56. évfolyam. **14. szám.** *Budapest, 1912 április 7.*

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.

Liebermann Leó és **Fillinger Ferencz:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem közegészségtani intézetéből. Egyszerű eljárás a vörös vérsejtek ellenállóképességének megállapítására egészséges és beteg embereken. 255. lap.

Ecsedi Ernő és **Schők Zsigmond:** Közlemény a Pesti Izr. Kórház bőr- és bujakóros rendeléséről. (Rendelő főorvos: Justus Jakab dr.) A jodfersan therapeutikai értéke a lues kezelésében. 257. lap.

Auszterveil László: A salvarsan-láz kérdéséről. 259. lap.

Porosz Mór: Dolgozat az Uj Szt.-János-kórház kórbonczolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.) Adatok a prostata anatomiájához. 260. lap.

Perlusz Miklós: Közlemény a székesfővárosi dunabalparti közkórházak V. orvosi (bőr- és bujakóros) osztályáról. (Főorvos: Poór Ferencz dr. egyetemi magántanár.) A noviform alkalmazása lágyfekély eseteiben. 263. lap.

Kircz Gyula: Közlemény a székesfővárosi dunabalparti közkórházak X. orvosi fiókosztályáról. (Főorvos: Prochnov József dr., egyetemi magántanár.) A noviform alkalmazása lábszárfekély eseteiben. 264. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. báró Korányi Sándor*: Belorvostani előadások. — Uj könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. K. Fujinami*: A hypersecretio continua felismerése. — *E. Popper*: A morphiumnak és az opiumnak a bélre gyakorolt hatásmódja közti különbség. — *Sebészet. P. Manasse*: A pylorusspasmusról. — *Elmekórtan. Loewe*: Az epilepsiások és elmebajosok vizeletének colloidos anyagai. — *Pick* és *Bielschowsky*: A neuroma-rendszerek. — *Gyermekorvostan. Monti*: Az intracutan tuberculin-reactio diagnostikai értéke. — *Sergeois*: A rovarok betegségközvetitő szerepe. — *Bőrkórtan. K. Dohi* és *Sh. Dohi*: Az impetigo contagiosa klinikája és aetiologiája. — *Húgyszervi betegségek. F. Kraemer*: A prostatahypertrophiának prostatatágítással való gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schreiber*: A bromural. — *Scharff*: A percutan salicyltherapia. — *Hübner*: Otitis media acuta és a hallójárat furunculosisa. — *Kennerknecht*: Spina ventosa. — *Ruhräh*: Az enuresis nocturna gyógyítása. 264—267. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 267. lap.

Vegyes hirek. 267—268. lap.

Tudományos társulatok. 269—273. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem közegészségtani intézetéből.

Egyszerű eljárás a vörös vérsejtek ellenállóképességének megállapítására egészséges és beteg embereken.

Irta: ***Liebermann Leó*** dr. egyetemi tanár ***Fillinger Ferencz*** dr. egyetemi tanársegéd közreműködésével.

Ha egészséges embernek egy csepp (kb. 0·05 cm^3) friss, nem defibrinált vérét 5 cm^3 $^1/_2{}^0/_0$-os konyhasóoldattal két perczig gyengén rázzuk és a keveréket 5 cm^3 $1^1/_2{}^0/_0$-os konyhasóoldat hozzáadása után erősen centrifugáljuk, akkor a leöntött folyadék vagy egészen szintelen, vagy csak nyomokban mutat haemolysist. Tehát a $^1/_2{}^0/_0$-os NaCl-oldattal szemben az egészséges embernek valamennyi vörös vérsejtje vagy legalább azok $90^0/_0$-a resistens. Ezen tényt 28, mindkét nembeli és különböző korú (3—91 éves) egyénen állapitottuk meg. Bizonyos kóros állapotokban vagy egyes anyagok (alkohol) behatására csökken a vörös vérsejtek resistentiája, esetleg annyira, hogy valamennyi vörös vérsejt feloldódik $^1/_2{}^0/_0$-os konyhasóoldatban.[1]

A vörös vérsejtek resistentiájában mutatkozó különbségek számbelileg kifejezhetők a resistentia-quotienssel, RQ, melynek megállapítása olyképpen történik, hogy az emlitett próbáról, lecentrifugálása után, a folyadékot leöntjük, a megmaradt vérsejteket az előbb leöntött folyadékkal egyenlő térfogatú, destillált vízben oldjuk és a két folyadék haemoglobintartalmát összehasonlítjuk. Ha pl. azt mondom, hogy RQ = 1, ez azt jelenti, hogy a resistens erythrocyták tömege egyenlő a nem resistens erythrocyták tömegével ($50^0/_0$-os resistentia). RQ = ∞ azt jelenti, hogy a $^1/_2{}^0/_0$-os NaCl-oldat practice nem okoz haemolysist.

A fokozott resistentiáról és annak meghatározásáról alább szólunk. Betegeken végzett észleleteinket a következőkben ismertetjük:[2]

1. *Tuberculosis.*[3] *Könnyű esetek* (hat) csúcshuruttal, kis infiltratióval; még hőemelkedés esetén sincsen resistentiacsökkenés. RQ = ∞.

[1] Mint ismeretes, már régebben többen foglalkoztak a vörös vérsejtek resistentiájának vizsgálatával különböző betegségekben Régibb irodalom: *H. Hamburger:* Osmotischer Druck und Ionenlehre. 1902 kötet, 359. oldal. — *E. Grawitz:* Klinische Pathologie des Blutes (1). — *C. S. Engel*: Leitfaden zur klinischen Untersuchung des (1902) E vizsgálatok azonban nem hódítottak tért a praxisban, azért, mert az ajánlott eljárások részben nem elég kényel- — mint a vérsejteket számláló eljárás — nem elég pon- azonkívül pontos adatok az egészséges emberre vo potoniás oldattal végzett vizsgálatok értékét egy- (*Grawitz*), de alaptalanul, mert előre várható volt, féle károsodásával osmosisos viszonyaik is a mely *Hamburger*-tól származik (azon sóoldatnak megállapítása, melyben még a leggyengébb vörös vérsejtek is megtartják festőanyagukat), kiegészítve azon concentratio meghatározásával, melyben még a legnagyobb resistentiával biró vérsejtek is feloldódnak (minimum-resistentia *Limbeck*, maximum-resistentia *Mosso*), valamint *Viola* módszerével, ki még egy középresistentiát is megállapit, igen értékes adatokat nyertek. Hogy eredményeinket még sem hasonlitjuk össze ezekkel, az azért van, mert eljárásunk lényegesen más. Ellentében a fentebbiekkel, *mennyileges*, mig a minimum- és maximum-resistentia (resistentia-szélesség) a resistens és nem resistens vérsejtek közti arányszámot szám szerint nem juttatja kifejezésre. Nem közömbös tudni, vajjon kevés vagy sok nem resistens vörös vérsejt van-e jelen.

[2] Minthogy nem áll rendelkezésemre klinikai anyag, kénytelen voltam az eseteket különböző kórházakból és klinikákról összegyüjteni. Nem is voltam abban a helyzetben, hogy az egyes kóreseteket tovább figyelemmel kisérjem. Ezért a további részletesebb vizsgálatokat a klinikusokra kell bíznom, kik a vörös vérsejtek resistentiáját befolyásoló összes tényezőket (diaeta, gyógyszeres kezelés stb.) figyelembe vehetik.

[3] *Királyfi* és *Keller* (1909) a *Korányi*-féle klinikán úgy tuberculosisban, valamint pneumoniában és typhusban resistentia-csökkenést találtak. *G. Humbert* saját eljárásával hasonlót tapasztalt a kisérletes tuberculosisban nyulakon.

Hat *súlyos esetben* (terjedelmes infiltratio, caverna stb.) jelentékeny resistentia-csökkenés. RQ = 0·5—1·83.

Más öt esetben (könnyű tüdő-affectio vagy a szem izolált tuberculosisos megbetegedése) többé-kevésbé jelentékeny resistentia-csökkenést találtam. RQ = 0·76—2·3.

2. *Syphilis*, lues hereditaria, tabes, paralysis progressiva. Primaer affectióban, friss, 3—4 hetes, nem kezelt esetekben (5) nincsen resistentia-csökkenés. Régibb esetek (3) secundaer tünetekkel, kénesőkezeléssel: erős resistentia-csökkenés. RQ = 0·5. Ellenben nem volt resistentia-csökkenés egy 19 éves leánynál, ki egy évvel előbb szerzett luest és azóta ismételten erélyes kéneső-, jod- és salvarsankezelésben részesült, valamint egy 11 éves gyermek keratitis parenchymatosa esetében.

Igen érdekes volt lues hereditariában szenvedő két 16 és 18 éves nővér esete, kiknek tabesük volt összes tüneteivel és + Wassermann-reactióval.

Mindkét esetben nagyfokú resistentia-csökkenés mutatkozott: RQ = 0·5, illetve 0·62.

Tabes dorsalis további 14 esetét két csoportba osztom.

Régi (4—19 év óta fennálló) hét eset semmi vagy alig számbavehető resistentia-csökkenést mutat.

Korai (egy-két éves) esetek (9 eset) erős resistentia-csökkenést mutatnak. (RQ = 0·37; 0·5; 0·6; 0·6; 0·83; 0·90; 1·37; 1·7; 2·27.)

Paralysis progressivának csak egy esetét vizsgáltam: RQ = 3 (75% resistentia), tehát kisfokú csökkenés mutatkozott.

3. *Leukaemia, anaemia perniciosa* (két eset). Tekintélyes resistentia-csökkenés. RQ = 0·85 és 1·0.

4. *Carcinoma* (11 eset).

Carcinoma recti: két súlyos, inoperabilis eset kachexiával. Resistentia-csökkenés: RQ = 2·5.

Carcinoma mammae. Két eset, egyik kachexiás, másik nem. RQ = 0·65, illetve 1·5.

Carcinoma oesophagi. Kachexia. Erős resistentia-csökkenés. RQ = 0·83. Egy másik eset kachexia nélkül: RQ = ∞.

Carcinoma palati. Kisfokú kachexia. RQ = 2·9.

Carcinoma labii inferioris. Két esetben alig volt kachexia, RQ = ∞, a harmadik esetben gyenge kachexia, kisfokú resistentia-csökkenés, RQ = 5·5.

Carcinoma ventriculi inoperabile. A betegség már tíz év óta fennáll, kachexia. Vérvizsgálat gastroenteroanastomosis-műtét után, resistentia-csökkenés nincs, csak 0·4%-os NaCl-ra van haemolysis, $RQ_{0·4}$ = 1·68. A 11 carcinomás közül 6-ban volt resistentia-csökkenés. Ezek többnyire kachexiások. 4 nem kachexiásban nem csökkent a resistentia, 1 kachexiásban kissé növekedett.

4. *Croupos pneumonia*. Egy eset. A krizis utáni harmadik napon igen erős resistentia-csökkenés, RQ = 1.

5. *Exsudatum pleuriticum*. Egy eset. 37·5° hőmérsék. Resistentia-csökkenés, RQ = 1.

6. *Obstipatio*. Spasmusos obstipatio (opium!). Jelentékeny resistentia-csökkenés, RQ = 1·5. Egy másik esetben, chronikus obstipatio (valószínűleg bélrenyheség), RQ = 1·9, tehát 66% resistentia.

Egyéb kóresetekről, hol az ok nem volt kellőleg tisztázva, daczára, hogy resistentia-csökkenést találtunk, nem szólok. Csak egy influenzás esetet kivánok említeni, hol a hőmérsék 39·7° C volt, valamint egy nyolcznapos polyarthritis esetét 39·6° C hőmérsékkel, melyekben a RQ = ∞, vagyis nem mutatkozott resistentia-csökkenés, a mi azt bizonyítja, hogy a láz egymagában nem idéz elő resistentia-csökkenést.

Hasonlóképpen nem észleltem lényeges resistentia-csökkenést a következő betegségekben:

Diabetes (3 eset), köztük egy igen súlyos 7% czukorral, acetonnal stb.; hydrocephalus (egy eset), idiotismus (két eset).

Szeszes italok hatása: F. J., 27 éves gyógyszerész, abstinens. Február 3.-án vérvizsgálat; semmi resistentia-csökkenés. Február 5.-én déli 12 óra 15 perczkor ismét vérvizsgálat. RQ = ∞. Közvetlenül a vizsgálat után (ebéd előtt) 350 cm³ pezsgőt iszik. Rosszul érzi magát. Egy óra mulva (még ebéd előtt) a vérvizsgálat jól észlelhető haemolysist, resistentia-csökkenést mutat, mely később, 4 óra 15 perczkor még észlelhető, de határozottan gyengült.

Ugyanazon kisérletnek egyidejűleg W. J. 23 éves gyógyszerész is aláveti magát, ki alkoholhoz szokott, erős testalkatú. Semmi hatás.

Dr. S. E. Sohasem iszik szeszes italt. Január 30.-án végzett vérvizsgálat semmi resistentia-csökkenést sem mutat. Rokonaihoz utazik, február 5.-én visszatér; elutazása előtt kényszerítik, hogy két pohárka likört igyék. Ugyanaz nap vérvizsgálat. Tekintélyes resistentia-csökkenés, RQ = 1 (5%); a másnap végzett vérvizsgálatkor a resistentia rendes, RQ = ∞.

Resistentia-fokozódás. A vörös vérsejtek resistentiájának fokozódása elméletileg lehetséges és csakugyan többször észlelték is, így pl. *Limbeck* icterusban, *Malassez* ólommérgezésben, *Moravitz* és *J. Pratt* mesterséges phenylhydrazin-anaemiában (de nem vérelvonás után).

Állítólag a chinin is resistentia-fokozódást idéz elő (*Cutore*), valamint lecithinnek injiciálása is (*Stassano és Billon*). *G. Lang* gyomorrákban, *Schmidlechner* hólyag- és hüvelyrákban talált resistentia-fokozódást.

Resistentia-növekedésről nincsen elég tapasztalatunk s erről csak azért szólunk, hogy rámutassunk arra, hogy eljárásunkkal egy csepp vérrel úgy resistentia-csökkenés, valamint fokozódás is meghatározható, még pedig a következőképpen:

Ha a rendes próba idején a lecentrifugált folyadék színtelen, akkor az üledéket hígabb, p. o. 5 cm³ 0·45%-os NaCl-oldattal két perczig rázzuk, majd 5 cm³ 1½%-ossal keverjük és centrifugáljuk; a folyadékot leöntjük. Ha a leöntött folyadék ezúttal színezett, akkor a maradékot 10 cm³ párolt vízben oldjuk és a két folyadékot colorimetriásan összehasonlítjuk. Ha ellenben haemolysis most sem mutatkozott volna, akkor a fenti eljárást még hígabb sóoldattal ismételjük. A resistentia-quotiens mellé azon hypotoniás oldat concentratióját írjuk, a melyet alkalmaztunk. Ha pl. 0·35% sóoldatot alkalmaztunk, az eredményt így írjuk: $RQ_{0·35}$ = X. Minthogy a ½%-os NaCl-oldatot physiologiás határnak vettük: ha kisérleteinkben ezt alkalmazzuk, RQ = 0·5 helyett egyszerűen RQ-t írunk.

A módszer leírása. Mindazok után, a miket az eljárásra vonatkozólag fentebb mondottunk, elégséges rámutatnunk arra, hogy a próbákat mindig ugyanazon mennyiségű vérrel (0·05 cm³) végezzük, mely a szokásos módon alkohol-acetonnal és végül steril physiologiás konyhasóoldattal lemosott ujj hegyéből veendő, a nélkül, hogy azt sokat nyomkodnánk. 15 cm. hosszú csövet használunk, mely 1 mm. átmérőjű capillarisban végződik és a rajta levő jelig 0·05 cm³-t fogad be. A kémlőcsövek 10 cm. hosszúak és 1½ cm. átmérőjűek, centrifugálásra alkalmasak. Nagyon czélszerű e kémlőcsöveket két jellel (5 és 10 cm³) ellátni.

Ha a vér a capillarisban a jelig felemelkedett, akkor a cső végét óra ellenőrzése mellett 5 cm³ ½%-os NaCl-oldatba merítjük, a vért a csövön át kifújjuk. Ezután gyengén rázogatjuk a próbát és pontosan két percz eltelte után a már előre lemért 5 cm³ 1½%-os NaCl-oldattal elegyítjük. Erős centrifugálás után a folyadékot tökéletesen leöntjük az üledékről. Az utóbbit, a megmaradt vörös vérsejteket, 10 cm³ destillált vízben oldjuk. Ezután megállapítjuk a két folyadék haemoglobintartalmát. Ha az első folyadékot, a melyet a vörös vérsejtekről leöntöttünk, *H*-val, a másodikat, a vörös vérsejtek destillált vizes oldatát *B*-vel jelöljük, a RQ = (resistentiaquotiens).

Ha a *H* színtelen és mi csak a resistentiac akarjuk megállapítani, akkor minden további eljá a RQ = ∞, azaz csak resistens vörös vé Ha ezen esetben a resistentia fokozódásá tározni, akkor a vörösvérsejt-maradékra öntünk, hanem 5 cm³ 0·5%-osnál h 0·4%-os NaCl-oldatot, két perc

oldattá egészítjük ki és centrifugáljuk. Ezen eljárást mindaddig ismételhetjük, míg oly híg sóoldatra akadunk, melylyel haemolysis már mutatkozik.

A RQ meghatározására bármelyik colorimetriás eljárást alkalmazhatjuk, de ajánlom a következő igen egyszerű és a czélnak teljesen megfelelő eljárást.

A relativ haemoglobin-tartalom meghatározása B- és H-ban.

Eszközök. Két kis, 10 cm^3 ürtartalmú, 0·5 cm^3-ekre beosztott mérőhenger. Csepegtető üveg, destillált vízzel. Fekete papirlap, melyen 8 cm. hosszú és 1 cm. széles nyílást vágunk.

Kivitel. A két mérőhengert fehér alapra helyezzük. Az egyikbe a halványabb folyadékból (tehát többnyire *H*-ból) körülbelül 5 cm^3-nyit öntünk. A másik hengerbe viszszük pipettával az erősebben festett (tehát rendesen *B*) folyadéknak meghatározott mennyiségét, a színeződés erősségéhez képest 1—2 vagy 3 cm^3-t (ha halványabb, többet, ha vörösebb, kevesebbet) és destillált vízzel $^1/_2$ cm^3-enként addig higítjuk, míg a színe a másik próbáéval egyenlő. A fekete papirral eltakarjuk a két összehasonlítandó próbát, hogy a hasadékon át mindkettőnek egyenlő rétegét lássuk. A mikor a színegyenlőség beállt, megállapítjuk az előbb erősebben festett folyadék jelenlegi térfogatát és elosztjuk az eredeti térfogattal. Ez a szám jelzi a *RQ*-t.

Példa: *B*-folyadék 2 cm^3-ét 3·5 cm^3-re kellett felhigítanunk, hogy színe *H*-éval egyezzék, tehát $RQ = \frac{3·5}{2} = 1·75$; a mi azt jelenti, hogy a resistens vörös vérsejtek tömege úgy aránylik a nem resistensekéhez, mint 1·75 : 1.

Ha igen nagy resistentiacsökkenés volt, tehát H vörösebb mint B, akkor a *H*-ból mérünk le határozott mennyiséget és azt higítjuk, míg *B*-vel egyenlő. Feltéve, hogy ily esetben a 2 cm^3 *H*-t 3·5 cm^3-re kellett higítanunk, az $RQ = \frac{2}{3·5} = 0·57$, a mi ismét azt jelenti, hogy 0·57 resistens vörös vérsejtre esik 1 nem resistens.

Összefoglalás.

1. Az előbb leírt eljárás alkalmazásakor a $^1/_2$%-os NaCl-oldat egészséges emberek vérét vagy nem, vagy csak nyomokban oldja. Némely kóros állapotban a vörös vérsejtek resistentiája 0·5%-os NaCl-dal szemben nem mutat eltérést, abból tehát, hogy a haemolysis kimarad, még nem következtethetjük, hogy az egyén egészséges. Ellenben, ha a haemolysis erős resistentia-csökkenést jelez, mondhatjuk, hogy az illető egyénben valami nincsen rendben.

A betegség természetére vonatkozólag a reactio nem ad fölvilágosítást, mert resistentiacsökkenés mindenféle pathologiás, illetve rendellenes állapotban előfordulhat. Mindazonáltal kimondható, hogy jelentékeny resistentia-csökkenés leginkább általános gyengeséget és vérszegénységet előidéző betegségekben észlelhető. Tehát a leírt módszer a gyengeség megállapitására szolgáló reactio.

Némely méreg is erősen csökkenti a vörös vérsejtek resistentiáját, ilyen az alkohol. Ez irányban érdekes állatkisérleteket végeztünk, melyekről más alkalommal számolunk be.

2. Ezen egyszerű eljárás segítségével egy csepp vérrel quantitative megállapíthatjuk a vörös vérsejtek resistentiájának csökkenését, valamint fokozódását is, vagyis azon arányt, mely a resistens és nem resistens vérsejtek közt fennáll.

Közlemény a Pesti Izr. Kórház bőr- és bujakóros rendeléséről. (Rendelő főorvos: Justus Jakab dr.)

A jodfersan therapeutikai értéke a lues kezelésében.

[illegible]: ***Ecsedi Ernő*** dr. és ***Sebők Zsigmond*** dr.

hogy az 1910. év derekán *Ehrlich* [illegible]es gyógykezelése lényeges kibővítést [illegible]ában joggal remélhettük, hogy ezzel [illegible]szerrel a syphilisnek és utómegbetegedéseinek a valóságos panaceáját nyertük. Az első eredmények csakugyan kitűnőnek látszottak. Az eddigi kéneső- és jodkezelésnek makacsul ellenálló súlyos esetek egyetlen salvarsanbefecskendezésre rohamos javulást mutattak; régóta fennálló fekélyek, exulcerált bőrgummák olykor 48 óra alatt teljesen behámosodtak, meggyógyultak. A „606“ arsentartalma pedig arra a véleményre jogosíthatott fel, hogy mindazon esetekben, a melyekben azelőtt a kéneső és a jod adagolásán kívül az általános gyöngeségi állapotnak, a vérszegénységnek, neurosisoknak stb. megszüntetésére is ügyet kellett vetni, egyúttal a zsongító hatás is beáll.

Sajnos, az öröm korai volt. A mint a későbbi megfigyelések bebizonyították, a salvarsan alkalmazása után az egyéb kellemetlen következményeken kívül éppen úgy jelentkeztek recidivák. Azelőtt is megtörtént, hogy egyetlen kéneső-kúra után újabb tünetek hosszabb ideig, gyakran több éven keresztül nem jelentkeztek.

Maga *Ehrlich* a német természetbúvárok königsbergi gyűlésén, majd közleményeiben kénytelen volt kijelenteni, hogy az ő készítménye nem tudja ugyan a lues gyógykezelésében eddig alkalmazott gyógyeljárásokat kiküszöbölni, de a kénesővel és joddal kombinálva igenis ajánlható. Az osztályunkon észlelt egyéb kedvezőtlen tapasztalataink alapján is kénytelenek voltunk figyelmünket a salvarsanon kívül újra a kéneső- és jodkészítményekre terelni.

A kéneső-kezelésre vonatkozó megfigyeléseinket ezúttal nincs szándékunkban érinteni, hanem csupán csak a jodra vonatkozó észleleteinket teszszük közzé.

A jodot tudvalevőleg rendszerint jodkalium vagy jodnatrium alakjában szoktuk belsőleg adagolni, még pedig oldatban, pilula vagy por alakjában. Felszívódása a gyomorban történik, a szervezetből való kiválasztása pedig a veséken, bőrön és nyálkahártyákon át, még pedig oly gyorsan, hogy rendesen már 5 percz mulva kimutatható a nyálban. Tekintetbe kell vennünk a jodnak nemcsak a luesra gyakorolt gyógyító hatását, hanem azon általa előidézett melléktüneteket is, melyek a szervezetre károsan hatnak. Eme káros hatásnak, a jodismusnak a foka függ természetesen: 1. hogy az illető szervezetnek milyen a türelmi határa a joddal szemben, 2. hogy milyen nagy adagokban és milyen összetételben adjuk a jodot. Hiszen gyakran már kis adagokra is észlelhetjük a jodismus jelentkezését a kötőhártyák hurutja, máskor gyomor- és béltünetek formájában, sokszor pedig erős főfájás, majd pedig bőrtünetek alakjában.

Ezek után természetesen úgy véljük, hogy az egyes jodkészítmények alkalmazásakor a következőket kell szem előtt tartani: 1. Vajjon a szervezet jól tűri-e valamely formában? Nincsenek-e kellemetlen vagy egyenesen káros mellékhatásai? 2. Mily gyorsan, 3. mily mértékben jelentkezik a gyógyszer alkalmazásakor a gyógyító hatás?

Nyolcz hónapon keresztül részletes kisérleteket folytattunk többféle jodkészítménynyel, mely tanulmányozásunk közepette érdeklődésünket és figyelmünket főkép a jodfersan kötötte le.

A fersan marhavérből előállított, vastartalmú acidalbumin, mely a vörös vérsejtek egész vas- és phosphor-mennyiségét tartalmazza. A fersanra a gyomornedv nincs hatással s felszívódása a belekben megy végbe, mint azt a *Korányi*,[1] *Senator*[2] stb. klinikájáról megjelent munkálatok igazolják.

Joddal kombinálva első ízben *Jolles* (Wien) hozta javaslatba, nálunk *Alpár*,[3] másutt *Bennighoven*, *Herlings* stb. ajánlotta s *jodfersan* névvel kerül pastillák alakjában forgalomba. A csokoládéval bevont pastilla 0·10 jodkaliumot és 0·40 fersant tartalmaz. A gyermekeknek való pastillák felényi gyógyszert tartalmaznak.

Tudvalevő, hogy a jodalkaliák könnyen szívódnak fel, de eme könnyű felszívódás azután, mint már említettük, azt eredményezi, hogy a jod a vérben és a szövetekben a ki-

[1] Orvosi Hetilap, 1901.
[2] Therapie der Gegenwart, 1901, 2. sz.
[3] Budapesti Orvosi Ujság, 1906, 29. sz.

vánalmaknak nem éppen megfelelő concentratióban van csak meg. A jodalkaliák eme tulajdonsága lényegesen módosul a *jodfersan* adagolásakor. A jodfersanból lehasadó jod kiválasztása vizsgálataink szerint lassabban történik, mint jodkalium adagolásakor. Azt tapasztalhattuk, hogy a jodfersan jodja egyenletesebben kering a szervezetben és a kiválasztása is egyenletesebb.

Újabban a szerzők, mint *Velden*, *Loeb*, *Boruttau* stb. kiváltképp a jod organotropiájára fektetik a súlyt, vagyis ennek a halogennek arra a képességére, hogy bizonyos szervekben nagyobb mértékben halmozódik fel.

Gyógyításunk czélja az, hogy a jod ott fejtse ki a hatását, a hol a lues tünetei és következményes megbetegedései kiváltkép székelnek. *Justus* idevágó munkálataiból is tudjuk, hogy a jodkalium adagolása után az összes szervek közül a legtöbb jod a pajzsmirigyben halmozódik fel. Ezután a legtöbb jodot a lymphás szervek: a lép, a kedeszmirígy és a nyirokmirigyek tartalmazzák, végül pedig a kiválasztó szervek, élükön a tüdővel és vesékkel. Csekély azonban jodalkaliák adagolása esetén az ideg- és zsírszövet jodtartalma.

A kellő hatás elérése czéljából tehát igen nagy szerepet játszik a jod-összeköttetés módja. Az organikus jodkészítményeknek tudvalevőleg az a hátrányuk, hogy hatalmas jodhatás elérésére gyakorta nem elegendők, tehát csak ott alkalmazhatók, a hol minimalis jodtartalommal megelégedhetünk. A jodfersannak az az előnye, hogy alkalmazásakor a jod prompt hatása épp úgy beáll, mint az anorganikus jodkészítmények adagolásakor. Ez a hatás azonban, mint már említettük, sokkal egyöntetűbb, minek következtében a jodfersan értékes segítőszernek kinálkozott.

Kisérleteinket a szerzett lues legkülönbözőbb formáinál, valamint hereditarius lues eseteiben végeztük. Rendelésünk bőséges beteganyaga alkalmat nyujtott ahhoz, hogy nem csak typusos lefolyású, hanem súlyos, a szokásos jodnatriumra gyakran kevésbé reagáló esetekben is adagolhattuk a jodfersant. Valamennyi esetben — 86 egyént kezeltünk jodfersannal — a betegek jól tűrték a szert. A szervezet jodellátása mindannyiszor egyenletes volt és hosszú ideig tartott. A gyomor vagy béltractus részéről nem észleltünk zavart, még oly esetekben sem, hol más jodkészítmény zavarokat okozott.

Állandóan észlelhettük a jod specifikus hatását és ezzel a lueses folyamatok kedvező befolyásolását. *Jodismust egyetlen esetben sem tapasztaltunk*, mely kedvező körülmény valószínűleg a jodfersan acidalbumin-tartalmára vezethető vissza. Sőt volt néhány olyan esetünk is, a hol daczára annak, hogy előzőleg más jodkészítmény adagolására már jodismus jelentkezett, a jodfersant hosszú ideig alkalmazhattuk a nélkül, hogy a jodismus tünetei újra jelentkeztek volna. Anaemia luetica eseteiben pedig, hol a vas mint kitünő adjuvans szerepel, határozottan a legjobb eredményeket kaptuk. Kitünő szolgálatot tett azonban a lues többi formáiban, valamint hereditarius lues eseteiben is.

A részletes eredményekről eseteink kapcsán óhajtunk beszámolni. Valamennyit, nehogy terjengőssé váljék ismertetésünk, nem sorolhatjuk fel, de kiválasztottuk lehetőleg azokat, a melyek *a legsúlyosabbak* voltak s a melyekben *a legszembetűnőbb* hatást észleltük.

1. 47 éves özvegy, varrónő, 14 éve férjnél. Első gyermeke élve született, de 7 éves korában scarlatinában meghalt. Utána 2 abortus. Genitalis megbetegedésről nem tud. 1903-ban a bal lapoczkatájon kiütése volt, mely ellen akkor 30 Hg-bedörzsölést végzett, mire kiütése elmult. 1905-ben erős fejfájás, mely ellen jodkaliumot kapott, de egy üveg beszedése után abba kellett hagynia a beállott hányás miatt. Fejfájása azután magától elmult. 1911 augusztus végén jelentkezik ambulantiánkon. Erős fejfájást panaszol, valamint a bal parotis-tájon levő fájdalmatlan daganatot. Vizsgálatakor a következőket találjuk: A beteg halvány, anaemiás, bágyadt tekintetű. Mindkét tuber frontis kissé kiemelkedő, tapintásra kissé érzékeny. A bal kulcscsont periosteuma megvastagodott, úgyszintén a bal I., II. bordaizület kissé előálló, nyomásra fájdalmas. Mindkét tibia alsó és középső harmadában diffus, periostealis megvastagodás. Általános kisfokú adenopathia. A torokban angina luetica maradványai. A bal parotis-tájon a parotisnak megfelelően tyúktojásnyi, erősen kiemelkedő, tömött tapintatú, sima felületű, teljesen fájdalmatlan daganat. Fölötte a bőr jól mozgatható, elszinesedést nem mutat. Diagnosis: Kephalalgia luetica, gumma parotidis, periostitides. Therapia: jodfersan, naponta 3-szor 2 pastilla. 5 nap mulva újólag jelentkezik. A fejfájások csökkentek, a mirigy nagysága változatlan, de mintha tapintata kevésbé tömött, inkább rugalmas volna. A tibiák éle kissé jobban kitapintható. A tekintete általában az egész külseje élénkebb, elevenebb benyomást kelt. Az étvágy jó, a jodismusnak semmi jele, még csak nátha sincs. 5 nap mulva újólag jelentkezik. A fejfájás majdnem teljesen megszünt, csak időnként jelentkezik még. A mirigy majdnem felényire megkisebbedett, úgy a bordaizületek, valamint a tibiák megvastagodása lényegesen csökkent. Az általános közérzet kitünő, az anaemia csökkent, eleven, jókedvű, súlyban meggyarapodott. Az étvágy igen jó. Semmi jodismusra valló tünet. 3 hét elteltével a mirigy teljesen visszafejlődött, úgyszintén a bordaizületek, valamint a tibiák megvastagodása erősen csökkent. A fejfájás teljesen megszünt. Az asszony igen jól van, étvágya kitünő. A jodfersant jóízűnek, kellemesnek találja és örömmel hajlandó tovább is használni.

2. 37 éves, elvált, varrónő. 1896-ban ulcus indur. lab. min. A klinikán 20 Hg-injectiót kapott. Utána 3 üveg jodkaliumot. 1897-ben plaques tonsill. Ezúttal 30 Hg-bedörzsölést végzett. Utána 6 üveg jodkalium. Ettől kezdve kezelésben többé nem részesült. 1911 februárban jelentkezik ambulantiánkon. Panasza, hogy kb. 1½ év óta mindkét lábszára, de főleg a bal lassan vastagszik, úgy, hogy most már dolgozni sem tud. Ha többet jár, fájdalmai vannak. Vizsgálatkor a következőket találjuk: A bal tuber frontis kissé előálló. A nyakon leukoderma. Általános mirigyduzzanat. A torokban angina-nyomok. Mindkét lábszár, de főleg a bal, a bokától a térdig erősen megvastagodott. A bal lábszár körfogata kb. 7 cm.-rel meghaladja a jobb lábszár körfogatát. A jobb lábszár körfogata középen mérve 37 cm., a bal lábszáré 44 cm. A bőr feszes, barnásszínű, fénylő mindkét lábszáron. Tapintata erősen tömött. A tibiák éle nem érezhető, elsimult, nyomásra kissé fájdalmas. A beteg jodnatriumot kap 6·0 : 200·0 arányban, naponta 3-szor 1 evőkanállal. 5 nap mulva 1 üveg elfogyasztása után újólag jelentkezik. Semmi változás, csekély jod-nátha. A jodot tovább használtatjuk, de a napi adagot fölemeljük 3-szor 2 evőkanálnyira. Ekkor két üveg elfogyasztása után újólag jelentkezik. A lábszárak állapota változatlan, a nátha ellenben erős; kötőhártya-hurut könnyezéssel, erős főfájás, émelygés, úgy hogy kénytelenek vagyunk ujra visszatérni a kezdeti napi adagra. Ujabb két üveg elfogyasztása után állapota még mindig változatlan, a nátha meg mindig tart, csekély főfájás kiséretében. Mivel a beteg most már fájdalmakat is panaszol, salvarsant ajánlunk. 1911 junius 7.-én 0·60 grm.-nyit olajos emulsióban a hát bőre alá fecskendezünk. Ötödnapra még semmi változás. Két hét mulva a jobb lábszár körfogata 3, a balé 2 cm.-rel kevesebb. Majdnem augusztus végéig tartó megfigyelés alatt a bal lábszár körfogata még egy centiméternyit csökkent, ekkor azonban megállapíthattuk, hogy további hatást a salvarsantól már nem várhatunk. Ezért a betegnek előbbi tapasztalataink alapján jodfersant adtunk, naponta 3-szor két szemet. Hat nap mulva a bal lábszár kissé puhább tapintatú, körfogata nem változott. Jodismusnak semmi jele, az étvágy jó. Ujabb dobozt rendelünk, de naponta 3-szor három szemet. Elfogyasztása után a bal lábszár körfogata 2, a jobbé 1 cm.-rel kevesebb. Jodismus nincs. Tovább folytatjuk a jodfersant. A bal lábszár körfogata 1 cm.-rel kevesebb, a jobb lábszár változatlan. A beteg örömmel jelenti, hogy már dolgozni is tud, a sok járás egyáltalán nem esik terhére. Külseje is jobb, súlyban is gyarapodott. Jodismus nincs. A jodfersant még ma is folytatólagosan szedi, megfigyelésünk alatt áll.

3. 17 éves szobaleány. Jelentkezéskor orrának duzzadtságát panaszolja. Vizsgálatkor a következőket leljük: Előálló homlok, megvastagodott orrcsontok, kissé belapult orrhát, Hutchinson-fogak, gothikus szájboltozat, apró, finom hegek kétoldalt a szájzugok alatt. Az orrcsontok és orrszárnyak duzzadtak, beszüremkedettek. A bőrön csekély pir. Erősen anaemiás, sovány leány. Gyakori főfájások.

Diagnosisunk: Lues hereditaria. Therapia: jodfersan, naponta háromszor 2 szem. Egy doboz (100 pastilla) beszedése után az orrcsúcs kevésbé duzzadt, a pir csökkent. Külseje sokkal elevenebb, étvágya saját bevallása szerint erősen fokozódott. Fejfájás olykor jelentkezik. Ujabb doboz elfogyasztása után az orr duzzanata majdnem teljesen eltünt, a pir elmult. 1½ kilo súlyszaporulat. Ujabb doboz elfogyasztása után az orr teljesen normalis, fejfájás már hosszabb idő óta nem jelentkezik, az étvágy és közérzet kitünő. 3 kiló súlygyarapodás. Az egész idő alatt a jod semmiféle melléktünetet sem okozott.

4. 27 éves kocsis, nőtlen. 1908 ban ulcus durum ad frenulum. A kórházban 30 bedörzsölést végzett. Utána jodkaliumot kapott, de nem tudta bevenni, mert hányást idézett elő. 1909 juniusában tonsillaris plaque-okkal jelentkezik rendelésünkön. Ekkor 20 Hg-injectiót kap. Után jodnatrium, melyet azonban, félve, hogy újra hányni fog, saját beva szerint nem szedett. 1910 szeptemberében egyik kórházban kep luetica és lues ulc. femor. miatt salvarsant kapott. 1911 közepén jelentkezik nálunk. A sternocleidomastoideus tájék a fossa supraclavicularisig beterjedőleg lues papulocircin találtunk. Therapia: jodfersan, naponta háromszor 2 után a papulák halványabbak, az ulcusok granuláln delünk. Jelentkezéskor a papulák majdnem telje ulcusok majdnem be vannak gyógyulva. Folyt boz után a lues ulcerosa tökéletesen begyó alatt semmi kellemetlenséget sem érzet volt, mint a jod vétele előtt.

5. 18 éves, jogász. 1911. év elején ulcus durum, mely localis kezelésre gyógyult. 4 hó mulva a jelentkező roseolák miatt 30 bedörzsölést végez. Augusztus elején jelentkezik először nálunk. A jobb lábszár gastrocnemiusa felett férfitenyérnyi, 2 cm. mély, éles határú és szélű, élénkvörös alapú fekély. A czombon két helyen erythema indurativum csomói, melyek szintén szétesőben vannak. Erősen lesoványodott, kachexiás külsejű, halvány. Étvágytalan. Nagyon elesett. Diagnosisunk: Lues praecox. Localis kéneső-kezelésre az óriási terjedelmű fekély nem reagál. Ekkor a kezelést jodfersannal kombináljuk. Öt nap mulva a fekély mélysége csökkent, alapja kitelődött, az erythema indurat. visszafejlődőben Az étvágy javult, a közérzet sokkal jobb. Ujabb öt napi jodfersan-szedés után a fekély a bőr niveaujába emelkedett, az erythema-csomók tapinthatók. Külseje elevenebb, az étvágy tetemesen javult. Egy kilót gyarapodott. Ezután háromszor 3 szemet szed napjában. Ujabb öt nap mulva a fekély majdnem felényire begyógyult, a csomók nem tapinthatók. A közérzet igen jó, az étvágy kitünő. A napi adagot 12 szemre emeljük A fekélyből babnyi terület még hiányos hámú. Az étvágy állandóan jó, újabb $1^1/_2$ kiló súlygyarapodás. Daczára a magas adagolásnak, jodismusnak semmi jele. Ujabb egy heti jodfersan-adagolásra a fekély teljesen begyógyult. A kezelés tartama alatt 3 kilót hízott.

6. L. V. 34 éves üzleti szolga, nőtlen. 1906-ban ulcus indurativum a glanson. Ambulantiánkon 20 Hg-injectiót kapott. Utána jodot rendeltünk, de minthogy jól érezte magát, meg sem csináltatta a szert 1908 végén jelentkezett újólag lues papulocircinatával a jobb alkar hajlító felületén. Miután kezelésre elfoglaltsága miatt nem járhatott be, odahaza végzett 30 bedörzsölést. A bedörzsölések befejeztével, daczára utasításunknak, nem mutatkozott.

1911 augusztus végén újra jelentkezik. Ezuttal a jobb lábszár középső harmadán majdnem ötkoronányi nagyságú ulceratio. A fekély szélein a bőr lividen elszínesedett, távolabb barnás-vörös, infiltrált, feszes. Erős periostealis megvastagodás a tibián.

Therapia: localisan unguentum hydrarg. cinereum, vaselin. fl. amer. aa partes. Belsőleg jodnatrium 6·0 : 200·0 arányban, naponta háromszor 1 evőkanállal. 5 nap mulva jelentkezik. A fekély változást nem mutat. Erős jodnátha és émelygés miatt a jodot beszüntetjük, majd 5 nap mulva áttérünk a jodfersan szokott módon való adagolására. 10 nap mulva a fekély a szélein köröskörül kb. $^1/_4$ cm. területen behámosodott, a még gyógyulatlan rész szépen granulál. Jodismusnak semmi jele. 3 heti további jodfersan- és localis Hg-kezelésre az ulcus szépen begyógyult. Jodismus nem jelentkezett.

7. 11 éves, lakatos leánya. Szeptember közepén jelentkezik az orrnyílások körül székelő eczemával. Az orrcsontok megvastagodottak, az orrgyök kissé besüppedt. A fogakon *Hutchinson*-féle félholdak. Rhagas-ok a száj körül. A homlok kissé előálló. Sovány, anaemiás, korához képest fejletlen kis leány.

Diagnosis: Lues hereditaria. Therapia: jodfersan, naponta 3 szem. 14 nap mulva az eczema szépen javult, az étvágy jobb, az arcz pirosabb, csekély súlyszaporulat. Jodismus nincs. A napi adagot háromszor 2 szemre emeljük. Ujabb 14 nap mulva az eczema elmult, igen jó étvágy, élénk, eleven külső, körülbelül $1^1/_2$ kg. súlygyarapodás. Jodismus nem jelentkezett.

8. 28 éves pinczér, nőtlen. 1905-ben ulcus. A kórházban 30 bedörzsölést végzett. Azóta semmi tünete sem volt. Jelenleg a fej bőre alatt a bal parietalis tájon két kb. mogyorónyi, kissé kiemelkedő tumor, mely a periosteumon ül, a bőrrel összenőtt. Fölöttük a bőr kissé barnás-vörösen elszínesedett. Diagnosis: Gummata luetica subcutanea. Therapia: jodfersan. 10 nap mulva mindkét gumma lényegesen megkisebbedett Ujabb 10 nap mulva már csak lencsényiek, további 4 heti jodfersan szedése után többé nem tapinthatók. A jodismus ezen idő alatt a legcsekélyebb mértékben sem mutatkozott.

Körülbelül az elsorolt példák módjára folytak le a többi esetben végzett kisérleteink is. Valamennyi megegyezett abban, hogy a jodhatás éppen úgy megvolt, mintha jodalkálit adagoltunk volna.

A jodfersan tehát erősen ható antilueticumnak bizonyult; emelkedő adagolással — naponta 12 szemig — igen makacs és súlyos tünetek is rövid idő alatt megszűntek. Különösen bevált azokban az esetekben, a melyekben az általános állapot gyors felsegítése, a táplálkozás és vérképzés javítása vált szükségessé. Jodismus jodfersanra nem jelentkezik, még oly esetekben sem, hol előzőleg jodnatrium vagy jodkalium adagolására mutatkozott. A bevezetésben feltett kérdéseinkre tehát minden tekintetben kielégítő választ nyujtottak tapasztalataink.

A salvarsan-láz kérdéséről.

Irta: ***Auszterveil László*** dr. Aradon.

Hogy a salvarsan alkalmazása a syphilis therapiájában nem terjed el még sokkal nagyobb mérvben és gyorsabban, annak oka részben az alkalmazás technikájának nehézkességében keresendő. Az alkalmazás leggyakoribb és legelösmertebb formája az intravenás befecskendezés. Bár ez a régi, eredeti formájú *Schreiber*-féle fecskendős eljárással nagyobb gyakorlat mellett egyedül is elég jól elvégezhető, mégis bizonyos sebészi manualitást igényel, a melyet megszerezni az általános gyakorlatot folytató orvosok nem mindegyikének sikerül.

Az alkalmazás körülményességén kívül főleg két dolog nehezíti a módszer nagyobbfokú elterjedését. A köztudat ugyanis az arsentartalmú készítményeket veszélyesen mérgezőnek tartja és minthogy a salvarsan előfutárjai: az atoxyl, az arsenphenylglycin, az atoxylsavas kéneső stb., még nagy fokban mérgezők voltak, számos esetben vakságot, süketséget stb. okoztak, a csaknem $40^0/_0$ arsent tartalmazó salvarsant is veszélyes méregnek vélik. Ezen előitéletet a salvarsan máig sem tudta legyőzni, annál kevésbé, mivel nem kellő technikával és adagolással való alkalmazásakor elég jelentékeny kellemetlenségek állhatnak be, főleg az agyidegek részéről. Bár a tekintetben a nézetek még nem teljesen megegyezők, hogy a salvarsan utáni agyideg-affectiókat salvarsan-mérgezés vagy syphilis-recidiva okozza-e, a szerzők túlnyomó része ma már neurorecidivát lát az agyidegek salvarsan utáni paresisében. Hogy ezen affectus nem is lehet más, mint syphilis-recidiva, csak az e körül szerzett tapasztalati tényeket kell figyelembe venni; ugyanis sohasem mutatkozott agyideg-affectus, ha a salvarsant más betegségekben (febris recurrens, framboesia stb.) alkalmazták, az affectio úgyszólván csak a friss másodlagos szakban jön elő, a harmadlagos szakban még sohasem észlelték, továbbá ezen paresisek a salvarsannak további nagyobb adagára vagy kéneső-kúrára megjavulnak. Hogy a salvarsan-aera óta több a neurorecidiva, mint azelőtt, az csak a gondosabb s pontosabb megfigyelésnek tudandó be. Különben *Benario* számos szerzőhöz irt kérdőívek alapján készült statisztikájában kimutatta, hogy az agyidegek affectiója a másodlagos szakban a salvarsan-aera előtt, a régi antisyphilises kezelés mellett is elég gyakori volt. A legtöbb szerző előtt érthetetlen *Finger* statisztikája, a mely csaknem egyedülálló, a mely szerint a salvarsan $9^0/_0$-ban okoz neurorecidivát, holott mások szerint ez a százalék jóval 1 alatt van, sőt számos szerző több száz eset közül egyben sem észlelt neurorecidivát. *Wechselmann* említi a napokban megjelent „Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol“ czímű munkájában (II. kötet), hogy 12 000-szer végzett salvarsan befecskendezésével kapcsolatban egyetlen egy esetben sem volt kellemetlensége. *Benario* kitünő kórbúvárokat sorol fel, a kik tagadják, hogy a salvarsan-injectio után encephalitis haemorrhogicában elhalt nehány eset közül csak egyetlen egyben is meg lett volna állapítható az arsenmérgezés. *Finger* azon theoriája, hogy a lues okozta arteriitis syphiliticának, mint locus minoris resistentiae, mintegy részjelensége a neurorecidiva, a melyet a salvarsan könnyebben kivált, mint a többi eddigi szer, nem felel meg a tényeknek, mert *Benario* szerint kórbonczolók kimutatták, hogy neurorecidiva több esetében nem volt arteriitis syphilitica s viszont számos arteriitis syphilitica mellett nem volt neurorecidiva; s így természetesen nem tartható fenn *Finger*-nek azon következtetése sem, hogy a salvarsant a friss másodlagos szakban alkalmazni nem czélszerű s nem ajánlatos. A legtöbb kiváló vegyész közleménye szerint nem lehetett az agyban, mint a mely szervre a legveszedelmesebb a salvarsan organotrop tulajdonsága, még a neurorcrecidivákkal bíró esetekben sem arsent kimutatni; és a szerrel beoltott több mint 400.000 eset közül egyetlen egyben sem jött létre látóidegsorvadás, sőt a syphilis okozta retinitisek, chorioiditisek és egyéb szembetegségek is gyakran jelentékenyen javulnak salvarsanra.

Az arsenmérgezéstől való félelmen kívül különösen a salvarsannak intravenás befecskendezése után beálló ijesztő reactio (41^0-ig menő láz, rázóhideg, hányás, hasmenés, cyanosis stb.) volt az oka a szer nem érdeme szerint való elterjedésének. A tapasztalat és a kisérletező tudomány azonban kimutatta, hogy a salvarsan-injectiót követő reactiónak az esetek legnagyobb számában nem a salvarsan mint olyan az oka, hanem a feloldására használt destillált víz

bacteriumtartalma. *Wechselmann* ugyanis rájött arra, hogy ha az oldat készítéséhez egészen friss, közvetlenül az injectio előtt készült destillált vizet használ, akkor a láz s a többi tünet elmarad, míg ha állott vagy gyógytárból hozott destillált vizet használ, akkor a reactio beáll; hasonlót tapasztalt *B. Galewsky* drezdai orvos is, t. i. míg az egyik gyógyszertárból hozott destillált vízzel készült injectiós anyag reactiót okozott, addig a másik gyógyszertár vize nem okozott lázat. *Müller* Grazban kimutatta, hogy a gyógyszertárak destillált vize köbcentiméterenként 68.000—6,050·000 bacteriumot tartalmaz s így az injectióhoz használt víz 300 cm^3-ében 6—1500 millió csíra van; ezért írja — joggal — *Wechselmann*, hogy ha az ember meggondolja, hogy a vaccinatherapiában egy subcutan befecskendezésre 3—50 millió megölt bacteriumot használ fel, akkor a sokkal hatalmasabb intravenás beavatkozás után sokkal nagyobb reactiónak kell bekövetkeznie és csak az a csoda, hogy nagyobb baj még nem történt.

A mióta *Wechselmann* módszere értelmében járok el, hogy t. i. az injectio előtt közvetlenül *Chamberland*-gyertyán (porczellán-filteren) át megszűröm a vízvezetéki vizet, ezen filtrált és így csírát már alig tartalmazó vizet átdestillálom,* a friss destillált vizet *Merck*-féle konyhasótabletta hozzáadása után $^1/_2$ órán át forralom s ezzel készítem a salvarsan-oldatot. Továbbá magát az intravenás injectiót is a legszigorúbb asepsises cautelák mellett hajtom végre, az injectio után a reactio, sclerosisos s friss másodlagos esetek kivételével, a legtöbbször elmarad. Mult év szeptember hónapjáig 105 egyénen 120-szor végzett intravenás injectio után kivétel nélkül minden esetben láz következett be, néha 40, sőt 41°-ig terjedő hőmérsékkel s a reactio többi tünete is (rázóhideg, hányás, hasmenés stb.) mutatkozott; szeptember hó óta 63 egyénen 75-ször végzett injectio után ellenben láz csak 6-szor (3 elsődleges s 3 friss másodlagos esetben) mutatkozott, míg a többi esetben láz egyetlen egyszer sem állott be és a reactio tünetei közül is a hányás vagy hasmenés csak szórványosan, néhány esetben volt meg. Az intravenásan adott salvarsan adagja nőknek 0·30, férfiaknak 0·40—0·50 volt. Így tehát kétségtelen, hogy az új módszerrel sokkal jobb és kedvezőbb az eredmény, mint a régivel. Néhány betegnek az első injectiót a régi módszerrel adtam: láz és a reactio többi tünete volt az eredmény; míg ugyanazon betegeknek az új módszerrel adott 2. injectio után reactio nem állott be. Ezen jó eredmény csakis onnan származhatott, hogy a friss destillált víz csíramentes volt, illetve a vízzel bacterium-proteinok nem kerültek a vérbe. *Jakimoff* kisérletei kimutatták, hogy ha trypanosomával fertőzött állatokba a salvarsannal egyidejűleg csak kevés mennyiségű bacteriumkulturát is fecskendeznek, a salvarsan toxicitása 10—13-szorosan fokozódik.

Vaughan kisérletei szerint a bacteriumproteinok s fehérjék a vérbe fecskendezve lázat okoznak. Ezen adatok experimentalis alapot adtak *Wechselmann* azon analogián alapuló tapasztalatának, hogy a salvarsan intravenás befecskendezése után beálló reactiónak a szennyezett víz az oka; a teljesen friss s tiszta destillált víz úgyszólván tökéletesen kiküszöböli a melléktüneteket. Ezen tapasztalattal összhangzásban vannak a *Bulloch*-laboratorium kisérletei is, a melyek szerint a konyhasóinfusióra beálló láz a víz bacteriumtartalmának a következménye; láz sohasem következik be, ha az oldathoz teljesen tiszta destillált vizet veszünk.

Mindent azonban a konyhasó-oldat rovására sem írhatunk, mert *Neisser* szerint kétségtelen, hogy a lueses termékek s a spirochaeták szétesése folytán is hőemelkedés állhat be; ezért van inkább hőemelkedés az exanthemás, mint a latens esetekben, a midőn a szervezetben szétszórt spirochaeták endotoxinja, tehát a syphilisprotein éppen úgy okoz lázat, mint a szennyezett destillált víz bacteriumprotein-tartalma.

Az általam eddig salvarsannal kezelt 220 esetből azon következtetésre, illetve azon tapasztalatra kellett jutnom, hogy a salvarsan általános toxicitása nem becsülhető nagyra, semmi esetre sem nagyobb, mint a kénesőé; kéneső és salvarsan combinatiójával kezelt 30 eset közül 2-ben oly fokú kénesős mérgezés állott be a *Neisser* kedvencz praeparatumától, a mercuroltól, daczára annak, hogy a fecskendezések az általa jelzett időközökben s módon, t. i. hetenként, *Berthelémy*-féle fecskendővel végeztettek, hogy a kénesőnek további alkalmazásától el kellett állnom és még jó, hogy nagyobb baj nem történt. *Wechselmann* írja, hogy 4500 injectio között, melyekből 2500-at subcutan s 2000-et intravenásan végzett, egyetlen egyszer sem fordult elő intoxicatio s ezen idő alatt két fiatal beteget látott, a kik kórházon kivül végzett kenőgyógymód, illetve szürkeolajbefecskendezés után kéneső-mérgezésben haltak el. S éppen azon kénesőkészítmények, melyek a legerélyesebben hatnak, mint az ol. cinereum és a calomel, s a melyeket éppen ezért a salvarsannal egyenrangúnak mondanak, a legmérgezőbbek; ezért írja *Riesel*, hogy ezen két készítménynyel való kezelést veszélyessége miatt be kellene szüntetni. *Lasser* is utal valamennyi használatos kéneső-készítménynek aránylag nagymérvű toxicitására.

Gennerich s *Scholtz*-nak igaza van abban, és ezt én kis számu tapasztalatommal megerősíthetem, hogy — föltéve, ha késői recidivák nem fognak beállani, a mi nem valószínű — a salvarsannal és főleg a kombináltan kénesővel és salvarsannal gyógykezelt esetek eredménye a régi eljárásokkal elért eredménynél sokkal jobb, sőt egyenesen fényesnek mondható és hogy *Ehrlich* czélját: egyetlen egy kúrával, ha nem is egy injectióval a syphilist végérvényesen meggyógyítani, jelentékenyen megközelítettük. Kétségtelen, hogy a feltünő s ijesztő reactio kifogástalan sterilitással részben megelőzhető; a befecskendezés után hevenyen beálló reactio kevésbé a szernek, mint inkább a használt víznek a következménye, a lázas reactiót lényegében a víz okozza, a mint ezt igazolja a reactio-eshetőségek kevesbedése azon idő óta, a mióta az oldatot friss destillált vízzel készítik.

Csíramentes oldattal és gondos asepsissel intravenás injectiót most már normalis s a syphilisétől eltekintve, egyébként egészséges emberen minden aggodalom nélkül ambulanter lehet végezni; elég, ha a befecskendezés után a beteget még 3—4 órán át megfigyelés alatt tartjuk, azután a beteg akár el is utazhat. Több mint 200 esetben ambulanter végzett befecskendezés után soha semmi kellemetlenségem sem volt és *Wechselmann* is írja, hogy ambulanter végzett több ezer injectio után semminemű szövődményt vagy kellemetlenséget sem tapasztalt; szív- vagy vesebajban, illetve mindkettőben szenvedő betegek 0·10—0·20 gr.-os dosisban ambulanter adott befecskendezéseket jól tűrték. Sok beteg, a ki először bacteriumos vízzel és másodszor teljesen tiszta destillált vízzel készült salvarsan-oldattal kapott befecskendezést, csodálkozott, hogy az utóbbi befecskendezés semmi reactióval sem járt; gyakran kérdik, vajjon használhat-e ily körülmények között a szer?

* E czélra ügyes s elegáns összeállítása miatt legjobb a berlini *Edgar Hirsch u. Comp.* czég destilláló készüléke.

Dolgozat az Új Szt.-János-kórház kórbonczolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.)

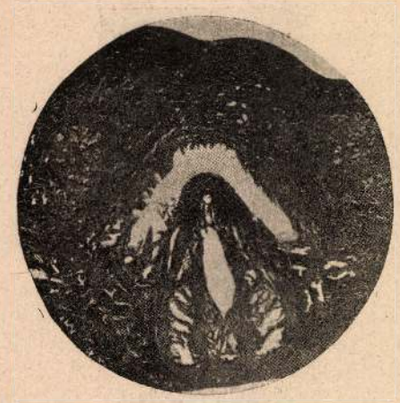
Adatok a prostata anatomiájához.

A ductus ejaculatorius, a colliculus seminalis és a sphincter spermaticus bonczolástana, élettani és kórtani szerepe.

Irta: *Porosz Mór* dr., urologus Budapesten.

(Folytatás.)

Hogy a gyűrűformában elhelyezett izomzat helyzetét még világosabban láthassam, oly praeparatumokat is készítettem, a melyeket úgy kaptam, hogy harántul, a húgycső irányára merőlegesen vezettem a metszést. Hogyha e metszés ott érte a ductust, a hol az irányát változtatva az ondódomb felé fölhajlik, akkor annak kerek köralakú lumene megnyúltnak, körülbelül ellipsoid formájúnak mutatkozott, melynek keskenyedő vége az ondódomb felé néz. (26. ábra.) Kevésbé



26. ábra (35 éves). Ivalak, a húgycső lumene középütt, alul az uterus masculinus, mellette kétoldalt a két ductus.

27. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

instructiv a 27. ábra, de annál szebben mutat néhány mély ránczot vagy prostatamirigy-csatornát, a melyeket tévesen ductusnyílásnak is lehetne nézni. De a kép bal oldalán világosan látható, hogy a vastag izomkötegen kívül vannak és kettő van egyoldalt egymás mellett párhuzamosan elhelyezve. Valamivel jobban sikerült a 28. ábra, ennél azonban zavaró az uterus masculinus mirigyes alakzatú ránczolata, sokszorosan ránczos és likacsos volta.

Sok fáradozás és keresgélés után sikerült oly praeparatumokat is kapnom, a melyeken a kés merőlegesen a húgycsőre, mindkét ductuslumenen keresztül haladt (29. ábra). Ezeken

28. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

a hármas izomgyűrű képe egy rövid köcsögformájú edény metszetéhez volt hasonló, a melynek félkörformájú fenekéből egy középső izomoszlop emelkedik felfelé. Ez az oszlopformájú, harántul metszett izomköteg alkotja a választófalat a két egymás mellé került ductus-nyílás között. Sőt e praeparatumokban az uterus masculinus véletlenül kicsiny volta miatt egész hosszában világosan megmutatta a ductus üregét, sőt a jobb oldalon még a szájadék előtti görbület is kivehető. Ha a ductus elég tág kaliberű, akkor a következő metszet már az uterus masculinusból is többet mutat. Miri-

29. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

30. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

gyes képe lenyúlik a középső oszlopnak majdnem a közepéig. A baloldali ductus lumene csak félig, a jobboldali azonban majdnem egészen látható. (30. ábra.)

Ha a metszővonal még előbbre esik, akkor már az uterus masculinus zavarja a kép áttekintését. (31., 32., 33., 34. ábra.) A ductus lumene is szaggatott és az összetarto-

31. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

zandóságot csak az előbbi képek világossága tudja megmutatni. Kissé homályosabb a középső oszlop a 34. sz. ábrán.

E változó rajzolat és az uterus masculinusnak üregében látható nyálkamirigyek teszik oly nehezen felismerhetővé és nehezen értelmezhetővé a képet. Az uterus masculinus üregének nyálkahártyája számtalan elsődleges, másod- és harmadlagos ránczot mutat merőlegesen vezetett metszésnél is. E rán-

32. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

33. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

34. ábra (37 éves, sorozatos metszet).

czok átmetszve, sokszor szitaszerű lyukakat mutatnak, a mint éppen a metszés találta.

Valószínű azonban, hogy ezek a lyukak mirigyüregek, mert falzatuk némelykor elég vastag és alakjuk feltünően hasonlít a prostata egyéb mirigyes részletéhez. Sőt még a prostata rétegzetes amyloid-testecseit is láttam bennök. (35. ábra.)

Az ábrán a sima falú lyukakban amyloid-testek láthatók (a 19. ábrán is). Az elnyúlt asymmetriás két ductus-nyílás között levő üregek az uterus masculinus lyukai, a melyekben szintén láthatók az amyloidok. Az ábrán nem vehetők ki oly tisztán, mint a metszeten. Egyik-másik jó nagyra nőtt. (42 éves férfiből.)

Sokszor az uterus masculinus-üreg jelentékeny nagyságot is mutat úgy, hogy elnyomja a ductusokat. Ez elnyomás nemcsak a nagyságokra vonatkozik, hanem valósággal mintegy közéfurakodva, széttolja egymástól a két ductust és ilyenkor azok a közös izomgyűrűnek a falába szorulnak.

35. ábra (42 éves).

Egyes metszeteken még látható, a mint az izomgyűrűben az uterus ürege felé domborodást alkotnak, máskor meg a vastag közös izomgyűrű teljesen magába veszi, beléfoglalja a ductusokat. Néha ez az embryomaradvány, a mely inkább a vaginának felel meg (*Weber* vagina masculinának is nevezi), nem mindig mutatkozik ilyen korcs alakban. Láttam 2—3 cm. hosszúságút is, a melynek babnyi ürege volt. (36. ábra.)

36. ábra (73 éves).

Ennek a falával bizonyos összefüggésben van a ductusok közös gyűrűje. Ugy hogy úgy látszik, mintha ez az izomgyűrű, a melyik egybefoglalja az uterus és a két ductus üregét, megnyúlva folytatódnék a ductusokra tovább ott is, a hol az uterus ürege és a falának az izomgyűrűje (átmetszve) már megszűnt. Az uterinalis része a gyűrűnek, mely csak metszeten látszik gyűrűnek, de különben féltojásszerű ovalis izomlemez, nem egyenes oldalú tölcsér, magába veszi a ductusokat; e lemezben végzik a ductusok a már leírt görbületeiket és végre áttörve az izomlemezt, szájadzanak a húgycsőbe. Hogy ez valóban így van, igen szépen látható a 36. számú ábrán.

Egy ily feltűnő nagyságú uterus, a mely egészen az ondóhólyagokig felnyúlt a prostatába, nagy ürege ránczot nem mutat, vastag falzatába rejtve igen tisztán mutatja a két ductust. Ez esetben a két ductus mindjárt az ondóhólyagoktól kezdve, az uterus falzatába helyezve, haladt végig a prostatán és a colliculuson áttörve annak izomrétegét, szájadzott a húgycsőbe. Le van ugyan írva *Mihálkovics*-nál, hogy egyes esetekben a ductus az uterusba szájadzik; vagy 300 prostatán végzett vizsgálatom közben ilyet én nem találtam. Ha előfordul is, ritka kivétel lehet.

Ha az uterus kicsiny és rövid, akkor egy-két metszeten a ductusok elhelyezése tisztán látható. Mihelyt azonban a metélést tovább folytatjuk a húgycsőnyilás felé, az uterus mirigyzete és ürege láthatóvá válik a középső oszlopban. A későbbi metszeteken még az uterus szája is felismerhető.

Az eddig elmondottakból kitűnik, hogy az uterus masculinusnak is vastag, simaizomsejtekből álló határoló fala van. A

húgycsővel párhuzamosan lapjára fektetve vlzszintesen vezetve a kést, a metszeteken állandóan ovalis izomkört kapunk (37. ábra),

37. ábra (76 éves).

38. ábra (22 éves).
Ez volt az első készítményem, a mely a sphincter spermaticust mutatta.

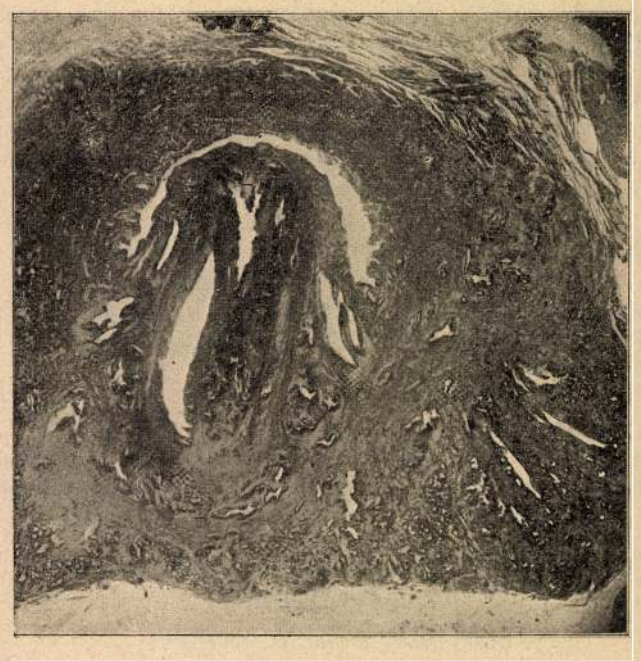
a melynek nagysága a ductusszájadéktól a mélység felé folyton kisebbedik, vagyis mennél jobban távozunk a húgycső nyálkahártyájától a prostata rectalis felülete felé, annál kisebb a kör és annál jobban előtérbe lép az e körben elhelyezett ductus lumene és falzata, úgy hogy 3—4 mm.-nyire az uterus üregéből már semmi sem látható az izomgyűrűn belül (38. ábra). Ez azt mutatja, hogy az uterus masculinus, a melynek nyilása a húgycsőbe szájadzik és a mely szájadékba szondát vezetve szoktunk vizsgálni, nem hosszúkás üreg, a mely párhuzamosan halad a húgycső irányával, hanem hogy egy mélybe nyúló, hegyesen, tölcsérformára alakuló feneke van. A hol a ductus fala erős, izmos, ott egy bizonyos magasságban a ductus megtartja uralkodó helyzetét és az uterus masculinus T-formájúvá szorul (20. ábra).

Minthogy az uterus masculinus mint ébrényi csökevényes szervmaradvány még az ivarérettség idejében is oly fontos, terület szerint is nagyobb szerepet játszik a sok aprólékos finom szomszédságban, érdekelt a kérdés, hogy ugyan milyen a pubertástól még távol eső egyéneken a képe. Ezért 2 hónapos—5 éves gyermekekből szerzett anyagot vizsgálva, azt vártam, hogy a nyerendő képen szövevényes, sokszorosan komplikált szervet fogok találni, a mely a pubertas ideje után egyszerűbbé satnyul. Tévedtem. Egy 5 éves fiúcska (39. ábra) prostatáját a húgycső irányára harántul, merőlegesen átmetszve a ductus-párt is érő metszéssel, a ductus lumene rendesen zárt, de az üreget borító hámsejtek szemközti része egymáshoz tapadtan, festéssel igen szépen mutatja a jövendő ductuslument. Köztük tátong a sima belsejű, egyszerű uterus masculinus, sekély vagy mélysánczú ránczokkal fedve. Ugy látszik, később a prostata fejlődésével e ránczok komplikálódnak másod-, harmad- és negyediziglen többszörösödött ránczokká.

39. ábra (5 éves). Középen uter. masc.

A ductusban néha már ily fiatalon is látható a metszeten bizonyos üreg, a mely a festés után ítélve, bizonyos homogen anyaggal van kitöltve. (39. ábrán a bal oldalon.)

Egy másik 9 hónapos esetben már több prostatamirigykamara és kivezető cső látszik. Az egyik oldali (bal) ductus szintén tátong, illetőleg valamely anyaggal kitöltött. A másik üres, illetőleg összetapadt falzatú. Az uterus masculinus szintén egyszerűbb szerkezetű, kevésbé erős ránczolatot mutat, mint a felnőtt férfin. Az izomzat elhelyezése azonban már azonos a későbbi, gyakran látott alakulással, de még igen sok kötőszöveti rost látszik benne, éppen úgy, mint a prostata egyéb üregeit határoló falakban. (40. ábra.)



40. ábra (9 hónapos).

Hogy az uterus masculinus valóságos alakját meglássam, a húgycső irányában, a prostata egyik oldalszélétől a másikig haladva, sorozatos merőleges metszeteket készítettem. E metszeteket az ondódomb alján kezdve, a metszeten feltűnik az ondóhólyag alsó polusának a beékelése a prostatának fentemlített tölcséres bemélyedésébe. Csakhamar látható a metszeten a párhuzamos falú ductus egyesülése az ondóhólyaggal. A laza összeköttetés az ábrán is némileg kivehető. A fekete, szakadozott vonalak a lumen mellett részben vérerek üregeinek felelnek meg.

(Vége következik.)

Közlemény a székesfővárosi dunabalparti közkórházak V. orvosi (bőr- és bujakóros) osztályáról. (Főorvos: Poór Ferencz dr., egyetemi magántanár.)

A noviform alkalmazása lágyfekély eseteiben.

Irta: ***Perlusz Miklós*** dr.

A lágyfekély therapiájában osztályunkon elsősorban a jodoform szerepel, ez azonban sajátságos szaga miatt a magángyakorlatban nem alkalmazható. *Mosetig* és *Mikulicz* tonkababbal és bergamotta-olajjal igyekezett e sajátságos szagot fedni, azonban ez nem sikerült teljesen s így megindult a kutatás a jodoform szagtalan és nem mérgező pótszerei után. Az első ilyen pótszer a jodol volt, melyet *Mazoni* 1885-ben ajánlott, s utána következett a számtalan, részben máig is használatban levő újabb meg újabb pótszer.

Mindegyiknek megvoltak a maga előnyei és hátrányai. Osztályunkon több ilyen pótszerrel kisérleteztünk, legutóbb a *Heyden*-gyár által küldött noviformmal. A noviform teljesen szagtalan xeroform, könnyen sterilezhető és a váladékkal nem alkot pörköt. *Bayer* szerint friss agarlemezen a staphylococ-

cus pyogenes aureus fejlődését megakadályozza; $1^1/_2$ cm. mélységre is kiterjed fejlődést gátló hatása.

A noviform tetrabrombrenzkatechinbismuth. Szárító és adstringens hatását a bismuth, antisepsises hatását pedig a brenzkatechin adja, a melynek hatását a brom még fokozza.

Osztályunkon lágyfekély 23 esetében használtuk. Az átlagos gyógytartam 16—18 nap volt. Férfiakon a gyógytartam alkalmasint rövidebb lesz. Nálunk csak nőkön alkalmaztatván, a gyógytartamot a fluor és egyéb szennyes váladék zavarta. Először a genytől s detritustól megtisztítjuk a fekélyt, acid. carbol. liquef.-mal ételjük és ezután noviformmal behintjük. A folyamat az 5.—6. napon rendszerint megáll, a 12—14. napon már tiszta sarjadzó felületet találunk és átlag 16—18 nap alatt a fekély begyógyul. E számok azonban csak átlagosak, mivel voltak ulcusaink, melyek 8 nap alatt gyógyultak, s viszont olyanok is, a melyeknek a gyógyulása több időt vett igénybe.

Tekintetbe véve a noviform elég jó gyógyító hatását a lágyfekélyre, valamint teljesen szagtalan és ingermentes voltát, mint a secretiót csökkentő, erősen szárító, szagtalan és a sarjadzást elősegítő jodoform-pótszert alkalmasnak találjuk a lágyfekély kezelésére. Főképpen a magángyakorlatban tehet jó szolgálatot.

Közlemény a székesfővárosi dunabalparti közkórházak X. orvosi fiókosztályáról. (Főorvos: Prochnov József dr., egyetemi magántanár.)

A noviform alkalmazása lábszárfekély eseteiben.

Közli: *Kircz Gyula* dr., segédorvos.

A számos poralakú sebantisepticum, melynek jod, bismuthum, formalin vagy ezeknek számos combinatiója a főalkotórésze, oly gyakran szerepel a szaklapok therapiás hasábjan, hogy érdemesnek tartjuk mi is a noviformmal ulcus cruris eseteiben elért eredményekről beszámolni.

A *Heyden*-féle gyár által kisérletezés czéljából osztályunkra küldött noviform, mint mondják: teljesen szagtalan xeroform, mely ennek szárító s egyéb jó tulajdonságait birja, hátrányai nélkül

A noviform finom, sárga, szagtalan por, a bismuthoxyd és tetrabrombrenzkatechin vegyülete; erős bromtartalmú aromás antisepticum. *Bayer* (Innsbruck) vizsgálatai szerint a noviform az agarlemezen tenyésztett staphylococcus pyogenes aureus növekedését teljesen meggátolja, míg a jodoform erre nem képes. A noviformnak hatása a felületről a mélybe kb. $1^1/_2$ cm.-nyire nyilvánult, míg a jodoform mélyre való hatást egyáltalán nem fejtett ki; állatkisérletek útján nem mérgező hatása tűnt ki. A noviform a nélkül, hogy bomlana, vízgőzben sterilezhető.

Ezen említett előnyei miatt osztályunkon lábszárfekély 13 esetében és egy esetben a gáton levő fekély gyógyítására használtuk jó eredménynyel

Alkalmazása úgy történt, hogy a kellőleg megtisztított sebfelületre noviformot vékonyan hintve, száraz kötést tettünk s a kötést harmadnaponként változtattuk.

Már egynéhány nap mulva szemmellátható volt a váladék csökkenése s a fekély alapja már rövid idő után sarjadzásnak indult. A betegek egyik részére subjective is jó hatással volt a noviform, a mennyiben a fennállott viszketésérzés és fájdalom megszűnt és a fekély kellemetlen bűze gyorsan elmult. A sarjadzás megindulása után a behámosodás a normalis időben következett be. A noviform eseteinkben mérgező hatást vagy eczemát, dermatitist nem okozott.

Tekintetbe véve a noviform váladékcsökkentő, szárító, szagtalanító, a sarjadzást elősegítő és ingermentes tulajdonságait, valamint szagtalan s könnyen sterilezhető voltát, alkalmasnak találjuk a lábszárfekélyek kezelésére.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Dr. báró Korányi Sándor: Belorvostani előadások. IV. sorozat. Budapest, 1912. *Singer* és *Wolfner*.

Báró Korányi Sándor előadásainak új sorozata a savós hártyák betegségeit tárgyalja. Nagy részletességgel ismerteti a mellhártya gyuladásait, a száraz és exsudatiós lobosodások differentialdiagnosisát, a pleuraüregbeli folyadék jellemző tüneteit, ezek között a folyadék okozta felső határnak tompult kopogtatási hangot adó övét, a *Korányi F.*-féle paravertebralis háromszög értékét. Nagyon tanulságosak a pneumonia és pleuritis, továbbá a pleuralis exsudatum és más megbetegedések közötti differentialis tünetekre vonatkozó megjegyzések és példák. A pneumothorax diagnostikáját új tünettel bővíti a felső hátcsigolyák kopogtatásának felhasználásával: az I.—II. hátcsigolya kopogtatása tudniillik léghangot ad (mint emphysemánál) és e léghang a beteg oldalon a gerinczoszlop mellett is megtartott.

Az exsudatum és transsudatum megkülönböztetésére a *Rivolto*-féle és a fehérje-reactiót, a fajsúly értékesítését és különösen a refractometeres vizsgálatot méltatja. Az exsudatum aetiologiai diagnosisát az állatoltás, a cytodiagnostika, a *Müller-Lachmann*-féle proteolysises fermentum vizsgálata alapján ismerteti. A gyógyítás terén az orvosságok közül a natrium salicylicum nagy adagjait ajánlja (3-szor napjában 2·0), majd külön előadásban foglalkozik a punctio indicatiójával, annak kedvező hatásával különösen az összenövések megelőzése szempontjából s hangsúlyozza, hogy inkább előbb és többször, mintsem a punctio várható eredményeit illetőleg elkésve pungáljunk. A sebészi beavatkozások indicatióinak és veszélyeinek, az „expectoration albumineuse“ ritka kórképének ismertetése után a pleuralis zsugorodások keletkezéséről, ezeknek a bronchiectasiákkal való aetiologiai összefüggéséről, a bronchiectasiák kezeléséről, továbbá a subphrenikus tályogok és pleura-empyemák közötti különbségről, az utóbbiak diagnosisáról közöl egy-egy előadást.

A szívburok gyuladásait az endo-, peri- és exocardialis zörejek megkülönböztetése vezeti be, majd a szívburok-izzadmány tompulata kerül szóba s ezzel a pericardium punctiójának kérdése. A punctióra csak az jogosít, ha az exsudatum genyes voltára alapos a gyanu (leukocytosis), vagy ha a nagy nyomás a beteg életét veszélyezteti. A punctio helyének megválasztása, lehető veszélyeinek feltárása után kiemeli, hogy „belorvos a szívburok-punctiótól tartózkodjék“, mert a vele járó felelősséget csak az vállalhatja, a ki a sebészi technika teljes birtokában érzi magát. A prophylaxis a tonsillitisek idejekorán való radicalis kezelése; a salicylt nemcsak prophylaxisos, de az acut gyuladás idején gyógyító eszköznek is tartja s a myocardiumra gyakorolt káros hatását nem tapasztalta. A pericardialis összenövések ismert tüneteinek kritikája közben az értékesebb „Thorax-Schleuderton“ (*Brauer*) keletkezésének érdekes magyarázatát, a máj következményes cirrhosisának, a polyserositisnek ismertetését találjuk s e fejezetet a *Brauer*-féle cardiolysis eredményeinek és indicatióinak méltatása fejezi be.

A peritonitisek tárgyalásának kiemelkedő része az appendicitis fejezete. A peritonitis diff. chronica és acuta ismertetése közben alapozza meg azokat az elveket, melyeken az appendicitis pathologiájának és klinikájának magyarázata felépül. Itt nem lehet helye a részletekre való kiterjeszkedésnek s mindenkinek, a ki érdeklődik iránta s a kinek a therapiában az adott esetben felmerülő kétségek között ingadozik, ajánlhatjuk a sebészi indicatiókra vonatkozó elveinek megfontolását. A korai műtét esélyei, a várakozás feltételei, a rohamközti operatio előnyei szigorú pontossággal vannak itt körülírva. A belgyógyászati kezelésnek a sebészivel szemben másodrendű szerepet juttat, de semmi sem kerüli el a figyelmét, a mivel a belgyógyász a therapiában is a sebész kezére járhat, vagy a mit, ha a műtét nem indikált, sőt kivihetetlen, a beteg érdekében megtenni lehetséges. *R. Zs.*

Új könyvek:

H. Rohleder: Grundzüge der Sexualpädagogik. Berlin, Fischer's mediz. Buchhandlung. 2·50 m. — *G. Levinsohn*: Die Entstehung der Kurzsichtigkeit. Berlin, S. Karger. 2·50 m. — *C. Posner:* Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente nach neueren Anschauungen. Halle, C. Marhold. 1·40 m. — *J. Schottländer* und *F. Kermauner:* Zur Kenntnis des Uteruskarzinoms. Berlin, S. Karger. 42 m. — *E. Saalfeld:* Kosmetik. 3. Auflage, Berlin, J. Springer. — *K. Mendel* und *F. Tobias:* Die Tabes der Frauen. Berlin, S. Karger. 2·50 m. — *K. Singer*: Die Ulnarislähmung. Berlin, S. Karger. 4 m. — *A. Sopp:* Die Zuckerkrankheit. Würzburg, C. Kabitzsch. 1·50 m. — *Denis G. Zesas:* Ueber kryptogenetische Peritonitiden. Leipzig, J. A Barth. 0·75 m — *Aschoff, de la Camp, Beck* und *Krönig:* Beiträge zur Thrombosefrage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 5. m. — *P. Mathes:* Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem. Berlin, S. Karger. 6 m — *A. Tilp:* Ueber die Regenerationsvorgänge in den Nieren des Menschen. Jena, G. Fischer. 3 m. — *O. Fürth:* Probleme der physiologischen und pathologischen Chemie. Bd. I.: Gewebschemie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 16. m.— *L. Lewin:* Obergutachten über Unfallvergiftungen. Leipzig, Veit und Comp. 10 m. — *M. Herz:* Herzkrankheiten. Erfahrungen aus der Sprechstunde. Wien, M. Perles. 10 k. — *M. Herz*: Vorträge über Herzkrankheiten. Wien, M. Perles. 3·60 k. — *J. Barcat*: Précis de radiumthérapie. Paris, A. Malvine. 5 fr. — *L. Picqué*: Psychopathies et chirurgie. Paris, Masson et comp. 4 fr. — *P. Le Gendre* et *A. Martinet:* Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition. Paris, Masson et comp. 5 fr. — *J. Grasset:* Traité elémentaire de physiopathologie clinique. Tome III. Paris, Masson et comp. 15 fr. — *A. Le Play:* Technique opératoire physiologique: tube digestif et ses annexes. Paris, Masson et comp. 6 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hypersecretio continua felismerésének új, egyszerű módját ismerteti Röntgen-eljárás segélyével *K. Fujinami,* Holzknecht intézetéből. *Fujinami* ugyanazt az elvet alkalmazta, a melyet *Kästle* ajánlott a bevitt folyadéknak a gyomorban történő időzése meghatározása czéljából. Négy, esetleg vízzel megnedvesített capsulát nyelet le betegével, melyek közül kettő a folyadékban libeg, kettő alámerül. A lenyelés után Röntgen-ernyő segélyével felkeresi e capsulák árnyékát. A torokképletek hyperaesthesiája, még inkább az oesophagus atoniás állapota esetén kis capsulák lenyelése nehezen megy, ilyenkor bismutcarbonatnak gelatina-tokban adott 3—5 gr.-ját nyelcti le, a mi a kis capsulákat mechanikailag letolja. A *Kästle*-féle eljárás szerint, ha a gyomor nem tartalmaz folyadékot, akkor a libegő s az alámerülő capsulák egymással érintkeznek, egyenlő niveauban vannak, ha azonban a gyomor folyadékot tartalmaz, akkor a kétféle capsula közt bizonyos — a folyadék-oszlop magasságától függő — niveau-differentia lesz észlelhető. *Kästle* szerint ezen eljárás segélyével már 30 cm^3 folyadék kimutatható a gyomorban, sőt *Heukamp* szerint akár 15 cm^3 is. *Fujinami* szerint fokozza ezen eljárásnak a praktikus jelentőségét, hogy nem nagyon érzékeny, tehát hogy a physiologiai s pathologiai határon kezd éppen positiv eredményt adni. A capsulák magassági különbségéből a folyadék mennyiségének megitélése nehéz. Praktikus szempontból elég, ha kis, középnagy s nagyfokú parasecretióról szólunk a capsulák magassági niveau-differentiája alapján. Vizsgálatai szerint parasecretio jelenléte (szondalevezetés nélkül) sósav jelenlétét bizonyítja a gyomorban. Parasecretio hiánya, pangásnak egyidejű jelenlétével, szabad HCl-hiányra enged következtetni, a mi a pangással együtt carcinoma ventriculira gyanus jel. (Deutsche med. Wochenschr. 1912, 11. sz.) *Galambos* dr.

A morphiumnak és az opiumnak a bélre gyakorolt hatásmódja közti különbségét tanulmányozta *E. Poppel*. Vizsgálatai szerint e szerek elsősorban a bélfal ganglionjaira hatnak, bárhogyan történt is a szervezetbe juttatásuk. E szerek a belekre nem bénító, hanem contractiót fokozó hatást fejtenek ki. Túlélő bélen a morphin a vékony- s vastagbélnek a haránt- s hosszanti izomzatát egyaránt izgatja. Ez az izomzat megrövidülésére vezet (tonusfokozódás). Az opium és pantopon a harántizomzatra a morphiumhoz hasonlóan hat, a hosszantira azonban nyujtólag (tonuscsökkenés). (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 7. sz.) *Galambos* dr.

Sebészet.

A pylorusspasmusról értekezik *P. Manasse.* A pylorusspasmus létezését *Kussmaul* azon megfigyelésére alapította, hogy gyomortágulat eseteiben, a hol az élőben pylorusszűkületet diagnoskált, a bonczolás alkalmával a pylorust átjárhatónak találta. Véleménye szerint a klinikai tüneteket az ilyen esetekben a részben megváltozott mechanikai viszonyok, különösen a kitágult gyomornak kifejezettebb verticalis állása okozzák. A pylorusspasmus jelenlétét azok az esetek tették leginkább bizonyossá, a melyekben a műtét előtt a pylorustájon tumort, a műtét alatt pedig e helynek megfelelőleg a gyomron görcsszerű összehúzódást találtak. Kétségtelen, hogy a pylorusspasmust leggyakrabban a musculus sphincter pylori és az antrum pyloricumnak tonusos görcse okozza. Azonban a spasmus még előfordulhat az antrum pyloricum és a gyomortest határának megfelelő helyen is. A szerzőnek két esetet volt alkalma megfigyelni, a hol az egyik esetben a gyomorpanaszok heves, görcsszerű fájdalmakban nyilvánultak és eleinte négy—hat heti, később mind rövidebb időközökben ismétlődtek. Rendszerint egy órával az étkezés után kezdődtek és nem ritkán órák hosszáig tartottak. Később e kellemetlenségekhez hányás csatlakozott, a mikor a hányadék nyálkából és epéből, egy ízben pedig körülbelül egy evőkanálnyi vérből állott. A műtét előtt a regio epigastricában nyomásra érzékeny almányi tumor volt tapintható. A gyomortartalom megvizsgálása sósavcsökkenést, tejsavhiányt, a széklet pedig occult vérzést mutatott. A műtét alatt a gyomron tumor nem volt található, ellenben a pylorus rendes szondának nem volt átjárható. Feltünőnek látszott, hogy a duodenum táján czeruzavastagságú kanyargós venák voltak, melyeket a szerző az egyidejűleg jelenlevő szívbajból magyarázott. A második esetében hasonló kellemetlenségek mellett a pylorus táján ugyancsak tumor volt található és a műtét alkalmával a tumor szintén hiányzott, a pylorus pedig erősen szűkült gyűrűt alkotott. Mindkét esetben a szerző pylorus-resectiót végzett, a midőn a második esetben egy kis myomagóczot talált. Az első esetben a szerző a pylorusspasmust úgy magyarázza, hogy az izmoknak gyüjtőeres vérrel való túltelődése a szénsav következtében az izomnak erősebb összehúzódását okozza, a mi ismét a vér elfolyását gátolja és ezáltal növeli a vér szénsavtartalmát. Ezen circulus vitiosus következménye az izmok tonusos összehúzódása. A második esetben a pylorusspasmust a myomagóczczal hozza összeköttetésbe, a mennyiben az mint idegen test abnormis izgalmat okozott a musculus sphincter pyloriban. Igen sok esetben a pylorusspasmus csak mint másodlagos tünet szerepel, a mennyiben gyomorfekély, erosio következtében keletkezik. A szerző esetei azért is érdekesek, mert az említett anatomiai elváltozások nélkül állott be a pylorus-spasmus.

A mi a prognosist illeti, az nem mindig kedvező, mivel a belső kezelésnek igen gyakran semmi eredménye sincs és a betegek igen leromlott állapotban kerülnek a sebész kezébe.

A szerző mindkét esetben resectiót végzett, mert a heges szűkület hiányozván, gastroenterostomia készítése után újabb kellemetlenségek állhattak volna be. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 6. sz.) Ifj. *Háhn Dezső* dr.

Elmekórtan.

Az epilepsiások és elmebajosok vizeletének colloidos anyagait vizsgálta *Loewe.* Az epilepsiások vizeletében változó, időnként feltünő mennyiségben találhatók a dialyzálható anyagok és különösen a kolloidos phosphorösszeköttetések gyakoriak. A kolloidos phosphor mennyiségének mérése által az organikus phosphorkiválasztásnak nagyobb értékét találjuk, mint az egész vizelet organikus phosphorsavmennyiségének meghatározásával. Az epilepsiások vizeletének adialysatuma a rohamok, ritkábban a ködös állapotok nyomán toxikus anyagot tartalmaz. Ez anyagok mérgező hatásúak és oly jelenségeket váltanak ki, melyek nagyon hasonlítanak az

epilepsiás görcsökhöz. Az alkohol-epilepsiás rohamok nyomán is — bár nem oly szabályszerűen — a vizelet-adialysatum hasonló tulajdonságot mutat. A vizelet adialysatuma megszaporodott katatonia, hebephrenia, paralysis progressiva és delirium tremens eseteiben is, még pedig legkifejezettebben a katatoniában, legkevésbé a paralysisben, a hol csak az epileptiformis rohamok után mutatható ki. Az eddig vizsgált elmebajok adialysatumszaporodásával nem esik egybe a kolloidos phosphor kiválasztásának növekedése. A katatoniás, dementia paranoideses, paralysises és delirium tremenses betegek vizeletének adialysatuma erősen mérgező hatású, de nem azonos az epilepsiásokéval, mert sohasem idéz elő epileptiformis jelenségeket. (Zeitschrift f. d. ges. Psych. u. Neurol. VII. k. 73. l.) *Goldberger Márk* dr.

A neuroma-rendszerekről ir *Pick* és *Bielschowsky*. Az igazi neuromák, vagyis az idegszövet blastomatosus túlburjánzásai, „kifejlett" és „ki nem fejlett" alakokra oszthatók. Az összes neuromák alapját az embryonalis neurocyták multipotens alakjai teszik. A szerint, hogy az embryonalis neurocyták mily fokban differenciálódtak, a későbbi daganatok kifejlett, vagy ki nem fejlett neuroma alakját mutatják. A „kifejlett" neuromák mindenkor ganglioneuromák és főképpen a sympathicus-idegrendszeren, de a cerebrospinalis idegeken és ganglionokon és a középponti idegrendszerben is találhatók. Az anyasejtek multipotens tulajdonságának megfelelően a kifejlett neuromákban gliaszövet is található, a mikor a daganat ganglioneuroma. A kifejlett sympathicus-ganglioneuromák alkalomadtán malignus alakot ölthetnek, áttételhez és destructiós folyamathoz vezethetnek. Hébe-korba az agyvelő kifejlett ganglioneuromája is infiltrative terjedhet tovább.

A ki nem fejlett neuromákhoz tartoznak elsősorban a cerebrospinalis ganglionok tiszta sejtű neurocytomái, melyek roncsoló tulajdonsággal bírnak. Ide sorolhatók a ganglioma embryonale symphaticum (neuroblastoma), a mely főképpen a mellékvesékben található. A daganat szövete az embryonalis symphaticus-dúczok vagy a ki nem fejlett mellékvese képét utánozza. A daganat áttételt és roncsolást okozhat.

A sclerosis tuberosa nagysejtű daganatai is ide tartoznak és a tiszta gliomás góczokon kívül ki nem fejlett ganglio-gliomát is alkotnak.

A *Recklinghausen*-féle „multiplex neurofibroma" (újabban neurinomának nevezik) is valószínűleg e csoportba tartozik. E daganatok sajátos „neurogenközti állománya" nem azonosítható sem a typusos, kifejlett gliaszövettel, sem az angelinumos idegszövettel. A daganatban újonnan készült burjánzó ganglionsejtek láthatók. Az idegek neurinomái részben a középponti idegrendszer gliomáival, részben a dura mater destruáló endotheliomáival kombinálódhatnak. A neurinomák a kifejlett és ki nem fejlett neuroma-alakok között átmenetként szerepelnek.

A neuromákban autogen idegrostképződés biztosan nem mutatható ki. A neurinomák újonnan képződött idegrostjai a praeformált tengelyhüvelyekből burjánzanak ki. (Zeitschrift für d. gesamte Neurol. u. Psych., VI. k., 381. l.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

Az intracutan tuberculin-reactio diagnostikai értékéről ir *Monti*. Az ismert *Pirquet*-féle cutan-reactio sokféle módosításának egyik formája a *Mantoux* által ajánlott „intradermoreactio". *Mantoux* szerint úgy kell eljárnunk, hogy 1:5000 hígitású tuberculinból $^1/_{20}$ cm³-t, vagyis $^1/_{100}$ mgr. tuberculint sterilezett Pravaz-fecskendővel a bőr felső rétege alá viszünk. Gyakran azonnal, legtöbbször csak néhány óra mulva jellemző vörös duzzanatot látunk a beszúrás helyén. Néhány nap után a duzzanat visszafejlődik és a helyén pigmentált folt marad vissza. A pigmentatio különösen jellemző, mert negativ esetben a pigmentatio is elmarad. *Monti* nagyobb anyagon vizsgálta e reactio érzékenységét és azt találta, hogy a klinikailag is tuberculosus esetek hasonló százalékban adják, mint a Pirquet-reactiót, a klinikailag tuberculosismentes vagy csak gyanus esetek pedig, míg a *Pirquet*-félét 50, a *Mantoux*-félét 59%-ban adják. Vizsgálta azt is, hogy különböző erősségű tuberculinoldatot alkalmazva, kap-e valamelyes támpontot a baj előrehaladását illetőleg. E tekintetben a kisérleti eredményei negativok. Vizsgálatai conclusiójaképpen ajánlja, hogy a *Pirquet*-reactio negativ volta esetén alkalmazzuk az intracutan methodust 1:1000, illetve 1:500 higításban. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1912, 7. szám.) *Reisz* dr.

A rovarok betegségközvetítő szerepéről értekezik *Sergeois*, még pedig e kérdésnek azon részével foglalkozik, mely arra felel, hogy mily fertőző megbetegedések közvetítésével vádolható a házi poloska (cimex lectularius). Az idevágó irodalmat és kisérleteket összefoglalva, azon eredményre jut, hogy a poloska tud betegségokozó csírákat közvetíteni, de e szerepe csak egyszerű közvetítés. A poloska tevékenységének mint betegségátvivő specifikus epidemiologiai jelentősége nincs, de bizonyos helyek általuk endemiás jellegűvé válhatnak bizonyos betegségekben (febris recurrens, kala-azar). Fontos az, hogy a poloska infectiós csírákat hosszabb ideig életképesen tud testében tartani s igy azáltal is történhetik infectio, hogy az esetleg szétnyomott poloska testéből az infectiós csírák a felsebzett bőrbe kerülnek, sőt a poloskamarás miatt előállott viszketés következményeképp erősebben a bőrbe dörzsöltetnek. Ezek alapján a poloska hygienés szempontok miatt is feltétlenül üldözendő. (Arch. f. Kinderheilk., 57. köt.) *Koós*.

Bőrkórtan.

Az impetigo contagiosa klinikáját és aetiologiáját tanulmányozta *K. Dohi* és *Sh. Dohi* (Tokio). A szerzők alapos klinikai-bakteriologiai vizsgálatai számos érdekes leleten kívül a következő fontos adatokat derítették ki. Az impetigo contagiosának klinikailag és aetiologiailag jól megkülönböztethető két alakja van. Az egyik alakját tiszta tartalmú hólyagok és hólyagocskák jellemzik, melyeknek tartalma utóbb megzavarodik. Ennek az impetigo-alaknak a hólyagfoszlányai mindig fehérek, ritkán világos sárgák, a pörkjei pedig igen vékonyak. A hólyag tartalmából állandóan staphylococcus albus tenyészthető ki. Az impetigo második alakját klinikailag vaskos, viaszsárga pörkök jellemzik. A genyes pustulákká gyorsan átalakuló hólyagos kiütésben pedig állandóan streptococcusok mutathatók ki. Előfordul olykor, hogy mindkét impetigós alakban a fehér staphylococcusok, illetőleg a streptococcusok mellett sárga staphylococcusok is vannak jelen, de ez a lelet csupán másodlagos bevándorlásnak az eredménye. Friss, sértetlen hólyagok tartalmában ilyesmi nem fordul elő. Az impetigo contagiosának első alakja — impetigo albo-staphylogenes — kis gyermekeken gyakran epidemia alakjában fordul elő. Jellemző továbbá reá, hogy csak a melegebb évszakban észlelhető. A második kóralak — impetigo streptogenes — ezzel szemben sporadikusan az egész évben előfordul, még pedig felnőtteken és gyermekeken egyaránt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 111. k. 2. f.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A prostatahypertrophiának prostatatágitással történt gyógyitásáról ir *F. Kraemer*. Bár a prostatectomia suprapubica jelentékeny haladást jelent a prostatatúltengés sebészi kezelése tekintetében, a *Freyer*-féle műtét halálozási statisztikája még mindig túlnagy, nevezetesen 10%, a mely körülmény még mindig a conservativ therapiára irányitja a figyelmet. Az asepsises csapolásnak, valamint az állandósitott katheternek a jelentőségét tehát nem szabad kicsinyelnünk; minthogy azonban ezen beavatkozásoknak is megvannak a maguk, némelykor elég tekintélyes hátrányai, a szerző a conservativ therapia egy újabb alakját, a pars prostatica urethrae tágitását propagálja, a mit újabban, és pedig úgy látszik elég szép sikerrel, *Baer* vezetett be a gyakorlatba. Ez utóbbinak 12 csupa súlyos esete közül ugyanis 6 teljes sikerrel járt, 2-ben lényeges javulást értek el, egy betegen

utólag mégis prostatectomiát kellett végezni, egy beteg urosepsisben — a mi azonban nem volt a dilatatio következménye — halt meg, az utolsó két esetről hiányoznak a további adatok.

A szerző részletesen ismerteti az ő saját eseteit, melyek közül mindjárt az elsőn a tágítás jelentékeny sikerrel járt. A beteg, a ki 5 napig tartott ischuria után az állandósított katheter s a rendszeres csapolás ellenére 5 héten keresztül egy csepp vizeletet sem tudott spontán kiüríteni, alig néhány napi tágítás után ebbeli képességét újból visszanyerte. A beteg ma, vagyis $1^3/_4$ év mulva teljesen jól érzi magát s nem szorul katheterre. Ezen kivül még három más beteget is kezelt a szerző prostatatágítással. Az egyik betegen, a kinek e mellett még zsugorveséje is volt, már néhány napi kezelés után olyan eredményre jutott, a mely állandó katheterrel nem lett volna elérhető; az 500 cm^3 s még több residualis vizelettel biró beteg ugyanis a *Kollmann*-féle tágítóval két ízben 32 Ch-ig történt kezelés után annyira jutott, hogy spontan vizelhetett s legfeljebb 90—130 cm^3 residuum maradt vissza a hólyagban. Sőt mi több, már az első tágítás lényegesen könnyítette a katheterismust; ugyanezt a jelenséget egyébként a többi esetben is tapasztalták. A második betegen is szemmelláthatóvolt az eredmény; gyors átmenet a prostatahypertrophia előrehaladt állapotából a csekély residuumos stadiumba; ezen a betegen, kinek a közérzete hirtelen nagyot javult, csakhamar el lehetett hagyni a csapolást. A harmadik betegen a tágítás múló hatását a dilatatio foka elégtelenségének kell tulajdonítani.

A szerző szerint a prostatatágítás hatásosabb, mint akár az asepsises csapolás, akár pedig az állandósított katheter; mert még akkor is hat, a mikor emezek már hatástalanok, és gyors, de legalább is 32 Ch.-ig történt dilatatio után olyannyira csökkenti a residualis vizeletet, hogy a csapolást akárhányszor be lehet szüntetni. E mellett ez az eljárás, ha kellő asepsissel dolgozunk, teljesen veszélytelen; nagyobb vérzés esetén néhány napra kathetert állandósítunk s ezen át kiöblítjük a hólyagot.

A szerzőnek ezen közleményével egyrészt az volt a czélja, hogy azt a skepsist, melylyel egyes szakkörök ezt az újítást fogadták, megtörje, illetőleg az urologusokat további kisérletekre buzdítsa, hogy ez a prostata-hypertrophia terén újabb conservativ therapia a megérdemelt méltányláshoz jusson; másrészt meg az volt a czélja, hogy a prostatectomia jelenleg még túlnagy mortalitásának szemmeltartása mellett a *Freyer*-féle műtét nagy sikerei ellenére csak akkor javasoljuk a műtétet, ha már ez a conservativ therapia is eredménytelennek mutatkozott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 3. sz.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A bromuralt *Schreiber* előnyben részesíti akkor, a mikor előreláthatóan hosszabb ideig kell adni sedativumot és hypnoticumot. A bromural ugyanis nagy adagban is teljesen ártalmatlan, s hosszabb használat mellett sem szokja meg a szervezet. A szerző egyébként tüdőbajosoknak is szokta adni a bromuralt, mert egyrészt mérsékli a köhögést, másrészt pedig az éjjeli izzadást is kedvezően befolyásolja. (Aerztliche Mitteilungen, 1912, 2. sz.)

A percutan salicyltherapiát *Scharff* a következő összetételű kenőcscsel végzi: Rp. Acidi salicylici 10·0; solve in olei terebinth 10·0; Sulfur. praecipit. vel sublimati, Terebinthinae $\overline{aa}$ 40·0. Legerősebb a hatása, ha a kóros részre felkenve, Billroth-battiszttal fedjük be. Érzékeny bőrű egyéneken a felkent területre addig hintünk lisztet vagy talcumot, a míg aránylag száraz felület áll elő. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 2. füzet.)

Otitis media acuta és a hallójárat furunculosisa ellen jó eredménynyel használja *Hübner* az anaesthesint a következő összetételben: Rp. Anaesthesini 1·0; Alkohol abs. 10·0; Liqu. aluminii acetici 2·0; Glycerini 30·0. D. in vitro nigro. Ezen oldaltal megnedvesített gaze-darabot viszünk be egészen a dobhártyáig és naponként 3—5-ször néhány cseppnek utánaöntésével nedvesen tartjuk. Ezenkivül Priessnitz-borogatást teszünk a beteg fülre. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 2. füzet.)

Spina ventosa esetében *Kennerknecht* szerint nagyon kedvező functionalis és kozmetikai eredmény érhető el a pyrogallol-kezeléssel. A beteg részt naponként fél óra hosszat fürösztjük szappanos vízben és azután 10%-os pyrogallol-kenőcscsel bekötjük; bőrizgalom jelentkezésekor csak 5%-os kenőcsöt használunk, végül pedig 2%-osat. A kezelés kissé hosszadalmas: kevéssé előhaladott esetekben 3—4 hónapot, fistulás esetekben 1 évet, sőt többet is igényel. Röntgen-fénynyel esetleg kimutatott sequester-képződés esetén a korai sebészeti beavatkozás mellőzendő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 10. szám.)

Az enuresis nocturna gyógyításáról ir *Ruhräh* tanár (Baltimore). Dícséri a többi között, főleg fejlődésükben visszamaradt gyermekeken, a pajzsmirigykészítményeket. Az atropinum sulfuricum is jó hatású szokott lenni; 5 centigrammot oldunk 60 gramm vízben s ebből az oldatból adunk naponként többször annyi cseppet, ahány éves a gyermek; az arcz kipirosodása és torokszárazság jelentkezése esetén beszüntetendő a használata. (The Amer. journ. of the med. sciences, 1912, február.)

A bélsár vizsgálata vérre az ismeretes terpentin-guajak-próbával *Newbold* szerint erősen positiv eredményt érhet — noha nincs vér a bélsárban — olyanokon, a kik görög dinnyét ettek. (Journ. of the Amer. med. assoc., 57. kötet, 10. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 13. szám. *Pogány Ödön*: Az orrgaratür és a fülbetegségek. *Várkonyi Jenő:* Baleset és szivbaj közti összefüggés esete.

Klinikai füzetek, 1912, 3. füzet. *Weiss Emil:* A tüdővész, a gyermekhalandóság, általában a járványok elleni küzdelem egy újabb actiójáról Magyarországon.

Orvosok lapja, 1912, 14. szám. *Verebély Tibor:* A világrahozott bőrbetegségek.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 13. szám. *Vas Bernát:* Az occult vérzések kimutatása, különös tekintettel a phenolphtalein-vérpróba egy hibaforrására. „Urologia" melléklet, 2. szám. *Goldberger Jakab Jenő:* Az albuminuria okairól. *Egyedi Dávid:* A vesegümőkórról. *Bálint Miksa:* Festékvizelés egy érdekes esete.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Steiner Károly* dr. orosházai járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Kovács Péter* dr. endrődi orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Aufricht Ede* dr.-t a nagyváradi tüdőbeteg-gondozó orvosává, *Schick Adolf* dr.-t a beszterczebányai és *Berente Iván* dr.-t a pécsi városi közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Czinner Zsigmond* dr.-t Levél község orvosává választották.

Ingyenes és félingyenes helyek a tátraházai tüdőbeteg-sanatoriumban. A tátraházai tüdőbeteg-gyógyítóintézetben május hó elsején öt félingyenes alapítványi hely üresedik meg. Az erre vonatkozó kérvények legkésőbb április hó 15.-éig a sanatorium igazgató-főorvosához, *Müller Vilmos* dr.-hoz küldendők be. Az orvosok és családtagjaik részére alapított két teljesen ingyenes *Brehmer*-féle hely elnyeréséért a Budapesti kir. Orvosegyesület Elnökségéhez (Szentkirályi-utcza 21) kell folyamodni. Ez utóbbi két hely július elsején üresedik meg, a kérvényeket legkésőbb junius 15.-éig kell benyujtani.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület februáriusban 1255 esetben nyujtott első segítséget; ezenkivül 996 szállítást végzett, 136-szor mint mozgóőrség szerepelt és 29-szer vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A februárius havi működési főösszeg tehát 2416.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. Súlyos *phlegmonék* a felső végtagon terjedésükben megakadályozhatók, ha a nyirokereket átmetszszük; erre a czélra *Nösske* a felkar belső felszínén, a hónalj alatt vezetett, mintegy 5 cm. hosszúságú, a fasciáig terjedő harántmetszést ajánl. *Knoke* nemrég esetet közölt, a melyben teljes circumcisiót végzett a felkaron, mert a *Nösske*-féle metszést nem tartotta elegendőnek a főleg a kar külső felszínén székelő folyamat terjedésének megakadályozására; a nagyobb venákat lekötötte, egyébként pedig tamponálással csillapította a vérzést; gyógyulás következett be functio-

nalis tekintetben is. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 3. szám.) — *Hunner* szerint *húgycsőgyuladás*, sőt ureteritis is keletkezhetik *angina kapcsán*; olyan idősült mandulatúltengés-eseteket is látott, a melyekben időnként rheuma és húgycsőizgalom állott be; tonsillektomia után mindkettő véglegesen megszűnt. (Journ. of the amer. med. assoc., 56. k., 937. l.)

Nemzeti hygiene-múzeum felállítását ajánlja *Lingner*. E czélra rendelkezésre bocsájtja a drezdai kiállítás három pavillonját (a történelmi és etnographiai osztályt, valamint „az ember" czímű gyüjteményt), úgyszintén a kiállításnak 1 millió márkát tevő fölöslegét. A múzeum épitési költségei 3,600.000 márkára, fenntartásának évi költségei 270.000 márkára rúgnának. A tervezet szerint a múzeumot lassanként hygieneakadémiává fejlesztenék.

Sub auspiciis imperatoris felavatás a halálos ágyon. Gráczban márczius 25.-én halt meg *Huber Miksa*, a kit — állapotának reménytelenségére való tekintettel — halálos ágyán avattak fel sub auspiciis imperatoris orvosdoktorrá.

Az orvosképzésről Németországban tartott nemrégiben előadást *Müller* müncheni tanár Londonban az ottani egyetemi hatóság meghivására. Az érdekes előadásból kiemeljük, hogy Poroszországban minden egyes orvosnövendék évenként 1900 márkájába kerül az államnak.

A testhosszúság nemcsak hosszabb, hanem rövidebb időközökben is változhatik. Igy kevéssé ismeretes, hogy a testhosszúság a nap folyamán is ingadozásnak van kitéve. Legmagasabb az ember reggel a felkelés után, innen kezdve óráról-órára kisebbedik és mintegy 5 6 óra mulva éri el a kisebbedés a tetőfokát; ezen időtől este a lefekvésig nem változik a magassága. A kisebbedés átlag 1—2 cm, súlyos testi munkát végzőkön azonban 6 cm-t is tehet. Az oka ezen megkisebbedésnek a csigolyák közötti porczogó-korongok összenyomatása, a talpboltozat lelapulása és a czombcsont izületfejének a vápába mélyebben benyomulása.

Kisebb hirek külföldről. *Fürbringer* dr., az anatomia tanára a heidelbergi egyetemen, a folyó tanév végén nyugalomba vonul; utódául *H. Braus* rendkivüli tanárt hivták meg. — Tanári czimet kapott *Fuchs* dr. Breslauban és *Peretti* dr. Düsseldorfban. — *L. Courvoisier*, a sebészet tanára a baseli egyetemen, nyugalomba vonult. — *E. Feer* dr.-t, a gyermekorvostan rendkivüli tanárát a zürichi egyetemen rendes tanárrá léptették elő. — *F. Schieck* dr.-t Königsbergben a szemészet, *Petrow* dr.-t Varsóban a sebészet tanárává nevezték ki.

Kimutatás a Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegyletébe történt befizetésekről: Alapitványt tettek: Wagner Károly 20 kor., Tatár János 200 kor., Dolecskó János 20 kor., Genersich Antal 20 kor., Imrédy Béla 100 kor., Bäcker József 200 kor., Hugonnay Vilma 20 kor., Putz Jakab 20 kor., Lichtenstein S. 20 kor., Makara Lajos 100 kor., Vámossy Zoltán 20 kor., Lőwy Jakab 150 kor., Temesváry Rezső 40 kor. 4—4 koronát fizettek: Erős János, Vida Lajos, Hányi Károly, Üveges László, Kollár Camill, Révész Fülöp Kramberger József, Stettner Ödön, Winkler Albert, Nagy Ármin, Schmidt Imre, Kádár Antal, Steiner Simon, Friedler Ernő, Boskovitz Mór, Kellner Mór, Dömötör József, Steiner József, Budai Mór, Kollár Lajos, Gonda Péter, Laurovich János, Kunitzer Sándor, Vas Sándor, Szathmáry István, Székács Béla, Gadányi Lipót, Korom Lajos, Ostatea Valér, Perényi István, Veres Pál, Berger József, Fridrichovszky L., Koch Béla, Bézy Elemér, Kádár Gyula, Schönfeld N., Szabó Mihály, Téry Ödön, Szilágyi János, Barok Samu, Bagarus A., Torday Béla, Krafft János, Halász Lajos, Pechan L., Frommer Ede, Braun Sándor, Bojtha József, Fux Sándor, Dembitz Mátyás, Marikovszky György, Pálffy Ignácz, Gmelin Ottó, Steinberger Ármin, Wenhardt János, Körmöczi Zoltán, Fehér Sándor, Szirtes Alajos, Réczey Imre, Schwarcz Nándor, Stáhly Ignácz, Purjesz Ignácz. Kubinyi Pál, Davidovits Izidor, Dumitreanu Ágost, Bonyhárd Mór, Antal Illés, Dalnoky Viktor, Flesch Nándor, Fuchs Dávid, Feleki Sándor, Groszmann Artúr, Glasz Izor, Hoffenreich Mór, Hirtenstein Leó, Himmler Izsó, Heténvi Imre, Herzog Arnold, László Mór, Lichtmann Samu, Moskovitz Ignácz, Mann Mór, Maros Mór, Nádas Lipót, Neumann Miksa, Révész Vilmos, Rajna Mór, Pollák Mór, Takács Márton, Velics Antal, Váradi László, Valkó Rezső, Thomka István, Darvas Sándor, Welwart Simon, Kerekes Ödön, Gadányi Lipót, Gobbi Gyula, Kerbolt László, Stangel Gyula, Skirpán Ambrus, Hegedüs Pál, Bókay Árpád, Ajtós E. Imre, Baum Ignácz, Büchler Lipót, Czoniczer Márton, Dietzl Ferencz, Dzián Kálmán, Epstein Manó, Frenreisz Ferencz, Furka Sándor, Fülöp Jakab, Fürst Zsigmond, Hazslinszky Hugó, Hieronymi Géza, Hoor Károly, Moravcsik Ernő, Paczka László, Prajzák Adolf, Rajnai Béla. Révész Gyula, Rónay Gusztáv, Szabó Mihály, Uhl Géza, Guttmann Dezső, Márkus Miksa, Neuwirth Dezső, Kicska Emil, Bernhardt János, Dudics Endre, Brünauer Ambró, Jancsó Ödön, Bácskai Béla, Gyurcsik Géza, Bellancsik Márton, Holzmann Dávid, Leszlauer Lipót, Weisz Ármin, Laufer Lipót, Lőwy Ignácz, Markovics Soma, Morava Géza, Reisz Sándor, Grázl József, Murády Árpád, Kuthy Béla, Solt Lipót, Rosenberg Soma, Remenár Elek, Perl Antal, Pollitzer Miksa, Balogh Benő, Horváth Antal, Hajcsi Sándor, Majer Adolf, Engl Ignácz, Kaiser József, Magas Árpád, Krammer Béla, Blejer Leó, Czobos Károly, Frommer Ignácz, Dömötör József, Polerecky Endre, Placzer Sándor, Rajz Miksa, Reisz Miksa, Schwarcz Sándor, Vámosi Mór, Vincze Jenő, Horony Vincze, Mayer Árpád, Gerzselyi Artur, Balogh Dezső, Baneth Ignácz, Bolgár Lőrincz, Csillag Ignácz, Dembitz Sándor, Dobrovics Mátyás, Doktor Sándor, Engländer József, Erdős János, Faller Gusztáv, Fischer Samu, Friedländer Simon, Gál D., Grósz Menyhért, Gyenes Antal, Hakker István, Hasenberg Károly, Holló Artúr, Hubert Bernát, Istók Barnabás, Jékel László, Kaldrovics Andor, Kassai Kálmán, Kaufer Mór, Klein Arthúr, Kovács József, Kregczy Ottó, Kún Izidor, Ligeti József, Linberger Albert, Lövy Zsigmond, Löwinger Miksa, Madarász Lipót, Maybaum Sándor, Murányi Károly, Papp Gábor, Papp Mihály, Pásztor Dezső, Picker Rezső, Ribó János, Róth János, Roxer Gyula, Szederkényi Mihály, Szerecsényi Zsigmond, Székely Miklós, Szirmay Vilmos, Szőlősi Móricz, Takács Adolf, Turcsányi Gyula, Wágner Károly, Weisz Mór, Heller József, Wertner Mór, Zátonyi József, Székely Dezső, Guzbet Ede, Reichenfeld Márk, Stricker Péter, Ambró Nándor, Balog János, Bársony János, Biró Mór, Blumberger Simon, Borszéky Károly, Buder Ferencz, Burger Simon, Büchler Mór, Celler Nándor, Clementis Géza, Csillag Gyula, Dabasi Ödön, Dóczy Imre, Donáth Gyula, Fanzler Lajos, Fehér Samu, Fischer Miksa, Frankl Áron, Friedmann Adolf, Gál Adolf, Gál Ignácz, Geiger Frigyes, Gélyi Dezső, Goldzieher Vilmos, Grünwald Adolf, Halle Henrik, Halmi István, Hensch Géza, Horváth Ferencz, Hunwald Tóbiás, Sóbányi Pál.

Katona József dr., pénztáros.

Lapunk mai számához *Dr. J. Gordon:* **„A vas-arsentherapiához"** czímű czikk különlenyomata van mellékelve.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fütés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** **Egész éven át nyitva.**

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.**

Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré

(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörű fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.

Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

István úti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) **Telefon 81—01.**

Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét **VII., Nyár-u. 22. sz.** alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

REINIGER, GEBBERT és SCHALL r.-t. Budapest, Rákóczi-út 19.

Villamos orvosi készülékek. Radium-emanatorium-berendezések.

Epileptikus betegek intézete

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy. tanársegéd. **VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.**

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

Dr. RÉH **Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15** Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet

Budapest, Városmajor-utcza 74. — Telefon 88—99.

Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványitó- és hizlalókurák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** hasköték, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendü minőségben jutányosan kaphatók:

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

— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.

Védjegy.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. és VII. rendes tudományos ülés 1912 február 17.-én és 24.-én.) 269. l. — Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat (Évi közgyűlés 1912 márczius 27.-én.) 272. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (1912 márcz. 16.-án tartott VII. szakülés) 273. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 273. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1912 február 17.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

(Folytatás.)

Súlyos pyelitisnek ureterkatheter állandó alkalmazásával s vesemedenczemosásokkal gyógyított esete.

Kubinyi Pál: A 39 éves I P. folyás és rendetlen vérzések miatt véteti fel magát a poliklinika kórházába. Kifekélyesedett collumrák, a mely a méhnyak javarészét elpusztította s részben a parametriumokra is átterjedt, de a medenczefal mellett még van szabad tér. Jó erőbeli állapot. Wertheim-műtét 1911 november 9.-én. A jó betekintés végett, tekintettel a hájas hasfalra s az alacsony termetre, Mackenrodt-féle köténylalakú metszés. Salpingitis nodosa bilateralis összenövésekkel. A kötőszövet is régi gyuladás folytán zsugorodott, ezért nehezebb a műtét, a mely azonban szabályszerű befejezést nyer. A sebgyógyulás reactiomentes, csupán a műtét előtt prophylactice nyujtott hypodermoklysis helyén támadt abscessus zavarja, a melyet a gyógyszertárban nem megfelelő töménységben készített sóoldat okozott. Ez azonban kellő sebészi kezelésre meggyógyul, a hasfal is per primam egyesül. Közben a hólyag, úgy, mint az Wertheim-műtét után gyakran előfordul, kissé hűdött s residualis vizelettel dolgozik. Belsőleg szedett urotropinra és időnkint alkalmazott hólyagmosásra tisztul a vizelet, ennek daczára szabálytalan lázas mozgalmak jelentkeznek, majd hidegrázás, a mely után 39·4°-re szökik a hő. A műtét utáni sebgyógyulás már tökéletes, a szervezetben másutt sem találjuk a jelzett tünetek okát. A cystoskop baloldali pyelitist állapít meg. A vizelet igen zavaros, bűzös. A Rovsing-kúra, naponta 3 gr. salol s bőséges vízitatás eredménytelen. A beteg állapota mindinkább súlyosbodik, elesett, nem táplálkozik, a pulsus 120 és ezen felül. Szemlátomást hanyatlik, a vizeletben vesealakelemek jelentkeznek, a diuresis csökken, kezd somnolenssé lenni s a legrosszabbtól tartunk. Ilyen körülmények közt, bár éppen a Wertheim-műtét, a hol az ureterek ki voltak praeparálva, eddig tartózkodóvá tett, megkisérelük az ureterkatheter felvezetését és a vesemedenczemosásokat. Eleinte baloldalt alkalmazzuk. A medenczéből igen zavaros, sűrű, bűzös, genyes vizelet folyik le. Azonnal $^1/_2\%$ argent. nitr.-instillatiót végzünk. A beteg úgy ezt, valamint a másodnaponkint alkalmazott öblítéseket $1\%_{00}$ argent. nitr.-mal jól tűri, éppúgy a katheter bennhagyását is. E mellett a hólyagot naponta mossuk s figyeljük a jobb vesét. Belsőleg urotropin, tej, ásványvíz. A rövid javulást újból rosszabbodás váltja fel. Rázóhideg, utána 40·5°. A hólyagból ürülő, vagyis a jobb veséből eredő vizelet, a mely eddig tiszta volt, genyes lett. Ezért a jobb vesébe is kathetert vezetünk s most már másodnaponkint felváltva végezzük a medenczeöblítést, annyit víve be, míg a beteg feszülést érez (20—30 cm³). A jobboldali folyamat enyhébb volt s 6 nap alatt annyira javult, hogy a katheter eltávolíthattuk, baloldalt azonban 30 napig benn kellett hagynunk a kathetert. Ekkor a beteg 4 napi láztalan állapot után ismét lázassá lett. Néhány electrargolinjectiót kap subcutan. Két nap mulva láztalan. Betegsége két hónapig tartott. Ma teljesen gyógyult. A vese- és hólyagműködés rendes, a vizelet tiszta, az illető rohamosan erősödik.

Mansfeld Ottó: Két év előtt ezen a helyen referáltam az első 14 terhességi pyelitisről, melyeket *Tauffer* tanár klinikáján ureterkatheterezéssel kezeltem Azóta eseteink száma 30-on túl emelkedett. Ismételve kell hangoztatnom, hogy a katheterezés összehasonlíthatlanul jobb eredményeket ad, mint a belgyógyászati kezelés. A közelmultban volt alkalmunk egy beteget egyszeri katheterezéssel meggyógyítani, akinek 48 napig volt láza teljes ágynyugalom, belső kezelés, lázellenes szerek és collargol-injectiók daczára. Összes terhességi pyelitis-eseteinkből csak egyben kellett állandó kathetert a vesemedenczébe tenni, a mikor az egyszeri katheterezés nem használt. Ez az esetünk az, a melyben a súlyos toxaemiás tünetek miatt meg kellett szakítani a terhességet, mert az állandó katheter sem használt.

Terhességen kívüli állapotban a nőgyógyász legtöbbször parametrium-megbetegedések kapcsán, avagy a gyökeres méhkiirtás műtétje után találkozik pyelitissel. Ilyenkor is az egyszerű katheterezés és esetleg, ha szükséges, a vesemedencze mosása ajánlatos. Az állandó katheter alkalmazása rettenetes fájdalmakat okoz és veszélyesnek is látszik, úgy hogy, ha csak lehetséges, kerülendő.

Lobmayer Géza: Az ureterkatheternek sokáig bennhagyása nézetem szerint veszélyes eljárás, mert látjuk, hogy a legsimább ureterkatheterezés után, ha néhány óráig bennhagyjuk a kathetert, véres lesz a vizelet, jeléül, hogy a nyálkahártya megváltozik. Coli-pyelitist 2%-os collargol-mosással kezeltem és nem volt szükség bennhagynom a kathetert. Ha sokáig, 30 napig hagyjuk benn a kathetert, az ureter-nyálkahártya elpusztul, a mi bár közvetlen nem okoz tünetet, de később strictura állhat be.

Kubinyi Pál: Abban mindnyájan megegyezünk, hogy az ureterkatheter alkalmazása jelentős eszköz a retentio megszüntetésére s így a pyelitis kezelésére; csakis abban van eltérés, hogy ismételten vezessük-e be a kathetert, vagy állandóan hagyjuk-e benn. Nem tudom, melyik a nagyobb insultus: a gyakori alkalmazás vagy a bennhagyás. Ha vékony kathetert használunk, azt hiszem, nem okozhat nagy bajt. Az ellenvetések theoretikusak. Én *Illyés* tapasztalatára támaszkodtam, a ki többször használta s nem látott bajt. Megjegyzendő, hogy ebben az esetben semmi fájdalmat sem okozott, a mi talán onnan van, hogy a Wertheim-műtét után az érző idegek hűdöttek, hisz innen van a hólyagparesis is. Hangsúlyozta, hogy az eljáráshoz mint végső eszközhöz folyamodott. Több tapasztalat kell, hogy eldöntsük, vajjon megállanak-e a fenti theoretikus ellenvetések vagy sem. A bemutatott esetben már 3 hó telt el s absolute semmi baj sem mutatkozott.

A csontátültetés gyakorlati jelentősége.

Verebély Tibor: Az újabb sebészi irodalomban aktuálissá vált a csontsebészet; a felmerülő új eszmék, új műtétek teljesen átalakítják az eddig változhatatlanoknak vélt javalatokat. Minthogy e forrongásban legjelentékenyebb szerep a csontátültetésnek jut, érdemesnek gondolta e kérdést minden vonatkozásában, egész terjedelmében az Orvosegyesület elé hozni. Teszi pedig ezt azért, mert a véletlen kedvezése folytán eseteinek száma 29-re szaporodott s olyannyira változatos, hogy csaknem tökéletes képet nyujtanak az egész kérdésről.

A csontátültetés alatt sensu strictiori a friss, élő csontnak szabad átvitelét, a transplantatiót érti. Nem számítja tehát ide sem az osteoplastikai eljárásokat, sem az élettelen csont beültetését, az implantatiót. Valamennyi operált esetében ugyanazon vagy más egyénből származó friss, élő csontot vitt át a szervezet más helyére. A kisérleti kórtan adataival, nevezetesen *Ollier*, *Barth* és *Axhausen* munkáinak ismertetésével indokolja meg azt, hogy az élő csontot részesítette előnyben, a mely éppen e kisérletek adatai szerint a transplantatióra legalkalmasabb.

Saját eseteit a könnyebb áttekinthetőség czéljából 4 csoportba osztja, a melyeket minden irodalmi vonatkozás nélkül tárgyal.

Az *első* csoportba 3 replantatiót sorol, oly eseteket tehát, a hol az organikus összefüggésükből teljesen kiemelt izületi végeket illesztette vissza helyükre. Mind a három gyermekkori könyöktáji törésre vonatkozik, kétszer ficzamodással szövődve. A részben vagy egészen levált alsó epiphysist visszaszegezte vagy varrta a helyére, mindig jó functionalis eredménynyel. Tekintve, hogy alaki eltérések, növési zavarok e műtétek után nem jelentkeztek, jogosultnak gondolja azt a következtetést, hogy a csonthártyán kívül ilyenkor életben maradt az epiphysis-porcz is.

A *második* csoportban azok az esetek vannak, a hol csontvarratot végzett valamely módon átültetett csonton.

Számba jöhet ez a varrás a csontok folytonosságában épp úgy, mint izületekben, de mindkét lehetőségre nézve sokkal szövődményesebb, semhogy általános eljárásnak tekinthetnők. Az osteorrhaphiát 5 esetben álizület megszüntetésére, 1-szer osteotomia után a két darab helyben tartására, egyszer pedig friss felkartörés műtétekor végezte, csontátültetéssel. Az átültetéses arthrodesist egy esetben gyermekkori hűdés miatt lotyogó bokaizület rögzítésére alkalmazta. Az eredmény mindig kifogástalan volt.

A *harmadik* csoportba a plastikai műtétek tartoznak, azok a kisérletek tehát, a melyekben a csontátültetést lágyrészek támogatása végett végezzük. 2 műtéti eredményét az irodalmi adatokkal összehasonlítva, azt gondolja, hogy e műtéteknek nagy jövőjük nincsen; a lágyrészek közé beültetett csont, ha mechanikai megterheltetése hiányzik, előbb-utóbb felszívódik.

A *negyedik* csoport képviseli azokat a transplantatiókat, a melyekkel a csontsebészet legszebb diadalait aratja, a mikor a legkülönbözőbb eredetű hiányokat pótolja csonttal. A *világrahozott* csonthiányok közt egy meningo-encephalokele nasoorbitalis, a melynek csontos nyilását tibia-lemezzel zárta el és a lábszárnak ú. n. világrahozott pseudoarthrosisa szerepel. Az utóbbit úgy javította ki, hogy a fibulát kipraeparálva beillesztette a tibia alsó hiányzó felének a helyére, úgy, hogy a fibula fejecséből lett a tibiának alsó, a talusnak támaszkodó vége. *Pseudarthrosis* miatt egyszer ültette át az egészében ellágyult czombcsont helyére a fibulát, a mely utóbb a betegség előhaladása közben a szervezetnek egyetlen kemény csontja maradt.

A *műtéti* csontátültetések neve alatt azokat az eseteket foglalja össze, a mikor a műtét kapcsán támadt hiányokat nyomban a kiirtás után pótolta transplantatatióval. Nevezetesen gyuladás miatt ötször ujjperczeket, egyszer felkarfejecset és egyszer kulcscsontot készített átültetett csontból. Csontcysta miatt egyszer a felkar diaphysisét irtotta ki s pótolta a tibiából. Daganat miatt háromszor végzett átültetést: egyszer az ujjakon chondroma multiplex miatt; egyszer a czombcsont alsó harmadának sarkomáját irtotta ki s pótolta a hiányt a fibulából; egyszer a koponya tenyérnyi hiányába ültetett be tibialemezeket. *Lobos* csonthiány támadt egy fiúcskán osteomyelitis infectiosa acuta kapcsán; ezt pótolta a túloldali tibiából, annak hosszanti felezése útján. Végre *traumás* csonthiány miatt egyszer ültette be a sérülés folytán teljesen hiányzó czombnyak helyére a fibulát.

Összefoglalva: 29 esete közül 24-ben gyógyult be a csont per primam, 3-ban per secundam. Csupán kétszer kellett a csont kiesése miatt a már kezdetben javaltnak vélt csonkítást elvégezni.

Tapasztalatait a következő pontokban foglalja össze.

A csontátültetés, mint teljesen megbízható műtéti eljárás, a conservativ csontsebészetben nagy szerepre van hivatva. Testrészeket, a melyek az eddigi technika szerint feltétlenül az amputáló kés alá kerültek, megtarthatunk; eléktelenítő deformitásokat, a melyek sokszor a betegségnél is súlyosabb zavarokat okoztak, elkerülhetünk, ha kellő indicatiók alapján transplantálunk. Az átültetésre feltétlenül megbízható s legczélszerűbb az ugyanabból vagy más egyénből származó, friss, élő csont Életben maradván ugyanis nemcsak a csonthártya, hanem az epiphysis-porcz is, a beültetett darab alkalmazkodására és továbbnövekedésére számíthatunk akkor is, a mikor az eredeti csontból osteogenesises részletek nem maradtak vissza. Az átültetett csont maradandó életű, ha a kellő mechanikai viszonyok a megterheltetését, igénybevételét biztosítják. E nélkül a csont lassankint felszívódik. Az átültetett csont ilyetén életére csakis akkor számíthatunk, ha a begyógyulás per primam történt. Begyógyulhat a csont granuláló, sőt genyedő sebekbe is, de ilyenkor csakis mint idegen test szerepel, a mely szervül s részlegesen el is pusztul. Előzően sipolyos, tályogos esetek transplantatiójakor ezért a prognosis kétes s így mindig csak kisérlet értékével bír. A csontátültetés indicatióit a csontpathologia legkülönbözőbb fejezetei adják.

(VII. rendes tudományos ülés 1912 február 24.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

A bárzsingba átfúródott légcsősyphiloma.

Basch Imre: Az 51 éves hivatalnok, a kin gégeorvosa január hó 30.-án gumma nasopharyngeale l. d.-t állapított meg, a mely diagnosist az ezután végzett erősen positiv Wassermann-reactio is megerősítette, azért keresett fel, hogy sürgős gyógykezelés végett a vezetésem alatt levő közkórházi osztályra felvegyem.

A beteg tagadta, hogy valamikor is luese volt. Jelen baja 6 hó előtt kezdődött azzal, hogy orrában és nyeléskor a torkában kellemetlen érzései voltak. Ezért akkor orrszakorvoshoz fordult, a ki a beteg állítása szerint polypust távolított el jobb orrüregéből.

Erre kissé javult, de csakhamar újból jelentkeztek az előbbi kellemetlen érzései, melyek lassan annyira fokozódtak, hogy három hét előtt szilárd táplálékot már nagyon nehezen tudott nyelni. Végre 6 nappal ezelőtt, midőn már 4 nap óta semmiféle, még folyékony táplálékot sem tudott lenyelni, gégeorvost keresett fel, ki az emlitett kórjelzéssel hozzám küldte. A beteg egyszermind elmondja, hogy 4 nap óta csak vizet s abból is csak keveset tud lenyelni, mert legnagyobb része köhintéssel visszakerül.

Az előbb említett orrgaratürbeli gummát leszámítva, melynek alsó, egyenetlen széle a jobb arcus palatinus felemelése alkalmával látható, a bőrön semmiféle luesre jellegző tünetet sem találtam. A mellkasi szervek kopogtatási viszonyai rendesek, hallgatózásra a tüdők felett elszórtan itt-ott néhány nagyhólyagú szörtyzörej hallható. A szív és a nagyerek hangjai tiszták. Brachialis, illetőleg cubitalis pulzálás nem volt.

Az érverés 84, a hőmérsék d. u. 4 órakor 37·8°.

Ezek alapján felvettem a beteget a vezetésem alatt levő osztályra február 5.-én és tekintettel arra, hogy

1. más panasz híján a nyelési nehézségek magyarázatára elegendőnek látszott az orrgaratürbeli gumma,

2. a csekély hőemelkedés, mint gummánál gyakori jelenség, avval oki összefüggésbe volt hozható,

3. a tüdőben, a szívben és nagyerekben oly elváltozás, mely a salvarsannak akár intravenás alkalmazását is ellenjavalta volna, nem volt kimutatható,

4. a táplálkozás teljes hiánya folytán pedig fennállott az absolut indicatio a leggyorsabban ható beavatkozásra:

február 6.-án d. e. 10 órakor 0·40 gr. salvarsant adtam 180 cm³ átlátszó, tiszta, nagyon gyengén alkális oldatban intravenás infusioképpen.

A betegnek d. u. 2 órakor 39·6°, 4 órakor 39·2°, 6 órakor 38·7°, 8 órakor 38° volt a hőmérséklete. Hányása nem volt, de többször volt hasmenése. Éjjel többször gyenge köhögéssel ébredt fel. Másnap reggel azonban állapota válságosra fordult, a mennyiben cyanosisa, kihagyó, később fonálszerű és kihagyó érverése volt. Hőmérséklete reggel 8 órakor 39°, 10 órakor 39·1°, 12 órakor 36·4°, d. u. 2 órakor 39·8° s utána néhány perczczel bekövetkezett a halál.

A beteg mindvégig eszméletén volt; még d. e. 11 órakor, midőn újabb intravenás coffein- és digalenbefecskendezés után kissé jobban érezte magát, elmondta, hogy a vizet le tudja ugyan nyelni, de alig hogy lenyelte, egy köhintéssel visszajön, úgy hogy ennek alapján kifejeztem abbeli gyanumat, hogy az sem lehetetlen, hogy az oesophagusban is van lueses elváltozása.

Tekintettel arra, hogy a magas hőmérsékleten kívül, teljes eszmélet mellett, a kihagyó s fokozatosan gyengülő érverés volt a legfeltünőbb jelenség, arra kellett gondolnom, hogy a betegnek objectiv vizsgálati módszereinkkel fel nem ismerhető myodegeneratiója volt, mely a salvarsannak intravenás alkalmazásával szemben ellenjavalatnak tekintendő.

Az autopsia azonban kiderítette, hogy a szív izomzata teljesen ép, az agyban s egyéb szervekben arsenmérgezésre való tünetek nincsenek.

Ellenben volt a betegnek trachealis harmadlagos lueses fekélyes folyamata, mely áttörte a légcső és a szomszéd bár-

zsing falát s ennek folytán a bárzsingba jutott ételrészek a légcsőbe kerültek s a beteg tulajdonképpen ambulans bronchitis putridában szenvedett, melyhez bronchopneumoniák társultak; a salvarsaninfusio előtti napon észlelt csekély hőemelkedés nem a nasopharyngealis gumma, hanem a bronchitis tünete volt.

A bonczolástani diagnosis: Syphilis in stadio tertio. Gummata exulcerata tracheae cum perforatione ad oesophagum. Tracheobronchitis putrida, bronchopneumoniae partim gangraenescentes. Orchitis interstitialis l. sin. Rhinitis fungosa cum propagatione ad mucosam sinus sphaenoidalis. Hypertrophiae glandul. lymphatic. peribronchialium.

Pertik tanár szívessége folytán bemutatom a trachea elváltozását: A trachea középtáján ötkoronányi szabálytalan szélű fekély van, melynek szélén a nyálkahártya helyén vastag fungosus sarjszövet látszik. A fekély közepén koronányi anyaghiány, melynek széle sárgásan szürkés színű s tulajdonképpen nem más, mint az oesophagusnak a perforatiós nyíláson át behajló nyálkahártyája. A perforatio széle az oesophagus felől nézve sima, halvány. A tracheában a bifurcatio fölött még három lemeztelenített porczgyűrű ismerhető fel.

Lueses elváltozások láthatók még az aorta ascendensen. Az aorta általában tág, az arcusnak a pars descendensbe való átmenete helyén sajkaszerűen kiboltosul. Fala, főleg intimája megvastagodott s rajta körülírt, lencsénél nagyobb, fehéres, kemény, lapos kiemelkedések vannak lapos, kénsárga foltok mellett.

„Az agyburkok fehéres színűek, átlátszatlanok, a környéki erek, főleg az agyalapiak, rigidek, lefolyásukban sárgásfehér megvastagodások. A bal herében a Highmor-testből sugarasan elágazódó heges csíkok láthatók."

A trachea lueses harmadlagos elváltozásai *Gerhardt* szerint 3 szakba oszthatók: az irritatiós, az állandó stenosisos és a suffocatiós stadiumba.

Ez az eset még az első stadiumba tartozik, a mikor még sem stenosis, sem suffocatio tünetei nem mutatkoznak.

Jelen esetben, minthogy a betegnek a trachea localis bántalmára gyanut keltő semmi panasza sem volt, annál kevésbé lehetett a helyes kórjelzést megállapítani, mert a nyelési nehézségek a nasopharyngealis gummából magyarázhatók voltak.

Trachealis syphiloma áttörése a bárzsingba nagy ritkaság számba megy s kivéve néhány esetet, mindig csak a sectio útján derült ki. Bár esetemben salvarsan nélkül is bekövetkezett volna a halál a nyelési pneumonia folytán s bár a bonczoláskor arsenmérgezésre utaló lelet nem volt megállapítható, mégsem lehet elzárkózni azon feltevés elől, hogy a salvarsan a halálos kimenetelt siettette.

Tévesnek tartanám azonban azok felfogását, kik ezen esetet annak bizonyítására akarnák felhasználni, hogy a salvarsan intravenás infusiója életveszélyes eljárás. Jelen esetben, feltéve, hogy in vivo is meg lehetett volna állapítani a helyes diagnosist, minthogy az eddig közölt ilyen esetek mind halálos kimenetelűek voltak, mint ultimum refugium a salvarsan-infusiót mégis meg kellett volna kisérelni.

Dollinger Gyula: Egy 28 éves férfit küldött *Donogány Zakariás* tagtárs a klinikára, a ki előadta, hogy már 1902-ben mutatkoztak bal kulcscsontja felett nyirokmirigytályogok, a melyeket annak idején megnyitottak és a melyek azóta meggyógyultak. 1903 augusztus havának eleje óta köhög. A hozzászóló szeptember végén vizsgálta meg. A fennálló rekedtséget baloldali hangszalagbénulás okozta, a köhögés okául pedig gégetükörrel egy sipolynyílást talált, a mely mélyen a tracheában baloldalt a légcsövet a bárzsinggal kötötte össze. Az oesophagoskoppal való vizsgálat kimutatta, hogy a sipoly, a mely a bárzsing felől is jól látszott, 25 cm. távolságban van a felső fogsortól. A nyelési kisérletek rögtön köhögésingert váltottak ki. A beteg táplálkozni nem tudott és nagyon el volt gyengülve. Hogy a táplálkozás lehetséges legyen, gyomorsipolyt készített a betegnek és ezen át táplálták, de azalatt a tüdőbeli tünetek súlyosbodtak és a beteg 19 nappal a gastrostomia után tüdőüszök tünetei között meghalt.

A bonczolás kimutatta, hogy a légcső, különösen baloldalt, a 6. légcsőporcz alatt, $5^1/_2$ cm. hosszúságban és $3^1/_2$ cm. szélességben kifelé van öblösödve és ezen helyen egy 19 mm. hosszú és 5 mm széles átfúródás van a légcső és a bárzsing között.

A nervus recurrens vagi a bal oldalon a fekélyt nagy kiterjedésben körülvevő hegben nagy darabon tönkrement. A baloldali m. cricoarytaenoideus sorvadt. A halál-ok nyelési pneumonia volt. Idejekorán végzett gastrostomiával ezt meg lehetett volna talán akadályozni és ekkor szóba kerülhetett volna a sipoly plastikai zárása.

Polyák Lajos: A bemutató által említett beteg nálam jelent meg és nyelési nehézségről panaszkodott. Ennek a panasznak kielégítő okát találtam az oralis és nasalis pharynxban levő, 10×18 mm.-nyi, erősen kiemelkedő, környékén mélyen kivágott fekélyben. Gyengén volt táplálva. Nem gondoltam, hogy másutt is van elváltozása.

Azt hiszem, hogy oesophagusbeli gumma esetében az oesophagoskopia kerülendő, mert a szakadékony szövetben könnyen támadhat perforatio és ezért — mint *Dollinger* említette — gastrostomia, antilueses kúra és utána a perforatio operatiója jöhet szóba.

Donogány Zakariás: A *Dollinger* által említett esetet a szóló látta először, mikor vidékről felhozták. Nehezen lélegzett a beteg, erős köhögésinger bántotta és fekélye gyanus volt. Recurrens-bénulása volt és érzőideg-bénulása is. *Dollinger* klinikáján kiderült az oesophagobronchialis lueses eredetű sipoly.

Két ilyen esetet látott a szóló. Mindkettő lueses volt, de a tuberculosis is okozhat hasonló elváltozásokat.

Kopasz fejbőrnek hajjal való ellátása. Hajbeültetés. Hajimplantatio.

Székely Ferencz: Az eljárás lényege az úgynevezett rögzítőhorog, melylyel a hajat a fejbőrben állandóan rögzíthetjük. Számításba jön az a csekély rögzítő erő is, melyet a szúrt csatornának a felhámról betüremkedő sejtek által való benövése hoz létre. Hajszálvékonyságú, 0·05 milliméter átmérőjű aranysodronyból szabad szemmel alig látható, füllel biró kis horgot készítünk. Ezen fülbe, mely éppen csak hogy egy hajszálat fogad be, tetszésszerinti hosszúságú hajszálat fűzünk be, úgy hogy azt középen kettéhajtjuk, miáltal kettős hajjal ellátott horgot nyerünk. Ezen hajjal ellátott horgot rövidhegyű, igen kis lumenű Pravaz-tűbe húzzuk be olyképp, hogy a horog a tű csúcsán kivül lefelé néz a tű conusa felé, míg a hajjal ellátott fül a lumenben foglal helyet, közvetlen a csúcs mellett, úgy, hogy abban könnyen mozogjon, bele ne szoruljon. Az ekképp előkészített tűvel a hajnak a fejbőrben való elhelyezése következőképpen történik: Az előzőleg gondosan sterillé tett és érzéstelenitett fejbőrbe a conusánál fogott tűvel kissé beszúrunk merőlegesen, majd a tűt kissé oldalt hajlítva, mélyen előretoljuk a bőr alatti kötőszövetbe és ott vele 180°-os fordítást végzünk. Ezután a tűt óvatosan kihúzzuk a fejbőrből, míg a horog a kötőszövetbe kapaszkodván, a hajat a fejbőrben fogja. A 180°-nyi elfordítását a tűnek azért végezzük, hogy a horgot az ellenkező oldalra helyezve, megakadályozzuk a bevitele alkalmával létrejött bemeneti csatornáján való esetleges visszajutását. Milliméternyi távolságra szúrva be, egy négyzetcentiméternyi területen 100 szúrással 200 hajszálat helyezhetünk el. A fejbőr beültetése ülésenkint történik; egy ülésben 200—250 szúrással 400—500 hajszálat ültethetünk be $^1/_2$—$^3/_4$ óra alatt. Érzéstelenítés és vértelenítés czéljából tonogenes $1^1/_4\%$-os novocain-oldatot használunk, melyből egy ülésben 2—$2^1/_2$ köbcentiméternyit fecskendezünk be. A beültetett hajzat mosható, kefélhető, fésülhető s az illető saját hajzatától absolute meg nem különböztethető.

Havas Adoll: Az elpusztult haj pótlását implantatióval már többen megkisérelték. Igy 1875-ben Münchenben *Schweninger*, ki tisztán sarjadzó sebfelületekre gyökhüvelylyel ellátott szőrszálakat helyezett. A 7 kisérlet közül 2 esetben egy, illetőleg két szőrszál fixálódott.

1898-ban Konstantinápolyban *Menakem Hodara* a favus után keletkezett kopasz hegeket, a heg egész vastagságán keresztül scarifikálta és az ily módon előkészített területre egy-két centiméter hosszú, rézsutosan levágott hajdarabokat hintett. Ezen hajdarabok közül egyesek *Hodara* merész phantasiája szerint nemcsak fixálódtak, megeredtek, hanem nőttek is és mi több, hajszemölcs és faggyumirigy is képződött hozzájuk. *Hodara* ezen észleletét mikroskopi készitmények után készült ábrákkal is igazolta. Felbuzdítva az ábrákkal illustrált gyönyörű eredmények által, 1899-ben én is kisérletet tettem, de ez nem sikerült, a mint azt annak idején a közkórházi orvostársulatban demonstráltam is. 1906-ban *Kapp* Berlinben oly módon akart hajat implantálni, hogy a *Kromayer*-féle homorúkéssel hajszálakat gyökerestül kimetszett és ezeket ugyancsak ilyen, villamos árammal hajtott homorúkéssel készített nyilásba a kopasz helyen beillesztette. Ily módon sikerült neki hajszálakat átültetni. Ezek közül állítólag 80% fixálódott, sőt tovább fejlődött. A felsorolt eljárások közül *Scheweninger*-é és *Hodara*-é csak mint curiosum említhető fel, *Kapp*-é pedig, bár realis alappal bir, absolute kivihetetlen, mert honnan veszszük a hajszemölcscsel ellátott több ezer hajszálat, azért ezen mód csak igen kis területen lenne végezhető.

Nagy haladás ezekhez viszonyítva *Székely* kartárs hajbeültetés módszere, a mely nemcsak rendkívül érdekes, hanem értékes eredményt

is tud felmutatni. Az elv az, hogy nem növeszteni akarja a hajat, hanem az idegen szőrszálat lehorgonyozza, fixálja a bőrbe. A hajszál fixálására egyszerű, de elmés módot használ: a hajszálat igen vékony aranyhuzal kacsba fűzi, ezt egy Pravaz-tűbe behúzza, oly módon, hogy a hajszállal armirozott kacs körülbelül a tű hegyéig előhuzatik, majd az aranyhuzal a tű külső felületére visszahajtatik és körülbelül 2—3 milliméternyire levágatik. Ily módon horog képződik. A tű a hajszállal felszerelve az alkalmazás előtt sterilezve lesz. A beültetendő felület érzéstelenítő szerrel érzéstelenítettek. Az érzéstelenítő folyadék által az érzéstelenitett részben a kötőszövet fellazul. Ezen fellazult szövetbe szúrja bele most *Székely* a hajszállal armirozott tűt. A tű visszahúzása alkalmával a tűn levő visszahajtott aranyhuzal-részlet beleakad a kötőszövetbe és így a visszahúzott tűből a hajszál mintegy odahorgonyozva a szúrás helyén marad. A további folyamat nézetem szerint a következő: A bőrbe vagy a bőr alá vitt steril huzalkacs és hajszál körül az erőműi behatás következtében körültokoló sklerotizáló gyuladás jön létre, a mely a horoggal már fixált hajszálat még jobban rögzíti, a szúrtcsatorna pedig a bőr felületéről benyomuló hám által kibéleltetik. A hajszál kétségtelenül rögzítve van és most az az egyik kérdés, hogy a bevitt hajszálat nem emésztik-e föl a szövetnedvek vagy nem törik vagy szakad-e el a kacsban levő részen? Erre nézve azon felvilágosítást adhatom, hogy esetet mutattak be nekem, a melyben a hajszálak beültetése öt, illetve másfél év előtt történt és azok még mindig sértetlenül ott vannak és tökéletesen fedik a kopasz fejet. A másik kérdés, hogy az aranyhuzal nem okoz-e kellemetlenséget vagy fájdalmat a bőrben? Erre nézve azt a feleletet adhatom, hogy én az osztályomon kezelt beteg beültetett fején néhány nappal a beültetés után sem nyomással, sem ütéssel nem tudtam előidézni kellemetlen érzést.

Mindezek után a *Székely* kartárs által alkalmazott hajbeültetési módszert nagy haladásnak tartom úgy kozmetikai, mint hygienés szempontból, mert nagyterjedelmű kopasz felületeket, sőt az egész fejbőrt is (20.000—100.000 hajszált) be lehet vele ültetni.

Ritka nagyszámú orrpolypusok.

Baumgarten Egmont: Ilyen nagyszámú orrpolypusokat most már igen ritkán lehet észlelni, csak a régi tankönyvekben találunk róluk feljegyzéseket. A bemutatott beteg 18 éves korában operáltatta magát vidéken orrpolypusok miatt, de 26 év óta nem törődött velük, míg végre fejfájása miatt eljött a poliklinikára. Az orr gyermekökölnyi volt, az orrhát lapos és széles. Az orrpolypusok annyira megnőttek, hogy bal oldalon az os nasale a processus nasale-tól annyira eltávolodott, hogy az így támadt barázdába be lehet fektetni a kis ujjat, az os lacrymale pedig babnagyságban elődomborodik. A két orrüreg teljesen ki volt töltve polypusokkal, a kiirtott polypusok egy félliteres üveget megtöltöttek. Több mint egy hónapig tartott a kiszedés, pedig majdnem naponta szedtem ki több mint 10—12 polypust. Most az orrüreg szabad, igen tág, a középső kagylók a külső falon mint lapos lemezek láthatók, a mi szintén a polypusok nyomásának következménye.

(Folytatása következik.)

Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat.

(Évi közgyűlés 1912 márczius 27.-én.)

Elnök: **Tóth Lajos.** Titkár: **Székely Ágoston.**

1. Az elnök a következő beszéddel nyitotta meg az ülést:

Tisztelt közgyűlés!

A lefolyt évvel bezáródott társulatunk tevékenységének legutóbbi hat éves cyklusa.

Ebben a cyklusban is minden igyekezetünk odairányult, hogy tagtársaink igényeit minél jobban és minél bőségesebben kielégítsük. Ha ez nem sikerült még olyan mérvben, a minőben magunk is óhajtottuk volna, azt egyrészt nem az igazgatótanácson mult külső körülmények, másrészt pedig társulatunk korlátolt anyagi eszközei okozták.

Hogy törekvésünk a haladás fe'é nem volt meddő és tagtársaink körében igyekezetünk méltánylásra talált, azt abból az örvendetes körülményből véljük jogosan következtethetni, hogy az új cyklusban társulatunk tagjainak száma örvendetesen megszaporodott.

Mult évi közgyűlésünkön tartott megnyitó beszédemben a magyar orvosi tudományra és a magyar orvosképzésre két igen nagy horderejű mozzanatról számolhattam be, t. i. az egyetemek tervbe vett szaporításáról és az orvosi továbbképzés intézményes meghonosításáról.

Az elmult év mind a két irányban eredményes volt, mert Ő cs. és ap. kir. Felsége két új egyetemnek Pozsonyban és Debreczenben felállításához hozzájárulni kegyeskedett, a törvényhozás az e czélra szükséges hitelek első részletét engedélyezte és reméljük, hogy mielőbb megszavazza a két egyetem felállítására vonatkozó, az országgyűléshez már benyujtott törvényjavaslatot is.

Az orvosi továbbképzés ügye is nagyot haladt, mert az orvosi továbbképzés központi bizottsága által az állam támogatása mellett rendezett tanfolyamok szép sikerrel megindultak és minden feltétel megvan arra, hogy ez az orvosi rendre és a közegészségügyre nagyjelentőségű intézmény az elvetett magból a kormány és az orvosi rend támogatása mellett terebélyes gyümölcsöző fává fejlődjék ki.

Abban a reményben, hogy orvosi kulturánk terén és társulatunk életében a beköszöntő évben is eredményes és üdvös haladásról fogunk megemlékezhetni, a lelépő igazgatótanács nevében az iránt nyilvánitott bizalmat megköszönve, társulatunk 48. közgyűlését ezennel megnyitom.

2. A titkár felolvassa az igazgató-tanács jelentését.

Tisztelt közgyűlés!

A midőn az alábbiakban a tiszelt közgyűlés elé terjesztjük a társulatunk elmult évi munkásságát vázoló jelentésünket: egyben röviden beszámolunk az elmult évvel befejeződött VIII. cyklusunkról is. Tekintettel arra a körülményre, hogy közbejött elháríthatatlan akadályok miatt két kötet kiadványunkkal még hátralékban vagyunk: úgy az elmult év, mint az egész cyklus vagyoni pontos elszámolását még nem terjeszthetjük elő; azt azonban már most is jelenthetjük, hogy noha a nyomdai árak tetemesen emelkedtek és a M. T. Akademia évi 2000 K. segélyét kedvezőtlen anyagi körülményeire hivatkozással néhány év előtt 1000 K.-ra csökkentette, sikerült megtartanunk társulatunk vagyoni egyensúlyát, még pedig egyrészt tagjaink számának tetemes emelkedése révén, másrészt pedig azáltal, hogy kiadványaink némelyikének előállítására tetemesen kisebb összeget kellett fordítanunk egyik-másik könyvkiadó-czéggel való együttműködésünk útján s hogy a Magyar Orvosi Archivumot a cyklus utolsó évében már nem mi adtuk ki, hanem csak segélyeztük, a mi évenként szintén 2000—3000 K. megtakarítást jelentett.

A mi mindenekelőtt az 1911. évet illeti: tagjaink megkapták *Kenyeres Balázs* dr. kolozsvári egyetemi tanár „Törvényszéki orvostan“ czímű munkájának III., befejező kötetét, a mely VII és 530 lapra terjed és társulatunk kiadványainak 107. kötetét alkotja.

Nem a mi feladatunk, hogy biráljuk e munka értékét. Bátran állithatjuk azonban, a róla már eddig megjelent nagyon kedvező ismertetések alapján is, hogy tagjainknak szolgálatot tettünk a kiadásával, mert alkalmas arra, hogy kellemes, szinte szórakoztató olvasmány alakjában megbizhatóan gazdagitsa ismereteiket. A munka mindenesetre nagy fokban hozzájárult azon egyik törekvésünk megvalósításához, hogy orvosaink a fáradságos mindennapi munkájukból megmaradó kevés időből szivesen fordítsanak egy részt orvosi munkák olvasására.

1911. évi másik két kiadványunk (a szemészet kézikönyvének IV. kötete, valamint a klinikai haematologia) közbejött akadályok folytán nem jelenhetett még meg, a nyár folyamán azonban okvetlenül elkészül, a mikor is pótlólag megküldjük tagjainknak.

Tagjaink az 1911. évben is megkapták a Magyar Orvosi Archivumnak kéthónapoként megjelent füzeteit, a melyek összesen 484 oldalon 22 szerzőtől 27 eredeti dolgozatot tartalmaznak. Az Archivum függelékként ez évben is hozta az előző év magyar orvosi irodalmának ismertetését *Győry Tibor* dr. egyetemi magántanár gondos összeállításában.

Tagjaink száma a cyklus utolsó évében természetesen nem növekedhetett lényegesen; némi emelkedés azonban volt, úgy hogy az 1911. évet 1136 rendes taggal zárhattuk le. Alapító tagjaink száma egygyel szaporodott (a budapesti egyetem I. sz. sebészeti klinikája).

A mi már most az egész cyklust illeti: kiadványaink a hat év alatt 16 kötetben 11 munkából állanak, névszerint a következőkből:

1. *Lejars:* Sürgős sebészeti műtétek.
2. Dolgozatok *Purjesz Zsigmond* negyedszázados tanári működésének emlékére.
3. *Semmelweis* összegyüjtött munkái.
4. *Krehl Ludolf:* Kórélettan.
5. *Dollinger Gyula:* A csipőizület gyuladása, merevsége és zsugorodása.
6. *Török Lajos:* A bőrbetegségek felismerése és gyógyítása.
7. *Heim Pál* és *Preisich Kornél:* Általános haematologia.
8. *Körner Ottó:* Fülorvostan.
9. *Grósz Emil* és *Hoór Károly:* A szemészet kézikönyve. 4 kötet.
10. *Kenyeres Balázs:* Törvényszéki orvostan. 3 kötet.
11. *Jancsó Miklós, Körmöczi Emil* és *Elfer Aladár:* Klinikai haematologia.

Ezenkívül tagjaink megkapták a Magyar Orvosi Archivum hat évfolyamát.

Az elmult cyklusban alapító tagjaink száma 7-tel szaporodott. Sokkal örvendetesebb szaporodást tüntet fel rendes tagjaink száma, a mennyiben a 700 rendes taggal megindult cyklus 1136 rendes taggal záródott (az előző cyklus utolsó éve tagjainak száma 731 volt). És még örvendetesebb az, hogy a folyó évvel kezdődő új cyklus 1352 rendes taggal indul meg, vagyis 6 év alatt tagjaink száma körülbelül megkétszereződött. A 6 év előtt újonnan megalakult igazgató-tanács tehát híven betartotta a hivatalának átvételekor hangoztatott azon fő feladatát, hogy a társulat iránt az érdeklődést nagyobb mértékben iparkodik felkelteni.

A új cyklus első éveire már nagyban készülnek kiadványaink, még pedig *Tauffer Vilmos* és *Tóth István* gynaekologiája, a *Dollinger*

Gyula és iskolája által megírandó gyakorlati sebészet, továbbá az általános és részletes klinikai diagnostika, melyet *báró Korányi Sándor* felügyelete mellett a budapesti egyetem III. belklinikájának segédei készítenek. A további években is törekvésünk lesz főleg oly munkákat adni, a melyekkel csakugyan kielégíthetjük társulatunk tagjai zömének gyakorlati irányú igényeit.

Költségelőirányzatunk az 1912. évre a következő:

Bevétel.

1. Tagdíjak	20000.—
2. Értékpapirok szelvényei	5340.—
3. Időközi kamatok	300.—
4. M. T. Akadémia segélye	1000.—
5. Régi kiadványokért	1360.—
	28000.—

Kiadás.

1. Bankköltség	80.—
2. Lakásbér	200.—
3. Pénzbeszedés	260.—
4. Szolgailletmény	40.—
5. Titkári kiadás	150.—
6. Tagilletmény szétküldése	650.—
7. Évi jelentés és egyéb nyomtatványok	600.—
8. M. Orv. Archivum segélye és szétküldése	2200.—
9. Könyvilletmény előállítása	22300.—
10. 5% tőkésítés	1270.—
11. Vegyes kis kiadás	250.—
	28000.—

Végül szomorú kötelességet teljesítünk, a mikor a mult év közgyűlése óta elhunyt tagjainkról emlékezünk meg kegyelettel. Alapító tagjaink sorából ismét hárman dőltek ki: *Bakody Tivadar*, *Barbás József* és *Kerkápolyi Gyula*. Rendes tagjaink közül pedig meghalt: *Báron Jónás* (Budapest), *Berényi Gyula* (Esztergom), *Grünwald Mór* (Budapest), *Hirschler Ágoston* (Budapest), *Izsó Lajos* (Jászladány), *Mende Lajos* (Pécs), *Nagy Sándor* (Sepsiszentgyörgy), *Póka Dezső* (Brassó). *Senka József* (Kassa), *Somogyi Zsigmond* Paks), *Szalay Béla* (Budapest)

3. A választások eredménye a következő: elnök: *Tóth Lajos*; alelnökök: *Jendrássik Ernő* és *Dollinger Gyula*; 1. titkár: *Székely Ágoston*; 2. titkár: *Scholtz Kornél*; pénztárnok: *Vermes Lajos*. Az alapszabályok értelmében kilépett igazgatótanács-tagok (budapestiek: *Hegedűs János*, báró *Korányi Sándor*, *Navratil Imre*, *Réczey Imre*; vidékiek: *Kenézy Gyula*, *Konrád Márk*, *Petz Lajos*, *Szabó Dénes*) újból megválaszttattak. Uj igazgatósági tag lett: *Lechner Károly*.

4. *Koller Gyula* dr.-t, a társulatnak évtizedeken át első titkárát, majd alelnökét, a társulat körül szerzett érdemei elismeréséül a közgyűlés tiszteletbeli taggá választotta.

5. *Rákosi Béla* indítványát az orvostudomány évenkénti haladását ismertető kiadvány tárgyában a közgyűlés az igazgatótanácshoz utasította.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1912 márczius 16-án tartott VII. szakülés.)

Elnök: **Klumák Adolf.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. **Hevesi Imre: Gyermekkori osteoarthritis coxae deformans.** A 8. évében levő fiúgyermeknek $^1/_2$ évvel ezelőtt kezdett fájni a jobb csípője. Trauma vagy más betegség nem előzte meg a bajt, mely lassankint fejlődött. Járni tudott, de közben feküdt is.

Koponyáján, mellkasán, bokáin rachitis nyomai; *Hutchinson*-fogak. Jobb lábára sántít; jobb csípőizületben mérsékelt hajlítási, távolítási és kifelé forgatási contractura. Passivus mozgások: flexio 55°-ig, extensio 150°-ig; abductio 120°-ig, adductio 85°-ig; rotatio kifelé feszítésben 30°-ig, hajlításban 45°-ig lehetséges; befelé nem lehet rotálni.

Crepitatiót nem érezni, a mozgatás és nyomás fájdalmat nem okoz; a subinguinalis árokban a megvastagodott fejecs és ízvápakarima érezhető. A beteg végtag $^1/_2$ cm-rel hosszabb a másiknál. Röntgen-képen az ízvápa szélesedett, fenekc megvastagodott, körvonalai egyenetlenek. A fejecs és a nyak tetemesen megvastagodott, az epyphysis lelapult, elterült, egyenetlen, az epiphysisporcz szabálytalan. Az egész árnyék kevésbé intensivus, mint az ép oldalon. Nyak és test mindkét oldalon 140° szöget zár be.

Az esetet az teszi érdekessé, hogy trauma, lobtünetek vagy előző gümős coxitis gyanuja nélkül az osteoarthritis deformans képének megfelelő elváltozásokat találunk oly fiatal gyermekkorban, a melyben a szerzők legnagyobb része a baj idiopathiás előfordulását kétségbevonja. A Wassermann-vizsgálat eredménye még bevárandó.

II. **Deák István: Acut (apoplexiás) bulbaris paralysis esete keresztezett hemianaesthesiával.** A 34 éves férfi február hó 22.-én kereste fel klinikánkat azzal, hogy 6 nap előtt reggel, a mint fel akart kelni, nagyon elszédült s e miatt ágyába visszaesett, az eszméletét azonban nem vesztette el. Majd később, mikor enni próbált, észrevette, hogy nem tud nyelni, a falat visszajön a torkáról; aztán feltünt neki az is, hogy a jobb alsó s felső végtagjával nem érzi meg a meleget s hideget s a test jobb oldalán nem érez fájdalmat, ha megcsípik. Ugy érezte az egész jobb oldalát, mintha megdermedt volna, az ágyban azonban egészen jól tudta mozgatni a végtagjait, majd mikor beszélni kezdett, a hangja rekedtnek tűnt föl előtte. A szédülés még pár napig tartott, ezért ágyban kellett maradnia, azóta pedig csak keveset szédül. A szájban állandóan keserű ízt érzett. Az ínyvitorla bal oldalon petyhüdten lóg, gyengébben mozog. Az uvula nyugalmi állásban is jobbra húzódott, ez még jobban látszott nyelési mozgáskor. A bal elülső és hátulsó garatív lejebb áll, mint a jobb, nyelési reflex alkalmával is csak a jobb oldalon emelkedik. A bal hangszalag nem mozog kellően. A bal arcz- és homlokfélen thermoanaesthesia és analgesia. A test jobb felén, a jobb alsó és felső végtagon a hő- és fájdalomérzés szintén hiányzott.

III. **Hatiegán Gyula: Cholecystitis, cholangitis, colibacillosis esete.**

Hozzászól: *Szabó Dénes*.

IV. **Kappel Izidor** és **Purjesz Béla: Adatok az emberi vérsavó törés-indexének változásához a különböző fertőző megbetegedésekben.** Skarlát, diphtheria, pneumonia crouposa, typhus abdominalis és erysipelas 50 esetében végeztek sorozatos refractometriás vizsgálatokat másodnaponként és arra az eredményre jutottak, hogy mindegyik fertőző megbetegedésben a vérsavó törésindexe és a vele kapcsolatos százalékos fehérjemennyiség lényegesen függeni látszik a beteg hőmérséki viszonyaitól. A lázas időszakban mindig alacsony törésindexet kaptak, a láztalan napokon magasabbat. A szövődmények csak akkor vonták maguk után a törésindex csökkenését, ha egyidejűleg hőemelkedés is volt.

(VIII. szakülés 1912 márczius 23.-én.)

Elnök: **Davida Leó.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

Marschalkó Tamás és **Veszprémi Dezső** előadása: **Klinikai és kisérletes vizsgálatok a salvarsan-halálra vonatkozólag.**

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A nagy hőség némely következményéről tartott előadást *de Fleury* a párisi „Académie de médecine“ november hó 7.-i ülésén. Az elmult nagyon meleg nyáron észlelt nagyszámú gyomor-, bél- és májbajt általában a jégbe hűtött italoknak nagy mennyiségben fogyasztására vezették vissza. Az előadó szerint azonban e mellett még más tényezőket is kell szerepeltetni: a nagy meleg az állati eredetű táplálószerek bomlását elősegítette, a mirigyes szerveknek túlságos igénybevétele folytán a szervezet védőeszközeit csökkentette és a túlságos izzadás folyományaképpen a vesék útján kiválasztást erősen kisebbítette. Már pedig a verejtékkel sokkal kevesebb toxikus hatású anyag ürül ki a szervezetből, mint a vizelettel, ennek folytán intoxicatio keletkezik. Nagy melegben tehát az előadó szerint a következő szabályok tartandók be: 1. A diaetában mellőzzük az állati eredetű táplálószereket. 2. Fokozzuk a vérnyomást a vese verőereiben theobrominnal vagy kis adag coffeinnal, hogy ily módon a vese működése nagyobb legyen.

Anorexia mentalis esetét 22 hónapos gyermeken ismertette *Comby* a párisi „Société médicale des hopitaux“ január 26.-án tartott ülésén. A gyermek minden táplálékot visszautasított, úgy hogy a bárzsing-szondán át táplálásához kellett folyamodni és ezt három esztendőn át folytatni; csak ezen idő elteltével szokott hozzá lassanként a normalis úton való táplálkozáshoz.

2301/1912 ikt. sz.

A Szentetornya községben üresedésben levő **községi orvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetek azzal, hogy az állás elnyerését czélzó folyamodványok orvosi oklevéllel és az eddigi alkalmaztatásról szóló bizonyítványokkal felszerelve hozzám **folyó évi április hó 20.-áig** bezárólag benyujtandók.

Az állás javadalma: 1. 1600 korona törzsfizetés; 2. 600 korona helyi pótlék; 3. 300 korona halottkémlési díj; 4. 300 korona fuvarátalány; készpénzben tehát 2800 korona. Továbbá 5. a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak; 6. négy szobából és mellékhelyiségekből álló lakás. A községi orvos kézi gyógyszertár tartására lesz jogosult, a melyből és a környékbeli uradalmaktól számottevő mellékjövedelemre tarthat számot.

Orosháza, 1912 márczius 19.

Bertóthy István dr., főszolgabiró.

2268/1912. sz.

A *Vihnyefürdőben* megüresedett **fürdőorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények Selmecz- és Bélabánya sz. kir. bányaváros törvényhatóságához czímezve Selmeczbányára **f. évi április hó 25.-éig** adandók be. A törvényhatóság bármely időre fenntartotta magának az orvosküldés jogát és így bárha az állást véglegesen tölti is be, a megbízást bármikor visszavonhatja, a megválasztandó orvos ellenben a fürdőidény (május 15 - szeptember 15) alatt állását felmondás esetén sem hagyhatja el mindaddig, míg őt a közönség fel nem menti.

A fürdőorvosnak készpénzfizetés javadalmazása a város részéről nincs, a tulajdonos város csupán természetbeni lakást és az új fürdőházban berendezett rendelőhelyiséget bocsát díjtalanul az orvos rendelkezésére; ezenkívül a fürdővendéglőben a napiárakból 33% engedménye van, esetleg — tetszése szerint — havi teljes ellátást köteles a bérlő adni havi 60 (hatvan) koronáért. Az orvos lakásán adott első tanács vagy rendelés díja 10 (tíz) korona, az orvos lakásán műtét kivételével adott minden további tanács vagy rendelés díja 3 kor.; a fürdőtelepen lakó beteg lakására kért orvosi látogatás, tanács és rendelés (műtét kivételével) első izben nappal 12 kor., éjjel 15 kor., további esetekben nappal 5 kor éjjel 10 kor. Sebészeti beavatkozás, villamozás, fogászati műtét, orvosi massage, vizelet-vizsgálat, gyomormosás stb. külön díjazandó és pedig megegyezés hiányában a mindenkor érvényben levő orvosi díjszabás első fokozata szerint. Szegények gyógykezelése ingyenes.

Selmeczbányán, 1912. évi márczius hó 30-án.

Horváth Kálmán s. k., polgármester.

1451/1912. eln. sz.

A városi „Erzsébet" közkórház szemészeti osztályán lemondás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás — a mely ideiglenes jellegű s egyelőre két évi időtartamra töltetik be — évi 1500 korona, azaz Egyezerötszáz korona fizetéssel, I. osztályú kórházi élelmezéssel s egy elő-, egy fürdő- és egy lakószobából álló természetbeni lakás, továbbá fűtés és világítással van egybekötve.

Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **1912. évi április hó 20. napjának délután 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be.

Végül megjegyzem, hogy a fenti alorvosi állásban eltöltött idő a kötelező orvosi gyakorlat idejébe beszámíttatik.

Hódmezővásárhely, 1912 márczius 20.-án.

Juhász Mihály, kir. tanácsos, polgármester.

1548/1912.

A mezőhegyesi m. k állami ménesbirtokon f. évi május hó 1.-étől, folyó évi november hó 1.-éig terjedő időre egy **kisegitő orvosi állásra** pályázat hirdettetik. Egy koronás bélyeggel és megfelelő okmányokkal felszerelt folyamodványok **folyó évi április hó 24.-éig** közvetlenül a m. kir. állami ménesbirtok igazgatóságához Mezőhegyesre nyujtandók be. Javadalmazás napi 10 korona napidíj; bútorozott szabad lakás és útiköltségek megtérítése az állás elfoglalása és az alkalmaztatás megszűntével.

A mezőhegyesi m. kir. állami ménesbirtok igazgatósága.

4651/1912. sz.

Trencsén vármegye trencséni közkórházánál megüresedett második **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen nyugdíjképességgel és az alább részletezett javadalmazással egybekötött állást azonnali belépés mellett elnyerni óhajtják, hogy a vármegyei főispán úrhoz czímzett és az 1883. évi I. t.-cz 9. § III. pontjának 2. bekezdésében előirt képesítésről tanuskodó okmányokkal, valamint a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági orvosi és erkölcsi bizonylattal is kiegészített kérvényeiket legkésőbb **f. évi április hó 30.-áig** nyujtsák be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen második másodorvosi évi javadalmazása 2600 K. törzsfizetés, 800 korona lakbér, avagy 3 szoba, konyha, fürdőszoba, éléskamra, pincze, fűtés és világítással ellátott természetbeni lakás és az inspectiós napokon első osztályú élelmezés.

Kelt Trencsénben, 1912. évi márczius hó 29.-én.

Az alispán.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében** szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleirások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

MEDIC. UNIV. DR. PETŐ JÁNOS

rheumás-, izületi betegségek, gyógygymnastika, massage s szivbántalmak szakorvosa.

Nyáron: Balatonfüred. ⊡ Télen: Budapest, VI., Váczi-körút 31. I.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.

ELBERFELD-LEVERKUSEN a/Rh.

Cycloform

szagtalan anaestheticum a sebkezelés részére.

A készitmény nehéz oldhatóságánál fogva tartós hatás, csekély mérgesség mellett.

Kitünően bevált 5 és 10%-os kenőcsben égési sebeknél, fissuráknál, excoriatióknál, ulceratióknál, pl. ulcus crurisnál, pur mint hintőpor.

Nincs nekrosisképződés! Enyhe vasokonstriktorikus és antiseptikus hatás.

Vezérképviselet Ausztria és Magyarország részére:

Friedr. Bayer & Co., Wien, I., Biberstrasse 15

56. évfolyam. **15. szám.** *Budapest, 1912 április 14.*

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: 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.

Szekeres Oszkár: Közlemény az egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos budapesti „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., kir. udv. tanácsos, egy. ny. r. tanár.) A scarlatina kezeléséről a Moser-féle vörheny elleni polyvalens antistreptococcus-serummal. 275. lap.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szt Margit-közkórházból. A csecsemőkori inanitióról. 279. lap.

Porosz Mór: Dolgozat az Uj Szt.-János-kórház kórboncolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.) Adatok a prostata anatomiájához. 282. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Felix Pinkus*: Haut- und Geschlechtskrankheiten. — *Lapszemle. Belorvostan. M. Mirowsky*: A zabliszt-kúrák hatására keletkező vízretentio. — *Elmekórtan*: *O. Juliusburger*: Az adalin hatása morphin- és alkohol-megvonáskor. — *Sebészet: A. Fraenkel*: A tüdősebészet jelenlegi állása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Milne*: A scarlatina kezelése eucalyptus-olajjal. — *Voigt:* Cardialis nehézlégzés és vizenyő. — *Czerny:* Az ürülékek szagtalanítása a betegszobában. 284—287. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 287. lap.

Vegyes hirek. 287—288. lap.

Tudományos társulatok. 289—291. lap.

Melléklet: *Gynaekologia* 1. szám. Szerkeszti: *Tóth István.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos budapesti „Stefánia"-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., kir. udv. tanácsos, egy. ny. r. tanár.)

A scarlatina kezeléséről a Moser-féle vörheny elleni polyvalens antistreptococcus-serummal.*

Irta: *Szekeres Oszkár* dr. klinikai segédorvos.

Eltekintve *Mallory, Gamaleia* és *Prowazek,* továbbá legújabban *G. Bernhardt* vizsgálataitól, kik körülbelül ugyanabban a kórokozóban, egy a protozoonok és a bacteriumok közt helyet foglaló és *Mallory*-féle testnek, *gamalidának, Prowazek* által *chlamydozoonnak* nevezett mikrobában vélik a scarlatina kórokozóját megtalálni, az általános érdeklődés és kutatás tárgya a scarlatinában *Löffler* óta a streptococcus volt. *Löffler* mutatta ki először 1884-ben a tonsillákon, a környéki mirigyekben, valamint a nyirokutakban és vérerekben a *Fehleisen*-féle streptrococcust. Utána aztán a vizsgálók egész serege megerősítette kutatásainak eredményét s talált streptococcust a scarlatinás térdizületi gyuladás által előidézett genyben, a vérben, a szervekben és különösen állandó leletként a scarlatinás anginákban. A mi e streptococcusok szerepét a scarlatina aetiologiájában illeti, mind a mai napig két nézet áll egymással szemben. Az egyik szerint a scarlatinát egy eleddig ismeretlen virus okozza, mely a streptococcusok megtelepedésének, a torokképletekbe való bejutásának és a helybeli hatása érvényre jutásának kedvező talajt biztosít; szóval a streptococcus csak mint *másodlagos* fertőzés-előidéző szerepelne. A másik felfogás a scarlatinát *tiszta streptococcus-fertőzésnek* tartja. Az egyik táborban vannak, élükön *Heubner*-rel, *G. Crooke, Fraenkel, Slawyk, Raskin, Salge, Kassowitz* és mások, míg az utóbbit főként *Klein, Babes, Soerensen, Class, Baginsky, Sommerfeld* képviseli.

* Minden jog fentartva.

Azok, a kik tagadják a scarlatina streptrococcusos eredetét, felhozzák, hogy épp a foudroyans scarlatinákban, hol a kórokozó természete szerint pedig nagyon bőven kellene találni streptococcust, egyáltalában nem, vagy csak jóval kisebb mennyiségben lelhetők fel, mint a sepsises, a *Heubner* szerinti másodlagos fertőzéses alakokban. Azonfelül a többi streptococcus által előidézett betegségek nemcsak hogy nem okoznak immunitást, hanem még hajlamosabbá teszik a beteget az újabb fertőzésre, míg a scarlatina legtöbbször tartós, illetőleg állandó immunitást kölcsönöz az egész életre.

Ezzel szemben a tiszta streptococcusfertőzés hívei felveszik, hogy a scarlatinát okozó streptococcus specifikus, a többi féleséggel csak morphologiailag egyezik, míg biologiai sajátságaiban egészen különálló helyet foglal el. Számosan közülök, bár egyesek negativ, sőt ellenkező eredménynyel, az agglutinatio által igyekeztek differenciálni a scarlatina-streptococcust. Egyértelműbb, még pedig positiv irányban egyértelműbb eredményre jutott *Besredka* és *Dopter, Foix* és *Mallein, Spiro-Livierato* és legújabban *Schleissner* a *Bordet-Gengou*-féle complement-megkötés segélyével; azt találták, hogy a vörhenybeteg gyermekek seruma a scarlatina-streptococcus-szal complement-megkötést eredményezett, míg a controlvizsgálatok typhus abdominalisban, diphtheriában szenvedők serumával, valamint az erysipelas-streptococcus-szal végzettek negativ eredményt adtak. *Spät* és *Schleissner* továbbá a bactericidia útján tették szemlélhetővé a különbséget a scarlatina- és a sepsis-streptococcus közt, a menynyiben kimutatták, hogy a scarlatina-streptococcus-szal praeparált tengeri nyúl leukocytát tartalmazó activ vérsavójában a scarlatina-streptococcusok majd kivétel nélkül elpusztultak, a míg az egyéb streptococcus-fajták korlátlanul szaporodtak tovább. Végre ugyancsak *Schleissner*-nek sikerült kimutatni, hogy „a sepsisben megbetegedettek vérében scarlatina-streptococcusoknak megfelelő immuntest egyáltalában nincs, míg a vörhenybetegek serumában szinte kivétel nélkül fellelhető."

Ez a kétféle felfogás érvényesül a scarlatina serothera-

piájában is, mely megkezdődött akkor, midőn *Behring*-nek, majd *Marmorek*-nek sikerült a streptococcus-szal immunizált állatok vérében immuntesteket kimutatni. Az egyik nézet hívei az összes streptococcus-megbetegedések és így az ő felfogásuk szerint a scarlatina streptococcusos alakja ellen is alkalmazták ugyanazt a gyógysavót. Ezek közül *Marmorek* és *Menzer*, kik a streptococcus-egységnek szószólói, egyetlen streptococcus-törzs oltása által nyert serummal dolgoztak, különösen az előbbi nem nagy eredménynyel. Míg *Denis* és *van der Velde*, majd *Tavel*, *Aronson*, *F. Mayer* és *W. G. Ruppel*, követve a már mind általánosabbá vált nézetet, hogy különböző streptococcus-féleség létezik, úgynevezett polyvalens streptococcus-serumokat állított elő többféle streptococcus-megbetegedésből származó streptococcus-törzsek oltása segélyével.

Tisztán scarlatina-ellenes, tehát csak scarlatinás egyénekből vett streptococcus oltása által nyert gyógysavót egyedül *Moser* és utána az ő eljárása szerint a lengyelek (*Bujwid*) és az oroszok készítettek. Ő 1903-ban publikálta 84 kiválogatott súlyos scarlatina-esete kapcsán a serumával elért fényes eredményeit. Közleményét csakhamar követik *Escherich*, *Pospischil*, *Bókay*, *Schaw*, *Zuppinger* és *Bukowszky* czikkei, melyekben *Moser* észleleteit megerősítve, lelkesedéssel nyilatkoznak a serum hatásáról. A későbbi, főképp azonban a németországi szerzők részéről már jóval kisebb elragadtatás mutatkozik. Így magán a bécsi gyermekklinikán *B. Schick*, bár nem tagadja a serum specifikus voltát, a localis tünetekre és complicatiókra való hatását minimalisnak mondja. *Heubner*, *Ganghofner*, *Mendelsohn*, továbbá *Garlipp* egyenesen kétségbe vonja, hogy bárminemű kedvező hatást fejtene ki a kérdéses *Moser*-serum és a vele való kisérletekkel fel is hagy. Egyedül nálunk *Bókay* tanár 1905-ben megjelent második közleményében és az oroszok írnak továbbra is újabb észleletek kapcsán változatlan lelkesedéssel a szer kiváló és specifikus hatásáról.

Az utóbbiak közül *Winokurow*, *Kolly*, *Wlassjewsky*, *Menschikow* érdemel említést, a kik egyrészt az eredeti *Moser*-féle serummal, legtöbbnyire azonban az orosz serologiai intézetekben *Moser* előírása szerint előállított gyógysavóval kisérleteztek nagyon biztató és kielégítő eredménynyel. Külön kiemelendők *Egis* és *Langowoy*, valamint *Moltschanoff*-nak a „Jahrbuch für Kinderheilkunde“ 1907 november havában megjelent czikkei az esetek tekintélyes és épp azért meggyőző ereje miatt. Az előbbiek 400, és pedig 374 tiszta és 26 más fertőző betegséggel komplikált, az utóbbi 40 esetről számolnak be. *Egis* és *Langowoy* kiterjedt statisztikai összehasonlításokban a *súlyos* scarlatina-esetek 47·6 halálozási százalékát 16·1%-ra látták leszállani a *Moser*-serummal való kezelésre. Mindkét közlemény szerzői elismerik a serum feltűnő jó hatását, azonban *Moltschanoff* a szer specifikus voltát illetőleg reserváltan nyilatkozik, a mennyiben szükségesnek tartja laboratoriumi munkával is kimutatni a gyógysavó electiv hatását a scarlatina-streptococcusokra.

Ha eltekintünk a már említett, a serumot eredménytelenül alkalmazott szerzők közleményeitől és nézzük *Moser*től kezdve a nyert tapasztalati eredményeket, azokat a következőkben összegezhetjük: Úgyszólván kivétel nélkül megegyeznek abban, hogy a gyógysavó *specifikus* és legfőképpen *antitoxikus* hatású; hogy idejében, legkésőbb a negyedik napon injiciálva, a betegség súlyosságát *lényegesen* enyhíti, a közérzet, a szívműködés és az ideges jelenségek feltünő javulásával s hogy a hőmérsék az injectio után *gyorsan*, néha *kritikusan* száll alá. Nem egész egyöntetűek az észleletek a serumnak a toroknekrosisra, a kiütés eltünésére és a complicatiókra való hatását illetőleg. Míg maga *Moser* és vele többen úgy a torokfolyamat megállapodását, illetőleg gyors feltisztulását, a kiütés gyors eltünését, ha korán történt az oltás, annak egészen ki nem fejlődését, a complicatiók kevesbedését vagy enyhébb lefolyását tapasztalták, addig mások a kiütés, de különösen a complicatiókra való befolyását igen csekélynek vagy teljesen negativnak találták.

Intézetünkben már legkezdettől folynak az eredeti *Moser*-féle serummal a gyógykisérletek. *Bókay* tanár, kórházunk igazgatója a legelsők közt volt a külföldi szerzők közül, ki 1903-ban megjelent közleményében a serum kedvező hatását kiválogatott súlyos esetekben igazolni tudta és második, 1905.-i dolgozatában már aránylag nagyobb anyagon ezt újból megerősítette. Jelen közlésünkben a technikai akadályok miatt csak a két utolsó, az 1910. és 1911.-i évben *Moser*-féle serummal kezelt esetekről óhajtunk beszámolni. A megírásra főként az a hosszas és majdnem teljes hallgatás vezetett bennünket, mely az utolsó években e téren az irodalomban mutatkozik s a mely már mintha diskreditálni látszanék *Moser* serumát. Erre mutat épp nálunk legújabban *Erőss* tanárnak „A vörheny orvoslásáról“ írt czikke, a melyben minden gyógysavónak, köztük a *Moser*-féle polyvalens serumnak is alkalmazását egyenesen ellenzi.

A mi a lefolyt két évben kezelt eseteinket illeti, csak a kiválogatott súlyosabb eseteket oltottuk be, úgy hogy 130 vörheny-eset közül egészben 16-ot találtunk alkalmasnak és czélunknak megfelelőnek.

Az eredeti, *Paltauf* tanárnak szívessége folytán rendelkezésünkre bocsátott *Moser*-féle serummal dolgozva, annak kétféle seriesét használtuk, és pedig az *I-es 1910, VIII. 4*, illetőleg *1911, V. 5-ös* és a *II-es 1910, I. 12-es* jelzésűeket. Két esetben 150 cm³, a többiben 200 cm³-nyi mennyiséget injiciáltunk a mellkas bőre alá. A befecskendezés helyén két ízben képződött elég gyorsan gyógyuló tályog, a többi esetben a serum felszívódása legkisebb reactio nélkül ment végbe. A további eljárás és kezelés beoltott betegeinken a szokott tüneti és diaetás volt. Tehát legkevesebb 3 heti fektetés, főként tejdiaeta, szükség esetén a szív tonizálása, a száj- és orrüreg tisztántartása, garatöblítés, az esetleges complicatiók megfelelő ellátása stb.

A 16 beteg közt nyolcz fiú és nyolcz leány szerepelt, kik kor szerint a következőképp oszlottak meg: egy éven aluli volt egy, 2 éves kettő, 3 éves kettő, 5 éves három, 6 éves kettő, 8 éves egy, 10 éves kettő, 11 éves egy, 12 éves egy és 14 éves egy.

Moser-Escherich óta a szerzők általában megtartva az ő beosztásukat, az eset súlyosságát illetőleg négy osztályba sorozták a különböző scarlatina-megbetegedéseket, és pedig: könnyű (I-es prognosisú), középsúlyos (II-es prognosisú), súlyos (III-as prognosisú) és letalis (IV-es prognosisú) esetekre; a súlyos, illetőleg letalis esetekhez számítva az igen súlyos általános tünetekkel és mérsékelt helyi lelettel járó eseteket, *Heubner* ú. n. toxikus alakjait és a súlyos általános és helyi megbetegedés képét mutató kóralakokat. Ekként osztályozva betegeinket, könnyű scarlatina-esetünk egy sem volt; középsúlyosat kettőt, súlyosat kilenczet, a súlyos és a letalis közt levőt (III—IV-es prognosisú) hármat és igen súlyos esetet kettőt oltottunk be. Az oltást a lehetőség szerint a kórházi tartózkodás első napján végeztük, azonban több esetünkben a kórkép egész súlyossága csak a második, néhányban a harmadik napon bontakozott ki teljes egészében s ezért csak ekkor határozhattuk el magunkat a specifikus kezelésre. Így aztán a betegség első napján egy beteg, a másodikon kettő, a harmadikon hét és a negyedik, a legtöbb szerző által az oltás hatékonyságának legutolsó napján pedig hat beteg oltatott. Másodszori oltást egy ízben sem végeztünk.

Ezen összes újabb 16 esetünkben a hatás szembeötlő, kifejezett és legkésőbb a harmadik napon kimutatható. Legfeltünőbb a *tiszta intoxicatiós*, orrfolyás és torokfolyamat által nem komplikált eseteinkben, hol már tizenkét óra mulva teljes mértékben jelentkezik. Majdnem épp ily prompt hatást látunk a *mérsékelt helyi és dominálo általános tünetekkel* járó eseteinkben, a melyekben, bár volt köztük a megbetegedés negyedik napján is oltott, már másnap — 16—24 óra mulva — a betegség egész jellege megváltozott, a súlyos kórkép átalakult könnyű, enyhe alakká. Lassúbb volt a javulás a kiterjedt, súlyos *helyi lelettel* (toroknekrosis, orrfolyás) biró betegeinken, kiken egy kivételével (12. sz.), ki a harmadik nap oltatott s a kin a javulás is másnap feltünően jelentkezett, az injectio a negyedik nap végeztetett. Ezeken a hatás csak a második,

egy ízben a harmadik nap kezd mutatkozni, azonban az ezt követő 24—36 óra leforgása után itt is kifejezett.

Szembeállítva egymással az injectio napját és a hatás intenzitását, azt kell, legalább a mi eseteinkből ítélve, mondanunk, hogy az első három nap bármelyikén végezve az oltást, valami lényeges különbség nem észlelhető. A negyedik nap oltva, úgy tetszik, mintha a hatás egy árnyalattal kevésbé érvényesülne, tekintve az ekkor oltott betegeink későbbi javulását.

Midőn *Moser* gyógysavója specifikus hatékonysága megítélésére a klinikai megfigyelést állította oda kriteriumul, a közérzet feltünő gyors megváltozását és a hőmérsék hirtelen esését vette fel mint legfeltűnőbb és leglényegesebb jelenségeit a javulásnak. A mi eseteinkben azt látjuk, hogy a hőcsökkenés

a tiszta intoxicatiós esetekben:

1. 12 óra alatt $3{\cdot}6^0$ C ($40{\cdot}6^0$-ról 37^0-ra esik a hőmérsék).
2. 12 óra alatt $2{\cdot}8^0$ C ($40{\cdot}6^0$-ról $37{\cdot}8^0$-ra esik a hőmérsék), további 6 óra, összesen 18 óra alatt $3{\cdot}3^0$ ($37{\cdot}3^0$-ra esik a hőmérsék).
3. 15 óra alatt $2{\cdot}2^0$ ($40{\cdot}2^0$-ról 38^0-ra esik).

A mérsékelt helyi lelettel biró esetekben:

4. 24 óra alatt $2{\cdot}4^0$ C ($39{\cdot}4^0$-ról 37^0-ra esik a hőmérsék).
5. 12 óra alatt $1{\cdot}7^0$ C ($40{\cdot}4^0$-ról $38{\cdot}7^0$ C), összesen 48 óra alatt láztalan.
6. 20 óra alatt $2{\cdot}1^0$ C ($39{\cdot}2^0$-ról $37{\cdot}1^0$ C).
7. 12 óra alatt $1{\cdot}4^0$ C (40^0-ról 38·6 C), összesen 24 óra alatt $2{\cdot}7^0$ C (40^0-ról $37{\cdot}3^0$ C).
8. 8 óra alatt 3^0 C (40^0-ról 37^0 C).
9. 12 óra alatt 2^0 C ($40{\cdot}5^0$-ról $38{\cdot}5^0$ C), összesen 30 óra alatt $3{\cdot}4^0$ C ($40{\cdot}5^0$-ról $37{\cdot}1^0$ C).
10. 13 óra alatt $1{\cdot}3^0$ C ($40{\cdot}3^0$-ról 39^0 C), összesen 30 óra alatt $3{\cdot}1^0$ C ($40{\cdot}3^0$-ról $37{\cdot}2^0$ C-ra esik a hőmérsék).
11. 11 óra alatt $2{\cdot}5^0$ C (40^0-ról $37{\cdot}5^0$ C).

Kifejezett helyi és általános tünetekkel biró esetekben:

12. 8 óra alatt $1{\cdot}9^0$ C ($39{\cdot}3^0$-ról $37{\cdot}4^0$ C).
13. 10 „ „ $1{\cdot}4^0$ C ($39{\cdot}8^0$ C-ról $38{\cdot}4^0$ C).
14. 24 „ „ $1{\cdot}7^0$ C ($40{\cdot}5^0$ C-ról $38{\cdot}8^0$ C).
15. 8 „ „ 1^0 C (41^0 C-ról 40^0 C).
16. 12 „ „ $1{\cdot}9^0$ C ($40{\cdot}1^0$ C-ról $38{\cdot}2^0$ C).

Tehát az első három napon oltott, valamint a tisztán általános tünetekkel, hasonlóképp a csak mérsékelt torokfolyamattal biró *minden* betegünkön az injectio után már 12 óra, illetőleg két esetünkben 20 (6. sz.) és 24 óra (4. sz.) mulva jelentékeny hőcsökkenés állott be, mely minimum $1{\cdot}7^0$-ot, maximum $3{\cdot}6^0$-ot tett ki. A további hőmenet itt akként alakul, hogy az esetek jó részében a hőcsökkenéssel azonnal, vagy a következő 12—16 óra mulva beáll a láztalanság, mely aztán továbbra is megmarad. Ezt hangsúlyozzuk *Moltschanoff*-fal szemben, ki csak ritkán, összesen négyszer észlelt az első hőesés után végleges lázmentességet. Az esetek más részében láztalan marad a beteg egy-két napig, majd újból egész 40^0 C-on felül is emelkedik esetleg a hőmérséke, a mely második hőemelkedés azonban rövid fennállás után hamarosan teljesen eltűnik (2. szám, 4. szám és 8. szám). A súlyos helyi lelettel biró és egyszermind a legkésőbben (4. nap) oltott esetek kezdeti hőcsökkenése kisfokú, kevésbé számbavehető s 8—12 óra alatt középértékben: $1{\cdot}3^0$ C. Ezt is megszünteti az újból jelentkező láz, mely lassabban, 2—4 nap alatt száll le a normalisra. A 13., 14. és 15. számú esetünkben a még ezután jelentkező új hőemelkedést a beállott complicatiók: otitis media suppurativa, illetőleg az injectio helye elgenyedésének rovására kell írnunk és így az a láztypus megállapításában nem szerepelhet. Épp így nem jöhetnek számításba a későbbi lefolyás alatt a serumbetegség vagy szövődmények jelentkezésekor (nephritis, mastoiditis, polyarthritis) mutatkozó és általuk feltételezett lázak.

A hőmérsék csökkenésével teljesen párhuzamosan halad az *általános állapot és a közérzet javulása*, úgyannyira, hogy a hol a láz esése gyors, ott a közérzet változása is azonnali; a hol a hőcsökkenés lassúbb, vagy csak később kezdődik, ott az általános állapot és közérzet javulása is elhúzódó, illetőleg kései. E változás és javulás megnyilvánul az intoxicatiós jelenségek eltűnésében, a kedélyállapot átalakulásában és a legtöbbször a szívműködés erőteljessé válásában. Az eladdig somnolens, féleszméletlen, apathiás avagy rendkívül nyugtalan beteg az oltás után 12—24 órával, az elhúzódó esetekben legkésőbb a harmadik napon élénk lesz, felül az ágyában, környezete

Jelzett eseteink táblázatos összeállítása.*

Szám	Kor	Megbetegedés napja	Prognosis foka	Befecskendett savómennyiség	Serumexanthema	Jegyzet
1.	2 év	1. nap	3	200 cm³ S = II.	12. napon 23. és 27. napon	Tiszta intoxicatiós alak. 16. nap kisfokú albuminuria, 27. nap nephritis.
2.	11 év	2. nap	3	200 cm³ S = I.	—	Tiszta intoxicatiós alak. Zavartalan gyógyulás.
3.	8 év	3. nap	2 < 3	200 cm³ S = I.	—	Tiszta intoxicatiós alak. Zavartalan lefolyás.
4.	5 év	2. nap	3	200 cm³ S = II.	9. napon	Mérsékelt garatnecrosis. 30. nap nephritis, gyógyulás.
5.	10 hó	4. nap	2	200 cm³ S = II.	7. és 16. napon	Mérsékelt garatnecrosis. Savós orrfolyás. Gyógyult.
6.	3 év	3. nap	2	200 cm³ S = II.	9. napon	Mérsékelt torokfolyamat. Zavartalan gyógyulás.
7.	14 év	3. nap	3 < 4	200 cm³ S = I.	8. napon	Mérsékelt garatnecrosis. A betegség 16. napján elég súlyos, gyógyulással végződő nephritis.
8.	10 év	3. nap	3	200 cm³ S = II.	10. napon	Mérsékelt garatnecrosis. A betegség 16. napján simán gyógyuló nephritis.
9.	6 év	4. nap	3	150 cm³ S = I.	5. napon	Mérsékelt garatnecrosis. Zavartalan gyógyulás.
10.	$2^3/_4$ év	3. nap	3	150 cm³ S = I.	—	Mérsékelt garatnecrosis. Zavartalan gyógyulás.
11.	2 év	3. nap	3	200 cm³ S = II.	4. és 8. napon	Mérsékelt garatnecrosis. Zavartalan gyógyulás.
12.	12 év	3. nap	3	200 cm³ S = II.	8. és 16. napon	Súlyos garatnecrosis. A betegség 16. napján nephritis. Gyógyult.
13.	10 év	4. nap	4	200 cm³ S = II.	9. és 18. napon	Súlyos garatnecrosis. Otitis. Icterus a betegség kezdetén. Gyógyult.
14.	5 év	4. nap	3 > 4	200 cm³ S = I.	—	Súlyos garatnecrosis. Tályog az injectio helyén. Mastoiditis. Nephritis. Gyógyult.
15.	6 év	4. nap	4	200 cm³ S = II.	11. napon	Súlyos garatnecrosis. Otitis. Gyógyult.
16.	5 év	4. nap	3 < 4	200 cm³ S = II.	—	Súlyos garatnecrosis. Enyhe polyarthritis. Tályog az injectio helyén. Gyógyult.

* A többi eleddig *Moser*-serummal kezelt esetünket lásd *Bókay János:* Orvosi Hetilap, 1903, 47. szám, illetve Deutsche med. Wochenschrift, 1904, No. 1. és Orvosi Hetilap, 1905, 3. sz., illetve Jahrbuch für Kinderheilkunde, LXII. 3. H.

iránt érdeklődik, jól táplálkozik; pulsusa gyérebb, teltebb, szabályos, az esetleges cyanosis megszűnik, úgy, hogy csak egy esetben (15. sz.) volt az injectio után 2—3 nappal cardiacumra szükségünk.

Ha nem is oly szembeszökő, mint az előbb felsorolt tünetekre, de határozottan megállapítható a serum kedvező befolyása a *kiütésre*. Általában mintha rövidebb volna a fennállás időtartama. Az injectio után már 24 órával, legkésőbb (egy ízben) négy nappal halványul még a súlyos sötét-vörös vagy livid, esetleg papulás és vérzéses exanthema is (két esetben három, négy esetben négy, háromban öt, ötben hat és egyben nyolcz nap volt a kiütés tartama) és megváltozik a kiütés jellege. Az injectio napján livid, variegált vagy halvány csenevész kiütés másnapra egyenletes enyhe vörös színű lesz.

Az exanthema teljes kifejlődésének meggátlását is láttuk egy esetünkben (11. sz.), hol 16—18 óra mulva annak megjelenése után, mikor még egészen halvány rózsaszínű volt és nem terjedt az egész törzsre a kiütés, végeztük az oltást; a kiütés 24 óra mulva még halványabb lesz és másnap egészen eltűnik.

Jóval kisebb a hatás — és ebben észleleteink az újabb közleményekben foglaltakkal találkoznak — a *toroknekrosisra*. A torok feltisztulása elhúzódó, 7—12 napot vesz igénybe, a lepedék elhatárolódása nem igen észlelhető és 15. számú esetünkben, daczára az injectiónak, az enyhe follicularis genyes felrakodás az oltás után vaskos összefolyó lepedékké alakult át. Viszont többi betegünkön a localis folyamat megállapodása, a mélybe való terjedés tendentiájának hiánya, valamint egy betegünkön (16. sz.) a terjedő és súlyosbodó, a *Moser*-féle serumra azonnal reagáló és $1^1/_2$ napra majdnem teljesen eltűnő lepedék a serumhatásra utal.

Hogy vajjon a *complicatiók* száma kisebb, illetőleg lefolyása enyhébb-e, mint azt *Moser*-rel együtt néhányan állítják, avagy egyáltalán hatástalan azok jelentkezésére és jelentkezési formájára, a serumoltások aránylag kis számánál fogva érdemleges választ ma sem adhatunk. És így csak megemlítjük, hogy összesen négy ízben észleltünk többé-kevésbé súlyos, egyszer uraemiás tünetekkel járó nephritist, három ízben erősebb, de genyedésbe át nem menő acut lymphadenitist és egy esetben enyhe polyarthritist.

Legújabban alkalmunk volt a gyógysavó *prophylaxisos hatásáról* is meggyőződnünk. *Moser* 10 cm^3 egyszeri injectióját elegendőnek tartja, mások, mint *Egas* és *Langowoy*, nagyobb, 25—50 cm^3-nyi mennyiséget alkalmaztak a kor szerint. Az eredmények nagyjában azonosak, még pedig a védoltottak egy része egyáltalában nem betegedett meg, míg a másik kisebb rész ugyan megkapta a scarlatinát, de a lefolyás igen enyhe volt.

Nem lesz érdektelen ez irányú gyógykisérleteink leírása előtt felemlítenünk, hogy *Bókay* tanár 1908-ban *tizennyolcz* gyermeken *Bujwid*-féle serummal, egy a *Moser* elve szerint, csekély módosítással nyert gyógysavóval, végeztetett prophylaxisos oltásokat Kis K.-on, a br. P. G. uradalmához tartozó gazdasági tanyán, hol súlyos vörhenyjárvány jelentkezett egymásután jelentkező gyors elhalálozásokkal. A beoltottak közül *kettő* betegedett meg scarlatinában, kik közül az egyik a vörhenytünetek jelentkezése után az első 24 órában meghalt, a másikon a vörheny enyhén folyt le és complicatio nélkül gyógyulással végződött. A védoltások, mindenesetre szigorú intézkedések foganatosítása mellett, a további fertőzéseknek gátat vetettek és a tanyai járvány megszűnt.

A mi észlelésünk, melyet *Bókay* tanár megbízásából tettünk, egészen kis körre szorítkozó, azonban kiterjedt scarlatinajárványra vonatkozik, mely kb. két hó óta állott fenn gr. T. K. cs—i gazdaságában. Az öt egymás mellett lévő tanyai házban kilenczvenöt tizenöt évnél fiatalabb gyermek között harminczhárom megbetegedés, közte öt haláleset fordult elő. A beoltás idején még tizenkét egy hetesnél nem régibb, sőt három egészen friss esetet találtunk, a mit azért emelünk ki, hogy rámutassunk arra, miszerint a járvány ekkor még teljes virágzásban, sőt terjedőfélben volt. Mi a védoltást, tudatában lévén annak, hogy a hajlamosság a scarlatinafertőzésre egyénenként különböző és nem túlnagy, csak ott végeztük, hol a fertőzés lehetősége és veszélye a legvalószínűbb és legnagyobb volt. Nem oltottuk be a már régebben, 5—6 hét előtt megbetegedettek testvéreit; nem oltottuk be azokat a gyermekeket, kik közt — bár a szomszédos lakásban volt scarlatina — a betegség még nem fordult elő. Igy aztán csak azok kerültek védoltásra, kiknek családtagja még egészen friss, a legrégibb 6—8 napos scarlatinában feküdt, továbbá a velük egy konyhában lakók gyermekeit. A ki ismeri a falusi tanyai viszonyokat, az tudja, hogy ez az együttlakás az egyes családok gyermekeinek legbensőbb érintkezését jelenti és teljesen indokoltnak fogja látni az utóbbiak védoltását is. Ily megszorításokkal összesen *huszonkét* gyermeken, kik közül a legidősebb 14, a legfiatalabb egy éves volt, végeztünk prophylaxisos oltást *15—20 cm^3*-nyi mennyiséggel. A tizenkét scarlatinás beteget természetesen egészen elkülönítettük, a szükséges desinfectiót is elvégeztük a fertőzött lakásokban és ezek után az eredményünk az volt, hogy *az összes védoltott gyermekek mentesek maradtak mindvégig a scarlatinától*. Nagyon valószínű, hogy oltás nélkül is egy részük továbbra is egészséges maradt volna; de minthogy daczára a betegekkel való igazán intensiv érintkezésnek (hisz tanui voltunk annak, hogy a beteget egy másik gyermek ölében tartotta, vagy egy ágyban feküdt és közösen étkezett vele) nem történt újabb megbetegedés: nem zárkózhatunk el attól a föltevéstől, hogy ez jó részben a védoltásnak köszönhető.

Hátra van még a *serumcomplicatiókról* megemlékeznünk. *Tizenhat* gyógyoltott esetünkben *tizenegyszer*, a mi *63%*-nak felel meg, a prophylaxisosan, tehát jóval kisebb mennyiséggel oltottakon *huszonkettő közül hétszer*, tehát *32%*-ban fordult elő serumbetegség. Ha a serumcomplicatiókat az egyes serieseknek megfelelőleg nézzük, azt az érdekes felfedezést teszszük, hogy a II. sz. seriessel gyógyoltottak közül, egy kivételével, mind megkapta a serumbetegséget, míg az I. számúval csak ketten. De nemcsak quantitativ, hanem qualitativ feltünő különbség is volt a kétféle series által előidézett serumbetegség közt, a mennyiben az az I. számúval injiciáltakon csak igen enyhe, futólagos, láztalan, complicatio nélküli lefolyású volt, míg a II. számúval injiciáltakon általában hosszantartóbb, magasabb lázzal és complicatióval társult. A védoltottakon ugyancsak a II. számúval történt az oltás s a százalék szintén valamivel nagyobb volt, mint a milyennek azt *G. H. Weaver* statisztikája hasonló mennyiségnél mutatja: 27·5% helyett 32%. E jelenség értelmezésekor eltekinthetünk azon ismert ténytől, hogy a gyógysavó állásának különböző időtartama befolyással van olyképp a serumkiütés fejlődésére, hogy a frissebb savó inkább okoz exanthemát, mint a régibb, mivelhogy eseteink ez irányban történt áttanulmányozásakor ilynemű szabályosságot nem észleltünk. És így csak akként magyarázhatjuk meg magunknak ezen eltérést, hogy — a mint arra legutóbb *Bókay* tanár már reámutatott — a serumbetegség megjelenése, jelentkezésének ideje s módja *nemcsak a beoltott egyéntől függ, hanem szerepet játszik a lónak — melytől a savót vettük — individualitása is.*

Kissé részletezve: A kiütés rendszerint a 7—12. napon mutatkozott; legkorábban a 4., illetőleg 5. napon jelentkezett (gyorsított reactio), legkésőbben a 27. napon. Egy esetünkben háromszor és pedig a 12., a 23. és 27. napon mutatkozott exanthema; négy esetünkben két ízben: a 4 és 8., a a 8. és 16., a 9. és 18., valamint a 7. és 16. napon. Nagyon súlyos megjelenési formát, mint a minőt *Bókay* tanár írt le az Orvosi Hetilap 1905, 3. számában, nem láttunk; a legtöbbje elég enyhe, a közérzet kisfokú befolyásolásával, néhány esetben valamivel súlyosabb, 39—40°-os lázzal. A kiütés jellege leggyakrabban urticariás vagy morbillosus, legritkábban scarlatinaszerű, két ízben mérsékelten haemorrhagiás. A szövődmények könnyű polyarthritis az esetek felében, egy ízben polyadenitis és albuminuria, mindezek azonban a kiütéssel együtt simán eltüntek.

Az esetek ez újabb sorozatából nyert eredményeink általában teljesen megegyeznek a *Bókay* tanár előző közleményeiben foglaltakkal és a következőkben összegezhetők: *A Moser-féle scarlatina-serum az előírt 200 cm³-nyi adagban legkésőbb a negyedik nap oltva legtöbb esetünkben feltünő, összes eseteinkben kimutatható javulást idézett elő. A hatás legfőképpen antitoxikus és az agyi, ideges jelenségek megszűnésében, szóval a közérzet gyors javulásában, a láz hirtelen esésében s a szívműködés erőteljessé válásában mutatkozik.* Kevésbé feltünő a hatás a toroknekrosisra, az orrfolyásra; ki nem mutatható a complicatiókra, a betegség tartamára és a hámlás lefolyására. *15—20 cm³ mennyiségű serummal végzett prophylaxisos oltásaink megerősítik, sőt bizonyos mértékben túlszárnyalják Moser eredményeit, a mennyiben a mi eseteinkben csak kétszer jelentkezett a védoltás után scarlatina-fertőzés.*

Irodalom. *Moser*: Jahrbuch für Kinderheilkunde, LVII. — *Pospischil*: Wiener klin. Wochenschrift, 1903, 15. sz. — *Escherich*: Wiener klin. Wochenschrift, 1903, 23. sz. — *Bókay:* Orvosi Hetilap, 1903, 47. sz. és Deutsche med. Wochenschrift, 1904, 1. sz. — *Heubner:* Berliner klin Wochenschrift. 1904, 14. sz. és 1905, 8. sz. — *Mendelsohn:* Deutsche med. Wochenschrift 1905, 12. sz. — *Ganghofner:* Deutsche med. Wochenschrift, 1905, 14. és 15. sz. — *Bókay:* Orvosi Hetilap, 1905. 3. sz. és Jahrbuch für Kinderheilkunde LXII. 3. f. — *R. Quest*: Deutsche med. Wochenschrift, 1905, 25. sz. — *B. Schick:* Deutsche med. Wochenschrift, 1905, 2. sz. — *Bukowszky:* Wiener klin. Wochenschrift, 1905, 48. sz. — *Garlipp*: Med. Klinik, 1905, 51. sz. — *Zuppinger*: Wiener klin. Wochenschrift, 1905, 44. sz. — *Winokuroff*: Jahrbuch für Kinderheilkunde, LXII. — *W. Kolly:* Djetskaja Medicina, 1904, Nr. 3. Referáltatott: Münchener med. Wochenschrift, 1905, 4. sz. — *Menschikow:* Russkij Wratsch, 1905, 25 sz. Referáltatott: Jahrbuch für Kinderheilkunde, LXVI. — *Egis-Langovoy*: Jahrbuch für Kinderheilkunde, LXVI. — *Moltschanoff*: Jahrbuch für Kinderheilkunde, LXVI.

Közlemény a székesfővárosi Szt. Margit-közkórházból.

A csecsemőkori inanitióról.

Irta: ***Bauer Lajos*** dr., gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

Általános meghatározás szerint, *ha calorice kevesebb mennyiségű táplálékot viszünk be valamely csecsemő szervezetébe, mint szükségletének megfelelne, akkor rajta az inanitio tünetei jelentkezhetnek.* Ezen meghatározással azonban nincs teljesen kimerítve az inanitio fogalma. Mert lehet az inanitio teljes, ha a bekebelezett táplálékmennyiség olyan kevés, hogy a valódi szükségletnek $^1/_4$-ét vagy ennél is kevesebbet tesz ki, a mely táplálékmennyiség mellett tehát a szervezet a szó szoros értelmében „éhezik". De az inanitio fogalma alá tartozik azon állapot is, melyben a szervezet annyi táplálékot kap, mely szükségletét nem fedezi ugyan, de a szervezet fentartásához elégséges, vagyis olyan mennyiségű táplálékot, mely bizonyos ideig elegendő arra, hogy a szervezet fentartsa magát, mely quantum mellett tehát gyarapodásról alig lehet szó, hanem a testsúly egy állapotban marad, esetleg súlycsökkenés mutatkozik. Ilyen esetekben a szervezet a szó szoros értelmében nem éhezik, hanem hiányosan táplálтatik. Szabatosan tehát az inanitio fogalmát úgy határozhatnánk meg, hogy ha a bekebelezett táplálék a szervezet szükségletének csupán $^1/_4$-ét, legfeljebb $^1/_3$-át fedezi, akkor *„éhezésről"*, *complet inanitióról* lehet szó, míg ha a bekebelezett táplálék több mint a szükséglet $^1/_3$-a, de a fentartási szükségletet (kgr.-ként 60—70 caloria) lényegesen túl nem haladja, úgy *hiányos táplálásról, incomplet inanitióról* beszélhetünk. Tárgyalásaink folyamán, fogalomzavar elkerülése végett, ezen kifejezésekhez fogjuk magunkat tartani.

Complet inanitio esetén a szervezet természetesen úgy quantitative, mint qualitative hiányt szenved táplálékban. Az incomplet inanitio azonban lehet *quantitativ*, a mint az az esetek zömében előfordul, de lehet *qualitativ* is, ha a szervezet csupán egyes táplálékalkotórészekben, pl. czukorban, vagy zsírban, vagy sókban, vagy fehérjében, vagy vízben stb. szenved hiányt s e szerint beszélhetünk czukor-, víz-, zsír- stb. éhségről. Mivel azonban a qualitativ incomplet inanitio-esetek jóval ritkábban fordulnak elő s mivel a gyakorlati czél lebeg szemeink előtt, tárgyalásaink keretében csupán a quantitativ incomplet inanitiót fogjuk szem előtt tartani, melylyel a gyakorlatban leginkább találkozunk.

Complet inanitio csecsemőkön normalis körülmények között alig fordul elő. Alig képzelhető olyan állapot, ismételve hangsúlyozzuk, normalis viszonyok között, hogy huzamosabb időn keresztül a csecsemő szükségletének $^1/_4$-e se fedeztessék vagy ezen mennyiségnél még kevesebb táplálékot kapjon valamely csecsemő. Ez az oka, hogy ezen kórformával ritkábban találkozunk; mindenesetre abnormis körülmények azok, melyek az inanitiónak ezen alakját létrehozzák. (Erről később lesz szó.)

Az incomplet inanitio, a hiányos táplálás ellenben a gyakorlatban elég gyakori jelenség, mindenesetre sokkal gyakoribb mint a hányszor diagnoskálják. Mert a gyakorlatban sok olyan esetet, melyben nem a megszokott módon nyilvánulnak a hiányos táplálás tünetei, vagy ha valamely eset nem hordja magán az inanitio valamennyi bélyegét, valamint olyan esetekben, melyekben a csecsemő több táplálékot kebelez ugyan be, mint a „fentartási szükséglet", de a táplálékmennyiség a physiologiai szükségletet nem fedezi, a mely esetekben bár nincsenek jelen az inanitiónak nagyon is manifest tünetei, a mely állapot azonban mégis olyan jelenségeket provokál a csecsemőben, melyeknek oka gyanánt a szorgos kutatás mégis csak a hiányos táplálást deríti ki: ezen esetek sokszor nem esnek az inanitio-diagnosis rovatába, hanem inkább túltáplálás gyanánt fogatnak fel. Ezen tévedés annyival inkább lehetséges, mivel a hiányos táplálás néhány főbb tünete azonos lehet a túltáplálásnak éppen azon tünetcsoportjával, melyet a gyakorlatban leginkább vesznek számba az inanitio diagnosisában. Ezen felfogás alapján természetesen a tévedések lehetősége nincs kizárva és ezen tévedések folyománya gyanánt inanitióban levő csecsemők mint túltáplált csecsemők kezeltetnek is. Az ezen gondolatmenetből eredő táplálékmennyiségreductiónak következménye azután az, hogy azon tüneteket, a melyekből éppen a túltáplálásra következtettünk (hányás, dyspepsiás székletétek stb.), egyáltalában nem tudjuk coupirozni, sőt azok ezen táplálásmód mellett még fokozódnak. E fokozott tünetek által még inkább meg lévén erősítve téves diagnosisunkban, még intensivebben redukáljuk a csecsemő táplálékát, mely hibás következtetésnek eredménye a csecsemő szervezetének folyton csökkenő tolerantiája a tápanyagokkal szemben, erőinek kimerülése, végül a teljes atrophiás állapot Sok csecsemő túltáplálás-diagnosissal, tulajdonképpen azonban inanitióban el is pusztul.

Az utóbbi években ezen tapasztalat gyakrabban merül fel, mint évekkel azelőtt. A csecsemők túltáplálásától való félelem nemcsak a szélesebb orvosi körökben, hanem szakorvosi oldalon is valóságosan túltengett. Kétségkívül hibát követünk el a csecsemő túlságos táplálásával is, különösen alkati anomaliában szenvedő csecsemőn, de még nagyobb s végzetes következményekkel járható hibát okozunk, ha valamely csecsemőt heteken, hónapokon át hiányosan táplálunk. Mert arra be van rendezve a csecsemő szervezete, hogy a túltápláláshoz bizonyos mértékben alkalmazkodjék, de arra semmiféle szervezet, különösen a fiatal csecsemő szervezete nincs berendezve, hogy a hosszú időn keresztül nélkülözött táplálék mellett az életfunctiókat normalis módon végezze s hogy a táplálékhiány ne fejtsen ki olyan súlyos romboló hatást a csecsemő szervezetében, mely bizonyos idő mulva alig reparálható s ne legyen végzetes hatású. A mennyire jogosult tehát a túltáplálástól való félelem, legalább is annyira jogosult az inanititiól való félelem is, sőt szerintem ez utóbbi jogosultabb, mert míg a túltáplálás directe csak a legritkább esetben válik végzetessé, addig az inanitio ilyen következményeket gyakran okoz.

Az inanitio deletaer hatása különösen fiatal csecsemőkön szembeötlő, mivel az egész fiatal szervezet az éhezéssel szemben sokkal kisebb ellenállóképességgel bir, mint az idősebb. *Chossat* állatkisérletei kimutatták, hogy az állat a táplálék teljes megvonása után csak addig élhet, míg

a súlyvesztesége a 40%-ot túl nem lépi, vagyis a testsúly $^2/_5$-ének az elvesztése után beáll az éhhalál. Ilyen súlyveszteséget *még növésben levő állatok* már nem birnak el, mert már 25% súlyveszteség után is tönkremennek. A *Langstein* által a *Heubner*-féle klinikán végzett kisérletek szerint éhező fiatal állatok a testsúly $^1/_5$-ének elvesztése után elpusztultak. Sőt *Aron* kisérletei azt igazolják, hogy még ilyen fokú súlyveszteséget sem tűrnek el fiatal állatok. Két fiatal, növésben levő kutyának csak annyi táplálékot adott, mely azoknak fentartási szükségletét éppen fedezte, a mely táplálék mellett tehát a testsúly egy állapotban maradt, vagyis se nem fogyott, se nem gyarapodott. Ilyen táplálék mellett az egyik kutya a kisérletnek 203. napján pusztult el, a másik már a 91. napon. Az állatok tehát, a nélkül, hogy súlyukból veszítettek volna, elpusztultak. Éhhalál folytán felnőtt ember súlyveszteségéről pontos adataink nincsenek. Csupán egyes szerzők által nagymérvű súlyveszteséggel járó bántalmakról közölt feljegyzések állnak rendelkezésünkre. *Noorden* egyik esetében oesophagus-stricturában szenvedő leány néhány hét alatt súlyából 28%-ot veszített; egy másik esetében gyomorfekély mellett a súlyveszteség 46%-ot tett ki, sőt *Liebermeister* beszámol esetekről, a melyekben a súlyveszteség az 50%-ot megközelítette. Ezek azonban mindenesetre kivételes esetek, a tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a *felnőtt ember szervezete is 40% súlyveszteség után működésre képtelenné válik.*

Csecsemőkön alig fordulnak elő olyan viszonyok, melyek mellett az *absolut éhezés* után előálló súlycsökkenést kellő szabatossággal lehetne tanulmányozni. Ilyen viszonyok mégis leginkább két kóresetben lehetségesek; az egyik a súlyos decompositio kapcsán jelentkező úgynevezett *„táplálhatlanság"*, a másik pedig a nagyfokú *stenosis pylori*. Az első kórfolyamatban a táplálék assimilálásának teljes hiánya, a stenosis pyloriban pedig a mechanikai akadály folytán úgyszólván semmi, vagy nagyon kevés táplálék kerül a belekbe, illetve felszívódásra, tehát mindkét esetben a képzelhető legnagyobb súlyveszteség állhat elő. Különösen az első kórfolyamatban szerzett tapasztalatai alapján *Quest* azt állítja, hogy a legszélső határ, a mely mellett inanitióban levő csecsemő még életben maradhat, a testsúly csökkenésének 34%-a, míg az ennél nagyobb százalék súlyveszteség mellett a szervezet okvetlen tönkre megy. Hasonló észleletekről számol be *Rosenstern* is.

Alkalmam volt gyakorlatomban egy halállal végződő súlyos *pylorus-stenosisban* szenvedő csecsemőn a súlyveszteséget végigészlelni. A halál oka ezen esetben a complet inanitióból eredő teljes kimerülés volt, minthogy a beteg a legminimalisabb táplálékot sem tűrte. A hányások az első hét végén következtek be nagyobb intensitással s tartottak úgyszólván szakadatlanul a halálig, mely a csecsemő életének 42. napján állott be (a szülők absolute nem voltak rábirhatók a műtéti beavatkozásra). Az észlelés kezdetén a csecsemő súlya 3600 gr. volt, ezen súlyból veszített a halál bekövetkeztéig 1188 gr.-ot vagyis eredeti súlyának mintegy 33%-át. A súlycsökkenés legintensivebb volt az inanitio első hetében, a következő hetekben fokozatosan csökkent.

A csecsemő *eredeti súlya* volt						3600	gr.
az	1.	hét	végén	volt	a súly	3240	„
a	2.	„	„	„	„	2952	„
a	3.	„	„	„	„	2736	„
a	4.	„	„	„	„	2592	„
az	5.	„	„	„	„	2484	„
a	6.	„	„	„	„	2412	„

Vagyis a súlyveszteség az *eredeti súlyból* kitett:

az	1. héten	--- --- --- --- ---	10%-ot
a	2. „	--- --- --- --- ---	8%-ot
a	3. „	--- --- --- --- ---	6%-ot
a	4. „	--- --- --- --- ---	4%-ot
az	5. „	--- --- --- --- ---	3%-ot
a	6. „	--- --- --- --- ---	2%-ot

A fiatal csecsemő szervezete tehát jóval kisebb súlyveszteséget tud elviselni, mint a felnőtt szervezete.

A mint a fenti táblázat mutatja, complet inanitióban a *rapid súlyveszteség az első hetekre esett, a későbbi hetekben a súlyveszteség erősen redukálódott.*

Hasonló viszonyok észlelhetők a súlycsökkenésben *hiányos táplálás esetén* (inanatio incompleta) is. Itt is az inanitio kezdetén találjuk a legerősebb súlyveszteséget, az inanitio további folyamán a súlygörbe esése ellaposodik, mérsékeltebben vagy erősebben, az inanitio foka szerint. A hiányos táplálás lehet ugyanis mérsékeltebb vagy erősebb mértékű, rövidebb vagy hosszabb ideig tartó, stb.; a később tárgyalandó egyéb tünetektől eltekintve, azon közös vonást megtaláljuk az összes féleségű inanitiókban, hogy a súlycsökkenés *az inanitio kezdetén a legintensivebb*, az inanitio további folyamán — bárha ugyanolyan caloriamennyiséget viszünk is be a szervezetbe — a súlygörbe mérsékeltebb esést mutat. Téves volna azonban azon felfogás, mely ezen jelből az inanitiónak kisebb jelentőséget tulajdonítana, mint a milyennel valóban bír, mert az inanitio, különösen a hosszasabban tartó, semmi körülmények között sem közömbös a csecsemő szervezetére s igen súlyos következményeket vonhat maga után. A súlygörbe esésének az ellaposodása részint azt mutatja, hogy a csecsemő szervezete még ilyen körülmények között is igyekszik alkalmazkodni a változott viszonyokhoz, de azt is mutatja, hogy kellő mennyiségű táplálék hiányában a saját szervezetéből elvont olyan fontos anyagokkal, mint sók, víz stb. igyekszik szükségletét úgy a hogy kielégíteni (innen magyarázható, hogy az inanitióban levő csecsemő székletéte kevés bélsarat, ellenben sókat bőven tartalmaz); az anorganikus anyagoknak teljes fokban való jelenléte pedig okvetlen szükséges a normalis módon végbemenő táplálkozás, illetve anyagcsere műveletéhez. Vagyis a szervezet ezen önfogyasztásának kihatása van még azon időre is, midőn az inanitio megszűntével ismét elegendő táplálék kebeleztetik be; hiányozván a normalis anyagcseréhez szükséges sók, a szervezet táplálékassimiláló képessége is csökken: a táplálkozás újból való megkezdésekor új alap támad táplálkozási betegségek keletkezésére. Túlhosszú ideig tartó inanitio után a tolerantia határa táplálékokkal szemben annyira leszállhat, hogy reparatio többé nem is lehetséges. *Meyer L. F.* gyógyult pylorusstenosis-eseteket írt le, melyek a hányás megszűntével ismét megkezdett táplálkozás folytán pusztultak el. Ezen esetekben a hosszas inanitio folytán ugyanis annyira csökkent a szervezetnek táplálék iránti tolerantiája, hogy már a normalis táplálékmennyiség bekebelezése is mérgező hatást váltott ki s súlyos alimentaris intoxicatiót okozott. A csökkent tolerantia inanitio után különösen a czukorral szemben nyilatkozik élénken s leggyorsabban, a mint ezt *Rietschel* és *Rosenstern* vizsgálatai is dokumentálják. Ezen szerzők már egy napig éhező egészséges csecsemők vizeletében is találtak czukrot, ha az éheztetés utáni napon ugyanolyan mennyiségű és összetételű táplálékot adtak a csecsemőnek, mint éhezés előtt.

Hogy azonban nemcsak az össztáplálékot, hanem az egyes táplálék-alkotórészeket sem tudja az éhezés által gyengített szervezet normalis módon assimilálni, sőt az *egyes táplálékalkotórészek* már olyan mennyiségben, melyet normalis körülmények között hiány nélkül értékesít a szervezet, az éhezés idejében súlyos, paradox reactiót váltanak ki, e mellett a következő *kisérleteim* látszanak szólani: *Ha egészséges, két-három hónapos csecsemővel 10—12 órai éhezés után, mely idő alatt csak mérsékelt mennyiségű, saccharinnal édesített teát adunk, 8—10%-os czukoroldatot 100 gr. mennyiségben fogyasztatunk el* (Sacchar. alb. 8·0: Aquae dest. s. 100·0) *egy óra leforgása alatt, a csecsemőn rövidebb-hosszabb idő mulva, átlag 4—6 óra alatt az intoxicatio alimentaris tünetei jelentkeznek.* Tehát nemcsak a vizeletben mutatható ki czukor s minimalis fehérje, hanem ezenkívül hígas székletétek, kisebb-nagyobb fokú láz, a sensoriumnak kisebb-nagyobb alteráltsága, legtöbbször somnolentia, valamint dyspnoés jellegű, a „nagy légzés"-re emlékeztető légzés volt észlelhető. Sőt azonos tünetek előidézésére a *tejczukorból* már 7%-os oldat elegendő volt. Az intoxicatiós jelenségek, eltérőleg a

normalis táplálék által létrehozott intoxicatiótól, néhány óra mulva már megszűntek (ha természetesen tovább is kizárólag teát kapott a csecsemő), a láz mérséklődött, illetve elérte a hőmérsék a normát, a nagy légzés eltűnt, stb., csupán a vizeletben volt még egy két-napig czukor kimutatható.

Megjegyzem, hogy e kisérletek teljesen egészséges csecsemőkön történtek, úgy a vizeletnek, mint a hőmérséknek s a többi egészségi jelnek előzetes gondos vizsgálata után, nem hagyva figyelmen kívül ama körülményt sem, vajjon nem volt-e előzően valamely táplálkozási zavar, mely esetben a bélnek valamely sérelmét lehetett volna feltételezni.

Ezen kisérleteimet véglegesnek természetesen nem tekinthetem, hiszen eddig csak hat esetben volt alkalmam ezen vizsgálatot végezni, csupán részemről is jelezni óhajtottam ama tényt, hogy egészséges csecsemőknek is már az éhezés ideje alatt is csökkentebb a tolerantiája nemcsak az össztáplálékkal, hanem annak egyes alkotórészeivel, tehát vizsgálataim szerint a czukorral szemben is (hogy a többi tápalkotórész minő reactiót vált ki, azt a további vizsgálatok lesznek hivatva eldönteni).

Finkelstein szerint az alimentaris eredetű lázak a tej savójának sóitól származnak, a melyek, hogy a szervezetbe bejussanak, feltétel a czukorerjedés által létesített laesiója a beleknek. Hogy vajjon eseteimben a csecsemők belében a 10—12 órai éhezés után is volt-e még az előzetesen elfogyasztott tejsavóból, tehát ennek sóiból valamely mennyiség s így tulajdonképpen a nagyobb mennyiségű czukor erjedése által keletkezett bél-laesio a még jelenlevő sóktól volt-e feltételezve, avagy pedig — a mint *Ficker* vizsgálatai igazolják — hogy éhező állatoknak s így valószínűleg éhező csecsemőknek belei is sokkal átjárhatóbbak úgy bacteriumok, mint tápanyagok részére s így a bélnek előzetes sérelme nélkül a nagyobb mennyiségben felszívódott czukor idézte-e elő az intoxicatiós jelenségeket s így a lázakat is, nyilt kérdésnek hagyom. Ezúttal csupán eme tényre óhajtottam rámutatni, s vizsgálataim alapján konstatálni óhajtottam azt, hogy *már olyan mennyiségű tápalkotórész*. melyet normalis körülmények között a csecsemő szervezete jól assimilál, *annak éhező állapotában súlyos, paradox reactiót: intoxicatiós tüneteket provokál.*

A csecsemő szervezete tehát már rövid ideig tartó complet inanitio után is elveszti azon képességét, hogy a táplálékot normalis módon dolgozza fel. Hosszasabban tartó complet inanitio természetesen még erősebb reactiót szül a táplálás újrakezdésekor, a mint ezt éppen *Meyer L. F.* esetei igazolják. Az állatvilágból hasonló észleletek állnak rendelkezésünkre. Nem növésben levő, hanem kifejlett őzek, szarvasok, szigorú tél után, mely időben több héten át alig, vagy egyáltalában nem jutnak táplálékhoz, ha a tavasz kezdetén ismét bőven kezdenek táplálkozni, csoportosan pusztulnak el azon okból, mert a szervezetük nem tudja a bő táplálékot rendes módon feldolgozni s nagyfokú táplálkozási zavarok fejlődnek ki, melyek tönkreteszik.

A hiányos táplálás úgy mesterséges, mint emlőn való táplálás mellett előfordulhat, bár az utóbbi esetben gyakrabban észlelhető. Mesterséges táplálás mellett a hiányos táplálás okát *a túlságos mértékben hígított* s ennek folytán a szükségelt tápalkotórészeket nem kielégítő mennyiségben tartalmazó tejkeverékek alkotják; míg emlő mellett a *tejhiány*. Bármelyik táplálási mód mellett keletkezett az inanitio, annak tünetei csekély kivétellel azonosak (az eltérésekre a tünetek tárgyalásakor rá fogunk mutatni). Mint említettük, a gyakorlat azt mutatja, hogy hiányos táplálás gyakrabban fordul elő emlőn, mint mesterségesen táplált csecsemőkön. Ennek oka bővebb magyarázatra nem szorul, mert hiszen emlőn való táplálás esetén, különösen kisebb intelligentiával biró szülők, nehezebben tájékozódnak a felvett tej mennyiségét illetőleg.

A hiányos táplálás *foka* különböző lehet a szerint, hogy rövidebb vagy hosszabb ideig tartott, mérsékeltebb vagy erősebb fokú volt, fiatalabb vagy idősebb csecsemőn követtetett el ezen hiba, továbbá szóba jön még ezen esetekben a csecsemő kisebb vagy nagyobb ellenálló képessége is, mert kétségtelen, hogy a mint vannak a normalis 100 caloria helyett kgr.-onkint nagyobb quantumot, 110—120 caloriát igénylő csecsemők, hogy normalis gyarapodást tüntessenek fel, éppen úgy találunk már 80—90 caloria mellett is igen jól fejlődő csecsemőket. A tapasztalat azt mutatja, hogy ha a már normaliter is nagyobb quantumot igénylő csecsemők csak 80—90 caloria tápmennyiséget kapnak kgr.-onkint, ezek már ilyen mennyiségű táplálék mellett is az inanitio tüneteit mutatják, és viszont a kisebb quantumot igénylő csecsemők, bár kgr.-onkint csak 70—80 caloria táplálékmennyiséget kebeleznek be, inanitiós tüneteket egyáltalában nem mutatnak.

Az inanitio tünetei, lefolyása, prognosisa, de therapiája is a fentebb említett körülmények szerint változik. Nem számítva ide a rövid ideig tartó, therapeutikai czélból történő teljes táplálékelvonást, vagy az ugyancsak rövidebb ideig tartó, therapeutikai czélból történő táplálékmennyiség-redukálást, minden hosszasabban tartó inanitio a szervezet ellenállóképességének lefokozására, illetve tolerantiájának erős csökkenésére vezethet, mely oly fokot érhet el, hogy a csecsemő pusztulását vonja maga után. Természetesen a rövidebb ideig tartó hiányos táplálás, különösen két-három hónapnál idősebb csecsemőkön, a fentartási szükségletet legalább megközelítő táplálékmennyiség mellett, alig fog deletaer módon nyilvánulni s ilyen körülmények között a reparálódás is elég könnyen megtörténik, de ha a táplálék elvonása vagy intensivebb redukálása rövid időközökben gyakrabban következik be, akkor az inanitio hatása is élénkebben fog mutatkozni. Különösen rosszul tűrik az inanatiót az élet első heteiben levő csecsemők, hatása csakhamar erős súlycsökkenésben s a később említendő súlyos inanitiós tünetekben nyilvánul; ilyen esetekben a reparálódás is nagy nehézségekkel jár, esetleg az ilyen csecsemők reparatióra nem is képesek.

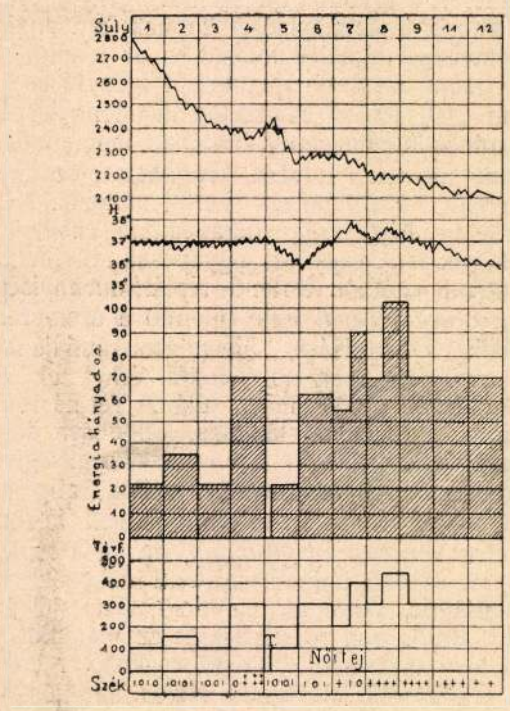
Hiányos táplálás a csecsemőknek különösen három állapotában fordul elő: 1. *egészséges csecsemőn*, 2. *beteg*, elsősorban *táplálkozási zavarban* szenvedő csecsemőn és 3. valamely betegség után, a *reparatiós időszakban.*

E három állapotban bekövetkezett hiányos táplálás közül a *legjobb prognosist az egészséges csecsemő* inanitiója nyujtja; előzetes ártalom által nem lévén csökkentve a szervezet tolerantiája, reparálódásra leginkább nyílik alkalom, *feltéve, ha az inanitio alatt nem követtünk el valami durva hibát*, illetve, ha olyan tényezők nem szerepeltek még a hiányos táplálás mellett, melyek az állapotot lényegesen súlyosbították és ezáltal a prognosist lényegesen rosszabbították.

A hiányos táplálás kezdődhet vagy mindjárt a táplálás elején, ha t. i. az anyának emlői ab ovo gyengén secernálnak, illetve ha mesterséges táplálás mellett olyan nagy fokban higítjuk a csecsemő táplálékául szolgáló tejet, hogy az calorice nem fedezi a csecsemő szükségletét; esetleg kezdeti bővebb tejelválasztás után, hetek vagy hónapok mulva csappan meg a tejelválasztás, illetve történik a tehéntejnek nagyfokú higítása, vagyis a későbbi hetekben vagy hónapokban áll be a csecsemő hiányos táplálása. Azon helyzetben vagyok, hogy a sok eset közül, melyeket a gyakorlatban alkalmam volt észlelni, néhányról egészen pontos adatokat nyujthatok. Az esetek közül kettőt, mint jellegző lefolyásút, óhajtok itt közölni.

I. eset. T. U. 3 hónapos, egészséges szülőktől származó csecsemő súlya születésekor 2800 gr. volt. A csecsemőt kezdetben, két héten át, rendkívül mérsékelt tejet secernáló anyja táplálta, mely időben a csecsemő a feljegyzések szerint naponta átlag 100—150 gr. tejet szopott, a mely quantum tehát mélyen a fentartási szükséglet alatt van. Ezen idő alatt a csecsemő, igen mérsékelt húgyelválasztás s állandó obstipatio mellett, súlyából mintegy 400 gr.-ot veszített. Ekkor dajka emlőjére tétetett, a mikor a naponta felvett tejmennyiség átlag 300 gr.-ot tett ki. Egy-két nap mulva az eddig folytonosan leszálló súlygörbe ellaposodott, sőt kezdődő emelkedés is volt már észrevehető. Mivel azonban a csecsemőn ekkor gyakoribb, kissé zöldes-nyálkás székletétek jelentkeztek, a kezelő orvos éheztetési napot rendelt el, *alig számbavehető*

mennyiségű teával s az utána következő napokban a csecsemő csak nyolcz órai időközökben tétetett emlőre (a szopási intervallumokban ugyancsak igen mérsékelt mennyiségű teát engedélyezett az orvosi rendelet) rövid 4—5 percznyi szopási időtartalommal; ekkor a naponta felvett tejmennyiség 100—150 gr. között ingadozott. (I. táblázat.) A már úgyis előzetesen inani-



o = obstipatio; | = normalis szék; + = pathologiás szék.

I. táblázat. Anyatejen hiányosan táplált csecsemőn egy éheztetési napra nagyfokú súlycsökkenés mutatkozik hypothermiával. A táplálék élénkebb fokozására intoxicatiós jelenségek állanak be. Erősen csökkent tolerantia folytán atrophiás állapot fejlődik ki. Exitus a 3. hónapban.

tióban levő csecsemőn az éheztetésre, valamint az utána következő nagymérvű táplálékreductióra collapsusszerű állapot mutatkozott a következő főbb tünetekkel: besüppedt kutacska, az orron, a füleken és a körmökön mutatkozó cyanosis, erősen behúzódott has, hideg végtagok stb., azonkívül nemcsak ismét jelentékeny súlycsökkenéssel reagált a csecsemő, hanem állandó subnormalis hőmenet (inanitiós hypothermia) jelentkezett, valamint a verőérlökésnek erős retardáltsága is volt észlelhető. Az ezutáni időszakban a csecsemő táplálék-assimiláló képessége annyira csökkent, hogy a fentartási szükségletnek megfelelő tejmennyiséget is alig tudja áthasonítani, ezen quantumnak a túllépése intoxicatiós jelenségeket vált ki lázzal, glykosuriával. A súlygörbe folytonos leszállása mellett, a nélkül, hogy valamely intercurrens bántalom keletkezett volna, életének 3. hónapjában, a decompositióban előforduló agonialis tünetek közt meghalt.

Ezen eset több tekintetben igen tanulságos. Elsősorban azt mutatja, hogy fiatal, néhány hetes csecsemőn a több héten át tartó tetemes táplálékhiány a szervezet tolerantiáját a táplálék iránt annyira lefokozta, hogy az élet további folyamán valóságos táplálhatlanság állott be s kifejlődött a súlyos decompositióhoz hasonló kép, mely a szervezet összeomlására vezetett. A fiatal csecsemő tehát sokkal kevésbé tűri az inanitiót, mint az idősebb, pl. 3 hónapon túl levő csecsemő, mivel az élet kezdetén a szervezet felépítéséhez s fentartásához szükséges tápanyagokat nem tudja nélkülözni; mint az idézett példából látjuk, *eredeti súlyából 25%-nak elvesztése* olyan mérvű rombolást okozott a szervezetében, mely után reparálódni nem tudott.

A csekély táplálékquantumon kívül kétségkívül szerepet játszott a halállal végződésben a csecsemő gyenge fejlettsége, illetőleg mérsékelt súlya. Továbbá az *indokolatlan beiktatása az éheztetési napoknak*, a mi kétségkívül lényegesen hozzájárult az assimilálóképesség később beálló csődjéhez, mert hiszen a már előzetesen is igen mérsékelt mennyiségű táplálék a szervezet tolerantiáját úgyis erősen lefokozta, hogy tehát az egy napig tartó táplálékhiány a már úgyis szűkült tolerantiát még szűkebb határok közé szorította, az legalább is nagyon valószínű.

Végül végzetes hibának tekinthető ezen esetben *a vízmennyiség felvételének erős korlátozása* úgy az éheztetés napján, mint a későbbi időben. A csecsemők szervezete a vízhiányt rendkívül rosszul tűri, még rosszabbul, mint a táplálékhiányt, mert míg minimalis táplálékmennyiség s bőséges víz mellett a szervezet súlyából alig veszít, esetleg még mérsékelt súlyszaporodás sincs kizárva, addig víz nélkül, illetve minimalis, a szervezetet ki nem elégítő vízmennyiség nélkül, bármilyen bő táplálék esetén, a testsúly rapide csökken. Ezen tényt nemcsak *Spigler* idevonatkozó állatkisérletei igazolják, hanem a csecsemőkön tett mindennapi tapasztalatok is megerősítik. A csecsemő szervezetére különösen fontos hatással van a víz s annak nem kellő mértékben való kielégítését a csecsemő szervezete súlyosan érzi. A csecsemőkori *inanitio sokkal súlyosabban jelentkezik, ha egyszersmind vízhiánynyal is van összekapcsolva*; mint a fentebbi eset is igazolja, a vízhiány az inanitiót feltétlenül súlyosbítja és erősen hozzájárul valamely inanitio esetleg végzetes kimeneteléhez. Különösen a fiatal szervezetnek van igen nagy szüksége vízre és pedig azért, mert a fiatal szervezet sokkal vízdúsabb, mint a felnőtt. Ez utóbbi szervezete ugyanis 58% vizet tartalmaz, míg a csecsemők szervezete 69—70%-ot; továbbá azon okból is, mert, mint *Cammerer* kimutatta, sokkal több vizet fogyaszt a csecsemő szervezete, mint a felnőtté, mert míg a felnőtt szervezet 1 kilogrammja 35 gr. vizet szükségel 24 óra alatt, addig a csecsemő szervezetének minden kilogrammja naponta 140 gramm vizet igényel.

Azon szoros összefüggés, mely a szervezet víz- és anorganikus alkotórészeinek anyagcseréje között fennáll, könnyen érthetővé teszi a csecsemő szervezetének nagy vízszükségletét. Ha ugyanis a csecsemő szervezetétől pl. a konyhasót elvonjuk, illetve annak bekebelezését korlátozzuk, akkor ezáltal kényszerítve van a szervezet, hogy a normalisnál több vizet veszítsen, mivel a szervezet vízkötő valensekben, a sóhiány miatt, szegényebb lett és viszont a szervezet vízhiánya miatt nagymennyiségű sókat veszít és ez természetszerűleg maga után vonja a sók által megkötött víznek a szervezetből való nagyobbmérvű kiürülését is, vagyis a vízhiány miatt keletkezett anyagcserezavar nagyfokú testsúlycsökkenésben nyilvánul.

Nemcsak a theoria, hanem a tapasztalat is igazolja, hogy egy különben *egészséges csecsemő sokkal jobban tűri az inanitiót, ha az inanitio ideje alatt kellő mennyiségű vizet is kebelezhet be.* Kellő vízmennyiséggel, bár minimalis táplálék mellett, súlyából a csecsemő aránylag nem sokat veszít, esetleg a súlygörbe csupán horizontalis menetet mutat s a táplálékmennyiség fokozódásával rendkívül gyorsan reparálódik. A következő eset is bizonyítja ezt.

(Folytatása következik.)

Dolgozat az Új Szt.-János-kórház kórbonczolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.)

Adatok a prostata anatomiájához.

A ductus ejaculatorius, a colliculus seminalis és a sphincter spermaticus bonczolástana, élettani és kórtani szerepe.

Irta: *Porosz Mór* dr., urologus Budapesten.

(Folytatás.)

Az ondódombon először vastag izomkötegek között a majdnem vízszintes elhelyezésű ductus-rés válik láthatóvá (41. ábra), a mely a további metszeteken a görbületeinek megfelelőleg mind nagyobb rés alakjában tűnik fel, a mely rések egyre közelednek a merőleges irányhoz (42., 43. ábra) és a határoló falukat alkotó izomkötegek egyre erősbödnek, végre az ondódombban futó részlet elfogy és a vesicula seminalishoz eső

41. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

42. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

43. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

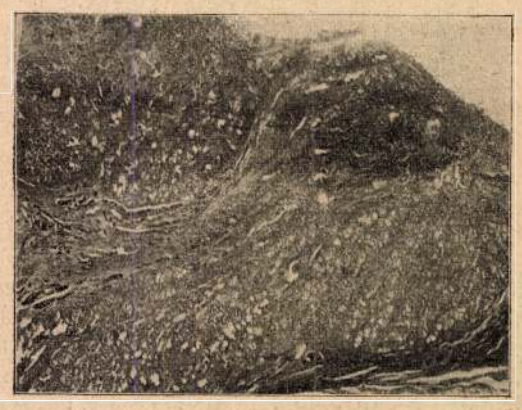
44. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

tág, sokszorosan ránczolt részlet tűnik elő. (44 ábra.) Ekkor az ondódombon szájadzó 3—4 prostatamirigy kivezető csöve is kés alá kerül. E kép is csakhamar megváltozik, úgy hogy a ductust majdnem egész hosszában éri a kés. Ugyanekkor a colliculuson ismét egy majdnem haránt rés is jelzi a szájadékhoz való közelségét (45. ábra); a következő metszet

45. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

46 ábra (30 éves, sorozatos metszet).

47. ábra (30 éves, sorozatos metszet).



48. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

ugyanezen résen kívül a ductusnak egy görbült részét metszve át, annak lumene nem jelzi az elejét és végét, csakis a közepét (46., 47. ábra); végre egy kis ránczolt, lukacsos részlet marad meg belőle a colliculusban levő végső részlettel. (48. ábra.) Mikor így a kés alól kifogyott a ductus, az uterus

masculinus középvonala jut a metszetekbe ívalakú tetőszerkezettel, sokszorosan ránczolt nagyobb üreggel (49. ábra),

49. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

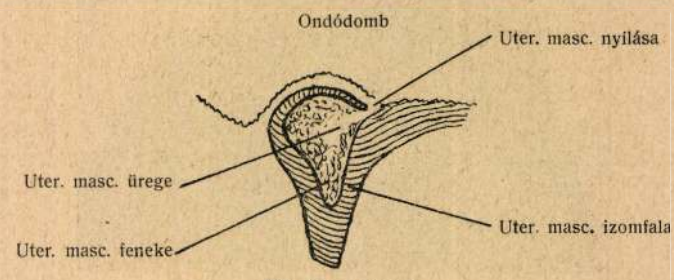
50. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

ebben egy-két sötét ponttal, a mely tartalmának a festett képe és látható a hegyes feneke, a mely alatt még egy megtört irányú folytatása is van vastag izomköteggel határolva. (50. ábra.) A középvonalon túl vezetve a metszést, az uterus masculinus ürege kevésbé mélylyé változik és alatta előre már a túloldali ductus izomkötegei, a lumene tűnnek fel. (51. ábra.)

51. ábra (30 éves, sorozatos metszet).

Igy folytatva a sorozatos metszetek készítését, a ductusnak mindig más-más részlete tűnik föl a képen, az uterus masculinusból is mindig többet és többet látunk, míg végre sokránczú falzattal határolt üreg válik láthatóvá. Az üregben volt nyálkát festve mutatja egy vagy két sötét pont. Az üreg tetejét boltozat alkotja, melynek gyengülésével a kis nyilás tör utat magának. Ezek után a hosszmetszetben középvonalban vázlatosan jelezve ilyen formájú az uterus ürege. (52. ábra.)

Ezt az alakot azonban csakis a colliculus seminalis középvonalában vezetett metszéssel kapjuk meg, a mikor a ductusból sem az egyik, sem a másik oldalt nem érte a kés. Ha pedig a középvonaltól már távozik a metszés lapja, akkor már nem látszik oly mélynek az uterus masculinus feneke, sőt a kés alá kerülő ductus fala és lumene zavarja a tisztán-



52. ábra (rajz).

látást. Mennél jobban távozik oldalt a metszés helye, annál nagyobb részlet látható a ductus végső görbületéből, míg más metszéslapon csak a ductus felhajló részének látható mind nagyobb lumene.

Végre egészen elkülönítve látható a ductus és az uterus masculinus legszélesebb részének, tasakjának egy része, utoljára már a ductusnak csakis a végső részlete és az uterusnyálkahártya ránczai láthatók.

Sajnos, a praeparatumok élességét, a szövetek különböző színét a fénykép, melyet mikroskop alatt *Lenhossék* tanár úr intézetében *Balázsy* dr. vett fel, nem adja vissza tökéletesen. Még nagyobb a fogyatékosság a fényképről chemigraphiás úton készített változatlan autotypiákon és clichéken. Különben is a szövevényes rajzolatban tisztán, injectio nélkül roppant nehéz a tájékozódás. Az egyes ábrák lehetőleg több egyénből származtak; azért állítottam őket így össze, hogy ne érhessen az a vád, hogy egy rendellenes, atypusos varietást állítok oda normalis, általánosan uralkodó helyzetnek. A képek körülbelül 50-szeres nagyításban készültek, ezért az egész finom szövettani részletek (pl. simaizomrostok) nem differenciálódhatnak. Ehhez oly nagy képek volnának szükségesek, a mekkorákat nem állt módomban produkálni.

(Vége a jövő számban.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Felix Pinkus: Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig, Verlag von Dr. Werner *Klinkhardt*. Preis M. 7.—.

Jó és a gyakorlat igényeinek megfelelö vezérfonalat megírni kétségtelenül nehéz feladat. Az ily munkának már a fogalma megkívánja, hogy a megfelelő gyakorlati disciplinát lehetőleg röviden, a tudomány mai álláspontja szerint tárgyalja. S éppen ez a megkivánt rövidség okozhatja a nagy nehézséget, mert sok szerző ezt csak a világosság és a megfelelő alaposság rovására tudja elérni. *Pinkus*-nak előttünk fekvő könyve e hibától távol áll és csak azt bizonyítja, hogy mily hasznos lehet az orvos kezében egy jól megtervezett és átgondolt vezérfonál. Pedig a szerző feladata különösen nehéz volt, tekintve azt, hogy az egész dermatologián kívül még a nemi bajokra is ki kellett terjeszkednie. Mindezt pedig alig 18 íven érte el. A dermatologiának számos fejezetébe sorolt sok betegséget és kórfolyamatot nemcsak futólagosan és felületesen megemlítve, hanem szükség szerint kellő anatomiai, klinikai és therapiai magyarázattal fejtegetve találjuk meg. A szerzőnek ismert erős histologiai venája ebben a munkájában is fölismerhető s ez a hajlama csak fokozza a könyv tudományos értékét. A nemi bajok, főként a syphilis leírása — bár röviden — a legújabb kutatási eredményekre támaszkodik. A munkát számos klinikai és histologiai ábra bővíti, sajnos azonban, hogy sikerültnek csak néhány mondható. *Pinkus* könyvét nemcsak orvoshallgatók, hanem a gyakorlattal elfoglalt orvosok is sok haszonnal olvashatják.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

A zabliszt-kúrák hatására keletkező vízretentio szerepét ismerteti diabetes mellitus eseteiben *M. Mirowsky*. Ismeretes, hogy zabliszt adagolása után néhány nap alatt több kilogrammnyi testsúlygyarapodás állhat be, a minek az oka főleg az alsó végtagok oedemás duzzanataiban mutatkozó vízretentio. A zabliszt kihagyása után — a diuresis fokozódása közben — az oedema visszafejlődik. A zablisztnek vízretentiót létesítő hatásának oka ismeretlen. *Noorden* ezen oedemákat a toxikus oedemák közé sorolja. *Blum* szerint a vízretentio oka a súlyos diabetesben az acidosis ellen rendszerint adagolt natriumbicarbonat volna, mely nagy affinitásánál fogva a savakkal saturált szövetekhez köttetvén, e chemiai folyamat nagy vízmegkötéssel jár. *Mirowsky* vizsgálatai szerint a natriumhydrocarbonat maga nem vezet vízretentióra; ez utóbbinak oka a zabliszt felvételében keresendő. Normalis egyénben, valamint diabetes insipidusban szenvedőben sem a szóda, sem a zabliszt magában nem vezet vízretentióra.

Diabetes mellitusban a natrium hydrocarbonat vegyes diaeta mellett szintén nem vezet vízretentióra, azonban a zab- vagy búzaliszt (*Blum* és *Severin* szerint a búzaliszt e tekintetben a zablisztthez hasonlóan hat) önmagában — minden nélkül — képes erre. Diabetes mellitusban a bizonyos szénhydratok felvétele s a vízretentio közt fennálló szoros összefüggés oka valószínűleg valamely sajátos szövet- s vérérdispositióban keresendő. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 12. sz.) *Galambos* dr.

Elmekórtan.

Az adalin hatásáról morphin- és alkohol-megvonáskor ír *O. Juliusburger*. A szerző évek óta nem ad morphiumelvonás alkalmával alkoholt és az esetleges szívgyöngeséget digalen előzetes adagolásával igyekszik elkerülni. Ugyanis meggyőződött, hogy a morphium-elvonás alkohol nélkül könnyebben és collapsus nélkül sikerül. Hosszabb idő óta a kúra kezdetén trionalt ad és pedig több napon át kisebb adagot, míg az ismert cumulativ hatást eléri. Minél gyorsabban sikerül a betegen a teljes és bizonyos ideig tartó trionalhatást elérnie, annál könyebben sikerül a morphiumelvonást rövidesen, többnyire két-három nap alatt keresztülvinnie. Az ágybafektetés elengedhetetlen feltétel, a tartós fürdők jó hatásúak. Ujabban a trionalt adalinnal kombinálta és kiderült, hogy úgy ezzel, mint adalin és veronal vagy adalin és medinal együttes adagolásával morphinisták súlyosabb álmatlanságát is leküzdhette. Néha az adalin egyedüli adagolásával is hasonló eredményt ért el.

Hogy az alkoholistáktól az alkoholt azonnal el kell vonni, nem lehet vita tárgya. Tanácsos, hogy az ágykezelés mellett előzetesen digalent adjunk, hogy a szív gyengeségét elkerüljük. A félelmi érzések és nyugtalanság csillapítására és álmatlanság ellen a tartós fürdők mellett az adalin kedvező hatását észlelhette. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, 1989. l.) *Goldberger Márk* dr.

Sebészet.

A tüdősebészet jelenlegi állásáról ír *A. Fraenkel* és *W. Körte*. A tüdősebészet haladása különösen két irányban jutott érvényre: 1. a pneumotomia technikájának tökéletesítésében, azaz a tüdő genygóczai megnyitásának műtéteiben és 2. a tüdő compressióján alapuló therapiában. Az elsőnek czélja az, hogy egyrészről előnyösebb gyógyulási feltételeket teremtsen, másrészről, hogy a beteg góczhoz könnyebben hozzájuthassunk. A Röntgen-vizsgálat lényegesen előmozdította a pneumotomia hasznát, a mennyiben gyakrabban tette lehetővé a diagnosist, mint a percussio és auscultatio. A compressiós therapiával arra törekszünk, hogy a beteg tüdőt összeesésre kényszerítsük és az ezáltal létrehozott immobilisatióval a betegségnek megállapodását, esetleg a beteg gócznak eltokolódását idézzük elő. Míg a pneumotomia különösen a genyedő és üszkösödéssel járó tüdőbetegségekben szerepel, addig a compressiós therapia különösen egyoldali bronchektasiás és tüdőtuberculosisos megbetegedésekben bizonyult alkalmasnak. Háromféle módon végeztetik: 1. nitrogennek a pleuraürbe való befuvásával, azaz művi pneumothorax készítésével; 2. extra-pleuralis thoracoplastikával *(C. Spengler)*, azaz nagy kiterjedésű subperiostalis bordaresectióval; 3. a felső bordák (1—8) kis, 3—4 cm.-nyi nagyságú darabjainak eltávolításával hátul a bordaszeglet táján, összekötve esetleg a bordaporcz eltávolításával *(Wilms)*, a mi tüdőcollapsust idéz elő. Az acut tüdőabscessus vagy pneumonia után áll be, vagy emboliás úton, vagy pedig idegen test aspiratiója hozza létre. Ha a gyógyulás nem történik a tüdősequester esetleges expectoratiójával, a köpet állandóan tovább is genyes marad és az azzal együtt járó láz sem múlik el, akkor eljutottunk azon időponthoz, a midőn a műtét indicatiója áll be. Ha a spontán gyógyulás 3—4 hét alatt nem következik be, akkor helyesebb a genygócznak művi úton való eltávolítása.

Az idősült tüdőabscessus általában ritkább, legtöbbször cavernaképződéssel jár, kevesebb a genytermelődés, ritkábban járulnak hozzá vérzések, mint heveny tüdőgenyedés eseteiben, ellenben ezeknél nagyobb terjedelműek; leggyakrabban a tüdő felső lebenyét támadják meg. Különösen alkalmasak a kiterjedt bordaresectióval való gyógyításra. Legjobb eredményt adnak a sebészi kezeléssel a tüdőgangraenák. Az igaz, hogy néha belső kezelésre is gyógyulnak, azonban a sok ideig tartó várakozással a beteget igen nagy veszélynek tehetjük ki, a mennyiben a putrid intoxicatio következtében egyrészről a beteg erejét veszíti, másrészről profus vérzések, infiltratiók, súlyos pleuralis szövődmények és néha agyemboliák csatlakoznak a tüdőgangraenához. De megtörténik az is, hogy a bűzös váladék a tüdő legtávolabbi részeit is inficiálja és ezzel a műtét esélyeit jelentékenyen roszszabbítja.

Mindezek folytán a szerzőnek az a véleménye, hogy az acut tüdőgangraena, ha egyoldali és a beteg erőbeli állapota megengedi, mielőbb a sebészhez utaltassék. Ezt bizonyítják a statisztikai adatok, de különösen *Lenhartz* adatai, a ki 120 esetet operált, melyek közül 71 meggyógyult (59·2%), 49 meghalt (40·8%). Ha azonban leszámítjuk azon eseteket, melyekben már a műtét előtt súlyos szövődmények állottak fenn (diabetes, tuberculosis), vagy már oly állapotban voltak, hogy a műtét is alig volt elvégezhető, akkor 97 eset közül meggyógyult 71 (73·2%) és 26 halt meg (26·8%). *Körte* eredményei is hasonlóak. Különös fontossága van a Röntgenvizsgálatnak, melynek segítségével a legtöbb esetben lokalizálhatjuk a góczot. Az idősült tüdőgangraenában nitrogenbefúvást kíséreltek meg és jó eredményt értek el. Ezen eljárás azonban még további megfigyelést igényel. A bronchitis putrida sebészi kezelésében jó eredményeket értek el levegő befúvásával (1200 cm^3). Ezen methodus a már ismertetett collapsus-therapián kívül különösen azért is figyelembe veendő, mert a nagy levegőhólyag, mely a pleuraürbe jut, ott mintegy elastikus párnát alkot a tüdő és a thoraxfal meg a diaphragma között, a mi által köhögéskor ez a levegőhólyag nyomást gyakorol a tüdőre s a bronchusok tartalma sokkal könyebben ürül a tracheába.

Subacut bronchiektasia eseteiben a műtét indicatiójával óvatosabbnak kell lennünk, a mennyiben gyakran spontán gyógyulás is létrejön, mely a műtéti beavatkozást feleslegessé teszi. Ha pedig a betegség a chronikus stadiumba jutott, akkor a kórfolyamatnak a tüdő nagyobb területére való átterjedése következtében a sebészi kezelés indicatiójának felállításával igen óvatosnak kell lennünk.

A tüdőgümőkór sebészi kezelését először *Quincke* alkalmazta Németországban. Jelentékeny előmenetelt csak az utóbbi években tett azáltal, hogy a *Forlanini* által ajánlott művi pneumothorax mind nagyobb és nagyobb figyelemben részesült. Alkalmasak az ezen methodussal való gyógyításra azon esetek, a hol a tuberculosus folyamat csak az egyik tüdő-

félre szorítkozik és a melyek hajlamot mutatnak a továbbhaladásra és kiterjedésük következtében műtét nélkül nem igérnek gyógyulást.

Egyik feltétele azonban a művi beavatkozásnak a kiterjedt pleuralis összenövéseknek hiánya. Ezen therapia mellett kedvező eredmény esetén a láz csökkenését, a köpet kevesbedését és a közérzet javulását tapasztalhatjuk. A compressiós therapiának egy másik módja a kiterjedt bordaresectio, különösen *Brauer* és *Friedrich*, újabban pedig *Wilms* ajánlata szerint. Ezen úgynevezett extrapleuralis thoracoplastika olyan beható eljárás, hogy csakis a legkétségbeesettebb esetekben alkalmazhatjuk. Maga a műtét úgy végeztetik, hogy nagy bőr- és izomlebeny készítése után az egyik mellkasfél bordáinak legnagyobb része a csont és porcz határától kezdve az anguli costarumig vagy a csigolyaizületig subperiostalisan a pleura megkimélésével eltávolíttatik.

Csakis azon esetek alkalmasak erre, a melyekben a cavernosus phthisisnek zsugorodó alakjaival van dolgunk és előreláthatólag a mediastinum meg van vastagodva, mert az életveszélyt, a melybe a betegek a műtét után következő napokban jutnak, az teszi, hogy a mediastinum nagyfokú engedékenysége folytán flottáló mozgásba jut oly módon, hogy minden belégzéssel a meg nem sérült mellkasfélbe beleszívatik, a kilégzéssel pedig a reszekált oldal felé előboltosul. Ebből aztán a légzésnek oly nagyfokú zavara támad, hogy a betegek fulladás tünetei között mehetnek tönkre. Ezen kellemetlen szövődményeket igyekszik a *Wilms*-féle methodus elkerülni azáltal, hogy a felső bordáknak aránylag csak kisebb darabjait távolítja el hátul az anguli costarum táján és elől a hozzátartozó porczot subperiostalisan. E műtéti eljárás azon esetekben vihető keresztül, a hol a gümőkóros folyamat a tüdő felső lebenyét foglalja el, *W. Freund* mutatott először arra, hogy a bordaresectióval a tüdő lélegzési tevékenységének jelentékeny megkönnyebbülése és javulása érhető el. Ennek a műtétnek két indicatiója van: 1. a felső mellkasnyílás stenosisa kezdődő tüdőtuberculosisban, 2. a tágult thorax merevsége bizonyos emphysema-alakokban. A mennyiben *Freund* pedig kimutatta, hogy az első borda rövidsége és a később ahhoz társuló porcz-elcsontosodás következtében létrejött merevsége a felső aperturának álizület képződésével kiegyenlítődhetik, arra a gondolatra jött, hogy a mit a természet ritkán magától megtesz, azt mesterségesen végezze: azaz az első bordaporczot a késsel átvágja.

Az a körülmény, hogy tüdőcsúcs-tuberculosis gyógyult eseteiben csakugyan izület képződését látta az elcsontosodott porczban, feltevésének helyes voltát igazolta. Gyakorlati szempontból sokkal fontosabb *Freund*-nak az emphysema keletkezésére vonatkozó nézete, mely szerint ezen betegség elsődleges oka nem a tudőben keresendő, hanem a bordaporcz jellegző elváltozásában. Az előrehaladt korral ugyanis a bordaporcz sárgássá, asbestszerűvé válik és felrostozódik, minek következményeként tekintendő a bordaporcz kitágulása és ezzel együtt az egész bordagyűrű abnormis feszülése, végül pedig a thorax állandó belégzési állapotban való maradása. *Hausmann* szerint az emphysema nem mindig a magasabb korral együtt járó megbetegedés, hanem lehet veleszületett is, melynek oka ilyenkor az elastikus rostoknak fogyatékos fejlődése.

Az emphysema sebészi kezelésére vonatkozólag *Freund* ama megfigyeléséből kell kiindulnunk, hogy a thoraxmerevséghez vezető degeneratio leggyakrabban a jobboldali 2.—4. borda porczán kezdődik és csakhamar a többi bordára is ráterjed. Ennek alapján a jobboldali 2.—4. bordaporcznak 3—5 cm. nagyságú darabja reszekálandó, a midőn különös figyelmet kell fordítanunk a pleurának épségben megmaradására. Hogy esetleges csontújdonképződést megakadályozzunk, a reszekált bordarések közé a pectoralisból készített izomlebenyeket szoktak helyezni. Mintegy 60 esetben végezték ezen műtétet s az eredmény a thoraxnak a középállásba való helyeződése és a lélegzésnek megkönnyebbülése szokott lenni. A hol a szív részéről kellemetlenségek mutatkoznak, ott a műtét nem javalt.

W. Körte először is azokat a műszereket ismerteti, melyek segítségével sikerült úgy a diagnostikát, mint a sebészi gyógykezelést tökéletesebbé tenni. Fontos szerepet tulajdonít a Röntgen-vizsgálatnak. Jelentékenyen előbbre vitte azonban a tüdősebészet technikájának kifejlődését az a körülmény, hogy a légnyomáskülönbséget meghatározó készülék segélyével a pneumothorax veszélyei a minimumra redukálódtak. Elvi különbség a magas és alacsony nyomással járó készülékek között nincs; mindkettő különböző módon ugyanazt a czélt szolgálja: a tüdő kitágulását a védő thoraxfal megnyitása után. Azonban úgy látszik, hogy részben a kényelmi, részben a takarékossági szempont a magas nyomású készülékeknek több hívet szerzett. Való az, hogy mindkét mód segítségével a mellkas megnyitásával járó több műtét végezhető a nélkül, hogy tüdőcollapsus jönne létre. Nem szabad feledninnk azonban, hogy a gummikeztyűk alkalmazása, a bőr desinfectiójának egyszerűsítése a tüdősebészet számára is nagy előnyt biztosítottak. Már *Noetzel* hangsúlyozta, hogy a normalis pleura, úgy mint az egészséges peritoneum, igen resistens a fertőzéssel szemben, sokkal ellenállóbb, mint a zsír- és izomszövet, de a physiologiai körülmények megváltozása, a pneumothorax és tüdőcollapsus a pleura ellenállóképességét csökkenti. Fontos szerepet visz itt „a holt ür képződése“ s a tüdőcollapsussal együttjáró vérkeringési viszonyok megváltozása. A szerző először a tüdőabscessusra és gangraenára vonatkozólag mondja el megfigyeléseit. A csak genyes abscessus spontan is meggyógyulhat, azonban igen fontos a sebészre nézve az, hogy ne váljék idősültté, mert ezáltal a műtét eredményei sokkal rosszabbak lesznek. A putrid abscessusban és gangraenában a műtét indikált, mihelyt a gócz diagnosisa pontosan megállapíttatott. Kivétel a gangraenának azon alakja, a hol, különösen influenza pneumonia után, az egész tüdőlebenyre kiterjedő üszkösödés áll be. A szerző a putrid abscessus és gangraena között jelentékeny különbséget nem talált s gyakran csak műtét közben tudta a diagnosist pontosan megállapítani. A Röntgen-sugarak sem nyujtanak mindig biztos támpontot, a mennyiben néha bronchopneumoniás megvastagodások vannak jelen, melyek gangraenás góczok árnyékaival könnyen összetéveszthetők. Igen nagy fontosságot tulajdonítanak tüdőgangraena eseteiben az adhaesióknak, a melyek azonban úgy *Körte*, mint *Lenhartz* tapasztalata szerint az esetek jelentékeny számában nincsenek meg. Éppen ez a körülmény vitte a szerzőt azon álláspontra, hogy a gócz próbapunctiója a pleuraür elzárása előtt helytelen eljárás és a pleura fertőződésére vezethet. A tüdőben lévő góczot vagy thermocauterrel, vagy késsel nyitjuk meg. Az előbbi eljárásnak előnye, hogy a capillaris vérzést jól csillapítja, hátránya, hogy a pörk leválásakor nagy utóvérzés keletkezhetik. A góczot nem szabad sokáig keresgélnünk; ha nem találjuk, akkor a rajta ejtett nyilást jodoform-gaze-zal kell tamponálni s ha a geny vagy az üszkös gócz közelében voltunk, valószínű, hogy át fog törni. Ha több gócz van, leghelyesebb valamennyit egy metszésből kiüríteni; ha ez nem megy, akkor több bordát kell reszekálnunk. Az utókezelést komplikálhatja: sepsis, empyema, pneumonia és utóvérzés. A bronchiectasia sebészi kezelése azért nehéz, mert bizonytalan a baj kiterjedése és nehéz a localisatiója. Legkedvezőbb, ha csak egy lebeny van megtámadva és ha egy nagyobb ür képződött. Jobb esélyeket nyujtanak a friss, mint az idősült esetek. A pneumotomia metszésének nagynak kell lenni, hogy a góczhoz jobban hozzáférjünk és a vérzést jól tudjuk csillapítani. Szóba jöhet az egész bronchectasiás caverna exstirpatiója, a mint azt *Glück*, *Krause*, *Lenhartz* végezte, a mi azonban igen súlyos beavatkozásnak tekintendő. Könnyen létrejöhet, mint a tüdővagus reflexhatásának következménye, a collapsus.

A szerző is, miként mások, több esetet észlelt, a midőn a beteg hirtelen, műtét közben vagy közvetlenül utána kollabált. Hasonlóképp halálos következménynyel járhat levegőnek a venarendszerbe való jutása. Fontos a narcosis kérdése is, mert egyrészről az infectiosus anyagoknak az egészséges

tüdőbe való aspiratiója, másrészről a narcosisnak a szívre való rossz hatása óvatosságra int.

Jól helyettesíti a narcosist a morphium-scopolamin- vagy a localanaesthesia.

Tüdősérülés esetén a szerző a következő elvek szerint jár el: Akár kifelé, akár befelé történő erős vérzés, nagyfokú légzési nehézség esetén a thorakotomia a sérülés után azonnal végzendő. Ugyancsak akkor is, ha a mellkasban levegő- vagy vérfelhalmozódás tünetei mutatkoznak. Perforatio a thoraxfalba még nem elegendő ok a beavatkozásra. A tüdő sebének összevarrásához vagy a vérzés csillapításához széles feltárás szükséges.

Éppen tüdősérülés eseteiben alkalmazható jól a „légnyomáskülönbséget" mutató készülék.

A tüdődaganatok nem tartoznak a gyakori megbetegedések közé.

Előfordul ugyan carcinoma, sarcoma, chondroma, fibroma, angioma, közöltek is ilyen eseteket, leggyakrabban azonban csak a bonczolás alkalmával találták meg a daganatot. A primaer carcinoma két alakban fordul elő, mint bronchusokból kiinduló, mely legtöbbször a hilus közelében székel, vagy pedig az a fajtája, mely a tüdőszövetet foglalja el. A korai diagnosis legtöbbször kivihetetlen, mert akkor okoz tüneteket, a midőn már szétesett. Ilyenkor a sputumban carcinomára jellegzetes sejtek találhatók.

A tüdőtumorok műtétjével elért eredmények csekélyek, remélhető azonban, hogy a diagnostika tökéletesbítésével a sebészet e téren is fejlődni fog. Közel áll a tüdőtumorokhoz az aktinomykosis. *Karewski* szerint a legtöbb, mely a mellkasfalban fordul elő, a tüdőből indul ki. A tüdőechinococcus műtétje különösen akkor jár nagyobb veszélylyel, ha a hólyag megpukkad és a bronchusokat eltömeszeli vagy ha másodlagos genyedés áll be, avagy nagy genyedés komplikálja a műtétet.

A szerző a *Freund*-féle műtéttől szép eredményeket látott, a légzés és circulatio megjavult úgy, hogy gyakran leromlott egyének is munkaképessé váltak. A tudőtuberculosisra vonatkozólag a szerző nem találja azokat az eseteket műtétre alkalmasnak, a melyekben a tüdőn kívül más szervekben is találhatók a betegség tünetei. A merev falú empyemákban *Wilms* methodusát találta a szerző alkalmasnak, mely eljárás a súlyos thoraxresectiókat pótolja. Nemcsak a végzése egyszerűbb, hanem a mediastinalis behúzódások is elmaradnak, melyek a thorax teljes csonttalanításakor a beteget nagy veszélybe dönthetik. (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, 6., 7. és 8. sz.) Ifj. *Hähn Dezső* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A scarlatina kezelését eucalyptus-olajjal ajánlotta volt két évvel ezelőlt *Milne* angol orvos. Előnye volna e kezelésnek a többi között az is, hogy a betegek teljesen ártalmatlanná válnak a környezetre. A kezelés lényege az, hogy a beteget tetőtől talpig beecsetelik tiszta eucalyptus-olajjal, még pedig az első 4 napon naponként kétszer, a következő 6 napon naponként egyszer; egyidejűleg az első 2 napon a tonsillákat is bekenik két óránként 10%-os carbol-olajjal. A módszert — a mint *Koerber* közli — Hamburgban kipróbálták, de nem látták valami nagy hasznát. Az eucalyptus-olajjal kezelt esetek halálozási százaléka 2 volt a régebbi 2·56%-kal szemben; a szövődmények általában ritkábbak voltak, főleg a nephritisek száma 50%-kal csökkent; az izületi szövődményeket ellenben valamivel gyakrabban észlelték. A betegség tartama nem rövidült meg, az úgynevezett „return cases" száma pedig nagyobb volt: 5·5% az eucalyptus nélkül kezelt esetek 3·5%-ával szemben. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 11. szám)

Cardialis nehézlégzés és vizenyő két esetében *Voigt* jó eredményt látott az adrenalintól. Ismételten fecskendezett be az 1‰ oldatból ½ cm³-t a bőr alá, illetve intravenásan. Mindkét betege ismét munkabiró lett. (Brit. med. journal, 1912, márcz. 7.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 14. szám. *Áldor Lajos*: A cholelithiasis therapiája. *Deák István:* Acut (apoplexiás) bulbaris paralysis esete keresztezett hemianaesthesiával.

Orvosok lapja, 1912, 15. szám. *Verebély Tibor:* A bőr sérülései.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 15. szám. *Guszman József:* A laboratoriumi vizsgálatok jelentősége a syphilis diagnosisában és therapiájában.

Vegyes hirek.

Kinevezés. A siklósi nyilvános kórházhoz *Kregczy Ottó* dr.-t igazgatóvá, *Márkus Miksa* dr.-t osztályorvossá; *Sztojakovits Jefta* dr.-t az ujvidéki közkórház szemészeti osztályának főorvosává; *Villányi Izidor* dr. aradi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá; *Barna Viktor* dr.-t Csongrád vármegye közkórházához alorvossá; *Kőhegyi Hugó* dr.-t a szegedi közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Koch Arnold* dr.-t Magyarkanizsa város tiszti orvosává, *Andor Samu* dr.-t Kövesligeten körorvossá, *Atlasz József* dr.-t Kőteleken községi orvossá választották.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét márcziusban 119 esetben vették igénybe; a műtétek száma 89 volt.

Nemzetközi trachoma-pályadíj. A m. k. belügyminister 1000, azaz egyezer koronát tűz ki a trachoma aetiologiáját tárgyaló legjobb mű jutalmazására, mely önálló munkálkodás alapján készült s mely e téren értékes haladást tartalmaz. A pályamunkák 1912 deczember 31.-éig a m. kir. belügyministerhez (Budapest, I., Vár, belügyministerium) nyujtandók be. A pályázat nyilt s nyomtatásban megjelent dolgozattal is lehet pályázni, ha annak megjelenési ideje az 1909—1912. évre esik. A munkák magyar, német, franczia vagy angol nyelven adhatók be. A biráló bizottságot a m. kir. belügyminister alakitja meg. Az eredmény a Londonban 1913 augusztus havában tartandó XVII. nemzetközi congressus alkalmával fog kihirdettetni.

Mangold Henrik dr.-nak, a kinek elévülhetetlen érdemei vannak a Balaton felvirágoztatása körül, emléket kívánnak felállítani Balatonfüreden. E czélból előkelő férfiakból álló bizottság alakult meg a napokban.

Meghalt. *Baumgarten Egmont* dr. budapesti egyetemi magántanár, ismert gégeorvos, a poliklinika és a Stefánia gyermek-kórház rendelő főorvosa, e hó 7.-én. — *R. Frommel,* valaha a nőorvostan tanára az erlangeni egyetemen, április 6.-án.

Uj törvényszéki orvosszakértői díjszabás. (1912 május hó 1.-én lép hatályba.) A m. kir. igazságügyministernek 9700/1912. I. M. számú rendelete a bűnvádi ügyekben alkalmazott szakértők díjszabásáról. 1. §. 1. Élő egyén megvizsgálásáért a lelettel és véleménynyel együtt, vagy más orvosszakértő véleményének felülvéleményezéséért az esetleges újabb vizsgálattal együtt, vagy újabb adatok alapján kívánt pótvéleményért — ideértve az országos bírósági vegyésznek lelete és véleménye alapján adott törvényszéki orvosi véleményt is — az esetleges újabb vizsgálattal együtt 8 K jár. 2. Elmeállapot megfigyeléséért — tekintet nélkül a megfigyelések számára, de a bíróság előtt történő és a 4. §. alapján díjazott egyszeri megfigyelés esetét kivéve — a részletesen indokolt véleménynyel együtt 40 K jár. — 3. Halottszemléért — ideértve az életképtelen korban született méhmagzat külső megvizsgálását — a lelettel és a véleménynyel együtt 10 K jár, ha azonban a halottszemlét nyomban bonczolás is követi, csak a 4. pontban említett díj számítható fel. — 4. Bonczolásért a a részletes bonczjegyzőkönyv és vélemény díjával együtt 25 K; nagyfokú feloszlásban levő, így különösen exhumált, vízből kifogott, vagy égett hulla bonczolásáért 35 K jár. — 5. Laboratoriumi (górcsövi, szövettani, bakteriologiai, Röntgen-sugaras és hasonló munkával járó) vizsgálatért a véleménynyel együtt 20 K jár. — 6. Bűnjelnek orvosszakértői megvizsgálásáért, a mennyiben az előbbi 1—5. pontban vagy a 4 §-ban megjelölt működéssel kapcsolatban történik, külön díjazás nem jár; ha a vizsgálat az érintett működésekkel kapcsolatban nem történhetik meg, az orvosszakértőt a bűnjel megvizsgálásáért a lelettel és véleménynyel együtt a 10. §-ban megállapított díjazás illeti. — 7. Élő egyén váladékának és hullarészeknek vegyi vizsgálatra az országos bírósági vegyészhez elküldése végett szükséges csomagolásért 5 K jár. — 8. A bíróság vagy a kir. ügyészség által kívánt és a fenti pontok egyike alá eső orvosszakértői véleményért — hacsak a 20. § utolsó bekezdésében meghatározott esetek valamelyike fenn nem forog — 4 K jár. — 3. §. Bonczolásnál az orvosszakértők egy, szükség esetében két szakértő személyt (bonczoló szolgát) alkalmazhatnak, kiknek munkadíj fejében három koronát kell megállapítani. Nem állapítható meg ezen díjazás akkor, ha a bonczolásnál segédkezés a szolga hivatalos kötelessége. — 4. §. A főtárgyaláson vagy járásbirósági tárgyaláson való jelenlétért, beleértve az ott teljesített bárminő, esetleg többféle szakértői működést (vizsgálatot, megfigyelést, véleményezést stb.): 1. két órai vagy ennél rövidebb idő tartamára 10 K, 2. két óránál hosszabb, de négy órát meg nem haladó időre 15 K, 3. négy órát meghaladó időre 20 K jár. — 10. §. Az előbbi §-ok alá nem eső bűnjeleknek vagy egyéb tárgyaknak megvizsgálásáért — akár bíró jelenlétében, akár a nélkül történik a vizsgálat — az irásban vagy szóval előterjesztett véleménynyel együtt

6 K, minden további megvizsgált tárgy után 3 K jár. Ha valamely tárgygyal együtt tartozékai (pl. a lőfegyverrel együtt a töltények vagy töltényhüvelyek) is megvizsgáltatnak, ezekért külön díj nem számítható fel. Fegyvernek lőpróbákkal kapcsolatos megvizsgálásáért a véleményadással együtt 10 K jár. — 17. §. Ha a bíró vagy bíróság valamely bűnvádi ügyben több szakértőt alkalmaz, az előbbi §-okban megállapított díjak mindegyik szakértőt megilletik; *ha pedig a szakértő egy napon több bűnvádi ügyben működik, díjait mindegyik ügyben külön felszámíthatja.* Ha valamely bűnvádi ügyben a tárgyalás több napig tart, a jelenléti díjakat mindegyik napra külön kell megállapítani. — 19. §. Ha a bírói szemle vagy tárgyalás, melyre a szakértő megidéztetett, elmarad és erről a szakértő a szemle vagy tárgyalás megkezdésére kitűzött időponttól számított félórán belül értesül, a bíróság előtt történt megjelenésért időmulasztás címén az illető szakértőnek a 4. § értelmében az első két óra után járó jelenléti díj fele állapítandó meg. — 23. §. Ha a bíró vagy a bíróság a szakértőket lakhelyükön kívül eső helyre küldi ki vagy idézi meg, a szakértőknek az alábbi eltérésekkel azokra az illetményekre (napidíj és útiköltség) van igényük, a melyeket az 1896. évi április hó 27.-én 21224. szám alatt kiadott szabályrendelet, az igazságügyi alkalmazottak részére megállapít — 25. §. Az orvosszakértőknek egyéb minőségükre tekintet nélkül napidíj címén a VIII. fizetési osztályba tartozó kir. törvényszéki bíró *teljes* napidíjának megfelelő összegre van igényük. A bonczoló szolga napidíja 3 K. — 26. §. A szakértők útiköltségét a VIII. fizetési osztályba sorozott kir. törvényszéki bíró *teljes* utazási illetményei szerint kell megállapítani. — 27 §. Ha két szakértő együtt utazik, de nem egy helyből indul ki, mindegyikük külön bérkocsi-díjat számíthat fel. Tengelyen utazás esetében, ha nem egy községből indulnak, mindegyik szakértő külön felszámíthatja a szabályszerű kilometerpénzt; ha azonban egy községből indulnak, csak egy kocsi fuvardíja számítható fel, mely a két szakértő között egyenlő arányban osztandó meg. — 28. § A bonczoló szolga részére harmadosztályú vasuti jegy ára állapítható meg; bérkocsi- vagy kilométerpénz azonban a bonczoló szolgát nem illeti meg s az orvos saját kocsiján köteles őt vinni. — 29. §. Budapest területén halottszemle vagy bonczolás esetében a szabályszerű bérkocsidíj mindig felszámítható.

A XXII. magyar balneologiai congressust április 19—21.-én tartják meg a budapesti kir. orvosegyesület házában (Szentkirályi-u. 21). A congressus napirendje a következő: I. ülés április 19.-én d. u. 5 órakor. 1. Elnöki megnyitó. 2. *Weisz Ede* dr. (Pöstyén): A rheumatismus tuberculosusról. 3. *Schulhof Vilmos* dr. (Hévíz): A polyneuritis rheumaticáról. 4. *Hankó Vilmos* dr. akad. tag, tanár: Jodoform- és kénhydrogenképződés a palaczkozott ásványvizekben. 5. *Reichart Aladár* dr. (Pöstyén): Az Irma-fürdő és „Thermia" hotel-sanatorium Pöstyénben. (Vetített képekkel.) 6. *Áldor Lajos* dr. kir. tan. (Karlsbad): A bélendoskopia jelentőségéről a chronikus székrekedés diagnostikájában és therapiájában (vetítésekkel). II ülés április 20.-án délelőtt 10 órakor. 1. *Vándor Dezső* dr. (Budapesti körúti fangó- és vízgyógyintézet): Fürdőmesterképző tanfolyam. 2. *Palotay Andor* dr. (Szt.-Lukácsfürdő): A patellaris reflex fontossága a thermalis fürdőgyógymódban. 3 *Tuszkai Ödön* dr (Marienbad): A női bajok fürdőtherapiája. 4. *Győri Ilona* dr. (Bártfa): Betegvizsgálat a fürdőorvosi praxisban. 5. *Sümegi József* dr. (Balatonfüred): A nyilt gyógyhelyek diaetetikája, különös tekintettel a szívbetegekre. 6. *Bosányi Béla* dr. kir. tan., a Sárosfürdő igazgatófőorvosa: Nevezetesebb balneologiai események a külföldön 1911-ben. (Az igazgatóság felkérésére tartott előadás). III. ülés április 20.-án délután 5 órakor. 1. *Farkas Márton* dr. (Lipótvárosi vízgyógyintézet): További adatok az időérzés tanához. 2. *Dalmady Zoltán* dr. (Budapest): A fülledtség éghajlattani megállapítása. 3. *Lenkei Vilmos* dr. (Balatonalmádi): A balneologia szempontjából fontos és kívánatos meteorologiai megfigyelésekről. 4. *Farkass Kálmán* min. tan., a belügyministerium műszaki osztályának vezetője: Fürdők csatornázásáról. Siófok csatornázási terveinek bemutatása. (Az igazgatóság felkérésére tartott előadás.) 5. *Löw Sámuel* dr. kir. tan., az egyesület tiszteletbeli tagja: 1. A magyar fürdők látogatottsága az 1911. évben. 2. Ásványvízforgalmunk 1911-ben. (Az igazgatóság felkérésére tartott előadás.) Ülés után társas vacsora az „Orvos-Club" nagytermében. Jegyek a főtitkárnál 5 kor.-ért. A congressussal kapcsolatban megtartják a magyar szent korona országos balneologiai egyesületének évi közgyűlését is április 21.-én d. e. ½10-kor.

A Pápay Vilmos-féle védhimlőnyiroktermelő intézetet alapításának 25. évfordulója alkalmából számosan üdvözölték külföldi szaktársak részéről is. Az intézetet *Pápay Vilmos* alapította 1887-ben, sok nehézség leküzdése után meghonosítva hazánkban a borjunyirok termelését. Hatalmas fejlődést vett az intézet, a mikor *Pápay* dr. elhalálozása után *Székely Ádám* dr. vette át a vezetését és a külföld előtt is előnyösen ismertté tette. Az intézet most már évente közel egy millió oltáshoz szükséges anyagot termel; szállítója a közös hadseregnek és Boszniának és külföldre is jelentékeny mennyiségben exportál.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. A *hormonal Hesse* szerint nem teljesen ártalmatlan szer; használata után egy esetében súlyos collapsus állott be; az irodalomban még két hasonló esetet talált. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 14. szám) — *Tabeses krizisek* ellen a morphiumot csak nagyon óvatosan szabad használni, mert súlyos légzéshüdést okozhat, a mint azt *Winternitz* egy esete és az irodalomban található hasonló esetek ismertetése kapcsán állítja. (Therap. Monatshefte, 1912, 3. füzet). — *Subcutan infusiókra Widerőe* szerint legjobb a czukoroldat, mert legkevésbé ártalmas és e mellett egyúttal tápanyagot is juttat a szervezetnek; a némelyek által előnyben részesített *Ringer*-oldat ártalmasabb, mint a konyhasó-oldat. (Bruns' Beiträge 2. klin. Chir., 77. kötet, 1. füzet.) — *A jodtincturával való fertőtlenitést* most már a gyomron és bélen is kezdik használni, a mint azt *Fritzsche* (Bruns' Beiträge 2. klin. Chir., 77. kötet, 2. füzet), valamint *Payr* (Zentralblatt für Chirurgie, 1912, 12. szám) közlései mutatják.

Kisebb hírek külföldről. Berlinben április 1.-én nyitották meg a *His* tanár igazgatása alatt álló *radium-intézetet*, a melynek feladata a radioactiv anyagok biologiai és therapiai hatásának tanulmányozása; a laboratoriumokban 15 dolgozóhely áll rendelkezésre, azonkívül poliklinikával is egybe van kötve. — *A német otologiai társaság* május 23. és 24.-én tartja 21. összejövetelét Hannoverben. — *Ellinger* dr.-t Königsbergben a pharmakologia, *Wieland* dr.-t Baselben a gyermekorvostan rendes tanárává nevezték ki. — *Hueppe* tanár, a prágai német egyetem közegészségtani intézetének igazgatója nyugalomba megy. — *A. Haberda* (törvényszéki orvostan), *M. Neuburger* (orvostörténelem) és *J. Scheff* (stomatologia) bécsi rendkívüli tanárok a rendes tanári czímet és jelleget kapták. *A. Zuckerkandl* (sebészet), *F. Reuter* (törvényszéki orvostan), *J. Rothberger* (általános kór- és gyógytan), *A. Fröhlich* (gyógyszertan) és *L. Zumbusch* (dermatologia) Bécsben rendkívüli tanárrá neveztetett ki. *K. Ewald* (sebészet), *E. Schwarz* (belorvostan), *M. Hajek* (gégészet), *J. Neumann* (nőorvostan), *V. Hammerschlag* (fülorvostan), *F. Pineles* (belorvostan), *W. Türk* (belorvostan), *R. Weiser* (stomatologia), *A Fuchs* (neurologia), *H. Salomon* (belorvostan), *P. Clairmont* (sebészet) és *F. Kermauner* (nőorvostan) bécsi magántanárok a rendkívüli tanári czímet kapták. — *M. Hahn* königsbergi tanár elfogadta a meghívást a freiburgi egyetem hygiene-tanszékére; utódjává *Kisskalt* dr.-t hívták meg a berlini közegészségtani intézetből.

Mai számunkhoz *Balla Sándor* **„Magnospirin Balla"** czímű prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *Dr. Halász Henrik:* **„A Sanitol fogápoló szerek értékessége és biologiai alapja"** czímű czikk különlenyomata van mellékelve.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium." Magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. **Mérsékelt árak.** — Kívánatra prospectus.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.** **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szívbetegek** és üdülők részére.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Ujtátrafüred Sanatorium
légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** **Egész éven át nyitva.**

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy. tanársegéd. VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörű fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

István úti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) **Telefon 81—01.**
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Epileptikus betegek intézete
BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazg.-tulajdonos. 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 szülőnők részére**

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. rendes tudományos ülés 1912 február 24.-én.) 289 l. — Közkórházi Orvostársulat (III bemutató ülés 1912 február 7.-én.) 290. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 291. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1912 február 24.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

(Vége.)

Más egyén sérvtömlőjének (homoplastikai) szabad átültetése a reszekált merev kéztőizületbe.

Dollinger Béla: A modern csont-izületi sebészet egyik törekvése az, hogy a reszekált izületek helyén a műtét után ismét mozgékonyságot létesitsen. E czélból a legkülönbözőbb szöveteket iktattuk a reszekált izületvégek közé, így például az izület szomszédságából az izületbe fordított nyeles izom-, fascia- és zsírlebenyeket. Egy időben staniollemezeket alkalmaztunk interpositumként. Újabban egyesek fascia- és porcztransplantatiókkal kisérleteztek több-kevesebb eredménynyel. Mindezen eljárások czélja az volt, hogy egyrészt a reszekált izületvégek között interpositumot alkotván, azok összenövését és csontos egyesülését meggátolják, másrészt, hogy a reszekált izület mozgékonyságát elősegítsék.

A transplantatiós műtétek mai nagy haladása újabban a savóshártyával való homoplastikai transplantatiókra irányította a figyelmet. A savóshártyás transplantatiót legelőször *Kocher* ajánlotta az agyvelő keményburok-hiányainak fedésére. *Lexer* és *Deutschländer* izületi resectiók után próbálták meg a savóshártya homoplastikai transplantatióját és e czélra sérvtömlőt és hydrokele savóshártyáját használták. *Lexer* kisérletei ez irányban nem vezettek eredményre. *Deutschländer*-nek azonban sikerült egy esetben térdizületi resectio után egy sérvtömlő transplantatiójával jó eredményt elérni.

Az I. sebészeti klinikán két esetben kisérlettem meg a sérvtömlő homoplastikai átültetését izületi resectio után. Az eredmény mindkét esetben jó volt. Első esetemben 18 éves nő carieses kéztőizületét reszekáltam és egy ugyanakkor operált másik beteg sérvtömlőjét transplantáltam a lefürészelt izületi végre. A destructio oly nagy volt, hogy a sérvtömlőt közvetetlenül a reszekált radiusvégre húztam fel sapka módjára. Daczára annak, hogy a műtéti seb fonálgenyedéssel gyógyult, az eredmény a bemutatandó második esetéméhez hasonlóan jó volt. A második esetben 15 éves nyomdásztanonczon végeztem homoplastikai transplantatiót. E fiún 3 év előtt gümős folyamat indult meg, mely a kéztőcsontokat elpusztította. A kéztőizületben teljes szalagos merevség állott be. A beteget mult év szeptember 20.-án operáltam meg chloroform-narcosisban. A kéztőizületet a szokásos *Kocher*-féle metszéssel nyitottam meg. A kéztőcsontok elpusztultak, úgyszintén a II. és III. kézközépcsont basisai is; az ezek helyén visszamaradt hegeket és csonttörmeléket eltávolítottam, szóval szabálytalan kéztőizületi resectiót végeztem. A radius és az ulna ízfelszíne nem volt elpusztulva, de az izületi porczréteg heges kötőszövetté alakult át (a merevséget ez okozta). Nehogy a műtét után újabb merevség keletkezzék, szükségesnek tartottam megfelelő interpositumról gondoskodni és ezért egy ugyanakkor operált 30 éves beteg sérvtömlőjét, közvetlenül betegről-betegre vive át, mintegy melegében a reszekált izület helyére transplantáltam. A sérvtömlőt teljes egészében, mintegy sapka módjára húztam a radius és az ulna distalis végére és apró csomós varratokkal az izületet körülvevő periostealis szövethez erősítettem. Ezután a sebet a szokott módon egyesítettem és a kezet gipszsínbe helyeztem. A seb per primam gyógyult 5 héttel a műtét után a gipszsínt eltávolítottam és az izület mozgatását megkezdtem. A műtét óta jelenleg négy hónap mult el. A beteg a kezét jól használja, jól ír és szépen rajzol vele. A kéz flexiója teljes, az extensio kissé nehezebben sikerül, az abductio és adductio korlátolt. A gyógymechanikai kezelést folytatjuk.

E két esetből az a tanulság, hogy más egyénből származó sérvtömlő, kellő technika mellett, az izületi végekre transplantálva alkalmas arra, hogy izületi resectiók után mozgékonyságot létesitsünk.

A duodenalis fekélyről.

Pólya Jenő: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Borszéky Károly: A duodenalis fekély aetiologiája még ma sem tisztázott; a gyomor sósavtartalmának megszaporodása mellett beidegzési és vérkeringési zavarok fontos szerepet játszanak létrejöttében. (Mesterségesen előidézett fekélyek vagus-átmetszés vagy a gyomor ereibe történt formalin-befecskendezés által). A kórjelzés ma még legfőként a beteg panaszain és subjectiv érzésein nyugszik; ez pedig nagyon ingatag talaj és innen érthető, hogy a tévedések milyen gyakoriak; különös nehézségbe ütközik a gyomor peptikus fekélyeitől való megkülönböztetés, annál is inkább, mert elég gyakran úgy a duodenumban, mint a gyomorban van fekély A *Réczey* tanár klinikáján operált 17 eset közül 5-ben volt ez így. Igen fontos diagnostikai jel a vérzés; a Röntgenvizsgá at is adhat értékes felvilágositást. A vérző és átfúródó fekélyektől eltekintve, minden olyan fekély operativ kezelését ajánlja, a mely a belső kezeléssel daczol és a beteg táplálkozását nagy mértékben lerontja (néhány esetben kifejezett volt a hasmenés). A sebészi kezelés eredményei megbizhatók, különösen a pylorus kirekesztései; a gastroenteroanastomosis főként olyankor hat gyógyitólag, a mikor a pylorus is szükült. A pylorus-kirekesztés gyógyitó hatása szembetünő: nemcsak a fájdalmak szűnnek meg, hanem a vérzés is. Legtökéletesebb és legállandóbb az *Eiselsberg*-féle kirekesztés hatása. A pylorusnak fonállal való lekötése egyszerűségénél fogva érdemel méltánylást, különösen fekélyátfúródás esetén. Az operált 17 eset közül 4-ben az átfúródott fekély a szélek felfrissitése után bevarratott, 5-ben gastroenteroanastomosis végeztetett és 8-ban pylorus-kirekesztés (4-szer *Eiselsberg* szerint, 4-szer lekötéssel). A sebészi beavatkozás javalatát 6 esetben a fekély átfúródása, 3 esetben profus bélvérzés, 1 esetben duodenalis sipoly és 7 esetben heves fájdalom adta, a mely belső kezelésre nem akart javulni.

Mannlnger Vilmos: Nem osztja *Borszéky* nézetét, hogy az ulcus duodeni sebészi therapiája kevésbé gyökeres, mint az ulcus ventriculi-é. Ha a kimetszés nem is végezhető, a nyugalom biztosítása, a váladék elterelése sokkal tökéletesebben sikerül, mint pl. a kis görbületen ülő gyomorfekélynél. A gastroenterostomián kivül igen fontosnak tartja a pylorus kirekesztését, melynek újabb módjai alig súlyosbitják a műtétet és kitünő tartós eredményt adnak. A kimetszés már azért sem fontos, mert ulcus duodenihez aránylag ritkán társul másodlagos rákos elfajulás.

A kórhatározás tekintetében utal két objectiv eljárásra. A vérkimutatás csak florid ulcus mellett positiv. A Röntgen-kép ellenben ulcus ventriculira mindig jellemző elváltozást mutat. Ulcustünet mellett negativ gyomorlelet a duodenumra utal.

A *Mackenzie* féle zonák ulcusra jellemzők. Az elkülönítés ulcus ventriculi, appendicitis és cholecystitis között öt esetben pontosan sikerült.

Pólya Jenő: *Borszéky* félreértett, hogy hyperaciditas szükséges a fekély létrejöttéhez; ezt nem mondottam, csak azt, hogy a gyomorsav az, a mely a duodenalis fekélyt előidézi Hogy a fekély mellett némelykor anaciditást találunk, az nem szól az ellen, hogy a fekélyt a gyomorsav hozta volna létre, mert ebből nem lehet arra következtetni, hogy milyen volt a gyomorsav mennyisége azelőtt, mikor a fekély keletkezett

A mi *Borszéky* sósavkisérleteit illeti, melyek szerint a jejunum jól tűri el a HCl-t, ez nem szól a fekélynek a sav folytán való keletkezése ellen, mert az epe és pankreasnedv közömbösiti a bevitt sósavat, sőt a sósav bevezetése fokozza a secretinhatást és így a pankreaselválasztás fokozásával ellene dolgozik az ulcus duodeni keletkezésének. Csak a *Katzenstein* kisérletei bizonyítók, melyek szerint a gyomorba bevarrt vékonybelet a gyomornedv csakugyan megemészti.

A tünettanra nem térhettem ki részletesen és ezért nem említettem a „Nischensymptom"-ot sem. Megjegyzem, hogy ez a tünet éppen olyan duodenalis fekélyeknél várható, a melyek áttörnek a májba vagy pankreasba és a melyek így legkevésbé perforálnak a szabad hasürbe. Legkönnyebben perforálnak ide az elülső falról valók. A motilitas-zavarokat és a Röntgent sem említettem az idő rövidsége miatt és ugyancsak ezért nem beszélhettem a műtéti technikáról sem.

A pylorusexclusio jobb, mint a gastroenterostomia, de sokszor ez is elég. Ezt mutatják a *Mayo* eredményei. A pylorusexclusio különösen vérzések esetében értékes, mert a vérzések gastroenterostomia esetében megismétlődnek. Ezért lehetőleg pylorusexclusiót végezzünk. Pylorusleköté akkor végeznék, a mikor könnyen kivihető. Nekünk eddig nem sikerült erre alkalmas esetet találnunk. Czélszerűbbnek tartom az *Eiselsberg*-féle eljárás általam ajánlott modificatióját; átvágom a pylorust, az aboralis csonkot lekötöm, elsülyesztem és gastroenterostomia helyett az oralis csonkot varrom be a jejunumba.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1912 február 7. én.)

Elnök: **Fauser Árpád.** Jegyző: **Szinnyey József.**

Friedländer-féle pneumobacillus által okozott endocarditis.

Gáli Géza: A 22 éves nőbeteget 1911 deczember 27.-én vettük fel *Benedict* belgyógyászati osztályára. A beteg, a ki akkor már 2 hete volt beteg, előadta, hogy betegsége elején előbb a boka-, majd a térd- s a könyökizületei fájtak. Felvétele előtt 2 nappal hirtelen szúrásokat érzett a bal mellkasfelében és azóta ágyban fekszik. Felvételekor az acut endocarditis képét nyujtotta. Hőmérséke bennléte első két napján emelkedett, állapota rosszabbodott. Ekkor a véréből különböző táptalajokra oltottunk, s mindegyiken a *Friedländer*-féle pneumobacillus typusos kulturája fejlődött ki. Az intraperitonealisan oltott egér 48 óra alatt elpusztult. A peritonealis és pleuralis exsudatumban, valamint a szív vérében is a tokos pneumobacillusok voltak láthatók. Ez volna a 10. eset az irodalomban, a melyben a *Friedländer*-féle pneumobacillust élő egyén véréből kitenyésztették. A bemutatotthoz hasonló esetet csak *Bonnet* és *Jasserard* irt le. Ebben az esetben is acut endocarditis volt, de a míg ez rövid idő — 7 nap — alatt lezajlott s halállal végződött, addig a mi esetünk az elhúzódó endocarditisekhez tartozik, a melyekben magas lázzal járó időszakok láztalanokkal váltakoznak. A beteg electrargolt kap intramuscularisan.

Syringomyelia esete.

Salgó Jakab: A bemutatandó két eset egyrészt relativ ritkasága, másrészt pedig a kórkép szabatos volta miatt érdemel figyelmet.

Az első 24 éves hajadon, kin nagyfokú skoliosis áll fenn gyermekkora óta. Ez év január végén jelentkezett Margit-kórházi rendelésemen azért, mert kezeinek érzéstelensége miatt nem tudja folytatni foglalkozását. Panaszolja, hogy a kezébe fogott tárgyakat elejti és ujjait nem tudja kellően használni. Az alsó végtagjaiban fennálló zavarok kevésbé bántották, noha 3 hét óta járása nagyon megromlott. A vizsgálat a következőket állapította meg: A tüdőben, szívben semmi eltérés sincs. A pupillák kerekek, jól reagálnak; a facialis- és szemmozgás rendben. Az uvula kissé balra eltért, a garatívek jól mozognak. A hangszalagokon nincs rendellenesség. A térd- és Achilles-ínreflexek hiányzanak, épp úgy hiányzik a talpreflex. *Babinski*-tünet nincs, *Oppenheim*-reflex van; a hasbőrreflexek hiányzanak. A két kéz bőre érzéstelen Az anaesthesia fölterjed az alkar alsó harmadának jó részére, minden érző szelvényt e téren beleértve; csupán a bal 4. cervicalis szelvényen terjed az anaesthesia magasabbra; ugyanez áll a jobb kéz érzéstelenségéről az első dorsalis segmentumra nézve. Ugyanitt analgesia és thermoanaesthesia. Az alsó végtagokon kiterjedésre és minőségre ugyanaz az állapot a sacralis I. és II. segmentumra nézve A vizelet, a székelés rendben. A végtagokon az izomérzés hiányzik. Járása széles alapú, spasmusos, ataxiás. Összetett lábakkal még nyitott szem mellett is erősen ingadozik. A kezek és lábak kis izmai sorvadtak. Elfajulási reactio.

A bemutatott kórképnek főtünetei tehát: a megtámadott izmok mozgási elégtelensége, a paresis és a vele kapcsolatos jellegzetes izomsorvadás, továbbá a sajátságos érzés-eltérések, melyek az érzés összes qualitásainak erős csökkenésében, ill. megszűnésében állnak. A bemutatott esetben az érzés dissociatiója nemcsak a fájdalom- és hőmérsékérzés (hideg- és meleg-érzés) kiesésére vonatkozik, hanem épp úgy érinti a taktilis, a nyomás- és az izomérzést, a mi az astereognosist okozza. Gyakran akadnak az ilyen betegek kóros végtagjain trophiás zavarokkal magyarázott külső sérülések, nehezen gyógyuló sebek, melyek azonban véleményem szerint az analgesiára és anaesthesiára vezetendők vissza.

A betegség lényege a gerinczvelő csatornájának tágulása és a csatornát körülvevő szürke állománynak sorvadása, tehát központi gliosis, mely a hátulsó és elülső szürke szarvaknak idegelemeit pusztítja. A szerint, hogy ez a folyamat inkább a hátulsó vagy az elülső szarvakat érinti, az érzési vagy a mozgási kiesések állnak előtérben. Valamint hogy a föl- vagy lefelé való továbbterjedés szerint a kóros kiesési tünetek vagy bulbaris jelleget öltenek, vagy pedig — mint a jelen esetben — az alsó végtagokra terjednek. Igen sok esetben találkozunk syringomyeliánál a gerinczoszlop elferdülésével, mint a jelen esetben is. Kétséges, hogy ez valóban a hátizmok mozgási elégtelenségéből és sorvadásából ered-e.

A bemutatott esetben legalább a hátizmok ilyen nagyobbfokú elváltozását nem lehet kimutatni. Lehetséges, hogy a gerinczoszlop erferdülése és a syringomyelia közös okból, valamely fejlődési hibából ered.

A betegség oka és kezdete homályos. Lefolyása idősült, évtizedekre terjed. A mi javulás mutatkozik némely esetben, az csak múló természetű; alapjában a folyamat lassan halad és quoad valetudinem a legrosszabb kilátást nyujtja. Nem lehet mondani, hogy a syringomyelia maga halálra vezet, hacsak a bulbusra való terjedésével olyan központokat nem ér el, melyek a nyelést, a légzést vagy a szívműködést érintik. A betegség kezelése természetszerűen nem az alapbántalom ellen irányulhat, hanem tisztán a tünetekkel foglalkozhatik és e tekintetben inkább a beteg gondozását és sérülésektől való megóvását czélozhatja.

Paralysis spinalis spastica esete.

Salgó Jakab: A 34 éves kocsisnak luese állítólag nem volt; nem iszákos. Körülbelül 2 év óta érzi, hogy bal lába gyengül és fáj, a miért kórházban is volt már. Az utolsó időben a bal lába egyre rosszabbodott, de a jobb is kezd fájni és gyorsan fárad.

Jelen állapot: A bal alsó végtag izmai hypertoniásak, különösen a feszítő izmok. A végtag állandóan ki van nyujtva, járás közben és minden intendált mozgáskor a bal térd erősen megfeszül; lábujjhegyre lép és a végtagot huzza; ültében is erős hyperextensio és befelé fordulás. A jobb oldalon kezdődő hasonló állapot. A sensibilitás teljesen normalis. A térdreflex baloldalt fokozott. A *Babinski*-tünet mindkét oldalon positiv. Incontinentia nincs.

A bal felső végtagon hasonló állapot: az ínreflexek fokozottak, a mozgások bizonytalanok; az ujjak és az alkar minden mozgási intentiónál erős hyperextensióban vannak és reszketnek. A sensibilitás rendben van.

Strabismus convergens. Nyugalmi állapotban a bal szem erősen befelé irányított; szemmozgatáskor különösen a bal szemen nystagmus verticalis. Convergentia megkisérlésekor a jobb szem a középvonalon túl nem halad. Az a körülmény, hogy a mozgási elégtelenség mellett az izmok villamos ingerlékenysége érintetlen és izomsorvadás alig mutatkozik, hogy az érzés minden tekintetben kifogástalan, arra mutat, hogy a kóros folyamat a motoros pályákban székel, s az elülső szarvak érintve nincsenek. Az izmok hypertoniás állapota, az ínreflexek fokozottsága és a positiv *Babinski*-reflex a pyramispályák megbetegedését bizonyitja. A paralysis spinalis spastica elnevezés tulajdonképpen csak diagnostikai összefoglalása a kóros tüneteknek. Evvel az anatomiai kórjelzés még nincsen megadva, mert ugyanezek a tünetek kevésbé kifejezetten különböző gerinczvelő-bántalmakban előfordulhatnak. Leginkább természetesen az elülső és az oldalkötegek rendszer-megbetegedésének felel meg a tünetcsoport. Feltünő a mi esetünkben, hogy a tünetek csak az egyik testfélen domborodnak ki erősen. Minthogy azonban a betegség igen hosszú tartamú, idősült lefolyású, továbbfejlődésében az addig ép oldalra is ráterjedhet, sőt esetünkben a beteg subjectiv érzése szerint már át is terjedt. De azért tisztán egyoldalú lefolyása sem olyan nagyon ritka, a mikor aztán a hemiplegia látszatát keltheti. A betegség az érintett végtag gyengeségével, gyorsabb kifáradásával kezdődik. A beteg végtag vagy végtagok active nehezebben emelhetők és a hypertonia folytán görcsösen merevednek. A gyengeség csakhamar paresissé fokozódik, de csak igen későn, sokszor egyáltalán nem éri el a teljes bénulás fokát. Sőt *Strümpell* szerint néha tisztán az izmok görcsös állapota egymagában is előidézheti a paresis

látszatát, a mikor az a kórkép áll elő, melyet *Strümpell* pseudoparalysis spastica néven említ. A betegség továbbfejlődésével évek, sőt évtizedek mulva a bénulás miatt egészen tehetetlenné válnak a betegek, görcsös izomzattal mozdulatlanul feküsznek, contracturák fejlődnek, egészen úgy, mint az agybeli góczbántalmak kapcsán fejlődő leszálló elfajulásnál, vagy a *Little*-féle diplegia spastica infantilisnél, melynek a fiatal korban való jelentkezése megkülönbözteti a később kibontakozó valóságos paralysis spinalis spasticától.

Az egész betegség lefolyása kedvezőtlen. Összefüggése a luessel semmiképpen sem bizonyos; az antilueses kezelés nem ad eredményt. Egyéb kezelése csak tüneti lehet. Meleg fürdőkben az izomzat görcsös állapota múlóan enged és a görcs által okozott fájdalmak is enyhülnek, de a folyamatra magára a fürdő nincs befolyással.

Előhaladó izomsorvadás esete.

Keller Kálmán: A 30 éves asszony 1911 október 29.-én vétetett fel a Szt. István-kórház idegosztályára. Családjában idegbajról nem tudnak.

1911 májusában vette észre először betegségét. Ekkor a jobb felső végtag fokozatosan gyengülni kezdett, a gyengeség azután átterjedt a bal felső végtagra, augusztusban pedig a jobb, később pedig a bal alsó végtagra is. Székelési és vizelési nehézségei sohasem voltak. A gyengülő végtagokban fájdalmat sohasem érzett, de már 13 év óta alkarjaiban a könyöktől az ujjakig terjedő zsibongási érzései voltak. E zsibongás különösen vízben való dolgozás után jelentkezett. Öt gyermeke egészséges, egy ízben abortált.

Jelen állapot: Igen alacsony termetű, gyengén fejlett egyén. A pupillák egyenlők, kerekek, fényre jól reagálnak, a szemmozgások, az arczizmok beidegzése mindkét oldalt jó. A nyelv és lágyszájpad mozgása rendben van. A garatreflex csökkent.

Izomzat: Mindkét váll szögletes a deltoideusok mérsékelt sorvadása folytán, a sorvadás a felkarban nem olyan feltünő, mint az alkarok hajlító oldalán; a tenyér kis izmai kissé laposabbak. A fartájék lelapultabb, a czombok mérsékelten sorvadtak. A lábszárak izomzata tömött, a czombokhoz arányítva nagyobb térfogatú (pseudohypertrophia). Csekély lordosis és scoliosis. A has kissé előre lógó.

Mobilitás: Mindkét felső végtag laza, petyhüdt bénulásban tehetetlenül lelóg. A kéz ujjainak mozgásai korlátoltak, a kezek szorítóereje csaknem nulla. Csak alkar-pronatio és supinatio sikerül. Az alsó végtagok bénulása nem ilyen nagyfokú, bár a beteg igen nehezen jár, járása a peroneus-paresis folytán a stepper-járáshoz hasonló. Hanyattfekvő helyzetből csak hasrafordulás után tud nehezen felemelkedni.

Reflexek: A felső és alsó végtag ín- és periostreflexei hiányoznak (a bal Achilles-reflex igen gyengén megvan), a bőrreflexek közül a hasfal- és a talpreflexek élénkek.

A sensibilitas ép.

A villamos ingerlékenység a farádos és galvánárammal szemben csökkent.

Betegünknek tehát nagykiterjedésű izomsorvadásai és izombénulásai vannak a mély reflexek hiányával ép bőrérzés mellett, bár mint az előzményekből láttuk, 13 év óta paraesthesiában szenvedett. A szóba jöhető bántalmak közül a polyneuritis és a poliomyelitis heveny alakja részben az érzési elváltozások hiánya, részben pedig a viharos vagy legalább is hirtelen beálló kezdeti tünetek hiánya miatt körülbelül ki volt zárható. Nehezebb volt a differentialis diagnosist megtenni az izomsorvadás többi faja között, nevezetesen a poliomyelitis chronica, az atrophia musculorum spinalis progressiva, továbbá az elsődleges izomsorvadás, a dystrophia musculorum progressiva között. Véleményem szerint dystrophia musculorum mellett szólna a lábszáraknak mérsékelt pseudohypertrophiája, bár ezt idősült poliomyelitis eseteiben már észlelték. Viszont a betegségnek aránylag hirtelen kezdete a felnőtt korban inkább a poliomyelitis chronica és a spinalis izomsorvadás mellett döntene.

Igen érdekesek azok a paraesthesiák, a melyek a felső végtagokban úgyszólván évtizedek óta fennállanak. E paraesthesiák az idegrendszer vulnerabilitására mutatnak, de a jelen bajjal közvetlen oki összefüggésben nem állanak.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Tüdőgangraena esetét mutatta be *Cahn* az „Unterelsässischer Aerzteverein“ február 3.-án tartott ülésén, Az 50 éves férfi jobboldali felső tüdőlebenyében székelt a gangraenás folyamat. Mesterséges pneumothorax létesítése után (nitrogen insufflatiója) csakhamar tetemes javulás következett be, a köpet bűzössége megszűnt, a láz csökkent s az illető 14 kilogramm súlygyarapodással látszólag gyógyultan hagyhatta el nemsokára a kórházat.

Az eklampsia gyógyításáról tartott előadást *Olshausen* a berlini gynaekologiai társulat február 23.-i ülésén. Mindenekelőtt kifejtette, hogy az eklampsia okáról mitsem tudunk, ennek folytán a therapiája sem lehet rationalis. A szülés megindítása eklampsia esetében mindenesetre javított a statisztikán, de nem erősen. Felhívja a figyelmet egy kezelésmódra, a melyet nagyon elhanyagoltak, és ez az érvágás, a mely 2—3-szor megismétlendő, ha meg is szűntek már a rohamok. Egyszerre 500 cm^3 vér is bocsátható. Főleg azon esetekben javalt az érvágás, a melyekben a szülés befejeződése után sem szűnnek meg a rohamok.

PÁLYÁZATOK.

536/1912.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kunszentmiklósi járásához tartozó Páhi községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében megállapított 1600 korona készpénzfizetés és a törvény szerinti ötödéves korpótlék.

2. Addig, míg a lakáskérdés elintézést nyer, 500 korona lakbér a község pénztárából előleges negyedévi részletekben.

3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztandó községi orvos Csengőd telepen tartozik lakni, mely vasútállomás, tartozik továbbá a szegény betegeket ingyen gyógykezelni.

A lakosság száma 4156.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **1912. évi május hó 7. napjának délután 4 órájáig** adják be.

A választás folyó évi május hó 9. napjának délelőtt 11 órájakor fogom Páhi község székhelyén, Csengődön, a község házánál megtartani.

A megválasztott községi orvos állását május hó 15.-éig köteles elfoglalni.

Kunszentmiklós, 1912. évi április 8.

Martinovich László, főszolgabíró.

2897/eln. II/1. 1912. sz.

A bábolnai m. kir. ménesintézetnél megüresedett s a IX. fizetési osztályba sorozott **orvosi állásra**, mely évi 2200 korona készpénzfizetés, 400 korona személyi pótlék, szabad lakás, 1 hold földilletmény, 2000 kgr. szénaváltság és napi 2 liter tej, 480 kgr. buza, 440 kgr. rozs, 400 kgr. árpa és 12 köbméter tüzifa járandóságokkal van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kivánók keresztlevéllel (születési, anyakönyvi kivonat), továbbá végzett tanulmányaikról, eddigi gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyitványokkal felszerelt folyamodványokat **folyó évi május hó 1.-éig** a vezetésem alatt álló ministerium lótenyésztési osztályában nyujtsák be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek. Az egészségügyi szolgálat a ménesintézetnél katonailag lévén szervezve, a folyamodványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamodó magát szolgálati ideje alatt mindenben a katonai szabályoknak aláveti és úgy a ménesintézet parancsnokságának, valamint igazgatóságának rendeleteit teljesíti.

Budapest, 1912 április 5.

M. kir. földmivelésügyi minister.

1980/1912. szám.

A lemondás folytán május 1.-én megüresedő tiszaszentmiklósi (Torontál m.) **körorvosi állásra**, melyhez a kör székhelyén kívül Hódegyháza községe tartozik, ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: I. az államkincstár részéről 1600 korona törzsfizetés négyszer megismétlődő 200—200 koronás ötödéves korpótékkal.

II. A községek részéről 438 korona évi összegű személyi pótlék.

III. Tiszaszentmiklós község részéről szegény betegek látogatására szolgáló fuvarátalány fejében 360 korona, a rendelő- s várószoba fűtésére évi 120 korona tüzifaátalány.

IV. Szabad úri lakás, mely áll 3 szoba, folyosó, egész külön bejáratú rendelő- s várószobából, betegszobával s megfelelő mellékhelyiségekkel, nagy kerttel.

Ezeken kívül a szabályrendeletileg megállapított látogatási s működési díjak. A gyermektelep tiszteletdíja, valamint a húsvizsgálat évi jövedelme szintén jelentékeny összeget tesz ki.

Hódegyháza természetben szolgáltatja a fuvart.

A lakosok magyarok, németek, szerbek, jómódúak, így bő mellékjövedelemre számíthat. Gyógytár helyben, a község vonat mentén fekszik.

Felhívom azon orvos-doktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyítványnyal ellátva, **folyó évi május hó 1.-éig** hivatalomhoz adják be.

Törökkanizsán, 1912 április 4.

Mihálovits, h. főszolgabíró.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében** szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleirások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

1184/1912. sz.

Az évi 1600 korona készpénzzel, 400 korona lakbérrel és a szabályrendeletszerű látogatási díjakkal javadalmazott, kézi gyógytártartási jogosítványnyal összekötött torontálmegyei módosi járási *Istvánfölde* nagyközségbeli **községi orvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felkéretnek mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1912 évi május hó 10.-éig** a módosi főszolgabirói hivatalhoz nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy a községi elöljáróság kedvező választás esetén a megválasztandó orvos részére biztosítani vél a képviselő-testület által megszavazandó évi 600 - 800 korona személyi pótlékot.

Módos, 1912. évi április hó 6.-án.

Steinbach Antal, főszolgabiró.

6193/1912.

Zemplén vármegye sátoraljaújhelyi „Erzsébet“ közkórháznál lemondás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetés, valamint a kórházban természetbeni lakás s ellátással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §§-ban előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához címezve hozzám, **április hó 30.-áig** adják be.

A kinevezendő alorvosnak az egyes osztályokra való beosztása az igazgató-főorvos jogát képezi.

Sátoraljaujhely, 1912 április 3.

Dókus, alispán.

436/1912. kórh. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye I. Ferencz József-kórházban f. évi május hó 1.-ével megürülő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom: évi 1600 korona fizetés, teljes ellátás. A kinevezés két évre szól s megújítható. A kórházi szabályok kötelezők a segédorvosra.

Pályázhat okleveles vagy felavatott orvos. Kérvényt oklevéllel, illetve szolgálati könyvvel s esetleg más okmányokkal mélt. *Horthy Szabolcs* főispán úrhoz intézve, hozzám, **folyó évi április hó 21.-éig** kell beadni.

Szolnok, 1912 április 4.

Papp Gábor dr, igazgató-főorvos.

4651/1912. sz.

Trencsén vármegye trencséni közkórházánál megüresedett második **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, a kik ezen nyugdíjképességgel és az alább részletezett javadalmazással egybekötött állást azonnali belépés mellett elnyerni óhajtják, hogy a vármegyei főispán úrhoz czímzett és az 1883. évi I. t.-cz. 9. § III. pontjának 2. bekezdésében előirt képesítésről tanuskodó okmányokkal, valamint a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági orvosi és erkölcsi bizonylattal is kiegészített kérvényeiket legkésőbb **f. évi április hó 30.-áig** nyujtsák be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen második másodorvos évi javadalmazása 2600 K. törzsfizetés, 800 korona lakbér, avagy 3 szoba, konyha, fürdőszoba, éléskamra, pincze, fűtés és világítással ellátott természetbeni lakás és az inspectiós napokon első osztályú élelmezés.

Kelt Trencsénben, 1912. évi márczius hó 29.-én.

Az alispán.

GUAJATIN JENCS Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és aa 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tilliae-t tartalmaz.

Tuberculosis osszes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tudőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tudőinfiltratiónál. Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól tűrik. Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője: **JENCS VILMOS** gyógyszerész,
3748 Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.

HALÁSZ P. JÁNOS

Telefon 83—28. ORVOSI MŰSZERÉSZ Telefon 83—28.

BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.

BROMLECITHIN RICHTER A NEURASTHENIA SPECIFIKUS SZERE.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

56. évfolyam. 16. szám. Budapest, 1912 április 21.

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.

Bogdánovics Milos: Közlés az egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.) A pituitrin alkalmazásáról 150 eset kapcsán. 293. lap.

Vidakovich Kamill: Közlés a kir. magy. Ferencz József-tud.-egyetem sebészeti klinikájáról Kolozsvárt. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.) A felkarcsont bütyökfeletti töréseinek egyszerűbb kezelése kettős nyujtókacs segélyével, 299. lap.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szt. Margit-közkórházból. A csecsemőkori inanitióról. 303. lap.

Porosz Mór: Dolgozat az Uj Szt.-János-kórház kórbonczolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.) Adatok a prostata anatomiájához. 307. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. S. Jessner*: Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber. — *Ranschburg P.:* Das kranke Gedächtniss. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Engelen:* Cholangitis eseteiben chologennel elért eredmények. — *Sebészet. Egon Ranzi:* Szívsérülések. — *Nőorvostan. Döderlein*: Mesterséges megtermékenyítéssel végzett kisérletek. — *Idegkórtan. Cohn* és *Gatz-Emanuel*: A peripheriás facialisbénulás elektrodiagnostikája. — *Elmekórtan. Naecke*: Idősült elmebajosok, főképpen paralysisesek postmortalis izomingerlékenységének tartama. — *Gyermekorvostan. Sommerfeld*: Adalékok a diphtheria epidemiologiájához. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kaufmann*: Tulisan. — *Werner:* Insipin. — *Crohn*: Postdiphtheriás hűdés. 310—311. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 312. lap.

Vegyes hirek. 312. lap.

Tudományos társulatok. 313—316. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az egyetemi I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A pituitrin alkalmazásáról 150 eset kapcsán.

Irta: ***Bogdánovics Milos*** dr., tanársegéd.

A természettudományok minden ágában, de különösen a biochemia terén az utolsó évtizedben óriási haladás tapasztalható. A vizsgáló eszközök tökéletesedésével számos finomult eljárásnak jutottunk birtokába, a melyekkel bevilágíthatunk olyan szervek működésébe is, a melyeknek eddig vajmi kevés fontosságot tulajdonítottak és velük jóformán alig volt szokás törődni. Szervezetünk számos physiologiai és pathologiai jelenségének megértésére vezettek az állatkisérletek, a melyek a sebészeti technika fejlődésével nem egy biologiai kérdés megoldásában is nagy fontosságú szerepet játszottak. Igy különösen a *Brown-Sequard* által megalapított belső secretiós tan a kisérleti pathologia terén elért eredményekkel mindinkább bővült és rendeződött. Még hosszú időn át a belső secretiós mirigyek közül a pajzsmirigy és a vele szomszédos mellékpajzsmirigy avagy epitheltestecsek, majd a mellékvese voltak az érdeklődés központjai. Az utolsó években azonban a physiologusok és a pathologusok figyelme egy olyan szerv működése felé irányult, a mely elrejtettségénél és nehezen hozzáférhetőségénél fogva a tudásuk vágyát még jobban ingerelte. Ez a szerv a hypophysis. A csontos koponya közepén a sella turcicában foglal helyet, nem nagyobb egy lapos cseresznyénél; a kibélelő dura mater közepén egy kerek nyíláson keresztül a chiasma opticum mögött lévő belül üres infundibulumon, mintegy nyélen lóg az agyalapból, körülvéve dús venahálózat és az arteria carotis interna legfinomabb ágaitól. Genesisét és structuráját illetőleg két különböző részből áll: az elülső szürke szinű lebeny úgy tekinthető mint egy secernáló mirigy, míg a hátulsó lebeny inkább az agyhoz tartozó fehérebb szinű gliaszövetből áll; az előbbi a tulajdonképpeni glandula pituitaria, az utóbbi a neurohypophysis vagy pars nervosa. Az összeköttetést az agy, illetve a negyedik agykamara és hypophysis között az infundibulum közvetíti, a mely egyenes folytatása a hátulsó karélynak.

A hypophysis normalis functiójáról alig vannak ismereteink, azonban tapasztalhatunk bizonyos eltéréseket a szervezetben a normalistól, zavarokat a szervek működésében, a melyekből következtethetünk ezen szerv hatására és a mely tényekkel bizonyíthatjuk, hogy a belső secretiós mirigyek rendszeréhez tartozik. Veleszületett defectusról, úgy látszik, nincs tudomása a kutatóknak, kicsiny hypophysist gyakran találtak kretineknél. A hypophysis teljes kiirtásával végzett kisérletek még nem adnak tiszta képet, azt azonban bizonyítani látszanak, hogy a hypophysis egy az életre absolut fontosságú szerv, teljes kiirtása rövid időn belül halálra vezet (*Paulesco*). Csupán a hátulsó lebeny kiirtásának vagy kóros elváltozásának jelentékeny következménye nincs, nem okoz súlyosabb zavarokat. Az elülső lebeny részben való eltávolítása ellenben a test növekedésében, a zsíranyagcserében és a genitalis functiókban zavart eredményez (*Cushing, Biedl*). Túlnagy hypophysisnek következménye volna a fejlődés korai szakában a test részarányos óriásnövése. *Pierre Marie* azon föltevése, mely szerint az akromegaliának nevezett betegség és a hypophysis megnagyobbodása között oki összefüggés van, újabban már a sebészeti eredményekkel is beigazolást nyert, a mennyiben sikerült műtéttel az akromegaliás jelenségeket visszafejleszteni (*Schäffer, Hochenegg, Eiselsberg*). A hypophysis elülső lebenyének túltengését kétháromszorosra is terhesség esetében *Erdheim, Stumme* és mások tapasztalták; a szerv túlműködésének következményei volnának azok az akromegaliához hasonló jelenségek, mint az ajkak, az orr megdagadása, a kezek és lábak megduzzadása, a miket terheseken gyakran észlelünk. Bizonyos alteratiók a hypophysis szöveti szerkezetében és functiójában összefüggnek más mirigyekben lefolyó elváltozásokkal s valószinű, hogy fokozott működésének egyrészt a mellékvese kéregállo-

mányának a túltengése, másrészt a pajzsmirigy megkisebbedése a következménye; viszont a pajzsmirigy és az ivarszervi mirigyek hiányos működése vagy teljes kiesése a hypophysis elülső lebenyének túltengésével jár, pl. a castrált állatok hypophysisének a súlya kétakkora volt, mint a nem castráltaké (*Fichera*).

A hypophysis tehát correlatióban van más belső secretorius mirigyekkel, azonban, hogy milyen szerep tulajdonítható neki, mai tudásunkkal nem itélhetjük meg. Arra vonatkozólag minden bizonyíték hiányzik, hogy élőben képződnek-e, jutnak-e a véráramba olyan hatóanyagok, a milyenek a mirigykivonatokban vannak; ilyen feltevésekre csak következtethetünk, még pedig annál is inkább, mert a mirigyextractumoknak jól karakterizálható és specifikus hatásuk van. Nevezetes azonban, hogy csakis a hátulsó lebenyből, a neurohypophysisből előállított kivonatanyagoknak van jellegzetes tüneteket okozó hatásuk.

Eltekintve attól, hogy a szervezet anyagcseréjét befolyásolja és a csontrendszer növekedését akadályozza (*Franchini*), hat az egész test simaizomelemeire. Előmozdítja a bél peristaltikáját (*Bell*), összehúzódásra serkenti a méh izomzatát (*Bell, Frankl-Hochwart, Fröhlich, Williams, Foges és Hofstätter*), izgatja a hólyag izomzatát (*Frankl-Hochwart, Fröhlich*). Jellegzetes a vérérrendszerre kifejtett hatása; egyszer a peripheriás erek izmait ingerli contractióra és ezzel fokozza a vérnyomást (*Oliver és Schäfer, Pal* stb.), másszor meg mint szívstimulans szerepel, a mennyiben intravenás befecskendezése után lassúbb és erőteljesebb szívműködést tapasztaltak (*Falta, Jvcović*); az egyedüli szerv, melynek vérereit rövid ideig tartó összehúzódás után elernyeszti, a vese, a minek következménye a fokozott diuresis (*Magnus, Schäfer, Hering*).

A szülészt és nőgyógyászt legjobban érdeklik azok a hatások, a melyeket a hólyagra és főleg az uterusra fejt ki. *Frankl-Hochwart* és *Fröhlich* konstatálták, hogy pituitrin intravenás injectiója már kis adagban (0·3—0·5 cm³) kutyákon és nyulakon hólyagcontractiót vált ki, fokozza a hólyag motoros idegének, a nervus pelvicusnak ingerlékenységét a farádos árammal szemben, ellenben a sympathicus-idegeknek, a nervi hypogastrici-nek ingerlékenysége változatlan maradt. Ezen hatás kifejezett és állandó. Analog módon gravid és szoptató állatok méhizomzatát hosszas contractióra birja és fokozza a méh sympathicus-idegvégeinek farádos ingerlékenységét. Ezen kisérleti tényekből kifolyólag ajánlották az említett szerzők a pituitrin alkalmazását a gynaekologiában és urologiában.

Foges és *Hofstätter* a bécsi klinikáról közölnek először kitünő eredményeket, a melyeket pituitrinnek intramuscularis befecskedezésével értek el szülés és abortus után beálló vérzések, valamint az extraperitonealis császármetszés alkalmával; velük egyidőben az angol *Blair-Bell* alkalmazta a szert sikerrel két császármetszés és három szülés utáni vérzés alkalmával. Szülészeti szempontból legfontosabbak azonban *Hofbauer* tapasztalatai, a ki fájásgyengeség esetén azok erősítésére, vagy a fájások teljes hiányában azok keltése czéljából kisérletezett pituitrinnel, még pedig eredményesen. A szülés alatti fájdalomgyengeség leküzdésére eddig ajánlott és belsőleg alkalmazott szerek közül, mint a milyenek a tinctura cinnamomi, digitalis, cannabis indica, hydrastis, strychnin, saccharum album, adrenalin, pilocarpin, chininum sulfuricum, secale cornutum és ennek extractumai, tulajdonképpen csak az utóbbi három hatása mutatkozott jelentékenynek, azonban souverain szerrel még nem rendelkezünk. *Hofbauer* közleménye óta a pituitrin előtérbe nyomult, a szülészek örömmel üdvözlik a szert, folynak vele a kisérletek a szülés különböző szakaiban.

Az I. számú női klinikán egy éve kisérletezünk a szerrel; az alábbiakban az első 150 esetről gyüjtött tapasztalatokat óhajtom ismertetni; azt hiszem elég tekintélyes szám arra nézve, hogy véleményünk vele szemben kialakulhatott. Kisérleteinket a *Parke, Davis* és *Co.* londoni czég által a hypophysis infundibularis részéből készített és pituitrin néven forgalomba hozott kivonattal végeztük. Egy steril phiola (1 cm³) 10 centigramm friss mirigynek felel meg; újabban 1911 október óta már a kétszeres erősségű adagokat alkalmaztuk (1 cm³ = 0·20 gr.). Eltérően a többi szerzőtől, a befecskendezéseket mindig intravenásan a vena cubitalisba tettük; az eljárás igen egyszerű, nem veszélyes, az injectio nem fájdalmas, thrombusképződést egy esetben sem láttunk; a hatás gyors és biztos. Csak az első két esetben adtunk 0·5 cm³-t, majd rátértünk 1 cm³ adagokra; legtöbb esetben egy injectióval czélt értünk, ha azonban 15 percz mulva csak gyenge volt a hatás, avagy fájás egyáltalában nem jelentkezett, megismételtük az adagot; igy történt ez 16-szor. Nyolcz esetben három injectiót adtunk, két abortus esetében és egy szülés megindításakor 5 injectio vált szükségessé, egy abortusban pedig csak a 8. injectio után értünk el czélt.

A 150 esetben adott pituitrin-injectio közül csak négy volt teljesen hatástalan még pedig kettő művi abortusban (az egyik a II., a másik az V. hónapban) és kettő incomplet abortusban. Hogy ezen négy esetben miért maradt el a hatás, annak magyarázatát adni nem tudom; minden befecskendés új phiolából történt, a tűt pedig használat előtt *Hofbauer* nyomán nem alkohollal, hanem steril vízzel fecskendeztük át.

A pituitrinnek hatása tapasztalataim szerint a következőkben nyilvánul: 1 cm³-nek (= 0·10—0·20 gr.) intravenás befecskendezése után 30—35 másodpercz mulva észrevehetjük az arcz feltünő sápadtságát, az arcz körülbelül 2 percz mulva csaknem krétafehér lesz; majd kisfokú szédülés, az alkarban melegség, bizsergés érzete jelentkezik és intenziv fájással méhcontractio észlelhető, vele egyidőben vizelési és székelési inger, sőt néha székelés és fokozott diuresis áll be. Kellemetlen melléktünetként észleltünk többször gyorsan múló hányásingert, majd hányást, 3 esetben fejfájást. Egy tuberculosis pulmonum miatt végzett művi abortusban a melléktüneteknek egészen ijesztő képét kaptuk: 1 cm³ injectiója után fejfájás, majd cyanosis állott be, utána csakhamar erős elhalványodás, a hajlító izmokban rángás, a rágóizmokban tonusos összehúzódás annyira, hogy beszélni nem tudott, 6 percz elteltével a tonus megszűnt, jelzi a méhcontractiót. Ezen eset kisérleteink legelején volt és valószínűleg az anyag gyors befecskendezésén múlott, hogy a kellemetlen melléktünetek kifejlődtek. Az injectiók után a légzés rendszerint nem változott, a pulsus száma csökkent és intensitásában növekedett, általában a vérnyomás emelkedett. 24 esetben egészítettem ki kisérleteimet vérnyomásmérésekkel. Vizsgálataimat a *Recklinghausen* széles karövével összekapcsolt *Riva-Rocci*-féle sphygmomanometerrel végeztem *Korotkow* auscultatiós módszere szerint.

Injectio előtt az átlagos vérnyomás: Maximum 104 mm. Hg. Minimum 53 mm. Hg., pulsusnyomás 51 mm. Hg. 1 cm³ pituitrin injectiója után körülbelül két percz mulva a vérnyomást újból mértem, ekkor az arcz halványsága legintensivebb volt, a vérerek összehúzódásának következményeként ekkor véltem legmagasabbnak a vérnyomást; méréseim középértéke: Maxim. 109 mm. Hg. Min. 52 mm. Hg. P.-nyomás 57 mm. Hg. A maximalis nyomás átlagos emelkedése 5 mm. Hg., a pulsusnyomásé pedig 6 mm. Hg. A vérnyomás emelkedésének tartama 40—45 percz között ingadozott, 45 perczen túl már normalisra szállt vagy legfeljebb 2 mm.-rel találtam magasabbnak; ilyen csekély differentiákat egyébiránt többszöri mérések alkalmával máskor is kaptam. Ismételt injectiók után nem találtam fokozódó vérnyomást, a mi a mellett bizonyítana, hogy a szernek cumulativ hatása nincsen. Nagyobb vérzéseken átesetteken, valamint azokon, a kik korai burokrepedés folytán a hosszabb ideig tartó vajúdás következtében kimerültek, a pituitrin-injectióra az említett átlagosnál nagyobb vérnyomásemelkedést tapasztaltam. A hatást leginkább mutatja a pulsusnyomás emelkedése, és pedig részben, mert a systolés nyomást emeli, részben mert a diastolés nyomást sülyeszti; a maximalis nyomásemelkedés átlag 9 mm., a minimalis nyomássülyedés

2 mm.; a pulsusnyomás emelkedett 11 mm.-rel, sőt egy esetben 22 mm.-rel.

A pituitrin ezen csaknem egy óráig tartó, mérsékelt vérnyomást emelő és szívműködést erősítő hatásánál fogva felhasználható volna acut anaemiák, postoperativ shock, toxikus vérnyomássülyedés, továbbá peritonitis eseteiben (*Klotz, Rowell, Bell*), a mikor a bél peristaltikáját előmozdítja és a vizelés megindítására is alkalmas.

A méhre kifejtett hatását átlag 30—35" mulva észleltük, de volt eset, a hol már 10—12" mulva megvolt a hatás. A méhizomzat contractióját szépen láttuk demonstrálva három sectio caesarea műtéte alkalmából. Az esetek a következők:

1. 1750/1585. sz. L. A. 27 éves. I. Para. III. fokban általánosan szűk lapos medencze. Conj. vera 6·7 cm. Sectio caesarea conservativa. A lepény kiemelése után 1 cm³ (0·20 gr.) pituitrin intravenásan, a méh 35" mulva csaknem nagy ökölnyire húzódik össze, hófehér lesz; egész műtét alatt a méh kemény, nem vérzik, utóvérzés nincs.

2. 2016/1823. sz. S. F. 19 éves. I. Para. III. fokban egyaránt szűk medencze. Conj. vera 6·9 cm. Conservativ császármetszés. Lepény kiemelése után 1 Pravaz pituitrin intravenásan. 35" mulva a méh kőkeményre húzódik össze, egész mütét alatt állandó tonusban van; utóvérzés nincs.

3. 2059/1866. sz. D. K. 22 éves. I. Para. III. fokban egyaránt szűk medencze. Conj. vera 6·6 cm. Conservativ császármetszés. Lepény leválasztása után 1 cm³ intravenásan, 45" mulva a méh kőkemény lesz, egész műtét alatt jól contrahálódva; utóvérzés nincs.

Ezen három példa élénk bizonyítéka annak, hogy biztos hatást leggyorsabban intravenás injectióval érhetünk el, 35—45" mulva a méh izomzata contrahálódik, a szerv hófehér, vértelen lesz, a tonus a műtét egész tartama alatt állandó marad. Általában azt tapasztaltuk, hogy a kiváltott fájások 3—5 perczenkint szabályosan ismétlődtek, azonban néha, különösen a kitolási szakban adva, sűrűn, alig 1 perczes szünetekkel követték egymást, sőt volt eset, a hol valóságos tetaniás összehúzódásban volt a méh 15 perczig. Egy-egy injectio hatásának átlagos tartama $1^1/_2$ órát tett ki. A megismételt injectióknak az előzőkhöz hasonló hatása volt. Adható többször naponta és huzamos ideig ártalmatlanul, a minek illusztrálására felemlíthetem *Bab* esetét, a ki egy osteomalaciás betegének $^1/_2$ éven keresztül együttvéve $^1/_4$ liternél több pituitrint adott.

A pituitrint a szülés különböző szakaiban alkalmaztuk és pedig szülőfájások erősítésére a tágulási és kitolási szakban, a harmadik időszakban a lepény eltávolítására és az atonia leküzdésére, de sikerrel alkalmaztuk a szülés megindítására is.

A *tágulási szakban* 17-szer adtuk fájások erősítése czéljából. E szülések története röviden a következő:

1. 872/786. N. J. 34 éves. I. Para. Rendes medencze. Két nap előtt elfolyt magzatvíz. A vizeletben $2^0/_{00}$ fehérje *Esbach* szerint. Gemelli. A méhszáj 4 ujjnyi, fej a bemenetben rögzítve. A fájások erősítése czéljából 1 cm³ pituitrin intravenásan. Erős méhcontractiók 2—3 perczenkint. $2^1/_4$ óra mulva a magzat szívhangjai változók, vizsgálatkor a fej a kimenetben van, mély harántállás. Forceps. A magzat livid asphyxiából könnyen magához tér. Második magzat expressiója. A lepény kinyomása után 1 Pravaz secacornin. A méh jól contrahálódott. Utóvérzés nincs.

2. 892/801. sz. T. A. 28 éves. V. Para. Gravida m. VIII. Halott magzat; intézeten kívül elfolyt magzatvíz. Portio még megvan, méhszáj ujjnyi. Fájásai nincsenek. Fájáskeltés czéljából 1 cm³ pituitrin intravenásan. 2 órán keresztül 5 perczes fájások, mialatt a méhszáj 2 ujjnyira tágul. Az utóbb gyengülő fájások erősítésére 6 óra mulva újabb 1 cm³ pituitrin (II.), 4 óra 25 percz mulva megszületik a magzat. A lepényi szakban erős vérzés indul meg, a lepényt exprimálni nem sikerül, 40 percz mulva jelentékeny vérvesztés után a lepény művi leválasztása, utána a méh jól kontrahálódik.

3. 913/856. sz. S. J. 36 éves. IX. Para. II. kf. A portio megtartott, szűken ujjnyi nyakcsatorna. 24 óra előtt elfolyt magzatvíz. Fájások nincsenek. 1 cm³ pituitrin intravenásan, a fájások renyhék, a szülés újabb három injectióra sem halad. A harmadik napon spontán szülés.

4. 909/840. R. M. 35 éves. II. Para. II. fokban szűk, lapos medencze. Conj. vera 8·4 cm. 2 ujjnyi méhszájnál burokrepedés. Fej a bemenet fölött jól mozgatható. Fájások nincsenek. Fájáskeltés czéljából 1 cm³ pitruitin injiciálása, utána $1^1/_2$ órán át fájások. A méhszáj nem tágul. Ujabb 1 cm³ pituitrin (II.) után 19 erős fájás észlelhető 3 perczes szünetekkel. A méhszáj tünőfélben, a fej homloktartással igazodik be. Az asszony semmiféle műtétbe sem egyezik bele, ezért várakozási álláspont, mígnem az elhalt magzatnak perforatiója. Atonia nincs.

5. 866/969. sz. H. M 24 éves. I. Para. Normalis medencze. I. koponyafekvés. Méhszáj ujjnyi, burok ép, fej bemenetbe rögzítve. Renyhe fájások erősítése czéljából 1 cm³ pituitrin intravenásan, utána jó fájásokra 2 óra 14 percz mulva burokrepedés, majd 8 perczre élő érett magzat. Utóvérzés nincs.

6. 1456/1331. S. Gy. 22 éves. I. Para. 2 nap előtt intézeten kívül elfolyt magzatvíz. I. egyszerű farfekvés. Hő: 38·6° C. A méhszáj tünőfélben. Renyhe fájások, 1 cm³ pituitrin intravenásan, utána néhány fájás, majd $^1/_4$ óra mulva kimaradnak. Minthogy a magzat szívhangjai romlanak, a szülőnő hőmérséke emelkedik, a szülést befejezzük. Expressio + extractio. A magzat algid asphyxiában. Utóvérzés nincs.

7. 1880/1716. sz Cs. I. 24 éves. I. Para Korán elfolyt magzatvíz. I. koponyafekvés. Portio $^1/_2$ cm., méhszáj szűken ujjnyi. Jó szívhangok. Renyhe fájások erősítésére 1 cm³ pituitrin intravenásan, utána 2 órán át erős fájások, a melyekre a méhszáj 3 ujjnyira tágul. A fájások éjjelre kimaradnak. Újból 1 cm³ pituitrin (II.), a mire a jó fájások alatt 45 percz mulva a fej mutatkozik, de mert ezután még három óra mulva sem halad előre a szülés, a szülőnőt megvizsgáljuk, mély harántállást találunk. Forceps. Élő, érett magzat A lepényi szakban erősebb vérzés miatt 1 cm³ pituitrin (III), 30" mulva contractio, 5 percz mulva a lepény enyhe nyomásra eltávolítható Vérzés nincs.

8. 1895/1710. sz. Z. F. 33 éves. VI. Para. Három nap előtt intézeten kívül elfolyt magzatvíz. Hő: 38° C. Elsimulófélben levő portio, méhszáj ujjnyi, I. koponyafekvés. Renyhe fájások miatt 1 cm³ pituitrin, utána 5 perczenkint erőteljes fájásokra 7 óra 50 percz mulva élő, érett magzat születik. Vérzés nincs.

9 1914/1735. sz. L. E. 31 éves. I. Para. Intézeten kivül 24 órával előbb elfolyt magzatvíz. I. koponyafekvés, 2 ujjnyi méhszáj. A fájások erősítésére 1 cm³ pituitrin (I.), 1 percz mulva erős contractio, utána 4 perczenkint jó fájások. 6 óra mulva méhszáj 3 ujjnyi, ujabb 1 cm³ pituitrin (II.), a fájások egy órán keresztül 4—5 perczenkint jönnek, majd kimaradnak. A magzati szívhangok jók. A szülőnő éjjel alszik. Másnap újabb 1 cm³ pituitrin (III.), 25" mulva erős fájás, majd 5 perczes fájásokra a fej leszáll a kimenetbe; 3 órán keresztül elhúzódó kitolás miatt vizsgálat: mély harántállás. Forceps. Élő, érett magzat. A lepényi szakban vérzés, 1 cm³ pitruitin (IV.), 20" mulva contractio, a mely 6 perczig tart, 2 percz mulva ujabb contractio a lepényt kinyomja. Vérzés nincs.

10. 2032/1831. sz. D. J. 27 éves. IV. Para. I. koponyafekvés. 2 ujjnyi méhszáj, ép burok, placenta praevia marginalis. Poliklinikánk tamponálva beszállítja. Renyhe fájások miatt 1 cm³ pitruitin. 32" mulva igen erőteljes fájás jelentkezik, a fej leszáll az üregbe, a mire a hüvelytampon kidobódik. 3 perczes fájások alatt $^1/_2$ óra mulva megszületik az élő, érett magzat. A placenta csakhamar enyhe expressióra távozik, utána közepes atoniás vérzés indul meg. 1 cm³ pituitrinra (II.) a méh kőkemény lesz. I. Pravaz secacornin.

11. 1996/1876. sz. W. A. 42 éves X. Para. Nephritis acuta parenchymatosa. A terhesség végén van. Erősen oedemás végtagok. A vizeletben $1^1/_2{}^0/_{00}$ fehérje. Fejfájás. A szülőfájások megindítása czéljából fürösztés. 12 fürdő után renyhe fájások indulnak meg. I. koponyafekvés, ujjnyi méhszáj. 1 cm³ pituitrin. 30" mulva erős méhcontractio indul meg, mely után kevés vér ürül a hüvelyen át. Vizsgálatkor a méhszáj 2 ujjnyi, a burok ép, a koponya kimozdítható, lepényt nem tapintunk. A fájások $1^1/_2$ perczenkint ismétlődnek. 4 fájás után ökölnyi véralvadék távozik friss vérzés kíséretében. A magzat szívhangjai tompák, szaporák Újabb fájás alatt még több vér távozik. Vizsgálatkor a méhszáj 3 ujjnyi és tágulékony, ép burok, balra a belső méhszáj felett mélyen tapadó lepény érezhető, a mely tenyérnyi területen a méh faláról levált. A magzat érdekében indikált a szülés befejezése. A burokrepesztés után belső lábrafordítás, extractio. Az érett magzat livid asphyxiából csakhamar magához tér. A lepényi szakban 1 cm³ pituitrin, méh jól kontrahálódik, lepény burkokkal együtt 2 percz mulva spontán távozik. Alkoholos méhüregöblítés. Utóvérzés nincs.

12. 2142/1939. sz. H. F. 27 éves. III. Para. I. koponyafekvés, bőven kétujjnyi méhszáj. 2 napja vajudik. Fájások nincsenek. Fájáskeltés czéljából 1 cm³ pituitrin. 35" mulva jó fájás, amely 3 perczig tart; majd 30 percz mulva megszületik az élő, érett magzat. Utóvérzés nincs.

13. 34/1319. sz. Poliklinikai eset. P. J. 27 éves. V. Para. Arcztartás. 27 órával előbb elfolyt magzatviz. Normalis medencze. A méhszáj 2 ujjnyi. Jó szívhangok. Renyhe fájások. 1 cm³ pituitrin. 30" mulva contractio. Első 5 percz alatt négy, további 3 percz alatt két fájás. Vizsgálat: eltünt méhszáj, arcz a bemenetre jól reányomul; további 5 percz alatt három fájás, majd 22 perczig semmi fájás, akkor ujabb 1 cm³ pituitrin (II.), 40" mulva erős contractio, 2 percz mulva élő érett magzat születik livid asphyxiában, melyből bőringerekre feléleszthető. Placenta 5 perczre enyhe nyomásra távozik. Vérzés nincs.

14. 38/1323. sz. Poliklinikai eset. U. P. 30 éves. V. Para. I. tökéletes lábfekvés. Épnek látszó petyhüdt burok. 4 ujjnyi méhszáj. Renyhe fájások már 29 órája vannak. Burokrepesztés. Láblehozatal, utána 10 perczig fájás nem jelentkezik; 1 cm³ pituitrin. 25" mulva igen erős fájás jelentkezik, a mely után egymásba folynak az erős toló fájások és 3 percz mulva a far köldökig megszületik, a magzatot azután extraháljuk. Livid asphyxiából bőringerekre csakhamar erősen sír. Placenta 10 percz mulva enyhe nyomásra távozik. Vérzés nincs.

15. 43/1328. sz. Poliklinikai eset. H. P. 38 éves. VIII. Para. 26 óra előtt elfolyt magzatvíz. 4 ujjnyi méhszáj. I. koponyafekvés. $^1/_2$ órai ottidőzés alatt fájás nincs. 1 cm³ pituitrin. 40" mulva erőteljes fájás jelentkezik, 9 percz alatt 6 fájás. Ekkor vizsgálatkor a méhszáj eltünve. Szívhangok száma 96. További jó fájásokra $1^1/_2$ óra alatt megszületik az élő, érett magzat. Méh jól contrahálódik. Vérzés nincs.

16. 55/1340. sz. Poliklinikai eset. Sz. J. 42 éves. IX. Para. 2 ujjnyi méhszáj, burok nem ép. I. koponyafekvés. Szívhangok száma 136. Fájások nincsenek. 1 cm³ pituitrin. 30″ mulva erőteljes fájás, 8 percz alatt 5 fájás, ekkor a szívhangok száma leszáll 70-re. Arhythmia. 1 Pravaz digalen intravenásan, utána csakhamar a szívhangok száma 116-ra megy föl, arhythmia megszűnik. További fájásokra 53 percz mulva megszületik az élő, érett magzat, asphyxia nélkül. Utóvérzés nincs.

17. 69/1353. sz. Poliklinikai eset. M. M. 16 éves. I. Para. Első fokban egyaránt szűk medencze. Méhszáj 2 ujjnyi, burok nem ép. I. koponyafekvés. A jobb csípő-keresztvájulatban a fej mellett egy még pulzáló köldökzsinórkacs tapintható, melynek repositiója sikerül. Kora magzat. 1 cm³ pituitrin. 40″ mulva igen erős contractio, 5 percz mulva a fej mutatkozik. A szívhangok arhythmiásak, alig hallhatók, ezért a magzatot exprimáljuk; algid asphyxiából nem éleszthető fel. Vérzés nincs.

Ezen vázolt esetekből 6 volt primipara és 11 multipara. 14 esetben koponyafekvésben, egy esetben arcztartásban és 2 esetben medenczevégű fekvésben volt a magzat. Legtöbb esetben a magzatvíz már régebben elfolyt és a szülés sokáig húzódott. A méhszáj pituitrin befecskendezésekor 6 szülőnőn ujjnyi volt, 2-n ezek közül megtartott portióval, 6-on két ujjnyi, 4-en négy ujjat befogadó és egyszer volt tünőfélben. Három esetben eredménytelenek voltak a befecskendezések, tízben spontán folyt le a szülés, egyszer lábfekvésből extraháltuk a magzatot. Három szülést fogóval kellett befejezni, mind primiparán mély harántállás miatt; ezen rendellenességet abból lehetne magyarázni, hogy az egymást sűrűn követő fájások alatt a folytonos contractióban levő méh a magzatot olyan erővel tolta, hogy a fej a medencze üregén való áthaladása közben második forgását nem végezhette, hanem leszállott a kimenetbe ugyanolyan tartásban, a milyenben a medencze bemenetében volt. Egy nephritises szülőnőn a mélyen tapadó lepény részben való leválása miatt belső lábrafordítással és extractióval fejeztük be a szülést. Két esetben keletkezett a szülés után kisebb fokú atoniás vérzés és pedig placenta praevia marginalis esetén spontán szülés után és egy fogóműtét után, mindkettő újabb pituitrin- és secacornininjectióra megszűnt. A magzatok közül három született livid asphyxiában, egy fogóműtéttel, egy arcztartásból spontán, egy lábfekvésből extractióval; egy meg az előesett köldökzsinór repositiója után expressióra algid asphyxiában. Ezek egyike sem írható a pituitrin rovására.

A *kitolási szakban* 13 szülőnőnek adtunk pituitrint, még pedig 8 primiparának és 5 multiparának, ezek közül kettőben farfekvésben, a többiben koponyafekvésben volt a magzat; az esetek a következők:

1. 836/755. sz. Pl. M. 21 éves. I. P. I. koponyafekvés, elhúzódó kitolás, a fej már egy órája mutatkozik a szeméremrésben. 1 cm³ pituitrin. 30 másodpercz mulva hatás, majd 2 percz mulva megszületik a magzat. A lepény 6 percz mulva spontán távozik A méh állandó contractióban. Utóvérzés nincs.

2. 1932/1741. G. J. 19 éves. III. P. I. fokban szűk lapos medencze. Conj. diagonalis 10·7 cm. I. egyszerű farfekvés. Far már egy óránál tovább mutatkozik. Ritka renyhe fájások. 1 cm³ pituitrin. 30 másodpercz mulva jó erős fájás jelentkezik, a mely 3 perczig tartva, a fart tomporig kinyomja; újabb fájásra megszületik a magzat köldökig, majd extractio. A méh jól contrahálódik. Vérzés nincs.

3. 2055/1853. K. J. 32 éves. IV. P. I. egyszerű farfekvés, halott magzat. Minthogy a far már hosszabb ideje mutatkozik és a fájások renyhék, 1 cm³ pituitrin. 40″ mulva erős contractio, mely 2 perczig tart, utána még 3 fájás, a mire a magzat spontán megszületik. Vérzés nincs.

4. 2070/1872. K. M. 27 éves. I. P. Hő 38·1°. II koponyafekvés. 2 nappal előbb intézeten kívül elfolyt magzatvíz. Fej az üregben; renyhe fájások. 1 cm³ pituitrin. 45″ mulva erős, görcsös fájások jelentkeznek alig 1 perczes szünetekkel, a mire 15 percz mulva megszületik az élő, kora magzat. Ekkor kiderül, hogy gemellivel van dolgunk; második magzat farfekvésből extrahálva. Kisfokú atoniás vérzés miatt 1 Pravaz secacornin.

5. 2100/1892. K. E. 18 éves. I. P. Gravida m. VIII, halott magzat. Eltűnt méhszáj, ép burok. Két napja alig vannak fájásai. 1 cm³ pituitrin. 35″ mulva igen erős méhcontractio, alatta burokrepedés, majd 2 percz mulva újabb fájásra mutatkozik a fej és újabb contractiókor megszületik a magzat. Vérzés nincs.

6. 2138/1927. K. Sz. 29 éves. V. P. Intézeten kívül elfolyt magzatvíz. Eltűnt méhszáj. I. koponyafekvés, meconiumos magzatvíz. A szívhangok száma 180 körül. Hő 38·6°. A lázas szülés siettetése czéljából 1 cm³ pituitrin. 25″ mulva erős méhösszehúzódás, 1½ percz mulva megszületik az élő, kora magzat. A placentaris szakban vérzés 1 cm³ pituitrinra a lepény 5 percz mulva enyhe nyomásra távozik. Vérzés nincs.

7. 2064/1948. G. V. 34 éves. VII. P. A burokrepedés után csakhamar a fej mutatkozik I. koponyafekvés. A szülés 1½ óráig nem halad előre. 1 cm³ pituitrin. 50″ mulva erős méhcontractio, a mely állandóan tart 2 perczig, a mire a magzat egyetlen fájásra megszületik, azonnal hangosan sír. Vérzés nincs.

8. 2169/1962. B. Gy. 37 éves. III. P. I. koponyafekvés, halott magzat, lötyögő koponyacsontok; a fej az üregben. 2 órás kitolás. 1 cm³ pituitrin. 40″ mulva contractio. 2 percz mulva megszületik a macerált magzat. Vérzés nincs.

9 2176/1969. O. E. 18 éves. I. P. II. egyszerű farfekvés. Hosszabb ideig mutatkozó far. 1 cm³ pituitrin, a melyre fokozódó fájások mellett 5 percz mulva megszületik a far, majd a magzatot extraháljuk Utána azonnal jön a placenta. Vérzés nincs.

10. 85/154. 1912. K. A. 20 éves. I. P. Koponyafekvés. 4 órás kitolás. A renyhe fájások erősítése czéljából 1 cm³ pituitrin. 50″ mulva erőteljes fájás 3 perczig, mire a fej az üregbe jut, majd újabb fájásra domborítja a feszes gátat; episiotomia után ½ perczre megszületik az élő, érett magzat. A lepényt 10 percz mulva enyhe nyomással exprimáljuk. Gátvarrás közben a méh elernyed, erős atoniás vérzés indul meg, a mely massagera, alkoholos méhüregöblítésre sem szűnik, a miért is a méhet *Dührssen* szerint tamponáljuk.

11. 141/136. 1912. Cs. R. 17 éves. I. P. I. koponyafekvés. 2 órás kitolás, 1 cm³ pituitrin. 30″ mulva erélyes méhcontractio, a mely után a méh 15 perczig állandó tonusban van; ezen egy fájásra megszületik az élő, érett magzat. A lepényt 10 percz mulva enyhe nyomással exprimáljuk, utána atoniás vérzés indul meg. 1 Pravaz secacornininjectio, massage, majd 50%-os alkoholos hüvelyöblítésre a méh összehúzódik.

12. 137/139. 1912. W. J. 25 éves I. P. II. koponyafekvés. 2½ órás kitolás. Renyhe fájások, rosszabbodó szívhangok. 1 cm³ pituitrin. 35″ mulva 1 perczig tartó contractio, majd 5 percz alatt 4 fájás, azontúl 3 perczenként rhythmusos összehúzódások. A szívhangok jók. 15 percz mulva élő, érett magzat születik. Vérzés nincs.

13. 2127/1917. K. H. 25 éves. I. P. I. koponyafekvés. 1½ órás kitolás, renyhe fájások. 1 cm³ pituitrin. 1 percz mulva erős, 3 perczig tartó fájás, ezután 1 perczes szünetekkel jönnek a fájások, melyek mellett ¼ óra mulva megszületik az élő, érett magzat. Vérzés nincs.

Mint láthatjuk, a legszebb eredményeket elhúzódó kitolás esetén értük el. 1 cm³ pituitrin befecskendése elegendő volt, hogy a szülés 2—15 percz alatt befejeződjék. Kétségtelen, hogy a kitolási szakban jelentkező fájdalomgyengeség esetében a pituitrinnek nagy hasznát vehetjük, elkerülhetünk vele számos fogóműtétet, természetesen csakis akkor, ha nem forog fönn valamely rendellenes tartás. A szülés után csak két esetben volt atoniás vérzés, ezekből egyben Dührssen-tamponádot kellett alkalmaznunk.

Ugy a tágulási, valamint a kitolási szakban adott pituitrinnek hatásaként észleltük, hogy a magzati szívhangok nemcsak a fájás alatt, hanem a fájásszünetben is lassubbodtak, azonban sohasem romlottak annyira, hogy a magzatokban kár esett volna. Egy esetben a szívhangok száma 136-ról 70-re sülyedt és arhythmiássá vált, ekkor a *Hofbauer* által ajánlott digalentherapiát alkalmaztuk, 1 cm³ digalent adtunk intravenásan, a mire a magzati szívhangok 116-ra szöktek föl, az arhythmia megszűnt, az 53 percz mulva megszületett magzaton semmi nyoma sem volt az asphyxiának. A fentebb említett négy asphyxia nem írható a pituitrin rovására, azok bizonyára a rendellenes tartás és műtét következményei voltak. A szülőnők részéről complicatiót nem láttunk, pedig adtuk a pituitrint két esetben vitium cordisban és öt nephritisben. Az előbbieken kisfokú szívdobogást és magasabb vérnyomást kaptunk, az utóbbiakon semmiféle kifejezettebb, a rendestől eltérő tünetet nem észleltünk.

A lepényi szakban 10 hónap alatt megfelelő indicatio alapján 25 esetben adtunk pituitrint, hatszor spontán szülés után jelentkező erősebb vérzés miatt, 18 műtétes szülés után és egy a lepényi szakban vidékről behozott szülőnőnek. Ezek közül 8-szor az injectio után 3—5 percz mulva spontán távozott a lepény, 13-szor pedig enyhe nyomással *Credé* szerint lehetett kihozni. Négy esetben pituitrinre sem távozott a lepény, művileg kellett azt leválasztani és kihozni.

1. 1934/1743. K. A. 26 éves. III. P. Rendes koponyafekvésű szülés. A lepényi szakban erős vérzés. 1 cm³ pituitrin; a méh kontrahálódott ugyan, de a lepény nem válik le. Erős vérzés miatt ¾ óra mulva a lepényt művileg leválasztjuk és kihozzuk. 1 Pravaz secacornin. Vérzés nincs.

2. 1970/1775. F. J. 28 éves. V. P. Összes szülései abortusok. (Wassermann negativ.) Uterus bicornis. Abortus m. VII. A lepényi szakban 1 cm³ pituitrin. 35″ mulva contractio. A lepény többszöri expressio-kisérletre sem távozik, csak 2 óra mulva sikerül azt kinyomni; tenyérnyi cotyledo-retentio, annak leválasztása. Vérzés nincs.

3. 2065/1816. H. E. 28 éves. I. P. I. fejtetőtartás. 4 órás kitolás, fogóműtét. A lepényi szakban 1 cm³ pituitrin. 40″ mulva a méh jól kontrahálódik, később elernyed, lepény nem válik le; 1 óra mulva a vérzés erősebb, sikertelen expressio után 70′ mulva a lepényt művileg leválasztjuk. Utóvérzés nincs.

4. 2030/1832. S. J, 25 éves. I. P. Egyik szomszédos faluban 78 óra előtt rendes szülés. A lepény nem távozik. 2 napig volt orvosi segitség nélkül; az odahivott orvos a kilógó köldökzsinórt és a lepény egy kis részét eltávolítja, azonban nem tudván azt teljesen kihozni, kocsin a klinikára küldi. Hő 39·1. Pulsus 132, hidegrázás. A lepény eltávolítása czéljából 1 cm³ pituitrin. 30″ mulva a méh jól kontrahálódik, csekély vérzés indul meg. Ritkán jelentkező fájások. 2 óra mulva újabb 1 cm³ pituitrin (II.) 40″ mulva jó contractio, a fájások körülbelül két órán át tartanak. Többszöri expressio-kisérlet. Minthogy sem expressio, sem pituitrin a lepényt nem dobja ki, annak leválasztását végezzük. A fundusban szélesen tapadó, igen bűzös lepényt kihozzuk. 1 Pravaz secacorninra sem húzódik össze a méh, tovább vérzik, ezért kénytelenek vagyunk *Dührssen*-tamponádot végzni. Műtét után hidegrázás, hő 40·2. Pulsus 144. Vérből és lochiából streptococcus haemolyticus tenyészik ki. Állandóan 40 fokon felüli hőmérsék, többszöri hidegrázás után az asszony a 6. napon meghal. Sectiólelet: peritonitis diffusa purulenta; endometritis septica phlegmonosa; genyes gócz a tonsillában, genyes metastasis a tüdőben.

A lepény kisajtolása után a méh legtöbbször jól kontrahálódott, csak két esetben kellett secacorninnal segítenünk; egyszer meg eklampsia miatt végezett magasfogó-műtét után erős atoniás vérzés indult meg, a melyet csak Dührssen-tamponáddal sikerült csillapitanunk. A lepény művi leválasztásakor pedig azt tapasztaltuk, hogy a belső méhszáj igen erősen volt összehúzódva, a mit a pituitrin hatásának kell tulajdonítanunk.

A szülés után jeletkező *atoniás vérzés* alkalmával 44 esetben adtunk pituitrint (az atoniák száma a 10 hónap alatt lefolyt 1738 szülésre vonatkozik); ezekből 31 volt közepes és 13 súlyosabb természetű; az előbbiekből 24 esik koponyafekvéses spontán szülésre és 7 műtétes szülésre; az utóbbi 13-ból pedig 10 volt spontán szülés és 3 műtétes. A pituitrin 33-szor, vagyis az esetek 75%-ában teljes hatást fejtett ki, a mennyiben a méh gyorsan és erélyesen kontrahálódott, a vérzés megszűnt. A többi 25%-ban a hatás csak rövid ideig tartott, vagy egyáltalán nem érvényesült, a méh elernyedt és a vérzés újból megindult. Hat esetben secacornin-befecskendezéssel segítettük elő a méhösszehúzódást, kétszer pedig forró hüvelyöblítés és a méhfenék erélyes dörzsölése vált szükségessé. Két súlyosabb atoniában csak Dührssen-tamponáddal sikerült a vérzést csillapitanunk. Egy szülőnőt azonban elvesztettünk, bár mindent megtettünk a vérzés ellen.

1770/1593. 29 éves. III. Para. Elhanyagolt harántfekvés miatt decapitatio. Placentaris szakban a méh jól kontrahálódva, vérzés nincs. A lepényt ismételt expressióra sem sikerül eltávolitani, a miért is 2 óra mulva művileg leválasztjuk. A méh fala vékony. 1 cm³ pituitrinra a méh jól kontrahálódik, kőkemény lesz. 1½ órával a műtét után a méh elernyed, vérzés indul meg. A szülőnő a chloroform-narcosisból még nem ébredt föl, pulsusa 128, könnyen elnyomható, a méh a gyomorgödörig terjedő megnagyobbodást mutat, massagera keményebb lesz és sok véralvadék nyomható ki belőle. Miután ismételt pituitrin- és secacornin-injectio után is csak renyhén kontrahálódik és állandóan vérzik, *Dührssen*-tamponádot végezünk. Méh keménynek látszik. Az asszony pulsusa romlik, hypodermoklysis, digalen-, coffein-, camphor-injectiókra sem javul; a légzés felületes és szapora; közben a tampon átvérzik, újabb tamponade, Momburg-cső feltevése. A pulsus nem javul, filiformis, az anaemia sem küzdhető le és 4 órával a lepény leválasztása után exitus. Bonczoláskor látjuk, hogy uterus arcuatussal van dolgunk, a hol a jobb méhfal össze volt húzódva, halvány izomzattal; a bal méhkarély jelentékenyen kitágult, fala petyhüdt, vékony. A lepény tapadása a bal elernyedt méhkarélyban volt, a fundusban elül és hátul. A sarlóalakú válaszfal a méhfeneket középen kettéosztja, a válaszfal csakis a méh fundusának felső harmadában látható. A méh elernyedése a fejlődési rendellenesség mellett a chloroform-narcosisra is visszavezethető s talán ezért nem volt a pituitrinnek sem a várt hatása.

A méh utólagos elernyedését egy és másfél óra mulva kétszer tapasztaltuk, azonban massagera és secacornin befecskendezésére újból jól összehúzódott. A mint az elmondottakból látható, a pituitrin szülés utáni vérzések alkalmával, a hol gyors és hatásos eljárásra van szükség, jó szolgálatokat tesz, mert hatása ½—1 percz mulva már érvényesül, de mert az tapasztalásunk szerint legfeljebb ¾—1 óráig tart, biztosítanunk kell a méh contractióját secacornin-befecskendezéssel is; a secacornin ugyanis fokozatosan fejti ki hatását, az akméig legtöbbször csak a harmadik félórában jut, azonban a hatás kiterjed legalább három órára (*Herff*). A hol a szülőnő amúgy is sok vért vesztett, a méh pedig nem mutat erélyes munkára tendentiát, ne vesztegessünk időt gyógyszerekkel, hanem tamponáljuk jól ki a méhet.

A vázolt jó eredmények, a melyeket szülés alatt elértünk, arra indítottak bennünket, hogy megkisértsük a terhes méhet egyedül pituitrinnal munkára birni. Két esetben sikerült is fájásokat kelteni és ezzel megindítani a szülést.

1. 1660/1706. 18 éves. I. Para. Kyphoscoliosis dorsalis, medenczéje I. fokban szűk, a conj. diagonalis 10·5 cm. A terhesség 37. hetében jelentkezik háziterhesnek. Magzat I. koponyafekvésben, jó szívhangok, fej a bemenet felett jól mozgatható. Csukott méhszáj. Fájásai nincsenek és nem is voltak. Tekintettel a szűk medenczére pituitrinnel kisértjük megindítani a szülést. November 13-án délután 2 óra 30 perczkor 1 cm³ pituitrin intravenásan (I.), fájások nem jelentkeznek, délután 6 óra 15 perczkor újabb 1 cm³ pituitrin (II.), a mire két gyenge contractio jelentkezik, majd éjjel több csipkedő fájás. November 14.-én délelőtt 9 órakor 1 cm³ pituitrin (III.), 1 percz mulva igen jó contractiót észleltünk, s azután 3 perczenkint jó fájások indulnak meg, a melyek egy óra mulva 5 perczesek lesznek; délután 4 órakor a fájások ritkábbak, szívhangok jók; fej a bemenetbe rögzítve. Délután 6 órakor ismét 5 perczes fájások, vizsgálatkor a portio elsimult, méhszáj ujjnyi, burok ép. Éjjel aludt.

November 15.-én. Ritka, jó fájások; délután 8 órakor a méhszáj két ujjnyi, a burok áll; egészen ritka, de jó fájások. A szívhangok jók. November 16.-án. Fájások vannak, d. u. 4 óra: a méhszáj tünőfélben, a burok ép, feszül, fej a bemenetben jól rögzítve. I. koponyafekvés; délután 10 órakor burokrepedés eltünt méhszáj mellett. November 17. d. e. 2 óra 20 perczkor: Hő 38·1. Pulsus 120. Jó szívhangok, sűrű fájások, fej leszállt az üregbe. Tekintve a 4 órás kitolást, prophylaxisos fogóműtétet végzünk. A magzat 48 cm. hosszú, 2775 gr. súlyú, azonnal hangosan sír. A lepény expressiója után kisfokú atoniás vérzés indul meg, 1 cm³ pituitrinra a méh jól összehúzódik. Utóvérzés nincs. Normalis gyermekágy.

2. 2042/1946. S. J. 25 éves. II. Para. Két hét óta magzatvizszivárgásról panaszkodik. 9 napja van észlelésünk alatt, a mikor is állandóan szivárog a magzatvíz. (Hydrorrhoea gravidarum?) Haskerülete 113 cm. A terhesség végén van, a magzat I. koponyafekvésben, szívhangok száma 132. A portio megtartott, ujjnyi nyakcsatornával. A burok feszes, ép. Fájásai nincsenek, azok keltése czéljából deczember 23.-án délután 2 óra 15 perczkor ½ cm³ pituitrin intravenásan, 30″ mulva jó contractio. 5—6 fájás után még néhány csipkedő fájás, a melyek délután 3 óra 30 perczkor kimaradnak, délután 5 órakor 1 cm³ pituitrin (II.), egy percz mulva fájás, egy perczes szünetekkel ½ órán át jó fájások, majd apró, csipkedő fájások délután 8 óráig. Délután 9 óra 50 perczkor 1 cm³ pituitrin (III.), 35″ mulva szédülés mellett első, 3 perczig tartó fájás. A szívhangok fájásszünetben 124-re sülyedtek. Fájás alatt sok magzatvíz ürül. A fájások délután 10 óra 15 perczkor megszűnnek. Éjjel aludt. Deczember 24.-én délelőtt 10 órakor 1 cm³ pituitrin (IV.), 35″ mulva émelygés, majd méhcontractio 1½ perczig. Székelési inger, két percz mulva erős derékfájás. Fájásokat jelez főleg a méh alsó szakaszában. 5 perczenkint szabályosan jelentkező méhösszehúzódások. Szívhangok fájásszünetben váltakozók, de jók. Délután 4 óra 15 perczkor 1 cm³ pituitrin (V.), 50″ mulva méhcontractio 2½ perczig; hányásinger, vizelési inger; sokat vizel. Gyomorpanaszok. ½ óra mulva a fájások ritkábbak. Állandó derékfájás. Éjjel alszik.

Deczember 25. Egész napon át derékfájások; állandó apróbb méhösszehúzódások. Tekintettel a gyomorpanaszokra, ezen a napon kihagyjuk a pituitrint. Deczember 26.-án reggel felé rendes szülőfájások indulnak meg és délelőtt 11 óra 45 perczkor megszüietik spontán az élő, érett magzat. A lepényi szak rendes. Utóvérzés nincs.

Mindkét esetben sikerült tehát a még szunnyadó méhmunkát tevékenységre birni; az elsőben elsőfokú szűkületnél a terhesség 37. hetében koraszülést indítunk meg három injectióval, a magzatot 4 órás kitolás után fogóval emeljük ki; a másodikban a terhesség végén pituitrinnal megindítjuk a szülést, a mely az V. injectio után spontán befejeződik. A kiváltott contractióknak nem volt görcsös jellegük, a méh rhythmusosan húzódott össze, szabályos pauzákkal, úgy hogy a magzati szívhangok sohasem romlottak, a magzatokban kár nem esett.

A pituitrinnak fájásokat keltő hatását kipróbáltuk a terhesség elején, annak művi megszakítására, valamint abortusok kezelésekor is. Különösen az utóbbiaknál szeretnők, ha a hozzáfűzött remények teljesednének, mert hiszen a legkiméletesebb és az anyára nézve legveszélytelenebb eljárás az volna, ha a méh az elhalt petét önmagától dobná ki, különösen szeretnők azt lázas vetélések eseteiben, a mikor okunk van feltenni, hogy az infectio komolyabb fajtája okozza

a lázat, ha manipulatio előzte meg a vetélést, avagy a lefolyása közben nyulkáltak a genitaliákba.

33 esetben kíséreltük meg pituitrinnel a méhet arra ingerelni, hogy húzódjék össze és nyomja ki azt, a mi benne van, még pedig öt művi vetélés, 9 incipiens és 19 incomplet abortus esetében.

Művi vetélés megindítása tisztán pituitrinnel nem sikerült; mind az öt esetben műtéti beavatkozással kombinálva adtuk, kétszer eredménynyel, háromszor eredménytelenül.

Az esetek a következők:

1. 693/689. sz. 26 éves. III. Para. Gravida m. II.—III. Tuberculosis pulmonum. Burokrepesztés, cervixtamponade jodoformos gaze-zal; fájások előidézése czéljából 0·5 cm³ pituitrin intravenásan. A 10 percz mulva megindult fájások hol sűrűbben, hol ritkábban 48 órán át tartanak, a mikor megszületik a 6 cm. hosszú magzat. A fájások kimaradása miatt 6 óra mulva újabb 0·5 cm³ pituitrin. Az összehúzódások $^1/_2$ órán keresztül tartanak, majd megszűnnek. Reggeli hüvelyöblítéskor távozik az egész petezsák, a mely valószínűleg már a II. injectio után levált. Utóvérzés nincs.

2. 727/691. sz. 39 éves. XVII. Para. Tuberculosis pulmonum. Gravida m. I.—II. Curettel megkaparjuk a pete tapadási helyét, majd cervixtamponade jodoformos gaze-zal. 1 cm³ pituitrin. 23 percz mulva erős méhfájásokat jelez, a melyek $2^1/_2$ órán át tartanak. Másnap eltávolított tampon mögött találjuk az egész petét.

3. 845/958. sz. 31 éves. IV. Para. Gravida m. III. Súlyos nephritis. Burokrepesztés. 1 cm³ pituitrin, utána összesen négy renyhe fájást észlelünk; 6 óra mulva újabb 1 cm³ pituitrin; ennek hatása egyáltalában nem volt. A vetélést Hegar-tágítás után ujjal befejezzük.

4. 987/1042. sz. 27 éves. I. Para. Gravida m. V. Súlyos vitium cordis. Burokrepesztés után 1 cm³ pituitrin; fájások egyáltalán nem jelentkeznek. Abortus befejezése hysterotomia anterior útján.

5. 1983/1819. sz. 33 éves. VII. Para. Gravida m. II. Másodfokban szűk lapos medencze; előző incomplet méhruptura miatt művi vetélés. Cervix tágítása Hegarokkal, tamponade jodoformos gaze-zal; 1 cm³ pituitrin. Semmi hatás. Tampon eltávolítása 24 óra mulva. Abortus befejezése.

A többi 28 esetben a hatás különböző volt. Gyenge összehúzódásokat majdnem mindig kaptunk, csak két sepsises lázas incomplet abortusban (III.—IV. hónapban) nem észleltünk semmi hatást, itt azonban chininnel sem értünk el eredményt. 10 esetben pituitrinnel spontán fejeződött be a vetélés és pedig három incipiens és hét incomplet abortusban.

Ezek a következők:

1. 816/753. sz. B. J. 22 éves. III. P. Abortus incipiens m. IV. Sokat vérzett. Hő 39·8. Pulsus 128. A portio 1 cm., a méhszáj ujjhegynyi. 0·6 cm² pituitrin intravenásan. 4 percz mulva méhösszehúzódás. A fájások $1^1/_2$–2 perczenkint jelentkeznek; 1 óra 22 percz mulva a magzat és lepény egészben kibukik. Utóvérzés nincs.

2. 1503/1363. sz. Sz. V. 34 éves. I. P. Gravida m. IV.—V. Abortus incipiens (arteficialis), 8 nap előtt bába által piszkálva. Hő 39·3. Pulsus 116. Hidegrázás. Megtartott portio, ujjhegynyi méhszáj. 1 cm³ pituitrinre 1 percz mulva erős fájás, a mely 4 óra 30 percz mulva megszűnik, utána még néhány gyenge fájás. 8 óra mulva újabb 1 cm³ pituitrin (II.), 20 perczre utána gyenge fájás, majd erősebb fájások állandóan; 9 óra mulva újabb 1 cm³ pituitrinre (III.) 3 perczig tartó contractio, úgy érzi, mintha valami elmenne tőle, burokrepedés; a fájások mind intensivebbek, mire 2 óra mulva megszületik a magzat. A lepényt exprimáljuk. Vérzés nincs. A lefolyás tartama 21 óra 45 percz. Láztalan gyermekágy.

3. 1979/1786. sz. Sm. J. 26 éves. IV. P. Erősen kivérzett nő. Abortus incipiens m. IV. Méhszáj ujjnyi, burok nem ép. A koponya tapintható. 1 cm³ pituitrinre 40 percz mulva fájások, a melyek egy órán keresztül 5 perczenként tartanak. 6 óra mulva újabb 1 cm³ pituitrin (II.), erős fájásokra 3 óra mulva megszületik a macerált magzat, vele együtt placenta-darabok. Valószínű lévén, hogy a méh üregében még lepényrészek vannak, újabb 1 cm³ pituitrint (III.) adunk, utána 3–4 erős fájásra megszületik a lepény. Méh jól kontrahálódik. A lefolyás tartama 20 óra.

4. 857/777. F. F. 19 éves. II. P. Abortus incomplet. m. II. Méhszáj ujjnyi. 0·6 cm³ pituitrinre 11 percz mulva fájások indulnak meg és 3 óra 11 percz mulva sok véralvadékkal kilökődik az egész decidua.

5. 901/811. H. M. 38 éves. VII. P. Abortus incomplet. m. II. Kivérzett nő. Portio 1 cm., méhszáj ujjnyi. 1 cm³ pituitrinre 5 percz mulva méhösszehúzódás. 10 perczenkint gyenge, majd 5 perczes fájásokra 3 óra 55 percz mulva megszületik a deciduazsák.

6. 1588/1472. E S. 25 éves III. P. Három hete vérzik. Hő 39·9. Pulsus 108. Abortus incomplet. m. III. Retroflexio fixata. Méhszáj ujjhegynyi. Három napig húzódott a vetélés, az V. injectióra tenyérnyi lepény távozott, majd újabb 2 injectio után a méh teljesen kiürül.

7. 1659/1491. M. E. 24 éves. I. P. Abortus incomplet. m. IV—V. Erős vérzés. 1 cm³ pituitrinre 1 percz mulva erős fájás, mely csakhamar megszűnik, a vérzés fokozódván, újabb 1 cm³ pituitrin (II.), a mire a vérzés megszűnik, fájások azonban nem jelentkeznek. $^1/_4$ óra mulva 1 cm³ pituitrin (III.), 11 percz mulva erős fájások között a lepény hiánytalanul távozik. A lefolyás tartama 46 percz.

8. 1833/1657. A. P. 41 éves. XIV. P. Abortus incomplet. m. V. A lepény massegera. erélyes expressióra sem távozik. 1 cm³ pituitrin. 1 percz mulva erős contractio, 5 percz mulva jóval erősebb fájásra a placenta hiánytalanul kilökődik. Vérzés nincs. A lefolyás tartama 6 percz.

9. 1921/1736. K. F. 24 éves. III. P. Abortus incomplet. m. II. Sokat vérzett. 1 cm³ pituitrinre 40 percz mulva fájások, a melyek 2 órán keresztül tartanak. 12 óra mulva újabb 1 cm³ pituitrin (II.) után 12 fájásra kilökődnek a decidua-czafatok.

10. 2031/1836. I. M. 18 éves. II. P. Abortus incomplet. m. III IV. Hő 39·7. Pulsus 116. Méhszáj szűken ujjnyi. 1 cm³ pituitrinre 45 percz mulva erős fájás; 5 perczes fájások $1^1/_2$ órán át, majd újabb 1 cm³ pituitrin (II.). Reggeli hüvelyöblítés közben bűzös placenta távozik. Méh kontrahálódik. A lefolyás tartama 12 óra.

Három incipiens abortusban csak a magzat távozott el, a lepényt pedig művileg kellett eltávolítani, három incomplet eset pedig csak tamponadera fejeződött be. Teljesen eredmény nélkül adtuk a pituitrint 10-szer, 3 incipiens és 7 incomplet vetéléskor. Ezek között 6-szor tapasztaltuk a méh nagyobbfokú elernyedését, úgy hogy erős vérzés miatt kellett azután a vetélést befejeznünk. Általában a vetélések kapcsán azt tapasztaltuk, hogy a kiváltott, legtöbbször gyenge fájások nem voltak elegendők, hogy a petét vagy függelékeit leválasszák, vagy a már leváltakat kilökjék; néhányszor találtuk, hogy a belső méhszáj görcsös összehúzódása akadályozta a pete kilöködését.

* * *

A pituitrinnek, mint láthatjuk, igen sokoldalú a hatása és alkalmazhatóságának tág tere van a szülészeti therapiában, de joggal remélhetjük, hogy a nőgyógyászatban is el fog terjedni. *Frankl-Hochwart* és *Fröhlich* azon kisérleti tapasztalásból kiindulva, hogy a pituitrin a hólyag izomzatára is hat és a hólyag motorius idegeinek ingerlékenységét fokozza, ajánlotta a szert mint diureticumot. *Hofbauer*, *Klotz*, *Fries*, *Hofstätter* ez irányban kedvezően nyilatkozik, míg *Jaeger*, *Voigts* és mások szerint a hólyagra gyakorolt hatás bizonytalan; a gyors hatással szemben áll ugyanannyi eredménytelenül kezelt eset. Mi 10-szer alkalmaztuk műtétek utáni ischuriában (ventrofixatio, *Wertheim*-műtét után), 8 esetben 10 percz—1 órán belül megindult a vizelés, kétszer sikertelenül injiciáltuk a szert, a csapolást nem kerülhettük el. Gyermekágyban nem volt alkalmunk kipróbálni diuresises hatását, egy esetben kisérleteztünk ugyan vele, de sikertelenül, itt ugyanis már cystitis volt jelen.

Méhvérzés esetén *Bab* 70%-ban alkalmazta sikerrel a pituitrin-befecskendezéseket, úgyszintén osteomalaciában is, a hol a csontfájdalmak szűntek, a betegek járóképesek lettek. Sok reményt fűzhetünk a pituitrinhez fibromák kezelésekor, különösen szélesen ülő submucosus göbök eseteiben. A pituitrin a méh izmait munkára serkenti, miáltal a göbök kiválnak; ez a kifejlődés előnyös, mert a göböket műtét czéljára könnyen hozzáférhetővé teszi. Két submucosus fibromás betegen sikerült ilyen czélból eredményt elérni:

1. 458/1911. sz. D. A. 42 éves. A hasban emberfőnyi, tetejével a köldököt két harántujjal meghaladó, tömött tumor tapintható. A portio elsimult, a méhszáj négy ujjnyi, benne gömbölyű tömött tumor alsó segmentuma tapintható. Myoma submucosum uteri. Pituitrinnel kisértjük meg a méhet arra bírni, hogy a submucosus daganatot kiválaszsza. Összesen tizenegy cm³ pituitrint adtunk, naponkint egyet. A IV. után már valóságos szülőfájásokat érez. Az V. után a daganat mindenütt reáfekszik a méhszájra, felső határa a köldöknél van, tehát 2 ujjnyira sülyedt. A VI. után a daganat polusa túlhaladja a méhszájat. A XI. után a daganat felső határa a köldök és symphysis között a középen. A méhszáj tűnőfélben, azon át ökölnyi segmentummal a hüvelybe türemkedő tumor tapintható. Műtét: darabolva a daganatot tokjából kihámozzuk. (Koragyermekfejnyi tumor.)

2. 452/1911. sz. M. M. 44 éves. Portio $^1/_2$ cm., méhszáj ujjnyi harántrés, belőle mogyorónyi polypus mucosus. Portio egyenesen átmegy egy emberfőnyi, tetejével a köldököt 2 harántujjnyira meghaladó, tömött, sima, gömbölyű, nem érzékeny, jól mozgatható tumorba. Myoma corporis uteri. A vérzés miatt 3 napon át secacornin-tablettákat szed. Bűzös folyás miatt méhüregöblítést végezünk, ekkor 2 ujjnyi méhszájon át gyermekökölnyi bűzös, mállékony tumortömeg nyomul a hüvelybe. (Myoma submucosum necrotisans.) Pituitrint próbálunk. 3 napon át nap-

jában 2-szer adunk 1 cm³ injectiót. A negyedik napon újabb ökölnyi daganatrész távozik; ekkor a méjszáj már tűnőfélben van, a daganat jól kinálkozik lefelé, miért is a méhüreget kitakarítjuk. Láztalan lefolyás.

* * *

Az elmondottakban ismertettem azon eredményeket, a melyeket pituitrin alkalmazásakor a szülészetben és néhány nőgyógyászati esetben elértünk és ezek alapján a következőkben foglalhatom össze tapasztalatainkat:

A pituitrin alkalmas szer szülőfájások keltésére, azonban csak a terhesség vége felé; mint fájásokat erősítő, felülmulja az összes eddig használt gyógyszereket. A kiváltott fájdalmak egyenletesek, rhythmusosak, a normalishoz hasonlók, nincs görcsös jellegük. Sikerrel adható a tágulási szakban, különösen időelőtti burokrepedéskor; souverain szer secundaer fájdalomgyengeség esetén a kitolási szakban; megkímélhetünk vele méhszájtágítást, valamint számos fogó-műtétet; idős primiparákon, a hol a szülőutak rigiditása oka a szülés lassú előrehaladásának, valamint rendellenes tartás esetében természetesen a műtéti beavatkozásokat nem kerülhetjük el. Felhasználhatjuk különösen atoniás vérzések esetében, a mikor hirtelen hat; de mivel láttunk utána gyors elernyedést is, ajánlatos a méhet még secacornin-injectióval is összehúzódásra serkenteni. Abortus megindítására nem alkalmas; incipiens, valamint incomplet abortusok befejeződését eseteink 35%-ában láttuk, a mi mindenesetre figyelemre méltó eredmény, mert felhasználhatjuk olyan vetélés eseteiben, a hol különösen kívánatos a méh spontán kiürülése (pl.: láz, bűnös manipulatiók gyanuja esetén stb.). A pituitrin felhasználható a nőgyógyászatban is, a mennyiben diureticum és ezáltal elkerülhető a postoperativ csapolás; submucosus fibromák kiválását is elősegítik a méhcontractiók és ekként a műtét könnyűvé válik. Legbiztosabb adagolási módja az intravenás befecskendés; adható többször naponta, akár napokon keresztül minden baj nélkül; teljesen ártalmatlan úgy a szülőnőkre, mint a magzatokra nézve. A vérnyomást csak mérsékelten emeli, ezért az alkalmazását arteriosclerosis, szívbaj és nephritis sem contraindikálja. Eseteink 84%-ában a pituitrinnel eredményt értünk el, a mi a szer megbízhatósága és használhatósága mellett bizonyít és feljogosít arra, hogy alkalmazását a gyakorlat számára ajánljuk.

Irodalom: *Bab*: Münchener med Wochenschr. 1911, 29 sz, 34. sz. Zentralbl f. Gynäk, 1911, 39. sz. — *Bagger-Jörgensen*: Zentralbl. für Gynäkologie, 1911, 37. sz — *Biedel:* Innere Secretion. — *Bondy:* Berliner klin Wochenschr. 1911, 32. sz. — *Falta und Ivcovic*: Wiener klin. Wochenschr. 1909, 51. sz. — *Falta und Flemming*: Münchener med. Wochenschr 1911, 50. sz. — *Foges und Hofstätter*: Zentralblatt für Gynäkologie, 1910, 46. sz. — *Franchini*: Berliner klin Wochenschr. 1910, 14–16. sz. — *Frankl-Hochwart und Fröhlich:* Archiv f. exp. Pathol u. Pharmak 1910, Bd. 63, H. 5–6. — *Ugyanazok*: Wiener klin. Wochenschrift, 1909, 27. sz. — *Freund*: Med. Klinik, 1912, 6. sz. — *Fries:* Münchener med. Wochenschr, 1911, 46. sz. — *Gottfried*: Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, 14. sz. — *Hagenbach*: Sammlung klin. Vorträge, No. 637, 1911. — *Hofbauer*: Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, 4. sz. — *Hofbauer:* Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkologie, 1911, XXXIV. 3. sz. — *Hamm*: Münchener med. Wochenschr. 1912, 2. sz. — *Hell*: Münchener med. Wochenschr. 1911, 50. sz. — *Kroemer:* Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, 39. sz. — *Klotz:* Münchener med. Wochenschr. 1911, 21. sz. — Archiv f. exp. Path. u. Pharmak. 1911, Bd. 65. — *Kohn*: Münchener med. Wochenschr. 1910, 28. sz. — *Mayer*: Archiv für Gynäkologie, 1910, Bd. 90 — *Neu*: Münchener med. Wochenschr. 1911, 11. — Zentralblatt für Gynäk 1911. 35. — *Pfeifer:* Zentralblatt für Gynäkologie 1911, 22. sz — *Ross*: Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, 34. sz. — *Schäfer Edward*: Die Funktionen des Gehirnanhanges. — *Schmid*: Gyn. Rundschau, 1911, 5. sz. — *Schiffmann*: Wiener klin. Wochenschr. 1911, 43. sz. — *Stern*: Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, 31. sz. — Berliner klin. Wochenschr. 1911, 32. sz. — *Studeny*: Wiener klin. Wochenschr. 1911, 51. sz. — *Vogt:* Münchener med. Wochenschr. 1911, 51. sz. — *Voigts*: Deutsche med. Wochenschr. 1911, 49. sz. — Zentralblatt für die gesamte Physiologie etc. und Sammelorgan für die Forschungen auf dem Gebiete der inneren Sekretion, 1911. évfolyam.

Közlés a kir. magy. Ferencz József-tud.-egyetem sebészeti klinikájáról Kolozsvárt. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.)

A felkarcsont bütyökfeletti töréseinek egyszerűbb kezelése kettős nyujtókacs segélyével.*

Közli: ***Vidakovich Kamill*** dr., 2. tanársegéd.

A rögzítő kötések korszakában a csonttöréseknek talán egy fajtája sem adott oly kevéssé kielégítő eredményeket, mint az izületek szomszédságában létrejött törései a csontoknak; ezek közül is könnyen érthető okokból éppen a könyökkörüli törések eredményei voltak functionalis szempontból a leggyöngébbek. Lényegesen kielégítőbbek lettek az eredmények akkor, midőn a hosszantartó rögzítések módszerét a functionalis kezelés váltotta fel (*Lucas-Championnière*); ezen eljárásnak is van azonban egy nagy hibája, az t. i., hogy nem nagyon törődik a törtrészek pathologiai helyzetével. A ma ismeretes legtökéletesebb, és legrövidebb idő alatt eredményt szolgáltató kezelési mód a nyujtásos eljárás. Csak ezen eljárás segítségével vált lehetségessé az, hogy a törtrészeket ismét eredeti, vagy legalább is megközelítően pontos bonczolástani helyzetükbe visszaállítsuk, és abban meg is tartsuk; csak ezen eljárás engedi meg azt, hogy az izületeket és izmokat a kezelés első napjától fogva működtessük a nélkül, hogy a helyreállított rendes anatomiai helyzet ismét megzavartatnék. Az eljárás tehát a törések kezelésének két fundamentalis követelményének — a rendes bonczolástani viszonyok helyreállítása, és a végtag működésképességének megtartása — teljesen megfelel. Ezen kezelés monumentalis tanát nagymestere: *Bardenheuer* oly pontossággal dolgozta ki, hogy rajta elvi szempontból változtatni nem lehet. A módosítások, melyek inkább csak részletkérdésekre vonatkozhatnak, csakis a gyakorlat számára egyszerűbb fogások értékével birnak. Ilyen egyszerűsítést vagyok bátor én is a kettős nyujtókacs alkalmazásának megösmertetésével a t. kartársak figyelmébe ajánlani.

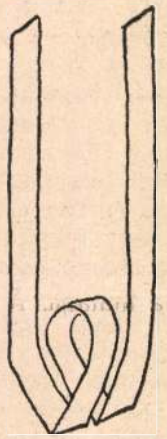
A felkarcsont alsó izületi vége és bütyökfeletti töréseinek kezelésében a rossz eredményeknek egyik oka kétségkívül abban a körülményben rejlik, hogy a felkarcsont hossztengelye irányában az eddigi nyujtási eljárással nem tudunk elég erőteljes húzást gyakorolni. Egy másik hibája a hiányos sikernek pedig abban volt megtalálható, hogy a distalis törtrészre nem volt módunk közvetlen befolyást gyakorolni. A felkarcsont aránylag rövid volta, alsó részének lefelé elvékonyodó alakja és erős izomzata nem engedte meg azt, hogy a nyujtókacs engedése nélkül elegendő súlyt rakjunk reá. Hogy ezen elengedhetlenül szükséges hosszirányú húzás mégis létrejöjjön, az alkarra kellett új húzásokat alkalmazni. Ily módon csakugyan sikerült is a kivánt czélt elérni egy az alkarra helyezett, a felkar hossztengelye irányában ható húzás alkalmazásával; csakhogy ezáltal az alkar helyzetéből kiemeltetik, miért is új ellenhúzás beállítása, vagy a mi vele egyenértékű, az alkar hosszirányú húzásának erősebb megterheltetése válik szükségessé. Mindezáltal az eljárás lényegesen komplikáltabbá vált. De ezen húzásokkal a felkart nyujtó erő is nem kivánt módon szenvedett változást. Ugyanis az erő hatása a distalis törtrészre emeltyűszerűvé vált; ennek pedig sokszor czélunknak nem megfelelő befolyása van a distalis törtrész helyzetére, a mint az legszembetünőbb módon a hajlításos bütyökfeletti törésen látszik. Könnyen érthető, hogy ezen húzás a felkar rögzítése mellett — de a nélkül is — a hajlítás értelmében hat a distalis törtrészre; az említett törési alakon ezen tört rész azonban már amúgy is pathologiai hajlított helyzetben van a felkarhoz viszonyítva (vele előre tekintő szöget alkot). Ha tehát ezen húzást alkalmazzuk, a két csont között fennálló rendellenes viszony csak még jobban fokozódik. Ugyanezen hatása van az alkar behajlításának is, mely az említett húzások alkalmazása mel-

* Előadás az Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztályának 1912 márczius 2.-án tartott ülésén.

lett mindig szükségessé válik. A distalis törtrész pontos helyreterelése az e törési forma kezelésére inaugurált azon eljárással sem sikerül, melylyel az egész felső végtagot egyenesen kinyujtjuk, mert a letört felkarrész követi az alkart és elemelődik a proximalis törtrésztől. A reá alkalmazott közvetlen húzásoknak pedig — később említendő okokból — nincsen meg a kivánt hatása.

E körülmények fontolóra vétele meggyőzött arról, hogy az eddigiekben nem birunk sem olyan eljárást, mely a distalis törtrész közvetlen erőteljes nyujtását, sem olyant, mely annak más irányú helyzetváltoztatását egyenes közvetlen módon végezné. A felbontott húzások mellett ez azért is nehéz, mert a distalis törtrész kicsinysége és elhelyezése nem engedi meg, hogy arra hatásos húzásokat közvetlen módon helyezhessünk el (erre talán csak a szegextensio volna képes). Helyzetében változást csakis az alkarra és felkarra alkalmazott húzásoknak egymásra hatásával tudunk elérni, ez azonban körülményes húzások beállítását és a súlyoknak pontos elosztását teszi szükségessé.

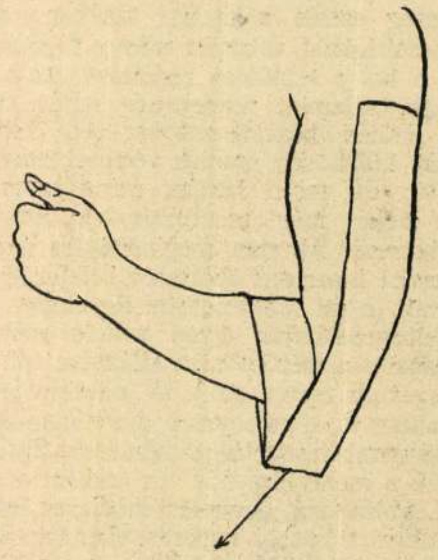
A helyzetnek e két körülményben rejlő nehézségeit szem előtt tartva, a hatóerőnek oly formában való alkalmazására törekedtem, mely mellett a distalis törtrészt egyrészt erélyesen nyujtani, másrészt pedig rendellenes állásából bármilyen más helyzetbe kimozdítani, hozni lehessen. E kettős czélnak az 1. sz. ábrán vázlatosan rajzolt kettős nyujtókacs látszik teljesen kielégítő módon megfelelni.



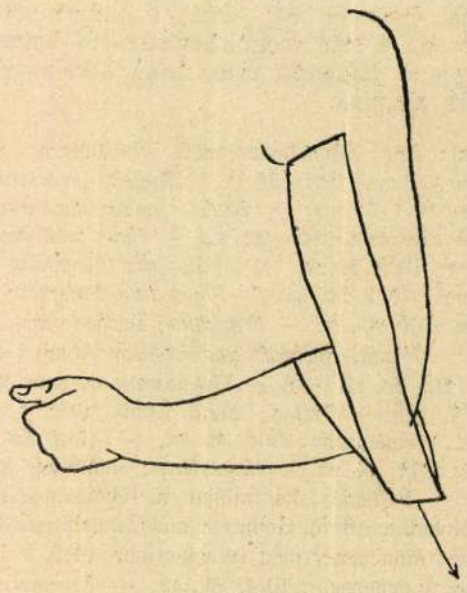
1. ábra. A kettős kacs vázlatosan rajzolva.

A kacs feltevése a következőképpen történik. A flanellpólya hosszának kiszabása után — ez a váll-könyöktávolság háromszorosának felel meg — a felkart és könyököt a szokásos módon terpentines alkohololdattal bepermetezzük. Miközben segédünk a pólya egyik végét a vállhoz rögzíti, legördítjük azt — a kar külső oldalán — a könyökig, ezt, három ujjnyi kacsot hagyva, megkerüljük és az alkarnak könyökhajlati részére átvezetjük; majd új kacsot készítünk, mely az előbbenit keresztezi, végül a pólya végét egészen a hónaljig hosszant a felkar belső oldalára fektetjük. A pólya két szárát mullpólya segítségével a felkarhoz erősítjük. A húzást zsineg közvetíti, mely pálczika segítségével van a kacsba erősítve.

Az így alkalmazott kacs meghúzása által könnyen meggyőződünk arról, hogy nyujtóereje mennyivel nagyobb az egyszerű kacsénál. De az erő elosztása a tört felkar egyes részeire is más, mint amazon; míg az egyszerű kacs hatása a felkar alsó részére — tehát éppen a distalis törtrészre, mely a a legerőteljesebb nyujtást követeli — alig érvényesül, addig a kettős kacs éppen ezen a részen fejti ki azt legintensivebben. Magyarázatát e hatása abban leli, hogy egyrészt szorosan odafekszik a felkar alsó végére, másrészt, hogy az alkart közvetlen a könyökhajlatban fogja meg, miáltal a distalis törtrészt mintegy közvetlenül emeli is. Az erő iránya, mivel úgy a fel-, mint az alkart nyujtó része a kacsnak közvetlenül egymás mellett van elhelyezve, az összetevők eredőjének irányával esik egybe, ez pedig kevés különbséggel azonos a felkar hossztengelyével. A húzóerő tehát a felkarra hosszirányú, nem emeltyűszerű; ezért a distalis törtrész nyujtása is egyenes irányú. A kettős kacscsal azonban nemcsak ezt az egyenes nyujtást tudjuk végezni, hanem a distalis törtrésznek bármely más irányú helyzetváltoztatását is, melyek közül kellő nyujtás mellett úgyszólván csak az előre vagy hátrafelé való helyezése jő szóba. Nem kielégítő nyujtás mellett a distalis törtrész oldalkihelyeződéseinek megszüntetése néha igen nagy nehézségekbe ütközik. A törtrész előbbre vagy hátrább vitelét kétféle módon érjük el: egyrészt az erő irányának megváltoztatásával, másrészt a kettős kacs szárainak különleges feltevése által. A húzóerő irányának megszabása útján azáltal, hogy a zsineget tartó csigát a felkar elé erősítjük, ha a törtrészt előre, és mögéje helyezzük el, ha azt hátrafelé vinni akarjuk. A pólya szárainak elhelyezésével pedig a 2. és 3. ábrán feltüntetett módon tudunk



2. ábra. Előre irányított húzás.



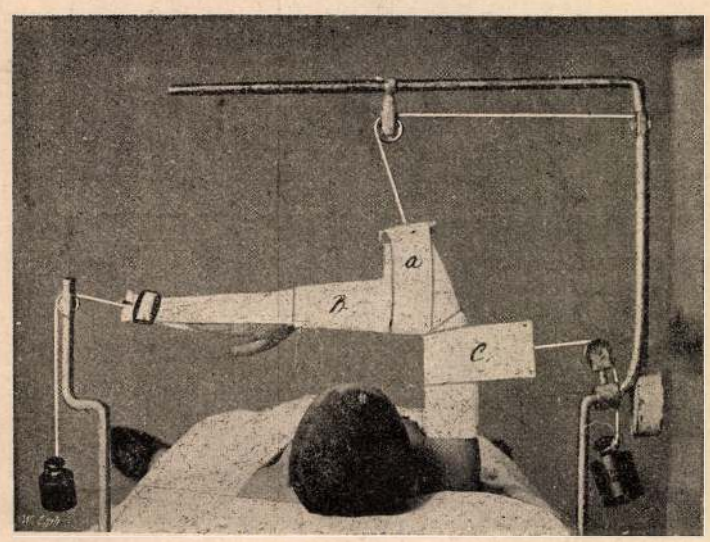
3. ábra. Hátrafelé irányított húzás.

a distalis törtrész helyváltoztaására befolyást gyakorolni. A mint az ábrák mutatják, a pólya szárai az előrehúzáskor a felkar hátulsó felületére, a hátrahúzáskor annak elülső felületére vannak erősítve.

Az erőnek ilyen módon való alkalmazása mellett azonban úgy a felkar, mint az alkar is helyváltozást szenved; ezeknek helybenmaradására úgynevezett rögzítő húzások szükségeltetnek: hosszirányú húzás az alkarra és haránt irányú húzás a felkar proximalis törtrészére. Mivel ezeknek feladata csakis az említett karrészeknek rögzítésében áll, csak annyi megterhelést követelnek, a mennyi azoknak helyzetben maradásához szükséges.

Már most ismerve egyrészt a kettős kacs hatásának módját, másrészt a rögzítő húzások szerepét, a bütyök feletti törések két fajtáját tekintve, a húzások alkalmazása a következő lesz:

Feszítéses törés esetében a distalis törtrész a proximalis törtvég mögé került, a két törtrész egymással hátrafelé nyíló szöget alkot és túlzott extensiós állásban van, a mellett mindig bizonyos fokú oldaleltérés is áll fenn. Törekvésünk az lesz, hogy a distalis törtrészt először nyujtsuk, emeljük, azután pedig haránttengelye körül kissé előre forgatva, a proximalis törtrész tengelyállásába hozzuk. E czélból elsősorban a felkart hátrafelé, az alkart pedig hosszirányú húzással előre kell rögzítenünk. A distalis törtrész helyzetváltozását eszközli a kettős nyujtókacs, melyet a 2. ábrán jelzett módon alkalmazunk és melynek csigáját a felkar elé erősítjük. Az alkart a felkarhoz képest derék- vagy kissé hegyes-szögű állásban helyezzük el.



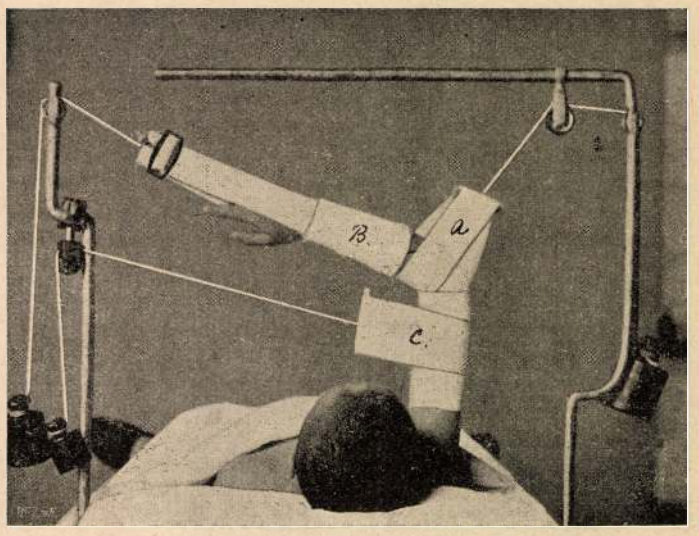
4. ábra. A feszítéses törés kezelése.

A mint már említettük, az oldaleltérés kellő erős nyujtáskor magától igazodik ki. Az így alkalmazott húzások erőteljes volta és iránya teljesen biztosítja a törtrészek helybenmaradását.

Az egyes zsinegek megterhelése a kor szerint változik; gyermekeken a kettős kacsra 1—$1^1/_2$—2 kg.-ot akaszthatunk; az alkar hosszirányú húzását $^1/_2$—$^3/_4$ kg. végzi, a felkar hátrafelé húzásához pedig 1—$1^1/_2$ kg. szükségeltetik. Ez utolsónak mindig valamivel nagyobbnak kell lennie, mint az alkar húzásának, mert a kettős kacs zsinegének előbbrevitele által a felkar is helyváltozást szenved előre; a súlytöbblet azonban mindig csak annyi, a mennyi a felkar helybenmaradásához szükséges. Felnőtteken a megadott súlyoknak kétszerese, sőt háromszorosa is alkalmazandó, különösen vonatkozik ez a kettős kacs megterhelésére, mely az ilyen erős megterhelést is jól elbirja.

Hajlításos törési alak esetében a törtrészeknek egymáshoz való helyzete más; itt a distalis törtrész a proximalis előtt fekszik, azzal előre nyíló szöget alkot, tehát hozzá képest hajlításos viszonyban van. Törekvésünk itt is elsősorban arra fog irányulni, hogy a distalis törtrészt elemeljük, vagyis tengelyirányban nyujtsuk, majd hátrafelé forgatva, eredeti helyére, vagyis hátra vigyük.

A húzások alkalmazása ezek szerint a következő lesz: az alkart, mint az előbbi esetben is, hosszhúzással előrefelé rögzítjük; a kettős kacscsal a distalis törtrészt egyrészt elemeljük, másrészt csigájának hátravitele által hátrafelé viszszük (iránya tehát éppen ellenkezője annak, mint feszítéses törés esetében); a kettős kacs szárait a 3. ábrán feltüntetett módon helyezzük el. Mivel azonban e húzás a felkart is hátrafelé húzná, szükségessé válik annak rögzítése az 5. ábrán feltüntetett C-húzás által. Az alkarnak a felkarhoz való helyzete is másképpen választandó meg e törés kezelésekor; az alkarnak, mivel a mondottak szerint annak behajlítása a distalis törtrész rossz állását csak még jobban fokozza, inkább derékszögnél nagyobb szögállásban kell elhelyezkednie a felkarhoz viszonyítva.

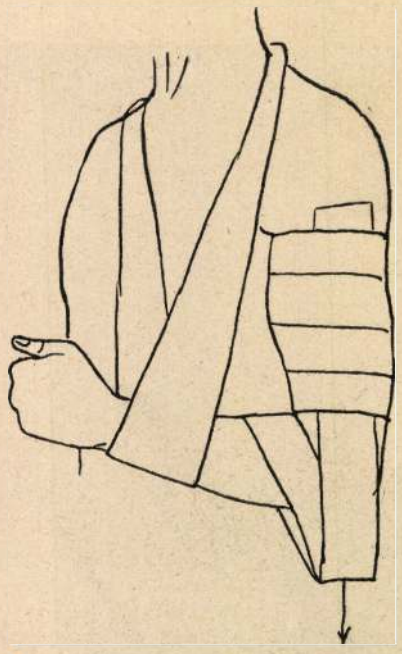


5. ábra. A hajlításos törés kezelése.

A húzások alkalmazását természetesen megelőzi a törtrészek pontos repositiója altatásban.

Felnőtteken, mivel azok a karnak nyugalomban tartására több gondot tudnak fordítani, a kezelést vánkosokra elhelyezett karon végezzük.

Nagyon czélszerűnek bizonyult a kettős nyujtókacs alkalmazása a felkarcsont-diaphysis töréseinek azon alakjaiban is, melyek a törtrészek kisfokú dislocatiója miatt járóbetegkezelésre alkalmasak. Hogy ilyen esetekben miként alkalmazzuk a kacsot, azt a 6. ábra mutatja. A nyujtást 2—3 kgr.-os

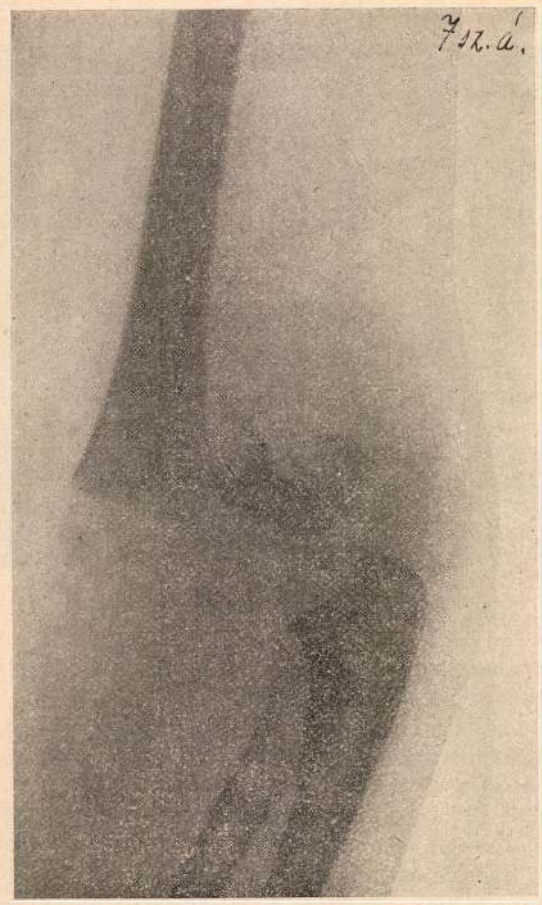


6. ábra. A felkarcsont törésének kezelése járó betegen.

súly gyakorolja. A felkarnak nyugalomban maradását biztosítja két, annak külső és belső oldalán alkalmazott gipszsín. Éjszakára vagy fekvő helyzetben a húzást az ágy lábvége felé vezetett zsinegre alkalmazott súly végzi.

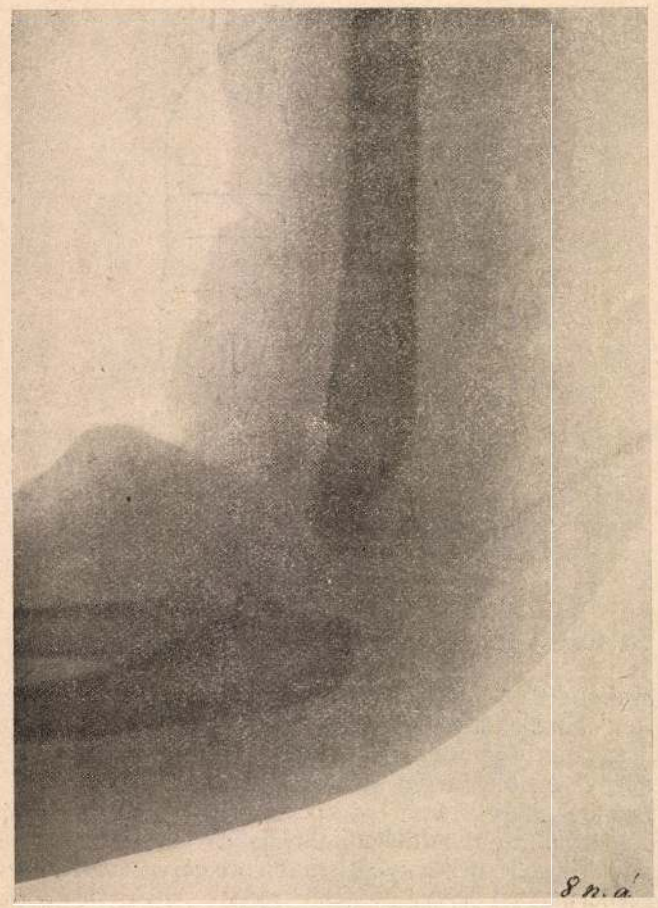
Szándékunkban van adott esetben a kettős nyujtókacsot a czombcsont térdfeletti töréseinek kezelésére is megkísérelni. A kezelésnek lényeges momentumai lesznek a czomb elhelyezése magas lejtőn és a lábszárnak derékszögű behajlítása térdben.

Statisztikai adatokkal az így kezelt esetek kis száma miatt még nem rendelkezünk (hajlításos törést, melynek elvét leírtam, nem is volt még alkalmam kezelni). Ilyen módon kezelt feszítéses törés röntgenogrammját a 7. és 8. ábra mutatja. Utóbbin az anatomiai viszonyoknak eszményi helyreállása látszik.

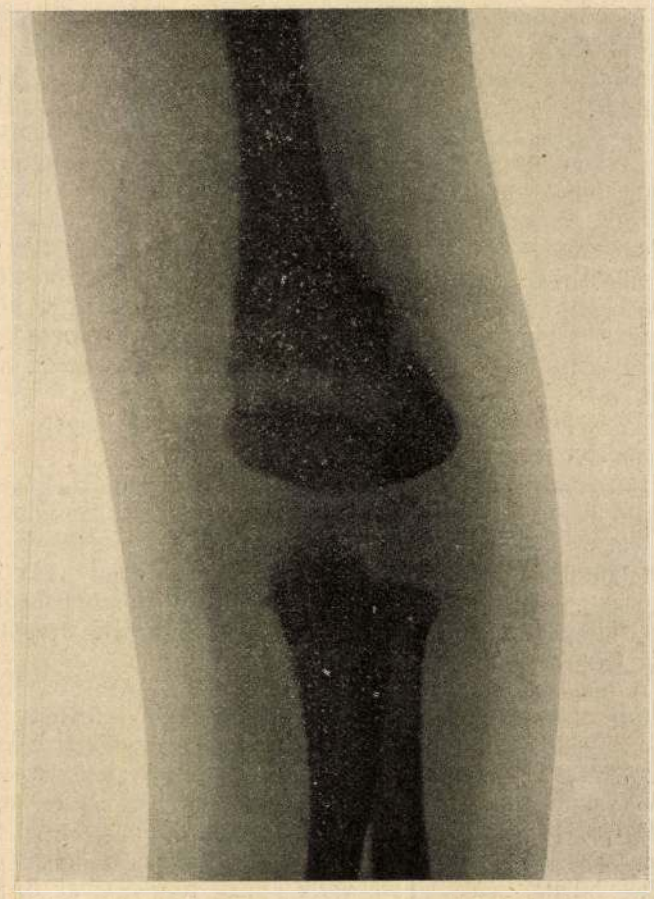


7. ábra. Kezelés előtt.

9. ábra.



8. ábra. Kezelés után.



10. ábra.

Különösen tanulságos a 10. ábra, mely a distalis törtrésznek a 9. ábrán észlelhető — kezelés előtti — oldaleltérés pontos kiigazítását mutatja. Míg amott radialfelé eltolva látjuk a csontdarabot, addig az utóbbi képen ismét pontos bonczolástani helyén, a felkar hossztengelyében találjuk azt meg. A mint tudjuk, ezen eltérés helyreigazítása alkotta az eddigi kezelésnek legnehezebben teljesíthető részét és követelte nagy ellenőrzés és a végtag egyes részeinek változó elhelyezése mellett a legszövődményesebb mellékhúzások alkalmazását. Pedig az eltüntetése a kezelés egyik legfontosabb feladata, mert ezen csontrész helyzetétől függ a könyök későbbi sorsa: cubitus varus vagy valgus. A mint ábránkból látható, a kettős nyujtókacs megszüntette az oldaleltérést minden egyéb segédhúzás nélkül (hogy erre miért alkalmas, azt az előbbeniekben már kifejtettem).

Nem annyira ezen eredmény hatása alatt, mint inkább a kettős kacs alkalmazásának egyszerűsége és könnyen kivilágló czélszerűsége miatt bátorkodtam a vele való bánást ismertetni és azt a *Bardenheuer*-féle nyujtókezelés hiveinek figyelmébe ajánlani.

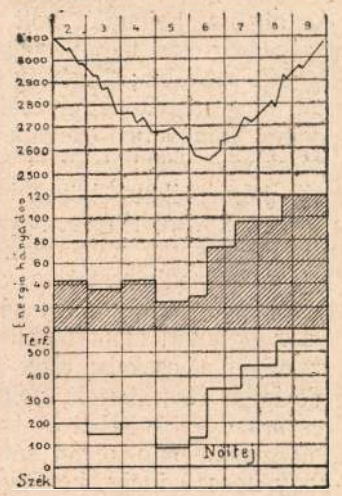
Közlemény a székesfővárosi Szt. Margit-közkórházból.

A csecsemőkori inanitióról.

Irta: ***Bauer Lajos*** dr., gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

(Folytatás.)

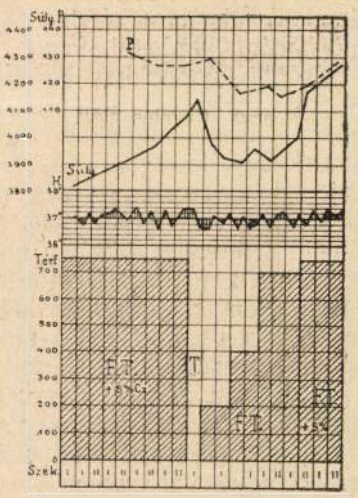
II. eset. W. A. 2 hónapos csecsemőt mérsékelt menynyiségű tejet elválasztó anyja táplálta négy héten keresztül, mely időben naponta átlag 150—200 gr. tejet szopott, tehát szükségletének mintegy felét, e mellett bőven kapott a csecsemő teát. A második hónapban a csecsemő még gyengébben secernáló emlőkre tétetett, a mely időben a napi tejtápláléka 80—100 gr. között ingadozott; ezen idő alatt bőségesen kapott teát. (II. táblázat.) Ilyen táplálék mellett maradt két héten át. Ezen időben, bár a naponta felvett táplálékmennyiség alig tett ki kgr.-onkint 20 caloriát, a kezdeti erősebb súlycsökkenés után a súlygörbe ellaposodik s csak mérsékelt leszállást mutat. A táplálékmennyiség kellő fokozásával a csecsemő súlya is aránylagosan növekedett s nehány hét alatt az eredeti súlyát érte el.



II. táblázat. Emlőn igen hiányosan táplált fiatal csecsemőn, bár az inanitio ideje alatt vízszükséglete teljesen fedezve volt, nagyfokú súlycsökkenés mutatkozik, mely a táplálékmennyiség kellő fokozására igen gyorsan reparálódik.

Hihetetlen gyorsan reparálódik a különben egészséges csecsemő, ha ismét kellő mennyiségű táplálékhoz jut s ha az inanitio ideje alatt nem vonjuk el tőle még azon csekély mennyiségű táplálékot is, a melyre feltétlenül szüksége van, vagyis, ha assimilálóképességét az inanitio idejében táplálék- és vízelvonással nem gyengítjük. S e tekintetben megerősíthetem *Rosenstern* azon állítását, hogy az egészséges csecsemőnek hetekig tartó hiányos táplálása után is, feltéve, hogy az inanitio idejében a táplálékhiány nem volt túlnagy, legalább a csecsemő szükségletének $^1/_3$-át fedezte s ha a csecsemő kellő vízszükségletéről gondoskodtunk, a hiányos táplálás csak sok idő mulva vezet súlyosabb jelenségekhez. Komoly azonban a prognosis, ha a csecsemő súlyából 25%-nál többet veszített. Sőt, a mint a fentebb közölt I. esetem tanusítja, már 25% testsúlyveszteség végzetes lehet a csecsemőre, ha a csecsemő vízszükséglete a hiányos táplálás alatt nem fedeztetik kellőleg s ha a nagymérvű súlycsökkenés hirtelen következik be pl. egy közbeiktatott éheztetési nappal, mert ezáltal az előzetesen anyagcseréjében már erősen megzavart szervezet assimiláló ereje annyira csökken, hogy képtelenné válik a reparálódásra.

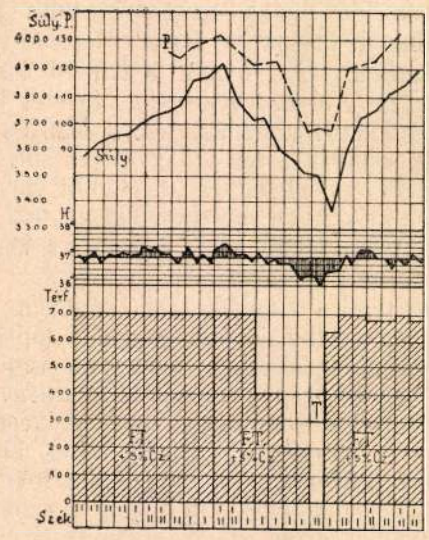
Hogy a rendes táplálkozási erejében már némileg meggyengített csecsemő jobban reagál a táplálék-elvonásra, mint ha teljesen egészséges állapotban vetjük alá a táplálék-elvonásnak, azt szépen mutatja ki *Rosenstern*. Ha ugyanis egy egészséges, akár emlőn, akár mesterségesen táplált, néhány hónapos csecsemőt egy napig tartó kizárólagos teadiaetára fogunk s az utána való napokban fokozatosan emelkedünk a táplálékadagokkal addig, míg a szükséglet teljesen fedezve van, vagyis azon eljárást követjük, a melyet valamely acut táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőn therapeutice szoktunk alkalmazni, akkor a súlygörbe az éheztetés napján erősen süllyedni kezd, de már a 2., 3. napon ellaposodik, horizontalis irányt vesz s ha a szükséglet teljesen fedeztetik, ismét kezd emelkedni. Egészséges csecsemőn ezen táplálék-elvonás után, a melyet nyomban követ a tápláléknak fokozatos adagolása s melyet *Rosenstern*, *Chossat* nyomán, *inanition avec alimentation croissante*-nak nevez, a súlycsökkenés a csecsemő súlyának 7%-ánál többet nem tehet ki. (III. táblázat.)



III. táblázat. Alimentation croissante (*Rosenstern* után). Fehérjés tej + 5% czukortáplálaskor egy közbeiktatott teanapra 250 gr. súlycsökkenés, ugyanezen táplálék fokozatosan emelkedő adagjaira a testsúly gyors pótlódása.

Az alimentation croissante-nal ellenkező hatást látunk egy másik táplálási módnál, az *alimentation decroissante*-nál. Ha ugyanis egészséges csecsemő táplálékának mennyiségét néhány napon keresztül successive lejebb szállítjuk, pl. 800 gr.-ról 600 gr.-ra, két nap mulva 400 gr.-ra, ismét két nap mulva 200 gr.-ra s két nap elteltével 24 órára teljesen elvonjuk a táplálékot, csupán teát adagolunk, akkor nemcsak minden egyes táplálék-reductio esetén fogunk tapasztalni súlycsökkenést, mely betetőzését a táplálék elvonásakor éri el, s a mely csökkenés rendszerint 500—600 gr.-ot teszi ki, hanem a verőérlökések számának a megkevesbedését, valamint intensiv hőmérsék-süllyedést is észlelhetünk. (IV. táblázat.) Mig tehát az alimentation croissante mellett csak csekély átmeneti súlycsökkenés mutatkozik, az alimentation decroissante már súlyos általános tünetekkel járó intensiv súlycsökkenést idéz elő. A teljes táplálkozási erővel biró csecsemő tehát sokkal kevésbé reagál a táplálék elvonására, mint a táplálkozási erejében már előzetesen meggyengített. Ezen tapasztalat a táplálkozási bánta-

lom mellett keletkezett inanitio therapiájában hasznosan értékesíthető.



IV. táblázat. Alimentation decroissante (Rosenstern után). Fehérjés tej + 5% czukortáplálék fokozatos csökkentése után egy bekapcsolt teanapra nagyfokú, 550 gr. súlycsökkenés, ritka verőérlökés, hypothermia.

Fejlődésükben, illetve *súlyukban visszamaradt egészséges csecsemők* táplálásakor hibát követhetünk el s így a hiányos táplálást állandósíthatjuk azáltal, hogy a szükségelt caloriák mennyiségét a csecsemő súlya szerint irányítjuk, a helyett, hogy azon súlyt vennők tekintetbe, mely a csecsemő korának megfelel. A súlyban való visszamaradás úgy mesterségesen, mint emlőn táplált csecsemőkön előfordulhat, akár valamely előző bántalom okozta a súlyhiányt, akár pedig az, hogy a csecsemő már kezdettől fogva hiányosan táplláltatott, esetleg a későbbi hónapokban követtetett el ezen hiba vagy a tejelválasztás erős megesappanása, illetve erősen higított tejkeverékek, avagy normális higítású tej mellett talán a quantumnak nem kielégítő volta folytán. Ezen táplálási módok mellett a csecsemő még mindig bekebelez annyi táplálékot, a mely által a fentartási szükséglete fedeztetik (a physiologiai szükséglet azonban nem), ezért az inanitio tünetei, legalább kezdetben, szembeötlő módon nem is mutatkoznak. De ha ezen táplálási mód heteken vagy hónapokon át tart, mivel a csecsemő táplálék-szükségletének növekedésével annak mennyisége nem tartott lépést, következménye lesz a gyarapodás állandó hiányossága s ekkor már a *csecsemő súlya és kora között lényeges aránytalanságot fogunk találni.* Vagyis a csecsemő által bekebelezett táplálék mennyisége megfelel ugyan a csecsemő súlyának, de nem felel meg azon szükségletnek, mely a csecsemőt kora szerint megilletné. A különbség, mely a csecsemő tényleges táplálék-szükséglete s annak mennyisége között ily módon mutatkozik, annál nagyobb, minél nagyobb a csecsemő súlya és kora közötti eltérés, miután a súlyban visszamaradt különben egészséges csecsemők nemcsak a normalis 100 caloria táplálék-mennyiséget igénylik kgr.-onkint, hanem annál jóval többet, 110—120 caloriát, esetleg még többet, midaddig, míg a hiányzó súly pótlódik. Ebből folyólag helytelen s inanitióra vezető, illetve azt állandósító eljárás az, ha a súlyában visszamaradt, különben egészséges csecsemő táplálékszükségletét annak *súlya után* számítjuk, mert ilyen esetekben a csecsemő *kora* jön tekintetbe, azaz, hogy *milyen súlylyal kellene bírnia a csecsemőnek s ezen súly után kell számítanunk a szükségelt caloriák mennyiségét.*

Más elbírálás alá esik s másféle következményeket vonhat maga után a táplálékelvonás, illetve a hiányos táplálás *beteg csecsemőkön.* Természetes, hogy az előző bántalom folytán normalis erejéből már veszített szervezet az éheztetésre vagy hiányos táplálásra sokkal súlyosabban fog reagálni, mint ép tolerantiával biró szervezet és az olyan fokú táplálékelvonás, melyet egy hasonló korú, de egészséges csecsemő minden veszély nélkül elvisel, különösen táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőn, esetleg már alig reparálható következményeket vonhat maga után.

Acut, lázas megbetegedésekben már az ilyenkor könnyen fejlődhető táplálkozási zavarok miatt is redukálnunk kell a táplálékmennyiséget. Legalább a szükséglet $^1/_3$-ára azonban okvetlen szüksége van a szervezetnek, különösen hosszasabban tartó megbetegedések mellett, ha el akarjuk kerülni az inanitiót. Lázak mellett, ha kielégítő mennyiségű táplálék felvétele akadályokba ütköznék, a szükséges vízmennyiségről okvetlen gondoskodnunk kell.

A táplálkozási zavarok egyes phasisai táplálék-reductióra, illetve éheztetésre különböző módon reagálnak. Tej által okozott *egyensúlyzavar esetén* a táplálékmennyiség redukálására a csecsemő állapota javul, a súlygörbe emelkedik, a subfebrilis hőmenet a normalishoz közeledik, míg a tápláléknak egy napig tartó elvonására a súlygörbe rendkívül leszáll s az általános közérzet rosszabbodik; míg a *szénhydrátok által okozott egyensúlyzavar esetén*, a mely tulajdonképpen nem egyéb, mint qualitativ incomplet inanitio, a táplálék redukálására a súlygörbe mérsékelt leszállást mutat; a tápláléknak egy napig tartó elvonására a súlygörbe mereven esik lefelé, a súlyveszteség esetleg több száz grammot kitehet, a közérzet rosszabbodik s hetek telnek el, míg a testsúly az eredeti nagyságát ismét visszanyeri.

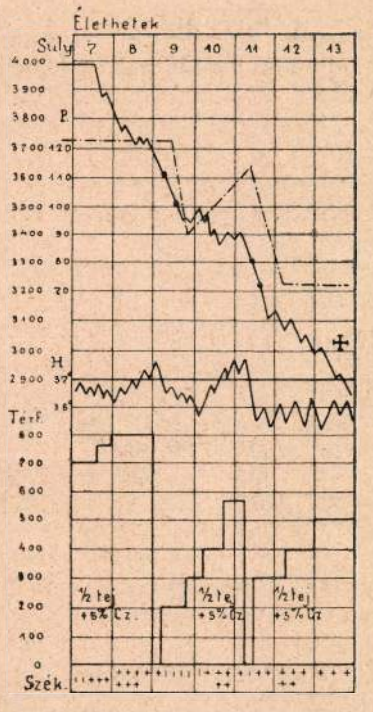
Dyspepsiában vagy a dyspepsia átmeneti alakjában intoxicatióhoz, különösen pedig az *intoxicatio alimentarisban* a rövidebb-hosszabb ideig tartó táplálékelvonás, ha a csecsemő vízszükségletéről különben gondoskodunk, az általános közérzet javulásához hatalmasan hozzájárul, de a súlygörbe további sülyedését is rendszerint meggátolja, illetve mérsékli; vagyis ezen esetekben az éheztetés a betegre üdvös hatású.

Ellenkező a hatás *decompositio esetén.* Ezen bántalomban ugyanis az előző súlyos tolerantiacsökkenés miatt nemcsak zsír- és czukoréhes a szervezet, hanem sókban is rendkívül elszegényedett: a bekebelezett csekély tápanyagra, a melyet a szervezet még feldolgozni és értékesíteni tud, okvetlen szüksége van, hogy az úgyis erősen megzavart anyagcsere ne mondjon csődöt; ha tehát ilyen körülmények között elvonjuk a szervezettől a táplálékot, ezzel esetleg megadjuk a végső lökést a szervezet összeomlásához, még pedig annál bizonyosabban, minél tovább tart az éheztetés. Súlyos decompositio eseteiben már 6—10 órás éheztetés után is a hőmérsék, mely eddig is hajlandó volt a subnormalis hőmenetet követni, határozottan hypothermiás lesz, az érlökés retardáltsága még kifejezettebb; 24 óráig tartó éheztetés után ezen tünetek mellé még nagyfokú súlycsökkenés is társul.

A decompositio könnyebb eseteiben ezen tünetek a táplálás újrakezdésekor mérséklődnek, a mennyiben a hypothermia a normalis hőmérsékhez közeledik, bár a normalis hőmenetet nem éri el, a verőérlökések száma emelkedik, a súlygörbe esése is ellaposodik s a szervezet lassan-lassan kiheverheti a szenvedett insultust. Súlyos decompositio mellett egy napig tartó táplálékelvonás után a súlyveszteség hihetetlenül nagy lehet s vagy feltartóztathatlanul sülyed lefelé annak jeléül, hogy a szervezet a csekély vizet és sókat, melyeket eddig nagy fáradtsággal visszatartott, nem tudja többé visszatartani és a csecsemő vagy kollabál s csakhamar elpusztul, vagy pedig az éheztetési nap olyan súlyos rombolást okoz szervezetében, hogy hosszú ideig, hetekig, esetleg hónapokig tartó sínylődés következik utána, melyből a szervezet csak igen lassan reconstruálódik, vagy a mi még gyakoribb, lassan tönkre megy. Vagyis a *táplálékelvonás által kiváltott reactio egyenes arányban fokozódik a decompositio súlyosságával. A decompositióban levő csecsemőt tehát semmi körülmények között sem szabad még rövid ideig sem éheztetni.* Ezen szabálynak be nem tartása gyakran helyrehozhatlan következményekkel jár s műhibának tekintendő.

Következményeiben a *legsúlyosabb állapotot* okozza, ha a decompositióban levő csecsemőt rövid időközökben *ismételten éheztetjük.* A fentebbi fejtegetésekből kiviláglik az éheztetésnek romboló hatása a decompositióban levő csecsemő szervezetére; fokozottan jelentkezik eme hatás az újólagos

éheztetésre s már elsőfokú decompositio mellett is rendszerint végzetes lefolyású. (V. táblázat.)



V. táblázat. Decompositio mellett, rövid időközökben, két ízben alkalmazott éheztetésre ritka pulsus, hypothermia s óriási súlycsökkenés jelentkezik, mely állapotból a csecsemő reparálódni nem tudott.

Nem annyira vehemens, de végeredményében hasonló következményekkel járhat, ha a decompositióban levő csecsemőt *hiányosan tápláljuk*. Könnyen érthető, hogy ha egy már úgyis súlyos anyagcserezavarban levő csecsemőt a fentartási szükségleten mélyen alól táplálunk, vagyis a szervezetre olyan fontos tápanyagokat, mint szénhydrátot, fehérjét és sókat nem adunk olyan mennyiségben, a milyenre a szervezetnek a fentartására, illetve gyarapodására okvetlen szüksége van, ezzel a szervezet tolerantiáját nem fokozzuk, ellenkezőleg csökkentjük táplálóanyagokkal szemben s kifejlődik azon állapot, melyet nem a decompositio, hanem mi okoztunk művileg, kifejlődik egy inanitiós állapot, a melyet *Schlossmann* igen találóan „atrophia e medico“ epithetonnal jelölt meg. S minél hosszabban folytatjuk a csecsemő hiányos táplálását, annál kevesebb tápanyagot bír áthasonítani, végre beáll a teljes „táplálhatlanság“ stadiuma, mivel a tolerantia annyira csökkent, hogy a szervezet minimalis tápanyagot sem tud feldolgozni.

Infectiók, valamint *infectiókra rakodott secundaer táplálkozási zavarok esetén* különösen ki van téve a csecsemő az inanitio veszélyének akkor, ha a lázakat a táplálékelvonással vagy a táplálék erős korlátozásával igyekszünk coupirozni. Pedig tudjuk, hogy a táplálékelvonásnak csupán az *alimentaris eredetű lázakra van szüntető hatása, az infectiókból eredő lázakkal szemben hatástalan*. Ha tehát valamely infectio mellett még secundaer táplálkozási zavarok is jelentkeztek, és ez gyakori jelenség, az ezek által okozott lázakat a táplálléknak 8—12 órai elvonásával már úgyis szüntettük, a további táplálékelvonás czéltalan, mert ezzel nemcsak a további lázakra nem gyakorolhatunk befolyást, hanem ellenkezőleg a művileg előidézett inanitóval a csecsemő ellenálló erejét csökkentjük s ezzel az alapbántalmat, valamint a csecsemő állapotát csak súlyosbítjuk. Különösen jelentős ezen körülmény debilis, gyengébben fejlett, vagy már előzetesen táplálkozási zavarban szenvedett csecsemőn, mely állapotban a táplálékelvonás vagy a hosszasabban tartó hiányos táplálás katastrophalis következményekkel járhat.

Végre *a harmadik alkalom*, a mikor az inanitio veszélye leginkább fenyegetheti a csecsemőt, a valamely heveny táplálkozási zavar lezajlása utáni időszak, *az úgynevezett stadium reparationis*. Ilyenkor kétféle módon eshetünk azon hibába, hogy a csecsemőn inanitiót idézünk elő. És pedig vagy úgy, hogy a teadiaeta után az acut tünetek lezajlásával, félve a túltáplálástól s az ennek folytán keletkezett recidivától, a csecsemő táplálékát hosszabb időn, esetleg heteken keresztül a *szükségesen túl redukáljuk*, a mely eljárásunkra gyakran szolgáltat okot azon körülmény, hogy a székletétek, bár az összes többi tünet javult, dyspepsiás jellegüket nem veszítették el, vagy pedig úgy, hogy a méregtelenítés után a táplálás újrakezdésekor gyorsan óhajtván a csecsemő elvesztett súlyát pótolni, *túlnagy dosisokban haladunk előre* a táplálékmennyiség meghatározásakor annyira, hogy a táplálékanyagok túllépik a csecsemő úgyis csökkent tolerantiájának határát: recidivát idézünk elő, mely súlyosság és makacsság tekintetében rendszerint felülmulja a primaer táplálkozási zavart.

Az első esetben az inanitiót a táplálék óvatos fokozásával rendszerint eliminálhatjuk. Nehezebb körülmények közé jutunk a második esetben, mert ilyen helyzetben, mondjuk egy intoxicatiorecidiva esetén, nem marad más hátra, mint vagy ismét beiktatunk egy éheztetési napot, mely ilyen körülmények között mindig veszedelmeket rejt magában (*Finkelstein* hasonló körülmények között rendkívül súlyos, olykor collapsussal járó súlycsökkenést irt le, ilyeneket egyébiránt én is észleltem), vagy pedig a csecsemő táplálékát a fentartási szükségleten mélyen alul redukáljuk hosszabb időn át, addig mindenesetre, míg a protrahálódó méregtelenítés lassan megtörténik s míg a tápadagokkal fokozatosan felfelé mehetünk a szükségletig. Ezzel azonban kitettük a csecsemőt a súlyos táplálkozási zavarnál nem kevésbé veszedelmes ártalomnak, az inanitiónak, a melyből ilyen körülmények között csak igen nagy gonddal keresztülvitt táplálási rendszerrel remélhetünk menekülést.

Ezen állapot annál veszélyesebb, minél fiatalabb az ilyen módon inanitióba jutott csecsemő. A fiatal csecsemők ugyanis relative nagyobb caloriamennyiséget igényelnek, mint az idősebbek; a recidiva után nyujtható táplálék azonban, a melyet a csecsemő még assimilálni tud, olyan kevés caloriát tartalmaz, mely a legjobb körülmények között is távolról sem fedezi a szükségletet. A táplálék caloriatartalmának szénhydrattal való fokozása ilyen esetekben szintén alig vihető keresztül, mert nagyon könnyen keletkezik a bélben ismét erjedés, viszont azonban a szervezet hosszabb időn keresztül olyan fontos anyagokat, mint a milyenek a szénhydrátok és sók, az elpusztulás veszélye nélkül nem nélkülözhet. A szervezetnek pedig vízkötő anyagokra, tehát elsősorban szénhydratra, annyival inkább szüksége van, mert csupán evvel tudjuk a rohamos súlycsökkenést megakadályozni. Ezt elérhetjük vagy női tejjel, a melyben levő czukrot még ilyen körülmények között is assimilálni tudja a csecsemö, erjedést sem okoz a belekben s a szervezetnek szükséges vízvisszatartó hatása is megvan (bár kevésbé, mint a tehéntejnek, minthogy kevesebb sót tartalmaz); női tej hiányában igen czélszerű a fehérjés tej, melynek bő caseintartalma a bélben erős secretiót s alkális reactiót előidéző hatásánál fogva erjedést gátló módon hat, szénhydrat-tartalmát pedig különösen *Soxhlet*-féle tápczukorral óvatosan s emelkedő adagokkal fokozva, a szervezetnek szükséges vízvisszatartást is elősegíthetjük.

Tünetek. A symptomák sokfélesége miatt leghelyesebb, ha először az általános jelenségeket tárgyaljuk s azután térünk rá az egyes szervekben mutatkozó specialis tünetekre.

Az inanitióban levő csecsemő már a megtekintéskor is *kisebbnek*, fejlődésében visszamaradottnak, soványabbnak tűnik fel, mint korának megfelelne. Azon élénk végtagmozgásokat, a lábakkal való gyors rugdalózásokat, a kezeknek élénken mozgó játékát, melyeket egészséges csecsemő különösen a kipólyázás után véghez visz, hiába keressük inanitióban levő csecsemőn, vagyis elsősorban feltűnik az *agilitás hiánya;* e helyett inkább kerülni látszik a felesleges mozgást, a végtagok azon helyzetben maradnak a kipólyázás után is, a melyben azelőtt voltak. A nagy kutacska rendszerint besüppedt, a szemek körül kifejezettebb vagy mérsékeltebb gyűrű mutatkozik; az arczon gyakran számos, körömtől származó karmolásnak részben behegedt, részben friss nyomai mutatkoz-

nak. Ugy az arcz bőre, valamint az egész köztakaró abnormisan száraz, helyenként a végtagokon és törzsön korpádzás vagy hámlás látható, a sarkokon gyakran a nyugtalanság által feltételezett dörzsöléstől származó kivörösödés, esetleg kifekélyesedés mutatkozik. Jellegzetes a has alakja s a hasfalzat viselkedése. *A has* normalis táplálékfelvétel mellett mérsékeltebb vagy erősebb domborulatot, nyomásra mérsékelt ellenállást mutat; inanitio mellett, annak foka szerint *behúzódott*, sőt táplálékhiány mellett majdnem csónakszerűen behúzódott, e mellett tapintáskor a *hasfalak igen feszesek, alig benyomhatók* (ha valamely betegség miatt behúzódottak a hasfalak, akkor az izmok rendszerint petyhüdtek, könnyen benyomhatók), *annyira, hogy — és ezt igen jellegzetesnek tartom — a hasüreget áttapintani vagy a lépet és májat kitapintani*, mint azt normalis körülmények között könnyedséggel megtehetjük, *inanitióban levő csecsemőkön a hasfalak feszessége miatt általában nem lehet.* Az izmok feszessége egyébiránt is észlelhető inanitio mellett kisebb-nagyobb mértékben az összes izomzatban, az izmok valóságos hypertoniában vannak, még pedig annál kifejezettebben, mennél nagyobb mérvű az inanitio. Az ilyen izomzatú csecsemő emlékeztet a kizárólagos szénhydráttáplálás mellett keletkezett tiszta atrophiás alakra (melytől az anamnesissal különböztethetjük meg). A végtagok hosszasabban tartó inanitio mellett elvékonyodottak, majdnem merevek, nehezen behajlíthatók, a panniculus adiposus fiatal, néhány hetes csecsemőkön teljesen hiányzik. Ha pedig a hiányos táplálás nem az első hetektől datálódik, hanem néhány hónapos csecsemőn történt, akkor az elvesztett panniculus adiposus miatt a bőr könnyen redőkbe emelhető, illetve mély ránczok lelhetők különösen a czombok belfelületén.

A psychés viselkedésben is különbség mutatkozik az inanitióban levő csecsemőkön. A kisebbik rész nyugodtan viselkedik, alig vagy csak ritkán sír, leginkább nyugodtan fekszik, mintegy apathiásan tűri az éhséget, sőt a nyujtott emlőt vagy gummiszopókát sem veszi mohón, ellenkezőleg, meglehetősen közömbösen fogadja s a táplálékból sem fogyaszt annyit, a mennyi szükségletei kielégítésére elegendő lenne. Ha ezen állapot, vagyis a táplálék iránti csökkent vágyakozás hosszabb időn keresztül áll fenn, akkor ezen esetek prognosisa elég komoly. A hiányosan táplált csecsemők nagyobb része azonban kisebb-nagyobbfokú *nyugtalanságot* mutat. Már a tekintetük is bizonyos sajátszerű fürkésző kifejezést árul el, mintha állandóan táplálék után kutatnának. A nyujtott emlőt vagy üveget nagy mohósággal veszik, a szopás idejének tartama a normalison túl rendesen jóval kitolódik, azonban a táplálás után ismét erősen nyugtalankodnak, sírnak, vagy ha az emlők tartalmaztak annyi tejet, melylyel étvágyukat kissé csillapították, rövid időre megszűnik a nagy nyugtalanság, de már alig $^1/_2$—1 óra mulva ismét kezdődik hangos sírással. S minthogy újólag táplálékhoz nem jutnak, valamely általuk elérhető tárgyat, leginkább öklüket, illetve egy-egy ujjukat dugják szájukba s azt teljes erővel szopják, annyira, hogy táplálékhiányban szenvedő csecsemőkön gyakran találunk az erős szívástól felsebzett ujjat, esetleg paronychiát. Az ajkakkal illetve a szájjal való keresés táplálék után, az arczczal érintkezésbe jutott bármiféle tárgynak a gyors szájbavitele s annak mohó szopása egyik legállandóbb tünete a hiányos táplálásnak. Azért *Czerny*-nek azon nézete, mely szerint ezen művelet — minthogy csecsemőkön az ajkak, illetve a száj a tárgyak megkülönböztetésére szolgáló eszköz — nem egyéb, mint reflexmozgás, melyet tehát nem az éhség vált ki, hanem csupán tájékoztatásul szolgál, alig fogadható el. Igaz, hogy a csecsemő a szájával tájékozódik a külvilág tárgyai felől, azért visz minden elérhető tárgyat szájához. A két művelet között azonban különbség van. Ha ez csupán tájékozódás okából történik, akkor a tárgy szájhozvitele nyugodtan történik s a száj munkája ilyenkor nem annyira szopó-, mint rágómozgásokkal járó művelet, *mert voltaképpen az ínynyel s nem az ajkakkal történik a tárgyak felőli tájékozódás a csecsemőn*, de az a „keresés“, az a mohóság, melylyel minden a szájával vagy arczával érintkezésbe jutott tárgyat, legyen az az ápolónak az ujja, vagy a saját keze, esetleg kis ingecskéjének vagy párnájának valamely része, megragad s azt teljes erejéből, vágyóan szopja, mégis más képet mutat, mintha az csupán tájékozódás czéljából történik; *ezen tünet* a többi symptoma mellett határozottan az *éhezés*, illetve *a hiányos táplálkozás egyik értékes tünetének mondható.*

A nyugtalanság — eltekintve az aránylag nyugodtan viselkedő csecsemőtől — az inanitio foka szerint változik. Általában azt mondhatjuk, hogy a fentartási szükségletet legalább is megközelítő vagy azt valamivel túlhaladó táplálékmennyiség felvétele mellett sokkal kisebb a nyugtalanság, mint az ezen jóval alul levő, mondjuk kgr.-onként 20—30 caloria táplálékmennyiség mellett. S míg amazok a táplálás után legalább 1—1$^1/_2$ óráig nyugodtan viselkednek, ez utóbbiak úgyszólván állandóan nyugtalanok, sírnak, elégedetlenkednek, közvetlen a táplálkozás után éppen úgy, mint órákkal azután. Csupán az alvásuk ideje alatt nyugodtak az inanitióban levő csecsemők, legalább az inanitio kezdeti stadiumában, mert hosszabb ideig tartó hiányos táplálás mellett vagy táplálékhiány esetén ezen panasz sem tartozik a ritkaságok közé.

Hiányos táplálás mellett a *testsúly* a normalis alatt marad, még pedig a hiányos táplálással egyenes arányban. Ujszülötteken a kezdeti, physiologiainak mondható súlycsökkenés hiányos táplálkozás mellett nagyobb a normalisnál, 400—500 grammot is tehet és a kezdeti súlyt nem éri el a csecsemő 8—10 nap alatt, mint kellő táplálkozás esetén, hanem a felvett táplálékmennyiségtől függőleg vagy még tovább súlycsökkenés mutatkozik, vagy egy állapotban marad, esetleg csak csekély súlygyarapodás észlelhető; a súlygörbe emelkedése azonban mélyen a normalis alatt marad. A nyugtalanság mellett éppen a *súlyban való visszamaradás* vagy nem kielégítő gyarapodás szokta felkelteni a laikusok figyelmét is a táplálékhiányra.

Fontos tünetek észlelhetők a *gyomorbéltractus* részéről. Általán véve hiányos táplálás mellett a legmegszokottabb tünet az úgynevezett *látszólagos obstipatio*, mivel a bélsárképződéshez szükséges anyag hiányos, bár a bél működése rendes. Az obstipatiót azonban csupán lényegesebb hiányos táplálkozás esetén találjuk, míg ha a táplálékmennyiség a csecsemő fentartási szükségletét körülbelül megközelíti, akkor a széletétek naponta egyszer még bekövetkezhetnek és csupán sötétebb szineződésük által ütnek el a normalis csecsemő széletétől. Másrészről hiányos táplálás mellett *hányás nem szokott jelentkezni.* Szóval az inanitio jellegzetes tünetei gyanánt szokás tekinteni az obstipatiót és a hányás hiányát. Ezen tüneteket csakugyan legtöbbször tapasztalni is szoktuk mesterséges táplálás mellett keletkezett hiányos táplálás esetén, valamint 2—3 hónapnál idősebb, emlőn táplált csecsemők inanitiója esetén is; de másként mutatkoznak a tünetek inanitióban levő újszülötteken s egészen fiatal csecsemőkön. *Utóbbiakon talán még gyakrabban találunk gyakori vizes, zöldes-nyálkás, azaz dyspepsiás széletéteket és hányást, mint obstipatiót s hányásnak a hiányát.* Különösen jellegzetes újszülötteken a meconiumszerű, zöldes-barnás, tartalomnélküli széletéteknek a makacs megmaradása, valamint a gyakori hányás, a mi mindaddig észlelhető, míg a hiányos táplálás tart s csak a táplálék fokozásával tűnik el. *Ezen tünetek miatt gyakori az inanitio összetévesztése a túltáplálással.*

A franczia szerzők, mint *Berard*, *Marotte*, *Bouchaud* s különösen *Variot*, már régebben hangoztatták, de a legújabb időben is hangsúlyozzák a hányás gyakoriságát úgy emlőn, mint mesterségesen táplált csecsemőkön hiányos táplálás mellett, valamint a dyspepsiás széletéteket is, mely tünetek sokszor adnak okot a folyamatnak túltáplálással való összetévesztésére. *Rosenstern* a hányást véletlen találkozásnak tartja s a hányás és inanitio között semmiféle okozati összefüggést nem vesz fel, bár concedálja, hogy fiatal, emlőn táplált csecsemőkön ezen coincidentia gyakori. Szerinte, valamint *Czerny* szerint ezen jelenségek csupán neuropathiától vannak feltételezve.

Az általam észlelt inanitiós eseteknek legalább a felében hányás és gyakoribb dyspepsiás széletétek mutatkoz-

tak. Az inanitio mellett jelentkező hányásra a túltáplálásból eredő hányással ellentétben jellegzetes, hogy utána a csecsemők még nyugtalanabbak voltak, mint a hányás előtt, továbbá, hogy a táplálékmennyiség fokozására úgyszólván azonnal megszűnt. Nézetem szerint nem véletlen összeesés van az inanitio és hányás között, hanem okozati összefüggés. Neuropathiát, mint azt *Czerny* felveszi, alig lehet felvenni ezen esetekben, mert akkor a neuropathia valamely tünetének jelentkezése fokozottabb táplálás után, illetve a későbbi korban is észlelhető lett volna. Inkább *gyomorneurosisról lehet ezen esetekben szó, mely a hiányos táplálkozás folytán váltatik ki azáltal, hogy a normalis mennyiségben képződő gyomornedv a hiányos táplálék által nem köttetik meg* s a gyomor motorius zavarait idézi elő. *Valószínűleg a bélnedvek hiányos megkötésén alapulnak a dyspepsiás székletétek is inanitio mellett.*

Részemről az inanitio kapcsán mutatkozó dyspepsiás székletéteket többnyire hányással kombinálva láttam fiatal csecsemőkön, míg az obstipatióval járó esetekben hányást nem észleltem. Ugy látszik, hogy azon esetekben, melyekben az úgyis hiányos mennyiségű táplálékból hányás folytán nem veszített a szervezet, még mindig jut annyi táplálék a bélbe, a mennyi a nedvek megkötésére elegendő s ezen esetben a folyamatot obstipatio kiséri. Vagyis ha a csecsemő a fentartási szükségleten mélyen alul levő táplálékmennyiséget kap, akkor az inanitio mellett gyakran találunk hányást s dyspepsiás székletéteket, míg ha a táplálékmennyiség a fentartási szükségletet megközelíti vagy annál valamivel több, akkor a folyamatot inkább obstipatio kiséri. A dyspepsiás székletétek mindezen esetekben csak akkor öltöttek sárgás szineződést, ha a táplálék mennyiségét fokoztuk.

(Folytatása következik.)

Dolgozat az Új Szt.-János-kórház kórboncolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.)

Adatok a prostata anatomiájához.

A ductus ejaculatorius, a colliculus seminalis és a sphincter spermaticus boncolástana, élettani és kórtani szerepe.

Irta: *Porosz Mór* dr., urologus Budapesten.

(Vége.)

Ha most ezek után a prostata működését vizsgáljuk, a felfedezett adatok alapján az csak a következő lehet.

A húgyhólyagot elzárja. Ez már sokszorosan vizsgált és kisérletekkel bebizonyított tény, mely tudományos alapon elfogadottnak mondható. Néhány adatot azonban mégis felhozok. A gyermekek rendesen csepegő vizelettel fejezik be vizelésüket. A mint a pubertas kora felé közelednek, e csepegés egyre tökéletlenebbé és ezzel a lökésszerű szakadozott részletekben való kilövelése a vizeletnek tökéletesebbé válik. (Coup de piston.)

Enuresisben szenvedő gyermekeken a pubertas korában az enuresis éppen a prostata húgyhólyagzáró izomrészletének a kifejlődése következtében elmarad. Bajuktól megszabadulnak. Ugyancsak az ilyen gyermekek napközben is gyakrabban vizelnek, mert a hólyagzárás, a melyet a pubertas előtt a húgycsősphincter végez, gyenge. Ha a prostata kifejlődik, akkor a vizelet kiürítésének a szükségessége is ritkább, mert a prostata segit a zárásban.

A második működése a prostatának az ondóhólyagok, illetőleg az ondókiürülés elzárása, a melyet a leírt sphincter spermaticus teljesít.

A harmadik működése a prostatamirigy váladékának a kiürítése.

Coitus alkalmával a prostata izomzata összehúzódik és a mirigyek tartalmát kiszorítja. Mikor ez a görcsös, nagyerejű izomösszehúzódás történik, akkor egyszersmind a húgyhólyag zárása is nagyobbfokú lesz. Ez meggátolja azt, hogy az ejaculatum a húgyhólyag felé hatoljon vagy regurgitatio formájában odaürüljön. De ugyanekkor elzárja az utat az ondóhólyag felől is. Minél erősebb ez az utóbbi elzárás, annál nagyobb munka vár az ondóhólyagfali izomzatra, hogy az ondóhólyag tartalmát azon keresztülszorítsa.

Úgy hogy az ondóhólyag üregében beállott nyomás és az erős zárás birkózó együttműködése a zárás legyőzésével és az ondóhólyag tartalmának a részleges kiürítésével végződik. Ez a magyarázata annak a tapasztalati ténynek is, hogy normalis viszonyok között a nagyobb izgalmat kiváltó nővel végzett coitus tartósabb, mint a kevésbé kivánatos nővel végzett.

Az uterus masculinus, a leirt formában megismerve, kell hogy lényegesen megváltoztassa azokat a fogalmakat, melyeket róla és a colliculus seminalisról általánosságban ismernek. Bonczolástani könyvekben úgy van leírva, hogy merevedő test. Erectio alkalmával megduzzad és elzárja a húgycső nyílását a húgyhólyag felé. Ez volna az oka annak, hogy az ejaculatum nem regurgitál a hólyagba.

Rajzaim azonban mást mutatnak.

Elsősorban is nem áll a merevedő testeket jellegző vérkamarákból. Apró likacsait sem lehet a metszeteken annak nézni. Először mert vért (erythrocytákat és leukocytákat) soha sem találni bennük.

A metszeten látható likacsok átmetszett mirigyek üregének felelnek meg. Máskor meg ezek az üregek oly kis számban és oly nagyságban fordulnak elő, hogy azokat nemcsak ezért, de ránczos fedőhártyájuknál fogva sem lehet vérüregeknek nézni. Sőt néha, a mint a 35. számú ábrán látható, egyetlen egy nagy üreg van. E nagy üreg nagymennyiségű nyálkával volt kitöltve, a mely már makroskoposan, szabad szemmel sem téveszthető össze vérrel. Ez a nyálka a prostata összehúzódása alkalmával — izgalmakkor — valószínűleg a többi mirigy (*Cowper*) váladékával együtt ürül ki.

De ha körülményesen megtekintjük a helyi viszonyokat, már az is kizárja az ilyenféle lehetőséget. A colliculus seminalis jóval a hólyagzáró izom előtt fekszik a húgycsőben. A húgycső pedig e helyen tágulást mutat. Oly tágulást, hogy teljesen lehetetlen, hogy a kis colliculus, a tág és nyujtás által még jobban tágítható húgycsövet eltömeszelje. Erről könnyen szerezhet meggyőződést bárki. A formalinban fixált, a hólyagból, prostatából és húgycsőből álló szervet az urethra felső falán késsel vagy ollóval átmetszve, látható a pars prostaticának tágult üregе, a mely a hólyag sphincterétől lépcsőszerűen sülyed lefelé.

Walker egyik munkájában szintén felemlíti, hogy tarthatatlan *Weber*-nek az az állítása, hogy a colliculus duzzadása megakadályozza az ejaculatumnak (spermának) a húgyhólyagba való jutását a coitus alatt. Ezt a nézetet különben *Waldeyer* is vallja. *Walker* is tévesnek mondja a két szerző véleményét és ellene 10 pontban foglalja össze érveit. Nem látszik meg a helyzetén, szerkezetén az, hogy az urethra egy részét jobban zárná, mert egyformán nyitott előtte is, mögötte is a húgycső, a melynek a legmélyebb részén, a legtágabb helyén van. Nyálkahártyája is csak oly fokban érdús, mint a szomszédsága. *Rüdiger* szerint erre erezete elégtelen is volna. Különben is egyáltalában nem képes duzzadásra. A membranacea felé pedig lejtős, nem lépcsős. Ha képes volna a húgycső lumenének az eldugaszolására, akkor egyúttal odaszorulnának a rajta nyiló csatornák. A ductusok és a prostatacsatornák nyílásai is odaszorulnának és nem tudnának kiürülni. A sündisznóban és a macskában messze esik a húgyhólyagtól, a melynek erős és vastag záróizma van, a mely elég jól tudja zárni. Kiöntött húgycsőben pedig számba nem vehető emelkedést mutat. Hullán injiciált ereken erős erectio mellett sikerült *Walker*-nek paraffinnal telefecskendezni az urethrát és annak üregében még felére sem emelkedett ki a colliculus.

Erectio mellett is lehet vizelni, jeléül annak, hogy a hólyag felől is nyitva marad az út. A prostata pedig nem szűkíti, nem szorítja össze a húgycsövet, mert izomzata más irányú.

Pedig *Frisch* még legújabb munkájában* is a colliculus erectilis voltáról ir és azt mondja, hogy ejaculatum regurgitatióját meggátolni a czélja. *Kobelt*-re hivatkozik, a ki az erezet injectiója után látta, a mint az erősen megduzzadt és kemény colliculus a húgycsövet a hólyag felé elzárta. Sőt *Henle* ellenvetését, hogy ilyenformán meg volna akadályozva a sperma és a prostataváladék összekeverődése, *Fürbringer* azon tapasztalatával igyekszik gyengíteni, hogy neki sikerült penis-erectio mellett is a prostatából váladékot kinyomni, a mely per urethram távozott. *Kobelt* ellen *Frisch* szerint csak az szólna, hogy az ő lelete hullalelet és élőben hasonlót még sohasem láttak.

Ha most tekintetbe veszszük ezeket az anatomiai adatokat és egybevetjük a pathologiai eltéréseket, valamint a physiologiai jelenségeket, akkor a következőképpen konstruálható a mechanismus normalis működése.

A sperma állandóan produkálódik a herében.

Ez a sperma egyenesen, talán a vas deferens csillószőrös sejtjei segítségével az ondóhólyagba jut. Itt először a felső polusig jut és onnét valamely eddig még meg nem fejtett komplikált csatornaszerű úton, a mely a különböző nagyságú és elhelyezésű üregekben halad, lefelé a ductus felé terelődik. Olyanformán, hogy az utóbb termelt sperma mindig a basis felé nyomja az előbb termeltet az ondóhólyagban. Hogy ez csakugyan így van, arról könnyű meggyőződést szerezni úgy, hogy hullában a vas deferensbe fecskendett szines folyadék — én erre tintát használtam — először az ondóhólyag csúcsába jut és csak onnét kerül lefelé. És a míg ezt a kitérést meg nem tette, addig a ductusból nem ürül ki.

A sok ábrán bemutatott sphincter spermaticus az ondóhólyagot elzárja, hogy tartalma ne ürüljön ki. Ezt a működést állandó tonusával végzi.

A szervezet egyéb sphincterei is állandó működésben vannak, ilyen a végbél, a húgyhólyag sphinctere.

Úgy a húgyhólyag, mint az ondóhólyag sphinctere szerves szoros összefüggésben van a prostatával. A húgyhólyag sphincteréről ezt már anatomiai és állatkisérleti adatokkal sokszorosan beigazolták.

A sphincter spermaticus bonczolástani képe is egész világosan mutatja, hogy ez nem valami önálló szerv, hanem a prostata izomkötegeinek sajátságos elrendeződése a ductusok lumene körül. Izomkötegeivel bőven adják az elágazódásokat és összenövéseket a szomszédos mirigykamarákat elválasztó falakra. Azoknak izomkötegeivel és gyér kötőszövetrostjaival folytatólagos összeköttetésben vannak, úgy hogy a kép úgy mutatja, mintha a prostatának két nagyobb ürege megfelelően erősebb fallal volna ellátva. Sem makroskopice, sem mikroskopice semmiféle egyéb eltérés sem mutatkozik a ductusok lumenfala és a mirigykamarák falzata között.

Ebből az következik, hogy a sphincter spermaticus összehúzódása csakis a prostataizom összehúzódásával együtt, vele egyidőben történhetik.

Paradoxonnak tetszik a dolog, ha elgondoljuk, hogy a prostata izomzatának erősebb összehúzódása egy mirigyváladékot szorít ki magából és hogy az ugyanakkor kiürítendő ondóhólyag még nagyobb ellentállásra talál a görcsösen összehúzódó sphincterben.

Ez azonban nem egyedülálló a szervezetben.

A gyomor is hullámzó mozgásokat, kitoló működést mutat ugyanakkor, a mikor a pylorus jól zár. A musculus detrusor vesicae is állandó nyomást gyakorol a sphincter vesicae-re és csak bizonyos nagyságú nyomáskor reagál a sphincter szétfeszítése vizelési ingerrel, a mely inger reflectorice erősebb, fokozottabb detrusor-összehúzódást vált ki. Coitus alatt is az egyéb ingerek fokozódása, halmozódása tudja csak kiváltani az ondóhólyagok olyfokú, oly mérvű összehúzódását, a mely fokú összehúzódás már elég nyomást tud gyakorolni a benne levő félig híg kocsonyás tartalmára, hogy az a záráson, az akadályon keresztültörje magát. Mennél erősebb az ellentállás, annál több ingerre, ingerhalmozásra van szükség, a míg az ondóhólyagból kiürítés történik.

Ha az ondóhólyag telt és feszes, vagyis régebben ürült ki, akkor a benne levő nagyobb mennyiségű tartalom nagyobb felületről kap nyomást, a mely nyomás a hydrostatika törvénye értelmében mind a legkisebb ellentállás, vagyis a nyilás felé hat. Ez az oka annak, hogy ilyenkor a kiürítés gyorsabban megy végbe, vagyis hamarább következik be.

Ezzel ellentétben: mennél kisebb az ondóhólyag tartalma, annál kisebb nyomást tud gyakorolni a kisebb mennyiség felületére. Ha ez le akarja győzni az ellentállást, a sphincter zárását, annál több és annál inkább halmozódó ingerre szorul. Vagyis a kiürítés késik. Ha pedig egy bizonyos mennyiségű ondóhólyagtartalomnál kevesebb van, akkor adott esetben a kiürítés be sem következik.

Igy mondja a physika törvénye.

Ha ezt a physiologiai működéssel összehasonlítjuk, akkor a következőkre akadunk.

Hosszas abstinentia után a coitus gyorsabban fejeződik be.

A rövidebb időközökben végzett coitusok tartósabbak. Coitusok megismétlődése alkalmával a később következő actusok egyre hosszabbodó időtartam alatt fejeződnek be, míg végre beállhat az az állapot, hogy az ejaculatio elmarad.

Mennél erősebb a kiürítést gátló ellentállás, vagyis mennél jobban működik a sphincter spermaticus, annál kevesebb ondóhólyagtartalom ürülhet ki egyszerre. Annál több marad vissza az ondóhólyagban és annál többször ismételhető meg az actus.

Mennél nagyobb az ellentállás, annál fokozottabb a legyőzetésének az érzése. Annál nagyobb a kéjérzés.

A végbélnél is éppen így van. Ha ujjal végzett vizsgálatkor a beteg hasfalát megfeszíti és nyomást gyakorol, akkor székelési inger nem váltódik ki. Míg ha a beteg fél és a végbél nyilását jobban összecsukja, sphincterét összeszorítja, akkor a székelési ingere igen intensiv. Sőt sphincterotomia után székelési inger alig áll be, vagy egyáltalában nem jelentkezik és a defaecatio máris megtörténik.

Ugyancsak így történik a húgyhólyag-sphincterrel is. Coitus alatt a prostata összehúzódásával az is összehúzódik. A mikor tehát a prostata folytonosan fokozódóan összehúzódik, ugyanakkor a húgyhólyagzárás is erősbödik. Ez az erősbödés oly fokú, hogy a mikor az ejaculatum (prostataváladék és ondóhólyagtartalom) a húgycsőbe jut, akkor a sphincter urethrae (vagyis a sphincter vesicae externum) legyőzetik, ez enged és ezért nem történik regurgitatio a hólyag felé, hanem az ejaculatum kilöketik a húgycsövön a meatus felé.

A mint fentebb beigazoltam, a colliculusnak eldugaszoló képessége nincsen, mert nem áll cavernosus szövetből, de meg erre a szerepre nincsen is szükség, hogy a sperma a hólyag felé, vagyis a húgyhólyagba ne ürüljön.

Ha ilyen szerepe volna, akkor a váladékok kiürítése nem volna oly nagymennyiségű egy-egy részlet ejaculatiója alkalmával, hanem csak szivárgás állana be és a váladékok csak lassan csepegve hagynák el a húgycsövet.

Ezek volnának a physiologiai jelenségek.

Ha most ezen alapon a pathologiai klinikai tüneteket vizsgáljuk, értelmezésük igen egyszerűvé válik.

Ha állandó gyors ejaculatiós jelenséggel találkozunk, akkor a prostata atoniás; tapintásra puha, spermatorrhoea van jelen.

Coituskor az ondóhólyag sphincter nem zár jól. A kevés ingerre kis mértékben húzódik össze, az ondóhólyag kisebbfokú belső nyomása is legyőzi a gyengült ellentállást. Vagyis a tartalma kiürül. A kiürülés nagymennyiségű. A vele egyidőben kiürült prostataváladék kevés. A kettő nem is intensive keveredett. A normalis ejaculatum egyöntetűen szürkés. Míg az ilyen atonia mellett kocsonyás, átlátszó, sagoszemcseszerű, darabos. A kiürítéssel járó érzés, a kéjérzés éppen az ellentállás kicsinysége miatt vagy csökkent, vagy teljesen hiányzik. Mindezek a tünetek érthetővé teszik azt is,

* Die Krankheiten der Prostata, 1910.

hogy az actus gyorsan folyik le, mert az ellentálláshoz nem kell sok inger, sok frictio, nem kell az ingereknek halmozódniok.

Ezt a fogyatékosságot az illető betegek tapasztalják is és ezért mindenféle szokásos ingerektől (ölelés, csók, szeretkezés stb.) tartózkodnak is s iparkodnak ad rem, az actus minél előbbi megkezdésére.

A spermatorrhoea jelentkezése is azt jelenti, hogy a sphincter spermaticus ellentállóképessége oly csekély, hogy a hasprés egyszerű igénybevétele is már elégséges ahhoz, hogy az ondóhólyag tartalmát kipréselje. Ily hasprés nagyobb fokú szokott lenni a székelés befejezésekor, még nagyobb mértékű és ismétlődő nehéz székelés közben. Kisebb a nyomása a vizelet végső cseppeinek a kiszorítása alkalmával.

Ennek megfelelőleg a spermatorrhoea foka is változó lehet. Ha már mictio után is jelentkezik, akkor az előbb említett körülmények között (kemény széklet) nagyobb mennyiségben távozik el. Legtöbbször prostataváladékkal együtt, mert hiszen ilyenkor a prostata legtöbbször teljesen atoniás, úgy hogy a hasüri nyomást megérzi és enged annak.

Sokat vitatkoztak e kérdésen.

Az volt a felvétel, hogy végbélizmok működése reflex úton váltja ki az activ kiürítést. Ez ellen szólnak azon tapasztalataim, hogy láttam eseteket, a midőn székelés vagy vizelés nélkül, egyszerűen a hasprés hatása alatt, a milyen súlyos terhek emelése közben áll elő, szintén bekövetkezett a spermatorrhoea.*

Ezek a klinikai objectiv jelenségek csakis úgy értelmezhetők, ha a sphincter spermaticus zárásának a gyengeségét, az izomzat petyhüdtségét mint mechanikai okot számításba veszszük.

Még a fokozott vagy elmaradt libidót, a kéjvágyat is megérthetővé teszi.

A mint fentebb fejtegettem, a sphincter erőszakos szétfeszítése, a melyet a reáhatott üregbeli nyomás gyakorol, váltja ki a libidót. Mennél nagyobb az ellentállása, annál nagyobb nyomás szükséges annak a legyőzésére.

Ha a sphincter spermaticus gyenge, akkor minden kisebbfokú inger, a mely az ondóhólyag összehúzódását kiváltani tudja, már hatással van a sphincterre. Ezen ingerek qualitásai egyénenként változók.

Igy hallottam betegeimtől, hogy meztelen képek, vagy bizonyos formájú női test, vagy annak részeinek a látása szolgáltatja azt az ingert, a mely náluk erősebb libidót vált ki. Oly fokú libidót, a milyen egészséges emberen csak hosszabb szeretkezésre vagy szokatlanul erős ingerekre szokott jelentkezni.

Ha már most tekintetbe veszszük, hogy a libidónak bizonyos fokára és bizonyos időtartamára van szükség ahhoz, hogy az erectio kifejlődjék, akkor a gyors ejaculatio mellett érthető, hogy az erectio vagy idő előtt és gyorsan éri el a tetőfokát, vagy ha az atonia nagyobbfokú, nincs elég ideje arra, hogy az erectio kifejlődjék. Ezt az állapotot nevezem én atoniás impotentiának. Csekély ingerre nagyfokú libido áll be és már az erectio kifejlődése előtt beáll az ejaculatio. Az állapot rosszabbodásával pedig az erectio fejlődése még meg sem kezdődik és máris beáll az ejaculatio.

A pollutio alkalmával a telt húgyhólyag nyomása az ondóhólyagra is már a ductus felé préseli annak tartalmát. Lehet, hogy ez az izgalom a libidokeltéssel már megindítja a lavinát, a mely egyéb izgalmak társulása mellett a gyengült sphincter következtében könnyen és gyorsan vezet ejaculatióra.

Ugyancsak igy magyarázom a pollutiókat.

Az azokkal jelentkező álomképek is világosan mutatják a mechanismus gyengeségét, tökéletlenségét. Sőt az álmok még a gyengeség fokát is híven tükrözik vissza.

Egészséges emberen hosszabb abstinentia után normalis coitus álomképének a keretében áll be az ejaculatio és a pollutio. Prostata-atonia esetén annak foka szerint rövidül meg a normalis actus álomképe.

Eleinte az ejaculatio az immissio után nemsokára, később az immissio alatt, még később már előtte beáll. Ilyenkor a pollutio már csak a coitus szándékáig engedi meg az álomkép szövését. Hova-tovább már idáig sem fejlődhet az álomkép, hanem már egy-egy ölelés, csók, utóbb pedig már csak megfelelő látvány (pl. öltözködő nő) is elég ingert szolgáltat a pollutio bekövetkezésére. Végül már oly gyors az ondóhólyag kiürítése és oly csekély vagy semmi a kéjvágy érzése, hogy még addig sem tart, hogy álomkép szegődhetnék hozzá. Ha nincs kéjvágy, nincs álomkép, és akkor úgy megy végbe a pollutio. Természetes, hogy ilyenkor már az erectio is elmarad az álomban is.

Igaz, hogy az ilyen állapot az idegrendszert sem hagyja érintetlenül. Az idegrendszer elváltozása neurastheniát okoz. Ez a kimutatható neurasthenia pedig szintén alapot szolgáltathat az idegcentrumok zavart működése általi magyarázatra.

Azonban az a tapasztalatom, hogy minden ilyen gyakori pollutióban szenvedő egyénen, legtöbbször az illetőnek tudtán kívül, defaecatiós spermatorrhoeát tudtam kimutatni, megdönti a centrumból kimagyarázott lehetőség valószínűségét. Defaecatio alkalmával a genitalis centrumok nem izgatódnak és a kiürült sperma sem a mennyiségével, sem a velejáró sensatiókkal nem mutatja a centrumból kiinduló izgalmat, a a mely az ondóhólyag activ működésével, összehúzódásával jár.

A defaecatiós spermatorrhoea csekély mennyiségű ondóveszteséggel jár. Sokszor még annyit sem tesz ki, hogy egy csöpp alakjában jelentkezzék a húgycsőnyiláson, hanem csakis a székelés után közvetlenül ürített 1—2 gyűszűnyi vizelet üledékében található meg, ismerhető fel.

A libido vagy kéjérzés, a mely az ejaculatio alatt kisebbnagyobb fokban mindig megvan, ilyenkor teljesen elmarad.

Ha pedig a spermatorrhoea nagyobb fokú, akkor a pollutiók maradnak el. A mint az állapot javul, a kezelésre a spermatorrhoea elmaradásával újra beáll a pollutio.

A pollutióval járó álomkép is fokozatosan fejlődik az egészséges ember normalis coitus-álomképe felé.

* * *

Az anatomiai viszonyok tanulmányozása megmutatta, hogy a prostata mirigykamaráinak kivezető csövei mind a colliculus felé irányulnak. A colliculus pedig a prostatának inkább a csúcsához van közel, ezért ha ujjal szándékozunk kipréselni annak a tartalmát, egyedül a lebenyek felső pólusától lefelé irányított ujjnyomás lesz célravezető. Ezért hibás a prostatamassage oly formában, hogy egyik oldalról a másikra simítjuk, gyúrjuk a lebenyeket, a mint azt több urologus leírta és ajánlja. Sőt az uterus masculinusra való tekintettel, ez az egyetlen mód, a melylyel az kiüríthető. Erre pedig blennorrhoea esetén okvetlenül szükség van. Az kétségtelen, hogy — daczára annak, hogy élőben ezt nem igen lehet diagnoskálni — fontos szerepe van a chronikus, a makacs blennorrhoeák megmaradásában. De éppen erős izomfalzata az, a mely mintegy követeli a maga számára is prostatalob esetén a farádos árammal kiváltható összehúzódásokat, a mint azt először én ajánlottam.

Ezek a tapasztalatok, anatomiai, klinikai, pathologiai-anatomiai megfigyelések szolgáltatták az alapot ahhoz, hogy az atonia prostatae kórképét, mint sokfelé ágazódó és kapcsolódó, önálló, de mégis egységes tünetcsoportot leirjam.

Az igy megállapított elváltozás szolgáltatta nekem az indokokat ahhoz, hogy az atoniás prostatát farádos árammal tonusozzam.

* * *

Végül hálával kell megemlékeznem *Minich* egyetemi magántanár készségéről, melylyel engem, a praxisban levő orvost fáradságos munkámban vezetett, valamint *Lenhossék* egyetemi tanárról, a ki támogatásával kitüntetett.

* A rendellenes magömlésről. (Gyógyászat, 1897.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

S. Jessner: Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber. Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 24. Würzburg, *Curt Kabitzsch*. Preis M. —.60.

Jessner-nek füzet vagy könyv alakjában megjelent valamennyi előadása a gyakorlat igényeit szolgálja. A jelen füzetet is a gyakorlati használhatóság jellemzi. A szerző ebben igen világosan és röviden mindazokat a bőrelváltozásokat ismerteti, melyek májbajok folyamán jelentkezhetnek. Legrészletesebben természetesen az icterust és a velejáró viszketést tárgyalja. *Guszman.*

Ranschburg P.: Das kranke Gedächtniss. J. Ambrosius Barth, Leipzig, 1911. 138 oldal, 6 görbével, 27 a szöveg közé nyomtatott képpel.

A szerző e munkájában összefüggően és objectiv kritikával ismerteti mindazt, a mit az emlékezőtehetségről főleg kóros állapotában tudunk. Talán kevés tudós hivatott erre annyira, mint éppen *Ranschburg*, a ki maga is tudományos működésének tegnagyobb részét e tárgynak szentelte és sok kiválót alkotott. Ezért annál jobban méltánylandó, hogy munkájában a kellő kritikát és objectivitást megtartotta és munkáival szemben e tekintetben még helyenként túlzásba is ment.

A könyv két részre oszlik. Az első: „Die Ergebnisse der experimentellen Psychopathologie des Gedächtnisses", a hol részletesen ismerteti az emlékezés és emlékezőképesség kóros jelenségeit, miközben a *Freud-Jung*-féle theoriára is kitér. Alaposan és könnyen érthetően foglalkozik az egyes vizsgáló eljárásokkal, részletesen ismerteti az épelméjűeken, gyengetehetségűeken, gyöngeelméjűeken, idegeseken és elmebajosokon talált és részben jellegzetes eredményeket. A munka második része: „Die Wege der experimentellen Erforschung der Pathologie des Gedächtnisses", a melyben a methodikát ismerteti, az egyes hasznavehető eszközöket, módszereket, a szükséges kautelákat teszi tanulmánya tárgyává. Mindezt oly egyszerűen, világosan, hogy még az is, a ki e tárggyal sohasem foglalkozott, könnyen megérti, eligazodik benne. *Ranschburg* Pál e munkájával hézagpótló könyvet adott közkézre és mindenkinek, ki e tárgy iránt érdeklődik, figyelmébe ajánlhatom; a nem szakorvos is sok hasznosat talál benne. *Goldberger Márk* dr.

Új könyvek:

J. Jadassohn: Über Pyodermien. Die Infektionen der Haut mit den banalen Eitererregern. Halle, C. Marhold. 1·80 m. — *W. Drigalski*: Schulgesundheitspflege, ihre Organisation und Durchführung. Leipzig, S. Hirzel. 8 m. — *E. Goldmann:* Neue Untersuchungen über die äussere und innere Sekretion des gesunden und kranken Organismus im Lichte der „vitalen Färbung". Tübingen, Laupp. 12 m. — *R. Foerster*: Beziehungen von Beruf und Mode zu Geisteskrankheiten. Stuttgart, F. Enke. 1·20 m. — *G. Burgl:* Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen. Stuttgart, F. Enke. 7 m. — *M. Kauffmann*: Die Psychologie des Verbrechens Berlin, J Springer. 10 m. — *M. Lewandowsky*: Praktische Neurologie. Berlin, J. Springer. 6·80 m. — *C. Jacoby*: Okkultismus und medizinische Wissenschaft. Stuttgart, F. Enke. 1·60 m. — *M. Paterson*: Auto-inoculations in pulmonary tuberculosis. London, J. Nisbet and comp. 21 sh. — *Hugh Campbell Ross*: Induced cell reproduction and cancer. London, J. Murray. 12 sh — *Herbert French*: An index of differential diagnosis of main symptoms. Bristol, J. Wright and sons. 30 sh

Lapszemle.

Belorvostan.

Cholangitis eseteiben chologennel elért eredményeiről értekezik *Engelen*. Az epepangásnak különféle ok által feltételezett formáiban (icterus catarrhalis, cholelithiasis, cholangitis) a chologennek jó hatását tapasztalta. A chologen-kúrát kis adag calomel, podophyllin s aromás anyagok (melissa, köménymag, kámfor) együttes használata alkotja. Az I. sz. tabletta calomel + podophyllin $\overline{aa}$ 0·005-ot tartalmaz; a II. sz. tablettában 0·005 calomel foglaltatik, míg a III. sz.-ban calomel + podophyllin aa gr. 0·005 + kámfor + menthol $\overline{aa}$ 0·0025. Ezen tablettákat különféleképpen kombinálva adagolja szükség szerint. Szerinte a calomel kis adagja nem a bélnyálkahártya, hanem a bélganglionok izgalma folytán hat laxálólag. A calomel nemcsak béldesinficiens, laxans, hanem a kénesőnek az epe útján történő kiválasztása folytán a májbetegségre is jótékonyan hat és pedig valószínűleg úgy, hogy a kéneső idegregulatiós mechanismus alapján a májfunctiót befolyásolja. (Deutsche med. Woch., 1912, 12. sz.) *Galambos* dr.

Sebészet.

A szívsérülésekről értekezik *Egon Ranzi*. Mióta *Rehn* 1896-ban az első eredményes szívvarrást végezte, a szív sérüléseinek sebészi kezelésével igen sokan foglalkoznak.

223 megoperált szívsérülés közöltetett az irodalomban, a melyek közül 104 (46·6%) meggyógyult, 119 (53·4%) pedig meghalt. A szerző *Eiselsberg* klinikáján az utolsó 10 évben végzett hasonló műtétekkel foglalkozik. Hat megoperált szívsérülésről referál, melyek közül három szúrás következménye, hármat pedig lövés okozott. Öt esetben a szív bal felében, egy esetben pedig jobb felében sérült meg. A szerző ismertette esetek közül csak egy gyógyult, öt meghalt. Ezt a nagy halálozási arányt a kedvezőtlen momentumoknak egész sorozatával magyarázza. Két beteg már moribund állapotban volt, egy beteg pedig a szívsérüléssel együtt jelenvolt tüdősérülés folytán, mely másnap ismét vérezni kezdett, pusztult el. A mi a szívsérülés diagnosisát illeti, az egyes esetekben könnyű, máskor azonban bizonyos szövődmények miatt nehéz. Ha a pericardiumban vérzés történt, akkor a megnagyobbodott szívtompulat, a szívhangok gyengesége és az anaemia a legbiztosabb jel. Ez azonban jelen lehet akkor is, ha nincs szívsérülés, hanem a vérzés a szívburokból történt és ez okozza a vérzést; különösen két symptoma igen fontos, a melyekből következtethetünk a szív sérüléseire: 1. a szúrás és lövés localisatiója; 2. a pleuraürből történt vérzés kimutatása, melylyel nagyfokú anaemia szokott együtt járni.

A sebzés helyét illetőleg igen elővigyázatosnak kell lennünk, mert a jobb mellkasfélből kiinduló sérülések is vezethetnek a szív sérülésére. Ez csak a lövés vagy szúrás irányától, valamint a használt eszköz hosszúságától függ.

Bármennyire fontos is a lövési csatorna iránya, mégsem helyeselhető *Rehn*-nek az a javaslata, hogy szondával kíséreljük meg a megállapítását, hanem — ha a beteg állapota ezt megengedi — a sebcsatorna irányának a meghatározása inkább a golyónak Röntgen-sugarakkal való localisatiójával történjék.

A sebészi beavatkozás legfontosabb indicatiója a nagyfokú anaemia, a mely a mellkasba történt vérzésből ered. A vérzés forrása feltétlenül megkeresendő, akár a szívburok, akár a szív vagy a tüdő, esetleg a mellkasfal valamelyik arteriájából ered az. A szerző hat esetében az anaemia annyira uralkodott a klinikai képen, hogy a műtét feltétlenül szükségessé vált. Két esetben csak $^3/_4$—2 órai várakozás után, excitantiák adagolása mellett, végezték a műtétet, a mikor az anaemia mind fenyegetőbbé vált. E két esettel kapcsolatban felmerül a kérdés, vajjon nem lett volna-e helyesebb itt is azonnal sebészileg beavatkozni. E kérdés megitélésekor elsősorban megfontolandók a szívsérülés diagnosisának megállapításával járó nehézségek. Továbbá szem előtt tartandó, hogy *Fischer* statisztikája szerint a szívsérülések 10%-a sebészi beavatkozás nélkül is gyógyul. A mi a műtét technikáját illeti, ez abból áll, hogy a külső sebzést tágítjuk, követjük a sebcsatornát és szükség szerint 1—2 bordát reszekálunk. A pleura és a pericardium tökéletes elzárása a legczélszerűbbnek bizonyult. A szerző véleménye szerint a műtétet követő első napok veszélyét jelentékenyen alábbszállítja a pleura tökéletes elzárása, a midőn a pneumothorax következményei leginkább kiküszöböltetnek. (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, 50. sz.) Ifj. *Hähn Dezső* dr.

Nőorvostan.

A mesterséges megtermékenyítéssel végzett kisérleteiről számolt be egy előadásában *Döderlein*. A sterilitas, mely a közönséges házasságok 10%-ában, a rokonok közötti házasságok 20%-ában fordul elő, a férj részéről azoospermiában vagy oligospermiában leli magyarázatát. A nő részéről összenövések, a nyakcsatorna ránczképződései, retroflexio jönnek főként beszámítás alá. Ha úgy a férj, mint a feleség részéről semmi objectiv leletünk sincs, kisérletet tehetünk a mesterséges megtermékenyítéssel. A legelső ilyen kisérleteket már igen régen — halakon — végezték. Emberen az első kisérletet *Hunter* végezte 1799-ben, hypospadiasis egy esetében. Az újabb kisérletek közül legérdekesebbek *Iwanoff*-éi, a ki lovakkal, szarvasmarhákkal és birkákkal kisérletezett. Megelőzőleg a kanczán a hüvelyt, a ménlovon a praeputiumot és glans penist desinficiálták, a hüvelybe szivacsot helyeztek el és coitus után a befolyt kb. 300 cm^3 spermából 12 más kanczát termékenyítettek meg, intrauterin fecskendezve be a fent leírt módon nyert ejaculatumot.

Döderlein pár esetet említ gyakorlatából, a hol coitus condomatus után a legpontosabb asepsis mellett *Braun*-féle fecskendővel juttatta a méhüregbe a spermát. Egy esetében egészen bizonyos, hogy a megtermékenyülés ennek következtében állott be. (Ärztlicher Verein, München. Referatum: Berl. klin. Wochenschrift, 1912, 15. sz.)

Idegkórtan.

A peripheriás facialis-bénulás elektrodiagnostikájához szolgáltat adatokat *Cohn* és *Gatz-Emanuel*. Vannak facialis-bénulások, melyekben daczára annak, hogy a villamos ingerlékenység helyreállt, a bénulás megmarad. Ilyen esetet közölnek a szerzők is; a bénulás a beteg kisgyermekkorában keletkezett s a szerzők úgy magyarázzák, hogy a gyermek, ha a megfelelő arczfélről hosszú ideig nem kap mozgási benyomást, a mozgási képeket elfelejti. Ezen esetek villamos kezelésre igen szépen javulnak. Hasonló aránytalanság volt a villamos ingerlékenység és az akaratos mozgás közt a szerzők második esetében; ez azonban más megítélés alá esik, minthogy érzésbeli elváltozás kisérte; a bénulás valószínűleg nuclearis eredetű volt. Végre, hogy az electrodiagnostika prognostikai jelei sem válnak mindig be, bizonyítja a szerzők harmadik esete: egy 3 éves facialis-bénuláson (sarcoma-operatio után) kezdettek jelentkezni a restitutio tünetei (farádos ingerlékenység visszatérése, a pangások renyheségének megszűnése), de a mozgásban javulás nem követte őket. (Neurologisches Centralblatt, 1912, 3. sz.) *L.*

Elmekórtan.

Idősült elmebajosok, főképpen paralysisesek postmortalis izomingerlékenységének tartamáról értekezik *Naecke* és eredményeit a következőkben foglalja össze: A kopogtatással kiváltható utolsó izomrángások a halál után legkorábban $^1/_2$—1 órával, legkésőbben $2^3/_4$ óra mulva, de leggyakrabban 2—3 óra között észlelhetők. A dombképződések rendesen később jelentkeznek és többnyire később mulnak el. Az összes izomingerlékenység (rángás és dombképződés stb.) 3—4 óra alatt tűnik el véglegesen. A legtöbb, legerősebb, valamint legkiterjedtebb rángást a végtag- és mellizmokon észlelte, legkevesebbet, leggyengébbet és legkisebb területűt a nyak- és homlokizmokon. A rángás e három tulajdonsága rendesen együtt járt és a két testfélen nem volt mindenkor egyenlő, symmetriás. Az izomrángások többnyire 6—8 testtájra terjedtek ki, többnyire 8-ra.

A dombképződés nagysága és kiterjedése általában az izomrángásokkal párhuzamosan halad. Leggyakrabban a végtag- és mellizmokon észlelhető, de többnyire csak 2—3 regióra terjed ki. Az egész reactiót (izomrángást és dombképződést) inkább nagyobb, mint kisebb területen észlelhetni.

A reactio erőssége és kiterjedése nagyobb volt lesoványodott hullán, mint kövéren.

Melegebb helyen hosszabb ideig maradt meg a reactio, mint hidegen. A hullamerevség fokozódásával az összes jelenségek csökkennek. Törvényszéki szempontból fontos, hogy a halál után 2—3 óra mulva semmiféle izomingerlékenység sem mutatható ki, mely jelenség alig függ a külső hőmérséktől, de annál inkább a hullamerevség bekövetkeztének idejétől és fokától. Mindenesetre ez időmeghatározás inkább megbízható, mint a hullamerevség és hullafoltok, melyek jelentkezésének ideje és kiterjedése sokkal változóbb. Valószínűleg a hevenyés elmebajokban szenvedőkön és az épelméjűeken azonosak a viszonyok, noha az idősült elmebajokban igen gyakran, többé-kevésbé bántalmazott az izmok vitalitása. (Zeitschr. f. d. ges Neurol. u. Psych., VII. k., 424. l.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

Adalékok a diphtheria epidemiologiájához czím alatt a bacillushordozókról és a diphtheriabacillusok állandó megmaradásáról értekezik *Sommerfeld* (Berlin). Szerinte is nem ritkán található egészségesek garatjában diphtheriabacillus, a nélkül, hogy diphtheriás megbetegedést okozna. Az egészséges bacillushordozókból kitenyésztett bacillusok állatkisérletek szerint épp oly virulensek, mint azon törzsek, melyeket megbetegedettektől nyertek. Diphtheriát kiállott gyermekek nyálkahártyáiról esetleg hónapokon keresztül is kitenyészthető a diphtheriabacillus. A bacillushordozók és reconvalescensek környezetükre állandóan veszélyesek az infectio miatt, a mi azonban csak akkor történik meg, ha az utóbbiak bizonyos dispositióval birnak a fertőzésre. Az emberi nyálkahártyán levő diphtheriabacillusok megsemmisítésére alkalmas eszközünk vagy anyagunk mindez ideig nincs. Miután a diphtheriabacillusok élettelen tárgyakra tapadva is hosszabb ideig megtartják életképességüket, a lakásdesinfectio feltétlenül szükséges az esetleges infectio elkerülése végett. A bacillushordozók felismerése és izolálása igen fontos különösen zárt intézetekben. A szerző szerint azonban mindaddig, míg nem rendelkezünk oly eszközzel, melynek segítségével a bacillushordozókat a bacillusoktól mentesíteni tudjuk, a diphtheria elleni küzdelem a betegség korai felismerésében és a korai specifikus kezelésben merül ki. (Archiv für Kinderheilkunde, 57. k.) *Koós* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tulisan néven egy új inhalatiós szer jön forgalomba, a mely *Kaufmann* szerint asthma eseteiben kedvezőbb eredményeket ad, mint a *Tucker*-féle szer, s e mellett jóval olcsóbb. Alkotórészei: 73% perubalzsam, 1% alypin, $^1/_2$% eumydrin, 5% adrenalin (1 : 1000) és 20% glycerin. Ára a hozzávaló spray-készülékkel együtt 11 márka. (Med. Klinik, 1911, 1816. l.)

Az insipin (a chinindiglykolsavester sulfátja) csaknem íztelen új chininszármazék, a melynek chinintartalma (72·2%) körülbelül egyezik a chininum sulfuricuméval (72·8%). Alkaliákban sokkal könnyebben hasad, mint az aristochin és az euchinin. Állatkisérletek szerint kevésbé mérgező mint az euchinin. *Werner* szerint erős hatása van a malaria-parasitákra 0·2 grammos adagban, naponként 6-szor adva. Csaknem íztelen volta miatt főleg a gyermekkori malaria gyógyításában van jövője ennek az új készítménynek. (Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, 16. kötet, 1912.)

Postdiphtheriás hűdések ellen *Crohn* jó eredménynyel használja a diphtheria-serumot; 1000—2000 egységet ad a bőr alá. Véleménye szerint ezen aránylag kis mennyiséggel éppen oly jó eredmény érhető el, mint a *Kohts* használta 25000—30000 egységgel. Serumbetegséget egyszer sem észlelt, a mit a használt adag kicsiny voltának tulajdonít. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912. 2. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 15. szám. *Kovács Ödön:* A gyermekkori lues gyógykezelése salvarsannal. *Áldor Lajos:* A cholelithiasis therapiája.

Orvosok lapja, 1912, 16. szám. *Gyömörey Oszkár*: Anthropologia és darwinismus.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 16. sz. *Szabóky János*: A specifikus anyagoknak és a serologiai vizsgálatoknak prognostikai értékéről tüdőgümőkórnál. *Keller Kálmán*: A fali lebeny sarkomája egyoldali kéregsüketséggel. „Szülészet és nőgyógyászat" melléklet, 2. sz. *Wiesinger Frigyes:* 12 esztendő alatt végzett myoma-műtétek. *Mészáros Károly:* Egyes megfigyelések a szülések utáni vérzésekről. *Vragassy Lipót*: I. Méhenkívüli korai terhességnek salpingo-ovariectomiával, II. fistula vesiculo-vaginalisnak a hüvely mellső falán végzett plastikával gyógyult esetei.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Polnisch Arthur* dr. lőcsei orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Krizsanics Miklós* dr.-t a kapuvári közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Bán Lajos* dr.-t a szajol-tiszapüspöki, *Berger Vilmos* dr.-t az egerháti körorvosi állásra megválasztották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét márciusban 132 esetben vették igénybe; a műtétek száma 94 volt.

Meghalt. *Bene Kornél* dr. lupényi bányaorvos 36 éves korában április 3.-án. — *Komáromi Sándor* dr. técsői járásorvos 47 éves korában április 12.-én. — *Kubin Károly* dr. nyugalmazott törzsorvos április 10.-én Nagykikindán. — *Szilassy Aladár* dr. 33 éves korában április 16.-án Budapesten. — *J. D. Mann*, a törvényszéki orvostan és méregtan tanára a manchesteri egyetemen, április 6.-án, 70 éves korában. — *A. Calabrese* dr., a belorvostan rendes tanára Nápolyban.

A magyar városok statisztikai évkönyve címmel a magyar városok országos congressusa új vállalatot indít meg *Thirring Gusztáv* dr. egyetemi tanár, a fővárosi statisztikai hivatal igazgatója szerkesztésében. Az első évfolyam már néhány nap mulva megjelenik. Előfizetési ára 20 korona.

A hülyeség gyógyitásáról a pajzsmirigynek a vesébe átültetésével irtak mostanában a *napilapok*, felemlítve *Payr* leipzigi sebésztanárnak a jelzett módon elért eredményét. A napilapok alaposságára jellemző hir onnan ered, hogy *Thiesing* zoologus a német természettudományi társulat márczius 25-i ülésén „Kisérlet és biologia" czimen előadást tartott, a melyben megemlékezett egy myxoedemás cretinről, a kin *Payr* 7 év előtt pajzsmirigyátültetést végzett a *lépbe*; az eleinte kedvező eredmény azonban nem bizonyult tartósnak.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *A natrium nucleinicumot* hyperleukocytosist okozó hatása miatt már több fertőző betegségben használták eredménynyel (cholera, erysipelas). Újabban *Moliakow* scarlatina eseteiben tett vele kisérletet s állitólag hasznosnak találta, ha nem nagyon későn vette alkalmazásba. Egy életévre 10 centigrammot számitott, 1 grammnál többet azonban sohasem adott; ezt a mennyiséget 30 50 cm^3 destillált vizben oldva és sterilezve fecskendezte a has bőre alá. (Ref. La semaine médicale, 1912, 15. szám.) — *A sebészi gümőkór napfénykezelésével Bardenheuer* tanár is elég jó eredményeket ért el, noha ezt a kúrát az adott viszonyok között csak tökéletlenül tudta alkalmazni. Kisérleteire azok a fényes eredmények indították, a melyeket *Rollier* leysini intézetében látott. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 112. kötet, 1.—3. füzet.)

Személyi hirek külföldről. *M. Stolz* dr, a nőorvostan magántanára Gráczban, rendkivüli tanári czimet nyert. — *L. Bard*, a belorvostan tanára a lyoni egyetemen, nyugalomba vonul. — *E. Feer* (gyermekorvostan) és *H. Zangger* (törvényszéki orvostan) rendkivüli tanárokat rendes tanárrá léptették elő Zürichben. — *G. Hesse* (fogászat) és *W. Busse* (nőorvostan) czimz. rk. tanárok valóságos rendkivüli tanárok lettek Jenában. — *H. Burghardt* magántanár Berlinben (belorvostan) tanári czimet kapott.

Hirek külföldről. A párisi egyetemen az anatomia tanára ellen tüntető orvostanhallgatók részben mégis czélt értek. A tüntetők egyik főpanasza az volt, hogy *Nicolas* tanári kinevezésével beszüntették a chef des travaux anatomiques nevű állást, melynek a hiánya szerintük igen érezhető. Ezt az állást most újra beállitották; a kinevezendő chef az anatomiai intézet igazgatójának ellenőrzése alatt áll ugyan, de ő maga önállóan vezeti a bonctermet s közvetlen főnöke a prosectoroknak és tanársegédeknek. A chef des travaux-t öt évre nevezik ki; fizetése 6000 franc. Az állásra már kiirták a pályázatot. — Lord *Lister* végrendeletében 250.000 koronát hagyományozott külön-külön a londoni Royal Society-nak, a King-Edward-kórháznak, a North-London-kórháznak és az egyetemi kórháznak, továbbá 500.000 koronát a londoni Lister-intézetnek, de azzal a kikötéssel, hogy ezen alapitványok ne viseljék az ő nevét.

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletébe befizettek: Káldy Dezső, Karnik József, Kelemen Mihály, Khoor Dezső, Klasz Pál, Korein Adolf, Kovács Henrik, László Elek, Ludwig Endre, Matolcsy Kálmán, Molnár Hugó, Mosánszky Titusz, Nettl Ottó, Neumann Jákó, Nothaft Antal, Ponyiczky Elek, Pap Ernő, Polgár Károly, Pollacsek Simon, Pozsgay Lajos, Potucsek Ernő, Reiner Miksa, Raisz Aladár, Róth László, Rudas Gerő, Schilling Árpád, Schulmeister Márton, Singer Henrik, Spatz Adolf, Stauber Hugó, Sternberg Géza, Szász Ágoston, Szentgyörgyi Ferencz, Székely Béla, Sommer Ferencz, Urbanetz Ede, Vollweiter János, Weiner Dávid, Zappé Ede, Wágner György, Alet Alfréd, Ács Sándor, Ákoncz Károly, Ániszfeld Endre, Balog J. Zs., Berkes Sándor, Botár Samu, Brach Samu, Braun Gyula, Breyer Sándor, Csap Miklós, Cseresnyés Ernő, Csiky L. János, Dávid János, Drágics Imre, Dsida Sándor, Erős József, Engel Nándor, Feja Ferencz, Fejes Lajos, Fischer Ernő, Földi Miklós, Fuchs Vilmos, Gál Arthur, Genersich Vilmos, Gergő Samu, Gottlieb Ede, Grasser József, Günczler Márkus, Gyárfás Ferencz, Hannig György, Herz Samu, Horváth Béla, Hudovernig Károly, Jaksics Lajos, Jánossy Gyula, Kanárik Jakab, Kanócz János, Kapp Viktor, Katona Gyula, Kerekes Gyula, Kerekes István, Kerekes Pál, Kiss Vilmos, Klein Mór, Kóczián Géza, Kohn Ármin, Konrád Jenő, Kottler Sándor, Kozma Jenő, König József, Krämer Lipót, Krieser Arnold, Kuszing János, Lakatos Mihály, Lachs Simon, Láng Jakab, Lehoczky Imre, Lechner Károly, Lenkei Vilmos, Lévai Dezső, Licsek Ákos, Luczy Gusztáv, Lukács Imre, Magyar József, Magyar Károly, Markovich Sándor, Mikó Géza, Ofner Károly, Politzer Jakab, Pollatsek Márkus, Rajkovich Artur, Raisz Mór, Riedler Zsigmond, Rosenberg Alajos, Rosenberg Samu, Saly Mátyás, Sarlay Vilmos, Siklóssy Albert, Soltész József. 4—4 koronát. *Katona József* dr. pénztáros.

Az anyák figyelmébe az orvos rendszerint a legnagyobb körültekintést a gyermek elválasztási időszakában ajánlja. Ma már rendszerré válik ez időtájt a **Phosphatine Falières** tápszer adása, mert könnyű emészthetőségénél és nagy táperejénél fogva pótolhatatlan e készítmény.

Lapunk mai számához a *Knoll & Co. Ludwigshafen a. Rhein* czég „**Digipuratum**" czimű prospectusa van csatolva.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) **Telefon 81—01.**
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd. **VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.**

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét **VII., Nyár-u. 22. sz.** alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Dr. Doctor **Kossuth Lajos-utcza 3. sz.** (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Ujtátrafüred Sanatorium
légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fütés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** **Egész éven át nyitva.**

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

Dr. RÉH **Elektromágneses gyógyintézete. VII., Városligeti fasor 15** Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Epileptikus betegek intézete
BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazg.-tulajdonos. 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 szülőnők részére.**

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörű fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** haskötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendü minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (I. ülés 1912 márczius 15.-én.) 313. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 315. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(I. ülés 1912 márczius 15.-én.)

Elnök: **Kuzmik Pál.** Jegyző: **Lobmayer Géza.**

Ifjúkori végbélcarcinoma esete.

Láng Adolf: A fiatal korban fejlődő rákok számát szaporítjuk az 1. számú sebklinikára 1911 május hó 15.-én felvett 14 éves gyermek esetével, kinek kórtörténete a következő:

A cachexiás, nagy fokban lesoványodott, szenvedő arczú, elég intelligens fiú-gyermek elmondja, hogy 1910 nyarán egy izben véres hasmenése volt, majd 1910 deczember közepétől kezdve állandóan véres a széke, azóta végbeléből genyes-véres kifolyás és kínzó hasmenés gyötri.

A beteg végbélnyilása tátongó, belőle genyes váladék szivárog. A sphincter fölött egy ujjal tömött tapintatú, a környezettel szorosan összekapaszkodó, megmozdíthatatlan, dudoros, a végbél felé kifekélyesedett, fájdalmas daganat érezhető, mely a rectum lumenét kisujjkúpnyira megszűkíti. A daganat a végbelet körülfogja és majdnem a medencze egész kimenetét elfoglalja. Végbéltükrön keresztül a fekély alávájt szélű, piszkos-szürkés, genyes lepedékkel födött. A lágyék-mirigyek mindkét oldalt megnagyobbodtak.

A bismuthummal megtöltött végbél Röntgen-átvilágításkor 2 mm. széles, 9 cm. hosszú szűkületet mutat, mely a daganat középpontjában egy cm. hosszúságban $1^1/_2$ cm.-nyire kitágul. A medenczét a Röntgen-átvilágítás alkalmával ökölnyi daganat által kitöltöttnek látjuk.

Tehát inoperabilis végbéldaganattal volt dolgunk. A daganat növekedése folytán lassan fejlődő ileust fog okozni; az esetleges és egyetlen szóbajöhető colostomia idejének kivárása és elvégzése végett az önmagával tehetetlen, ápolásra szoruló beteget a klinikán tartjuk.

Június közepén az alsó végtagok oedemája állott be, a daganat növekedése folytán a várt chronikus ileus kifejlődött és a palliativ műtétet, a colostomiát, *Dollinger* tanár megbízásából 1911 június hó 19.-én elvégeztem. Július hó elején vizelet-retentio áll be, mely miatt állandó kathetert helyezünk az urethrába. A beteg állapota folytonosan rosszabbodik és 1911 szeptember hó 2.-án a szívműködés folytonos gyengülése közben beáll a halál.

Bonczolás alkalmával kiderül, hogy a hasüregben vagy 200 cm^3, kissé zavaros folyadék van, a hashártya általában sima, fénylő, halavány, a Douglas-üreg a végbél szívós odanövése folytán részben záródott. A hólyag feletti hashártyán mákszem-kendermagnyi szürkés-fehér, részben barnás, daganatszövetből álló csomók láthatók.

A két vesének rendkívül lágy, elmosódott rajzolatú állománya mákszem-kendermagnyi, sűrű, zöldes-sárga genyet tartalmazó tályogokkal áthatott. A vesemedencze nyálkahártyája duzzadt, bővérű, ilyen a bal ureter is. Az ureter a kis medenczében nincs erősebben rögzítve. A jobb ureter az alsó részében a végbél és hólyag közötti szívós kötőszövetbe jut, benyílásától $2^1/_2$ cm.-nyire derékszögben megtörik, de szondázható.

A máj a jobb lebenyében levő két ökölnyi, féltenyérnyi területen fehéresen áttűnő csomó miatt megnagyobbodott. A daganatos csomó a közepén köldökszerű behúzódást mutat, mely helyhez a cseplesz egy kötege megy. A májban egyébként is vannak diónyi daganatcsomók, a melyek tömött, szívós, szürkés-fehér, áttűnő alapszövetből állanak, benne fakósárga hálózat vagy foltozottság látszik. A sima szélű colostomia nyilásától lefelé a bél nyálkahártyája még inkább duzzadt, bővérű, a végbél a hólyaggal szívósan összenőtt, nagyon szívós szövet rögzíti a keresztcsonthoz és a kis medencze oldalához is úgy, hogy a végbél egy majdnem ökölnyi, tömött, kérges daganatszöveten halad keresztül és erősen megszűkül olyannyira, hogy alulról még az ujj hegyét sem fogadja be. A végbél felvágásakor kiderül, hogy a bélfalzat az anus felett csak 6 cm. távolságig ismerhető fel. Innen lefelé 3—4 cm.-nyi hosszban egészen köröskörül hiányzik a bélfal, itt egy kb. diónyi, dögbűzű, szennyes-szürke, genyszerű anyaggal kitöltött czafatos üreg keletkezett, mely szívós, kérges, fakósárga foltokkal tarkázott szövet által van körülvéve. A végbél fala úgy a felső, mint az alsó szélén erősen megvastagodott és vörhenyesen beivódott daganatos szövettel áthatott, különösen a nyálkahártya erősen duzzadt és bővérű. A húgycső nyálkahártyája a prostata tájékán rostonyás lepedékkel fedett, a prostata alatt az urethra előtt egy főtt borsónyi, zöldes-sárga genynyel telt tályog található. A periportalis nyirokcsomók mogyorónyiak, fehér, daganatos szövetté alakultak át.

Diagnosis: Cc. recti exulceratum scirrhosum totaliter circumferens parietem recti in longitudine 4 centimetrorum totaliter devertans cum propagatione ad cavum vesicorectale et textum perirectale. Synechiae callosae ibidem. Compressio ureterum, pyonephr. l. s., hydronephr. l. d. Metastases carcinomatosae peritonei, nodulorum lymphaticorum periportalium et hepatis permagnae et nodulorum lymphaticorum inguinalium. Atrophia, anaemia universalis. Thrombosis marantica venae anon. et jug. sin. et subclav. sin. cum oedemate extrem. sup. sin., venae iliacae commun. ext. et femor. sin. sum oedem. extr. inf. dextr. Colost. ad col. sigm. 2 menses ante facta.

A daganat az I. számú kórbonczolástani intézet vizsgálata szerint „adenocarcinoma recti cum metastasibus hepatis“.

A rákos daganatok a fiatalkorban, az életévnek 15. évéig ugyan ritkán fordulnak elő. *Steffen* 1905-ig a világirodalomból csupán az emésztőrendszer rákjai közül 57 esetet említ és ha még kiegészítjük az újabb irodalomban található 13, valamint a magánértesülésből vett *Hültl*-féle esettel, a mely egy 14 éves fiút illet, kin a mikroskopi vizsgálat is végbélrákot igazolt, továbbá a mi esetünkkel, összesen 62 rák jut a fiatalkori emésztőtractusra. A 16. életévtől *Balás Dezső* állított össze statisztikát részben a maga észlelte, részben az irodalomban talált esetek alapján.

Az élet első, másfél decenniumának rákosai között

nyelvrákja volt egy 11 éves leánynak;

kemény- és lágyszájpadrákja egy $4^1/_2$ éves leánynak;

májrák 22 esetben volt, ezek közül 3 újszülött, egy 10 napos, kin általános carcinomatosis fejlődött ki, egy 8 hetes, egy 3 hónapos, a tüdő- és a retroperitonealis mirigyek metastasisával, egy 4, egy 6, egy 7, egy 8 hónapos csecsemő, két $1^1/_2$ éves, egy 2 éves gyermek; a legidősebb a 22 eset közül 14 éves;

pankreas-rák 3 esetben volt, a legfiatalabb 2 éves, a legidősebb 13 éves;

gyomorrákja volt egy 5 hetes csecsemőnek (cc. pylori) és egy 13 éves leánynak (cc. cardiae);

vékonybélrákja egy 12 éves gyermeknek;

colon descendens rákja egy ismeretlen korú gyermeknek;

sigma-rákja egy 12 éves leánynak és egy 15 éves fiúnak;

végbélrák 18 esetben volt, ezek közül a legfiatalabb egy újszülött (*Ahlfeld* esete), majd a *Kammerer*-féle 6 hónapos csecsemő következik, a többinek kora 7 évtől 15 évig terjed; nemre nézve 6 leány, 8 fiú, 4 ismeretlen nemű;

hashártyarákja volt 5 fiúnak, a legfiatalabb $3^1/_2$ éves, a legidősebb 12 éves;

csepleszrák egy esetben volt 2 éves fiún;

a retroperit. mirigyekből kiinduló rák egy esetben (11 éves fiú).

A fiatal korban jelentkező emésztőrendszerbeli rákok relativ gyakoriságát úgy magyarázhatjuk, hogy a fejlődés munkájánál az emésztő tractus van leginkább igénybe véve, erre háramlik a legnagyobb feladat a szervezet háztartásában, hogy a már megalapozott, de teljesen meg nem épített embert munkaképessé és ellentállóvá fejleszsze; minthogy e munkatöbblet nagyobb megterheléssel jár, gyakran minden nyom nélkül elmúló, máskor súlyos zavarokat okozó emésztő rendszerbeli bántalmak fejlődnek. Közelfekvőnek látszik tehát az a gondolat, hogy az ily bántalom disponáló momentumként szerepel a fiatal korban fejlődő rákok aetiologiájában. Többé-kevésbé igazolja ezen feltevést a statisztika is, a mennyiben az eseteknek túlnyomó része a tulajdonképpeni emésztőszervekben fordult elő.

Más elbirálás alá esik az újszülöttek és az egészen fiatal csecsemők rákja. Ujszülötteken veleszületett rákról van szó, fiatal csecsemőkön pedig nem képzelhető el, hogy az extrauterin életben képződött volna. E rákok mindenesetre értékes támpontot adnak az embryonalis csírák lefűződését és elszóródását felvevő aetiologiájának.

A symptomatologiát illetőleg a fiatal korban jelentkező rákok nem különböznek az idős emberek rákjától. A mi esetünkben is épp oly jelenségeket provokált, mint felnőtt egyénben, a mechanikai ileus akként fejlődött ki, mint a felnőttekben és éppen olyan rák-comában pusztult el a beteg szívgyengeség tünetei között, mint a többi rákos.

A kifejlődött daganat hamarabb teszi tönkre az amúgy is kis ellentálló képességű fiatalkorú egyént, mint az idősebbet. Ha esetünkben az első véres széket veszszük a rák kezdete időpontjának, akkor egy év alatt tette tönkre a rák a 14 éves fiúgyermeket, tehát fele idö alatt ölte meg, mint átlagosan számítva a felnőtteket. Természetesen, ha valami közbeeső momentum is közrejátszik, tehát nem egyedül a rákos méreg az, a mi pusztítja a beteget, hanem pl. a rákos fekély átfúródása következtében a szabad hasüreg befertőződik, a halál korábban következik be peritonitis folytán.

A gyógyítás, ha még operabilis a daganat, csak műtéti lehet.

Nagykiterjedésű koponya-impressio operált és gyógyult esete.

Keppich József: A 35 éves kocsist 1912 február 16.-án doronggal ütötték fejbe; erre elszédült, elesett, majd társai hazavezették. Másnap saját lábán kereste fel a Szt. István-kórháznak *Hültl* főorvos vezetése alatt álló osztályát. A bal homlokdudoron harántul futó, 4 cm. hosszú repesztett seb, mely a csontig terjed, a bal koponyafél kissé belapult, a jobb szemen nagyfokú nystagmus, a beszéd akadozó. A beteg elmondja, hogy jelenleg harmadízben tört be koponyája, első ízben 14 év előtt jobboldalt, a mikor három héten át a bal arczfélen kezdődő és eszméletlenséggel járó görcsei voltak.

8 éve csendőr puskatussal fejbeütötte, még pedig a bal füle fölött. Utána $^1/_2$ óra mulva jobb arczfelében görcsök mutatkoztak, melyeket eszméletlenség követett. A görcsök 1—3 hetenként jelentkeztek. Három év előtt ezen Jackson-epilepsia miatt *Verebély* magántanár megoperálta, a görcsök el is múltak.

A beteget chloroform-narcosisban azonnal megoperáltam. A metszést tágítva kitűnik, hogy az impressio sokkal nagyobb, mint a milyennek feltételezhettük, a mennyiben az os frontale bal fele és az egész baloldali os parietale öt darabra van eltörve és erősen benyomva. A repesztett sebet 10 cm.-nyire tágítjuk és erre merőleges 12 cm. hosszú bemetszést ejtünk. Az impressio méretei sagittalis irányban 16 cm., harántirányban 10 cm. A galeát a csonthártyával együtt levonva, az imprimált csontdarabokat kiemeljük. A koponyacsontok vastagsága 3—4 mm. A csontdarabok szélét lekerekítve, visszahelyezzük őket, csupán az egyik kisebb darabot nem, mivel ez minduntalan a szomszédos darab alá csúszott. Csomós, átöltő silköltésekkel, melyek a periosteumot is fogják, a sebet egyesítjük. A profus vérzés miatt vékony jodoformcsikkal drainage.

A beteg sebe teljesen reactiomentesen gyógyult. A nystagmus a harmadik napon megszűnt. Az első napokban kisfokú motoros aphasia állott fenn, ez lassanként javult és elmult. Négy héttel a műtét után a törött csontok már consolidáltak, a hiányzó részlet is nagy rászben csontszövettel telődött ki. Nem képzelhető el, hogy ily rövid idő alatt már végbement volna a csontdarabok substituálódása, tehát fel kell vennünk, hogy a kiemelt és visszahelyezett csontdarabok begyógyultak.

Terhes méh megcsavarodott tubája által előidézett bélelzáródás; műtét; gyógyulás.

Keppich József: A 28 éves nő belső bélelzáródás tüneteivel kereste fel 1912 február 27.-én *Hültl* főorvos Szt. István-kórházi sebészeti osztályát Elmondja, hogy négy ízben rendes lefolyású szülése volt. Nem vetélt el. Jelenleg terhes, utolsó tisztulása 1911 augusztus 28.-án volt. Két hét előttig teljesen egészséges volt, ekkor hasában görcsök jelentkeztek, melyek naponta többször, állandóan fokozódó intensitással jelentkeztek; 4 nap óta széke nincs, szelek sem mennek, a görcsök mind sürübben jelentkeznek.

Alacsony termetű, gracilis csontrendszerű nőbeteg. Mellkasi szervei épek, a szívhangok tiszták. A has erősen elődomborodó, legfőként a köldök körül, itt a VI. hónapnak megfelelő nagyságú terhes méh tapintható. A magzatszívhangok jól hallhatók, a beteg a magzatmozgásokat jól érzi. A has különben puha, a flexura lienalis táján rendkívül érzékeny, ugyanitt kisfokú défense musculaire, mely a mélybe való tapintást lehetetlenné teszi. A májtompulat az V. bordán kezdődik, $1^1/_2$ harántujjnyi, mobilis. A léptompulat normalis, a Traube-tér szabad. A bal hypochondriumban és mesogastriumban időnként két hurkaszerű elődomborodás látható, melyek harántirányban futnak. A genitalis vizsgálat további támpontot nem nyujt. A végbél teljesen üres, a végbélszonda 40 cm.-re vezethető fel, a magas beöntést a beteg megtartja, $^1/_4$ óra mulva a folyadék kevés törmelékes bélsárral keverve kiürül, szelek nem távoznak.

Diagnosisunkat belső bélelzáródásra teszszük, igen valószínűen a leszálló vastagbélen.

Tekintettel a VI. hónapban terhes méhre, hogy azt a medián bemetszéskor a sebből ne kellessen kibuktatni, s mivel a colon descendens elzáródása volt a legnagyobb valószínűséggel felvehető, a bal rectus külső szélén hatoltam be. Aether-narcosis. Magasra emelt medenczefekvés mellett a méhet befelé húzva, azonnal előnyomulnak a puffadt vékonybelek s az igen erősen felfujt colon transversum. A hasban kevés tiszta savó. Egy csepleszköteg szorítja le a colon descendenst s tapad a fali peritoneumon, ezt átvágom. Követve a puffadt colon descendenst, azt találjuk, hogy a baloldali tuba — mely közel a méhhez köralakú csavarulatot alkot, a vége körteszerűen kitágult s teljesen sötét szederjes színű — szorítja le a colon descendenst azáltal, hogy infundibulumával a colon mellett a fali peritoneumon tapad Az ettől distalisan fekvő colonrészlet teljesen összeesett. A tubát felszabadítva, a colonban a passage azonnal helyreáll. A nekrosisos tubát kiirtom s a hasfalat rétegesen rekonstruálom. Beöntésre és ricinusra a bélperistaltika megindul, szelek és szék bőven ürülnek. A beteg a magzatmozgásokat jól érzi. Teljesen láztalan lefolyás mellett a hatodik napon a per primam egyesült sebből a varratokat eltávolítjuk. A magzat él. A nő márczius tizedikén gyógyultan távozik.

A kiirtott tuba mandarin-mekkoraságú, vérömlenynyel telt.

Féregnyulvány-gyuladás czombsérvben.

Lobmayer Géza: Az 53 éves férfit 1912 január 29.-én vettük fel.

Három hét előtt vette észre, hogy jobb lágyékhajlatában daganat keletkezett. Ez egy napig fájdalmatlan volt,

majd élénk fájdalom, hasgörcs jelentkezett, úgy hogy egyenesen járni nem tudott. Étvágytalan lett, obstipatiója volt.

Az egyébként teljesen ép szervezetű beteg jobb lágyékhajlatában a Poupart-szalag alatt gyermekökölnyi daganat tapintható, mely felett a bőr szabadon mozgatható, alapjával nyelesen összefügg. Felette a kopogtatás hangja tompa. A lágyék-csatorna külső nyilása az előtte levő daganat miatt nem tapintható ki. A daganat nem helyezhető vissza a hasüregbe. Mindezek alapján a daganatot eleinte megnagyobbodott és érzékeny czombmirigycsomónak tartottuk. A beteg szürke kenőcsöt és párakötést kapott. A felvétel utáni 7. napon a beteg lázas lett (a hőmérsék 38°, a pulsus 90) és igen heves fájdalmat kapott a mirigyben. Igy tartott ez három napig, míg február 18.-án chloroform-narcosisban megoperáltuk. Műtét alkalmával a bőr alatti férfiökölnyi, megnagyobbodott nyirokmirigyekből álló tömeg tárult szemeink elé, melynek eltávolítása után kis almányi, szennyes-sárga tömlő tűnik elő, mely a czombcsatornán keresztül a hasüregbe folytatódik. A tömlőt megnyitva, belőle híg savós, nem büzös folyadék ömlik, a tömlőben magában pedig az ujjnyi vastag, sötét kékes-vörösesen elszincződött, erősen belövelt, 12 cm. hosszú féregnyulvány látható. Ennek segélyével kihúzzuk a czombcsatornán keresztül a vakbelet s a szokott módon eltávolítjuk a féregnyulványt. Ezután gyökeres czombsérv-műtétet végzünk s a sebet teljesen bevarrjuk. A beteg teljesen láztalan lesz, ötöd napra felkel és február 19.-én gyógyultan távozik.

Appendicitis czombsérvben a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Általában nehezen dönthető el, vajjon hasonló esetekben sérvtömlőben lezajló appendicitissel, avagy a féregnyulvány kizáródásával van-e dolgunk. Az adott esetben a klinikai lefolyás appendicitis mellett szólt.

Meckel-féle diverticulum kizáródott czombsérvben.

Lobmayer Géza: Az 56 éves férfit 1912 február 8.-án vettük fel.

Állítása szerint már évek óta észreveszi, hogy a bal oldalon a lágyékhajlatban duzzanata van, mely fájdalmakat nem okozott. Egy hét előtt ezen duzzanata fájdalmassá vált, megkeményedett, lázas lett, csuklott, hányt.

Felvételkor a beteg rendkívül módon elesett, súlyos beteg benyomását kelti, sensoriuma zavart, nyelve száraz, pulsusa alig tapintható, szapora, perczenkint 140, arhythmiás. A has puffadt, a bal czombhajlatban a *Poupart*-szalag alatt férfiökölnyi, nyomásra fájdalmas, a kívül végzett visszahelyezési kisérletektől helyenkint vöröses bőrrel fedett, dobos kopogtatási hangot adó nagyobbodás látható. A has e tájon érzékeny, legnagyobb érzékenysége azonban az ileocoecalis tájékon van. Szék nincs, szelek nem távoznak.

A beteget éjjel szállitották be az osztályra. Azonnal műtét chloroform-narcosisban. A műtét előtt azonban gyomormosást végezünk, a bőr alá konyhasó-oldatot juttatunk, valamint digalent és kámfort adunk. Behatolás a czombsérv fölött annak legnagyobb domborulatán. A sérvtömlőben rendkívül sok híg, sárga, büzös sérvviz és több sötétkék vékonybélkacs. A sérvkapu tágítása után ezek visszanyerik szinüket. A hasüregből bőven ömlik az előbb leírt sárgás folyadék. A belső sérvkapu tájékához egy köteg van rögzítve, a mely a hasüregben jobbra fölfelé húzódik. Ezt előhúzva kitűnik, hogy minlegy 4 cm. hosszú, a vékonybélrészletből kiinduló Meckel-féle diverticulum. Ezt reszekáljuk és csonkját szabályszerűen ellátjuk. Tekintettel arra, hogy a legérzékenyebb pont az ileocoecalis tájék volt, appendicitisre is gondolunk és behatolunk az ileocoecalis tájékon. A hasüreget itt is híg lé tölti ki. A belek belöveltek, fényevesztettek, fibrinnel bevontak. A féregnyúlvány ép s kitűnik, hogy az érzékenységet a nem messze az ileocoecalis tájéktól eredő *Meckel*-féle diverticulum vongálása okozta. *Mikulicz*-tampon. *Katzenstein*-infusio. Műtét után két napig a beteg jobban van. Az előzően száraz nyelv nedves lesz. Széke több ízben volt. Szelek távoztak.

Majd hirtelen újabb peritonealis tünetek mutatkoztak s a beteg febr. 11.-én meghalt. A bonczolás kiderítette, hogy a halált egy bélfekély utólagos átfúródása okozta.

A *Meckel*-féle diverticulum baloldali czombsérvben rendkívül ritka. A leírt gyér esetek előfordulási sorrendje: jobb lágyéksérv, jobb czombsérv, bal lágyéksérv.

Pólya Jenő: A *Littré*-féle sérv igen nagy ritkaság. Nemrégiben látott egy esetet, phlegmone a *Scarpa*-féle árokban, az alorvos megoperálta. A bélsárból hengeres képletet lehetett kihalászni, melyet appendixnek tartottak. Csakhogy kiderült, hogy az appendix ép volt, a vékonybélen azonban egy lik volt, tehát *Meckel*-féle diverticulum forgott fenn.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A tetanus serumtherapiájáról folyt a vita a párisi „Société de chirurgie“ márczius 27.-én tartott ülésén. A többi között *Delbet* említette egy esetét, a melyben a prophylactice adott serum daczára kifejlődött a tetanus. Érthetővé teszi ezt az esetet az a körülmény, hogy a tetanus ellenes serum hatása csak 7—8 napig tart, a jelzett esetben pedig 13 nappal a serum adása után jelentkeztek a tetanus tünetei. Minthogy a serum csupán a tetanus-toxinra hat, magára a tetanus-bacillusra ellenben nem: a bacillusok tovább termelik a mérget, a mely azután a 7—8. napon túl már nem közömbösíttetvén az egy ízben adott serum által, a tetanus kifejlődhetik. Ezért ajánlatos hetenként megismételni a serum befecskendezését, a míg teljesen behegedt a seb.

PÁLYÁZATOK.

296/912. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásban, Alvincz székhelylyel biró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Alsócsóra, Alsótatárlaka, Maroskarna, Akmár, Szarakszó, Rakató, Borsómező, Poklos és Oláhdálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908 évi XXXVIII. t.-cz.), 2. 500 korona évi lakbér; 3. 600 korona évi útiátalány; 4. 1000 korona helyi pótlék; 5. vármegyei szabályrendelettel megállapitott látogatási díjak.

A körorvos köteles összes községeit havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör szegényeit ingyen gyógykezelni.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **f. év május hó 31.-éig** nyujtsák be, mert a későbben érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napját később fogom kitűzni.

A megválasztott körorvos köteles állását megválasztatása esetén azonnal elfoglalni.

Alvincz, 1912 április 16.

Pongrácz, főszolgabiró.

1157/1912.

Aradvármegye magyarpécskai járáshoz tartozó szemlaki **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1912. évi május hó 30.-áig** nyujtsák be, mert a később érkező pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása:

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona törzsfizetés, 400 korona lakbér, a községi és körorvosok rendelési, műtéti, látogatási díjakról alkotott 63/909. kgy. sz. megyei szabályrendeletben megállapitott díjak, mely szabályrendelet azonban még nincs jóváhagyva; az évenként teljesitendő védhimlőoltásokért s a halottkémlelésért megállapitott díjazás. Mint egyedüli orvos, az aradi munkásbiztositó pénztár pénztárorvosi állására is kilátása van.

A választás megtartásáról később fogok intézkedni.

Magyarpécska, 1912 április 9.

Lenk, főszolgabiró.

1912/186. sz.

A nagyszebeni m. k. bábaképző intézetnél a **második tanársegédi állás** betöltendő, mely 1000 korona évi fizetéssel 400 korona személyi pótlékkal és egyelőre az új intézet felépítéséig 640 korona évi lakpénzzel és 45 korona havi élelmezési díjjal van javadalmazva. Eddigi tanulmányaikat igazoló irataikat a pályázók mielőbb küldjék be. Előnyben részesülnek azok, kik a szakmával már foglalkoztak és a román nyelvben jártassággal bírnak.

Dr. Süssmann Frigyes, bábaképezdei igazgató-tanár.

1090/1912. szám.

A megüresedett nagykamarási **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kör két községből áll, melyek egymástól körülbelül 2 km. távolságra vannak. Az állás javadalmazását képezi:

1. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés és 4 korpótlék à 200 korona.
2. 800 korona személyi pótlék.
3. Természetbeni lakás avagy 400 korona lakbér.
4. A szabályrendeletileg megállapított látogatási, távolsági dijak és fuvarátalány.
5. A házi gyógytárból befolyó jövedelem.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **május 10.-éig** küldjék be.

Elek, 1912. évi április hó 11.-én.

Mladin Mihály, főszolgabíró.

1808/1912.

Hevesvármegye pétervásárai járásban Recsk székhelylyel 6 községből álló **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés korpótlékkal, 600 korona lakbér, 400 korona utiátalány és a szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Az uradalmi orvosi állás elnyerése esetén a körorvos az uradalomtól mintegy 3000 korona javadalmazásban részesül.

A választást **folyó évi május hó 15.-én délelőtt 10 órakor** Recsk községházánál fogom megtartani.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi május hó 12.-éig** adják be.

Pétervására, 1912 április 9-én.

Drisnyey Béla, főszolgabíró.

536/1912.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kunszentmiklósi járásához tartozó Páhi községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében megállapított 1600 korona készpénzfizetés és a törvény szerinti ötödéves korpótlék.
2. Addig, míg a lakáskérdés elintézést nyer, 500 korona lakbér a község pénztárából előleges negyedévi részletekben.
3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztandó községi orvos Csengőd telepen tartozik lakni, mely vasútállomás, tartozik továbbá a szegény betegeket ingyen gyógykezelni.

A lakosság száma 4156.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **1912. évi május hó 7. napjának délután 4 órájáig** adják be.

A választás folyó évi május hó 9. napjának délelőtt 11 órájakor fogom Páhi község székhelyén, Csengődön, a község házánál megtartani.

A megválasztott községi orvos állását május hó 15.-éig köteles elfoglalni.

Kunszentmiklós, 1912. évi április 8.

Martinovich László, főszolgabíró.

2253/1912. sz.

Zala vármegye nagykanizsai járásába kebelezett Légrád nagyközségben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Az 1908 évi XXXVIII. t.-cz.-ben meghatározott készpénzfizetés és ötödéves korpótlék, természetbeni kényelmes lakás mellékhelyiségekkel és kerttel, 4 erdei öl tűzifa és hússzemle-díjak.

Díjmentesen köteles a községi orvos a halottkémlést teljesíteni, a szegény betegeket gyógykezelni és az iskolásgyermekeknek bizonyitványt kiállítani.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket szolgálati úton hozzám **folyó évi május hó 18.-áig** terjeszszék be.

A választást f. évi május 20.-án délután 4 órakor fogom a községházánál megejteni.

Az állás szabályszerűen felszerelt és előterjesztett kérelem alapján helyettesítés útján azonnal elfoglalható.

Nagykanizsa, 1912 április 16.

A főszolgabíró.

2897/eln. II/1. 1912. sz.

A bábolnai m. kir. ménesintézetnél megüresedett s a IX. fizetési osztályba sorozott **orvosi állásra**, mely évi 2200 korona készpénzfizetés, 400 korona személyi pótlék, szabad lakás, 1 hold földilletmény, 2000 kgr. szénaváltság és napi 2 liter tej, 480 kgr. buza, 440 kgr. rozs, 400 kgr. árpa és 12 köbméter tüzifa járandóságokkal van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kivánók keresztlevéllel (születési, anyakönyvi kivonat), továbbá végzett tanulmányaikról, eddigi gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyitványokkal felszerelt folyamodványokat **folyó évi május hó 1.-éig** a vezetésem alatt álló ministerium lótenyésztési osztályában nyujtsák be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek. Az egészségügyi szolgálat a ménesintézetnél katonailag lévén szervezve, a folyamodványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamodó magát szolgálati ideje alatt mindenben a katonai szabályoknak aláveti és úgy a ménesintézet parancsnokságának, valamint igazgatóságának rendeleteit teljesíti.

Budapest, 1912 április 5.

M. kir. földmivelésügyi minister.

4651/1912. sz.

Trencsén vármegye trencséni közkórházánál megüresedett második **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, a kik ezen nyugdijképességgel és az alább részletezett javadalmazással egybekötött állást azonnali belépés mellett elnyerni óhajtják, hogy a vármegyei főispán úrhoz czimzett és az 1883. évi I. t.-cz 9. § III. pontjának 2. bekezdésében előirt képesítésről tanuskodó okmányokkal, valamint a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági orvosi és erkölcsi bizonylattal is kiegészitett kérvényeiket legkésőbb **f. évi április hó 30.-áig** nyujtsák be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen második másodorvos évi javadalmazása 2600 K. törzsfizetés, 800 korona lakbér, avagy 3 szoba, konyha, fürdőszoba, éléskamra, pincze, fűtés és világitással ellátott természetbeni lakás és az inspectiós napokon első osztályú élelmezés.

Kelt Trencsénben, 1912. évi márczius hó 29.-én.

Az alispán.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében** szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleirások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

56. évfolyam. 17. szám. Budapest, 1912 április 28.

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.

Benedict Henrik és **Róth Miklós:** Közlemény a budapesti tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. egyet. tanár.) A gyomorműködés befolyása a fehérjedissimilatióra. 317. lap.

Horváth Mihály és **Kalledey Lajos:** Közlés a budapesti kir. magy. tudom.-egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János.) Befolyásolja-e az intravenás-sublimatkezelés a bacteriumok virulentiáját? 320. lap.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szt Margit-közkórházból. A csecsemőkori inanitióról. 322. lap.

Irodalomszemle. *Könyvismertetés. H. Meyer* és *R. Gottlieb*: Die experimentelle Pharmakologie. — *J. Citron*: Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Römer*: A tűdővész származása. — *Belorvostan. Plesch*: A thorium hatása. — *Idegkórtan. Noica*: Tabeses ataxia. — *Elmekórtan. M. Serorg*: A homloktekervény-daganat eseteiben észlelt psychés zavarok és a homloktekervény összefüggése a psychével. — *Gyermekorvostan. Jenny Perlmann*: A forrólégkezelés a csecsemő eczemája ellen. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Baer*: Veronacetin. — *Wachtler*: Pneumonia. — *Dorner*: Status epilepticus. 326—328. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 328. lap.

Vegyes hirek. 328—329. lap.

Tudományos társulatok. 330—332. lap.

Melléklet. *Wenczel Tivadar*: A szűk medenczékről és therapiájukról.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. egyet. tanár.)

A gyomorműködés befolyása a fehérjedissimilatióra.

Irta: ***Benedict Henrik*** dr. egyet. magántanár és ***Róth Miklós*** dr.

Ismeretes a táplálék fehérjéjének azon tulajdonsága, hogy a felszívódása után legnagyobb részében felbomlik. A zsírok és szénhydratok sokkal kevésbé birnak ezen sajátsággal. A müncheni iskola a fehérjének ezen anyagcserefokozó tulajdonságát mint luxusconsumptiót ismertette s ez jelenleg *Rubner* kutatásai alapján úgy fogandó fel, mint a fehérje specifikus dynamikai hatásának eredménye. 26·6%-a a fehérje energiatartalmának mint meleg lesz szabaddá, 71·4%-a pedig azt a potentialis energiát képviseli, a mely a sejtek életében használtatik fel. *Abderhalden* és iskolája ezen dynamikai széttagolásnak czélját abban látja, hogy így az anyagcserében csak azon N-complexumok kerülnek kiválasztásra, a melyek a felhasznált fehérjemoleculák pótlására fel nem használtatnak. Bármint van is, azt régóta tudjuk, hogy a N-nek a vizelettel való kiválasztása megszabott szabályok szerint történik, újabbak azonban azok a vizsgálatok, a melyek e kérdésnek részleteivel foglalkoznak. *Voit* és *Feder* hússal való táplálás után vizsgálta a fehérjeanyagcserét, folytatta ezt *Gruber* és számos más vizsgáló, a kiknek vizsgálataiból bizonyos törvényszerűségek voltak megállapíthatók, a melyek lényege a következő:

A N-egyensúlyban levő egyénben nagyobb mennyiségű fehérjetáplálék után a fehérjének nagyobb része még a bevétel napján felbontatik, a kisebbik része a következő napon kerül kiválasztásra. A két rész közötti számarányra lényeges befolyással bir a bevitt fehérje minősége. *Helme* és *Hämäläinen* megállapította, hogy a fehérjék közül a protonnak 64, a borjuhúsnak 56, a tojásfehérjének 31%-a még a bevétel napján felhasználtatik. Különösen ez utóbbinak felhasználása és kiválasztása bonyadalmas, 6 napon át elhúzódó görbe alakjában történik, míg ez a protonra vonatkoztatva 4, a borjúhúsra nézve 3 nap alatt történik. *Voit* a fehérje felhasználódásának gyorsaságára vonatkozólag a következő sorrendet állapította meg:

a) gelatine, casein, serumalbumin, fibrin;
b) serumglobulin;
c) haemoglobin;
d) tojásfehérje.

A mennyiben az említett vizsgálatok teljesen egészséges egyéneken történtek, a kikben a gyomor- és bélrendszer chemismusa, motilitása s a felszívódás viszonyai normalisak voltak, felvehető, hogy ezekben a fehérjeemésztés és felszívódás már az első 24 órában megtörténhetett. A mennyiben pedig ez nem történt meg, azt úgy magyarázhatjuk, hogy bizonyos aminosavas csoportak az intracellularis anyagcserében nehezen voltak felbonthatók és desamidálhatók.

Azon vizsgálók, a kik a N-kiválasztást egy bizonyos próbaétkezés után óráról-órára vizsgálták, így elsősorban *Haas*, azt találták, hogy ez jellegzetes görbe alakjában történik. A szerint, a mint a kisérlet emberen vagy állaton történt, a görbe alakja más és más.

A görbe maximumát emberen a második vagy harmadik órában éri el; minél nagyobb a bevitt fehérje mennyisége, annál később következik be a maximalis emelkedés. Egyes vizsgálók az V. vagy VI. órában újabb emelkedést találtak, innen kezdve a görbe lefelé esik s ha a bevitt fehérje mennyisége nem volt túlsok, a nyolczadik órában a kezdeti érték alá sülyed. A N-kiválasztás ezen görbéjének alakját egyes szerzők más és másnak találták; ennek oka abban rejlik, hogy a fehérje minősége és mennyisége a különféle vizsgálatokban más és más volt, másrészt pedig egyesek a fehérjén kívül szénhydratokat és zsírokat is adtak egyidejűleg, a mi *Gruber* és *Feder* vizsgálatai szerint a görbét elhúzó-

dottá és laposssá teszi. Eltérések jöttek létre akkor is, ha a vizsgált egyén a vizsgálat közben folyadékot vett fel. Ez a retineálva tartott nitrogent kimosva, megváltoztatja az értékeket annyira, hogy a kiválasztott N mennyisége 80—90%-a lehet a fehérjével bevittnek. Ezen hibaforrás elkerülése végett ajánlja *Haas*, hogy a kisérletet néhány órával megelőzőleg bőséges teát itassunk és ilyen módon az előző napról retineálva tartott N-t kiöblítsük. Ha az megtörtént s a kisérletet ezután végezzük, azonban kisérlet közben vizet itatunk, akkor a kiválasztott N körülbelül 75%-a a bevittnek. Ha pedig a kisérleti egyén a kisérlet alatt folyadékot nem vesz magához, akkor ennek mennyisége 50%. Erre vonatkozólag különben még saját vizsgálataink ismertetésekor visszatérünk.

Kérdés ezek után, hogy miképpen magyarázhatjuk a N kiválasztási görbéjének jellegzetes lefolyását a kisérleti idő, 8 óra leforgása alatt. Miképpen áll ez a fehérjedissimilatio lefolyásával összefüggésben? A dissimilatio egy része a gyomor- és bélrendszerben, egy része a bélfalban játszódik le, másik része azonban ezeken kívül az intracellularis anyagcserében folyik. A felvett fehérje a gyomorban már hasad a sósav pepsinhatására, sőt kis mértékben felszívódásra is jut; a gyomor motilitása a bélbe hajtja, a hol az aktivált pankreas- és bélnedvenzymák hatására tovább bomlik polypeptidekre és aminosavakra s miközben ezek a vékonybél hosszú útján áthaladnak, lassankint felszívódásra kerülnek.

A bélfalban a fehérje újra rekonstruálódik s a májba vitetik, a hol a N-mentes részek lehasadnak, a N-tartalmúak pedig desamidálódnak. A képződött húgyanyag azután a vesék útján kiválasztatik. A N-tartalmú anyagok kiválasztását mutató görbe tehát különféle egymásután következő, finoman beállított anyagcserefolyamatnak eredménye. Ezen görbe megmutatja nekünk a fehérjedissimilatiónak egész lefolyását, a mint az a különböző, előzetesen felsorolt tényező együtthatásából létesül.

Ezek után természetes, ha ezen tényezők valamelyike változást szenved, akkor a N-kiválasztás görbéjének is megfelelő elváltozást kell mutatnia. Érdemesnek láttuk ezen felvétel alapján, hogy különböző gyomorzavarok esetén a N-kiválasztás görbéjét tanulmányozzuk.

Érdeklődésünk elsősorban klinikai-pathologiai volt s csak másodsorban gondoltunk arra, hogy az esetleges jellegzetes változásokból diagnostikai következtetéseket vonhatunk le. Nem mintha a gyomor-béldiagnostikai más eljárások, a Röntgen, a szondavizsgálat s a pontos faecesvizsgálat e tekintetben nem nyujtanának eleget, sőt többet is. Arra sem számítottunk, hogy ezen methodussal a motoros és secretiós zavarokat nagyobb quantitativ élességgel állapíthatjuk meg. A mint azonban a vérkeringési szervek diagnostikájában minden egyes szívüregnek, minden egyes ostiumnak minutiosus vizsgálata az egész vérkeringés lefolyásának szempontjából fontossággal bir, úgy itt is arról van szó, hogy egy természetes functionalis vizsgálat segélyével meggyőződjünk arról, hogy a gyomor- és béltractus micsoda befolyást gyakorol a fehérjeanyagcsere lefolyására, ha azok működése változott. Voltaképpen egy részletkérdés ez is, a mely azonban felhasználható az egész anyagcserecomplexus lefolyásának megítélésében.

Megállapíthatjuk, hogy a gyomor- és béltractus a fehérjeanyagcsere szempontjából sufficiens vagy insufficiens-e. A fehérjeemésztésre vonatkozólag nincsen módszerünk ez ideig, a melylyel erre vonatkozólag a gyomor-bélpathologiában felvilágositást nyerhetnénk. A szénhydrateemésztésre vonatkozólag ilyen analogiának vehetjük fel a *Schmidt*-féle erjedési próbát vagy pedig a faeces kombinált makro-, mikroskopi és chemiai vizsgálatát egy megállapított próbaebéd-emésztés idejének s a zsíros anyagoknak pontos számbavételével, a mint ezt *R. Gaultier* Párisban végezi.

Hogy vizsgálatainkban összehasonlítható eredményeket nyerhessünk, elsősorban egy egységes próbaétkezésről kellett gondoskodnunk. Kisérleteink alkalmával $^1/_2$ liter tejet, 100 gr. zsírmentes prágai sonkát és 2 lágy tojást adtunk a vizsgált egyénnek. Igy különböző fehérjeféleségeket kombinálva adtunk, a minek fontosságára az előzőkben tértünk ki. Az így bevitt fehérje mennyisége 52·85 gr. volt, ennek fele a húsra, a másik fele a tejre és tojásra esik. Az esetleg felhalmozódva tartott N-tartalmú anyagok kiöblítésére eseteink egy részében 4 órával az említett próbaétkezés előtt 500 gr. teát itattunk, más esetekben az öblítést az előző napon végeztük, a kisérletet megelőző nap délutánján Salvator-vizet adva a vizsgált egyénnek.

A mennyiben vizsgálatainknak czélja az volt, hogy a gyomor, illetőleg bélfal részéről szereplő tényezőknek a N-elválasztás görbéjére gyakorolt befolyását demonstráljuk, ki kellett zárnunk az intracellularis anyagcserében szereplő többi factornak anomaliáit. Hogy ez minden esetünkben sikerült-e, arra bizonyossággal nem lehet válaszolni. Mindenesetre törekedtünk arra, hogy a vizsgálatok olyan egyéneken történjenek, a kiken a máj anatomiai megbetegedéséről nem lehet szó, a hol tehát a desamidálásnak legalább értékelhető zavara nincsen jelen. Ügyeltünk arra, hogy a vesék épek legyenek. Olyan esetek, hol a vizeletben a legkisebb mennyiségű fehérje vagy mikroskop alatt vesealakelem volt, vizsgálatainkból ki voltak zárva. Ezen cautelák számbavételével számíthatunk arra, hogy a N rövid idővel lehasadása után kiválasztásra jut.

Mint előbb említettük, a kisérlet alatt folyadék itatásával a N-kiválasztást fokoztuk, még abban az esetben is, ha megelőzőleg a szervezetet jól átöblítettük. *Haas*-nak normalis egyénen történt vizsgálatai mutatták, hogy kisérlet közben a vízivás a görbe magasságát befolyásolja ugyan, de alakját nem. Kisérleteink alkalmával azonban mellőzni akartuk, hogy még egy faktort vigyünk be, mely a gyomor secretiós és motoros zavaraiban az emésztési processust befolyásolhatja s ezért a vizsgált egyének a kisérlet alatt folyadékot nem vettek magukhoz. A kisérlet 8 órán keresztül tartott. Minden órában az említett próbaétkezés elfogyasztása után gyüjtöttük a vizeletet, ügyelve arra, hogy a hólyag lehetőleg pontosan kiürüljön s az óránkénti portiók N-mennyiségét *Kjehldal* szerint meghatároztuk.

Vizsgálataink kezdetével mindjárt jellegzetes görbéket kaptunk normalis eseteinkben, a melyekből már előre levonhattuk azt a tanulságot, hogy a desamidálásra és a N-tartalmú anyagok kiválasztására normalis körülmények között is bizonyos időre van szükség. Bizonyítja különben ezt az ismert kisérlet, hogy diabetesessé tett és fehérjével hízlalt kutyákban a czukor előbb választatik ki, mint a N, a mint ez a *Zuntz-Geppert*-féle készülékkel végzett anyagcserevizsgálatokból is kiderült (*Magnus-Levy*).

Kisérleteinkben a legnagyobb nehézséget okozta az a körülmény, hogy az egyes egyének fehérjeforgalma nem egyforma. Ha kisérleteinkből lázas, carcinomás, cachexiás betegeket ki is zártunk, hasonlóképpen mellőztük az esetleges thyreogen fehérjebomlásos betegeket is, mégis a vizsgált egyének tápláltsága más és más volt. Ennek fontossága pedig könnyen érthető. A zsíros, bőfehérjéjű egyén N-forgalma természetesen nagyobb, mint a sovány, kevéshúsú és kevésvérű individuumé. Az első esetben az óránkénti N-kiválasztás nagyobb, a görbe kiindulási pontja magasabb. Kisérleteinkben csakugyan a N-nek az első órában való kiválasztása különböző értékeket tüntet fel. Ez a körülmény számba jöhet ott, hol az összes N-kiválasztást az összes N-bevétellel hozzuk összefüggésbe, azonban a görbék interpretatióját nem befolyásolja. Továbbá kérdéses volt az is, hogy a vizsgált egyének a bevitt és felszívódott fehérjének egy részét nem tartják-e vissza, a mire különösen lesoványodott, fehérje-appositióban levő betegeinken gondolhattunk. Azonban eredményeink azt mutatták, hogy pl. hyperacid betegeink közül azok, a kik lesoványodva jöttek a klinikára s a kik a kisérlet időszakában súlyban gyarapodtak s mindenesetre fehérjét opponáltak, nagyjában egészen úgy reagáltak, mint azok, kiknek súlya nem mutatott változást. Az appositiós fehérje tehát nagyjában azon fehérjének kárára történik, a mely — N-egyensúlyt feltételezve — a ki-

sérleti idő, 8 óra után juthatott volna csak kiválasztásra. Az első órákban a dissimilatiós görbén ez nem változtat.

Ezek előrebocsátása után áttérünk eseteink ismertetésére. A vizsgálati eredményeket a következő táblázatokba foglaltuk, a belőlük megszerkeszthető görbéket azonban nem mutatjuk be valamennyit, hanem megelégszünk az esetek ismertetése után a typusos görbék közlésével.

Normalis eseteink közül a következő két példát demonstrálhatjuk.

I. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	60	0·38	2·38	4·4
II.	51	0·68	4·25	8·0
III.	101	0·58	3 63	6·8
IV.	108	0·69	4·31	8·1
V.	97	0·54	3·38	6·3
VI.	31	0·52	3·25	6·1
VII.	61	0·46	2·88	5·4
VIII.	72	0·22	1·38	2·5
	531	4·07	25·42	47·6

II. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	34	0·51	3·19	6·0
II.	41	0·53	3·31	6·3
III.	62	0·78	4·88	9 2
IV.	45	0·51	3·19	6·0
V.	36	0·50	3·13	5·9
VI.	29	0·50	3·13	5·9
VII.	29	0·46	2·88	5·5
VIII.	20	0·35	2·19	4·1
	296	4·14	25·9	48·9

A belőlük levonható tanulság a következő: A N-kiválasztás az első esetben az I., a másodikban az I. és II. órában nem mutat változást. Ezután egy meglehetősen nagy emelkedés következik, mely az első esetben kissé lassabban, a másodikban gyorsabban esik le s körülbelül a VI. órában a kiindulási pont ismét el van érve. Az első esetben a maximum a II. és IV. órára esik; a kettő közötti differentia nem nagy, úgy hogy a közbeeső résznek valamelyes fontosságot tulajdonítani nem lehet. A második esetben a maximum a III. órára esik, mindkettőben azonban a VII. órában nyert érték alatta van a kezdeti értéknek. A kiválasztott N mennyisége csaknem egyenlő: 4·07—4·14 gr., daczára, hogy az első esetben a vizelet mennyisége csaknem kétszer akkora, mint a másodikban. Az első esetben a kisérleti egyén 4 órával a kisérlet kezdete előtt teával végezte a retentiós N kiöblítését, a másodikban a kisérletet megelőző nap délutánján kapott 1 liter Salvator-vizet hasonló okból. A kiindulási s a maximumot jelző érték közötti differentia az első esetben 0·31, a másodikban 0·27 gr. A kiválasztásra került N-nek megfelelő fehérje a bevittnek 4·76, illetve 48·9%-a volt.

Ezek után pathologiai eseteink ismertetésére térünk át. Hogy a hyperchlorhydriának a N-görbére való befolyását vizsgálhassuk, 5 erre alkalmas esetet választottunk ki. Mind az 5 esetben anatomiai elváltozások, mint ulcus vagy stenosis pylori csaknem teljes bizonyossággal ki voltak zárva. A két első esetben tiszta hyperaciditásról volt szó minden motoros eltérés nélkül. A többi 3 esetben, mint arról óránkénti Röntgen-átvilágítással meggyőződtunk, hypomotilitás volt jelen.

A két első eset a következő:

III. eset. J. S.-né. 39 éves. Évek óta fennálló typusos hyperacid panaszok. A fájdalmak 3 órával a táplálékfelvétel után jelentkeznek, néhány héten át tartanak. Közben jól érzi magát. A beteg éppen ilyen fájdalmas periodusban jött a klinikára; megelőzően erősen soványodott. Súlya 48·6 kg. (10 nappal a vizsgálat után 50·5 kg.) A gyomor nyomásra nem fájdalmas, a köldökig ér, időnként kiváltható loccsanás. A bismutpép 3 óra alatt elhagyja a gyomrot. Összaciditás 72, szabad HCl 60, tejsav, vér a gyomortartalomban nincsen.

IV. eset. A. D. 43 éves. Hasonló panaszok, mint a megelőző esetben. Normalis gyomorhatár, jó motilitás. A próbareggeli sok folyadékot tartalmaz, a mi valószínűvé teszi a hypersecretiót. Az üres gyomorból 30 cm³ 70 összaciditással bíró folyadék nyerhető. Próbareggeli után összaciditás 94, szabad HCl 74, a székben Weber negativ. (Testsúly 53 kg., 2 héttel a vizsgálat után 55·10 kg.)

A két eset vizsgálati eredménye:

III. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	123	0·43	2·69	5·1
II.	87	0·43	2·69	5·1
III.	83	0·51	3·19	6·0
IV.	75	0·76	4·75	9 0
V.	81	0·62	3·88	7·3
VI.	62	0·53	3·31	6·2
VII.	58	0·59	3·69	7·0
VIII.	41	0·51	3·19	6·0
	610	4·38	27·39	51·7

IV. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	104	0·49	3·06	5·8
II.	97	0·49	3·06	5·8
III.	88	0·56	3·50	6·6
IV.	71	0·81	5·06	9·6
V.	73	0·72	4·50	8·5
VI.	61	0·51	3·19	6·0
VII.	74	0·43	2·69	5·1
VIII.	52	0·40	2·50	4·7
	620	4·41	27·65	52·1

Ha ezen számokat, a melyek a complicatio nélküli hyperacid esetektől származnak, összehasonlítjuk a normalis értékekkel, akkor a két eset parallelismusa okvetlenül szembeötlő. Mindkét esetben a maximum a IV. órára esik, az első három órában a N-kiválasztás csaknem megegyezik a kiindulási értékkel. Az emelkedés tehát később következik be, azonban meredekebb, mint normalis eseteinkben. A VIII. órában a kiválasztás a III. esetben egyáltalában nincs, a IV.-ben alig van a kiindulási érték alatt. A kiindulási érték s a legnagyobb kiválasztási érték közötti differentia 0·33, illetve 0·32 gr. A kiválasztott N 4·38, illetve 4·41 gr., tehát valamivel magasabb, mint a két normalis esetben. A kiválasztásra került N-nal aequalis fehérje a bevittnek 51·7, illetve 52·1%-a volt.

A mi ezen esetekben leginkább feltünő, az az, hogy daczára a normalisnak felvett motilitásnak, a miről próbareggelivel és Röntgen-vizsgálattal győződtünk meg, a N-kiválasztás mégis kissé elhúzódott volt. Ezt úgy lehetne magyarázni, hogy a jelentékeny fehérjét tartalmazó táplálék után a pylorus nehezebben nyilott, s a gyomor kiürülése ennek folytán elhúzódott volt. A fehérje-emésztés és a fehérje-értékesítés azonban nemcsak hogy jó volt, hanem a normalis értéknek felette is állott.

A következő 3 hyperacid esetben a motilitás zavarai a rendes klinikai methodusokkal megállapíthatók voltak. Ezekben felvettük, hogy az atonia és a motoros insufficientia elsődleges, a hyperaciditás másodlagos volt.

V. eset. A. K. 41 éves. Étkezés után 2—3 órával bizonytalan panaszok, gyomornyomás, savanyú felböfögés. A beteg jól táplált (68 kg.). Gyomor felett loccsanás, az alsó gyomorhatár 2 ujjal a köldök alatt. Nagy gyomorhólyag. A bismutpép (50 gr. bismuthum carbonicum) az ötödik órában is kimutatható a gyomorban. Functionalis vizsgálat: 130 cm³ jól emésztett gyomortartalom, összaciditás 76, szabad HCl 56 (Ewald-próbareggeli). Eredmény:

V. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	190	0·58	3·63	6·9
II.	34	0·34	2·13	4·0
III.	32	0·41	2·56	4·8
IV.	49	0·54	3·38	6·4
V.	61	0·67	4·19	7·9
VI.	52	0·60	3·75	7·0
VII.	63	0·38	2·38	4·5
VIII.	39	0·43	2·66	5·0
	520	3·95	24·68	46·3

VI. eset. Hasonló panaszok, mint megelőzően. A gyomor alsó határa a köldök alatt. A bismutpép az V. órában még a gyomorban, gyenge peristaltika. Próbareggeli: 140 cm³, 90 összaciditás, 60 szabad HCl. Eredmény:

VI. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	114	0·36	2·23	4·2
II.	91	0·30	1·88	3 5
III.	85	0·52	3·25	6·2
IV.	85	0·70	4·38	8·2
V.	74	0·54	3·38	6·4
VI.	92	0·48	3·00	5·6
VII.	85	0·60	3·75	7·3
VIII.	74	0·50	3·13	5·9
	700	4·00	25·00	47·3

VII. S. R.-né, 38 éves. 3 órával az étkezés után heves gyomorfájdalmak, a melyeket tejivás, szóda szüntet. A gyomortartalomban a vér negativ. A gyomorhatár valamivel a köldök alatt. A bismut az ötödik órában még a gyomorban van. A peristaltika erősebb, mint az előző 2 esetben. Próbareggeli 145 cm³, 84 összaciditás, 62 szabad HCl. Eredmény:

VII. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	61	0·32	2·00	3·8
II.	58	0·44	2·75	5·2
III.	59	0·51	3·19	6·0
IV.	58	0·64	4·00	7·6
V.	62	0·66	4·13	7·8
VI.	71	0·71	4·43	8·4
VII.	53	0·67	4·19	7·9
VIII.	41	0·48	3·00	5·6
	463	4·43	27·68	47·3

Ha az V., VI. és VII. esetünket tekintjük, ezekben lassúbb az emelkedés, mint a III. és IV. esetben. A maximum a IV., V., VI. órában lett elérve. A kindulási érték s a legmagasabb emelkedés közötti differentia 0·34, 0 34, 0·39 gr. volt. A kiválasztott N a bevittnek átlag 49%-a volt.

Hogy ezen három esetben a lassú emelkedést a motorius insufficientia okozta, tanulságosan mutatja a következő jellemző eset:

VIII. eset. E. M. 51 éves. Régebben véres székei voltak, sokat szenvedett gyomortáji fájdalmakban, utolsó véres szék 5 év előtt. Jelenleg nagyfokú gyomorpanaszok, reggelenként többször a vacsora maradékait hányja ki, mire fájdalmai enyhülnek. Időnként napközben is hány 80—90 cm³ erősen savanyú folyadékot. A gyomor alsó határa 3 ujjal a köldök alatt van. A bismutpép az ötödik órában még a gyomorban van. A próbareggelit előzetes gyomormosás után végezve, 67 összaciditást és 53 szabad sósavat nyerünk Éhgyomorra 30 cm³ erősen savanyú, kevés ételrészt tartalmazó gyomortartalmat kapunk. A gyomortartalomban s a faecesben vér negativ. Brieger-próba negativ. Az eset kórképe tehát inkompenzált pylorusstenosisnak felel meg. A vizsgálat eredménye:

VIII. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	16	0·13	0·81	1·53
II.	28	0·24	1·50	1·83
III.	42	0·35	2·19	4·14
IV.	39	0·34	2·13	4·03
V.	42	0·43	2·69	5 09
VI.	43	0·35	2·19	4 14
VII.	44	0·48	3·00	5·67
VIII.	46	0·53	3·31	6·26
	300	2·85	17.82	33·69

A N-kiválasztás nagyon lassú. A kiindulási alapérték a beteg rossz tápláltsága folytán nagyon alacsony, s innen lassú emelkedés következik a VIII. óráig, a hol 0·53 gr.-ot ér el. A beteg tehát fehérje-dissimilatiójával ott tart, a hol kisfokú motoros insufficientiával biró betegek már a III., IV. órában tartanak. Ennek megfelelően a legmagasabb N-kiválasztási érték a kisérleti időn belül határozottsággal nem állapítható meg, leszállása pedig nem követhető. A gyomortartalom hyperacid volta okozza azt, hogy a lassú emelkedés daczára a kiindulási érték s a legmagasabb emelkedés értéke közötti differentia 0·40 gr.-ot tesz ki. A kihasználási százalék 33·69.

Pendantja ezen esetnek a következő:

IX. eset. Nőbetegről volt szó, a ki kompenzált bicuspidalis-insufficientiában és 20 év óta ulcusos fájdalmakban szenvedett. 10 éve manifest vérzések nem voltak. A fájdalmak balról jobbfelé sugároztak ki, leginkább a jobb váll felé. A fájdalmak 2 órával az étkezés után jelentkeztek a legnagyobb vehementiával s belladonna-készítmények, alkaliák rendesen csillapították. Szondavizsgálatba a beteg nem egyezett bele. A Röntgen-vizsgálat szerint a gyomorhatárok normalisak, a motilitás jó volt. Ulcus utáni perigastritises összenövéseket vettünk fel a pylorustájékon, jól kompenzált szűkülettel. A vizsgálati eredmény:

IX. eset.

Óra	Vizelet cm³	N-tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	36	0·38	2·38	4·5
II.	77	0·51	3·19	6·2
III.	71	0·54	3·38	6·3
IV.	89	0·59	3·69	6·9
V.	83	0·48	3·00	5 6
VI.	26	0·41	2·54	4·8
VII.	118	0·16	1·00	1·9
VIII.	35	0·04	0·25	0·5
	535	3·11	19·43	36·7

A kiválasztás, mint többi kisfokú motoros insufficientia-esetünkben, a IV. órában éri el maximumát, azután gyorsan leesik. A VII. órában a bő vizeletmennyiség daczára a kezdeti érték alá süllyedt, a VIII. órában a vizelet felette N-szegény volt. A gyors leesésnek biztos okát adni nem tudjuk, azonban jellemző, hogy az értékek sorrendje teljesen ellentéte az előbbinek, úgy, hogy az inkompenzált pylorusstenosis közötti differentia a N-dissimilatiós görbén is visszatükröződik.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. magy. tudom.-egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János.)

Befolyásolja-e az intravenás sublimat-kezelés a bacteriumok virulentiáját?

Irta: ***Horváth Mihály*** dr. tanársegéd és ***Kalledey Lajos*** dr. gyakornok.

A fertőző betegségek gyógyításában egyrészt a fertőző csirák gyengítésére, kevesbítésére, megölésére, másrészt a szervezet erősítésére, ellenállóképességének növelésére törekszünk. Az egyik éppen úgy mint a másik fontos tényezője annak a küzdelemnek, melyet a fertőző betegségek leküzdéséért folytatunk. A kisérleti therapiának kötelessége a kezelési eljárásokat mindkét irányban kipróbálni, megvizsgálni. Egy kezelési eljárást, a fertőző betegségek, főleg a gyermekágyi láz ellen ajánlott intravenás sublimat-injectiós kezelést vizsgáltuk oly irányban, hogy ez injectióknak a szervezet védőanyagaira gyakorolt — és már kimutatott (Orvosi Hetilap, 1911, 52. sz.) — befolyásán kívül, kimutatható-e a bacteriumokat gyöngítő hatása. Vagyis kisérletek útján meg akartuk állapitani, vajjon egy fertőző agenst hogyan befolyásol a c. i. v.-kezelés. A fertőző betegségek nagy tömege szinte lehetetlenné teszi az összes infectiók ellen e kezelési eljárást állatkisérletekkel kipróbálni, de meg részben meddő is volna a nagy munka, hiszen egy kezelési eljárást csupán csak állatkisérletek alapján megbirálni nem lehet és nem is szabad; arra főképpen a gyakorlat, a klinika van hivatva. Nem is az volt a czélunk, hogy a c. i. v.-kezelést tisztán ez alapon bíráljuk, mi csak a magyarázatát kerestük a gyakorlatban látható hatásnak és vizsgáltuk azon elváltozásokat, melyeken egyrészről a fertőző bacterium, másrészről a kisérleti állat a c. i. v.-kezelés folytán átmegy. Az a körülmény, hogy *Preisz* tanár tanulmányozása szerint a lépfene-bacillus virulentiája fokának megállapítása a legkönnyebb, illetőleg a

leginkább meghatározható, hogy ugyanez a bacterium a paradigmája a tokos és sporás bacteriumoknak, késztetett arra, hogy a lépfenével végezzük a kisérleteinket.

Kisérleteink során a következő kérdésekre akartunk választ kapni: 1. Befolyásoltatik-e a házinyúl lépfenéje a c. i. v.-kezelés által? 2. Kimutatható-e ezen befolyás a fertőzött állatból időnként vett bacteriumokon?

Preisz-nek a Magyar Orvosi Archivum hasábjain 1911-ben megjelent tanulmánya hosszasan és kimerítően tárgyalja a tok és a mérgezőképesség közötti összefüggést, másrészről pedig irányítóul szolgál az egyes lépfenetörzsek milyenségének megállapításakor. Kisérleteinkhez a fenti leírás szerint a legvirulensebb törzset használtuk, a sima nyúlós tenyészetet, mely igen dúsan készít sporát és tokot. 24 órás agartenyészet konyhasós emulsióját használtuk a fertőzésre. Az emulsio készítése, a bacteriumtömegek egyenletes elosztása sok fáradságot vett igénybe és csak részben sikerült. Hogy mégis megközelítőleg egyenlő mennyiséggel dolgozzunk, többször felráztuk az emulsiót és még mielőtt leülepedhetett volna, vettük ki a kívánt mennyiséget. Az emulsiót házinyúl czombjának adductoraiba adtuk, mert így könnyebben véltük megtalálni a keletkező infiltratumot. Kisérleteinkhez lehetőleg nagy házinyulakat használtunk, melyeknek egy részét előre kezeltük c. i. v.-vel, más részét a fertőzéssel egyidőben, ismét más részét az oltás után. A helyi elváltozásokból időnként vett bacteriumokból készített praeparatumokat megvizsgáltuk.

Az eredményeink, mint látni fogjuk, sokban különböztek a szerint, hogy mikor kezeltük c. i. v.-vel az állatot és hogy milyen adagot adtunk. Eleinte a c. i. v. toxikus dosisaival dolgoztunk úgy, hogy néhány állatunk tisztán sublimatintoxicatióban pusztult el. Az ilyen állat autopsiájakor toxikus májat, acut nephritist és paresisosan telt enteritises beleket találtunk. Állandóan figyelemmel kisértük összes kisérleti állataink súlyát. Minden kisérleti állatnak elpusztulása után lehetőleg rögtön oltottunk a szív véréből és kentünk vért tárgylemezre.

Mielőtt a fertőzött állatok tárgyalására térnénk, meg akarjuk említeni, ha csak néhány szóval is, azt, a mit a házinyúlnak a sublimat- (c. i. v.) tolerantiáját illetőleg tapasztaltunk. 1000—3000 gr.-os nyulakat használtunk és ily nagy állatokon is többször halálosnak találtuk a 3—5 mgr. c. i. v.-et. Az individualis különbségeket leszámítva, 5 mgr. c. i. v.-től minden házinyúl igen nagy súlycsökkenést szenvedett vagy el is pusztult mérgezésben.

Sublimat-intoxicatióban anthrax-fertőzés nélkül elpusztult három kisérleti állatunk: 15. sz. 1000 gr.-os 3 mgr.-tól, 28. sz. 2100 gr.-os 5 mgr.-tól, 30. sz. 1800 gr.-os 4 mgr.-tól. Egy 1500 gr.-os állatunk (22. sz.), a melyik 5 nap előtt fertőzve 4 mgr. c. i. v.-et kapott, szintén elpusztult — oltás negativ —, a bonczolás-lelet alapján sublimat-intoxicatióban.

Feltűnt, hogy eleinte, mikor nagyobb adag sublimatot injiciáltunk, jóval nagyobb volt a mortalitás, mint később. Ugy látszik, igazolást nyert a már másutt hangoztatott azon feltevésünk, hogy míg kis adag sublimat védőanyagszaporulatot okoz, nagy adagtól a védőanyagok roncsolódnak. Beigazolódott továbbá azon feltevésünk is, hogy eredményeinknek különbözni kell a szerint, hogy fertőzés előtt, a fertőzéssel együtt, vagy a fertőzés után kezeltük-e sublimattal az állatot és hogy mennyi idő telt el a kettő között. Tárgyalásainkban tehát ezek szerint csoportosítjuk kisérleteinket.

Előre bocsátjuk azoknak a kisérleti állatoknak kórleirását, melyek controllképpen szerepelnek, melyek t. i. sublimatot nem kaptak. Hat ilyen állatunk közül elpusztult három:

19. sz.	1200 gr.	súly	0·6 cm³	B*	emulsio	†	IV. napra	100 gr.	súlyveszteség	
53. „	1·50 „	„	1·0 „	C	„	†	V. „	300 „	„	
61. „	1950 „	„	1·0 „	D	„	†	II. „	300 „	„	

mind a hármon positiv oltás a szív véréből.

* A, B, C, D emulsióval jelezzük a bár egyenlő, sőt ugyanazon anthraxtörzs huszonnégy órás tenyészetéből, de különböző időben készült emulsiót.

A három controll állatunk, melyek nem pusztultak el, a következők: 26. sz. 1600 gr. 0·8 cm³ B-emulsio, borsónyi infiltratumból a praeparatumban sok tokos bacterium, 150 gr. súlyveszteség után életben maradt; 52. sz. 1900 gr. súlylyal, 1 cm³ C-emulsio, semmi helyi elváltozás, 300 gr. súlyveszteség; 60. sz. 2400 gr. 1 cm³ D-emulsio, semmi helyi elváltozás, 50 gr. súlyveszteség. Vagyis, egy közülök nagyon beteg volt, egy igen jelentékeny súlyveszteséget szenvedett el, míg a harmadik állat alig betegedett meg. A nem sublimátozott állatjainknak tehát fele elpusztult, az életben maradottak közül pedig kettő jelentékenyen megbetegedett.

Az oltás előtt adtunk c. i. v.-t 29 esetben.

1. sz.	2500 g-os	5 mgr.	c. i. v.	7 nap	mulva	1 cm³	A-emulsio,	szapor.	200 g-ot	
3. „	2500 „	5 „	„	6 „	„	1 „	A	„	fogyott	50 „
4. „	1950 „	4 „	„	6 „	„	0·8 „	A	„	„	200 „
5. „	1500 „	3 „	„	5 „	„	0·6 „	A	„	súlya nem vált.	
6. „	2200 „	4 „	„	5 „	„	0·8 „	A	„	fogyott	50 g-ot
7. „	1200 „	2 „	„	2 „	„	0·4 „	A	„	„	200 „
									(nagyon beteg)	
8. „	1400 „	3 „	„	2 „	„	0·6 „	A	„	fogyott	350 g-ot
									(exitus harmadnapra)	
12. „	1250 „	3 „	„	6 „	„	0·6 „	B-emulsio,	szapor.	200 g-ot	
13. „	2570 „	5 „	„	5 „	„	1 „	B	„	fogyott	1000 „
									(exitus negyed napra)	
14. „	1900 „	4 „	„	4 „	„	0·8 „	B	emulsio,	fogyott	200 g-ot
16. „	1500 „	3 „	„	2 „	„	0·6 „	B	„	„	250 „
17. „	2200 „	5 „	„	1 „	„	1 „	B	„	„	250 „
27. „	2225 „	5 „	„	7 „	„	1·3 „	C	„	„	350 „
29. „	1900 „	4 „	„	6 „	„	1 „	C	„	„	300 „
31. „	1900 „	4 „	„	5 „	„	1 „	C	„	„	450 „
32. „	1700 „	4 „	„	5 „	„	1 „	C	„	„	250 „
33. „	2000 „	5 „	„	4 „	„	1 „	C	„	„	600 „
34. „	2200 „	5 „	„	4 „	„	1 „	C	„	„	450 „
35. „	2000 „	4 „	„	3 „	„	1 „	C	„	„	300 „
36. „	1850 „	4 „	„	3 „	„	1 „	C	„	„	500 „
37. „	2250 „	5 „	„	2 „	„	1·3 „	C	„	„	500 „
38. „	1350 „	3 „	„	2 „	„	0·8 „	C	„	„	100 „
39. „	1950 „	3 „	„	1 „	„	1 „	C	„	„	300 „
40. „	1600 „	2 „	„	1 „	„	1 „	C	„	„	100 „
54. „	2100 „	2 „	„	5 „	„	1 „	D	„	„	200 „
55. „	2600 „	2 „	„	4 „	„	1 „	D	„	„	150 „
56. „	2400 „	2 „	„	3 „	„	1 „	D	„	szapor.	100 „
57. „	2300 „	2 „	„	2 „	„	1 „	D	„	fogyott	100 „
58. „	2300 „	2 „	„	1 „	„	1 „	D	„	„	50 „

29 eset közül elpusztult 2; mind a kettőnek nagy adag sublimatot adtunk, mely különösen a 13. sz. kisérleti állatban igen kifejezett toxicatiós tüneteket okozott; ez állat az oltás napjáig a sublimat hatása alatt 220 gr.-ot vesztett súlyából, autopsiájakor toxikus májat és paresisos enteritises beleket találtunk; az oltás a szív véréből positiv volt. Feltűnik, hogy a 6—7 nappal előbb c. i. v.-vel kezelt állatok mily jól birták a fertőzést. A C-sorozat nagy súlyveszteségei az igen nagy sublimatdosisban nyernek magyarázatot, ellentétben a D-sorozattal.

A fertőzéssel egy időben adtunk c. i. v.-t 5 esetben:

9. sz.	1640 gr.-os	3 mgr.	c. i. v.	és	0·6 cm³	A-emulsiót,	fogyott	190 g-ot	
								(nagyon beteg)	
18. „	1800 „	4 „	„	„	0·6 „	B	„	fogyott	500 g-ot
41. „	2350 „	4 „	„	„	1·4 „	C	„	„	250 „
42. „	1400 „	2 „	„	„	0·8 „	C	„	„	200 „
								(exitus a második napon	
59. „	3000 „	2 „	„	„	1 „	D-emulsiót	szapor.	100 g-o	

5 esetünk közül elpusztult egy, mely egyike legkisebb állatainknak, melynek úgy látszik a sublimatdosis is igen nagy volt; a szív véréből anthraxbacillus tenyészett ki. A szintén toxikus dosist kapott 9. számú 1640 gr. súlyhoz 3 mgr. és 18. számú 1800 gr. súlyhoz 4 mgr. kisérleti állatunk jelentékenyen megbetegedett, míg az 59. számú semmi megbetegegedési tünetet sem mutatott és a megfigyelt 10 nap alatt 100 gr.-ot hízott.

Egy esetben (25. sz.) 1500 gr. súlyú állatnak 0·7 cm³ B-emulsiót adtunk és a fertőzéstől kezdődőleg 10 napig naponta 1 mgr. c. i. v.-t; az állat csekély (50 gr.) súlyvesztés után a harmadik nap hízni kezdett és 10 nap alatt súlyban 150 gr.-ot szaporodott.

Fertőzés után c. i. v.-t adtunk 16 esetben:

10. sz.	1280 g-os	0·6 cm³	A-emulsio	1 nap mulva	3 mgr. c.i.v.,	fogyott	180 g-ot				
11. „	1025 „	0·4 „	A „	2 „ „	2 „ „	„	225 „				
				(első 2 nap fogyott 175 gr.-ot, beteg)							
20. „	1300 „	0·6 „	B „	3 nap mulva	3 mgr. c.iv.	fogyott	400 g-ot				
				(beteg)							
21. „	1200 „	0·6 „	B „	4 „ „	3 „ „	„	300 g-ot				
22. „	1500 „	0·7 „	B „	5 „ „	4 „ „	„	200 „				
				(† fert. után 9. napra oltás negativ)							
23. „	1750 „	0·8 „	B „	6 nap mulva	4 mgr. c.i.v.	fogyott	400 g-ot				
24. „	1450 „	0·7 „	B „	7 „ „	4 „ „	„	200 „				
43. „	2200 „	1·3 „	C „	1 „ „	4 „ „	„	250 „				
44. „	2050 „	1·3 „	C „	1 „ „	3·5 „ „	„	350 „				
45. „	1350 „	0·8 „	C „	2 „ „	2 „ „	gyarap.	50 „				
				(† fert. után 6 napra; oltás negativ)							
46. „	1380 „	0·8 „	C „	2 nap mulva	2 mgr. c.i.v.	fogyott	330 g-ot				
				(† fert. után 5 napra; oltás positiv)							
47. „	1800 „	1·0 „	C „	3 „ mulva	3 mgr. c.i.v.	fogyott	350 g-ot				
48. „	1600 „	1·0 „	C „	3 „ „	3 „ „	„	100 „				
49. „	1525 „	1·0 „	C „	4 „ „	3 „ „	„	125 „				
50. „	1800 „	1·0 „	C „	4 „ „	3 „ „	„	50 „				
51. „	1600 „	1·0 „	C „	5 „ „	3 „ „	„	200 „				

A 16 állat közül elpusztult 3; ezek közül a 22-es számú 9 nappal a fertőzés után és 4 nappal a sublimatinjectio után. Itt talán a nagy sublimatdosisban keresendő a halál oka (1500 gr.—4 mgr.), a mit a negativ véroltás is megerősít. A 45-ös és 46-os számú állatok, daczára a 46-os negativ véroltásának, typusos anthrax-fertőzésben pusztultak el. Nincs kizárva, hogy kicsinységükben keresendő elpusztulásuk oka (1350 gr. és 1380 gr. súlyúak). Részletesebben akarjuk tárgyalni a 11. számú kisérleti állat kórtörténetét. A 11-es kisérleti házinyúl szeptember 24.-én 1025 gr. súly mellett 0·4 cm³ A-emulsiót kapott, 25.-én súlya 950 gr., 26.-án 850 gr.; az állat igen apathiás volt, renyhén mozgott. Ekkor 2 mgr. c. i. v.-t injiciáltunk, 27.-én 800 gr. volt a súlya, tehát még 50 gr.-ot fogyott és állapota ugyanaz maradt. A következő napokon apathiája elmult, ismét víg, mozgékony lett és már 31.-én 900 gr. volt a súlya (100 gr. gyarapodás).

Ha 61 kisérletünk eredménye alapján válaszolni akarunk első kérdésünkre, akkor mondhatjuk, hogy a házinyúl-lépfene lefolyását a c. i. v.-kezelés kedvezően befolyásolja. Jóval kisebb része pusztult el az állatoknak c. i. v.-kezelés mellett s a lefolyás is sokkal enyhébb volt.

Áttérünk most második kérdésünk tárgyalására. Az állatokat oltás után 24 órával tüzetesen megvizsgáltuk és részint a helyi elváltozásból, részint a környéki mirigyekből steril Pravaz-fecskendővel váladékot szívtunk fel s lemezre kentük ki. Az esetek egy részében, néha azokban is, melyek elpusztultak, semmi helyi elváltozást sem találtunk, viszont oly esetekben, hol sokáig kaptunk váladékot, életben maradt az állat. A tárgylemez-készítményeket azután specifikusan megfestettük sporára *(Möller)* és tokra *(Röbiger)*, azután alaposan átvizsgáltuk.

14. sz. Prophylactikusan kapott 4 mgr. c. i. v.-t, oltás 4 nap mulva. Az oltás utáni 1., 2., 3. napon vett váladékban sok tokos bacterium, 4., 5. napon bacterium tok nélkül, 6., 7. napon már bacterium sem volt látható. Itt meg kell említenünk, hogy egy-két esetben előfordult az is, hogy 3—4 nappal a negativ lelet után ismét találtunk bacteriumokat, de tok és spora nélkül.

20. sz. 0·6 cm³ A-emulsio befecskendezése után 3 napra 3 mgr. c. i. v. Az oltás után 2 nappal vett váladékban sok tokos bacteriumot találtunk, ugyanez volt a lelet a 3., 4., 5. napon is. A 6. napon, továbbá a 7., 8.-on vett váladékban bacteriumokat találtunk tok nélkül, a 9. napon pedig már nem találtunk bacteriumokat.

54. sz. 2 mgr. c. i. v.-t kapott és 5 nappal később 1 cm³ D-emulsiót. 2 nappal később az infiltratióból vett váladékban sok tokos bacteriumot találtunk. A 4. napon már alig láttunk tokos bacteriumot, a 6. napon már bacteriumot sem.

55. sz. 2 mgr. c. i. v. után 4 napra 1 cm³ D-emulsio. 2 nappal később az infiltratumban sok tokos bacterium, 4. napon ugyanaz, az 5. napon bacterium tok nélkül, helyenként szakadozott szemcsés massát láttunk, a 6. napon csak igen kevés bacteriumot nagyon halványan festődve tok nélkül.

58. sz. 2 mgr. c. i. v. után egy napra 1 cm³ D-emulsio. 2 nappal később a beszűrődésből vett készítményen sok tokos bacterium, 3. napon sok bacterium, de köztük igen kevés tokos, 4. napon csak törmelék, szemcsés massa található, ugyanígy a 6., 7., 8. napon.

Vagyis c. i. v.-vel kezelt házinyulakon az anthraxbacillus lassanként elvesztette tokképző képességét. Eseteink nyilvánvalóan bebizonyították, hogy a virulens anthrax-törzs a c. i. v.-vel kezelt házinyulakban fokozatosan leadott virulentiájából, míg végre eltünt.

Második kérdésünkre tehát azt válaszolhatjuk, hogy a c. i. v. befolyására a készítményeken a bacterium tokjának fokozatos eltűnése volt észlelhető.

Közlemény a székesfővárosi Szt. Margit-közkórházból.

A csecsemőkori inanitióról.

Irta: ***Bauer Lajos*** dr., gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

(Vége.)

A vizelet napi mennyisége a csekély vízbevitelnek megfelelőleg erősen megcsappan, úgyszintén a vizelés gyakorisága is.

A hőmérsék menete a melegtermelő anyag hiányos felvétele folytán hajlamot mutat a hypothermiára, mely természetesen függ az inanitio fokától és tartamától. Ha egészséges csecsemőtől egy napig minden táplálékot elvonunk s csak a vízszükségletét fedezzük, a hőmérsékében semmi változás sem tapasztalható. A rövid ideig tartó táplálékelvonás tehát a különben egészséges csecsemő hőmérsékét nem befolyásolja. De rendszerint a normalist megközelítő hőmenetet mutat a hőmérsék hosszabb ideig tartó hiányos táplálás mellett is, feltéve, hogy a táplálék a csecsemő fentartási szükségletét fedezi. Ha azonban a hiányos táplálás olyan fokú, hogy a fentartási szükségletet sem éri el vagy azon jóval alul marad, akkor határozottan subnormalis hőmenet mutatkozik, mely annál nagyobb fokot ér el, minél tovább tart a hiányos táplálás. Ezen tapasztalatot a következő, általam megfigyelt esettel illusztrálom:

3000 gr. súlylyal biró újszülött szopott átlag:

az 1.	héten	150 gr.-ot	=	35	cal. kgr.-onként;	átlagos hőmérséke volt				36·9°
a 2.	„	200 „	=	47	„ „	„	„	„	„	36·5°
a 3.	„	310 „	=	72	„ „	„	„	„	„	36·4°
a 4.	„	300 „	=	70	„ „	„	„	„	„	36·2°
az 5.	„	405 „	=	94	„ „	„	„	„	„	36·7°
a 6.	„	500 „	=	116	„ „	„	„	„	„	37·0°

A normalis hőmérsék tehát ezen esetben még akkor sem tért vissza, mikor a physiologiai szükséglet teljesen fedezve volt, ez csak a táplálékmennyiség még erősebb fokozódásakor következett be. Tapasztalataim idevonatkozólag teljesen egyeznek *Meyer L. F.*, *Gofferjé* és *Rosenstern* észleleteivel, hogy *hypothermia csak hosszasabban tartó hiányos táplálás után következik be* az esetek nagyobb részében, míg egy másik részben már aránylag rövid ideig tartó hiányos táplálás után is subnormalis hőmérsékek észlelhetők. *Beteg csecsemőkön* természetesen mások a viszonyok, azokon, a mint fentebb láttuk, már rövid ideig tartó taplálékelvonás után is erősen sülyedhet a hőmérsék, egészen a collapsushőmérsékig. Mesterséges táplálás mellett hasonlók a viszonyok, mint az emlőn táplált csecsemők hiányos táplálása esetén, azon különbséggel, hogy ezen táplálási módban a hőmérsék menetére a fentebb említett momentumokon kivül a táplálék minősége is befolyással van. Igy pl. ha valamely csecsemő sókban szegény (malátaleves), illetve czukorban szegény (kevés czukrot tartalmazó tejkeverékek) táplálékkal hiányosan tápláltatik, hamarább észlelhető hypothermia, mint ha a hiányos táplálás sókban dús táplálékkal (iró) történik.

A verőérlökés számának a *megcsökkenését* (pulsus rarus) *csak intensivebb hiányos táplálás mellett látjuk jelentkezni;* rövid ideig tartó táplálékelvonás, különben egészséges csecsemőn, a verőérlökésben semmi változást sem okoz. Lényege-

sebb eltérést nem találunk hosszasabban tartó hiányos táplálás mellett sem, ha az nem olyan fokú, hogy testsúlycsökkenéssel járna; ilyen körülmények között inkább olykor *arhythmiát* észleltem a verőérlökésben. Ha azonban a hiányos táplálás annyi ideig tart, vagy *olyan fokú, hogy testsúlycsökkenést okoz,* akkor mindig a *verőérlökés számbeli megkevesbedését* is lehet észlelni, mely egyenes arányban áll a súlycsökkenéssel. Nem ritkák azon esetek, melyekben erős testsúlycsökkenéssel kapcsolatban a verőérlökések száma 2—3 hónapos csecsemőkön perczenkint 90-re, 80-ra, sőt mélyebbre is leszáll.

Végül járulékos tünet gyanánt említem a *pyodermiát*, mely az eseteknek nagyobb részében a hiányos táplálást kiséri, vagyis azon körülirt genyes bőrfolyamatokat, melyek néha a köztakaró kisebb részére, rendszerint azonban az egész köztakaróra kiterjedve, részint folliculitis, részint ecthyma vagy furunculosis stb. alakjában mutatkoznak. A pyodermia, melyre az 1910. évben a budapesti kir. orvos-egyesületben tartott előadásomban *én* hívtam fel először a figyelmet, úgy emlőn, mint mesterségesen táplált csecsemők inanitiója esetén is előfordul, a miről azóta is többször volt alkalmam meggyőződni. Leggyakrabban mégis a folyamat újszülötteken, illetve egészen fiatal, két-három hetes csecsemőkön mutatkozik s azért értékes ezen tünet, mert már olyan időben hívja fel figyelmünket a hiányos táplálásra, a midőn egyéb tünetek még nem jelzik kifejezetten az inanitiót. A pyodermia magyarázata az, hogy a hiányos táplálkozás folytán a köztakaró ellenálló képességéből veszít, staphylococcusok könnyebben hatolhatnak az epidermisbe, esetleg az epidermis s cutis közé s pyodermiát okozhatnak. *A hiányos táplálás megszüntével a pyodermia minden egyes esetben spontan javul.*

Diagnosis. Bár az inanitio diagnosisa az esetek többségében nehézséget nem szokott okozni, a diagnosis felállításakor mégis nagy körültekintéssel kell eljárnunk, miután vannak hasonló tünetekkel járó táplálkozási zavarok, a melyekkel való összetévesztés annyival kellemetlenebb, mivel az inaugurált therapiánkkal éppen ellenkező hatást érünk el, mint a mit elérni szándékoztunk.

Vizsgálatainkat különösen három irányban kell kiterjesztenünk: 1. vizsgálnunk kell az *anamnesist*, 2. *a csecsemőt*, és 3. *az emlőket*, illetve *a csecsemő táplálékát.* Az anamnesisben vagy azt halljuk, miszerint annak ellenére, hogy rendes, meghatározott időközökben tápláltatik a csecsemő, mégis nyugtalan, sőt a táplálások után sem szűnik meg nyugtalansága, hanem folytonosan sír a következő táplálás idejéig, vagy pedig arról értesülünk, hogy a táplálás után megnyugszik ugyan a csecsemő, de már utána $^1/_2$—1 óra mulva ismét nyugtalankodik; továbbá székletétek spontán nem következnek be; végre, hogy a csecsemő semmit sem gyarapszik, sőt kisebb súlylyal bir, mint születésekor, esetleg súlycsökkenés nincs ugyan, de a gyarapodás nem kielégítő, stb., vagy pedig azt halljuk, hogy kezdetben a csecsemő jól fejlődött, de egy bizonyos idő óta nem gyarapszik, egy állapotban marad, esetleg súlyban csökken. Ezen anamnesis már felkelti gyanunkat az inanitióra. Ha most a csecsemő vizsgálata, illetve az észlelés a fentebb részletezett általános tüneteket mutatja, konstatáljuk továbbá a súlygyarapodás hiányát, esetleg súlycsökkenést, a hőmérséknek a subnormalis hőmenethez való tendálását, esetleg kifejezett hypothermiát, a verőérlökésnek befolyásolt voltát, talán ritkább verőérlökést, obstipatiót, kis mennyiségű vizeletkiválasztást, úgy gyanunk mindinkább erősbödik. S ha végre az emlővizsgálat negative üt ki, illetve csak mérsékelt tejelválasztást mutat (miről kétely esetén egy-két napig tartó táplálékmérésekkel győződhetünk meg), vagy ha mesterséges táplálás mellett olyan nagymérvűnek találjuk a tej higítását, hogy az nem fedi a csecsemő táplálékszükségletét: akkor az inanitio diagnosisa kétségtelen.

A tünetek azonban nem minden esetben olyan praegnansak, mint azt az előzőkben kifejtettük. Olykor az anamnesis hiányzik, olykor az obstipatio helyett gyakoribb, nyálkás-zöldes, tartalomnélküli székletéteket találunk, hányással kombinálva (különösen két-három hónapon alóli csecsemőkön) stb., mely esetekben az inanitiót össze lehetne téveszteni első sorban *decompositióval,* mely kórképhez annyival inkább hasonlít, mert utóbbinak a tünetei között is megleljük a kisebb-nagyobb fokú súlyveszteséget, a subnormalis hőmenetet és a ritkább verőérlökést, vagyis a három főbb tünetet, mely *mindkét folyamat előrehaladtabb eseteiben közös*; azon esetben, ha az inanitio tünetei között a gyomorbél-tünetek is szerepelnek, össze lehetne téveszteni továbbá *túltáplálással* (bár a székletétek közötti különbség: inanitio mellett gyakori, de tartalomnélküli, míg túltáplálás esetén gyakori és bélsárban bő béltartalom, élénken tájékoztatnak); de ha mégis kételyeink volnának, akkor emlőn táplált csecsemőkön néhány napon át végzett tápmérés, illetve mesterségesen tápláltakon a táplálékmennyiség vizsgálata teljes világosságot teremt. Az elmondott eshetőségek mellett is még maradnak olyan esetek a gyakorlatban, a melyekben az összes tünetek figyelembe vételével sem tudjuk a diagnosist bizonyossággal megállapítani, vajjon adott esetben inanitióban szenved-e valamely csecsemő, vagy pedig táplálkozási zavarban? Ezen kérdést a *táplálék fokozására beálló reactio dönti el. Inanitióban* szenvedő csecsemőn a táplálékmennyiség *fokozására a javulás tünetei* mutatkoznak, tehát a nyugtalanság, hányás szűnik, a székletétek spontán bekövetkeznek, a normalis csecsemőszékletét jellegét veszik fel, a súlygörbe emelkedik, stb., míg *táplálkozási zavarban* szenvedő csecsemőn *a táplálékmennyiség fokozására* az *állapot még rosszabbodik*; a táplálék mennyiségének csökkentésére pedig megfordított hatást fogunk tapasztalni.

A táplálékmennyiség fokozására beálló reactio tehát rendszerint eldönti azon gyakorlatilag fontos kérdést, vajjon adott esetben a nyugtalanság, a hiányos gyarapodás stb. oka a táplálkozási zavar vagy pedig az inanitio.

Mint azonban fentebb említettük, vannak bár inanitióban szenvedő, de teljesen nyugodtan, majdnem *apathiásan viselkedő csecsemők* is. Ezeken hiába keressük az inanitio egyik fontos tünetét, az éhséggel járó nyugtalanságot, valamint egy másik még fontosabb tünetet, a fokozódott étvágyat, ellenkezőleg, ezen csecsemők a táplálékot egyáltalában nem veszik mohón, sőt kedvetlenül és a fogyasztott mennyiség minimalis, ilyen esetekben tehát határozottan étvágytalanság mutatkozik a csecsemőn s a táplálék iránti vágyakozás teljes hiánya. Olykor igen nehéz helyzetben vagyunk azon kérdés eldöntésekor, vajjon a folytonos *testsúlycsökkenést*, illetve a hiányos gyarapodást ilyen körülmények között *táplálkozási zavar okozza-e*, vagy pedig *hiányos táplálkozás?* Különösen, ha — a mint ezt néhány esetben tapasztaltam — az említett tünetekhez dyspepsiás székletétek is csatlakoznak.

Az étvágytalansággal járó inanitiós esetek prognosisa mindig komoly, még pedig annál komolyabb, minél tovább áll fenn az étvágytalanság, és ha ezen esetekben nem ismerjük fel az inanitiót és az étvágytalanságból, valamint az esetlegesen mutatkozó dyspepsiás székletétekből s a súlycsökkenésből ab ovo táplálkozási zavarra gondolunk, akkor ezen esetek majdnem bizonyosan elvesznek, mert ha ilyen körülmények között, a mint az szokásos, táplálékelvonást rendelünk el, azt az úgyis erősen csökkent tolerantiával bíró szervezet alig birja el. De ha mesterségesen nem is csökkentjük a csecsemő tolerantiáját a táplálékelvonással, a hosszú, heteken át tartó rendkívül hiányos táplálkozás folytán megy tönkre a csecsemő. A diagnosis ilyen esetekben csak néhány napi pontos észlelés után állapítható meg bizonyossággal, a midőn is *elsősorban az elfogyasztott táplálékmennyiséget kell szabatosan megállapítani,* a melyből azután következtethetünk vagy túltáplálásra, vagy hiányos táplálásra. Ha ugyanis az elfogyasztott caloriák mennyisége a csecsemő szükségletének nem felel meg, hanem annál jóval kevesebb, akkor, ha az étvágytalanságot és a többi tünetet túltáplálás idézte elő, *az ilyen minimalis táplálkozás mellett az étvágynak két-három nap mulva javulni kell*; *de ha ez nem következett be, akkor a súlycsökkenést,* illetve a hiányos gyarapodást kétségtelenül *ét-*

vágytalansággal párosult inanitio okozta. Kérdés, mi azon jelenségnek az oka, hogy inanitióban levő csecsemő, bár bőséges táplálék áll rendelkezésére, nem elégíti ki szükségletét s a nyujtott emlőt vagy üveget kedvetlenül, az étkezés vágya nélkül fogadja? Tapasztalatom szerint ezen esetek kizárólag fiatal csecsemőkön fordulnak elő és pedig rendesen a normalisnál kissé gyengébben fejlett csecsemőkön, bár ezen csecsemők *nem tartoznak a debilis csecsemők közé,* születésükkor ugyan nem érik el a 3000 gr.-ot, azért mégis *úgy viselkednek, mint a koraszülött,* vagy debilis csecsemők, tehát *rendkivül apathiásak* úgy a külvilággal, mint a táplálékkal szemben születésük után még sok héten, esetleg pár hónapon át. Ez az oka, hogy bár elegendő táplálék áll rendelkezésükre, mégis inanitióba esnek. *A csecsemőkori inanitiók között ez az egyetlen eset, a melyben, bő táplálék mellett, különben egészséges s normalisan fejlett csecsemőn inanitio fejlődhet.*

Az inanitio következményei. Kellő mennyiségű tápláléknak rövidebb vagy hosszabb ideig tartó elvonása a szervezettől nemcsak az inanitio ideje alatt járhat veszélyekkel a csecsemőre, hanem még következményeiben is olyan káros jelenségeket idézhet elő, melyek a csecsemő szervezetét tönkre tehetik. Eltekintve ama fentebb említett tapasztalattól, mely szerint hosszabb időn át tartó inanitio mellett a szervezetnek táplálék iránti tolerantiája csökkent és a táplálkozás újrakezdésekor az adagokkal nagy óvatosságot kell kifejtenünk súlyosabb megbetegedések, intoxicatio stb. elkerülése czéljából, még más tekintetben is látunk olyan veszélyeket, melyek az inanitiónak a csecsemőre nézve mindenképpen igen káros voltát igazolják. Míg ugyanis a felnőttek szervezete, a mint ezt leginkább *Magnus-Levy* és *Noorden* idevonatkozó vizsgálatai mutatják, a hosszabb időn át tartó elégtelen táplálkozáshoz bizonyos határok között tud alkalmazkodni, a csecsemő szervezete ilyen fokú alkalmazkodást alig tűr meg, sőt ellenkezőleg, az inanitio folytán fejlődésében visszamaradt csecsemő jóval több caloriát igényel, mint a normalisan fejlődött, ugyanolyan súlyú csecsemő, hogy a rendes anyagcsere normalis határok között mozogjon. Ezen tételből az következik, hogy minél hosszabb ideig tartott s minél nagyobb fokú volt valamely csecsemőn a táplálékhiány, *a szervezet annál inkább veszített képességéből, hogy a táplálékot normalis módon feldolgozza.* Ezen tapasztalat nemcsak beteg, hanem egészséges csecsemőkre is vonatkozik, a mit *Rietschel* és *Rosenstern* azzal mutatott ki, hogy ha egészséges csecsemőnek egy napig tartó teljes táplálék-elvonás után ismét ugyanolyan mennyiségű és összetételű táplálékot adtak, mint éheztetés előtt, akkor a vizeletben czukor mutatkozik. A tolerantia határa tehát már egészséges csecsemőn is egy napi éheztetés után annyira leszáll, hogy ugyanolyan mennyiségű táplálék áthasonitásakor, melyet a szervezet egy nappal előbb még teljesen jól tudott assimilálni, zavar mutatkozik az anyagcserében. Természetes, hogy hosszú ideig tartó hiányos táplálás mellett a szervezet tolerantiájának határa a táplálék iránt szintén sülyed, még pedig annyival inkább, minél fiatalabb a csecsemő s minél tovább tartott a hiányos táplálás, a mi végeredményben annyira mehet, hogy a szervezet minimalis mennyiségű táplálékot sem tud assimilálni s a csecsemő valóságosan táplálhatlanná válik. *Az inanitio egyik következménye tehát abban mutatkozik, hogy a szervezet mindinkább veszít azon képességéből, hogy a táplálékot normalis módon dolgozza fel.*

De ezen észlelet mellett rá akarunk mutatni még más veszélyekre is, melyekkel az inanitio a csecsemőkre jár. Nevezetesen a hiányosan táplált csecsemőknek *a különböző infectiókkal szemben való csökkent ellenállóképességére.* Régi tapasztalat, hogy gyengén táplált szervezetű egyének inkább ki vannak téve tuberculosisnak, typhus exanthematicusnak s más fertőző betegségeknek, mint a jól tápláltak. De nemcsak az egyén, hanem a szövetek ellenálló ereje is csökken a táplálékelvonás idejében, ezt *Ficker* vizsgálatai teszik valószínűvé. *Ficker* ugyanis azt vizsgálta, vajjon az állatok beleinek bacterium-átbocsátó képessége változik-e az éhezés tartama alatt? E czélból kisebb állatokat, patkányokat, kutyákat, macskákat stb. az éhezés alatt nagymennyiségű saprophyta-csírákkal táplált s úgy találta, hogy úgy ezen csírák, mint azon bacteriumok, melyek normalis körülmények között csak a belekben találhatók, már az állatoknak néhány napig tartó éheztetése után nagy mennyiségben lelhetők fel a vérpályákban és egyéb szervekben. Ezen tapasztalat, úgy látszik, a csecsemőkre is átvihető. Valószínűleg az ellenállóképesség csökkenésével magyarázható azon tapasztalat, hogy pl. csecsemőkön hosszasabban tartó hiányos táplálás után sokkal súlyosabb s makacsabb *soor*-eseteket látunk fejlődni, mint ha e baj más aetiologiából ered. Két igen súlyos *noma*-esetre emlékszem, melyeknek fejlődését inanitio előzte meg; nagyon valószínűnek tartom, hogy ezen bántalmak kiváltó oka az inanitio volt. *Berend* túltáplált s enyhe coryzában vagy bronchitisben szenvedő csecsemőkön, egy napig tartó teadiaeta után, pneumoniákat észlelt. Hasonló tapasztalatokról számol be *Rosenstern* is. *Az inanitio tehát nemcsak fogékonyabbá teszi a szervezetet a fertőzésekkel szemben, hanem azok lefolyását is súlyosbítja.*

Az ellenállóképesség csökkenése még más módon is észlelhető inanitio mellett. Olyan *gyógyszerek,* melyek normalis körülmények között a csecsemőkön hátrányos hatást nem szoktak kiváltani, az inanitio alatti időben, ugyanolyan mennyiségben alkalmazva, *mérgező tüneteket okozhatnak. Hochsinger* inanitióban levő csecsemőn 0·10 cgr. kámfor adagolása után súlyos mérgezés-tüneteket észlelt. *Rosenstern* 3 gr. oleum camphoratum subcutan alkalmazása után inanitióban levő csecsemőkön súlyos eclampsiák jelentkezését észlelte, melyek azért voltak a kámforra visszavezethetők, mert a kámfor kihagyása után görcsök többé nem jelentkeztek. Utóbbi szerző említést tesz a chloralhydratnak azon hatásáról, hogy intoxicatio miatt éhező csecsemőkön alkalmazva, azok mértéken túl és feltűnő mélyen aludtak.

De a legfontosabb következménye az inanitiónak, mely egyszersmind a gyakorlatban is elég gyakran okoz nehézségeket, az, hogy a tolerantia csökkenésével egyszersmind *meggyengül a szervezet reparálódó képessége is.* Idősebb, két-három hónapon túl levő egészséges csecsemőn rövid ideig, de esetleg heteken át tartó hiányos táplálkozás után is a szervezet reparatiója könnyen megtörténik, ha a csecsemő az inanitio ideje alatt legalább a fentartási szükségletet megközelítő mennyiségű táplálékot (kgr.-onkint 60—70 caloria) kapott. Elég könnyű a reparatio még két hónapnál fiatalabb csecsemőkön is, továbbá kisebb, pl. kgr.-onkint 20—30 caloria táplálékmennyiséggel történt táplálás esetén is, ha az inanitio idejében a csecsemő vízszükséglete teljesen fedezve volt és ha a hiányos táplálás két-három héten túl nem tartott. Mindinkább nehezebbé válik azonban az állapot, illetve a szervezet reparálódó képessége, ha fiatal csecsemőn az inanitio túlhosszú ideig tart, vagy ha egy már úgyis táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőn követjük el azon hibát, hogy czélszerűtlen s felesleges módon inanitióra szorítjuk, akár azáltal, hogy — félve az ismételt túltáplálástól — csak nagyon megszorított mennyiségű táplálékot engedünk meg, akár pedig azáltal, hogy nem ismerve fel a valódi állapotot, az esetleges hányást s dyspepsiás székletéteket „bélhurutnak“ deklaráljuk, s ha a közbeiktatott éheztetési nap elmultával a székletétek még mindig (természetesen) dyspepsiás jellegűek, ismételve éheztetést rendelünk, vagy olyan minimalis mennyiségű táplálékot engedünk csak meg, mely calorice távolról sem fedezi a csecsemő szükségletét. Az ilyen esetekre találóan jegyzi meg *Chossat*: „Az inanitio gyakran gyorsabban vezet halálra, mint az eredeti betegség, és bár eleinte csak kisérő tünete volt valamely bántalomnak, hamar változhat át főbetegséggé.“

Különösen *rosszul tűrik az inanitiót a koraszülött, debilis,* vagy fejlődésükben visszamaradt *csecsemők.* Ezek már rendes körülmények között is nagyobb caloriamennyiséget igényelnek, mint a normalis fejlettségű hasonló korú csecsemők. Ezeken már egy napig tartó táplálék-elvonás, vagy néhány napon át tartó hiányos táplálás után is — különösen, ha azalatt a vízszükségletükről bőségesen nem gondoskodunk — a táplálék iránti tolerantia annyira csökken, hogy

minimalis táplálékot sem tud a szervezetük normalisan áthasonítani, s csakhamar beáll azon állapot, melyben a reparatio reménye mindinkább elvész. Ezen állapot súlyosságát teljesen megvilágítják *Finkelstein* szavai: „Ha az utolsó órában nem találunk olyan táplálékot, melylyel az inanitiónak gátat vetünk, a nélkül, hogy egyszersmind más oldalról ártanánk a betegnek, akkor a halál bizonyos.“

A súlyos inanitión keresztülment csecsemő *további sorsa* a javulás után még mindig nincs véglegesen biztosítva. Elsősorban azért, mert a csökkent ellenállóképességű szervezetnek végzetes lefolyású infectiókkal szemben nagy a fogékonysága, másrészről hónapok tellenek el, míg a szervezet teljes reparatiója megtörténik, vagyis, míg a súlyos insultust szenvedett tolerantia ismét annyira emelkedik, hogy a szervezet a csecsemő korának megfelelő táplálékmennyiséget teljesen normalisan assimilálja. Ennek folytán a csecsemő a korának megfelelő súlyt csak több hónap elteltével éri el, azért az ilyen csecsemők hosszú ideig kisebbnek, fejlődésükben visszamaradottabbnak mutatkoznak, mint a hasonló korú egészséges csecsemők. Ezenkívül a táplálkozási képességben érezhető bizonyos defectus hosszú időn át megnyilatkozik, ha a táplálékmennyiséget nem a kellő elővigyázattal fokozzuk. A súlyos inanitio és súlyos decompositio között levő hasonlóság tehát még a következményekben is mutatkozik: mindkettőt jellemzi az elvesztett tolerantiának csak nagyon lassú emelkedése a normalis határig, továbbá a táplálék mennyiségének nem elég óvatos fokozása után hosszú időn, *több hónapon keresztül, ismét és ismét jelentkező táplálkozás-zavar.*

Prognosis. Egészséges és normalisan fejlett csecsemőnek elég nagyfokú alkalmazkodásképessége van az éhezéssel szemben is. Még ha nélkülözni is kénytelen bizonyos ideig fontos tápanyagokat, akkor is igyekszik összes functióit olyan niveaun tartani, mely a normalis működéstől lényegesebb eltérést alig mutat; a hiányos táplálkozás megszűnte után pedig kellő mennyiségű táplálék felvételével rendkívül gyorsan pótolja a veszteséget. Ennek folyománya gyanánt mindjárt tapasztalhatjuk, hogy 1. egészséges csecsemőn, rövid ideig (két-három hétig) tartó hiányos táplálkozás után, mely idő alatt az elfogyasztott caloriák mennyisége a fentartási szükségletet megközelítette, súlycsökkenés alig szokott mutatkozni, csupán a súlygörbe állapodik meg, a prognosis jó; kellő mennyiségű táplálékra a testsúly rövid idő alatt teljesen restituálódik; 2. remélhetjük a gyors javulást még hosszabb ideig tartó hiányos táplálkozás s még csekélyebb, kgr.-onkint 25—30 caloria, táplálékmennyiség mellett is, feltéve, hogy ezen idő alatt a szervezet vízszükséglete fedezve volt, az ilyen körülmények között mutatkozó 8—10% súlycsökkenés is kellő táplálékmennyiség mellett elég gyorsan megtérül.

Mások a viszonyok, ha az erősen hiányos táplálkozás idejében a csecsemő tolerantiája valamely infectio által gyengíttetett, vagy *az inanatio ideje alatt csak egy napra is elvonjuk a táplálékot,* vagy pedig a táplálék elvonása nélkül az okvetlen *szükséges vízmennyiséget nem fedezzük;* ezen esetekben a súlycsökkenés rendkívül nagy arányokat ölt, valamint az inanitiónak egyéb tünetei is (ritka verőérlökés, hypothermia stb.) mutatkoznak. Ezen állapotból a szervezet rendkívül nehezen reparálódik. A prognosis komoly.

Hasonló jelenségek mutatkoznak, ha koraszülött vagy debilis csecsemő hiányosan tápláltatik. Ezen esetekben már olyan fokú hiányos táplálkozás is, melyet hasonló korú s normalis fejlettségű csecsemő jól tűr, néhány hét alatt erős reactiót vált ki, mely erős testsúlycsökkenésben, subnormalis hőmenetben stb. nyilvánul. Egy beiktatott éheztetési nap, ha fedezzük is a csecsemő vízszükségletét, az inanitiónak életveszélyes tüneteit idézheti elő, melyek között *Budin* szerint absolut rossz jelentőségű tünet a nagyfokú cyanosis.

Előzetesen táplálkozási zavarban, különösen decompositióban levő csecsemőn ugyancsak súlyos reactiót vált ki a táplálék elvonása, mely a decompositio foka szerint kisebb vagy nagyobb mérvű lehet, de lehet halálos is. *Decompositióban levő csecsemők absolute nem tűrik az éhséget,* illetve a czukor és sók elvonását, a mint ezt *Reusz* és *Sperk* kimutatta. Súlyosabb decompositióban levő csecsemőn egy napig tartó táplálékelvonás után, ha a vízszükségletet fedezzük is, rendkívül nagyfokú súlycsökkenés állhat be collapsus-jelenségekkel vagy az éheztetést követő napon, gyakrabban az éheztetés előtt, melyből a reparatióra alig van kilátás. *Ezen esetekben tehát a prognosis minden körülmények között kétes.*

A mi az inanitio kapcsán jelentkező testsúlycsökkenést illeti, abból a prognostika tekintetében szintén nyerhetünk némi útbaigazítást. *Rosenstern* szerint az eredeti testsúlynak csak 25% elvesztése után válik a prognosis komolylyá, feltéve, hogy a súlycsökkenés csak lassan következik be. *Quest* szerint a testsúly 34%-ának az elvesztése a legszélső határ, mely mellett a csecsemő még életben maradhat. Általános nézet szerint azonban már 30% súlyveszteség után a csecsemő tönkremegy. Egy esetemben (első táblázat) már 25% súlyveszteség mellett elpusztult a csecsemő. Sőt tapasztalataim szerint, ha a súlyveszteség rövid idő, egy-két nap alatt következik be, akkor már a testsúly 18—20%-ának elvesztése után igen komoly a prognosis és a kimenetel igen bizonytalan.

A táplálékelvonás mint therapeutikai segédeszköz. „Mit érhetünk el a táplálék elvonásával, vagy a táplálékmennyiség csökkentésével? Toxikus tüneteket szüntethetünk meg s erjedéseket gátolhatunk meg, ezeket is csak azon esetben, ha azok alimentaris eredetűek s nem autointoxicatiótól erednek, egyéb haszna a táplálékelvonásnak nincs.“ Így nyilatkozik *Finkelstein* az éheztetésről. *Finkelstein*-nak ezen véleményét a gyakorlat tökéletesen igazolta. Ha más czélt is el akarunk érni az éheztetéssel, mint a melyet a fenti sorok megjelölnek s még hozzá elég erélyesen is alkalmazzuk ezen eljárást, akkor ezzel nem használunk a betegnek, csupán árthatunk. A milyen hatásos tehát a táplálékelvonás pl. intoxicatio esetén, mivel ezzel a szervezet méregtelenítését érjük el (de még ezen esetben sem szabad az éheztetést túlhosszú ideig alkalmaznunk, legfeljebb 24 óráig s csak kivételes esetekben ezen időn túl, ellenkező esetben a csecsemő tolerantiáját annyira leszállítjuk, hogy a reparatio nehézzé, sőt kétségessé válik), éppen olyan ártalmashatású lehet az éheztetés, ha azt nem az arra alkalmas körülmények között alkalmazzuk. Ide nem számítva azon eseteket, melyekben nem az összes táplálékot, hanem csak annak egyes alkotórészeit akarjuk therapeutikai czélból, mint a szervezetre momentan ártalmasakat csökkenteni, esetleg eliminálni (például a zsírt egyensúlyzavar esetén, vagy erjedésekre való hajlam mellett a czukor mennyiségét akarjuk a táplálékban csökkenteni, esetleg bizonyos időre meg is vonni, vagy bizonyos javalatok alapján a tápanyagokból a sókat akarjuk elvonni, a nélkül, hogy ezen tápalkatrészek huzamosabb ideig tartó elvonásával ártanánk a szervezetnek), szabály gyanánt tekintsük, hogy:

1. *Az össztáplálékot mindig csak rövid időre vonjuk el a szervezettől s akkor is csak határozottan indikált esetekben.* Mert ha pl. azon időn túl is elvonjuk a táplálékot, mely alatt tapasztalat szerint a toxikus tüneteket megszüntethetjük, akkor az inanitio előidézésével a meglevő, de már javult állapothoz olyan új ártalmat csatolunk, mely végeredményében nem kisebb jelentőségű annál, mely miatt a táplálékot a szervezettől elvontuk.

2. Az előzőkből folyólag *különösen veszélyes lehet* táplálkozás-zavar jelenlétében a táplálékkal való fokozatos leszállás, vagyis *a táplálléknak fokozatos megvonása.* Ezen hibával a gyakorlatban elég gyakran találkozunk. Ha ugyanis táplálkozás-zavarban levő csecsemőn therapeutikai czélból csökkentjük a tápanyag mennyiségét, majd ha erre javulás nem következik be, néhány nap mulva ismét redukáljuk a táplálékot bizonyos időn keresztül s ha most sem látunk javulást, beiktatunk egy teanapot. A táplálék fokozatos csökkentésével már előzetesen annyira meggyengítettük a szervezet ellenállóképességét — nem is említve a már előző táplálkozási zavar gyengítő hatását —, hogy már a tea-diaeta

katastrophalis következményekkel járhat. Ezen úgynevezett alimentation decroissante tehát minden körülmények között kerülendő. Ha a táplálékelvonásnak szüksége mutatkoznék valamely esetben, *törtjének az egyszerre, meghatározott időre*, melynek elmultával — kivéve az egyetlen intoxicatiót, mely után a táplálékadagolással fokozatosan kell emelkednünk — a táplálékadagokkal lehető gyorsan emelkedjünk fel, hogy a hiányos táplálkozás kellemetlenségeit elkerüljük.

3. *Végzetes hiba lehet* azon eljárás, mely szerint *éheztetés után hosszú időn át redukált mennyiségű táplálékra szorítjuk a csecsemőt.* Például dyspepsia esetén az elrendelt éheztetés után a hőmérséknek a normalis fokra történt leszállása, valamint a többi betegségtünetnek megszűnte után kiküszöböltetnek azon okok, melyek a táplálásnak normalis fokban való újra megkezdését ellenjavalnák; ha azonban ekkor, félve a recidivától, túlhosszú ideig nagyon is kimért mennyiségű táplálékra szorítjuk a csecsemőt, ezzel már megkezdtük a hiányos táplálást, a reparatio protrahálódik s ha még ilyen körülmények között, a mi gyakori jelenség, ismét dyspepsiás székletétek mutatkoznak, egyéb betegségi tünetek nélkül, igen helytelen eljárás ismét egy éheztetési napot közbeiktatni, mert ezzel a csecsemőt a katastropha veszélyének teszszük ki, mivel az eddig is hiányosan táplált csecsemő a táplálék teljes elvonásával még azon csekély energiaforrástól is megfosztatik, melylyel eddig, nehezen bár, de mégis tudta az anyagcseréjét egyensúlyban tartani. A fenyegető collapsust rendszerint már az éheztetés ideje alatt jelzi a ritka s arhythmiás pulsus, valamint a hőmérséknek erős sülyedése.

4. *Csecsemőkön a táplálékelvonásnak kizárólag valamely táplálkozási zavar heveny stadiumaiban van therapeutikai czélja,* ellenben a táplálkozási zavar *idősültebb* alakjaiban az éheztetés semmi esetre sem engedhető meg, mert ezzel a fennálló bántalmat csak egy új s nem kisebb jelentőségű bántalommal komplikáljuk.

Ezen szabály alól két esetben van kivétel: *a*) valamely infectio, otitis, lymphadenitis stb. folytán keletkezett úgynevezett *másodlagos dyspepsiák* mellett, természetesen óvakodva a túltáplálástól, a csecsemő táplálását megközelítőleg olyan mérvben folytatjuk, mint annak normalis állapotában és *b*) éppen úgy valamely *alkati bántalomban*, pl. diathesis exsudativában szenvedő csecsemőn, a lázakkal járó exsudatiók, illetve az ezek által okozott másodlagos dyspepsiák idejében; ha kissé korlátoltabb mennyiségű táplálékot adunk is a csecsemőnek, de semmi körülmények között se vonjuk el a táplálékot, mert ha minden egyes exsudatio esetén egy-egy éheztetési napot akarnánk közbeiktatni, a csecsemő tolerantiáját annyira csökkentenők, hogy végre magunk idéznénk elő atrophiát.

5. Olyan esetekben, a melyekben *bő táplálék mellett inanitio fejlődik a csecsemő apathiájából eredő étvágytalanság folytán,* a követendő eljárás az inanitio meggátolására az, hogy az ilyen csecsemőt, akár mesterségesen, akár emlőn tápláljuk, a szokottnál gyakrabban teszszük emlőre, illetve gyakrabban nyujtjuk az üveget, kétóránkint, esetleg óránkint, és mivel az ilyen csecsemők az emlőkből szükségletüknek rendszerint alig $^1/_3$-át vagy $^1/_4$-ét fedezik (ezt természetesen mérleggel ellenőrizzük), kifejt tejet adagolunk kanalankint, olyan mennyiségben, hogy a szükségletet megközelítőleg fedezzük; e mellett a csecsemő vízszükségletéről is bőven gondoskodunk és ezen táplálási módot mindaddig folytatjuk, míg az apathiából eredő étvágytalanság megszüntével (mely idő néha több hetet vesz igénybe) spontán is erőteljesebben kezd táplálkozni a csecsemő, a mikor természetesen successive nagyobb táplálási időközökre térünk át.

Végül említeni akarjuk azon *therapeutikai* eszközöket, melyeket nagy haszonnal alkalmazhatunk az inanitio folytán keletkezett collapsus-jelenségek leküzdésére. Különösen ritkább verőérlökés, hypothermia, hidegülő végtagok stb. jelentkezése esetén jöhetnek szóba ezen eljárások, melyek gyors hatásukkal a fenyegető tünetek eliminálására igen előnyösen befolyhatnak. Ide tartoznak első sorban a *meleg fürdők*, melyek súlyos esetekben igen jó szolgálatot tehetnek. Kevésbé sürgős esetekben igen jól használható a *couveuse*, vagy ha ez nem állana rendelkezésünkre, állandó *s magasabb hőmérsékű szobalevegőről* okvetlen gondoskodjunk, mivel az inanitióban levő csecsemők a hideget rosszul, vagy egyáltalában nem tűrik. Ezenkívül ritkább verőérverés esetén *excitansok* adandók, melyek közül első sorban az *alkoholnak* megfelelő adagokban való nyujtása életmentő hatású lehet.

Irodalom: *Aron*: Wachstum und Ernährung. Biochem. Zeitschr. 1908. — *Bunge*: Lehrbuch der physiologischen Chemie. — *Berend*: Pneumonie und akute Gewichtsschwankungen beim ernährungsgestörten Säugling. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1910. — *Bönninger* und *Mohr*: Untersuchungen über einige Fragen des Hungerstoffwechsels. Zeitschr. f. exper. Path. 3. — *Camerer*: Stoffwechsel und Ernährung im 1. Lebensjahre. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch d. Kinderheilk. I. — *Canalis* und *Morpurgo*: Einfluss des Hungers auf die Empfänglichkeit für Infektionskrankheiten. Fortschr. d. Med. 8. — *Castellino*: Empfänglichkeit für Infektion während der Inanition. Ref. Maly, 1893. — *Chossat*: Recherches expérim. sur l'inanition, 1843. — *Concetti*: Die Schäden der Unterernährung bei Säuglingen. Zit. nach Monatsschr. f. Kinderheilk. 1910. — *Czerny*: Inanition bei Ernährungsstörungen der Säuglinge. — *Dehori*: Untersuchungen über Inanition bei jungen Katzen. — *Ficker*: Ueber den Einfluss des Hungers auf die Bakteriendurchlässigkeit des Intestinaltractus. Arch. f. Hyg. 54. — *Finkelstein*: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. — *Gofferjé*: Die Tagesschwankungen der Körpertemperatur beim gesunden und kranken Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk. 68. — *Heymann*: Experimetaluntersuchungen über Inanition bei Kaninchen. Arch. de pharmakodyn. 2. — *Langstein* und *Meyer*: Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel, 1909. — *Lehmann, Müller, Munk, Senator*: Untersuchungen an zwei hungernden Menschen. Virchow's Arch. 1893. — *Luciani*: Das Hungern Leipzig, 1890. — *Magnus-Lewy*: Physiologie des Stoffwechsels. Handbuch d. Pathologie d. Stoffwechsels. — *Meyer L. F.*: Ueber den Tod bei Pylorusstenose der Säuglinge. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1907. — *Nothwang*: Die Folgen der Wasserentziehung. Arch. f. Hygiene 16. — *Rosenstern*: Ueber Inanition im Säuglingsalter. Ergebnisse der inner. Med. und Kinderh. 7. — *Schlutz*: Das Verhalten des Kamphers im Organismus des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1. — *Schulz*: Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels bei unzureichender Ernährung. Pflüger's Arch. 76. — *Seeland*: Nachwirkung der Nahrungsentziehung. Biol. Zentralbl. 7. — *Variot*: Vomissement par hypoalimentation. La clinique infantile, 1911. — *Weber*: Ueber Hungerstoffwechsel. Ergebn. d. Physiologie v. Asher-Spiro, 1.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

H. Meyer und R. Gottlieb: Die experimentelle Pharmakologie. Zweite, neubearbeitete Auflage. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg.

A bécsi és heidelbergi egyetem két tudós tanárának munkája alig $1^1/_2$ év elteltével már második kiadásban jelent meg, jeléül annak, hogy az a mód, a melylyel a tudományos pharmakologiát tárgyalja, tetszésre talált. Nem akarjuk itt újból említeni azokat az elveket, a melyeket a szerzők művük megírásakor követtek; ezeket az első kiadás ismertetése alkalmával már szóvá tettünk. Csak röviden felhívjuk a figyelmet ezen minden tekintetben kiváló munka új kiadására, a mely tekintetbe vette a kritikákban felvetett eszméket, nemkülönben a gyógyszertan terén tett haladást; némelyik fejezet tetemesen bővült és egy nagyon érdekes új fejezet járult a régiekhez, a mely a gyógyszerhatás feltételeit tárgyalja.

J. Citron: Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. Leipzig, Verlag von Dr. Werner Klinkhardt, 1912.

Nem egészen 200 kisebbfajta lapon tudta a jónevű szerző összeállítani mindazt, a mit a bakteriologiából a klinikai diagnostikában használni lehet. Fősúlyt vetett a technikára, mert a bakteriologiai lelet értékesithetősége elsősorban a vizsgálat kifogástalan végzésétől függ. A munka nagyon jó szolgálatot tesz annak, a ki rövid idő alatt kívánja elsajátítani a bakteriologia elemeit. Használhatóságát fokozza az elég nagyszámú ábra, valamint az ügyesen összeállított és nagyon szép kivitelű 7 színes tábla. Kár, hogy az immunitási reactióknak túlságosan kevés hely jutott. Igaz ugyan, hogy a szerző utal egy másik munkájára, a melyben behatóbban ismer-

teti ezeket a reactiókat; véleményünk szerint azonban mégis kissé bővebben kellett volna foglalkozni ezen munkában is a jelzett reactiókkal, mint a melyek nélkül a bakteriologiai vizsgálat nagyon sokszor csonka. A kifogástalanul, sőt mintaszerűen kiállított kötet ára fűzve 6 márka 40 fillér.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A tüdővész származásáról tartott érdekes előadást *Römer* tanár, főleg azon vizsgálódások tekintetbevételével, a melyeket *Behring* intézetében végeztek. A tudővész genesisének tana szerinte a következő két alaptételen nyugszik: 1. Olyan lakosság között, a hol nagyon gyakori a tüdővész, csaknem minden egyén gümőkórosan fertőzve lépi át a gyermekkor küszöbét. 2. A gümőkóros állatok relative immunisok a gümőbacillussal való utófertőzéssel szemben. A mi az első pontot illeti, különböző szerzők adatait ismerteti, a melyek szerint a 14. életévben igen nagy a tuberculinra reagálók száma, így pl. *Nothmann* szerint (Düsseldorf) 84·5%, *Mantoux* szerint (Páris) 85%, *Pirquet* szerint (Bécs) 90%, *Calmette* szerint (Lille) 94%. Gümőkóros betegek környezetében élő gyermekekre vonatkozólag *Cohn* állított össze adatokat, a melyek szerint

2—5	éves	gyermekek	közül	tuberculinra	reagált	66·6%
6—7	„	„	„	„	„	77·5%
8—9	„	„	„	„	„	77·0%
10—11	„	„	„	„	„	80·5%
12—13	„	„	„	„	„	89·9%
14	„	„	„	„	„	100·0%

Érdekes *Pollak* eredménye is, a mely szerint gümőkóros családokban élő 2 éven aluli gyermekek 96%-a reagál tuberculinra.

A második pontra vonatkozóan felemlíti újabb állatkisérleteit, a melyek szerint a test egyik oldalán nagymennyiségű, a test másik oldalán pedig kismennyiségű gümőbacillussal egyidejűleg subcutan oltva tengeri malaczokat, a kis mennyiséggel oltás helyén nem állanak be azok az elváltozások, a melyek egyébként — ha az állatok a másik oldalon nem kaptak sok bacillust a bőrük alá — beállani szoktak. Idézi továbbá másutt már ismertetett juh-kisérleteit, a melyekben kevés gümőbacillusnak subcutan befecskendezése után localis gümőkór fejlődött, a néhány hónappal utóbb végzett erős intravenás fertőzés pedig, a mely a kontroll-állatokat 4—8 hét alatt megölte (heveny disseminált tüdőgümőkór), eredménytelen maradt; az első fertőzés kevés gümőbacillussal tehát teljes és tartós immunitást létesített a súlyos második fertőzéssel szemben.

Römer áttér ezután annak a fejtegetésére, hogy a gümőkóros ember is relative immunis a gümőbacillussal való ismételt fertőzéssel szemben. Állításának támogatására a többi között felemlíti a klinikai tapasztalatot, a mely szerint a tüdővészes beteg nyirokmirigyei csak nagyon ritkán válnak gümőkórossá, noha a köpettel a szájba és torokba állandóan jutó gümőbacillusok folyton fertőzhetik őket. De direct kisérletek is vannak; így például *Baumgarten* rákos felnőtteknek, a kik valószínűleg fertőzve voltak már gümőbacillusokkal, *Klemperer* pedig gümőkóros betegeknek minden káros következmény nélkül fecskendezett be nagymennyiségű nagyon virulens marhagümőbacillust. (Ezek a szerzők ezt az eredményt ugyan abból magyarázzák, hogy a marhagümőbacillus ártalmatlan az emberre; ezen magyarázat helytelenségét azonban nagyon kézzelfoghatóan bizonyítják a már elég nagy számmal észlelt súlyos „bovinus" infectiók.) Indirect érv gyanánt említi a szerző továbbá azt a tapasztalatot, hogy a tuberculosishalálozás rendszerint annál nagyobb, minél kevésbé elterjedt az illető lakosság között a gümőkóros infectio, halálozás alatt értve a tuberculosisban elhaltak arányát a fertőzöttekhez. Nagyon érdekesek az Argentiniában szerzett tapasztalatok, a melyek szerint egyes vidékek lakói, a hol nagyon ritka a gümőkór, többnyire nagyon súlyos gümőkórban betegszenek meg, a mikor lakóhelyüket oda teszik át, a hol gyakori a tuberculosis. Teljesen ugyanezt látjuk különben naponként: a csecsemő szervezetében, tehát olyan szervezetben, a mely gümőkórral még nem fertőzött és ennek folytán még nem védett, a gümőkór nagyon hajlamos a gyors generalizálódásra. Az a körülmény, hogy a kulturállamokban, a hol a gümőkórral való fertőződés lehetősége sokkal nagyobb, a gümőkór-halálozás tetemesen csökken: legalább részben az előzőkben említett módon magyarázható, vagyis a gümőkórral könnyen fertőződés lehetősége miatt sok ember válik immunissá.

A mi már most a tüdővészt illeti, a szerző azt vallja, hogy ez nem a szervezet elsődleges fertőződése gümőkórral, hanem reinfectio, a mely a szervezetnek jelzett immunitása daczára azért fejlődik, mert ez az immunitás egyrészt csak relativ, másrészt pedig a reinfectio nagyon súlyos. Tuberculosissal szemben immunis állatokon is erős utófertőzéssel a phthisishez hasonló kórfolyamatokat lehet létesíteni. A reinfectiók egyébként nem annyira kívülről erednek, mint inkább a szervezetben már meglevő gümőkóros góczokból indulnak ki, tehát tulajdonképpen autoinfectiók. A szerző itt a malariával von párhuzamot: a malariás fertőzés megóv az ugyanazon parasitával való újabb külső fertőzés ellen; némely esetben azonban utófertőzések állanak be, ennek következtében pedig marasmus, hogy úgy mondjuk „malariaphthisis"; ezekben az esetekben az első fertőzés nagyon súlyos volt. A szerző szerint a tüdővész olyan felnőttekben fejlődik, a kik gyermekkorukban súlyosan fertőződtek gümőkórral; e mellett szól az a tapasztalat, hogy tüdővészessé főleg olyanok lesznek, a kik gümőkóros családból valók, vagyis a kik gyermekkorukban nyilván erősebben fertőződhettek gümőkórral. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 16. szám.)

Belorvostan.

A thorium hatásáról közöl érdekes adatokat *Plesch* a berlini egyetem egyik belklinikájáról. Súlyos cardialis dyspnoëban szenvedők lélekzése thorium alkalmazására azonnal megkönnyebbül; a lélekzésre gyakorolt ezen kedvező befolyás pneumonia eseteiben is észlelhető volt. A hypertoniát erősen mérsékli a thorium; a sülyedés 100 mm. Hg-nyi is lehet; a vérnyomást csökkentő hatás sokszor hetekig eltart; ennek megfelelően angina pectoris eseteiben nagyon kedvező eredmény érhető el vele. A szív telődését is nagyon kedvezően befolyásolja ez a szer, nemkülönben a systolés kiürülését. Az erekre való hatás folytán vizenyő eseteiben a diuresis fokozódik. A thorium fokozza az oxygenelhasználást, ezen okból elhájasodás esetén is megkisérelhető a használata. Egy 114 kiló súlyú nő 12 nap alatt 17 kilót fogyott; minthogy azonban további súlycsökkenés nem mutatkozott, nincs kizárva, hogy — ámbár vizenyők nem voltak — egyszerűen fokozott vízvesztés okozta a súlycsökkenést a szívműködés javulása folytán. A húgysav kiválasztását is erősen fokozza a thorium. Leukaemia két esetében a fehér vérsejtek száma 174.020, illetve 110.444-ről 666, illetve 2550-re szállott alá 17, illetve 12 nap alatt. Csúz eseteiben nagyon változó volt az eredmény. A mi az alkalmazás módját illeti, leghatásosabb az intravenás. Bőr alá nem tanácsos adni, mert hosszabb ideig maradván ott, nekrosisos fekélyeket okozhat. A szerző által használt készítmény neve „dorat"; physiologiai konyhasóoldatban tartalmazza a radioactiv anyagot, még pedig rendkívül nagy mennyiségben, a mennyiben 1 cm^3-ben 5·1 millió Mache-egység van. A thoriumtherapia előnyösebb, mint a radiumtherapia, mert egyrészt rövidebb élettartama miatt a szervezetben hamar szétesik s így bennmarad, míg a radium kiválasztódik, másrészt pedig, mert nagyon sok Mache-egységet tudunk segélyével bevinni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 16. szám.)

Idegkórtan.

A tabeses ataxia mechanismusát érdekesen fejtegeti klinikai megfigyelések alapján *Noica*. Az ataxia névvel jelölt tünetek két különböző pathophysiologiai csoportba tartoznak. Az elsőbe tartozók már a betegség elején kifejezettek és azon betegeken is észlelhetők, kiken érzés-zavar nincs, vagy igen csekély; ide tartozik a *Romberg*-féle tünet vagy a kifeszített alsó végtag ide-odalengése fekvő helyzetben való felemeléskor. Ezen tünetek lényege, hogy a beteg nem tudja a törzset vagy végtagot kellően fixálni; egészségesen a kivánt irányba mozgató izmon kívül az izület körül fekvő többi izom is összehúzódik s feszes „izompánczélt" alkot, mely az oldallengést megakadályozza; e helyett tabesesen igen jellemző izomjátékot látunk az egyensúlyból való folytonos kibillenés kompenzálására. Végső oka ezen tünetnek az izomtonus csökkenése, mely már akkor fennáll, mikor a szorosabb értelemben vett hypotonia még nem mutatható ki. A második csoportba tartoznak azon tünetek, melyek az érzés, nevezetesen az izületi érzés romlására vezethetők vissza; ide tartozik az úgynevezett incoordinatio, vagyis mindazon mozgások rendetlen lefolyása, melyek több egyszerű mozgás combinatiójából állanak, pl. a lábak dobálása és sarkalás járáskor, számos rendellenesség a kéz mozgásában, ha az anaesthesia ide is kiterjed. (Nouvelle Ikonographie de la Salpetrière, 1911, 6. és 7. sz.) *L.*

Elmekórtan.

A homloktekervény-daganat eseteiben észlelt psychés zavarokról és a homloktekervény összefüggéséről a psychével értekezik *M. Serorg* és 3 esete ismertetése és az irodalom méltatása alapján a következő eredményre jut: A homloktekervény-megbetegedésre jellegző tünetek valószínűleg nincsenek; főképpen az úgynevezett viczczelési hajlam, kábultság és a daganatok eseteiben általában fellelhető *Korsakoff*-tünetcsoport nem tekinthető ilyennek, hanem az agyvelőnyomás emelkedésének általános tüneteként kell felfognunk. El kell utasítani ama nézetet, hogy az „intelligentia székhelye" a homloktekervény, sokkal inkább helyt áll ama vélemény, hogy az intellectualis működések alapjául az egész agyvelőkéreg működése tekintendő. E mellett nem zárható ki, hogy a homloktekervény működésének még különös szerepe van, lehetséges, hogy mint coordinatiós középpontnak van nagyobb befolyása. (Allg. Zeitschrift f. Psych. 63. k., 583. l.) *Goldberger Márk* dr.

Gyermekorvostan.

A forrólégkezelést a csecsemők eczemája ellen sikeresen használta *Jenny Perlmann* (Strassburg). Voltak gyermekek, kiket előzőleg már hónapokon át kezeltek olajos lemosással és kenőcscsel eredmény nélkül, míg forrólégnek pár napi alkalmazására rövid időn belül megszűnt a nagy nyugtalanság és viszketés s a további kezelés alatt súlygyarapodás és monothermia állott be s az eczema is teljesen meggyógyult. Legszebb eredményei voltak nedvedző eczema eseteiben, hol fontos szerepet játszik a szárító hatása a kezelésnek, de jó eredményei voltak a papulosus, squamosus és vesiculosus folyamatokban is, csakhogy hosszabb kezelés után. Ugyancsak gyors gyógyulásról számol be furunculosis eseteiben is.

A kezeléshez nickel-készülék kapható, melynek segítségével könnyen alkalmazható a forró lég az eczemás területre. Az alkalmazás tartama naponként 5—10 percz. Napközben pedig az eczemás területet olajjal kell bekenni. De ezen kezelés mellett is szigorúan be kell tartani a diaetát. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, 2. sz.) *Ujj* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A veronacetin nevű új hypnoticum és sedativum nem más, mint veronal, phenacetin és codeinum phosphoricum összeköttetése, még pedig 2 tabletta megfelel 0·3 veronalnak, 0·25 phenacetinnek és 0·025 codeinum phosphoricumnak. *Baer* szerint nagyon megbízható a hatása, az ára nem nagy, legfeljebb 4 tablettának naponkénti használata mellett teljesen ártalmatlan, kellemetlen melléktüneteket nem okoz. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 9. szám.)

Pneumonia eseteiben *Wachtler* szerint nagyon kedvező hatású az oleum camphoratum, a melyből naponként 1—2-szer fecskendezendő be 3—5 cm³ a bőr alá. (Medizinische Klinik, 1912, 10. szám.)

Status epilepticus esetében *Dorner* jó eredménynyel használja az atropinum sulfuricumot, a melyből naponként 2—3-szor ad 3 milligrammot a bőr alá. (Allgem. Zeitschr. f. Psych., 69. kötet, 1. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 16. szám. *Parassin József:* A novocol a tüdőbetegek therapiájában. *Áldor Lajos:* A cholelithiasis therapiája.

Orvosok lapja, 1912, 17. szám. *Gyömörey Oszkár:* Anthropologia és darwinismus.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 17. sz. *Basch Imre:* A syphilis therapiája.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Arányi Gusztáv* dr. karlsbadi fürdőorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül a királyi tanácsosi czímet admányozta.

Hevesi Imre dr.-nak, a kolozsvári egyetemen az orthopaediai sebészet magántanárának a király a rendkívüli tanári czímet adományozta.

Kinevezés. *Báthory Endre* dr.-t a nagybecskereki megyei közkórházhoz osztályos főorvossá nevezték ki.

Választás. *Strauss Adolf* dr.-t Turóczszentmártonon, *Tausz Lipót* dr.-t Gácson körorvossá, *Hajós Soma* dr.-t Légrádon, *Székely Sándor* dr.-t Jászladányon községi orvossá választották.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztattak: az élettani intézethez: *Pekár Mihály* dr. adjunktusnak (meghosszabbítás); a közegészségtani intézethez: *Davidovics József* dr. tanársegédnek (meghosszabbítás); a gyógyszertani intézethez: *Lipták Pál* dr. díjas gyakornoknak; az I. számú belklinikához: *Czinder Kálmán* dr. gyakornoknak; a II. számú sebklinikához: *Láng Kornél* dr. tanársegédnek; a II. számú nőklinikához: *Konek László* és *Bleyer Géza* dr.-ok díjas gyakornoknak, *Dávid Mihály* dr. gyakornoknak; az elmekórtani klinikához: *Reuter Camillo* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás); a II. számú szemklinikához: *Eckert Lajos* dr. díjas gyakornoknak. — A tanártestület az *Andrássy Szerafina*-féle szorgalmi díjat *Lukács Ernő*-nek, a *Barna*-féle szorgalmi díjat *Révész Lajos*-nak és a 800 koronás *Fischhoff*-féle ösztöndíjat *Hermann Imré*-nek ítélte oda.

Janny Rezső és neje elhalt fiuk, *ifj. Janny Rezső* orvostanhallgató emlékére 10.000 koronás alapítványt tettek a budapesti egyetem orvosi karánál. Az alapítvány kamataiból évenként pályadíj tüzetik ki a kórélettan vagy az élet- és kórvegytan köréből készítendő dolgozatra.

A Magyar sebésztársaság igazgatótanácsa f. év február 6.-án tartott III. ülésén abban állapodott meg, hogy az V. nagygyűlést *Herczel Manó* dr. elnöklete alatt *1912 május hó 23.—25.-én a Nemzeti Múzeum disztermében* tartja meg. A megnyitó ülés május hó 23.-án délelőtt 9 órakor, a közgyűlés pedig május 25.-én délután 3 órakor lesz. Ez fogja a VI. nagygyűlés elnökét és jegyzőjét megválasztani és a *Báron Jónás* elhunytával megürült pénztárosi tisztséget betölteni. Az első tudományos ülésen az első vitakérdést, *a tüdő és mellür sebészetét* fogják tárgyalni. Referensek: *Korányi Sándor* báró, *Dollinger Gyula* és *Alapy Henrik*. Május 24.-én a délelőtti ülésen kerül sorra a második vitakérdés, *a gyomor- és duodenumfekély sebészeti kezelése*. Referensek: *Müller Kálmán* báró, *Réczey Imre* és *Borszéky Károly*. Május 25.-én délelőtt tárgyalják a harmadik vitakérdést, *a húgykövek sebészetét*. Referensek: *Illyés Géza* és *Steiner Pál*. Az előadások és bemutatások határideje *1912 május 10.-e*. Az ezen határidőn túl beérkező bejelentések csak annyiban vehetők figyelembe, a mennyiben azt a fennálló idő megengedi. A bejelentések a jegyzőhöz (*Pólya Jenő* dr., Arany János-utcza 29, II. 4) intézendők. A bejelentéshez az előadás, illetve bemutatás rövid tartalma is melléklendő az orvosi sajtó számára, valamint az is közlendő, hogy a vidéki bemutatók betegeik kórházi elhelyezését kívánják-e, mert erről az elnökség a lehetőség szerint gondoskodni fog. Uj tagok felvételére vonatkozó ajánlatok a titkárhoz intézendők. Az ajánlaton kívül, a melyet két társasági tagnak sajátkezű aláírásával kell ellátnia, az ajánlott tag nevének, állásának és lakóhelyének pontos feltüntetése szükséges és a belépő tagnak nyilatkozatot kell csatolnia, melyben kötelezi magát, hogy társulatunknak három évig tagja marad. Az ajánlott új tagok megválasztása a nagygyűlést megelőző igazgatótanácsi ülésen történik, úgy hogy az újonnan megválasztott tag a tagsági jegy kiváltása után a nagygyűlésen már résztvehet. A m. kir. államvasutak a kereskedelemügyi minister úr 12558/912. számú rende-

lete alapján az ezideig is nyujtott kedvezményt, mely szerint a társulat tagjai a közgyűlésre az első és második kocsiosztályon a közvetlen alsóbb kocsiosztályú rendes árú egész, a harmadik kocsiosztályon pedig félárú II. osztályú menetjegygyel utazhatnak, az idén is megadták. A kik ezen kedvezményre igényt tartanak, kéretnek, hogy ezt *május 5.-éig* a jegyzőnél bejelenteni és az igazolvány kiállításáért járó 20 fillérnyi díjat levélbélyegekben mellékelni szíveskedjenek. A kiinduló állomás jól olvasható írásban megjelölendő. A tagsági igazolvány az ülésterembe való belépéskor felmutatandó. A tagsági igazolványt a tagsági díj lefizetése ellenében az igazgatótanács által a pénztár ideiglenes kezelésével megbízott *Báron Sándor* dr. egyetemi tanársegéd (Budapest, V., Erzsébet-tér 16) szolgáltatja ki. A gyűlés előtti torlódás elkerülése végett a tagsági igazolvány előre kiváltása kívánatos. A nagygyűlés kapcsán megbeszélés tárgyává óhajtják tenni az ápolóképzés kérdését is és erről a szerint, a mint azt a bejelentendő tudományos kérdések tárgyalása megengedi, a nagygyűlés első napjának délutánján, illetve délutáni ülése után fognak értekezni. A mennyiben kellő számú jelentkező akad, a nagygyűléssel kapcsolatban projectiós estét, illetve Röntgen-kiállítást is rendeznek; az ezirányú kívánságokat *május 5.-éig* kell a jegyzőnek bejelenteni. A nagygyűlés második napján, *május 24.-én* este barátságos közös vacsora lesz, melynek helyét és idejét, éppúgy, mint a tervbe vett ápolóképzési értekezlet és projectiós este idejét, az első ülés alkalmával szétosztandó értesítő fogja tudatni. A referatum megtartására 20 percz, előadásra 15 percz, bemutatásra 10 percz, a referatumhoz való hozzászólásra 5 percz idő áll az előadók rendelkezésére. Az összes előadások és hozzászólások szabadon tartandók. Felolvasni csak végső következtetéseket vagy összefoglaló tételeket lehet és ez a felolvasás öt percznél több időt nem vehet igénybe. Az előadások és bemutatások kéziratát nyomtatásra kész állapotban, úgyszintén a hozzászólásokat is, melyek az e czélra készentartott lapokra irandók, még az ülés tartama alatt kell a jegyző kezéhez beszolgáltatni.

Meghalt. *Hamel Nándor* dr. cservenkai községi orvos 48 éves korában április 20.-án. — *Kosch Ede* dr. nyugalmazott körorvos 76 éves korában április 16.-án Szápáron. — *Schwarc Mihály* dr. nagyatádi járásorvos 47 éves korában április 19.-én. — *L. M. Möller*, a bőrkórtan rendkívüli tanára a stockholmi egyetemen. — *J. M. Lamb*, az élettan tanára a washingtoni Howard-egyetemen. — *A. Přibram*, a belorvostan rendes tanára a prágai német egyetemen, április 14.-én 71 éves korában.

A kaposvári tüdőbeteg-gondozó működését 1908 november 1.-én történt megnyitásától az 1911. év végéig ismerteti *Csurgó Jenő* dr., az intézmény vezetője. Részletesen kiterjeszkedik nemcsak a tüdőbeteg-gondozásra vonatkozó adatokra, hanem egész Somogy vármegye egészségügyi viszonyaira is, a mennyiben ezek a tuberculosissal egybefüggnek. A gondozó rendeléseinek száma az 1911. évben már 5047 volt, szemben az 1909. év 1043 rendelésével; oly emelkedés, a mely mindennél jobban mutatja az intézmény életrevalóságát és vezetőjének buzgóságát, a melyet egyebek között azok az előadásai is bizonyítanak, a melyeket oly szép számmal tartott a közegészségügyi ismeretek népszerűsítése érdekében. Vajha sokan követnék példáját.

Nyilatkozat. Azon körülmény, hogy a mult évben Pöstyénben még egy Weisz nevű collega telepedett le, a mi akaratlanul is igen sok félreértésre vezetett, megfelelő körlevelek szétküldésére késztetett. A címiroda hibájából, sajnos, közéjük a külföldnek szánt német példányok is kerültek. Kérem e tekintetben a kartárs urak szíves elnézését.

Pöstyén, 1912 április 20. *Dr. Weisz Ede.*

A VI. orvosi elektrologiai és radiologiai congressust Prágában tartják ez évi július 26.-ától 31.-éig. A congressus titkára *K. Hynek*, Prága, közkórház.

Drucker Viktor dr. lakását IV., Vámház-körút 12. szám alá helyezte át.

Pesthy István dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban (Alte Wiese „Eiche“) újból megkezdette.

Sípos Dezső dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban (Markt „Haus 3 Ringe“) újból megkezdette.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *Lázzal járt dermatoneurosis* esetét irja le *Bregman* (Neurolog. Centralblatt, 1912, 7. szám): a 42 éves nő kezein, felkarján, czombjain és a jobb térdén néha minden ok nélkül, máskor psychés hatások után időnként piros, égető és viszkető foltok keletkeznek néha nagyon magas hőmérsék kíséretében; néhány nap mulva a scarlatináéhoz hasonló hámlás áll be. Az illető nő egyébként nagyon ideges, inreflexei fokozottak, dermographismus váltható ki rajta. — *A sebkezelésben Leclainche* és *Vallée* (Compt. rend. de l'acad. des sciences, 1912, 10. szám) nagyon jó eredményt ért el olyan lovak serumával, a melyeket a közönséges sebfertőzés bacteriumainak fokozódó mennyiségével oltottak be. — *A spinalis anaesthesiáról* 2354 esetre vonatkozó nagy anyag alapján nyilatkozik *Barker* (Brit. med. journal, 1912, márczius 16): 5% stovaint és glykosét tartalmazó oldatot használt, a mely lehetőleg isotoniás volt a vérrel; átlag 5 centigramm stovain fogyott el egy-egy esetben; adrenalin hozzáadása felesleges, sőt ártalmas is lehet a gerinczvelőgyökerek ischaemiája miatt. 0·2%-ban nem állott be érzéstelenség és 4·2%-ban elégtelen volt az. — *A typhus* ellen mintegy 6 hónapig tartó immunitást tudott elérni *Courmont* és *Rochaix* (Compt. rend. de l'acad. des sciences, 1912, 9. szám) oly módon, hogy 53°-on elölt typhusbacillusokat fecskendeztek a végbélbe 5 napos időközökben. — *Rosszindulatú daganatok* ellen *Czerny* és *Caan* szerint (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 14. szám) a mesothorium és thorium x legalább is olyan hatásos, mint a radium, sőt felületes fekély, angioma, lupus és keloid eseteiben még felül is mulja ez utóbbi hatását. — *A karvenák thrombosisát* látta bekövetkezni *Mohr* (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 14. szám) egy oly egyénen, a kin többször végeztek vérnyomás-meghatározást; a thrombus-képződés azon helyig terjedt, a hol a vérnyomás-mérő karszalagját alkalmazták.

Személyi hírek külföldről. Lembergben *Z. Dmochowski* dr.-t a kórbonczolástan rendes tanárává nevezték ki. — *A. Kühn* magántanár Rostockban (belorvostan) tanári czímet nyert. — A következő tanárok nyugalomba vonulnak: *E. H. Bradfort* (Boston, orthopaedia), *J. J. Putnam* (Boston, idegkórtan), *A. Gautier* (Páris, orvosi chemia), *Coyne* (Bordeaux, kórbonczolástan), *Demons* (Bordeaux, sebészet), *E. Maurel* (Toulouse, kisérleti kórtan), *A. Frébault* (Toulouse, méregtan).

Hirek külföldről. Nemrég jelentettük, hogy *Guttmann* bécsi nagyiparos 3 millió koronás alapítványt tett a bécsi zsidó hitközségnél egy gyermekkórház létesitésére. Csaknem egyidejűleg egy másik, 2½ milliós alapítványt kapott a bécsi zsidó hitközség ugyane czélra; az adományozó egy nemrég elhúnyt magánzó, *Spitzberger József*, a ki végrendeletében tette ezt az alapítványát, külön kikötve, hogy az alapítandó kórházba bármily vallású gyermek felveendő. Minthogy a hitközségnek e czélra már egyéb alapítványokból is van 600.000 koronája, nemsokára hozzálátnak a kórház felépítéséhez. — A f. é. márczius 5.-én elhunyt *Bleichröderné* úrhölgy örökösei 100.000 márkás alapítványt tettek a német természettudósok és orvosok társaságánál, melynek kamata és tőkéje is oly tudományos vizsgálatok elősegítésére fog szolgálni, a melyek az orvostudományra vagy a vele szoros kapcsolatban levő segédtudományokra vonatkoznak. A tőkének legkorábban 20, de legkésőbben 40 év alatt fel kell emésztve lennie. Egy tudós többször is kaphat belőle segélyt. Előnyben részesítendők az olyan tudósok, a kiknek se jól fizetett állami hivataluk nincs, se pedig közelebbi vonatkozásban nem állanak valamely állami intézettel. A folyamodványokat minden évben május 1.-éig kell beadni *B. Rossow* egyetemi tanárnál (Leipzig, Stephanstrasse 8).

Mai számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen a. Rh.* és a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* „**Sajodin, Sabromin**“ czímű prospectusa van mellékelve.

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

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.** **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — **spec. szívbetegek** és üdülők részére.

Dr. Doctor **Kossuth Lajos-utcza 3. sz.** (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fütés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** **Egész éven át nyitva.**

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR**, v. egy. tanársegéd. **VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.**

Epileptikus betegek intézete

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

István-úti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) **Telefon 81—01.**

Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.

:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló | **LÁPLÚG** folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1912 április 22.-én.) 330. l. — Közkórházi Orvostársulat (III. bemutató ülés 1912 február 7.-én.) 330. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 332. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1912 április 22.-én.)

Elnök: **Entz Géza.** Jegyző: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

I. **Hutyra Ferencz: „Immunitás a sertéspestis ellen"** czímen megtartott székfoglaló előadásában az e betegség elleni védőojtásokra vonatkozó kisérleteit ismertette. A betegségen már átesett sertések kezelése beteg állatok fertőző vérével magasra fokozza az immunitásukat s akkor olyan vérsavót szolgáltatnak, melyből 6·0—8·0 cm³ megvéd 25 kg.-os malaczokat úgy a természetes, mint a mesterséges fertőzéssel szemben. A serum a fertőzés után, a lappangásnak legalább első hat napján is kifejti a védő hatását, illetve meggátolja a már lappangó betegség kifejlődését, míg a betegség nyilvánvaló tüneteinek jelentkezésekor a hatás már bizonytalan avagy egyáltalában nem jut érvényre. A serummal beojtott és azután a fertőzött helyen tovább meghagyott sertések hőmérséklete bizonyos idő mulva emelkedik és a láz alábbhagyó jelleggel körülbelül egy hétig tart. A lázas folyamat hasonló ahhoz, mely a természetes fertőzésnek kitett, be nem ojtott sertéseken észlelhető, ha nem esnek áldozatul a betegségnek. A serummal beojtott állatok tehát, ha az ojtás után a természetes fertőzésnek vannak kitéve, a serum védelme alatt enyhe pestises megbetegedésen esnek át s ez adja meg a magyarázatát annak, hogy a már előzetesen fertőzött falkákban a serummal beojtott sertések az esetek többségében, épp úgy, mint a természetes úton átvészelt állatok, tartós immunitásra tesznek szert. Befejezésül az előadó ismertette a védőojtásokkal a gyakorlatban elért eredményeket. A lefolyt három év alatt megközelítőleg 500.000 sertést ojtottak be az országban. Jelentések 695 gazdaságban beojtott 83.331 sertésről érkeztek be s ezek szerint a gazdaságoknak 51·5%-ában az ojtás után a járvány teljesen megszűnt, az esetek 85%-ában pedig a veszteség mindössze 4·2%-ot tett ki.

II. **Lenhossék Mihály** r. tag bemutatja *Némai József* dolgozatát: **Közlemény a gége összehasonlító anatomiája köréből.** A szerző már hosszabb ideje foglalkozik az I. sz. anatomiai intézetben a gége összehasonlító anatomiájára vonatkozó vizsgálatokkal. E vizsgálatok eredményeinek egy részéről, nevezetesen a patások gégéjére vonatkozókról tesz e közlésében jelentést. Vizsgálatainak fő eredménye egy eddig le nem írt új szalag ismertetése, mely minden megvizsgált patáson, úgy az egypatájúak, mint a hasadt körműek osztályából, megvolt. A szalag a kannaporczogó alapján ered s a hátulsó oldalon áthidalva a kannaporczogó kivájulatát, ugyane porczogó felső lemezszerű nyujtványán végződik, mely az ember Santorini-porczogójának felel meg. Legerősebben van a szarvason és őzön, leggyengébben a lovon kifejlődve. Jelentősége az, hogy megakadályozza a puhább, rugalmas porczogóból álló s ezért ide-oda libegő Santorini-lemeznek a belélegzés alkalmával a hangrésbe való aspirálását, a mi a gyorsan futó s lihegve lélegző állatokon különben könnyen megeshetnék. E mellett izomsövény jelentőségével bir a musc. interarytaenoideus és musc. ary-epiglotticus közt.

III. **Tangl Ferencz** r. tag bemutatja a következő dolgozatokat, melyek az ő vezetésével a budapesti kir. m. tud.-egyetem ált. kórtani intézetében készültek:

1. *Quagliarello Kajetán* (Nápoly): *„Physikai-chemiai vizsgálatok a fehérje megalvadásáról"*. Elektrometriás úton kimutatja, hogy a fehérje hővel való megalvasztásakor a H-ionok concentratiója csökken; a csökkenés 50%-ot tehet ki. Ha a fehérje a felfőzés előtt csapódik ki, a felfőzés maga nem változtatja már meg a H-ionok concentratióját. Különböző savakban különböző mértékben csökken e H-ionconcentratio.

2. *Alexander Ferencz: „Vizsgálatok az agy vérgázcseréjéről"*. Az agyból kiáramló vér O_2- és CO_2-tartalmát határozta meg s hasonlította össze a carotis vérének gáztartalmával nyugalomban s akkor, ha a retinát erős optikai ingerekkel ingerelte. Ezenkívül még az agy vére áramlási sebességének és az agy térfogatának változását mérte az optikai ingerek hatása alatt. Kutyákon végzett kisérleteivel igazolta *Révész Gézá*-val együtt a tüdő gázcseréjének vizsgálatakor talált eredményt, hogy t. i. az agy gázcseréje érzékszervi (optikai) ingerlésre megnövekedik. Ilyenkor rendesen az agy vérellátása is növekszik. Tehát az agyműködés anyagcsere-mechanismusa ugyanolyan, mint bármely más szervé.

3. *Glaser Otto* (Michigan): *„A fundulus heteroclitus fejlődési munkája"*. A szerző e csontos hal petéiről kimutatja, hogy az ébrény fajlagos fejlődési munkája ugyanolyan nagy, mint *Tangl Ferencz* és *Farkas Kálmán* szerint a tyúk-, pisztráng- és selyempille-ébrényé. Megerősíti tehát *Tangl F.* hypothesisét, mely szerint a különböző fejlettségű állatok fejlődésekor egyenlő súlyú ébrény képződése közben egyenlő mennyiségű chemiai energia használtatik el, egyenlő mennyiségű hő képződik. A fundulus-petében is főképpen zsírok oxydáltatnak az ébrény fejlődése közben.

4. *Kelemen György: „A pilocarpin és atropin hatásáról a gázcserére"*. A tüdő-gázcsere mérésével, továbbá a verőeres és gyüjtőeres vér O_2- és CO_2-tartalmának meghatározásával megállapítja *Kelemen*, hogy a pilocarpin hatására beálló fokozott mirigymunka (nyálelválasztás) közben tetemesen emelkedik az O_2-fogyasztás és CO_2-képződés. Ezzel párhuzamosan megnő — az egyenletesen mesterségesen szellőztetett kutyában — az arteriás vér CO_2-tartalma. Az O_2-tartalom nem változik. Az atropin ellenkezőleg csökkenti a gázcserét, egyidejűleg az arteriás vér CO_2-tartalma kevéssé csökken.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1912 február 7. én.)

Elnök: **Fauser Árpád.** Jegyző: **Szinnyey József.**

(Folytatás.)

Ulcus duodeni perforatum.

Höflich Lajos: A 26 éves kocsist 1911 november 23.-án vették fel *Hochhalt* osztályára. Egy éve gyomorbajos; gyomorfájása állandóan volt, majd savanyú felböfögések után megszűnt. 8 nap előtt hirtelen igen nagy hasgörcsöket kapott, „mintha hasba szúrták volna". Állapota valamit javult, de 21.-én olyant hányt, mint a fekete kávé, s 22.-én újra heves fájdalmak lepték meg, de ezúttal hasa jobb felében. Fájdalmai állandóak; nem hányt 21.-e óta, széke három napja nem volt.

Jól fejlett, izmos, kipirult arczú beteg. Bőre kissé sárgás árnyalatú. A nyelv bevont, elég nedves. A szív ép. A tüdő felett feltünő, hogy jobboldalt hátul a XI. csigolya magasságában a kopogtatás hangja dobos színezetű hangba megy át. Elől kopogtatva, a májtompulat eltűnt, csak a hónaljvonalban a VIII.—IX. borda között kicsiny téglaalakú területen kapunk májtompulatot. Szabad levegő a hasüregben. A lép helyzete rendes. A has kissé meghúzódott, baloldalt alig feszes, alig érzékeny. A jobb hypochondrium kissé jobban előmborodó; a bőr hyperaesthesiás, a musc. rectusnak a köldökig érő része jobboldalt összehúzódásban van. A beteg igen erős fájdalmakat jelez a jobb hypochondriumban a legenyhébb tapintásra is. A vesetáj jobboldalt szintén rendkívül érzékeny.

A pulsus elég telt, rhythmusos, száma perczenként 96. A hőmérsék 37·3° C. Ezek alapján valószínűséggel ulcus duodeni

perforatum volt felvehető. Az átfúródás 36 órás volt. Rögtön műtét, melyet *Pólya* főorvos végzett. A műtét igazolta felvételünk helyességét; a duodenumnak a pylorushoz közel álló részén az elülső felszínen czeruzavastagságú perforatiós nyílás van, melyből gáz és alvadt tej ömlik.

Körülötte kezdődő serofibrinosus peritonitis. Jejunostomia.

Jelenleg a beteg már teljesen rendesen étkezik. Bélsarában vért ismételt vizsgálattal sem tudtunk kimutatni. A gyomorvizsgálat hypaciditást mutat, vért a gyomortartalomban nem találtunk.

Arczplastikák.

Pólya Jenő: 1. *Alsó szemhéj pótlása.* A 60 éves nőbeteg 3 hó óta veszi észre, hogy szemhéjdaganata nő. Felvételkor a szt. István-kórház III. sebészeti osztályára (1912 január 10) a bal alsó szemhéjon rákos daganat van, mely az alaphoz van rögzítve.

Műtét 1912 január 16.-án. A daganat kiirtása, a defectus pótlása a bal halántéktájról vett lebenynyel. A másodlagos defectust nyitva hagyjuk. Per primam gyógyulás, a másodlagos defectus helyén kb. 4 cm. hosszú, 1 cm. széles, tisztán sarjadzó sebfelület.

2. *A felső szemhéjnak és az orr jobb oldalának pótlása.* A 67 éves földmíves jobb külső-felső szemzugában, valamint a jobb orrszárnyon szemölcs volt, mely évekig fennállott. $^1/_2$ év előtt kifekélyesedett és azóta rohamosan terjed. Felvételkor a szt. István-kórház III. sebészeti osztályára (1912 január 21) a jobb szemöldök helyén a felső szemhéjra ráterjedő, felhányt szélű fekély; az orr jobb oldalán ugyancsak felhányt szélű fekély.

Műtét 1912 január 3.-án. Először a szemhéjon levő rákot metszszük ki ovalis alakban. A defectust egy a jobb halántékról vett bőrlebenynyel pótoljuk. Az orr-rákot szintén kimetszve, az orr egész jobb felét eltávolítjuk, a defectust a homlok közepéből vett lebenynyel pótoljuk. A lebenyek per primam megtapadtak. Január 25.-én a homloklebeny áthajlási helyén levő csücsköt kimetszszük és a homlok-defectust *Thiersch* szerint fedjük. Per primam gyógyulás, jó kozmetikai eredmény.

3. *9 év előtt operált nagy kiterjedésű ajak-carcinoma.* Az 50 éves napszámosnak 10 év előtt krajczárnyi sebe támadt az alsó ajkon, melyet vidéken megoperáltak. Rövid idő mulva recidiva, mely gyorsan terjedt. 1903 junius 3.-án az egész alsó ajkat elfoglaló rákos fekélylyel jelentkezett *Herczel* szt. István-kórházi osztályán, miután mint inoperabilist több helyen elutasították. Akkor megoperáltam, a carcinomát négyszög-alakban kimetszettem, a csontok felületét, melylyel a rák összetapadva volt, levéstem s az állalatti mirigyeket kiirtottam. A nagy defectust az arczról vett 2 négyszögletes lebenynyel *Dieffenbach* szerint pótoltam. 4 év előtt szt. Margit-kórházi osztályomon, mint jelenleg is, azért jelentkezett, mert az újonnan készített alsó ajka kissé lelóg. E miatt mindkét alkalommal ékkimetszéseket végeztünk az alsó ajkakból. Ezen lelógás oka az alsó ajak petyhüdtsége izomelemek hiánya folytán. A lelógás azonban nem nagyfokú, úgy hogy a zárt szájrésből csak a metszőfogak látszanak ki. Egyébként a kozmetikai és a functionalis eredmény kielégítő.

Goldzieher Vilmos: A II. esethez megjegyzi, hogy az alsó szemhéjaknak conjunctiva nélküli pótlása rosszul végződik, mert a granulatiók izgatják a szemet, de ha nem is izgatják, az eljárás nem idealis. Czélszerűbb az alsó szemhéj pótlására *Büdinger* eljárása, a mely a fülkagylóból vesz bőrrel és porczczal együtt nyeletlen lebenyt és ezt ülteti át. A szóló ilyen esetet többet operált és be is mutatott.

Pólya Jenő: Idealisabb az eljárás, ha a kötőhártyát pótolni tudjuk. Ebben az esetben nem lehetett pótolni, mert a rák a csonttal függött össze és a porcz-közzététel sem lett volna czélszerű.

Blennorrhoea beoltásával gyógyult pannus trachomatosus.

Goldzieher Vilmos: Az előadó gyógyult betegek bemutatása kapcsán már többször hangsúlyozta, hogy pannus trachomatosus legsúlyosabb eseteiben, melyek mindennemű kezeléssel daczolnak, blennorrhoeás virus beoltásával a legteljesebb gyógyulás érhető el. Ezt a módszert a mult század elején *Jaeger Frigyes* írta le legelőször és számos esetben kipróbálta. A módszer azonban feledésbe ment, mert attól féltek, hogy a cornea a blennorrhoeás virusnak nem tud ellentállani, s azért a beoltott szem tönkremehet. Ez a veszedelem azonban nem olyan nagy, talán egyáltalán nem forog fenn, mert a beoltott szemek corneája nincs erek híján, mint a rendes cornea, hanem a legsűrűbb ereződéssel bír, tehát nem annyira vulnerabilis, mint a normalis cornea. Kellő óvatossággal a módszer használható, természetesen csak mint ultimum refugium.

A 9 éves leány már régen súlyos trachomában szenved és egyszer már kezeltük 5 hétig az osztályunkon. Szeptember 3.-án újra felvettük, a legsúlyosabb granulás és kocsonyás trachomás infiltratióval, kétoldali sűrű pannussal. A bal szem corneáján azonkívül még egy központi genyes fekély volt, ezen a szemen a látás csak fényérzésre, a jobbon ujjolvasásra szorítkozott. Mindkét szemen a pannus olyan sűrű volt, hogy az irist alig lehetett látni. Azonkívül még nagyfokú izgalmi állapot, könyezés és fájdalmak voltak.

A rendes kezelést három hónapon át folytattuk a nélkül, hogy a legcsekélyebb javulás mutatkozott volna.

Mult év deczember 1.-én történt a blennorrhoeás virus beoltása, még pedig a jobb szembe. A bal szemet a blennorrhoeától óvni akartuk, mert féltünk, hogy a még mindig nem gyógyult központi szaruhártya-ulcus miatt baj származhatnék. De szándékunk ellenére önfertőzés jött létre, úgy hogy ez a szem is a legerősebb genyedésben betegedett meg. A várt eredmény bekövetkezett. A genyedés lezajlása közben mind a két cornea feltisztult. A látás helyreállt és idővel még jobb lesz, mert nemcsak a corneák tisztulnak meg, hanem a trachomás alapbaj is rohamosan javul Nagyon érdekes, hogy a bal corneán a genyes ulcus is úgyszólván nyomtalanul meggyógyult, a mit egyáltalában nem mertünk remélni.

Salvarsan-esetek.

Goldzieher Vilmos: *a)* A bemutatandó fiatal munkás úgyszólván teljesen vak volt, mikor folyó év január 12.-én hozzánk jött. A jobb szemen egyáltalán nem volt fényérzés, a bal szemen gyenge és kétes volt a fényérzés. Mind a két szemteke erősen injiciált, az elülső csarnok nagyon borus, az irisszövet fellazult, a pupilla szűk. Körkörös synechia, az iris felszíne kissé emelkedett, izzadmányhártya a pupilla területén, a tensio nagyon magas (tonometer 45 mm.). Tehát legnagyobbfokú glaukoma secundarium olyan szemtekékben, melyek nyilván már régen szenvedtek iritisben. Óriási fájdalmak.

A beteget rögtön narkotizáltuk (chloroform). A lándzsával széles bemetszést végeztünk a felső limbuson. Az iris kimetszése azonban nem sikerült, mert a szétmálló iris-szövetet semmiképpen sem lehetett pincette-tel megfogni.

A széles punctio következtében némileg javult az állapot, a mennyiben a fájdalmak enyhültek.

Minthogy a beteg bemondása szerint bujakóros megbetegedésben szenvedett, január 18.-án 0·45 cgr. salvarsant fecskendeztünk be intravenásan, a mit a beteg kitünően tűrt. A szemek localis állapota a befecskendezésre rohamosan javult.

Január 31.-én végeztük a második salvarsan-injectiót (0·35 gr.). Azóta az állapot állandóan javul. A külső lobos jelenségek elmultak, a cornea és a csarnok tiszta, a pupillák némileg tágultak, synechiák által oda vannak nőve a lencsékhez, az iris szövete normalis külsejű lett. Az intraocularis nyomás határozottan csökkent; a bal szem látása jelenleg $^5/_{10}$, a szemfenék szemtükörrel látható. A jobb szemet nem lehet még megvilágítani, csak a látótér külső felében van fényérzés. Megjegyzendő, hogy a beteg fülbajban is szenved, mely a salvarsan-injectiók után határozottan javult.

Remélhető, hogy a specifikus kezelés folytatása és az iridektomia teljes gyógyulást fog eredményezni.

b) Az előadó még egy esetet említ, egy 30 éves férfiét, kinek a szemürege bal felső szélén körülbelül alma nagyságú,

már szétesésben levő gumma székelt. Azonkívül még a pajzsmirigye tájékán volt ökölnagyságú, dudoros, úgy a lobos bőrrel, mint a gégével összenőtt gummás képződmény. A gégészeti osztályon még chondritist is találtak. Mivel a syphilises eredet teljesen biztos volt, intravenás salvarsan-injectiót végeztünk, mire az orbitalis gumma néhány nap alatt meggyógyult, a gége körüli gumma pedig rohamosan, szemünk láttára kisebbedett. A beteg akaratunk ellenére elhagyta a kórházat.

A salvarsan hatása annál biztosabb, minél biztosabb a szembaj syphilises származása. Tehát biztos a hatása és eseteimben egyetlen egyszer sem maradt el az iritis syphiliticában, úgy az egyszerű, mint a condylomás alakban. Elég biztos a hatás friss lueses szemizom-bénulás eseteiben, leginkább az oculomotorius hűdésekor. Nem használ a keratitis parenchymatosában és éppenséggel nem alkalmazható a metasyphilises betegségekben. Syphilises retinitis eseteiben gyors gyógyulást is észleltem ugyan, de azt is láttam, hogy míg az egyik szemen a retinitis meggyógyult, a másik, eddig ép szemen retinitis diffusa fejlődött.

A gyermekkori syphilis.

Hainiss Géza: A gyermekorvosi gyakorlatban a syphilis congenitának elég sok alakjával találkozunk, mely az apa, az anya, vagy mindkettő szerzett, esetleg örökölt luesének átvitele útján fejlődik ki a gyermeken. Az átöröklés miként je régi idő óta vita tárgya. Az előadó nagyszámú esetére hivatkozva, nem fogadja el *Matzenauer* felfogását, hogy t. i. csakis az anya luese öröklődik át a gyermekre. Saját észlelésein kívül másokéit is említi s hangsúlyozza némelyek azon nézetét, hogy az átöröklésben a lues virusának leggyakoribb továbbítója a fertőzött sperma. Igaz, hogy sokszor az anyának sejtelme sincs arról, hogy valaha lueses volt s a gyermeke mégis lueses, ő maga pedig positiv Wassermann-reactiót ad. Erre nézve az a felfogás és magyarázat, hogy az anya, ki ex patre lueses gyermeket szült, a gyermekből a placentán át nyerhet olyan immun anyagokat, melyek positiv Wassermann-reactiót adnak a nélkül, hogy az anya lueses volna. A spermában némelyek találtak spirochaetákat, de ha minden esetben találtak volna is, *Knöpfelmacher*-rel egyetértve kérdi, hogy a pete ezáltal fertőzhető-e és ha igen, a fertőzött pete kifejlődésre képes-e? A legszigorúbb tanulmányozás mellett arra az álláspontra kell helyezkednünk, hogy congenitalis lues esetében lehet az apa, még inkább az anya, de lehet mindkettő, sőt a nagyszülők fertőzöttségére is gondolni.

Spirochaetákat a csecsemők legkülönbözőbb szerveiben találtak. Némely észlelő szerint a positiv Wassermann-reactio csak a lueses tünetek megjelentével található, mások szerint ezek hiánya mellett is; congenitalis luesben a Wassermann-reactio sokkal biztosabban positiv, mint szerzett luesnél a késői időszakban,

A syphilis congenita már az embryonalis életben kifejlődik és mélyreható elváltozásokat okozhat, minek megfelelőleg a rendes fejlődés akadályozott s az abortusok és koraszülések bekövetkezése is az ezen elváltozások folyamán beálló továbbfejlődési képtelenség, a testromlás, esetleg az általános infectio következménye gyanánt tekinthető. Látunk ilyen esetekben csontgummákat, tibia-elhajlásokat, periostitis ossificanst, a homlokcsont széles, magasra nyuló alakját, (olympusi homlok), mellékvese-luest, mongolismust, veleszületett szívbántalmat, endo- és myocarditist, stb. *Japha* a vizsgált csecsemők 66%-ában neuritis opticával kezdődő retinamegbetegedést talált. Nem minden foetalis lues cong. végződik abortussal vagy koraszüléssel, a tünetek a szülés utáni életben is megvannak, sőt újabb és újabb tünetekkel szaporodnak. Az osteochondritis, pemphigus, coryza, stb. világrahozottak, de óriási azon esetek száma, melyekben a születés után rövidebb-hosszabb idő mulva jelentkeznek a lues látható jelenségei, melyek néha rendkívül mérsékeltek, úgy hogy csak a gyanu van meg addig, míg a további észlelés azt megerősíti. A coryza rendesen gyanus, valamint a szemöldökívek seborrhoeája, de igen fontos tünet a bőr jellegzetes külseje, a fakó szín, a ránczos, öreges arcz, a talpak, főként a sarkak pergamentszerű fénye. Könnyű a helyzetünk, ha a bőr diffus infiltratiója jól kivehető, avagy a jellegzetes lueses kivirágzások megjelennek. Jellegző a paronychia, mely valamennyi, vagy csak néhány ujjon jelentkezik. A bőrön maculák és papulák jelennek meg külön vagy keverten, az élet első heteiben vagy hónapjaiban; sokszor száraz varok kiséretében látjuk a bőr jellegzetes elváltozásait. Ezeken kívül a nyálkahártyákon, az izületekben, a csontokban és a legkülönfélébb szervekben fordulnak elő elváltozások, de ezek már a későbbi gyermekkorban szoktak mutatkozni. Beteg lehet a máj, a tüdő, a vese, a here és a lép is. A nyirokmirigyek nem jellegzetesek a veleszületett luesben. Látunk nem egyszer *Hanot*-féle pseudoparalysist, mely a csontok és izmok lobos folyamatának következménye. Különös figyelmet érdemelnek a rhagasok és az ezek után fejlődött sugaras hegek, majd a lues congenita recidiva és tarda tünetei, minők a condylomák a nyelven, a torokképleteken és a végbélnyilás körül, vagy a felületes, fellegszerű fekélyződések a nyálkahártyákon, végül a gummák, melyek főként az orrban és kemény szájpadon végzik a roncsolást. Keratitis parenchymatosa, labyrinthus-zavarok kerülnek észlelés alá, melyekhez ha a fogak jellegzetes deformálódása is járul, a Hutchinson-triast kapjuk meg, mely a lues congenitának a későbbi gyermekkorban való megállapításában segítségünkre van. A vérér-rendszer részéről in vivo ritkán találunk elváltozást, de ha igen, akkor mindig öröklött luessel van kapcsolatban, az infantilis szívbántalmak mindig lueses affectio következményei.

Vannak szerzett gyermekkori lues-esetek is, melyek stuprum, csók, szopás útján jöhetnek létre, sőt *Haslund* említ esetet, melyben fogóműtét után a fogóval okozott sebzés-helyeken fejlődött elsődleges sclerosis. Lueses gyermeket egészséges dajkának nem szabad szoptatni, hanem vagy az anya maga szoptassa, vagy ha ez nem lehetséges, mesterséges táplálkozásra kell fogni a legnagyobb ellenőrzés mellett. Bűnt követünk el, ha ilyen gyermekhez dajkát szerzünk s ezt kiteszszük a fertőzésnek, a mint hogy bűn volna, ha lueses dajkát vennénk egészséges gyermekhez.

A gyógykezelést mindig kénesővel végezzük és pedig calomellel, naponta 2—3-szor 2—10 milligrammos adagokban, egyes esetekben inunctiókat, súlyosabb pusztításokkal járó esetekben salvarsant alkalmazhatunk. Némelyek az anyát kezelték a szoptatás alatt, mások a terhesség alatt salvarsant adtak részben positiv, részben negativ eredménynyel. Többen salvarsannal kezeltek vérsavóját oltották be kedvező eredménynyel, mások lueses csecsemők egészséges dajkáit kezelték salvarsannal jó eredménynyel. Sokan directe alkalmazzák a salvarsant s egyrészük kedvező, más részük kedvezőtlen eredményt látott; vannak, a kik nagy óvatosságra intenek, sőt *Marshall* erélyesen tiltakozik a salvarsan direct alkalmazása ellen.

Előadását *Fournier* szavaival végzi: követeli a congenitalis lues korai és szigorú gyógykezelését.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A műtétek indicatióiról és prophylaxisáról diabetesben beszélt *Umber* a „Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins“ márczius 11.-én tartott ülésén. Véleménye szerint sürgős esetekben (appendicitis stb.) okvetetlenül operálni kell. Diabetes könnyebb eseteiben, ha nem sürgős a műtét, iparkodni kell előbb czukormentessé tenni a vizeletet. Súlyos esetekben főleg az acidosisra kell tekintettel lenni. Ha az acidosis fokozódik, a czukortartalom pedig csökken, zabkúrát rendeljünk és nagy adag opium-kivonatot adjunk. Az intravenás alkáli-kezelés műtét előtt kerülendő (thrombosisképződés!). A chloroform-narcosis, ha csak lehetséges, mellőzendő. A discussióban *Kausch* a korai operálás mellett emelt szót és az aethernarcosist dicsérte. *Karewski* szerint a comát sem a könnyű, sem a súlyos esetekben nem sikerül mindig biztosan elkerülni.