

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scpiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Hudovernig Károly:** Közlemény a székesfővárosi Szt. János-kórház elmebeteg-osztályából. Autointoxicatiós heveny elmezavar gyógyult esete. 325. l.

**Balás Dezső:** Néhány szó a fiatal korban előforduló végbélrákos megbetegedésekről. 326. lap.

**Auszterveil László:** Salvarsannal ambuláns gyógykezelt 77 betegről. 333. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. William Bulloch and Paul Fildes:** Haemophil'a. — *Lapszemle. Belorvostan. Weintraud:* A köszvény gyógyítása phenylechinolincarbonsavval. — *Jacobsohn és Rewald:* A végbélen át táplálás állandósított klysmák segélyével. — *Idegkörtan. Oppenheim:* Állandó szédülés (vertigo permanens). — *Saenger és Sudeck:*

A Basedow-féle betegség. — *Sebészet. Anschütz:* Az epehólyagnak ectasiája folytán támadt ileus. — *Gyermekorvostan. F. Schleissner és W. Spät:* A sepsises és a scarlatina-streptococcus közti különbség. — *V. Salle:* A vérnyomás a gyermekkorban. — *Húgyszervi betegségek. Minet:* A sem kankós, sem traumás eredetű húgycsőszűkítetek. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Cronquist:* Belsőleg használandó anti-gonorrhoeicum. — *Hellwachs:* Toroköblögetés. 335–338. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság.* 338. lap.

**Vegyes hírek.** 338. lap.

**Tudományos társulatok.** 340–342. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Közlemény a székesfővárosi Szt. János-kórház elmebeteg-osztályából.

### Autointoxicatiós heveny elmezavar gyógyult esete.

Közli: *Hudovernig Károly* dr., egyet. magántanár, főorvos.

Az intestinalis eredetű autointoxicatiós elmezavarokról nem túlsok adatot találunk az irodalomban. Az idevonatkozó casuistika feltűnően gyér; a tankönyvek is röviden végeznek ennek a kórformának klinikájával és kóroktonával.

A gyomorbeltractus megbetegedéseinek jelentkező elme-zavarok *Moravcsik* nézete szerint akként keletkeznek, hogy az ilyen esetekben a táplálkozási és vérkeringési zavarok indirect úton befolyásolják az agyműködést, másrészt a helybeli izgalmi tünetek téves eszmék fejlődését segítik elő, sőt melancholiás lehangoltságra szolgáltathatnak okot. *Kraepelin* főleg *Wagner* és *Sölder* észleletei alapján kizárólag a bélbeli pangásnak és a béltartalom bomlásának tulajdonít jelentőséget, s az ily módon hiányos avagy kórosan módosult agybeli vérkeringés az agyvelőnek, első sorban az agykéregnek táplálkozási s ezzel működési viszonyait befolyásolja.

A gyomortractus megbetegedéseinek jelentkező elme-zavarok klinikai alakjáról *Moravcsik* akként nyilatkozik, hogy az idült esetekben depressionális állapot, sokszor kifejezett melancholiás állapot fejlődik. *Kraepelin* szerint az acut lefolyású

esetekben zavart izgatottságnak, amentianának, sőt néha delirium acutumnak körképét találjuk. *Wagner* és *Sölder* a heveny zavartságon kívül nem egyszer a *Korsakow*-féle tünetsoportot (zavartság, amnesia) látta. *Régis* az ilyen psychosisokra jellemzőnek tartja a torport, a zavartságot, az amnesiát és a hallucinációs álmállapotot.

Érdekes, hogy a gastrointestinalis eredetű elmezavarokat illetőleg nagy elvi ellentét van a német és francia-olasz szerzők között: az előbbieket nem ismernek különbséget a béltoxinok és bacteriumtoxinok által előidézett psychosisok lefolyása közt, míg a latinok (*Klippel*, *Mongeri*) azon a nézeten vannak, hogy minden belső szervnek megbetegedéséhez csatlakozó elmezavar egészen sajátos jelleggel bír; szerintük van önálló májpsychosis, bélpsychosis stb.

Az autointoxicatiós elmezavarnak igen érdekes esetét volt alkalmam osztályomon észlelhetni, mely nemcsak gyors oldódása, de egyúttal a kezdeti körjelzési tévedések és a nosologiai kép egynehány sajátos vonása miatt is tanul-ságos. Az esetet nem óhajtom minden részletében leírni, csak jellemző fővonásaiban, s a tudomásomra jutott oktani momentumokat csak utólag említem, a mint azokat a meggyógyult egyéntől hallottam.

F. é. márczius 10.-én beszállított osztályomra egy 30 éves, J. O. nevű intelligens egyén, kit hevenyen támadt vakbélgyulladás miatt hoztak előző napon a Szt. János-kórház sebészeti osztályára műtét céljából, s onnan másnap átkerült a kórház belosztályára, a nélkül, hogy a műtét megtörtént volna. Itt hasi szervei épnek bizonyultak, de minthogy nagyon nyugtalan és zavart volt, áttétele az elmeosztályra vált szükségessé. Előzményként ezeken kívül csak annyit tudunk meg, hogy a beteg az előző napon még rendesen végezte hivatalát, de hevenyen beállott zavartsága miatt nem volt otthon tartható. Osztályomon a betegen neuropathias jeleket nem találtunk és kivéve tachycardiát és tremort, sem belorvosi, sem idegkörtani tekintetben beidegzési vagy bénulási rendellenességeket nem észleltünk. A beteg teljesen láztalan és hasa sehol sem volt érzékeny. A psyche részéről a következőket találtam: Teljes zavartság és hiányos tájékozódás, stuporosus állapot, a hozzáintézett kérdéseket nem percipiálta,

azokra nem is reagált, ismételt felszólításra némileg válaszolni iparkodott, de sem nevét, sem hivatását nem tudta megmondani, minden gondolkodási művelet végtelenül neheze esett; magára hagyva, a beteg szemmel láthatóan hallucinált: mereven nézett egy pontra, fülét hol a párnához, hol a falhoz szorította, s ilyenkor megszólítással figyelme nem volt elterelhető.

Tekintettel arra, hogy betegünkön mindenesetre valamely egészen heveny zavartsági állapottal álltunk szemben, és hogy — minthogy appendicitis gyanúja miatt a műtéti beavatkozás szükségességének gondolata felmerült — bélbeli kóros folyamat fennállhatott, a magam részéről csak bél-intoxicációs psychosira gondolhattam, a miért első sorban alapos széklet-előidézéséről gondoskodtam. Nagy adag ricinus-olajra másnap reggelre bőséges, bűzös székelés következett be, mely után a beteg sensoriuma tetemesen feltisztult, minden tekintetben kielégítő felvilágosításokat adott, csupán a márczius 5.-étől a feltisztulásig terjedő (hét napos) időszakról nem tudott felvilágosítást adni. Másnap a beteg már minden tekintetben értelmesen beszélt és viselkedett, szellemi eltérés nem volt észlelhető, kivéve egy az előbbi napnál szűkebb körre szorított amnesiát. A beteg más említésre méltó oktani mozzanat nem volt megállapítható, mint az, hogy márczius 8.-án délben káposztát evett nagyon zsíros kolbász-félékkel, melyeknek íze bár nem volt kifogástalan, ő azokat mégis megette. Másnap reggel elment hivatalába, de ott erős hasgörcsök lepték meg, úgy hogy Rákospalotán lévő hivatalából még a délelőtti folyamán hazament budai lakására; az út részleteire emlékszik, arra is, hogy útközben betért egy gyógytárba, hol magának aspirint vett, majd a villamoson hazament, ott lefeküdt; ekkor már nagyon rosszul érezte magát, s azt hiszi, hogy el is vesztette eszméletét, mert a lefekvés pillanatától az osztályomon történt feleszméléséig absolute semmire sem emlékszik. Ezen három napra terjedő amnesiás időszak a másnap történt elbocsátása alkalmával még változatlanul fennállott.

Az utólagosan megtudott kóroktani momentumok egészen kétségtelenné tették, hogy gastrointestinalis eredetű, kolbázmérgezés folytán keletkezett heveny elmezavarral volt dolgunk; az első körjelzés tehát helyes volt.

A kórházi megfigyelés rövidsége, illetve a gyors feltisztulás nem adott alkalmat, hogy az egyén kóros anyagcseréje a psychosis alatt vizsgálat tárgyává tehető lett volna. Kétségtelen azonban, hogy azon toxinok, melyek botulismusnál (kolbázmérgezésnél) szerepelni szoktak, a jelen esetben is döntő befolyásúak kellett, hogy legyenek.

A mi a psychosis klinikai képét illeti, az a teljes zavartság, tájékozatlanság és érzécsalódások folytán amentianak felelt meg; külön kiemelendő azonban, hogy a tulajdonképpeni psyches megbetegedés idejére még a meggyógyulás után is teljes amnesia állott fenn, a mi a nosologiai képek némi Korsakow-szerű vonást kölcsönöz.

Kolbázmérgezéses elmezavarra alig találtam irodalmi adatokat; a lefolyásban az én esetemhez hasonló képet említenek a német „Reiswurst“-tal történt mérgezések után, de avval a különbséggel, hogy ez utóbbiakban zavartság nélküli és betegségi belátással járó élénk hallucinációk dominálják a klinikai képet, a midőn a betegek kifejezett érzécsalódásokon mennek keresztül, de azok cselekvéseikre, viselkedésükre befolyást nem gyakorolnak, s ők a hallucinációkat mint ilyeneket értékelik.

### Néhány szó a fiatal korban előforduló végbél-rákus megbetegedésekről.\*

Irta: *Balás Dezső* dr., műtőorvos.

A fiatalkori carcinomák közé sorozzuk az élet első három decenniumában előforduló rákos megbetegedéseket.

*Gurtt* statisztikai adataiból, melyek 5279 carcinomás betegre vonatkoznak, kiténik, hogy a gyermekkortól a késő

\* A magyar sebészárság III. nagygyűlésén tartott előadás.

agggorig nincs az életnek oly szaka, mely mentes volna a rákos megbetegedéstől, bár ez a 25 éves korig (1.68%) és a 81 éves koron túl (0.49%) aránytalanul ritkábban fordul elő.

A végbél rákos megbetegedése, viszonyítva az egyéb szervek megbetegedéséhez, általában ritkának mondható.

*Christen* statisztikája szerint a végbél rákos megbetegedése az összmortalitáshoz viszonyítva csak 0.29%-ot tesz ki.

A végbél rákos megbetegedését egyéb szervekéhez viszonyítva, a Szt. Rókus- és Szt. István-kórház 10 évi bonczolási anyagát (10.541) véve tekintetbe, kiténik, hogy 1087 rákos eset közül csak 39-ben (3.6%) szerepelt végbélrák halálok gyanánt (*Herczel*).

Ha a végbélrák előfordulásának gyakoriságát *kor* szerint vesszük szemügyre, a statisztikai kimutatások csaknem egyértelmű tanúsága szerint azt látjuk, hogy a végbélrákos megbetegedések száma a 25. évtől az 50. évig rohamosan emelkedik, culminációját az 50.—60. év között éri el, ezután a 75. évig ismét rohamosan hanyatlik.

Úgy látszik, hogy az I. életdecennium mentes a végbél-rákus megbetegedéstől, legalább az irodalomban nem találtam esetet.

Leggyakoribb e korban az arcz, azután a szem és a szemgödör rákos megbetegedése (*Gurtt*).

*Kühn*  $\frac{5}{4}$  éves leánygyermeken sectióval és szövettani vizsgálattal igazolt pancreas-rákot írt le. *Gurtt* 1 éves gyermek hererákot, *Czerny*  $3\frac{1}{2}$  éves gyermek veserákot, *Ganghofner* 8 éves leánygyermeken méhnyakrákot észlelt.

A fiatalkori végbélrákos megbetegedések eddig között esetei az élet II. és III. decenniumára szorítkoznak és pedig úgy a II., mint a III. decenniumban mind nagyobb számmal a III., illetőleg a IV. decennium határához.

A Szt. István-kórház III. sebészeti osztályán (*Janny* tájár) öt fiatalkori végbélrákos beteget észleltem:

1. Sz. I. 16 éves, napszámos. Felvétetett 1909 december 4.-én azzal a panaszszal, hogy körülbelül 9 hó óta állandó székrekedésben szenved, mely 2 hó óta annyira fokozódott, hogy csak hashajtószer bevétele után van széke. Néhány nap óta azonban székelni már alig tud, szelek is nehezen távoznak s nagy fájdalmai vannak. Székletétele véres sohasem volt.

Az elég jól fejlett, lesóványodott beteg vizsgálatakor az anus gyűrűje csaknem tátong, oly laza. A gyűrű fölött 2 cm.-re tölcseralakban kezd a rectum szűkülni, a mely szűkület kb. 60 cm.-nyire az analis gyűrű fölött egy porc keményen beszűrődött, de sima, bársonyos nyálkahártyával fedett, a kis ujj számára sem átjárható stricturában végződik. E helyen az egész diaphragma pelvis, de különösen a prostata és a vesiculae seminales tája beszűrődött, hátrafelé a sacrum vájulatába terjedő beszűrődés is elég jól tapintható.

Műtét: 1909 december 15.-én (*Verebély*) chloroform-morphium-narcosisban. A bal hypochondriumban behatolva, a prostata táján almányi, a környezettel összekapaszkodott, a sacrum vájulatába is be-terjedő, a rectumot beágyazó immobilis daganat található.

A beteg anus praeternaturalissal távozik 1910 január 13.-án.

Exitus: 1910 márczius 6.-án.

A próbaexcidált daganatrészlet szövettani vizsgálata *adenocarcinoma gelatinosumot* derített ki.

2. B. A. 18 éves, lakatos. Felvétetett 1909 november 25.-én. Előadja, hogy kb.  $1\frac{1}{2}$  év óta szenved nehéz székelésben, székelni csak erős hashajtókra s csak fájdalommal tud. Hasának bal oldalában  $\frac{1}{2}$  év óta daganatot érez, mely fokozatosan nagyobbodik s melynek keletkezését meghülésre vezeti vissza.

A jól fejlett, igen lesóványodott és elgyengült beteg vizsgálatakor a has erősen puffadt és betapintáskor mindenütt fájdalmas. A bal hypogastriumban ökölnyi immobilis, a kis medenczébe folytatódni látszó, hengeres daganat tapintható. Az alhasban még több, kisebb-nagyobb, részben immobilis göb tapintható. A tájékozódást a has puffadt és érzékeny volta megnehezíti.

Analíz vizsgálatakor az analis gyűrűtől körülbelül 6—7 cm.-nyire kezdődően a rectum exulcerált nyálkahártyával fedett, a környezettel összekapaszkodott, fölfelé tölcserészen szűkülő, porc kemény merev cső alakjában tapintható.

Műtét: 1909 december 10.-én. (*Verebély*) chloroform-morphium-narcosisban. A köldök és a symphysis között megnyitva a hasat, szalmasárga savó ürül. Benyúlva, rögtön a cseplesz akad a kézbe, mely nyúlós, tapadós, kocsonyászerű s tele van apró szürkés göbökkel, helyenként csaknem ökölnyi göbbé összezsugorodva. A sigmabél mint egyenletesen kemény, a rectumba is folytatódó, a környezettel összefonódott s a medenczéhez fixált köteg tapintható; a beszűrődés a colon descendensnél végződik.

Szerző	Sor-szám	Kor	Nem	Betegség kezdete	Anamnesis	Jelen állapot	Mirigymeg-betegedés	Therapia	Megjegyzések
O. Föderl (Billroth-klinikáról) 63 eset közül, 1894	1	21	fi	5 hó	—	Anus fölött 3 harántujnyira strict. miatt felső határ el nem érhető	—	Resectio, circularis varrat	10 hó mulva exitus recidivában
	2	24	fi	1 év	Műtét utáni recidivával jelentkezett	Rectum 8 cm. magasan circularisan beteg	Inguinalis mirigyek duzzadtak	Anus sacralis	Urethra a hólyaggal összekapaszkodva, műtét nem radicalis, 10 hó mulva exitus
	3	25	nő	2½ hó	—	Analís gyűrű felett 3 cm.-re az elülső és jobb rectumfalra ráterjedő, ujjkúpót alig befogadó	—	Haránt resectio, perit. drainage, anus sacralis	Collapsus, műtét után röviddel exitus. Bonczlelet: Metastasis tüdőben, retroperit. mirigyekben mindkét ovariumban
	4	27	fi	5 hó	—	Analís nyílás felett 4 cm.-re circularisan ujjkúpnyira szűkült, a felső határ nem érhető el	—	Resectio, circularis varrattal, perit. drainage	1½ évig „sicher recidivfrei“, néhány hóval később inoperabilis recidivával jelentkezett
	5	27	fi	3 hó	—	Analís nyílás felett 3 cm.-re circularis strict. miatt felső határ meg nem állapítható	Lágyékmirigy-duzzanat	Anus sacralis, bal vesicul. seminalis eltáv., infiltrált szövetben praeparálás	Műtét után 10. napon exitus. Bonczoláslelet: Marasmus, urocystitis diphtherit., cc. gland. lymphat. et tectus cell. praesacralis. Műtét nem radicalis
	6	29	fi	3 hó	—	Analís nyílás fölött 2 harántujnyira circularisan, felső határ elérhető	—	Anus sacralis	Műtét után 1¾ évig élt, ebből recidivával 8 hóig
K. Funke (Gussenbauer-klinikáról) 266 eset közül, 1897	7	16	nő	?	—	Circularis, magasra terjedő tumor	Sacralis mirigyek	Exstirpatio recti	4 hó mulva recidiva mirigyekből és metastasisokból kiindulólág. 7 hó mulva exitus
	8	17	nő	6 hó	—	6 cm. az anus fölött circularis exulcerált tumor	Sacralis mirigyek	Exstirpatio recti 18 cm.	Collapsusban 3 óra mulva exitus.
	9	18	fi	5 hét	—	2 cm.-nyire az analís nyílás fölött circularis kemény tumor	Sacralis és iliacalis mirigyek	—	Inoperabilis
	10	19	nő	2 éve	Vérzések	A rectum alsó része a sphincter II-ig kemény tumor masszába olvadva	Sacralis mirigyek	Exstirpatio recti	Exitus peritonitisben. Bonczoláslelet: Metastasisok nincsenek
	11	20	nő	5 hó	—	Rectum alsó részének circularis tumora	Sacralis mirigyek	Exstirpatio recti	Gyógyult. 1 év mulva exitus localis recidivában és metastasisokban
	12	21	nő	¾ év	—	Exulcerált, összekapaszkodott tumora a rectum alsó részének	Multipl. mirigyek	Exstirpatio recti	Gyógyulatlan távozott
	13	21	nő	1½ év	Obstipatio	Az analís nyílástól 2 cm.-re exulcerált circul. tumor	Sacralis mirigyek	Exstirpatio recti 25 cm.	Gyógyult (?)
	14	25	fi	2 év	Vérzések	Circularis tumor, felső határ el nem érhető	Sacralis mirigyek	Exstirpatio recti	Gyógyult (?)
	15	26	nő	1 év	—	Az egész rectum kemény daganattá átalakult	Mirigyek és metastasisok	—	Inoperabilis
	16	26	nő	6 hó	—	Circularis fixált tumor	—	—	Inoperabilis. Fürdés közben hirtelen exitus
	17	26	fi	2 év	Aranyeres csomók, több év óta rendetlen székletét	Az elülső rectumfalán ökölnyi fekélyes tumor	—	Exstirp. part. recti	Gyógyult (?)
	18	28	fi	½ év	—	Rectum dudorzos circularis tumora	Sacralis és iliacalis	—	Inoperabilis
	19	28	nő	2 év	—	Circularisan sphinct. III-ig terjedő tumor	Sacralis és iliacalis	—	Inoperabilis
	20	28	fi	6 hó	Vérzések	Elülső és oldalsó falon fixált tumor	Sacralis mirigyek	Exstirpatio recti	Gyógyult (?)
	21	29	fi	10 hét	Obstipatio	Circularis, az anuson ülő fixált tumor	Metastasisok	—	Inoperabilis
	22	29	nő	1 év	Obstipatio	Circularis tumor, felső határa nem érhető el	Sacralis metastasisok	—	Inoperabilis

Szerző	Sorszám	Kor	Nem	Betegség kezdete	Anamnesis	Jelen állapot	Mirigymegbetegedés	Therapia	Megjegyzések
<i>P. Csesch</i> (Mikulicz-klinikáról) 109 eset közül, 1897	23	18	fi	8 hó	Gyermekkora óta vérzések, 8 év óta hasmenések	Circularis tumor. Anus szabad. Elülső falon számos nyálkahártya-polypus. A tumor a keresztcsonttal összenőtt és abszolút mozgathatlan	—	—	Inoperabilis
	24	22	fi	1 év	—	Az egész alsó részt befoglaló tumor	Sacralis mirigyek	Amputatio recti	Gyógyult. 5 hó mulva exitus
	25	25	fi	6 hó	—	A sphincteren kezdődő a hólyaggal összekapaszkodott circul. tumor	—	—	Inoperabilis. 4 hó mulva exitus
	26	26	fi	13 hó	—	Promontorium alatt ülő circularis tumor	—	Ventro-sacralis exstirpatio	20 nap mulva exitus profus hasúri vérzésben
	27	27	nő	—	—	3½ cm.-rel az anus fölött circularis tumor	—	Exstirpatio recti	4 nap mulva exitus sepsisben
	28	27	nő	—	—	A vaginára áttérjedő circularis tumor	Sacralis mirigyek	Resectio a hátulsó vaginafal eltávolításával	Gyógyulás. 8 hó mulva recidivában exitus
	29	28	nő	—	—	Elülső falon, sphinct. fölött kezdődő tumor, felső határ elérhető	—	Circularis resectio a sphincter megtartásával	1 év 5 hó mulva fájdalmak megerősítő munkánál, székét tartani tudja
	30	29	nő	1 év	Obstipatio	Circularis, stenosis okozó tumor	—	Exstirpatio recti	2¾ hó mulva exitus
<i>E. Lobstein</i> (Czerny-klinikáról) 1892—96.-ig 40 eset, 1897	31	13	fi	6 hó	—	Promontorium alatt a középvonalban, elmozgatható	—	Harántresectio, hashártyamegnyitás és elvárrás. 8 cm. bélresectio, circularis varrat	Gyógyulás, kis sipolylyal elbocsáttott. 1 év mulva recidívával jelentkezett, colostomiába nem egyezett
<i>W. Wendel</i> (Küster-klinikáról) 126 eset közül, 1898	32	26	fi	—	—	Magasan ülő circularis stenotizáló carcinoma	Számos májmetastasis	Próbalaparotomia, egy májgöb eltávolítása szövettani vizsgálat céljából	Hengerhámsejtes rák. Műtét után 14 nap mulva exitus marasmusban
	33	19	nő	—	—	Az elülső rectumfalon ülő, nem magasra terjedő, közvetlen az anus fölött két kemény, jól elhatárolható fekély által elválasztott csomóból állott. Vagina szabad	Mirigy és belső szervei metastasisok ki nem mutathatók	Amputatio recti, 5 cm. h. bél eltávolítása	Per primam gyógyulás, de 6 hó mulva már inoperabilis recidiva. Egész gát, hátulsó vagina és végbél egy rákmassát alkot. Exitus 1 év és 1 hó mulva a műtétől számítva
<i>Fr. Schneider</i> (Garré-klinikájáról) 116 eset közül, 1900	34	14	fi	1 év	2 év előtti székletétkor diónyi végbél-előesés, ez időtől minden székeleskor kevés vérzés	Az analis nyílás fölött 3 cm.-re kezdődő, főleg a hátulsó és oldalfalakra terjedő, scirrhusos, erősen infiltráló tumor	—	Anus sacralis. A tumor a keresztcsonttal való erős összenövés miatt gyökeresen nem távolítható el	1894 márczius 23.-án javultan, sárgászöld sebbel távozik. 1897 április 10.-én exitus recidivában (3 éven túl élt)
	35	15	nő	—	1½ év óta rendetlen székletetek, ezenkívül mind fájdalmasabbá váló ürülések. Geny és vér	Az egész rectum stenotizáló circularis carcinomás infiltrációja, e miatt a felső határ alig érhető el, a hüvelyfallal összekapaszkodott	—	—	A beteg igen gyenge és lesoványodott. Inoperabilis
	36	17	nő	2 év	7 éves kora óta végbél-előesés vérzésekkel. 2 év óta előesés kimarad. (Egybeesik a carcinoma keletkezésével.) 1 év óta vérzések és spontán székürülés	A végbél alsó része a kemény, kifehéjesedett, könnyen vérző daganattól erősen szűkített. (Szövettani vizsgálat: a hypertrophiás muscularisba messze betérjedő epithelialis újképződés)	—	Amputatio recti perinealis, a daganatos rész teljes kiirtásával	Zavartalan gyógyulás. Műtét után 2 hónap mulva hirtelen exitus

Szerző	Sorszám	Kor	Nem	Betegség kezdete	Anamnesis	Jelen állapot	Mirigymegbetegedés	Therapia	Megjegyzések
Fr. Schneider (Garré klinikájáról) 116 eset közül, 1900	37	21	nő	1 év	Gyermekekora óta szenved obstipatióban. 2 év óta fájdalmak a végbélben, 1 év óta gyakori vérzések is. 8 nap óta nincsen széke	Has erősen puffadt, dobos kopogtatási hang. Az analis nyílás fölött 3-4 cm.-re egy körkörös, a környezettel erősen összekapaszkodott carc., melynek felső határa ujjkúppal éppen elérhető	—	Colostomia	Műteti seb gyógyult, 3 naponkénti székszabályozás ópiummal és hashajtókkal. 5 hó 11 nap mulva exitus
	38	23	nő	1 év	1 év előtt égető fájdalmak a végbélnyílásban, majd borsónyi daganat	A sphincter fölött, főleg bal oldalán kezdődő, erősen infiltráló, az analis nyíláson is diónyira kiemelkedő exulcerált tumor, mely az elülső falon 5-6 cm.-re felterjed	Kiterjedt tapintható sacralis mirigybeszűrődés	—	A daganatkiterjedés és mirigyinfiltratio miatt műtét nem végeztetett. 1 év mulva exitus
	39	27	fi	—	2½ év óta erős székletéti inger, de csak kevés nyálkás székletét. ½ éve inoperabilis carcinoma miatt végbélmosások. Most elzáródás	Közvetlen a sphincter fölött az elülső és hátulsó falra kiterjedő, összekapaszkodott carcinomás massa, felső határ nem érhető el. Has puffadt, ascites nincsen, flexura bélsárral telt	—	Kétszakaszos colostomia, ujjal a tumor felső határa 1½ harántujjnyira az anus praeternaturalistól tapintható.	Műtét: 1898 szeptember 11. Exitus: 1899 kezdetén.
H. Wolff (Bergmann-klinikáról) 155 eset közül, 1901				—	—	—	—	—	20-25 év között 4 eset 25-30 " " 3 " közölve Közelebbi adatok nincsenek " közölve
W. Prutz (Eiselsberg-klinikáról) 75 eset közül, 1901	40	18	nő	—	A carcinoma polyposis recti alapján fejlődött	—	—	a) Resectión, b) amputación, c) colostomián ment keresztül	A 3. műtét utáni elbocsátásakor a betegség ossztartama 1 év és 5 hónap, az exitus ideje ismeretlen
				—	—	—	—	—	20 éves korban fordult elő cc. recti még két leányon. Közelebbi adat hiányzik
H. Lorenz (Hochenegg-klinikáról) 133 eset közül, 1901	41	20	nő	—	—	Ampullaris carcinoma az elülső falon, felső határ elérhető	Sacralis mirigyek	Amputatio recti a hátulsó vaginafal resectiójával. Anus sacralis	2½ hónap után (közléskor) recidivamentes
	42	21	nő	—	—	Polyposis recti	—	Amputatio recti, 4 cm. a flexura sigmoideából iseltávolítva. Anus sacralis	8 év mulva exitus carcinomás inoperabilis recidivában
	43	22	fi	—	—	Ampulla-carcinoma 6 cm.-re a sphincter fölött az elülső falon	—	Amputatio recti, prostatával a dag. össze volt növe. Anus sacralis	2½ hó mulva recidiva, további sorsa ismeretlen
	44	25	fi	—	—	Ampullaris carcinoma, felső határ nem érhető el	—	Resectio a periton. megnyitásával, circularis varrattal	Fistulával gyógyult. 1 év mulva megjelent fistulazárás czéljából recidiva nélkül
	45	26	fi	—	—	Ampullaris carcinoma az elülső falon, jól elérhető	—	Amput. recti, anus sacralis	14 hó mulva recidivában exitus
	46	29	nő	—	—	Ampullaris carc. az elülső falon, jól elérhető	—	Resectio, „Durchziehmethode“	3 év 5 hó mulva recidiva miatt végzett műtét után collapsusban exitus

Szerző	Sorszám	Kor	Nem	Betegség kezdete	Anamnesis	Jelen állapot	Mirigymegbetegedés	Therapia	Megjegyzések
<i>H. Lorenz</i> (Hochenegg-klinikáról) 133 eset közül, 1901	47	29	nő	—	—	Ampullaris carc. az elülső falon, jól elérhető	—	Resectio, „Durchziehmethode“	2½ hó után (közlés idején) recidivamentes
<i>K. Vogel</i> (Schede-klinikáról) 61 eset közül, 1901	48	24	nő	¾ év	Fájdalmak	A sphinct. int. fölött kemény, mozgatható, ujjal elhatárolható tumor	Mirigyek nem tapinthatók	Időleges keresztcsont-resectio, circularis amputatio a sphincter megtartásával	Bélelhalás, 6 nap mulva műtét után exitus peritonitis diffusában. Adenocarcinoma gelatin.
	49	26	nő	—	—	A rectum „in eine kuglige Masse umwandelt“. A környezettel erősen összenőtt	—	Colostomia. Anus praeternaturalis	8 hó mulva exitus
<i>Steiner Pál</i> (Dollinger-klinikáról) 49 eset közül, 1905	—	—	—	—	—	—	—	—	24 és 28 éves végbélrákos beteg. Közelebbi adat hiányzik.
<i>K. Richter</i> (Poppert giesseni klinikáról) 64 eset közül, 1906	50	27	nő	2 hó	Nagyon gyöngének érzi magát	A sphincteren circularisan ülő, stenotizáló, csak kevéssé mozgatható tumor; melynek felső határa nem érhető el	Sacralis mirigyek	A környezettel erősen összenőtt rectum felszabadítása. Anus sacralis	5 hó mulva recidivában exitus
<i>J. Petermann</i> (Rotter osztályáról) 155 eset közül, 1906.	51	22	fi	5 hó	2 hó óta typosus panaszok	Tumor a külső sphinct. fölött, közelében kezdődik, circularis, fekélyes, felső határa el nem érhető	—	Amputatio recti sacralis úton. Anus sacralis	Gyógyult. 1 év mulva exitus localis recidivában
	52	24	nő	5 hó	Typusos panaszok	Lesoványodott anaemiás nő. Ampulla alsó részében circularis, a hátulsó vaginafallal erősen összenőtt, fekélyes tumor, felső határa elérhető	Sacralis mirigyek	Amputatio recti (perinealis). A jobb infiltrált parametrium egy része, a hátulsó vaginafal jó része reszekálva. Anus perinealis	Műtét nagy vérvesztéssel járt. 12 órával a műtét után collapsusban exitus
	53	26	fi	½ év	Könnyű panaszok, vérzések kisebb mértékben. Egy széles alapon, magasan ülő nyálkahártyapolypus találtatott, melynek eltávolítása ajánltatott, de a műtét elmaradt. 4 hét óta erős vérzés és nyálkás székelés, tenesmus	Erőteljes férfi. Az elülső falon a sphinct. ext. fölött kb. 5 cm.-re kezdődő, 5 márka nagyságú, kemény, exulcerált tumor található	—	Resectio recti coccyg., circularis bélvarrattal	5 nap mulva varrat teljesen szétmegy. Beteg anus sacralissal távozik. Műtét után 10 hó mulva exitus localis recidivában

Szerző	Sor-szám	Kor	Nem	Betegség kezdete	Anamnesis	Jelen állapot	Mirigymegbetegedés	Therapia	Megjegyzések
A. Zinner (Hochenegg-klinika-ról) 201. eset közlő, 1909	54	22	nő	—	—	Ampullaris carcinoma közvetlen a sphincter fölött	—	Amputatio recti. A jobb ureter megsértése miatt resectioja és inplantiója a hólyagba. Anus sacralis	2 hó múlva a jobb oldali vese exstirpációja pyelonephritis miatt. Műtét után 5 hó 10 nap múlva exitus recidivában és carcinosis peritoneiben
	55	23	nő	—	2 1/2 év előtt normális partus. Terhesség alatt végbélvérzések. Ezóta időnkint vérzések	Magasan ülő carcinoma az elülső falon	—	Resectio circularis varrattal	Sacralis fistulaképződés részlegesen continentálval. 1 év 10 hóig volt recidivamentes, midőn localis recidiva vált kimutathatóvá. Carcinoma adenomatosum gelatinosum
	56	25	nő	3 hó	3 hó óta obstipatio, fájdalmak és vérzés székletétkor	Az ampulla elülső falán diónyi exulcerált carcinoma	—	Amputatio perinealis	3 év 6 hónapig volt recidivamentes, ekkor Amerikába vándorolt ki, sorsa ismeretlen
	57	28	nő	6 hét	Anyja rákban halt meg. 6 hét óta diarrhoeák; vérzések székletét közben	Magasan ülő circularis carcinoma, mely nehezen mozgatható. Nyomásra érzékenysége a bal hypochondriumban	—	Resectio circularis varrattal	A hátulsó bélfal necrosisa, e miatt anus sacralis áll elő. Műtét után 1 1/2 évre exitus. Bonczolás: A kis medence mirigyei, a jobb csipőcsont, a tüdő, az elülső mediastinum metastasisai. Carcinoma adenomatosum acinosum
	58	28	nő	2 hó	Obstipatio és fájdalmak, vérzések székletétkor	Magasan ülő carcinoma az elülső falon	—	Resectio circularis varrattal, a hátulsó vaginátal resectioja	Continentia tökéletes. 2 3/4 év óta recidivamentes (közlés idején). Carc. adenomat. fibrinosum

Laparotomia explorativa. Távozik 1909 december 23.-án.  
Exitus: 1910 február 11.-én.  
A reszekált omentum szövettani vizsgálata *adenocarcinoma gelatinosum alveolaret* mutatott ki.

3. S. J. 20 éves, földmives, felvétetett 1904 április 5.-én. Előadja, hogy székletétkor jelentkező vérzései miatt a katonaságtól ideiglenesen szabadságot kaptak. Székletét alkalmával fél év óta időnként, utóbbi időben mind sűrűbben jelentkező vérzései teszik egyetlen panaszát.

A jól táplált erőteljes beteg végbélvizsgálatakor az analis gyűrűtől körülbelül 2-3 cm. távolságban kezdődő, de dissemináltan a sphincterre is ráterjedő, a prostata felé rögzített, de különben elég jól mozgatható, exulcerált és érzékeny felületű daganat található, melynek felső határa az ujjkúppal elég könnyen elérhető.

Műtét 1904 április 12.-én chloroform-aether-narcosisban. A daganatot *Kraske*-féle műtéttel távolítottam el.

A beteg sacralis anussal 1904 május 3.-án távozott  
A daganat szövettani vizsgálatát *Feldmann* akkori tanársegéd végezte és *adenocarcinoma gelatinosumot* állapított meg.

A betegről az 1906. évi III. közkórházi ülésen referáltam, a midőn a beteg még teljesen munkabíró és egészséges volt.

A beteg értesülésem szerint 1907 májusában halt meg, állítólag csak 2-3 hónapig betegeskedett. Legnagyobb valószínűséggel recidivában pusztult el.

4. V. D. 20 éves hivatalnok, felvétetett 1908 augusztus 17.-én. Előadja, hogy néhány nap óta fájdalmas és időnként véres székletéte van. Nagyobb erőlködésnél a végbélnyíláson valami daganatféle nyomul ki, melyet ujjával kell visszatolnia.

A sovány, de egészségesnek látszó beteg végbélvizsgálatakor a beteg erőlködésére s a sphincter szétfeszítésére egy körülbelül gesztenyenagyságú, dudorzos, bársonyos felületű, igen vérékeny daganat nyomul az analis gyűrűbe. A daganat rövid hengeres kocsánnyal körülbelül 2-3 cm.-nyire az analis gyűrű fölött széles, beszűremkedett, de egészében könnyen elmozgatható alappal ül a végbél hátulsó falán. A daganat külseje tökéletesen *polypus rectire* vallott.

Műtét 1908 augusztus 18.-án helybeli anaesthesiaiban. A sphincter szétfeszítése mellett a daganatot a kocsánnyal együtt excindáltam.

Tekintettel a daganat alapjának említett szélesen beszűremkedett voltára, közvetlen a műtét után figyelmeztettem a beteget, hogy ezt a műtétet ne tekintse véglegesnek s az eltávolított daganat szövettani vizsgálatának eredményétől teszzük függővé egy újabb gyökeres műtét végzésének szükségességét

Az *Entz* tanársegéd által végzett szövettani vizsgálat a daganatot igen rosszindulatú *adenocarcinomának* mutatta.

A beteg azonnali gyökeres műtétről hallani sem akart s augusztus 24.-én látszólag gyógyultan távozott.

A beteg 1908 október 21.-én már csaknem az inoperabilitás határán álló daganattal vétetett fel újból az osztályra. Székelni már csak erős hashajtókra és nagy fájdalom kíséretében tud.

A lesoványodott beteg végbélvizsgálatakor közvetlen a sphincter ani fölött kiinduló s erre is részben ráterjedő, felfelé tölcserzerűen szűkülő, a kis ujjat alig befogadó, exulcerált, vérékeny felületű, úgy előre, mint hátra erősen összekapaszkodott daganat található, melynek felső határa a szűkület miatt nem állapítható meg.

A has kissé puffadt, de puha, sehol sem érzékeny s benne göb vagy daganat nem tapintható.

Műtét 1908 október 26.-án aethernarcosisban. A daganatot *Kraske*-műtéttel csak nagy nehézséggel, a prostata és a vesiculae seminales egyidejű exstirpációjával tudtam eltávolítani. A flexura lehozatalakor a hasüregbe betapintva, elváltozást még nem találtam.

A flexura kivarrásával anus sacralist létesítettem.  
Daczára annak, hogy a műtét alkalmával a hasüregben elváltozás még nem volt található, a beteg már 1908 december 15.-én localis teljes gyógyulás mellett és localis recidiva hiányában hasüri metastasis (kitapintható göbök és daganatok, hasvízkór) következtében cachexiában elpusztult.

A daganat szövettani vizsgálatának eredménye azonos volt az előzővel. A betegség feltűnően rohamos lefolyása igazolta az első szövettani vizsgálat rossz prognosist.

5. F. A. 21 éves kereskedő 1909 szeptember 5.-én jelentkezett a járóbeteg-rendelésen.

Előadja, hogy néhány hét óta székelési nehézségei vannak, csak hashajtóra van széke, mely első ízben 2 nap előtt volt véres.

Az erőteljes, jól táplált beteg végbélvizsgálatakor az analis gyűrű fölött kb. 3 cm.-nyire kezdődő, a rectum falát körkörösén befoglaló, a környezettel úgy előre, mint hátra erősen összekapaszkodó, exulcerált, érzékeny felületű, a mutatóujjat még jól befogadó daganat található, melynek felső határa az ujjkúppal éppen csak kitapintható.

A beteg a szövettani vizsgálat céljából eszközlendő próba-excisioról vagy próba-excochleatióról, pláne műtét beavatkozásról hallani sem akart.

A végbéldaganat jellege ezért szövettani vizsgálattal megállapítható nem volt, de a klinikai lelet kétségtelenül *inoperabilis carcinoma* mellett bizonyít.

*Összegezve eseteinket:* Az észlelésünk alatt állott 5 fiatalkori carcinoma valamennyije fi volt. Közülük egy volt 16 éves, egy 18 éves, kettő 20 éves és egy 21 éves.

Az 5 közül 4 esetben végeztünk műtétet és pedig: két esetben *Kraske*-féle műtétet, egy esetben coeliocolostomiát és egy esetben exploratív laparotomiát. 2 esetben volt tehát még gyökeres műtét végezhető. A 2 gyökeresen műtett közül teljes 2 évig biztosan recidivamentesen, de 3 éven túl élt 1 beteg, a többi 3 műtett beteg műtét utáni élettartama 2—3 hónap között változott.

\* \* \*

*Schoening* az orvosi irodalomból 1894-ig közölt s a II. decenniumban előfordult 15 végbélrákos esetet gyűjtött össze, melyek közül a legfiatalabb volt 12 éves (*Mayo*), s a legidősebb 20 éves (*Billroth*).

1894-től számítva 14 sebészi klinika végbélrákos statisztikai kimutatásából az első III. decenniumban előfordult megbetegedéseket — a határon álló 30 évesek kizárásával — áttekinthetőség céljából a mellékelt táblázatba foglaltam össze:

Ezen táblázatból kitűnik, hogy 14 sebészi klinika 1613 végbélrákos betege közül 69 esetben (58 részletesen közölve) fordult elő fiatalkori végbél-carcinoma, a mi 4·27%-nak felel meg. Mindenesetre oly tekintélyes szám, mely a fiatalkori végbélrákok előfordulásának gyakoriságát illetőleg az eddig hirdett tanoknak ellenmond.

Az 58 részletesen közölt eset a betegek korát és nemét illetőleg következőképpen oszlik meg:

Év:	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Fi:	1	1	—	1	—	2	—	—	1	3	—	1	3	4	3	2	2
Nő:	—	—	1	1	2	1	2	2	4	1	2	2	2	3	3	4	4
Össz.:	1	1	1	2	2	3	2	2	5	4	2	3	5	7	6	6	6

Életszakok szerint:

Éves:	10—15	15—20	20—25	25—30	Összesen
Fi...	2	3	8	11	24
Nő ...	1	8	11	14	34
	3	11	19	25	58

58 eset közül a carcinoma előfordult a II. decenniumban 14-szer (24·13%), a III. decenniumban 44 ízben (75·87%), tehát a II. decenniumban előforduló végbélrákos megbetegedések a III. decenniumban előfordulóknak csak 1/3 részét teszik.

A nemet illetőleg a végbélrákos megbetegedés e táblázat szerint a II. és III. decenniumban csaknem 1/6-dal gyakoribb nőkben, mint férfiakban, holott a későbbi korban a statisztikai kimutatások szerint kivétel nélkül gyakoribb, sőt némelyik szerint csaknem kétszer oly gyakori férfiakban, mint nőkben. (*Pichler*: 60·6:39·4%, *Petermann*: 67:33%, *Zinner*: 64:36%.)

A megbetegedés székhelyét illetőleg 11 esetben ült a carcinoma a sphincteren, 27-szer volt ampullaris eredésű, 7 esetben magasan a promontorium alatt foglalt helyet, 9 esetben a rectum egész alsó részét és 3 esetben az egész rectumot foglalta el. A daganat 33-szor — több mint az esetek felében — volt circularis-stenotizáló (56·89%), s csak 14 esetben (22·22%) ült az elülső falon.

Látjuk, hogy a fiatal korban is, úgy mint az idősebben, a carcinoma leggyakrabban az ampullaris részben található, de míg idősebbekben leggyakrabban (*Zinner*: 75·4%) csupán a rectum elülső falán foglalt helyet, addig a fiatal korban az esetek több mint felében circularis elhelyeződésű.

A betegség aetiologiáját és előzetes tartamát illetőleg a feljegyzések nem eléggé megbízhatóak és kellő felvilágosítást sem nyújtanak.

Általában mondhatjuk, hogy az anamnesis adatai nagyjában azonosak az idősebb korban hangoztatott panaszokkal. Obstipatio, rendetlen székletétek, székelési fájdalmak, időnkénti vérzések találhatók anamnestikus adatként, melyek 2 1/2 hótól 2 évig visszamenőleg állanak fenn. Két

ízben (2 év óta és 7 éves kortól) végbéllelőesések panaszoltnak, egy ízben polyposis recti (40. eset) és egy ízben polyposis recti (53. eset) alapján fejlődött ki a carcinoma. Egy esetben a beteg anyja rákos megbetegedésben halt meg.

A fiatalkori végbél-carcinomák szövettani jellegét illetőleg: 56 esetben (az 57. és 58. eset kivételével) carcinoma gelatinosum volt jelen, mely a 30. életéven túl csak elvétve található s melynek előfordulása valóságos jellemző a fiatal korban. A táji nyirokmirigyek korai fertőzésével, korai metastasisok létesítésével, kétségkívül első sorban van kihatással a fiatalkori végbél-carcinomák rossz prognózisára.

A mi a fiatalkori rákok therapiáját illeti, a követett műtéti eljárások az 58 esetben következőképpen oszlanak meg:

Végeztetett:

Exstirpatio recti perinealis ...	17	esetben
Anus sacralis ...	12	"
Resectio circularis varrattal ...	12	"
Ventro-sacralis exstirpatio ...	1	"
Colostomia ...	3	"
Explorativ laparotomia ...	1	"
Resectio circ. ani, majd amputatio recti, végül colostomia ...	1	"
Inoperabilis volt a carcinoma ...	11	"

Az 58 eset közül tehát a daganat 11 esetben egyáltalában nem, és 4 esetben gyökeresen nem volt operálható, szemben a 43 radicalisan operálható esettel. A gyökeres műtét tehát 74·13%-ban volt végezhető.

Ha összehasonlítjuk ezt a percentuatiót az idősebbkori, gyökeresen operálható végbélcarcinomák percentuatiójával (*Petermann*: 70·9%, *Vogel*: 78%, *heidelbergi klinika*: 71%, *Bergmann-klinika*: 80%, *freiburgi klinika*: 75% stb.), azt találjuk, hogy a fiatalkori végbélcarcinomák radicalis operálhatósága lényegesen nem különbözik, tehát nem is rosszabb az idősebb korban előforduló végbélrákokénál. Bár meg kell jegyezni, s azt hiszem a valóságnak meg is felel, hogy úgy mint idősebbkori végbélrákoknál, fiatal korúaknál is az inoperabilissá válásban sokszor lényeges szerep jut a kezelő-orvos felületességének. Míg az idősebb korban a betegek, dacára a rák manifest tüneteinek, digitalis vizsgálat hiányában aranyeres bántalomban szenvedők gyanánt kezeltetnek, a fiatalkori végbélrákosok mint végbélhurutban szenvedők suppositoriumokkal és fűrésztékekkel gyógyítatnak mindaddig, míg végül az elgyengülés, a beálló cachexia, vagy az erősebb, kezeléssel dacoló vérzések felhívják az orvos figyelmét a baj komoly voltára, illetőleg a digitalis vizsgálat eszközzésére. Gyanus esetekben tehát a fiatal korban se mulasztjuk el a digitalis, a proctoskoppal, esetleg rectoromanoskoppal eszközözendő vizsgálatot.

A fiatal korban megbetegedett 58 végbélrákos beteg prognosist tekintve, a 47 radicalisan műtett közül 9 néhány órával vagy nappal halt meg a műtét után, a mi 19·14% műtéti mortalitásnak felel meg, és pedig: exstirpatio recti perinealis után 4, exstirpatio recti sacralis után 2, resectio circularis után 2, ventrosacralis resectio után 1 beteg.

A halál oka volt: collapsus 3, marasmus 2, peritonitis 2, sepsis 1, profus hasúri vérzés 1 esetben.

Ha figyelembe vesszük azt, hogy a végbélrákok átlagos műtéti mortalitási százalékát *Kronlein* 881 eset alapján 19·4%-ban, újabban *Rave* 335 eset alapján 20·0%-ban *Zinner* (Hochenegg-klinika) 201 eset alapján 16·8%-ban állapítja meg, statisztikai kimutatásunk szerint a fiatal korban előforduló végbélrákok műtéti mortalitása pedig 19·14%-nak felel meg, akkor kimondhatjuk, hogy a fiatalkori végbélrákok műtéti mortalitása, dacára a fiatal korral járó erősebb ellenállóképességnek, az idősebb koruakétól lényegesebb eltérést nem mutat. Ennek magyarázatát abban találom, hogy a fiatalkori végbélrákok később diagnosztikáltván, a daganat kiterjedtebb, környezetével jobban összekapaszkodott, a miért természetesen a műtéttel járó és exitushoz vezető localis complicatiók esélyei is nagyobbak.



Annál szomorúbb, sőt mondhatnók vigasztalan a kép, ha a fiatalkori műtett végbélrákok prognosist az idősebb korúakéval a végleges eredmény (Dauerresultat) szempontjából hasonlítjuk össze.

A 47 műtett beteg közül:

recidivában 1 éven belül meghalt	18 beteg
" 2 " " "	4 " "
" 3 év mulva "	1 " "
" 3 év és 5 hó mulva "	1 " "

Sorsa ismeretlen 8 betegnek.

A statisztikai közlemények megjelenésekor:

recidivamentes volt	2 $\frac{1}{2}$ hó óta	2 beteg
" " 1 év "	" "	1 " "
" " 1 év és 5 hó "	" "	1 " "
" " 2 " és $\frac{3}{4}$ " "	" "	1 " "
" " 3 " és 6 " "	" "	1 " "

A 47 műtett beteg közül tehát egy éven belül recidivában meghalt az esetek 38·29 $\frac{0}{10}$ -a; ha ehhez hozzászámítjuk a műtét után elhaltak számát is, egy éven belül meghalt 57·44 $\frac{0}{10}$ .

Ezzel szemben végleges eredményről csak egy esetben (56. eset) szólhatunk, mely 3 év és 6 hó óta recidivamentes s ennek is a további sorsa ismeretlen. Ez megfelel 2·12 $\frac{0}{10}$  végleges eredménynek.

Ha tekintetbe vesszük, hogy idősebb korú műtett rák-esetekben Dollinger 25 $\frac{0}{10}$ , Zinner 25 $\frac{0}{10}$ , Kocher 25·75 $\frac{0}{10}$ , Rotter 27·8 $\frac{0}{10}$ , Herczel 37·5 $\frac{0}{10}$  „Dauerresultat“-ról tesz említést; továbbá, hogy több szerző a végleges eredmény mértékül az 5 éven túli recidivamentességet tekinti: statisztikánk alapján fiatal korban előforduló végbélrákos megbetegedésekben műtét utáni „Dauerresultat“-ról alig beszélhetünk.

A fiatal korban előforduló végbélcarcinómák tehát úgy a recidiva, mint a műtét után várható végleges gyógyulás szempontjából absolut rossz prognosist nyújtanak, a mennyiben az esetek több mint felében részben a műtéthez társuló complicatiók, részben recidiva folytán már az első évben halálos kimenetelűek, recidivamentesség pedig 3 éven túl alig várható.

Statisztikánk eredményeit következőkben foglalom össze:

1. Az I. decenniumban végbélrákos megbetegedést közölve nem találtam.
2. A II. decenniumban előforduló végbélrákos megbetegedések a III. decenniumban előfordulóknak csak körülbelül  $\frac{1}{3}$  részét teszik.
3. A II. és III. decenniumban a végbélrákos megbetegedések csaknem  $\frac{1}{6}$ -dal gyakoribbak nőkben, mint férfiakban.
4. Az aetiologiat illetőleg az anamnesis adatai, kivéve a végbélelőesést, úgyszólván azonosak az idősebb korban előfordulókéival.
5. 58 eset közül 56 esetben a szövettani vizsgálat carcinoma gelatinosumot derített ki.
6. A fiatalkori végbélcarcinómák gyökeres operálhatósága nem rosszabb az idősebb korúakénál.
7. A fiatalkori végbélcarcinómák műtéti mortalitása, dacára a fiatal korral járó erősebb ellentállóképességnek, az idősebb korúakétól lényegesebb eltérést nem mutat, a minnek magyarázata a késői diagnózis miatt a daganatok kiterjedtebb s így a műtéti beavatkozások esélyeinek rosszabb voltában található.
8. A fiatal korban előforduló végbélcarcinómák úgy a recidiva, mint a műtét után várható végleges gyógyulás szempontjából absolut rossz prognosist nyújtanak, a mennyiben az esetek több mint felében, részben a műtéthez társuló complicatiók, részben recidiva folytán már az első évben halálos kimenetelűek, recidivamentesség pedig 3 éven túl alig várható.

**Irodalom:** O. Föderl: Beiträge zur Chirurgie des Rectums u. Uterus. Wiener klin. Wochenschr. 1894. — K. Funke: Erfahrungen über die operative Behandlung des Rectumcarcinoms. Zeitschrift f. Heilkunde. 18. k. 1897. — P. Csesch: Beitrag zur Statistik der Rectumcarcinome und ihrer operativen Behandlung. Beitr. zur klin. Chirurgie. XIX. k. 685. o. 1897. — E. Lobstein: Über die Methoden der Mast-

darmexstirpation. Berl. klin. Wochenschr. 1897. 30. és 31. sz. — W. Wendel: Zur Statistik u. Therapie der Rectumcarcinome. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 50. k. 289. o. 1898. — Fr. Schneider: Die Behandlung des Rectumcarcinoms und ihre Erfolge an der Rostocker chirurg. Klinik. Beiträge z. klin. Chir. 26. k. 405. o. 1900. — H. Wolff: Über die Radikaloperation des Mastdarmkrebses. Archiv f. klin. Chir. 62. k. 232. o. 1900. — W. Prutz: Beiträge zur operativen Behandlung des Mastdarmkrebses. Archiv f. klin. Chir. 63. 591. k. 1901. — H. Lorenz: Unsere Erfolge bei der Radikalbehandlung bösartiger Mastdarmgeschwülste. Archiv f. klin. Chir. 63. k. 854. o. 1901. — K. Vogel: Zur Statistik u. Therapie des Rectumcarcinom. Zeitschr. f. Chir. 59. k. 312. o. 1901. — Steiner P.: Adatok a rák statisztikájához, különös tekintettel az egyet. I. sz. sebészeti klinikán elért eredményekre. Orvosi Hetilap, 1905. — K. Richter: Über die auf der Giessener Klinik erzielten Erfolge bei den Radikaloperationen des Mastdarmcarcinoms. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 81. k. 105. o. 1906. — J. Petermann: Über Mastdarmkrebs. Archiv f. klin. Chir. 80. k. 1. o. 1906. — A. Zinner: Über den Mastdarmkrebs. Archiv. f. klin. Chirurgie. 90. k. 933. o. 1909.

### Salvarsannal ambulanter gyógykezelt 77 betegről.

Irta: Auszterveil László dr., Arad.

A 77 ambulanter gyógykezelt beteg közül 20-on 29 ízben végeztem, egypárszor assistentiával, az esetek nagyobb felében egyedül a salvarsan intravenás befecskendezését. Bár a szerzők nagy része nem ajánlja járó betegeken a salvarsannal intravenás befecskendezését: ezt elfogadva, a vidéken, ahol sanatorium nincs, csak kórházban részesülhetnek a betegek az intravenás befecskendezés előnyeiben. Minthogy Schreiber, Iversen, Weintraud, Duhot és Hoffmann ambulans betegeknek is adták a salvarsant intravenásan az utóbbi időben, a mióta maga Ehrlich is az intravenás befecskendést mondja legjobbnak, s mivel a szer így szabatosan meghatározott mennyiségben, aránylag koncentráltan hirtelen általjárja az egész vérkeringést, illetve az egész szervezetet, s azért az intravenás eljárás értékesebb beavatkozásnak látszik, mintha egy bőralatti vagy izomközötti salvarsan-depotból csak kis mennyiségű szer szívódik fel egyszerre és így aránylag csak nagyon hígítottan kerülhet a szer a vérpályába, nem is említve azon fontos tapasztalati tény, hogy a befecskendezés helyén ilyenkor még fél év mulva is kimutattak salvarsant nagy mennyiségben, az eredetileg bejuttatott mennyiség nagy hányadát még ott találva s így ezen mennyiség nem járulhatott hozzá a szervezetnek a spirochaeta pallida elleni sterilizálásához: lehetőleg csak intravenás befecskendezést végeznek, hacsak külső körülmények, pl. az ellenőrzés lehetetlensége, discretio, stb. nem kényszerítenek más eljárásra. Nézetem szerint intravenás injectiót minden veszély nélkül ambulanter is lehet adni a következő elővigyázatosság mellett: a beteget az orvos a befecskendezés után azonnal kocsin kísérje haza, fektesse le és az első 3—4 órában többször látogassa meg, gondosan ellenőrizve az érverést és a szív-működést; álljon rendelkezésére jó szívizogató szer: digipuratum, coffeinum vagy kámfor, hogy szükség esetén gyorsan a bőr alá fecskendezhessen belőle. Külömben 20 betegen 29 ízben végzett intravenás injectio után egyszer sem kellett szívizogatót adnom, mert collapsus vagy szívgyengeségre utaló tünetek egyszer sem mutatkoztak.

Nagy előnye az intravenás használatnak, hogy helybelileg — a műtétet helyesen végezve — nem okoz számottevő kellemetlen reakciót, másnap vagy harmadnap a beszűrés helyére ragtapaszszal alkalmazott apró fedőkötés már levehető, a mikor is a beszűrés helyén már semmi sem látszik vagy legföljebb kis területen kék folt jelzi a beszűrés helye környékén a bőr alatt levő vérömleny. Az általános reactio nem különbözik s nem nagyobb mérvű a sanatoriumban vagy kórházban végzett infusiók után jelentkezőtől. A műtét után  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  óra mulva gyakran borzongás, majd az egész testre kiterjedő remegés és rázóhideg áll be, a hőmérsék felszál 38·8 $\frac{0}{10}$ —39—40 $\frac{0}{10}$ -ig, ritkán ezen felül, fejfájás, szédülés, szomjuság érzése, hányás és hasmenés mutatkozik, de ezen kellemetlen tünetek nem állanak be minden esetben, néha nincs hányás, máskor meg hasmenés, vagy csak az egyik jelent-

kezik; kisebb-nagyobb fokú rázóhideg és hőemelkedés azonban csaknem valamennyi esetben van, a pulsus eleinte lassubbodik s puha lesz, leszál 60, sőt 55-re, majd szaporává válik: percenként 120 vagy több. A felsorolt általános reactio nem szokott sokáig tartani s utána 4—5—6 órát tartó elég jó álmot következik be és ha az ember az infusiót a délutáni órákban végzi, másnap reggel a betegek már elég jól érzik magukat, nagyrésztük nem is tartható már ágyban és harmad-, legkésőbb negyednap mindenki foglalkozása után mehet. Egyéb kellemetlenség nem fordult elő, így különösen a szív, a vese vagy a szem részéről semmi zavaró tünet sem mutatkozott. Egyszer jelentkezett urticaria s herpesz-szerű, a serumexanthemához hasonló kiütés a száj körül, az ajkakon és a nyelven 36 órával az infusio után, de számottevő kellemetlenséget nem okozott és 4 nap múlva nyomtalanul eltűnt. Tíz betegen 7—10 nap múlva másodszor is alkalmaztam intravenás injectiót; a másodszori injectio sem okozott súlyosabb általános reactiót a fentebb említetténél. Egy esetet kivéve, a hol nem volt általános reactio, csak némi, egészen jelentéktelen borzongás, általános reactio valamennyi esetben mutatkozott, szemben *Hausmann Theodor* (Tula) eseteivel, a ki felemlíti, hogy 16 intravenás infusio után csak kétszer látott rázóhideget és 8-szor semminemű reactio sem volt észlelhető.

Az intravenás injectióhoz czélszerű, jól kezelhető s kelően felszerelt instrumentarium szükséges. Czélszerű, ha az orvos valamennyi intravenás injectió eljárásba begyakorolja magát, mert könnyen megesik, hogy ha az egyik eljárással az injectio nem sikerül, a másikkal még elvégezhető. Én a 29 injectio közül 28-szor a sóoldat és salvarsanoldat számára kettős bürettával dolgozó Weintraud-Assmy-eljárást használtam, de az egyik esetben ezen methodussal nem boldogultam, míg a *Grawitz*-féle eljárással a műtétet jól elvégezhettem; a *Weintraud-Assmy*-féle eljárásnál ugyanis, midőn a kanült a venába szúrta, a kanülön át a készülékbe áramlott vér csakhamar megalvadt, a készüléket eltömeszelte úgy, hogy a *Grawitz*-féle eszközt kellett elővennem, a melylyel az infusio végrehajtható volt. Egy nagyon lesoványodott, alacsony, igen gyengén fejlett s táplált asszonyon az injectio nem sikerült, nagyon vékony s a tű elől kitérő venái voltak, úgy hogy nehéz volt beléjük találni, végre az 5. beszúrás helyén a venába jutott a tű, de a szokott, aránylag hosszú hegyű *Strauss*-féle tű mindjárt keresztül szúrta a gyűjtőérnek túlsó, szemben lévő falát is, úgy hogy az intravenás injectiót nem lehetett végrehajtani; ez esetben a subcutan injectióra kellett áttérni. Ily lesoványodott s gyengén fejlett nőknél vagy igen kövéreken néha az egyszerű, szokott strangulatióval, a midőn a felkart pólyával vagy kaucsukcsővel szorítjuk össze, az intravenás injectio nem vihető keresztül, hanem úgy, a mint újabban némely német szerző ajánlja, külön ezen célra készült szorító manchetta kell, még pedig nemcsak a felkar számára, hanem a felkar strangulatiója után a vért az alkar distalis végén kezdett pólyázással a könyök felé szorítva, az alkar felső végén, a könyökhajlat közelében is kell egy második manchetás stranguláló készüléket alkalmazni, ily módon a könyökvenák jobban s feszesebben telnek meg vérrel, a tű elől nem térhetnek ki annyira. Egy esetben, a midőn a salvarsan-oldatból 150 cm<sup>3</sup> már behatolt a venába, a további mennyiség nem akart befolyjni és a beszúrás helye körül kis púp keletkezett, jeléül annak, hogy a folyadék a perivenás szövetekbe jutott, a mi tudvalevőleg kerülendő, mert nagyon fájdalmas s a theoria szerint lobo-sodást, sőt a vena falának elhalását, thrombust okozhat, ezért a további infusiót megszüntettem; a dolog úgy történt, hogy a beteg a kezét megmozgatta, a mikor is a tű a vena falát átfúrta; az ilyen esetek mutatják, mennyire szükséges az olyan kettős kanülű tű, a melynek hegyes tűje a beszúrás után visszahúzódik (*Kuznitsky*-féle rúgós kettős kanül).

Nőknek 30, férfiaknak 40 vagy több centigramm salvarsant fecskendeztem be alkaliás oldatban; körülbelül 0.50 centigramm 15%-os natronlúg kell minden 10 centigramm szerhez, hogy ragyogóan tiszta, zöldes-sárga oldatot adjon.

66 betegnek *Wechselmann*, illetőleg *Blaschko* eljárása szerint lehetőleg pontosan közömbösített emulsióval bőralatti befecskendezést adtam a lapoczka közötti tájban, minden esetben jobb- és baloldali beszúrással, szem előtt tartva, hogy a tű, illetve a salvarsan-emulsió csakugyan a bőralatti kötőszövetbe jusson, ne pedig magába a bőrbe, az izombőnyébe vagy pedig ez alá; ez *Wechselmann* utasítása szerint akkor van elérve, ha a tű a beszúrása után a bőr alatt vagy 2 cm.-nyire ide-oda mozgatható. Bőrelhalást vagy gangraenát egy esetben sem láttam; a beszúrás helyén néhány nap alatt ökölnyi, sőt még nagyobb tömör beszűrődéses púp keletkezik, a mely 2 hónapig, sőt még tovább is fennáll, folyton kisebbbedve; más által végzett injectio után még 1/2 év múlva is volt kis almányi beszűrődés; néha a beszűrődés megpuhul és hullámzik, majd ismét megkeményedik és egyszerismind kisebb is lesz, jeléül annak, hogy a hullámzást nem genyedés, hanem savós folyadék okozza, a miről mások próba-punctio útján is meggyőződtek; egy esetben a megpuhult beszűrődés egy hónap után a bőr több kis likján át kiürült. A bőralatti befecskendezés után nagyon gyakori a szívszorulás és mellcsonttájfájdalom. Két nagyon gyenge betegen közvetlenül a befecskendezés után agyanaemia állott be. Egy esetben 0.60 gr. salvarsan adása után *Jarisch-Herxheimer*-féle reactio mutatkozott, a midőn a befecskendezést követő negyednapra a másodlagos bőrkiütés még élénkebb vörös lett, sőt olyan helyen is mutatkoztak roseola-alakú vörös hyperaemiás foltok, hol a befecskendezés előtt nem voltak. A Herxheimer-reactio elmúlásával ezek is eltűntek.

A mi a salvarsan hatását illeti, a 77 gyógykezelt syphilitis-eset közül egyetlenegy sem volt, a melyben a syphilitis bármilyen s bármely stadiumú manifestatiójára ne lett volna kitűnő hatással; gyorsan és biztosan hat, úgy hogy az eredmény nézetem szerint az eddigi kénes-, jod-, vagy más kezeléssel gyorsaság, biztosság, szabatoság tekintetében össze sem hasonlítható; általában elmondható, hogy a salvarsan az orvost a betegével szemben sokkal kellemesebb helyzetbe juttatta. Egészen friss esetekben is megbízható. 5 esetben a sclerosis gyorsan megpuhult, egy hét alatt teljesen eltűnt, az erodált sankerben másnap már nem lehetett spirochaetát kimutatni; a behámosodás 2—4—5 nap alatt befejeződik; hasonló gyorsan gyógyulnak a szájnyálkahártya erosiói az ajkakon és a nyelven, úgyszintén az angina specifica is, továbbá a tonsillák vastag lepedékkel fedett plaquejai; gyorsan eltűnnek a bőrkiütések, így a roseolák és maculák; valamivel lassabban, 1—2 hét alatt a papulák és a fejbőr specifikus impetigói; a végbél körüli nedvedző condylomata lata, még ha hámfosztottak és kifeléyesedettek is, 7—10 nap alatt felszívódnak, fel-tisztulnak, gyorsan indul meg egészséges sarjadzás s behámosodás; a psoriasisszerű pikkelyek hamar eltűnnek; a nyelv s száj erosiv felhámkopásai, melyek néha hónapokon át rendkívül kellemetlen, fájdalmas érzést keltenek, mintha a száj sebes volna, beszéd s evés közben zavarólag hatnak, már 2—3—4 óra múlva, mintegy varázsütésre megszűnnek fájdalmas lenni és néhány nap alatt teljesen meggyógyulnak. Egyik betegen, a ki 1 1/2 éven át igen erélyes kénesöbbedőrszörlési és salicylsavas kénesöbbedőrszörlési kúrán ment keresztül több ízben, a jobb orrszárnyon gyorsan terjedő destructiv fekély keletkezett, a mely az orrszárny nagy részének elpusztulásával fenyegetett már; a befecskendezés után 4-ed napra csak lencsényi, egészségesen sarjadzó seb volt, a mely aztán néhány nap alatt teljesen behámosodott s finom, vékony, puha heggel begyógyult; a nagyon leromlott és cachexiás külsejű beteg 10 nap alatt 5 kilóval gyarapodott és munkaképes lett. Egy további betegnek fül-fájása, fülzúgása, szédülése s rosszabbodott hallása, a mely a friss secundaer efflorescentiák kitörésekor jelentkezett, a befecskendezés után csak

hamar elmúlt. A tertiaer tüneti esetek közül felemlítendő egy 65 éves asszony, a ki évtizedeken át számos antilueses kúrán ment át és kin ennek ellenére a jobb kéz hátán 26 éve állott fenn egy korona nagyságú, genyedő, szétesett gummából eredő, a csonthártyáig terjedő fekély, a mely az új szer adagolása után 10-ed napra már fillérnyi, egészségesen sarjadzó, tiszta sebbé alakult át és két hét után indifferens kenőcsös kötés mellett teljesen begyógyult. Lues okozta anaemia 5 esetében a salvarsan jó eredményt adott, a betegek színesebbek és teltebbek lettek. Tünetmentes lues hat esete közül, hol a Wassermann-reactio positiv volt, kettőben a reactio 2 hó múlva negativ lett, a többi négy nem jelentkezett újból. Egy régebbi tabes-esetben a szer nem idézett elő javulást, de rosszabbodást sem; néhány hó előtt diagnoszkált két paralytikusra a befecskendezés elég jó hatással volt: az egyik könnyvezetői munkálkodását újólaj folytathatja és nem számítva a jelenleg is fennálló labilis kedélyhullámzást, az értelmi sphaerában teljes javulás látszott beállani; a másik beteg sem oly izgatott, nyugodtabb lett, buta nagyzási téveszméi elmaradtak, értelmesebben beszél, de előbbi foglalkozását még nem folytatja. Egy syphilitis anamnesissel bíró epilepsziás betegen a befecskendezés óta eltelt idő rövidsége miatt biztos eredmény még nem állapítható meg; azóta rohamai nem gyakoribbak és a befecskendezés maga nem váltott ki görcsöket. Visceralis lues két esetében az általános tápláltság és az anaemia javult, továbbá kimaradt a rendetlen bélműködés, a nagyfokú bélkorgás, időközönkénti bélvérzés, catarrhus és obstipatio, a majdnem ökölnyire megnagyobbodott here csaknem rendes térfogatú lett. 5½ hónapos, öröklötten syphilitis gyermek, a kit anyja helytelenül már elválasztott, s a ki jelentékenyen atrophiasá vált, 10 centigramm salvarsan közömbös emulsiójának a farizomba való befecskendezése után már néhány napra gyarapodásnak indult, a születésétől fogva megvolt hasmenés, bélpuffadtság s bélkorgás megjavult. Egy 32 éves férfinak, ki általános s sexualis neurasthenia és impotentia ellen évek óta számos antineurasthenias kúrát használt eredmény nélkül, s a ki syphilitis sohasem állott ki, az új szerre közérzete némileg javult, testsúlyban gyarapodott, de panaszai számbavehetően nem javultak meg; a szer befecskendezésére a localis s általános reactio épp olyan volt, mint syphilitis esetekben.

A felsorolt esetekben lehetőleg a befecskendezés előtt és után serologiai vizsgálat történt. Azonban az eddig eltelt idő sokkal rövidebb, semhogy a Wassermann-reactio jellegének állandóságára következtetést lehetne vonni.

A mióta nyilvánvalóbb lett, hogy az új szer egyszeri adagolással az eddig megengedett bármely mennyiségben, bármely alkalmazási módszer mellett az esetek nagy számában nem tudja a syphilitis végérvényesen meggyógyítani, recidiva elkerülése czéljából szükséges az első intravenás befecskendezés után néhány nap, de legkésőbb egy hét múlva második befecskendezést adni, sőt egy hónapon belül harmadikat is.

#### Eseteim statisztikája:

Sklerosis szájmirigyekkel s általános tünetekkel 4, friss secundaer tünetek 9, késői secundaer tünetek 31, tertiaer tünetek 10, luesanaemia 6 eset, latens lues 8, visceralis lues 2, hereditaer lues 2, tabes 1, paralysis 2, epilepsia 1, nem lues 1.

Férfiú 65, nő 10, gyermek 2; összesen 77 eset.

58 betegnek kizárólag subcutan, 11 betegnek kizárólag intravenás, 8 betegnek subcutan + intravenás injectio.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**William Bulloch and Paul Fildes: Haemophilia.** (Treasury of Human Inheritance. University of London. Eugenic Laboratory Memoirs. XII. 1911.)

Bulloch és Fildes e munkában a haemophiliára vonatkozó ismereteinket a kérdés mai állásának megfelelőleg végtelen szorgalommal és alaposággal gyűjtötték össze.

Részletesen tárgyalják első sorban a haemophilia *historicumát*. Az első, nyomtatásban megjelent közlemény szerintük 1803-ból Otto philadelphiai orvostól származik. A betegségnek az ismerete azonban már jóval régebb és a 16. századbeli orvosokig vezethető vissza. Sőt, úgy látszik — a mint Rotschild-nak erre vonatkozó vizsgálatai mutatják — a betegséget már a régi zsidók is ismereték. Legalább a talmudnak egyes, a circumcisióra vonatkozó rendelkezései ezt látszanak bizonyítani.

A haemophiliának 3 *cardinalis tünetét* említik: a vérzékenységet, a hereditást és a vérzékenységnek a férfitagokra való korlátozottságát. A *vérzések* helye igen különböző lehet; lehet belső vagy külső. Külön szólnak a haemophiliások orrvérzéseiről, a születéskor jelentkező súlyos köldökvérzésekről, a fogzás alkalmával a fogak áttörésekor jelentkező szájvérzésekről, a foghúzásból eredő, gyakran halálos vérzésekről, a haemarthrosisokról, izületi vérzésekről, a melyek gyakran a térdben lokalizálódva, könnyen a tuberculosissal való összetévesztésre szolgáltatnak alkalmat. Természetesen legközönségesebbek a haemophiliásoknak súlyos, sokszor csillapíthatatlan vérzései a legkülönbözőbb traumák után.

Ez a vérzékenységi hajlam mindig chronikus és végig kíséri az illetőt születésétől kezdve egész élete folyamán. Bár úgy látszik, hogy a kor előrehaladásával csökkenés áll be a haemorrhagiák számában és fokában is. Időnkénti változások egyébként a vérzési hajlamban, a vérzékenység intenzitásában elég gyakran találhatók.

Sokat vitatott kérdés a *női nemnek az immunitása* a haemophiliával szemben. Voltak szerzők, a kik állítólag női haemophiliásokat is észleltek. Bulloch és Fildes azonban a kérdés egész litteraturájának alapos átvizsgálása után azt a nézetet vallja, hogy a valódi haemophilia tisztán a férfinemnek a specialis betegsége és azok az esetek, a melyekben különböző szerzők női haemophiliáról szólnak, nem voltak valódi, idiopathias haemophiliák.

A mi az *átöröklési viszonyokat* illeti, régóta ismeretes, hogy a haemophilia az egyes családokban a nem beteg női tagok által vitetik át a fiúkra. Ez a *Nasse-féle törvény*, a mely szerint a nőtagok a megbetegedésnek a továbbvivői, a „*conductorok*“, általános érvényűnek látszik. Az átvitel módját illetőleg gyakran megtörténik, hogy a haemophilia egyes generációkat átugrik.

Érdekes, hogy a haemophiliás családoknak a nőtagjai feltűnően termékenyek szoktak lenni, úgy hogy igen nagy az alkalom haemophiliás családokban a betegségnek további átvitelére.

A *betegség elterjedése* földrajzi és faji viszonyoktól többé-kevésbé független ugyan, mégis úgy látszik, hogy a „teuton“ faj nagyobb mértékben vesz benne részt, a mennyiben a genuin esetek legtöbbször Németországból, Svájcából, Angliából és az Egyesült-Államokból kerül ki.

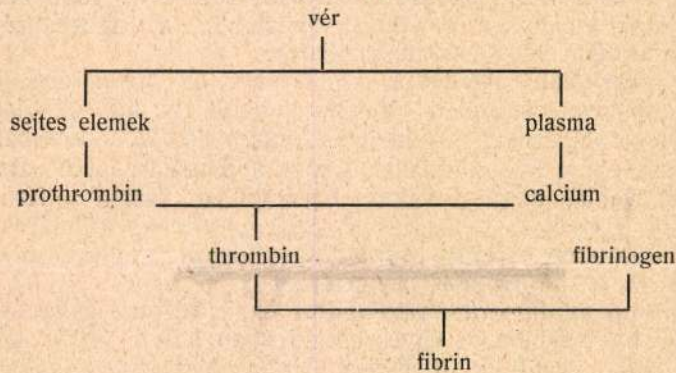
A *diagnózis* a legtöbb esetben könnyű. Mindenesetre azonban az összes szervek pontos átvizsgálása szükséges a haemophilia diagnózisának kimondása előtt; különösen a belső szervek vérzésekor, mint haematuria, haematemesis stb., kell törekednünk minden localis oknak pontos kizárására. A diagnózishoz feltétlenül szükséges a 3 *cardinalis tünetnek* a jelenléte, a melyet szerzők említenek.

A legfontosabb és legérdekesebb azon fejezet, a mely a *haemophilia pathológiájával* foglalkozik. A sectiós észleletek nem mondanak sok jelentőset. Legtöbbször az érfalaknak feltűnő vékonyságát, az érrendszernek általános hypoplasiáját találták. Ebből eredőleg sokan a cardiovascularis rendszer valamilyen fejlődési rendellenességére gondoltak, a mely az ereknek nagyobb szakadékonyságát okozná. Ez azonban ma már túlhaladott álláspont. Immermann hypothesis szerint 4 tényező jön itt számításba. 1. Az ereknek hypoplasiája, a mely az erek kapacitásának csökkenésére vezet, 2. a szív hypertrophiája következményes vérnyomás-emelkedéssel, 3. az összes keringő vérmennyiségnek megnövekedése, 4. a vasomotor-rendszer abnormis működése. Ez a 4 tényező együttesen plethorát és következményes vérzékenységet létesít.

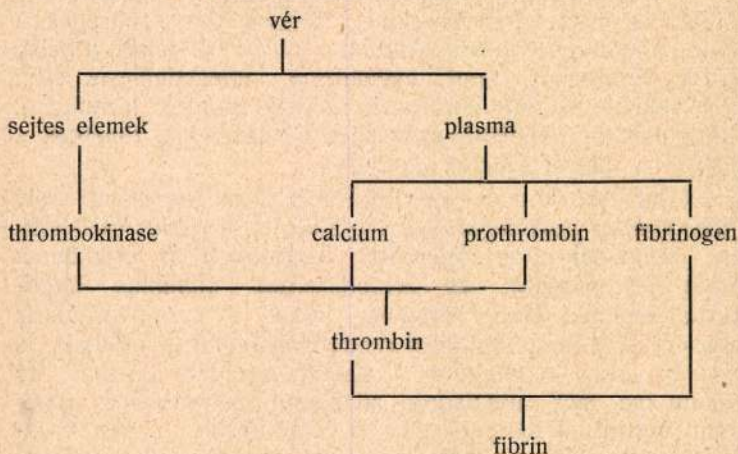
Az újabb hypothesisek szerint a vér alvadási képességének a hiányossága az, a mely a betegséget létrehozza; jól-lehet ezzel még nem mondtuk meg azt, hogy tulajdonképpen mi ennek a hiánynak a lényege.

Ennek kapcsán a *véralvadásra* vonatkozó ismereteink jelen állását igyekeznek a szerzők megvilágítani.

A vérplasmában levő *fibrinogen* a fibrinfermentumnak, a *thrombinnak* a hatására, a mely a keringő vérben nem, csupán az erekből kikerült vérben válik kimutathatóvá, átalakul *fibrinné*. A véralvadás lényege tehát az oldott fibrinogennek a thrombin hatására oldhatlan fibrinné való átalakulása. Kérdés azonban, hogy ez a thrombin honnan származik. Régióta ismeretes, hogy oldható calciumsóknak a vérben való jelenléte bizonyos tekintetben lényeges az alvadás létrejöttéhez és — úgy látszik — e calcium-sóknak van szerepük a thrombin képződésében is. Minthogy azonban a thrombin a keringő vérben nem mutatható ki, valószínű, hogy egy megelőző stadium, a *prothrombin* vagy *thrombogen* az, a mely a keringő vérben is megvan és ennek a Ca-mal való egyesüléséből származik a thrombin. Egyesek, így *Howell*, azt állítják, hogy tulajdonképpen ez a prothrombin sincs praeformálva a vérben és csak a vér kiömlése után a leukocytákból vagy a vérlemezkékből képződik. Úgy hogy a véralvadás sémáját következőképpen lehetne illusztrálni:



Az újabb vizsgálatok szerint azonban a véralvadás menete nem maradt meg ezen látszólag egyszerű formájában. Kiderült, hogy a különböző szövetkivonatok olyan anyagokat tartalmaznak, a melyek megkönnyítik a vér megalvadását. Ezeket az anyagokat a különböző szerzők különböző névvel illették, így zymoplastikus anyag, cytozym, coagulin, thrombokinase. *Morawitz* szerint ezen *thrombokinase* a lényeges összekötő kapocs a calciumsók és a prothrombin között a thrombin képződésére. Szerinte a kinase nincs meg a keringő vérben, hanem a leukocytákból vagy a vérlemezkékből származik a vérnek a kiömlése után, míg a prothrombint rendszerint oldott állapotban a vérplasma tartalmazza. Ő szerinte tehát a véralvadás sémája a következő:



A haemophiliában a véralvadás hiányosságait a legtöbb szerző ezen zymoplastikus anyagok hiányából vagy hiányos productiójából magyarázza. *Wright* kimutatta, hogy szövetnedvnek a kiömlő vérhez való keverése annak az alva-

dásképességét emeli. *Weil* szerint is a haemophiliások véreinek alvadását siettetni lehet friss serumnak a hozzáadásával. *Morawitz*, a ki szerint a thrombokinase a vér sejtjeleiből származik, e sejtjelelemek structuralis hiányosságát okolja a véralvadás tökéletlen voltáért. E szempontból érdekesek *Wright*-nek a megfigyelései, a ki szerint a haemophiliásokban rendszerint leukopenia van jelen, főképpen a neutrophilek megfogyásával, továbbá a vér alvadási idejének a rendesnél nagyobb és fokozottabb volta.

A kérdés jelenlegi állásának illetően megvilágítása után a szerzők páratlan szorgalommal 160 oldalon át a haemophilia egész bibliográfiáját feldolgozzák. A végzett munka nagyságára némileg világot vet az, hogy kezdve a 16. századbéli, e tárgyra vonatkozó feljegyzésektől egészen az 1910. év végéig megjelent, összesen 911 dolgozatról referálnak és körülbelül 250 esetről teljes leszármazási táblát mellékelnek.

Azoknak, a kik a haemophilia kérdésével foglalkozni óhajtanak, *Bulloch* és *Fildes*-nek e rendkívül érdekes és kimerítő munkája valósággal nélkülözhetetlen kézikönyvvül fog szolgálni.

Királyfi Géza dr.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A köszvény gyógyításáról phenylchinolincarbonsavval** ír *Weintraud* tanár. A chinolincarbonsavokról és származékaikról *Nicolai* és *Dohrn* mutatta ki néhány évvel ezelőtt, hogy a húgysavkiválasztást a veséken át tetemesen tudják fokozni és hogy főleg a 2-phenylchinolin 4-carbonsav bír ezen hatással. Már  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  gramm megszorítja a vizelet húgysavtartalmát, 2—3 gramm pedig a 24 órában kiválasztott húgysavat 2—3-szorosára növeli. A szer használatának abbahagyása után a kiválasztott húgysav mennyisége a normális alá csökken. A heveny köszvényrohamot a phenylchinolincarbonsav, a mely atophan néven jut forgalomba, határozottan kedvezően befolyásolja, ha naponta  $\frac{1}{2}$  grammot 4-szer, vagy 1 grammot 3-szor adunk. A szerző nem találkozott még esettel, a melyben teljesen hatástalan maradt volna a szer használata. Olyan esetekben, a melyekben húgysavlerakódások vannak és ezekből indulnak ki a zavarok, naponként 2—3 grammnak hosszabb időn át használata ajánlható. Minthogy az atophan használata következtében a vizeletben erősen megszorodik a húgysav és ez kedvezőtlen oldódási viszonyok között van, nagy gondot kell fordítani arra, hogy a szer használatával kapcsolatosan sok folyadékot vegyen magához a beteg és hogy alkáliák egyidejű adagolásával kedvezőbbé tegyük a kiválasztott húgysav oldódását a vizeletben. Legjobb az első napon 15, a többi napon pedig 5—10 gramm natrium bicarbonicumot adni; alkáliás ásványvizek ivása nem elegendő. Az uricedin is használható (kétszer naponként kávéskanálnyi sok vízzel), valamint az urotropinál is tehetünk kísérletet, a mennyiben használatakor a húgysavnak aránylag jól oldódó formaldehydösszeköttetései képződnek.

A szerző végül a köszvény általános kezelésére tesz néhány megjegyzést. A diéta tekintetében legfontosabbnak tartja az alkohol kerülését. A hús használatát mindenestre korlátozni kell, de teljes megvonása a legtöbb esetben mellőzhető. A rendszeres, kiadó izommunkára és a meleg fürdők ismételt használatára nagy súly helyezendő. (Therapie der Gegenwart, 1911. 3. füzet.)

**A végbélen át táplálásról állandósított klysmák segítségével** ír *Jacobsohn* és *Rewald* a berlini Moabit-kórház I. orvosi osztályáról. Az eljárás nagyon egyszerű. Nem kell hozzá más, mint egy egyszerű irrigator, a melyet Nelaton-katheterrel kötünk össze; az irrigator  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  meternyi magasságban helyezzük el s a csapot úgy állítjuk, hogy másodpercenként 1—2 csepp folyjon ki. A tápláló folyadék minden literéhez czélszerű 10 csepp opiumtincturát adni. A tápláló folyadék melegen tartására szolgáló valamelyes be rendezés nem szükséges. Tisztító klysmá adása után a be-

zsirozott Nelaton-kathetert oldalfekvésben lehetőleg magasra viszzük a végbélbe, azután a beteg vagy a hátán fekszik, vagy esetleg oldalt is, miközben lassan, órákon át folyik belé a tápláló folyadék. Ilyen gyanánt nagyon jól használható a cukoroldat alkohollal (5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> szőlőcukor és 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> alkohol), a melyből naponként 1—2 liter használandó. Fehérjék is használhatók az említett módon; különösen az erepton nevű készítménnyel értek el jó eredményt: meleg vízzel könnyen készíthető belőle 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os oldat. Csak az a baj, hogy az erepton ezidőszert még nagyon drága, 100 gramm ára 10 márka. (Therapie der Gegenwart, 1911. 3. füzet.)

### Idegkórtan.

**Allandó szédülés (vertigo permanens)** neve alatt *Oppenheim* a szédülésnek új típusát írja le. Neuropathiás egyének fordul elő, legjellemzőbb tulajdonsága állandósága; a betegeket évtizedeken keresztül hatalmában tartja, bár szervi elváltozás a vestibularis apparatusban nincs és nem is fejlődik ki. A betegek állandóan úgy érzik, mintha testük ide-oda ingana, mintha bizonytalan alapon járnának s e mellett a külső tárgyak is állandóan remegő, ingó mozgásban volnának. A szédülés érzése járáskor, álláskor fokozódik, fekvő helyzetben kisebb; igen feltűnő, hogy vasúton, automobilon való utazás nagy könnyebbséget okoz, a mi valószínűleg onnan ered, hogy a tárgyak képeinek valóságos mozgása fedi a beteg által érzett mozgást. Ilyen kompenzáló célból a betegek maguk is végeznek törzsükkel hullámzó mozgásokat. *Oppenheim* a leírt tünetet a neurastheniások realis paraesthesiái közé sorolja (ellentétben a képzelt állapotokkal) s az agykéregbe lokalizálja. A terapia vele szemben hatástalan, az általános neurasthenia-ellenes eljárások és narcoticumok csökkenthetik a hevesességét. (Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1911. április.) L.

**A Basedow-féle betegségről** tartott összefoglaló előadást *Saenger* és *Sudeck* a hamburgi orvosegyesületben. A betegség keletkezését magyarázó régebbi nézeteket mindinkább kiszorítja a *Moebius*-féle theoria, mely szerint a Basedow a thyreoidea belső secretumának felszaporodásán (hyperthyroidismus) alapszik. Sokan ugyan még ragaszkodnak ahhoz, hogy a baj valójában neurosis, de nagyon hatásosan szól ellenük az operatio sikere. Magának a hyperthyroidismusnak az oka ugyan még ismeretlen; de valószínű sok esetben, hogy acut fertőző betegség következménye. A régi jól ismert tüneteken kívül felemlítendő a felső szemhéj párnaszerű duzzanata, a végtagok periodosus bénulása és a *Kocher*-féle vérelváltozás. Ez utóbbi a fehér vörsejtek számarányának megváltozásában áll, a nagy és kis mononuclearisok és (esetleg) az eosinophilek megszaporodtak a neutrophil polynuclearisokkal szemben. *Sudeck* sebészi álláspontját a következőkben foglalja össze: 1. az operatio causalis indiciationának felel meg, 2. a sebészeti technika az utolsó évtizedben annyira javult, hogy minden esetben jelentékeny javulást és 75<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban praktikus szempontból teljes gyógyulást várhatunk, ha a beteg végigkezelte magát (amihez sokszor többszörös operatio szükséges), 3. a halálozás 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, legfeljebb 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> s ez még javulni fog, ha a könnyebb eseteket is műtéttel fogják gyógyítani. (Münchener med. Wochenschrift, 1911. 16. sz.) L.

### Sebészet.

**Az epehólyagnak ectasiája folytán támadt ileusról** ír *Anschütz* tanár. Chronikus cholecystitis miatt végzett műtétek alkalmával típusos lelet a colon transversumnak és a vékonybélnek az epehólyaggal való összenövése. Olykor az epehólyag zsugorodott, máskor pedig mint nagyobb tumor úgy szólván be van ágyazva a bélfalba tömött odanövések közepette. Hogy ezen körülmények zavarokat okozhatnak a bélpassage-ban, az természetes, azonban rendkívül ritkán észlelhetők bélstenosis tünetei vagy éppen ileus. Van azonban még egy alakja az epehólyagmegbetegedéseknek, mely bélzavarokat — súlyos ileust — okozhat. Ez az epehólyag ectasiája, mely a duct.

cysticus elzáródása folytán mint hydrops vagy empyema vesicae felleae jelentkezik.

A szerző három esetet ír le, a melyben inficiált hydrops vesicae felleae volt jelen. A tetemesen megnagyobbodott hólyag a fokozódott exsudatio következtében még tovább nagyobodik mindaddig, a míg a medenczét eléri; a csípőcsontra támaszkodva, teltségénél és merev falzatánál fogva felfelé tolja a májat. (A szerző leírta esetek közül kettőben a folyamatot elősegítette a betegek kora folytán beállott nagyfokú kyphosis, mely miatt a bordaív és a csípőtányér még közelebb jutott egymáshoz.) A máj és a csípőtányér közé ékelődött epehólyag tehát megterheli és szűkíti a coecumot és a colon ascendenst, továbbá a jobboldali colon transversumot is komprimálja és hátranyomja az erősen megnagyobbodott epehólyagnak. Ezen többszörös elzárások folytán végre tisztán mechanikai okokból létrejön a többé-kevésbé teljes bélelzáródás. Az esetek három idős nőre vonatkoznak, a kiknek ellazult hasfala nem tudta ellensúlyozni a belek meteorismusát. A meteorismusos belek alatt eltűnt az epehólyag nyaka, valamint a májnak felfelé tolt széle és így teljesen lehetetlen volt felismerni, hogy az epehólyagtól eredt a resistentia. Az epehólyag szorosán a csípőtányérnak támaszkodik, nem követi tehát többé a máj mozgásait és látszólag elveszti a májjal való összefüggést. Az akadály oly rövid idő alatt fejlődik ki, hogy a bél izomzatának túltengése, mely a többszörös akadályt leküzdhetné, nem jöhet létre, ezért is hiányzott a bélnek jellemző megfeszülése, pedig a szerző eseteiben a peristaltika mindig jól volt észlelhető.

Az ectasiás epehólyag okozta ileus prognosisa a szerző tapasztalatai szerint kedvező, olyan esetekben is, a hol a műtét elkerülhetetlen. Spontan javulás is jöhet létre, ha az epehólyag exsudatiója csökken, vagy ha az epehólyag részben kiürül, vagy pedig ha a bél az akadályhoz alkalmazkodik. Előrehaladott esetekben azonban a szerző nem ajánlja a conservativ kezelést. A szerző súlyos esetekben az epehólyag drainezését vagy kihelyezését és secundaer resectióját ajánlja. Könnyebb esetekben az epehólyag extirpációját jöhet szóba. (Medizinische Klinik, 1911. 1. szám.) ifj. *Hahn Dezső* dr.

### Gyermekorvostan.

**A sepsises és a scarlatina-streptococcus közti különbségre** vonatkozó vizsgálatokat végzett *F. Schleissner* és *W. Spät*. Az eddigi kutatások eredménye a scarlatina kórokozója tárgyában egybehangzóan az, hogy a streptococcusoknak szoros biológiai vonatkozásaik vannak a scarlatina-infectióval. Egyrészt azt találták, hogy a scarlatinás vérsérum a scarlatina-streptococcusokat agglutinálni tudja. Másrészt a vörhenyánginából kitenyészett streptococcus ellen ható antitesteket találtak a scarlatinás vérben. Állatkísérletekben az eredmény az volt, hogy a scarlatina-streptococcus életképessége állapotpassage segítségével nem fokozható és ezen kísérletekből kiderült, hogy azon bacteriumok, melyeknek életképessége állapotpassage-zsal nem növelhető, rendszeren leukocyták által öletnek el.

A szerzők ezen az alapon végezték kutatásaikat a scarlatina-streptococussal, mert feltehető volt, hogy a scarlatina-streptococcusokat a házi nyúl leukocytái előlik, míg más streptococcusokkal ez nem történik meg. Az eredmények ezen feltevéssel egybehangzóak voltak és pedig: A scarlatina-streptococcusokat a házi nyúl leukocytái és activ vérséruma előlték, míg más pathogen streptococcusok erős szaporodást mutattak. Így nyilvánvaló a nagy különbség a scarlatina-streptococcus és a sepsises streptococcus között, a miből következik, hogy az esetleg készíthető gyógyserumhoz scarlatinás beteg vérből nyert streptococcus-törzsek használandók. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 23. k., 3. f.) *Péteri* dr.

**A vérnyomás a gyermekkorban.** *V. Salle* vizsgálatai szerint az oscillatorius nyomás kissé magasabb, mint a palpatorius. A leányokon és fiúkon végzett kísérletek eredményei közt nincs különbség. Az abnormisan nagy gyermekek vérnyomásának értéke is magasabb. A kor előrehaladásával foko-

zódik a vérnyomás, már a 11 éves korban eléri a felnőtteken észlelhető értéket. Szopós csecsemőkön a legalacsonyabb érték 14—16 cm. vízoszlop nyomásának felel meg, a legmagasabb érték pedig 108 cm. vízoszlopnak. Mindezen értékek egészséges gyermekekre vonatkoznak.

Lymphatismus esetén a vérnyomás (főleg minimalis határa) relative alacsony. Oka ennek talán a status lymphaticus esetén az aorta szűk volta (*Virchow*), vagy az, hogy az erek általában szűkek és vékonyfalúak (*Paltauf*). *Wiesner* szerint lymphatismus esetén a sima izomrostok hiányosan vannak kifejlődve, a mi szintén magyarázhatja a vérnyomás csökkenését. Neuropathia esetén ezzel szemben magasak az értékek, a minnek oka lehet a vasomotorok izgalmi állapota folytán létrejött hypertonia az erekben. Lymphaticus és egyszersmind neuropathiás egyéneken körülbelül a normalis értékeket nyerjük. Nephritis esetén a vérnyomás értékei magasak. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 23. k., 3. f.) *Péteri dr.*

### Húgyszervi betegségek.

**A sem kankós, sem traumás eredetű húgycsőszűkületekről** igen érdekes előadást tartott *Minet* a párisi urológiai congressuson. Ő a nem blennorrhoeás stricturákat következőképp osztályozza: 1. gümőkórosak, 2. luesesek, 3. veleszületettek és 4. catarrhalis eredetűek.

A tuberculosos szűkület csakúgy, mint a vese-gümőkór, legtöbbször 25—40 éves egyéneken, s férfiakon feltétlenül gyakrabban jelentkezik, mint nőknél. Az urethra csaknem mindig másodlagosan betegszik meg. Az eddig leírt 3 látszólagosan primaer esetben a szerzőknek nem sikerült feltétlenül bebizonyítani a latens vesegümőkór hiányát. Néha megesik az is, hogy a gümőkórhoz kankós fertőzés is járul vagy pedig a tuberculosis egy már előzőleg blennorrhoea által szűkített urethrában üti fel a fészket. A szerző esetei közül 15-ben a pars posterior, 28-ban a pars bulbosa s 45-ben a húgycső innenső része volt szűkülve. Ezideig csak *Rochet* közölt egy olyan esetet, a hol az urethra egész lefutásában szűkítve volt. Rendesen azonban a gümőkóros szűkületek is csak oly rövidnek szoktak lenni, mint a lobos eredetűek. A szerző eseteiben a többszörös szűkületek domináltak. A gümőkóros folyamat átterjedhet a periurethralis szövetekre is és sipolyokat idézhet elő (17 eset). A tünetek csak igen szűk stenosis esetében kifejezettek, egyébként pedig rendszeren olyan jelenségeket találunk, melyek a húgyivarszervi tuberculosis másfajta localisatiójából eredőkkel teljesen azonosak. A szűkületet tehát sok esetben keresni kell; a tapintással esetenként bizonyos induratiót fogunk kimutathatni az urethrában. A differentialediagnosist, hogy gümőkóros avagy lobos szűkülettel van-e dolgunk, feltétlenül az urethroskopiának kell eldönteni (*Burckhardt*). A gümőkóros szűkületekre mindenestre jellemző, hogy mintegy orozva jelentkeznek s nem érnek el nagy fokot. Bebizonyított tény, hogy a tuberculosos szűkületek nagyon hirtelenül, úgyszólván két vizsgálat közt kifejlődhetnek. Ezen szűkületek spontán, vagyis a felsőbb gümőkóros laesiók gyógyulása után javulhatnak. A prognosis rendszerint attól függ, hogy milyen természetű a többi húgyivarszervi gümőkóros laesio.

A gyökeres therapia az, hogy a gümőkóros szűkületet kimetszszük vagy pedig az urethralis és periurethralis laesiókat szétroncsoljuk. A legtöbb esetben azonban célt fogunk érni az enyhébb eljárásokkal is, úgy mint a dilatációval s a belső húgycsőmetszéssel. *Eckehorn* és *Wildbolz* egyoldali vese-gümőkór egy esetében nephrectomia után feltűnő javulást észlelt az urethrában is.

A syphilitis szűkületeket *Minet* 3 csoportba sorozza, úgy mint: 1. hegszűkületek, vagyis olyanok, melyek a fekély helyén keletkeztek; 2. sclerosos infiltratióból eredő úgynevezett tertiaer szűkületek (*Fournier*-féle cylindroid-syphiloma), ezek azonban nagyon ritkák; 3. hegszűkületek olyan tertiaer folyamatok után, melyek nagy anyagvesztéssel jártak.

A congenitalis szűkületek részben halva született, illetőleg születésük után hamar elhalt gyermekeken eszközölt

obductiók vagy pedig olyan gyermekeken végzett operatiók alapján lettek megállapítva, a kik születésük óta a húgycsőszűkület functionalis tüneteit mutatták. *Minet* a veleszületett szűkület következő alakjait ismerteti (nem számítva a meatus közismert stricturáit): 1. a cylinderes avagy gyűrű-alakú, fibrosus természetű és rendszeren az egész urethrára vagy legalább is annak legnagyobb részére vonatkozó szűkületek; 2. az igen ritka diaphragmák; 3. a billentyű-alakú, csaknem mindig haránt haladó vagy helyenként longitudinalis lefutású szűkületek, melyek nem mindig kizárólag a nyálkahártyára lokalizálódnak és 4. a szalagszerű szűkületek. Nagyon természetes, hogy a mennyiben az ilyen szűkületek később okoznak tüneteket, a diagnosisuk az eredetük tekintetében mind bizonytalanabb, sőt teljesen lehetetlen olyankor, a midőn a jelenségek csak valamilyen fertőzés folyamán bontakoznak ki. A veleszületett szűkületek legjellemzőbb tünete a vizeletincontinentia, mely a szerző észlelése szerint az esetek kétharmadában jelentkezett.

A lobos szűkületek rendszerint balanitis és phimosis által okozott húgycsőgyulladások folyamán keletkeznek. Nagyon valószínű, hogy léteznek bizonyos igen egyszerű, vagyis catarrhalis eredetű szűkületek is, bár ezek akár a veleszületettektől, akár a fertőzés folyamán keletkezettekől, illetőleg a fertőzés által súlyosbodottaktól alig lesznek már megkülönböztethetők. E tekintetben még teljesen hiányoznak a feltétlenül bizonyító erejű észlelések, csakúgy, mint azon kérdést illetőleg, hogy vajjon léteznek-e olyan lobos szűkületek, melyek acut exanthemák, köszvény stb. folyamán keletkeztek. (Archiv des maladies des organes genito-urinaires. 1910. 4. sz.)

*Drucker Viktor dr.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Belsőleg használandó antigonorrhoicum** gyanánt *Cronquist* a *kteino-capsulákat* ajánlja. A szerző már egy fél évvel előbb ajánlotta volt különböző balzsamos anyagok elegendő belső használatát gonorrhoea ellen (Rp. Extr. fluid. kawakawa 50·0; Extr. fluid. cubeb. 40·0; Ol. santali 10·0). Ez a mixtura jelenleg tokokban jó forgalomba „kteino-capsulae“ elnevezéssel. 3—3 capsula veendő be naponként 3-szor az étkezés után. A capsulák csak a vékonybélben oldódván, a gyomrot nem támadják meg s azért a betegnek szívesen veszik. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 9. szám.)

**A toroköblögetésre** vonatkozó kísérleteket végzett *Hellwachs*, azzal az eredménnyel, hogy a közönségesen használt „gargarizálásnak“ nem nagy a haszna. A folyadék ugyanis csak az uvulát, a velum elülső felületét, a kemény szájpadlást és a nyelv hátát éri, míg a garat hátulsó részét, az orrgaratüreget, a mandulákat nem nedvesíti meg. A különböző antipecticumokat tartalmazó folyadékokkal való öblögetés nem bizonyult lényegesen előnyösebbnek a physiologiai konyhasó-oldattal végzett öblítésnél. A szájbacteriumoktól megtisztításra nagyon jó kis kenyérdarabkák rágása. (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 67. kötet, 3. füzet.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1911. 18. szám. *Fürész Jenő*: Néhány megjegyzés a salvarsan intravenosus alkalmazásához. *Oláh Andor*: Gyógykísérletek pantoponnal elmebetegéken.

**Klinikai füzetek**, 1911. 4. füzet. *Benedikt Vilmos*: A radium-emanatoriumban való gyógykezelésről. *Juba Adolf*: Az iskolaorvosi intézmény Magyarországon.

**Orvosok lapja**, 1911. 18. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

**Budapesti orvosi ujság**, 1911. 18. szám. *Neubauer Adolf*: Salvarsan-befecskendezés után beállott teljes siketség. *Entz Béla*: Aneurysma mycotico-embolicum arteriae pulmonalis. Ductus Botalli apertus. „Bőr- és bujakörtán“ melléklet, 2. szám. *Schein Mór*: A vegyi hatású sugarak befolyása a lueses jelenségekre. *Csillag Jakab*: Trichonodosis esete. *Török Lajos*: Atrophia cutis idiopathica néhány esete. *Roth Alfréd*: Az Ehrlich-féle salvarsannal végzett gyógykísérletek.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Az „Anatomische Gesellschaft“ 25. congressusa. 340. l. — A német sebésztársaság XL. gyűlése 341. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 342. l.

## Az „Anatomische Gesellschaft“ 25. congressusa.

(Lipcse, 1911 április 23–26.)

A természeti és építészeti szépségek dolgában kissé sivár, de a légmagasabb kulturával túltömött Pleisse-Athén másodízben látta falai között az anatomusokat. Éppen 24 éve itt alakult meg és itt tartotta első ülését az anatomusok társasága. 1887-ig az anatomia művelőinek se egyesületük, se congressusuk nem volt. A németeké a kezdés érdeme. *His*, *Kollmann*, *Kölliker*, *Waldeyer* és még néhány más anatomus alapította meg az Anatomische Gesellschaftot, azzal a célzattal, hogy az mint nemzetközi társaság egyesítse a világ összes anatomusait — német vezetéssel. Így is indult meg a társulat: tagjai és üléseinek szereplői között elejétől fogva sok volt a külföldi s évenként változó gyűléshelyei között két külföldit is találunk: Paviát és Gentet, nem is számítva Bécsset és Baselt.

De a németek példáját csakhamar követték a francziák, olaszok, angolok és amerikaiak: valamennyien külön társulatokat alakítottak, külön congressusokkal s így az Anatomische Gesellschaft hovatovább német társulattá vedlett át, melynek csak annyiban van még némi nemzetközi karaktere, hogy tagjai közt még mindig van számos idegen s gyűléseiben tevékeny részt vesznek egyes nem német tudósok is, különösen oly nemzetek fiai, a melyek nem elég nagyok arra, hogy külön anatómiai társulatot alapíthassanak. A németekhez csatlakoztak — az osztrákokon és svájciakon kívül — a belgák, dánok, hollandusok, svédek, oroszok és magyarok, míg az olasz és spanyol anatomusok inkább a francia társulat congressusait látogatják.

A mostani ülésnek jubilaris jellege volt: ez volt a 25. ülés. Ugyanazon a helyen és körülbelül ugyanazon időben tartották, mint az elsőt. Hanem az első ülés kimagasló szereplői közül sok kidőlt már: meghalt a nagy lipcsei anatomus, *His*, a ki az első congressus házigazdája és egyik vezetőszelleme volt, s már rég elhantolták az első gyűlés elnökét és legmarkansabb alakját, *Köllikert* is, sok mással együtt. . . . Az elnökség e jubilaris ülésre külön meghívta azokat a tagokat, a kik a 24 év előtti első ülés előadói közt szerepeltek, többek közt e sorok íróját is, a ki 1887-ben mint újdonsült fiatal doktor és kezdő anatomus előadást tartott az első ülésen az agyvelőn tett észleleteiről.

Már a congressus színhelye is élénken tanusította az idők változását és különösen az anatómiai tanítás és kutatás technikájának nagy haladását az utóbbi évtizedekben: a lipcsei anatómiai intézet kibővítés, átépítés, új belső felszerelés révén egészen más alakban mutatkozott, mint 25 év előtt. *His* utódja a lipcsei anatómiai tanszéken egykori leghevesebb tudományos ellenlábasa, *Rabl*, a kit a prágai egyetemről hívtak meg Lipcsébe. *Rabl* egyike a legkiválóbb embriologusoknak; mellette még két rendkívüli tanár működik, *Spalteholz* és *Held*, mindkettő jeles ember.

Az ülésre aránylag sokan jöttek el: mintegy 80-an lehettek jelen, közöttük a francia, olasz, angol és amerikai anatómiai társulatok kiküldöttei. A német anatomusok csaknem teljes számmal eljöttek, élükön *Waldeyer* tanárral, a kit a társulat örökös díszelnökévé választott meg. Ott volt a sok ordinarius s a még több extraordinarius és prosector, a kik között a rossz advancement-viszonyok miatt nem egy van, a ki nemcsak korban előhaladott már, hanem a ki kimagasló tudományos érdemek által is rég megérdemelte volna már, hogy egyetemi pályáján elérje a legmagasabb fokot.

Az ülésen *Ebner Viktor*, a bécsi egyetem kiváló histológusa elnökölt, tapintattal és gentlemanlike finomsággal vezetve a tárgyalásokat. A bejelentett 34 előadás közül csak

25 kerülhetett sorra, a minek leginkább az volt az oka, hogy az előadásokhoz fűződött eszmecsérék igen hosszúra nyúltak.

*Ebner* tanár megnyitó előadásában a szövettan és a filogénia kapcsolatát fejtegette. Előadásának a veleje az, hogy a kettő között tulajdonképpen nincs kapcsolat: alacsonyabb szervezettű állatokban is bonyolultabb lehet egy szövet — pl. az izomszövet vagy a porcogószövet —, mint magasabbrendűekben. Az ú. n. „biogéniai alaptörvény“-nek a histológiában nyomát se látjuk.

Nagy érdeklődést keltett *Bardeleben* tanár előadása a balkezűségről. Németországban nagy statisztikai vizsgálatokat végeztek erről a kérdéstről, 266.000 emberen; kiderült, hogy a balogok száma 3—7% között ingadozik egyes tartományok szerint. *Bardeleben* kimutatja, hogy ez a szám nagyon alacsony; finomabb, tökéletesebb vizsgálati módszerekkel, a minőket ő alkalmazott a weimari és jeni iskolák növendékein, sokkal nagyobb számot, 12—14%-ot s még többet lehet megállapítani. Sok eredetileg balog ember van, a kit erőszakkal a jobb kéz használatára szoktattak s a kin az eredeti balogságot csak pontos vizsgálattal lehet kideríteni. *Bardeleben* élénken hangoztatta azt a fonákságot, a mely abban rejlik, hogy a suta gyermeket a jobb kéz használatára szorítják. Ezzel a gyermeket egész életére megkárosítják, mert reá szokik ugyan a jobb kéz használatára, de sohasem lesz vele olyan ügyes, mint lett volna a bal kezével.

*H. Fuchs* (Strassburg) bebizonyítja, hogy igazi szájpadrása csak az emlősöknek van; az, a mit a krokodilusokon ilyen gyanánt fogtak fel eddig, más megítélés alá esik.

*Lenhossék* (Budapest) a zonula Zinnii fejlődéséről tartott előadást, készítmények bemutatása és vetítések kapcsán. Vizsgálatainak a végeredménye, hogy a zonula az üvegtestből fejlődik; a zonularostok átalakult és megvastagodott üvegtestfibrillumok, a melyek csak másodlagosan kerülnek összeköttetésbe a sugártest hámszájával. Az előadáshoz fűződött eszmecsérében *Rabl*, *H. Virchow*, *Waldeyer* és *Wolfrum* vett részt.

Figyelemreméltó előadást tartott *Schultze O.* (Würzburg), bebizonyítva, hogy az izomrost és inrost közötti összefüggés sokkal szorosabb, mint eddig hitték; az izomfibrillumok közvetlenül folytatódnak az inak kötőszöveti fibrillumába. Már 1882-ben leírta ezt *Golgi*, de észlelete feledésbe merült. Pedig fontos ez a tény pathológiai szempontból is, többek közt új magyarázatát nyújtja a myositis ossificansnak. *Schultze* bemutatott készítményei az összefüggés tényét kétségtelenné teszik.

*Edinger* (Frankfurt) azt találta, hogy ha az ember Pravaz-fecskendővel folyadékot fecskendez a hypophysis elülső karélyának szövetébe, ez a nyirokerekken át az agyvelő alapi részeibe, a thalamusba és az érfonatokba jut. Ebből ő azt következteti, hogy a hypophysis váladéka különösen az agyvelőre hat s annak főképp azon részeire, a hol a nervus sympathicus központja van. Ebből érthető az is, hogy miért nő össze a garat hámszájából lefűződő szerv az agyvelő nyúlványával. *Edinger* felfogását *Kohn* (Prága) megczáfolni igyekezett, reá mutatva arra, hogy a hypophysisnek kétségtelennül nemcsak az agyvelőre van hatása, hanem az egész szervezet anyagcseréjére.

*Éternod* (Genf) az ember fogait két koncentrikus fogisor összenövéséből származtatja: a hátsó fogak koronáját a metsző- és szemfogak cinguluma és a kis és nagy zápfogak lingualis gumói képviselik. E felfogáshoz hozzácsatlakozott *Bolk* (Amsterdam) is, fejlődéstani vizsgálatok alapján.

*H. Virchow* (Berlin) a gerincoszlop mozgásairól értekezett, új módszerekkel végzett vizsgálatok nyomán. Vizsgálatai megczáfolják azt az általánosan elfogadott tételt, hogy a gerincoszlop háti része az előre- és hátrahajlításban nem vesz részt s e mozgások alkalmával mint merev pálcza viselkedik; kutatásai azt tanítják, hogy a gerincoszlop e mozgá-



soknál egyenletesen, ívszerűen s nem szögletben megtörve görbül meg.

Az anatómiai congressusnak súlypontja nem annyira az előadásokban, mint inkább a demonstrációkban van. A mostani ülésre igen sok anatomus hozta el mikroszkopos és makroszkopos készítményeit s a demonstrációs teremben játszódtak le tulajdonképpen a congressus legfontosabb része. Az előadásokat mindenki elolvashatja később nyomtatásban s a discussiók ritkán vezetnek eredményre, mert mindenki csak a maga álláspontját védi s nem hajlandó coram publico az engedményekre; de a készítmények közvetlen megtekintése pótolhatatlan. A demonstrációk egyik érdekessége volt a *Spalteholz* által bemutatott készítmények sorozata. *Spalteholz* már évek óta fáradozik egy technikán, melynek az a célja, hogy átlátszóvá vagy áttetszővé tegye az emberi és állati test egyes részeit, a mi különösen az erek lefutásának a tanulmányozása szempontjából fontos. Célja is ért: még a csontokat, pl. a csomócsontot is átlátszóvá tudja tenni. Igen szép készítményekben mutatta be *Holl* (Graz) a szív atrio-ventricularis nyalábjának viszonyait emberen és állaton. A megemlítettéken kívül még sok érdekes előadás és bemutatás volt, a melyekre helyszűke miatt s leginkább csak az anatomust érdeklő tartalmuk miatt nem térhetünk ki.

A gyűlésnek egészben igen szép és harmoniás lefolyása volt s a jelenlevők valamennyien bizonyára sok okulással és a kutatásra való újult kedvvel hagyták el a sikerült congressust.

*Lenhossék Mihály.*

## A német sebésztársaság XL. gyűlése.

(Berlin, 1911 április 19 - 22.)

Ismerteti: *Tóthfalussy Imre dr.*, műtőorvos.

*Első nap, 1911 április 19.*

Az idei gyűlésnek különös jelentőséget kölcsönzött azon körülmény, hogy a társaság ez alkalommal ünnepelte alapítójának, *Langenbeck*-nek 100. születésnapját. Az ünnepélyen résztvettek a nagy sebész családjának jelenleg élő tagjai is. Az elnöklő *Rehn* (Frankfurt a/M) megnyitó beszédében *Langenbeck*-nek a német sebészet fejlődése terén szerzett érdemeit méltatta, kegyeletes szavakkal emlékezett meg továbbá a társaságnak az 1910. évben elhunyt dísztagjairól: *Koch Róbert*-ről, *König*-ről és *Krönlein*-ről, mire az ülés napirendjének lebonyolításához fogtak.

\* \* \*

*Küttner* (Breslau) a *kezek és a műtési terület desinfectiójának* jelenlegi állását fejtegette terjedelmes referatuma alapján. A kérdés megvilágítására körkérdést intézett az egyes sebészekhez és az így nyert 210 felelet alapján a következő eredményhez jutott. Háromféle szempontból történhetik a desinfectio: 1. *Chemiai úton*. A használatban levő szerek azonban részben csak hosszabb idő múlva hatnak, részben pedig megtámadják a desinfectiálandó bőrt. Az újabb kéneső-(-jodid, -oxycyanür, sublamin) és formalin-készítmények sem váltak be; úgy látszik azonban, hogy a legújabban előállított phenol-halogen vegyületek (chlormetakresol stb.) e téren nagyobb haladást jelentenek. 2. *Mechanikai úton*. A mechanikai desinfectio (kefélés, dörzsölés) rövid időre tisztítja csak meg a bőrt, mert a csírák a mélyből lassanként ismét a felületre vándorolnak. Egy más mód a csírák *rögzítése* (Arretierung) az illető területen, a mit vagy meleg víz-alkohol-kezeléssel (*Ahlfeld*), vagy csak alkohol-kezeléssel (*Bruns*) érhetünk el; ez utóbbi egyszerűsége miatt nagy jelentőségű (pl. háborúban). Más módszerek, mint a jod-benzin (*Heusner*), alkohol-aether, aceton-alkohol stb. részben megtámadják a bőrt, részben tűzveszélyesek. 3. *A kezek és műtési terület befödésével*, mely előbbinél a gummikeztyű csaknem ideális viszonyokat teremtett, míg az utóbbinál a gummilepedő, mastixszal átitatott finom battiszt (*Weil*), dermagummi, gaudanin

stb. tesz jó szolgálatokat. A műtési terület desinfectiójában *Küttner* a legjelentősebb felfedezésnek a jod-tincturát (*Grossich*) tartja, melynek alkalmazása gyors, egyszerű, biztos és kíméletes. Az ekzema elkerülésére az 5%-os, egészen friss oldatot ajánlja *kis* mennyiségben és figyelmeztet, hogy előtte más módon ne kezeljük a területet, továbbá, hogy műtét után alkohollal távolítsuk el a jodot.

*Noetzel* (Saarbrücken): *A sebkezelésről*. Az inficiált sebek kezelésében még nem uralkodik teljes egyetértés. A vizsgálatok kimutatták, hogy az eddigi chemiai antisepticumok csak ártnak, mert a szöveteket megtámadják és ha velük el is érünk hatást, ez főleg az ugyanakkor alkalmazott physicalis kezelésnek (öblítés, drainezés, tamponálás, *Bier*-féle pangás stb.) tulajdonítható. Éppen azért nagy szükségünk van egy hatásos chemiai antisepticumra.

A referatumokat követő discussióban *Kocher T.* (Bern) a jod-tincturát illetőleg nem csatlakozik teljesen *Küttner* véleményéhez; különösen a Basedow- és általában a strumás betegeket félti a jodtinctura alkalmazásától.

*Israël* (Berlin) gypskötések készítésekor szarvasbőrkeztyűket használ.

*Blumberg* (Berlin) reczés tapintófelülettel bíró gummikeztyűket készített.

*Oettingen* (Berlin) a mechanikai asepsis híve és e célból legjobbnak tartja az általa először használt *mastisol*-oldatot.

*Heusner* (Barmen) szintén a *mastisol*-kezelést ajánlja. Továbbá újfajta aluminium-drótból álló drainsövet készített, mely az üvegdrain jó tulajdonságait annak árnyoldalai nélkül egyesíti.

*Lauenstein* (Hamburg) a jodtinctura alkalmazása előtt lehetőleg megtisztítja a bőrt.

*Heinecke* (Leipzig) a jodtincturát a sebekre vonatkozólag épp oly jó hatásúnak tartja, mint a perubalzsamot. Őva int azonban attól, hogy jodtincturával érintsük a hasüri szerveket, mert ez könnyen összenövésekre vezet.

*Thöle* (Hannover) kísérletei alapján nem hiszi, hogy a keletkező jodsav okozza a jodtinctura alkalmazásakor az eczemát, hanem jod-idiosyncrasiát tételez fel. Továbbá legjobbnak tartja a keztyűnélküli, *száraz* kézzel való operálást és a sebeknek csak műszerrel való érintését (*König*).

*Dreyer* (Breslau) háziyulaknak staphylococcus-szal fertőzött térd-izületeibe jodtincturát fecskendezett be és ilyenkor genyedés nem állott be.

*Jungel* szerint a fény és nedvesség hatása alatt keletkező jodsav okozza az eczemát és ezért készüléket szerkesztett, mely a jodot in statu nascendi hozza a bőrrel érintkezésbe; fertőzött sebeket is kezelt így jó eredménnyel.

*König* (Greifswald) a jodot csak a gyakran zavaró színe miatt kifogásolja és azért az éppen olyan hatásos szintelen alkoholos *thymol*-oldatot alkalmazza.

*Braatz* (Königsberg) a közönséges gummi-drainsövet felhajtja, gaze-csikot vezet belé és így használja, miáltal a csík gyakori változtatása a cső behagyása mellett lehetséges.

*Steinmann* (Bern) *Walther* francia szerző munkájára utal, mely a jodnak nemcsak arretáló, hanem bactericid hatását is kimutatja.

*Hoffmann* (Karlsruhe) a peritoneum genyes folyamataiban (pl. tbc.) jó hatással alkalmazta a jodtincturát.

*Rehn* (Frankfurt a/M.) figyelmeztet az így keletkező összenövésekre, melyek ileust okoznak.

*Spitz* (Graz) gyermekeken jodtincturát és gyantaoldatot (*mastisol* stb.) használ.

\* \* \*

*Kocher T.* (Bern) *Morbus Basedowii*. A betegség lényege a *hyperthyreosis*, mely a pajzsmirigy elváltozásaiban és fokozott működésében nyilvánul, azonban oly értelemben, hogy nem a termelt váladék *mennyisége* dönt, hanem annak *jodtartalma*. Jellemző továbbá a vér megváltozott képe, mely *leukopeniát*, *mononucleosist* és *adrenalinaemiát* mutat; csökken az azonkívül a vér alvadékképesége is. Mint szintén fontos tünet kiemelendő még az anyagcsere megváltozása. Állatkísérletek során sikerült kimutatni, hogy a pajzsmirigy kipréselt nedvével vagy tisztán a mirigy hatóanyagával — a *jodothyroidin*-nal — kutyákon típusos Basedow-betegséget lehetett előidézni, a mi szintén a *hyperthyreosis*-felfogást támogatja. A Basedow-kór különböző alakjainak magyarázására az előadó felveszi, hogy a betegség némely alakjában a pajzsmirigy váladéka inkább a sympathicusra, másikában inkább a vagusra hat; az előbbinél (sympathicotrop alak) az *exophthalmus*, a *tachycardia*, a *glykosuria* lép az előtérbe, míg az utóbbinál (vagotrop alak) az *emésztési zavarok* és a *vér* említett *elváltozásai* vannak az előtérben.

A betegség aetiologiájában psychés befolyások, fertőző betegségek, jod adagolása (Jod-Basedow) és genitális befolyások (puerperium, pubertas) szerepelnek. A Basedow-kór sebészi betegség és a műtéti beavatkozás annál sikeresebb, minél korábban hajtjuk végre. Műtét után a vér képe is teljesen megváltozik, leukopenia helyett leukocytosis áll be. Kocher 535 Basedow-betegben 721 műtétet végzett 3·10/0 halálozással.

Kocher A. (Bern): A pajzsmirigyre vonatkozó újabb vizsgálatok morbus Basedowiiában. Az előadó a betegség különböző stadiumaiban vizsgálta a pajzsmirigyet és úgy találta, hogy: 1. *acut esetekben* kevés a colloid és a hengersejtek túlbujáznak (Cylinderepithelwucherung); 2. *kifejlődött esetekben* a colloid felhígul; 3. *chronikus esetekben* kevés a colloid és a mirigysejtek polymorph alakot vesznek fel. A pajzsmirigy jodtartalma nem áll arányban a mirigy nagyságával; a *thyreoglobulin* és *nucleoprotein* mennyiségére vonatkozólag sem lehet valamely törvényszerűséget felállítani. Tény az, hogy acut Basedow-esetekben a pajzsmirigy nagyobb mennyiségben produkálja a hatékony alkotórészekben dúsabb váladékot.

Klose (Frankfurt a/M.) a kérdés megvilágítására állatkísérleteket végzett: ha kutyáknak intravenásan Basedow-struma kipréselt nedvét fecskendezte be (tekintet nélkül annak mennyiségére), akkor az állatokon tipusos Basedow-kór fejlődött ki, míg a reactio kimaradt, ha közönséges struma nedvét használta; ez tehát specifikus érzékeny reactio, a mely kétes esetekben diagnostikailag értékesíthető. Klose továbbá csak *jodkalit* adott intravenásan állatainak, a mire szintén Basedow-tüneteket észlelt. Következtetéseiben azon végeredményre jut, hogy a Basedow-kór nem *hyper-*, hanem *dysthyreosis*, mely abban áll, hogy a Basedow-struma nem tudja a szervezetbe jutott jodot úgy feldolgozni, mint az egészséges pajzsmirigy.

A discussióban Garré (Bonn) a *dysthyreosis*-t illetőleg csatlakozik Klose véleményéhez. Összefüggést állapít meg a Basedow-kór és a *thymus persistens* között, a mit következő tapasztalataival bizonyít: egy Basedow-betegén csak *thymectomiát* végzett, mire lényeges javulást észlelt. Továbbá állaton thymus-nedv injectiójával sikerült a Kocher-féle Basedow-vérképet előidéznie; végre thymectomia után a 6. hónapban extirpált Basedow-strumában degeneratív változásokat talált.

Schultz (Berlin) 20 Basedow-eset közül 18-ban Röntgen-átvilágítással thymus persistens-t tudott kimutatni.

Hildebrand (Berlin) az electrocardiogramm jelentőségére utal, mely a Basedow-szív műtét előtti és utáni állapotáról tájékoztat.

Dollinger (Budapest) nagyfokú exophthalmusnál a kinzó fejfájásokat és a cornea ulceratióját azzal szüntette meg, hogy a csontos orbita oldalsó falát reszekálta, mire prompt javulás állott be.

Eiselsberg (Wien) és Küttner (Breslau) tapasztalataik alapján szintén a Basedow-kór korai műtété mellett foglalnak állást.

(Folytatása következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A köpet fehérjetartalmának diagnostikai jelentőségéről tartott előadást Roger a párisi „Académie de médecine” április 11.-i ülésén. A saját, valamint az irodalom esetei alapján kijelenti, hogy a gümőkórosak köpetében mindig van fehérje; ezzel szemben a heveny vagy idült hörgőhurutban szenvedők köpete sohasem tartalmaz fehérjét. A fehérjereactio negativ volta esetén tehát a gümőkór kizárható, a positiv fehérjereactio azonban nem jelez okvetlenül tuberculosist, mert más bajokban is lehet fehérjetartalmú a köpet (pneumonia, heveny tüdőcongestio, Bright-kórban vagy szívbajban szenvedők bronchitise). A köpet vizsgálata fehérjére jó szolgálatot tehet annak a megállapítására is, vajjon a tüdőbeli gümőkóros folyamat meggyógyult, vagy pedig egy eltokolódott kóros gümős gócz újból aktivvá vált-e. (La semaine médicale, 1911. 15. szám.)

## PÁLYÁZATOK.

**Aninószai** (Hunyad megye, Petrozsény mellett) **bányatelepünk** részére orvost kerestünk. Az állás javadalmazása: szabad lakás, fűtés és világítás mellett évi 2400 korona törzsfizetés. Házi gyógyszerár felállítását egyidejűleg kérelmezzük. Ennek helyisége orvosi lakással egy tető alatt. Gyógyszertárkezelésért évi 2000 koronát külön díjazásul folyósítunk. Kinevezendő orvos hivatalos kötelességeinek sérelme nélkül magán-gyakorlatot is folytathat. Megfelelő egy évi szolgálat után véglegesítettik és a tisztviselői nyugdíjalapba felvétetik és ez időponttól kezdve mellékjándóságokban részesül.

A kérvény egyetemes orvostudor-oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és az eddigi gyakorlatot felmutató okmányokkal felszerelve a **Salgó-Tarjani kösznébánya-részvénytársulat petrozsényi bányagazgatóság Petrozsény (Hunyadmegye)** címre mielőbb beküldendő.

Salgó-Tarjani kösznébánya-részvénytársulat.

1568/1911. sz.

Kiskundorozsma községnél a lemondás folytán megüresedett **külterületi községi orvosi állásra** pályázatot nyitok. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint esetleges gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **május hó 15.-éig** nyújtják be.

Az állás javadalmazása évi 1400 korona törzsfizetés és 600 korona fuvarátalány, valamint a kiskundorozsmai „külső központ”-ban, mely a községtől műtön 13 kilométerre fekszik, természetbeni lakás.

Mindezeket felül, a ki az állást el fogja nyerni — mint hivatali elődje megkapta —, szintén minden valószínűség szerint meg fogja kapni vármegyei alispán úrtól a jogosítványt kézi gyógyszerár felállítására.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom kitzünni.

Kiskundorozsma, 1911 április hó 24.-én.

Gyárfás, főszolgabíró.

1139/1911 sz.

A lemondás folytán megüresedett tiszabői **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények kellően felszerelve 1911. évi május hó **8.-áig** adandók be hozzám.

Javadalmazása: 1600 korona kezdő törzsfizetés. Természetbeni lakás, a szabályrendeletileg megállapított látogatási, halottkémi és hús-vizsgálati díjak.

Törökszentmiklós, 1911 április hó 22.

Bodony, tb. főszolgabíró.

38/1911. ig. sz.

A vezetésem alatt álló **budapest-angyalföldi m. kir. állami elmeegógyintézetnél** elhalálozás folytán megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetéssel, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel és I. oszt. étellemezzel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az egy koronás bélyeggel ellátott s belügyminister úr ő nagyméltóságához címzett folyamodványok orvostudori oklevéllel, illetőségi bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelve hozzám **folyó évi május hó 31.-éig** nyújtandók be.

Budapest, 1911 május hó 1.-én.

Epstein dr. s. k., igazgató.

5895/1911. sz.

A lemondás folytán megüresedett belényesi közkórház **alorvosi állására** pályázatot hirdetek. Az állás elnyeréséhez szükséges egyetemes orvostudori oklevél. Az állással járó javadalmazás 1200, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és étellemezés bor nélkül. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy a kellőképpen felszerelt pályázati kérvényüket Bihar vármegye főispánja, *Miskolczy Ferencz* dr. úrhoz címezve, hozzám **1911. évi május hó 25.-éig** nyújtják be.

Nagyvárad, 1911 április 25.

Fráter Barnabás, alispán.

2501/1911. szám.

A lemondás folytán megüresedett nyitra-rudnói **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazon okleveles orvostudorokat, a kik ezen, évi 1600 korona törzsfizetéssel, 800 korona lakbérrel és 400 korona útiátalánnyal díjazott állást elnyerni óhajtják, hogy ez iránti kellőképpen felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi június hó 1.-éig** hivatalomnál beadják.

Tájékoztásul még megjegyzem, hogy az eddig alkalmazva volt körorvos a körzetében és a zsámbokréti járás felső községeiben való kezeléséért 1000 korona fizetést és a rudnói körzetre 580 korona, a zsámbokréti járásban fekvő községekre pedig 612 korona trachoma-útiátalányt élvezett s miután a megválasztandó körorvos is kétségtelenül meg fog biztatni a trachomának körzetében és a zsámbokréti járás felső községeiben való kezelésével, valószínű, hogy részére ugyanezen járandóságok fognak folyósíttatni.

Privigye, 1911. évi április hó 25.-én.

Abaffy Adolf, járási főszolgabíró.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

Közlemények a budapesti Fehérkereszt-gyermekkorház belosztályáról (Főorvos: Berend Miklós dr., egyet. magántanár.):

**Berend Miklós és Tezner Ernő:** A vizeletelés a csecsemő szervezetében heveny súlyingadozásoknál. 343. lap.

**Tezner Ernő:** Mennyiben specifikus a Pirquet-féle reactio? 349. lap.

**Rusz Imre:** A csecsemővér refractiójának és viscositásának ingadozásai. 351. lap.

**Boschán Frigyes:** Az Engel és Turnau által ajánlott vizelet-reactio mibenléte s értéke. 355. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Keller Arthur:** Gyermek- és csecsemővédelem Magyarországon. — **Lapszemle. Belorvosok. Gelhart:** A digitális hatása friss billentyűbajokban. — **Chauffard:** Az epeutak fertőzöttsége. — **Sebészet. Zabudowski:** A kezek

és az operatio terének fertőtlenítése. — **Gyermekorvosok. J. Simon:** Pylorusstenosis gyógyulása után pneumoniában meghalt csecsemő gyomrának anatómiai lelete. — **Venerás betegségek. Uhlenhuth és Mulzer:** A háziúton létrehozható kísérletes syphilis. — **Húgyszervi betegségek. A. Philippson:** A chronikus kankó gyógyítása argentum kalio-cyanátummal. — **Orr-, torok- és gégebetegségek. Fraser és Reynold:** Az ozaena aetiologiája és pathologiája. — **Killian:** Az orrmelléküregek gyulladásának kezelése. — **Fizikai és diétaes gyógyításmódok. Brieger:** A gőzszugár mint a gyógyítás egyik hatásos eszköze. — **Kisebb közlések az orvostudományról. Goulston:** Szívgyengeség. — **Petges:** Lágycékély. 355–358. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 358. lap.

**Vegyes hírek.** 358. lap.

**Tudományos társulatok.** 359–361. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemények a budapesti Fehérkereszt-gyermekkorház belosztályáról. (Főorvos: Berend Miklós dr., egyetemi magántanár.)

### I. A vizeletelés a csecsemő szervezetében heveny súlyingadozásoknál.\*

Írta: **Berend Miklós dr. és Tezner Ernő dr.**

A csecsemő súlyingadozásainak kérdése egyike a legbonyolultabbaknak; végeredményben az emberi megismerés határáig, az élő anyag keletkezésének kérdéséig vezet. Még valamely súlyingadozás klinikai értelmezése is sokszor rendkívül nehéz, sőt néha megoldhatatlan feladat. Ez érthető is, ha meggondoljuk, hogy mennyi s mily változó körülményektől függ a testsúly változása. Pedig mi ezen körülményeknek csak egy részét ismerjük és megismerésünk korlátolt voltánál fogva sok, talán igen fontos tényező rejtve marad előttünk.

Ezen nagyrészt ismeretlen componensekből a resultanzt kiszámítani, vagy plane visszafelé a componensekre következtetni nem lehet. A növekedés „klinikai physiologiá”-jának s még inkább „klinikai pathologiá”-jának egyelőre tehát egész egyszerű összefüggések megállapításával kell beérnie, különben általánosságokba merül el.

Ha a felvetett problémát teljesen meg akarnók oldani, kutatásainkat a következő 4 pontra kellene kiterjesztenünk:

1. Melyek a súlyingadozás okai a) a csecsemő constitúciójában, jobban mondva állapotában, b) a táplálkozásban, c) a milieu egyéb tényezőiben?

2. Mi a megtartott illetve elvesztett anyagnak minősége vegyi szempontból és mely úton vétetett az fel, illetőleg mely úton vesztett el?

3. Milyen a súlyingadozások finomabb mechanizmusa? Jelenleg alig tudjuk, hol folyik le a súlyváltozás, a vérben-e,

\* Előadva a természettudományi társulat élettani szakosztályában.

vagy a szövetekben, a sejtben vagy a szövetnedvben, s mely chemiai és physikai erők működnek itt közre. Ha pl. a vízretentio egyszer a szöveturgort fokozza, máskor oedemat okoz, fel kell tennünk, hogy az itt lejátszódó physikai folyamatok nagyon is különbözök.

4. Mi a súlyingadozásoknak, különösen a nagyobbaknak a hatása a csecsemő szervezetre? Bizonyos, hogy a tartalékanyagállomány (zsír, glycogen, víz) megváltozásának vannak következményei, melyeket eddig csak a methodika nehézségei miatt nem sikerült megállapítani. Ide tartozik az osmosis egyensúly megváltozása kiszámíthatatlan következményeivel. Ide tartoznak végül az ionhatások, a keringési viszonyok megváltozása stb. Hogy itt klinikailag mennyire fontos kérdésekkel állunk szemben, arra jó példa az az összefüggés, melyet *Berend*<sup>1</sup> mutatott ki a hirtelen súlyesés és pneumonia megjelenése között.

Mi a felvetett kérdések közül a következőkben csak arra keresünk választ, hogy a súlyingadozások okoznak-e eltolódásokat a vér és a szövetek víztartalmában és hogy ezek az eltolódások milyenek. A vízretentióval is kellett foglalkoznunk, mivel ez a felvetett kérdéssel a legszorosabb összefüggésben van.

A súlyingadozás éppenséggel nem egységes dolog. Lényegileg különböző folyamatok nyerhetnek a súlyingadozásban egyforma kifejezést, úgy hogy szükséges volna e különböző ingadozásokat aetiologiájuk szempontjából külön vizsgálni. De a szigorú aetiologiai beosztás lehetetlen a komplikált viszonyok miatt. Azon esetek vizsgálatára kell tehát szorítkoznunk, ahol egy bizonyos, különösen hatásos ok mellett a többi nem érvényesül. Ilyen majdnem törvénytörően jelentkező és egyformán lefolyó súlyingadozásokat látunk *sóoldat* bevitelkor, még pedig súlyemelkedést, súlyos *láz* megbetegedések alatt meg súlycsökkenést.

A következőkben ezen két esetben végzett vizsgálataink tárgyalására fogunk szorítkozni. Az alimentaris befolyások, melyeket igen sok változatban vizsgáltunk, nem elég hatásosak, hogy a vérben határozott változást idézzenek elő.

Mi még a lisztápláláskor másoktól (*Lust*<sup>2</sup>) észlelt vérfelhigulást sem találtuk törvényszerűnek. A constitutio szerepét spasmophil csecsemők vizsgálatával akartuk eldönteni. Erre nézve azonban még nem áll elég eset rendelkezésünkre, hogy abból a következtetést levonhassuk.

A vér víztartalmára egyes alkotórészeinek koncentrációjából következtetünk. Ez utóbbi meghatározására a különböző „physiko-chemiai” módszereket használtuk fel. Itt a következők jönnek számításba:

1. A *refractio* (*R*). Gyakorlatilag, különösen ugyanazon egyéneken végzett összehasonlító vizsgálatokkor, a vérplasma refractiójában annak fehérjetartalma nyer kifejezést, sőt még a fehérjetartalomnak a törési coefficiensből való kiszámítása is megengedhető.

2. A *fagyáspontcsökkenés* ( $\Delta$ ) az osmosis koncentrációjának kifejezője. A vérben a viszonyok a fehérjemolekulák és a vörsejtek adsorbeáló hatása miatt komplikálódnak, de azért bizonyos megközelítéssel a fagyáspontcsökkenés elfogadható a vér osmosis koncentrációjának mértékéül.

3. Inkább értékesíthetők a *vezetőképesség* ( $\Lambda$ )-meghatározások a vérplasmában, melyek ennek ion-, tehát hozzávetőleg sókoncentrációját mutatják. A vörsejtek és a fehérjemolekulák komplikáló szerepe itt is megvan, de az utóbbi legáltalában correctióban vehető (*Bugarszky* és *Tangl*).<sup>3</sup> Zavar itt még a dissociatiofok esetleges változása is.

Kérdéses még, vajjon megengedhető-e következtetést vonni az ion-koncentrációból a plasma víztartalmára. Amaz ugyanis nemcsak a vér víztartalmával változik, mert kétségtelen, hogy vannak szabályozó folyamatok, melyek arra irányulnak, hogy a vér osmosis-nyomását változatlanul megtartsák. Ezen kompenzáló törekvések következtében az észlelt változások inkább kisebbek, mint a milyenek lennének, ha a vér víztartalmának ingadozásai teljességükben érvényesülnének.

4. A *physiologiai* folyadékok viscositásának (*V*) jelentősége nincs még teljesen tisztázva. A vére azonban *Korányi* és tanítványainak<sup>4</sup> vizsgálatai óta tisztázottak a viszonyok. Megállapították ugyanis, hogy a vér viscositása első sorban a vörsejtek relatív össztérfogatától függ, azaz a vértesticsek számától s azok nagyságától. Természetesen valamely specifikusan ható anyag közbejöttkor kivételek is lehetnek ez alól a szabály alól. Általában azonban a vér minden besűrűsödése magas, minden hígulása alacsony viscositással fog járni.

Vannak tehát rendelkezésünkre olyan módszerek, melyek segítségével megközelítőleg tájékozódhatunk a plasma fehérje-, ion- és osmosis koncentrációjáról, valamint a relatív vörsejt-térfogatról. Ez utóbbit közvetlenül is meghatároztuk *haematokrit* (*H*) útján.

Mіндеzen értékeket egymás mellett a vér víztartalmának meghatározására használtuk fel. Csak a  $\Delta$  meghatározásokat hagytuk el, mert azok eredményei nincsenek arányban a komplikált methodikával. Sajnos nem határozhattuk meg a vér száraz anyag tartalmát. Erre a célra ugyanis oly nagy érmennyiség szükséges, hogy a többi meghatározáshoz nem maradt volna elegendő, pedig a  $\Lambda$  meghatározásokat az említett módszer sem pótolhatta volna. Egyébként *Lust*<sup>5</sup> nemrégiben szárazanyagmeghatározással csak azon eredményekhez jutott, mint mások a physikochemiai módszerekkel.

Külön indoklásra szorul, hogy miért tartottuk szükségesnek mindezen adatok meghatározását egymás mellett. *Reiss*<sup>5</sup> pl. beéri azzal, hogy a vérsavó refractióját vizsgálja, s ennek megváltozásából és a súlyingadozásból következtet vízvesztésre és retentióra, szövetvesztésre és gyarapodásra.

De ezek a dolgok nem oly egyszerűek. A *refractio* minden változása okát lelheti a vér víz- és fehérjetartalmában, s minden súlyingadozás a szervezet anyag- vagy vízmennyiségében, vagy végül változhat a vér relatív mennyisége. A következő példák meg fogják mutatni, mennyire elégtelen az egyoldalú vérvizsgálat: *Refractio* útján vérbesűrűsödést találunk, melyet azonban lefolyt csekély haemolysis okozott. Ilyenkor a *haematokrit* és *vezetőképesség* értékek azonnal felvilágosítást adnak a *refractio* emelkedés természetéről. Más esetben viscositáscsökkenésből vérhígulásra következtetünk. Ha e mel-

lett a *refractio*t változatlanul találjuk, arra kell gondolnunk, hogy vértesticsek léptek ki tömegesen a vérpályából. Sohasem lesz tehát elegendő egy adat meghatározása egymagában.

Fontos elővigyázatossági szabály az abszolút értékek elkerülése. Mindig a *vérconcentratio változását* határoztuk meg. Abszolút, nem összehasonlító értékeket ugyanazon körképénél, de különböző egyéneknél teljesen mellőztünk, mivel ezek az illető egyén constitúciója szerint nagyon távol esnek egymástól. Természetesen nagyon sok esetet vesztettünk el ezáltal, ugyanis mindazokat, a hol második vérvizsgálat külső okok miatt nem történt.

Hiábavaló törekvésnek tartottuk különböző betegségekre abszolút *refractio*-, *viscositas*- stb. értékeket, vagy éppen középértékeket felállítani, mint a min legutóbb *Lust*<sup>2</sup> sikertelenül fáradozott. Feltűnő, sőt jellegzetes a csecsemő-pathologia mai terminológiájára, hogy mennyire különböző értékeket kaptunk egy és ugyanazon alimentaris megbetegedésben. Aetiologic jól meghatározott táplálkozási zavarok (tej- és lisztártalom) tisztán nem igen fordultak elő a mi anyagunkban. Vegyes kóralakokkal volt dolgunk többnyire, szövődve acut zavarok vagy parenteralis fertőzések utáni reconvalescentiával. Itt elejétől fogva sem várhattunk egységes eredményt. De a *Finkelstein*-féle typosus alimentaris intoxicationál sem voltak egységesebbek az eredmények, a mint az alábbi összeállításból látszik. Egyrészt túlságos nagy szerepe jut itt a constitúciónak, a nagy ismeretlennek, másrészt jelenlegi formájában az intoxicatio fogalma sem egységes, hanem különböző kóros folyamatok gyűjtőneve. A következő esetek klinice a legsúlyosabb acut alimentaris intoxicatio képét mutatták, a \*-gal jelzettek bonczoláskor is megfelelő leletet adtak.

Név	Kor	Súly	Fehérje-tart. %	Vértestic-vol. %	Viscositas	corr. vezetőkép.	Megjegyzés
	hónap						
Adorján *	11	6440	9.6	44	—	—	
Betty *	2	4000	11.6	41	—	—	2 nappal exitus előtt
Ferenczy *	1	2940	9.5	44	52	69.1	1 " " "
Kuglics *	15	7200	10.8	35	56	52	1 " " "
Leitner *	4	4600	9.3	42	49	—	
Meitinger *	3	3200	10.0	40	50	—	1 " " "
Schwarz	11	5180	9.6	39	47	—	
Tolmár *	3	3500	8.0	44	38	55	1 " " "
Simai	11	7500	9.6	37	—	—	
Eberhard	3	3800	8.7	41	—	80	

Látjuk, hogy intoxicationban néha igen magas értékek fordulnak elő, de a chronikus zavarban szenvedők és a reconvalescensek között (I. I. táblázat) szintén találunk ilyen eseteket. Evvel nem akarjuk tagadni, hogy az intoxicatio beszáradással jár. Lehetséges, hogy eredetileg nagyon vízgazdag vérnél egész alacsony értékek is már vérbesűrűsödést mutatnak. Erre a kérdésre különben még visszatérünk.

Eredményeink értelmezésekor a következőkre fogunk tehát szorítkozni:

1. Csak akkor fogunk következtetni a vér besűrűsödésére vagy felhígulására, ha a *refractio*nak, a korrigált *vezetőképesség*nek, a *viscositas*nak és a *vörsejt-térfogat*nak egyirányú változását észleljük.

2. Ha a *vezetőképesség* nem változik arányosan a többi értékkel vagy talán éppen ellenkező irányban, akkor a *hígabb vérben sófelhalmozódás*, illetve a *sűrűbb vérben sóvesztés* állott be.

A szervezet második nagy víztartályában, a bőralatti kötőszövetben beálló ingadozásokat klinice a turgor szerint itéljük meg. Hogy ennek a tényezőnek számokban való kifejezését elérhessük, külön műszert használtunk, a *Tezner által szerkesztett turgometert*.

Az eszköz lényegében mérleg, melylyel megállapíthatjuk, hogy egy fémgomb bizonyos megterhelés mellett mily mélyen

I. táblázat.

Szám	Név	Kor hóna- pok- ban	Súly	Diagnosis	Táplálék a kísérlet napján	Súly- ingadozás	Közvetlen kísérlet előtt				Változás kísérlet alatt			
							fehérje	vér- test- volum.	visco- sítás	corr. Λ	fehérje	vér- test- volum.	visco- sítás	corr. Λ
1	Serester . . .	11	5200	Chron. tápl. zav. Rachit. II. Hurut.	750 Heim	+250	8·3%	38·0%	56	—	-0·5%	—	-7	—
2	Weisz M. . . .	3½	3900	Chron. tápl. zav. Subfebrilis	500 Heim	+230	7·7	41·7	44	67	-0·8	0	-4	-1
3	Hammer . . .	6	2650	Atroph. koraszülött. Gyakori hurut, pyoderma	750 Heim	+180	10·0	35·7	—	90	-1·2	-2·2	—	+21
4	Kis . . . . .	4	3740	Chron. tápl. zav. Subfebrilis	750 Heim	+80	8·8	39·7	46	60	-0·9	-0·2	-8·5	+4
5	Pap R. . . . .	7	3340	Lues cong. Atro- phiás, hurutok, subfebrilis	1 × 150 A 700 Heim	+100	10·0	—	45	48	-0·4	—	-1	+1
6	Serester . . .	12	5240	Chron. tápl. zav. Rachitis II.	1 × 200 II 700 Heim	+50	10·1	46·0	—	40	-1·1	-1·5	—	0
7	Teichtler . . .	7	4500	Chron. tápl. zav.	500 Heim	+50	8·9	47·0	57	—	-0·4	-7·0	-5	—
8	Ovics . . . . .	7	3500	Koraszülött, ex- sudativ, atrophias	500 Heim	-50	10·0	34·5	51	96	-1·2	0	-9	+14
9	Kis . . . . .	5	3800	Chron. tápl. zav.	500 Heim	-180	8·8	39·7	46	79	-1·0	-0·2	-8	+3
A következő esetekben csak 2-3 egymásra következő etetés pótolatott 1% NaCl-oldattal:														
10	Francz . . . .	1½	3700	Exs. diathes. Las- sú fejlődés	350 A 200 sóold.	+90	7·3	34·7	41	116	-0·5	-2·5	-5	-11
11	Rónai . . . . .	6	4460	Reconvalescens zsrárt. után	350 VII 300 sóold.	+100	9·5	43·6	56	115	-0·8	-2·9	-5	+13
12	Francz* . . . .	4	4650	Exsud. diath.	300 sóold.	+100	8·4	36·0	48	65	-0·5	-0·1	-6	+2

I = ⅓ tej, II = ½ tej, IV = ½ tej + ½ lisztleves, V = nyák, VII = malátaleves, VIII = színtej, MI = malátás iró, TD = tejbedara, A = anya-, ill. dajkatej, Heim = Heim-John-féle sóoldat.

\* Kísérlet tartama 12 óra.

nyomható be a fixált czomb bőrébe, illetőleg a bőralatti kötőszövetbe.\*

Tudatában vagyunk ezen módszer hiányainak. A czomb fixálása nem egészen szabatos, az eredményt erősen befolyásolja a czomb anatómiai alakja, vastagsága, az izmok relativ mennyisége és tonusa. Az absolut értékek tehát egyáltalán használhatatlanok. A relativ értékek ellenben egészen jól értékesíthetők, mert itt majdnem az összes említett hibák mindkét összehasonlítható méréskor egyformán szerepelnek.

Természetesen meg kell jelölni a bőrön azt a pontot, a hol a gombot applikáljuk s a mérést mindig ugyanezen a helyen kell végeznünk. Nagy hátránya a módszernek, hogy nyugtalan gyermekeken igen nagy türelmet igényel, néha, bár ritkán, teljességgel kivihetetlen. Nyugodt vagy alvó gyermekeken 5-10 perc alatt befejezhető a mérés.

Ezen úton azt mérjük, hogy mekkora erő szükséges a bőr bizonyos fokig való benyomására. Az általunk választott megterheléskor, mely sohasem volt több 30 gr.-nál, a mélyebb részek compressiója nem igen jön számításba s ez a befolyás ugyanazon egyéneken végzett összehasonlító vizsgálatokkor nem fog hibát okozni. Oedemáknál ez a módszer hasznavehetetlen, mert nemcsak a turgor, hanem a bőr rugalmassága is megváltozott.

Félreértések elkerülésére kiemeljük, hogy a turgometert csak kísérleti célokra használjuk, sohasem tekintettük a *klinikai* vizsgálat segédeszközének. Erre a célra mégis csak a kéz válik be legjobban.

#### A) Sóbevitel által okozott súlyingadozások.\*\*

Súlynövekedés elérésére majdnem biztos eszköz áll rendelkezésünkre a per os adott sóoldatok alakjában. Rendszerint a Heim és John által therapeutikai célokra ajánlott alakban alkalmaztuk (5 gr. NaCl + 5 gr. NaHCO<sub>3</sub> 1000 gr. vízre), a

\* Részletesen a Monatschrift für Kinderheilkunde egyik közelebbi számában lesz leírva.

\*\* Kísérleteink majdnem kizárólag az 1908-1909. évekből származnak.

mi 24 órán át a vizsgált csecsemőknek kizárólagos tápláléka volt. Néhány esetben 1%-os NaCl-oldatot adtunk 12 órán át.

A testsúly viselkedése nem volt minden esetben egyforma: 9 kifejezett súlygyarapodás, egy csekély és egy erős súlycsökkenés. Mégis tipusos sóreakcióval van itt dolgunk, mert a *súly azonnal visszatér eredeti nagyságára, a mint a sóoldat a szervezetből eltávozott.* Az 1. és 2. esetben az extrem súlygyarapodást másnap túlkompenzáló súlycsökkenés követte. A mérsékelt súlygyarapodást mutató esetekben (3, 4, 5, 10, 11, 12) a kompenzáló csökkenés egyenlő a gyarapodással és a 9. esetben észlelt súlycsökkenés is másnapra kiegyenlítődik. A 6., 7., és 8. esetben a sóoldat egyáltalában alig befolyásolta a súlygörbét. A reactio tehát különbözőképpen folyhat le, de minden esetben gyorsan egyenlítődik ki.

Tulajdonképp azok az esetek, a hol a súly nem változott, dolgozatunk keretén kívül esnek. De hogy itt is ugyanaz a sóhatás szerepel, azt éppen vérvizsgálataink bizonyítják. Majdnem kivétel nélkül határozott változást látunk a vérösszetételben.

*A fehérje-, vérséjtterfogató- és viscositás-értékek csökkennek.* Ebben az egyenletes csökkenésben csak a *vezetőképesség nem vesz részt*, ellenkezőleg, ezt majdnem mindig megnagyobbodottnak találjuk. Ebből az következik, hogy a *vérszérum a sóoldat bevétele folytán meghigul és egyszersmind sóban gazdagabb lesz.*

A budapesti orvoscongressuson leadott előzetes közléseinkben még azon nézetben voltunk, hogy a vér megváltozása következménye a sóoldatokkal előidézt oedemáknak. De a vérhígulásnak ezt a magyarázatát egyszerűen megdöntik az azon időpont után észlelt Teichtler, Ovics és Kis eseteink, hol hydroplasma állott fenn oedema nélkül. Akkori álláspontunkat ezennel korigáljuk.

A vér felhígulása és sóban gazdagodása két módon keletkezhetett. Vagy a bevitt oldatból származik a só- és a víztöbblet (só- és vízretentio), vagy pedig a szövetekből kerültek ezen anyagok a vérpályába, úgy a mint a vesebajok hydropsát egy a szövetekből a vér felé irányuló vízárammal magyarázzák (Korányi<sup>6</sup>).

Hogy ezt a kérdést eldöntsük, külön kell a só, külön a víz viselkedését tekintenünk. A só felhalmozódását a vérben alighanem csak a táplálékból való retentio okozza. Freund,<sup>7</sup> Schloss,<sup>8</sup> valamint Tezner le nem közölt, e vérvizsgálatokkal párhuzamban eszközölt anyagcsere-vizsgálatai azt mutatják, hogy NaCl adagolása után az első napon pozitív a Cl'-mérleg. A bevitt sónak egy részét a szervezet visszatartja. Ebből a retentióból magyarázható a vér megnagyobbodott sótartalma. De honnan származik a vér víztöbblete: a táplálékból vagy a szövetekből? Az bizonyos, hogy vízretentio van, legalább is azon esetekben, a hol a hydroplasmia súlygyarapodással jár. Mivel tápanyagot nem vittünk a szervezetbe, a súlytöbbletet csak vízretentio okozhatta. Itt nem szükséges felténni, hogy a szövetekből került víz a vérbe. De van két esetünk (8. és 9.), a hol súlycsökkenéssel társult a vérhígulás. Ha itt is vizet tartott vissza a szervezet, nagy mennyiségű testanyagot kellett volna tönkremennie, mivel a retentio magában súlygyarapodást okozott volna. Csakhogy miképp magyarázzuk a következő 24 órában beállott kompenzáló súlyemelkedést? A veszteséget pótló hirtelen testanyagfelépítésnek klinikai aequivalensét nem találtuk. Vízretentióról sem lehet szó a sónapot követő 24 órában, hiszen ekkor már erősen negatív a Cl'-mérleg.

Ha nem a vízretentiót vesszük fel a hydroplasmia okául, az észlelt jelenségek egységes magyarázata a következő volna: A bevitt vizet a szervezet egészében kiválasztja: a testsúly áll, illetőleg esik; vagy részben retineálja: a súly nő. A só azonban mindig visszatartja. A víz- és sókiválasztás aránytalansága folytán a só a vérben is felhalmozódik, úgy hogy az osmosis szabályozó rendszerek a szövetekből kénytelenek vizet a vérbe áramoltatni. A hígabb vér természetesen a fehérjét és vörsejteket kisebb koncentrációban tartalmazza, míg a sóconcentratio nem mutat megfelelő csökkenést, sőt meg is növekedhetett.

Az egész jelenség okát tehát abban kell keresnünk, hogy a szervezet sókiválasztóképesége nagyobb mérvű károsodást szenvedett, mint a vízkiválasztásé. A sókiválasztás útjai között a bél utolsó helyen áll, mert ez úton csak legtrikább körülmények közt választódik ki fél grammnál nagyobb mennyiség. A legtöbb só a vesék útján távozik, melyek nagy koncentrációképeséggel bírnak. Evvel szemben eltűnik a veritékkel eltávozó só, hiszen itt az összhamu koncentrációja körülbelül csak 0.7% (Harnack). A vízkiválasztóképeség az említett utak mindegyikén mondhatni korlátlan, sőt még a tüdő is rendelkezésre áll erre a célra. Eltérés a só és víz párhuzamos kiválasztásában létrejöhet egyszerűen a kiválasztás útjának megváltozása által. Ha pl. a vesék működése a veritékmirigyeké és a tüdőé mögött elmarad, sokkal több víz vagy sokkal kevesebb só fog kiválasztódni.

Hogy sóadagoláskor történik-e ilyesmi, arról azok a vizsgálatok adhatnak felvilágosítást, melyeket Berend és Winter végeztek, egy eddig nem közölt, a perspiratio insensibiliszel foglalkozó munka keretében. Ők azt találták, hogy a sóperiodus alatt kisebb lesz a vesén át kiválasztott vízmennyiség, nagyobb a bélen át kiküszöbölt, míg a perspiratio insens. útján leadott vízmennyiség alig változik. Az előbb mondottak szerint a bélen át történő vízvesztés nem jár megfelelő sóvesztéssel, a sók tehát a szervezetben koncentráltabb oldatban fognak visszamaradni. E mellett a vesének működése is megváltozott. A beteg veséről már többben (Marischler,<sup>9</sup> Marie<sup>10</sup>) kimutatták, hogy insufficiens a sókiválasztásra, míg

a víz kiválasztása kifogástalan. A kísérleti veseinsufficienciában (nephrectomia) s a klinikaiban (nephritis) csakugyan észlelésünkhöz egészen hasonló képet kapunk. A vér refractiója és viscositása csökken, éppen így a vörsejt-térfogat is; azonban az electrolytek töménysége, speciell a konyhasóé változatlan marad.

Bizonyos feltételek mellett ugyanez történhetik ép vesénél, mert a szervezet a nagyobb mennyiségben bevitt vizet mindig kiválasztja, míg a só különösen nagy adagok beadása után bizonyos ideig visszatartja (Voit<sup>11</sup>).

Tehát a vese sókiválasztóképesége is fontos annyiban, hogy a bél útján ki nem választott sótól meg tudja-e szabadítani a szervezetet vagy sem.

A sóhatás mechanizmusa tehát a következő:

Valami kevés só a mi adagjainknál mindig visszamarad a szervezetben. Jól működő vese azonban a legnagyobb részt kiválasztja és e célra felhasználja az egész, a táplálékban felvett vízmennyiséget és esetleg a szervezet vízből is valamit. A testsúly ennél fogva csökken, de a kevés megmaradt só mégis visszatart még egy víztöbbletet a vérben, súlycsökkenés és vérhígulás áll be. Hiányosabb veseműködésnél, a mikor sokkal több só marad vissza a szervezetben, szükséges a táplálék vízének egy része is, hogy a vér osmosis-concentrációja lehetőleg ne változzék. A vér felhígulása mellett súlyemelkedést látunk. Természetesen ilyenkor erősen csökken a vizelet mennyisége. Lehetséges, hogy a viszonylagos veseinsufficiencia mellett a szervezet Cl'-állománya is szerepel, „a szövetek sóéhsége“, a mint Voit nevezte, a NaCl histo-fixatiója Achard és Loeper<sup>12</sup> szerint.

A vér változása nem tart hosszú ideig. 1—2 nap alatt, mikor a NaCl kiküszöbölődik, visszatér az eredeti állapot. Ebben a szakban a változások természetesen ellenkezői az előzőeknek. A vér besűrűsödik, a sótartalom inkább csökken. (II. táblázat.)

Az oedemák létrejöttére nem találtunk vizsgálatainkban egységes szempontot. Eseteink körülbelül 50%-ában észleltük őket. Egy kivétellel (Ovics) valamennyi esetben láz jelentkezett. A nélkül, hogy erre bővebben kitérnénk, csak annyit jegyzünk meg, hogy az általunk megállapított sóretentio kísérleti alapot adhat Heim és John<sup>13</sup> sóláthatóriájának. Ezt ők exsiccatiós jelenségnek tekintik. Az általunk kimutatott víz-áramlás a szövetekből a vérbe kétségtelenül exsiccatiohoz vezet, csakhogy nem a vérben, hanem a szövetekben, illetőleg sejtekben.

#### B) Erősen lázas csecsemők súlycsökkenései.

A súlyos lázas betegségek lefolyása alatt beálló súlyesések aránylag jól körülírt csoportot alkotnak. Jelentkezésük oly szabályszerű, hogy a láz kitörése után már szinte biztonság-gal várjuk őket. Természetesen fel kell tételeznünk, hogy egy fertőzöses eredetű láz másképp fog hatni, mint egy alimentaris és hogy a vér egy subacut lázas sepsisben másképp fog megváltozni, mint a toxicosis specifikus anyagcsere-zavarában. Mindenesetre vannak ily különbségek, de ezek a mai módszereinkkel nem mutathatók ki. Vizsgálatainknál elsősorban a súlycsökkenést tartottuk szem előtt és kizártuk ama lázkat, a melyeknél súlyingadozás nincs, valamint a láz kitörésekor meglevő komplikált viszonyokat. Ilyformán oly egyöntetű eredményeket kaptunk, a melyekből általános szabályokat vonhatunk le.

Szándékosan a legkülönbözőbb lázas megbetegedéseket

II. táblázat.

S z á m	Név	Kor hóna-pok-ban	Súly	Diagnosis	Táplálék a só-periodusban	Táplálék a kísérlet napján	Súly-ingadozás	Közvetlen a sóperiodus után				Változás a kísérlet napján			
								fehérje	vör-sejt-térf.	visco-sítás	Λ	fehérje	vörsejt-térfogat	visco-sítás	Λ
1.	Weisz M.	3½	4000	Chr. táp.-zav.	500 Heim	500 I.	-120	8.2%	41.8%	40	64.10 <sup>-4</sup>	+0.7%	+0.1%	+5	-13.1 <sup>-4</sup>
2.	Kis F. . .	4	3920	" " "	750 "	600 VII.	+100	7.8	39.5	38	52	+0.1	+3.3	+4	-9.0
3.	Franz. . .	4	4760	Exsud. diath.	300 NaCl 1% 12 óra hosszatt	1050 író 36 óra alatt	-260	7.7	35.9	42	63	+1.0	+9.0	+7	+5.0

III. táblázat.

Szám	Név	Kor hó-napokban	Súly	Hasmenés	Diagnózis	Súly-ingadozás	A súlyingadozás előtt					Változás a súlyingadozás alatt					Jegyzet	
							fehérje	vérsajt-terfogat	viscositás	Λ	turgor	fehérje	vérsajt-terfogat	viscositás	Λ	turgor		A kísérleti napok száma
1	Székhelyi	5	6500	—	Torokdiphtheria	-280	9.2%	37.8%	45	57 <sup>-4</sup>	—	+0.7	+1.6	+1	+2	—	2	
2	Ringuth	4	5000	+	Miliar-tbc.*	-750	8.0	—	43	—	—	+0.1	—	+6	—	—	2	Exitus 5 nap mulva
3	Pap Ru.	2 <sup>1/2</sup>	7200	—	Bronchopneumonia Meningitis*	-200	9.7	37.0	—	46	—	+0.8	+2.8	—	+23	—	1	Exitus 3 nap mulva
4	Fábián	9	5300	—	Acut tápl. zavar	-90	8.5	41.3	46	—	57	+0.2	+3.4	+2	—	-12	2	
5	Serester	5	5020	+	Acut tápl. zavar*	-170	9.0	42	52	—	—	+0.6	-1.5	+4	—	—	1	Atrophias gyerek
6	Rác	4	3200	+	Dysenteria crassi	-200	8.5	46	57	82	—	+1.7	+6	+45	+6	—	3	2. vizsgálat napján †
7	Kottler	8	4500	+	Enteritis?	-440	9.3	31	—	74	45	+0.5	0	—	+52	-7	8	
Compensatorius ingadozás.																		
8	Serester	5	4850	—	Acut táp-zavar után	+300	9.6	—	56	—	—	0	—	-13	—	—	6	1. 5. eset
9	Eberhard	3	3800	—	Acut táp-zavar után	0	8.7	41	—	80	42	-0.6	-3.6	—	-14	+1.5	6	

\* A diagnosist a bonczolás is beigazolta.

választottuk, a melyek nagy súlycsökkenéssel voltak egybekötte. Minthogy a táplálék minőségének szerepe a többi tényező mellett teljesen háttérbe szorult, az erre vonatkozó adatokat a táblázatból kihagytuk.

A III. táblázat első hét esete azt mutatja, hogy a súlyos lázas megbetegedések kapcsán *beálló súlycsökkenés mindig vérbesűrűsődéssel jár. A turgorcsökkenés pedig a szövetnedvek egyidejű besűrűsödését mutatja, tehát nagy vízvesztés történt.* A reconvalescentia itt ismét kompenzáló ingadozásokat mutat, a súly nő, a vér felhigul és a szövet-turgor is nő lassan azáltal, hogy a bőr alatti kötőszövetben víz halmozódik fel.

Mindig ugyanazt a vér- és szövetnedvbesűrűsödést találjuk, akár van hasmenés, akár nincs. Nem szabad tehát a hasmenésnek kétségtelenül meglevő szerepét túlbecsülnünk, mint azt pl. *Reiss* említett dolgozatában (l. c. 358. l.) teszi.

E tények azáltal nyernek jelentőségükben, hogy a víz-eloszlás leírt változása a toxicosisokban is beáll. Ezen megbetegedés klinikai képében a vízvesztés folytán előállott exsiccationak már eddig is jelentős szerepet tulajdonítottak. A kiszáradás felvételére van is néhány kísérleti vizsgálat, melyek azonban mind vagy csak abszolút értékeket közölnek, vagy csak egyik-másik tulajdonság (refractio, viscositás) meghatározására szorítkoznak (*Reiss*,<sup>5</sup> *Salge*,<sup>14</sup> *Trumpp*,<sup>15</sup> *Lust*<sup>2</sup>).

Mindezek a vizsgálatok általában oly eredményt adnak, mely az előbb felállított tételnek megfelel. Semmi esetre sincs olyan adat, mely vele ellentétben volna. Ezek szerint kimondhatjuk, hogy a lázas megbetegedések kapcsán beálló összes nagy súlycsökkenések vérbesűrűsődéssel járnak. De semmi esetre sem jellegző ez a toxicosisra, de sőt nem is kötelező kísérője, minthogy magas lázt és súlycsökkenést tételez fel; ezeket pedig együtt nem mindig találjuk meg. Súlyos toxicosisok súlyingadozás nélkül ritkán ugyan, de előfordulnak (l. *Zeval*-t a IV. táblázatban). De nagyon gyakran találkozunk

acut, sőt súlyos zavarokkal, a melyekben láz nélkül, illetve alacsony láz mellett nagy súlycsökkenést látunk. A IV. táblázatban néhány oly esetet állítottunk össze, a mely a kísérleti időszak (24 óra) alatt súlycsökkenést mutatott magasabb láz nélkül (A), illetve magas lázat fogyás nélkül (B). Végül idecsatoltuk a spontán súlyesést (C), a mikor felismerhető ok nélkül — természetesen láztalan gyereken — történik a fogyás.

A III. táblán rendszeresen mutatkozó vér- és szövetnedvbesűrűsödést itt nem találjuk meg. Ebből kiderül, hogy *csak a magas láz alatt beálló nagy súlycsökkenésekre jellemző a vér és szövetek vízvesztése, melylyel az oldott anyagok eltávolítása nem tart lépést.*

Ez a besűrűsödés érthető is. *Berend* és *Winter* említett vizsgálatai szerint úgy látszik, hogy a test hőmérséke és a perspiratio insensibilis között szigorú parallelismus áll fenn, a mint azt *L. F. Meyer*<sup>16</sup> intoxicationnak egy esetében, felnötteken pedig *Schwenkenbecher* és *Inagaki*<sup>17</sup> már régebben kimutatta. A veseműködés csökkent volta lázban ismert tapasztalat. Tulajdonképpen tehát ilyenkor a vízám a vese helyett a tüdő és a bőr felé irányul, a hol pedig az oldható anyagok kiválasztása nehezebben megy végbe. Ezért tartatnak vissza még a vizeletképes anyagok is, a mi a fokozott vízleadás mellett a szövetnedvek koncentrációját vonja maga után. Ennek oka tehát tulajdonképpen a vízleadás útjának megváltozása a láz hatása alatt, ugyanazon mechanizmus zavara, mely a sóbevitelkor is szerepel.

Az exsiccatio tehát a káros következménye egy tulajdonképpen szükséges folyamatnak. A perspiratio insensibilis fokozódása t. i., illetve a vele együtt járó vízpárolgás antipyretikus hat, tehát a szervezetnek védelmi berendezkedése.

E sorok kapcsán a csecsemőtherapia egy actualis fejezetével kell még foglalkoznunk, t. i. a sóoldatok therapeutikai hatásával exsiccation állapotokban, a mint azt *Heim* és *John*<sup>18</sup> ajánlotta.

IV. táblázat.

	Név	Kor	Súly	Hasmenés	Diagnózis	Súly-ingadozás	A súlyingadozás előtt					Változás a súlyingadozás alatt					Kísérlet tartama napokban
							fehérje	vérsajt.	viscos.	Λ	turgor	fehérje	vérsajt.	viscos.	Λ	turgor	
A)	Sillye	6	4250	—	Acut táp-zavar	-110	10.5%	44.8%	58	98	60	-0.3	-3.9	-3	0	-5.5	1
	Rokobauer	4	4200	—	Furunculosis	-200	9.2	44.9	65	55	50.7	-0.2	+3.0	-12	+29	+7.7	3
	Brankován	1 <sup>1/2</sup>	3600	+	Enteritis. Pneum. Seps.	-300	10.7	49.6	62	57	48	-0.9	-4.0	-22	+15	—	2 A 2. vizsgálat napján exitus
	Fábián	9	5340	—	Toxicosis	-100	8.5	41.3	53	—	—	+0.2	+3.4	0	—	—	2
B)	Zeval	7	3850	—	Bronchitis	+100	9.9	42.6	48	80	65.9	-0.3	-1.6	+1	-3	+10.1	5
C)	Vita	12	8750	—	—	-250	10.7	—	48	—	—	-1.1	—	+2	—	—	1

V. tábla.

Szám	Név	Kor hó-napokban	Súly	Diagnózis	Táplálkozás	Táplálkozás a kísérlet napján	Súlyingadozás	Közvetlen vizsgálat előtt				Változás vizsgálat alatt				Kísérlet tartama
								fehérje	vérsajt-térfogat	viscositás	Λ	fehérje	vérsajt-térfogat	viscositás	Λ	
1	Riesz ---	7	5100	Súlyos toxicosis chron. zavart gyereken 3 nappal a halál előtt	400 IV	100 IV + 300 Ringer-oldat + 200 tea	-70	10 0%	48 0%	62	-4 104 10	+1 1%	—	+19	—	1
2	Stiglicz ---	3	4850	Sepsis. Súlyosak 5 nappal a halál előtt	150 tea + 100 Heim-oldat	250 tea + 250 Heim	-40	8 2	37 0	—	104	0 4	+1 7	—	+18	1
3	Adorján ---	11	6440	Intoxicatio 3 nappal a halál előtt	300 gr. A 500 „ tea	300 A + 500 tea + 100 gr. NaCl 0 9%	+110	9 6	43 9	—	—	+0 9	+1 5	—	—	2

Az exsiccatio — a mint láttuk — igen elterjedt kísérőjelensége a lázas bántalmaknak. De semmi esetre sem specifikus a toxicosisokra. Ha tehát az exsiccatio tüneti kezelését sóoldatokkal jogosultnak ismerjük el, úgy ezt a nem alimentaris esetekre is ki kell terjesztenünk. A magas viscositás-értékek a szívnek jelentős munkatöbbletére engednek következtetni s így ezen állapotok gyors megszüntetése kívánatos volna.

Mi történik azonban, ha mi a vízszegény szervezetbe sóoldatot viszünk be akár per os, akár subcutan. Az esetek nagy számában, a melyekben t. i. nagy súlygyarapodás van, só és víz is visszamarad a szervezetben. Ilyenkor elértük célunkat, ha csak a retineált víz nem tisztán oedema, tehát használhatatlan, sőt káros alakban maradt vissza. Sokszor azonban a súly sóoldatra megáll vagy csökken. Mint mondtuk, ez akkor van, ha az egész felvett víz kiválasztódott, a só azonban nem. Ezt a sófelesleget a vérben csakugyan megtaláltuk s ez osmosis hatása révén a szövetekből víz-áramot indít meg a vérbe, a vér tehát hígul, a szövetek exsiccatioja pedig még fokozódik.

Ez a mechanizmus adja magyarázatát a sóoldattal elért klinikai eredmények különbözőségének. Az egyik esetben hatása életmentő a vér hígulása, illetve a szív munka csökkentése révén, a másokban a szövetek további kiszáradásának káros volta jut érvényre. A sóoldat elég nagy adagban hatalmas, de kétélű fegyver. Helyesen csak ott alkalmazandó, a hol ép vese mellett a szív munka gyengül, a hol tehát az ép vese a sófelesleget, mihelyest a szív összeszedte magát, ki tudja választani. Sajnos, a teljes sókiválasztás kriteriuma ma még hiányzik, az albuminuria erre nézve semmit sem mond.

A vérconcentratio változását sóoldatnak therapiái célból történt adagolása esetén csak három ízben vizsgáltuk meg. (V. tábla.)

Talán túlkicsinyek voltak az adagok. Tény, hogy esetekben a vérfelhígulás sem klinikai hatásában, sem kísérletileg nem volt kimutatható. Inkább vérbesűrűsödést találtunk, a mi a praemortalis súlycsökkenésekre jellemző.

#### C) A vézelosztódás alimentaris úton előidézett súlyingadozás esetén.

E kérdés megoldását legfontosabb feladatunknak tekintettük. Azt vártuk, hogy ezen az úton betekintést nyerünk a táplálkozás folyamatának mechanizmusába, pl. differentialdiagnostikai jelet kapunk a táplálékváltoztatást követő valószínű és látszólagos, vízretentio által okozott súlygyarapodások között. De vizsgálataink nagy csalódást hoztak.

A csecsemőknek a megszokottól lehetőleg eltérő táplálékot adtunk, hogy minél nagyobb ingadozásokat idézzünk elő az anyagcserében, illetve az anyagelosztásban, pl. szintejről szénhidrát-dús íróra mentünk át és fordítva.

Azonkívül egyes anyagok (liszt, malátakivonat stb.) hozzáadásának hatását is megvizsgáltuk. De a vizsgálatok, dacára nagy számuknak (körülbelül 60), semmi felvilágosítást sem adtak. Az esetek nagy részében az eredmény egyáltalán nem volt értékesíthető, minthogy az egyes alkotórészek concentratio-változása nem volt egyértelmű (l. 4. l.). Ezen

adatok kizárásával visszamaradt vizsgálatok pedig egymás közt mutattak különbséget. Így pl. azt láttuk, hogy zsírhozzátételre egy esetben vérfelhígulás, máskor meg vérbesűrűsödés állott be.

Bizonyos egyöntetűséget csak annyiban találtunk, hogy a vér concentratioja meglehetősen sok esetben a legradikálisabb táplálékváltoztatás ellenére változatlan maradt. Ugy látszik, mintha a táplálék minőségi változásának nem volna nagyon jelentős a szerepe. A vérconcentratio-ra való hatása elenyészik ama tényezők mellett, melyek magától a csecsemőtől függenek, különösen, ha — mint nálunk — kóros vonások bonyolítják a képet. Talán ez okozza, hogy csaknem minden csecsemő még klinikailag is másképp reagál egy és ugyanazon táplálékváltoztatásra.

Másoknak ez irányban végzett vizsgálatából is az a benyomásunk, hogy a felvetett kérdés ezen az úton nem oldható meg. Bence<sup>19</sup> ellentmondó értékeket kapott fehérjedús tápláléknak a viscositásra való hatását illetően, míg Determan és Burton-Opitz növekedést talált. Lust<sup>2</sup> vizsgálati közül 6 esetben a viscositás csökkent szénhidrátos táplálék mellett. 6 másik esetben megint a viscositás növekedését találhatta. Csakhogy aprioristikus megfontolások alapján az előbbieknél inkább kötötték le érdeklődését.

#### Összefoglalás.

1. Sóoldatoknak orális bevétele víz- és sófelhalmozódást okoz a vérben. A só egyszerűen visszatartatik a táplálékból, a víz ellenben a szövetekből a vérpályába áramlik. Igen gyakran azonban a beáramlott vízhez még retineált is járul. A vérnek ez az elváltozása körülbelül 24 óráig tart. Nagysága függ a vesék teljesítőképességétől, különösen pedig a sókiválasztó képességtől.

2. Erősen lázas csecsemők súlyesései mindig vér- és szövetnedv-besűrűsödéssel járnak. Ez a vízleadás megváltozott mechanizmusának következménye: a bőrön és tüdőn át fokozódik a vízleadás, a veséken át csökken. Így normalis öszvizleadás mellett szenved az oldható alkotórészek eltávolítása.

3. Az exsiccatio esetén therapeutice alkalmazott sóoldatok, ha nem okoznak oedemát, hígítják a vért, de gyakran további vízelvonást okoznak a szövetekből.

4. A táplálékváltozásnak kifejezett tiszta befolyása a vér összetételére nem volt kimutatható.

Irodalom. <sup>1</sup> Berend: Monatsschrift für Kinderh., IX. 241. 1910. — <sup>2</sup> Lust: Jahrbuch für Kinderh., LXXIII. 84. 1911. — <sup>3</sup> Lust: Arch. für Kinderh., LIV., 260. 1910. — <sup>4</sup> Bugarszky és Tangl: Pflügers Arch., LXXII. 540. 1898. — <sup>5</sup> Korányi és Richter: Physik. Chemie u. Medicin, II. 64. ff. 1908. — <sup>6</sup> Reiss: Jahrbuch für Kinderh., LXX. 311. 1909. — <sup>7</sup> Korányi: l. c. II. 161. — <sup>8</sup> Freund: Jahrbuch für Kinderh., XLIV. 25. — <sup>9</sup> Schloss: Jahrbuch für Kinderh., LXXI. 296. 1910. — <sup>10</sup> Marischler: Arch. für Verdauungskrankh. VII. 332. 1910. — <sup>11</sup> Marie: Soc. d. Biol., LV. 1321. 1903. — <sup>12</sup> Voit: Unters. über den Einfluss des Kochsalzes stb. München 1860. — <sup>13</sup> Achard és Loeper: Soc. d. Biol., 1901. — <sup>14</sup> Heim és John: Monatsschrift für Kinderh., IX. 264. 1910. — <sup>15</sup> Salge: Zeitschrift für Kinderh., I. 126. 1910. — <sup>16</sup> Trumpp: Jahrbuch für Kinderh., 1911. — <sup>17</sup> L. F. Meyer: Biochem. Zeitschr. XII. 422. 1908. — <sup>18</sup> Schwenkenbecher és Inagaki: Arch. f. exper. Path. und Pharm. LX. 166. — <sup>19</sup> Heim és John: Arch. für Kinderh., LIV. 65. 1910. — <sup>20</sup> Korányi és Richter: l. c. II. 99.



## II. Mennyiben specifikus a Pirquet-féle reactio?

Irta: Tezner Ernő dr.

A Pirquet-féle oltás felfedezése óta ismeretesek azok az esetek, midőn nyilvánvaló tuberculosus infectio daczára a bőrreactio negativ. Találjuk ezt súlyos cachexiákban, főleg a tuberculosus végstadiumában. Mindennapi dolog a reactio kimaradása tuberculosus, de leromlott, atrophias csecsemőkön. Ugyanazok az esetek ezek, a melyekben minden bőrfer-tőzés torpid módon, úgyszólván lobos tünetek nélkül folyik le, a midőn egy acut infectio nem tud lázat kiváltani, a midőn a csecsemő minden reactiv tünet nélkül akár meg is halhat. A szervezet reactivképességének csökkenése jellemzi ezeket az eseteket.

Ez a mindennapos tapasztalat hívta fel figyelmemet arra az összefüggésre, mely a Pirquet-reactio és a szervezet más irányú reactivképessége között fennáll.

Először is meggyőződtem arról, hogy miképpen viselkedik más bacterium toxinjával szemben az a szervezet, melynek reactivitását tuberculinra már ismerem. Összehasonlításra a bac. coli toxinját választottam, melylyel már többen kaptak szabályszerűen lefolyó reactivitásokat. Mint endotoxin ez az anyag lényegileg közel áll a tuberculinhoz, úgy hogy mindkét esetben bacteriumprotein-reactióval állunk szemben. Ennek a toxinnak előnye, hogy nem kell anaphylaxiás jelenségek zavaró hatásától félnünk. Ha t. i. van is coli-anaphylaxia, ennek hatása mindenkin egyformán fog jelentkezni, hiszen a csecsemőkön túl mindenki colival fertőzöttnek tekinthető.

A toxin, melyet Gózonny Lajos tanársegéd úrnak köszönök, nagyjában a tuberculinra megállapított módszer szerint készült, úgy hogy a nem lényeges, hozzákevert anyagok a kétféle toxinnal azonosok.

Az első oltásokra bacterium-extractumot használtam, mely golyós malomban megőrölt, 2 napos glycerines bouillon-cultura szüredékéből készült  $\frac{1}{10}$  részre való bepárolással. A legtöbb esetben azonban culturaszűrletet használtam, mely következőképpen készült: Gál Felix módszere szerint colibacillust együtt tenyésztettek torula roseával bouillonban, a mi által virulentiája és toxicitása lényegesen növekszik. A colit ebből kitenyésztették glycerines bouillonban és 14 nap mulva ezt a culturát Berkefeld-szűrőn átszűrtek, Lautenschläger-féle légáramos szárítón felére besűrítették és végül  $\frac{1}{2}$  car-bolt adtak hozzá.

Ezen toxinnal cutanreactio csakugyan nyerhető volt. Hyperaemiás udvar keletkezett s néha papula maximum 8 mm. átmérővel. A reactio gyorsabban áll be, de hamarabb is tűnik el, mint a tuberculinra keletkező.

A papulák átmérőjét a következő 48—60 órán át 12 óránként mértem meg. A beoltott gyermekek kora pár hó és 15 év között változott. Van közöttük biztos tuberculosus és olyan, kin mai tudásunk szerint (anamnesis, physicalis s Röntgen-lelet, köpetvizsgálat, Pirquet- és Koch-reactio) a tuberculosus kizártnak tekinthető. Ezt azonban táblázataimban nem tüntettem fel, mert — a mint külön ki akarom emelni — nem az érdekelt, hogy hogyan reagál a tuberculosus, hanem az egészséges szervezet, hanem csak az, hogy a kétféle toxin egy egyénben egyenlő vagy ellenkező előjelű reactivitást ad-e?

Oltottam összesen 191 gyermeket, a kik közül 35-ön vagy az egyik, vagy a másik reactivitása bizonytalan volt. Ezekről később még szó lesz. A megmaradt 156 következőképpen oszlik meg:

### 1. oltás.

	+	coli	+	tbc.	57 eset
gyengén	+	„ gy.	+	„	28 „
	-	„	-	„	55 „
Egyenlő előjelű coli- és tbc.-reactio					140 eset
+	coli	-	tbc.		3 eset
-	„	+	„		13 „
Ellenkező előjelű coli- és tbc.-reactio					16 eset

Ez a második csoport még jobban összehúzódik, ha tekintetbe vesszük, hogy a colipapula sokkal kisebb és rövidebb tartamú, mint a tuberculinpapula, úgy hogy a gyengén positiv colireactio bizony belekerülhetett néha a negativok rovatjába. Ez magyarázza, hogy a 16 ellentétes előjelű eset közül 13-szor találunk negativ coli-reactiót positiv tuberculin-reactio mellett s csak 3-szor ennek az ellenkezőjét.\* Általában tehát csak a gyermekek reagálnak colira, a kik positiv tuberculinreactiót adnak, ezek azonban mindnyájan.

A megvizsgált gyermekek közül 62-n bizonyos idő mulva megismételtem az oltást, 17-en harmadszor is. És itt is szabályszerű viselkedést találtam.

### 2. oltás.

Az első oltás egyenlő előjelű reactivitásokat adott. Vizsgálva	17 eset
Ebből	
a 2. oltásnál is egyenlők az előjelek	15 eset
a 2. „ ellenkezők „ „	2 „
Az 1. oltásnál ellenkezők az előjelek vagy bizonytalan az egyik. Vizsgálva	32 „
Ebből	
a 2. oltásnál kifejezett és egyenlő a két reactio	20 eset
a 2. oltásnál az eredmény olyan, mint az 1.-nél	12 „

Ezen 2. oltás eredményének lényege, hogy a mikor egyenlő a két reactivitások előjele, az később sem változik meg, míg a 35 bizonytalan és 16 ellenkező előjelű reactivitások közül másodszer is megvizsgált 32 eset túlnyomó részben megváltozik, még pedig úgy, hogy a két előjel egyenlő lesz. Ez érthető is. Hiszen már Pirquet maga ajánlotta az oltás megismétlését kétes esetekben, mert az ilykor gyakran válik positivvá.

Egészen hasonló az eredmények a 3. oltásnál is.

### 3. oltás.

Az 1. és 2. oltás egyenlő előjelű reactivitásokat adott. Vizsgálva	4 eset
Ebből	
a 3. oltásnál is egyenlők az előjelek	4 eset
a 3. „ ellenkezők „ „	— „
Az előbbi oltásoknál ellenkezők az előjelek vagy bizonytalan az egyik reactivitások. Vizsgálva	7 „
Ebből	
a 3. oltásnál kifejezett és egyenlő a két reactio	4 eset
a 3. oltásnál az eredmény olyan, mint az előbbieknél vagy rosszabb	3 „

Végeredményben tehát 191 gyerek közül csak 27-en nem sikerült kifejezett és egyenlő előjelű reactivitásokat kapni és ezek közül is 23-on az oltások külső okoknál fogva nem voltak megismételhetők. Csak 4 esetben maradt positiv Pirquet mellett állandóan negativ a coli-reactio. Ezek egy könnyű csúcs-hurutban szenvedő 8 éves fiú, 2 destructiv tüdő-tuberculosus az utolsó stadiumban és egy nagyon kiterjedt lupus faciei et vulvae.

Külön kell említenem 13 újraoltást, a melynél nagyon érdekes eredményt kaptam. (L. a táblázatot).

Ezeken a gyerekeken idővel megváltozott a tuberculin-reactio és ezzel együtt változott a coli-reactio is. Ez utóbbinak átalakulása néha kissé elmaradt s ez magyarázhatja az ellenkező előjelű reactivitások egy részét (l. Kertész 2. oltását).

Kimondhatjuk tehát, hogy egyes kivételektől eltekintve,

\* Ezen 3 eset közül is az egyik 6 héttel a vizsgálat előtt erősen positiv Pirquet-t adott s alkalmasint egy 8 nap előtt alkalmazott Alt-tuberculin-injectio szerepel a negativ Pirquet létrejöttében. (Mainini, saját észleletek).

	1. oltás			2. oltás			3. oltás			
	Kelt	Tbc.	Coli	Kelt	Tbc.	Coli	Kelt	Tbc.	Coli	
Berkes	1911 I/19	+	+	1911 I/28	—	—				Hyperpl. gland. peribr. I. 21.-én 0.2 mgr. AO subcutan
Pollák	1910 X/2	+	+	1910 X/7	—	—				Strict. oesoph.
Schmidt	1910 IV/15	+	+	1910 IV/28	—	—				Caries
Spernoga	1910 X/6	+	+	1910 X/16	—	—				Osteomyel. tbc.
Kenyeres	1910 IV/15	+	+	1910 IV/28	+	+	1910 XII/11	+	+	Catarrh. ap. tbc.
Kovács L.	1910 IV/17	+	+	1910 IV/28	+	+		+	+	Infiltr. pulm. tbc.
Czeczidla	1910 X/2	+	+	1910 X/7	+	+	1910 XII/11	+	+	Periton. tbc.
Kocsis	1910 IV/15	—	—	1910 X/2	+	+	1910 XII/5	+	+	Nephritis chr.
Csató	1910 IV/17	—	—	1910 VII/25	+	+	1910 IX/30	+	+	Rachitis
Kovács I.	1910 X/2	—	—	1910 XII/5	+	+	1911 I/19	+	+	Furunculosis. Pneum. chr. tbc.
Doczky	1910 X/10	—	—	1910 XI/29	+	+				Stenos. aortae.
Schwarz	1910 IV/15	—	—	1910 X/2	+	+				Hysteria
Kertész	1910 IV/15	—	—	1911 I/23	+	—	1910 II/24	+	+	Lues cong. Exsud. diathesis.

egy gyermekben a colitoxin mindig ugyanoly (positív, illetőleg negatív) bőr-reactiót ad, mint a tuberculin, más szóval, hogy a tuberculin- és colitoxin-allergia mindig együtt jár. A Pirquet-reactió ma annyiban tekinthető specifikusnak, hogy csak tuberculosissal inficiált egyén adja és hogy majdnem minden ilyen egyéneken kiváltható.\*

Ugy is formulázhatjuk tehát eredményünket, hogy tuberculosissal fertőzött egyének papulaképződéssel reagálnak a tuberculinnal és a colitoxinnal való bőroltásra. Ez a tény pedig részt út a Pirquet-reactiónak specifikus folyamatként való felfogásában. Klinikailag ugyan teljesen elegendő a specificitás két említett megnyilatkozása: 1. A reactio csak bizonyos kóralakban áll be. 2. Ezen pathológiás állapot minden esetében megkapjuk. És valóban a reactio diagnostikai értékén észleletem nem változtat semmit. De a biológiai folyamat lényegére nézve roppant fontos, hogy a 3. kritérium hiányzik: a pathológiás szervezet ugyanis nemcsak egy bizonyos anyaggal adja a reactiót.

Pirquet a tuberculinreactiót allergiás, anaphylaxiás jelenségnek tekinti és felfogását ma általában elfogadják. Csak hogy az anaphylaxia — mely mellesleg tuberculosissal még nincsen kétségen kívül bebizonyítva — szigorúan specifikus folyamat: túlérzékenység, de csak azzal az anyaggal szemben, mely megelőzőleg a szervezetbe (parenteralisan) bevitetett. Tehát vagy nem szigorúan specifikus az anaphylaxia a mi esetünkben, vagy mégsem anaphylaxiás reactio a Pirquet-féle, hanem csak egy általánosabban fokozott reactióképesség kifejezője. Itt tehát újból találkozunk azzal a felfogással, a melyet a cachexiás egyéneken a kimaradó reactio magyarázatára igénybe vettünk.

A kérdés eldöntésére képet akartam magamnak szerezni a szervezet reactióképességéről különböző embereken. Az egyszerű traumás reactio, melyet controll gyanánt úgy is végzünk, e célra nem alkalmas. Túlságosan kicsi és hamar múlik el, úgy hogy a különböző egyéneken észlelhető nagyságbeli különbségek a mérés hibáján belül esnek. A bőrizgató szerek (hangyasav, mustárolaj) hatása szintén nagyon határozatlan és rövid ideig tart. A lassan és erősen ható szerek pedig, mint pl. a cantharidák, fájdalmasak és nehezen adagolhatók, úgy hogy gyermekben kísérlet céljából nem alkalmazhatók.

Minthogy különben is legfőképpen a fehérjék iránt való reactióképesség érdekelt, a Witte-pepton koncentrált vizes oldatával végeztem összehasonlító oltásokat a Pirquet-félék mintájára. A vízben oldható és a fehérjékhez közelálló anyagok közül ugyanis evvel az eleggyel kaptam leginkább reactiót. A 87 oltás közül eldöntetlen az eredmény 14 esetben. A megmaradó 73 oltás közül

positív pepton,	positív tbc.-reactio	22	esetben
negatív	negatív	25	„
„	positív	26	„
positív	negatív	—	„

\* A klinikai tuberculosissal fennállása vagy fenn nem állása ettől természetesen nagy mértékben független.

A colireactionál tapasztalt szabályszerűség itt tehát hiányzik, sok az ellenkező előjelű reactio, de egyáltalában kicsi a pozitív reactiók száma. Egy dolog azonban kiderült, az t. i., hogy pozitív peptonreactiót csak oly gyermekek adtak, a kik tuberculosissal és — a miről egyúttal meggyőződtem — colitoxinra is élénken reagálnak. Schmidt-nek egy dolgozatában, mely a Puro- és a Backhaus-tej bőrreactiójával foglalkozik, 31 esetben ezen reactiók mellett a Pirquet-féle is fel van tüntetve. Itt is mindössze 4 esetben található pozitív Puro-, illetve Backhaus-reactio negatív Pirquet mellett és ezek is 2 mm. átmérőjű papulák, melyek tehát alig lehetnek nagyobbak a controllszúrásnál.

Ugy látszik, mintha a bőr megváltozott reactióképességének, az allergiának különböző fokai volnának. Először csak a tuberculinra jelenik meg a papulás reactio, ugyanakkor vagy legalább nemsokára colitoxinra is reagál az allergiás egyén, és az allergia legmagasabb fokain papulás reactiót adhatnak más, a fehérjékhez közelálló anyagok is. A colitoxin hatása mindenestre specialis valami és sokkal közelebb áll a tuberculinéhoz, mint a pepton hatásához.

Jogosan felvetődik tehát az a kérdés, hogy az észlelt coliallergia nem részletjelensége-e a reactióképesség megváltozásának az összes bacterium-proteinekkel szemben. Hiszen Delanoë sokat támadott felfogása szerint az összes bacteriumanaphylaxiák kiváltó oka egy egységes protein. Az újabb irodalomban is találkozunk egy-egy észlelettel, mely szerint a reactióképesség egyszerre változhatik több toxinnal szemben.

A Chantemesse-féle typhus-reactio felülvizsgálásakor Kraus, Lusenberger és Russ ophthalmo- és cutireactiót végeztek különböző toxinokkal (tuberculin, coli, typhus, paratyphus). Ők éppen azért találják használhatatlannak Chantemesse eljárását, mert szerintük a typhusban szenvedő — ellentétben az egészségeshez — pozitív reactiót ad valamennyi toxinra. Igaz, hogy Pirquet ezt az észleletet saját vizsgálataival nem erősíthette meg. Ugyancsak az egységes bacterium-proteinhatás mellett szól Hamburger és Schey észlelete. Szerintük ugyanis morbilli alatt párhuzamosan gyengül a tuberculin-, a vaccina- és a serumoltás localis reactiója.

Magam is meg akartam győződni arról, vajjon más bacterium-proteinnel ugyanolyan eredményt kapok-e, mint a colitoxinnal.

Az összehasonlításra olyan toxint használtam, melylyel ha kapok is reactiót, ez anaphylaxiás nem lehet; ilyen a régi cholera-vaccina, mely már bőven tartalmazott oldott toxint is. Ezzel a proteinnel bizonyára még nem jutott érintkezésbe a vizsgált gyerekek szervezete. A vaccina előlt agar-tenyésztésből készült physiologiai NaCl-oldattal és 1/2% carbol hozzáadásával. 94 oltást végeztem párhuzamosan tuberculin- és részben coli-, részben peptonoltásokkal. 16-nak eredménye eldöntetlen maradt. A többi 78 közül:

positív cholera,	positív tbc.	19	eset
negatív	negatív	35	„
„	positív	15	„
positív	negatív	—	„

Az eredmény még rosszabb, mint a peptonnál. Először is feltűnő a pozitív cholera-reactiók csekély száma, 94 közül csak 19. Így azután érthető, hogy aránylag mily gyakran negatív mindkét oltás. A cholera toxin nagyon ritkán okoz papulát a bőrön és így természetesen gyakori az egybeesés negatív Pirquet-vel, míg a pozitív reactiók egybeesését nagyon ritkán látjuk. Mint a peptonnál, itt is azt látjuk, hogy a nyert kevés pozitív reactio csak tuberculinra reagáló gyermekeken áll be.

A vizsgált anyagok közül tehát csak a colitoxinra való reactio követi megjelenésében pontosan a tuberculinét, a többi nem. A pozitív Pirquet-t adó, tehát *tuberculosis fertőzött gyermek törvényszerű túlérzékenységet, allergiát mutat colitoxinnal szemben, de nem mutat ilyent, illetőleg csak nagyon kivételesen a cholera toxinnal, tehát oly toxinnal szemben, melylyel a szervezet megelőzőleg még nem jutott érintkezésbe.* A coli hatása lehet anaphylaxiás jelenség, a choleraoltáskor ez nem szerepelhet. Mintha a pozitív Pirquet valóban anaphylaxiának volna a jele, de ez kiterjedne minden bacterium-proteinre, mely ebbe a szervezetbe belekerült. Evvel szemben a negatív Pirquet-t adó egyének anaphylaxiás reactiót nemcsak tuberculinra nem adnak, hanem colitoxinra sem, bár ennek előfeltétele, a colifertőzés náluk bizonyára szintén megvan. Volnának tehát anaphylaxiásan reagáló és nem reagáló egyének. Az előbbieket — ha a Pirquet-reactiót elfogadjuk a tuberculosis fertőzés jeléül — éppen ezen inficiált egyének. Első pillanatra valószínűtlenül hangzik, hogy éppen csak ezek szerezzék meg a képességet az anaphylaxiás reactiókra. De a typhusban és morbilliben tett tapasztalatok mutatják, hogy bizonyos viszonyok között megváltozik a reactio módja különböző toxinokkal szemben. Doerr összefoglaló szemléjében legutóbb kifejtette, hogy az anaphylaxia nem csak specifikus túlérzékenység testidegen fehérjével szemben, hanem általános („unspecifisch“) megváltozott reactióképesség különböző befolyásokkal szemben. Csakhogy így ellenkezésbe kerülünk az anaphylaxia említett definitiójával, úgy hogy helyesebb a kevesebbet mondó allergia kifejezés használata.

Az anaphylaxiának mint olyannak specificitása kívül esik dolgozatom keretén. Itt csak annyit kívánok megállapítani, hogy a Pirquet-reactióban nem egy specifikus, hanem egy általánosabb allergia nyer kifejezést, a szervezet reactióképességének fokozódása oly anyagokkal szemben, a melyekkel való fertőzésen az illető szervezet keresztülment.

Nem akarok a talált tényből, mely különben más toxinokra nézve még további igazolásra szorul, messzebbmenő következtetéseket vonni. A tuberculosis fertőzés és az anaphylaxiás reactióképesség egybeesése mindenestre érdekes dolog. De szándékosan mellőzök minden speculatiót, mely ezen összefüggésből kinálkozik, és minden „magyarázatot“ a lysin-vagy más elmélettel.

Klinikai szempontból a Pirquet-reactio marad a mi volt: jellemző, csak nem a toxinra, hanem a fertőzött egyénre.

Gózonny Lajos dr. tanársegéd úrnak a toxinok elkészítéséért e helyen is legőszintébb köszönetemet fejezem ki.

**Irodalom.** Doerr: Zeitschrift für Immunitätsforsch., II. 1910. — Delanoë: Compt. rend. Acad. Scienc., 1909. Nr. 23. — Hamburger und Schey: Wien. klin. Woch., 1910. p. 1721. — Krauss, Lusenberg und Russ: Wien. klin. Woch., 1907. p. 1385. — Pirquet: Ergebn. d. inn. Med. u. d. Kinderh., I. 1908. — Pirquet: Wiener klin. Wochenschr., 1908. p. 623. — Schmidt: Arch. f. Kinderheilk., LIII. p. 349. 1910.

### III. A csecsemővér refractiójának és viscositásának ingadozásai.

Irta: Rusz Imre dr.

A physico-chemiai vizsgálati módszerek újabban mind nagyobb tért hódítanak a kísérleti csecsemő-pathológiában. Az anyagcsere-vizsgálatok mintha egy kis csalódást hoztak volna. A mióta Czerny iskolája segítségükkel megoldotta a zsirártalom kérdését, az egész paediatría legnagyobb vá-

rakozással fordult ezen methodika felé. És az eredmény — eltekintve az anorganikus anyagcsere egyik-másik kérdéséről — úgyszólván semmi. Ez lehet az oka annak, hogy újabban a figyelem mindjobban a szervezetre magára fordul, illetőleg annak legkönnyebben hozzáférhető részére, a vére. Itt pedig a kevés anyagot igénylő physico-chemiai módszerek dominálnak. Ezért érik egymást az utolsó években a csecsemő vérenek physico-chemiájával foglalkozó dolgozatok.

Vizsgálataimmal annak idején hiányt pótoltam. 3 év előtt ugyanis, a midőn főnököm, Berend tanár és Tezner ezen methodusokkal a vér pathológiáját vizsgálták, ezen vizsgálatokhoz a szükséges alapot, az élettani értékeket kellett megadnom. Ezért megállapítottam a vér refractióját és viscositását egészséges gyermekeken különböző körülmények között. Azóta eredményeimnek egy része már más vizsgálok munkáiban napvilágot látott, de azért vizsgálataimmal mégis — azt hiszem — hiányt pótolok, mert a refractio s viscositas élettani ingadozásai még nem voltak csecsemőn rendszeres vizsgálat tárgyai.

A meghatározásokat a minimalis hirudinnal ellátott vérben, illetőleg az ebből lecentrifugált vérplasmában végeztem. A vér viscositását a Determann-féle eszközzel, a plasma refractióját pedig az Abbé-féle refractometerrel állapítottam meg 2—2 párhuzamos próbában. A kísérleti hiba a viscositásnál kisebb, mint  $\pm 1.5$ , a refractiónál kisebb mint  $\pm 1.13\%$  fehérje.

Természetes, hogy oly szigorú törvényszerűséget, mely alól kivétel ne volna, nem várhattam. Először is a kórházi anyagban található physiologiai gyermekek (dajka-gyermekek, gyógyult könnyebb esetek) nem állják meg mind az egészség legszigorúbb próbáját. De még egészséges gyermekek közt is várhatók különbségek a különböző constitutiók szerint. Végül pedig a vér refractiója és viscositása roppant sok factortól függ közvetve és közvetlenül. A vér víz- és fehérjetartalma, a véretek száma és nagysága, és minden körülmény, mely ezeket befolyásolja, kifejezést fog találni a vizsgált értékekben.

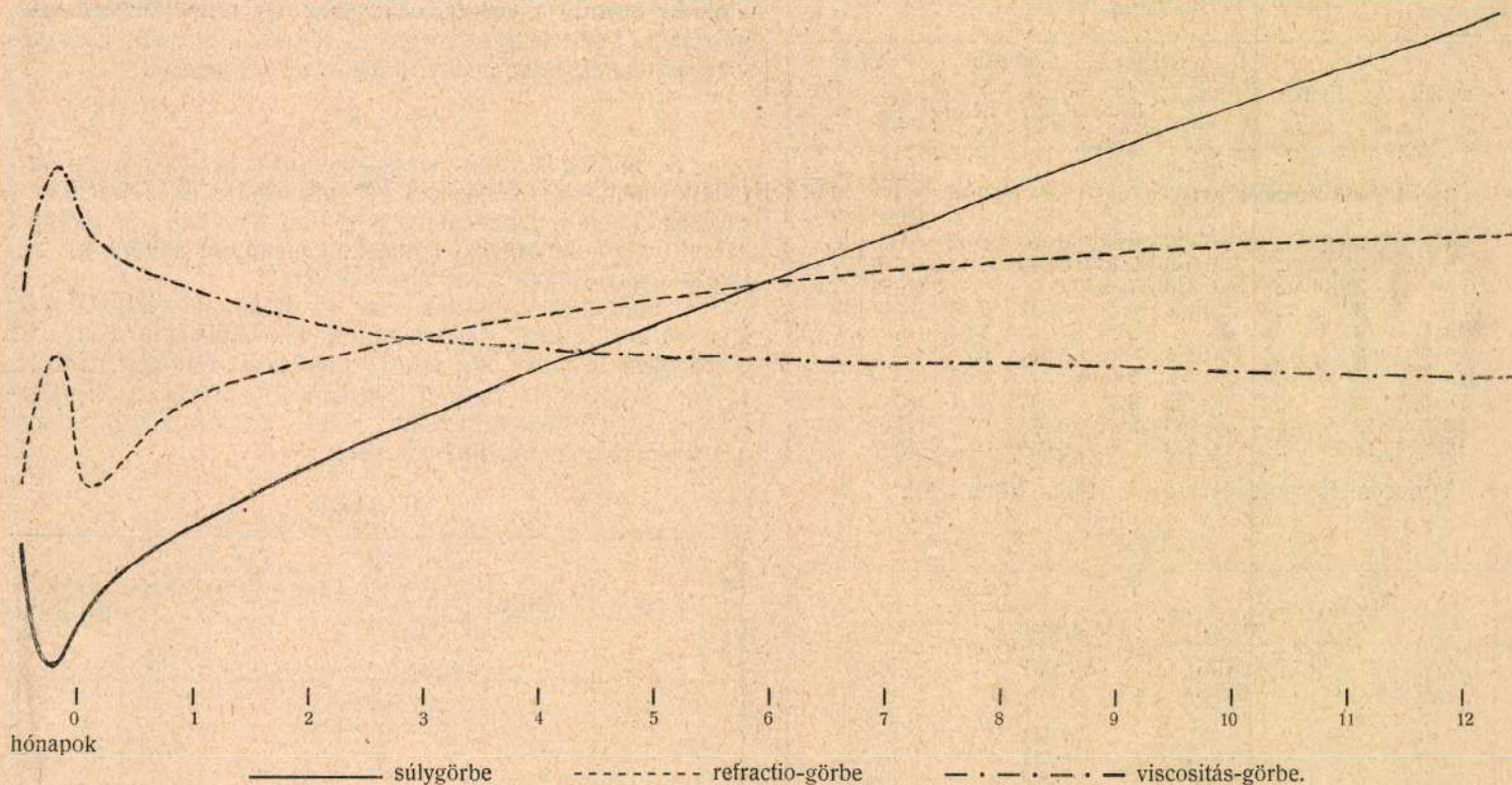
Ezeknek előrebocsátása után tekintsük át az eredményeket. A törvényeket az esetek túlnyomó többségében megnyilvánuló szabályszerűségekből fogjuk levonni. Egyes kivételeket tudomásul veszünk, ezek nem fognak következtetéseink ellen szólni. De nem is szabad őket belevonni az átlagértékek megkonstruálására felhasznált adatok körébe, a mint azt egyik-másik helyen találjuk. A míg az ilyen nagyon kívül eső érték okát nem találtuk meg, addig egyáltalában nem használhatjuk fel.

Az első, a mivel tisztába akartam jönni, a refractio + viscositas absolut értéke volt különböző korú gyermekeken. Eredményeimet az első táblán és az 1. görbén tüntettem fel. Eredményeimmel gyorsan végezhetek, mert megegyeznek más kutatók között adataival.

I. tábla.

Sorszám	Életkor	Súly	Viscositas	Fehérje % <sub>0</sub> -ban
1	3 óras	3540	—	7.15
2	5 "	2730	—	6.73
3	6 "	3400	0.114	7.23
4	8 "	3050	—	8.65
5	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> "	2950	—	8.36
6	12 "	3525	0.099	6.11
7	15 "	3145	—	7.73
8	18 "	3125	0.108	7.46
9	20 "	2925	—	7.61
10	1 napos	3325	—	7.43
11	1 "	2600	—	7.47
12	1 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> "	3300	0.124	7.58
13	1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> "	—	—	8.00
14	2 "	2725	—	8.29
15	2 "	3450	0.115	6.71
16	2 "	3315	—	6.94





Azt fogjuk találni, hogy három részt különböztethetünk meg (I., II., III.). Az első részt az újszülött physiologiai súlycsökkenésének időszaka adja, mely alatt úgy a vér refractiója, mint a viscositása emelkedik. Ennek magyarázatát a következőkben találhatjuk. Tudjuk, hogy a vér viscositását és refractióját főleg a vörös vérszám, a vér víztartalma és a plasmában levő fehérje mennyisége irányítja. Az újszülött vérenek magas viscositását megmagyarázza az, hogy az újszülött — a köldöklekötés mai módja mellett — mintegy 50—120 grammnyi vértöbblettel bír; e fölös vérquantumból a vérplasma kilépése a vérrendszerből a szövetekbe gyorsabban történik meg, mint a fölös vérszám tönkremenése és így az újszülött vére sejtekben — tehát épp azon véralkotórészben, mely legfőképpen határozza meg a viscositás magas vagy alacsony voltát (Korányi) — lesz gazdag. Azt is tudjuk Birk<sup>4</sup> pontos vízforgalmi vizsgálataiból, hogy az újszülött physiologiai súlycsökkenését főleg vízleadás okozza, míg testanyagelvezésről szó alig lehet. Ha már most az újszülött vére — mely sejtes elemekben úgyszintén gazdagabb — még lényeges vízvesztést is szenved, ez okvetlen a viscositás értékének emelkedését kell hogy eredményezze. Ugyancsak a plasma vízszegényisége magyarázza a refractiónak ezen időszakban való emelkedését is.

A görbék második részét a physiologiai súlygyarapodás után beálló súlygyarapodás, a viscositás és refractio csökkenése szolgáltatja. Ennek magyarázatát megtaláljuk a kezdeti súlyvesztés által vízszegényre lett szervezet compensatorius fokozott vízfelvételében és így a vér felhígulásában; már maga a vér nagyobb víztartalma s így a vörös vérszám relatív kisebb száma megokolja a vérviscositás csökkenését, a mit a vérkeringés teljes adaptálódása, a fölös vörös vérszám pusztulása még csak fokoz. Ugyancsak a vér fokozódott vízmennyisége — a plasma változatlan fehérjetartalma mellett — a refractio csökkenését vonja szükségképpen maga után.

Ez első két időszak vizsgált eseteim nagy részében 4—8 napot vett igénybe; Pies<sup>5</sup> ez időszakot hosszabbra teszi és én is találtam elhúzódó eseteket; úgy látszik, hogy ezen elhúzódó esetekben kell részben keresnünk az okát a viscositás- és refractio-értékek egymástól annyira eltérő voltának.

A harmadik rész kb. a 8.—10. naptól folytatódik az

egész első életében keresztül. Itt a szervezet további súlygyarapodását, a viscositás változatlan voltát, illetőleg csekély csökkenését és a refractio emelkedését találjuk. Ennek okát a következőkben találjuk meg. A vízdús csecsemő szervezete — mint Fehling, Bischoff stb. kimutatta — a korrallal mind vízszegényebb lesz; ennek következtében a vérplasma relative fehérjedúsabb lesz és így a vér refractio-értéke növekszik. A viscositás csökkenését — dacára a szervezet lassan vízszegényebbé válásának — megmagyarázhatjuk a szervezet önszabályozó képességéből. Tudjuk, hogy az újszülött anyagcsereje — tekintve a testsúly aránytalanul kisebb voltát a test felületéhez képest — igen élénk; az oxydatióhoz szükséges  $O_2$ -t pedig a vörös vérszám szállítja. A testsúly szaporodásával a testfelület növekedése nem tart lépést, így csökken a korrallal az anyagcsere, a mi a csökkenő anyagszükségletben, az energia-quotiensben (Heubner) is kifejezésre jut; de a szükséges táplálékkal csökken az  $O_2$ -szükséglet is és ezzel a vörös vérszám mennyisége. A vérszám e kevesbedése magyarázza a viscositás változatlanságát, illetőleg minimalis csökkenését.

Már említettem, hogy vizsgálataimban főleg arra törekedtem, hogy lehetőleg a normalis physiologiai viszonyoknak megfelelő adatokat szerezzem meg; ezért végeztem vizsgálataimat éhgyomor mellett, hogy a táplálkozás (vízfelvétel) befolyását kizárjam, és mindig reggel, ugyanazon időtájban, hogy az esetleges napszaki változásokat elkerüljem. Még így is, ha összehasonlítjuk az ugyanazon korú, pl. 3 napos csecsemők refractio-értékét, azt találjuk, hogy a talált értékek legkisebbike 1:3451, legnagyobbika 1:3483; vagy pl. 8 hónapos csecsemők vérenek viscositására 0:057 és 0:075 közti értékeket nyertem; ha tekintetbe vesszük, hogy ezen értékek különbözőségére nézve eddigéle semmiféle magyarázatunk nincs, az absolut értékekből számított középértéket használhatatlannak kell tartanunk; e számtani középértékeket — a specialis constitutio-viszonyok miatt — eltérő adatok nagyon eltéríthetik és ezért a legsűrűbb értékeket vettem mérvadónak.

Számos vizsgálatot végeztem másodsorban annak eldöntésére, vajjon a nap különböző szakai gyakorolnak-e valami befolyást a vérviscositásra, illetőleg refractióra. Krone 10% ingadozást állapított meg a nélkül, hogy egységes eredményre jutott volna. E kérdés eldöntésére reggel, délben, este, mindig evés előtt végeztem vizsgálataimat.

IV. tábla.

Sorszám	Életkor	Reggel		Délben		Este	
		Visco- sítás	Fe- hérje o/o	Visco- sítás	Fe- hérje o/o	Visco- sítás	Fe- hérje o/o
1	21 napos	0.057	8.42	—	—	0.052	8.24
2	1 1/2 hónapos	0.065	9.06	—	7.76	—	6.94
3	2 "	0.075	9.12	0.067	8.59	0.060	7.93
4	2 "	0.059	8.42	0.060	8.42	0.053	8.47
5	2 1/2 "	0.046	7.76	0.044	7.12	0.039	7.23
6	2 3/4 "	0.046	7.88	—	—	0.039	7.29
7	3 "	0.044	8.24	0.042	7.93	0.047	7.99
8	3 "	—	8.70	—	7.64	—	7.23
9	3 1/2 "	0.054	—	0.064	9.70	—	—
10	4 "	—	7.58	—	7.46	—	7.18
11	10 "	0.045	9.30	0.047	9.41	0.044	8.82
12	12 "	0.055	9.64	0.078	—	0.049	8.70
13	14 "	0.043	—	0.045	—	0.047	—

A viscositás változását az V. tábla tünteti föl.

V. tábla.

Sorszám	Viscositás		
	reggel	délben	este
1	0.075	0.067	0.060
2	0.065	0.060	0.053
3	0.057	—	0.052
4	0.046	0.044	0.039
5	0.045	0.044	0.038
6	0.050	0.052	0.049
7	0.055	0.078	0.049
8	0.048	0.050	0.052
9	0.044	0.042	0.047
10	0.054	0.064	—

E táblázatból kitűnik, hogy 5 esetben a viscositásnak reggeltől estig való fokozatos csökkenését kaptam, 3 esetben délben egy emelkedést találtam, de este a reggeli értéknél kisebb értéket kaptam; csak 2 esetben nyertem este magasabb értékeket, mint reggel. Így tehát 5 eset folytonos esést, 3 eset végeredményben szintén csökkenést mutat s csak 2 eset ad emelkedést. Tehát e 2 esetet kivételnek tekintve, csökkenés a szabály.

Nézzük a refractiót.

VI. tábla.

Sorszám	Refractio		
	reggel	délben	este
1	1.3488	1.3479	1.3468
2	1.3476	—	1.3473
3	1.3470	1.3465	1.3451
4	1.3467	—	1.3458
5	1.3481	1.3463	1.3456
6	1.3462	1.3460	1.3455
7	1.3496	—	1.3481
8	1.3473	1.3468	1.3469
9	1.3465	1.3454	1.3456
10	1.3491	1.3493	1.3483

Itt mind a 10 esetben este sokkal kisebb értékeket kaptam, mint reggel; csak a 10. esetben kaptam délben csekély emelkedést, míg a 9. esetben délről estére van némi növekedés. Tehát a refractio is általában reggeltől délig és déltől estig folyton csökken.

Ezekből, azt hiszem, joggal következtethetők a vér felhígulására, a mi a viscositás és refractio csökkenését egységesen magyarázza. E felhígulást a napi folyadékfelvétellel okozati összefüggésben levőnek tartottam; ezért végeztem kísérleteket oly sorrendben, hogy megváltoztattam a táplálékfelvételek közti időszak sorrendjét úgy, hogy az éjfél 12 órától reggeli 1/2 8 óráig tartó táplálkozási szünetelés déli 12 órától este 1/2 8 óráig essen. Ezen kísérleteim azonban nem adtak egységes eredményt, úgy hogy ezen kérdéstről egyelőre nem nyilatkozhatom.

A napszaki ingadozás eme — sokszor igen tekintélyes (0.075—0.060, 1.3488—1.3468) — nagysága ugyancsak te-

kintetbe veendő a vér viscositásának és refractiójának vizsgálatakor. Ezért hangsúlyozom és tartom fontosnak az egyes vizsgálatoknak mindig egy időben való megejtését.

\* \* \*

A harmadik része vizsgálataimnak az volt, hogy kuttattam, mennyire változik a vér viscositása és refractiója a csecsemőkben a táplálékfelvétellel kapcsolatban; vizsgáltam azt is, vajjon különböző táplálékok mennyire különböző befolyást gyakorolnak a vér összetételére.

Felnötteken végeztek már ez irányban vizsgálatokat; így *Burton*, *Opitz*, *Determann*, a kik táplálékfelvétel után emelkedést találtak, míg *Bencze* nem talált változást. Csecsemőkön *Trumpp*<sup>6</sup> 2 vizsgált esetében 1/2 órával a táplálékfelvétel után csökkenést talált, *Salge*<sup>7</sup> szintén. Vizsgálataimat a következőkben foglalhatom össze:

VII. tábla.

Sorszám	Életkor	Táplálék	Táplálkozás előtti és utáni viscositás-értékek közti különbség evés után		Táplálkozás előtti és utáni vérplasma fehérje o/o-a közti különbség evés után		Megjegyzés*
			1 órával	2 órával	1 órával	2 órával	
			1	6 napos	I.	+35	
2	21 "	I.	0	—	0	—	→
3	1 1/2 hón.	A.	-6	—	-0.30%	—	→
4	2 1/2 "	A.	—	0	—	—	→
5	2 1/2 "	II.	—	+4	—	+0.59%	→
6	2 1/2 "	A.	0	0	0	0	→
7	2 1/2 "	A.	—	—	—	-0.99%	→
8	2 3/4 "	A.	—	-4	—	-0.70%	→
9	2 3/4 "	A.	—	0	—	0	→
10	3 1/4 "	A.	—	0	—	0	→
11	5 "	I. M.	—	+5	—	+1.23%	→
12	5 1/2 "	A.	—	0	—	0	→
13	6 1/2 "	A.	—	0	—	0	→
14	6 1/2 "	T. I.	—	-11	—	-1.0%	→
15	7 1/2 "	II.	—	0	—	0	→
16	9 1/2 "	IV.	0	-3	-0.65%	-0.95%	→
17	10 "	F. t. + 5% S.	—	—	—	0	→
18	12 "	T.	-7	—	-0.96%	—	→
19	12 "	T.	0	0	0	0	→
20	12 "	F. t. + 6% S.	—	—	—	0	→

\* E nyilak a csecsemők életchancejait tüntetik föl; a fölfelé haladó nyíl jól menő, a lefelé álló rosszul menő csecsemőt jelent.

\*\* A táplálék-jelzések magyarázatát I. Berend és Tezner dolgozatában ugyanezen számban.

A táplálkozás előtti értékekhez képest — a táplálékfelvétel után nyert eredményeknél — a kísérleti hiba pontos szemeltartása mellett 3 esetben emelkedést (+), 6 esetben csökkenést (-), a többi 11 esetben pedig semmi változást sem nyertem. Összehasonlítva ezen értékeket a csecsemők korával, azt látjuk, hogy ezen két adat között szigorú összefüggés nem állapítható meg. A táplálék minősége szerint csoportosítva a nyert értékeket, szintén igen eltérő eredményeket kapunk; egyedül az anyatejjel táplálkozó csecsemőkön

jutottam meglehetősen egységes eredményhez, a mennyiben vagy semmi változást, vagy pedig csökkenést észleltem.

Mindezekből csak annyi következtethető, hogy a vér viscositásának és refractiójának megváltozása szempontjából sem a táplálék, sem a csecsemő kora döntő befolyással nem bír.

Hasonlítsuk még össze a kapott értékeket az illető csecsemők élet-esélyeivel is. Ekkor a következő eredményre jutunk: az összes jól menő csecsemők változást nem mutató vagy csökkenő értékeivel szemben a rosszul menő csecsemőkön — egy semmi változást sem mutató eset kivételével — minden esetben növekedést találunk a táplálékfelvétel hatása alatt. Ezen észlelet magyarázata talán a resorptio-viszonyokban keresendő. Valószínű ugyanis, hogy a fölvetett folyadék felszívódása rosszul menő csecsemőkben sokkal rosszabb, semhogy az a vér felhígítása folytán annak akár viscositásában, akár refractiójában kifejezésre juthatna, míg jól menőkben a gyors resorptio folytán a vér gyors felhígulása elképzelhető. Valószínűleg ez adja magyarázatát a táplálékfelvétel utáni viscositás- és refractio-csökkenésnek az anyatejen lévő csecsemőkben.

Röviden összefoglalva vizsgálataim adatait, a következő eredmények vonhatók le belőlük:

1. A viscositas és refractio absolut értéke a csecsemők constitutiója szerint tág határok között ingadozhat.

2. A legsűrűbb értékeket véve alapul, a vér viscositása az élet első napjaiban növekszik, utána erősen süllyed, mely süllyedés mind kisebb mértékben az egész első életében át folytatódik. A refractio az első életnapokban szintén emelkedik, mely emelkedés után normalis körülmények között a 4.—8. napig tartó süllyedés következik; ezután a vérrefractio újra jelentékenyen emelkedni kezd, mely emelkedés mind kisebb mértékben az egész első életében át folytatódik.

3. A vér refractiójának és viscositásának napi ingadozása reggeltől délig és déltől estig mérsékelt fogyásban jut kifejezésre.

4. A táplálékfelvétel hatása a vér refractiójára és viscosítására változik a csecsemő jó vagy rossz élet-esélye szerint, még pedig úgy, hogy jól menő csecsemőkben csökkenésre, rosszul menőkben pedig emelkedésre vezet.

**Irodalom:** <sup>1</sup> Rott: Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1910. I. — <sup>2</sup> Krone: Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 1440. — <sup>3</sup> Lust: Archiv für Kinderheilkunde, 54. B. 4—6. H. — <sup>4</sup> Birk: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1909. 505. — <sup>5</sup> Pies: Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1909. 514. — <sup>6</sup> Trumpp: Jahrbuch für Kinderheilkunde, 23. B. 1911. — <sup>7</sup> Salge: Zeitschrift für Kinderheilkunde, I. B. 1. H.

#### IV. Az Engel és Turnau által ajánlott vizelet-reactio mibenléte s értéke.

Irta: *Boschán Frigyes* dr.

Engel és Turnau a Berliner klin. Wochenschrift ez évi 1. számában egy vizelet-reactiót írt le, a melynek segítségével sikerül az anyatejjel táplált csecsemőket a mesterségesen táplált csecsemőktől megkülönböztetni. Minthogy e felfedezés különösen kétes anamnesisek ellenőrzése szempontjából, azonkívül biológiai szempontból is érdekesnek látszott, a reactiót számos esetben utánvizsgáltam.

Az említett szerzők a reactio mibenlétéről nem nyilatkoznak, sőt arról mint valami idegen jelenségről szólnak. Vizsgálataimmal azonban azt hiszem sikerült a reactio lényegébe is betekintést nyerni. A reactio kivitele a következő: 5 cm<sup>3</sup> vizelethez 1 cm<sup>3</sup> 2%-os légenysavas ezüstoldatot adunk; 10 perc múlva, vagy melegítés mellett rögtön fekete csapadék keletkezik az anyatejjel táplált csecsemők vizeletében, míg a mesterségesen táplált csecsemők vizelete változatlan marad.

A végzett kísérletek folyamán úgy találtam, hogy e reactio nem jellegzetes az anyatejjel táplált csecsemők vizeletére, mert adhatja azt, a mint a szerzők is mondják, mesterséges sószegegény táplálékkal táplált csecsemők vizelete is, sőt kellő hígítás mellett bármely vizelet. Másrészt a reactio nem áll elő

anyatejjel táplált csecsemő vizeletében sem, ha a vizelethez konyhasót adunk.

A reactio ugyanis nem egyéb, mint a légenysavas ezüst *reductio*ja. Abban az esetben, ha a vizeletben kevés chlorid van, a vizelethez adott légenysavas ezüst feleslegben marad és ezt a vizeletben lévő redukáló anyagok redukálják, Ag<sub>2</sub>O-vá és színezüstté, innen a fekete csapadék.

Positiv reactio esetén a szűrletben mindig kimutatható a légenysavas ezüst, negativ reactio esetén soha. Ily módon érthető, hogy az anyatejjel táplált csecsemő vizelete is adhat negativ reactiót, ha kevesebb légenysavas ezüstöt adunk hozzá, mint a mennyi ezüst szükséges a chloridok teljes megkötéséhez, vagy a mikor a vizelet chlortartalmát növelem például konyhasó hozzáadása által. Ellenben mesterséges sószegegény táplálék mellett, például fehérjés tejnél, positiv lehet a reactio. Hasonlóképpen minden vizelet — még felnőtt egyéné is — positiv reactiót ad, ha a chlortartalmat például hígítással csökkentjük.

A carbonatok, phosphatok, a melyek a légenysavas ezüsttel szintén reactióba lépnek, annyiban befolyásolják a reactiót, hogy az így keletkezett ezüstvegyületek könnyen redukálódnak s így a mesterségesen táplált csecsemő aránylag chloridgazdagabb vizelete is fekete csapadékot ad, ha kellő mennyiségben tartalmaz phosphatokat és carbonatokat. Ilyen esetek csakugyan előfordultak.

Bár kétségtelen, hogy a reactio az esetek nagy részében az anyatejjel táplált csecsemők vizeletében, mely tudvalevőleg sószegegény, fekete csapadékot ad, míg a mesterségesen táplált csecsemők vizeletében a csapadék változatlan marad: általánosítani mégsem lehet. *A reactio be- és be nem állta tudniillik nem attól függ, hogy a csecsemő anyatejjel illetve tehéntejjel volt-e táplálva, hanem a vizelet chlorid-tartalmától, másrészt phosphat- s carbonattartalmától.* Így a reactio kétes anamnesisek ellenőrzésére sem használható fel.

A reactio lényegéről írt rövid közleményemre Engel és Turnau részéről válasz jelent meg, melyben kifejtik, hogy én semmi újat sem mondtam, mert a chloridok szerepét ők is ismerték. Vitánk súlypontját én abban látom, hogy kísérleteim alapján tisztázottnak tekinthető a reactio mibenléte s a reactio beálltának s be nem álltának oka. S azt hiszem, a mondottak után a reactióban senki sem láthat „csudálatos s váratlan tüneményt“, sőt fel kell tételeznem, hogy ha Engel és Turnau-nak valóban semmi újat sem mondtam, ők sem elégedtek volna meg azzal, hogy teljes általánosságban „a chloridok jelentős szerepéről“ beszéljenek. És legkevésbé nyilvánították volna a reactiót „váratlannak és csudálatosnak“.

#### IRODALOM-SZEMLE.

##### Könyvismertetés.

**Gyermek- és csecsemővédelem Magyarországon.** Irta: *Keller Arthur*, berlini egyetemi tanár.

*Keller*, ki Európa összes gyermekvédelmi intézményeit tapasztalatból s a helyszínén ismerte meg, két év előtt a magyar intézeteket is bejárta 4 hetes tanulmányútjában, a melyen őt *Ruffy Pál* min. tan., a menhelyek orsz. felügyelője kalauzolta. Ez útja tapasztalatait írta meg az „Ergebnisse der Säuglingsfürsorge“ 8. füzetében. *Keller* el van ragadtatva a magyar gyermekvédelem genialis szervezésétől, a melyről bámulattal nyilatkozik, s ha könyvében, a melyet „a magyar nemzetnek ajánl, a mely a gyermek jogát a socialis gondozásra kimondta“, némi kritika is foglaltatik, annak oka, hogy „büszkének nevezhetné magát, ha azt mondhatná, hogy némileg ő is hozzájárult ahhoz, hogy a magyar gyermekvédelmi törvény nagy gondolata teljes mértékben valósítsák meg.“

Ismerteti a törvényeket és rendeleteket; rámutat, hogy a gyakorlatban mennyire gyakoribb ma az úgynevezett „kivétel” (vagyis rögtöni) felvétel, a mikor az árvaszék az

elhagyottá nyilvánítást csak utólag erősíti meg. Rámutat a szabályzat 10. §-ára, hogy az előjáróság köteles megvizsgálni az elhagyatottság körülményeit, ha az anyakönyvvezető azt bejelentette, a mi magában foglalja a törvénytelenek kötelező bejelentését. Ezen pontból, ha országszerte végrehajthatnák, a mainál intenzívebb csecsemővédelem fejlődhetnék, mert ez törvényes alap, a melyen az összes veszélyezteteteket állami felügyelet alá lehetne helyezni.

Részletesen tárgyalja a gyermekek kihelyezését s azt a szabályt, hogy csecsemő kivételével nem az anyjánál helyezik el a gyereket; mintaszerűnek találja a nevelőszülők megválasztását szabályozó intézkedéseket; ismerteti a családi telepek intézményét, leírja a menhelyeket, működésüket és coloniáikat, tárgyalja a socialis intézményekkel összekötő bizottságokat (menhelybizottság, országos bizottság). „Talán legnagyobb szerű a gyakorlati kivitelben az, hogy az állami védelem mellett ott szerepel a gyermekvédő liga, mint a magánjótékonyok képviselője”, „a mely végzi azon feladatokat, a melyek ma még az állami védelem keretén kívül esnek“.

Vörös fonalként húzódik könyvében keresztül az a tapasztalata, hogy a míg a nagyobb gyermekek ellátása kitűnő, addig a csecsemővédelem még nincs teljesen kiépítve. A liga intézményei közül a rimaszombati, temesvári, kolozsvári intézeteket s az Árpád-otthont írja le; az elért nevelési eredményeket „majdnem túlságos jóknak” találja.

Az állami védelem eddigi eredményeinek megítélése, megfelelő intézeti statisztika hiányában, ma még nem lehetséges, „pedig éppen ezen adatok lettek volna kifogástalanul összeállíthatók, hiányuk pedig különösen érvényesül azon kérdés megítélésakor, hogy mit ér el a magyar gyermekvédelem a csecsemőhalálozás elleni küzdelemben“.

Teljes elismeréssel adózik az állami gyermekvédelem nyílt csecsemővédelmi rendszerének, a melylyel azonban „a praktikus kivitel nem tartott lépést“.

Rendkívül agyonhalmozottnak tartja a menhelyigazgatók működését, hiányosnak az ápolónők számát és kiképzését, a mi megint első sorban a csecsemőn, főleg a beteg csecsemőn érezhető károsan. Eddig még nem tartja kielégítőnek a telepek orvosi felügyeletét (bár ezen a dolgon valóban alig lehet ma sokat javítani). „Meglátszik e rendszeren, hogy kiváló philosophusok és socialisan gondolkodók eszelték ki, de a mi a rendszerből még hiányzik, az az orvos-hygiénés irány kiegészítése.“ Rámutat arra a feltűnő hiányra, hogy a szülőintézetek és menhelyek közt semmi kapcsolat sincs és hogy a csecsemővédelem kérdésének megítélésében az egysegesség hiányzik.

Végző következtetéseiben az állami gyermekvédelmi rendszert teljesen elegendőnek és kitűnőnek találja nagyobb gyermekek védelmére, de hiányosnak találja a veszélyeztetett csecsemő védelmét. „A csecsemőápolás szükséges reformjánál első sorban arra kell gondolni, hogy a zárt intézeti védelem és menhelyek a csecsemővédelemben kellően vehessenek részt“, mert „feltehető, hogy alig volna nagyobb a csecsemőhalálozás Magyarországon, ha egyetlen állami menhely sem léteznék“. „Az állami gyermekvédelem má a normalis és egészséges gyermekek óriási számáról gondoskodik; egy további lépés lenne az elhagyottokról és specialisan a csecsemőkről is hasonlóan kitűnően gondoskodni.“

Megvallom, a kritikát, még pedig az összes kritikát szedtem ki e könyvből, de konstataciónom kell, hogy e kritikai megjegyzések dacára nagyobb elragadtatással hazánk gyermekvédelmi intézményéről alig nyilatkozott valaki, mint éppen Keller, a kinél pedig sem hivatottabb, sem szigorúbb kritikust nem ismerünk. A legnagyobb elismeréssel ír Keller az összes menhelyigazgatók buzgalmáról és ügyességéről; Edelmannel, a nagyváradi menhely direktorának intézkedéseit, a melyeket különösen kitűnőknek talál, részletesen ismerteti.

Keller könyve, ha utal is a csecsemővédelemnek általam is hangsúlyozott hiányaira, egészben véve a magyar gyermekvédelem újabb diadalát jelenti.

Berend.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A digitalis hatását friss billentyűbajokra** tanulmányozta Gelhart. Régebbi szerzők (Rossbach és Nothnagel) nézete szerint a fejlődőben levő billentyűbajokban a digitalis használata ellenjavalt. Ezzel a nézettel szemben Cloetta azt találta, hogy a digitalis friss billentyűbajokban is kedvezően hat a compensatio kifejlődésére. Gelhart házinyulakon végezte vizsgálatait, aorta-elégtelenséget idézve elő az állatokon. A kísérlet első napjától kezdve adott digalen nemcsak hogy nem zavarta a compensatiós hypertrophia kifejlődését, a mely 4 hét alatt már nagyon kifejezetté vált, hanem még kedvező hatású is volt, a mennyiben a digalennel kezelt nyulak élénkebbek voltak, mint a kontroll-nyulak, 7 közül csak 1 pusztult el, míg a kontroll 7 közül 3; hydrops pedig csak 1 esetben fejlődött, a kontrollok közül ellenben 3-ban. (Archiv f. exper. Path. u. Pharmak. 64. kötet, 3. és 4. füzet.)

**Az epeutak fertőzöttsége** ellen Chauffard az urotropint ajánlja. Mindenekelőtt bizonyítékokat hoz fel arra, hogy az urotropin részben az epével választatik ki. Így ismerteti Crowe állatkísérleteit, valamint azon vizsgálatokat, a melyeket utasítására Grigant végzett epeköbetegség miatt megoperált, epesipolylyal bíró 5 betegen. Megemlíti ezután saját vizsgálatait, a melyeket heveny fertőzöses angiocholitis eseteiben végzett nagyon biztató eredménnyel, noha azt hiszi, hogy a használt adag (1.5 gramm naponként) nagyon kicsiny volt. Végül áttér a typhus abdominalis kórtanának mai állására és kifejti, hogy az epeutak fertőzöttsége typhus-bacillusokkal mily nagy jelentőségű főleg az elhúzódó, valamint az újból ismétlődő esetekben; azt hiszi, hogy a typhus terápiájában ebből a szempontból szintén jó eredménnyel lesz igénybevehető az urotropin. (La semaine médicale, 1911. 10. szám.)

### Sebészet.

**A kezek és az operatio terének fertőtlenítése körül szerzett tapasztalatokról** számol be Zabłudowski, a moszkvai sebészeti klinika tanársegédje. Laboratoriumban végzett kísérletek 5%-os alkoholtanninnal (95%-os alkohol) igazolták az eljárás gyakorlati alkalmazásának helyességét. A szerző a következő, számos esetben kitűnőnek bizonyult szabályt követi: A beteg az operatio előtti napon megfürdik, ezután a műtét terét szokás szerint szappannal meg kell borotválni és néhány percig mosni. A narcosis közben a műtét tere 1—2 percig alkoholtanninba mártott gaze-tamponnal dörzsölendő. Az operateur és assistense 2—3 percig vízzel, szappannal mossa kezeit, azután steril kabátot öltenek, ezalatt kezeik megszáradnak és már csak alkoholtanninnal dörzsölendők olyképpen, hogy különös figyelmet fordítanak a körmökre; ezen eljárás is körülbelül 2 percnyi időt vesz igénybe. A desinfectio ezen módjának eredménye 32 műtét alkalmával szerzett tapasztalatok szerint nagyon kielégítő. A hol per primam intentionem gyógyulás nem volt elérhető, ott — mint a szerző esetről-esetre kimutatja — nem az asepsis hiányosságában keresendő az ok, hanem a beteg szervezetétől függő szövödményekben. Az eljárás gyakorlati értékét növeli az a körülmény, hogy a szerző jó eredményei a legkönnyebb és legkevésbé fáradságos úton voltak elérhetőek. Nem volt külön műtőterem aseptikus és septikus esetek számára, a tiszta és a genyes sebeket ugyanazon orvos köztözte. Nem használtak sapkát, maszkot, keztyűt. Az eljárásnak hibái is vannak, de ezek alig számbavehetőek. Az alcoholtannin foltot hagy a fehérműn, a padlón és olykor a kezeken. Ha oly eszközök használatnak, melyeknek nikkelezése kopott, kékes vagy fekete folt támad a kézen (a tannin tudvalevőleg a vasnak érzékeny reagense), mely 1%-os oxalsavoldattal eltüntethető. A padlók foltjai savakkal távolíthatók el. Naponkénti használatnál a bőr száraz lesz.

Összefoglalva eredményeit, a szerző azon következtetésre



jut, hogy a cserzésen alapuló bőrfertőtlenítő eljárások közül az alkoholtannin az első helyen áll. A jodbenzin és jod hibáitól mentes, sokkal olcsóbb, mint az alkoholaceton, hatása tartósabb, mint az alkoholé, egyedül éppen úgy alkalmazható a műtő kezeinek, mint az operatio terének fertőtlenítésére; a kézre nem ártalmas. Az elért eredmények a legjobbak. Egyszerűség tekintetében az alkoholtannin vetekszik a joddal. Végül vízzel való mosakodással kombinálható. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911 márcz. 2.)

ifj. Háhn Dezső dr.

### Gyermekorvostan.

**Pylorusstenosis gyógyulása után pneumoniában meghalt csecsemő gyomrának anatómiai leletét közli J. Simon.** A beteg gyomor 7 grammal súlyosabb volt az egészségesnél, azaz hypertrophiás gyomor képét mutatta, még pedig az izomzat túltengése volt a túlnyomó, míg a mucosa és serosa érintetlen maradt. A beteg gyomor alakja normalis volt. A nagy görbület hossza 25 cm., a kis görbületé 6·2 cm.; ezen méretek a normalis gyomor méreteivel egyeztek. A beteg gyomor fala azonban jelentékenyen vastagabb volt. A pylorus kemény, porcszerű csövet alkotott, melynek hossza 1·9 cm., lumene nem feltűnően szűk. Mikroszkopi vizsgálatkor úgy a gyomorfallal, mint a pylorusfal muscularisának izommagjai jelentékenyen hosszabbnak látszanak, mint az ép gyomron.

Az elmondottak alapján a szerző nem tartja valószínűnek, hogy a pylorusstenosis tisztán spasmusos természetű betegség, már csak azért sem, mert ezideig egyetlen egy esetben sem volt recidiva. Wernstedt szerint a spasmus contractura mint elsődleges ok szerepel, mely az izomzat szerkezetének másodlagos rendellenességét eredményezi. Viszont ezen feltevés ellen szól Ibrahim tapasztalata, hogy t. i. már a betegség 8. napján elhalt csecsemő gyomrában is megvannak a túltengés jelenségei, már pedig 8 nap túlságosan rövid idő ahhoz, hogy ezek kifejlődhessenek.

Az anatómiai elváltozás tehát nem elég ok arra, hogy a pylorusstenosis létrejöhessen, ehhez úgy látszik ideges állapot is kell, és a kettő együtt tudja csak kiváltani a pylorusstenosis jellegzetes körképét.

Kétségtelen, hogy a pylorusstenosis a gyomornyálkahártyát károsan befolyásolja, főleg zsírpangást szokott maga után vonni. Az ilyen gyermekek t. i. nem jól tűrik az anyatejet, úgy látszik, hogy a tehéntej kémiai összetétele (magasabb fehérjetartalma) ez esetben jobban megfelel a célznak. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 23. kötet, 3. füzet.)

Péteri dr.

### Venereás betegségek.

**A házinyúlón létrehozható kísérletes syphilit tanulómanyoza Uhlenhuth és Mulzer (Berlin).** Spirochaetákat tartalmazó syphilit keratitist Bertarelli-nek sikerült először a házinyúlón létrehozni. Utóbb kiderült, hogy a syphilit az állat heréjébe is lehet oltani pozitív sikerrel (Parodi). A szerzők a házinyúl kísérletes syphilitével immár több mint 2 év óta foglalkoznak. Kísérletes vizsgálataik főként két irányban mozogtak: 1. a herébe és 2. a vérpályába való oltás irányában. Az emberi syphilit anyagnak a herébe való oltása könnyen és biztosan sikerült, de szükséges a megfelelő technikai fogás követése. Legalkalmasabb az átoltáshoz az emberi kezeletlen primaer affectio vagy nedvező papula spirochaeta-tartalmú váladéka. Ezt a váladékot legjobb finom üvegcapillarissal a herébe vagy a scrotum bőre alá fujni. A szerzőknek az állatról állatra való továbboltás is kitűnően sikerült. Eddig már a 16. passaget érték el. E vizsgálat nyomán azt találták, hogy a spirochaeták virulentiája esetről-esetre fokozódott. A virulencia fokozódását bizonyítaná egyrészt az incubatiós időnek megrövidülése, másfelől a pozitív oltási eredmény százalékos emelkedése (75—100%). A kísérletes heresyphilit klinikai képe három alakban jelentkezik: 1. Fekély a scrotum bőrén. Ennek nem kell mindig csak az oltás helyére lokalizálnia. A here és a mellékhere ebben a kórfórmában rendszerint ép marad. A fekély eléggé hasonlít az

emberi primaer affectiohoz és jellemző, hogy igen bőven rejt magában spirochaetákat. 2. A második alak a herének idült gyuladásában nyilvánul s ilyenkor a bőr épnek mutatkozik. 3. A harmadik alakban a here burkai kérgesen megvastagodnak. Különösen a tunica vaginalis az, mely leginkább megvastagszik. Ez a periorchitis syphilitica lehet általános vagy körülírt. Spirochaeták mindig bőven találhatóak. Az állatok egy részének a syphilitében ebben az elsődleges jelentkezésben kimerül. A másik részében azonban a syphilit általánossá válik. Utóbbi esetben a tájéki mirigyek megnagyobbodnak és spirochaetákat tartalmaznak. Néha még tovább terjed a folyamat s ilyenkor az injectio helyétől távolabb esően papulák fejlődhetnek. Az általános syphilit létezését azonban legjobban az bizonyítja, hogy az ilyen heresyphilités házinyulak májával, lépével és csontvelőjével az ép házinyúl fertőzhető. Ezt a lehetőséget a majomra nézve már Neisser kimutatta.

A syphilités anyagnak a vérpályába való oltása eleinte nem sikerült. Talán azért, mert kezdetben igen kevés emberi anyagot használtak. A szerzők utóbb állatból nyert spirochaeta-tartalmú syphilités anyagot fecskendeztek a házinyúl vérpályájába s ekkor olykor pozitív eredményt kaptak. A belső szervekben ilyenkor a Levaditi-féle impraegnálással bőven lehetett spirochaetákat kimutatni. A szerzők a vérbe való oltást fiatal állatokon is kipróbálták s ilyenkor elég súlyos általános syphilit tudtak létrehozni. A oltott anyag spirochaeta-tartalmú hereextractumból állott, mely házinyúlserummal volt hígítva. Az oltások eredményeként 6—8—10 héttel később szétszórtan apró tumorokat lehet találni, melyek főleg az orrnylás körül helyezkednek el. Ezekben a spirochaeták könnyen kimutathatók. E tumorokon kívül még egyéb általános jelenségek is szoktak mutatkozni. Arra nézve, hogy ezek a kísérletes eredmények valóban syphilités jelenségek, többféle bizonyíték van: 1. A jellegzetes incubatiós idő. 2. Az emberi, főként hereditaer syphilités jelenségekhez való hasonlatosság. 3. A spirochaeták kimutathatósága. 4. Az oltási termékek és jelenségek továbbolthatósága, még pedig nemcsak a házinyúlra, hanem a majomra is. 5. Az antilueses szerek feltűnő sikere (kéneső, atoxyl, salvarsan). (Berliner Klinische Wochenschrift. 1911. 15. sz.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**A chronikus kankó gyógyítására az argentum kalio-cyanatumot** próbálta ki A. Philippson és ezt a gyógyszert több éven át szerzett tapasztalatai alapján nagyon ajánlja. Köztudomású, hogy az idült blennorrhoea ellen még mindig az argentum nitricum a legjobb orvosságunk, bár ennek is megvannak a maga hibái. Ezeket próbálta a szerző kikerülni s ezért már 1906 óta az arg. kal. cyan.-ot használja hólyag- és húgycsőöblítésekre. Ezen kettős só fehéren, fénylő kristályokat alkot, melyek 20° mellett 4 rész vízben könnyen oldódnak. A nevezett gyógyszer rendkívül mérgező természetére való tekintettel a szerző az első kísérleteket a legnagyobb óvatossággal végezte. Legelőbb is alapoldalat készített magának, mely 6 gr. arg. kal. cyan. és 30 gr. destill. vízből állott; ezen oldatból kezdetben 1—2—3 cseppet öntött 200 gr. vízre s ezzel végezte az öblítéseket. A mikor azt látta, hogy a betegek ezt az oldatot jól tűrik, fokozatosan több és több cseppet vett az alapoldatból, úgy hogy ma már a gyógyítandó eset természetére szerint 4—80 cseppel készíti az öblítő oldatot, de mérgezési tüneteket még nem látott. Ezen tapasztalatai ellenére azonban még ma is nagy óvatossággal jár el és prostatahypertrophia eseteiben vagy bármely más olyan betegen, a kin húgyretentiótól kell tartani, nem használja ezt az öblítő folyadékot; szintúgy fecskendésre sem adja az oldatot a beteg kezébe.

A szerző a gyógyszernek következő előnyeit emeli ki: 1. Nagy ezüsttartalmánál fogva bizonyos erős fertőtlenítő hatást fejt ki. Aufrecht szerint az argonin 4·20%, az argentamin 6·30%, a protargol 8·30%, a largin 11·10%, az albargin 75%, az ichthargan 30% és az arg. nitric. 65·30% ezüstöt tartalmaz. Ezen utolsóhoz legközelebb áll az arg. kal. cyan., mert ebben 54·20% az ezüst. Ő úgy tapasztalta, hogy ezen

kettős-sóval eszközölt öblítésekre a vizelet csakhamar feltisztul, a fonalak és pelyhek eltűnnek és a reggeli csepp is rövid idő alatt eltűnik. Az olyan esetek, melyekben kevés a gonococcus, aránylag igen gyöngye oldatokra szépen gyógyulnak; túlerős oldatok használatára itt is rosszabbodás következik be. 2. Minthogy a kettős-só vízben jól oldódik, az alapoldatot, illetőleg az öblítő folyadékot közönséges vízzel is elkészíthetjük a nélkül, hogy csapadékot kapnánk, tehát nem szorulunk aqua destill.-ra. 3. A betegek az ugyanolyan erős arg. cyan.-oldatot jobban tűrik, mint a megfelelő lapis-oldatot. Igaz ugyan, hogy 40—80 csepp a cyansós alapoldatból szintén vizeleti ingert és égető érzést okozhat, de ezek távolról sem olyan erősek s nem is tartanak olyan soká, mint a lapis utániak. 4. A cyanoldat sem a fehérműn, sem a testbőrön nem hagy foltokat, a mi a betegre s az orvosra nézve egyaránt előnyös. Ezek alapján azt ajánlja a szerző, hogy a nevezett gyógyszerrel az említett adagolásban chronikus kankó eseteiben folytatni kell a kísérleteket. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911. 9. sz.)

Drucker Viktor dr.

### Orr-, torok- és gégebajok.

**Az ozaena aetiológiájáról és pathológiájáról** 138 eset kapcsán kimerítő tanulmányt irt *Fraser és Reynola*, Logan Turner edinburghi klinikájáról.

A tárgy teljes irodalmát felölelő dolgozat szerzői különös gondot fordítanak a szövettani és bakteriologiai vizsgálatokra. Az ozaena okát illetőleg sorra veszik a legáltalánosabb nézeteket, számszerint kilenczet, és éles kritika után, mintegy eklektikusan mondják ki következtetéseiket.

Szerintük praedisponáló okok a gyermekkori coryza, az exanthemák, a lues és a tuberculosis; az ozaena jellemző képe azonban csakis a bacillus mucosus ozaenae hozzájárulásával fejlődik ki. A tág orrüreg alkalmasabb a baj fejlődésére. A korai szakban az orrnyálkahártya hypertrophiás catarrhusa gyanánt jelentkezik (*Baumgarten*), mely stadium a középső kagylókon soká eltart, az erősebben megtámadott alsó kagylók azonban hamarosan elsorvadnak. A melléküreggyenedések elég gyakori szövödményei az ozaenának, de oki összefüggés a kettő között nincs. Azt a nézetet, hogy az ozaena elsődleges csontmegbetegedés, nem fogadják el, mert szövettani készítményeik e nézet ellen szólnak. (The Journal of Laryngology, 1911, április.)

Rejtő Sándor dr.

**Az orrmelléküregek gyulladásának kezelésére** *Killian* (Freiburg) *heveny esetekben* az activ hyperaemiát tartja legjobbnak, melyet legcélszerűbben villamos fejhőfürdővel idézhetünk elő; erre a célra a *Brünnings* által szerkesztett szekrényt használhatja, a melylyel a fejet leborítják; a nyak számára egy kivágás szolgál. A szekrény belsejében 4 villanyos izzókörte van, a melyek sugarai a beteg arcára vannak irányítva; a fény ellen a behúnyt szemekre kerülő, bőrből készült, pápaszem alakú eszköz védi a beteget, a ki egy kifőzhető szájjéggel ellátott csövön át lélegzi be a körlevegőt, melynek nedvességtartalma fokozható. Kezdetben 2, majd 4 lámpát kapcsolunk be, a szekrényben levő hőmérsék hőmérőn leolvasható; fokozatosan 60—70 C<sup>o</sup>-ra emeljük a hőmérsékletet, egyesek a 70—80 C<sup>o</sup>-ú temperaturát is jól elviselik; ily fokon körülbelül 10 perczig tartjuk a hőmérsékletet, majd 2 lámpát, utóbb ismét 2-t kikapcsolva, fokozatosan csökkentjük a hőmérsékletet; a beteg a kezelést után egy ideig még zárt helyiségben marad. Naponta 1—2—3 ily kezelést alkalmaz. A hatás gyorsan mutatkozik: a fájdalom csakhamar csökken, az arc kipirul, bőséges izzadás áll be, a mely fokozható előzetes aspirin-adagolással.

Ezen kezelésmóddal elért eredménnyel *Killian* annyira meg van elégedve, hogy előnyben részesíti egyéb kezelésmódokkal szemben. Ezenkívül jodnatriumot vagy jodkaliumot ad a váladék elfolyósítására, a mely ilyen állapotban könnyebben kiürül a melléküregekből. A beteget az első napokban ágyba fekteti, könnyű étrendet rendel, a dohányzást és az alkoholicumokat tiltja. Az esetek legnagyobb részé-

ben a beteg 1—2 héten belül meggyógyul. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911. 16. szám.)

Safranek dr.

### Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

**A gőzsugarat mint a gyógyítás egyik hatásos eszközét** dicséri *Brieger*. A száraz melegalkalmazások, a minő például a száraz forró borogatás, a meleg levegőzuhany, a részleges forró légfürdő stb. a száraz bőrnek rossz hővezetőképessége miatt csak lassan és felületesen hatnak. A nedves meleg ellenben gyorsan és a mélybe hat. Az erős nyomású gőzsugár ezen irányban a legerélyesebb hatással van és 24 óránál is tovább tartó vérbőséget okoz. A vele elért eredmények oly jók, hogy *Brieger* a gőzsugarat egyetemi hydrotherapiás intézetében az eseteknek majdnem egy harmadában alkalmazza. A kezelésnek e módja igen kedvező eredménnyel járt csúzos és köszvényes ízületekben, kivált ezeknek monarticularis alakjaiban, vállizületi gyulladás, sőt coxitis eseteiben is. Ficződés, rándulás és csonttörés esetén is jónak bizonyult úgy a fájdalmak enyhítésére, mint az izzadmány vagy vérömlés felszívódására és — a massage hatásosabbá tévése céljából — a szövetek megpuhítására is. Zsugorodó heges szövet kezelésére is alkalmas, valamint izomcsúz és neuralgiák gyógyítására. Epehólyaggyulladás, vesehomok, s általában a hasi szerveknek bármitől eredő kólikája ellen is jó hatású.

*Lissauer* a gőzzuhanyt idősült bronchitis eseteiben, még ha gümös eredetűek voltak is, kedvező eredménnyel alkalmazta a kiköpés előmozdítására. A gőzsugarat ezen célra 1.5 léghőmérséklettel 15 mp.-ig engedti behatni és reá 5 mp.-ig 15—20 C-fokos legyezőzuhanyt ad. *Brieger* a gőzsugarat hosszabb ideig alkalmazza és a kezelést váltakozó hőmérsékű legyezőzuhanyval fejezi be.

A gőzzuhany a szerző véleménye szerint a felsoroltakon kívül még más hasonló bajokban is hatásosnak fog bizonyulni. Alkalmazását annál is inkább ajánlja, mert magas nyomású gőzt a *vapophor* segítségével kisebb intézetekben, sőt a mindennapos gyakorlatban is elő lehet állítani. (Medizinische Klinik, 1911. 14. szám.)

Lenkei V. D.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Szívgyengeség** esetében *Goulston* szerint sokszor meglepő jó hatású a nádcukor rendszeres használata. Ez azon a tapasztalaton alapszik, hogy a cukor igen fontos szerepet játszik az izom fiziologiájában, a többi között a szívizom táplálkozásában is; *Locke* az izolált emlős-szívet dextrose-oldatban 91 óráig tudta életképes állapotban megtartani. Ref. La semaine médicale, 1911. 12. szám.)

**A lágyfekélyt** *Petges* következő módon kezeli: A fekélynek alkoholos szappannal hydrophil-gaze vagy vatta segítségével végzett alapos megmosása után előbb aetherbe mártott, majd alkohollal átítatott tamponokkal ledörzsöli a fekélyt; ezután 1—2 csepp jodtincturát juttat rá, a fölösleget néhány másodperc múlva vattával eltávolítja és jodoformot vagy valamely jodoform-pótszert hint rá. Az eljárást naponként, esetleg kétszer is, megismétli. Nagyon érzékeny egyéneken előzőleg cocain-oldatot alkalmaz. A szerző szerint ezzel az eljárással a gyógyulás tartama erősen megrövidíthető. Idejekorán véve igénybe, bubo sohasem fejlődik. (Ref. La semaine médicale, 1911. 15. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1911. 19. szám. *Hoor Károly*: A szaruhártya bántalmairól. *Lenkei Vilmos Dani*: A Balatonfürdő javallásai és alkalmazásmódja.

**Orvosok lapja**, 1911. 19. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

**Budapesti orvosi ujság**, 1911. 19. szám. *Fáykiss Ferencz*: A külső sérvek gyökeres gyógyítása. „Szemészeti lapok“ melléklet, 1. szám. *Vidéky Richárd*: Adalék a szem tuberculosisának kezeléséhez.

## Vegyes hírek.

**Választás.** Csehszombathy László dr.-t Pápa város főorvosává, Budai Mór dr.-t Levél község orvosává választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét áprilisban 107 esetben vették igénybe; a műtétek száma 82 volt.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segítségét áprilisban 96 esetben vették igénybe; a műtétek száma 93 volt.

A budapesti poliklinika rendeléseiből áprilisban 4255 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12.293 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület márciusban 1328 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1011 szállítást végzett, 114 esetben mint mozgóórszolgálat és 34-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A márciusi havi működési főösszeg tehát 2487.

A 12. francia belorvostani congressust október 22.-étől 25.-éig tartják Lyonban. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: a coma diabeticum; a haemolysinok szerepe a kórtanban; a diureticumok; a meningitis cerebrospinalis epidemiológiája és prophylaxisa.

**Meghalt.** Kugler Károly dr. május 8.-án 40 éves korában Pórszonyban. — H Gradle dr., valaha a szemészet tanára Chicagóban. — H. Knapp, a nagyhírű newyorki szemorvos május 2.-án 80 éves korában.

**Hírek külföldről.** Hamelin dr., a belorvostan és gyógyszerteran tanára a montpeliéri egyetemen, nyugalomba vonul. — A. Loutreuil Párisban a tudományos akadémiának  $3\frac{1}{2}$  millió frankot, az egyetemnek  $2\frac{1}{2}$  milliót s a Pasteur-intézetnek 100.000 frankot hagyományozott. — Egy névtelen maecenás a philadelphiai Pennsylvania-egyetemen 500.000 koronás alapítványt tett egy élet-chemiai tanszék felállítására. — A montreali Mc Gill-egyetem életani tanszékére N. H. Alcock dr.-t nevezték ki a londoni St. Mary's Hospital Medical School-ról. — J. Cleland dr., az anatomia tanára a glasgowi egyetemen, nyugalomba megy.

A nemzetközi pestis-conferentia április 3.-án kezdte meg tárgyalásait Mukdenben. A kínai kormány mindjárt az epidémia kitörésekor, múlt év október havában köriratot intézett az európai és amerikai nagyhatalmakhoz a pestis-conferentia ügyében, magára vállalva az összes költségek fedezését, de a diplomatai tárgyalások nehézkes volta miatt a conferentiát csak akkor lehetett megnyitni, a mikor az epidémia már véget ért. A gyűlésen Mandzsuria alkirálya elnökölt; a tárgyalásokat egy kínai orvos, Wu-Lien-Teh dr. vezette, a ki Londonban, Liverpoolban és Halleben végezte orvosi tanulmányait. Az alkirály megnyitó beszédében kijelentette, hogy ő és honfitársai eddig az orvoslás kínai módját becsülték többre, azt, a mely a mennyei birodalomban évszázados tapasztalatok alapján vált be, de most már maguk is belátják, hogy az európai orvostudomány az eddiginél nagyobb figyelmet érdemel. Wu-Lien-Teh dr. azután igen alapos áttekintést adott az egész járványról, melynek összesen 46.000 áldozata volt; Charbin 35.000 lakosa közül 5000 (14 $\frac{3}{10}$ ) pusztult el. A járvány okozójának ő is a tarabogánt vagy mongol mormotát (arctomys bobac) tartja. Az utóbbi években a tarabogán szörméje igen keresett árucikk volt az európai és amerikai piacon s ez sok idegen — különösen kínai — vadászt vonzott Mandzsuria északnyugati részébe. A benszüllött mongol vadászok ismerik a mormota veszedelmes betegségét s felismerve a beteg állatot, nem vadásznak reá, az idegen vadászok ellenben nem éltek kellő elővigyázatossággal s közöttük kapott először lábra a betegség október elején; Charbinban november 7.-én észlelték az első eseteket. A patkányok semmi szerepet sem játszottak a járvány terjesztésében; feltűnő volt a lovak és juhok nagy halálözse, Charbinban 400 ló és 300 juh esett el, de hogy a pusztulásukat valóban a pestis okozta-e, arra nézve nem történtek pontosabb vizsgálatok. Az epidémia túlnyomóan a pneumonias alakban mutatkozott, igen nagy, helyenként 100%-os halálozással. Sporadikus esetek majdnem minden évben fordultak elő, de ilyen járvány utoljára a 18. században volt. A kínai kormány ezúttal először adta beleegyezését a holttestek felboncolásához, mely ellenkezik a kínai vallás tételével s a nép sem igen zúgolódott a boncolás s a holtak elégetése ellen.

Legújabb hírek szerint a conferentia, melynek tárgyalásaira egy hónapot vettek számításba, már hamarosan feloszlott, mivel a kínai orvosok ellenkezésükkel minden komoly tárgyalást lehetetlenné tettek. A vitaközlés olyan élénken folyt, hogy az elnök a conferentia méltósága érdekében jónak látta az utolsó ülésekről a nyilvánosságot kizárni.

Gáger Károly dr. kir. tanácsos gyakorlatát Bad Gastein-ban újból megkezdette.

Körmöczy Emil dr. lakását VIII., József-körút 23. szám alá helyezte át.

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletében befizettek: Friedmann József, Guhr Géza, Geiger Frigyes, Grün Ferencz, Gelléri Samu, Grünwald Adolf, Grünfeld Zsigmond, Gusbeth Ede, Hajcsy Sándor, Holló Artur, Huberth Bernát, Hunwald Tóbiás, Halle Henrik, Horváth József, Heller József, Hercz Ármán, Hugel József, Jaksits Lajos, Kóczian Géza, Klein Artur, Kerekes Gyula, Karakasevits Milos, Kremer Béla, Kicska Emil, Krajner József, Kenessey Aladár, Kmetykó János, Nagy

Sándor, Mayer László, Kugler Károly, Ladányi Mór, Lechner Károly, Lechner Antal, Lévy Dezső, Licsek Akos, Matolai Károly, Margonyai Gyula, Morava Géza, Méri Sándor, Ofner Károly, Polgár Károly, Perl Antal, Pap Ernő, Rameshoffer S., Reisz Miksa, Reis Samu, Ruber József, Rudas Gerő, Somogyi Zsigmond, Stark Miksa, Siklósi Albert, Spatz Adolf, Cseley József, Strelinger Samu, Sturm József, Singer Henrik, Stauber Hugó, Szőke Gyula, Székely László, Szederkényi Mihály, Szántó Jakab, Szana Sándor, Szily Jenő, Szőlősy Mór, Schönfeld László, Schwarz Sándor, Tóth Imre, Tordos Mihály, Vajda Géza, Vincze Jenő, Wagner György, Villányi Béla Árpád, Vadász Aladár, Zempléni Dávid, Zátonyi József, Adonyi Gyula, Boskovicz Mór, Bernhardt János, Bothár Samu, Braun Jakab, Bleyer Leo, Bartha Sándor, Edelman Menyhért, Eröss József, Csiki L. János, Dadai Vilmos, Doctor Sándor, Donáth József, Fodor Leo, Fehér Samu, Farkas Márton, Fischer Miksa, Gerő Samu, Gerő Adolf, Gyurcsik Géza, Jánosi Gyula, Hübner Victor, Horváth József, Hoff Mór, Hesz Gyula, Kovács Jenő, Kanitzer Sándor, Khoo Dezső, Kelen Lipót, Herbolt László, Kertesi Béla, Korom Lajos, Kregczy Ottó, Klein Adolf, Misner Antal, König József, Kraszovics Henrik, Kanarik Jakab, Kerekes Béla, Kellner Mór, Lengyel Ignác, Linberger Albert, Löffelman Felix, Lukács Imre, László Adolf, Löwensohn Mór, Lehotsky Imre, Lax Simon, Lax Ernő, Munkácsi Pál, Megai Gyula, Murányi Károly, Molnár Dezső, Mladin Péter, Molnár Elek, Pollacek Simon, Pákozdy Károly, Porges Bertalan, Pécsvárad József, Riedler Zsigmond, Röhrich Béla, Rosenthal Bertalan, Róth László, Spát Henrik, Stern Adolf, Sternberg Géza, Stern Mór, Sebestyén Ödön, Salgó József, Steiner Gyula, Stangel Gyula, Schönfeld Mór, Schatz Róbert, Stankovits Géza, Székely Jónás, Száhlender Ferencz, Szahovszky Antal, Szentgyörgyi Ferencz, Szommer Antal, Szécsi József, Szirmai Vilmos, Szatmári István, Szauer Vilmos, Simoncsics Mátyás, Török Arthur, Tapai József, Tabub Ferencz, Wollner Miksa, Wassermann József, Weil Dávid 4—4 koronát. Katona József dr., pénztáros.

Lapunk mai számához a *Chemische Fabrik Dr. R. Scheuble & Dr. A. Hochstetter, Tribuswinkel* (Baden mellett, Alsó-Ausztria) „*Novojodin*” című prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *Knoll & Co. Ludwigshafen a/Rhein* cég prospectusa van mellékelve.

Szigeti Márton dr. Abbáziából *Gleichenbergbe* utazott és újból megkezdte fürdőorvosi működését.

**Lysochlor** a chlor-meta-kresol 50%-os oldata. Dr. Laubenheimer vizsgálatai szerint, a mely vizsgálatok újabban Magyarországon is meg lettek erősítve, a lysochlornak ugyanazon töménységű oldata másfélszeresen mülja felül a sublimat oldatát bacteriumölő hatására nézve, a nélkül, hogy mérgező hatást fejtene ki. Eredeti 50, 100, 250, 500 és 1000 grammos üvegekben kerül forgalomba és alkalmazása 0.5%-os oldatban történik.

**Orvosi labororium** Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon 90—46.

## Ujtátrafüred Sanatorium

Iégzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

## Játra-Széplak

Magaslati gyógyhely-sanatorium. Üdülők, vérszegények, idegbetegek és Basedow-kórosok részére. Egész éven át nyitva.

Dr. Szili Sándor

v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, górcsói, bakteriológiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoria.

## Iglófüred

Elsőrangú vizgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében Iényvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diätetikus konyha stb. Jutányos árak. Fürdőorvos: Dr. Groó Béla.

**Orvosi labororium:** Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utca 39.

## Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgatótulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**ERDEY Dr. sanatoriuma.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.



**Orvosi műszerek,** kötszerek, villanygépek, legjobb sérvkötők, összes betegápolási tárgyak és gummiaruk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

**POLGÁR SÁNDOR,** Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.

— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmertve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német sebésztársaság XL. gyűlése. 360. 1.

## A német sebésztársaság XL. gyűlése.

(Berlin, 1911 április 19–22.)

Ismerteti: *Tóthfalussy Imre dr.*, műtőorvos.

(Folytatás.)

*Demonstratiós és vetítési est 1911 április 19-én este 8 órakor.* *Woerner* (Gmünd) jól sikerült színes fényképeket vetített, melyeket különböző műtétekről, kórbonczolástani készítményekről, bőrbetegségekről stb. a *Lumière*-féle módon készítet.

*Katzenstein* (Berlin): *A vese collateralis vérkeringésének lehetőségéről és a nephritis műtéti kezeléséről.* Állatkísérletek során azon meggyőződésre jutott, hogy a vesékben collateralis vérkeringés csak a következő feltételek mellett jöhet létre: 1. A vesét nem szabad tokjától megfosztani. 2. A vese-erőerekben mesterségesen fokozni kell a keringési akadályt. 3. A vesét izomzatba kell ágyazni. Kísérleteinek eredményes voltát vázlatos rajzokon, makroszkopi készítményeken és Röntgen-felvételeken demonstrálja.

*Bauer* (Breslau) a Röntgen-átvilágításkor használt platinbaryumcyanür-ernyő helyett ez utóbbi anyaggal átitatott pólyákat készített, melyek az illető testrésze alkalmazva, az átvilágításkor nyert képek helyes projectióját, idegen testek pontos localisatióját, átvilágítás közben a szükséges manipulációk könnyen végzését (törés, ficzamosás eseteiben) teszik lehetővé.

*Wessely* (Würzburg) állatkísérletek során demonstrálja, hogy a szövetek helybeli ingerekhez hozzászoknak és ezen ingerekre mind kevésbé reagálnak; sőt a szöveteknek ezen hozzászokása nemcsak ugyanazon, hanem másfajta ingerrel szemben is fennáll.

*Schmieden* (Berlin) és *Haudek* (Wien) Röntgen-fényképeken demonstrálja a gyomor-ulcus és carcinoma differential-diagnostikai criteriumait.

*Merkens* (Oldenburg) ritka penis-sérülést mutat be: a penis vizelés közben az ajtóba szorult, úgy hogy amputatiója vált szükségessé.

*Pels Leusden* (Berlin) Röntgen-képeken demonstrálja a spina bifida aperta és occulta különböző alakjait.

*Immelmann* (Berlin) csonttöréseket mutat be Röntgen-fényképeken.

*Oelecker* (Hamburg) collargollal injiciálja a vesemedenczékét, mire azok Röntgen-képeken jól láthatók.

*Dencks* (Rixdorf) mozgófényképeken mutatja be a *hormonal*-nak a peristaltikát elősegítő hatását.

\* \* \*

*Második nap, 1911 április 20. Bramann* (Halle) 3 év előtt új műtétet ajánlott a hydrocephalus internus kezelésére (*Balkenstich*) és az azóta ezen módszerrel operált 53 esetéről számol be.

A műtét kedvezően befolyásolja a pangásos papillát és az általános agygyomási tüneteket.

*Payr* (Königsberg) hydrocephalus eseteiben úgy drainezi állandóan az agykamarákat, hogy a fül mögött trepanál és a nyíláson keresztül formalinnal és paraffinnal praeparált borjúverőeret vezet az oldalsó agykamarába; erre az érre egy friss emberi vena saphenát húz és ez utóbbit a fül mögött subcutan vezetve bevarrja a vena jugularis internába vagy a vena facialis communisba.

18 esete közül 7 meghalt, 3 kifogástalan eredménnyel mutat. Véleménye szerint a módszer hydrocephalusban indikált, míg gyorsan fejlődő agygyomás esetén jobb a *Balkenstich*.

*Kausch* (Schöneberg) elgyengült hydrocephalusos gyermekeken többszörös lumbal-punctiót végez, míg erősebben

a *Payr*-féle drainaget vagy a *Bramann*-féle *Balkenstich*-et tartja jogosultnak.

\* \* \*

*Lexer* (Jena) a szabad transplantációkról tartott előadást. Kísérletei a különböző szöveteknek átültetésére vonatkoznak, még pedig ugyanazon egyénről (*autoplastika*), más de hasonlófajtajú egyénről (*homoplastika*) és idegenfajú egyénről (*heteroplastika*).

Azon eredményre jut, hogy a legtöbb szövet csak *autoplastika* útján ültethető át.

*Hámlebensyek* külső sebek fedésére nagyon beváltak, de nyálkahártyadefectus eseteiben kevésbé, belsőleg pedig éppen nem (pl. *duradefectus* eseteiben). A *bőr* a test felületére bárhol átültethető, de belső részek (peritoneum, pleura, synovialis hártya) pótlására nem alkalmas; heteroplastika nem lehetséges; homoplastika is csak ébrényi bőrrrel sikerült. *Nyálkahártyák* transplantációja csak autoplastikával sikerül; az előadó a húgycsővet feregnyujtvánnyal pótolta jó eredménnyel. A *zsrtransplantatio* mint autoplastika bevált, míg az *izom* és *ideg* transplantációja hiányos tápláltságuk miatt nem sikerült.

A *vérerek* átültetését a vérervarrat tette lehetségessé. A *fasciák* és *periosteum* autoplastikára, az *inak* homoplastikára is alkalmasak; ez utóbbiak autoplastikájára főleg a m. *palmaris longus* inát használhatjuk. A *peritoneum* (sérvtömlő-, hydrocele-hártya) átültetésére vonatkozó kísérletek nem sikerültek. A *csontok* átültetése autoplastika útján a legjobb; lényeges, hogy a periosteum meg legyen tartva; hullacsontok a halál után 12 órán belül alkalmasak a transplantációra. *Izületek* átültetésekor főleg a homoplastika játszik nagy szerepet (pl. frissen amputált végtagok), mert autoplastikára nehéz ízületet kapni; az előadó 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> év előtt egész térdizületet ültetett át és a beteg lába jelenleg is működésképes. A kísérletek egész *végtagok* átültetésére még eddig negatív eredménnyel jártak; úgyszintén egész *szervek* átültetése is csak autoplastika útján sikerült.

*König* (Greifswald) állatkísérletek során új módszert dolgozott ki insufficiens varratok megerősítésére és defectusok plastikus pótlására. Így a gyomor- és bélcsatorna, a hólyag stb. varratait — ha előreláthatólag nem jól tartanának — friss *periosteum*- vagy *fascia*-darabbal fedi be (*Verlötung*); továbbá ezen szervek defectusait is hasonlóképpen zárja (*Überbrückung*), és mindenkor jó eredményeket ért el. Embereken módszerét a hólyagon és végbélen alkalmazta sikerrel. Mint fontos körülményt kiemeli, hogy a transplantált lebenyre *nem szabad tamponálni*, mert ez annak megtapadását veszélyezteti.

*Hohmeier* (Greifswald) hasonlóképpen sikerrel alkalmazta oesophagus- és hólyagvarratokon, továbbá tracheadefectusokon *König* módszerét.

*Schöne* (Marburg) az idegen szövetek átültetésének sikerelenségét úgy magyarázza, hogy egyrészt az átültetett rész toxikus hatásokat fejt ki, másrészt nem tud alkalmazkodni az idegen anyagcseréhez.

*Landois* (Breslau) állatkísérletek során azon következtetésre jut, hogy az epithel-testek csak autoplastika útján ültethetők át.

Az előadásokhoz fűződött discussio kapcsán *E. Rehn* (Jena) állatkísérletekkel bizonyítja, hogy a zsr, fascia, periosteum és peritoneum homoplastikus transplantációja lehetséges. Továbbá csontműtéknél (törések, arthrodesis stb.) az eddig használatos elefántcsont (szögek, sínek stb.) helyett az állati *szarut* ajánlja, mely erős és felszívódik.

*Küttner* (Breslau) 3 esetben hullából pótolta a daganat miatt eltávolított czombcsont felső epiphysisét és a térdizületet jó eredménnyel, a mint arról Röntgen-felvételekkel és az egyik esetben a metastasisban elpusztult beteg bonczolásakor talált lelettel meg tudott győződni. Egyik betegét be is mutatja: ezen spontán törés következett be a transplantált rész határán, de a Röntgen-kép szerint ismét gyógyulás

indul meg. Az előadó tehát jogosultnak tartja a hullából való csont-átültetést.

*Stieda* (Halle) kísérletei alapján azon következtetésre jut, hogy csak a periosteummal fedett élő csont átültetése jogosult.

*Läwen* (Leipzig) kétoldali veleszületett facialis-hiánynál az alsó ajakba autoplastikai úton egy-egy periosteummal fedett csontlemezlet ültetett át és jó kozmetikai eredményt ért el.

*Filmann* (Cö n) tibiából pótolta a sarcoma miatt reszekált alsó állkapcsot.

*Goebell* (Kiel) habitualis térdkalácscizmatot aponeurosis átültetésével gyógyított meg.

*Hugel* (London) a tibia tuberculosis felső epiphysisét amputált végtagból átültetett csonttal pótolta jó eredménnyel.

*Axhausen* (Berlin) a szabad csonttransplantáció föfeltételének tartja, hogy a transplantálandó csont a periosteumával összefüggésben maradjon; ellenben a porc perichondrium nélkül is megmarad.

*Haberer* (Wien) a felkarcsont helyére fibulát ültetett, de egy idő múlva a csont elhalt; a megmaradt periosteum felől azonban a csontképződés újra megindult.

*Schmieden* (Berlin) fülporczt bordaporcczal pótolta.

*Baum* (Kiel) pseudarthrosis eseteiben rossz eredményeket látott csonttransplantációval.

*Baum* (Berlin) szerint a bőr vastag lebenyekben is alkalmas az autoplastikára.

*Völcker* (Heidelberg) és *Kostlív* (Trebitch) sérvtömlővel, *Lucas* (Trier) pedig fascia latával fedett dura-defectust.

*Schepelmann* (Halle) újfajta transplantációs kést szerkesztett, melylyel nagy kiterjedésű, vékony hámlébenyeket lehet készíteni.

*Eiselsberg* (Wien) vena saphenával pótolta hypospadiasis esetében a húgycsővet; az eredmény kielégítő.

*Streissler* (Graz) e célra a férégnuytványt használta.

\* \* \*

*Lexer* (Jena) beteget mutat be, kin az egész nyelöcsövet kombinált Roux-féle methodussal pótolta. A 27 éves leányon, a kibén savmérgezés folytán nyelöcsőszűkület keletkezett, először a jejunumnak egy részét kirekesztette, a gyomorral összefüggésbe hozta és a bőr alatt az emlőig vezette; majd a jugulumtól kezdve a bőrből csatornát készített, melyet a jejunummal összevarrt; végre a nyelöcsövet a jugulumból előhúztta és side-to-end az előbb említett bőrcsatornával összefüggésbe hozta, úgy hogy a nyelöcső megtörése által az étel nem jutott a nyelöcső cardialis részébe, hanem minden a bőrcsatornába, illetve a jejunumkacson keresztül a gyomorba. A sebek sipoly nélkül gyógyultak; a leány folyékony és szilárd ételt egyaránt jól eszik és a falat legördülése közben a bőrrön keresztül jól tapintható. (Demonstratio.)

*Wullstein* (Halle) és *Kümmel* (Hamburg) szintén tettek ily irányban kísérleteket.

*Hacker* (Graz) nyelöcsősipoly esetében, mely genyes mediastinitist okozott, többszörös műtét után úgy ért el gyógyulást, hogy izomlebenyvel töltötte ki a genyedés folytán keletkezett mediastinalis ürt.

*Schoemaker* (Gravenhage) a farkastorok operatív kezelésére új módszert ismert.

\* \* \*

*Werner* (Heidelberg) a rosszindulatú daganatok kezelésére ajánlott újabb, nem operatív módokat bírálja és azon következtetésre jut, hogy ez utóbbiak főleg csak palliative hatnak, azonban a sebészeti módszerekkel kapcsolatban igen jó szolgálatokat tehetnek.

A *Coley*-féle toxinkezelés még csak kísérleti stadiumban van; a *fermentumok* (trypsin) használata localis és körülírt; az *arsen*-készítmények (salvarsan), a *radium*- és *Röntgen*-sugarak egyes érzékeny daganatok ellen beváltak; *activ immunizálás* nem lehetséges; a *fulguratio* sem vált be.

Végeredményben tehát legjobb a *gyökeres műtét*, inoperabilis esetekben pedig a tumor föltárása és érélyes Röntgenbesugárzása. Az előadó a főszólyt a nyitott kezelésre helyezi.

*Bier* (Berlin) 78 éves nőbeteget mutat be, kinek inoperabilis arczrákját először kanállal, thermocauterrel alaposan megtisztította, majd a tumor környékén bórsav-gelatina-injectiókat végzett, mire teljes behámosodás állott be. Előadó nem tartja kizártnak, hogy a látszólagos gyógyulásban a kezelés alatt jelentkezett orbáncz is szerepet játszott.

*Ruyter* (Berlin) a herét ért trauma után rák fejlődését észlelte.

*Czerny* (Heidelberg) sarcoma, *Dreyer* (Breslau) malignus lymphoma eseteiben jó hatást ért el intravenás salvarsan-injectiókkal.

*Stammler* (Hamburg) a *meiostagmin-reactiót* nem tartja specifikus antigen-reactionnak ráknál, de mivel kísérleteinek 73%-ában positiv eredményt látott, a klinikai kép kiegészítésére alkalmasnak véli.

*Kelling* (Dresden), *Ranzi* (Wien) szintén ily értelemben nyilatkozik.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

2659/1911. szám.

A nyugdíjjogosultsággal egybekötött giládi községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma:

1. Kézpénzfizetés az államtól 1600 korona és a biztosított korpótlék az 1908: XXXVIII. t.-cz. szerint.

2. Természetbeni lakás, amely 3 szoba, 1 rendelőszoba, 1 várószoba, 1 előszoba, 1 fürdőszoba, éléskamra, pincze és egyéb mellék-helyiségekből áll.

3. Látogatási díjak a következők:

a) Nappal a betegháznál 1 korona 20 fillér.

b) Éjjel 2 korona 40 fillér.

c) Az orvos lakásán nappal 80 fillér.

d) Éjjel 1 korona 60 fillér.

e) A hét éven alóli gyermekeknél a fenti díjak fele.

f) A község területén tett látogatásokért a község belterületén és a látogatás helye közti távolság után kilométerenként 20 fillér pótdíj.

g) A hússzemlési és halottkémi díjak szintén az orvost illetik, melyekért a hússzemlési és halottkémi teendőket elvégezni köteles.

4. A községi orvos köteles az összes, a törvényben vagy szabályrendeletben előírt községi orvosi és a közegészségügygel kapcsolatos írásbeli teendőket végezni.

A megválasztott községi orvos, úgy mint elődjei, kézi-gyógytár tartására engedélyt kaphat, ha azért folyamodik.

Az állást elnyerni óhajtok szabályszerűen felszerelt kérvényeiket f. évi június hó 20.-áig kötelesek hozzám benyújtani.

C s á k, 1911 május hó 9.-én.

A főszolgabíró.

81/1911. kig. szám.

Csikvármegye felcsiki főszolgabírói járáshoz tartozó karczfalvi körorvosi állás halálkozás következtében megüresedvén, ezen állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy 1883. évi I. t.-cz. és 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényüket 1911. évi május hó 18.-áig hozzám adják be, annál is inkább, mert a később beérkezett folyamodványokat tekintetbe nem veszem.

Ezen körorvosi állással az alább részletezett javadalmazás van összekötve:

1. 1600 korona törzsfizetés,

2. 400 korona személyi pótlék,

3. 1000 korona fuvarátalány,

4. A kerületi munkásbiztosító pénztártól 600 korona tiszteletdíj.

5. Karczfalva községben teljesítendő halottkémlésért 54 korona fizetés.

6. Csikszentdomokos községhez tartozó Balánbánya Rézművek részvénytársaságtól megállapodás szerinti javadalmazás.

7. Vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

8. Természetbeni lakás.

A közegészségügyi körhöz Csikszentdomokos, Csikszenttamás, Csikjénőfalva, Karczfalva, Dánfalva és Csikmadaras községek tartoznak, melyek állami út mellett 10 km. hosszban fekszenek, a melyeket a körorvos hetenkint egyszer tartozik beutazni.

A vármegye aispánjának 9323/910. sz. rendelete értelmében kötelese a megválasztott körorvos egy-két tanu által igazolt nyilatkozatot adni arra nézve, hogy azon esetben, ha az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében Csikszentdomokos község belügyministeri jóváhagyással külföldön orvos tartására köteleztetnék s ennek alapján a körből kiválnék, a mostani fizetésének megmaradása mellett semmiféle más igényt a községekkel, vagy felsőbb hatóságokkal szemben nem támaszt.

A választást Karczfalva községhezánál 1911. évi május hó 20.-án délelőtt 11 órakor fogom megtartani.

C s i k s z e r e d a, 1911. évi május hó 3.-án.

Bece Imre s. k., főszolgabíró.

1271/1911. sz.

Csongrád vármegye tiszántúli járáshoz tartozó Szegvár községben elhalálkozás folytán megüresedett községi ügyvezető orvosi, valamint az esetleges előléptetés folytán megüresedett községi második orvosi állásokra pályázatot nyitok s felhívom mindazokat, a kik a szóban forgó állások bármelyikét elnyerni szándékoznak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó hó 30.-áig bezárólag nyujtsák be.

Az ügyvezető orvos javadalma a halottkémlési díjakon túl évi 1600 korona törzsfizetés és 400 korona lakbérilletmény, a második orvos javadalma pedig 1400 korona törzsfizetés és természetben való lakás, illetőleg 400 korona lakáspénz.

A választás megejtése iránt a pályázati kérvények beérkezése után fogok intézkedni.

M i n d s z e n t, 1911 május 5.

Tary, főszolgabíró.

**Aninószai** (Hunyad megye, Petrosény mellett) bányatelepünk részére orvost keresünk. Az állás javadalmazása: szabad lakás, fűtés és világítás mellett évi 2400 korona törzsfizetés. Házi gyógyszerár felállítását egyidejűleg kérelmezzük. Ennek helyisége orvosi lakással egy tető alatt. Gyógyszertárkezelésért évi 2000 koronát külön díjazásul folyósítunk. Kinevezendő orvos hivatalos kötelességeinek sérelme nélkül magán-gyakorlatot is folytathat. Megfelelő egy évi szolgálat után véglegesítettik és a tisztviselői nyugdíjalapba felvételük és ez időponttól kezdve mellékjándóságokban részesül.

A kérvény egyetemes orvostudor-oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és az eddigi gyakorlatot felmutató okmányokkal felszerelve a **Salgó-Tarjani kőszénbánya-részvénytársulat petrosényi bányagazgatóság Petrosény (Hunyadmegye)** címre mielőbb beküldendő. *Salgó-Tarjani kőszénbánya-részvénytársulat.*

38/1911. ig. sz.

A vezetésem alatt álló **budapest-angyalfüldi m. kir. állami elmeorvostudományi intézetnél** elhalálozás folytán megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetéssel, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel és I. oszt. étellemezzel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az egy koronás bélyeggel ellátott s belügyminister úr ő nagyméltóságához címzett folyamodványok orvostudori oklevéllel, illetőségi bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelve hozzám folyó évi május hó 31.-éig nyújtandók be.

Budapest, 1911 május hó 1.-én.

*Epstein dr. s. k., igazgató.*

5895/1911. sz.

A lemondás folytán megüresedett belényesi közkórház **alorvosi állására** pályázatot hirdetek. Az állás elnyeréséhez szükséges egyetemes orvostudori oklevél. Az állással járó javadalmazás 1200, azaz ezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és étellemezés bor nélkül. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy a kellőképpen felszerelt pályázati kérvényüket Bihar vármegye főispánja, *Miskolczy Ferencz dr.* úrhoz címezve, hozzám 1911. évi május hó 25.-éig nyujtsák be.

Nagyvárad, 1911 április 25. *Fráter Barnabás, alispán.*

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

**SALVATOR**

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyvel által kitűnő sikkerrel használtatik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.**



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy hűgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyszeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**SCHULTES ÁGOST** Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

## Radanovits Testvérek „China-Vasbora”



**Magyar borkészítmény.**

Kiváló specificum vérszegénységnél, kitűnő vérszaporító, idegerősítő neurasthenia és hysteriánál, angol- és görvélykóros gyermekeknek.

Ára: Próbaiüveg K 1.30. 1/2 literes üveg K 2.60. 1/1 literes üveg K 4.80.

Radanovits Testvérek  
**„VINUM COLAE compositum”**

„A Vinum Colae compositum a leghatásosabb izgató, gyomorerősítő és idegerősítő szere a gyógyászatnak, a leghatalmasabb zsongító, melyet a mai napig ismerünk.”

Ára: Próbaiüveg K 1.80. 1/2 literes üveg K 4.60. 1/1 literes üveg K 7.50.

Főraktár:

**RADANOVITS TESTVÉREK**

gyógyszerészek,

Budapest, I. ker., Krisztina-tér 9. szám.

==== Kapható minden gyógyszerárban. ====

# UJ

komoly szájfertőtlenítő-szer került a piacra, tudományosan kipróbált, elismert anyag, mely biztosan és gyorsan szagtalanít.

**FODORMENTHA-LYSOFORM**

(LYSOFORMIUM MENTHAE)

Igen kellemes mentha-izü, gyengén alkalikus fertőtlenítő-szer, melynek hatásos alkotórészei az oldatban maradnak. 1 üveg tartalma 100 cm<sup>3</sup>, ára kor. 1.60.

Használati utasítás: 15 csepp egy üres pohárba, aztán víz öntendő reá.

Orvosoknak 1000 cm<sup>3</sup> üvegben 7.50 K szállítjuk.

Mintát és irodalmat ingyen küld:

**Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.**

(Lysoform-gyár.)

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Genersich Gusztáv:** Közlemény a kolozsvári egyetemi gyermekgyógyászati intézetből és az állami gyermekmenhelyből. Gonococcus-fertőzés csecsemőkorbéli és csuszkáló leánygyermeken. 363. lap.

**Hainiss Géza:** A „salvarsan” használata chorea minor ellen. 367. lap.

**Benczur Gyula:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor dr., tanár.) Radiumemanatiós ivókúra használatára lényegesen javult sclerodermia esete. 369. lap.

**Jeney Sándor:** A 16. sz. cs. és kir. helyőrségi kórház sebészeti osztályáról Budapesten. A kéz gyors fertőtlenítése metakresolacetonnal. 369. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Max Neuburger:** Geschichte der Medizin. — Chr. W. Hufeland: Aphorismen und Denksprüche. — Új könyvek. — Lapszemle.

*Belorvostan. Sternberg:* A leukaemia kezelése. — *Sebészet. Czerny és Caan:* A salvarsan használata rossztermészetű daganat eseteiben. — *F. W. Voos:* A mastisóllal való sebkezelés. — *Gyermekorvostan. Schabad és Sorochowitsch:* A lipanin mint a csukamájolaj pótszere az angolkórban és az anyagcserére gyakorolt befolyása. — *Börkörtan. Norman Walker:* A lupus vulgarisnak tuberculin-kenőccsel való kezelése. — *Venerés betegségek. R. Mohr:* A salvarsankezelés nyomán támadt vesecomplicatiók. — *Húgyszervi betegségek. Bachrach és Necker:* A gümöbacillus kimutatása a húgyban. — *Fizikai és diétaes gyógyításmódok. Glamser:* Az agyvelőnek fürdő okozta vérkeringésváltozásai. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. A. Fränkel:* Diabetes mellitus. — *Lichtwitz:* Diabetikus acidosis. — *Diesing:* Gyomor- és bélrák. 371–373. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat.* — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 373. lap.

**Vegyes hírek.** 374. lap.

**Tudományos társulatok.** 375–380. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény a kolozsvári egyetemi gyermekgyógyászati intézetből és az állami gyermekmenhelyből.**

### Gonococcus-fertőzés csecsemőkorbéli és csuszkáló leánygyermeken.

Közlő: **Genersich Gusztáv** dr. egyetemi magántanár, gyermekmenhelyi igazgató-főorvos.

Az állami gyermekmenhelyek nemcsak administratív gócpontjai az állami gyermekvédelemnek, hanem sanatoriumpontok képviselnek a felvételre kerülő gyenge és beteg gyermekek részére és azok részére, kik a telepekre kiadva, ott oly bántalomban betegednek meg, mely intézeti ápolást igényel.

Ily körülmények között az állami gyermekmenhelyek elsősorban állandóan nagy számú csecsemőt fogadnak be ápolás végett, kik részben betegen kerülnek be és azért ápolandók az intézetben, részben az a kérdés itélendő meg, vajjon anyjuk tudja-e és hajlandó-e csecsemőjét czélszerűen táplálni és biztosítékot nyújt-e arra, hogy csecsemőjével együtt külső gondozásba adva, a gyermeket czélszerűen fogja gondozni.

Tehát állandóan sok a csecsemő és az őket szoptató anya az intézetben. A mi vidékünkön a gonorrhoea eléggé elterjedt betegség; A felvett csecsemők egyrésze ophthalmoblennorrhoeával kerül felvételre és felgyógyulásáig benn ápoltatik. 1910-ben 9 ilyen csecsemő volt benn, 221 ápolási napot vevén igénybe.

Ezeknek az anyja biztosan gonorrhoeás. De vannak elég számosan felvett asszonyaink között, kik gonorrhoeás fehér-folyásban szenvednek, gyermekük azonban a *Credé*-féle eljárással és a fertőzés későbbi kikerülése folytán egészséges maradt.

A vezetésem alatt álló gyermekmenhely tehát állandóan fogad be gonorrhoeás nőket és ophthalmogonorrhoeás csecsemőket; ennek dacára 1904 óta nem észleltük azt, hogy

leányokon a csecsemőkorbéli gonorrhoeás infectio folytán akár ophthalmoblennorrhoea keletkezett volna, még kevésbé láttuk azt, hogy kis leányokon a nemi részekben gonorrhoeás gyulladás fejlődött volna.

Annál meglepőbb volt, hogy január 22.-én egy eddig egészséges 11 hónapos csecsemőn fehér kifolyást vettünk észre és ezután rövid egymásutánban az intézet különböző gyermekszobáiban elhelyezett csecsemőkön és kisebb leányokon szintén fehér folyás jelentkezett.

A váladékot megvizsgáltuk és minden esetben gonococcust találtunk benne. Nem fért tehát hozzá kétség, hogy a kis endemia fertőzősen, még pedig gonococcus-fertőzősen alakult.

Az első felbukkanó eset magyarázatául a gyermek anyja azt hozta fel, hogy gyermekét egy másik asszony, kinek a gyermeke ophthalmoblennorrhoeában szenvedett, bevitte magával a fürdőkádba. A többi gyermekre nézve azonban ez ki volt zárva és a fertőzés módja homályos volt.

A betegpavillonbeli 4. szobában levő első eset után a főépületben jelentkezett a kifolyás egy három hónapos csecsemőn az ú. n. nagy csecsemő-szobában január 27.-én. Ugyanebben a szobában január 30.-án egy 2 és 1/2 hónapos csecsemőn. Január 30.-án a betegpavillon I. számú szobájában konstatáltunk fluort egy két éves leánykán, ki hőhurut miatt teljesen el volt különítve és mivel súlyos rachitásban szenvedett, nem járt még. Ebbe a szobába a hőhurutos gyermekek ellátásával megbízott asszonyon kívül csak az ápolónő járt be. Február 6.-án a főépület keleti szárnyában, a csuszkálók szobájában levő 11 hónapos leányka kapta meg a bajt. Következő esetünk február 7.-én a főépület nyugati szárnyában levő 2. csecsemőszobában egy 10 hónapos leánykán fordult elő. Február 12.-én ismét a betegpavillon 3. számú szobájában volt egy esetünk (közel egy éves leányka). Február 17.-én a főépület nyugati szárnyában levő 1. számú csecsemőszobából került ki a következő eset három hónapos leánycsecsemőn. Időközben megtudtuk, hogy egy 10 hónapos leányka, kit 1911 február 5.-én adtunk

ki az intézetből györgyfalvi telepünkre, hasonló beteg lett, Azután márczius 7.-én vettünk vissza egy 7 hónapos leány-csecsemőt, a ki anyástól január 15.-e és 25.-e között volt az intézetben. A visszavétel oka nagyon feltűnő volt, az anya nagymérvű fehérfolyásban szenvedett és a teleporvos által kezelés végett küldetett be. Felvétel után az asszony csecsemőjével a csecsemőszobákban talált elhelyezést; az asszony az egész főépületi ápolásban részt vett, tehát megfordult a csuszkálók szobájában is. Végül márczius 18.-án visszahoztak egy csecsemőt gyenge fejlődés miatt, kit február 14.-énadtunk ki az intézetből és kinek kifolyása állítólag márczius 14.-e óta látható. A gyermeknek és anyjának gonococcust tartalmazó fluorja volt.

A betegpavillonban 2 ophthalmoblennorrhoeás gyermek és azok anyja révén az infectióra elég alkalom volt. A főépületben azonban az említett, vulvovaginitisben szenvedő asszony lehetett a fertőzés forrása és egy másik asszony, kit január 30.-án vettünk fel és metritis miatt kénytelenek voltunk február 27.-én a nőgyógyászati klinikára felvételni. Mindkét asszony gonorrhoeás volt. Kaliumhypermangan-oldattal kiöblítéseket kapott.

A legújabb tankönyvek már teljes megegyezéssel és teljes megállapodottsággal írnak a leánygyermeken észlelhető fehérfolyásról. Ugy írnak, mint azt az eddigi észlelés révén az irodalmi tanulmány végeredményként leszűri.

Ha ennek daczára casuistikai közlés helyett behatóbban foglalkozom e tárggyal, sőt az eddigi irodalmi közléseken is végig haladok, teszem két eléggé méltányolható okból. Az egyik az, hogy aránylag kevés észlelés vonatkozik csecsemőkre és a mi eseteink főleg csecsemőkön jelentkeztek, és világot vetnek arra, hogy a bántalom miképpen terjed csecsemőről-csecsemőre és miképpen fertőz meg egy intézetet. A másik az, hogy a kérdés körül tudományos körökben általános megállapodottság uralkodik ugyan, de a gyakorló orvosok között még mindig nem oly általános és egyöntetű a felfogás, mint az kívánatos volna és pedig sem a bántalom gonococcus-eredetét, sem a fertőzés útját és módját illetőleg.

Az orvosi gyakorlatban sokan még nem hiszik el, hogy a leánygyermek leukorrhoeája csekély kivétellel gonorrhoeás és nagyon sokan nem tudnak az indirect fertőzés gyakori, sőt túlnyomó voltáról.

#### *Észlelések a fluor albusnak egyénről-egyénre való átterjedéséről.*

Érdekes, hogy már 1732-ben *Storch* egészen leplezetlenül írja le, hogy egy családban a fehérfolyás a nagyanyán, az anyán és az unokán egyaránt megvolt. „Anno 1732 musste ich vor ein zartes Kind von 3 Jahren verordnen, welches den weissen Fluss mit gelber und weisser Materie hatte. Deren Mutter hatte dergleichen Maladie und ihre Grossmutter war an diesem Zufall gestorben. . . . Solcher Gestalt hatte ich ein vornehm Kind von 9 Jahren in der Cur, welches etliche Monate damit zu thun hatte. Ihre Mutter hatte von eben diesem Flusse viele Verdriesslichkeit.“ (*Epstein.*)

*Ramel* két leánykáról számol be, kik már 6 és 8 évesek és  $\frac{1}{2}$  éves koruktól szenvednek kifolyásban. Anyjuk hasonló beteg volt évek óta. *Storch* semmi megjegyzést sem fűz az anyának és leányának együttes megbetegedéséhez, *Ramel* azonban a bántalmat öröklékenynek tartja és „*flueurs blanches héréditaires*” névvel jelöli.

Az újabb szerzők teljes egyértelműséggel közlik az adatokat arra nézve, hogy a gyermekek bántalma rendszerint valamely felnőttnek hasonló betegsége után jött létre. *Pott* az esetek  $\frac{9}{10}$  részében az anyákon is talált fluort.

Az átterjedést rendszerint abban az időben látták létrejönni, mikor a gyermekek külön fekvőhelyükből, a bölcsőből kikerülve, hálótárrsal egy ágyban alusznak. Ezek rendszerint szülők, testvérek, rokonok vagy ágyrajáró idegenek.

Jobbmódú családokban minden gyermek külön hál, de ezt a körülményt nem lehet az indirect fertőzés és intézetbeli elterjedés ellen bizonyítékul felhozni, mert már *Atkinson* is kimutatta, hogy egy leánypensionátusban jelentkezett járványnak

az volt az oka, hogy a leányok éjjel bizony gyakran meglátogatták egymást az ágyban. Másfelől bármely jóra való polgári családban a gyermekek kisebb korokban sokszor kerülnek legalább fél éjjelre a közös családi ágyba, a míg nem alusznak át nyugodtan az éjszakát, vagy ha betegek.

Annak kimutatása, hogy a beteg leánykán kívül valakinek másnak a házában, a szülőknek, az anyának fehérfolyása van, alsóbbrendű embereken nem szokott nehézségekbe ütközni. Az egyszerű asszonyok nagyon könnyen vallják be, hogy fehérfolyásuk van, sőt direct megvizsgálásokat is megengedik. Jobbmódú és felsőbbköri családokban azonban a kérdés tisztázása nehezebb. Sokszor egész indignációval utasítják vissza a szülők még a lehetőségét is annak, hogy bajuk volna és mégis néha fél-vallomásokat kapunk, vagy más úton bizonyosodunk meg arról, hogy az anya hasonlóképpen beteg. Például megtudjuk, hogy az illető nő állandóan irrigátort és bidet-t használ, hogy nőorvossal kezelteti magát, hogy franzensbadi gyógymódot vesz igénybe. Máskor a szülők egészségesek, a fertőzést nagyobb leánytestvérek, nevelőnők, cselédek közvetítik. *Hirschberg* esetében a nevelőnő volt a fertőző, *Cahen-Brach* 26 esete közül 8-szor az anya, 3-szor a testvér, egyszer egy „bácsi” volt beteg, egyszer több egyén volt beteg. *Dusch* 19 esete közül 3-ban a szülők, 2-ben a testvérek, 9-ben a kórházi szobatársak voltak a fertőzés vivői.

#### *A bántalom keletkezésének homályos vagy hibás magyarázata.*

Volt idő, a mikor a fluor albus a syphilis congenita egyik tünetének tekintették. Így *Doublet* és *Bertin*. *Lagneau* és *Putegnat* a vulvovaginitist a coryza syphiliticával azonos keletkezési folyamatra tartották. *Schönfeld* is azt hitte, hogy a fluor albus a syphilishez tartozik, mert azt tapasztalta, hogy a bajt leginkább a syphilitis asszonyokkal (anyákkal) együtt háló leánykák kapják meg. Ma már tudjuk, hogy a kankóval inficiált asszony egyidejűleg gyakran syphilissel is inficiált. *Behrend* 1848-ban még hódolt az unicista elméletnek és a kankót az egészen friss syphilis által létrehozottnak tekintette.

Mikor *Ricord* a kankót végre egészen különválasztotta a syphilitistől, a gyermekek fehérfolyásának összefüggésbe hozatala a syphilissel is megszűnt. Az egyik végtől azonban a másikba estek. Eddig a fehérfolyásnak túlzott fontosságot tulajdonítottak, ezentúl teljesen elejtették a jelentőségét. Oly egészen ártatlan betegségnek deklarálták, melynek semmi helybeli jelentősége sincs és mely csak bizonyos változott vagy hibás constitutio mellett, különböző külső befolyások révén jöhet létre.

*Rayer* „inflammations non virulentes” jelzőt használt és abban a véleményben volt, hogy a betegség alapja beteges constitutio, kiváltó oka pedig tisztatlanság vagy idegen test.

*E. Fraenkel* főleg skarlatos betegek között látott vulvovaginitist kifejlődni és bár a váladékban oly diplococcusokat talált, melyek mindenben a *Neisser*-féle gonococcusnak felelnek meg, a bántalmat még sem tartotta gonorrhoeásnak, hanem a skarlat-infectióra vezette vissza. *Dusch* is kiemelte, hogy a vulvovaginitis-esetek skarlatos betegek között voltak leggyakoribbak. *Henoch* a kanyaró és skarlat kapcsán jelentkező kifolyásokat *vulvitis eruptiva* néven írta le, azt gondolván, hogy a kifolyás a hüvely nyálkahártyáját is ellepő kiütésnek az eredménye.

*Hofmokl* vulvovaginitis cachecticáról beszélt, melyhez az alapot hol a scrophulosis, hol az anaemia, vagy a rachitis és a lues is szolgáltatja. *Baginsky*, *Vogel*, *Unger* tankönyvükben az esetek egy részét rachitisre és scrophulosisra hajlandók visszavezetni. *Jakobi* a bántalmat tisztatlanságból, izzadásból, vagy akár meghülésből eredőnek mondotta.

Az bizonyos, hogy leánygyermeken mindjárt születésük után az általános hámlási folyamat részjelensége gyanánt fejlődhetik desquamatiós hurut. Ilyenről nemcsak *Gerhardt* nagy könyvében hallunk említést tenni, de főleg *Epstein* volt az, ki ezt a desquamatiós vulvovaginitist nagyon tanulságos módon írta le. Szerinte mikroskop alatt ilyenkor csupa lapos hámsejtet találunk, melyek között alig akad egy-egy



fehér véresejt. A váladék bacteriumszegény. Ezzel szemben a gonorrhoeás vulvovaginitis váladéka úgyszólván csupa fehér véresejtből áll, lapos hámsejtek csak elvétve fordulnak elő. A sejtekben úgyszólván tiszta tenyészetben gonococcusok találhatóak.

A vezetésem alatt álló menhelyben is egy, véletlenül az intézetben született csecsemőn ugyanazt a tejfehér váladékot észleltük, pár napos korában, mint *Epstein* és mikroskop alatt is hasonlóképpen csak epitheleket láttunk. Gonococcus-vizsgálatunk eredménytelen maradt. Helyettük valami bacillus találtatott.

Ezekről eltekintve azonban erősen háttérbe szorul a constitutio hibáztatása a leánygyermek férfifolyásának indokolásában. *Cahen-Brach* 26 esete közül csak egyetlenegy gyermek szenvedett scrophulososisban, a többinek általános egészségi állapota feltűnően jó volt. *Fischer* is kiemelte, hogy az ilyen betegséggel bíró leánykák általában éppenséggel nem voltak constitutionalis zavarokban szenvedőknek mondhatók.

Hovatovább mind kisebb számra szorulnak azok az esetek, hol oxyuris vermicularis, masturbatio, idegen testek szerepeltetnek mint kiváltó okok. A stuprumot és coitus impurust illetőleg is egészen más ma a felfogás, mint azt alább látni fogjuk.

#### Vélemények a bántalom fertőző voltát illetőleg.

Ma a *Neisser*-féle felfedezés folytán nagyon könnyen dönthetünk a felett, vajjon valamely férfifolyás, melyet kis leányon találnak, fertőző természetű-e és gonococcus-fertőzésen alapszik-e? De újdonszülötteken és csecsemőkön, kik gyakran vizelnek, a gonococcusok kimutatása nem sikerül egykönnyen. Váladékot többnyire csak akkor látunk, ha fehér ruhát, vagy hydrophil gazet teszünk a szeméremrésbe.

Az első, ki a bántalom gonorrhoeás eredetét hangsúlyozta, *Pott* volt, ki egyúttal reámutatott a vulvovaginitisek nagy elterjedtségére leánygyermekken. Ez történt 1883-ban.

Utána igen számosan találtak gonococcusokat gyermekek férfifolyásában. Így *Aubert*, *Frühwald*, *Lennander*, *Widmark*, *Spaeth*, *Ollivier*, *Dusch*, *Cséri*, *Israel*, *Steinschneider*, *Epstein*, *Holth*, *Cahen-Brach*, *Skutsch*, *Buschke*, *Romniceánu* és mások. Az egyszerű vulvovaginitis infantumból lett gonorrhoea insonitium, Kindergonorrhoe, spezifische Vulvovaginitis gonorrhoeica, infektiöse Kolpitis, gonorrhoeische Urethritis, Urogenitalblennorrhoe, gonorrhoeal vulvovaginitis.

Ezt az időszakot megelőzőleg a már említett francia szerzők fertőzőnek tartották ugyan a vulvovaginitist, de syphilisből eredőnek. *Tanner*, *Forster*, *Holmes* a leukorrhoeától külön választották a gonorrhoeát, mely utóbbit csak direct nemi érintkezésből származónak vélték.

*Morris* oly praegnansan észlelte a bántalom átterjedését szülőkről gyermekeikre, hogy gonococcus-vizsgálat nélkül is supponálta az esetek gonorrhoeás természetét. A gonococcusokat nem sikerült minden esetben kimutatni. *Spaeth* 21 esetből 14-ben, *Romniceánu* 150 eset közül 130-ban, *Skutsch* 236 esete közül a legtöbbben megtalálta őket, *Dusch* 19 esetének mindegyikében.

A fertőzés sokszor oly praegnans, hogy nem lehet kétség az iránt, hogy az összes előforduló esetek gonococcus-fertőzéstől erednek. A nemleges eredmény okát főleg az urethra vizsgálatának és pedig pontos vizsgálatának elmaradásából származtatom.

Felnőtteken már *Martineau* hangsúlyozta, hogy a női gonorrhoea főfészke az urethra. Gyermekeken, éppen a gonococcus-lelet által támogatva, hasonlóképpen arra az eredményre jutottak, hogy a bántalom főfészke, ha nem is kizárólagos területe, az urethra (*Steinschneider*). *Cahen-Brach* 25 esete közül 23-ban kapott gonococcusokat az urethrában. *Buschke* 50 esetében majdnem kivétel nélkül és *Spaeth* éppen az urethra megbetegedése által látta bebizonyítottak a gyermekek és felnőttek bántalmának azonosságát.

*Holt* az urethrában ritkán talált gonococcusokat. Az ő betegei azonban túlnyomóan vagy kizárólag csecsemők voltak. Ezek gyakran vizelnek és kiöblítik a gonococcusokat az

urethrából. Ha azonban *Spaeth* szerint úgy járunk el, hogy a hüvely felől alkalmazott gyermekkatheterrel kinyomjuk az urethrát, elég váladékot kapunk a vizsgálatra és ebben megtaláljuk a gonococcusokat.

Mi ezzel a fogással, sőt e nélkül is az urethrába bevitt platinkacs segítségével minden esetünkben ki tudtuk mutatni a gonococust.

Csecsemőkön a vulva és vagina váladékában, nagyobb gyermekeken az urethrában a gonococcusokat úgyszólván tiszta tenyészetben kapjuk. A gonococcusok száma nem nagy, rajtuk kívül azonban alig találni valami más bacteriumot. Ez a lelet lényegesen elősegíti a gonococcus-vizsgálatot. A gonococcusok egymás felé belapított diplococcus-alakja, intracellularis helyzete, vagy a szabadon levőknek méhrajyszerű elrendeződése a gyakorolt szemnek elég bizonyítékot szolgáltat a talált diplococcusok gonococcus voltára. Nem szabad azonban elhagyni a *Gram* szerint festődés próbáját. A gonococcusok tudvalevően nem *Gram*-állók.

A bántalom fertőző voltát és a felnőttek hasonló bántalmával való azonosságát bizonyították azok az ophthalmia-esetek is, melyeket vulvovaginitis kapcsán keletkezni láttak. Ophthalmiákat már *Doublet* és *Bertin* is leírt. *Atkinson* abban a járványban, melyet egy leánypensionátusban észlelt, vulvovaginitis-esetek mellett ophthalmiákat is látott tömegesen jelentkezni. *Hirschberg* szemészeti eseteit is vulvovaginitis előzte meg ugyanazon az egyénen, vagy a környezet más tagján. *Cséri* közlésében megemlíti, hogy a vulvovaginitis-járvány alatt az egyik ápolónő szemét elpusztító ophthalmiát kapott.

Kisterjedelmű endemiánkban is egyik életgyenge csecsemők, ki a vulvovaginitis esetekkel egy osztályon volt, ophthalmiát kapott. A gyuladás nem volt nagyfokú, de a váladékban gonococcusokat találtunk.

#### A bántalom járványszerű jelentkezése.

A bántalom fertőző természetét járványszerű jelentkezése is bizonyítja. Az irodalom elég számos járványról számol be, melyek részben intézetekben, részben gyermekórházakban, részben iskolákban vagy más olyan helyeken jelentkeztek, hol leánygyermek tömegesebben kerülhetnek össze.

Említettük már azt a járványt, melyet *Atkinson* egy leányinternátusban észlelt. *E. Fraenkel* a hamburgi kórházban és pedig annak skarlát-osztályán, 62 leánygyermeket látott fluorban megbetegedni. *Cséri* a budapesti „Stefánia“-gyermekórházból 26 esetet közölt. *Hofmokl* és *Dusch* is kórházi endemiákat írt le. *Dusch* 19 esete közül 9 ott keletkezett. *Fischer* 54 esete közül 50 biztos gonorrhoea volt, ezekből 40 ott fertőződött a kórházban. *Buschke* 50, *Romniceánu* szintén 50 esetből álló endemiát írt le. *Holt* és *Kimball* csecsemő-kórházakban észlelt járványokat. *Kimball* 600 csecsemő között 70 gonorrhoeást talált, *Holt* pedig a columbiai „Babies Hospital“-ban 6 éven át tartó járványt észlelt 273 esettel, melyek közül 172 ott keletkezett.

Hogy közös fürdők milyen alkalmat szolgáltatnak a bántalom nagy elterjedésére, bizonyítja *Skutsch*, ki 1890 augusztus havában 8–14 napon belül Posen városában 236 leányt látott vulvovaginitisben megbetegedni, kik az ottani nyilvános népfürdőt használták. Kisebb méretű volt *Suchard* járványa, ki szerint Langley thermáiban a közös bassint használó leánykák közül előbb 12, majd 8 lett beteg.

#### Az átvitelről szóló vélemények. Az átvitt eszközözlő tárgyak.

Hogy a leánygyermekken észlelhető vulvovaginitis többnyire fertőző, azt tehát régi idők óta tudják, és hogy a legtöbb esetben gonorrhoea szerepel, azt mindig sikerült kimutatni.

Mégis hiányzik a bizonyítás lánczában egy szem, az, hogy miképpen terjed a fertőző anyag az egyik egyénről a másikra, milyen az úgynevezett indirect átvitel módja a valóóságban?

A régen supponált ok: a stuprum, a violatio lassanként kizárattott (*Bouchut*). *Tanner*, *Forster* és *Holmes* felfogása, hogy csak direct nemi érintkezés közvetíti a gonorrhoeát, ha-

tározottan tévesnek bizonyult. Maga *Forster* is különben egy szivacsra hivatkozott, melyet az anya és leányai közösen használtak. A három leány beteg lett.

Hovatovább szaporodtak a közlések, melyek a direct nemi úton való fertőzéssel szemben az indirect fertőzés mellett bizonyítottak.

Az idevonatkozó nézetek még mai napig sem teljesen egyöntetűek. Ma csak annyit lehet konstatálni, hogy a leánygyermek rendkívül könnyen fertőzhető gonorrhoeával és hogy minden, a mi őket a fertőző egyénnel összeköttetésbe, érintkezésbe hozza, alkalmas a fertőzés közvetítésére.

A levegőn át való fertőzés lehetőségét, melyet *Bouchut* képviselt, ki kell zárunk. Elesnek azok a régi feltevések is, hogy a vaginába dugott idegen testek a közvetítők. Idegen testeket nagy ritkán találtak, ezzel szemben a vulvovaginitis nagyon gyakori.

A bántalom keletkezésének egyik leggyakrabban felsorolt módja az, hogy a leánygyermek együtt hál a szüleikkel, testvéreikkel vagy más felnőttekkel, kik kankósak. *Epstein* és mások nem tudják elképzelni, hogy az ágy és fehérnemű miképpen közvetíti a fertőzést. *Epstein* ellenérvül felhossa, hogy akkor a szemeknek is meg kellene betegedniök, a mi közös tapasztalat szerint ritka dolog. Én azt hiszem, hogy itt két átviteli mód van. Az egyik az, hogy a gyermek direct beleül a fehér folyással átitatott ingre vagy lepedőre és meglehetősen kiálló és nyílt vulváját emígyen fertőzi. A másik mód a gyermek keze. A gyermekek mindenfelé elnyulnak kezeikkel és alvás közben a felnőttek különböző testrészeibe bújnak. A kinek saját gyermeke van, az tudja, hogy a gyermek, ha mellette alszik, hol a fejével, hol a lábával, hol a kezével belébúvik, belédörzsölődik. Sok anya megengedi, hogy a gyermek mellének öblébe dugja a kezét. Sok anya azzal nyugtatja, altatja gyermekét, hogy kezébe veszi gyermeke kacsóját. Ezek a kezek bizony sokszor piszkosak és sokszor gonorrhoeás váladékkal megrakottak.

Szegény emberek bizony nem sok gondot fordítanak testük tisztántartására. Fehér folyásukat, ha van, nem mossák. Ilyenek bõven van váladék az ingen, a lepedőn, az anya, ha vizelt, ingébe törülközik, azt is fertőzi, kezét is beszurtolja. Ha a kis leány anyja ölébe ül, ha anyja fekhelyén a bepiszkolt lepedőre ül, ha kezét fog anyjával, ha véletlenül a piszkos inghez vagy lepedőhöz nyúl, bõven van mód az átvitelre. Ehhez járul még az, hogy minden kis leány babrál nemi szerveivel és ha keze bármily úton gonorrhoeával beszurtolt, ő maga kenheti azt szeméremrésébe.

Hogy miért nem fordul elő gyakrabban ophthalmia, ha a gyermek keze a közvetítő, arra könnyű a felelet. Ahhoz képest, hogy a szeméremrés milyen nyílt terület, a szemrés oly rés, mely azonnal és tökéletesen záródik, mihelyt hozzányúl.

Különben előfordul elég ophthalmia is és *Hirschberg* is írt le egy esetet, hol morbilli lépett közbe és a leányka, ki vulvovaginitisben szenvedett, addig-addig dörzsölte szemét, míg belédörzsölte a gonorrhoeát. Tehát sikerül a kézzel a szembe oltani a bajt, de nehezebben.

A gyermekek azonban sokszor teljesen ártatlanok a fertőzés átvitelében. Csecsemőkön, hűdött betegeken a gyermek activ szerepe teljesen ki van zárva. *Kratter* lenrongyokban a gonococust még hónapok mulva is ki tudta mutatni. Inficiált és közösen használt ágy- és fehérnemű, csecsemőkön a pelenka lehet a közvetítő. Sőt közösen használt kötöszerek, vizsgálati eszközök, csecsemőkön a végbélben hőmérésekhez használt közös vagy elcserélt hőmérők, közös szivacsok, melyek a gyermekek tisztítása közben használatnak, közös kádak, mind szerepelhetnek mint átvivők. A fürösztővíz maga vajmi keveset szerepel az átvitelkor, ott inkább más tényező az ok.

A közvetítés egyik legfőbb vivője az ápoló. Nemcsak *Cahen-Brach* említette, hogy közös ápolószemélyzet mellett a fertőzés tovább terjedt, bár a gyermekek érintkezése csak abból állott is, hogy a pavillon előtti közös kertbe voltak kihevertetve. Az, hogy ebben az esetben egy magával telje-

sen tehetetlen gyermek, ki hydrocephalusban szenvedett, fertőzve lett, nagyon bizonyít a mellett, hogy a közvetítést a gyermekekre a kertben felügyelő és őket közösen ellátó ápolónő eszközölte, mert ez a gyermek maga alá vizelt és gazolt és okot szolgáltatott arra, hogy az ápolónő a tisztogatás révén több ízben nemi részeihez nyúljon. Csecsemőkön is rendszerint csak az ápolónő, illetve a gyermeket gondozó egyén a közvetítő.

Hogy már most mi az, a mivel az ápolónő a fertőző agens átviszi, az *Holt* vizsgálatai szerint eléggé bebizonyított dolog. Ő nemcsak az összes tárgyakat, hőmérőket, spatulákat, ruhákat fertőtlenítette használatuk után, hanem a pelenkákat vegyi fertőtlenítés után még gőzben is sterilizálta. És mégsem szűnt meg a bántalom terjedése mindaddig, a míg a fertőző eseteket teljesen külön osztályon nem helyezte el és míg külön ápolónőket nem adott melléjük. Úgy látszik, hogy az ápolónő keze a közvetítő, a kellően meg mosott kéz. *Heubner* is egészen nyíltan az ápolónőket okolja, kik vagy nem egészen tájékozottak a bántalom lényegét és fertőző természetét illetőleg, vagy nem tisztítják eléggé kezüket. *Holt* szerint éppen a csecsemők alkalmasak arra, hogy észrevétlenül nagy kiterjedésű járványokat okozzanak intézetekben, mert bántalmuk rendszerint nehezebben konstatálható, a genyes váladék a gyakori vizelés által lemosatik.

A kéz szerepét mutatja még az az eset, melyet *Strassmann* után *Kob* ír le. Egy férfi, a ki nem tudja, hogy chronikus kankója van, 8 éves leánykán erőszakot akart elkövetni. Nem ment azonban többre, mint hogy a leányka nemzõrészeit fogdosta ugyanazzal a kézzel, melylyel penisét fogta. Az ejaculatio idő előtt következett be, de az ejaculált nyálkából úgy látszik a kéz révén átjutott a fertőző agens, mert a leányka négy nap mulva már fehér folyásban szenvedett.

A mi eseteinkben a kis endemiát szintén az ápolószemélyzet hiányos kiképzése és kezük tisztántartásának hiánya okozta. A viszonyok a szokottnál is kedvezőtlenebbek voltak. Összesen 2 gondozónőnk van, ezek mellett a csecsemők anyja, vagy nagyobb leánykák is végeznek ápoló-szolgálatot. Január végén az egyik gondozónő beteg lett, február 1.-én a másik végleg távozott. Nagy nehezen kaptunk február közepére, illetőleg végére új személyzetet. E közben a szoptatónők nagyobb mérvben vettek részt a csecsemők ápolásában. Nos már most ezek között volt 4, ki tudomásunk szerint is kankós fluorban szenvedett.

Ezek a nők egyrészt nem elég intelligensek, de nem is eléggé tiszták. És én a fertőzést egészen egyszerűen úgy képzelem, hogy a napos dajka vagy megvájjá viszkető genitáliáit, vagy vizelés után ingébe törülközik és a nélkül, hogy ilyen gestusok után kellően megmosdott volna, tovább ápolja a csecsemőket. Az ápolás főleg a csecsemők tisztába tevéséből áll. Így az út a dajka genitáliái és a csecsemő genitáliái között eléggé plausibilis.

Van még egy elősegítő és egyúttal bennünket védő körülmény a házban. Az egész intézet, sőt még a kert is el van látva vízvezetékekkel. A gyermekszobák folyosóin végigvonul a vízvezetési cső. Azonban a gyermekszobákban nincs vezeték mosdó. Orvosi visitjeim alkalmával látom, mily nehézkes dolog a közönséges mosdó mellett a vízzel való el látás, mikor minden gyermek után megmosdom.

A fertőzés történhetik már *intra partum* is, mint azt *Pott*, de főleg *Epstein* hangsúlyozta. A leánygyermek azonban tapasztalás szerint ritkán fertőződik ezen az úton. Nem lehet *Epstein* odáig követni, hogy minden, a gyermekkorban constatált vulvovaginitis gonorrhoeica a csecsemőkorból datálódik, *intra partum* elszennvedett fertőzésből ered.

Saját észlelésünk is ellene szól. Mi évek óta egy-egy vulvovaginitis-esetet látunk nagyobb gyermekeken. Csecsemőink azonban mentesek. Mentesek pedig dacára annak, hogy igen sok anyának van kankós folyása. Szülés közben a gyermek nemi részei csak kurta ideig időznek a vaginában, a nyomukban kitóduló magzatviz lemos mindent, a mi esetleg rájuk tapadt és a vulva tisztogatását még elősegíti az a

körülmény, hogy a legtöbb újdonszült rendszerint nyomban a szülés megtörténte után vizelni szokott.

Holt 273 esete közül 172 ott az intézetben keletkezett. Betegei nagyobb csecsemők voltak.

A nélkül, hogy az intra-partumbeli fertőzés lehetőségét tagadni akarnám, reá akarok mutatni arra, hogy a legtöbb gyermekkori gonorrhoeás vulvovaginitis mégsem ered onnan.

Epstein véleménye ellen még egyéb szempontból is van kifogásom. Epstein három csecsemője közül, kik mind a 10. életnapjukon kerültek a szülőházból a leleczházba, az egyiket már felvételtkor meglátszott a fehérfolyás; a másodikon az csak a 16., a harmadikon csak a 20. napon jelentkezett. Az első csecsemőről nem szólok. De a másik kettőről egész határozottsággal állítom, hogy nem intra partum fertőződtek. Ezek post partum fertőződtek, sőt határozottan nem a szülőházban, hanem már Epstein leleczházában, három nappal a bántalom kezdete előtt.

Észlelésem szerint, melyet Luczny direct adattal erősít meg, a gonorrhoea lappangási ideje 3 nap. A negyedik napon a fertőzés ideje után látjuk az első tüneteket. Más bántalomra nézve is az az álláspontom és meggyőződés, hogy a lappangási időszak mindig állandóan egy idő. Kankónál három nap. Tagadásba veszem azt, hogy a megtörtént infectio után az egyik esetben már 10 nap mulva, a másikban 16 nap mulva, a harmadikban 20 nap mulva fejlődik ki a bántalom. A fejlődés menete mindig egyforma időt tart be. A tévedés abban van, hogy mi csak az esetek egymásutánját vesszük számba és nem gondolunk arra, hogy a közös fertőző forrásból különböző időben fertőződnek a betegek. A mikor a fertőzés lehetősége egyetlen napra szorítkozik — és ezek a kérdés megítélésére a tiszta esetek —, akkor az első esettől származó összes esetek egy napon érnek meg kifejlődésre.

A fertőzés lehetősége nem szűnt meg a szülés actusával. Hiszen a gyermek anyjával együtt maradt Epstein klinikáján és ezer mód volt adva, hogy gyermekét ápolás közben fertőzze.

(Folytatása következik.)

## A „salvarsan“ használata chorea minor ellen.

Közli: Hainiss Géza dr. egyetemi magántanár, a Szt. István-kórház gyermekosztályának főorvosa.

Az „Orvosi Hetilap“ 1911 január 29.-én megjelent 5. számában Bókay János tanár egy esetet közölt a „Salvarsan sikeres alkalmazása chorea minor ellen“ címmel, melyben azon feltevésből indulva ki, hogy „a chorea minor kezelésében az arsen régóta souverain szer“, a salvarsan kedvező hatását tapasztalta.

A közleményt olvasván, elhatároztam, hogy több alkalmas kóreset összetalálásokkor szintén alkalmazni fogom a salvarsant, úgy azonban, hogy controll gyanánt lehetőleg hasonló esetek álljanak vezetésem alatt. Szerencsés véletlen folytán 6 eset került pár nap alatt osztályomra s ezek közül 3-ban injiciáltam a szert, 3-ban pedig Fowler-oldat alakjában adtam per os az arsen.

I. Gy. A. 11 éves, felvétetett 1911 márczius 4.-én. 2 ízben volt már choreája, utoljára 2 év előtt; 2 hét előtt harmadizban jelentkezett a baj. A jól fejlett és táplált gyermek testsúlya 28.5 kgr. Az összes akaratlagos izmok állandó és rendkívül erős mozgásban vannak, arcját szakadatlanul fintorgatja; végtagjait annyira dobálja és törését is oly nagy mértékben mozgatja, hogy ágyát köröskörül teljesen ki kellett párnázni, hogy a sérülésektől megóvhassuk; ennek dacára lábait a lepedőn való folytonos dörzsölés által több helyen felsebezte, a mellkas bőrét pedig körmeivel össze-vissza kaparta. Beszéde teljesen érthetetlen, kedélyhangulata rendkívül változó, majd nevet, majd pedig sírásban tör ki, legtöbbször mélyen levert. Kezeivel valamely tárgyat megfogni nem tud; légzése szakadozott, hol mély sóhajokban, hol apró, lökés-szerű kilégzésekben nyilvánul. Jární és ülni nem tud. A mellkasi szervekben, a tompa szívhangoktól eltekintve, rendellenesség nincs, éppúgy a hasi szervek is normalis viszonyokat mutatnak. Pulsusa azonban kicsiny, szapora, könnyen elnyomható, percenkint 146; hőfoka 36.8. Étvágy igen csekély. Alvása gyakran szakad meg és a heves mozgások folytán ismét csak hosszabb idő mulva áll be. A szemfenék tiszta.

Remélve a salvarsan gyorsabb hatását, márczius 7.-én 0.20 gr.-nyi

tartalommal 2 cm<sup>3</sup> mennyiséget fecskendeztem be az oleum sesamival készített emulsióból a bal bordaív fölé.

Délután hőmérséke 37.4, az injectio helye nem érzékeny.

Márczius 8. Hőfok maximuma 37.6.

Márczius 9. A befecskedés helyén tenyéryi fájdalmatlan infiltratum, mely fölé a bőr mérsékelten hyperaemiás. A mozgások észrevehetőleg mérséklődnek s mintegy óráról-óra csökkenve, 11.-ére oly feltűnően szűntek, hogy csodálkozással láttuk az összes jelenségeknek eme rohamos visszafejlődését. A leánya érthetően beszélt, ágyában az előbbi napokhoz képest feltűnő nyugodtsággal feküdt; hőfoka állandóan 37 alatt maradt.

Márczius 14. Az infiltratiót fedő bőr kissé livid színt mutat; a mozgásokban jelentékeny javulás. Jární már tud, de bizonytalanul.

Márczius 17. Az infiltratio puhul, némileg kisebbedik. A gyermek fekvő helyzetben egészen nyugodt, megszólításkor még végez kisebb mozgásokat a végtagokkal, de ezeket is csakhamar nyugalom váltja fel. Járása még kissé bizonytalan.

Márczius 20. Egyedül étkezik; kedélyhangulata és étvágya kifogástalan.

Márczius 25. Az infiltratio tetemesen kisebb, fájdalmatlan, puha, fölé a bőr már ráncokba szedhető. Járása rendes, az incoordinatio teljesen megszűnt.

Márczius 30. Teljesen nyugodt.

Április 9. Korona nagyságú fájdalmatlan infiltratummal gyógyultan távozott. Testsúly 30 kgr.

Ez esetben tehát a súlyos tünetek javulása kétszer 24 óra után már észrevehető volt, a teljes gyógyulás 18 nap alatt állott be s necrosis nem mutatkozott.

II. F. E., 9 éves; felvétetett márczius 5.-én. Kórelőzmény: 4 hét óta nyugtalan, folyvást mozog, néha szivdobogása van; izületei télen fájdalmasok szoktak lenni.

A 21 kilogramm súlyú leánykán a choreás tünetek valamivel mérsékeltebbek ugyan, de elég súlyosak. A légzési szervek normalisak; a szivtompulat haránt irányban megnagyobbodott, úgy hogy befelé a sternum közepéig, kifelé a bimbóvonalban levő szívcsücsökéig terjed, mely az 5. bordaközben van s fölé a fúvó systolés zörejt hallható; a pulmonalis II. hangja ékelt. A hasi szervek részéről eltérés nem észlelhető. A torok tiszta; a hőfok normalis; a szemfenék tiszta.

Márczius 7. 0.20 salvarsan-injectio olajos emulsióban 5 cm<sup>3</sup>-nyi összmennyiséggel.

Márczius 8. Az injectio helye igen érzékeny és talléryi területen hyperaemiás, feszes infiltratio. Maxim. hőfok 37.6. A mozgások változatlanok.

Márczius 9. Status idem.

Márczius 10. Az infiltratum gyermektenyéryire megnagyobbodott, kevésbé érzékeny. Hőfok 37.9. Bronchitis fejlődött. A mozgások csekély javulásnak indultak s 14.-én már szembetűnő mértékben enyhültek, úgy hogy a gyermek ágyában már nyugodtan fekszik, tisztán beszél; az infiltratum kisebbedik, de még kissé érzékeny. A hőfok állandóan normalis.

Márczius 17. Az infiltratum puha, fájdalmatlan. A közérzet, étvágy jó. A mozgások feltűnően mérséklődtek, de megszólításkor még elég hevesek néhány pillanatig.

Márczius 18—20. A javulás fokozatos; fekvő helyzetben teljes nyugalom; a járás még ingadozó; az infiltratum kisebb.

Márczius 25. Csaknem teljesen nyugodt.

Márczius 30. Teljesen jól van. Fürdik. Az infiltratum kicsiny, puha, fájdalmatlan.

Április 8. Visszaesés nincs. Gyógyultan távozik 22 kgr. testsúlyal.

Ez esetemben a mozgások háromszor 24 óra után kezdtek enyhülni s a következő 3 nap alatt rohamosan haladtak a nyugalom felé. A teljes gyógyulás ideje 22 nap.

III. Sz. E. 13 éves, felvétetett márczius 6.-án. 3 hét óta nyugtalan, izületi baja nem volt. Első megbetegedés.

A 30.1 kgr.-os fiú mérsékelten fejlett, a choreás mozgások az első esetével azonosak. A mellkasi és hasi szervek normalis viszonyokat mutatnak. A szívhangok tiszták. A szemfenék rendes.

Márczius 11. 5 cm<sup>3</sup> olajos emulsió-injectio 0.20 salvarsan-tartalommal a bal bordaív alatt. A hőfok normalis.

Márczius 12. Az injectio helye mérsékelten fájdalmas; a beszúrás helyétől felfelé kb. 3 cm.-nyire, tehát a bevitt tű végének megfelelőleg 20 filléryi nagyságban tömött dudor tapintható (salvarsan-massa által alkotott depot). Infiltratum nincs.

Márczius 13. Status idem, pulsus 112, hőfok 36.8, légzés 26; a choreás mozgásokban változás nem látható.

Márczius 14. A depotnak megfelelőleg filléryi területen a bőr élénk vörös, fájdalmas, közepén kicsiny, hólyagszerű hámleválás. P. 104. R. 24. T. 36.0.

Márczius 15. A salvarsan-depot helyén néhány lencsenagyságú hólyagocskák s az egész terület igen fájdalmas. A choreás mozgások enyhülést kezdenek mutatni.

Márczius 17. A hólyagocskák helyén felületesen látszó necrosis. A nyugtalanság észrevehetőleg enyhült, de egymaga még nem tud enni az incoordinatio folytán.

Márczius 18. Szembeszökő nyugalom, az ágy körülpárnázását elhagyjuk; a necrosis növekedik. P. 100. R. 20. T. 36.0.

Márczius 19. A járás még ingadozó, úgy hogy vezetni kell. A közérzet jó, a beszéd rendes, fekvő helyzetben nyugodt ugyan, de megszólításkor elég kifejezetten mozog.

Márczius 20. A necrosis körül élénk reakció lobos udvar, az elhalás a szélek felé terjedő és 2 koronás nagyságot ért el, fájdalmas. A gyermek nyugodt, értelmesen beszél.

Márczius 22. Vezetés nélkül tud járni, de kissé bizonytalanul; önmaga táplálkozik; közérzete jó. A necrosis a felszínről kissé kiemelkedik. P. 96. T. 36.2. R. 18.

Márczius 25. A choreás mozgások teljesen megszűnfek. A necrosis változatlan.

Márczius 26—30. A necrosis vastag korong alakjában emelkedik ki, de leválásra hajlamot nem mutat.

Április 1—5. Állandóan nyugodt. A necrosis változatlan.

Április 6—10. A necrosis a széltől elválni készül.

Április 10—15. A leválás rendkívül lassan halad s csakis a szélen észlelhető.

Április 16—20. Az elhalt rész még mindig erősen tapad az alaphoz.

Április 25. A lelökődés megtörtént s a mély seb miatt még ezután is az osztályon tartózkodik.

Ez esetben a choreás mozgások 4-szer 24 óra múlva kezdtek enyhülni és 15 nap alatt teljesen megszűntek.

Ezen salvarsannal kezelt esetekkel szemben három másik choreás eset észlelését kell közölnöm, melyekben a kezelés a régi Fowler-oldattal történt, hogy az összehasonlítást megtehessek.

I. H. A. 13 éves leány, felvétel 1911 márczius 6.-án. Kórelőzmény: 1 hét óta nyugtalan, a nyugtalanság rohamosan fokozódik. Felvételkor rendkívül nyugtalan, ágyában folyvást hányja-veti magát s végtagjait szakadatlanul dobálja, arcát erősen fintorgatja s beszélni alig tud valamit, azt is alig érthetően. Tompa szívhangokon kívül semmi említésre méltó rendellenesség. Therapia: sol. arsen. Fowleri 2 csepp pro die 50 gramm vízben, naponta egy cseppel emelkedve 12 cseppig s azután naponta egy cseppel kevesbitve 2 cseppig. Testsúly 33 kgr.

Márczius 7. Status idem. Márczius 8. A nyugtalanság fokozódik, úgy hogy ágját erősen kellett kipárnázni.

Márczius 9. A nyugtalanság éjjel is igen erős, ezért este még 10 cgr. veronalt kapott.

Márczius 14. Valamivel nyugodtabb s ez lassan haladva márczius 17. szemmél látható javulást mutat, éjjel nyugodtan alszik, beszéde érthető.

Márczius 19. Feltűnő gyorsan halad a choreás mozgások megszűnése felé, maga táplálkozik, járása azonban még bizonytalan.

Márczius 23. Teljesen nyugodtan fekszik, a kérdésekre nyugodtan válaszol, járásában alig vehető észre incoordinatio. Langyos fürdők.

Márczius 27. Gyógyult. A közérzet teljesen jó.

Április 7. 35 kiló testsúlylal vidéken lakó szüleihez távozik. Bevett 143 csepp Fowler-oldatot = 6.4 cm<sup>3</sup> sol. kalii arsen.

Mint látható, az eset súlyossága semmiben sem különbözött a legelső helyen említett és salvarsannal kezelt esetétől. A javulás a 9. napon mutatkozott s a gyógyulás a 21. napon állott be.

II. Sz. M. 13 éves, felvétel 1911 márczius 8.-án. Kórelőzmény: 2 hét óta nyugtalan, folyton mozog. Izületi baja nem volt. Felvételkor igen nyugtalan, arcát fintorgatja, nyelvét minduntalan nyujtogatja, beszélni alig tud, járáskor alig tudja magát fentartani. A szív rendes viszonyokat mutat. Táplálkozni egyedül nem tud. Testsúly 34 kgr. Therapia: Sol. arsen. Fowleri, pro die 3 csepp, naponta 1 cseppel emelkedve 13 cseppig s azután vissza ismét 3 cseppig, naponta egy cseppel kevesbitve, 50 gr. vízben.

Márczius 12. Valamivel nyugodtabb.

Márczius 16. Kevesebbet mozog, arcát nem fintorgatja, csak ha megszólítjuk. Már egyedül táplálkozik.

Márczius 19. Az artikulált beszéd megszűnt, ágyában nyugodtan fekszik; kézfogáskor, vagy ha valamely tárgy után nyúl, még észrevehető bizonytalanságot mutat, kérdésekre kissé vontatottan felel.

Márczius 23. A mozgások kis mértékben még, különösen megszólításkor, észrevehetők, különben nyugodtan fekszik s miután ezen állapot még 30.-án is észlelhető volt, új Fowler-cyclust kezdtünk, mire 14 nap alatt teljes gyógyulás következett be; minthony azonban tonsillitis foll.-t kapott, csak 22.-én távozott a kórházból, 37 kgr. testsúlylal.

Itt tehát, bár a javulás első jelei elég korán, már a 4. napon mutatkoztak, a teljes gyógyulás vontatottan, aránylag hosszú idő alatt következett el, úgy hogy a Fowler-oldatot 36 napig kellett szednie. Bevett 257 csepp Fowler-oldatot (11.5 cm<sup>3</sup> kalii arsenicos. sol.)

III. H. P. 9 éves. Felvétel 1911 márczius hó 8.-án. Kórelőzmény: 1 év előtt hasonló bajjal feküdt osztályomon. 6 nap óta ismét mozog, nyugtalan, a nyugtalanság napról-napra fokozódik. Izületi baja nem volt. A choreás mozgások mérsékeltek, arcát eléggé fintorgatja, beszédjé artikulált. A szív rendes. Therapia: Fowler-oldat, 2 csepp pro die, naponta 1 cseppel emelkedve 10 cseppig és vissza. Testsúly 27 kgr.

Márczius 11.-ig status idem.

Márczius 12. Nyugodtabb, de egyedül étkezni még nem tud.

Márczius 16. A javulás szembetűnő, arcát alig néha fintorgatja, végtagjait sokkal nyugodtabban tartja.

Márczius 20. A beszéd teljesen rendes, egyedül étkezik, a mozgások coordinációja csak kissé zavart, a járás sokat javult.

Márczius 28. Nyugodtan fekszik, kérdésekre nyugodtan és érthetően felel. Langyos fürdők.

Április 1. Gyógyult és április 4.-én távozott 28 kgr. testsúlylal.

A javulás 4 nap múlva indult tehát meg, a teljes gyógyulás pedig 22 nap alatt következett be. Bevett 98 csepp Fowler-oldatot = 4.4 cm<sup>3</sup> sol. kalii arsenicos.-t.

E hat eset összehasonlításából kitűnik, hogy a salvarsan befecskendezése után meglepő gyorsasággal áll be a javulás; a nagyfokú choreás mozgások határozottan rövidebb idő alatt enyhülnek, úgy hogy az eddig kínos és az összes izmokra kiterjedő coordinációs zavart feltűnő nyugalom váltotta fel 2—4 nap alatt; tehát e tekintetben nyugodt lelkiismerettel alkalmazhatnánk adott esetekben *Ehrlich* készítményét. Azonban részemről mégis meggondolandónak tartom, hogy vajjon megválnunk-e minden esetben az eddig alkalmazásban volt szerűnkől, mert megvallom, bizonyos „veto“-t látok az esetleg beálló necrosisban. Igaz, hogy 3 choreás esetem közül csak egyben állott ez be, de sohasem állhatunk jól, hogy melyikben fog ez a kellemetlen szövödmény bekövetkezni, ha alkalmazására magunkat elhatározni akarjuk. Lues congenita ellen is alkalmaztam a salvarsant s a necrosis nem maradt el, gyógyulása hosszabb időt vett igénybe, mint az ilyen esetekben rendszeren jó eredménnyel adott calomel után látni megszoktuk. Éppen ezért azon álláspontra helyezkedem, hogy a salvarsanhoz akkor fordulok, ha nagyon gyorsan akarom a súlyos tüneteket, a nagyfokú és kimerüléssel fenyegető mozgások csökkenését elérni, mert úgy látszik — legalább eseteim azt mutatják —, hogy a nagymérvű incoordinatio a salvarsan injectiója után az eddig használt *Fowler*-oldattal való kezeléssel szemben feltűnő gyorsasággal hagy alább, a mi pedig nem egyszer játszik igen fontos szerepet, a mennyiben a choreás beteg a túlságosan igénybe vett, majdnem szakadatlanul fennálló, még a szükséges éjjeli nyugalmat is akadályozó izommunka következtében a végkimerülés veszélyébe is dőlhet s menthetlenül elvész, a mint ezt osztályomon az elmúlt év elején alkalmam volt észlelni. Ilyen esetekben nem haboznám a salvarsant azonnal alkalmazni, nem törődve az esetleg beálló localis necrosis-sal, mely ha kellemetlen is és gyógyulása igen hosszú időt vesz is igénybe, nem jöhet számításba a beteg szenvedéseivel és a kimerülés veszélyével szemben. Ott azonban, a hol ily vehemens tünetek és vészes jelenségek nem mutatkoznak, észleléseim inkább azt mondják, hogy ne alkalmazzam, hanem maradjak meg továbbra is a régen kipróbált és jónak bizonyult *Fowler*-oldat belső adagolása mellett. Csakhogy itt sem vagyok most már hive az eddig szokásban volt túllassú, másodnaponkénti emelkedésnek, hanem a gyorsnak, a naponkéntinek, s mint a közölt kórrajzok mutatják, a hatás gyorsabban állott be, a szervezet pedig jól tűrte, úgy hogy a mozgások teljes megszűnésének időpontjában a két szer értéke között valami nagyon lényeges különbség nem állapítható meg. Három salvarsanos esetem között a javulás első tünetei 2, 3 és 4 nap alatt mutatkoztak, míg a *Fowler*-oldattal kezelt 3 esetben 4, 4 és 9 nap alatt. Nem szabad azonban elhallgatnom, hogy a nagyfokú nyugtalanság megenyhülése a salvarsannal kezelt esetekben erősebb fokban érvényesült, mint a *Fowler*-rel kezelt esetekben. A teljes gyógyulás a salvarsan után 15, 18 és 22 nap alatt, a *Fowler* mellett 21, 22 és 36 nap alatt állott be. Ez utolsó eset azonban olyan volt, a minőt nem szoktunk látni a gyors adagemelkedés mellett, inkább akkor észleltük, a mikor még 2 naponként erősítettük az arséntartalmat s bár az új cyclus megkezdésekor valóban minimalis mértékben volt meg az incoordinatio, mégis teljesen gyógyultnak nem volt szabad tekintenünk s ezért csináltunk még egy, de csak 8 cseppes cyclust.

Hangsúlyozom tehát, hogy a kellemetlen necrosist fontos ellenérvnek tekintem már azért is, mert az elhalt rész ellökődése és a visszamaradt mély seb besarjadzása és hámosodása végtelen hosszú időt vesz igénybe, míg a gyorsított *Fowler*-kezelés befejeztével a legtöbb esetben a beteggel készen is vagyunk, a mi pedig kórházban az ápolási költ-

ség, a magánygyakorlatban pedig az iskolamulasztás, a hosszas kezelés és a mi szintén számításba veendő: az orvosi díj tekintetében nem csekély fontossággal bír.

Mindezek alapján azt vélem, hogy lezárhatjuk chorea minornál az említett súlyos esetek kivételével a salvarsan alkalmazását mindaddig, míg a készítmény további javítása által a necrosis veszélyét végleg kiküszöböltük.

**Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor dr., tanár.)**

### Radiumemanatiós ivókúra használatára lényegesen javult sclerodermia esete.

Irta: *Benczúr Gyula dr.*

A radiumemanatio gyógyhatását illetőleg ismereteink napról-napra bővülnek. Tudtommal azonban eddig a sclerodermia oly esete, melyben a radiumemanatióval hatást értünk volna el, nem ismeretes. Ezért jogosultnak vélem a következő eset ismertetését.

K. J. 18 éves cseléd. Apja tuberculosisban halt meg. Anyja és két testvére egészséges. Gyermekekorában számárhurutban szenvedett. Jelen baja 1907 telén kezdődött azzal, hogy mindkét keze, csakhamar lába is hűvösebb időjárásakor cyanosissal lett és fájt. Nyáron állapota javult, de 1908 telén ismét rosszabbodott. Azóta, 1911 február 26.-án klinikánkra történt fölvetelég csaknem állandóan erős fájdalmakat érzett keze és lába ujjizületeiben. Már betegsége kezdete óta észlelte, hogy a fájdalmas ízületek meg is duzzadtak. Keze ujjai karomszerűen összehúzódtak és megmerevedtek, úgy hogy a beteg 3 év óta nem bírta kinyújtani. Az ujjak bőre megkeményedett és fényes lett. Egyidejűleg (tehát 3 év előtt) az alkarok, a lábszárak és a mell bőre is megkeményedett. Különösen erősen megkeményedett az arcz bőre, úgy hogy a beteg homlokát nem bírta ránczolni, száját nem tudta elhúzni és beszéd közben kellemetlen feszülést érzett arczában. Legkeményebbé vált a bőr a szemek alatti tájon, valamint az alsó szemhéjon.

A beteg ily állapotban vétetett fel klinikánkra. Belső szervei a normalistól csak annyiban mutattak eltérést, a mennyiben a kopogtatási hang a jobb tüdőcsúcs fölött kissé tompult és e tüdőcsúcs felett időnként néhány szörcsölő zöreje hallható.

Oly beteggel van tehát dolgunk, kin az ujj- és láb-izületek idült lobján kívül az arczbőr, a kezek, a lábszárak és a mellbőr kifejezett sclerodermiája áll fenn. A beteg 1910 őszén fibrolysin-injectiók kúrát kezdett, de ezt külső körülmények folytán az 5. befecskendezés után félbeszakította. E csekély számú befecskendezésnek természetesen semmiféle hatása sem volt. Február 27.-én radiumemanatiós kúrát kezdünk. A beteg április 1.-éig naponta a charlottenburgi Radiogen-társulat által forgalomba hozott radiumemanatiós víz 3 palackját itta meg, azaz 116.000 voltot = 1000 Mache-egységet vett magához. Különben semmiféle más gyógykezelésben sem részesült.

A kúra első 3 napján az ízületekben érzett fájdalmak tetemesen fokozódtak, a rákövetkező napokban azonban már csökkentek. A kúra második hete óta a beteg már csak csekély fájdalmat érzett és csakis a jobb kéz hüvelykujj-izületeiben. A fájdalmak időnként még néhány órára fokozódtak ugyan, de a kúra végén csaknem teljesen megszűntek. A beteg, ki máskor nem szokott volt izzadni, a gyógykezelés alatt — főleg eleinte, de később is — erősen izzadt. Keze, lába verejtéktől csaknem állandóan nyirkos volt. A kúra alatt is panaszkodott ugyan, hogy ujjhegyei időnként elkékülnek és hideggé válnak, de ez jóval ritkábban történt, mint azelőtt. A csaknem 5 hetes radiumkúra alatt a beteg 1 kilót hízott. A beteg bőre a kúra alatt csaknem napról-napra lágyult, úgy hogy egy hónap leforgásával homlokát hossz- és harántirányban ránczolni bírta, száját el tudta húzni és mosolygatható. A

szemhéjai, valamint egész arcza bőre lényegesen megpuhult. A mell, az alkarok és lábak bőrének keménysége teljesen megszűnt. A kézujjak bőrének merevsége fennáll ugyan még, de jóval kisebb mértékben, mint azelőtt. A beteg a kúra előtt teljesen merev ujjait most már tudja kissé mozgatni. Sajnos, a kúra 5. hetében kisfokú haemoptoe állott be, mely körülmény a gyógmód félbeszakítására készítetett. Azóta 6 hét mulott el. A beteg az utóbbi napokban időnként ismét érzi az arczbőr kisfokú feszülését. Hogy az elért javulás mennyire állandó, a további megfigyelés fogja eldönteni.

A közölt eset azt mutatja, hogy a radiumemanatio oly szer, melynek használatát a gyakran hatásos fibrolysin mellett — talán ezzel egybekötve — a sclerodermia gyógykezelésében megkísérteni érdemes.

### A 16. sz. cs. és kir. helyőrségi kórház sebészeti osztályáról Budapesten.

### A kéz gyors fertőtlenítése metakresolaceton-alkohollal.

Irta: *Jeney Sándor dr.*

A műtő kezének fertőtlenítéséről az utóbbi évtizedben úgy a sebészek, mint a nőgyógyászok igen sokat vitatkoztak. A főkérdés mindig a körül forgott, hogy sikerül-e a kezeket teljesen csíramentessé tenni. Az ezen irányban végzett sokoldalú kísérletek alapján manapság már biztosan állítható, hogy ez teljességgel lehetetlen. Örülhetünk, ha annyit érünk el, hogy a műtő kezei a sebet nem fertőzik.

A kéz fertőtlenítésére két módszer áll rendelkezésünkre, t. i. a mechanikai és a kémiai módszer. A *Fürbringer* ajánlotta mechanikai módszer abban áll, hogy a kezeket lágy kefével 10 percig szappannal dörzsöljük s időnként meleg vízzel leöblítjük. *Sänger* ajánlatára a keféket homokszappannal, *Schleich* szerint pedig márványorszappannal (*Saposilic*) helyettesíthetjük. A kémiai fertőtlenítésre a kémiai szerek egész sorozata áll rendelkezésünkre. Voltak olyan sebészek is, a kik a mechanikai módszert a kémiaiakkal kötötték össze; így pl. *Ahlfeld*, a ki a kéz szappan-melegvíz-desinfekcióját az alkohol-desinfekcióval kombinálta. A bakteriológiai és állatkísérletek eredményei azonban a mellett tanuskodnak, hogy úgy az alkohollal egyedül, mint a *Fürbringer*-féle módszerrel kombinált kézfertőtlenítés nem megbízható. *Füth* és *Meisel* ezen irányban tett állatkísérletei ezt eléggé bebizonyították.

Ezen kombinált módszer megbízhatósága azonban lényegesen fokozható azzal, ha a fertőtlenítésre egyszersmind Hg-sókat is alkalmazunk. A sublimat t. i. a mechanikai desinfectio után felpuhult bőrrrel vegyileg egyesül, a mennyiben Hg-albuminátok képződnek, a melyek a bacteriumok további fejlődését meggátolják. *Fürbringer* saját módszerének legutóbbi módosításában a szappan-melegvíz-alkoholdesinfectio után 10/100 sublimat-oldat helyett 10/100 sublamin-oldatot használ a műtét előtt és műtét közben a kezek leöblítésére. *Engel* *Fürbringer*-nek ezen leírt kombinált módszerét rövidebbre vonta össze és kielégítő sebgyógyulásokat sikerült elérnie. Ezen rövidebb *Fürbringer*-féle módszer abban áll, hogy a kezek 5 percig szappan-melegvízzel s kefével dörzsöltetnek, s utána 20/100 alkoholos sublamin-oldatban ugyanannyi ideig leöblítetnek. A sublaminat a sublimat helyettesítésére ajánlották, minthogy a sublimat használata után gyakran kellemetlen ekzemák állottak elő. Ezen ekzemák a kezeken gátolják a bőr gondos ápolását, pedig ez manapság, mint az antisepsis főfeltétele, mindenesetre figyelembe veendő. Az éppen leírt kombinált *Fürbringer*-féle módszer szerint végzett kézdesinfectio legalább 15 percet vesz igénybe, még pedig 10 percet a mechanikai része, 5 percet pedig az alkohol- és sublaminat-öblítés. Nem is tekintve a sublaminat kellemetlen hatását, melyet a műtő kezére hosszas használat után gyakorol (chronikus ekzéma), a mechanikai dörzsölés a kézre szintén irritálólag hat, különösen, ha több ízben egymásután kell ilyen desinfectiót végezünk. Egyénileg természetesen a bőr érzékenysége külön-

bőzőképpen jelentkeznek. Általánosan ismeretes azonban, hogy sok sebész volt már kénytelen műtői praxisát kéz bőrének érzékenysége miatt abbahagyni.

A sebészeti gyakorlatban szükségessé vált a kéz gyors desinfectiójának módszerét kidolgozni. *Reinicke* volt az első, ki ezen irányban kísérletezett. Ő a kefe-, szappan-, víz-desinfectiót, valamint a sublimatos öblítést elhagyta s kezeit csupán 95%-os alkohollal fertőtlenítette, állítólag szép klinikai eredménnyel.

*Herff* alkohol és aceton keverékét (2:1) használta. Ezen módszer szerint  $\frac{1}{2}$  percig dörzsöljük a kezeket szappanos-vízzel és flanel-lebennyel s ezután 5 percig az említett aceton-alkoholos keverékkel öblítjük. *Konrád Jenő* a budapesti egyetemi bakteriologiai intézetben kísérleteket végzett a kéznek acetonalkoholos desinfectiójával, még pedig olyanképpen, hogy az acetonalkoholhoz 1%-os arányban chlormetakresolt adott. *Fränkel C.* 1890-ben végzett kísérleteiből tudjuk, hogy a kresolok közül különösen a metakresol az, mely kiválóan antisepsises hatású. Az utóbbi időben *Laubenheimer* foglalkozott a kresolokkal, a ki szintén erről a tulajdonságáról győződött meg. A többi között azt találta kísérletei alkalmával, hogy a chlormetakresol a staphylococust 30 másodperc alatt biztosan megöli. A chlormetakresol egyformán oldható úgy alkoholban, mint vízben. *Preis* tanár intézetében *Konrád* a chlormetakresollal bakteriologiai vizsgálatokat végzett, még pedig úgy, hogy belőle 3-féle 1%-os oldatot készített, az elsőt tiszta vízzel, a másodikat 96%-os alkohollal, a harmadikat a már említett *Herff*-féle keverékkel (2 rész alkohol, 1 rész aceton). A vizsgálatok sporogen és asporogen bacteriumokkal történtek. Ezen kísérletek igazán érdekes eredményeit e helyen nem kívánom részletesen felsorolni, mivel a dolgozat az Orvosi Hetilap „Gynaekologia“ mellékletében úgyis megjelent. Az összes kísérletekből az derült ki, hogy a chlormetakresol leghatásosabb a *Herff*-féle keverékben. *Konrád* úgy találta, hogy oldata a staphylococcus és streptococcus különböző kultúráit 30 másodperc, a bacterium colit pedig  $1\frac{1}{2}$  perc alatt semmisítette meg. *Konrád* a kéz fertőtlenítését következőképpen végezte:  $\frac{1}{2}$  percig tartó ledörzsölése a bőrnek flannellel, szappannal, meleg vízzel, ezután körömtölettel, majd  $3\frac{1}{2}$  percig 1% metakresolacetonalkohololdattal való ledörzsölése a bőrnek.

12 számból álló kísérleti sorozatban *Konrád* azon eredményre jutott, hogy a kéz bőrét a pathogen csíráktól mentessé lehet tenni. Az agarlemezekeken talált ugyan egyes telepeket, mint pl. bacterium subtilis, sarcina lutea, streptothrixet, de ezek minden kétséget kizárólag a levegőből jutottak rájuk. *Konrád* desinfectáló kísérleteket gummikeztyűkkel is végzett, melyek előzetesen különféle bacteriumokkal voltak fertőzve. 2 perc alatt sikerült teljesen megbízhatóan desinfectálni a keztyűket, noha *Fromme-Gawrowszky* módszerével ez csak 4 perc alatt végezhető.

Miután *Konrád* módszerét megbízhatóságára ismételtén átvizsgálta, szükségessé vált annak a gyakorlati sebészetben való kipróbálása is. *Turcsa János* főtörzsorvos úr, kórházparancsnokom kívánságára kipróbáltam ezen gyors desinfectáló módszert a 16. sz. helyőrségi kórház sebészeti osztályán. 100 aseptises műtét eredményéről bátorkodom beszámolni, a melyek végrehajtásakor a kéz desinfectiója *Konrád* szerint történt, a műtét helye pedig *Grossich* szerint lett előkészítve. Ezen műtétek közül volt:

- 12 laparotomia appendicitis chronica eseteiben,
- 1 laparotomia cirrhosis hepatis esetében,
- 1 laparotomia fistula stercoralis miatt a coecumon bélvarrattal egybekötve,
- 1 laparotomia peritonitis tuberculosa esetében,
- 10 varicocele gyökeres műtete *Kocher* szerint,
- 1 herniotomia inguinalis incarceratio miatt,
- 20 szabad inguinalis sérv gyökeres műtete,
- 1 hernia ventralis,
- 1 hernia umbilicalis,
- 2 liparoccele,

- 2 hydrocele vaginalis *Winkelmann* szerint,
- 3 strumectomia,
- 1 epididymectomia tuberculosisnál,
- 1 hemicastratio,
- 1 prolapsus ani és recti gyökeres műtete perinealis úton,
- 1 orchidopexia,
- 1 discissio orificii ext. urethrae,
- 1 kolpoperineorrhaphia *Hegar* szerint,
- 5 haemorrhoidis gyökeres műtete *Whitehead* szerint,
- 2 debridement koponyatörésnél,
- 1 phimotomia *Schlosser* szerint,
- 1 autoplastika a koponyán *Hacker-Durante* szerint,
- 1 curettement endometritis chronicánál,
- 4 atheroma a fejen és nyakon,
- 7 gümös nyak-lymphoma
- 1 lymphoma az inguinalis tájékon,
- 1 varixműtét *Trendelenburg* szerint,
- 3 esetben corpus alienum eltávolítása a végtagokon,
- 1 cysta epithelialis kiirtása a tenyéren,
- 1 papilloma plantae pedis exstirpatiója,
- 1 ujjperc enucleatiója,
- 1 lábszáramputatatio *Eiselsberg-Bunge* szerint,
- 1 exostosis epiphysarea femoris exstirpatiója,
- 1 ganglion manus exstirpatiója,
- 1 neurexeresis supraorbitalis neuralgiánál,
- 1 thoracocentesis pleuritis serosánál,
- 2 csontvarrat fractura patellae és humerinál,
- 1 invarrat a kézen,
- 1 osteoid sarkoma exstirpatiója a koponyán,
- 1 a czomb fasciája myxofibromájának exstirpatiója.

Valamennyi esetben tökéletes, prima intentiót sikerült elérnem. Felületes fonálgenyedés egy esetben volt észlelhető. A műtétek végzésekor gummikeztyűket nem használtunk. A kéz fertőtlenítése után bakteriologiai vizsgálatok czéljából a körmök széléről és aljáról epidermis-kaparek is vétettek. Az ezirányú vizsgálatokat *Lenárt* dr. volt szíves végezni a kórház laboratóriumában, mely vizsgálatainak eredménye az volt, hogy táptalajai mindannyiszor sterilek maradtak.

Jóllehet az esetek száma nem olyan nagy, hogy végérvényesen nyilatkozhatnánk a módszer megbízhatóságáról, mindazonáltal tekintettel arra, hogy milyen különös körülmények között lettek a műtétek elvégezve, feljogosítva érzem magam a módszer megbízhatóságát igazolni. A különös körülmények alatt értem, mint az bizonyára több kartársam előtt ismeretes, hogy katonai kórházban a kevés számú sebészileg iskolázott személyzet gyakori váltakozásnak van alávetve szolgálati beosztásában s így megtörténik, hogy egy septikus műtét után röviddel az illető sebész aseptikus műtétet kell hogy végezzen. Jóllehet a gummikeztyűk használatával a kezek prophylaxisa keresztülvihető, mégis az említett katonai viszonyokat nem lehet a klinikák vagy jobban berendezett sebészeti osztályok munkakörével összehasonlítani, a hol septikus és aseptikus esetek és az őket kezelő személyek egymástól szigorúan el vannak különítve.

A leírt gyors desinfectáló módszer tehát úgy a sebészetben és nőgyógyászatban, mint főképpen a hadi sebészetben különös előnnyel alkalmazható. Igazán örömmel kell fogadnunk ezen módszert az általános sebészeti praxisban, mert a *Grossich*-féle előkészítésével a műtét helyének lényeges megkönnyítést jelent mindazon esetekben, a melyekben gyorsan kell beavatkoznunk. Kiváltképpen pedig a hadi sebészetre bir e módszer fontossággal, mivel a tábori egészségügyi intézetekben gyakran van a műtő abban a helyzetben, hogy kénytelen nélkülözni nagyobb mennyiségű tiszta meleg vizet.

A módszer tehát többféle előnnyel bir az eddig használatban levőkkel szemben. Megbízható, olcsó, gyors és egyszerű. Mindezen tulajdonságainál fogva kívánatos, hogy minél több sebészeti állomáson beható vizsgálat alá vettessék. A bőrre a chlormetakresol semmiféle káros hatást sem gyakorol. Fontosnak tartom azonban megjegyezni, hogy a kezeket nem



# DIGALEN

Digitoxin. solub. Cloetta

*Ingermentes, pontosan adagolt*

## Cardiotonikum

azonnali Digitalis-hatással.

*Stimulans és diureticum per os adagolásra,  
ép úgy intramuscularis és sokszor életmentő  
intravenosus injekciókhoz.*

A Digalen physiologikus beállítása lehetővé teszi az orvosnak a szer therapeutikus effektusának biztos megítélését.

### ADAGOLÁS:

1 ccm. Digalen = 0,15 gr. Fol. Digitalis

*Jrodalom és minták:*

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>o</sup> által  
BASEL (SCHWEIZ),



Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Berlin  
„AGFA“.

Kitűnő negatív anyag a

## mikrophotographia

részére:

**Chromo-„Isolar“** - illetőleg

**Chromo-„Isorapid“** - lemezek.

Magas érzékenység :: Fényhatlan :: Színérzékeny.

Elismert megbízhatóságú

## Röntgen-negativanyag.

„Agfa“-Röntgen-lemezek

Magas érzékenység Röntgensugarak iránt, a fények erős fődése és tiszta, részletdús árnyék.

Közelebbit az

„AGFA“-prospektusban (magyar)

16 oldal, képes, díjmentesen és az

„AGFA“-Foto-Kézikönyv-ben

130 oldal, vászonkötésben á 40 fill. (magyar).

≡ Kapható a Foto-üzletekben. ≡

RE

A

RE készítmények

RE

a legjobb aktív

## radiumkészítmények

RE emanációs készítmények dobozokban á  
7750—310.000 Mache-egység (Ár: 1 K-tól 8 K-ig.)

RE tartós készítmények ivókúrák részére 2000  
Mache-egységtől feljebb (Ár: K 3.20 minden 2000 Mache-  
egység tartós készítmény.)

RE besugárzási és borogatási készit-  
mények.

Javallatok:

Neuralgiák (ischias stb.)  
Tabes dorsalis (lancináló  
fájdalmak, krisisek).

Húgysavas diathesis  
és csúz.

Idült és subacut izom- és  
izületi rheuma.

Vérszegénység (chlorosis).  
Az emésztőszervek neurosisai

Szívneurosisok.

Általános gyengeségi  
állapotok.

Különösen időelötti agg-  
gyengeségnél.

Bőraffectiók.

Rosszindulatú neoplasmák  
(besugárzás erős borító-  
készítmények által).

## Radiuminhalatoriumok berendezése

tetszés szerinti munkaképességgel a legelőnyösebb  
feltételek mellett.

„Radiumwerk Neulengbach“

Központi eladási Iroda: Wien, IX., Günthergasse 1.

# Almatein

teljesen szagtalan,  
méregtelen,  
ingermentes  
**seb-antiseptikum.**

Hatásában felülmúlja a jodoformot! Az Almateinnel kezelt sebek gyorsan tisztulnak és granulálnak.

Alkalmazás a gynaekológiában, sebészetben és bőrbetegségeknél mint hintőpor, mint injectio, gaze, kenőcs és csontplomba alakjában.

**Ár:** Hintőpor, eredeti dobozokban à 20·0 K —80, 20%, kenőcs, kis tubus K —95, nagy tubus K 1·50.

Gehe & Co. A.-G. vegyi gyár, Dresden N.

Irodalom és minták díjmentesen.

Prof. Dr. WASSERMANN A. titkos egészségügyi tanácsos és Dr. MEIER G. ellenőrzése mellett készül, az

**eredeti Wassermann-féle reactióhoz**

(a syphilis serodiagnostikájához)

szükséges pontosan titrált reagensek beszerezhetők

**Pharmaceutisches Institut**

Ludwig Wilhelm Gans majnafrankfurti cégnél,  
melynek főképviseelője Magyarország részére a

„LABORATORIUM VÉDŐOLTÓANYAGOK TERMELÉSÉRE RÉSZVÉNYTÁRSASÁG“

751

Budapest, VI., Felsőerdősor 10.

# RONCEGNO

természetes arzén-vas-víz,  
könnyen emészthető és hatásában felülmúlhatatlan, vérszegénység, bőr- és női bajok stb. ellen.

**Palast-Hôtel, Roncegno-fürdőben**

535 méter a tenger színe felett.

715

Világhírű

# VICHY

-források.

A francia állam tulajdona.

= Igazgatóság: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24. =

**Elsőrendű orvosi tekintélyek ajánlják!**

**Célestins-forrás:** Vese- és hólyagbajokban, köszvény és diabetes ellen.

**Grande Grille:** Májkólika és epekő ellen, alhasi pangásoknál.

**Hôpital:** Valamennyi dyspepsiás bántalom ellen.

**Forrástermékek:** { **Fürdő-, ivósók** **és pastillák.**

Kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszer-tárban. Csak akkor valódi, ha a ezimkén és dugóborítékon a forrás neve rajta van.

Tessék pontosan a forrást megnevezni.

**Gleichenberg** Dr. Szigeti Márton  
fürdőorvos  
(téli Abbáziában).

# Digitalistabletták

Dr. Winckel szerint

tartalmazzák a friss digitalislevelek különös eljárás szerint konzervált és állandóan tartóssá tett, therapeutikus hatású alkatrészeit.

Csövek à 15 tableta. Tableta = 0·05 g fol. Digitalis.

**Ára: M. 1.60.**

**Krewel & Co., G. m. b. H., Chem. Fabrik,  
Köln a. Rhein.**

Vezérképviseelő Ausztria-Magyarország részére: M. Kris, alte k. k. Feldapotheke, Wien I. Stefansplatz 8.

Orvosi autoritások által rendelve, kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszertárban; irodalmat, prospektust és díjmentes vízmintákat ivókúrákhoz a t. orvos uraknak köz:: vetlenül a Forráskezelőség küld ::

Idény:  
májustól októberig.

Anaemia, chlorosis, neurasthenia, kachexia, marasmus eseteiben a legjobb haematicum, tonicum és roborans a CHINA-FERR-DRAGE NAGY orig.  
Készíti: Elek és Nagy „Apostol” gyógytára Budapest, József-körút 64. szám.



szabad előzetesen kefével dörzsölni, az oldattal való előkészítést pedig csakis flanell-lebenynyel végezzük.

A chlormetakresolt a *Richter*-czég Budapesten lysochlor néven hozza forgalomba, ára 100 grammonként 2 K; az aceton literje pedig 6 K 40 fillér.

A *Konrad*-féle gyors desinficiáló módszer tehát a következőkből áll:

I. Az oldat előállítására: 2 rész 96%-os alkohol és 1 rész aceton elegyéhez lysochlor adunk 2%-os arányban. Az ilyen arányban való összeállítással 1%-os chlormetakresol-acetonalkohol-oldatot kapunk, minthogy a lysochlor 50% chlormetacresolt tartalmaz.

II. A kéz desinfectiója:

1. A kezeket szappannal, meleg vízben, flannellel  $\frac{1}{2}$  perczig dörzsöljük, utána körömtöletet végzünk.

2. A kezeket ezután a fent leírt chlormetakresol-acetonalkohololdatban  $3\frac{1}{2}$ —4 perczig flanell-lebenynyel dörzsöljük, mely procedura után a kezek sterilek.

Az oldat több ízben is használható, különösen, ha előzetesen megsűrjük, mely körülmény ismét főleg a hadi sebészetre nézve igen fontos.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Max Neuburger: Geschichte der Medizin.** A II. kötet I. részének 2. fele. Stuttgart, Ferdinand Enke.

*Neuburger* munkájának egy újabb részlete a napokban hagyta el a sajtót. Ebben az orvostudomány fejlődését tárgyalja a középkor elején, azután a XI. és XII. században, ismerteti a salerno-i iskola virágzásának korát, méltatja az arabismus befolyását a nyugati gyógyászatra, azután áttérve a XIII. századra, a scholastikáról szól behatóbban; a kötet a középkor végéig visz el.

Felesleges munkát végeznénk, ha a munka egyes részleteinek megjelenése alkalmával megnyilatkozott elismerésnek új szavait keresnénk. Örömmel várjuk a befejező kötetet.

*Győry.*

**Aphorismen und Denksprüche von Chr. W. Hufeland.** Unter Mitwirkung von Prof. Dr. H. Strauss herausgegeben von Dr. Otto Rigler. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

A nagy orvosnak és gondolkodónak aphorismáit és egyes kijelentéseit anthológiává fűzte össze dédunokája, *Rigler*. A legtöbb az „Enchiridion medicum”-ból van kiválogatva, de van közte számos, mely mindeddig nem lett közzétéve. Rendszerek jöttek és dőltek meg *Hufeland* óta s az orvosi tudomány képe ma más, mint a minő volt az ő korában. De a rendszerek változékonysága fölött állnak e kiváló férfiú örökéletű orvosi gondolatai és ethikai felfogása.

*Hufeland* „Makrobiotikája” még ma is egyike a Reclam-könyvtár legkeresettebb kötetének. Bár ez a kis füzet is betölthetné rendeltetését s kartársaink rája szánják egy-két óráját valamelyik vasárnapjuknak.

A könyv elején *Hufeland* gondos kivitelű arcsképe található.

*Győry.*

### Új könyvek:

*Denis G. Zesas*: Das primäre Magensarkom und seine chirurgische Behandlung. Leipzig, J. A. Barth. 075 m. — *A. Dempwolf*: Die Haftung und Lösung der Plazenta, nach Untersuchungen mittels des Strassmann'schen Phänomens. Leipzig, J. A. Barth. 150 m. — *M. Stolz*: Die Sterilisation des Weibes. Leipzig, J. A. Barth. 225 m. — *A. Herz*: Die akute Leukämie. Wien, F. Denticke. 450 m. — *I. Wickmann*: Die akute Poliomyelitis bzw. Heine-Medinsche Krankheit. Berlin, J. Springer. 5 m. — *A. Neisser*: Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis. Berlin, J. Springer. — *Touton und Fendt*: Der Umschwung in der Syphilisbehandlung im ersten Jahrzehnt des XX. Jahrhunderts und die jetzige Lage. Zur raschen Orientierung für den Praktiker. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2 m. — *Gemmel*: Theorie und Praxis in der Beurteilung der Gicht auf Grund einer Erfahrung in 6000 Fällen. Jena, G. Fischer. 250 m. — *W. Ewald*: Soziale Medizin. Band I. Berlin, J. Springer. 18 m. — *S. Jessner*: Die praktische Bedeutung des Salvarsan für die Syphilistherapie. Würzburg, C. Kabitzsch. 180 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A leukaemia kezeléséről** ír *Sternberg* tanár (Bécs) a Deutsche medizinische Wochenschrift ez évi 12. számában. Elsősorban a Röntgen-kezelésről szól, a mely kellő szakértelemmel használva jó eredményeket ad. Szakértelem hiányában egyrészt olyan besugárzásokat alkalmaznak, a melyek hatástalanok s ezzel elvész esetleg az az idő, a mikor még segíteni lehetett volna a betegben; másrészt súlyos égetéseket okozhatnak. A lép, a nyirokmirigyeket és a végtagokat kell kitenni a sugarak hatásának; a mediastinalis mirigyek megnagyobbodott voltát átvilágítással kell megállapítani. A besugárzások után gyakoriak a reakciók, a melyek hőemelkedésben, fejfájásban, gyengeségben, hányásban, hasmenésben nyilvánulnak. Elkerülésük céljából eleinte nem szabad nagy fénymennyiségeket alkalmazni, főleg gyenge betegekben nem. Némely esetben a besugárzás után a fehér vérszettek múlóan megszaporodnak. Néha a nagyobb adagok után úgynevezett vérkrízis áll be, vagyis nagyon sok magvas vörös vérszettel jelenik meg a vérben, jeléül a gyors regenerációnak; ilyen esetben beszüntetjük a röntgenkezést. Rendszeresen sorokban adjuk a Röntgen-fényt, közbe 1—3 hónapos szüneteket tartva. Ilyen módon a leukaemiás beteg hosszú időn át életben tartható; még súlyos esetekben is néha bámulatos eredmény érhető el. Némelyek szerint lymphoemia eseteiben kedvezőtlene az eredmények, ez a nézet azonban helytelen; a szerző szerint általában (a leukaemia valamennyi alakjában) meg kell kísérelni a Röntgen-kezelést. Még olyan esetekben is, a melyekben fel lehet venni, hogy valamilyen daganat okozza a leukaemiás vércépet, kísérletet kell tenni a röntgenkezéssel, mert néha ilyenkor is fényes eredményt érünk el. A pseudo-leukaemia is hálás tárgya a Röntgen-kezelésnek, hacsak nincs szó gümőkorról. Ismételt javulás után végül mégis csak felmondják a szolgálatot a Röntgen-sugarak s csakhamar bekövetkezik a halál. A mi a Röntgen-sugarak hatását illeti, régebben fölvtették, hogy a Röntgen-sugarak hatására mérgek, leukolysinek képződnek, a melyek a fehér vérszettek pusztítóan hatnak. Ezzel a felfogással ellentétben újabban azon a véleményen vannak, hogy a Röntgen-sugarak egyrészt közvetlenül a vércépzés székhelyére hatnak, másrészt pedig hatásukra olyan anyagok képződnek, a melyek akadályozzák a fehér vérszettek képződését a vércépző szervek azon részeiben is, a melyeket nem ér közvetlenül a Röntgen-fény.

A Röntgen-sugarakon kívül kiterjedten használják a leukaemia gyógyításában az arsen. Minthogy a leukaemiások gyakran szenvednek gyomor- és bélzavarokban, nem célszerű az arsenet belsőleg adni, annyival kevésbé, mert az arsen maga is okozhat étvágytalanságot és hasmenést. A szerző natrium arsenicosum 1%-os oldatát használja bőr alá fecskendezés alakjában,  $\frac{1}{10}$  cm<sup>3</sup>-en kezdve s 2—3 naponként adva egy-egy befecskendezést, előbb növelve, majd csökkentve az adagot. A kakodylsavas natrium is ajánlható. Az arsen huzamosabb használata mellett könnyen álíthatnak be mérgezőtünetek. Így elég gyakori a herpes zoster. Ha az arsenel egyidejűleg a röntgenkezést is használjuk, a zoster és a Röntgen-hatás könnyen eredményezhet bőrgangraenát akkor is, ha a Röntgen-fény adagja nem volt nagy. Célyszerű tehát a röntgenkezést és az arsenet együtt nem használni. Kellemetlenek továbbá a makacs arsen-eczemák és az arsen-hűdések. A szerzőnek általában az a benyomása, hogy a nyirok- és vércépző szervek betegségeiben szenvedők sokkal érzékenyebbek az arsenel szemben. Az újabb arsenkészítmények közül az atoxyl toxikus hatása miatt nem ajánlható, a salvarsan pedig a leukaemiában hatástalan. Angolországban kiterjedten használják a phosphort is. Az egyidejűleg fennálló anaemia ellen néha kedvező hatásúak a vaskészítmények. Az organotherapiás készítmények (csontvelő, thymus, lép) hatástalanak bizonyultak. Jó hatásúak ellenben a fürdőkurák és a hydrotherapiás eljárások. Az előbbieket közül főleg az erősen radioactiv források jönnek tekintetbe (Gastein, Teplitz, Joachimsthal); továbbá az erősen napsütötte középtengeri fürdők. A hydrotherapiás

eljárások közül a részleges lemosások és dörzsölések, a lan-gyos zuhanyok és az indifferens teljes fürdők ajánlhatók, ha nincsenek bőrvérzések. Vérzésre hajlamosság esetén a magas-lati klíma is kerülendő. A szövödmények közül az orrvérzés kezelésére a többi között a steril normalis vérsavóba mártott gaze-zel tamponálást is ajánlja a szerző; leukaemiás bőrbajok nem ellenjavallják a röntgenezést. Minden körülmény között nagyon fontos, hogy jókor kezdjük meg a kezelést és hogy a vért ismételtén vizsgáljuk, hogy így a leukocyták szaporodásakor mindjárt adhasunk új series besugárzást, vérkrízis vagy myeloblastok megjelenésekor pedig beszüntethessük a Röntgen-kezelést.

### Sebészet.

**A salvarsan használatáról rossztermészetű daga-nat eseteiben** teszik közzé tapasztalataikat *Czerny* és *Caan*. Javultnak tartják a salvarsant inoperabilis rossztermészetű daganatok, főleg sarcomák ellen, ha a Wassermann-reactio positiv. Minthogy néha igen erős reactiók tünetek jelentkeznek, csak klinikai ápolás mellett használandó ilyen esetekben a salvarsan, cachexiás, elgyengült egyének pedig kizárandók e kezelésből. Az eddig használt adag (0.4—0.6 egyszer) úgy látszik kevés; ezen adagot talán ismételve kell majd befecs-kendezni. Célyszerűnek mutatkozik a salvarsan intravenás befecs-kendezésének combinatiója magába a daganatba fecskendezésével. Operabilis daganatok okvetlenül sebészileg távolítandók el. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 17. szám.)

**A mastisolal való sebkezelés** eredményeiről számol be *F. W. Voos*. Az *Oettingen*-féle mastix-kötést két év óta alkalmazza, de számos hátrányát tapasztalta, melyeket főképpen a chloroform izgató hatásának tud be. A mastisolban benzol helyettesíti a chloroformot, a lenolaj helyét pedig esterek pótolják, melyek annyira fokozzák a gyanta tapadóképességét, hogy az oldószer elpárolgása után a gyanta nem porzik. A szerző számos esetben, különösen sérülések alkalmával kitünően bevált a mastix-kötésnek ezen módosítása. Zúzott, szúrt, vágott, szakított, lött sebeket egyaránt akként lát el *Oettingen* utasítása szerint, hogy miután a szembetűnőbb piszkot eltávolította, a mastisol-oldatba mártott ecsettel bekeni a sebet és kötést helyez rá. Ha olykor bizonyos idő múlva geny mutatkozik, eltávolítja a kötést, és ismételt ecsetelés után friss kötést helyez a sebre. A mastisol a szerző tapasztalata szerint sohasem okoz bőrizgalmat vagy hólyagokat s még akkor sem ártalmas, ha a seb szélein túl a sebbe kerül. A sebgyógyulás eredményei kitünők. A mióta csupán mastisolt használ, 320 fekvő sérült beteg közül csak 22 lett fertőzött, 700 járólagnak kezelt sérültön az arány hasonló. Kötszerben igen nagy a megtakarítás. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911. 13. sz.)  
Ifj. *Hahn Dezső* dr.

### Gyermekorvostan.

**A lipaninnal mint a csukamájolaj pótszerével az angolkórra és az anyagcserére gyakorolt befolyást** tárgyalja *Schabad* és *Sorochowitsch*. *Schabad* régibb vizsgálataival kimutatta, hogy a phosphoros csukamájolaj rendelése után angolkóros gyermekekben a mézretentio jelentékenyen megnövekedik és ezen alapon a phosphoros csukamájolaj az angolkór specifikus szerének tekintendő. A hatékony anyag a phosphoros csukamájolajban a csukamájolaj, minthogy ez magában is ugyanolyan hatást fejt ki, csak valamivel gyöngébbet, mint a phosphorral együtt, míg a phosphornak egy-magában semmi befolyása sincs a mézretentióra. A klinikai tapasztalatok is teljes mértékben megerősítik ezt. Nem adha-tunk azonban határozott választ azon kérdésre, hogy a csuka-májolaj specifikus hatását minek köszöni. Az egyik nézet szerint a csukamájolaj csupán mint zsír hat és egész nyugodtan helyettesíthetjük sesamolajjal, mandolaolajjal, tejszínnel vagy más zsírral. *Schabad* ezt már csak azért sem fogadja el, mert kísérletei közben a sesamolajtól kedvező hatást a mézretentióra nem látott. Majd utaltak azon vizsgálatokra, melyek kimutatták, hogy a csukamájolaj gyorsabban szívódik

fel, mint a növényi olajok általában és hogy ezen körülmény a csukamájolajnak azon tulajdonságára vezetendő vissza, hogy jelentékeny mennyiségű szabad zsírsavat tartalmaz, így a sárga csukamájolaj kb. 5%-ot. Ez vezette *Mering*-et, a midőn a csukamájolaj helyettesítő szeréül ol. olivariumot ajánlott 6% oleinsav hozzátételével, lipanin név alatt, s csakugyan többen jó eredményt láttak a lipanin használatától.

A későbbi vizsgálatok azonban nem erősítették meg, hogy a csukamájolajból több szívódik fel, mint azon zsírok-ból, melyek szabad zsírsavat nem tartalmaznak. Ez által a csukamájolaj szabad zsírsav-tartalmának jelentősége és követ-kezőképpen a lipaninnak a csukamájolaj pótszeréül való alkalmazása elveszti az alapját. Ehhez járul az is, hogy a lipaninnal elért kedvező klinikai tapasztalatok is csaknem kivétel nélkül gümőkórban és görvélykórban szenvedő bete-gekre vonatkoznak és csak igen kis számú angolkóros gyer-mekre. Ezért határozták el a szerzők, hogy a lipaninnak mint a csukamájolaj pótszerének therapiás jelentőségét angolkór-ban a sóanyagcserére gyakorolt befolyása révén fogják tanul-mányozni. Anyagcsere-vizsgálatokat végeztek e célból egy előrehaladón angolkóros gyermekben előbb kezelés nélküli állapotában, majd neutralis ol. olivariumot, azután lipanint adtak, hogy lássák, minő jelentősége van a szabad zsírsavak jelenlétének.

Ezen vizsgálatainak eredménye a következő: 1. A lipanin épp úgy, mint az ol. olivarium, a nitrogennek és zsír-nak felszívódását kedvezően befolyásolja, azonban a lipa-ninnak e tekintetben semmi előnye sincs az ol. olivarium fölött. 2. A lipanin nem javítja meg a mézretentiót az angol-kórban. 3. Sem a lipanin, sem az ol. olivarium, sem a sesam-olaj nem helyettesítheti a csukamájolaját az angolkór kezelé-sében. (Monatsschr. f. Kinderhk. 1911. 659. l.) *Flesch*.

### Bőrkórta.

**A lupus vulgarisnak tuberculin-kenőccsel való kezelését** kísérelte meg *Norman Walker* (Edinburgh). Ez az eljárás a következő: Az első teendő, hogy letisztítsuk gon-dosan a lupusos bőrrészt. A pörköket azután kataplasmákkal leáztatjuk. Miután ez megtörtént, a lupusos területet mint-egy 1—2 percig bedörzsöljük 5%-os tuberculinos lágy paraffinkenőccsel. A kenőcsre ezután kevés kötszert adunk, a mit ragasztótapaszszal rögzítünk. 24 órával később, a mi-dőn a kötést leveszzük, azt látjuk, hogy a lupusos szövet vérbő és duzzadt. Újabb tisztogatás után az egész eljárás még 3—4 napon át ismételhető. A fájdalmak különböző fokúak, de mindenkor jelentkeznek. A duzzadás pár nap alatt egyre fokozódik s végül apró hólyagok támadnak. Ezek csak-hamar fölnyilnak, a mikor azután apró fekélyek maradnak vissza. A folyamat salicyl-kenőcs vagy tapasz alatt ismét megbékül. A 10. nap után a gyuladós reactio általában visszafejlődött. Ekkor azután elbíráható a behatás eredménye is. Ez rendszeren igen kielégítő. Az eljárást egyes betegek többször, akár 5—6-szor is elbíráják. A tuberculinos kezelés reactiója olykor oly jelentékeny, hogy a kezelt terület környé-kére is áttérjed; ez ellen jó, ha az ép bőrt már eleve zink-kenőccsel védjük. Sokszor bizonyos kellemetlenséget okoz a tuberculin-kenőcsös kezelés sajátosos rossz szaga is. Az egész eljárás általános tüneteket nem okoz, a pul-sus és hőmérséklet változatlan marad. (La semaine médicale, 1911. 11. sz.)  
*Guszman*.

### Venereás betegségek.

**A salvarsankezelés nyomán támadt vese-complica-tiókról** ír *R. Mohr* (Leipzig) Strümpell klinikájáról. A külön-böző ártalmak közül, a melyek a salvarsanos kezelés kapcsán jelentkeztek és az eddigi irodalomban ismertette lettek, a vese-szövödmények azok, a melyekről aránylag a legkevesebb szó esett. Lehetséges, hogy ez onnan van, hogy a figyelem mind-járt kezdettől fogva az idegrendszerre irányult. Az első, a ki salvarsankezelés nyomán támadt vesezavarokra figyel-meztetett, *Géronne* volt. De ő csak nagyobb fokú, rövid ideig

tartó albuminuriát észlelt. Utána mások azután valóságos nephritist is észleltek. A szerző eddig 3 esetet vizsgálhatott, a melyben a vese nagyobb mértékben volt megbetegedve. Az első esetét (23 éves nő) már *Weiler* is ismertette. A beteg, kinek a vizelete az injectio előtt kóros alkotórészeket nem tartalmazott, az alkaliás salvarsanoldatot (0.5 gr.) intramuscularisan kapta. 10—12 nappal később a szemhéja és lába dagadni kezdett. Két hónappal később a klinikai fölvetelkor a gyéren ürített vizelet 6<sup>o</sup>/<sub>00</sub> fehérjét tartalmazott. Ezenkívül még vért, hyalinos, granulált és epithelium-cylindereket is lehetett benne kimutatni. Arsént azonban nem lehetett a vizeletben találni. A beteg állapota azóta egyre súlyosabbá válik és csaknem bizonyos, hogy a végét járja. A második esetben (37 éves férfi), a beteg a salvarsaninjectiót lúgos oldatban ugyancsak a gluteusokba kapta. Az injectio után körülbelül 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> héttel súlyosabb polyneuritis támadt, mely jobboldali peroneusparesissal is járt. Ezzel kapcsolatosan 2<sup>o</sup>/<sub>00</sub>-s mennyiségben fehérjét találtak a vizeletben s elvéve hyalinos cylindereket. Ez állapot most már hónapok óta változatlanul áll fenn. A harmadik esetben (34 éves férfi) a kezdődő paralysisben szenvedő beteg 0.48 gr. salvarsant kapott intravenásan. A nyomban beálló általános tünetek oly súlyosak voltak (rázóhideg, 40.8<sup>o</sup>-os láz, vizes székürülés, hányás stb.), hogy a beteg a jelentkező collapsusba majdnem belepusztult. Fehérje már az első 24 órában jelentkezett (1<sup>o</sup>/<sub>00</sub>). A vizelet üledékében viaszos, opák és hámcynderek voltak kimutathatók; hyalinos henger csak kevés volt benne. Az összes tünetek 5 nap alatt lezajlottak. A szerző mindhárom esetben fölveszi, hogy a veseszövődményt a salvarsan okozta. Legerősebb érve az, hogy mindhárom esetben az injectiót megelőzően a vizelet kóros alkotórészt nem tartalmazott. A harmadik esetben kétségtelenül nem lehet nephritisről szó, hanem *Marchand* értelmében csakis a vesének hevenyész parenchymás degenerációjáról. Másként áll a dolog az első két esetben. Itt bizonyos a nephritis, mely a toxikus parenchymás degeneratio nyomán fejlődött ki és vált ily súlyossá (Medizinische Klinik, 1911. 16. sz.).

*Guszman.*

### Húgyszervi betegségek.

**A gümöbacillus kimutatása a húgyban.** *Bachrach* és *Necker* O. Zuckerkandl tanár urológiai osztályáról a *Bloch*-féle állatoltásnak az antiformin-methodussal való combinációját ajánlja. Vizeletüledék 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm<sup>3</sup>-ét tengerimalacz lágyékhajlataba oltjuk, a nyirokmirigyek erős megnyomkodása után (*Bloch*-féle eljárás) 10—12 nappal később a mirigyek az infiltrált zsírszövettel együtt kiirtatnak. Ezen anyag steril ollóval apróra vágva, 10 cm<sup>3</sup> 15<sup>o</sup>/<sub>00</sub>-os antiformin-oldatba kerül, a mely szobahő mellett 5—6 óra alatt — költökemenczében sokkal gyorsabban — a szöveteket teljesen feloldja. Ezen folyadék centrifugálása után előálló kevés fehér üledéket tojásfehérjés glycerin segítségével néhány tárgylemezen elosztjuk. Levegőn szárítás, fixálás gézlángon és specifikus festés (*Weichselbaum* szerint). A mikroszkop alatt a gümö-bacillusokon kívül csak amorph, kékre festődött rögök találhatók.

37 vizsgált genyes vizeletből 25 adott positiv eredményt, 12 negativot. Ezen 12 eset utólag a klinikai megfigyelés során sem bizonyult gümökórosnak.

Ellenőrző vizsgálatok mutatták, hogy a 10—12 napos várakozási idő az oltás után adja a legkorábbi és mindenkor megbízható eredményt, míg 4 és 6 nap után csak igen kivételesen sikerült a gümöbacillusok kimutatása. Két esetben pedig a *Bloch*-antiformin-eljárás a jelzett 12 napos idő után positiv eredményt adott, midőn az ellenőrző intraperitonealis oltás csak 8, illetőleg 13 hét múlva adott positiv eredményt. Az antiforminnal a gümöbacillus megkárosítása nélkül sikerül vizeletet virulens septikus csúráktól megtisztítani és így a kísérleti állat időelőtti elpusztulását megakadályozni. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1911. 12. szám.) *P. R.*

### Fizikai és diéta gyógyításmódok.

**Az agyvelőnek fürdő okozta vérkeringésváltozásait** tanulmányozta *Glamser* O. Müller klinikáján. Eredményei a következők voltak: 4 egyénen, kiknek koponyacsontjain nagyobb terjedelmű hiány volt, 34 esetben hideg- és 23 esetben melegingereket alkalmazott. A fülkagyló véreire a hideg-ingerre valamennyi esetben összehúzódtak, a melegre kitágultak. Az agy véreire a hideg bőringerre a 34 eset közül 30-ban erősen, 4 esetben csekély mértékben kitágultak. A melegingerek a 23 közül 1 esetben az agy véreire semmi hatást sem látszottak gyakorolni, 22 esetben azoknak erőlyes összehúzódtását váltották ki. Ha az ingerléshez szénsavas vizet használt, az eredmény ugyanaz volt.

A vér elosztódása a testben *O. Müller*, *Lehmann*, *Berger*, *Weber* és *Glamser* észlelései szerint az egyes fizikai és lelki ingerekre a következőképpen módosul:

	Agyvelő	A fej felületesei	Bél	Végtagok és a törzs felületesei
Hideg inger	+	—	+	—
Meleg inger	—	+	—	+
Kellemes érzés	+	+	—	+
Kellemetlen érzés	—	—	+	—
Ijedtség	+	—	+	—
Szellemi munka	+	—	+	—
Mozgás elképzelése	+	—	—	+
Alvás	+	+	—	+

(*Zeitschrift für phys. und diät. Therapie*, 1911. 3. füzet.)  
*Lenkei V. D.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Diabetes mellitus** több esetében jó eredménnyel használta *A. Fränkel* a *fermocyl* nevű élesztőkészítményt. A cukorvétel tetemesen csökkent s a tolerancia a szénhidratokkal szemben növekedett. De még azon esetekben is, a melyekben a vizelet cukortartalmára nem mutatkozott befolyás, feltűnő volt az általános állapot és a kellemetlen tünetek javulása. Kiemelendő a diabetesben oly gyakori furunculosisra gyakorolt kedvező hatás is. A mi a használat módját illeti, a szerző tapasztalatai szerint legjobb eleinte naponként 3-szor 3—3 *fermocyl*-tablettát elfogyasztani az étkezések közben; később esetleg csökkenthető az adag. (*Allg. Med. Central-Zeitung*, 1911. 12. szám.)

**Diabeteses acidosis** ellen *Lichtwitz* a natrium bicarbonicum helyett, a mely sokszor okoz emésztési zavarokat és hasmenést, a citromsavas natriumot ajánlja, a mely még 50 grammos adagban sem okoz ilyesféle bajokat. (*Therap. Monatshefte*, 1911. 2. füzet.)

**Gyomor- és bélrák** több esetében feltűnő javulást látott *Diesing* thyreochrom használata után. A thyreochrom nem más, mint a borjú vagy juh pajzsmirigyének aetheres-alkoholos kivonata. A 0.025 grammos tablettákból rendszerint naponként 3-szor vétetett be 2—2-t. Egy esetben, a melyben a beteg mindent kihányt, intraglutaecalis befecskendezés alakjában adta a thyreochrom oldatát, még pedig először 0.3 grammot, három naponként ismételve a befecskendezést 0.7 grammig fokozódó mennyiségben. (*Medizinische Klinik*, 1911. 12. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1911. 20. szám. *Sellei József*: A salvarsan néhány mellékhatásáról. *Lenkei Vilmos Dani*: A Balatonfürdő javallásai és alkalmazásmódja.

**Orvosok lapja**, 1911. 20. szám. *Bókay Árpád*: A czélszerű és olcsó táplálkozás.

**Budapesti orvosi ujság**, 1911. 20. szám. *Fáykiss Ferencz*: A külső sérvek gyökeres gyógyítása. „Sebészet“ melléklet, 2. szám. *Hercei Manó*: A hashártya mögötti nyiroktömlők. *Gellért Elemér*: A czomb ütőerének lövésű sérülés miatt végzett körkörös resectiójának és varratának gyógyult esete. *Pozsonyi Jenő*: Az atresia ani vaginálisról.

## Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Barlay János* dr.-t az állami munkásbiztosítási orvosi tanács rendkívüli tagjává, *Roskopf Béla* dr.-t nagybajomi járásorvossá, *Gaiger Armin* dr. muraszombati járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Hethessy Elek* dr. czelldömölki kórorvost tiszteletbeli járásorvossá, *Vertán Emil* dr.-t a pécsi közpórházhoz alorvossá és *Steiner Ignác* dr.-t a szolnoki közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Hets Endre* dr.-t Sümegen községi orvossá, *Stauber Andor* dr.-t Aradon kerületi orvossá választották.

**Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.** Megválasztottak: A III. sz. belklinikához *Bencze Gyula* dr. tanársegédnek (meghosszabbítás); a II. sz. nőklinikához *Frankó Sándor* dr. díjas gyakornoknak, *Takács Zoltán* és *Kende Béla* dr.-ok gyakornoknak; az ideg- és elmekórtani klinikához *Bakody Aurél* dr. díjas gyakornoknak; az élettani intézethez *Körösy Kornél* dr. I. tanársegédnek (meghosszabb.); a közegészségtani intézethez *Fillinger Ferenc* dr. tanársegédnek, *Andriska Viktor* és *Surányi Ede* gyakornoknak.

A tanártestület a 2000 koronás állami utazási ösztöndíjra *Ángyán János* dr.-t, az 1000 koronás gróf *Pálffy János*-féle ösztöndíjra *Thury Lajos* terjesztette fel s a 300 koronás gróf *Andrássy Szerafina*-féle szorgalmi díjat *Szabó János*nak és *Harnik Jenő*nek, a 130 koronás *Barna Ignác*-féle szorgalmi díjat *Gábor Ernő*nek, a 800 koronás *Fischhoff*-féle ösztöndíjat *Bickel András*nak és a 800 koronás *Balogh Kálmán*-féle millenaris ösztöndíjat *Gózonny Lajos*nak ítélte oda.

**A Magyar Sebésztársaság IV. nagygyűlését** június 1.-étől 3.-áig tartja a Nemzeti Múzeum dísztermében *Ludvik Endre* udv. tanácsos, a dunajbóparti kórházak igazgatójának elnöklete alatt. A nagygyűlésen tárgyalásra kerülő vitakérdések a következők: 1. A *diabétes sebészeti vonatkozásai*. Referensek: *Benedikt Henrik* (Budapest) és *Szigethy Gyula Sándor* (Kaposvár). 2. A *medencebeli genyedések kérdése*. Referens: *Bäcker József* (Budapest). 3. A *sérvek gyökeres gyógyításának kérdése*. Referensek: *Fáykiss Ferencz* (Budapest), *Borbély Samu* (Torda) és *Winternitz Arnold* (Budapest). A napirendre tűzött referátumok mind elkészültek és az elnökség azokat a Magyar Sebésztársaság tagjainak már megküldte. A nagygyűléssel kapcsolatban a magyar sebészeti múzeum is megnyílik; a becses gyűjtemény a tagok áldozatkészségéből létesült és ideiglenesen a Nemzeti Múzeum egyik helyiségében nyert elhelyezést. Előadások és bemutatások bejelentése, igényjogosultságok vasúti kedvezményes jegyekre, valamint új tagok felvételére vonatkozó ajánlatok a titkárhoz (*Manning Vilmos* dr., VIII., Horánszky-utca 27) intézendők.

**Pályadíjat és jutalomdíjat nyert orvostanhallgatók.** Május 13.-án volt a budapesti egyetem alapítási ünnepe, melyen a rector magnificus átadta a pályadíjat nyert egyetemi hallgatóknak díjaikat. Az orvosi karon pályadíjat nyertek a következők: *Rudó Kamilla* a kórtanból, *Móczár László* a kórboncztanból, *Rohonyi Hugó* az élettanból, *Winter Mária* az elmekórtanból, *Halász Margit* és *Gáti Mór* pályabonczolásért, *Gonda Viktor*, *Lehner Imre* és *Weichhart Györgyike* szemészeti körleírásukért. Szorgalmi díjat kaptak: *Szórady István*, *Fischer Győző* és *Elischer Ernő*.

**Meghalt.** *Liel József* dr. községi orvos 62 éves korában május 13.-án Hódshágon. — *Zwiebach Vilmos* dr. brékai kórorvos 51 éves korában. — *Aldor Gyula* dr. 44 éves korában május 12.-én Temesvárt — *H. Braun*, a sebészet ny. r. tanára a göttingai egyetemen, 64 éves korában. — *H. Naegeli-Akerblom*, az orvostörténet magántanára Genfben. — *I. Bell* dr., a sebészet tanára a montreali egyetemen.

**Pályadíj vidéki kórházak építkezéséről.** A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűléseinek központi választmánya a „Vidéki kórházak építésének alapelvei“-t tárgyaló munka megírására pályázatot hirdet. A pályázat díja a Borsod vármegyei Orvos-gyógy-szerész-egylet által e célra adományozott 500 korona. A pályázók művek gépirással írva és jelígel levéllel ellátva 1912. évi május hó 15.-éig a központi választmány elnökéhez: *Entz Géza* dr. udvari tanácsos, egyetemi tanár úrhoz (Múzeum-körút 4) küldendők be. A pályadíj az 1912. évi augusztus hó folyamán tartandó veszprémi vándorgyűlésen fog kiadatni.

**La Maison du Médecin** néven nem rég nyílt meg Franciaországban az orvosok adakozásából az első menedékház elaggott és elszegényedett orvosok részére. Az asyllum, mely Párisból 100 kilométernyire, Brezollon-ban van, régi kastélyból, parkból és hozzá tartozó földekből áll. A menedékházban tíz orvos talált elhelyezést és teljes ellátást, egyelőre nem ingyen, hanem évi 1200 frankért. A gyűjtést folytatják, hogy egyfelől ezt a díjat elengedhessék, másfelől pedig új menedékházakat nyithassanak meg.

**A XV. nemzetközi közegészségtani és demographiai congressus** 1912 szeptember 23–28.-án lesz Washingtonban. A díszelnökséget *Taft*, az Egyesült Államok elnöke fogadta el, főtitkár *John S. Fulton*, Washington, Army Medical Museum. A congressus a következő szakosztályokra oszlik: 1. A közegészségtan körébe vágó mikrobiológia és parasitologia. 2. A táplálkozás hygienéje, közegészségtani physiologia. 3. A gyermekkor és iskola egészségügye. 4. Ipari egészségügy. 5. A ragadós betegségek nyilvántartása. 6. Állami és városi közegészségügy. 7. A közlekedésügy egészségügye. 8. Hadi egészségügy, gyarmati és hajózási egészségügy. 9. Demographia. A congressus hivatalos nyelve az angol, francia és német.

**Szabóky János** dr. volt egyetemi tanársegéd fürdőorvosi gyakorlatát Gleichenbergben újból megkezdette.

**Czifrusz Dezső** dr. királyi tanácsos orvosi gyakorlatát Stoósfürdőn ismét megkezdette.

**Turán Bódog** dr. orvosi gyakorlatát Franzensbadban („Prinz Wales“) ismét megkezdette.

Lapunk mai számához **Balla Sándor „Hunniá“** gyógyszerész, Budapest, VII., Erzsébet-körút 56. sz., prospectusa („Radium-oldatok“, az Allgemeine Radium Act.-Ges. és „Neurolin Balla“ tonico-sedativum) van csatolva, melyre olvasóink figyelmét ezennel felhívjuk.

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

**Dr. Turán Bódog** május hó 1.-étől október hó 1.-éig Franzensbad („Prinz Wales“).

Elektrotherapiai kurzus május 17–20, Röntgen-kurzus május 22–27. Jelentkezéseket elfogad **Reiniger, Gebbert** és **Schall r.-t.**

**DR. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13–15.** Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

**Orvosi laboratorium:** **Dr. MÁTRAI GÁBOR** v. egy. tanársegéd. Telefon 26–96. VI., Ó-utca 39.

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

**Dr. Stein Adolf** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112–95.

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vízgyógyintézet **megnyílt.** posta VISEGRÁD (Pestmegye)

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Diätetikus konyha. Pensio — fürdőhasználattal és ötszöri étkezéssel együtt — heti 70 koronától feljebb. Kívánatra prospectus.

**Gyermeksanatorium PORTORÉ** (Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. **Egész éven át nyitva.** Feinlőtteknek külön osztály. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr. Prospectus.

**Epileptikus betegek intézete**

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István** dr., igazgatótulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**Ujtátrafüred Sanatorium**

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós** dr. **Egész éven át nyitva.**

**ZANDER-intézet HÉVIZ.**

Megnyílik f. évi júniusban. — 10 holdas természetes meleg forrástó; radioactiv iszap. — Felvilágosítást ad **Dr. SCHULHOF V.** fürdőorvos, **Hévíz**, Keszthely mellett (Zalamegye), **Ferencz József**-ház.

**Játtra-Széplak** Magaslati gyógyhely-sanatorium. Üdülők, vérszegények, idegbetegek és Basedow-kórosok részére. **Egész éven át nyitva.**

**Dr. Szili Sándor** v. egyetemi tanársegéd, VII., Király-utca 51. szám. Telefon 157–71. Vegyi, görcsői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

**BAD HALL** □ **OBERÖSTERREICH**

**Dr. WILHELM POLLÁK**, Bahnhofstrasse.

**Iglófürdő** **Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében** fenyvesek közepén. Fekvécsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diätetikus konyha stb. Jutányos árak. Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla.**

**ERDEY Dr. sanatoriuma.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK**  
fürdőkhoz.  
:: LÁPSÓ ::  
száraz kivonat  
ládákban a 1 kiló  
LÁPLÚG  
folyékony kivonat  
üvegekben a 2 kiló

Budapesti Szanatóriumok és Gyógyító Intézetek Egyesülete	
A) Intézet bejáró betegeknek.	
<b>ZANDER</b> Budapesti gyógy-mechanikai-int. :: Muzcum-körút 2. :: Igazg.-orvos dr. Reich Miklós.	Testgyenyésítés, svéd- és mechanikai gymnastika. Szénsavas, forrólég- és villamos fürdők. Elektromágneses, villamos és vízgyógyeljárások.
<b>Elektromágneses gyógyintézet</b> VII., Városligeti fasor 15.	Az összes modern villamos gyógymódok. <b>Röntgen-laboratorium.</b> Vezető-orvos: <b>dr. Réh Béla.</b>
Testgyenyészet osztály a <b>Dr. Jakab-féle Liget-sanatoriumban</b> VI., Nagy János-utca 47.	Testgyenyészet, testfejlesztő torna, gyógymechanikai intézet, svéd torna. Vezető orvos: <b>Dr. Milkó Vilmos.</b>
<b>Dr. JUSTUS</b> bőrbajokat gyógyító és szépségápoló intézete IV., Károly-körút 14.	<b>Sugaras gyógyítás. Röntgen. Forró légkészülék. Fürdők. Kozmetikai műtétek.</b>
<b>Dr. Pajor sanatorium</b> VIII., Vas-utca 17.	<b>Vízkuúra, pöstyéni iszapkuúra, villanykezelés, Inhalatorium.</b>
<b>Dr. Róth</b> orthopéd. sanatoriuma és vizgyógyintézete, Stefánia-út 55. Benlakóknak is.	Testgyenyésítés automata készülékeivel s corsetteivel. Svéd torna. Törött vagy izületgyulladásos láb fennjáró kezelése.
<b>FANGÓ GYÓGYINTÉZET</b> a Körúti fürdőben VII., Erzsébet-körút 51.	Részleges Fangó- (iszap) göngyölés. Massage, vill. Iszapeladás. Vezető: <b>Vándor Dezső dr.</b>
B) Intézet belakó betegeknek.	
<b>Dr. Jakab-féle Liget-sanatorium,</b> VI., Nagy-János-u. 47.	Diétás, diagnostikus, fizioterapiás intézet belbetegek, idegbetegek, czukorbeteg, köszvényesek részére.
<b>Dr. Pajor sanatorium</b> VIII., Vas-utca 17.	<b>Belbeteg-, idegbeteg-, sebészi és nőbeteg-osztály.</b>
<b>Dr. Mátrai Gábor</b> v. egyetemi tanársegéd, Stefánia-út 55. szám.	<b>Czukorbeteg</b> vese-, gyomor-, belbetegek, köszvényesek diétás kezelése. Hízalókúrák. Bejárók részére is.
<b>Dr. GLÜCK-féle</b> vizgyógyintézet és sanatorium Városligeti fasor II.	<b>Felvételnek idegbetegek, belbetegek és üdülők.</b>
<b>Dr. Batizfalvy-féle sanatorium</b> VI., Aréna-út 82.	ideg- és belbetegek otthona. Vizgyógy-módok. Villamos s diétás kezelések. :: Bejáróknak is. ::



Alapítattott 1856-ban.

Telefon : 958.



## Fischer Péter és tsa r. t.

es. és kir. udv. szállítók, BUDAPEST.

**Orvossebészi műszerek, orthopaediai készülékek, villanygépek és kötszerek gyára.**

**Főraktár:** Kossuth Lajos-u. 6. **Gyár:** Kossuth Lajos-u. 6.

Ajánlják saját készítményű orvosi műszer, sérvkötő, haskötő, müláb, műkar, támgép és betegápoláshoz szükséges összes gyártmányait.

**Specialisták:** műtő-, orvosi rendelő- és sterilizáló-szobák részére :: szükségelt készülékek és összes vasbútorok berendezéseiben. ::

**Költségtetések kívánatra azonnal díjmentesen beiktatnak.**

Letelepülő orvosok részére teljes felszereléseket kedvező fizetési (részletfizetésre is) feltételek mellett szállítanak.

**Allandó orvosi és műtőszoba-berendezés, vasbútor-kiállítás.**

## SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D<sup>r</sup> EGGER

Indicatioi: Anaemia. Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszerárban.



Uj, pompás gyógyépület.

# Rohitsch-Sauerbrunn

Stájer tartományi gyógyintézet. 600 szoba 2.-kor. tól feljebb, villamos világítás, lift, hegyvidéki forrásvíz.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

# Vasogen

**Salicyl-Vasogen 10<sup>0</sup>/<sub>10</sub>**

a beteg izületekre külsőleg alkalmazva a salicyl gyors és biztos hatásait érzük el vele és teljesen ment a salicyl belső adagolásakor jelentkező ismert, kellemetlen mellékhatásaitól.

*As értéktelen utánszatók elkerülése czéljából kérjük mindig csak „PEARSON”-féle eredeti csomagolást rendelni.*

# Lactagol

egy specifikus ható lactagógum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmentyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2 nap mulva világosan észrevehető.

**Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.**

Főraktár Ausztria és Magyarország részére :  
**Maager Vilmos, Beccs, III/3. Heumarkt 3.**

## Alboferin-kompozitók

dragiert tablettákban. 76

**Arsen-Alboferin** tablettánként 1/10 mg. natr. kakodylicum tartalommal. A táplálkozás előmozdítására vérszegénység, sápkór, görvélykór, neurasthenia stb. Naponta 2-3-szor 2-3 drb. Ára: egy nagy doboz 100 darabbal K 3.20, egy kis doboz 50 darabbal K 1.60.

**Guajakol-Alboferin** tablettánként 0.15 g. kalium sulfogujajakol tartalommal. Az emésztés erősítésére és előmozdítására katarhusoknál és a légutak egyébnemű affectióinál. Naponta 3-szor 3 drb. Ára: egy 100 darabot tartalmazó nagy doboz K 3.50, egy 50 darabot tartalmazó kis doboz K 1.75.

**Jod-Alboferin Nr. 1.** tablettánként 0.025 jodkaliummal. Gyermekek-scrophulosisnál eredményesen alkalmazható. Naponta 2-szer 1-2 drb. Ára: egy 100 darabot tartalmazó nagy doboz K 3.20, egy 50 darabot tartalmazó kis doboz K 1.60.

**Jod-Alboferin Nr. 2.** tablettánként 0.05 jodkaliummal. Luetikusoknál utókurára és egyébnemű jodkúráknál. Naponta 2-3-szor 3-4 drb. Ára: egy 100 darabot tartalmazó nagy doboz K 3.40, egy kis doboz, 50 darabbal K 1.70.

Irodalom: Reichelt József dr. (Klinisch-therapeut. Wochenschrift 1909. évi 34. sz.) „Ujabb tapasztalatok Alboferinum purum és Alboferin-kombinációkkal.”

**Gyógyszertárakban orvosi rendelésre kapható.**

Gyár és főszékhely: **G. HELL & COMP., TROPFAU és WIEN, I., Biberstrasse 8.**

■ **Gerinczvelő- és idegbetegségek.** ■

## Ataxia. Zavarok a járásban és bénulások.

Kezelés **FRENKEL-féle** módszer szerint

**Dr. FRENKEL-HEIDEN** személyes vezetése alatt

:: a **QUISISANA SANATORIUMBAN** ::

Grunewald Berlin mellett, Winklerstrasse 24.

Összes modern berendezések. — Prospektus kívánatra.

**Dr. Heller** házi orvos. **Freiin Frida von Münchhausen**, főnöknő.

# Richter Gedeon vegyészeti gyára Budapest X.

## Bromlecithin Richter.

Tablettae Bromlecithin Richter 0·05. Tablettae Bromlecithini Richter 0·30

A neurasthenia specificuma.

Indicatiói: **Neurasthenia, hysteria, hysteroepilepsia, hemierania, súlyos idegbántalmak, kimerülés stb.**

## Jodlecithin Richter.

Pillulae Jodlecithini Richter 0·10. Tablettae Jodlecithini Richter 0·25.

Hosszú időn át minden kellemetlen melléktünetek nélkül adagolható. Fokozott jóthatást fejt ki.

Kitűnően válik be **asthma bronchiale, emphysema, bronchitis chronica, morb. mac. Werlhofii, serophulosis, lues eseteiben. Prophylacticum arteriosclerosisnál.**

## Ferrojodlecithin Richter.

Kellemes adagolási alakja a vasjodtherapiának.

Érvényre jut benne a vas és jod stimuláló, az organismus anyagcseréjét élénkítő és fokozó hatása, a lecithin (szerves phosphor) idegerősítő és testsúlygyarapító tulajdonsága.

Indicatiói: **Serophulosis, rachitis, primär és secundär anaemia, chlorosis, súlyos operatiók és betegségek utáni reconvalescentia.** Prophylacticum arteriosclerosisnál.

Forgalomba jó 0·05 gr.-os dragierozott pillulákban.

## Lecithin Richter.

Természetes glycerophosphat.

Főjavallatai: **Neurasthenia, rachitis, serophulosis, szellemi és testi kimerülés utáni állapotok.**

## Lecithin Granulée Richter.

Legízletesebb lecithin-készítmény. Napi adag 3—6 mércze tejben, folyadékban.

Nyári hónapokban a esukamájolaj pótszere.

Tonogen Suprarenale Richter.  
Tonocain Suprarenale Richter.  
Lecithin Tabletta Richter.  
Ol. Jecor. as. c. Lecithino  
Richter.

Lecithin Granulée Richter.  
Peroxyd szájvíz Richter.  
Proteoferrini Richter.  
Okistyptin Richter.  
Alexipon Richter.

Ovarii Tabletta Richter.  
Thyreoidae Tabletta Richter.  
Parabismuth Richter.  
Peroxygenol Richter.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1911 május 15.-én) 375. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya (1911 február hó 20.-án tartott ülés) 376. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (I. ülés 1911 február 28.-án) 377. l. — Közkórházi Orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1911 február 22.-én) 379. l.

**Magyar Tudományos Akadémia.**

III. osztály ülése 1911 május 15.-én.

Elnök: Entz Géza.

Jegyző: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. **Lenhossék Mihály** r. tag: **A zonula ciliaris fejlődéséről.** Az előadó vizsgálatait 4—21 napos tyúkembryókon végezte, egyfelől közönséges módon festett sorozatokon, másfelől a *Cajal*-féle ezüstözési eljárással, mely az üvegtest-fibrillumok és zonularostok festésére specifikus módszernek mondható. Vizsgálatainak eredményei eltérnek a zonula megítélésében mutatkozó újabb áramlattól s inkább egy régebben kifejezett nézetnek adják meg az eddig hiányzott való alapot. A zonularostok nem a sugártestet borító hám nyúlványai, mint újabban többen állítják, hanem az üvegtest rostjaiból differenciálódznak ki. A szemnek később a zonulát magába foglaló területe csak a 4. napon túl fejlődik; a mint kifejlődik, meg is telik mindjárt az üvegtest felől beléje burjánzó rosthálózat. A 7. napon látjuk a hálózatban a zonularostok első nyomát egyes erősebb gerendák képében, a melyek eleinte sem a lencsét, sem a ciliaris hámot nem érik el. A lencsetokhoz a 14. naptól kezdve forradnak oda, a ciliaris hámmal pedig csak a 18. nap körül; addig e hámtól egy sajátságú, egynemű állományból álló keskeny réteg választja el őket, a melynek az eltűnésével tudnak csak a sugártest hámjához hozzáférni. A zonularostok tehát nem a hámból nőnek ki, hanem ők nőnek a hám felé s csak másodlagosan tapadnak hozzá. Az üvegtest a zonulaterülettől a 14. naptól fogva kezd elhatárolódni oly módon, hogy közvetlenül e terület mögött a rostjai megerősödnek s később összefüggő lemezzé, az üvegtest elülső határhártyájává olvadnak össze; ez a folyamat azonban csak a 21. nap után fejeződik be. A zonula fejlődésében nevezetes fordulópontra a 18. nap: ilyenkor tűnik el a zonularostok közt levő finom hálózat, a mivel a zonularostok önálló képződményekké lesznek. Azok a fibrillumok, a melyeket a szerzők a zonularostok intraepithelialis folytatásaként írnak le, nem ilyenek, hanem a hámszövetek protoplasmájának differenciálódásai, a melyek alkalmasint mechanikai hatásokra, a zonularostok által kifejtett húzás ingerére formálódnak ki a sejtekben.

2. **Lenhossék M.** rendes tag bemutatta tanársegédének, **Nagy László** dr.-nak „**A bélcsatorna szöveti fejlődése az emberi embrióban**“ című dolgozatát. A vizsgálatok, melyek számos emberi embrióból összeállított sorozaton végeztek, a következőket derítették ki: A bélfal legfontosabb rétege, a nyálkahártya fejlődésében kettős tendenciát mutat: egyfelől a felületet nagyobbítja a resorptio céljából, másfelől mirigyeket produkál az emésztéshez szükséges nedvek előállítására. A felületet nagyobbító folyamat a hám és a kötőszövet működésének közös eredményeképpen a gyomorban a foveola gastricákat, a vékonybélben a bolyhokat s a vastagbélben a *Lieberkühn*-féle kriptákat hozza létre. A mirigyek activ benövés által fejlődnek; először mint tömött hámbimbók jelennek meg, majd e hámbimbók lument kapnak s meghosszabbodásuk közben a finomabb szöveti differenciálódás is megtörténik. Lenövés által keletkeznek, tehát valódi mirigyek a gyomor különböző mirigyei, a *Brunner*-féle mirigyek s a vékonybél *Lieberkühn*-féle mirigyei. A vastagbélben mirigyburjánzás a kripták fenekén elenyészően csekély mértékben mutatkozik. A régi *Kölliker*-, *Barth*-, *Brand*- stb. féle nézet, a mely szerint a mirigyek a bélcsatorna bolyhainak totalis (gyomor, vastagbél) vagy

partialis (vékonybél) összenövéséből származnak, nem állhat meg. A vékonybélben és vastagbélben eddig egyaránt *Lieberkühn*-féle mirigyeknek vagy kriptáknak nevezett képződmények nem egyenrangúak; a míg a vékonybélben levők valódi mirigyek, a vastagbélben fekvők csak a felszint növelő kiöblösödések, a melyeket a vékonybél *L*-féle *mirigyével* szemben állandóan a *L*-féle *krypta* elnevezéssel kell megkülönböztetni.

3. **Lenhossék Mihály** r. tag bemutatja **Hillebrand Jenő** dr. értekezését „**A Balla-barlangban talált diluvialis gyermekcsontokról**“. 1909 nyarán *Hillebrand* dr. a borsodmegyei Répáshuta község határában levő Balla-barlangban végzett ásatásai alkalmával egy gyermekcsontváz maradványaira akadt, határozott diluvialis rétegben. A csontok állapota és különösen a koponya alakja is diluvialis korra utal. *Hillebrand* dr. a csontokat az I. sz. anatómiai intézetben vizsgálta meg pontosan. Legérdekesebb a koponya, melynek legnagyobb része megvan. A koponya rendkívül keskeny és hosszú; indexe 69:8, tehát határozott dolichocephal, a mi ilyen fokban hasonló korú — kb. 14 hónapos — gyermekek a mai európai raceokon alig fordul elő. Feltűnő még a rendesenl zömökebb és az állcsúcs tájékán legömbölyítettebb állkapocs, továbbá a felkar felső végének szokatlan alakulása. A csontváz a koponya típusa szerint azon diluvialis emberfajta sorozható, melyet *Klaatsch* újabban Aurignac-racénak nevez s melynek tulajdonságait eddig három csontleleten volt alkalom tanulmányozni: a Galley-Hill mellett talált koponyatetőn (1888), a Brünnben talált koponyán (1891) s az 1909-ben Délfranciaországban, Combe-Capelle mellett kiásott teljes csontvázon. Ez a race tehát egész Európában el volt terjedve s e mellett az egész diluviumon át fenmaradt, mert az eddigi leletek a középső diluviumra vonatkoznak, a jelen lelet pedig a felső diluviumra.

4. **Udránszky László** levelező tag bemutatja **Hermann Imre** „**Adatok a fehér fénynek színes fényhatást gyöngítő képességéhez és a contrast elméletéhez**“ című dolgozatát. A fehér fény intenzitása és „gyöngítő“ képessége közti összefüggést a *Révész*-féle kísérleti eljárással két kísérletsorozatban vizsgálva, azt találta a szerző, hogy a kritikus szürkénél világosabb szín hatása — egyforma világosságot feltételezve — annál jobban gyöngül, minél több objectiv fehérrel vegyül; a gyöngítő hatás, bizonyos kisebb fehér fényintenzitáson túl, az objectiv fehér fény intenzitásával közel linearisan nő. *Révész* azon felfogásának helyességét, hogy a kísérletek alkalmával észlelt gyöngítés az objectiv fehér fényinger hatásának tulajdonítható, a biztossággal határos valószínűséggel kimutatta. Kimutatta továbbá, hogy a gyöngítés a színqualitástól csak látszólag függ és igyekezett igazolni, hogy e látszólagos függés a használt színek különböző objectiv fehér-tartalmának a következménye, a mivel az eddigi fölfogással ellentétbe jutott.

*Révész* kísérletei, az itt közölt eredmények és a *Pretori* és *Sachs*-féle két contrast-törvény alapján odajutott, hogy egyrészt az objectiv világossági és színes folyamat, másrészt a contrast (subjectiv) világossági és színes folyamat közt különbségnek kell lenni oly értelemben, hogy az objectiv ingerületek keletkezési helye peripheriasabban, a contrastnak megfelelő ingerülete, megindulási helye viszont centralisabban van a fényingerület physiologiai pályáján, centrumnak az agyvelőbeli látóközpontot véve. A gyöngítésnek pedig a contrast-hatás keletkezési helyénél peripheriasabban kell megtörténnie vagy legalább is megindulnia.

## A budapesti kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(1911 február hó 20.-án tartott ülés.)

Elnök: Donath Gyula.

Jegyző: Frey Ernő.

### A psychotherapiás irányzatokról.

Donath Gyula: (Egész terjedelmében fog megjelenni.)

### A Bernstein-féle egyszerű emlékeztetvizsgáló módszer alkalmazása gyengeelméjűeken.

**Török Ödön:** Az emlékeztet vizsgálására a legújabb időben használt módszerek között a legegyszerűbb a „reproduktív” módszer, mely bizonyos tárgyak (betűk, alakok, szavak stb.) felfogásából és megjegyzéséből s azután a róluk alkotott képzetek reprodukálásából áll. Azonban még ezen egyszerű módszer sem sikerül bizonyos egyéneken, pl. elmebetegeken. Azért *Bernstein* moszkvai psychologus még ennél is egyszerűbb módszert szerkesztett, mely gyermekeken, felnőtteken, elmebetegeken és gyengetehetségű gyermekeken is a legkönnyebben alkalmazható s a melynél a látott és felfogott alakok nem reprodukálhatók, hanem azokat több hasonló alak közül kell felismerni. A vizsgálat következőképpen történik:

Egy keretbe különböző alakú igen egyszerű 9 drb. rajzot helyezünk, melyet a kísérli személy 30 másodpercig szemlél és ezen alakoknak formáját jól megjegyzi, hogy azután — közvetlenül a keret eltávolítása után — ezeket a több más többé-kevésbé hasonló 25 ábrát tartalmazó táblán

felismerje. Az eredményt a  $\frac{v}{n} + h$  formula szerint írjuk fel, melyben  $v$  a valóban felismert alakok számát,  $n$  az eredetileg előmutatott figurák számát,  $h$  pedig a hamis, a téves adatok számát jelenti.

*Bernstein* vizsgálatokat végzett elmebetegeken és arra az eredményre jutott, hogy a különböző elmebajoknak különböző adatok felelnek meg. Azonkívül vizsgálatokat végzett módszerével 286 tanulón (7—15 éves korig), melyeknek eredménye a következő: a felismerő képesség a gyermek korával viszonyban áll, még pedig a korról emelkedik a való, és csökken a hamis emlékezések száma, tehát emelkedik az emlékeztet által felfogott tárgyak felismerésének pontossága. Jellemző fiatal gyermekekre a való adatoknak viszonylagos kis száma. A való adatoknak kisebbedése, a hamisaknak ugyanazon időben emelkedésével, az egyén korának megfelelő közép számmal szemben, kóros.

A bemutató is végzett vizsgálatokat 68 gyengetehetségű gyermekeken, mely vizsgálatok eredményeként ezek a következtetések vonhatók: 1. A *Bernstein*-féle vizsgáló módszer a gyengetehetségű gyermekeken is a legnagyobb könnyűséggel vihető keresztül. Alig akad egy-két kiskorú (7—8 éves) gyermek, a kívül többszöri kísérlet után sem sikerült a dolgot megértetni; ugyanezen eredményre jutott e tekintetben *Bernstein* is egy-két fiatal (7—8 éves) *normalis* gyermekeken.

2. *Bernstein*-féle vizsgálattal gyengetehetségű gyermekeken a korra következtetni nem lehet, mert semmiféle rendszert sem tudunk felfedezni; mint a vizsgálatokból kitűnik, például több 7 éves tanulót találtunk, ki jobb eredményt adott, mint a 12 vagy 13 éves. A vizsgálat sokkal durvább, semhogy vele az abnormitást megállapítani lehetne.

Tekintve a módszer rendkívül egyszerű és könnyű voltát, gyengetehetségűeken a korkülönbségtől eltekinthetünk és akkor arra az eredményre jutunk, hogy ezen módszerrel általában következtetni lehet a gyermek értelmi fokára, természetesen nem absolute biztosan, mert voltak esetek, mikor a jobb tanuló rosszabb eredményt adott (pld.  $\frac{6}{9} \times 9$  és  $\frac{8}{9} \times 0$ ) mint a gyengébb. Hanem, ha egy gyermekeken az átlagnál rosszabb eredményt kapunk, ez mindenestre felkelti a gyanút a nagyobb közös elváltozásra, úgy hogy ezen módszer a

gyenge tehetség fokának megállapítására mindenestre segítő eszközül szolgál.

### Bulbaris vérzés lueses alapon.

**Reuter Camillo:** J. J., 29 éves. 1902—3-ban luest szerzett, rendszeresen nem orvosolták. 1906-ban gyakori fejfájás. Egy ízben elszédült s egy negyed órára eszméletét veszítette. Naponta kb. 1½ liter bort ivott. 1907 november 19.-én hirtelen lehajtott 2—3 deci bort, erre eszméletlenül összeesett. Eszméletlenül maradt reggelig, a mikor kórházba vitték. Ott zavartan kiabált, lármázott. Vizsgálatkor (1907 december 5.) oculomotorius-bénulás, nyelési nehézség, bulbaris beszéd, baloldali facialis-bénulás, élénk térd- és Achilles-inreflex, lábclonus található. A papilla ép. Babinski nincs. Az érzés ép. Óriási ataxia. Később exophthalmus. Erélyes antilueses kúrára állapota fokozatosan javul. Hosszabb idő óta fennálló gerinc- és láb-fájások. Ekkor 0.5 gr. salvarsan subcutan. Két hét múlva a Wassermann-reactio negativ. 1911 február 10.-én ismét 0.6 gr. salvarsan intravenásan. Utána az oculomotorius-bénulás feltűnően javul. Szintúgy javult az ataxia is.

**Sarbó Artur:** A rendkívül érdekes és tanulságos bemutatáshoz két szempontból kíván hozzászólni. Először is a salvarsan hatását illetőleg konstatálni kívánja, hogy a bemutatott eset is igazolja felfogását, hogy régi idegrendszer-syphilis-esetekben a salvarsan sikerrel alkalmazható; jelen esetben is az éveken át fennállott oculomotorius-hűdés a salvarsan-injectióra megszűnt. A második szempont, a miért hozzászól, a diagnosis kérdése. A tünetek összessége sclerosis multiplex képét adja; minthogy azonban kétségtelen a lueses eredet, azon esetek jutnak eszébe, melyekben a lues hozzá létre e tünetcsoportozatot (*Oppenheim*, *Nonne* stb.). A kérdés csak az lehet, hogy agyalapi meningealis gummás folyamatot vegyünk e fel, vagy pedig gócz-tüneteket a gerinc- és nyúltvelőben? A salvarsan hatásából (gyógyult oculomotorius-hűdés) az utóbbi lehetőséget nem tartja valószínűnek, mert ha az oculomotorius-hűdés gócz-eredésű, nem igen volna érthető a megszűnése, míg gummás folyamat felvétele mellett ez érthető.

**Donath Gyula:** Az előadó esete felbátorít a salvarsan használatára lueses bulbaris laesionál is. Itt azonban előzőleg már kéneső is használtatott, a miből talán azt a javallatot meríthetnők, hogy ily esetben használjuk óvatosságból előbb a veszélytelen kénesőt vagy jodot és csak a tünetek javulása után a salvarsant.

**Schaffer Károly:** Azon nézetének ad kifejezést, hogy a beteg sclerosis multiplexben szenved. A skandáló jellegű beszéd, az ataxosasmusos járás, a két éven át stationarius állapot ezt látszik igazolni. Figyelmeztet arra a mindjobban kialakuló klinikai tényre, hogy a sclerosis multiplex, éppen azért, mert az egész központi idegrendszer bárhol megtámadhatja, felette változatos tüneti körkép, a mely a *Charcot*-féle klasszikus körképpel néha alig látszik azonosnak. Ismerünk apoplectiform, hemiplegiás, azután kisagyvelői, pontobulbaris és végül spinalis típusú alakokat, a melyeknek a sclerosis multiplexhez való tartozását talán csak az optikus bántalma, a szemizomhűdés (jelen esetben is megvolt) avagy a kényszer-nevetés vagy sirás teszi valószínűvé. Lueses alapon nem tud elképzelni oly stationarius kórállapotot, mint a milyen a bemutatott.

### A salvarsan intravenás alkalmazása.

**Winter Ferenc:** Az arsenobenzolt főleg metasyphilises bajok ellen, de egyéb idegrendszerbeli megbetegedésekben is alkalmaztuk. Már a priori sem tételeztük fel természetesen a betegségek gyógyítását, de az arsennek régebben is tapasztalt hatását akartuk kipróbálni, melyet az érzőkörre gyakorol, főleg a tűrhetetlen fájdalmak leküzdésében. Az esetek többségében kedvező volt a hatás, de hogy meddig tart, azt még nem tudhatjuk. Vannak eseteink, a hol a lancináló fájdalmak 4 hó óta nem jelentkeztek újra.

A gyakori nekrosisos miatt a bőr alá és az izomba fecskendezést abbahagytuk és most kizárólag intravenás infúzióval dolgozunk, mely módszer mellett a kellemetlenségek minimalisak; némi hányás, hasmenés és alacsony hőemelkedés követi az infúziót minden helyi reactio nélkül.

Különösen érdekes egy 62 éves férfi esete, ki 6 év előtt szerzett luese után 2 évvel epilepsiás görcsöket kapott, melyek sűrűn jelentkeztek és később emlékeztetbeli csökkenéssel és a szellemi képességek hanyatlásával jártak. Ez a beteg a salvarsan infúziója óta — már 4 hete — teljesen jól érzi magát, görcse nem volt, szellemi frissége visszatért.

30 esetünk volt: 6 tabes, 13 dementia paralytica, 1 neuralgia luetica, 2 sclerosis multiplex, 1 epilepsia lueses talajon, 1 paralysis bulbaris luetica, 1 atrophia musculorum progr., 2 cephalalgia hysterica, 3 cerebialis lues.



**Moravcsik Ernő:** Az intravenás salvarsan-injectiók nem veszélyesek s a reakciók sem oly nagyok, hogy e miatt el kellene térni ezen egyszerű használat-módtól. A subcutan injectiók felett oly nagyok az előnyei, hogy mindenképpen az intravenás injectiókat kell alkalmazni a salvarsan-therapiában. A szövet-necrosisok és egyéb reakciók, a melyek a subcutan injectiók után előfordulnak, az intravenás kezeléssel teljesen elkerülhetők.

**Sarbó Artur:** Hivatkozik az Ehrlich-féle szerrel tett tapasztalataira és ő is oda konkludál, hogy az arsenobenzol alkalmazás-módja az intravenás injectio formájában fog kialakulni. 18 esetben alkalmazta az arsenobenzolt intravenásan (Török Lajos-sal egyetemben), de nyolcz hét előtt tett egyik tapasztalata alapján ettől az eljárástól elfordult. A Ferencz József-kórháznak egy maculopapulosus syphilitis miatt beoltott 32 éves betegén, a kit consultative látott, az intravenás injectio jobb-oldali hemiplegiát és teljes motoros és részleges sensorius aphasiát hozott létre, mely állapot ma is változatlanul fennáll.

Ugyanazon phloa salvarsan felét egy másik egyén kapta, a ki az arsenmérgezés súlyos tüneteit (40° láz, hányás, hasmenés) mutatta csupán, de rendbejött, míg a hivatkozott esetben az injectio után néhány órával eszméletlenség, általános rángó görcsök jelentkeztek és másnap hemiplegia. Ezen esetben a hatást csak úgy lehet magyarázni, hogy az arsenobenzol a lappangó peri- és endarteritis súlyosbította, illetve a Herxheimer-reactióhoz hasonló állapotot teremtett, mely érpedésre vezetett; e felvételt támogatja azon körülmény, hogy a bőrön is volt észlelhető Herxheimer-reactio. Ezen észlelt esethez csatlakozik az a tapasztalása, melyet myelitis syphilitica egy esetében tett (a melyről már az orvosegyleti discussio alkalmával is megemlékezett), a melyben intraglutealis arsenobenzol-injectióra súlyosbodás állt be, a melyet szintén csak az arsennek a feltehető peri- és endarteritis lueticára gyakorolt káros hatásából magyarázhatott. Végül megemlékezik egy esetről, melyet Török Lajos-sal egyetemben észlelt. A férfibeteg 1910 szeptemberben maculopapulosus syphilitis miatt kapott arsenobenzolt; novemberben súlyos agyvelőtünetek, december elején eszméletlenség, halál következett be. A bonczoláskor az arteria vertebralis thrombosisa, peri- és endarteritis syphilitica és lágyulás a ponsban volt kideríthető. Nem akarja ez esetben a káros hatást az arsenobenzolnak egyedül betudni, de fontos ez észlelés abból a szempontból, mert mutatja, hogy a syphilitis ezen ú. n. második szakában számolnunk kell a peri- és endarteritis syphilitica lehetőségével. Valamennyi felsorolt esetben az arsenobenzol káros hatását csak úgy tudjuk magyarázni, ha ezen peri-endarteritis luetica jelenlétét felvesszük. Mindezekből azt a következtetést vonja, hogy ne alkalmazzuk a salvarsant az idegrendszer luesének eseteiben, ha peri- vagy endarteritis lehetősége fenforog. A hemiplegiás-aphasiás esetben tett tapasztalása alapján a maga részéről a salvarsant intravenásan többé nem alkalmazza és kötelességszerűen figyelmeztet a káros hatásokra. Ebből azonban nem vonja le azt a következtetést, hogy a salvarsant egyáltalán ne alkalmazzuk, sőt utal arra, hogy az ú. n. defectussal gyógyult idegrendszer-syphilitis-esetekben e szertől igen szép functionalis eredményeket látott és azt hiszi, hogy ily esetekben szép sikerek érhetők el. Tapasztalásai alapján felállítja a tételt, hogy az idegrendszer syphilitisének heveny eseteiben maradjunk a régi kezelés mellett és utána adjuk a salvarsant; defectussal gyógyult idegrendszer-syphilitis eseteiben jó eredménnyel adhatjuk a salvarsant. Az intravenás alkalmazását a szernek a maga részéről egyelőre nem ajánlhatja.

**Fischer Ignác:** Tisztán elméleti szempontból óhajt ezen kérdéshez hozzászólni. Ő sem az intravenás, sem a salvarsan más befecskendezés-módját nem használta, de igenis figyelemmel követte, hogy készíti el a hozzáértő szakorvos az oldatot s hogy injiciálja azt. A salvarsan anorganikus vegyület lévén, oldott állapotában sincs kizárva, bármennyire tisztá is az oldat, hogy egyes finom részei suspensióban maradnak, már pedig, ha bármily csekély rész suspendálva van, a véreerek azon helyein, a hol a falazat nem teljesen ép, nagyon könnyen thrombuszt létesít, mely thrombuszból egy kis rész leválván, agyembolia támadhat súlyos elváltozásokkal, sőt halálos kimenetellel. Az irodalomban találhatók ilyen esetek.

**Donath Gyula:** A salvarsant ő eddig csak az idegrendszer lueses megbetegedéseiben és néhány tabes-esetben alkalmazta, még pedig mindig elsősorban intravenásan s ehhez 1-2 hét múlva a subcutan és intraglutealis injectiót csatolta. A mi a technikát illeti, nagy fontosságú az intravenás befecskendezéskor a kellő (500-szoros) hígítás, az oldat tehát 0.2%-os legyen és csak annyi kalilígót szabad tartalmaznia, a mennyi a kristálytisztá oldáshoz éppen szükséges. A suspensio kerülendő. Erőtéljes és épszívú meg ép érendszerű férfi részére 0.5, nő részére 0.4 gr. a salvarsan adagja, mely tehát 250, illetőleg 200 cm<sup>3</sup>-ben adatik. Előfordul néha, hogy nem a vénába, hanem melléje bökünk, akkor a tűt nyugodtan visszahúzzuk és újra pungálunk; épp úgy járunk, ha talán a venát egészen átböktük, a midőn néha elegendő a tűt kissé visszahúzni. Néha a vena a bőr alatt elcsúszik, czélszerű tehát a bőrt a vena felett a másik kézzel kissé rögzíteni. Egy kis légbuborékcsonka a csőben, ámbár azt a legnagyobb gonddal ki kell űznünk, nem árt, mert a kar-venákban a vérnyomás a vis a tergo következtében még kissé pozitív; a nagyobb légbuborék okvetlenül kerülendő. Eddigi 16 esetében kellemetlenség nem volt és mondhatja, hogy nem az intravenás befecskendezéstől, hanem a subcutan vagy intraglutealis injectiótól fél, mert az utóbbit követik rendszeren az infiltratiók és a fájdalmak nagyobb vagy kisebb mértékben. A depot-t mindig 3 helyre alkalmazzuk: a scapulától befelé és a glutealis tájon subcutan, továbbá intraglutealis a külső-felső negyedben, még pedig mind a hármát ugyanazon oldalon. Így csekélyebbek az infiltratiók és fájdalmak, a re-

sorptio is 3-szoros gyorsasággal történik. Határozottan helytelennek tartja a depot-t egy helyen készíteni. Néha a maximalis temperatura az intravenás befecskendezés után csak 37.8° C. volt; máskor rázóhideg mellett 39°-ra, sőt magasabbra is emelkedik, a mit nem a salvarsannak tulajdonít, mert ez konyhasó-infusio után is megtörténik, hanem a véresejtek, különösen pedig a fehér véresejtek oldódásának és a belőlük felszabaduló enzyemeknek, mert ezen oldatokat nehezen sikerül isotonniássa tenni. Néha úgyszólván semmi reactio sem következik be; a következő napon a beteg mindig jól van már.

**Glück Gyula:** Az intézetben Sellei József által végzett kb. 110 intravenás befecskendezés alapján szintén hozzászól a tárgyhoz. A beavatkozás veszélyességét illetőleg osztja az előtte szólók nézetét; a csekély hőemelkedésen és a hányáson kívül más kellemetlen tünetet nem látott, a műtétet veszélytelennek tartja. Különösen utal arra, hogy alaptalan a nagy folyadékmenyiségtől való félelem, inkább félhetünk a kis folyadékmenyiségtől, mert ha ez — mint a hogyan a Berliner klinische Wochenschriftben közölt esetben történt — nagyobb concentrációjú, halálos kimenetelt is okozhat. A mi a dolog technikai részét illeti, a technikát nem tartja nehéznek, de túlságos könnyűnek sem. Többnyire gyorsan és zavartalanul megy végbe a műtét; néha azonban a vena elcsúszik, a befekvő tű átböki a túlsó falat, sőt némely esetben, mint azt több szerző egybehangzóan állítja, teljesen lehetetlen a műtétet intravenásan végrehajtani. Végül még eldöntendő az a kérdés, hogy mi előnyösebb: az injectio vagy az infusio. Mindegyik beavatkozásnak vannak szószólói, de talán igazuk van a befecskendezés védőinek, kik azt mondják, hogy az injectióval a folyadékot részletekben hajtjuk be az erekbe és így inkább ellenőrizhetjük, hogy nem viszünk-e be léghólyagot vagy véralvadékat.

## A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(I. ülés 1911 február 28.-án.)

Elnök: Ónodi Adolf.

Jegyző: Lipscher Sándor.

### Mucocele fronto-ethmoidalis két operált esete.

**Paunz Márk:** A 38 éves férfin 1907 június havában, a 26 éves nőn 1910 decemberben kezdett fejlődni a jobb belső szemzugban a ligament. canthi int. felett mogyorónyi, ép bőrtől fedett, hullámzó képlet. Az orrlelet mindkét esetben negativ. Miután a próbametszés megmutatta, hogy a homloküreg tágulása áll fenn, mindkét esetben a Killian-féle gyökeres műtétet végezte, mely teljes gyógyulásra vezetett. Eddig összesen 5 hasonló esetet operált; mindegyik esetében hiányzott a sinus frontalis alsó fala, 4 esetben a hátulsó fal is, 1 esetben pedig az elülső fal is hiányzott. Négy esetében a rostaüregeknek hasonló tágulásával volt szövődve a baj és ezen esetekben úgy a lamina papyracea, mint az egyes rostaüregek közötti választófalak is hiányoztak; csak egy esetben szorított a bántalom tisztán a homloküregre. Három esetben az orrüregben semmiféle változás sem volt kimutatható, egy esetben rhinitis chron. atroph., egy esetben pedig az elülső rostaüregek idült gyuladása volt megállapítható. A műtét alkalmával azonban minden esetben a homlok- és a rostaüregek chronikus gyuladásának kétségtelen jelei voltak megállapíthatók. Jobb tehát a „mucocele“ elnevezés helyett a Killian ajánlotta „sinusitis frontalis chronica cum dilatatione“ elnevezést használni. A műtét igen egyszerű. Ha az elülső falat az orbitalis lécz meghagyásával kivessük, kész a Killian-féle gyökeres műtét. Az orr felé rendszerint könnyű széles közlekedést létesíteni a processus nasalis kivésése nélkül is; a középső kagylót nem kell okvetlenül csonkítani; ha ez szükségesnek mutatkozik, utólag endonasalisán is végezhető.

### Laryngitis submucosa acuta hypoglottica abscedens typhosa.

**Paunz Márk:** A 21 éves férfi 1909 november havától 1910 januárig tudógyuladással szövődött typhus abdominalisban szenvedett. Már betegsége elején rekedit volt; gyógyulása után a rekedités megmaradt, fokozódott, majd légzési nehézségek is jelentkeztek. A beteget 1910 február 18.-án látta, a midőn a kissé belövelt hangszalagok alatt jobboldalt subchordalis, gömbsegment alakú, élénkpiros nyálkahártyától borított duzzanat volt látható, mely a gége lumenét alig 2-3 milliméternyire szűkítette. Nagyfokú légszomj; cyanosis. A Vidal-reactio positiv. Diagnosis: Laryngitis submucosa acuta, alkalmasint tályogképződéssel. A tracheotomia inferior

végzésekor a tályog megnyílt és úgy a légszívnyílásán, mint felfelé sok geny ürült. Később intubatio, majd drainszóval való tágitás. Decanulement 1910 októberben. A beteg utóbb teljesen jól van; a hangszalagok szabadon mozognak; stenosisa nincs.

Egészen hasonló második esetet észlelt 1910 november 2.-án. A 27 éves férfi typhus abdominalis 6. hetében volt. A gégelelet teljesen hasonló; a tályog itt is megnyílt a tracheotomia végzésekor. A beteg jelenleg még canule-t visel.

Typhus abdominalis eseteiben a laryngitis közönséges lelet; a fekélyképződés és súlyosabb perichondritis sem ritkaság. Legritkábban észlelhető a laryngitis submucosa acuta tályogképződéssel és rendszeren későn ismerik fel. A gyors cselekvés mindkét esetben életmentő volt.

**Simkó Lajos:** A második beteg jelenleg *Morelli* Rókus-kórházi osztályán fekszik. Most 15. sz. *O'Dwyer*-tubussal intubáljuk; a tubust elég jól tűri, úgy hogy reméljük, hogy canule nélkül fog távozni. A hangszalagok még duzzadtak, renyhén mozognak.

#### Teleangiectasia esete.

**Safranek János:** A 20 éves férfi arcának és nyakának jobb oldalán gyermekkor óta vannak értágulásai, néhány éve van tudomása arról, hogy ilyenek nyelvén és torokban is vannak, egyébként egészségesnek érzi magát, tudtával hasonló baj családjában nem fordult elő.

A jobb arcfél és oldalsó nyaktájék bőrének tágult gyűjtőerei kiemelkedő kékes kötegek gyanánt tűnnek át. A nyelv alsó felületén mindkét oldalt lúdtollvastagságú tágult gyűjtőerek láthatók. Hasonló elváltozás van a nyelvháton jobboldalt, míg a nyelv csúcsához közel a tágult erek két babnyi, vérrel telt üreget alkotnak; a légyszájpad jobb oldalán az ectasiák hálózata koronányi területet foglal el; a jobb hátsó garatíven babnyi, sötét kékes-vörös, környezetéből kiemelkedő, széles alapon ülő, kacskaringós erekből álló, térfogatát változtató daganat foglal helyet; hasonló, de nagyobb — kismogyorónyi — tumor van a jobb pyriformis falán. Az I. sz. belklinikán megejtett vizsgálat chloroanaemián kívül a vérkeringési szervekben vagy egyebütt kóros elváltozást nem talált. Míg a szájüregben a varicositások és a teleangiectasiák meglehetősen gyakoriak, a pharynxban és larynxban a teleangiectasiák ritkák. *Chiari* szerint a jótermészetű daganatoknak 1—2%-át teszik, többnyire veleszületettek, s *Brown Kelly* szerint egyes családokban otthonosak; gyakorlati jelentőségük e különben jótermészetű tumoroknak a belőlük előállható heves vérzések miatt van.

#### Gégelupus esetei.

**Safranek János:** I. A 36 éves férfi november óta rekedt, addig beteg nem volt, családjában gümőkóros beteg nincs. Az orrban és garatban lényegesebb kóros elváltozás nincs, a gégefedő egész terjedelmében megvastagodott, rajta főleg a széli részeken számos kölesnyi-gombostüfejnyi göbcsse, közöttük itt-ott apró felületes fekélyecskék, a melyek helyenkint elhegesedtek, másutt friss göbös eruptiók láthatók; megvastagodott és göbcsékkal behintett a bal aryepiglottis redő, beszűrődtek az áhangszalagok és lupusos infiltratio mutatkozik subchordalisán is, míg a valódi hangszalagok szabadok. A beteg láztalan, fájdalmai nincsenek.

Az I. sz. belklinikán megejtett vizsgálat a tüdőben és egyéb szervekben tuberculosissnak nyomát sem mutatta, az ismételt végzett köpetvizsgálat Koch-bacillusra negatív volt.

Esetünkben a lupus a gégeében elsődlegesen jelentkezett s ezideig itt lokalizálódott. Az elsődleges gégelupus ritka. *Neufeld* az *Archiv für Laryngologie* XX. kötetében 1908-ig 24 esetet gyűjtött össze az irodalomból; ugyanezen folyóiratban *Rosenberg* 1909-ben 3 esetéről számol be; hozzávéve az azóta közölt eseteket, az eddig ismertetett elsődleges gégelupus-esetek száma 30 körül lehet.

II. A 29 éves férfin az arczon levő lupus vulgarison kívül kiterjedt nyálkahártya-lupus van: az orrban mindkét

oldalt, a szájpadlason, a garatíven és a gégeében (főleg a gégefedőn és aryepiglottis redőkön).

A therapiát illetőleg a legtöbb laryngologus souverain eljárás gyanánt a sebészi kezelést követi, a kóros góczoknak éles kanállal, curette-tel stb. eltávolítását, ezt követő tejsavas edzéssel; ha a folyamat csak az epiglottisra lokalizálódott, ennek amputatioja végezhető, a tovaterjedést meggátolni azonban nem igen sikerült, sem a véres sebészi, sem a galvanocaustikás eljárással; másrészt a véres sebészi beavatkozással a vér- és a nyirokpályák megnyitása által a kórokozó anyag tovaterjedése lehetséges. Ezen okból és mert a sebészi eljárás olykor külső okokból sem végezhető, a többi ajánlott kezelésmód közül pedig a gyógyszeres kezelés, mint pl. jodkalium belső adagolásával kapcsolatosan calomelnek helyi alkalmazása, pyrogallussavas edzések kalilug előzetes alkalmazásával stb. nem igen váltak be: újabban a fizikai orvoslásmódok, nevezetesen a Röntgen- és Holländer-féle forrólég-kezelés hódítottak tért. Ezek a szájüregben és a garatban jó sikerrel végezhetők, az orrban és gégeében azonban bizonyos technikai nehézségekkel kell megküzdünk. Legújabbban *Pfannenstiel* (Malmö) a felső légutak lupusának és felületes ulceratiókkal járó tuberculosissának kezelésére új módszert ajánlott: belsőleg jodnatriumot ad és ozont inhaláltat; a fekélyesedések felületén a jodnatrium hasad, a jod szabaddá válik és in statu nascendi fejti ki bactericid hatását. A *Hygiea* 1910 május és június havi számaiban több gyógyult esetéről számol be. *Strandberg* (Kopenhága) *Pfannenstiel* módszere szerint kezelt 13 nyálkahártyalupus-eset közül 9-ben gyógyulást, 3-ban lényeges javulást ért el; az orrnyálkahártya lupusa esetén ozon helyett hydrogensuperoxydos tamponokat alkalmaz.

**Pollatschek Elemér:** Az in statu nascendi-hatást a gégeében megindítani és fenntartani nem tudjuk. A trichlorezcetsavval edzéstől többet vár. A folyamat éveken keresztül fennáll rosszabbodás nélkül és a mi megkülönbözteti a gégelupust a gégetuberculosistól, az az, hogy a lupus kellemetlenséget, fájdalmat nem okoz.

**Baumgarten Egmont:** Évek előtt mutatott be elsődleges lupus-esetet, melynek érdekes lefolyása volt. Nőbeteg, kinek gégeje annyira szűkült, hogy tracheotomát kellett végezni. Így hagyta el a kórházat. Egy idő múlva visszajött terhes állapotban, lefogyva. A perichondritis miatt javult volt a művi elvetélés. Erre gyorsan javult és ma viruló asszony, stenosisa is lényegesen jobb minden helyi kezelés nélkül.

**Safranek János:** *Senator* is felemlíti, hogy a művi abortus a lupusos folyamatra jó befolyással van.

#### Embryonalis garatmögötti és szájpad-cysta.

**Ónodí Adolf:** A 8 hónapos magzaton ébrényi kocsonyával telt cysta van úgy a légyszájpadon, mint a garatmögötti területen. A garatmögötti cysta 10 mm. hosszú, 13 mm. magas és 16 mm. széles. A szájpad-cysta 19 mm. hosszú, 9 mm. magas és 10 mm. széles.

#### A recessus frontalisról.

**Ónodí Adolf:** A középső orrjárat elülső-felső részén a középső orrkagyló tapadó vonala felett levő tasak a recessus frontalis; élesen elhatárolva gyakrabban fordul elő és a homloküreg nyílási területét alkotja; egyes elülső rostasejtek is oda nyílhatnak. Ezen tasakot *Ritter* és *Heymann* infundibulum elnevezéssel jelöli. Az infundibulum elnevezéssel régebben a processus uncinatus és a bulla ethmoidalis alkotta félholdalakú rés, a hiatus semilunaris mélyebb részlete lett megjelölve. A bemutató az infundibulum elnevezést régebbi és új értelmezésében elejti, mert zavarokra adhat okot és a félholdalakú rés (hiatus semilunaris) mellett a recessus frontalis nevet tartja meg. Ez utóbbi hiányozhatik is és a homloküreg ilyenkor egyenesen a hiatus semilunarisba nyílik, de nyílhatik a középső orrjárat tetején is vagy — mint egy esetben észlelte — a bulla ethmoidalis felett levő recessus bullarisba; egy esetben egy elülső rostasejt közvetítésével nyílt indirecte a középső orrjáratba. A homloküreg viszonyait a recessus frontalishez és a hiatus semilunarishez készítményeken bemutatja.

### Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1911 február 22.-én.)

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Kőrmöczy Emil.

#### Dystrophia musculorum progressiva.

**Mann Miksa:** A bemutatott beteg *Hainiss* osztályáról való. A dystrophia musculorum progressivának tipusos képviselője.

A dystrophia musculorum progressiva az atrophia musculorum progressivának egyik alfaja. Főbb tünetei: 1. Az öröklési viszonyok szembetűnő befolyása. 2. A betegségnek a gyermekkorban való megjelenése. 3. Az izomsorvadás localisatiójának bizonyos törvényszerűsége. 4. Az izmokban található bonczolástani elváltozásoknak egyformasága. 5. Az idegrendszer ép volta.

A dystrophia musculorum progressivának több típusa van, ú. m.: a) Juvenilis alak. b) Infantilis alak. c) Hereditarius alak. d) Pseudohypertrophiás alak. Ez utóbbi csoportba tartozik a bemutatott beteg, a kin jellemzően észlelhetni az athletaszerűen fejlett váll-, czombfeszítő- és lábszárizmokat, a mivel éles ellentétben van a betegnek csaknem teljes tehetetlensége. Érdekes, miképpen igyekszik a beteg ülő helyzetből saját törzsén mintegy kúszva egyenes álló helyzetbe jutni. Járása (lábujjhegyen) bizonytalan, kacsázó.

A prognosis quoad sanationem rossz. Villa mozással és masszálással mérsékelhetjük a folyamat haladását.

#### Epehólyag-rák három esete.

**Keppich József:** I. Első esetünk K. J.-né, 55 éves, ügynök neje. 40 éves koráig egészséges volt. 15 év óta gyomortáji görcsökben szenved, melyek hátába, oldalába sugároztak ki, legtöbbször hányásingerrel, hányással jártak. Hőemelkedés, rázóhideg sohasem kísérte őket. Sárgasága állítólag sohasem volt, epeköveknek a bélsárral való távozásáról sem tud. A görcsök eleinte 2—3 óráig tartottak és 1—3 hónaponként jelentkeztek, később gyakrabban, intenzitásuk is fokozódott. 8 év előtt karlsbadi kúrát használt, minden eredmény nélkül. Kezelő orvosai több ízben műtétet is ajánlottak, a beteg azonban nem egyezett bele. A rohamok azonban mind gyakrabban és hevesebben jelentkezték s az utolsó időben soványodás is állván be, végül mégis orvosa tanácsára műtét céljából felkereste osztályunkat.

A kissé lesoványodott, adiposus nőbeteg aortája fölött gyenge systolés zöreje. Hasa mérsékeltén elődomborodó, puha. A máj széle majdnem a köldök magasságában tapintható, legömbölyített; a mammillaris vonalban fél mandarin mekkoráságú, homályosan tapintható, igen érzékeny resistentia van. Megnyúlt májleány nincsen. A hasban más rendellenes resistentia vagy érzékenység nem mutatható ki, úgyszintén folyadékfelhalmozódás sem. A 15 éve fennálló cholelithiasisra való tekintettel epehólyag-carcinomára is kellett gondolnunk.

**Hülll** főorvos szíves megbizásából a műtétet január 12.-én chloroform-narcosisban hajtottam végre, *Riedel*-féle metszésből indulva ki, melyet majdnem minden epeút-műtét végzésekor használunk, a mennyiben igen jó betekintést, hozzáférhetőséget biztosít. A cseplesz és a colon hajlata a máj-széle és epehólyagra vaskos hegekkel odanőtt. Ezek lefejtése után magunk előtt látjuk a jókora lúdtójasnyi és erősen megvastagodott falú, gyuladós epehólyagot; közvetlenül mellette és tőle kifelé a májszálon diónyi tömött göb. A ductus cysticus erősen megvastagodott, tömött, kemény, a ductus hepaticusba való ömlés helyén a szokott mirigy, mely tömött, kemény, babnyi. A többi epeút szabad, a porta hepatisnál, a mesenteriumban mirigyek nem tapinthatók. Végigtapogatva a máj rekesz-felületét, ez mindenütt egyenletesen normalis consistenciájú, göbök nem tapinthatók benne. Az epehólyag és a mindenképpen szerint áttéti göb kimetszését határoztam el. Az epehólyagot a májagy egy részével együtt kimetszettem, az arteria cysticát, a ductus cysticust külön-külön lefogva, catguttal lekötöttem. A májba a gócz két oldalán előzetesen catgutöltést helyezve, a góczot kimetszettem. A vérzést nyolczas és U alakban elhelyezett öltésekkel csillapítottam. Az

epehólyag eltávolítása közben kis tályog nyílt meg. A májsebre jodoform-csíkot helyezve, a hasseb többi részét rétegesen rekonstruáltam.

Az epehólyag jókora lúdtójasnyi, fala fél cm. vastag, a nyakban közel 1 $\frac{1}{2}$  cm., mindenütt fehéres daganatszövevé alakult át. Az epehólyag nyak felé a máj alsó szélének akár féldiányi részlete az epehólyaggal együtt el van távolítva. Ezenkívül még egy olaszgyógyorónyi májrészlet van reszekálva, a melyben kis mogorónyi, fehéres daganatsomócska ül. Az epehólyagban 270 darab lencse-mogorónyi cholesterolin-bilirubin-kő. A beteg a műtét után is teljesen láztalan, 4 hét múlva gyógyultan távozott.

II. A második eset 55 éves nőbetegre vonatkozik, a ki jelen bajáig szintén mindig egészséges volt, gyomorpanaszai, gyomortáji fájdalmai sohasem voltak. 1 év óta gyakrabban szenved obstipatióban, ilyenkor hasában görcsei is vannak, e mellett azonban lázas sohasem volt, hányásinger, hányás nem jelentkezett, sárgaságról sem tud. 5 hét óta állapota súlyosbodik, igen gyakran, naponta többször is vannak hasának jobb felében, közel a bordaívhez görcsös fájdalmai, melyek a háttába sugároznak ki. Hányás, hányásinger a görcsökkel sohasem járt, úgyszintén hőemelkedés sem. Hasa a görcsök idején meteorismusos. Véres székről vagy vizeletről nem tud, nem soványodott. A különben ép szervezetű nőbeteg májtompulata felfelé megnagyobbodva nincsen, mobilis, a bordaív nem haladja túl. A puha, különben nem érzékeny hasban a jobb mesogastriumban, a mammillaris vonalban jókora tyúktójasnyi, gömbölyded, sima felületű, felfelé szélesedő kocsány-nyal folytatódó, a bordaív alatt eltűnő, igen érzékeny, rugalmas daganat tapintható, mely a légzőmozgásokat jól követi, a kilégzés mélyén jól fixálható, lefelé jól körüljárható. A máj széle nem tapintható. A tumor fölött a kopogtatási hang 5 koronányi területen tompult. A vastagbél felfúvásakor a colon, coecum, majd a vékonybelek is elég gyorsan és egyenletesen telnek meg, a tumor a bordaív alá megy fel, azonban most is tapintható marad, a légzőmozgásokat jól követi. A hasban más rendellenes resistentia, érzékenység avagy folyadékfelhalmozódás nem mutatható ki. A ductus cysticusba beékelt követ kellett feltételeznünk, következményes hydropszal. Tekintettel a beteg életkorára, carcinomára is kellett gondolnunk. A műtétet január 23.-án **Hülll** főorvos végezte chloroform-narcosisban. A colon jobb hajlata az erősen feszes epehólyagra szálagosan reá van növe. Ezt leválasztva, a cysticusban követ lehet tapintani, a többi epeút szabad. Hogy az epehólyag kimetszését kissé zavaró vérzést megelőzhesseünk, **Hülll** a Báron Sándor által általalkísérletek alapján ajánlott módot, a ligamentum hepatooduodenale előzetes lezszorítását kísérlette meg. Ezen célból a ligamentum hepatooduodenalét puha bélszorítóval úgy fogta le, hogy a fogó egyik szára a foramen Winslowin át a bursa omentalisba került, a másik a ligamentum elülső felszínére. A közel 5 percnyi várakozás után végzett epehólyagkiirtás minden vérzés nélkül sikerült. Ezután külön-külön lefogta és lekötötte az arteria cysticát és a ductus cysticust. A bélszorítónak a ligamentum hepatooduodenaleról való levetele után a máj erősen vérzett, U-alakú öltések a vérzést könnyen elállították. A módszert **Hülll** kitünőnek véli és azóta még egy epehólyagkiirtáskor alkalmazta. A májagyra jodoformcsíkot helyezve, a hasseb többi részét a szokásos módon rekonstruálta. Az epehólyagban 8 mogorónyi kő volt. Az epehólyag nyakán közel kisujjvastag, körkörös elhelyezett infiltratum foglal helyet. Átmetszetén az epehólyag falának egyes részletei már nem ismerhetők fel, fehéres szövevé alakultak át, melyről tejszerű nedv kaparható le. (Carcinoma cylindrocellulare simplex.) A gyógyulás teljesen láztalanul folyt le, a bevarrott műtési seb per primam gyógyult. A beteg teljesen jól van, megerősödött.

III. Harmadik esetünk 55 éves nőre vonatkozik, a ki állítólag csupán fél éve beteg, gyakran több napig tartó makacs székrekedései vannak meteorismus kíséretében, időnként görcsei is voltak. Ezen idő óta a jobb bordaív alatt daganat fejlődését is észlelte, mely néha fájdalmas is volt.

A görcsökön kívül más tünete sohasem volt, véres székéről nem tud. Legutóbb 12 napja nincsen széke, szelek nem mennek, gyakran és sokat hány, az utolsó napokban bűzös is. Felvételtkor a beteg érverése 140, hőmérséke 36·5°, igen elesett. Hasa mérsékelt puffadt, kissé feszes, azonban benyomható, diffuse mindenütt érzékeny. A jobb hypochondriumban a májtól elkülöníthető, gyermekfejnyi, a légzőmozgásokat követő, igen érzékeny daganat. A hasban szabad folyadék, a nyak bal oldalán a Virchow-féle mirigy tapintható. Diagnózisunkat epehólyagcarcinoma által feltételezett colon-elzárásra téve, a beteget Sándor dr. chloroform-narkosisban azonnal megoperálta. A hasban ascites, a vékonybelek és a coecum kitágultak, a colon descendens és sigmabél összeesett. A jobb colonhajlat gyermekfejnyi, kemény tumorba van beágyazva, mely a csepleszszel és a májjal erősen összenőtt, a mesenterialis mirigyekben számos metastasis. A daganat kiindulását pontosan megállapítani nem lehetett. Side to side anastomosis egyik legalsó ileumkacs és a sigmabél között. Néhány óra múlva megindult a passage. A továbbiakban a beteg subjectiv állapota bár megjavult, de pulsusa állandóan 100 fölött maradt s profus hasmenés és kínzó csuklás kíséretében a nyolczadik napon beállott a halál.

A megejtett bonczolás alkalmával kitűnt, hogy az epehólyag kisujnyi, kemény scirrhusos carcinomává alakult át, mely mindenütt kiterjedt metastasisokat okozott. Így a tapintott nagy daganat jökora kétökölnyi cseplesz-metastasis volt, mely a colon transversumot a flexura hepatica táján kívülről majdnem teljesen összenyomta, a nélkül, hogy a bél lumenébe betört volna. Az epehólyagban köles-mákszennyi kövecskék. A portalis és mesenterialis mirigyek erősen beszűrődtek, a gyomor nagy hajlatán diónyi áttét. Az anastomosis helyén a varrat szétvált, genyedt, az elülső hasfalhoz odatapadt, úgy hogy e helyen tenyérszerű körülírt peritonitis volt. A szövettani vizsgálat alkalmával a tumor az epehólyag nyálkahártyájából kiindult carcinoma simplexnek bizonyult.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Trepanatio** két esetét ismertette *Levandowsky* a berlini „Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde“ február 27.-én tartott ülésén. Az egyik eset nőre vonatkozik, a kin hemiparesis, féloldali epilepsziás rohamok és aphasia alapján agyvelőtályogot körjeleztek. A trepanatio alkalmával a feltárt helyen nem találtak elváltozást, csak az volt feltűnő, hogy az agyvelő erősen prolabált. Azóta 4 év telt el s a beteg — kiskokú aphasiás zavarokat leszámítva — teljesen gyógyult. Meningitis serosa és encephalitis az előadó szerint ezen esetben kizárható. A másik eset 22 éves fiatalember, a ki a jobb halántékot ért lórúgás után rendkívül heves, semmivel sem javítható jobb oldali fejfájásban szenvedett. Végül trepanatióra határozták el magukat. A trepanatio alkalmával semmi kórosat sem találtak, de utána a fejfájás mégis megszűnt. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911. 550. l.)

**A mandolagyuladás összefüggéséről belső bajokkal** tartott előadást *Meier* a müncheni orvosegyet egyike utóbbi ülésén. Tapasztalás alapján azt állítja, hogy a mandolagyuladás csaknem mindig a szervezetnek streptococcusokkal invasiójára vezet (izületcsúz, idült anaemiás gyengeség, appendicitis). *Döderlein* az eszmecsere alkalmával jelezte, hogy anginából kifolyólag gyermekágyi láz-járvány is fejlődhet, a miről a mindennapi gyakorlatban nem szabad megfélekedni, egyrészt, hogy a kellő prophylaxisos intézkedéseket megteheszük, de másrészt azért is, hogy olyan családokban, a hol szülés és angina egyidőben van jelen, a környezetet a gyermekágyi láz bekövetkeztetésének veszélyére előre figyelmeztethessük. (Ref. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911. 621. l.)

### PÁLYÁZATOK.

2178. sz.

A petrozsényi m. kir. községbányahivatalnál 2600 korona évi fizetéssel, természetbeni lakással, évi 200 korona fűtési átalánnyal, évi 600 korona lótarási átalánnyal és évi 61·5 hektoliter zab-, valamint évi 56 q. szénajárandósággal javadalmazott **bányaorvosi állásra** ezenel pályázat hirdetetik.

Felhivatnak azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján a pénzügyminiszterhez címezve, a petrozsényi m. kir. községbányahivatalhoz **folyó évi junius hó 25.-éig** nyujtsák be.

Későbbben beérkező folyamodványok tekintetbe vétetni nem fognak. Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni mindazon kellékeket, melyek a kiírt állásra megköveteltetnek, nevezetesen:

1. családi és keresztnévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat;
2. előéletüket (curriculum vitae) megszakítások nélkül;
3. nyelv- és szakismereteiket, netáni klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelesek teljesítésére képesek.

A kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Budapest, 1911 május hó 15.

Az állami szénbányák központi igazgatósága.

2255/1911 sz.

Sopronvármegye csepregi járásához tartozó Bő székhelyvel Bő, Damonya, Csernelháza, Mesterháza, Pórládony, Berektompaháza, Lócs, Makkoshetye és Iklanberény községekből szervezett közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása:

1. 1600 korona törzsfizetés és a nyugdíjba beszámítandó négy 200 korona ötödéves korpótlék.
2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó fuvarátalány, látogatási és rendelési díjak.
3. Négy szoba, konyha, rendelő-szoba, szükséges mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, melyhez tágas gyümölcsöskert tartozik.
4. Vágóbiztosi díjak.

A megválasztandó körorvos kézigyógyszertár tartására jogosult. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 20.-áig** nyujtsák be.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Csepreg, 1911 május hó 12.-én.

A szolgabíró.

2334/1911.

A Körösladány községnél lemondás folytán megüresedett, **nem ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálattal bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvények **folyó évi junius hó 20.-áig** adandók be hozzám.

Az állás javadalmazása: évi 1400 korona fizetés, 500 korona lakáspénz s a törvényesen megállapított rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Szeghalom, 1911 május 13.

Csánki Jenő, főszolgabíró.

1980/1911. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett **egy alorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és élelmezés. Előnyben részesülnek a pályázók közül, a kik hosszabb sebészeti gyakorlatot tudnak kimutatni. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható. Magángyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nő pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól. Más pályázó hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvy Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyujtandók be **1911. évi május 31.-ig**.

Kelt Kaposvár, 1911 május 16.-án.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

9965/1911 kig. sz.

Baja város közkórházának elmeosztályán üresedésbe jött, évi 1500 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étellemezéssel javadalmazott orvosai állásra folyó évi június hó 1.-ére a pályázatot kiíratik.

Felhívhatnak a folyamodni óhajtok, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Szemző Gyula főispán úrhoz címezve legkésőbb folyó évi június hó 1. napjáig közvetlenül Baja város közkórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Baja, 1911 május hó 9.

Hegedüs dr., kir. tanácsos, polgármester.

204/1801 e. sz.

Bihar vármegye közkórházánál egy 1200 korona évi fizetés, étellemezés és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állás üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos Miskolczy Ferencz dr. úrhoz intézendő kérvényüket okmányaikkal felszerelve, hozzám folyó év május hó 25.-ig adják be

Nagyvárad, 1911 május hó 15.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

## HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használták.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelelmes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy hűgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**SCHULTES ÁGOST** Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,  
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.



500.  
ÉV-ÓTA-GYÓGYITANAK  
KÖSZVÉNYT, CSÚZT STB.

## TRENCSENTÉPLICZ

radiumos, nem lehűtött (36—42° C) kénés hévíz és iszapfürdői. Szállodák fürdőikkel egybeépítve. Egész évben nyitva. Milliós új építkezések. Új fürdők. Új nagyszálló. Festői hegyi vidék. Nagyszerű olcsó tavaszi kúrák. Hazi kúrákhoz iszap és víz szétküldés. Prospektust küld a fürdőigazgatóság.

# LYSOFORM

a jelenkor legkiválóbb, elismert fertőtlenítő szere.

Antiseptikus öblítésekhez és lemosásokhoz: (hüvely, méh, tályogüreg stb.) Hyperidrosis ellen való mosásokhoz. Műszerek, kéz és felhám fertőtlenítésére.

## BIZTOS HATÁSÚ

nem izgató, szagtalanító, veszélytelen, kellemes illatú, olcsó.

A nagyrebecsült orvosi kart, — hogy értéktelen utánzatok elkerülhetők legyenek — tisztelettel felkérjük, hogy lysoformot csak eredeti üvegben rendeljen. (100 grammos üveg ára 80 fillér.)

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.

## Extractum Chinae NANNING

Kitűnő tonicum és roborans, a legjobb stomachicum.

Javalva van:

Vérszegények étvágytalanságánál.	Lábbadozóknál.
Görvélykórosok és tüdőbajok étvágytalanságánál.	Ideges dyspepsiánál.
Heveny és idült gyomorbajoknál.	Gyomoratonianál.
Lázás és seblázás betegknél.	Alkoholikusoknál.
	Hyperemesis gravidarum-nál.
	Icterus-bántalmaknál.
	Hg. és jodkali-dyspepsiánál.

Irodalmat és mintát díjmentesen küld:

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

Jódkúráknál

## Arsojodint,

bróm-kúráknál

## Arsobromint

alkalmazhatunk a legnagyobb eredménnyel.

9618

## Caps. Laricini c. menthol. sec. Dr. Klein.

Név törvényesen védve.

Tartalma: à 0.327 zselatintokocskára, 38.46% laricin-, 38.46% terebinthina-veneta- és 23.08% menthollal.

A külföldről forgalomban levő hason készítményeknél (Gonorrhoea ellen) sokkal praktikusabbak s előkelő szakvélemények szerint jobbak úgy férfiaknál, mint nőknél. Orvosi rendelésre minden gyógyszerárban beszerezhető. Ára: 1 doboz 2 kor. 50 fillér. Főraktár: Ifj. Illés Antal gyógyszerár Szabadka, Török József gyógyszerár, Thallmayer és Seitz gyógyszerárnyereskedése Budapest.

## Letelepedő orvos uraknak

különös figyelmébe ajánlva!

Orvosi műszereket, modern rendelő- és műtőszoba-berendezéseket a legmagasabb igényeknek is megfelelő praecisiós gyártmányokat, elegáns és legszolidabb kivitelben **kívánatra részletfizetés vagy évi számlára szállít**, esetleg orvosi műszereket megtekintésre küld

**Keleti J. orvosi műszergyáros**  
Budapest, IV., Koronaherczeg-utca 17.

Gyár villanyüzemre berendezve: IV., Koronaherczeg-utca 14.  
Alapított 1878. Telefon 13-76.

== Legújabb árjegyzék ingyen és bérmentve. ==

Mr. RICHARD PAUL gyógyszerész, vegy.-gyógysz. laboratoriuma Graz (Gösting).

Richard Paul-féle **HAEMATOSE** 2 korona 50 fillér

egy klinikailag kipróbált, jóízű, roborans, stomachikum és idegtoicum. Haematose és Acid-arsenic. összetételét képezi az

## ARSEN HAEMATOSE

3 korona — egy likőrpohárka — 20.00 tartalmaz 2 gts solut. Fowleri Arsen-Haematose 3% guajacol-natriummal a 239

## GUAJACOL-Arsen-HAEMATOSE

3 kor. — egy likőrpohárka 0.45 guajacol-natriumot és 4 gts solut. Fowleri tartalmaz. — Irodalom és minták a főszétküldési hely által, Mohren-Apotheke, Graz. — Kapható orvosi rendelésre minden gyógyszerárban.

## MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha **vérzések** esete forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nál Budapesten és a forrás kezelésénél Munkácson. 7065

Erzsébet királyné

## Sósfürdő

ujjonnan átalakítva április 1.-én megnyitott. Kötő gyógyeredmények főleg **női bajoknál.** Elő- és utódényben mérsékelt szobaárak. — Villamos közlekedés Budapest-Kelenföld. Az elismert természetes budai **Király keserűvíz** (ezelőtt Mattoni) kiviteli telepe. **A fürdőigazgatóság.**

## Fiatal orvos

nyolczhónapi praxissal, a ki tökéletesen beszél magyarul, németül, francziául és románul, állást keres fürdőhelyen, szanatóriumban vagy mint helyettesítő. — Ajánlatok „Fiatal orvos” alatt a „Petőfi” irodalmi vállalathoz, Kertész-u. 16. címzendők.

## GLYCÉROPHOSPHATE GRANULE ROBIN

(Glycérophosphat méz és szójaból)

Az egyedüli assimilálható phosphorsavas só, mely nem fárasztja ki a gyomrot.



Alkalmazásban Páris kórházaiban.

Csalhatatlan hatás:

**Rhachitis, csontgyengeség, gyermekek növése, szoptatás, terhesség, ideggyengeség és szellemi túleröltetésnél.**

Kevés vízben vagy tejben igen kellemes szedni. Diabetikusok részére sajtolt formában kapható.

Nagybani eladás: **13, Rue de Poissy, PARIS.**

Kicsinybani eladás minden nagyobb gyógyszerárban. a)

— Legtisztább legkényelmesebb bedörzsölési kúra. —

## MERCUROCRÉME

sec. Dr. Rosenberg.

8614

Bedörzső 3-5 percig. Nem piszkítja a teherneműt. Zsirtalan és szagnélkül.

Új csomagolás:

Mercurocrème mite 1 csom. à 10 dob. à 3 gr. 22 $\frac{1}{2}$ % Hg. = 2 gr. 33 $\frac{1}{3}$ % Hg.  
Mercurocrème normale 1 " à 10 " à 3 gr. 33 $\frac{1}{3}$ % Hg.  
Mercurocrème forte 1 " à 10 " à 3 gr. 50% Hg. = 5 gr. 33 $\frac{1}{3}$ % Hg.

Régi csomagolás:

1 graduált tubus à 30 gr. 33 $\frac{1}{3}$ % Hg. Minden csomag ára 2 kor.

CSILLAG-GYÓGYSZERTÁR, Budapest, VIII. kerület, Rákóczi-út 39. szám.

József-körút sarok.

Saison május 1-től szeptember végéig

## Badgastein

Tauernvasút, Salzburg.

Május, június és szeptemberben lényegesen mérsékelt szobaárak.

A világ legradioaktívabb hőforrása, a forrás hőmérséke 49° C. Tengeri magasság 1012 méter. A legremekb hegyek közepette, szélfmentes fekvés. Kötő hatású az aggkor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionalis neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatabajok), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szállodában és lakóházban, thermal-fürdők minden házban; ivókúrák és berendezések a forrás gőzének használatára.

Értesítéseket és prospectusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission). Thermal-forrás szétküldés MATTONI HENRIK által, WIEN. 9091

## A Zoltán-féle csukamájolaj

íz- és szagnélküli,

kapható minden gyógyszerárban.

9722

## BU-CO

== (Névjegy Buttermilch-Conserven részére) ==

író conserve, egy tiszta tejsavú, caseinszegény, albumindús, zsírszegény, steril tartós tej, mely hatásában a frissen készített édes tejjel teljesen egyenlő, azonban fix savtartalma által utóbbit messze felülmúlja. Egyszerű vízhozzátétel által egy tiszta, iható, kitűnő ízű teljes tejet szállít. Bevált diätetikai tápszer a csecsemők gyomorbelbetegségeinél, a gyermekek nyári diarrhoeinál, a felnőttek és gyermekek acut, subacut és idült bélhurutainál. A t. orvos uraknak mintákkal és irodalommal szívesen rendelkezésre állunk. 106 Oesterreich-Ungarische Milchwerke-Gesellschaft m. b. H. Linz.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

Havas Adolf: A syphilis kór- és gyógytanának mai állása. 381. lap.

Szana Sándor: Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből. Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének eredményei. 384. lap.

Genersich Gusztáv: Közlemény a kolozsvári egyetemi gyermekgyógyászati intézetből és az állami gyermekmenhelyből. Gonococcus-fertőzés csecsemőkori és csuszkaló leánygyermeken. 363. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Georg Sticker: Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosstan. Bennecke: A Leede-féle jel értéke a vörhenyben. — Sebészet. Körte, Bier, Müller, König, Perthes,

Neumann: A gyomorékély sebészi kezelése. — Gyermekorvosstan. Seller: A gyermekek gyomorműködése. — Venereás betegségek. E. H. Hausteen: Gonorrhoeás hántalmak vaccinás kezelése. — Húgyszervi betegségek. L. Strominger: Septicaemia blennorrhagica antimeningococcusum-injectiókkal gyógyított esete. — Orr-, torok- és gégebajok. Kuttner: Az orrmelléküregek syphilise. — Fizikai és diéta gyógyításmódok. Jakoby: A tüdőtuberculosisnak physikai úton előidézett vértörődással való kezelése. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Jungbluth: Guajakose. — Eulenburg: Adalin. 391—393. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 394. lap.

Vegyes hírek. 394. lap.

Tudományos társulatok. 395—397. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## A syphilis kór- és gyógytanának mai állása.\*

Irta: Havas Adolf dr., egyetemi tanár, a szt. István-kórház bőrbetegosztályának főorvosa.

A praehistoriai időből származó csontleleteken végzett újabbkori vizsgálatok mindinkább beigazolják, hogy a syphilis épp oly régi, mint az emberi nem. Az ókorból származó kórleírások tanúsítják, hogy az akkori kulturnépeknél, az arabok, a zsidók, a görögök és rómaiaknál a syphilis és a vele azonosnak tartott venereás megbetegedések már előfordultak. Az általános érdeklődést azonban csak akkor kellette föl a syphilis, midőn a XV. század végével mint pandemia egész Európára kiterjedt és a megtámadottakban súlyos pusztításokat végzett.

Ez időtől fogva kezdődnek a vizsgálatok a syphilis kórokáról.

Míg egyesek a syphilist az akkori fogalmaknak megfelelőleg theologiai és moralista alapból kiindulva, a kicsapongó életet megtorló isteni és mennyei büntetésnek tekintették, mások meteorologiai és telluros viszonyok, „aeris-corruptio“ által okozottnak vélték. Így volt ez 1494-ben. Ismét mások vagy a sodomia következményének tekintették, vagy pedig más betegségek: takonykór, májbetegség, mérges rovarok csipése utókövetkezményének tartották.

A mysteriosus megbetegedés e naiv felfogását a komoly, éles megfigyelőképesseggel bíró Johannes Fernellius 1565-ben kellő értékére redukálta, kimutatván, hogy a syphilis fertőző megbetegedés, a melyet különösen a nemi közlekedés terjeszt. Ő már úgy írja le a syphilises megbetegedés fejlődését és lefolyását, a milyennek azt ma is ismerjük.

Az ezen időszakot követő XVI., XVII. és XVIII. szá-

zadban, valamint a XIX. század első harmadában a lehető legnagyobb tájékozatlanság uralkodott a nemi betegségekről. Ezen évszázadokban a három venereás megbetegedést, a kankót, a lágyfekélyt és a syphilist egymással összezavarták, sőt John Hunter-nek 1767-ben önönmagán végzett oltási kísérlete által beigazoltnak vétetett a kankó és syphilis azonossága. Hunter tana szerint a fertőző anyagnak a nyálkahártyára oltása kankót, a bőrre oltása pedig chancret idéz elő.

Csak a mult század harminczas éveiben sikerült e hamis tant megdönteni. 1838-ban Ricord több mint ezer oltás alapján bebizonyította, hogy a kankó helybeli megbetegedés, melyet általános tünetek nem követnek. Ő két virust különböztetett meg: a kankó és a syphilis vírusát. A venereás és a syphilises chancret egy és ugyanazon virusnak tulajdonítja. Szerinte egyéni és helybeli okok idézik elő, hogy a chancret egyszer általános tünetek követik, vagyis constitutionalis lesz, máskor nem, vagyis helybeli megbetegedés marad. Ő tehát unista volt.

Ricord e nézetét csakhamar követték a komoly czáfolatok. 1852-ben Bassereau kimutatta a két chancre közti különbséget, majd 1860-ban Rollet experimentaliter beigazolta a chancre mixte lehetőségét. A két contagium tana, vagyis a dualismusos elmélet mindinkább tért hódított, elannyira, hogy 1860-ban Ricord maga is, eredeti tanát elhagyva, a dualisták táborához csatlakozott. Csakis két nagy, oszlopos szakférfi: Hebra Ferdinand és Kaposi kardoskodott még továbbra is az unitas tana mellett.

A mult század hatvanas éveiben tehát klinice már annyira tisztultak a nézetek a kankó, a lágyfekély és a syphilis természete felől, hogy már alig akadt valaki, a ki a különböző vírusok felvételének ellentmondott volna.

Teljes beigazolást a dualistatan azonban csak akkor ért el, midőn a Haller, Pasteur és Klebs, különösen pedig a Koch által inaugurált új aetiologiai irány a nemi betegségek kórtana terén is érvényre jutott.

Korszakalkotó volt e téren Neisser felfedezése, a gonococcusnak, a kankó kórokozójának 1879-ben történt felisme-

\* Előadás a közokozási orvostársulat XVII. évfolyam közgyűlésén 1910 évi december hó 30.-án.

rése. Véglegesen megdöntötte azonban az unisták, a két chancre egységének tanát *Ducrey*-nek 1889-ben tett felfedezése, a lágy chancre okozójának, a streptobacillusnak megismerése.

Igy tehát a XIX. század végén a venereás trias közül kettőnek, a kankónak és a lágyfekélynek aetiologiája egészen tisztázott volt és csak a syphilis maradt hátra mint olyan, amelynek a kórokozója még ismeretlen volt. De azért a syphilisre nézve valamennyi észlelő egyetértett abban, hogy egy szerves fix contagium által okozatik, amely a más fertőző betegségekben tapasztaltak szerint szintén mikroorganizmus; e mikroorganizmus valószínűleg a syphilis okozta elváltozásokban, azok szétesési termékeiben és a megbetegedett egyének vérében van és csak emberről emberre vihető át, vagyis az emberi nem szomorú privilegiuma. Ezen hypothesis alapzátán vesztegelt a syphilis tana egészen 1903, illetőleg 1905-ig, mert a más fertőző betegségekben alkalmazható, a bántalom megismerését, fejlődését és lefolyását megvilágító állatkísérlet kivihető nem volt, a mennyiben a végzett beoltások vagy eredménytelenek maradtak, vagy pedig az oltás okozta esetleges elváltozások syphilises természetű beigazolható nem volt.

A syphilisnek állatokra való átoltásával már régebben is foglalkoztak, így *Klebs*, *Hänsell*, *Hamonie* és *Nicollé* és még sokan mások. *Hänsell*, *Hamonie* és *Nicollé* eredményes oltásai nyulakra, illetőleg majmokra azóta be is igazoltattak, mégis ez oltások közlésük idején nem részesültek elismerésben, mert a kísérleti állatokon más volt a syphilis megjelenésmódja és lefolyása, mint az emberen, és mert nem ismerték a syphilis okozóját, jelenlétét a kísérleti állatban nem kereshették. A syphilis aetiológiájának kutatása tehát, mint *Neisser* mondja, holt pontra jutott.

1903-ban *Metschnikoff* és *Roux* majmokon végzett sikeres oltásokról tett jelentést. A két bűvár bebizonyította a majom fogékonyágát az emberi syphilis iránt. A magasabb rendű anthropoid simpánz typosus syphilist kapott, vagyis a beoltás után, néhány heti incubatio elteltével, a beoltás helyén az emberi sclerosishoz hasonló induratiót és táji nyirokmirigyduzzadást, ezután pedig a bőrön szétszórt kiütést. Ezen eredmények már általános elismerésben részesültek, s a későbbi vizsgálok megerősítették őket. Bebizonyult ugyanis, hogy a magasabb rendű anthropoid majmokon, simpánzokon, gibbonokon és orangutánokon a syphilissel való oltás után az emberi syphilishez hasonló elváltozások keletkeznek. De bebizonyult az is, hogy az alacsonyabb rendű majmokon, mint a macacuskok, cercopithecuskok, cynocephaluskok és semnopithecuskok, csak az oltás helyén keletkezett kóros elváltozás, a bőrtünetek pedig kimaradtak. Bebizonyult ezen oltási kísérletek alkalmával az is, hogy az anthropoid majmok fogékonyabbak a syphilis iránt, mint az alacsonyabb fajúak, mert azokon a beoltás mindig megered, míg ezeken nem mindig, sőt az alacsonyabb fajúakon nagyobb mennyiségű oltóanyag és erősebb sebzése a beoltási helynek igényeltetik, hogy az oltás megeredjen. Továbbá az anthropoid majmokon a beoltás, a test illetőleg a bőr bármely részén végeztetett is, sikerrel járt, míg az alacsonyabb fajú majmokon csak akkor járt sikerrel a beoltás, ha a szemöldök bőrén vagy a penisen történt.

E fényes kísérleti eredményeket csakhamar, 1905-ben egy még sokkal fontosabb, a syphilis kórtanának és kórtertanának megismerésében korszakalkató felfedezés követte. 1905-ben *Fritz Schaudinn* és *E. Hoffmann* három cikkben közlik azon észleleteiket, hogy a syphilis okozta kórtermékekben állandóan egy jellegzetes spirochaeta-alakot találtak. Búvárkodásuk eredményeképpen felemlítik, hogy a sclerosisban, a végbélkörüli syphilises papulákban, valamint a táji nyirokmirigyekben majdnem mindig megtalálták a jellegzetes spirochaetát, és pedig nemcsak a kifoszlott, elfekélyesedett kórtermékekben, hanem a behámosodott kórtermékek mélyében, a regionarius nyirokmirigyek nedvében és a lépből punctio által nyert vérben is.

E korszakalkató felfedezések a syphilis iránti érdeklő-

dést aktuálissá tették. Lázás munkálkodás indult meg az egész vonalon. *Metschnikoff* és *Roux* a majmokon létesített experimentalis syphilis termékeiben mutatta ki a spirochaetát. *Levaditi* veleszületett syphilisben elhalt gyermekek tüdejében, májában, lépében és a bőrön levő pemphiguszerű hólyagokban.

A további vizsgálatok folyamán más észlelők kimutatták még a spirochaetát nemcsak a syphilis okozta minden bőr- és nyálkahártyalaesióban, hanem a syphilises vesegyulladásban szenvedők húgyüledékében, a coryza váladékában, a cerebrospinalis folyadékban, a zsigerekben, a vérerekben, az idegekben, az agy- és gerincvelőben, a csontvelőben, a spermában, a chorioideában; a kísérleti syphilisben a kísérleti állatok minden szervében. Egy szóval, a fertőzött egyén minden kép-letében és nedvében.

Miután a majdnem ezernyi vizsgálok egyhangúan beigazolta, hogy a spirochaeta nemcsak a nyílt syphilises termékekben, hanem a sértetlenek tömegében, a különböző szervekben és a vérben is kimutatható; miután az experimentalis syphilis útján beigazoltattak, hogy a syphilises ember vérvével oltott állatban nemcsak a kezdetleges góczban, a sclerosisban, hanem az esetleg mutatkozó másodlagos tünetekben, sőt ezek híján és a kísérleti állatok belső szerveiben is kimutatható, és innen sorozatokban újabb állatokra átoltható; miután a szövetek elemei között beágyazva találjuk: bár a *Koch* követelte minden postulatumnak (tisztá tenyészet és a tisztá tenyészetből sikeres oltás) megfelelni nem tudunk, mégis kétség a spirochaeta pallida aetiologiai szerepe iránt már nem lehet, és egész határozottsággal állíthatjuk, hogy a spirochaeta pallida a syphilis kórokozója.

Hisz ismerünk más fertőző betegségeket is, amelyek kórokozója, dacára annak, hogy tenyészteni nem tudjuk, általánosan elfogadott. Ilyen a lepra, a malaria és a recurrens.

A spirochaeta pallidáról, festési és vizsgálati módjairól ezen előadás keretében nem beszélek, nagyon elterelne és nagyon hosszúra nyújtaná az előadásomat. Itt csak azt kívánom még megjegyezni, hogy szinte megbecsülhetetlen, kiszámíthatatlan a spirochaeta pallida felismerésének a fontossága a syphilis diagnostikája és therapiája terén. Míg azelőtt a syphilises fertőzés kezdeti szakában egyáltalán nem tudtuk a körjelzést megállapítani mindaddig, míg a syphilisre jellegző klinikai tünetek nem mutatkoztak: ma a syphilis kórokozója, a spirochaeta pallida jelenlétének kimutatása által már a fertőzés legkezdetibb szakában is fel tudjuk állítani a biztos körjelzést. De nemcsak itt, hanem más betegségekhez hasonló, gyanús tüneteknél is, sőt a syphilis latens vagyis tünetmentes szakában is a mirigypunctio által megkönnyítetik a körjelzés felállítása. Nemcsak a klinikus, de a kórbonczoló sem nélkülözheti manapság már e vizsgálati és diagnostikai segédeszközt a vérérmegbetegedésekben és a congenitalis syphilisben.

Sőt egyes esetekben a placentának és az újszülött köldökzsinórjának vizsgálata is szóba jöhet. Kezdődő fertőzés esetén sohasem mellőzöm e vizsgálati módot a diagnosis biztosítása szempontjából. A negatív lelet természetesen csak akkor bír értékkel, ha többszöri vizsgálat után is negatív.

Az eddigi tapasztalatok igazolták, hogy bárhol találtattott a spirochaeta pallida, a később beállott klinikai symptomák a megállapított körjelzést megerősítették.

Rendkívül sokat várhatunk a spirochaeta pallida specifikusságának felismerése óta az experimentalis syphilis terén. Ma már tudjuk, hogy a syphilises megbetegedés nem az emberi nem szomorú privilegiuma, mint azt ez ideig hirdették: ma már a spirochaeta pallida ismerete révén tudjuk, hogy a syphilis a legkülönbözőbb állatokra átvihető, átoltható.

A kórtani kérdések egész sorozata fog az állatkísérletek révén tisztázódni. A többek között, hogy mely úton vitetik szét a mérgező agens a szervezetben, hogy a latens, a tünetmentes korszakban hol tartózkodik a fertőző agens. Ide tartozik az immunitás kérdése. A spirochaeta fejlődése, szaporodása, továbbá azon kérdés eldöntése, hogy a spirochaeta a protozoonokhoz vagy a parasitákhoz tartozik-e, vagy e kettő közötti lény, szintén csak állatkísérlettel lesz tisztázható. Igen



nagy fontossággal bír a spirochaeta ismerete a syphilis pathogenesis szempontjából is.

Hoffmann szerint a spirochaeta a fertőzés alkalmával első sorban a stratum Malpighii interspinalis hézagaiba vagy mindjárt a papilla nyirokútjaiba jut. Itt rendkívül gyorsan szaporodik, lassankint a szomszéd kötőszövetbe bevándorol és a nyirokáram által aránylag gyorsan tovasodortatik, már pár óra után, esetleg előbb is. Csakis bizonyos fokú megszorodás után jelentkeznek a szövetben a reactiv elváltozások. Ez körülbelül 3 hét után történik, a mi megfelel az eddigi első incubatióknak.

Az első elváltozás a fertőzés helyén endo- és perilymphangoitis, később vizenyő szegődik hozzá, majd a spirochaetától átszött collagen szövet duzzadása, párosulva a kis gyűjtőerek és hajszálerek falzatának meglobosodásával. Majd a lymphocyták kivándorlása, a kötőszövetsejtek szaporodása és új vércákcsok fejlődése követi ezt.

Igy fejlődik ki a klinice jellegzetes sclerosis. Most azután phagocytosis, vagy az újonnan képződött véretek okozta erősebb vérrrel való átívódás következtében a spirochaeták a beszűrődés közepén fogynak. Az infiltratum felszívódik és azon klinice már régen ismert kép támad, hogy a sclerosis közepe tányérszerűen bemélyed.

A spirochaeták a nyirokutakon át a regionarius nyirokmirigyekbe jutnak s ott részben a kötőszövetben, részben a nyirok- és véretek falzatában elhelyezkednek. Innen azután már a véráramba is juthatnak. A véráram azonban nem jó talaj a spirochaetáknak, abban eleinte elpusztulnak, később azonban mégis életképes állapotban eljutnak a papillaris véretekbe, innen a perivascularis nyiroküregekbe és itt felszaporodva és a szomszédos kötőszövetbe behatolva perivascularis gömbsejtes beszűrődést idéznek elő és a roseola, papula syphiliticát alkotják. Ugyaníly módon jutnak a spirochaeták a belső szervekbe is.

Beigazolódott az eddigi vizsgálatok által, hogy a syphilitikus megbetegedés összes nyilvánulási módjaiban, a roseolában, a papulában, a pustulosus, ulcerosus és gummosus syphilitidben, mindenütt kimutatható a spirochaeta pallida. Hogy mi az oka annak, hogy a syphilis különböző időszakaiban más és más alakú kóros elváltozások keletkeznek, azt az eddigi vizsgálatok még nem derítették ki.

Bebizonyult továbbá, hogy a syphilis kórokozója még hosszú idő alatt sem változik meg minőségre nézve, mert 24 év után is pozitív oltási eredményt értek el.

Rendkívül fontos azon körülmény, hogy a para- vagy metasyphilitikus megbetegedésekben spirochaeta pallida ez ideig még nem volt kimutatható.

Mielőtt a syphilis terapiájára áttérnék, még csak néhány szóval akarok a Wassermann-féle serodiagnosisról, mint fontos újabb diagnostikai segédeszközről megemlékezni. Tartózkodom a kérdés elméleti megvitatásától és csak arra szorítkozom, hogy felsorolom a használhatóságára vonatkozó nézetemet.

A pozitív Wassermann-féle reactio syphilisre gyanús tünetek jelenlétében támogatja a syphilis diagnosisát. A negatív reactio syphilitikus multú egyéneken nem szól a syphilis ellen, még többszörös negatív reactionál is óvakodnunk kell az eredmény túlbecsülésétől.

Azon kérdés eldöntésére, hogy syphilitikus-e még az egyén, vagy hogy kell-e még tovább kezelni, a Wassermann-féle serodiagnosis nem adhat biztos támpontot. Határozottan hiba volna a végtelenségig kezelni, mert még pozitív a reactio, vagy abbahagyni a kezelést, mert már negatív a reactio.

Könnyelműség volna tisztán a Wassermann-féle reactio alapján a házasságot megengedni vagy megtiltani.

Mindezek ellenére a Wassermann-féle serodiagnosis fontos diagnostikai segédeszköz, mely a klinikai lelet és betegség lefolyásának kellő méltatása mellett diagnostikai irányítóul szolgálhat. Különösen nagy a fontossága a belgyógyászat, ideggyógyászat, nőgyógyászat és szemészet terén.

Míg a syphilis kórtana és aetiologiája szinte rohamos

léptekkel haladt előre, a haladás a syphilis gyógytanában csakis arra szorítkozott, hogy az eddig használt kéneső és jód észszerűbben lett alkalmazva és mindinkább kifejezésre jutott azon orvosi alapelv, hogy nem betegséget, hanem beteget kell kezelnünk. Ezen elvet hirdetem évek óta előadásaimban, és ez vezérel engem minden gyógybeavatkozásnál mindenkor.

A syphilis kórokozójának, a spirochaeta pallidának felismerése óta újólag felvetődött azon régóta vitás kérdés, hogy a syphilis azonnal a bántalomnak mint ilyennek felismerése után kezeltessek-e, úgy a mint azt Fournier hirdette, avagy bevárjuk-e a másodlagos tünetek megjelenésének idejét, a mint azt a bécsi iskola hirdette. A korai gyógykezelés mellett szól azon fontos körülmény, hogy a betegséget okozó kóroanyagot már akkor támadjuk meg és pusztítsuk el, a mikor az még nem szaporodott föl és nem árasztotta el az egész szervezetet. A gyakorlati tapasztalat az esetek többségében azonban azt igazolta, hogy a korai antisiphilitikus gyógykezelésnél a recidivák korábban és gyakrabban mutatkoztak, és hogy a korai gyógykezelés a betegség lefolyására alig volt hatással. Csak azt érték el vele az esetek legtöbbszörében, hogy a másodlagos tünetek megjelenése kitolódott, azok hetekkel, esetleg hónapokkal később jelentek meg, az igaz, hogy kisebb számban.

Ugyancsak felvetődött újólag a chancre-ek excisiójának a kérdése is. E kérdésnek újból felvetése annál inkább jogosultsággal bír, mert a spirochaeta pallida felfedezése óta képesek vagyunk már a fertőzés első-második napján a bántalom természetét egész biztossággal megállapítani. E kétségbevonhatatlan tény nagyon is indokolttá teszi a vágyat, az egész fertőzött helyet minél előbb eltávolítani a szervezetből. A régente végzett chancre-excisiók nem igen voltak kellőleg értékelhetők, mert sikeresen végzett excisio esetén nem volt beigazolható, hogy az eltávolított fekély csakugyan valóságos syphilitikus fekély volt-e, ha pedig bevártuk azt, míg a fekély klinikailag is a syphilitikus chancre képét adta, akkor az excisio kivétel nélkül minden esetben sikertelen volt. A syphilitikus fekély excisiója, mint therapeutikai gyógymód, sajnos, még ma is sok kívánni valót enged. A gyógyeredmény attól függ, hogy miként és mikor vándorolt be a mérge, a spirochaeta a szervezetbe.

Neisser szerint három lehetőség van:

1. A parasita csak a Malpighi-réteg hézagaiba jut, vagy
2. a megtámadott bőr szemölcsstestecseinek nyiroküreibe hatol be, vagy
3. behatol a véretekbe.

Az első esetben tehát van kilátás a spirochaetát eltávolítani, mielőtt még az egész szervezetet elárasztotta volna; a fertőzés másik két módjánál erre alig számíthatunk. E kevésbé biztató gyógykilátások dacára Neisser mégis ajánlja az excisiót mindazon esetekben, a melyekben nagyobb kozmetikai hiba nélkül eszközölhető, hozzáfűzi azonban, hogy sikerült excisio esetén is szükségesnek tartja az erélyes chronikus intermittáló kéneső-gyógymódot.

E. Hoffmann melegen pártolja a korán felismert chancre excisióját, mert ha nem is sikerül vele a fertőzés megszüntetése, mégis a fertőzőanyag nagy mennyiségének eltávolítása által a betegség lefolyása enyhíthető, különösen akkor, ha mindjárt erélyes kénesőkezeléssel kombináltatik.

Metschnikoff és Roux ajánlja a 30%-os calomelkenőcs alkalmazását a fertőzött helyre a fertőzés 1—20. órájában, mert állatkísérletekben és egy esetben emberen is sikerült ily módon a syphilis-oltást ártalmatlanná tenni.

Kraus és később Spitzer az ú. n. aetiologiai terapiát, syphilitikus anyagnak a bőr alá való fecskendezését ajánlotta és ily módon a kezelték 35%-án általános tünetek megjelenését nem észlelte. Sajnos, ezen aránylag jó eredményeket mások nem észlelték, úgy hogy e gyógymódot ma már senki sem használja. Megkísérelték az immunizálást, de minden eredmény nélkül.

A syphilis gyógytana terén tehát még mindig a kéneső- és a jodkészítmények uralkodtak. A végzett górcsövi vizs-

gálatok beigazolták ugyan a kéneső parasiticid hatását a syphilis vírusára, a spirochaeta pallidára, a mennyiben ezek a kéneső behatása következtében a váladékból eltűntek, de beigazolódott az is, hogy ez csak fractionált sterilizálás.

A protozoonmegbetegedésekben elért gyógyeredmények a figyelmet az arsenkészítmények felé terelték és miután felvették, hogy a spirochaeta pallida szintén protozoon, megindultak a kísérletek a syphilit is a protozoonmegbetegedések ellen sikeresen alkalmazott gyógyszerrel, az atoxyllal kezelni. Az elért gyógyeredmények különösen a malignus syphilis eseteiben elég biztatók voltak. Azonban sajnos, csakhamar kitűnt, hogy a gyógyszer a látóidegre igen káros hatású és meggyőződhetünk arról, hogy az elért gyógyeredmény nem mérkőzhetik az okozott nagy kárral, a megvakulással. Hasonló sors érte az *Ehrlich* által ajánlott arsacetint is.

1910 tavaszán *Ehrlich* egy újabb arsenkészítményéről és a vele elért fényes gyógyeredményekről tett jelentést *All, Schreiber* és *Iversen*. Az e szerrel végzett kísérleteink meggyőzték bennünket arról, hogy oly határozott, biztos és feltűnő hatással bír a syphilis tüneteire, a melyhez hasonló eddigi gyógyeljárásaink után még nem észlelhetünk. A legfényesebben bevált e szer az erosiv, a malignus és ulcerosus syphilideknél. Feltűnő továbbá a hatása a betegek constitutiójára, a mennyiben a testsúly rohamosan gyarapodik, a beteg közérzete feltűnően javul. Csodálatot keltő a salvarsannak a hámtól fosztott syphilitikus termékeknek gyors behamosódását előidéző hatása. A sterilisatio magna azonban, sajnos, ezideig e szerrel sem érhető el. A recidivák néha már pár héttel vagy hónappal az injectio után beállnak, sőt egyes ritka esetekben a gyógyító hatás egészen elmarad, vagyis a salvarsan nem pusztítja el valamennyi parasitát.

*Touton* wiesbadeni tanár szerint a salvarsan azért nem pusztítja el az összes spirochaetákat, mert a parasiták igen gyakran heges kötőszövetbe vannak beágyazva. Ezen szilárd heges kötőszövet vérszegény és így a nyirokárám és a véráram által nem járható át. Ő tehát azt ajánlja, hogy a salvarsan alkalmazása előtt a beteggel egyideig jódokat szedessünk, vagy fibrolysin használjunk, hogy ily módon a szilárd heges szövetet nedvdüssá tegyük, miáltal az a salvarsannal impraegnált nyirok- vagy véráram által átjárhatóvá válik és így azután az ott beágyazott parasiták a parasitotrop salvarsan által elpusztíthatnak.

Nagyjában azonban azt állíthatom a salvarsanról, a mint azt már e szerről írt első közleményemben állítottam, hogy az a kéneső és jód mellett nemcsak jó harmadik szer, hanem e kettőt jóval felülmúlja. A salvarsant máig tett tapasztalataim alapján nagy haladásnak tartom a syphilis terapiája terén s azt megfelelő esetekben mindig alkalmazandónak vélem. Kellemtelenséget okoz azonban sok esetben a gyógyszer localis reactiója. Ugyanis a salvarsan az alkalmazás helyén mindig nemcsak megtámadja, de legtöbbször mortifikálja is a szövetet, a melybe jutott. Tönkre lesz téve tehát a kötőszövet, az izomszövet, a vér és az ideg. Ezen körülménynél fogva tehát csak olyan helyen lesz tanácsos az injectiót végezni, a hol lehetőleg kevés localis kárt okozhatunk, mint például subcutan és subscapulariter. Az intraglutealis injectiókor nagyon kell ügyelnünk arra, hogy a nervus ischiadicushoz közel ne essék, mert ezzel nemcsak úgy árthatunk a betegnek, hogy esetleg a nervus ischiadicust arrodáljuk, hanem árthatunk oly módon is, hogy az injectio helyén esetleg jelenlevő idegágacska tönkretéve mellett felszálló vagy leszálló neuritis szegődik a gyógyszer okozta ronszoló folyamathoz. Én ezidőszert az intramuscularis injectiókor *Gallio* dr., bresti tengerészeti iskolai tanár ajánlata szerint oly módon járok el, hogy két ujjnyival a trochanter major femoris fölött vízszintes vonalat húzok jodtincturával és négy ujjnyival a trochanter major femoris mögött függélyes vonalat; ott ahol a két vonal kereszteződik, végezem az injectiót. E hely kijelölését mindig álló helyzetben végezem és az injectiót a beteg fekvő helyzetében eszközölöm. Az ily módon végzett injectióimnál ezideig kellemetlenségem és a betegeknek nagyobb fájdalma sohasem volt.

Jónak találtam eddigéle a *Kromayer*-féle úgynevezett

chronikus gyógykezelésmódot is. Ezen eljárás abban áll, hogy az olajos emulsióból másodnaponként és alternálólal, jobb- és baloldalt, tíz-tíz centigramm salvarsant fecskendezek be intraglutealiter négy, öt vagy hat alkalommal, a szerint, a mint negyven, ötven vagy hatvan centigrammot akarok adni a betegnek a gyógyszerből. Ezen eljárással a betegnek alig okozunk fájdalmat és mint már említém, az eredmény egészen kielégítő. E gyógymód azonban csak kórházakban lesz alkalmazható, a hol a megnyitott gyógyszerüvegcsé egyszerre el lesz használható és nem kell félnünk, hogy a megmaradt rész oxydálódik és hasznavehetetlenné válik.

Az intravenosus injectiót beszüntettem, egyrészt, mert nem találtam hatásosabbnak, mint az intramuscularist vagy a subcutant, másrészt pedig, mert nemcsak nem közömbös a betegre a nagy tömeg gyógyszer befecskendezése, hanem azért is, mert én eseteimben azt észleltem, hogy az így kezelt betegek rendkívül chloroanaemiások és debilisek lesznek és endophlebitis áll be azon gyűjtőérben (kemény, vastag köteg, minden külső reactio nélkül), a melyen át a gyógyszer befecskendeztetett.

Minthogy a salvarsannal, sajnos, végleges gyógyulás nem érhető el, nem nélkülözhetjük a kéneső és jód alkalmazását. E tekintetben oly módon járok el, hogy négy vagy hat héttel a salvarsan injectiója után erélyes kéneső- vagy jódgyógymódot alkalmazok.

A mint az elmondottakból értesülni méltóztattak, a syphilis terapiája terén is nagy a haladás. A syphilis körökörözésének felismerése, az állatkísérlet és a seroractio remélünk engedi, hogy a tökéletesedés e terén immár még rohamosabb lesz.

## Közlemény a budapesti állami gyermekmenhelyből.

### Az elhagyatott csecsemők magyar állami védelmének eredményei.

Irta: *Szana Sándor* dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója és főorvosa.

Harminczgy éve annak, hogy 1878 január 12.-én, *Szalárdi* a budapesti orvosegyesületben ismertette a Budapesten született s dajkaságba adott gyermekek rémületes sorsát. Előadta, hogy „maga a fővárosi hatóság elismeri, hogy a főváros által ápolásba adott gyermekeknek 99%-a hal meg a legzsengébb korban. Hivatalosan tudósították a fővárost, hogy a gyermekek ápolása körül hallatlan visszaélések burjánzanak fel a fővárosban. A Rókus-kórházban szülő nők előbbi gyermekeinek sorsát vizsgálva megállapították, hogy 100 házasságon kívül született gyermek közül meghalt 91-14. Azok között, kik gyermekeket dajkaságba vettek, volt asszony, ki egymásután 8—10 gyermeket vállalt el, mindegyiket pár hónapig szoptatta, ha elhalt, újat hozott és így szoptatott még akkor is, mikor 4 éve volt annak, hogy utoljára szült. Az üllői pap kijelentette, hogy élve onnét még pesti gyermek el nem ment. Monoron be volt jelentve 53 pesti gyermek, tényleg 300 volt ottan. A gyermekeket úgy adták ki: „Itt van 20 forint, ha a gyermek meghal, kap még 20 forintot.“

Az élénk vita, mely *Szalárdi* előadását az orvosegyesületben követte, azzal ért véget, hogy az orvosegyesület azonnal bizottságot küldött ki, melynek feladatává tette a házasságon kívül született gyermekek, valamint a lelenckez rendkívüli elhanyagolására vonatkozó adatokat megvizsgálni, az ügyet tanulmányozni, a tapasztalatokról jelentést és javaslatot tenni.

A bizottságnak az orvosegyesület 1879 február 1.-én tartott ülésében felolvasott jelentése elismeri, hogy a házasságon kívül születetteknek sorsa Budapesten szánalomra méltó. A főváros hatósága tett ugyan — mondja a jelentés — intézkedést a viszonyok javítására, de a kerületi előjáróságok nagyon el vannak halmozva egyéb teendőikkel és így az intézkedéseknek igen hézagossá lett az eredményük. Nem vonható tehát kétségbe — folytatja a jelentés —, hogy a házasságon

kivül születettek és a dajkaságba adott gyermekek feletti hatósági örökös hiányos.

A jelentés végre ismeretes dolognak mondja, hogy közvetítő czímen Budapesten nem egy üzlet valóságos gyermekvásárt folytat, mely egyrésztől egy csoport hajhász, másrésztől egy csoport lábadozó anya között történik, ki gyermekén túladni igyekezik, mert magának sincs se kenyere, se szolgálatja.

Még szomorúbb — a jelentés szerint — a falvakba ápolásba adott gyermekek sorsa, azért, mert a fővárosnak nincs módjában a kiadott gyermekek mikénti ápolásáról magának tudomást szerezni, ezt ellenőrizni.

„Betiltás, büntetés és üldözés daczára, mindaddig burjánozni fognak ezek, míg a hatóság vagy az állam nem veszi át a közvetítés ügyét.“

Ezen az összes adatok alapján elszomorító tényekkel szemben a bizottság véleménye odairányul: „*hogy a budapesti kir. orvosegyletnek az emberiség jólétére gyakorlatilag irányult tudományos törekvései keretében illő és méltó feladat ezen ügy rendezéséhez, mely évenként száz és száz életet a társadalom számára megmenteni van hivatva, szóval és tettel hozzájárulni*“.

Ezen célra a bizottság javasolja, hogy az egylet részéről felirat szerkesztessék, még pedig, minthogy sikeres intézkedés csakis akkor remélhető, ha nem csupán Budapest fővárosától magától ered az, de ezzel egyetértőleg a megyétől is, továbbá, minthogy a bizottság meggyőződése szerint a házasságon kívül születettek és dajkaságba adottak ügye ország-szerte magasabb gondozást és rendezést igényel, terjesztessék az föl a nagyméltóságú belügyministeriumhoz, azon kéréssel, hogy ezen ügy rendezését úgy a fővárosban, mint ország-szerte kezébe venni kegyeskedjék.

Az ügyet *Kőrösi* az akadémiában is szóvátette.

Azóta 31 év múlt el s ez évek munkájának eredményeként az országban ma 17 modern állami intézet kapuja tárva nyitva áll éjjel-nappal minden csecsemő számára, kit övéi eltartani nem tudnak. Tehát az állam nemcsak elvállalta a közvetítést, de a csecsemők eltartását is. Minden formáság nélkül lesz a gyermek felvéve s gondozva államköltségen. A gondozás s ellenőrzés olyan, hogy a látogatók, ellentétben a multtal, el vannak ragadtatva és a napilapok dicshymnusokat zengenek.

A falvakban elhaló 99%-ból immár csak 16% lett. S míg azelőtt falvainkban nap-nap után vittek pesti gyermeket temetni, 1910-ben a budapesti állami gyermekmenhelynek nagy számban vannak olyan telepei, a hol egyetlenegy csecsemő sem halt meg egész nyáron, sok faluban pedig a menhelyi csecsemők halálózása kisebb, mint a falu saját csecsemőinek halálózása.

Feladatom most az orvosi forum előtt, mely 31 évvel ezelőtt az államot felkérte a közellátásra szoruló csecsemők kérdésében eljárni, bemutatni, hogy a magyar állam feladatát mily eredménnyel oldotta meg.

Mielőtt ennek bemutatásához fogok, még hangsúlyozni akarom, hogy soha, de soha más célja nem lehetett az *elhagyott gyermek állami* védelmének, mint az orvosegylet által már felpanaszolt borzasztó állapotoknak megszüntetése, feladata volt tehát a *közgondozásra szoruló gyermekek excessiv halálózását leszállítani*. Ez sikerült.

Hangsúlyoznom kell itt azt is, hogy az elhagyott csecsemők magyar állami védelmére annak a 8 $\frac{1}{2}$  millió koronának, a melybe a magyar állami gyermekvédelem évente kerül, legfeljebb  $\frac{1}{4}$ -e lesz fordítva. Teljes joggal, mert kétségtelen, hogy szomorú és czéltalan mentés volna az, mely megegyednék az elhagyott csecsemők halálózási statisztikájának javításával s a csecsemőt az első életévén túl vive, azután elzülleni hagyná, úgy hogy a megmentett csecsemők felnöve, az ország társadalmának átkává lennének.

A magyar állami gyermekvédelem a gondozásába vett gyermeket 15. életévéig nemcsak gondozza, de neveli is.

Milliókba kerül az államnak a gyermekek ruházása, iskoláztatása, tankönyveinek, taneszközökének beszerzése. Nem hi-

szem, hogy bárki is olyannyira csecsemőgyógyász lenne, hogy ezt a feladatot elhanyagolni óhajtana csak azért, hogy a csecsemőhalálózás statisztikáján javítson.

De nemcsak a budapesti orvosegylet idézett határozata, nemcsak *Kőrösi* előadása az akadémiában, nemcsak *Thirring* felszólalása ezen időből mutatja, hogy az elhagyott gyermek, a közgondozásra szoruló gyermek sorsa a legégetőbb csecsemővédelmi feladat. Mutatja ezt a történelem is.

Franciaországban János király 1350-ben szabályozza a dajkaságba adott gyermekek ügyét.<sup>1</sup> Külön hatóságot állít, megállapítja a dajkaság minimalis díját és a mi igazán bámulatos éleslátás, eltiltja, hogy egy nevelőszülő egy évben egy gyermeknél többet vállalhasson.

Mutatja, hogy a párisi orvosi fakultás, majd a francia királyi orvostársaság már 1779-ben<sup>2</sup> foglalkozott a közellátásra szoruló gyermekek sorsával, sőt kísérletezett már akkor a csecsemők intézeti gondozásával.

*Strauss* is a veszélyeztetési fokot így állítja fel: közgondozásra szoruló gyermekek (enfants assistés), közsegélyre szoruló gyermekek (enfants secourus), magándajkaságba adott gyermekek (enfants protégés).

Az első rétegnek, a legalsóbb rétegnek mással nem segíthetni, mint azzal, hogy közgondozásba vesszük. A második rétege a csecsemőknek az, hol az anya segélyezése által a gyermek otthonában megmaradhat. Ez a segély lehet pénzsegély oly mértékben, hogy a házon kívül dolgozó anya lemondhasson keresetéről. A harmadik réteg azon csecsemők, kiket anyáik magándajkaságba tudnak adni s a kikért ők maguk meg tudják fizetni a tartásdíjat; csecsemők e szerint csak a kellő ellenőrzésre szorulnak.

Azt hiszem, ezek után kétségtelen, hogy a magyar állam elsősorban a legalsóbb réteggel, a közgondozásra szoruló csecsemők mentésével kellett hogy foglalkozzék.

Nézzük most már, mily eredménnyel oldotta meg a magyar állam e feladatot.

Az eredmény elbírálásakor más fokmérőnk nincs, mint az egyes országokban közgondozásba került csecsemők halálózásának egymással összehasonlítása.

Elvárni azt, hogy az elhagyott csecsemők közgondozása által valamely ország csecsemőhalálózása leszálljon, nem lehet. Még sehol sem oly mérvű a csecsemők közgondozása, hogy az elért eredmények az országos halálózást befolyásolhatnák. Mint később látni fogjuk, Magyarországon a közgondozásban lévő csecsemők arányszáma más országokkal szemben elég nagy s mégis a 770.000 egy évben született gyermek közül csak 7000-et vesz gondozásba a magyar állam s így ezen ténykedés nem szállíthatja le kimutatható módon az ország csecsemőhalálózását.

Fontos ebből a szempontból annak az ismerete, hogy az állam gondozásába vett csecsemők az ország mely részéből vétetnek fel. Hogy 1910-ben a magyar állam gondozásába vett csecsemők az ország mely részeiben vétettek gondozásba, az 1. sz. tábla mutatja.

Látjuk, hogy az összes felvett csecsemők 488%-át, tehát majdnem felét a budapesti állami gyermekmenhely veszi fel, ezek túlnyomó részben a fővárosban születtek is (81.5%) s így ha egyáltalán, a főváros csecsemőhalálózására bírhat csak az elhagyott csecsemők állami védelme befolyással.

De a mikor az elhagyott csecsemők gondozása körül elért eredményeket más ország ily irányú működésével össze akarjuk hasonlítani, azt lehetne felhozni, hogy az egyes országok csecsemőhalálózása oly különböző, hogy nem mind egy, mely országban történik a közgondozás.

Minthogy azonban Magyarország csecsemőhalálózása a többi európai ország csecsemőhalálózásával szemben igen

<sup>1</sup> Département de la Seine. Protection des enfants du premier age. Rapport annuel. Année 1908. p. 124.

<sup>2</sup> Académie de médecine. Rapport annuel de la commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance. Par M. Paul Bar rapporteur. Présenté à M. le Ministre de l'Intérieur. Pour l'année 1909.

magas, így tehát semmiképp sem könnyebb a közgondozásba került, mondjuk röviden: az elhagyott csecsemők gondozása Magyarországon, mint másutt. Tehát a midőn a rossz csecsemőhalálózással bíró Magyarország elhagyott csecsemőinek halálózását összehasonlítjuk a fényes általános országos csecsemőhalálózással bíró Svédország és Franciaország elhagyott csecsemőinek halálózásával, Magyarország számára nem javítjuk a képet.

I. sz. tábla. Az egyes magyar állami gyermekmenhelyek által az 1910. év folyamán saját területükről felvett csecsemők száma.

A Budapestről vidékre küldött csecsemők száma a felvett csecsemők számából levonva.\*

Menhely neve	Összes felvett csecsemők száma	Budapestről odaszállított*	A menhely által közvetlenül felvettek	Az összes felvettnek szála
Arad	234	121	113	1·7
Budapest	1805**	—	3084	48·8
Debreczen	373	101	272	4·2
Gyula	186	90	96	1·4
Kassa	270	61	209	3·2
Kecskemét	486	139	347	5·3
Kolozsvár	192	15	177	2·7
Marosvásárhely	70	3	67	1·0
Munkács	179	8	171	2·7
Nagyvárad	358	81	277	4·3
Pécs	151	33	118	1·8
Rimaszombat	196	81	115	1·7
Szabadka	294	92	202	3·1
Szeged	479	247	232	3·6
Szombathely	411	7	404	6·2
Temesvár	431	82	349	5·4
Veszprém	305	118	187	2·9

A saját kötelékbe felvéve... 6420 1279 6420 100·0

\* E számok nem egyeznek teljesen azon számokkal, melyeket a vidéki menhelyek kimutatnak. Ugyanis ennyi csecsemőt kevés kivétellel az anyával együtt küldtünk a vidéki menhelybe, sokszor azonban az anya odaérkezve, meggondolja a dolgot s a gyermeket magándajkaságba adja. A vidék részesedése tényleg tehát valamivel nagyobb.

\*\* Saját administratív kötelékbe felvéve.

Franciaországban a közgondozásba került csecsemők halálózása 1905-ben 20·95%, 1906-ban 22·35%,<sup>3</sup> Magyarországon 1908-ban 19·4%, 1910-ben 20·94%.<sup>4</sup> Svédországban a közgondozásba került csecsemők halálózása 1905-ben 19·5%.

Látjuk, hogy Magyarország halálózási arányszáma kisebb, mint Franciaországé, egyforma (1905 s 1908) Svédországéval, a hol az országos csecsemőhalálózás Európa összes államai között a legkisebb. Tehát mindkét állam összes csecsemőhalálózása a lehető legjobb s mégsem tudtak oly eredményt elérni, mint Magyarország a csecsemők közgondozása ügyében.

Ezen összehasonlítás azonban még kedvezőbb, ha tudjuk, hogy a francziák, midőn 22·35%-kal számolnak be a közgondozásba került csecsemők halálózásáról, nem veszik tekintetbe azokat a csecsemőket, a kik a felvételtör betegekként voltak és a menhely épületében meghaltak, mielőtt kihelyezték volna őket családi gondozásba.<sup>5</sup> 22·35%-ot tesz a telepeken gondozott csecsemők halálózása.

<sup>3</sup> A francia számok úgy mint a magyarok az összes gondozottakra vonatkoznak. A Statistique de la mortalité des enfants assistés, Année 1906. p. 6 szerint a proportion des décès pour 100.000 vivants 22.353. A total général des vivants de 21. aug. 168.969. A page 21 szerint ez a szám összetevődik az existants le premier janvier-ből s az entrée dans l'année-ből. Újabb francia adatok nincsenek.

<sup>4</sup> Az 1909. évi adatok közzétéve nincsenek még.

<sup>5</sup> A Statistique de la mortalité des enfants assistés, Année 1902. p. 83 szerint a 0-1 éves gyermekek száma, melylyel az elhaltak száma viszonyba hozatik a département Seine halálózási százalékának kiszámítása céljából: 4367. A Rapport sur le service des enfants assistés de la département de la Seine pendant l'année 1902. p. 163 szerint a telepekre 2879 csecsemő került csak ez évben.

A francia telepek 22·35% összhálózásának megfelel a magyar telepeken 16·12%, beleértve nemcsak a telepeken elhaltakat, de a telepekről betegen visszahozottakat s azután az intézetben elhaltakat is. Ez már lényeges különbség.

Az intézetekben elhaltak halálózása sehol sincs kimutatva a francziáknál, de nem lehet e szám kicsi, mert a francia gyermekvédelem csecsemőgyógyintézeteiben, hospice-eiben a halálózás átlag 50% és ha az intézetben elhalt gyermekek számát hozzácsatoljuk, akkor a francia kimutatások<sup>6</sup> szerint Franciaországban a közgondozásba került csecsemők halálózása 30%-ot tesz ki a magyar 19·4 (1908), illetve 20·9 (1910) %-kal szemben. Erről a 30%-ról azt mondja Straus, hogy „30% a halálózás, pedig az utolsó években az tekintélyesen leszállt“.

Ugyancsak kielégítőnek kell tekintenünk eredményünket, ha a svéd intézet számával hasonlítjuk össze. Svédország csecsemőhalálózása 10%-nál kevesebb, tehát a mi országos csecsemőhalálózásunk felénél kisebb.

De még többre kell tartanunk a magyar eredményt a svédvel szemben akkor, ha felemlítem, hogy a svéd lelencházban gyógyíthatatlan beteg gyermekek, vagy gyermekek feltűnő testi hibákkal fel sem vétetnek. Pedig mi a haldokló csecsemőt is felveszszük, ha elhagyott s a budapesti menhely intézetében elhalt csecsemők 17%-a a behozatal, vagy az ezt követő napon belül halt meg s 28 a száma azon csecsemőknek, kik haldokolva szállítottak már be. Megjegyzem még azt is, hogy a svéd lelencház orvosi vezetése az egyetemi klinika kezében van.

Németországból országos számok nem állanak rendelkezésünkre, mert Németországban állami, sőt még országos csecsemővédelem sem létezik; ott csak communalis, községi csecsemővédelem van. Adatok erre nézve csak Berlin számára található a multból az irodalomban.<sup>7</sup> A berlini statisztikai hivatal adatai szerint 1899-ben, tehát 11 évvel ezelőtt a Berlin városa által gondozott csecsemők halálózása 87%. A mire joggal mondta Finkelstein (l. c. 5. old.), hogy „meglepo rossz eredmény, tekintetbe véve a nagy pénzösszegeket, a melyet erre fordítottak, tekintve a hatósági közegek ellenőrzését“. Ezek a viszonyok lényegesen javultak és pedig rögtön a berlini városi gyermekmenhely felállításával 1903-ban, de az utolsó, az irodalomban található eredmények (1904) sem beszélnek kisebb számokról (l. c. 77. oldal), mint 25½%-ról, pedig Berlinben a csecsemők magasabb korban kerülnek felvételre — bár rossz állapotban —, mint nálunk, és a csecsemőknek 16%-át az első év betöltése előtt vették ki a menhely gondozásából.

A legutolsó évek eredményeiről nem lehet hivatalos adatot kapni. A város által kiadott jelentés az intézetek mortalitásáról beszámol ugyan, de nem számol be az összes külső gondozásban levők számáról. A közölt adatokból csak egy valószínű számítás lehet konstruálni, mely szerint a gondozottaknak körülbelül 23%-a halt meg, de ezen szám nem öleli fel az egész anyagot, mert Berlinben a csecsemők a szerint, a mint Berlinben vagy máshol illetékesek, más-más intézmény által gondoztatnak. Elég szép eredmény a berlini, de a budapesti menhely eredményét a magasabb felvételi kor s a sok intézet daczára nem mulja felül, pedig Berlin városa a leggazdagabb s legtökéletesebb eszközökkel dolgozik. Azonkívül Berlin nem küldi el, mint Budapest, a legegészségesebb anyagot a vidékre. Budapestről 1910-ben a felvett 3010 csecsemő közül a legegészségesebb 1200 csecsemő vidékre küldetett s így az itt maradt 1800 csecsemő már az átlagon aluli, „minderwertig“ anyag.

Berlint illetőleg talán érdemes még felemlíteni a berlini „Unterkunft für hilfsbedürftige Wöcherinnen“ eredményeit.<sup>8</sup> Csak anyával veszi fel intézetébe a csecsemőket s miután hetekig

<sup>6</sup> Rotschild, Hygiène de l'Enfant, I. p. XII.

<sup>7</sup> Finkelstein und Ballin: Die Waisensauglinge Berlins. 1904. Urban und Schwarzenberg, 6. old.

<sup>8</sup> Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Bd. I. Heft 5. S. 146.

az intézetben tartották őket, kihelyezik. 604 csecsemőről számolnak be s ezek halálózása 33·8% volt.

Fel kell itt még említenem, hogy a francia eredmény egész Franciaországról szól s Franciaországban az elhagyott csecsemők közgondozása a departement feladata, bár az állam a költségek egy részét viseli. Ha a seine-i departement, tehát a párisi intézet külön statisztikáját vesszük, sokkal jobb eredményeket kapunk — valószínűleg. Hangsúlyozom, hogy valószínűleg. Ugyanis ezen intézet 190 nagy quartoldalás jelentése a 0—1 évesek halálózásáról külön nem számol be. Feltűnő, hogy a kopenhágai közgondozási congressuson Franciaország részéről kiosztott hivatalos jelentés a párisi intézetet mint kivételt nem említi, a mikor a rossz eredményekről beszámol.

Természetesen teljesen tisztában kell lennünk azzal, hogy minutiosus biometrikai összehasonlításra e számok nem használhatók, ép oly kevéssé, mint maguk az országos csecsemőhalálózási számok.<sup>9</sup> Ezen számokban ugyanis a csecsemők felvételi kora nincs tekintetbe véve és nincs tekintetbe véve azok száma, a kiket az első életév letelte előtt már kivettek. Eddig számok ezen adatok figyelembevételével csak Franciaországban a Loi Roussel által védett, magándajkaságba adott csecsemőkről léteznek. Minthogy azonban Magyarországon is a csecsemők 50%-a még az első hónap letelte előtt vétetik fel, ez az arány nem fog döntő befolyást gyakorolni ezen számokra. Annál kevésbé dönti ez el, mert az egy hónapos korban felvettek halálózása nálunk kedvező. Kisebb a 0—1 hónapos korban felvettek halálózása, mint az országos halálózás ezen korban, pedig itt talán már lehet összehasonlítani, mert már csak négy hétről van szó.

2. sz. tábla. Az egy hónapon aluli korban a budapesti állami gyermekmenhely gondozásába felvett csecsemők halálózása:

Év	Felvétetett 0—1 hónapos korban	Meghalt 0—1 hónapos korban	Szából meghalt
1909	897	81	9·00
1910	905	59	6·5

Viszont az idősebb csecsemők nálunk nem javítják a halálózási számarányt, mert mint más helyen kimutatom, oly alacsony felvételi súlylyal kerülnek az idősebbek felvételre, hogy életésélyük igen kicsi.

De ha mindezeket a különbségeket egyebekkel együtt tekintetbe vesszük, a magyar 16 s a francia 22 között oly nagy a különbség, hogy nem valószínű, hogy valamennyi tényező tekintetbe vétele mellett is ez az arány megfordulna.

A bécsi lelencház (alsó-ausztriai központi gyermekotthon) halálózási száma nagyobb mint a mienk, de ezen számot összehasonlításra fel nem használhatjuk, már azért sem, mert nem az összes gondozottakra vonatkoztatja a halottakat, hanem újabbban az egyik évben felvettek sorsát végig kíséri a naptári éven túl is, míg az egy éves kort elérte. Ez a bécsi intézet csecsemőhalálózási számát javítja azzal a számítással szemben, mely a felvettek számával hozza arányba az elhaltakat, mert Bécsben a felvételek száma csökken, a menhely kötelékéből való elbocsátások száma pedig nő. Még két évvel ezelőtt is a bécsi lelencház csecsemőhalálózását úgy számította ki, hogy az összes felvett gyermekek (nemcsak csecsemők!) számával hozta az elhalt csecsemők számát arányba.

A bécsi lelencház halálózása 29—30. A bécsi lelencház a szülészeti klinikák kitűnő csecsemőanyagát kapja. Más csecsemőt csak kivételesen vesznek fel. Hogy mennyivel jobb az ő csecsemőanyaguk a mienknél, látható abból, hogy míg Bécsben a felvett csecsemők alig 1·7%-a halt meg az intézetben, mielőtt a telepre kihelyezhető lett volna, Budapesten

<sup>9</sup> Sajnos, Európában máig még nincsenek egységes elvek szerint összeállítva a csecsemőhalálózási számok. Nagy eltérést okoz főleg az, hogy igen különböző elvek szerint lesz megállapítva, hogy kit tekintenek „halva születtnék“.

a felvételt követő 48 óra alatt 1·7%-a halt meg a felvett csecsemőknek. Budapesten s Párisban a felvett csecsemők körülbelül 10·0%-a hal meg még a kihelyezés előtt. Ezen szám úgy Budapesten, mint Párisban évek óta majdnem állandó.

Hogy tiszta képünk legyen a csecsemőhalálózásról, ahhoz szükséges lenne a Bertillon által felállított módszer szerint a halálózást kiszámítani. Ezen módszer az első életévet 7 korosztályra osztja fel, még pedig a következőképp:

0—4	nap
5—9	”
10—19	”
20—30	”
31—60	”
61—150	”
151—365	”

Ezután tekintetbe veszi a minden egyes korosztályban a menhely gondozásában valóban eltöltött napok számát. Minden egyes időszak számára külön kiszámítja ezen valóban eltöltött napok alapján a halálózási együtthatót s ezen együttható alapján kiszámítja, hogy száz, élete 10. napján<sup>10</sup> gondozásba vett csecsemő között hány maradt volna életben az év végén.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> A 10. naptól kell a halálózást venni, ha elfogulatlan adatokat akarunk. Az első 10 napban ugyanis a francia lelencházak halálózása kedvezőbb, mint az általános halálózás; mert ha egy gyermek oly állapotban van, hogy megmaradása kétséges, nem adják be Franciaországban a lelencházba, hol ez a gyermektől való teljes elszakadást jelent.

<sup>11</sup> Temesvárot kiszámítottam az 1904-ben a temesvári állami gyermekmenhelyben gondozott csecsemők halálózását, a francia statisztikai tanács alapján a Loi Roussel által protegált csecsemők számára kötelezővé tett módszer szerint. Tehát minden egyes korosztályban a valóban a menhelyben töltött időt véve alapul, minden egyes időszak számára külön kiszámítottam a halálózási együtthatót az egész első életévre. Ezen halálózási együtthatók alapján számítottuk aztán ki, hogy 1000 a 10. naptól a 365. napig észlelt gyermek közül hány maradt életben. A kiszámítás a következő tábla anyagából történt.

3. sz. tábla. A temesvári állami gyermekmenhelyben 1904-ben gondozott csecsemők által az év egyes időszakaiban töltött napok száma s az ebből kiszámított halálózási együtthatók.

Kor napokban	Azon napok száma, melyek alatt e korban a gyermekek kezeltettek	Halálózások száma	A halálózások száma 1000 gyermek után ezen korosztályon egy nap alatt	Napok száma, melyekből ezen korosztály állott	Száma a haláleseteknek, melyeket minden korosztály 1000 gyermeke szolgáltattott az egész korosztály tartama alatt	
1	0—4	37	1	27·027	5	135·135
2	5—9	100	—	—	5	0·000
3	10—19	1100	7	5·0833	10	50·833
4	20—30	1687	4	2·3710	10	23·710
5	30—60	5715	8	1·3998	30	41·9940
6	61—150	19.342	26	1·3442	90	120·9780
7	151—365	46.225	26	0·5624	215	120·9160

Az ezen halálózási együtthatók alapján kiszámított halálózási tábla szerint 1000 a 10. életnaptól a 365. életnapig a temesvári menhely által gondozott csecsemő között — pontosan a francia statisztikai tanács számításai alapján számítva — 313·5 volt.

Azonban e szám így össze sem hasonlítható a francziával. Ugyanis a francia szám nem veszi tekintetbe a közgondozásra szorult, de még a kihelyezés előtt az intézetben meghalt csecsemőket. Csakis a telepen meghalt csecsemőket veszi tekintetbe. A temesvári intézet halálózásának a kiszámításakor azonban ezeket tekintetbe vettem, sőt tekintetbe vettem azokat is, kiket a temesvári menhely nyilvános csecsemőkórház minőségében felvett csakis a betegség tartamára. Már most csakis a betegség tartamára, tehát a csecsemőkörben felvett csecsemők között a halálózás, mint később látni fogjuk, nemcsak óriási nagy, de ezen számításai adatokat direct hasznavehetetlenné teszi; a gyorsan gyógyuló gyermek ugyanis kevés ápolási napjaival rontja a statisztikát annyira, hogy Finkelstein osztályáról az ehhez hasonló módon kiszámított csecsemőhalálózás 87%. Az én 1904-i számításom ezen része tehát, minthogy a francia statisztika ezen hibáját akkor még nem ismertem, összehasonlításra nem használható.

Biometriai számításokra azonban még e statisztika is csak akkor lesz felhasználható, ha nemcsak a csecsemők felvételi korát s a csecsemők gondozásának időtartamát fogjuk tekintetbe venni, hanem elválasztva az intézetben a telepre való kihelyezés előtt elhaltakat (*Szana*), a csecsemő biológiai állapotát a kihelyezéskor is valamely módon rögzíteni fogjuk (*Schossberger*<sup>12</sup>). A biológiai állapotot azonban nem lehet, mint ezt *Berend* ajánlotta, életesélylyel kifejezni, sem a csecsemő jelen állapotának osztályozása (egészséges, heveny beteg, idült beteg) által, mint ezt *Schossberger* javasolja, mert mindkét mérték az egyéni nézet, az egyéni elbírálás tárgya. Talán a súly s kor coefficientisével, illetve a normalis súlytól való eltérési viszonyonnyal lesz a kérdés megoldható.

(Folytatása következik.)

### Közlemény a kolozsvári egyetemi gyermekgyógyászati intézetből és az állami gyermekmenhelyből.

#### Gonococcus-fertőzés csecsemőkori és csuszáló leánygyermeken.

Közli: *Genersich Gusztáv* dr. egyetemi magántanár, gyermekmenhelyi igazgató-főorvos.

(Vége.)

#### Törvényszéki vonatkozások.

Még most is él a népben az az ostoba tévhit, hogy a férfi idült kankójától csak akkor szabadul meg, ha egy ártatlan leánnyal nemileg érintkezik. Vén kéjenczek, kiket a kifejlett nő már nem tud felingerelni, a kosaras asszonyok révén kis leányokat szereznek. É férfiak nagy része is idült kankóban szenved. Ezek az esetek szolgáltatják a stuprumot, a violatiót és ezen a révén a kankós fertőzést.

De vannak esetek, hol kis leányok a csábítók. Jászani szeretnek fiúkkal, sőt férfiakkal, odasimulnak, ölelkeznek, ingerkednek velük és szívesen engedik át magukat. Menhelyi gyakorlatomban több oly esetem volt, mely élénk világot vet némely kis leánynak időelőtti nemi ingerültségére és erkölcsi romlottságára.

B. M. 11 éves leány a kórrajz szerint nemcsak fejlettségével arányban nem álló buja arczkifejezést mutatott, de minden szégyen nélkül beszélt el a vele történeteket; kétszer mások vitték megrontójához, harmadszor már ő maga ment oda. Ez a leány oly nymphomaniásnak mutatkozott az intézetben, hogy nagy nehezen lehetett tőle az intézetben megforduló férfiakat és fiúkat megőrizni. Mikor pedig 13 éves korában cselédnek kiadtuk, alig lehetett visszatartani attól, hogy nappal, mások jelenlétében, egy-egy a háznál megjelenő tejes embert vagy kocsiszt meg ne öleljen és csókoljon. Közeli 15 éves korában, dacára annak, hogy oly helyen volt, hol a konyha kulcsát az asszony éjjelre magához vette, lágyfekélyt szerzett, bementése szerint egy darabontól, a kivel a közös fákamrában találkozott, de kiderült, hogy egy öregebb gépészszel is összeszúrta a levét ugyanabban a házban és vele mindenféle perversitást folytatott.

V. A. 11 éves leányt azért hozták be a menhelybe, mert az az ember, a kihez anyja állítólag örökbe adta, erőszakot követett el rajta. Az intézetben a leány feltűnően keltette magát a fiúknak és mikor anyja megszőktette, ott is valami czukrászemberrel akadt össze és vele coitált. Ez már több, mint véletlen és ahhoz nem is kellett erőszak.

B. M. 13 éves leány következő anamnesissel került az intézetbe: 12 éves korában 60 éves csizmadiamesterrel több ízben nemileg közösült. A mestert rajtakapták és fajtalanság címén egyévi börtönre ítélték. Mikor a leány meghallotta, hogy a csizmadia a börtönből ismét hazakerült, éjjel kiszökött a házból és felkereste büntársát. Ugyanez a leány egy

másik férfit is felingerelt, gazdáját, egyik szolgálatadóját, ki éjjel kijárt a konyhába. Az ottani állami iskola igazgatója, jegyzőkönyv adatai szerint, a leányt sexualis hajlamai miatt az iskolából kizárta.

B. J. 12 éves leány 1910 október óta van intézetünkben azzal az épületes anamnesissel, hogy künt már rendszeresen prostituált. Mi hymenét nem találtuk perforáltnak, de konstatáljuk, hogy még gyermeki állapotban levő szervezete dacára már erősen forr benne a kéjelgési vágy. Valósággal lakat alatt kell tartanunk, hogy össze ne kerüljön az intézetben levő fiúk valamelyikével. Coitus megtörténtét nem tudtuk megállapítani, de az egyik fiú, kit kiadtunk telepre, szeretőjének mondotta a leányt és több más fiú is bevallotta, hogy a leányt megcsókolta és megölelte.

Régebben kötelékünkben volt egy B. E. nevű 13 éves leány, a kit nagyobb felügyeletet nem kívánó, két éven felüli gyermekek gondozására használtunk. Ő éjjel is együtt volt ezekkel a gyermekekkel. Ebben a szobába került egy I. Gy. nevű 8 éves fiú is, a ki néhány nap mulva beállított hozzám és kerekén kijelentette, hogy ő bizony nem hál többet B. E.-vel, mert vele éjjel fajtalankodik, reáfekszik, himvesszőjét ingerli. Utólag kisült, hogy a leány még más fiúkkal is fajtalankodott.

Az, hogy gyermekek egymás közt is fajtalankodnak, nálunk egyáltalán nem ritka, mert népünk laza erkölcei és szűk lakása mellett szülők és más felnőttek gyakran coitálnak gyermekek szemelátára. Én több gyermektől, kit egymáson fekve kaptam, azt hallottam, hogy „apát és mamát“ játszanak. Ha az egyik közülök gonorrhoeában szenved, megfertőzi a többieket is. Jól emlékszem, hogy 1893-ban Berlinben, *Henoch* poliklinikáján 17 gonorrhoeával fertőzött 6—13 év közötti gyermeket állítottunk elő, a kik a gonorrhoeát állítólag egymástól kapták meg, nagyobb részük leány volt.

Bármilyen formában is, bármily okból történik a direct nemi érintkezés, mégis aránylag ritkán láttunk gonorrhoeás vulvovaginitist direct nemi érintkezés folytán keletkezni. Az esetek nagyobb elterjedettsége mellett alig 50 eset közül egyszer okoljuk a stuprumot és meg vagyok győződve, hogy ha a laikusok és orvosok egyaránt jobban lesznek felvilágosítva a leánygyermek fehérfolyásának közvetett úton való átviteléről, kevesebben fognak stuprumra gondolni, míg ellenben ma, valahányszor laikusok kis leányon fehérfolyást látnak, mindjárt a legrosszabbra gondolnak.

A *Neisser*-féle gonococcus felfedezése a kérdéses ügyre csak részben derített világosságot, különben meglehetősen zavart okozott. A *Neisser*-féle gonococussal sikerült t. i. annak eldöntése, hogy a fehérfolyás kankós-e vagy nem. De azzal, hogy a kis leány betegségét kankós természetűnek találtuk, világért sincs kimutatva az, hogy a betegség büntény következménye. Az esetek legnagyobb részében teljesen ki van zárva a stuprum lehetősége, másik részében a stuprumot csak az állítólag sérült leánykának kimondására lehet alapítani, mert rendszerint más tanuja a tettnek nincs. Ily esetekben kiderült, hogy a leánykák nagy része határozottan hazudik.

*Cahen-Brach*, a ki 5 stuprumos esetet közöl, különösen figyelmeztet erre a körülményre és ajánlja, hogy induljunk el adott esetben *Vogel* tanácsa szerint. *Vogel* azt mondja, hogy ha a kis leány minden tartózkodás nélkül beszél megrontásáról, akkor rendszerint hazudik. Ha ellenben szégyenkezést mutat és vallomását nehezen teszi, az ügy érintése által szófukarrá válik, akkor valószínű a stuprum. Én hozzáteszem saját eseteim alapján, hogy *Vogel* tanácsa csak részben vezet célhoz. A fennebb említett leányok egyike-másika, kiken a nemi érintkezés egészen biztos volt, oly arcátlanossággal és oly szemérmertlenséggel beszélt üzemleiről, hogy kénytelen voltam egy emeleti elkülönítő szobába elzárni, de még onnan is az ablakon keresztül beszélt el mindenkinek éppen nem lélekemelő történetét.

A törvényszéki orvostan mai álláspontja, mint azt *Kenyeres* tanár tankönyvéből is tudjuk, az, hogy számba veszi a stuprumnak tanuk által való bebizonyíthatóságát és

<sup>12</sup> Az állami gyermekmenhelyek igazgató-főorvosainak értekezletén, Kolozsvár 1910.

a leányka vádaskodását csak akkor fogadja el, ha minden jel a mellett szól, hogy a leányka a tett elkövetésekor teljesen egészséges volt, hogy nemi betegsége a lefolyt napok számával arányos fejlettséget mutat és ha többszöri vizsgálatkor a vádolt férfin gonorrhoeát találtak.

A leánygyermeken csak a negyedik naptól kezdve látható váladék. Ha rögtön a tett elkövetése után bő váladékot mutatnak, akkor szemérem elleni büntettről és megfertőzésről lehet szó, de a gonorrhoeával való infectio valószínűtlen.

Sokszor a stuprumot a nagy ajkakon látható erosiókkal akarják bizonyítani. Én magam is láttam esetet és *Epstein* s mások is írnak le olyanokat, a mikor az indirect úton keletkezett vulvovaginitis gonorrhoea hiányos ápolás és tisztaság mellett a váladéktermelés tetőfokán, tehát a második, harmadik héten erosiókat, duzzanatot, fájdalmasságot hoz létre.

A gonorrhoeás vulvovaginitis törvényszéki eset tárgya lehet olyankor is, a mikor valakit felelőssé tesznek kórházakban, szünidei gyermektelepeken, leányinternátusokban, iskolákban jelentkezett járványokért. Akár oly alakban, hogy ő volt a fertőző betegség okozója, tehát a reábízott gyermekek megrontója, akár oly alakban, hogy a gyermekek felvételekor nem járt el eléggé szigorúan az egészségi állapot vizsgálata tekintetében.

A gonorrhoea nagyon elterjedt betegség és leánygyermeken elég gyakran fordul elő. Intézeti felvételekkor, ha a felvett nő és gyermeke alsóbbrendű, még keresztülvihető az, a mit mi is teszünk, hogy minden egyes érkező nőt és leánygyermeket gonococcusra direct megvizsgálunk, de már előkelőbb beteg kereken visszautasítaná a vizsgálatot és mit szólnának az emberek, ha valamely előkelőbb leányintézet valamennyi kisasszonyán a nemi vizsgálatot kötelezőnek mondaná ki.

Ott, hol tömeges felvételek történnek, mint pl. szünidei gyermektelepeken, a nemi vizsgálat, idő és vizsgáló eszközök hiánya miatt, többnyire lehetetlen. De erkölcsi szempontból is erős kifogás alá eshetik. Ily helyeken az ingeken mutatkozó foltok vizsgálata nyújt némi támpontot, hogy van-e ragályozott eset. Az ilyen gyermekkel szemben erélyesen kell eljárni, az intézetből el kell távolítani őket, sőt ilyenkor a többi gyermek vizsgálata is szükséges, mert ezzel a járvány jelentkezését, illetve terjedését megakadályozhatjuk és a mindenféle alap nélküli mende-mondának elejét vehetjük. Más mód ez idő szerint nem áll rendelkezésünkre.

Ha mégis feljelentés történik a törvényszéknél, akkor nagyon számba kell venni, hogy leánygyermeken indirect úton is jöhet létre igen gyakran fertőzés és szembe kell ezt állítani az oly csekély számban előforduló stuprum általi fertőzéssel.

#### Gyakoriság és kor.

A vulvovaginitis leánygyermeken elég gyakori betegség. *Potts* a leánygyermek 10%-ában, *Cséri* 0-7, *Dukelszky* 0-28%-ában találta. Leggyakrabban a 2 és 10 éves korban észlelték. A beteganyag a poliklinikán és a magángyakorlatban rendszerint ebből a korosztályból sorozódik. De a mennyivel inkább túlnyomó vagy kizárólagos az észlelt beteganyagában a csecsemő, annyival inkább tétetik említés a csecsemő és újdonszült korban való előfordulásról.

Igy *Doublet* és *Bertin* pár hetes csecsemőn látott vulvovaginitist veszületett lues mellett. *Ramel* 1/2 éves kortól fogva látott eseteket. *Steiner* és *Schmidt* szintén csecsemőkön észlelte a bántalmat. *Epstein* 10, 16 és 20 napos csecsemőn látott vulvovaginitist. *Holt* a Babies Hospitalban csecsemőkön észlelt nagy járványt és *Kimbal* szintén csecsemők közt kapott nagyszámú megbetegedéseket. *Dukelszky* legfiatalabb betege 6 hetes volt. Közölt eseteink életkora: 7 hét, 3 hónap, 5 hónap, 10 hónap, 11 hónap, 1 év, közel 2 év, közel 3 év volt.

*Fraenkel* az előfordulás korát 1—12 évre, *Cséri* 3—10 évre, *Epstein* 3—11 évre, *Skutsch* 6—14 évre teszi, *Cahen-Brach* 1 1/2 usque 12 évre. Ez utóbbi szerző szerint 25 gyermek

közül 19 még nem volt 7 éves és *Fischer* 50 esete közül 32 nem volt még 6 éves.

Leghelyesebb felvenni azt, hogy a vulvovaginitis bármely korban érheti a leányokat, csak mód és alkalom kell a fertőzéshez. Hogy minden eset már a születésétől fogva származnék, azt *Epstein*-nel szemben tagadom. Azt sem hiszem egészen, hogy a fertőzési lehetőség indirect úton csak addig roppant könnyű, míg a leánykák kisebbek, még pedig azért, mert nemi részeik inkább kiállók, fedetlenek és védetlenek. Ellenben nagyobb leánykákban a fanosodás idejétől már nehezebb a fertőzés, mert a rima pudendi mélyebb és jobban tart. Kissé feltűnő ugyanis, hogy inficiált családokban rendszerint csak a kis leányt mutatják, a nagyobb leányt pedig nem emlegetik, bár az is rendszerint beteg. És valószínű, hogy a bántalom a fanosodás idején túl levő leányokon is elég gyakran fordul elő és akár ebben a korban is hasonló okokból keletkezik, mint a kisebb korban, ha az infectio lehetősége megvan.

Ily korú leányok gyakran fajtalanok egymással, vagy mint mondják, apát és anyát játszanak és ily módon is fertőződhetnek.

A megtörtént fertőzés után *Lucny* szerint 3 napos lappangás következik. A negyedik napon kezdődnek a helybeli tünetek. Egy-két napig csak pirosodás és duzzanat van, majd megindul a váladék, a vulva piros, duzzadt, vérzékeny, a kis ajkak merevek, a hymen vaskos, a szeméremrés nyitása fájdalmas, a hátulsó commissura könnyen bereped. A kifolyás bő, a hymennyílásból is jön váladék. A váladék zöldesbe játszó sárga. A mikroskop alatt úgyszólván csak genyesejteket látunk, laphám alig van. A genyesejtekbe foglaltan, de szabadon is rajokban heverő széles és egymás felé belapított diplococcusokat találunk, melyek nem *Gram*-állók. Ezek a *Neisser*-féle gonococcusok. A váladék az urethrából a vulvába ömlik, a hymenen keresztül a vaginába is szivárog és ott is hurutot okoz. Némelyek nagyobb leányokon tamponokat alkalmaztak és ezek segítségével kimutatták, hogy a vaginitis nagyon hamar elmúlik, mert a tampon már néhány nap mulva hátul tiszta és csak elől genyes.

A poliklinikai esetek rendszerint elhanyagoltak, a váladék bő, a nagyajkak duzzadtak, rajtuk és a czombok érintkező helyein eczemák keletkeznek, sőt tályogok is és néha nagyobb erosiók, melyek a nemi erőszak látszatát kelthetik. *Fischer* azt, hogy a nagyajkak összetapadnak és szélükön pörkösök, szinte jellegzőnek tartja szemben más eredetű fluorokkal. Ő is kiemeli azonban, hogy ezek csak elhanyagolt esetek. A bántalom elején rövid ideig tartó láz is lehet. Kivétel az, a mit *Fischer* észlelt, ki 40 fokos lázat látott 4 esetben, egyben az első napon 38 fok C.-t. Egy másik eset recidivája 40 fokos lázzal köszöntött be. Leánygyermeken 5—8 hét mulva kevesbedik a váladék. A bántalom többnyire semmi általános zavart sem hoz létre. *Fischer* szerint a kedélyhangulat végig jó. Ritkán bizonyos általános zavarok láthatók, kedvetlenség, halványodás, tartózkodás, féltékenység, idegesség.

A bántalom tartama kezelés mellett is 1 1/2—7 hónap. Láttak azonban eseteket, a hol a kezelés évekig tartott s gonococcusokat mégis találtak. *Epstein* 4 1/2 éves gyermeket kezelt, kinek már 10 napos korában volt gonorrhoeás fluorja.

*Ramel* eseteiben a 6—8 éves leányok fluorja 6 hónapos csecsemőkoruk óta állott fenn. *Romniceánu* 2, de akár 5, sőt 7 év mulva is látott recidivát. *Buschke* a befejezett kezelés után még négy év mulva is talált gonococcusokat. Én az említett leányon, ki stuprum áldozata lett s ki a gonorrhoeás infectio folytán sokáig kórházban volt, még két év mulva is találtam fluort; két évvel fiatalabb leánytestvéren hasonlóképp. Két leányka közül, kik körülbelül 1910 augusztus havában szenvedtek fluorban és kiket most telepünkről behozattam az intézetbe, az egyik absolute nem volt váladék, a másikon is alig valami nyálka, gonococcusok nem voltak, tehát aránylag rövid idő alatt teljes gyógyulás állott be. *Skutsch* 140 kezelt eset közül 10 hét mulva még 60-ban talált gonococcusokat.

Mint fennebb emítettem, az urethra és nem a vulva és a vagina a fentartója a bántalomnak. A felnőttektől eltérőleg ritkaság az uterusra való átterjedés, de azért előfordul. A *Bartolini*-mirigy gyulladásáról az irodalomban nincs említés téve. Azonban *Fischer* eseteinek  $\frac{1}{3}$  részében a mirigyet megduzzadva találta.

*Gassmann* férfi-húgycsőtükörszerű eszközt használva, 10 hónapos leányka méhcsatornájában gonococcusokat talált.

Hogy, bár nem gyakran, a gonococcusok csakugyan bejutnak a méhbe, sőt továbbhaladnak a tubák felé, bizonyítják azok a peritonitisek, melyeket *Lovin*, *Hubert*, *Hadfield*, *Saenger* és mások írtak le.

Találtak leányokon exsudatumokat is a genitáliák körül. A bántalom hosszas tartama mellett nem lehetetlen, hogy igaza van *Currier*-nek, ki a bántalomból dysmenorrhoeákat és az uterus alaki változásait vezeti le, és *Hennig*-nek, ki leukorrhoea következménye gyanánt összenövéseket, összetapadásokat, szűkületeket és hegeket ír le.

Gyermekek genitális gonorrhoeája után aránylag gyakran fejlődik arthritis. Az első gonococcus-lelet arthritissel éppen gyermekre vonatkozott, s *Deutschmann* által közöltetett.

Arthritis-esetekről referál: *Koplik*, *Holt*, *Schwediaur*, *Fournier*, *Löb*, *Patriss*, *Hoock*, *Remodoni* és *Redutzi*, *Vegnaudon* és *Kimbal*. *Seiffert* tendinitis gonorrhoeicát ír le.

Daczára annak, hogy *Seiffert* és mások észlelete szerint az ilyen gonococcus-metastasisok nem abscedálnak mindig, mégis általában súlyosnak mondják a gonorrhoeás rheumatismust. *Holt* 26 arthritise között 14 ott halt meg a kórházban, 12 kiadatott, de további sorsokról nem tudnak. *Kimbal* is 6 halálesetet látott 8 gonorrhoeás arthritis után. Az izületek sorában praedilectió hely a térd, azután a kéztő, majd a lábtőizület. *Holt* a gonococcus-arthritist gonococcus-sepsis névvel jelöli. *Cipriani* myelitist látott kifejlődni 14 éves gonorrhoeás leányon.

#### Kezelés.

A kezelés nem valami eredményes és gyermekeken mindenesetre nehezebb, mint felnőtteken a genitáliák szűk volta miatt. Az eredmény jobb, ha csak vulvitis fejlődik az urethritis után, mint ha vaginitis is van jelen. Chronikus esetek és beteges gyermekek nehezebben gyógyulnak. Irrigatók, tamponadok és fürdők alig, vagy nem is használnak. A külső jelenségek, a duzzanat, a profus secretio, a vizezés-inger, hamar elmúlnak ágyban fekvésre, hideg borogatásra. A további kezelés abból áll, hogy a vulvát és a vaginát kifecskendik antiseptikus oldatokkal és a vulvába antiseptikus porokat alkalmaznak, nagyobb gyermekeken pedig a vaginát tamponálják, vagy tampon helyett szűkebb vaginánál jodoform-bougiet vezetünk be. Öblítő folyadékul *Fischer* 1—2%-os zincum sulfuricumot, *Pipping* usque 2%-os lapist, *Buschke*  $\frac{1}{2}$  usque 1%-os protargolt, *Romniceanu* 4%-os bórsavat, *Wood* kalium permanganicumot, *Dusch* 1 : 500—1 : 3000 higitású sublimatot, 2%-os carbol- és 2%-os thallin-oldatot használt. A hüvely és részben az urethra touchirozására 2%-os protargolt vagy 1—2%-os lapis-oldatot használnak, mások jodoform-bougiet dugdosnak be. Megkísérelték az urethra kezelését *Janet* szerint is. *Pott* a hymenét a kezelés akadályául tekinti és vaginitisnél okvetlenül jodoform-bougie alkalmazását tartja szükségesnek.

Új kezelési irányt jelent a gonorrhoea vaccinatiós és serumos kezelése. *Butler* és *Long* 12 esetben a kezelést a *Wright*-féle módszerrel vitték keresztül vérsavós agaron nevelt gonococcusokkal. A kulturák 6—8 órásk voltak. Az eredmény állítólag jobb volt, mint a palliatív antiseptikus kezelésnél. *Curdil* és *Soper* véleménye szerint a *Wright* szerinti oltás a betegség tartamát és az intézeti kezelést lényegesen megrövidíti.

A dolog még új, főképpen Amerikában divó. *Karley* a kezelési módtól nem látott kifejezett befolyást és *Hoowland* és *Hoobler* eredményei sem voltak valami szembetűnők.

Mi eseteinket az első időben 1—4000 higitású kalium permanganicum-oldattal fecskendeztük, 8 nap mulva a vála-

dék még igen bő volt és ekkor 10%-os argentum nitricum-oldatból a vulvába csepegtettünk, kissé felemelve a fart, úgy, hogy a vaginába is jutott a folyadékból.

*Epstein* lényegesnek tartja a *Credé*-féle becseppentést prophylaxis szempontról a vulvába is alkalmazni.

Intézetekben legfontosabb a prophylaxis. Czélszerű az az eljárás, melyet *Holt* ajánlott: a felvett betegeket teljesen elkülöníteni és külön ápolószemélyzettel ellátni. *Míg az ápolónő közös, a bántalom tovább hurcolódik. A második fontos tényező újabb eseteket fel nem venni, különben kinlódhatik az intézet hónapokon keresztül egy-egy házi járvánnyal.* Én nem vagyok abban a helyzetben, hogy gonorrhoeás ophthalmiában vagy vaginitisben szenvedő gyermeket vagy asszonyt, ha felvételre hozzák, elutasítsak, ha közellátásra szorul. Ugy intézkedtem azonban, hogy ezentúl senkit sem szabad felvenni, sem leányt, sem asszonyt és nem szabad a gyermekosztályokra beengedni, mielőtt gonococcusokra megvizsgálva nincs.

Csekély ápolószemélyzetünk és szűkösebb anyagi viszonyaink mellett beszüntettem a testhőmérézést, beszédtem a szivacsokat és mosótálat. Szigorúan elrendeltem, hogy a csecsemő a neki kijelölt, számozott fürdőkádban fürösztesse. A betegeket az elkülönítő pavillon egy tágas szobájába internáltam és a gyermekek kezelését az abban a szobában levő csecsemők anyjára bízam. A fehérenmű és pelenka onnét ki sem került, hanem a szobával kapcsolatos fürdőszobában mosatott. Ezzel sikerült a járványokat gátat vetni.

*A prophylaxis tehát, mint ebből látható, a teljes és tökéletes elkülönítésből áll.*

**Irodalom:** *S. Baginsky*: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. III. Aufl. 1889. — *Buschke*: Ueber Vulvovaginitis infantum. Berlin. Therapie der Gegenwart, 1902. No. 3. Ref. Jahrb. für Kinderhk., 1902. Band 55. S. 739. — *W. J. Buttler* und *J. P. Long*: Die Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoeica bei Kindern durch Impfungen. Journal of Amer. med. Assoc., 1908. I. S. 744. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1908. Bd. 68. S. 385. — *Ugyanaz*: Inoculations- und Serumbehandlung bei Gonorrhoea bei Kindern. Journ. of the Amer. med. Assoc., 1908. II. S. 1301. Ref. Jahrb. f. Kinderhk., 1909. Bd. 69. S. 498. — *Cséri*: Zur Aetiologie der Vulvovaginitis der Kinder. Wiener med. Wochenschrift, 1885. No. 22, 23. — *Cohen-Brach*: Die Urogenitalblennorrhoe der kleinen Mädchen. Jahrbuch für Kinderhk., 1892. Bd. 34. S. 369. — *Comby*: Studien über die Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Annales d'hygiene publique et de méd. legale. 3. serie. Band 27. 1893. No. 1. Ref. Jahrb. für Kinderhk. Bd 37. S. 443. 1894. — *Dusch*: Ueber infectiöse Colpitis kleiner Mädchen. Deutsche med. Wochenschrift, 1888. 41. sz. — *Dukelski*: Zur Frage der Vulvovaginitis bei Kindern. Russkije Wratsch, No. 15, 1903. Ref. Jahrb. für Kinderheilkunde, 1904. Bd. 59. S. 397. — *Epstein*: Ueber Vulvovaginitis gonorrhoeica bei kleinen Mädchen. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1891. Bd. 23. Heft 6. — *Fränkel*: Bericht über eine bei Kindern beobachtete Endemie infect. Colpitis. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 6. S. 372. 1885. — *Fischer*: Die Kindergonorrhoe. Deutsche med. Wochenschrift. No. 51. 1895. — *Gassmann*: Ueber die Betheiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis gonorrhoeica der Kinder. Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte. No. 11. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1901. Bd. 54. S. 783. — *Gershel*: Subcutaneous abscesses due to the gonococcus in a child two years of age. Med. Record, 7. Febr. 1903. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1903. Bd. 58. S. 328. — *Hirschberg*: Über gonorrhoeische Bindehautentzündung bei Kindern. Berliner klin. Wochenschr., 1884. No. 33. S. 325. — *Hausmann*: Über eine sehr frühe Entstehung der weiblichen Geschlechtsorgane. Berliner klin. Wochenschrift, 1876. No. 5. S. 58. — *Henoch*: Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1889. IV. Aufl. — *Heubner*: Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1906. Bd. II. S. 501. — *Hofmöl*: Klinische Erfahrungen über verschiedene Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane im frühen Kindesalter. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 9. 1888. — *Holt*: Gonococcinfection bei Kindern, mit besonderer Bezugnahme auf deren Vorkommen in Anstalten, und die Mittel zur Verhütung derselben. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1906. Bd. 64. S. 779. — *Kob*: Die Bedeutung des Gonococcennachweises für die gerichtliche Medizin. Inaug.-Dissert. Univ. Berlin. Ref. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. 39. S. 314. 1897. — *Kenyeres*: Törvéyszéki orvostan. I. kötet. 299. l. 1909. — *Loven*: Hygiea. 1886. Bd. 48. S. 607. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 26. S. 410. — *Mendes de Leon*: Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Vulvovaginitis infantum. Weckblad Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde. II. 1907. No. 23. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1908. Band 67. S. 253. — *Pott*: Zur Aetiologie der Vulvovaginitis im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 19. S. 71. 1883. — *Pansen*: Ueber gonorrhoeische Exantheme bei Neugeborenen. Wien. med. Wochenschr., 1901. No. 25. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1901. Bd. 54. S. 783. — *Pfaundler* und *Schlossmann*: Handbuch der Kinderheilkunde, 1910. Bd. IV. S. 124. — *Pipping*: Ueber Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen. Finske läkarsällsk. handl. Bd. 30. S. 65. 1896. Ref. Jahrbuch für Kinder-



heilkunde. Bd. 45. S. 334. 1897. — *Romniceanu und Robin*: 130 Fälle von infectiöser Kolpitis kleiner Mädchen mit positivem Gonococcen-Nachweis. Wiener med. Presse, 1901. No. 43. Ref. Jahrb. f. Kinderhk. Bd. 55. S. 499. — *Seiffert*: Tendovaginitis gonorrhoeica, ein Beitrag zur Lehre von der Gonorrhoe im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 42. S. 13. — *Späth*: Zur Kenntniss der Vulvovaginitis im Kindesalter. Münch. med. Wochenschrift, 1889. No. 22. S. 273. — *Steinschneider*: Über den Sitz der gonorrh. Infection beim Weibe. Berliner klin. Wochenschrift, 1887. No. 17. — *Storch*: Abhandl. „Kinderkrankheiten“. 1750. III. Th. S. 493. Ref. Archiv für Dermat. u. Syph. Bd. 23. — *Widmark*: Gonococcen in 8 Fällen von Vulvovaginitis bei Kindern. Archiv f. Kinderhk. Bd. 7. S. 1. — *Vignaudon*: L'arthropathie blennorrhagique chez l'enfant. La presse méd. 1895. 29. juin. Ref. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 45. S. 335. 1897. — *Woods*: Gonorrhoeal vulvovaginitis in children. The Americ. Journal of med., 1903. Febr. Jahrb. für Kinderhk. 1903. Bd. 58. S. 328.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Georg Sticker: Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre.** I. Band: *Die Pest.* II. Teil: *Die Pest als Seuche und Plage.* Mit 5 Textbildern. Giessen, Alfred Töpelmann, 1910. V + 542 lap. Ára 30 márka.

Sem történelmi tekintetben, sem a modern járványkutató szempontjából senki sem alkotott monumentálisabb munkát, mint *Sticker*, bonni egyetemi tanár. Munkájának két év előtt megjelent első részében ritka alaposággal állította össze nemcsak a pestis történetét, de a belőle a modern tudomány által levonandó következtetéseket is. Az előttünk fekvő vasos második részben regisztrálva látjuk a járványelhárítás összes intézkedéseit a „fekete halál“ idejétől fogva a német állami járványtörvény megalkotásáig, vagyis 1900-ig, illetve a párisi nemzetközi egyezségig, 1903-ig. De nemcsak regisztrálja azokat, hanem mérlegeli is az intézkedéseket és történelmileg mutatja ki a paragraphusok jó részének célhoz nem vezető rendelkezéseit, sikertelenségeit. Általában véve bizvást elmondható, hogy a modern pestis-, de általában a járványkutatót annyi új nézőponttal, oly sok — gyakran az orvosi köz-tudattal és iskolatudással merőben ellenkező — önálló fel-fogással senki nem gazdagította, mint *Sticker*. Számos munkája közt ez a legterjedelmesebb. Mintha ez a járvány érdekelné őt legjobban, a mire magyarázatul hozhatjuk fel azt, a mit ő nem is említ meg, hogy a nagy bombayi pestis idején a németek által felállított kórháznak ő volt a főorvosa s ugyanezen időben ő maga is végigszenvedte a pestist.

Az bizonyos, hogy *Sticker* munkáját nem fogja negligálhatni senki, a ki járványkutatóval kíván foglalkozni. A köznapri egyszerű fertőzések magyarázatát hiánytalanul megadja a laboratoriumi bakteriológia, de a fertőző megbetegedések *járványszerű* megjelenését olyan coëfficiensek kísérik, melyeket teljesen elnyomni sohasem sikerült „rendszabályokkal“; a hygiénének s vele együtt az összes néprétegek műveltségének javítása az, melytől valamikor a járványok sikeres — nem leküzdése, de elhárítása lesz várható.

Tanulástól szolgáló és önálló gondolkodásra ösztökélő munka a *Sticker* munkája, melyet melegen ajánlhatunk az I. kötettel együtt.

Gyóry.

### Új könyvek:

*P. F. Richter*: Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten. 2. Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 8 m. — *Katz, Preysing und Blumenfeld*: Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Lieferung 1/2. Würzburg, C. Kabitzsch. 8 m. — *O. Scheuer*: Hautkrankheiten sexuellen Ursprungs bei Frauen. Wien, Urban und Schwarzenberg. 8 m. — *M. Kirchner*: Schutzpockenimpfung und Impfgesetz. Berlin, R. Schoetz. 1 m. — *Häberlin*: Die Kinder-Seehospize und die Tuberkulose-Bekämpfung. Leipzig, W. Klinkhardt. 7 m. — *Placzek*: Gutachtliche Seltsamkeiten. Leipzig, J. A. Barth. 1 m. — *E. Feer*: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Jena, G. Fischer, 11:50 m. — *Jessner*: Die praktische Bedeutung des Salvarsans für die Syphilis-therapie. Würzburg, C. Kabitzsch. 1:80 m. — *J. Lefèvre*: Chaleur animale et bioénergétique. Paris, Masson et comp. 25 fr. — *P. F. Armand-Delille*: Techniques du diagnostic par la méthode de déviation du complément. Paris, Masson et comp. 5 fr. — *F. Délage*: Diabète d'origine digestive et diabète infectieux. Leur traitement. Paris, A. Maloine. 1 fr. — *Sargent and Russell*: The emergencies of general prac-

tice. London, Oxford Medical Publications. 15 sh. — *R. J. M. Buchanan*: The blood in health and disease. London, Oxford Medical Publications. 12 sh. 6 d.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A Leede-féle jel értékéről a vörhenyben** ír *Bennecke* docens a jeni belklinikáról. Ha vörhenybeteg felkarján pangást idézünk elő, úgy hogy a vénás vér elfolyását teljesen megakadályozzuk, az arteriás vér odafolyását azonban nem, vagy csak kevésbé befolyásoljuk: a könyökhajlatban 5—20 percz múlva vérzések mutatkoznak. *Leede* tapasztalatai szerint a kísérlet negatív eredménye csaknem biztosan vörheny ellen szól, pozitív eredménye azonban csak a többi tünet egybevetésével értékesíthető. *Bennecke* mintegy 60 esete alapján szól a kérdéshez. Főleg az iránt érdeklődött, vajjon más betegségekben is mutatkozik-e a *Leede*-féle jel és vajjon csakugyan vérzésről van-e szó. Kanyaró néhány esetében szintén észlelte a jelt, továbbá idősült nephritis folytán fennálló magas vérnyomással bíró két egyéneken, valamint egy tanulón, a kinek baját valamilyen bőrkiütés és angina alapján vörhenynek tartották, noha utóbb kiderült, hogy influenzáról volt szó. A vérzések csak a könyökhajlatban jelentkeznek és feltűnő gyorsan (2—3 nap alatt) múlnak el pigmentatio visszahagyása nélkül. Ezzel ellentétben az említett két nephritises betegen a vérzések az egész pangásos területre kiterjedtek, hetekig megmaradtak és festékesség visszahagyásával múltak el. Egy esetben kivágott bőrdarabot szövettanilag megvizsgálva, kiderült, hogy csakugyan vérzésről van szó; azt azonban nem sikerült megállapítani, hogy érpedés avagy diapedesis folytán áll-e be ez a vérzés. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 14. szám.)

### Sebészet.

**A gyomorfekély sebészi kezelése.** A jóindulatú gyomorfekély tudvalevően hosszabb fennállás után oly mélyreható gyomorfal-elváltozásokra vezet, melyeknek gyógyítása a belgyógyász hatáskörét meghaladja. Ilyenkor esetleg sebészi beavatkozásról lehet szó. A gyomormotilitásnak heges szűkület következtében beállott zavarai kétségtelenül indikálják a műtétet, ezekről tehát itt nincs szó. Vannak azonban az ulcus ventriculinak oly alakjai, a hol az idült fekélyes folyamat a beteg munkaképességét tetemesen csökkenti, életét tőrhetetlenné teszi, a hol vérzés vagy a hasürbe áttörés fenyeget, vagy pedig attól kell félni, hogy a folyamat a szomszédos szervekre áttérjed. Az operatív eljárásra vonatkozó vélemények is eltérők. Az utóbbi években a gastroenterostomia mellett a resectio is mindgyakrabban szerepel a gyomorfekély therapiájában. Végül többszörös tapasztalat bizonyítja, hogy sebészi beavatkozás után is újból képződött gyomorfekély. Különösen a gyakorló orvos tájékoztatása végett a „Medizin. Klinik“ szerkesztősége közli néhány sebész véleményét, a kikhez mindezeket illetőleg kérdést intézett. A megoldandó pontok ezek: a) a kerek gyomorfekély sebészi beavatkozásának különös indicatiója; b) a beavatkozás minéműsége (gastroenterostomia vagy resectio); c) az eddig elért eredmények.

*W. Körte*: a) A műtétnek következő indicatióit állítja fel. Nyitott fekélyek, melyek az észszerű belső kezeléssel daczolnak; heges pylorusszűkület gyomordilatatióval; ismételt kisebb vérzések; callosus gyomorfekély. Homokóragyomor mindenkor javálja a beavatkozást. A gyomorfekély áttörése indicatio a rögtöni beavatkozásra az első 12, legkésőbb 24 órán belül. Nagy, kimerítő vérzéseknél általában nem híve a műtétnek, az indicatio azonban ilyenkor csak esetről-esetre dönthető el. Nervosus gyomorpanaszok, a mennyiben ilyeneknek ismertetnek fel, ellenjavallják a műtétet. b) A gyomorfekély és következményei ellen a leggyakrabban alkalmazott műtét a gastroenterostomia post. (*Hacker* szerint) varrással. Resectiót csak rák gyanuja vagy fenyegető áttörés esetén

végez. Callosus fekély esetén, mely a szomszédos szervekre áttérjed, többször végzett resectiót, de gastroenterostomiával is kétségtelen gyógyulást ért el. c) A gastroenterostomia eredményei túlnyomóan jók, heges stenosis esetén kivétel nélkül jók. Az utóbb megejtett vizsgálat eredménye: operatív gyógyulás kb. 85%. 12 utólag megvizsgált ulcusresectio-esetből kettőben újból képződött ulcus és újból operáltatott. Végeredményben mind a 12 meggyógyult és munkaképes lett. Az ulcusnak vélt ideges gyomorbántalmak miatt végzett műtétek kedvezőtlen eredményt adtak. 11 eset közül 9-ben kiújultak a kellemetlenségek.

*Bier:* a) A gyomorfekély sebészi kezelése csak akkor jöhet szóba, ha a belső kezelés felmondja a szolgálatot vagy ha a gyomorfekélyhez bizonyos szövödmények társulnak. Ilyenek a heges szűkületek, a gyakran ismétlődő vérzések, az időszült cachexia. b) Pylorus-szűkület esetén gastroenterostomiát végez, ugyancsak a pyloruson lévő nyitott fekély esetén is. Pylorus-resectiót csak ha rákra van gyanu. Tapasztalatai szerint nem vált be a gastroenterostomia a gyomortest fekélye, különösen callosus, penetráló fekély eseteiben, melyekben a hasfalra, a májra, a pankreasra, a mesocolonra vagy egyidejűleg e szervek közül többre terjedt át a baj. Ilyen esetekben újabban *Riedel* ajánlatára a gyomron haránt resectiót végez, utána varrat *Billroth I.* módszere szerint. Multiplex fekélyeknél, melyek részben a gyomortesten, részben a pyloruson vannak, legcélszerűbb a gyomor pylorus-részének a pylorussal együtti kiirtása *Billroth II.* módszere szerint. A harántresectio eredményeiről az idő rövidsége miatt még nem mond végleges véleményt. A momentán eredmények nagyon jók. A kis görbületen levő fekélyek elliptikus extirpációját mindinkább mellőzi, a varrat a gyomor végzetes alakváltozásaira vezet. Ha kizárólag heges szűkületről van szó, a homokóra-gyomrot a felső zsákon végzett gastroenterostomiával gyógyítja, ha még vannak fekélyek, harántresectiót végez. Gastroplastikát és gastroanastomosist nem ajánl. Perforatio esetén lehetőleg korán hajtható végre a laparotomia s az átfúródás helye felkeresendő. Acut vérzésnél sohasem operál.

*W. Müller:* a) Az indicatiók felállítása lényegében megegyezik az előbbiekkkel. Műtéttel gyógyítja a gyomorfekélyt hosszabb ideig tartó eredménytelen belső kezelés után, recidiváló fekély esetén. A fekélynek carcinomává való átalakulása gyanujánál, gyakran ismétlődő vérzés mellett. Mint ultima ratio életveszélyes vérzéseknél (nagy tartózkodással). b) Előnyt ad a gastroenterostomiának, eseteinek kb. csak egy harmadában végez resectiót, illetőleg excisiót. Mortalitas tekintetében a gastroenterostomia eredményei lényegesen kedvezőbbek. A végleges eredményre vonatkozólag nincsenek megbízható adatai.

*König:* a) Különös indicatio, és pedig a rögtöni sebészi beavatkozásra, az áttérés a szabad hasürbe. Továbbá kínzó fájdalmak, ismétlődő kisebb vérzések, időszült anaemia és léfogyás, végül motorius gyomorelégtelesség. Feltétlenül javallják a műtétet a valódi stenosis jelenségei. b) A pars pyloricán levő fekélyek esetén — ha callosusak is — gastroenterostomia post. retrocolicát végez; a resectiót tartja javalltnak homokóragyomor, a pankreasba, májba stb. történt perforatio esetén; alkalmas esetekben a sectorexcisiót is végzi. c) A gastroenterostomiával nagyon jó eredményeket ért el; resectiót csak az utóbbi években végez. Eredményei jók.

*Perthes:* a) A nem komplikált gyomorfekélyműtét akkor javallt, ha legalább egy szakszerű belső kezelés sikertelennek bizonyult. Sürgős az indicatio, ha ismételt vérzések a beteget kimerítették. b) Előnyben részesíti az excisiót, illetve resectiót oly esetekben, a melyekben a fekélyek kimutathatóan a gyomor proximalis felében vannak, úgyszintén ulcus callosus esetén a localisatióra való tekintet nélkül. Gastroenterostomiát végez azon esetekben, a melyekben a localisatio nem lehetséges, ha a pyloruson nem callosus fekélyek vannak, ulcus callosus esetén pedig, ha a resectiót a beteg erőbeli állapota ellenjavallja.

*Neumann:* a) Perforáló fekély, elvérzés veszélye, fenyegető inanitio esetén operál. Műtétet végez továbbá, ha a hu-

zamos belső therapia ellenére is fennálló jelentékeny panaszok a szomszédos szervekkel való súlyos lobos összenövészekre vagy a fekély rossztermészetű voltára engednek következtetni. Egyszeri, bár nagyon profus vérzés esetén lehetőleg nem operál, de ajánlja, hogy az ilyen beteg megfigyelésében operateur is vegyen részt. Elvérzés veszélye esetén rendszerint gastroenterostomiát végez jejunostomiával. b) A műtét mineműségét illetőleg, jótermészetű, heges pylorus-szűkület esetén gastroenterostomia retrocol. post.-t, homokóraszerű gyomor esetén gastroenterostomiát végez a gyomor cardialis részén; alkalmas esetekben szóba jöhet a gastrogastrostomia és a szűkült helynek körkörös excisiója. A fekély kimetszését akkor végzi, ha az összenövések leválasztása vagy a rossztermészetűségre gyanus fekély kiirtása ily módon nem ükőzik nagy nehézségbe. Kiterjedt fekély esetén circularis gyomorresectiót végez. c) A szerző beteganyaga az utolsó években mindinkább romlott, szerinte azért, mert az orvosok aránylag későn adják ki a beteget a kezükből. 8 év alatt 43 jótermészetű gyomorfekély közül 28 a szabad hasürbe tört át, még pedig 17 esetben a perforatio a betegfelvétel előtt több mint 12 órával, 11 esetben pedig több mint 24 órával történt. 4 eset már nem volt operálható, haldokolva hozták be. A többi közül 8 gyógyult, 16 meghalt. 15 nem perforált eset közül 9 gyógyult, 6 meghalt. (Medizinische Klinik, 1911. 16. szám.)  
*Iff. Háhn Dezső dr.*

#### Gyermekorvostan.

A gyermekek gyomorműködését vizsgálta *Seiler* próbareggeli segélyével. Vizsgálatai 41 gyermekre vonatkoznak, a kik közül a legfiatalabb 7 hónapos, a legidősebb 14 éves volt. Próbareggeli gyanánt a *Sahli* ajánlotta lisztlevest használta, melyet könnyen használhatónak, igen pontos és megbízható eredményt adónak talált. A gyermekek a lisztlevest szívesen elfogyasztották a megfelelő mennyiségben (1 éven alul 100 gr., 1—7 éves korig 150 gr., 8—12 éves korig 200 gr., 12 éven túl 250—300 gr.) s a próbareggeli rendszeren egy óra múlva, szonda segélyével igen könnyen volt kivehető. A szerző vizsgálataival kimutatja, hogy a gyermekekben ugyanazon gyomorműködési zavarok fordulnak elő, mint a felnőttekben, bár aránylag jóval kisebb számmal. Ez eljárás segítségével teljes biztossággal meg tudta állapítani a gyomor működés-zavarainak okát, míg nélküle a legtöbb ily természetű megbetegedést egyszerűen dyspepsiának vagy gastritisnek tartanak s a gyógykezelést illetőleg nem mindig találják el a legrövidebben célhoz vezető gyógyeljárást. Normalis gyomorműködés mellett mindig fölös mennyiségű gyomorsav kiválasztását észlelte *Seiler*, még 1 éven aluli gyermekeken is. A próbareggeli segélyével tehát, mint a felnőtteken, a gyermekeken is lehetővé van téve a gyomor különböző működési zavarainak differentialis diagnosisa. Közülük különösebb figyelmet érdemelnek a gyomor atoniája, hyper- és hypaciditása mellett a tulajdonképpeni gastritisek, melyek bőséges nyálkaelválasztással vagy secretiók zavarokkal járnak. (Archiv f. Kinderheilkunde, 55 k., 3—4. f.)

*Koós dr.*

#### Venereás betegségek.

Gonorrhoeás bántalmak vaccinás kezelésével kísérletezett *E. H. Hausteen* (Christiania). A szerző az eljárást 30 esetben kísérlete meg. A 30 eset közül 21 húgycsőkankóra vonatkozott, a többi 9 eset gonorrhoeás ízületi gyuladásra. Az előbbi 21 eset közül 5-ben a húgycsőkankóhoz epididymitis, illetőleg prostatitis is társult. Az eredmény nem mondható túlságosan kedvezőnek. A therapiai kísérletekből egyébként kiderül, hogy: 1. a gonorrhoeás ízületi bajok lefolyását a gonococcusvaccina segítségével kedvezően lehet befolyásolni; 2. néha hasonlóan kedvező az eredmény mellékherelob esetén is; 3. ez a jó hatás azonban nem állandó tapasztalás, mert mellékheregyulladás a vaccinás kezelés folyamán is létrejöhet; 4. a gonococcusos injectiók egyik-másik esetben helybeli specifikus reactiót okozhatnak, a mi meglehetősen hasonló a tuberculin-reactióhoz s végül 5. a nyálkahártyák

kankós folyamatát a vaccinás kezelés annyiban látszik befolyásolni, hogy némely esetben a váladék csökken, a mi azonban nem jelenti egyúttal azt, hogy a gonococcusok a nyálkahártya szövetében el is pusztulnak. Ezek ugyanis továbbra is kimutathatók. Ezekben az esetekben természetesen a vaccinás kezelés a húgycsőkankó tartamát nem tudta megrövidíteni. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 106. k. 1—3. f.)  
Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**Septicaemia blennorrhagicának antimeningococcus-serum-injectiókkal gyógyított esetéről** referál *L. Strominger* (Bukarest). A 49 éves férfin körülbelül 14 nappal azután, hogy a kankós húgycsőfolyást észlelte, esténként rázóhideggel és erős izzadással járó hőmérsékemelkedés jelentkezett. A beteg azon időben, a mikor a szerző észlelése alá került, már 2 hónap óta lázas, étvágytalan, erősen lesóványodott volt és makacs obstipatióban szenvedett. *Strominger* a beteget igen gyengének találta, a conjunctivák halvány icterusos színt mutattak, a nyelv száraz és repedésszerű, az érverés gyors, gyenge és rendetlen volt, az esténkénti hőmérsékemelkedés és izzadás azóta folyton ismétlődött; ezenkívül a jobb vállizület lobos volt. A húgycsőből kevés gonococcus-tartalmú váladék ürült ki. Bár a vérből nem sikerült gonococcusokat kitenyészteni, a szerző ezt az általános fertőzést mégsem tudta másnak, mint kankós eredetűnek tekinteni és arra határozta el magát, hogy megkísérli az antimeningococcus-serum-injectiókat, a melyekkel *Masson, Pimoy, Chauvet* és *Maucoire* kankós izületgyulladás eseteiben igen szép eredményeket ér el. Ezt a therapiát a szerző a bakteriologusok azon észlelése alapján tartotta indokoltnak, hogy a meningococcusok a gonococcusokat agglutinálják. Négy injectio után, melyek hat nap lefolyása alatt egyenként 10 gr. serummal eszközöltettek, a beteg hőmérséke normalis lett; további néhány nap múlva a beteg közérzete is annyira javult, hogy a kezelés 14. napján teljesen gyógyultan lehetett őt a kórházból elbocsátani. A húgycsőfolyást hólyagöblítésekkel kezelték. Ezek alapján *Strominger* úgy gondolja, hogy a kankós septicaemia mindazon súlyos eseteiben, a mikor a többi therapia mind sikertelen marad, feltétlenül meg kell kísérelni az antimeningococcus-serum-injectiókat, melyek az általános tapasztalat szerint veszélytelenek. Az így kezelt beteget azonban nagyon szigorú ellenőrzés alatt kell tartani; *Marfan* és *Debré* nagyfokú bëlcomplicatiókkal súlyosított izületgyulladás egy esetében ugyanis a második befecskendés után kénytelen volt a serumkezelést beszüntetni, minthogy a betegen anaphylaxisos tünetek jelentkeztek. (Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1910. II. kötet. 22. sz.)  
Drucker Viktor dr.

### Orr-, torok- és gégebajok.

**Az orrmelléküregek syphiliséről** értekezik *Kuttner* (Berlin). Végső következtetései ezek: I. A melléküregek syphilises *infectiója* vagy direct úton történik, tisztátalan műszerek által, vagy indirect úton, per continuitatem, a syphilises váladék bejutása által, vagy a vér- és nyirokpályák útján. Lényegben ugyanazon kórbonczolástani elváltozásokkal jár, mint egyéb nyálkahártyák és a csontok syphilise. II. Pontos számadatok a melléküregek syphilisének *gyakoriságára* vonatkozólag nem nyújthatók; tény, hogy az antrum-syphilis gyakoriságánál és a szövödmények súlyosságánál fogva igen nagy figyelmet igényel, mert nemcsak súlyos és maradandó kozmetikai hibákkal, de életfontos szervek elpusztulásával járhat és halálos kimenetelű complicatiói lehetnek. III. Antrum-syphilisre *pathognostikus tünet nincs*; mindaz a subjectiv és objectiv tünet, a mely a melléküregek syphilise esetén jelen van, ezeknek nem syphilises megbetegedésekor is jelentkezhetik. Carieses folyamatok, sequester, foetor gyanút keltő jelek. IV. A *kórjelzésben* meg kell állapítani a melléküreg-megbetegedés helyét, mineműségét és szövödményeit, valamint aetiologiját; nem minden melléküreg-megbetegedés

syphilises eredésű, ha a betegnek luese volt vagy van. Sok esetben a valószínűségi diagnosissal kell beérnünk, gyanunkat a specifikus kezelés eredménye erősítheti meg. V. A *kórjelzés*, a mennyiben életfontos szerveket érő szövödmények nem állanak be, relative jó; restitutio ad integrum korai felismerés és orvoslás esetén remélhető. VI. A *therapia* az általános kezelésnek és a melléküregek localis kezelésének combinatiójában áll; ez utóbbi haladéktalanul eszközözendő, ha súlyos szövödmények fenyegetnek vagy már jelen vannak. (Archiv für Laryngologie, XXIV. kötet. 2. füzet.)

Safranek dr.

### Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

**A tüdőtuberculosisnak physikai úton előidézett vértorlódással való kezelését** ajánlja *Jakoby*. Mivel szívбай azon eseteiben, a melyekben a vér a tüdőben megtorlódik, tüdőtuberculosis igen ritkán fejlődik, míg ellenben a jobb szív és a tüdőverőér billentyűinek vagy kapuinak megbetegedése eseteiben, a melyekben a tüdőkevésvérűek, ez a baj rendszeren megtalálható s mivel a tüdő hosszas időn át mélyebben fekvő részeiben könnyen keletkezik vérpangás: arra a gondolatra jött, hogy ha a tüdőbajos beteg tüdejében alkalmas fektetéssel ilyen vértorlódást mesterségesen idézünk elő, ez a tuberculosis folyamatra gyógyítóan fog hatni. Annál is inkább várható ez, mivel a tüdőbajosok meggyengült szív működése a vérpangás keletkezését elősegíti. Ez okból elhibázottnak tartja a *Brehmer-Dettweiler*-féle fekvő kúra mostanság divó módját, mert ennél a tüdőcsúcsok a félig ülő helyzet következtében kevésvérűvé válnak. A szerző betegeit oly módon fekteti, hogy mellkasuk vízszintesen, alsó végtagjaik és medenczékük pedig amannál magasabban legyen. Hogy kellemetlen érzéseket elkerüljön, betegeit fokozatosan szoktatja ezen helyzethez. A fokozatos átmenetre igen alkalmas az a fekvőszék, a melyet az ő utasítására a Med. Waarenhaus Elevator-Liegestuhl néven készít. Ezen ő a medenczét vánkossokkal még külön is felpolcolja, mitől a belek a rekeszizom felé nyomulnak, azt feltolják és bordalégzést váltanak ki. A légzés ezzel mélyebbé is válik és a vér a tüdő alsó lebenyéből a felsőbe nyomódik. A fekvőkúrának ezt a módját többek között *His* berlini klinikáján is kipróbálták és azt találták, hogy a légzés ezáltal mélyebbé vált, a köhögési inger csökkent, a köpet hígabb és kevesebb lett, a szűrő mellkasi fájdalmak pedig hamarosan megszűntek. Egyes betegeknél a physikailag kimutatható elváltozások is megjavultak, egy esetben még terjedelmes mellhártyaösszenövés is fellazultak. *Jakoby* a fektetésnek ezt a módját a tüdőgümőkór megelőzésére is ajánlja és azon esetekben is, a melyekben a vértorlódást a tüdő alaposabb levegőcseréje útján kívánjuk előmozdítani. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911. 8. sz.)  
Lenkei V. D.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A guajakosét** — a mint *Jungbluth* írja — a kölni tuberculosis-klinikán nagyon jó eredménnyel használják, természetesen az elsősorban tekintetbe veendő hygienés-diaetás therapia mellett. A guajakosé tulajdonképpen folyékony somatose 80% guajakolsulfosavas calciummal. (Mediz. Klinik, 1911. 7. sz.)

**Az adalin** nevű újabb altatószerről, a melyről nemrégiben már megemlékeztünk, *Eulenburg* tanár is dicsérően nyilatkozik. Álmatlanság könnyebb és közép súlyos eseteiben meglehetősen gyorsan, biztosan és kellemesen hat, ha 1 grammot adunk belőle 1/2—1 órával a lefekvés előtt, meleg ital kíséretében. Kellemetlen mellékhatásai nincsenek; csak egyetlen egy esetben észlelt a bevétele után émelygést. Megnyugtató szerként még nem sok esetben használta, de nem találta jobbnak, sőt akárhányszor még olyan jónak sem, mint a hasonló célú szolgáló többi szer (bornyval, gynoival, valisan, bromural stb.). Az adalin porban vagy tablettá alakban (1/2 grammos tabletták vannak forgalomban) rendelhető. (Medizinische Klinik, 1911. 10. sz.)



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti Kir. Orvosegyesület (V. rendes ülés 1911 február 18.-án.) 395. l. - A német sebésztársaság XL. gyűlése. 396. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(V. rendes ülés 1911 február 18.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Goldzieher Miksa.

## Az eddigi rákstatisztikák eredményei.

**Dollinger Gyula:** Azóta, hogy 1899-ben a „Practitioner“ nevű angol lap az első angol rákstatisztikát rendezte, 12 állam és két város készítette el rákstatisztikáját. A párisi nemzetközi rákértekezlet megbízásából *Dollinger* ezek eredményeit foglalta össze és ismerteti most.

Az első statisztikák csupán azon rákbetegeket írták össze, a kik az összeírás napján orvosi gyógykezelés alatt állottak. *Dollinger* a magyar rákstatisztikában már azokat is összeírta, a kik az összeírás napján ugyan nem állottak gyógykezelés alatt, de a kiknek létezéséről az orvos tudomást szerzett. Újabb statisztikák az adatgyűjtést hosszabb időre terjesztik ki és legújában az a kívánság vetődött fel, hogy a rákbetegeket folyton nyilvántartsák és a bejelentés épp olyan kötelező legyen, mint a heveny fertőző bajoké.

A rákstatisztikák még több tekintetben tökéletesítendőek. A jelenlegi hiányok okai: az orvosok nem egyenlő buzgósággal kezelik az adatgyűjtést, a kórjelzés, különösen a belső szervek rákja esetén, nem eléggé biztos, a betegek maguk is indolensek és csak későn keresik fel az orvost. A halálozási statisztikákban sok hiba származik abból, hogy nem mindenhol orvosok végzik a halottkémlést. Azonkívül az anyag feldolgozása sem egyenlő a különböző államokban. Ezért *Dollinger* ajánlotta, hogy nemzetközi bizottság küldessék ki, a mely a rákstatisztikák számára egységes sémát készítsen. Ehhez az állandó bizottsághoz forduljanak azután a statisztikai hivatalok kétes esetekben is.

Az anyag egyenetlen feldolgozása miatt ma még nem nyerhetünk teljesen tiszta képet a rákbetegség elterjedéséről. A leggondosabban feldolgozott statisztikák 100.000 élő ember között 42 rákosat találtak, a halálozási statisztikák szerint ez az arányszám 98-ra emelkedik. Érdekes adat, a mely a rákbetegség gyakoriságát mutatja, hogy 1893-ban Szászországban az összes heveny fertőző betegségekben meghalt 3097 egyén, rákbetegségben egyedül pedig 3370, vagyis 273-mal több.

A rákos betegeknek körülbelül 38%-a férfi, 62%-a nő. A nagy különbséget a két nem között leginkább az emlő- és a méhrák nagy gyakorisága okozza. Nőkben az összes rák esetek fele emlőrák és méhrák.

A városokban a rákosok arányszáma sokkal nagyobb, mint a vidéken. Feltűnően sokkal több a városokban a méhrákos asszony. Ez adja a városok és falvak közötti különbség fő okát.

Az eddigi rákstatisztikák nem teszik kétségtelenné, hogy a rákbetegség szaporodik. Az újabb rákstatisztikák ugyan mind több rákot mutatnak ki, de valószínű, hogy ez csak a tökéletesebb statisztikai módszereknek a következménye.

Egyes szervek rákjait a műtősebészet már ma is olyan végleges eredménnyel gyógykezel, hogy ez a körülmény az illető szervek alacsonyabb halálozási arányszámában kifejezést nyer.

A fogékonyság a rákbetegség iránt a korról folyton növekszik. 70 évesekben a rákbetegség 10-szerre gyakoribb, mint 30 évesekben.

Férfiakban a rákbetegség leggyakoribb az emésztőszervekben, a melyekre az esetek 85-90%-a jut. Nőkben is az emésztőszervekben leggyakoribb a rákbetegség, de az arányszámot itt nagyon lenyomja a méh- és az emlőrák. A rákbetegség elsősorban az emésztőszervek betegsége.

Vannak bizonyos foglalkozások, a melyek a rák kifejlődését elősegítik. Mintha leginkább a szennyes foglalkozásoknak volna erre befolyásuk, azonban a jelenlegi statisztikai anyagból ezt inkább csak gyanítani lehet, mint bizonyítani.

A mai statisztikai anyagból a socialis állás, a faj, a lakás, az együttlakás, az öröklékenység és a fertőzés befolyását a rák fejlődésére szintén nem lehet megállapítani. Ehhez az eddigieknél sokkalta tökéletesebb számítási módszerek és főleg az egyes adatok sokkal tüzetesebb megvizsgálása szükséges.

Az alkoholnak, a nicotinnak, a luesnek, a különböző fekélyeknek és hegeknek jelentékeny szerepük van a rákbetegség fejlődésében, de ezek csak alkalmi okok, a rákbetegség végső okát nem ismerjük még.

**Donáth Gyula:** A mi az alkohol szerepét a rákstatisztikában illeti, a minap a British medical journalban közzétett rákstatisztikára kívánom felhívni a figyelmet. Ebben tanulmányozva lett az angol életbiztosító társaságoknál biztosított abstinenseknek és nem abstinenseknek rákhalandósága; Angliában t. i. az alkoholabstinensek külön osztályban vezetettek, mert ezeknek a csekélyebb mortalitásuk és hosszabb életkorok miatt kisebb praemiumot engedélyeznek. Kitűnt, hogy az abstinenseknek sokkal csekélyebb a rákhalandósága, mint a mértékletes ivóké. Ezen tény nagyban megerősíti az előadó által ismertetett kedvezőtlen szerepét az alkoholnak a rák aetiológiájában és még értékesebb, mert nem csak anamnesis-adatokra támaszkodik, melyeknek értékelése gyakran bizonytalan, hanem pontosan regisztrált kategóriákra vonatkozik. Kétségtelen tehát, hogy az alkohol praedisponál a rák fejlődésére, illetőleg az egyén ellenálló képességét csökkenti.

## A rákos méhnek a hüvelyen át kiterjedtebb kiirtásáról.

**Tóth István:** A méhrák elleni küzdelem a mai fegyverekkel két irányban folyik: az egyik az orvosi s laikus társadalmi mozgalom a méhrák korai felismerését illetőleg, a másik a műtét tökéletesítése. Az előbbi törekvés már eddig is jelentős eredményeket ért el, noha e téren még nagyon sok a tennivaló. Jelentős, nagy mozgalom van a másik téren is, a műtét tökéletesítésén, még pedig két irányban: 1. minél inkább kiterjeszteni a műtét alkalmazhatóságának határait, tehát minél több beteget részesíteni a műtét által elérhető gyógyításban, 2. minél gyökeresebben operálni, azaz a megoperáltaknak minél biztosabban megadni a ráktól való végleges megszabadulást.

Kétféle operálási út és mód iparkodik e célokat biztosabban elérni: az egyik a *Wertheim*-féle abdominalis út, a másik a *Schuchardt*, *Staude*, *Schauta* által tökéletesített hüvelyen át való kiterjedtebb méhkiirtás.

A *Wertheim*-féle abdominalis méhkiirtás, mint az *Wertheim* legújában megjelent monographiájának rendkívül pontos adatai is bizonyítják, egyrészt jelentékenyen kiterjesztette a sebészi gyógyítás alkalmazása körét, másrészt a végleges gyógyítást illetőleg eddig el nem ért eredményeket mutat föl, a mennyiben a műtétet kiállottak közül 57.6% 5 év után is mentes maradt a rák kiújulásától.

Van azonban a műtétnek gyenge oldala is, és pedig első sorban a nagy primaer mortalitás s azután a sok mellék-sérülés, hólyag-, ureter-sípoly, hólyaghüdés, cystitis, pyelitis, hasfaltályog.

Ismert dolog, hogy a nem tiszta, nem aseptikus gynae-kologiai műtétek kedvezőbben folynak le általában, ha nem a hasür felől, hanem a hüvelyen át operálunk.

Bizonyíthatja ezt saját anyagával is: 1910 január 1.-e óta, a mikor a Szt. Rókus-kórház gynae-kologiai osztályának vezetését átvette, ott 13½ hónap alatt 53 méhkiirtást végzett a hüvelyen át, a mihez járul ugyanezen idő alatt 14 magán-esete és mind a 67 esete meggyógyult, pedig volt 39 rákos méh, 17 kétoldali genese adnexum, 4 fibroma + adnex-tumor, 10 fibroma, közte néhány igen szövődmenyes, 1 prolapsus, 1 metritis méh kétoldali dermoiddal.

A rákos méh kiterjedtebb kiirtását a hüvelyen át *Schauta* nyomán végezte, leírja a műtét menetét, bírálja egyes phasisait, elmondja módosításait.

Primaer eredményeivel meg lehet elégedve: 33 esete közül egyet sem veszített el s a melléksérülések is aránytalanul ritkábbak, mint a *Wertheim*-műtéténél, t. i. 2-szer sérült a hólyag, egyszer a végbél, mindannyi varrattal per primam gyógyult. Nincs a sok működési hólyag-zavar, cystitis, pyelitis; egyetlen ureter-nekrosisa sem volt.

Való azonban, hogy e műtét alkalmazhatósági köre korlátoltabb mint a *Wertheim*-műtété. Ezért e methodus mellett művelte a *Wertheim*-műtétet is; ugyanazon idő alatt 21 *Wertheim*-műtétet végzett 4 veszteséggel; másik 7 esetben (közte 2 corpus-carcinoma) egyszerű hüvelyi méhkiirtást végzett.

Elismeri, hogy általánosságban a kedvezőbb eseteket operálta hüvelyi úton, bár másrészt ezek között több olyan volt, melyet a beteg erőbeli állapota miatt lehetetlen volt volna abdominalis módon sikeresen operálni.

Készítményeivel demonstrálja, hogy épp olyan gyökeresen operált, épp úgy kivette a méhvel együtt a parametriumot, mint a *Wertheim*-módszerrel, csak a mirigykeresés és kiirtás maradt el, a mi pedig, mint *Wertheim* maga is elismeri, nem fontos, mert a hol a mirigyek is rákosak, a legritkább esetben van mentesség.

Éppen az összehasonlíthatatlanul jobb primaer mortalitás alapján s az aránytalanul kevesebb melléksérülést, utóbajt látva, a jövőben is, a hol csak lehet, hüvelyi úton operál, de másrészt nem zárkózik el az abdominalis úttól sem.

Eddigi tapasztalatai alapján is már mondhatja, hogy mindkét methodusnak megvan a maga alkalmazás-köre, nem szabad csak az egyiket vagy a másikat követni, meg kell válogatni az eseteket. A méhrák-operálást nagyon kiterjeszteni bármelyik úton is czéltalan; sok mindent ki lehet még venni, a mivel pedig már nem segítünk. Nem híve a minden áron való operálásnak. És látja is, hogy mindenütt visszatérnek már a nagyobb tapasztalattal bíró műtők a műtét határainak túlságos kiterjesztésétől.

És ha azt kérdi valaki, milyen eseteket operáljunk vaginalisan s minőket abdominalis úton: erre zsinórmértéket adni alig lehet, de irányítást már eddigi tapasztalatai alapján is adhat.

1. Minden elég kedvező, initialis esetet eo ipso per vaginalis operál, mert ez az út kisebb veszélyű s éppen olyan gyökeres, mint a *Wertheim*-műtét.

2. Mindazon esetekben, a melyekben a *Wertheim*-műtét ellenjavalt (elhájasodás, szívbjaj, kivérzettség, előrehaladott kor) még nehéz viszonyok között is megkísérli a hüvelyi utat, mielőtt a fegyvert letenné.

3. Az abdominalis utat választja a beteg jó erőbeli állapota mellett, vagy roncsolással járó collum-rák, a méh igen erős megkötöttsége esetén, zsugorodott parametriumok mellett, igen rigid szűk hüvely fennforgásakor és mindazon kétes és határ-esetekben, a melyekben a bimanualis vizsgálat útján nem tudjuk eldönteni az operálhatóságot, hanem erre csak a laparotomia útján való közvetlen betekintés adhat feleletet.

4. Bár ma még nem írható alá, a mit *Wertheim* a régi egyszerű hüvelyi méhkiirtásról mond, hogy „unwissenschaftlich“, de kivételektől eltekintve, a hol más módot nem lehet találni, e műtétet nem műveli, még pedig azért nem, mert egyrészt eredményei bizonyítják, hogy a hüvelyi kiterjedtebb méhkiirtás nem veszélyesebb, másrészt alkalmazhatóságának köre jóval nagyobb, és végül gyökeresebb, tehát a végleges gyógyulást illetőleg több garantiát nyújt.

## A német sebészársaság XL. gyűlése.

Ismerteti: *Tóthfalussy Imre dr.*, műtőorvos.

(Folytatás.)

*Hesse F.* (Dresden) 6 beteget mutat be *műteti úton gyógyult szívserüléssel*. Tapasztalatait következőképpen foglalja össze: Sérülés után mindjárt operáljunk; excitantiák

ártanak, de a morphium jó hatású; a szívet lehetőleg extrapleurálisán és szélesen tárjuk fel (Kocher-metszés, Rehn-féle T-metszés, lebeny oldalsó basissal); ha a mellkas sokáig nyitva volt, a bal lapoczká alatt drainezzük.

*Hesse E.* (Pétervár) 21 szívserülés közül 6-ot gyógyított meg műtéttel; 52%-ban a műtét előtt meg volt állapítva a diagnosis.

*Fuchsig* (Schärding) a diaphragmán keresztül, alulról tárja fel a szívet, a peritoneum és pleura megsértése nélkül.

*Wilms* (Heidelberg) szívserülés eseteiben nem választja a lebenyes metszést, hanem mindig 2 borda között hatol be; a pleurát sohasem drainezi.

A *tüdősebeszet* körébe tartoztak a következő előadások:

*Schumacher* (Zürich) kísérletek során kifejti, hogy a *tüdőverőér* egyes ágainak lekötésére a megfelelő *tüdőrészlet* zsugorodik s ily módon bizonyos *tüdőfolyamatok* gyógyulása érhető el.

*Müller* (Rostock) szerint a műteti eredmények nem állanak összhangzásban az elméleti és kísérleti adatokkal. 3 éves gyermekén sajtos pneumonia miatt az egyik *tüdőlebeny* reszekálta és a gyermek 4 hét múlva meningitisben elpusztult.

*Kümmel* (Hamburg) tumor miatt az egyik *tüdőt* egészen reszekálta; a beteg 8 nap múlva bronchitisben elpusztult.

*Körte* (Berlin) 2 *tüdőlebeny* reszekált jó eredménnyel.

*Friedrich* (Marburg) thoracoplastikával elért jó eredményeiről referál.

*Wullstein* (Halle) a *tüdő* zsugorodását a bronchusok lekötésével véli elérhetőnek.

\* \* \*

*Harmadik nap, 1911 április 21.* *Wilms* (Heidelberg) a *coecum mobile*ről értekezett. Ezen kórkép keretébe azon esetek tartoznak, melyekben a vakbél nagy, mozgékony és hosszabb mesenteriumon lóg; az ilyen bélben sokáig pang a tartalom, a mi *chronikus obstipatióra* és *spasmusos contractiókra* vezet, a melyek a mesenterium *vongálása* útján a *chronikus appendicitisben* mutakozó *fájdalmakat* okozzák; sőt ha a *féregnyújtvány* mesenterioluma rövid, akkor ennek *vongálása* is kiváltja a *fájdalmakat*. Az *idősült appendicitisben* beálló *fájdalmak* tehát mint *vongálási fájdalmak* (*Zerungsschmerzen*) értelmezendők. Nem tartoznak a *coecum mobile* fogalma alá a vakbél és *féregnyújtvány* összenövésai környezetükkel, a bélnek ezáltal okozott megtörtetése, megcsavarodása stb.

A *coecum mobile* diagnosisát tapintással (loccsanó tumor) és főleg a Röntgen-képpel állítjuk fel; e czélból *Wilms* ajánlja, hogy *bismuth-étkezés* után 4, 10 és 24 óra múlva készítsünk Röntgen-felvételeket.

A műteti mód a *colopexia* (retroperitonealis tasakba helyezi a vakbelet), mely nemcsak a *vongálás* okozta *fájdalmakat*, hanem a *chronikus obstipatiót* is megszünteti. *Wilms* eseteinek 75%-ában *prompt gyógyulást* látott.

*De Quervain* (Basel) szerint sem a *colopexia*, sem a vakbélen vagy a *féregnyújtványon* készített *sipoly*, sem az egyes *vastagbélrészletek* teljes *kizárása* nem oldotta meg a *chronikus vastagbélzavarok* *therapiájának* kérdését. Az előadó ily esetekben a vakbél előtt fekvő *ileumot* a haránt *vastagbéllel* hozza összefüggésbe (*ileotransversostomia*) és ezen műtétől jó eredményeket látott.

Az előadások nyomán élénk vita indult meg. *Sonnenburg* (Berlin) azon nézetének ad kifejezést, hogy a *mozgékony vakbél* *jobb*, mint a *rögzített vakbél*, mert *physiologiai*; kérdés továbbá, hogy *coecum mobile* esetén gyakoribb-e a *chronikus gyuladás*. A Röntgen-képeket is óvatosan kell értékesíteni, mert *egészséges egyénekben* is panghat a *béltartalom*. Azon *meggyőződésének* ad kifejezést, hogy a *coecum mobile* nem új kórkép.

*Stierlin* (Basel) röntgenogramokon demonstrálja, hogy az *ileotransversostomia* milyen kedvezően befolyásolja a *chronikus obstipatiót*. *Klose* (Frankfurt a/M) a *Rehn*-iskola álláspontját fejtegeti, mely szerint a *chronikus appendicitis* *gyűjtőfogalma* alá tartozó *kórképek* oka a *túlságosan mozgékony vakbél*, esetleg egész felhágó *vastagbél habitus torsiójában* keresendő; éppen ezért ilyen esetekben az egész vakbelet és felhágó vakbelet az *oldalsó hasfalhoz* varratokkal *rögzítik*, a mikor is az esetek 89%-ában *gyógyulást* értek el.

*Dreyer* (Breslau) a kérdés megvilágítására *topographiai* *anatomiai*

kutatásokat végzett és úgy találta, hogy a bonczolások  $\frac{2}{3}$ -ában *coecum mobile*-t lehet találni, tehát ez kórosnak nem mondható. A mi a Wilms-féle coecumfixációt illeti, ez éppenséggel nem létesít physiologiai körülményeket, mert pl. terhességben, ha a vakbél nem tud a méhnek ki térni, a legsúlyosabb complicatiók állhatnak be.

*Fromme* (Berlin) szerint a terhes méh a vakbelet fölfelé szorítja, úgy hogy az appendicitishez hasonló fájdalmakat okozhat; föltétlenül szükséges tehát, hogy a vakbél mozgékony legyen; viszont a nagy mozgékony könnyen volvulusra vezethet.

*Körte* (Berlin) szerint chronikus appendicitisben a mütét csak akkor jogosult, ha valóban gyuladások, összenövések stb. vannak jelen; a fájdalom és obstipatio egyedül nem megbízható jelenség; éppen úgy a Röntgen-kép sem föltétlenül megbízható. Chronikus obstipatió nál nemcsak a vakbél, hanem az egész bétractus beteg.

*Sprengel* (Braunschweig) szerint a *coecum mobile* (helyesebben *mesenterium commune*) a passaget a bélben inkább elősegíti, nem hogy akadályozná.

*Alexander* (Leipzig) appendicitisre gyanús betegeken kömetsző helyzetben a sympathicus-idegdúcok duzzadását találta, és ezek massage-ával gyógyulást ért el.

*Schlesinger* (Berlin) egyszerű ragtapasz-kötésekkel ért el jó eredményeket; a dolog magyarázata az általános enteroptosisban keresendő.

*Rehn* (Frankfurt a. M.) a mechanikai akadályokra (*torsio*) helyezi a fősúlyt.

*Voelcker* (Heidelberg) óvatosságra int a hasüreg szerveinek rögzítésekor. E helyett a vakbél szűkítést javasolja, még pedig azáltal, hogy a középső taeniát az oldalsóhoz varrjuk (ú. n. *Raff-Naht*).

A *discussiót* Wilms (Heidelberg) szavai zárják be, a ki álláspontját védi és kifejti, hogy a vakbél fixációja oly esetekben is gyógyulást eredményez, hol a féregnyulvány kiirtásával nem érünk célra.

\* \* \*

*Stierlin* (Basel) a vakbél és felhágó vastagbél fekélyes folyamatait Röntgen-képekkel diagnosztizálja, a mennyiben tapasztalatai szerint ilyen esetekben a physiologiai bismulhárnnyék hiányzik.

*Hofmann* (Offenburg) nem tartja jelentőségesnek a *Rovsing-tünetet* appendicitisben.

*Friedrich* (Marburg) állatkísérleteket végzett a *peritonealis infectio incubatiójának* megállapítására és azon eredményre jut, hogy ha a kísérleti fertőző anyagot 8 órában belül a hasüregből eltávolítja, akkor az állat életben marad.

*Hoehne* (Kiel) olynőgyógyászati *laparotomiáknál*, melyeknél fertőző anyagról van szó (pl. cc. uteri, pyosalpynx stb.), mütét előtt legalább 24 órával kámforolajat fecskendez a hasüregbe, a minek asepsises gyuladás a következménye, mely az esetleges, később beálló peritonealis fertőzést coupirozza. Az eljárás technikai részére vonatkozólag megemlítendő, hogy eljárás tompa tüvel hatol be a hasüregbe és először kevés novocaint, azután 50 cm<sup>3</sup> 1%-os kámforolajat fecskendez be. A módszer 78 esetben kifogástalan eredménnyel alkalmazta.

A *discussióban* Borchardt (Pozen) a már kifejlődött peritonitis ellen ajánlja az olajkezelést; e célból 100 cm<sup>3</sup> steril oleum olivarumot injiciál a hasüregbe; összenövések keletkezését nem tapasztalta.

*Henle* (Dortmund) mütét utáni bélhűdésnél jó hatással alkalmazta a *hormonalt* intravenásan; esetleg *pantoponnal* kombinálta. Chronikus obstipatió nál, szűkületek okozta bélhűdésnél a szer hatástalan.

*Dencks* (Rixdorf), *Borchardt* (Berlin), *Zuelzer* (Berlin), *Goldmann* (Berlin), *Heusner* (Barmen) szintén kedvezően nyilatkozik a *hormonal* hatásáról; ez utóbbi a peritonitis utókezelésében a has erős melegítését (villanyos thermophor stb.) is nagyon ajánlja.

*Holzbach* (Tübingen) állatkísérletekkel bizonyítja az *adrenalin*nak a szívet mérgező, de a peripheriás érrendszerre gyakorolt specifikus kitünő hatását és ezért azon következtetésre jut, hogy peritonitisben, fertőző betegségekben stb. az *állandó intravenás adrenalin-infusio* életmentőleg hat.

*Neu* (Heidelberg) is ajánlja a szert, de lehetőleg nagy hígításban.

*Neudörfer* (Hohen-Ems) tapasztalatai alapján beszámol az *ulcus duodeni* diagnózisáról és terapiájáról. Szerinte ulcus duodeni-re kell gondolni, ha: 1. a gyomorban kóros elváltozás nem mutatható ki; 2. ha a fájdalmak étkészés után bizonyos rendes időközökben állnak be (3—6 óra között); 3. ha a fájdalmas rohamok közben a jobb m. rectus reflectorius összehúzódása észlelhető és 4. ha a vérzések periodusosan jelentkeznek. A betegség kizárólag *sebészileg* kezelendő; mütét a gastroenterostomia és a pylorus szűkítése.

A *discussió* során *Haudek* (Bécs) az *ulcus duodeni* Röntgenképeire hívja föl a figyelmet, melyekkel az esetek többségében a bánalom diagnózisát a mütét előtt meg lehet állapítani.

*Eiselsberg* (Bécs) szerint az *ulcus duodeni* elég gyakran fordul elő; mint mütétet az általa ajánlott pylorus-kizárást javasolja.

*Bier* (Berlin), *Henle* (Dortmund) szintén jó eredményeket értek el ezen mütéti móddal.

*Melchior* (Breslau) a pylorus-szűkítést ajánlja.

*Kümmel* (Hamburg), *Enderlen* (Würzburg), *Heidenhain*, *de Quervain* (Basel) casuistikai adatokkal egészítik ki a *discussiót*.

*Pólya* (Budapest) figyelmeztet arra, hogy az *Eiselsberg*-féle pylorus-kizáráskor elexik a pankreasnedv és epe elválasztását elősegítő ú. n. *savreflex*. Továbbá gyomorresectio esetén a gastroenterostomia módosítását ismertet.

*Girard* (Genf) oly esetekben, midőn erős összenövések miatt a pylorus-kizárás nem lehetséges, a pylorust azzal szűkíti, hogy egy a pyloruson harántul ejtett metszést hosszában összevarr (fordított *Heincke-Mikulicz* féle pylorusplastika). Ha az *ulcus* a gyomorban van, akkor annak kizárására mesterséges homokóragyomrot készít és gastroenterostomiával állítja helyre a passaget.

\* \* \*

*Denk* és *Leischner* (Bécs) kísérletileg vizsgálták *Cushing* eljárását, a ki agy- és gerinczvelőmütéteknél az esetleg beálló meningitis leküzdésére prophylaxisosan *urotropint* ad betegnek. Vizsgálataik kimutatták, hogy: 1. a szervezet a liquor cerebrospinalisban kiválasztja az *urotropint* és hasadási termékét, a formaldehydet; 2. hogy a legalább 0.03% formalint tartalmazó liquor erősen bactericid hatású; 3. hogy ha néhány nap alatt 2—8 gr. *urotropint* viszünk a szervezetbe, akkor a liquor 0.004—0.02% szabad formaldehydet tartalmaz.

Végeredményben tehát az *urotropin* prophylaxisos adagolása enyhébb infekciók leküzdésére igen alkalmas.

*Tiegel* (Dortmund) állatkísérletekkel vizsgálta, hogy a *tüdővenák szűkítése*, esetleg egész lekötése miképpen befolyásolja magát a *tüdőszövetet* és gyakorol-e hatást a *tüdőben* fejlődő betegségekre; azon tapasztalatra jutott, hogy az így mesterségesen pangásba hozott *tüdő* zsugorodik és kötőszövetes elemei erősen megszaporodnak (a pleura és az alveolaris septumok megvastagodnak), továbbá hogy a mesterségesen tuberculossal inficiált állatban a tuberculosus folyamat a lekötött *tüdőben* kevésbé fejlődik ki.

*Sauerbruch*-nak (Zürich) az a benyomása, hogy a *tüdővena* és *tüdőarteria* lekötése egyenértékű, azaz mindkét esetben a *tüdő* zsugorodik s így a tuberculossus folyamat gyógyulásának lehetősége fennáll.

*Wendel* (Magdeburg) *járvékos gyomor* ritka esetéről számol be.

*Katzenstein* (Berlin) kutyákban kísérleti úton idézett elő *gyomorulcust*; készítményeit bemutatja.

*Kirschner* (Königsberg) kutyákon végzett vizsgálatokat aziránt, vajjon *haránt gyomorresectio* (tehát a *vagusok* átmetése) után az antrum pylori és a pylorus hogyan reagál; azon érdekes tapasztalatra jutott, hogy ezen gyomorrészek idegeik átmetése után is kifogástalanul működnek.

*Exner* (Bécs) jó eredménnyel reszekálta *crises gastriques* miatt a *vagust* a diaphragma fölött.

*Wendel* (Magdeburg) 6 esetben *elsődleges májdaganat* miatt operált; casuistikáját közli.

*Wullstein* (Halle) a máj felszínét azzal teszi megközelíthetővé, hogy a jobb oldali VI. bordaközben a mellhártyán keresztül behatol és így a diaphragmára gyakorolt nyomással a májat lefelé luxálja.

*Tietze* (Breslau) 2 esetben *májsérülésnél retinist* látott, melynek oka a sérülés okozta anaemiában keresendő.

A *discussióban* *Hesse* (Szt.-Pétervár), *Haberer* (Wien), *Marquard* (Hagen), *Löbker* (Bochum), *Rehn* (Frankfurt a/M), *Finsterer* (Wien) casuistikai adatokkal egészítik ki az előadásokat.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

A Széchenyi-telepi sanatoriumban üresedésben van egy *segédorvosi* állás, melynek elnyeréséért csakis okleveles orvosok pályázhatnak és egy *orvosgyakornoki* állás, melynek elnyeréséért szigorló orvosok is pályázhatnak.

A javadalmazás iránt való feltételek megtudhatók az alulírt intézeti igazgatónál.

Schnier György dr., igazgató-főorvos.

8808/1911. sz.

Arad vármegye közkórházánál megüresedett **igazgató-főorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 4000 korona fizetés és 1040 korona lakbér.

Felhívom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtnak és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában előírt képesítéssel bírnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérelmeiket hozzám a vármegyei ügyviteli szabályzata 4. §-ában meghatározott módon folyó évi **junius hó 30.-áig** nyujtsák be.

Elkészen beérkezett pályázati kérvények figyelembe vételét nem fognak.

A pályázati kérvény felszerelendő:

1. Születési anyakönyvi kivonat,
2. a minősítést igazoló bizonylatok,
3. azoknál, kik már közszolgálatban állottak, az ezen működésüket igazoló bizonylatokkal.

Arad, 1911. évi május hó 24.-én

*Dálnoki Nagy Lajos*, alispán.

A vezetésem alatt álló tüdőbeteg-sanatoriumba június, július, augusztus, esetleg szeptember hónapokra **segédorvost** keresek (lehet reconvalescens is). Ajánlatokat rövid curriculum vitaevel kér

Tátraháza, 1911 május 18.

*Müller Vilmos dr.*, igazgató főorvos.

1191/1911. ikt. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházánál üresedésben lévő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon nőtlen orvos urakat, kik ezen 1200 korona évi fizetéssel, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és első osztályú étellemezzel egybekötött állást elnyerni óhajtnak, hogy kellően felszerelt kérvényüket Szeged szab. kir. város polgármesteri hivatalához **1911. évi június hó 15.-éig** nyujtsák be.

Szeged, 1911 május 19.

*Boros József dr.*  
közkórházi igazgató-főorvos.

2255/1911 sz.

Sopronvármegye csepregi járásához tartozó Bő székhellyel Bő, Damonya, Csernelháza, Mesterháza, Pórládony, Berektompaháza, Lócs, Makkoshetye és Iklanberény községekből szervezett közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. 1600 korona törzsfizetés és a nyugdíjba beszámítandó négy 200 korona ötödéves korpótlék.
2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó fuvarátalány, látogatási és rendelési díjak.
3. Négy szoba, konyha, rendelő-szoba, szükséges mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, melyhez tágas gyümölcsöskert tartozik.
4. Vágóbiztosítási díjak.

A megválasztandó körorvos kézigyógyszertár tartására jogosult. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy kellően felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 20.-áig** nyujtsák be.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Csepreg, 1911 május hó 12.-én.

*A szolgabíró.*

2334/1911.

A Körösladány községnél lemondás folytán megüresedett, **nem ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvények **folyó évi junius hó 20.-áig** adandók be hozzám.

Az állás javadalma: évi 1400 korona fizetés, 500 korona lakáspénz s a törvényesen megállapított rendelési, beteglátogatási, mütét- és fuvardíjak.

Szeghalom, 1911 május 13.

*Csánki Jenő*, fõszolgabíró.

1980/1911. szám.

A vezetésem alatt álló közkórházánál lemondás folytán megüresedett **egy alorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és étellemez. Előnyben részesülnek a pályázók közül, a kik hosszabb sebészeti gyakorlatot tudnak kimutatni. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható. Magánygyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nőspályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, étellemezés. A kinevezés 2 évre szól. Más pályázó hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvy Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyujtandók **be 1911. évi május 31.-ig.**

Kelt Kaposvár, 1911 május 16.-án.

*Szigethi-Gyula Sándor dr.*, igazgató-főorvos.

1568/1911. sz.

Kiskundorozsma községnél a lemondás folytán megüresedett **külterületi községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint esetleges gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **junius hó 5.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása évi 1400 korona törzsfizetés és 600 korona fuvarátalány, valamint a kiskundorozsmai „külső központ“-ban, mely a községtől műtőn 13 kilométerre fekszik, természetbeni lakás.

Mindezekon felül, a ki az állást el fogja nyerni — mint hivatali elődje megkapta —, szintén minden valószínűség szerint meg fogja kapni vármegyei alispán úrtól a jogosítványt kézi gyógyszerár felállítására.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Kiskundorozsma, 1911 május hó 22.-én.

*Gyárfás*, fõszolgabíró.

A vezetésem alatt álló szabadkai m. kir. állami gyermekmenhely-nél megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazása 1200 korona, természetbeni lakás és teljes ellátás. Felhivatnak mindazon orvos urak és orvos úrnők, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevelükkel és működési bizonyítványukkal felszerelt és a m. kir. belügyministeriumhoz címzett kérvényüket alulírottánál **1911. évi május hó 30.-áig** nyujtsák be.

Szabadka, 1911 május hó 19.

*Szudárevich Ferencz dr.*, igazgató-főorvos.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és  
köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és  
lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu **GYÓGYFORRÁS**

**SALVATOR**

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)  
fellépő vesebántalmaknál.**



E forrás kiváló tulajdonságai:

**Hugyhajtó hatása.**

**Keletemes ízű.**

**Teljesen tiszta.**

**Könnyen emészthető.**

**Vasmentes.**

**Állandó összetételű.**

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán **aranyeres bántalmakban**, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**SCHULTES ÁGOST** Szinye-Lipóczy **Salvatorforrás Vállalat,**  
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

Kitűnő forgalmú kisebb

**GYÓGYINTÉZET**

(nyári sanatorium)

**eladó.**

A sanatorium egy stájerországi tó partján fekszik, legmodernebbül van felszerelve és más irányú elfoglaltság miatt igen kedvező feltételek mellett adatik el.

Ajánlatok „**Alkalmi vétel**“ jelige alatt a „Petöfi“ irodalmi vállalathoz, Budapest, VII., Kertész-utca 16. kéretnek.