús táplálék mellett, mégis figyelmeztet a gyakori sikertelenségre és rossz eredményre (hiányos súlygyarapodás vagy fogyás, zsírszapanszékek, dyspepsiás ürülékek, hányás, stb.) és végül oda nyilatkozik: „Ich selbst mache in der Praxis von fettreichen Mischungen allein so gut wie keinen Gebrauch... Die Bedenklichkeiten höherer Fettprozentage habe ich so fürchten gelernt, dass ich einen Fettgehalt von mehr als zehnstens zwei Prozent, wenigstens im ersten Halbjahr, nicht zulasse.“

Ezen tanok hatása folytán következett be az, hogy a zsír a csecsemők táplálékában mindinkább háttérbe szorult és a zsírban dús tápszereket (*Gärtner*-, *Backhaus*-féle tej, ramogen) nem igen alkalmazzák. Még inkább növelte ezen bizalmatlanságot a zsírral szemben *Czerny*-nek az a tana, hogy az exsudatív diathesis megnyilvánulásaira, így az ekzemára, a tej zsírjának mennyire káros a befolyása.

A zsírban dús tápszerek helyett azután részben az egyszerű czukros tejhígítások, részben a szénhydratban dús tápszerek, mint a malátaleves és az író foglaltak el vezető szerepet a csecsemődiatetikában. Az egyoldalú szénhydratos táplálék azonban több tekintetben nem közömbös a csecsemő szervezetére és többféle hátránnyal járhat, ha a táplálék előírásában, a táplálás vezetésében nem járunk el a legnagyobb körültekintéssel és óvatossággal. Az sem közömbös különben a csecsemő szervezetére, hogy a fejlődéséhez szükséges calóriákat milyen alakban nyújtjuk, s nem helyezkedhetünk *Pirquet* álláspontjára, a ki a különböző tápszerek (zsír, szénhydrat) minőségbeli különbségének jelentőségét tagadja, amennyiben kétségtelen, hogy kellő mennyiségű zsírra feltétlenül szüksége van a csecsemőnek.

Ez a belátás vezetett azután az évek folyamán arra, hogy az egészséges és a beteg csecsemő mesterséges táplálására mind több olyan új tápszert kezdtek alkalmazni, a mely zsírban mind gazdagabb volt. Így látjuk ezt a *Finkelstein-Meyer*-féle fehérjetejnél, a *Heim-John*-féle túros tejnél, majd különösen *Niemann*-nál. *Niemann*⁶ a hígított tejhez vaját vett, amelyet előzetesen *Noorden* utasításának megfelelően hideg vízzel többször erősen átgyúrt és kimosott. Ezzel azt czélozta, hogy a vízben oldható alacsony zsírsavakat a vajból eltávolítsa. A mosást addig folytatta, amíg a mosóvíz phenolphtaleinre savi kémhatást már nem mutatott. A tejhígítást, illetve táplálék-keveréket előre elkészítette, fel-

¹ *Czerny*: Ueber Kinderernährung. Deutsche Klinik, 7. kötet, 12. lap.

² *Czerny-Keller*: Des Kindes Ernährung, etc. I. kötet, 526. lap.

³ L. c. I. kötet, 539. lap.

⁴ „Jahre hindurch fortgesetzte Beobachtungen an Kindern überzeugten uns von der Unrichtigkeit der Voraussetzungen und lehrten uns den Milchnährschaden in den verschiedenen schwersten Formen kennen.“ (L. c. II. kötet, 53. lap.)

⁵ *Finkelstein*: Lehrb. d. Säuglingskrankh. 1905, I, kötet, 90. lap.

⁶ *Niemann*: Ueber die Möglichkeit einer Fettsättigung d. Säuglingsnahrung. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, 79. kötet, 274. lap.

forralta, a lemért vaját hozzátette s az egészet jól felkavarta. A vaj elolvad és finom fejet alakjában eloszlik. Az ily módon elkészített tápszer zsírtartalma akár 5% is volt. *Niemann* szerint az illó zsírsavak eltávolítása a vajból azért nagyfontosságú, mert épp ezeknek van nagy szerepük a heveny táplálkozási zavarok létrehozásában. Hivatkozik *Bahrdf*⁷ munkáira, melyek szerint az alacsony zsírsavaknak igen nagy szerepük van a táplálkozási zavarok előidézésében. Nem is látszik ez szerinte valószínűtlennek, ha figyelembe vesszük, hogy a tehéntej zsírja *Raudnitz*⁸ szerint 6—8% illó zsírsavat tartalmaz, míg a női tejet 1.4%-ot. *Niemann* ezen tápszerével nagyon jó eredményeket ért el, sőt rendellenes alkatú és zsír iránt érzékeny gyermekeknek is mosott vaj alakjában elég nagy zsírmennyiségeket tudott adni, anélkül, hogy ártott volna ezzel. Különösen feltűnt e gyermekek jó színe, továbbá, hogy a zsírleraktározás is, bár nem volt a szopós csecsemőkéhoz hasonlítható, a mesterséges táplálással általában elérhető felülmulta. Hatása az immunitásra is jó.

1918-ban *Czerny-Kleinschmidt*⁹ tovább fejlesztette a zsírban dús tápszer gyakorlati alkalmazását. Kiindultak abból, hogy milyen nagy nehézségek tornyosulnak elénk, különösen a 3 hónapnál fiatalabb és a 3000 grammnál kisebb súlyú csecsemők, így a koraszülöttek mesterséges táplálásakor és hogy mennyire nem kielégítőek ezeken az eddigi mesterséges táplálási eljárásokkal elért eredmények. Hangsúlyozzák, hogy miként a női tejben jelentékeny a zsírtartalom, éppúgy nem szabad a gyenge csecsemők táplálékából sem hiányoznia a zsírnak, sőt magas százalékszámúval kell benne helyet foglalnia. Utalnak azokra a kísérletekre (*Schlossmann, Stolte, Peiser, Niemann*), amelyekben a mesterséges táplálék zsírtartalmát a női tejéhez akarták hasonlóvá tenni. Rámutatnak azután arra, hogy egyes zsírsavaknak milyen nagy a szerepük a csecsemők táplálási zavarainak kórlényegében, ezek eltávolítása céljából a vaját olvasztják és liszt hozzátételével „rántást“ készítenek belőle. A táplálék készítmódja a következő:

100 gr. hígító folyadékra 7 gr. vaját, 7 gr. lisztet és 5 gr. cukrot számítunk, de le is lehet kerekíteni, csak fontos, hogy a vaj és liszt mennyisége állandóan ugyanaz legyen. Így pl. 20 gr. vaját (21 gr. helyett) teszünk fazékba és miközben fakanállal erősen kavargatjuk, megolvasztjuk enyhe tűz felett, a míg nem habzik és zsírsav-szaga el nem tűnik (3—5 perc). Ekkor 20 gr. búzalisztet (finom liszt) teszünk hozzá és az olvasztott vajjal összekeverjük. Most a kettőt együtt enyhe tűz felett (asbest-lemez!) erős kavarással közben addig főzzük, a míg a tömeg kissé folyós és barnás lett (körülbelül 4—5 perc). Ezután 300 gr. meleg vizet és 15 gr. cukrot teszünk hozzá, még egyszer felfőzzük, szűrjük át és végül az egészet még melegen hozzáöntjük a forralt és lehűtött tehéntejhez. Sőt a vaj sótartalma miatt nem kell hozzátenni, éppúgy nem kell a kész keveréket még egyszer sterilizálni, állandó hidegentartás azonban feltétlenül szükséges. Ha a gyermek 3000 grammnál alul van, 1/3 tejjel, 2/3 rántottlevesel kezdték el a táplálást, míg olyanoknak, a kiknek súlya 3000 grammhoz közeledett, vagy azt meghaladta, 2/5 tej és 3/5 rántott leves keveréket adtak. Törekedtek, hogy a tej mennyisége a *Budin*-szám alatt maradjon. A táplálék összmennyisége nem haladta túl a 200 cm³-t pro kg. De kevesebb is kijöttek. Kiemelik azt az előnyt, hogy a táplálék elkészítése nagyon egyszerű, bármely háztartásban keresztülvihető. A vajnak nem kell okvetlenül frissnek lennie, s bár inkább vegyünk finomabb lisztet, de ha ilyen nem áll rendelkezésünkre, kevésbé finomat is használhatunk.

Negyven 2000—2750 gramm súlyú gyermeket tápláltak ilyen módon. Az eredmények tekintetében kiemelik mindenképp előtt a csecsemők kielégítő súlygyarapodását: az ingadozások a súlygörbén általában kicsinyek, s emellett a hosszön-

vekedés is igen szép. Meteorismus nincs, a székletek száma 1—3, sárga, kenőcs-összeállású, gyengén savanyú vagy neutralis kémhatású, csaknem szagtalan. A székletét bacteriumflórája hasonló a szopós csecsemő székletének bacteriumflórájához. A táplálék hányást nem váltott ki, nem úgy, mint más zsírban dús táplálék, de a kik azelőtt hánytak, hánytak e táplálék után is. Feltűnő a csecsemők jó külseje, a köztakaró rózsás színe, a jó közérzet, a jó turgor, s a zsírlerakódás még az alsó testrészekben is. Az átmenetel más táplálékra nem okozott különösebb nehézséget, csak ügyelni kell, hogy caloriamint dús táplálékot nyujtsunk helyette.

Egyes esetekben nehézségek voltak, még pedig olyan csecsemőkön, a kik heveny táplálkozási zavar vagy fertőzés folytán erősen leromlottak. Ezen csecsemőknek előbb női tejet adtak és csak a midőn már bizonyos fokban javultak, tértek át a rántott leveses táplálásra. Olyan esetekben pedig, a melyeket heveny gyomorbélhuruffal vettek fel, vártak, a míg más táplálék mellett a tünetek lezajlottak és csak azután tértek át a rántott leveses táplálékra. Rossz eredményt láttak erythrodermia desquam. esetében.

Fertőzésekkel szemben nem nyujt olyan ellenállóképeséget, mint a női tej, mégis kiemelik, hogy a rántott leveses táplálékkal táplált csecsemők nagyobb része a fertőzéseket a klinikán elkerülte.

A rántott leveses táplálék jó hatását több tényezőre vezetik vissza. Elsősorban a táplálék nagy zsírtartalmára (3—4%), különösen pedig arra, hogy a zsírsavakat a táplálékból eltávolították. Valószínűleg nagyon előnyös az is, hogy a táplálékban a zsírt ugyanolyan mennyiségű liszttel keverték el, továbbá, hogy a lisztet forró vajjal megbarnítják és vegyileg megváltoztatják. Aránylag csekély a táplálék fehérje-tartalma is, a minek különösen debilis gyermekeknel van jelentősége. Gondolni lehet arra is, hogy kedvező befolyást gyakorol a bél bacteriumflórájára, a mennyiben az előnyösebb csirák jutnak túlsúlyba.

A *Czerny-Kleinschmidt*-féle rántott leveses táplálékot már többen alkalmazták. Az eredmények, a melyekről beszámolnak, általában jók. Így *Ochsenius*¹⁰ a ki első cikkében 76 csecsemőről számol be, rossz eredményt egyáltalában nem látott; különösen allaitement mixte alakjában nagyon dicséri. Íróval keverten is bevált. Ugyancsak jó eredményekről számol be *Thiemich*¹¹ a ki 80 csecsemőt táplált vajras rántottlevesel. Ezek nagyobb része gyenge, 3000 grammnál kisebb súlyú, 3 hónál fiatalabb csecsemő és koraszülött volt. Általában kizárólag adta a vajras rántottleveset és csak kivételesen női tejjel allaitement mixte alakjában, mindkét esetben jó eredménnyel. Hangsúlyozza, hogy minden olyan állapot, melyben a gyermeknek gyakori, nyálkás a széke, vagy csak kissé is toxikus a kifejezése, kizárja a vajras rántott leveses táplálék alkalmazását. Ilyenkor a heveny tüneteket iparkodott előbb rendbehozni és csak azután tért át a vajras rántott leveses táplálékra. Ugyancsak jó eredményt látott idősebb, súlyukban visszamaradt gyermekeken is. Nem volt kedvezőtlen az eredmény szokványos hányás eseteiben sem. Miként *Czerny és Kleinschmidt*, ő sem észlelte, hogy a zsírban dús tápláléknak a hányásra rossz lett volna a hatása. A nagy fokban nyugtalan, sokat síró, neuropathiás gyermekek is gyorsan megnyugodtak. Az exsudatív diathesis manifestációjára sem volt kedvezőtlen a hatása, a köztakaró elváltozásai nem fejlődtek kevésbé gyorsan vissza, mint a tej-nyálkás leves, vagy tej-lisztleves keverék mellett. Feltűnően jó volt a hatása a pyodermiákra. Angolkór, spasmophilia sem gyakori, mint más táplálék mellett.

*Türk*¹² 60 esetben adta a vajras rántottleveset, általában jó eredménnyel. Kiemeli, hogy a parenteralis fertőzésekkel szemben nem nyujt nagyobb immunitást, ellenben — úgy látszik — fokozza a bőr ellenállóképeségét a genyedést

⁷ Verhdl. d. Gesellsch. f. Kinderheilk. 1910.

⁸ *Pfaundler-Schlossmann*: Handb. d. Kinderhk. I. kötet, 134. lap.

⁹ *Czerny-Kleinschmidt*: Ueber. eine Buttermehlnahrung für schwache Säuglinge. Jahrb. f. Kinderhk., 1918, 87. kötet, 1. lap.

¹⁰ *Ochsenius*: Erfahrungen mit der Czerny-Kleinschmidt'schen Buttermehlsuppe in der Praxis. Deutsche med. Wschrift, 1919, 42. 1.

¹¹ *Thiemich*: Über Buttermehlnahrung nach Czerny und Kleinschmidt. Med. Klinik, 1919, 42. sz. 1023. l.

¹² *Türk*: Deutsche med. Wschrift, 1919, 19. sz.

okozó fertőzésekkel szemben s a hajlamosság intertrigóra, ekzémára is kisebb. Koraszülötteknek, debilis csecsemőknek allaitement mixte alakjában ajánlja kevés női tejjel.

Nem ilyen jók *Lange*¹³ eredményei, a ki *Klotz* lübecki gyermekórházában vajas rántottlevessel táplált 34 csecsemő sorsáról számol be. A kizárólag vajas rántottlevessel táplált csecsemők közül 60,7%, nem fejlődött jól. Különösen az exsud. diathesisben szenvedők fejlődése volt rossz. Az all. mixteben részesültek közt is akadtak, a kik nem fejlődtek, de észlelt olyan csecsemőket is, a kik ennek következtében tönkrementek. A sikertelenség okát kutatva, gondolt a nagy caloria-tartalomra mint ártalomra, ezért félannyi zsírt, lisztet és cukrot adott, de ekkor tovább fogytak. Majd íróval adta a vajas rántottlevest tej helyett, de ez sem vezetett mindig eredményre. Végeredményben bizonyos resignatióval néz a vajas rántottlevestre. Nem alkalmas koraszülöttek és kis súlyú csecsemők felnevelésére. Még all. mixte mellett is bizonytalan az eredmény, csak az esetben volt az jó, ha sok női tejet és kevés vajas rántottlevest adott.

A vajas rántottleves értékes voltát emeli ki *Rietschel*,¹⁴ a ki nemcsak koraszülötteken és debiliseken, hanem reconvalescentiában súlyos táplálkozási zavarok után, lisztártalom és decompositio eseteiben is nagyon jó eredményeket látott. Tapasztalatai alapján már előzetesen is nagyon becsülte a savóban szegény, zsírban gazdag keverékeket fiatal csecsemőknek. Ő a *Czerny és Kleinschmidt*-féle táplálék előnyét abban látja, hogy ilyen módon nagyon egyszerűen, bármely háztartásban előállíthatunk zsírban dúsabb táplálékot, mely rendes viszonyok között aránylag olcsó is. Ő is úgy látta, mintha zsírban gazdagabb táplálék mellett egészséges csecsemőkben a zsírképződés és a zsírnak leraktározása jobban menne végbe, mintha szénhidratokból kell zsírt készíteniük. Az ily módon táplált csecsemők bőrének rózsás a színe és általában jobb általános benyomást tesznek, mint a közönséges tejhígításokkal tápláltak.

Rietschel vitatja azonban *Czerny és Kleinschmidt* feltevését, hogy a kívülről bevitt zsírsavaknak nagy szerepük volna a táplálkozási zavarok származásában s ezért fontos a vaj kiolvasztása útján az illó zsírsavak eltávolítása. Hivatkozik ő is *Langstein*-ra és *Bahrtdt*-ra, de épp ellentétesen *Niemann*-nal, a mennyiben éppen *Langstein* és *Bahrtdt* szerint az *exogen*, a tejben levő zsírsavak irrelevansok e tekintetben, csupán az *endogen*, azaz a gyomorban és bélben keletkezett zsírsavak jelentőségteljesek. Természetes, hogy erősen avas vaj nem közömbös, de normalis mennyiségű zsírsavat tartalmazó, ízletes vaj minden hátrány nélkül elbírnak a csecsemők. Kísérleteket tett azért oly módon, hogy a vajat nem mosta ki s úgy tette a táplálékba, továbbá feles és harmados tejet készítettett s ahhoz egyszerűen folyóssá tett vajat kevert, a nélkül, hogy a vajat erősebben megmelegítette volna. Csak hosszabb ideig verte a keveréket, hogy a zsír ily módon jobban eloszolják. Ezzel a táplálékkal elért eredményeivel nagyon meg volt elégedve. Hangsúlyozza, hogy különösen intézetekben, főleg bölcsődékben, fiatal, egészséges csecsemőknek mennyire ajánlatosak a savóban szegény, zsírban gazdagabb tápszerkeverékek és hogy alimentaris, parenteralis vagy enteralis zavarok könnyebben folynak le ezen táplálék mellett, mint lisztes, cukros keverékek mellett.

Egy sajátságos összetételű, tejszínes tejjel kísérletezett *Müller és Brandt* (Berlin).¹⁵ Eredményeik ugyanolyanok voltak, mint a *Czerny-Kleinschmidt*-féle vajas rántottlevessel. Az ő tapasztalataik is bizonyítják az illó zsírsavak kisebb jelentőségét.

Megemlítjük még, hogy jó eredményekről számol be a rendes előírás szerint készült vajas rántottleveses táplálékkal

*Stolte*¹⁶ is a breslaueri gyermekklinikáról; ő néhány esetben végzett anyagcserevizsgálatok alapján a zsír, nitrogen és ásványos sók kihasználását nagyon kedvezőnek találta. *Peiper*¹⁷ pedig vizsgálta a különböző táplálásmódok befolyását a csecsemők súlygyarapodására és hossznövekedésére s azt találta, hogy legjobb a női tejjel táplált egészséges csecsemők növekedése, s hozzájuk legközelebb állnak a vajas rántottlevessel tápláltak.

* * *

Czerny-Kleinschmidt első közleményének megjelenése után mihamarabb megkezdtek a vajas rántottlevessel hígított tejjel való táplálást a budapesti állami gyermekmenhely kórházi osztályain. Tapasztalatainkról először egész röviden a budapesti kir. orvosegyesületnek 1918 április 21.-én tartott ülésén számoltunk be. Azóta több száz esetben adtuk hosszabb-rövidebb ideig a vajas rántottlevessel hígított tejet, részben kizárólagos táplálékul, részben póttáplálék gyanánt emlőn levő, illetve lefejt női tejen táplált csecsemőknek.

Az eredményeket nem bírálhatjuk el számszerűen százalékokban kifejezve, mert nagyon figyelembe kellett vennünk azon kivételes súlyos beteganyagot, a mely az állami gyermekmenhelyen rendelkezésünkre állott és azon nehéz külső viszonyokat, a melyek káros behatása a csecsemő-kórházi ártalmakat most különösen fokozta. Ezen káros tényezők közül elsősorban szerepel az intézet túlszűfolttsága, a minek nagy ártalmát nem kell részletesen fejtegetnünk. Míg egyrészt ugyanis a háború előtt több-kevesebb nehézséggel lehetséges volt az intézeti gyógykezelést már nem igénylő, meggyógyult csecsemőket, illetve azokat, a kik részére a menhely kórházi osztályain való továbbtartózkodás már nem járt előnnyel, külső gondozásba, szoptató nevelőszülőkhöz kihelyezni, addig a háború folyamán a kihelyezés majdnem teljesen megakadt. Másrészt az általános elszegényedés, a köznyomor következtében különösen megnövekedett az állami gondozásra jogosult gyermekek száma. A budapesti állami gyermekmenhely sokszorosan több gyermeket vett fel, mint az előző években. A felvett csecsemők közül aránytalanul több került anya nélkül, betegen a kórházi osztályokra, úgy hogy a túlszűfolttság úgyszólván állandósult. A túlszűfolttság pedig maga után vonja az úgynevezett „hospitalismus“-t. Részletesen számol be erről *L. F. Meyer*¹⁸ monographiájában; adatai szerint a berlini gyermekmenhelybe felvett csecsemőknek több mint fele (65%) az intézeti tartózkodása első két hetén belül átesik az első hurutos fertőzésen és minden gyermeknek, a ki egy hónapnál tovább marad a kórházban, adatai szerint kilátása van arra, hogy a légutak bántalmaiban megbetegszik. *Langstein* megbízásából *Landé*¹⁹ számol be a Kaiserin Augusta Victoria-Hausban született és ott a legideálisabb viszonyok között nevelt csecsemők sorsáról és számszerinti adatokkal igazolja, hogy a hospitalismus káros befolyása minden csecsemőotthonban, illetve kórházban hosszabb ideig tartózkodó csecsemőn idősült, a fejlődést hátráltató könnyebb vagy súlyosabb emésztés-zavarokban, kóros gyomor- és béltünetekben nyilvánul meg. *Kaupe*²⁰ a bonni csecsemőotthon rossz eredményei alapján majdnem kétségbe vonja az ilyen intézmények fenntartásának jogosultságát és sürgeti, hogy a csecsemőkórházakból és csecsemőotthonokból a csecsemők mihamarabb külső gondozásba, nevelőszülőkhöz adassanak. A balsikerek egy részét épp ezért nem a táplálásból, hanem a huzamos kórházi tartózkodás ártalmából eredőnek kell tartanunk, és ha eredményeinkkel általában meg vagyunk

¹⁶ *Stolte*: Klinische Erfahrungen und Stoffwechselversuche bei Verwendung der Buttermehlnahrung nach Czerny-Kleinschmidt. Jahrb. f. Kinderheilk., 1919, 89. köt., 161. l.

¹⁷ *Peiper*: Ueber Längenwachstum und Ernährung beim Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk., 1919, 90. köt., 341. l.

¹⁸ Ueber den Hospitalismus der Säuglinge. Berlin, 1913. Karger.

¹⁹ *Landé*: Entwicklung und Schicksal der im Kaiserin Auguste Victoria-Haus geborenen Kinder. Zeitschr. f. Kinderheilk., 20. köt., 1. l.

²⁰ *Kaupe*: Der Hospitalismus der in Säuglingsheimen untergebrachten Kinder. Münch. med. Wochenschr., 1920, 8. sz.

¹³ *Lange*: Erfahrungen mit der Czernyschen Buttermehlnahrung für Säuglinge. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1910, 22. kötet, 157. l.

¹⁴ *Rietschel*: Über die Ernährung der Säuglinge mit Milchliefmischungen. Medizinische Klinik, 1919, 47. sz. 1161. l.

¹⁵ Berliner klin. Wochenschr., 1920, 15. sz.

elégedve, ez annál inkább igazolja a vajas rántottlevesrel hígított tej hasznos voltát.

A vajas rántottleves *Czerny-Kleinschmidt* előírása szerint készítettük. Megerősíthetjük azon tapasztalatukat, hogy a vaj avassága nem rontja el a készítményt, ellenben emésztési zavarok támadtak, a mikor egy ízben margarinnal hámított vajat kapott a tejkonyha és azzal főzték a rántottleveset. Ugyancsak romlottak az eredmények, midőn kellő mennyiségű vajat beszerezni nem tudtunk s kénytelenek voltunk sertés-zsírral ($\frac{1}{2}$ olyan százalékban) készíteni a tápszert. Nem is vették oly szívesen a csecsemők, másrészt gyakrabban állott be ekkor hányás és hasmenés és kisebb volt a súlygyarapodás. Megkíséreltük mi is a zsír- és liszttartalomnak 7% -ról 5% -ra való leszállítását és általában úgy tapasztaltuk, hogy különösen fiatalabb korú csecsemőkön az eredmények jobbá váltak. A keverés arányát illetőleg betartottuk *Czerny-Kleinschmidt* utasításait: $\frac{1}{3}$ tej és $\frac{2}{3}$ rántottleves-, továbbá $\frac{2}{5}$ tej és $\frac{3}{5}$ rántottleves-keverékkel tápláltuk a csecsemőket. A fele tej, fele rántottlevesből álló tápszert néhány idősebb csecsemőnek adtuk.

A háborús következmények egyik legfeltűnőbb megnyilvánulása volt, hogy a méhnyelben nagyon megsaporodtak a koraszülöttek, illetve a gyengének, kis súlyúnak született kihordott csecsemők. Közülük aránytalanul sokan anyjuk nélkül vétettek fel; a mennyire csak tehetjük, e koraszülötteket és a 3000 gr.-nál kisebb súlyúakat elsősorban női tejjel tápláltuk, de teljesen elegendő mennyiségű női tej sohasem állott rendelkezésünkre és így a szükség is arra kényszerített, hogy *Czerny-Kleinschmidt* tanácsait követve, részben női tej mellett, allaitement mixte alakjában, részben kizárólagos táplálék gyanánt elsősorban koraszülöttekkel ki sérletezzünk. Tudvalevő dolog az, hogy a koraszülöttek mesterséges táplálása a legnehezebb feladatok közé tartozik. A legellentétebb elvek szerinti táplálással igyekeztek a koraszülöttek életképességét megjavítani. *Arvo Ylppö*²¹ kórbonczani vizsgálatokkal kimutatta, hogy ez a küzdelem azért oly sokszor meddő, eredménytelen, mert a koraszülöttség és veleszületett gyengeség majdnem mindig az összes szervekben előfordulható, részben a szülési erőművi behatások által okozott szövetségi vérzésekkel jár, melyek nagy mértékben befolyásolják e csecsemők életsorsát.

Kizárólag vajas rántottleveses tejjel tápláláskor a test-súlyra az előírással maximális napi adaghoz (1 kgr.-ra 180—200 gr.) úgy igyekeztünk eljutni, hogy kezdő napi adagnak pro kgr. 100 gr.-ot adtunk napi 5—6 adagra elosztva s fokozatosan emeltük a napi mennyiséget. Még ezen elővigyázatosság mellett is többnyire azt kellett észlelnünk, hogy a kizárólagos mesterséges táplálás ezen tápszerrel is ritkán sikerül, kivált fiatalokorú koraszülött csecsemőkön állottak be mihamarabb könnyebb-súlyosabb dyspepsiák, melyek meggyógyítása női tejjel nem mindig sikerült. Ellenben nagyon jók voltak az eredmények olyan koraszülötteken, a kik előbb egyszerű tej-nyálka- vagy lisztleves-hígításon és női tejen nem gyarapodtak, de női tej mellett adott rántottlevesre szépen fejlődtek, és itt is azt láttuk, miként *Lange*,²² hogy általában minél több volt a női tej és kevesebb a vajas rántottlevesrel hígított tehéntej adag, annál jobb volt az eredmény. Mindezen esetekben a súlygörbe nem haladt meredeken felfelé, de feltűnő volt az, hogy a csecsemőknek mihamarabb egészséges lett az arczszíne, jó a turgora és megelégedettséget, jó közérzetet eláruló a tekintete. Székleteteik többnyire pépes összeállásúak, kenőcszerűek, rendszeren világossárgák voltak.

Jók voltak az eredményeink azokban az esetekben is, a melyekben könnyebb természetű megbetegedésekben, enyhébb légútmegbetegedésekben szenvedőket, vagy nem túl-hosszú inanitio következtében lesoványodott csecsemőket vettünk vajas rántottleveses tejjel vegyes táplálásra. Úgy tapasztaltuk, hogy a csecsemők a küzdelmet a hurutos fertőzés

veszélyeivel szemben ilyen vegyes táplálás mellett sikeresebben állottak ki, mint bármely mesterséges táplálás vagy egyszerű lisztlevesrel hígított tejjel való vegyes táplálás mellett. És itt is különösen az allaitement mixte női tejjel adta a legjobb eredményeket. Itt kell kiemelnünk azon eseteinket, midőn fiatal csecsemők kizárólagos női tej mellett sem gyarapodtak hosszabb időn át, majd szénhidrát-dús táplálékot (lisztleveses tejhígítást, malátaleveset) adtunk a női tej mellett eredmény nélkül, míg nem egy, esetleg két adag vajas rántottleveses tej póttáplálékra a súlygyarapodás szépen megindult és állandóan jól haladt előre.

Ellenjavallják azonban e táplálást a heveny emésztési zavarok. Sem ezek alatt, sem akkor, a mikor azok még csak nem régen zajlottak le, nem lehet vajas rántottleves adni. Ugyancsak rosszak voltak eredményeink akkor is, mikor *kezdetben* decompositiós csecsemőket, kik nagy számmal vannak beteganyagunkban, kíséreltünk meg *női tej hiánya miatt* e tápszerrel táplálni. Jóllehet rendszeren kis adagokon kezdtük és fokozatosan emelkedtünk, mégis a zsír-intolerantia folytán mihamarabb megrosszabodtak, nyálkássá lettek a székletek és feltartóztatatlanná vált a decompositiós csecsemőknek nagy súlyvesztések által megelőzött elpusztulása.

Kórházi betegeinknek aránylag nagy contingensét alkotják az exsudatív diathesises csecsemők. A vajas rántottleveses táplálék mellett a manifestációk nem rosszabodtak lényegesen. A magunk részéről is megerősíthetjük azt a tapasztalatot, hogy az erythrodermia desquamativában szenvedők úgy kevert, mint kizárólagos táplálás mellett a vajas rántottlevesrel hígított tejkeveréket rosszul tűrik: a székleteik rosszabodnak és ha kellő időben nem térünk volna át kizárólagosan női teje, a súlyvesztések is könnyen végzetessé válhattak volna.

A köztakaró immunitása egyébként a vajas rántottlevesrel táplált csecsemőkön nagyon jó. A köztakaró genyes megbetegedései, a pyodermiák nem gyakoribbak, mint a női tejjel tápláltakon, sőt a meglevők is aránylag gyorsabban gyógyultak.

A veleszületett bujakórban szenvedő csecsemők közül a súlyosabb visceralis elváltozásokkal járt esetekben ezek rossz sorsát a rántottleveses táplálás nem javította meg, ellenben jelentékeny volt a súlygyarapodás, az egészséges csecsemőkéhez hasonlóvá, azonossá vált a fejlődés a kevésbé súlyos tüneteket mutató bujakóros csecsemőkön, a kiknek sikeres volt a bujakór elleni gyógykezelése s a kiket női tejjel vegyesen táplálhattunk vajas rántottlevesrel.

Ritkán fordult elő az, hogy erősebb hányás mutatkozott, úgy hogy ez a körülmény okot a vajas rántottleveses táplálék elhagyására csak igen kivételesen szolgáltatott. Szokványos hányásnál azonban — tekintettel a táplálék nagy zsirtartalmára — igen kevés esetben kíséreltük meg; a hányás változatlan fennállása e táplálék elhagyására kényszerített. Idősebb, súlyban visszamaradt gyermeknek is adtunk néhány esetben más tápszerekkel egyidejűleg vajas rántottlevesrel jó eredménnyel.

Tapasztalatainkat abban foglalhatjuk össze, hogy a *vajas rántottlevesrel hígított tej csecsemő-diaetetikánk értékes meggazdagodását jelenti. A jó eredményeket nem annyira a kizárólagos, mint inkább a női tejjel kevert táplálás mellett látjuk.* Különösen fontos szerepe jutott a 3 hónapnál fiatalabb és kis súlyú csecsemők táplálásában, mert épp a háborús rossz viszonyok miatt gyakran nem volt elegendő női tejük ezek részére sem. Az a körülmény, hogy a mi különösen nehéz kórházi viszonyaink dacára is jó eredményeket láttunk, még inkább igazolja e tápszer gyakorlati értékét. Növeli a jelentőségét könnyű elkészíthetősége és az elkészítéséhez szükséges vajnak, lisztnek, cukornak beszerezhetősége még a mostani nehéz viszonyok között is. Elméleti okoskodással nem kíséreljük meg a tápszer jó hatásának részletes magyarázatát, csak arra szorítkozunk, hogy utalunk e csecsemőtápszer nagy caloria-értékére és a zsírnak a fiatal csecsemők fejlődésére gyakorolt tagadhatatlan nagy befolyására.

²¹ *Arvo Ylppö*: Pathologisch-anatomische Studien bei Frühgeburten. Zeitschr. f. Kinderheilk., 20. kötet, 212. lap.

²² L. c.

Közlemény a Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról.

(Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. rendes tanár.)

A bujakór átvitele csak az egyik magzatra ikerterhességben.*)

Irta: *Jacobovics Béla* dr., klinikai tanársegéd.

A bujakór átöröklésének kérdése oly nagy irodalmat teremtett, hogy e helyen az összes, ebben az irányban kialakult vélemények és hypothesis tárgyalásába nem bocsájtkozhatunk. Azt a tényt, hogy a bujakór az anyáról a gyermekre átvihető, alig vonták kétségbe és vitára csak az adott alkalmat, hogy az anyának a termékenyítés előtt szerzett bujakórja germinatív úton vagy intrauterinalis fertőzés által vitetik-e át a magzatra. A bujakór átvitelének lehetőségét direkt atyai részről azonban nem egyszer kétségbe vonták. Míg a legtöbb szerző általában, közöttük *Kassowitz*, *Finger*, *Heubner*, *Hochsinger* s mások, úgy az atyai, mint az anyai átöröklés lehetőségét elismerik (*Kassowitz* csupán az anyai részről az intrauterinalis fertőzés lehetőségét tagadta egy ideig), addig a bujakórnak atyai részről való átvitelét régi szerzők egyenesen mint egyetlen módját a bujakór átöröklésének hangoztatják. Ezen szerzőkkel ellentétesen *Hufeland*, *Roth*, *Sigmund*, *Oedmansson* s újabb *Matzenauer*, *Engelmann*, *Rietschel*, *Schlossmann*, *Krefting* és *Trinchese* tagadja a bujakórnak atyai részről való átöröklési lehetőségét az anya betegsége nélkül, sőt *Matzenauer* *Kassowitz*-nak germinatív elméletét, mint be nem bizonyítottat, elvetendőnek véli s a magzat intrauterin fertőzését tartja a bujakór egyetlen átviteli módjának, azon tényre támaszkodva, hogy tisztán germinatív átviteli mód egyetlen fertőzőbetegségben sem ismeretes. *Matzenauer* ezen tételét azonban nem igazolták be sem az újabb bakteriologiai, sem a serologiai vizsgálatok. A bujakór átöröklésének kérdését — mint látjuk tehát — a különböző irányú vizsgálatok nem tisztázták még teljesen.

A bujakór átvitelének módja különösen gondolkodóba ejthet — mint *Finger* állítja —, ha az ikerszülettek átöröklési viszonyait vizsgáljuk. Ezek bár látszólag egyformán vannak kitéve a bujakóros fertőzés lehetőségének, mégis láttak ikerszületteket, a kik vagy nem egyforma mértékben betegedtek meg, vagy az egyik bujakóros volt, a másik pedig mentes maradt. A klinikánkon észlelt esetünk kórrajzát, melyben az egyik iker a veleszületett bujakór jeleit mutatta, a másik pedig nem, a következőkben közöljük:

Sz. János 3 éves, kórházunkba felvételét 1913 nov. 8-án.

Körelőzmény: Három hó óta veszik észre, hogy végbélnyílása körül fekélye van. Két hónapos korában már kezelték vérbaj ellen, a mikor is kiütései voltak a testén. Anyja nem vetélt, első gyermeke két napig élt, második gyermeke időre született, egészséges, a harmadik gyermek s a fentnevezett beteg ikrek. Az ikertestvér él, egészséges és csecsemőkorában sem volt beteg. A beteg atyja egészségi állapotáról adat nem tudható meg.

Jelen állapot: A közepesen fejlett, jól táplált fiúgyermek csontrendszere angolkóros elváltozásokat mutat. Kissé beesett orrgyök. A bőr halvány. Az inguinalis hajlatokban borsónagyságú fájdalomtalan mirigyek. Cubitalis mirigyek nem tapinthatók. A végbélnyílás körül mindkét oldalt körülbelül csecsemőtenyér-nagyságú területen nedvező, kissé fehéresen fénylő, szalonnás alapú, egyenetlen határu fekélyződés, a melynek kaparékában tus-eljárással a *spirochaeta pallida* kimutatható volt. A lép nem, a máj egy ujjnyira tapintható a bordaív alatt. Wassermann-próba: + + +. A beteg ikertestvért vizsgálatkor teljesen egészségesnek találtuk s a Wassermann-próba nála negatív volt. A fekélyződés salvarsan alkalmazására teljesen meggyógyult. A beteg s ikertestvére a kitört háború miatt nem jutott többé észlelésünk alá.

A fertőzőbetegségeknek átvitele ikrekben különböző módon nyilvánulhat, úgy tudniillik, hogy a betegség csak az egyik magzatra megy át, a másik mentes marad, vagy az

*) Minden jog fentartva.

ikerszülettek megbetegedése különböző fokot mutat. Az ilyen eseteknek casuistikája meglehetősen szórványos. *Campbell*, *Clemens*, *Price*, *Caspary*, *Heim*, *Fournier*, *Ahlfeld* és *Rosinski* írt le egy-egy esetet, melyben az ikrek bujakóros megbetegedésének a fokában volt eltérés, míg *Müller*, *Luczinsky*, *Puzin*, *Weber*, *Gauly*, *Diday*, *Mewis*, *Kassowitz*, *Rosinski*, *Bertino* egy-egy, *Buhe* s *Hutchinson*-nak pedig két-két esetében az egyik iker teljesen mentes volt a bujakórtól. *Finger* közli még *Blumberg*-nek és *Martin*-nak egy-egy hasonló esetét. Az előbbiben az egyik iker 17 napos korában kifejezett bujakóros tüneteket mutatott, a másik csak 6 hetes korában. Utóbbi esetben az egyik iker macerált magzat volt, a másik 4 hetes korában még teljesen egészségesnek látszott. *Grete Siger*-nek legújában közölt esetében az egyik ikernek klinice és ismételt Wassermann-próba által körjelzett bujakórja volt, a másiknak nem.

A midőn magyarázatát keressük ezen — ikerszületteken észlelhető — igen érdekes jelenségeknek, egyszersmind tisztáznunk kell azt a kérdést is, hogy vajjon ezen esetekben a bujakór egyenesen atyai vagy anyai részről történt fertőzés útján juthatott-e a beteg iker szervezetébe. *Kassowitz* a bujakórnak spermatikus úton való átörökléséről szóló tételét éppen azon — ikerszületteken tett — tapasztalatokra alapítja, melyeknél az egyik iker bujakóros volt, a másik mentes maradt, vagy az egyik súlyosabban, a másik enyhébben volt bujakóros, azzal magyarázva teoriáját, hogy az ily esetek valószínűleg rejtélyesek volnának, ha a magzat placentaris úton történő fertőzésének lehetőségét fogadnánk el. Megmagyarázhatónak tartja ellenben azt, hogy „két egyszerre termékenyítő spermatozoon közül a bujakóros mérgét az egyik nagyobb, a másik kisebb mennyiségben, vagy egyáltalában nem kapja”. *Kassowitz* ezen tétele nem nyújt kielégítő magyarázatot, mert bár a bujakórosok spermájának fertőzőképessége bebizonyult (*Rochoud*, *Finger*, *Landsteiner*, *Uhlenhut* s *Mulzer*), mégsem látszik elfogadhatónak az a feltevés, hogy két egyszerre termékenyítő spermatozoon közül csak az egyik fertőzőn, a másik pedig nem, nem is szólva arról, hogy a *spirochaeta pallida* háromszor oly nagy, mint egy emberi ondoszalcsa feje, úgy hogy a pete megfertőzésében legfeljebb csak az ondozóanyaghoz mechanikusan hozzákeverődött vírus (*Neisser*, *Rietschel*) játszhatik szerepet, mely utóbbi fertőzési mód elfogadásával sem tudjuk azonban csak az egyik iker bujakórját megmagyarázni. Elfogadható s úgyszólván egyetlen magyarázatát ezen ritka észleléseknek *Matzenauer* adja, a ki szerint akkor, midőn a magzat intrauterinalis fertőzésének lehetőségét elfogadjuk — a melynek lehetőségét ma már az összes kutatók el is fogadják —, egyáltalában nem lesz rejtélyes azon jelenség, hogy ikrek közül az egyik gyengébben vagy egyáltalában nem fertőződött bujakórral; egyszersmind természetesen ezen esetekben mindig különálló placentákat kell felvennünk. *Kassowitz*-nak azon tétele, mely szerint az anyai s magzati érrendszer válaszfalai nem járhatók át mikroorganizmusok részére, csakis normalis, physiologiás placentára vonatkozhatik s nem olyanra, a melynek szövete kóros elváltozásokat szenvedett, mikor is a placentaris érfalaknak úgynevezett sűrű szűrője a mikroorganizmusok számára átjárhatóvá válik. Az első munkákban, melyeket a bacteriumoknak az anyáról a magzatra való átviteléről közöltek, egyáltalában nincs szó placentaris megbetegedésekről s csak újabbban terjeszkedtek ki a vizsgálatok a placenta anyai és magzati részére úgy, hogy a folyton szaporodó megfigyelések és vizsgálatok (*Malvoz*, *Eberth*, *Ernst*, *Hildebrandt*, *Lubarsch* s mások) alapján felvehető, hogy az intrauterinalis fertőzésnek valószínűleg minden esetében jelen van a placentának ha csak jelentéktelen laesiója is. A placentának kétségtelenül specifikus megbetegedését bujakórban legelőször *Virchow* mutatta ki, majd utána *Macdonald*, *Caspary*, *Fränkel*, *Zilles*, *Schwab*, *Thomsen* s mások szolgáltatottak adatokat a placentaris bujakórhoz bő vizsgálati anyaguk alapján. A magzat intrauterinalis fertőzésénél beteg lehet a placentának úgy az anyai, mint a magzati része, viszont lehetséges az is, hogy a placentának vagy csak az anyai, vagy csak a magzati része

mutat specifikus elváltozást. A placenta foetalisban bujakór esetén háromféle elváltozást lehet leggyakrabban találni (*Thomsen*): oedemát, *Fränkel*-féle granulációs sejtgyűjtődést és tályogképződést a bolyhokban; a maternalis placentában talált bujakóros elváltozások sokkal csekélyebbek s nem mondhatók specifikusnak. A magzat fertőzése a placentából kiindulólág létrejöhet a spirochaetáknak a köldökvena útján való emboliás tovaszállítása, vagy a spirochaetáknak a köldökzsinór nyirokéreibe való fokozatos előrejutása folytán. Egyes esetekben, midőn az anya a fogamzás idejében biztosan bujakóros volt, nemcsak a maternalis placenta megbetegedését találták, hanem *Fränkel* egy ízben, *Zilles* és *Schwab* két ízben úgy a maternalis, mint a foetalis placentát betegnek ismerték fel. *Schwab* két esetben kizárólag a placenta foetalist találta betegnek s ugyanilyen elváltozást mutatott a megfelelő különálló placenta *Müller*, *Kosinski* s *Buhe* eseteiben is, melyekben az egyik iker bujakóros, a másik egészséges volt.

Azon ikreknél tehát, kik közül az egyik bujakóros, a másik pedig egészséges, feltételezhetjük, hogy az egyiknél a placentaris válaszfalak a mikroorganizmusok részére átjárhatókká váltak, a másiknál ellenben átjárhatatlanok maradtak. Ezen aprioristikus feltevést *Müller*, *Rosinski* s *Buhe* eseteiben bebizonyítva látjuk, melyekben ezen szerzők a bujakóros iker placentáját betegnek, az egészségesét pedig teljesen épnek találták.

Irodalom. *Ahlfeld*: Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1896, VII. köt. — *Bertino*: Uebertragung mütterlicher Erkrankungen auf nur einen Foetus bei Zwillingschwangerschaft. Ref. Zentralbl. f. Gynaek., 1896. — *Buhe*: Zur Lehre von der hered. Lues. Berlin, 1889. — *Caspary*: Ueber gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder. Arch. f. Derm. u. Syph., 1875. — *Clemens*: Syphilis hereditaria. Deutsche Klinik, 1853, 14. sz. — *Engelmann*: Zeitschr. f. Gynaek., 1909, 3. sz. — *Ernst*: Intrauterine Typhusinfektion einer lebensfähigen Frucht. Ziegler's Beitr. zur path. Anat., VIII. köt. — *Finger*: Die Vererbung der Syphilis. Wiener Klinik, 1898. — *Finger*: Die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Syphilidologie. Wiener klin. Wochenschrift. — *Fournier-Finger*: Die Vererbung der Syphilis. Wien, 1891. — *Finger* u. *Landsteiner*: Untersuchungen über Syphilis am Affen. Arch. f. Derm. u. Syph., 78. u. 81. — *E. Finger*, *J. Jadassohn*, *S. Ehrmann* und *S. Gross*: Handbuch der Geschlechtskrankheiten, 1911—1916. — *Heubner*: „Die Syphilis im Kindesalter“. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. — *Hochsinger*: „Die Syphilis“. Pfandler u. Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde. — *Heim*: Bericht des St. Josef-Kinderspitales. Wien, 1884. — *Kassowitz*: Vererbung der Syphilis. 1875. — *Kassowitz*: Vererbung und Uebertragung der Syphilis. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1884. — *Lubarsch*: „Uebertragung von Infektionskrankheiten von Ascendenten auf Descendenten“, 1896. — *Luczinski*: Journal f. Kinderheilk., 1859. — *Matzenauer*: Die Vererbung der Syphilis. 1903. — *Müller*: Zur Lehre von der hered. Syphilis. Berlin, 1888. — *Neisser*: Beiträge zur Path. u. Therapie der Syphilis. Berlin, 1911. — *Oedmannson*: Zur Lehre von der Syphilis cong. A. f. D. u. S., LII. — *Rietschel*: Das Problem der Uebertragung der angeborenen Syphilis. 1913. — *Schwab*: De la Syphilis du Placenta. Thèse. Paris, 1897. — *Grete Singer*: Bericht über einenluetischen und einen nichtluetischen Zwillings. Arch. f. Kinderheilk., LXVII. köt., V—VI. füz., 1919. — *Thomsen*: Pathologisch-anatomische Veränderungen in der Nächstgeburt bei Syphilis. Ziegler's Beitr., 38, 1905. — *Uhlenhuth* u. *Mulzer*: Gelungene Verimpfung von Blut, Blutsrum und Sperma syphilitischer Menschen in die Hoden von Kaninchen. Berliner klin. Wochenschr., 1912, 45. sz. — *Zilles*: Studien über Erkrankungen der Placenta. Tübingen, 1885.

Urticaria, mint a novocain-adrenalin-mérgezés egyik tünete.

Közlő: *Sattler Jenő* dr.

A mai sebészet helyi érzéstelenítésre főleg a novocain-adrenalin-készítményeket alkalmazza megfelelő oldatokban. Állatkísérletek és embereken észlelt tünetek megismertettek ezek mérgező hatásával is. Esetemmel felhívom a figyelmet egy eddig még nem észlelt mérgezés-tünetre, a melyről még nem tettem említést.

1917 június 15.-én J. Sch. alvadást lágyéksérv műtét végett vettük fel kórházunkba. A műtétet június 19.-én végeztem rajta helyi érzéstelenítéssel. *Braun* módszere szerint infiltráltam 80 cm³ 1/2%-os novocain-adrenalin frissen készített oldatával. A műtét előtti napon keserűsöt kapott a beteg per os és egy beöntést, a műtét reggelén pedig még egy melegvizet beöntést. A műtétet követő délután az ápoló-

személyzet jelentése szerint a beteg délben epés színű nyálkát hányt, halvány és nagy fokban nyugtalan volt. A délutáni vizsgálat eredménye a következő:

Halvány arcszín, kissé lepedékes nyelv, kicsiny, szapora pulsus, hideg végtagok, erős izzadás. A sensorium kissé zavart, csak hangosabb beszédre figyel, láthatóan erőlködik, hogy megértse, a mit mondanak. A hőmérsék 38·4° C. A hasfal puha, nem feszes, a műtét helyén nyomásra kissé érzékeny; a herezacskó felpolcolva, nyomásra a rendesnél semmivel sem érzékenyebb. Vizelet még nem ürült.

Másnap reggel a következőket észlelem: Az arc vörös, kissé tág pupillák, a pulsus szapora, könnyen elnyomható, a látás és hallás részéről panaszai vannak, némij helyi érzékenység. A mastisolos kötést eltávolítom a seb közelebbi megtekintése végett. A műtét helyén és körülötte férfitenyérszerű nagyságban duzzadt és piros a bőr. Testszerte kifejezett urticaria. Hőmérsék 38° C. Az urticaria 2 napig tartott, ezzel szemben a közérzet a műtét után 24 órával lényegesen javult. A további lefolyás sima. 48 óra elteltével az irányító mély bőrvarratok eltávolításakor az egyik bőrvarrat helyén kb. 2 cm³-nyi világos, kissé zavaros folyadék ürül. A seb környéke még mindig hyperaemiás. A folyadék bakteriologiai vizsgálata negatív eredményű. A seb a nyolcadik napon per primam gyógyult, csak az egyik fonál helyén van még egy kis pörk.

Összegezve az észlelteket, mint szokatlan jelenség tűnik fel az eddig ismert cocain-, illetve novocain-mérgezés tüneteivel kívül az urticaria és a helybeli hyperaemia. *Braun* helybeli hyperaemiát csak 10%-os oldat befecskendezése után észlelt, míg az én esetemben 0·5% oldat alkalmazására is már helybeli hyperaemia támadt.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

Életrekeltés intracardialis injectiókkal. *Zuntz* esetről számol be, melyben egy cm³ adrenalin-oldatnak intracardialis injicálásával sikerült egy 56 éves, erősen cachexiás, de különben egészséges szívű és tüdejű asszonyt, a ki a műtét vége felé hirtelen kollabált és akin az összes életjelenségek már megszűntek, újra életre keltenie.

A betegnek béltumor gyanuja miatt végeztek műtétet. *Sleich*-féle narcosis-keveréket használtak (chloroform 45 0, aether 150·0, aether petrolei 15·0). A műtét alkalmával kitűnt, hogy egy almanagyságú daganat (szövettanilag cylindersejtű rák) van a coecum nyálkahártyáján, a mely a colon ascendens egy részével a colon transversumba invaginálódott. Az invaginatio oldása után, a mi elég könnyen történt, resectiót és következményes oldal-anastomosist végeztek a colon transversum és az ileum között. A hasfal zárásakor az ébredni kezdő betegnek narcoticumot kellett adni. A belek reponálása után néhány perczel a beteg hirtelen anaemiás lett, légzése kimaradt, pulsusa nem volt érezhető, majd szívverése megállt, pupillái fokozatosan tágulni kezdtek. A szív megállítását a légvételek kimaradása előzte meg. Mesterséges légzés (*Sylvester*), a nyelv előhúzása, a szívtájéki rythmosus veregetése, subcutan kámfor-injectiók semmit sem használtak; 5 perczig tarthatott ez az állapot, a mikor utolsó kísérletképpen 1 cm³ adrenalin kapott intracardialisán a halottnak tartott beteg; utána körülbelül 20—30 másodperc mulva érezhetővé vált a carotisok pulzálása s körülbelül fél perc mulva spontán megindult a légzés. A beteg 14 napon belül teljesen gyógyult.

Az injectio a baloldali sternalis vonaltól 3 harántujnyira kifelé a IV. bordaközben történt hosszú tüvel, ferde irányban medial felé haladva. Vajjon az adrenalin a szívizomzatba, vagy a jobb kamara ürébe jutott-e, eldöntetlen, valamint az is, vajjon műtéti collapsusról volt-e szó, avagy a narcoticum hatására állott-e meg a szívműködés. Jelen

esetben az adrenalin életmentő hatása kétségtelen, ez ideig az irodalomban egyedül álló. Az a körülmény, hogy egészséges szívre káros hatással nincsen, tökéletesen feljogosít bennünket arra, hogy hasonló reménytelen esetekben kísérjük meg az adrenalin intracardialis injiciálását annyival is inkább, mert ha nem is használunk vele, ártani semmiesetre sem fogunk.

Az adrenalin a szívizomzat sympathicus-idegvégeire gyakorolt izgatása által hat. A gyomorfall összehúzódásakor — melyet a tüszúrás is kiválthat — az adrenalin eloszlik a szívből s az izomzat sympathicus-idegvégeinek izgatása által contractiót hoz létre; a szív contractióban marad mindaddig, míg az izgalom a Tavera-csomóról a His-kötegekre átterjedvén, a szív normalis működését meg nem indítja. (München med. Wochenschrift, 1919, 21. sz.) Sárkány dr.

Venereás betegségek.

A nemibajok és a prostitutio kérdését a törvényhozó szempontjából tárgyalja Struve (Kiel). A porosz országgyűlés ez év elején elfogadta a népesedés politikai bizottságnak azt a javaslatát, mely a nemibajok leküzdését és a prostitutió új irányú törvényes rendezését ajánlja. A javaslatot a nyilvánosság előtt azóta pro és contra élénken tárgyalják. A szerző javaslatára, a ki az országgyűlés tagja, a demokraták azt ajánlják, hogy a porosz kormány sürgősen dolgozzon ki törvényjavaslatot, mely az eddigi erkölcsrendészeti hivatalt teljesen különválasztja a rendőrségtől és kizárólag egészségügyi célokat szolgáló szervvé változtatja. A prostitutio kezelése formailag tehát enyhébbé válnék, lényegileg azonban mégis kívánatos, hogy külön intézkedések irányítsák a prostitutio rendezését. Mert a szerző szerint akár szocialista, akár kommunista vagy akárminő „ideálista” társadalom végzi is a prostitutio rendezését, az az illusio nem állhat meg komolyan, hogy a férfiak állandóan változó sorának magát fogalkozásszerűen, pénzért felajánló és odaadó prostituált nő cselekedete ugyanaz volna, mint a házasságon kívüli nemi érintkezés, mely promiscuitás nélkül csak bizonyos két személy közt megy végbe. Kívánatos, hogy a régi reglementatio helyébe gondozó hivatalok lépjenek. Bevallja azonban a szerző, hogy ez csak nehezen mehet a nélkül, hogy az átmenet alatt erkölcsi és egészségügyi károk ne történjenek. Egyelőre mindenestre a leglényegesebb eszköz a nemi bajok tovaterjedésének megállítására a minél korábbi, minél erélyesebb és minél jobb gyógyítás. A legokosabban kigondolt egyéb intézkedések nem vetekedhetnek ezzel. Egyébként a sok rendelet és paragrafus betartásához elsősorban erkölcsi szilárdságra, ellenállásra volna szükség, holott bizonyos, hogy még nem volt idő, melyben az erkölcs a társadalom valamennyi rétegében olyannyira sülyedt volna, mint mai nap. Az erkölcsi megújulás ezért kétfősen nehéz, de kétfősen szükséges. A gyógyításon kívül a felvilágosítás a leglényegesebb tényező; csak természetes, hogy az jól irányított legyen. A javaslat továbbá azt kívánja, hogy az orvos köteleztessék a fertőző betegét minden tekintetben felvilágosítani (fertőzésmódok és bűnügyi vonatkozások). Nemi betegek nemi érintkezése büntetendő, a büntetés 3 évi fogházig terjedhetne. A gyógyulás egyik tényezőjének a gondozó-állomásokat is kell tekinteni. Büntetendő a tisztességtelen orvosi hirdetés, valamint a kuruzslás is. Érdekes, hogy a kuruzslást a bizottságban egy „független” orvos, Weyl dr. (Berlin) védte! A szerző azután felemlíti, hogy különösen nagyobb vita tárgya volt a bizottságban a nemi bajok kötelező bejelentésének kérdése. A kötelező bejelentés hívei felhívták, hogy valamennyi nemi betegnek rendszeres kezelése csak ily módon érhető el, valamint azt is, hogy a tudatosan fertőző egyének felelősségrevonása is csak így képzelhető el igazán. Bizonyos az is, hogy a nemi bajokra vonatkozó használható statisztika csak így nyerhető. Egyébként arra is utaltak, hogy a bejelentési kötelezettség a pénztári tagokra, a betegeknek tehát jelentékeny részére már amúgy is fennáll. Ezzel szemben a kötelező bejelentés ellenzői, akik közé a

szerző is tartozik, jóval erősebb érveket sorakoztattak felfogásuk helyessége mellett. Első sorban a közegészség súlyos veszélyeztetését látják a bejelentési kötelezettségben, mert az először megbetegedett érzékenyebb egyének visszariadnak a bejelentéstől, a mi súlyos mulasztásra vezet. Egyébként is csak a gyógyításra jelentkezők jelenthetőek be betegnek. A bejelentés által még nem kerül több beteg kezelés alá, szintúgy korábban sem gyógyul meg a beteg. A kötelező bejelentésnek ott van helye, ahol a fertőző beteg izolálható. A syphilitikus betegek ezzel szemben nem izolálhatók évekre, e nélkül pedig hiábavaló bármily hatósági ellenőrzés, mert ez nem akadályozhatja meg a beteget a nemi érintkezéstől, sem pedig nem biztosíthatja a tökéletesebb gyógyulást. A többség ezért végül elvetette a kötelező bejelentést, és pedig úgy a névtelen, mint a beteg megnevezésével járó bejelentést. A kötelező bejelentés elejtése első pillanatra csaknem mindenkit megkap, de csak kezdetben. Mélyebb betekintésre azonban mindenkinek be kell látnia azt, hogy a bejelentés kényszere többet árthat, mint használ, s főként azt is, hogy a nemi betegségek és a többi fertőző baj között lényeges, soha meg nem szűnő különbség van. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 17. szám.) Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A paratyphus-esetek 40%-ában bacteriuriát talált Herz és Herrnhaiser. Legkorábban a betegség 2. hetében, többnyire a 2.—4. heti időben, ritkábban ezen túl a 7. hétig; gyakrabban a súlyosabb fertőzés eseteiben. A bacteriuria lehet: 1. múló, 1—2 napig tartó, 2. állandó, több napig, hétig, sőt több évig tartó, 3. visszatérő, intermittáló, több napi, heti vagy havi csiramentes időszakoktól megszakitott. A bacteriuria átlagos tartama paratyphus-A eseteiben 10, paratyphus-B eseteiben 7 hétre tehető.

A bacteriumkiválasztás tartama alatt a vizelet üledékében kezdettől fogva vannak leukocyták nagyobb számmal, ezek csakis igen hosszadalmas esetekben hiányoznak a bacteriuria régebbi fennállása mellett. A fehérvérsejtek eredetét illetőleg a néhány esetben végzett hólyagtükrözés és ureterkatheterezés kimutatta, hogy a hólyagban változó fokú és kiterjedésű lobos elváltozások találhatók: foltos cystitis, vérzések, fekély, kellemetlen érzésekről azonban alig panaszok voltak a betegek. Valamennyi vesevizsgálat egy vagy kétoldali *genyes lobos megbetegedést* mutatott a felső húgyutakban, egy esetben a vesemedence tágult volt.

A bacteriuria tartama alatt bonczolásra került 5 eset: egy esetben elgenyedt cystás vesét találtak következményes pyelitis és cystitis, s paratyphus-B-t tiszta tenyészetben. A többi 4 esetben (két paratyphus-A és két paratyphus-B) a vesében apró, gombostüfejnyi-kisborsónyi, vérömleny udvartól környezett, szürkés vagy sárgás góczok voltak részben a felületen, részben a kéregállomány mélyebb részeiben s ezek néhányszor a velőállományig terjedtek (Ausscheidungs-Abscesse), tályogoknak bizonyultak és belőlük a szóban forgó bacteriumok tiszta kulturában tenyésztettek ki. Azonkívül a vesékben lobos és elfajulásos folyamatok is voltak. Pyelitis és cystitis 2—2 esetben találtak. Az ondóhólyagokban, a prostatában és a herékben szabad szemmel nem lehetett felismerni genyedet.

A bacteriuria befejeződése után paratyphus-B két esete került bonczolásra. Az egyikben 4 nappal a bacteriumürülés után felületes pyelitist és a hólyag kistökű belőveltségét lehetett kimutatni; a vesékben a fentemlített góczok nem találtak. A második esetben 9 nappal a véres vizelettel járt múló bacteriuria után csupán vérömlényeket láttak a vesemedence nyálkahártyáján.

E leletek alapján a szerzők a bacteriuriát a *metastasis útján létrejött vesetályogok áttöréséből a húgycsatornácskákba* származtatják. Véleményük szerint egyes kis, maguktól is gyorsan gyógyuló vesegóczok kistökű leukocyta-szaporulattal járó, múló bacteriuriát idéznek elő, hacsak a levezető húgyutakban nem keletkeznek hosszadalmasabb lobos elváltozások.

Nagyobb számú és kiterjedésű vesegőcz állandó bakteriuriát okoz, mely különösen akkor lesz hosszadalmas, ha a húgyutakban a fentemlített lobos bántalmak fejlődnek.

Többszörös vesegőczoknak különböző időkben történő áttörése magyarázza a bakteriuria intermittáló voltát.

Ezen kiválasztási módozat mellett az alsó húgyutak mirigyvese függelékeiből kiinduló bakteriuriát ritkaságnak tartják, éppen úgy, mint a kórokozónak sértetlen szöveteken való átjutását. Az urethralis bevándorlás csak akkor jöhetne szóba, ha a bakteriuriát a székekkel való kiválasztás megelőzné. Ilyenkor azonban urethritist is gyakrabban kellene észlelni, ez pedig csak egy esetben volt súlyos felső húgyúti elváltozások mellett. Urethralis bevándorlás esetén azonkívül a cystitisnek gyakoribbnak kellene lennie, mint a pyelitisnek, pedig éppen az ellenkezőjét tapasztalták ennek.

Járványtani szempontból különösen az intermittáló bacteriumkiválasztás fontos. (Mediz. Klinik, 1920, 18. szám.)

P.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A chenosan oleum chenopodii kombinációja santoninnal. *Lauener* szerint a többi féregűző szert mind felülmúlja a hatásában. Két fokozatban kapható kapsulák alakjában. Az I. fokozat kapsulánként 0.2 oleum chenopodii-t és 0.02-santonint tartalmaz és 5—10 éves gyermekeknek való; a II. fokozat kapsulájában 0.25 oleum chenopodii-t és 0.03-santonin van és 10 éven felüli korban levők használják. (Schweiz. Korr.-Bl., 1919, 41. szám.)

A sulfosalicylsav-próba tévedésre adhat okot *Schall* szerint, ha sok mész van a vizeletben, mert ilyenkor csapadék képződik, anélkül, hogy fehérje volna a vizeletben. Megkülönböztethető ez a csapadék a fehérje által okozottól abban, hogy hevítésre eltűnik, hogy a vizeletnek hígítása után (legalább félannyi vízzel) nem áll elő és hogy más fehérjereactio nem sikerül. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 6. szám.)

Az újszülöttek szemgonorrhoeáját *Gallus* airollal kezeli olyan módon, hogy naponként egyszer airolo-port hint a kifordított szemhéjak conjunctivájára kellő megtisztogatás után. Ez az eljárás a szerző szerint egyszerűbb és hatásosabb, mint a használatos argentum-therápia. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 1144. oldal.)

Hypophysis-daganat endonasalis műtéve után keletkezett meningitisnek gyógyult esetét közli *Spiess* tanár (Frankfurt a. M.). Gyógyításra a trypaflavint használta intravenás befecskendezés alakjában; a $1\frac{1}{2}\%$ -os oldatból 30—40 cm³-t fecskendezett be naponként kétszer; a beteg 10 nap alatt 620 cm³-t kapott s ezenkívül egy alkalommal 10 cm³ argoflavint. A szerző azt hiszi, hogy a jövőben még nagyobb mennyiségeket lehet majd befecskendezni; először egyszerre 100—150 cm³-t a $1\frac{1}{2}\%$ -os oldatból, illetőleg megfelelően kevesebbet a 2%-os oldatból, a melyet most használ; ezt az adagot azután 12 óránként meg lehet ismételni, a meddig a szükség kívánja. Egyidejűleg valami ezüstkészítményt is fog használni a jövőben, abból a gondolatmenetből indulva ki, hogy a trypaflavin csak a bacteriumokat befolyásolja, a toxinokra ellenben nem hat. (Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 8. sz.)

Siccostypt néven egy új készítmény jött forgalomba, a mely nem más, mint a bursa pastoris folyékony kivonata. *Boruttau* szerint hivatott arra, hogy a secale- és hydrastin-készítményeket pótolja. (Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 2. sz.)

Methylalkohol-mérgezés okozta megvakulás három esetében *Zethelius* ismételt lumbalis punctióval jó eredményt ért el; egy esetben teljes gyógyulás, két esetben tetemes javulás következett be. (Hygiea, 1920, 2. sz.)

Psychés izgalmi állapotok ellen *Jörgensen* bromnatrium-oldat subcutan infúzióját ajánlja; 1 liter oldat használható el 9—15 gramm bromnatriummal. (Hospitalstidende, 1920, 1. sz.)

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. *Penzoldt* tanár utódjává az erlangeni egyetem belklinikai tanszékén *L. R. Müller* würzburgi tanárt kapták meg. — *Bährdt*, a drezdai cseesemő-otthon igazgatója, a tanári címet kapta. — *L. Aschoff* freiburgi tanár nem fogadta el a meghívást a bécsi egyetem kórbonczotani tanszékére. — *W. Hueck* müncheni docentet meghívták a rostocki egyetem kórbonczolástani tanszékére.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. A Röntgenbesugárzás *Seitz* és *Wintz* szerint a daganatok elkülönítő diagnosztikájára felhasználható, amennyiben a rossztermészetű daganatoknak éretlen sejtjei sokkal érzékenyebbek a sugarakkal szemben, tehát gyorsabban pusztulnak el, mint a klinice jótermészetű daganatoknak érett sejtjei. De még a carcinoma és sarkoma elkülönítése is sikerül néha a röntgenezés eredménye alapján, mert a sarkomák gyorsan és erősen reagálnak a sugarakra, míg a carcinomák kevésbé gyorsan. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 23. szám.) — *Méh-atonía* ellen *Lichtenstein* a lipcei gynaekologiai klinikán tett tapasztalatok alapján a diaplessiát ajánlja, vagyis a méh veregetését a hasfalon át percussiók kalapácsal vagy valamilyen ezt helyettesítő tárggyal, például evőkanállal. (Archiv f. Gynaekologie, 109. kötet, 3. füzet.) — *Thyreotoxícosis* és Basedow-kór esetében *Neisser* kiváló hatást ért el a kis adagaival: 5%-os jodkalium-oldatból 2—5 csepp és lassú emelkedés ez adagnak kb. 4-szeresére. (Berliner klin. Wochenschrift, 1920, 20. szám.) — *Latens lues* eseteiben *Conradi* és *Sklavke* szerint a negatív Wassermann-reactio pozitívá válik 1 cm³ typhus-oltóanyag befecskendezése; azt hiszik, hogy azokban az esetekben, amelyekben ez nem következik be, a lues gyógyulására lehet következtetni. (3. Kongress für innere Medizin.)

Meghalt. *F. Schatz*, a rostocki egyetem nőbeteg-klinikájának volt igazgatója, 78 éves korában. — *L. Warnekros* tanár, ismert berlini stomatologus, 64 éves korában.

Lapunk mai számához *dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Neurovaccin-ról* szóló prospektus van mellékelve.

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: *Dr. Nádasy István*, Ügyvezető igazgató: *Fézl József*. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26. Igazgató telefonja: József 20—21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új születési és sebészeti osztállyal és kórtérmekekkel kibővíve. Diagnostikai és therapiai Röntgen-Laboratorium. Vezető: *Dr. Rabloczky*. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos, bőrgyógyító és kosmetikai intézet

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

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

MEDIKO-MECHANIKA, orthopädia és vizgyógyintézet

Dr. PAJOR - SANATORIUMBAN.

Budapest, VIII., Vas-uteza 17.

Dr. SZEGŐ-féle orvosi dajkavizsgáló intézet.

Vezető orvos: *Dr. Weisz Manó*. Telefon: 93—22. Budapest, VII., Sziv-u 69, I. em.

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

Zander

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

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

PÁLYÁZATOK.

Biharvármegye derecskei járásában a Hosszapályi, Monostorpályi és Vértés községekből álló hosszapályi körorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1600 korona törzsfizetés, 5 évenként 800 koronáig emelkedhető 200 korona korpótlék, a szabványos orvosi látogatási és műtési díjak, természetbeni lakás veteményes kerttel. A

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Raisz Dezső: Közlemény a budapesti királyi magyar tudományegyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. rendes tanár.) A sajáttejinjectiókról. 265. lap.

Lustig Jenő: Közlemény a pozsonyi Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájáról. (Igazgató: Heim Pál dr., egyetemi tanár.) A meningitis cerebrospinalis epidemica recidívairól és elkerülésük módjáról. 267. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Fr. Kraus: Die allgemeine und specielle Pathologie der Person. Klinische Syzygiologie. — **Lapszemle Belorvostan. Baerthlein és Thoma:** Az influenza-pneumonia gyógyítása. — **Mory:** Az intravenás srophantin-kezelés. — **Niedner:** Dermatomyositis. — **Gyermekorvostan. Noeggerath:** A rachitis gyógyításáról. — **Degkwitz:** Kanyaróellenes védőoltás-kísérletekről. — **Börbajok. S. Werner:** A tryptafavin dermatologiai alkalmazásáról. — **Bluschko:** Hajbetegségeknek oldható szarukészítményekkel való kezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 269—272. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti királyi magyar tudományegyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. rendes tanár.)

A sajáttejinjectiókról.*

Irta: Raisz Dezső dr., egyetemi tanársegéd.

A belső secretiók tanának nagy lépésekben haladó tökéletesedése kétségtelenül el fog vezetni a tejelválasztást megindító hormonok megismeréséhez. Ezidőszereint azonban még csak a kísérletek és hypothesisok elég nagy tömegén keresztül igyekszünk a dolog lényegébe bepillantást nyerni.

Az emlőmirigy tulajdonképpeni növekedése a terhesség alatt indul meg, a tejscretio azonban csak a pete teljes kiürülése után kezdődik. Bizonyos antagonismus látszik szerepelni, a melynek megmagyarázására két egymást ellensúlyozó hormont tételeznek fel, a melyek közül az egyik megindítja az emlőmirigy hypertrophiáját, s a másik gátlólag hat a secretióra. Csak ennek eliminálódása után veszi kezdetét már a hypertrophia bizonyos fokán álló mirigy funkciója: a lactatio. E két fermentum közös eredési helyét egyesek (*Halban, Hildebrand*) a placenta foetalis részét, mások (*Starling, Biedl, Clayton*) magát a foetust tekintik. Van olyan nézet is, a mely a hypertrophiát okozó hormon származási helyét a magzatban, a secretiót gátlót a placentában keresi. *Halban* újabban a tejnek csak a szülés után való megindulását nem tekinti egy külön fermentum gátló hatásának, hanem az okát abban véli megtalálni, hogy a hypertrophia folyamata maga gátolja a sejtek secretiós működését.

A placentakivonat-injectiók (*Lederer, Pribram* stb.), a placenta- és magzatpép-adagolások (*Asner, Grigoriu*) s más hasonló kísérletek, mind nem bírnak meggyőző erővel. Az ovarium-, corpus luteum-, thyreoidea-, hypophysis-, thymus-injectióknak (*Gorisontov, Bouchacourt, Niklas, Herthogen, Sigmund, Ott, Scott, Hammond, Watson, Mackenzie, Simpson, Mag, Giusti, Gavin, Schaffer*) vagy semmihatásuk nem volt, vagy csak múló, de semmiesetre sem adtak döntő eredményt.

Pedig e hormonok megismerése nemcsak tudományos értékkel bírna, hanem a gyakorlatban is fontos szerepre volna hivatott, mint például a glanduovin a pubescens méhek the-rapiájában.

A hypogalactia elsősorban a magzat érdekét érinti, de ma, a mesterséges, vagy már csak a vegyes táplálás is elég nagy anyagi áldozatokat kíván. Így érthető, hogy a legrégebb időktől, komoly orvosi kísérletektől lefelé, át a nagy reklámokkal hirdett lactagogumokon a javasasszonyok teafoze-

téig, mindenféle szerekkel igyekeztek a női emlő tejtermelő-képességét fokozni. A ma forgalomban levő lactagogumokról — lactacol, nitrolactis, somatose, sanatogen, biomalz, malto-col, ovomaltin, sannopilulák stb. — tudjuk, hogy legfeljebb tápértékkel bírnak, s ha a bővebb tejelválasztást illetőleg nem is kicsinylendők le, a specifikusan lactagogumoktól még igen messze állanak.

A saját tejnek parenteralisan való adagolásáról a tejelválasztás bővítése céljából 1913-ban *Becerro de Bangoa* közölt eseteket. 20 cm³-t adott subcutan. Két esetben kielégítő eredményt kapott, a harmadikban azonban, a melyben csak 8—10 cm³-t injiciált, semmi hatást sem látott. *Nolf* is ugyanannyit használt, s hetekig, hónapokig tartó eredményt észlelt. 1917-ben *Charles H. Duncan* 1 cm³-rel is célhoz jutott. *Lönne* 2 cm³-t ajánl. A *Zentralbl. f. Gynaek.* 1919. évi 45. számában hat sikerrel járó esetről számol be. Két ízben a gyermekágy negyedik napján adott injectiót, s utána az egyik esetben az egyszeri maximalisan szoptott mennyiség 15-ről 30—60-ra emelkedett; a másik esetben az injectio előtti mennyiség ötszörösére. Mindkettő egybeesik a tej tulajdonképpeni megjelenésének idejével. Egy hatodik napon alkalmazott injectio után mastitis állott be, a melynek visszafejlődése után újabb injectióra a tejmenyiség 90 gr.-mal szaporodik. Negyedik esetében az injectio napjának estében hidegrázás után 39°30' a hőmérséklet, mastitis támad azon emlőben, a melyből a tejet fejté. Az injectio helye is infiltrálódik. Incisio. Az ötödik esetben egy atonia miatt kivérzett iker-szülőnőn alkalmazott sajáttejinjectiót a kilencedik napon. A tej mennyisége annyira szaporodott, hogy egy gyermekét állandóan kielégítően szoptatta. Pontosabb adatok hiányzanak. Hatodik esetében egy dajkáról tesz említést, a kinek egy erősebb összeszólalkozás után hirtelen megcsappant a teje. Injectio után ismét bőven volt teje. Szigorú kritikával ítélve, csak az utolsó s a harmadik helyen említett eset eredményét tudjuk a sajáttejinjectiók javára irni.

Mi eseteinket a hypogalactia két osztálya szerint két csoportba osztjuk. Mint ismeretes, primaer hypogalactiának nevezük azon kevéstejűséget, a hol az ok a mirigyek hiányos fejlettségében van; secundaernek azt, a hol eleinte kielégítő volt a tejmenyiség, azonban akár betegség (gyermekágyi láz), akár rossz szoptatási technika miatt később a tejelválasztás csökkent. Ezen utóbbi osztály eseteinek tekintélyes részét az úgynevezett „schwergiebig“ (*Jaschke*) emlők adják, azok, a melyekből a tej nehezen ürül. A nehéz ürülés hiányos kiürülést és következményes pangást, majd elapadást von maga után.

A gyermekágyas osztályunkon szokásos 8 napi kezelés mellett természetesen nehéz előre megállapítani, hogy genuin hypogalactiával lesz-e dolgunk. Ismeretes a tejnek egyik-másik esetben későn, talán csak a felkelés után való jelentkezése, a mi az eredmények szigorú elbírálását megnehezíti. Így az-

* E munka klinikai revíziója június hó 10.-én már készen volt. Két nappal később érkezett meg a *Zentralbl. f. Gynaek.* 23. száma, a melyben *Meyer* ugyanazon eredményre jut, mint én. Ezen dolgozat tehát még a *Meyer* cikkének megjelenése előtt, attól teljesen függetlenül készült.

után sok esetben az eredményből visszafelé kellett következtetni. De több ízben alkalmunk volt a gyermekágyas asszony további sorsát is figyelemmel kísérni.

A tejet a bimbónak és környezetének alkohollal és sublimattal való alapos lemosása után, sterilre megmosott kézzel, csírátlanított kémlőcsőbe fejtük s subcutan a glutaeusokba injiciáltuk 2—5 cm³ mennyiségben. Ott, a hol valamelyes eredmény mutatkozott, röviddel az injectio után, néha már két óra múlva, az asszonyok szúrását, feszülést éreztek emlőikben. Két esetben tejsurgás is következett be. Az injectio helyén reactiót sohasem láttunk. Egy esetben követte a tej kifejtését mastitis.

Eseteink a következők:

a) Primaer hypogalactia:

1. 2089/1890. Ny. F.-né, 26 éves I.-P., emlők közepes nagyságú, petyhüdték. Gyermekek születési súlya 2640 gr., hossza 47 cm. A tizenegyedik napon anyjától egyszerre maximalisan szopott mennyiség 25 gr. A tizenötödik napon 30 gr. Két injectióra semmi eredményt sem láttunk. A gyermek a hiányzó mennyiséget dajkától szopta.

2. 293/273. M. Sz., 23 éves I.-P. Emlők kicsinyek. Gyermekek súlya 2800 gr., hossza 48 cm. A negyedik napig a gyermek meredek súlyesésben van, 2340 gr.-ig. Ezután a súlygörbe négy napig hullámzást mutat, majd ismét meredeken esik 2200 gr.-ig. Ekkor Soxhlet-tel vegyes táplálást vezetünk be. A hatodik napon az egyszeri szopás maximuma 30 gr., a mi két egymást követő napon adott sajáttejinjectióra változatlan marad.

3. 2030/282. Z. J., 22 éves I.-P. A nő igen alacsony szellemi fokon áll. Emlők kicsinyek, fejletlenek. Gyermekek születési súlya 3420 gr., hossza 51 cm. Emlők még a negyedik napon is alig adnak néhány csepp savós váladékot. A gyermek állandóan súlyesésben van, az emlőt nyugtalanul rágja, majd egyáltalában nem akarja elfogadni. Tejszívó segítségével is alig tudunk 1—2 cm³ tejet lefejteni. A hatodik napon adott sajáttejinjectio hatástalan maradt.

4. 927/843. H. P., 30 éves idős I.-P. Emlők közepes nagyságú. Gyermekek súlya 3400 gr., hossza 50 cm. A nyolcadik napig állandó súlyesésben van. A hatodik napon anyjától egyszerre maximalisan 30 gr.-ot szopott. 2 cm³ sajáttejinjectióra a maximalisan szopott mennyiség 40 gr., de a következő napon már 25-re esik. Újabb 5 cm³ sajáttejinjectióra ismét 30 gr.-ra emelkedik. A következő napon kezdődő mastitis miatt a szopást felfüggesztjük.

Mind a négy esetben az emlőmirigyek hiányos fejlettségén alapuló kevéstejűség áll fenn. A sajáttejinjectióktól, kivéve a negyedik esetben mutatkozó némi kis emelkedést, semmi eredményt sem láttunk. Az asszonyok sem feszülést, sem telődést nem éreztek.

b) Secundaer hypogalactia.

5. 80. K. L., V.-P. A gyermekágy 15. napján lázasan beszállítva. Szülés után négy nap múlva hidegrázása volt, majd hat nap múlva újra kirázta a hideg. Húsz napi intézeti kezelés után gyógyultan távozik. Előbbi gyermekeit szoptatta, teje kielégítő volt. A gyermek súlya, kisebb hullámzásokat leszámítva, állandóan egy magasságban van. Az intézeti kezelés 12., a gyermekágy 32. napján az egyszeri maximalisan szopott mennyiség 30 gr. A hiányzó mesterséges úton Soxhlet-tel pótoljuk. Ekkor 2 cm³ sajáttejinjectiót adunk. Az injectio után 2—3 órával az asszony feszülést érez mindkét emlőjében. Másnap a szopott mennyiség maximuma 90 gr., tehát 60 gr.-mal több. A következő napon ugyanennyi marad, majd leszáll 75 gr.-ra s az injectio utáni kilencedik napon 60 gr.-ra. Ekkor újabb injectiót adunk, mire a maximum 20 gr.-mal bővül. Távozása után két héttel újra látjuk az asszonyt, s ekkor kielégítő mennyiséggel szoptatta gyermekét.

6. 279. M. Sz. I.-P. A gyermekágy tizenharmadik napján lázasan szállítják be. Tizenhárom nap előtt ikreket szült. A hetedik napon hidegrázást kap, a mely naponként ismétlődik. Fejvételi hő 39°, pulsus 140. Huszonnyolc napi kezelés után gyógyultan távozik. A) gyermek felvételi súlya 2180 gr., B) gyermeké 1960 gr. A két gyermek felváltva anyjától és dajkától szopik. A gyermekágy tizennyolcadik, az intézeti kezelés tizenkettedik napján A) gyermek egyszerre maximalisan 30 gr.-ot szopik. 2 cm³ sajáttejinjectio után telődést, feszülést érez emlőiben s a következő napon a szopott mennyiség 50, majd 80 gr.-ra emelkedik. Ezen magaslaton a klinikáról távozásáig állandóan megmarad. Később hírt kapunk róla, a mely szerint három közbeiktatott tehéntejkeverék mellett mindkét gyermekét kielégítően táplálja, mindkét gyermek állandó súlyemelkedésben van.

7. 746. G. Gy. I.-P. A gyermekágy nyolcadik napján lázasan szállítják be. Szülés után a negyedik napon hidegrázás után magas láz. Fejvételi hő 40.5°. Pulsus 128. Kezelésünk alatt 23 napig állandóan lázas, hőmérséke 39.6—37.6° között; az első napokban állandóan 38° felett. Majd 9 napi láztalan állapot után újra hőemelkedései támadnak, hőmérséke 37—38.3° között. Jelenleg még kezelésünk alatt áll. A gyermek felvételi súlya 2830 gr. Az anyjától szopott mennyiséget dajka tejjel pótoljuk. Ennek dacára súlygörbéje állandó hullámzást mutat,

nagyobb esések közbeiktatásával. Minden tápfelvétel után hány. Pylorospasmus, a mely papaverin-injectiókra némileg javul. A 15. napon anyjától egyszerre maximalisan 50 gr.-ot szopott. Ekkor sajáttejinjectiót adunk, mire a maximum 60 gr., tehát csak 10 gr.-mal emelkedik. A következő napon azonban, még az injectio napján szopott mennyiség alá, 40 gr.-ra süllyed. Ekkor újra sajáttejinjectiót adunk, a mely után semmi eredményt sem látunk, sőt másnapra a szopott mennyiség még kevesebb. Később magától 60 gr.-ra emelkedik. Az első injectiót láztalanságának 2., a másodikat 4. napján kapta, 5 nap múlva azonban ismét lázas lett.

8. 1977/27. H. T. II.-P. Első gyermeke halva született. Másodfokban szűk, lapos medence indicatiójából hebstoeotomiát végzünk. Láztalan gyermekágy. Emlők közepes nagyságú. Gyermekek súlya 2850 gr., hossza 49 cm. Negyedik napon a súly esésében megáll, a hetedik napon emelkedni kezd s egy kisebb hullámzást leszámítva, állandóan egyenletes emelkedésben van. A tizenhatodik naptól kezdve görbéjén folytonos súlyesés mutatkozik. Ekkor a maximalisan szopott mennyiség a gyermekágy hatodik hetében 70 gr. A hiányzó dajkától szopta. A következő napokban a maximum 50 gr.-ra süllyed. 2 cm³ sajáttejinjectio után két órával már szúrását, telődést érez emlőjében s másnapra az egyszeri maximum 100 gr.-ra emelkedik. Innen azonban 80 gr.-ra száll alá, vagyis arra a maximumra, a mely az injectio előtt volt, de újabb injectióra ismét 100 gr.-ra emelkedik.

Még egy ambuláns kezelt esetet említek: H. M. újságíró neje, 20 éves, I.-P. Szoptatott gyermeke rendes súlyemelkedést mutat. A nyolcadik héten jobb emlőjében felszínes tályog támad s minthogy ez igen közel esik az emlőbimbóhoz, erről a mellről a szoptatást megszüntetjük. Egy heti kezelés után gyógyul. 5—6 nappal gyógyulása után azzal jelentkezik, hogy jobb emlője állandóan üres, abból a gyermek csak 30—40 gr.-ot szopik. 2 cm³ sajáttejinjectio. Másnap mindkét emlője feszes, a jobból a gyermek 100—120 gr.-ot szopik.

Az 5. esetben a gyermekágyi láz következtében annyira apadt az asszony teje, hogy a gyermekágy 32. napján egy szopásra csak 30 gr.-ot szopott a gyermek. A lázas állapot lezajlása után adott sajáttejinjectio nagy lépéssel elősegítette a tej bővebb elválasztását. Ez a láztalanodás után megtörténhetett volna magától is, de a hirtelen, meredek emelkedés mindenesetre az injectio javára könyvelendő. A 6. eset a gyermekágyi láz utáni secundaer hypogalactia gyors javulását a láztalanodás első napjaiban még jobban mutatja. A 7. sz. esetben az erősen legyengült, vérszegény asszony láztalanodása, a mely alatt az injectiót adtuk, nem volt végleges, az injectio hatása alig valami. A 8. esetben a gyermek súlygörbéje a 12. napig állandó, bár mérsékelt emelkedésben van, azután azonban folytonosan esik. Eleinte tehát volt elég tej, de valószínűleg a műtét utáni hosszabb fekvés következtében elapadt. Itt, minthogy lázas folyamatok nem rontották le az asszony szervezetét, a 23. napon adott injectiónak igen kifejezett hatása volt. A maximum megkésztéreződött. Az emelkedést meredek esés követte, de egy újabb injectióra az előbbi magaslatot újra elértük.

Secundaer hypogalactia eseteiben a sajáttejinjectiók kedvező hatását el kell ismerni, de csak azon esetekben, a melyekben a kevéstejűséget kiváltó ok nem rontotta le a nagyban az asszony szervezetét. Az asszonyok — kivéve a 7. számút — az injectio után feszülést, szúrását éreztek emlőjükben s a tej bővülését maguk jelezték.

Kísérleteink harmadik csoportjába azon eseteket soroztuk, a melyekben a tej megjelenése késett, a gyermek a negyedik napon még a minimum alatt szopott. Hogy kevéstejűséggel van-e dolgunk, vagy csak a tej későn való megjelenésével, előre megmondani nem minden esetben sikerül, de az emlők tapogató vizsgálata ez irányban többnyire elég támpontot nyújt. Minden esetben ki kell azonban zárni azt, hogy a minimalis szopás oka nem a gyermek gyengeségében vagy betegségében rejlik-e. Kora, debilis gyermekek még bőven teljő emlőből is alig szopnak.

9. 185/177. A hatodik napon maximalisan szopott egyszeri mennyiség 40 gr. Injectio hatására másnap a maximum 75 gr.-ra, két nap múlva 100 gr.-ra emelkedik.

10. 123/131. Az ötödik napon 20 gr.-ot szopik a gyermek. Injectióra 50, majd 80 gr.-ra emelkedik. Utána meredek esés, majd spontán emelkedés áll be.

11. 140/141. A tizedik napon az egyszeri maximalis szopás 50 gr. Injectio után 85, majd 90 gr.-ra emelkedik.

Egészen biztosra vehető, hogy a tej szaporodása az injectio nélkül is megtörtént volna, de a hirtelen emelkedés mindenesetre szembetűnő. Az eredmény itt még jobb, mint a secundaer kevéstejűségnél, mert bár ott is meredek emel-

kedés támad, az elért mennyiség még messze marad a gyermek szükségletétől.

Lönne nem ad határozott magyarázatot a sajáttejinjectio hatásmódjáról. Azt hiszi, hogy a beteg felvilágosítása az injectio célja felől, az előkészületek, az emlők kifejeése és maga az injectio suggestiv hatnak. Ha ez valóban így volna, akkor nemcsak rövid időre terjedő hirtelen hatást látnánk, mely után meredek esés következik, hanem a tej lényeges bővülése újabb psychés ingerként hatna s így a hatás állandó, vagy legalább is hosszabb időre terjedő lenne. Különben az első csoportban tárgyalt primaer hypogalactiás esetekben alkalmunk volt meggyőződni arról, hogy a legerősebb verbális suggestio dacára is, a melylyel a tej bővülését biztosra ígértük s a mely elé az asszony nagy reményekkel nézett, az injectio hatástalan maradt. *Lönne* azonban lehetségesnek tartja azt is, hogy a mint *Hammond* a pituitrinról gondolja, a sajáttej is directe az epithelekre hat. Ez talán közelebb áll a valósághoz.

Ha az eseteinkről készített görbéket, a melyeket technikai okokból nem közölhetünk, összehasonlítjuk *Weichardt* görbéivel (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 45. szám), közöttük nagy hasonlóságot találunk. *Weichardt* összehasonlította a succinimidnek, a Ringer-oldatnak és az albumosenak a kecske emlőjére gyakorolt hatását. *Weichardt* protoplasmaaktiválási theoriája és kísérletei ismeretesek. Fehérjének és hasadási termékeinek parenteralis adagolására az egész szervezetben fokozott teljesítőképesség (Leistungssteigerung) támad. Az ennek bizonyítására szolgáló kísérletek, mint az agglutinációs titer, a leukocytaszám emelkedése, csak részjelenségei az egész szervezetben lezajló aktiváló folyamatnak, a melylyel a sejtek fokozottabb funkcióra képesítetnek. De *Weichardt* nemcsak a fehérjétől, hanem a konyhasótól és a legkülönbözőbb anyagoktól is hasonló eredményt látott. *Dieudonné* typhussal immunizált állatokban az agglutinációs titer emelkedését tapasztalta 10%-os hetel után. *Salamonson* ugyanezt látta diphtheriával kezelt lovakon pilocarpin hatására. Hasonló eredményt észleltek colloid palladiumra is. *Weichardt* szerint ezen szerek secundaer hatnak, és pedig az általuk előidézett fehérjebomlási termékek, tehát a *sajátfehérje* hasadási productumai által. Sőt szerinte az injectio okozta szövetsérsítés is alkalmat ad az aktiválóan ható bomlási productumok lehasadására. Ha még hozzávesszük, hogy a fáradtsági toxinok, a kenotoxinok, a melyek szintén sajátfehérje hasadási termékek, bizonyos mennyiségben ugyancsak a protoplasmát aktiválóan hatnak, azt hiszem közel jutottunk a sajáttejinjectiók hatásmódjának megismeréséhez. Ez tehát nem volna más, mint a faj- és egyénazonos fehérje és hasadási termékei által kiváltott működésfokozódás („Leistungssteigerung“), a melynek a tej bővülése csak egy elszigetelt tünete.

Hogy a tej nem specifikusan hat az emlőmirigyre, az eléggé kitűnik azon eseteinkből, a melyekben sajátvérsavóval csaknem hasonló eredményt értünk el, bár az emelkedés kétségtelenül nem volt oly intenzív. A tej intenzívebb hatásának okát annak véridegen voltában gondoljuk.

A mi a sajáttejinjectióknak gyakorlati értékét illeti, nem értékesebb, mint a hypogalactia eseteiben eddig követett módszer, t. i. az erőltetett szoptatás és az emlők teljes kifejeése. Sőt tekintve a fenyegető mastitist, a melyet *Lönne* is említ s a melyet, sajnos, mi sem kerülhettünk el a leggondosabb asepsis szemmel tartása mellett sem, az előbbinek elébe nem helyezhető annál kevésbbé, mert bár a közvetlen eredmény nagy, de múló és nem tartós, a hirtelen emelkedést mindig nagy apadás követi. Elsődleges hypogalactia eseteiben meg semmi eredményt sem ad, a hol pedig az erőltetett szoptatással néha mégis célját érünk. Ez is igazolni látszik ama feltevésünket, hogy itt protoplasma-aktiválással állunk szemben. Ismeretes *Weichardt*-nak az a tapasztalati tétele, hogy a többtermelés eléréséhez az illető szerv-csoport előzetes tréningje szükséges.

Az elmondottak alapján a sajáttejinjectiók adásának indicatióját így állíthatjuk fel:

1. Adható az emlőmirigyek jó fejlettsége mellett a tej későn való megjelenése esetén. Itt kapjuk a legreálisabb eredményeket.

2. Adható másodlagos hypogalactia eseteiben, a hol a tej elapadását előidéző ok — betegség — nem rontotta le lényegesebben az asszony szervezetét. Alkalmazzuk a reconvalescentiában. De az injectiótól magától ilyenkor is többnyire csak rövid ideig tartó eredményt kapunk, a melynek állandósulását az asszony jól táplálása mellett a magzat érellyes szopásától várjuk.

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

A meningitis cerebrospinalis epidemica recidiváiról és elkerülésük módjáról.

Irta: *Lustig Jenő* dr., klin. gyakornok.

Meningitis cerebrospinalis epidemica után beállott recidivákról az áttanulmányozott erre vonatkozó irodalomban csak kevés esetet találtam felemlítve. Emez eseteket hosszabb időtartam után — hónapok, sőt egy év leforgása után — észleltek. (*Knöpfelmacher*.)¹

Ezen esetekkel kapcsolatban a rendelkezésre álló irodalomban hehatóbb részleteket, támpontot vagy véleményt nem tudtam találni arra nézve, hogy mily hosszú ideig tartó immunitást kölcsönöz a szervezetnek a járványos tarkómerevség egyszeri kiállása.

Ezt a kérdést, valamint a recidivák beálltának kérdését szándékozom egy pontosan észlelt ilyen recidivával kapcsolatban érinteni, amiért is az illető eset kórtörténetét előrebocsátom:

8 éves kisleányról van szó, kit 1919 évi márczius 14.-én a következő panaszokkal hoztak klinikánkra:

3 nap előtt hirtelen betegedett meg s azóta állandóan lázas, naponta nehányszor hány, azonkívül fejfájásról, derékfájásról, étvágytalanságról és székrekedésről panaszokodik.

Az anamnesisből semmi érdemleges felemlíteni való nincsen, legfeljebb az, hogy apja és 3 testvére egészséges, anyja két héttel ezelőtt állítólag spanyol betegségben halt meg, mely betegsége alatt egyszer sem hányt és semmiféle merevsége nem volt.

Status: Jól fejlett, közepesen táplált gyermek. Mervev tekintet, fájdalmas arczkifejezés, erős nyugtalanság. Állandó oldalfekvés a törzshöz felhúzott lábakkal, a fej deflexiós tartásban. Már enyhe érintésre is fájdalmat jelez, nyomásra különösen érzékeny mindkét lábszára. Kifejezett tarkómerevség. A Kernig-tünet positiv. Dermographia. A nyelv erősen bevont. A torok kissé belövelt, a tüdőknben enyhe bronchitis. A szívelet normalis. A pulsus feszes, rythmusos, száma percenként 108. Hőmérséke 39° C. A has behúzódot, a lép és máj nem tapintható. A pupillák középtágak, fényre jól reagálnak. Az összes inreflexek fokozottak. A vizeletben fehérje nyomokban van, geny nincsen. Fehérvérsejtszám: 9800.

Minthogy az összes tünetek meningitis cerebrospinalis epidemica mellett szóltak, azonnal lumbalpunkciót végeztünk, mely alkalommal fokozott nyomás alatt 30 cm³ erősen zavaros cerebrospinalis folyadékot nyertünk. A punctió folyadékban methylenkék- és Gram-festés után polynuclearis leukocytákat, intra- és extracellularisan elhelyezett meningococcusokat találtunk.

A következő három napon naponta végeztünk lumbalpunkciót s minden alkalommal körülbelül 20 cm³ cerebrospinalis folyadék lebocsátása után 20 cm³ meningococcusserumot injiciáltunk intraduralisan.

Az első és második punctio alkalmával nyert liquor erősen zavaros volt, a harmadik punctio után még kissé zavaros; a negyedik punctio alkalmával már csaknem viztisza folyadékot nyertünk.

Az első és második punctió folyadékban találtunk meningococcusokat; a harmadikban és negyedikben már nem.

¹ Spezielle Pathol. u. Ther. innerer Krankheiten v. Kraus u. Brugsch.

Az ötödik napon a punctio alkalmával erősen zavaros, sűrű tejszínű cseppet nyertünk, amiért a további punctióktól elállottunk. Felvétel után harmadnapra a betegen erős herpes labialis jelentkezett.

A betegség egész lefolyása alatt a betegnek a meningococcus-serumon kívül 2%-os chloralbrom-oldatból ötször adtunk napjában egy evőkanállal. Diatája folyékony volt.

A felvételkor észlelt symptomák három hétig csaknem változatlanul állottak fenn, némely napon fokozottabban, más napokon valamivel enyhébben. Ezen idő alatt remittáló láz állott fenn 39—40° közt. A sensorium állandóan zavart; fejfájás, derékfájás fennállott, naponta néhányszor hányt. Szék csak beöntésre volt. Vizeletét a beteg maga alá bocsátotta.

A harmadik hét vége felé az összes symptomák kissé enyhülnek s a betegség 22. napján, április 4.-én a hőmérsék hirtelen a normalisra esik.

Ezen naptól kezdve a symptomák hamar elmúlnak. Második napon a sensorium teljesen szabad, csak enyhe tarkómerevség és positiv Kernig van jelen. A gyermek már felül ágyában s maga kanalazza a neki nyújtott ételeket. Negyednapra a gyermek ágyából felkel. Az első hét végén már vigan játszik a kertben más gyerekekkel.

Ezen időtől kezdve a gyereket állandóan a legjobb játszó, nevető hangulatban találjuk. Minden ételt a legjobb étvágygyal fogyaszt, s öröme volt megfigyelhetni, hogy a gyermek napról-napra hogyan szedi össze magát.

A gyerek régi psychés és physikai erejét teljesen visszanyerte. Súlyban 4 kg.-mal gyarapodott, már szép piros-pozsgás volt az arca és az apjával meg is beszéltük, hogy a gyermekét hazaviheti.

Hogy reámutathassak arra, hogy a gyermek mennyire visszanyerte szellemi erejét, talán nem felesleges felemlítenem, hogy magyar nyelven — magyarul azelőtt nem tudott — egy rövid beszédet tanult meg, melylyel a klinika vezetőjétől elbúcsúzott és meggyógyítását megköszönte.

Legjobb állapotának közepette, április 25.-én este hirtelen 39,8° C. láz jelentkezett, fej- és derékfájással. Még ugyanazon éjjel néhányszor hányt. Másnap reggel a betegen újból észleltük az elmúlt betegség összes tüneteit, sőt még intensivebben, mint az első megbetegedés alkalmával. Így például két napon keresztül a betegnek oly gyakori hányása volt, hogy per os nem tudtuk táplálni, miért is két napig tápláló klysmákat kapott.

Az akkor végzett lumbal punctio alkalmával ismét erősen fokozott nyomás alatt erősen zavaros cerebrospinalis folyadékot nyertünk.

A festett készítményen újból Gram-negatív meningococcusokat találtunk.

Ez alkalommal ascites-agaron kulturát is sikerült kapnunk, melylyel Lingelsheim-agaron az erjesztési próbákat a következő eredménnyel végeztük: maltose positiv, dextrose positiv, laevulose negativ.

Az agglutinációs próba úgy a betegtől való, mint a diagnostikai serummal negativ eredménnyel járt.

Most is meningococcus-serumot adtunk a betegnek, 20 cm³-es dosisokban intraduralisan és *Cushing* ajánlatára 3× napjában 0,5 gr. urotropint.

(Az urotropinnak belső adagolása után *Cushing* a liquorban kimutatta a formalint.)

Mikor ezután is változatlanul fennállottak az összes symptomák, két ízben megkíséreltük az urotropin intraduralis alkalmazását.

Ezen czélből physiologiás konyhasó-oldattal 5%-os urotropin-oldatot készítettünk, melyből egyszerre 10 cm³-t injiciáltunk. A két injectio mindegyike után az összes symptomák erősen visszafejlődtek.

Amikor ezt megállapítom, nem akarok még állást foglalni amellett, vajjon ezen esetben specialisan az urotropinnak volt-e köszönhető a jó hatás.

Azon időtől kezdve, hogy patiensünket másodszor is ágyba döntötte betegsége, a következő körlefolást észleltük rajta:

Öt ízben 2—7 napig tartó súlyos rosszullet, 40° C.-ig terjedő magas láz állott be. Minden esetben a láz hirtelen, rohamszerűen — hidegrázás nélkül — jelentkezett. Ezen láz-rohamok között 4—12 napig tartó teljesen lázmentes intervallumokat találtunk.

Ebben az időben a beteg sensoriuma ugyan mindig teljesen feltisztult, de a tarkómerevség, a Kernig-tünet, a hyperaesthesia fennállott, bár erősen csökkent mértékben.

Betegünk ez időben ugyan felült ágyában, de hogy az ágyat elhagyni, vagy járni tudott volna, arról szó sem volt.

Az ötödik roham után, május 27.-étől egészen június 25.-éig teljesen lázmentesnek találtuk betegünket.

Ezen lázmentes időszak első 10 napjában fokozatosan eltűntek az összes symptomák, először a dermographismus, azután a tarkómerevség, s utoljára a Kernig-tünet.

Június 25.-én betegünket teljesen meggyógyulva bocsátottuk el, anélkül, hogy rajta a kiállott nehéz betegségnek, vagy valamely utókövetkezményének bármely nyoma is észlelhető lett volna.

A betegnek elbocsátásakor meghagytuk, hogy otthon még egy ideig szedje az urotropint.

A vázolt esetnek lefolyása azért hívta fel különösen érdeklődésünket, mert úgy láttuk, hogy valódi recidivával állottunk szemben.

A recidiva kérdéséről többször nyilatkozott *Henoch*, *Schick* és *Thomas*. Az általuk mondottakat összefoglalva, következőképp definiálható a recidiva:

„Ha egy betegség az öt jellemző összes fő- és mellék-tünetekkel olyképp zajlott le, hogy ezen tüneteknek már nyoma sem észlelhető, és rövidebb-hosszabb teljes jólét után ugyanazon betegség ugyanazon fő- és mellék-tünetekkel oly körülmények között jelentkezik, hogy új infectiót kizárhatunk, akkor recidiváról beszélünk.“

Vázolt esetünk teljesen megfelel ezen definitio követelményeinek.

Új infectiót klinikánkon azért zárhatunk ki, mert ezen időben és jóval ezelőtt sem volt meningitis cerebrospinalis epidemica esetünk.

A felsoroltak után határozottan állíthatom, hogy esetünk valódi recidiva volt.

Amint már említettem, észleltek ily recidivákat hosszabb idő, hónapok, sőt még egy év lefolyása után is.

Recidiváknál, melyek ily hosszú idő után jelentkeznek, az új infectio eshetősége már csak igen nehezen zárható ki.

Ha mi például betegünket csak négy nappal a recidiva megjelenése előtt bocsátottuk volna el, amit állapotára való tekintettel meg is tehettünk volna, és betegünk ezen idő alatt (incubatiós idő) otthon ugyanabban a milieuban betegedett volna meg másodszor, ahol először is megbetegedett, akkor mi az új infectiót már nem zárhattuk volna ki, és új infectio által létrejött új megbetegedésre gondoltunk volna.

Még azt a kérdést szándékozom érinteni, hogyan magyarázhatjuk az ilyen recidivát.

Esetünkben súlyos meningitist láttunk három hét alatt teljesen meggyógyulni. A liquorból a meningococcusok már eltűntek és három heti teljes jólét után új infectio létrejött nélkül újból jelentkezett a betegség.

A kórokozó tehát a meggyógyulás után is benn volt a szervezetben, csakhogy betegünk vele szemben immunis volt.

Három hét után a szervezet elvesztette a meningococcusokkal szemben való immunitását, és a betegség újból beállott.

Közelebbi magyarázatra a következő gondolatmenet vezethetne: a recidiva három héttel a gyógyulás után állott be. Ez a három hét az az időtartam, mely alatt a passiv immunizálás után a szervezetbe vitt immuntestek a szervezetből elimináltak.

Ez időtartam után már valószínű, hogy a szervezet vagy teljesen, vagy nagyrészt elvesztette immunitását a meningococussal szemben.

A passiv immunitásnak ily módon való megszűnése

után a beteg szervezetében, talán a durán vagy az orr-garatüregben visszamaradt meningococcusok újból mint kórokozók szerepelhettek.

Ha ezt a gondolatmenetet elfogadom, akkor ebből a következő gyakorlati következtetést vonhatom le:

Ha a beteget serummal kezeltük, akkor a tünetek enyhülése, a liquor feltisztulása és a meningococcusoknak a liquorból való eltűnése után sem szabad még a kezelést abbahagynunk, hanem folytatnunk kell azt még hosszabb ideig a reconvalescentia ideje alatt urotropin adagolásával és az orr-garatüregnek valamely desinficiáló folyadékkal való ecsetelésével.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Fr. Kraus: Die allgemeine und specielle Pathologie der Person. Klinische Syzygiologie. Nach gehaltenen Vorlesungen. Allgemeiner Teil. Leipzig, Georg Thieme, 1919.

A mint a könyv címe is mutatja, szerzője arra törekszik, hogy az *egyén* (személy) általános és különös kórtanát megteremtse; a berlini egyetemen tartott előadásait tehát könyvalakban a nyilvánosság elé terjeszti.

Ki ne üdvözölné örömmel e szerfelett nehéz s nagy vállalkozást? Elsősorban mi, akiknek hivatása a beteg emberek, nevezetesen a beteg gyermekek gyógyítása. Hiszen lépten-nyomon olvassuk, halljuk és magunk is hirdetjük, hogy minden egyes esetben *individualizálni* kell.

Ennek az egyedül helyes eljárásunknak az előfeltétele: az *egyén* ismerete. A descendentia elméletének értelmében a fejlődés sorozatában a legmagasabb fokon áll az ember. Hogy nevezetesen organisatióját megérthessük, a descendentia-elmélet alapvető principiumaival kell hogy tisztában legyünk. Még nehezebb és még nagyobb problema: a beteg ember. De még a speciesen belül is mindenkor különálló egység: az *egyén*.

Mint Kraus könyvének előszavában mondja, klinikai, tehát autorizált alapon kísérli meg a *szervezet* álláspontját és az *individualitást* következetesen végigvinni a *biológiában* és *pathológiában*, mert ezek a tudományágak éppúgy nem függhetnek csak egy és egyedül vezető eszmétől (pl. lokalizáló és cellularis nézőpont), mint a hogyan a mai physikában is még három különféle természetű általános elmélet — mechanika, elektrodinamika és thermodynamika — egymás mellett megáll és érvényesül. Az új alap nem fordul tehát directe a cellularis élet- és kórtan ellen, hanem ezt kiegészíti, illetve helyesen beállítja. Megteszi tehát *életegységnek* az *egyént* (testét és lelkét) a biológiában és pathológiában. Az *összszervezet* mint *életindividuum* csak *syzygiologic*e fejthető meg és bírálható el. Ezért Kraus könyvének mellékcíme: *Klinische Syzygiologie*, azt akarja kifejezni, hogy könyvében, mely igen kiterjedt ismeretkörrel ölel föl, tanítványait hol fejlődéstani, hol morphologiai, hol kísérleti, hol pszichologiai, de nevezetesen klinikai irányban törekszik tájékoztatni. (A terminust: syzygiologia — német nyelven: „Zusammenhangslehre“ — Hesse vezette be a természettudományba.) Teszi pedig ezt először egy általános részben, melyet egy különös rész fog követni.

A különös részben összegyűjtendő pathologiai tények magyarázatára elfoglalt és következetesen végrehajtott methodologiai álláspontja Kraus-nak nemcsak syzygiologiai — teszem: vonatkozások a szervek alakja és működése között, functionalis alkalmazkodás stb. —, hanem egyszersmind *ökologiai*; vagyis tehát *synthetic*e itéli meg az *individualis* emberi szervezetet fölépülése és teljesítő képessége szerint összes vonatkozásaiban az ő különös (élő és élettelen) külvilágával, tehát „viselkedését“, különösen ennek szabályzó karaktereit, nemkülönben változékonyságát az élettani állapottól való függésében.

Nem tehetem, hogy meg ne írjam, hogy nemcsak az

igaz öröm, hanem a benső megelégedés fölemelő tudatában olvastam, jobban mondva tanulmányoztam, illetve megérteni és magamévá tenni iparkodtam mindazt, a mi ebben a jelentőségteles műben le van fektetve. Mert hiszen, bár sokkal szűkebb mezőn, sok tekintetben és nem egy nagy kérdésben teljesen azonos csapáson haladunk és azonos eredményre jutunk. S mégis be kell vallanom, hogy Kraus művének tanulmányozásakor igen sok nehézségre akadtam, mert olyan tág és beható ismereteket tételez föl, melyek fölött nem rendelkezem teljesen, s bizonyára nem rendelkezik rajtam kívül sok más sem. De hát ez nem a szerző hibája, hanem a mi hibánk. Mert igaza van, a mikor azt írja, hogy a gondolatok és gyakorlati törekvések, melyek az ő tárgyát kimerítik, egy specialitás (érti alatta itt az *össztudományt*) szűk korlátain felül kell hogy emelkedjenek. *Cl. Bernard*-ot idézi, a kinek meggyőződése volt, hogy elkövetkezik az az idő, a mikor a physiologus, a philosophus és a költő egy és ugyanazt a nyelvet beszéli és mind megérti egymást.

Hogyan állunk ma? Erre a kérdésre a feleletet megtalálni a könyvnek abban a fejezetében vélem, a melyben Kraus a „*Neohippokratismus*“ klinikai programjáról fejti ki gondolatait. Itt azután egyebek között ezt is írja:

„Die breiten, bequem gemachten Pfade der Detailforschung führen öfter an den grundsätzlichen Fragen, zuweilen an den uns zu allermeist bewegenden, vorbei, und wir verlieren vielleicht selbst einmal die richtigen Standpunkte. Blosser Gelehrsamkeit, sagt *Hegel*, dehnt sich immer am breitesten da aus, wo am wenigsten zu holen ist. Und endlich droht den Internistenkongress eine Art babylonischen Turmbaues zu werden, wo ein Grüppchen das zweite und dritte, in anderer Richtung noch gelehrtere, nicht mehr versteht.“

Kraus maga is tudatában van annak, hogy művének a megértése az olvasótól igen sok, directe az orvostudományba nem vágó, hanem vele sokszor csak lazán összefüggő ismereteket tételez föl. Épp ezért sokszor segítségére van olvasóinak és magyaráz, avagy megírja, hol található bővebb felvilágosítást. Például arra a kérdésre, hogy tér és idő hogyan is képzelendő el a czélből, hogy a nehézségi erő megnyilvánulhasson, válasznak nemcsak hogy odaállítja *Einstein* relativitásos elméletét, hanem ezt az elméletet könnyen megérthető módon megmagyarázni törekszik. Viszont megint, a mikor pl. a mendelismust fejtegeti, joggal föltételezheti, hogy az olvasó ennek alapvető fogalmaival tulajdonképpen teljesen tisztában van.

Találjon Kraus könyve rokonszenvre, találjon közönyre avagy végül oppositóra, bizonyos, hogy vállalkozása nem marad utóhatás nélkül. Mert úttörő mű és így a mi tudományunkban nem maradhat visszhang nélkül. Hiszen nem rombol, de épít, s megjelöli nevezetesen a klinikai pathológiának a jövőben a fejlődés útjait, illetve megszerzi annak, habár első látzatra talán kissé túl tág kereteit.

Tartalmát a szokásos szűk keretben ismertetni nem tudom, s ha az alábbiakban egyik-másik részletet közlök, teszem csakis abból a czélből, hogy illusztráljam, minő eszméket hirdet, milyen gondolatokat fektet le, milyen kérdéseket feszeget és minő nagy problémákat törekszik megvilágítani a szerző.

Kraus a manapság divó nosologiai systematika nem elégti ki teljesen, mert a klinikai pathologia nincsen kellő módon figyelemmel származástani, syzygiologiai és functionalis szempontokból a szervezeti egységességére és teljességére, a genotypusos constitutióra és a phaenotypusos integratióra, vagyis tehát általában az individuumra.

Bár a fejlődés alapja a genotypusos systema, mégis az epigenesis számára bő mező marad hátra. „Es entsteht aber bei aller Itio in partes keine Feder ohne einen Vogel!“

Érvényesülésre jut tehát az emberi szervezet realizálásában (phaenotypus) az ingerek és életfeltételek mellett a genetikai systematikus komplexumától föltételezett dispositio, külső befolyásokra határozott módon reagálni. Genotypus és ingerek magukban véve tulajdonképpen egyenértékűek. Én

csak természetesnek tartom, hogy *Kraus* mint klinikus az egyén analizálásában ennyire hódol a genetikai elvnek. Mégsem azonban annyira, hogy pl. a tuberculosis pathogenesisét illetőleg a ma divó fölfogástól eltérő avagy erősen ellenkező álláspontra jutna. Így engem legalább nem elégíthet ki az a fölfogása, hogy a szervezet az ő resistenciáját a tuberculosis-sal szemben a tuberculosis-sal való fertőzés révén éri el. Divó, de be nem bizonyított és talán egészen felesleges hypothesis. De meg talán nem is egyeztethető össze teljesen a phaenotypusról felállított rövid, de annál szabatosabb meghatározással: „Der Phänotypus ist das persönlich Realisierte der gesamten genotypischen Konstitution.“ A személyes karakterek ugyanis reakciók, a melyek az illető zygótában, vagyis annak genotypusos rendszerében foglalt elemek esetleg egész sorozatának összejátszásából erednek, a külső föltételek adott constellatiója mellett. Az öröklött és az élethelyzet által módosított külvilág faj- és egyéneknél különbözőnek tűnik fel.

Kraus a személy egységes teljességének a jelentőségét szemben az egyes részekkel azért hangoztatja, hogy ő is óvjon az orvosi tudománynak csakis szakmákra való szét-hullásától. Elismeri, de egyszersmind el is itéli a különvált specializálódást. A gyakorlat és tudomány között közvetíteni hivatott *neohippokratismus*nak egyeneti tehát az útját. Ebbeli törekvése leginkább tanúsítja, hogy az ideális orvosi praktikust ékesítő módon tudott tudományt és művészetet magában egyesíteni.

Szinte jól esik továbbá olvasnom, amikor írja, hogy a kiderített specialis kórformák a fertőzött szervezetben még nem zárja be teljesen az összes pathologiai jelenségek körét, sőt inkább számos tényező összejátszásának az eredménye, hogy még a „typusos“ infectiós megbetegedések is színezésben, a szövödmények és prognosis szempontjából mindenkor individualis körképeket jelentenek.

Óva int csakis betegségek diagnoskálásától, mint ahogyan nem ilyeneket, hanem mindenkor beteg ember-egyéneket gyógyítunk.

Kraus a szégyenítő korlátok érzése nélkül nyíltan megírja, hogy az orvostudománynak a gyakorlása, sőt még az is, a mikor diagnoskálunk, manapság inkább a művészettel avagy a technika egy ágával egyenrangú, mintsem egyszerűen alkalmazott tudomány.

Még igen sok dolog, bár a gyakorlatban igen nagy a jelentősége, ez idő szerint tudományosan nincsen felderítve. A tudományos orvostannak a mezeje lényegesen szűkebb, mint az orvosi mindennapi életé. Ez a korlátozás a tudománynak a folytatólagos kutatás előnyét nyújtja. De nekünk orvosoknak lehetetlenség a gyakorlat követelményeivel szemben egyedül a pathológiának szigorúan tudományos utakon nyert eredményeivel boldogulnunk.

Az öröm, a beteg ágyánál ténykedést kifejthetni, az orvosi ész élő alkotórészévé válik!

Az orvostudományban az intuitio nagy szerepet játszik. Szigorúan véve intuitio (közvetlen átértés) és positivismus fedí egymást. A megismeréshez feltétlenül szükséges az exact tudományos gondolkodás. Az intuitio egymagában sohasem létszen elegendő. A kritikai elmélyedésnek ugyanis nem szabad hiányoznia, mert az olyan intuitív gondolatok, melyeknek verificatióját eleinte inkább csak a kedély éli meg, nem veszélytelenek. Viszont ezzel szemben az intuitív gondolkodás józan emberi észhez nagyon közel áll, ab ovo mindenképp az életre irányul. Azáltal, hogy az intuitio teljesen a tárgyba mélyed, megragadja a lényegeset, átérti a jelenségek értelmét és értékét, felismeri a concret tényeket, mindezt a legmagasabb alkotó energiával.

Az én véleményem szerint épp ezért az intuitív gondolatok legtöbbször egyszerűen szerencsés gondolatok is.

Milyen megszívlelendő az az intelme is *Kraus*-nak, hogy óvakodjunk különösen vizsgálati methodusainkban a kényszerhelyzetes függőségtől, mert különben orvosilag elszegényedünk a tudománynak minden gazdagsága mellett. Elvből a beteg ágyát csak úgy hagyjuk el, hogy ahhoz gazdagabban térjünk vissza!

Ma a hiányzó történelmi érzék korszakában élünk. Nem

egy fiatal magántanár egyáltalában nincsen tekintettel arra az irodalomra, a mely öt évvel idősebb saját utolsó dolgozatánál.

Nagyon fájjalja *Kraus*, hogy a pótolhatatlan házi-orvosi intézmény sokat szenvedett. Az orvostól aesthetikai (érzékileg szemlélhető alakban észszerű) gondolkodást követel. Első sorban maga az orvos ne legyen nyárspolgár!

A betegségi állapotok extrem lokalizáló felfogásában megnyilvánuló és *Koch* kimagasló felfedezéseitől uralomra juttatott aetiologismus, legalább kezdetben, berzenkedett a „constitutionalis“ momentumoktól. De *Kraus* szerint az immunitásról szóló tudomány ezt az érthető túlzásban elkövetett hibát fényesen kiegyenlítette. Részemről még nem látom a helyzetet ennyire kedvezőnek. Épp így a hippokratési klinika lényeges tartalmának ismertetésekor éppen a szerzőtől elvártam volna a milieu-elmélet kellő méltatását.

Mindezek a műnek főleg egy fejezetéből kiragadott és egymással nem is szorosan összefüggő részletek távolról sem meríthetik ki ennek a könyvnek gazdag tartalmát, melyet maga szerzője úgy ítél meg, hogy inkább tanulmány, mintsem tankönyv.

Ezekkel a részletekkel csak jelezni akartam, hogy mi mindent várhat az olvasó a tanulmányozásától. Mert kétségtelenül ezt igényli. A szerzője nagyon is túlszerűen, amikor könyvéről azt tartja, hogy majdnem csak traditionalis és nem eredeti. Ellenkezőleg nagyon is eredeti s így „nemcsak szintelen compilatio állásfoglalás nélkül, hanem, legalább lehetőség szerint, egyszersmind egyéni is.“

Minden orvosnak, működjék bármelyik szakmában, legmelegebben ajánlom a könyvet. Épülni, okulni és gazdagodni fog általa. Kiállítását a kiadó czéget dicséri.

Még egy megjegyzést kell a fentebbiekhez fűznöm. *Kraus* könyvével olyasmi esett meg, aminek eddig nem igen tudom párját. Ugyanis külön bírálatban részesült a mű stílusa, tehát tartalmától egészen eltekintve, még pedig önálló dolgozat alakjában. Mint ilyen, tehát mint tudományos közlés, rövid kivonatban referálva is lett más helyütt. A bírálat egyenesen lesújtó úgy a nyelvezetre, mint az irányra. Erre volna egy kis észrevételem. *Kraus* bizonyára nem szorul reá, hogy én mentségére keljek. Azonban úgy érzem, hogy itt méltánytalanság esik rajta. Méltánytalanság elvből és méltánytalanság specialisan is. Mert sokan hajlandók a stílusból az emberre, s mindjárt annak az értékére is, a mit ír, következtetni. Hiába írja a bíráló, hogy nem a mű érdemét akarja kisebbíteni: forma dat esse rei vallják sokan, s így nem akarva is ab ovo a tartalom ellen is hangolja az olvasót.

Hogy a német nemzet — könnyen megértjük magyarok, kik hasonló sorscsapásokban sinylődünk és szenvedünk — a tudományos, tehát az orvosi irodalomban is, s ma jobban, mint valaha, purificatióra törekszik, szinte természetes, sőt örvendetes. A német tudományos nyelvezet elromlott, de már nagyon régidőtől fogva. Hogy ez tarthatatlan állapot, alá-írjuk. Hogy *Kraus* könyvében is sok, sőt nagyon sok az eddig alig hallott avagy olvasott idegen szó (például mindjárt a mű mellékcíme: *Syzygiologie*), igaz. Igaz az is, hogy az irányja nem könnyű, nem folyékony s minden, csak nem sima. De mi a magyarázata, illetve mentsége ennek a két mindenesetre jogos kifogásnak?

Nagyon egyszerűen a következő: *Kraus* — hiszen a mű tendenciája ez — nem analizál, nem bonczol, nem részletez, hanem synthetizál, összevon, tömörít. Ebben törekvése kell, hogy gyakori összefoglalásokhoz, gyakran definitiók felállításához vezessen. Itt azután a legnagyobb praecisításra és tömörségre törekszik. Akarva, akaratlanul itt-ott túlhosszú mondatok állanak elő, de csakis abból a czélból, hogy minden fogalom avagy gondolat szabatosan, velősen és élesen fejeztessék ki. Ezért is tagadhatatlanul sok a szokatlan, más munkákban talán elő sem forduló idegen szó.

A mű stílusa tehát ne legyen akadály a tartalom megismerésében. Egy általam személyesen is ismert orvosíró egyike a legkiválóbb internistáknak Németországban. Egész lénye, nagy tudása daczára a megtestesült egyszerűség és szerénység, de a stílusa mindazonáltal fárasztóan nehéz, talán mert az egyénisége erőteljes és önálló. *Szontagh.*

Lapszemle. Belorvostan.

Az influenza-pneumonia gyógyítására *Baerthlein* és *Thoma* a bacteriotherapiának azt a módját ajánlja, a mely magából a betegből kitenyészített bacteriumoknak a betegbe fecskendezésében áll (autovaccinatio). Az eljárás szerintük nagyon egyszerű. A pneumoniás köpetből különböző tenyésztőtalajokra oltunk (Löffler-serum, ascites-agar, vér-agar) s a másnapra már kifejlődött pneumococcus-, streptococcus-, staphylococcus-telepekből physiologiás konyhasó-oldattal emulsiót készítve, ezt egy órán át 53—56° hőmérséken tartás után intraglutaéalisan befecskendezzük; az első vaccinatio kb. $\frac{1}{2}$ normalkacs mennyiségű tenyészettel történik, a többi $\frac{3}{4}$ —1 normal-kacsnyival; azokból a telepekből veszünk többet az oltóanyag készítéséhez, amelyekből több fejlődik, illetőleg abból a bacteriumból legyen több az oltóanyagban, amelyik a köpet mikroskopi vizsgálatainak eredménye alapján nagyobb szerepet visz az illető esetben. A befecskendezés hatása abban nyilatkozik, hogy a hőmérsék mintegy 5—6 óra múlva esni kezd és 6—12 óra alatt protrahált krízis alakjában a normalist éri el; ez a hőesés a normalis krízistől abban különbözik, hogy subnormalis fokot nem ér el, csak ritkán kíséri izzadás és sohasem jár a collapsus jelenségeivel; ennek folytán a szívre és az erekre ható szerek feleslegesek. Feltűnő továbbá az euphoria. A reconvalescentia gyors. Szövődmények nem szoktak beállani, ha pedig már voltak, gyorsan gyógyulnak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 20. szám.) — *Uffenheimer* az intravenás strophantin-befecskendezéstől látott jó eredményt, ha a tüdőgyulladás beálltával azonnal igénybe vette és nem várt a szívgyengeség tüneteinek megjelenéséig. Csak a Thomas-féle g-strophantint használta $\frac{1}{4}$ milligramm adagban naponként többnyire 3-szor; volt esete, amelyben 61 befecskendezést adott 26 nap alatt. Az esetleg fejlődő vasomotorius hűdés ellen egyidejűleg coffeint és kámfort is használt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 21. szám.)

Az intravenás strophantin-kezelés az erlangeni egyetem belklinikáján tett tapasztalatok szerint, amelyekről *Mory* számol be, digitalis-szal egyidőben is használható, amit pedig eddig elleneztek. Így tehát a nem eléggé eredményes digitalis-kezelés adott esetben kiegészíthető strophantin intravenás adásával, vagy pedig ha strophantinnal elhárítottuk az acut veszedelmét, az elért eredményt rögtön hozzácsonlózó digitalis-kezeléssel állandósíthatjuk. Ha kis adaggal ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ milligramm) kezdjük és a befecskendezést lassan (2—4 perc alatt) végezzük, semmiféle kellemetlenségtől sem kell tartanunk. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 20. szám.)

Dermatomyositis két esetét írja le *Niedner*. Ez a betegség nagyon ritka, sok tapasztalt kórbonczoló és nagy gyakorlattal bíró orvos van, a ki egy esetét sem látta, és akárhány tankönyv van, a mely nem is említi. Pedig a klinikai képe annyira sajátos, hogy ha egyszer láttuk, sohasem mosódik el emlékezetünkben. A betegség az arc vörösségével és megduzzadásával kezdődik; ez a duzzadság később terjed, esetleg az egész testre, és tömött tézstapintatúvá fokozódik, különösen a végtagokon, amelyek erősen megvastagodnak, oszlopszerűvé lesznek, durva erejük pedig erősen csökken. A hőmérsék subfebrilis. A betegség előhaladásával a pharynx-izomzat is megbetegszik, a mi nyelési zavarokat okoz, majd a rekesz és az intercostalis izomzat, úgy hogy végeredményképpen többnyire megfuladás vet véget az életnek. A szerző két esete erőteljes egyénekre vonatkozik (31 éves parasztasszony és 50 éves lakatos); az egyikben kb. 6 hónap alatt, a másikban pedig 3 hónap alatt végződött halállal a betegség. A megbetegedett izomzat vizsgálata a következő eredményt adja: kezdetben perivascularis gömbsejtes beszűrődés az izomrostok között, később ritkulása és sorvadás az izomnyáláboknak egyidejű kötőszövetburjánzással. A bőr alatti kötőszövet nem csupán vizenyősen átívódott, hanem a fellazult állományában gömbsejtek fel-

halmozódása is észlelhető. Az eosinophilsejtek száma a vérben normalis, a mi a diagnosis szempontjából fontos, mert trichinosisban, a mely betegség bizonyos szakában hasonló képet mutathat, az eosinophilsejtek meg vannak szaporodva. A szerző esetében a családi anamnesisben gümőkór szerepel; már *Strümpell* utalt volt a dermatomyositis és gümőkór esetleges összefüggésére. A szerző esetében a bőr alatti szövetből ki volt tenyészthető a Langsteiner-féle streptococcus; a szerző azt hiszi, hogy ez a kórokozó, hogy azonban ilyen hatást kifejthessen, az izomzatnak valami okból hajlamosnak kell lennie; ilyen hajlamosság fejlődhetet túlkifáradás folytán, a mi az ő eseteiben csakugyan ki is volt mutatható. A gyógyítás eredménytelen volt; oedema-ellenes kezeléssel sikerült ugyan némi javulást elérni és tüneti kezeléssel a zavarok enyhíteni, de lényeges változás nem állott be; az izomzat glikogen-tartalmának fokozása cukorbevitellel (s ezzel az izomzat ellentálló képességének fokozása) szintén eredménytelen maradt, nemkülönben az optochin használata is *Morgenroth* ama tapasztalata alapján, hogy már 1:1.000.000 hígításban elpusztítja a Langsteiner-féle streptococust. Tekintetbe veendő azonban, hogy a szerző az optochint később alkalmazta; a betegség korai szakában talán eredményesen lesz használható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 21. szám.)

Gyermekorvostan.

A rachitis gyógyításáról a következőket írja *Noeggerath* tanár (Basel). Endokrin mirigyekkel és termékeikkel történetek ugyan már kísérletek, de még nem vezettek megbízható eredményre. Specifikus a csukamáj-therapia. Hatásmódja még nem egészen tisztázott. Az bizonyos, hogy nagy a hatása a rachitisben szenvedők anyagcseréjére, és hogy a calciumphosphorsav kiválasztását csökkenti. Azt is kimutatták kísérletekkel, hogy a csukamájolajban nagy számmal levő oxy-csoportok mintegy „mész-fogók” szerepelnek. De talán még fontosabb a csukamájolaj constitutiojavító hatása az egész sejtállományra. A méz és a phosphorsav a csont felépítéséhez szükséges tápanyagok. A mézről feltehető az is, hogy a rachitisben túlságos mennyiségben termelődő, a csontot beolvasztó savakat megköti. Mesterségesen táplált csecsemőknek legcélszerűbb a következőt rendelni: Rp. Calcii phosph. tribas. puriss. 10·0, Ol. jecoris aselli 100·0. M. D. S. Naponként 2—3-szor teáskanálnyit. Szopó gyermekeknek ugyanezt adhatjuk; de ha nem tűrik a csukamájolajat, akkor egyszerűen az említett méz-phosphorkészítményt adjuk vízben oldva olyan mennyiségben, hogy éppen ne okozzon még székszorulást; ez a mennyiség az eset szerint nagyon változó. Természetesen a diætára is nagyon ügyelni kell, úgyszintén egyéb általános hygienés tényezőkre, a milyen a világosság, a mozgó friss levegő, a kellő testmozgás. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1920, 6. sz.)

Kanyaróellenes védőoltás-kísérletekről számolt be *Degkwitz* a „Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde” április 21.-én tartott ülésén. Kanyarós fertőzésnek kitett, kanyarót még át nem állott 34 gyermekbe fecskendezett be intramuscularisan kanyaróból reconvaleskálók vérsavójából 7—15 cm³-t; a vért a láztalanvá válás utáni 7. és 21. nap között bocsátották. Természetesen csak olyanok vérért használták, a kik lues- és gümőkórmentesnek bizonyultak s a kiknek a kanyarója szövödmény nélkül folyt le. A kísérletek eredménye kedvező volt, a mennyiben a serummal befecskendezettek nem kapták meg a kanyarót, míg az azonos fertőzés-lehetőségnek kitett, de nem oltott más gyermekek megbetegedtek kanyaróban. Különösen csecsemőkre, rachitises és pastosus kis gyermekekre nézve volna jelentőségeltjes, ha ilyen védőoltással kitolhatnánk a kanyarós megbetegedésük idejét.

Bőrbajok.

A trypaflavin dermatologiai alkalmazásáról számol be *S. Werner* (Hamburg). A szerző különösen a különböző impetigo-alakok, pörkös ekzemák és pyodermiák ellenében

alkalmazta a szert. melyet $\frac{1}{2}$ —1%-os vizes vagy alkoholos oldat alakjában ecsetelt a bőrre. A gyógyító kísérletek egyéb betegségekre is kiterjedtek, de az eredmény távolról sem volt oly jó és gyors, mint az első helyen említett betegségek eseteiben. A trypaflavin-kezelésnek főelőnye a gazdaságos kivitelben rejlik, mert az ecsetelésekkel egyrészt a legkevesebb anyag megy veszendőbe, másrészt kötőszerekre jóformán nincsen szükség. Hátránya a kezelésnek az, hogy kanárimadársárgára festi a bőrt és a ruhaneműt s hogy olykor a bőrfelületet túlságosan szárítja, úgy hogy utóbb, a mikor a pyodermiás góczok már gyógyultak s leszáradtak, külön puhító kenőcsöket kell alkalmazni. Scabies ellenében, úgy látszik, hatástalan a szer. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 22. sz.)

Guszman.

Hajbetegségeknek oldható szarukészítményekkel való kezelését tanulmányozta Blaschko (Berlin). A szerző már régebben foglalkozott e gondolattal, de testet ez csak akkor öltött, a mikor újabban Zuntz szarukészítménnyel végzett érdekes kísérleteiről beszámolt. A legközelebb fekvő kísérleti anyag a hajzat táplálkozási zavaraira vonatkozó betegségek lehetnének. De itt tanácsos kellő körültekintéssel eljárni, mert a milyen hiábavaló már eleve előrehaladott kopaszságot, a hol a hajpapillák már sorvadtak, kezelés alá venni, éppen úgy nem volna bizonyító erejű ellenkező értelemben, ha hevenyész lázás betegségek, avagy korai syphilis nyomán keletkezett, amúgy is múló természetű hajvesztéséget akarnánk szarukészítményekkel gyógyítani. Ugyancsak az utóbbi csoportba sorolható a legtöbb alopecia areata eset is. Jobb kísérleti anyagnak látszott a seborrhoeás hajhullás, jóllehet az általános nézet ma afelé hajlik, hogy e hajbetegséget mikroorganizmusok okozzák. Blaschko 3 csoportba osztva kezelte seborrhoeás hajhullásos eseteit. Az első csoport oly betegségekből állott, a melyekben az eddigi kezelés, elsősorban a kvarzlámpa nem segített. A második csoportban kezeletlen esetek voltak, melyek csak tisztán szarukészítménnyel való belső kezelésben részesültek. Az utolsó kategóriába eső betegek kombináltan belsőleg Zuntz-féle készítményt, külsőleg a fejre kvarzlámpa-kezelést kaptak. Kezelés alá 60-nál több beteg került. A szarukészítményt pilula alakjában szedték, még pedig 3 × naponta 3 szemet; ez a kúra sokszor hónapokon át tartott. Az a kérdés is felmerülhet jogosan, hogy a belsőleg vett oldott keratinanyagok egyáltalán eljutnak-e a bőrbe, különösen pedig az epidermishez. Mivelhogy azonban Abderhalden szerint az aminosavak a vérben tovább vitetnek, megvan a lehetőség arra, hogy a keratin felépítésére szükséges anyagok a bélből a keratin-képletekig eljutnak. A gyógyító eredmények nem egységesek. Teljes siker teljes kudarczal váltakozott. Legjobb eredményt a kombináltan kezelt esetek nyújtottak. Tekintve, hogy a kezelt betegek kivétel nélkül nők voltak, pontos hajmérések (súly-, hossz- és vastagságmérés) nem voltak végezhetőek. Feltűnő jó eredményt tapasztalt a szerző trichorrhexis eseteiben. Ugyancsak kitűnő gyógyító eredményt kapott súlyos tropusi körömbántalmak kezelésével is. A gyógyító kísérleteket azonban sokkal fontosabb betegségekben is kellene végezni, elsősorban oly esetekben, melyben a szarusodási folyamat serkentése fölötté kívánatos (pemphigus, ekzema stb.). Erre nézve a szerző további vizsgálatokat helyez kilátásba. Közelfekvő az a gondolat is, hogy az oldható szaruanyaggal a bőrön helyileg kellene kísérletezni. Sajnos azonban, hogy az a syropszerű anyag, mely az oldott keratineket alkotja (Brahm készítménye), nem alkalmazható a beteg bőrre, mert izgatón hat. Lehetséges, hogy a további kísérletek e tekintetben kedvező módosításra vezetnek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 19. szám.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A calomel és antipyrin együttes rendelése veszélyes lehet, a mennyiben alkális közegben — tehát a bélben — a sublimatnál is mérgezőbb hatású vegyület keletkezik. (Therap. Halbmonatshefte, 1920, 1. füz.)

Fagyásdaganat ellen Grünbaum nagyon ajánlja a diathermiát. A hatást olyaténképpen magyarázza, hogy a diathermia a leghatalmasabb eszközünk activ hyperaemia előidézésére a mélyben levő részekben is. (Wiener klin. Wochenschr., 1920, 1. sz.)

Neosalvarsant a szájon át vett be tévedésből egy 44 éves nőbeteg, még pedig egymásután hat napon át esténként 0.3 gr.-ot, összesen tehát 1.8 gr.-ot, vagyis 0.408 gr. arsen. Érdekes, hogy 1—2 napig tartott hasmenést leszámítva, semmiféle kóros tünet sem jelentkezett és hogy a beteg az oxyurisaitól, a melyek előbb nagyon kínozták, teljesen megszabadult. (Therap. Halbmonatshefte, 1920, 5. füz.)

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészl József. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtérmekekkel kibővítt. Diagnostikai és therapiai Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos, bőrgyógyító és kosmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26.

Telefon József 56-76

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete

I. ker., Lonka-út. Telefon: József 83-21. szám.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyírű Sárosfürdő 47° C forrása!

Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet. pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen.

Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Inhalatorium: dr. Tótvölgyi Elemér, egyet. m. tanár.

Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.

Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né
Dr. Hill Paulá, Dr. Mandler
Ottó, Néhai Dr. Reich-féle

Zander

és tökéletesen felszerelt
fizikai gyógyintézet. —
IV., Semmelweis u 2,
Kossuth Lajos-u.sarok.

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye szeghalmi járásában Körösladány községben végleg megüresedett **községi ügyvezető-orvosi állásra** és **községi nemügyvezető-orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi ügyvezető-orvosi állás javadalma az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a alapján évi 1400 korona kezdő fizetés, 500 korona lakáspénz, 500 korona állandó személyi pótlék s a törvényesen megállapított rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

A községi nemügyvezető-orvosi állás javadalma évi 1600 korona fizetés, 500 korona lakáspénz és a törvényesen megállapított rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

A megválasztott orvosoknak háborús segélyre, esetleg drágasági segélyre is van igényük.

Felhívom mindazokat, kik pályázni óhajtanak, hogy kérvényüket megfelelően felszerelve, hozzám folyó évi július hó 20.-áig bezárólag adják be. A később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napját később fogom kitűzni.

S z e g h a l o m, 1920 június 14.

2119/1920. szám.

Kiss László, főszolgabíró.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár egy, Ujpesten megüresedő és évi 4800 korona törzsfizetéssel díjazott **kerületi kezelő-orvosi állásra** pályázatot hirdet.

A pályázati kérvények benyújtásának határideje 1920 július 5.-e. A kérvények a pénztár főorvosi hivatalában: VIII., Köztemető-út 19/B, I. 43. szám alatt nyújtandók be, a hol hétköznapokon d. e. 10—1 óra között az állásra vonatkozóan felvilágosítást adnak.

B u d a p e s t, 1920 június 19.

2796/fh. 1920.

Harkányi s. k.,
a pénztár vezetésével megbízott
ministeri tanácsos.