

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Királyfi Géza: Közlemény az egyetemi III. számú belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Bárány Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.) Intramuscularis vérinjectiók a leukaemia terapiájában. 726. lap.

Ádám Lajos: Közlemény a budapesti királyi magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A hasüreg érzéstelenítéséről. 727. lap.

Győry Tibor: Sinapius Mihály, a XVII. századvégi antihippokratikus mozgalom megindítója. 729. lap.

Irodalom-szemle. His: Lapszemle. Belorvostan. A cholera gyógyítása. — K. Kisskalt: A kulturahiány betegségeinek kivészése. — Sebészet, Betke: A scapula recsegésének

pathologiai jelentősége. — Szülészet és nőorvostan. Kosminski: Az amenorrhoea kezelése hypophysis-kivonattal. — Gyermekorvostan. A. Schkarin: A csecsemők eczemájáról a gyermekkori diathesisek tanával kapcsolatban. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Cramer: Puerperalis fertőzés. — Ruppel: Gramonervin. — Schwarz: Fül-fájás. — Cerioli: Az airo és hydrogensuperoxid használatáról a gynaekológiában. 733–734. lap.

Magyar orvosi irodalom. Orvosképzés. — Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 734. lap.

Vegyes hírek. 734. lap.

Tudományos társulatok. 735–737. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi III. számú belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Bárány Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

Intramuscularis vérinjectiók a leukaemia terapiájában.

Irta: **Királyfi Géza** dr., egyetemi magántanár, adjunctus.

A leukaemia terapiájában eddig használatos kezelési eljárások mindegyikénél fenyegeti a beteget az a veszedelem, hogy a therapia, a mely iránt az érzékenység előre ki nem számítható módon egyénileg rendkívül különbözik, bizonyos esetekben túllöhet a célon és a terapiás hatásból káros befolyás válhatik. Tudjuk jól, hogy a leukaemia lefolyásában azok a gyakori, ominosus hirtelen exacerbatiók, a melyek rendszerint rövididő alatt az exitus letalisig fokozódnak, sokszor a túlzott therapia befolyása alatt fejlődnek. Ugy a Röntgen-, mint a benzol-kezelés mellett ilyen „posttherapiás” rosszabbodások ismeretesek.

E rosszabbodások vonatkozhatnak úgy a fehér, mint a vörös vérsejtek viselkedésére. Megtörténhetik, hogy a kellő határon túl adagolt gyógyszer, a melylyel leukaemia eseteiben a csontvelő működésének csökkenését célozzuk, végeredményben a csontvelőnek működését teljesen tönkreteszti, megsemmisíti. Ilyenkor azután nemcsak a keringő vér sejtjei pusztulnak, hanem kimarad egyúttal a vérsejtek újdonszaporodása, regenerációja is és ennek eredményeképpen igen nagy mértékben megfogyhat úgy a fehér, mint a vörös vérsejteknek a száma. A normalis érték alá szálló leukopeniák a leukaemia lefolyásában csak olyan veszedelmessé válhatnak, mint a vörös vérsejteknek az anaemia gravisig fokozódó megfogyása.

Mikor a therapia befolyása alatt a haematopoetikus systemának ilyen súlyos degenerációja fejlődik ki, olyankor tapasztalás szerint e functiozavar nem is szokott megállani a rendszerint rohamos gyorsasággal bekövetkező exitus letalisig.

Annál inkább, mert az eddigi terapiás eljárások közül, a melyek egymás közt annyi analog vonást mutatnak, egyik sem alkalmas arra, hogy a csontvelőt működésének ezen súlyos zavarában feltartóztassa.

Igaz ugyan, hogy a mi leukaemiaellenes szereink, az arsen, a benzol, a thorium, a melyek nagy adagokban a csontvelő működését bénító hatásuknál fogva tudják éppen a leukaemiás elváltozásokat kedvezően befolyásolni, kis dózisokban nyújtva tapasztalás szerint a csontvelőre izgató, ingerlő hatást tudnak kifejteni. Ez teszi őket éppen alkalmassá arra, hogy bizonyos esetekben az anaemiákat is kedvezően befolyásoljuk velük.

Olyankor azonban, a mikor a szervezet valósággal saturálva van már akár a benzol, akár a thorium, akár az arsen adagaival, mert hisz a vérképző rendszer súlyos zavara éppen a szervezet saturációjának a következménye, olyankor természetesen az a csekély plus, a mit e szerekből esetleg, a csontvelő ingerlését célozva, a szervezetbe még beviszünk, a szervezetben visszamaradt adagokkal együtt, éppen ellentétes módon, ismét toxikus anyagokká fog kumulálódni. Ilyenkor azután természetesen célunkat el nem érve, illetve célunkkal éppen ellentétes módon a leukopenia és az anaemia is csak fokozódni fog.

Éppen ezért kerestük azt, mi módon lehetne a leukaemia gyógykezelésében néha beálló ezen súlyos jelentőségű időszakon keresztül segíteni a beteget úgy, hogy később a terapiának ismét hozzáférhető legyen. A csontvelőre ingerlő, izgató valaminő befolyást kerestünk, a mely azonban különbözzék az ismeretes gyógyszeres befolyásoktól. E célra azon tapasztalatból indultunk ki, a mely szerint a súlyos anaemiák kezelésében a vérbefecskendezések néha haszonnal járnak. Nem akarunk a kérdésnek ezen részletére, az anaemiáknak vérinjectiókkal való terapiájára bővebben kitérni. Célunk az volt, hogy egy súlyos leukaemiás betegünkön, a kinek a vérképe, részben talán a megindított benzoltherapia hatása alatt, a fehér és a vörös vérsejteknek gyorsan progrediáló csökkenését mutatta, a vérsejteknek ezen fenyegető megfo-

gyását embervérnek a szervezetbe való vitelével feltartóztatásuk és a csontvelőt, a melynek működése kimerülően volt, ezáltal újabb regenerációs törekvésekre indítsuk.

A befecskendezésre szánt vért igen szigorú asepsissel a vért adónak vena medianájából venaesectio útján nyertük, azonnal defibrináltuk és kettős calicopólyán átszűrve, szűrés után injiciáltuk a betegnek intraglutealisan. Eleinte 10, később, miután meggyőződünk róla, hogy a beteg az injectiókat igen jól tűrte, 20 cm³ mennyiségben.

A kórtörténet adataiból közöljük a következőket:

Cz. S. 59 éves kereskedő. Felvétetett 1913 november 11.-én. *Jelen baja* kb. 1/2 év előtt vette kezdetét. Ekkor vette észre, hogy testének különböző helyein mirigyduzzanatok keletkeznek, először a bal lágyékhajlatban, majd a nyakon és a két hónaljban, a nélkül azonban, hogy e mirigyduzzanatok neki valami nagyobb kellemetlenséget okoztak volna. Ugyanezen idő óta hasában is sajátos kellemetlen nyomása, időnként fájdalomérzése volt. Majd erős fájdalmak támadtak a bal alsó végtagjában, a melyek különösen járáskor vagy a láb behajlításakor fokozódtak. Utóbbi időben rendkívül bágyadtnak, gyengének érzi magát és gyakran hőemelkedései vannak.

Status praesens: A közepesen fejlett, erősen lesoványodott beteg izomzata petyhüdt, a bőr alatti zsírszövet megfogyott; a bőr feltűnően halavány, fakósárgás árnyalattal. A nyak mindkét oldalán, a sternocleidomastoides mentén, úgyszintén az áll alatti tájakon számos kisebb-nagyobb, habnyis, mogorónyi, diónyi, részben különálló, részben összefolyó mirigy tapintható, a melyek a bőrrel össze nem kapaszkodtak, a környezetből elmozdíthatók, fájdalommentesek, tömötték. Ugyanígy összeállású, de nagyobb, a bal oldalon kisalmamekkoraságú mirigypaquettek töltik ki mindkét hónalj-árkot. Ugyiszintén hasonló, kisebb-nagyobb mirigyek foglalnak helyet a két lágyékhajlatban is. A bal inguinalis hajlatban a mogorónyi-diónyi mirigyeken kívül a Poupert-szalag felett egy másik, kb. gyermekkökönyi, nagy tömött mirigy-daganat foglal helyet, a mely minden oldalról élesen körülhatárolható, lefelé azonban a medenczecsont alatt vész el. A daganat fixált, alapjáról nem mozdítható el, azonban a bőrrel, valamint jobb- és baloldali környezetével összekapaszkodva nincs.

A kötő- és látható nyálkahártyák halaványak. A mellkas domborad, részarányos, a légzés mellkasi-hasi jellegű, száma percenként 16. A szív kopogtatási viszonyai rendesek, a szívcsúcs felett gyenge systolés zörej, a többi szívhang tiszta, a pulmonalis II. hangja nem ékelt. A pulsus kevésbé telt, könnyebben elnyomható, rhythmusos, száma percenként 100. A tüdők felett kopogtatási vagy hallgatódzási eltérés nincsen. A gerincoszlop felett kopogtatva, már a 8. hátszigolyától lefelé tompulat nyerhető. A has elődomborodó, a köldök magasságában kissé érzékeny. A jobb bordaív alatt 2 ujjnyira tömött, a légzési mozgásokat jól követő, sima felszíni resistentia tapintható. Hasonlóképpen a bal hypochondrium-ban a bordaív 3 ujjal meghaladó tömött, sima felszíni, a légzési mozgásokat jól követő resistens képlet foglal helyet, a melynek medialis szélén bevágás tapintható; alsó polusa majdnem a köldök magasságában ér véget, felfelé a bordaív alatt vész el. A máj tompulati viszonyai rendesek. A léptompulat felfelé a 7. bordánál kezdődik, hátrafelé a hátulsó hónaljvonalig, előre a medioclavicularis vonalig terjed, lefelé a bal hypochondrium-ban leirt resistentiába folytatódik. A vizeletben nyomokban albumen, mikroskop alatt vesealak-elemek nem találtak. A bal alsó végtag activ mozgékony-sága korlátozott, a kinyújtás tökéletesen nem sikerül. A n. ischiadicus-pontok mindenütt érzékenyek, a Laségue-tünet pozitív.

Vérlelet:

A vörös vörsejtek száma	2,260.000
A fehér vörsejtek száma	31.000
Haemoglobin	70%
Szinindex	1.5

A vörös vörsejtek között aniso-poikilocytosis, polychromasia és néhány basophil punctatio. Magvas elemek nem találtak.

A fehér vörsejtek arányszámai:

Polynuclearis leukocyta	42%
Lymphocyta	49%
Nagy mononuclearis	1%
Myelocyta	5%
Eosinophil	1%
Átmeneti	2%

A testhőmérsék felvételkor: 39°.

Diagnosis: *Leukaemia myeloidea*.

A therapiát 3-szor 1 gr. benzollal kezdtük. Hat napi benzolszedés után a fehér vörsejtek száma csakhamar 13000-re szállott alá. A lép, valamint a mirigyek is megkisebbedtek, a qualitativ fehérvörsejtkép is megjavult, a mennyiben a mononuclearisok 36%-ra csökkentek és kifejezett myelocytákat többé felismerni nem sikerült. Ekkor a benzollal kihagytuk. Ennek dacára azonban utóhatásképpen a fehérek száma tovább süllyedt 3900-ra és vele együtt a vörösek is 1 1/2 millióra csökkentek. A bal alsó végtagon fennálló heves fájdalmak miatt a bal inguinalis hajlat feletti nagy mirigy-tumorra 10 perces Röntgen-besugározást, majd utána arsicodil-injectiókat rendelünk.

A beteg állapota ezenközben folyton súlyosbodik. Láza állandóan fennállanak, remittáló, néha intermittáló typusban egészen 40°-ig, a fájdalmak rendkívül hevesek és különböző antineuralgicumokkal alig szüntethetők, a vörös vörsejtek fokozatos megfogyása mellett súlyos dispnoe áll be. Időközben az arsent kihagyjuk és Blaud-pilulákra térünk át. A vérkép december 5.-én 1 millió vörös és 2150 fehér vörsejt mutat. A haemoglobin-tartalom 60%. A vörös vörsejtek között mérsékelt aniso- és poikilocytosis.

Mint hogy a rendkívül súlyos és egyre fokozódó anaemia arra utal, hogy a csontvelő a teljes kimerüléshez közeledik és a beteg arcszínje is azt az ominosus sárgás-zöldes árnyalatú halványságot mutatta, a mely az anaemia perniciosára jellemző, megkíséreltük, hogy intramuscularis vérinjectiókkal a csontvelőt fokozottabb productióra ingereljük. December 5.-én történt az első, 10 cm³ defibrinált polycythaemiás vér intraglutealis injectiója. Az injectiót a beteg egészen jól tűrte. 24 óráig még a helyén mérsékelt fájdalomról panaszkodott, a mely azonban később szintén egészen eltűnt. A lázas hőemelkedések az első 24 órának kissé magasabb, 38.9-ig menő reactiója után napokig alacsonyabb nívőre, 37.5 körül maradtak. A beteg subjective jobban érzi magát, a mirigyeknek az érzékenysége jelentékenyen csökken, a lábszárokon előbb jelen volt anasarca megszűnt és megjavult a vérlelet is. A vérkép javulása már az első 24 óra letelte után mutatkozott, a mennyiben már másnap a fehér vörsejtek 2150-ről 7000-re szaporodtak és 4 nap letelte után a fehérek száma 11.900-at mutatott. A vörösökben ugyan jelentékeny szaporodás nincs (1 millióról 1,150.000-re), azonban mindenestre azon körülmény, hogy a vörös vörsejtek számának további süllyedését sikerült megakadályoznunk, a fehéreknek jelentékeny szaporodása mellett szintén a javulás jelének tekinthető.

Látva az objectív és subjectív javulásnak ezen kétségtelen tüneteit, 9 nap múlva, december 13.-án egy második injectióval ismét 10 cm³ defibrinált vért vittünk be intraglutealisan. Ezúttal azonban, mint hogy polycythaemiás vér nem állott többé rendelkezésünkre, myodegeneratio cordisban szenvedő egyén vérért használtuk fel a befecskendezésre. E második injectiónak a jó hatása inkább a vörös vörsejtekre mutatkozott, a melyeknek száma 3 nap alatt 1,400.000-re és két hét után 2,000.000-ra emelkedett. A fehér vörsejtek száma mérsékelt ingadozások után (5—7000) végül 10.000 körül állapodott meg. Az injectio helyén a fájdalmas infiltratio 48 óra alatt eloszlik, a beteg ismét jobban érzi magát. A mirigyek főleg a nyakon fokozatosan kisebbbednek, csupán a lép marad változatlan, sőt alsó széle talán még jobban kitapintathatóvá válik. A lefolyást egy ízben erős hidegrázás zavarja

meg, a melynek kapcsán a hőmérsék 40^o-ig emelkedik. Az általános rosszulléttel járó állapot azonban, a mely semmi esetre sem volt összefüggésbe hozható a 2 hét előtti vérbefecskendezéssel és a melynek valódi okát nem is tudtuk kideríteni, fél nap alatt tökéletesen lezajlott.

Három héttel a 2. befecskendés után, 1914 január 5.-én a harmadik injectiót alkalmazzuk és ezúttal 25 cm³ vért, a mely ulcus ventriculiban szenvedőtől származik, viszünk be a glutaeusok közé. A beteg ezt az injectiót is jól tűri. A vörösvérsejtszám állandóan 2 millió körül, vagy valamivel 2 millió fölül mozog, a fehérek száma 9—10.000 körül ingadozik, január 26.-án pedig, a klinikáról való távozása előtt néhány nappal, 12.700 a leukocyták száma. A beteg subjective jelentékenyen jobban, erősebbnek érzi magát; míg addig állandóan ágyban feküdt, most naponta keveset fennjár minden nagyobb megerőltetés nélkül. Arcszíne élénkebb, étvágya jó. Csupán a lázas hőmenet marad meg változatlanul remittáló típusban. A beteg azonban ennek dacára subjective annyira javultnak érzi és tartja magát, hogy haza kívánczván, február 9.-én a klinikáról elbocsátjuk.

A mint tehát a kórtörténetből kiderül, csakugyan a vérbefecskendezések hatása alatt a kimerülőben levő csontvelőt újból működésre tudtuk ingerelni és ilyen módon sikerült a vörös vérsejteket rohamosan fokozódó megfogyásukban feltartóztatni. Sőt nemcsak hogy a vörös vérsejteknek további csökkenését tudtuk megakadályozni, hanem elértük azt, hogy számuk az injectio előtti értéknek a kétszeresére (1 millióról 2 millióra) szaporodott. Hasonlóképpen igen kedvezően mutatkozott a vérinjectiók hatása a fehér vérsejtekre is, a melyek a befecskendezések előtt mutatkozó értéküknek öt-hatszorosára (2 ezerről 12 ezerre) megszáporodtak. Ezzel együtt a betegnek arczszíne, a mely a nagyfokú vörösvérsejtmegfogyás idején az anaemia pernicioza jellemző színére emlékeztetett, lassanként megélénkült, mirigyei megkisebbedtek, közérzete jelentékenyen megjavult, olyannyira, hogy az addig állandóan ágyhoz szegzett, elgyengült beteg fennjárt és megerősödött.

Legszébb és legegyszerűbb volt az eredmény első ízben, a polycythaemiás betegből származott vér befecskendezése után, azonban a további injectiók is, a melyek más betegségben szenvedő, de egyébként normalis vérképű egyénből származtak, szintén meghozták a kívánt eredményt. Nagyon természetes, hogy teljesen egészséges, vagy legalább a vér szempontjából teljesen egészséges, helyesebben ártalmatlan egyén vérének szabad csupán az injectióra felhasználunk. Éppen ezért a befecskendezendő vérről előzőleg Wassermann-reactio végzendő, továbbá tuberculosis vagy más chronikus vagy acut fertőzés, anyagcseremegbetegedések és minden egyéb olyan megbetegedés, a mely a véralkatnak megváltozásával járhat, szigorúan kizárandó. Ha lehetséges, ha rendelkezésünkre áll, legjobban megfelel, úgy mint a mi első injectiónk esetén is, a polycythaemiás egyénekből származó vér nemcsak azért, mert ezeken a vér elvonásával egyidejűleg therapiás célokat is szolgálunk, hanem azért is, mert ezeknek vére úgy látszik talán még inkább, még fokozottabb mértékben van felruházva ilyen csontvelőt ingerlő, izgató tulajdonságokkal.*

Betegünket tehát a vérinjectiók útján a leukaemia lefolyásának igen súlyos időszakán tudtuk átsegíteni. Hasonló esetekben és hasonló indicatióból éppen azért az embervér intramuscularis injectiójának a leukaemia therapiájában bizonyos szerepet kell tulajdonítanunk.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., m. kir. udv. tanácsos, egyet. nyilv. r. tanár.)

A hasüreg érzéstelenítéséről.

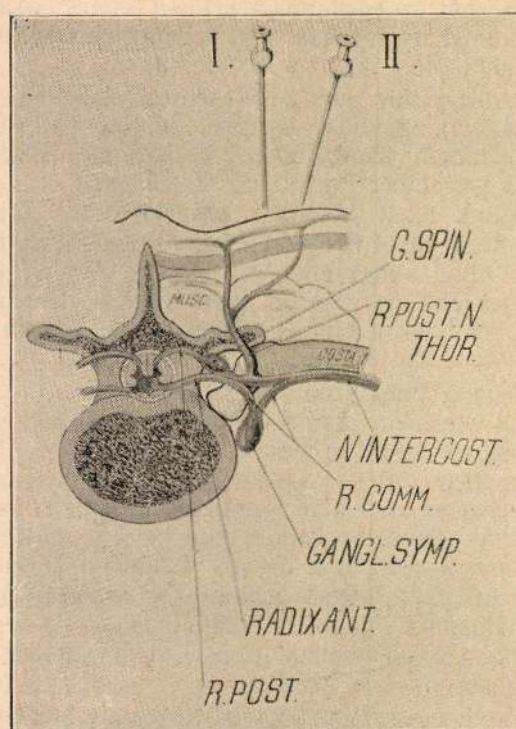
Irta: Ádám Lajos dr., tanársegéd.
(Vége.)

Ezen ágak érzéstelenítése a gerincoszlop mindkét oldalán 10—10 szúrás tesz szükségessé a bőrön, a minek el-

* A polycythaemiás vérnek ezt a tulajdonságát egyébként régebben már Weber is hangsúlyozta.

végzése a betegre meglehetősen kellemetlen és ha a hasüreg azután érzéstelenné is válik, a beteg a szúrások folytán mindvégig türelmetlen marad.

Hogy ez ne történjék meg, úgy járunk el, hogy az V. borda felett a gerincoszloptól jobbra és balra kb. 4 cm.-re egy-egy szúrással érzéstelenítjük a bőrt. Érzékeny betegen a két első szúrás helyét aethyl-chloriddal érzéstelenítjük. Ezen érzéstelenített területen át tüvel rászúrunk a bordára arra a helyre, hol a csigolya processus transversusával egyesül, ez a középvonaltól kb. 4 cm.-re van, majd megkeressük a borda alsó szélét és e helyre deponálunk kb. 2 cm³ novocaint, ez biztosan érzésteleníti a nervus intercostalist, ekkor a tű hegyét kissé medialis irányban tartva, kb. 1 cm.-re előretoljuk és újból deponálunk kb. 3 cm³ novocaint, hogy a megfelelő r. communicans érzéstelenítsük. (4. ábra.)



4. ábra.

R. communicans Toldt szerint.

A tűt ezek után kihúzzuk egészen a subcutan szövetig, ekkor a gerincoszlop tengelyével párhuzamosan tartva lefelé előretoljuk a következő bordaközéig, folyton novocaint fecskendezve a subcutan szövetbe, hogy a következő szúrás helyét érzéstelenítsük.

Ilyen módon végeztünk 6 pylorusresectiót, illetőleg gyomorresectiót.

5 esetben a műtét minden részlete fájdalommentesen folyt le, egy esetben a proc. xiphoideus alatt a seb felső szélétől jobb felé kiinduló 3 harántujnyi széles peritonealis csík érzékeny maradt, a mi kétségtelenül a jobb VI. vagy VII. intercostalis ideg nem kielégítő érzéstelenítéséből származott.

1 median laparotomia útján megállapított nagy kiterjedésű ulcus cardiae miatt végzett Witzel-féle jejunostomia, 19 gastroenterostomosis közül 17, 4 pylorusexclusióból 2, 10 exploratív laparotomiából 9, ezenkívül 1 pankreascysta kivarrása s két ileusnak bélresectióval való megoldása teljesen fájdalommentesen sikerült. Az 5 narcosis közül 2 a beteg izgatottsága, a műtétől való féltelme miatt történt, 3 esetben a beteg nem panaszkodott fájdalomról és mégis a hasfal izomzata oly erősen megfeszült, hogy a hasfal rétegeinek egyesítésekor rövid aetherbódulatot kellett végezni. A hasfalak ezen feszülését a betegek akaratlagosan sem tudták leküzdeni. E jelenség annál feltűnőbb, mert a többi esetben a fájdalom megszüntével együtt járt a hasfal ellazulása is.

A kétoldali paravertebralis érzéstelenítés használható-

ságát legjobban bizonyítják az epekőműtétek. Ismeretes, hogy a legtöbb rossz narcosis az epigastriumban végzett műtétek alkalmával fordul elő s különösen az epetractuson végzett műtétek alkalmával, hol a májat előre kell húzni. A beteg nehezen lélegzik, cyanosisos, feszíti a hasizmait, kiszorítja a zsigereit. Nehéz a beleket a műtési területtől eltartani, a mi a mélyben való műtést igen megnehezíti. A rossz és erőltetett légzés következtében erősebben vérzik, ha pedig mélyen narcotizáljuk a beteget, gyakori az asphyxia.

Ezzel szemben a 18 paravertebralis érzéstelenítésben végzett cholecystectomia-, illetőleg choledochotomia-műtét közül 16-ot (*Dollinger* tanár 7-et, *Holzwarth* 4-et, *Gergő* 2-t, *Ádám* 3-at) minden zavar nélkül jól elvégezhetünk, noha 4 esetben érzett a beteg némi fájdalmat a hasfal erős szét-húzásakor. (*Dollinger* tanár median laparotomiából végzi, illetőleg végezteti az epekőműtéteket is.) A máj előrehúzását a betegek tompa nyomásnak vagy kellemetlen érzésnek minősítették inkább, mint intenzív fájdalomnak.

Egy cholecystitis pur. perf.-esetben el kellett altatnunk a beteget (*Ádám*), egy másik esetben, minthogy a beteg feltétlenül narcotizáltatni akarta magát, csak formai narcosist végeztünk (25 gr. aether fogyott el) (*Dollinger*).

Végeztünk tehát kétoldali paravertebralis injectiót 64 esetben, melyek közül 6 esetben kellett rövid ideig tartó narcosishoz fordulni, annak ellenére, hogy az érzéstelenítést nem egy különösen erre begyakorolt egyén végezte, hanem esetről-esetre más, rendszerint a műtétet végző orvos. A technika javulásával a narcosisok száma is mindinkább fogyott.

Nincsenek ehhez számítva az appendicitisek, a vese- és emlőműtétek esetében alkalmazott egyoldali paravertebralis injectiók, melyek kitűnően beváltak.

Kellemetlen tünetet hasműtétkor 3 esetben észleltünk. Az egyik beteg az első befecskendezés után (kb. 8 gr. novocain) hysteriás görcsöket kapott, úgy hogy a műtétet el kellett halasztani, 2 esetben a betegek feltűnően halványak voltak, a pulsusuk pedig megszorodott 130-ra, az egyik az egész műtétet félálomban sporosus állapotban állotta ki, a műtét végén azonban e kellemetlen jelenségek is eltűntek, a másik esetben elhalasztottuk a műtétet.

Meg kell jegyeznem, hogy a betegek a műtét előtti estén $\frac{1}{2}$ gr. veronalt kapnak, a műtét előtt kb. $\frac{1}{2}$ órával pedig $1-1\frac{1}{2}$ cgr. morphiumot subcutan. Ezenkívül *Dollinger* és a klinika többi műtője végzett 95 appendicitis-műtétet oly módon, hogy egyrészt körülfecskendezéssel megérzéstelenítették jobboldalt, a pararectalis metszés körül a hasfalat, egész vastagságában áthatolva a fascián, a praeperitonealis térbe is befecskendezve a novocaint, miáltal nemcsak a bemetszés helye, de széles területen a peritoneum is érzéstelenné vált. Ezzel a seb szétkampózása és a kéznek a hasüregbe való fájdalommentes bevezetése is lehetővé van téve.

Hogy a coecum kiemelése ne váltson ki fájdalmat, újabban *Fowelin* szerint úgy járunk el, hogy reászúrunk a spina ant. superiorra s retrocoecalisán is befecskendezünk $10-20\text{ cm}^3$ 1% -os novocaint. 69 esetben teljesen fájdalommentes volt a műtét, 9 esetben a coecum kiemelése vagy a mesenteriolum zúzása fájdalmas volt. A mesenteriolum érzékenységet a legtöbb esetben — a mennyiben a beteg még jelezne fájdalmat — direct befecskendezéssel meg lehet szüntetni. 17 esetben narcosisra kellett áttérnünk, még pedig 6 esetben részint a műtő gyakorlatlansága, részint a betegek nyugtalansága, bizalmatlansága miatt, mindjárt a hasfal metszésekor. Ezen bizalmatlanság az utóbbi időben mind ritkábban fordul elő, mióta a klinikán tartózkodó betegeknek a helybeli érzéstelenítési technikánkban való bizalma fokozódik. 3 esetben peritonitis miatt a hasüreg kitörése tette szükségessé a rövid narcosist, műtét közben 2 esetben a beteg kora (13—16 éves) kényszerített narcosisra, bár volt 11—14 éves betegünk is, kikből helybeli érzéstelenítésben tudtuk el távolítani a féregnyúlványt. 6 esetben tályogos féregnyúlványgyulladásban az appendix kifejtése okozta fájdalom miatt altattuk el a beteget.

2 betegen tályog képződött a hasfali sebben s 8 betegen enyhébb természetű bronchitis zavarta a gyógyulást.

Ha a beteg több rohamot állott ki, ha erős összenövésekre számíthatunk, a *Fowelin* eljárása nem elégséges, ilyenkor *Finsterer* szerint elsősorban hátul a jobboldali XII. dorsalis intercostalis idegtől és r. communicanstól a 2. lumbalis idegig és megfelelő r. communicansig érzéstelenítjük a gyököket és azután elül rhombus alakjában a megfelelő helyen a hasfalat.

Ily módon végeztünk 16 műtétet, teljesen fájdalommentesen 15-öt és csak egy 13 éves fiút kellett rövid ideig elaltatnunk, míg tályogos appendicitis esetében a féregnyúlványt erős összenövéseiből kifejtettük. Egy betegen komplikálta csak a gyógyulást enyhe bronchitis, a többi simán gyógyult.

Dollinger tanár a paravertebralis érzéstelenítés használatát előtt részint a linea alba körülfecskendezéssel, másrészt az epehólyag környezetébe való befecskendezéssel 7 epekőműtétet végzett, a 7 műtét közül 5-öt narcosis nélkül be tudott fejezni. 2 esetben az epehólyag vongálása nagy fájdalmat okozott a betegnek, miért is rövid ideig tartó aether-narcosist alkalmaztatott.

Ugyancsak *Dollinger* tanárnak sikerült 6 pylorusresectiót úgy végezni, hogy a linea alba körülfecskendezésével fájdalommentesen megnyitotta a hasüreget s azután direct az omentum minus lemezébe való 1% -os novocainbefecskendezéssel tette lehetővé az omentum minus fájdalommentes átmetszését, a pylorus felszabadítását és resectióját.

9 esetben a linea alba körülfecskendezésével úgy elülső, mint hátulsó gastroenteroanastomosist végzett *Dollinger* tanár és a klinika több orvosa. A betegek egy részén a mesocolon lemezének átmetszése fájdalmat váltott ki, a gastroenteroanastomosis végzése alatt pedig kellemetlen nyomásérzésről panaszkodtak.

2 ulcus duodeni perf.-esetben a perforatio megkeresésének, bevarrásának és a gastroenteroanastomosis végzésének idejére elaltattuk a beteget (*Holzwarth*, *Ádám*). Egy esetben pleuritis jelentkezett és egy másik esetben bronchitis.

2 esetben sikerült a metszési vonal körülfecskendezése által megnyitni a hasüreget és ileust megoldani fájdalommentesen, épp így 5 anus praeternaturalis carcinoma recti inop. miatt, 7 esetben gastrostomiát carcinoma, illetve strictura oesophagi miatt végeztek a klinika különböző műtői fájdalommentesen. Ellenben 4 enteroenteroanastomosis végzése közben 2-szer (*Holzwarth*, *Gergő*), 3 coecumresectio közül ugyancsak 2-szer, hasonlóképpen egy echinococcus hepatis tömlő kivarrása, egy nyugtalan 16 éves leány peritonitis tuberc. megnyitása (*Gergő*) és egy pancreatitis chron.-esetben végzett exploratív laparotomia alkalmával, a mely utóbbi esetben néhány nap előtt novocainmérgezés miatt elálltunk a műtétől, a narkozishoz kellett fordulnunk.

30 umbilicalis herniát, 7 hernia epigastricát s 10 hasfalsérvet,

2 pankreascysta kivarrását,

2 cholecystoenterostomiát,

1 lépképzést,

2 lövés utáni bélsérülés ellátását és

18 explovatív laparotomiát teljesen fájdalommentesen végzett, illetőleg végeztetett *Dollinger* tanár a hasfali metszés egyszerű körülfecskendezésével.

Tehát a 295 hasműtét végzése közben csak 35 esetben kellett narcosishoz fordulnunk.

Erősen számba jön ezen műtétek alkalmával az a körülmény, hogy eleinte megállapodott elv nélkül kellett vizsgálnunk, mi és hogyan végezhető helybeli érzéstelenítésben, és másrészt, hogy ezen érzéstelenítéseket nem egy ember végezte, hanem *Dollinger* tanárnak intentiója szerint a klinika minden orvosának bele kellett gyakorolnia magát a helybeli érzéstelenítés technikájába.

Tapasztalatainkat úgy foglalhatnám össze, hogy gastrostomia, gastroenterostomia antec. ant., colostomia esetében s az appendicitisek legnagyobb részében elegendő a megfelelő

helyen a hasfalmetszés széles területen való körülírt becskendése, illetőleg a hasfalnak a bordaív mentén való érzéstelenítése.

Az epigastriumban végzendő egyéb műtétek alkalmával kétoldali paravertebralis érzéstelenítés szükséges az 5. háti intercostalis idegtől az 1. ágyékidegig. Epekőműtétek, a vékonybélben vagy a vastagbélben egészen a rectumig végzendő műtétek eseteiben, valamint olyan esetekben, hol a diagnózis nem biztos, hol a hasüregben sokat kell keresgélni, az érzéstelenítést az 5. hátidegtől a 3. ágyékidegig kell végezni. A hypogastriumban s a kismedenczében végzendő műtétek esetén a 9. hátidegtől a 3. ágyékidegig végzett paravertebralis érzéstelenítéshez a medenczefenék érzéstelenítése végett parasacralis érzéstelenítést is kell csatolni.

Előnyök:

1. A helybeli érzéstelenítésben végzett hasműtétek után hiányzik az az elesettség, mely hosszú narcosis után majdnem mindig megvan.

2. Hiányzik a hányás, mely altatás esetén 60–90%-ban beáll, olyannyira, hogy annak kezdetben senki nagyobb jelentőséget nem tulajdonít. Tartósabb hányás helybeli érzéstelenítésben végzett műtét után ritkaság számba megy, egyeseknek tehát azon állítása, hogy általános bódításkor is a hányásnak oka nem az altatószer, hanem a peritonealis izgalom, nem áll meg. A peritonealis izgalom folytán beálló hányás egészen más lapra tartozik (körülírt vagy kezdő általános peritonitis).

3. Hiányzik a narcosis által okozott étvágytalanság, acut vagy chronikus gyomortágulás.

4. Kevesebb a tüdőcomplicatio, bár oly esetek egyénekét is megoperálunk helybeli érzéstelenítésben, kiket narcotizálni nem merünk. Hurutok, sőt pneumoniák helybeli érzéstelenítésben végzett műtét után is jelentkezhetnek, minthogy az érzéstelenítés megszűnte után a seb fájdalmas és így a betegek kiköhögni nem mernek, de mert a beteg állandóan eszméleténél van, legalább az úgynevezett aspirációs pneumonia egyáltalán nem fordul elő.

A novocain befecskendezése helyén a szúrtságcsatornában genyedésnek a mai asepsis mellett nem szabad előfordulni s nálunk nem is fordult elő, az említett 2 genyedés fonaltályog volt. Minden nap frissen készítjük a novocain-oldatot s felforraltjuk.

A mi az utófájdalmakat illeti, arról még bővebben be fogunk számolni, egyelőre csak annyit, hogy a fájdalmak nem nagyobbak, mint narcosis után, s hogy aspirin, pyramidon avagy morphium adásával jól csillapíthatók.

Nem mondom, hogy a vázolt eljárásokban könnyű, mindenki által biztosan, gyorsan elvégezhető módszerek állanak rendelkezésünkre, de az bizonyos, hogy a hasüreg érzéstelenítése nem utopia, nem elérhetetlen, kivihetetlen gondolat.

Vannak, kik sokalják a paravertebralis érzéstelenítésben a beszúrások számát, másoknak aggodalmaik vannak az elhasznált 120–160 cm³ 1%-os novocain miatt, melyet annál inkább számításba kell vennünk, mert a gerinczsatorna közelébe fecskendezzük. Eddig azonban nálunk a már említett 3 kellemetlenségen kívül egyéb baj nem történt.

Még nincsen tisztázva a diffundált novocain hatása a sympathicus különböző dúczaira, a mi ugyan eddig nem okozott bajt, a melyeknek érzéstelenítése azonban nincsen tervbe véve.

A rövid idő és a narcosisok számához képest elenyészően kicsiny számú eseteink dacára azt kell mondanom, hogy az eddigi tapasztalatok eléggé biztatók s meg vagyok győződve, hogy az egyes szervek és területek érző idegeinek pontosabb tanulmányozásával sikerülni fog a novocaint célszerűbben juttatni a megfelelő helyre, miáltal a novocain mennyiségét is csökkenthetjük. E gondolat megvalósítása már is folyamatban van, a mennyiben, hogy csak egyet említsek, történnek kísérletek más részről, hogy ne külön-külön a r. communicantest érzéstelenítsük, hanem a plexus coeliacust s ezáltal a belek mesenteriumát, a hasfalat és a meg-

felelő parietalis peritoneumot pedig pl. elül a bordaív mentén történő befecskendezéssel tegyük érzéstelenéssé stb.

Az anyag átengedéseért, a sok tanításért s tanácsért főnökömnök, Dollinger tanár úrnak nagy hálával tartozom.

Irodalom: ¹ Bakes: Erfahrungen über einzeitige Resektion von Zökal- und Kolontumoren. Archiv f. klin. Chir., 80. köt., 998. old. — ² Bakes, Bier: Bauchoperationen in Lokalanästhesie. Deutscher Chirurgen-Kongress, 1909, I., 261. o. — ³ Dollinger Gyula: A helybeli érzéstelenítés alkalmazása és hatásai. A magyar sebésztársaság munkálatai, 1903. — ⁴ Dollinger Gyula: A helybeli érzéstelenítés, mint a narcosis helyettesítője. A budapesti kir. orvosegyesület értesítője, II. évf. 25. sz. Orvosi Hetilap, 1914, 4. sz. — ⁵ Dollinger Gyula: A helybeli érzéstelenítés, mint a narcosis helyettesítője az általános sebesztetésben. Orvosképzés, 1914, 1. sz. — ⁶ Finsterer: Lokalanästhesie bei Magenoperationen. Beitrage z. klin. Chir., 180. k., 240. o. — ⁷ Finsterer: Zur Technik der paravertebralen Leitungsnästhesie. Zentralbl. für Chir., 1912, 18. sz., 601. o. — ⁸ Hertler: Abdominaloperationen und local anästhesie. Amer. Journ. of surgery, 26. k., 2. sz. — ⁹ Hesse: Anwendung der Lokalanästhesie bei Eingriffen wegen Appendicitis, nebst Bemerkungen zur Erklärung appendizitischer Schmerzen. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1911, 109. k., 42. o. — ¹⁰ Hirschel: Die Anwendung der Lokalanästhesie bei grösseren Operationen an Brust und Thorax. Münchener med. Wochenschr., 1911, 10. f., 497. o. — ¹¹ Hohmeier: Ueber Lokalanästhesie. Mittelrheinische Chirurgenvereinigung, 1912. Zentralbl. f. Chir., 1913, 96. o. — ¹² Hoffmann und Kochmann: Verhinderung der Novocainkonzentration durch Kaliumsulfat bei der Lokalanästhesie. Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 48. sz. 2264. o. — ¹³ Holzwarth Jenő: Die Grenzen der Lokalanästhesie. Deutsche Gesellsch. f. Chir., 1914. — ¹⁴ Kappis: Ueber Leitungsnästhesie bei Nierenoperationen und Thorakoplastiken, überhaupt bei Operationen am Rumpf. Zentralbl. f. Chir., 1912, 249. o. — ¹⁵ Kappis: Ueber Leitungsnästhesie am Bauch, Brust, Arm und Hals durch Injektion ins Foramen intervertebrale. Münchener med. Wochenschr., 1912, 15. sz., 794. o. — ¹⁶ Laewen: Lokalanästhesie für Nierenoperationen. Münchener med. Wochenschr., 1911, 26. szám, 1390. o. — ¹⁷ Lennander: Ueber die Sensibilität in der Bauchhöhle, über lokale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen. Zentralbl. f. Chir., 1901, 209. o. — ¹⁸ Mihalkovics Géza: A leíró emberboncztan és tájboncztan tankönyve. — ¹⁹ Ramström: Die Peritonealnerven der vorderen und lateralen Bauchwand und des Diaphragma. Mitteil. a. d. Grenzgeb., 1906, 15. k., 642. o. — ²⁰ Sellheim: Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Bauchdecken und des Peritoneum parietale durch perineurale Injektion anästhesierender Lösungen an die Stämme der Nn. intercostales, des Subcostalis, des Ileo-hypogastricus und des Ileo-inguinalis. Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Gynäk., 1906, 176. o. — ²¹ Schumacher: Zur Technik der Lokalanästhesie bei Thorakoplastiken. Zentralbl. f. Chir., 1912, 252. o.

Sinapius Mihály, a XVII. századvégi antihippokratikus mozgalom megindítója.

Irta: Győry Tibor dr., egyetemi magántanár.

A XVII. század utolsó éveiben parázs forradalmi mozgalom indult meg az orvostudományok békés birodalmában, mely Hippokrates tekintélyének megdöntését tűzte ki céljául. A bevallott cél mögött azonban ott rejtőzött a voltaképpeni célzat: a párisi orvosi fakultás pellengérré állítása. Ez a mozgalom nem tartozik az orvostudomány történelmének kimagasló mozzanatai közé. Sem területi, sem időbeli kiterjedése nem öltött akkora arányokat, hogy mélyebb nyomokat hagyott volna a történelemben; de az is bizonyos, hogy a kortársak szemében nem volt kisjelentőségű dolog. Emberi természetünkben gyökerezik, hogy érzékenyebben reagálunk arra, a mi a közelségünkben, velünk egy időben történik, mint arra, a mit az idők folyása már belesodort a multnak kihűlt emlékvilágába s egy oceánjáró hajónak elmerülése napjainkban intenzívebb emóciókat vált ki bennünk, mint teszem a görög kultúra elsüllyedése vagy Pompeji elöntése.

Az említett antihippokratikus mozgalom korántsem mérkőzhetik hatás dolgában ama forradalmakkal, melyek a XVI. század első felében orvosi téren is lejátszódtak. Nem kötötte le egész Európa figyelmét, csupán Genftől Spanyolországig talált egy termékeny földszárvra, jóllehet a lázadás fegyvercsörtetése áthallatszott a Szajna partjáiig is.

Hogy ez a bátor, sőt elszántságra valló mozgalom kinek a kezdeményezésére indult meg, arról az összes orvostörténelmi chronikák, kézikönyvek és monographiák mindeddig hallgattak. A jövőben azonban beírhatjuk a történelemnek erre a lapjára Dr. Sinapius Alajos Mihály hazánkfia nevét, a

mozgalmat inauguráló könyvével együtt, mely 1697-ben jelent meg Genfben Cramer és Perachonnál s a melynek címe: *Absurda vera sive paradoxa medica, quibus continetur tractatus de vanitate, falsitate et incertitudine Aphorismorum Hippokratidis, lib. I, II, III, IV.*¹

Sinapius nevét hiába keressük a legmegbízhatóbb külföldi bio- és bibliographikus munkákban. *Weszprémi István* XVIII. századbeli írók és *Szinnyi József* is a „Magyar írók életé”-ben csak röviden emlékezik meg róla. A minden revolutiótól irtózó, aulikus *Weszprémi* egy, de inkább csak a saját felfogására jellemző epitheton kíséretében illeszti be nevét a névmutatóba: „*Sinapius, dr. vagabundus*”.

Ezekből a munkákból megtudjuk, hogy szerzőnk a nyitrai megyei Szokolczán született; születésének éve nem ismeretes. Egyetemi tanulmányaival megszerezte a bölcsészeti és az orvosi doctoratust és sokat utazott Német- és Lengyelországban, Svájcban és Európa „egyéb országaiban”. Ezen utazások emlékei és tapasztalatai lépten-nyomon felbukkannak munkáiban is. Orvosi pártállását jellemezendő, *Weszprémi* „admirator Paracelsi et obtrectator summus Hippocratis et Galeni”-nek nevezi őt.

Sinapius életének és működésének súlypontja az orvostudományok fejlődésének azon különös szakára esett, melynek therapiás elveit és eljárásait még azoknak is alig sikerül megérteni, a kik történelmileg trainirozott alkalmazkodó képességükkel egyébként könnyen beleélik magukat valamely leltűnt kor felfogásába, szokásaiba. A francia „grand seigneur”-ök korszaka ez a XVII. és XVIII. században. Egy találó hasonlat szerint Franciaország hosszas háborúi alatt sem vesztett annyi vért, mint ekkor, az orvosi előírás szerint applikált vérbocsátások következtében. A rendszerességgel alkalmazott, a szervezetet kimerítő érvágást azután még megtoldották a rendszeres hánytatással és purgálással. Ezt így tanította s így írta elő tekintélyének teljes latbavetésével a párisi orvosi fakultás, mely még a XVII. században sem akart tudomást venni azon tisztult felfogásról, melyet a XVI. században *Paracelsus* vitt be az orvosi gondolkodásba. A párisi fakultás még ekkor is konokul megmaradt a másfélezer évnél is hosszabb idő által már deformált galenosi nézetek mellett.²

Ez a brutális, természetellenes gyógyeljárás igazában ott válik érthetatlenné, a hol a természet barátjára és készséges szolgájára, *Hippokrates*-re merészkedik hivatkozni; arra a *Hippokrates*-re, a ki a *nil nocere* örök parancsolatját vitte bele az orvosok gondolkodásába és felelősségérzetébe, a kiket nem szűnt meg lépten-nyomon a *vis medicatrix naturae* spontán, sőt készséggel használnom e szót: teleológiás működésére figyelmessé tenni. Németországot *Paracelsus* terelte vissza a hippokratismusra. A párisi fakultás pedig ugyanabban a században máglyára segítette azt a *Serveto*-t, a ki az arab s ezzel együtt a galenosi tekintély ellen írni merészkedett. Másfél évszázad után azonban mégis csak megnyitotta a kapuit a fakultás *Hippokrates* előtt, de csakis azon minősítvényénél fogva, hogy *Galenos* őt mesterének vallotta. Megérteni azonban nem tudta őt Páris. Csakis a holt betűket tudta meg-

látni a *Corpus Hippocraticum*-ban. Szó szerint igazodott néhány válogatott fejezete, elsősorban az aphorismusai után. Maradiságában nem vette észre, hogy *Hippokrates* óta huszonkét évszázad hömpölygött le az idők folyamában, s hogy a *Corpus*-nak egyik-másik lapja meg is fakult azóta. Nem vette észre, hogy az orvosi beavatkozás eszközei ezen igen hosszú idő alatt mennyire megváltoztak, de azt sem, hogy a természet segítő készsége s *Hippokrates*-nek e segítségbe vetett hitében gyökerező tanításai változatlanul fennmaradtak.

Mennyire félre kellett hogy ismerje ez a fakultás az igazi *Hippokrates*-t, a mikor az ő szellemét újra felélesztő *paracelsusi* iskolának legodaadóbb hívei — s ezek közt *Sinapius* is — elfordulnak *Hippokrates*-től, csakis azért, mert az ő nevében követi el a fakultás az ő nagy baklövéseit. A depozitáló *Galenos*-nak ugyancsak dethronizálendő mesterét tekintik benne. *Hippokrates* mindjebban bűnbakká válik s végül is mást sem lát benne *Sinapius*, mint szerzőjét azoknak az aphorismusoknak, melyekre hivatkozni szokás a vég nélküli purgálások és érvágások alkalmazása közben. Csoda-e ily módon, ha az aphorismusok therapeutikus alkalmazandóságának csalatkozhatatlanságát magának a szerzőnek kritika nélküli támadásával czáfolják *Sinapius*-ék? A *Corpus Hippocraticum* összes könyvei közül Páris ezeket az aphorismusokat látszott legnagyobbra tartani. Erre vall legalább az, hogy a szigorlatok tárgyai közt nem az összes hippokratesi művek, hanem éppen az aphorismusok szerepeltek. Közmondások stylusában tartott rövid mondatai, könnyű betanulhatóságuk, a bennük sok helyütt felcsillámló, elévülhetlen szépségű és igazságú gondolatok (gondoljunk csak az I. 1.-re: „*vita longa, ars brevis* . . .”) s bizonyára az említett besorolásuk a szigorlati tárgyak közé, mindez végül is azt eredményezte, hogy a francia orvosok az orvosi tudás succusát lássák bennük és hogy megtámadhatlan dogmáknak tekintsék őket; eszükbe se jutott, hogy elfogultságáról híres szerzőjük volt a legnagyobb ellensége minden dogmának.

Vajjon ki venné ma szó szerint az aphorismusok therapiás tanácsait? És hogyan vehette azt szó szerint a párisi orvosi fakultás és a hozzánk már oly közel eső XVII. és XVIII. század? Hát nem ő maga provokálta ezzel a lekicsinylő, gunyolódó, kifigurázó harcot bálványá ellen?

Egy, az emberiség történetében gyönyörűen kiemelkedő korszaknak, a Kr. e. V. századnak kulturmaradványai ezek az aphorismusok s ezért szeretjük ma is és értjük meg, hogy még a XIX. században is sokszor kiadták őket a legkülönbözőbb nyelveken, így magyarul is.³ De bizonyára nem gyakorlati használatuk terjesztésére. Ma is csodálkozunk, hogy *Hippokrates*-re hivatkozva rendezték az orvosok a nagy vérbocsátási orgiákat, még XV. Lajos idejében, sőt testén is. Pedig a laikus józan ész már ezt megelőzőleg vette fel a harcot ellenük. A „*Comédie Française*” deszkáin játszódtak le az első küzdelmek, még XV. Lajos s még *Sinapius* előtt. A XVII. század nagy medicochronistája, *Molière* támadta meg először a maró gúny fegyverével — mintegy 20 év lefolyása alatt megjelent különböző komédiáiban — a maradi fakultás félreismert *Hippokrates*-ét.

A minékie a nyilvánossághoz való apellálásával nem sikerült, azt egy emberöltő múlva egy az orvosokhoz intézett tudományos könyv világgabocsátásával kísérelte meg a mi *Sinapius*-unk Genfben tartózkodása alatt. Munkájában az aphorismusok négy első könyvét irgalom nélkül megtámadta. Ha meggondoljuk, hogy ezeknek a száma hozzávetőleg 200-ra rúg és hogy köztük *Sinapius* egyetlen egy olyanra sem akadt, melyet helyesnek talált, akkor máris tájékozva vagyunk a felől, hogy nem a tiszta igazság keresése volt a célja, hanem az, hogy mindenáron, még az igazságtalanság árán is, csakis elvből, a kritika eszközeinek megválogatása nélkül, kákan is csomót keresve, ledöntse *Hippokrates*-t piedestáljáról. Könyvének ez okból a historiai vonatkozások mérlegelése nélkül ma már semmi jelentősége sem volna. Nyugodtan félretennők azt, mindössze azzal a benyomással, hogy benne

¹ 1900 óta, a mikor a „*Bibliographia medica Hungariae*”-t elkészítettem, evidentiában tartottam ezt az akkoriban kezembe került feltűnő című könyvet s kerestem az összefüggést ennek a munkának a megjelenése s a szóbanforgó antihippokratikus mozgalom közt. Mert hogy ilyen összefüggésnek fenn kellett forognia, arra a könyv címlapjának és a mozgalomnak azonos programjából, valamint dátumaiknak megegyezéséből nem volt nehéz következtetést vonni. A valószínűsítésem erősebb feltevést biztos kijelentéssé sikerült átváltani tavaly, a mikor spanyolul tudó szakértáram, *Neuburger* tanár Bécsben figyelmessé tett rá, hogy *Fejoo* spanyol orvosíró *Teatro critico* cz. munkájában utal rája, hogy a XVII. század végén előállott antihippokratikus mozgalmat csakugyan *Sinapius* könyvének megjelenése indította meg.

² Talán még ma is érzik az utószela a *Galenos* iránti nagy sympathiájának a német pharmacologia által megkonstruált vegyi gyógyszerektől való tartózkodásában, s hogy *Paracelsus* iránti ellenszenvétől szintén még nem szabadult meg, azt ad oculos demonstrálja a párisi fakultás nagy amphitheatrumanak 1895-ben elkészült nagy festménye, a „*L'histoire de la médecine*”, a hol 58 orvostörténelmi nagyság közt *Paracelsus*-nak egyáltalán nem jutott hely!

³ 1843-ban *Wachtel* Dávid, 1847-ben *Töpler* Károly.

egy harcias vérmérsékletű egyén űzi élczes fejjel hol a szélmalom-harczot, hol pedig jól megokolt kritikáját *Hippokrates* aphorismusain. Nagyot nő azonban a könyv érdeklődésünkben, ha tudjuk, hogy a *Hippokrates* csalatkozhatlansága ellen megindult s nem is egészen kicsiny területre szorított mozgalomnak ez a könyv volt a kiinduló pontja. Nagy túlzásai, mondásainak, érveinek szertelensége elnézést, sőt megértést igényelnek. Mert csakis *Hippokrates* megdöntésében láthatta *Sinapius* az egyetlen módot, hogy a vázolt brutalis therapiát űző orvosokat visszavezesse a rationalisabb gyógy módokhoz. Kiméletlen tonusa, kacagató élczei sok hívet szereztek az ügynek az orvosok közt. A tömegre való hatás szándékának tonusa húzódik végig az egész munkán; bizonyos, hogy *Sinapius*, ha később jön a világra, az egyéniségének legmegfelelőbb milieut a parlamentben, az ellenzéki padokon találta volna meg. De ha a célzt vesszük szemügyre, melyért síkra szállott, és nem a tonust meg a harcsmódot, akkor el kell ismernünk, hogy jót alkotott és hogy elsősorban sok embervért kimélt meg, legalább is hívei pátiénturája körében. Az is bizonyos, hogy a mennyiben a vérengzéseknek végleg útját állani nem is tudta, előkészítője volt a fél évszázad múlva Párisba is lassan bevonulni kezdett rationalisabb gondolkodásnak. Ha addigra feledésbe is ment maga a mozgalom, de hatása észrevétlenül is élt vagy szunnyadt a lelkekben.

Az eddig elmondottakkal voltaképpen be is fejezhetnők e történelmi remniscentiákat. A kép tökéletesítésére, a mondottak illusztrálására azonban vegyünk elő néhány aphorismát a *Sinapius*-féle támadásokkal együtt, még pedig saját céljainkra három csoportba osztva őket. Vegyük elsőnek azokat a támadásokat, a hol *Sinapius*-nak igaza volt, a midőn az orvosokat az aphorismusok békői alól felszabadítani igyekezett. Azután soroljunk fel néhány példát, mely *Sinapius* többé-kevésbé szellemes élczelődéseinek megnyilatkozása számába vehető, de semmi egyébnek. És végül ne menjünk el észrevétlenül azok mellett sem, melyek a legtriviolabb élczelődés, célztalan akadékoskodás és akrobatikus rabulistika szülöttei.

Aph. I. 23. Dejectiones non multitudine sunt aestimandae, sed si talia deiciantur qualia conveniunt et aegri facile tolerant. Atque ubi usque ad animi defectionem expedit ducere, faciendum, si aeger possit tolerare. (Az ürülék nem a mennyisége szerint kell megbírálni, hanem a szerint, hogy olyan-e, a minőnek lennie kell és hogy könnyen tűrik-e a betegek az ürülést. Ott, a hol az eszméletlenségig kell vinni a kiürítést, azt is meg kell tenni, ha a beteg ellenálló-képessége megvan.)

Bizonyos, hogy ez az aphorismus legkevésbé sem fedi a „nil nocere“ elvét s hogy vakon engedelmeskedő orvosok az „usque ad animi defectionem“ engedélyvel vajmi könnyen kárt okozhattak, különösen a galenosi toldalékkal, mely ezt az engedélyt a vérbocsátásra is kiterjesztette.⁴

Sinapius fölkészült, orvoshoz illő tudományos apparattussal száll síkra ezen aphorismus ellen, de — mint a legtöbb helyütt — nem tudja megtagadni önmagát és a hatást is biztosítani kívánja magának; megtoldja tehát a komoly czáfolatot két kis történettel, melyeknek történetesen tanuja volt s melyeket az aphorismus által előírt s „methodice“ alkalmazott evacuatiós szabályok gyümölcsének nevez. Az első egy orvos esete, „a ki kétségtelenül nyugodtan bízta rá magát az aphorismusra és commentárjára“. Ennek az orvosnak a betegén egy sebész eret vágott. A beteg arczkifejezésén és pulsusán meglátta a sebész, hogy kezdi az eszméletét veszíteni. „Doctor úr — szólal meg a sebész —, elég lesz már! Elzárom a venát.“ Az orvos azt felelte: „Nem, ne zárd még el, hagyjad még vérezni, attól majd meggyógyul a beteg.“ Nemsokára kimaradt a pulsus. A sebész rögtön elállította a vérzést és kétségbeesetten kiáltja az orvos felé:

⁴ Sohasem szabad felejtenuk, hogy a *Hippokrates* nevéhez fűződő könyvgyűjteményről a philologiai szövegkritika pozitív kijelentés alakjában jutott el ahhoz a negatív eredményhez, hogy nincsen benne egy könyv sem, melyet bizonyosan *Hippokrates* nevéhez tudnánk fűzni. A gyűjteményben foglalt ellenmondások is innen vannak.

„Doctor úr! A beteg meghalt!“ Az orvos így válaszolt: „Csakugyan? Meghalt? Megboldogult az Istenben. Nos, ezt nem hittem volna.“ A második eset Lengyelországban történt, a hol egy olasz orvos még mindig purgálta a betegét, jóllehet már halott volt.

Szándékosan választottuk elsőnek ezt az aphorismusczáfolatot példának, mert tipikusan jellegzetes *Sinapius* harczmódorára. Nem éri be a tudományos czáfolattal. Mintha nem bízna benne, hogy az elég lesz. Hatni akar mindenáron, mindenkire, a legbiztosabb fegyverrel: a komikuméval. Lásunk egy más példát!

Aph. IV. 35. Si febre habenti repente collum subvertatur, ut vix devorare possit, non existente tumore, lethale est. (Ha egy lázas beteg a nyakát hirtelen elfordítja, úgy hogy nyelni is alig tud s ha e mellett semmiféle daganata nincs, akkor ez halálhoz vezet.)

Sinapius szerint ez a mondat meg sem érdemli az aphorismus nevet. Olyképp van megfogalmazva, mintha azt mondanánk: „in torto collo non vorare, non cacare, non urinare, est signum lethale.“ Ebben senki sem kételkedik. Az adott esetben azonban az orvos ne bízsa rá magát ennek az aphorismusnak tétlenségre kárhóztató kijelentésére, hanem siessen gégemetszést csinálni és tápláló csőrét (clysters nutrientes) adni.

Aph. IV. 1. Utero gerentes sunt medicandae, si materia turget, quarto mense, et usque ad septimum: sed hae minus, a juniore autem foetu et seniore abstinere oportet.

Ezen aphorismus szerint a terhéseket csak a 4.—7. hónapban szabad purgálni; „fiatalabb vagy idősebb foetus mellett azonban tartózkodni kell tőle.“ *Hic Rhodus, hic salta, bone Hippocrates* — mondja *Sinapius*. Mert mi lesz akkor, ha terhések az első három hónapban vagy az utolsó két hónapban betegszenek meg acut lázakban? Nos, orvosolni kell őket akkor, a mikor éppen betegek, mert a betegség nem keresi ki magának a hippokratesi hónapokat. Purgáló szereket egyáltalán kerülni kell terheseken; használatuk tehát épp oly kevésbé megengedett a 4.—7. hónapban, mint a többiben. Hiszen *Hippokrates* maga mondja egy másik aphorismusában, hogy még az egészséges egyének is rosszul tűrik a purgálást; annál kevésbé tűrik a terhések. Ez az aphorismus a II. 36. Ebben mondja: „Az egészséges szervezetű egyének gyorsan elerőtlenednek, ha purgálásokkal tisztítjuk meg őket; épp úgy a rosszul tápláltak.“ De ez az aphorismus is ellentétbe kerül az I. 3.-kal, melyben *Hippokrates* éppen az athletáknak ajánlja a purgálást.⁵

Nem igazságtalan a kritika, melyben *Sinapius* a II. 14. aphorismust részesíti.

Aph. II. 14. In profluvio alvi mutationes excrementorum juvant, nisi ad mala mutatio fiat. (Hasmenésekben az ürüléknek megváltozása előnyös, a mennyiben rosszhoz nem vezet.)

A jövődőlésnek ez a módja mindig beválik, mondja *Sinapius*. Mintha azt mondanánk: holnap vagy esni fog, vagy derült idő lesz. Ha tehát *Hippokrates* azt mondja, hogy a hasmenés vagy jóhoz vagy rosszhoz vezet, úgy ez nem szorul az ő autoritására. E helyett jobban tette volna, ha a differentialis tüneteket mondotta volna el.

Aph. II. 19. Acutorum morborum non omnino sunt certae praenunciationes, aut salutis aut mortis. (Az acut betegségek prognosisa nem mindig biztos, sem a halálos kimenelt, sem a gyógyulást illetőleg.)

„Contingit enim aliquando Medicum etiam optimum aberrare“ fűzi hozzá *Galenos* az ő kommentárjaiban. S ez a galenosi aphorismus a hippokratesi aphorismuskok mintegy harmadának veszi el a megbízhatóságát. Ha az akut betegségekben, tehát a torok-, tüdő-, mellhártya-, agyhártyalob, orbáncz, empyemák stb. eseteiben nem lehet biztos prognosist felállítani, akkor miért hirdeti *Hippokrates* oly merész bizonyossággal ezeknek a betegségeknek kritikus napjait? miért mondja, hogy ez vagy az a betegség rosszindulatú vagy halálos, miért jelöli meg előre a bekövetkezendő tüne-

⁵ Ezek az idézett aphorismuskok a maguk ellenmondásaival a legtipusosabb példái az aphorismák különböző provenienciájának.

teket, mikor ezek kizárólag az Urísten rejtett intézkedéseitől függenek s a legkülönbözőbb alakban tudnak lefolyni, teljesen figyelmen kívül hagyva a Hippokrates-szel hamisan jövedőlő orvos reménységeit.

Ezek után vegyünk néhány példát azokból a kritikák-ból, melyek Sinapius-nak helylyel-közzel ügyes megjegyzéseit tartalmazzák.

Aph. II. 6. *Quicumque dolentes parte aliqua corporis omnino dolorem non sentiunt, iis mens aegrotat.* (Azok, a kiknek valamelyik testrészen fájdalmas betegségük van, de a fájdalmat nem érzik, lelki betegek.)

Ezen aphorismus kritikája örömet fog szerezni a monistáknak. Szósz szerint idézem Sinapius-t: „Mentem aegrotare nescio quomodo possit dicere Hippocrates, cum morbus et aegritudo propria sint substantiae materialis, humorum et spirituum alterationibus abnoxiae.“ Az adott esetben vagy a tobozmirigy beteg vagy az agyállomány, de nem a lélek. Arra is van eset, hogy a fájdalmat nem érzi valaki, holott agyveleje egészséges, értelme és figyelme azonban erősen le van kötve. A háborúk zajában az ólomgolyók által találtak nem éreznek semmit, csak később, a mikor lelki állapotuk kezd megnyugodni, jelesül, a mikor a sebész megérinti a seb helyét, kezdik érezni a fájdalmakat.⁶

Aph. II. 16. *Ubi fames laborandum non est.* (Ha valaki éhes, ne dolgozzék.)

Elgondolható, hogy hány embert kaczagtattott meg Sinapius, a mikor kritikáját így kezdi: A fegyházak felállítói bizonyára nem olvasták ezt az aphorismust. Az amsterdami, bécsi, boroszlói, danzigi és brüsszeli fegyházakban a fegyenczeket éheztetéssel és dolgoztatással traktálják és ezt veréssel fűszerezik, még pedig kitűnő eredménnyel. Az emberek nemcsak erkölcsileg gyógyulnak jól, hanem testi egészségükre is igen előnyös az éheztetés által való evacuálás s a munka következtében beálló transpiratio. Ugyanezt az antidotumot olvashatni a bécsi lipótvárosi fegyház bejárata felett: „Labore et fame“.

Ebben a hangnemben van tartva egy nagy része a replikáknak. Populáris, fülbemászó hangnem.

A támadások harmadik csoportjának tonusa már pamphletszerű. Térjünk még át ezekre is és lássuk, mire képes a programmszerű elfogultság, az árkon-bokron való keresztül-gázolás, talán még a jobb meggyőződésnek is ellenére való gáncsoskodás!

Aph. II, 4. *Non satietas, non fames, neque aliud quicquam, quod modum naturae excesserit, bonum.* (Sem a túljóllakottság, sem az éhség, sem bármi más, a mi a természetes mértéket túlhaladja, nem válik előnyül.)

Ha valamelyik aphorismus megérdemli, hogy örökigaznak nevezessék, úgy ez az. Alig hihetnők, hogy Sinapius még ezt is megtámadja. Ha megtámadja, akkor csakugyan ezen a példán demonstrálható a legjobban, hogy a harczot magáért a harczért s nem mindig az igazságért vette fel. Extravagans ideákhoz kell azonban fordulnia, hogy kisegítse magát a nyugodt érvek hiányában. Ez az aphorismus, mondja Sinapius, nem érvényes az udvarokban, a táborban és a zsidók körében. Az udvari élet olyan, hogy az emberek sokat esznek, sokat isznak és alusznak, alvás után sétálnak és lovagolnak s ezek után újra kezdődik az evés-ivás stb. Ezt évek során át teszik az udvari emberek minden káros következés nélkül. A táborban a katonák tisztán a sok dohányzás segélyével két, sőt több napon át jól bírják a koplalást. A zsidók valamennyien jól tudnak koplalni; némelyikük csak szombatot eszik meleg ételt, a többi napon beéri kenyérrel és sörrel. Ismert egy kanonokot, a ki köszvényes volt. Török fogságba

⁶ A lelki folyamatok minémiségének megítélése dolgában mégis csak máshová jutottunk el manapság. „Ueber die Notwendigkeit einer philosophischen Ausbildung für den Arzt“ című tanulmányában (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 31. sz.) azt mondja Graul J.: „Vorbei ist die Zeit, wo ein berühmter Psychiater meinen und verfechten konnte — ich denke an Jacoby im ersten Drittel des XIX. Jahrhunderts —, die Psychiatrie, die Wissenschaft der kranken Psyche, liesse sich durchaus somatisch, d. h. materiell erklären.“

kerülvén, ott koplaltatták s ez oly jó hatással volt rá, hogy megszabadult a betegségétől. Végeredményben: a mi az egyiknek használ, a másiknak árt.

Felesleges ezen paradox eszmékkel közelebb foglalkoznunk. Nézzünk egy más példa után.

Aph. I. 13. *Senes facillime jejunium ferunt, secundo loco, qui aetatem consistentem habent, minus adolescentes, omnium minime pueri, praesertim qui inter ipsos sunt vivi-diores.* (Öreg emberek igen jól tűrik a koplalást, utánok sorakoznak a férfikorban levők, kevésbé a serdülő ifjak és legrosszabbul a gyermekek s ezek közt is főleg az eleven természetűek.)

Sinapius szerint ezt az aphorismust a következőképpen kellett volna megfogalmazni: „A kiknek nincsen étvágyuk, azok a koplalást igen jól tűrik, utánok sorakoznak a nyugodt életmódot folytatók; kevésbé tűrik azok, a kik sokat izzadnak s a legrosszabbul a viszontagságos életet élők.“ A dolgos aggastyán nehezebben koplal, mint a lusta gyermek s az örökké ugráló, játszó gyermek nehezebben, mint a kályha mellé kuporodó aggastyán.

Aph. I. 17. Köztudomásúvá lett már, hogy a Corpus Hippocraticum legfinomabb eszméi közé tartozik az évszakoknak s a helyi fekvésnek következetes tekintetbe vétele. Hornyánszky Gyula egy gyönyörű, monumentalis munkában⁷ a Comte-féle milieu-elméletet egyenesen Hippokrates munkáira vezeti vissza. Hippokrates az I. 17. aphorismusban is mérlegelésbe veszi a milieut.

Et quibus semel aut bis, et quibus plura ne an pauciora et particulatim oporteat offerre, considerandum. Condonandum autem aliquid temporis, regioni aetati, et consuetudini. (Mérlegelendő, kinek adjunk egyszer vagy kétszer és kinek többször vagy kevesebbször és részletekben táplálékot. Azonban számításba kell venni az évszakot, a helyi fekvést, az életkort és a megszokást.)

Sinapius mindezt üres reflexiónak nevezi és kérdi: És ha valaki a meleg Spanyolországban vagy Konstantinápolyban nagyobb étvágyú és a hideg Lengyel- és Svédországban nagyobb szomjú lesz, ugyan mi gátolhatja őt az evésben és ivásban? És ha egy aggastyán inkább éjjel szomjazik meg és egy ifjú napközben éhez meg? A szokás teljesen ellentétben állhat az évszakkal, életkorral, helyi fekvéssel.

Zárjuk le ezek után a példák sorát.

Nem ismerünk munkát, mely Hippokrates ellen több ügyességgel, itt-ott raison-nal, de olyat se, mely több igazságtalansággal és körmönfonsággal, az inductív methodusnak ezen kellemetlenül beléjekapaszkodó parasitájával, szállott volna sikra. A küzdelem tonusa gyakran elmarad a tudományos vitatkozás niveauja alatt; csak a politikában szoktuk meg ezt a harczmodort s ezt a hangnemet.

És mindezek dacára: a cél s a szándék jó volt. Égető szükség volt egy ébresztő szózatra, mely a párisi fakultás tekintélye alatt működő orvosokat jobb belátásra és megtérésre animálja. Ámde ha Sinapius csak az orvosokat vagy csak a fakultást támadta volna, akkor ezek bizonyára Hippokrates-re hivatkoztak volna s tovább haladtak volna a maguk veszélyes, helytelen útjain. Eredmény csak úgy volt várható, ha kirántják alulok azt a fundamentumot, melyen ők állani véltek.

Befejezett eredményt Sinapius nem ért el. A XVIII. század nap-nap után produkált még kegyetlenebb jeleneteket Franciaországban a vérbocsátás terén. Sinapius-nak be kellett érnie azzal a tudattal, hogy legalább egy rövid, mindössze néhány évnyi időre terjedő lázadást sikerült szerveznie a fonákul értelmezett Hippokratizmus ellen.

Ha ma élne Sinapius, a mikor a tisztult, valódi, tehát nem félremagyarázott hippokratesi tanítások el nem évülő szellemi birtokát alkotják orvosi gondolkodásunknak, bizonyos, hogy könyvét nem írta volna meg. A maga korában szükség volt rá.

⁷ A görög felvilágosodás tudománya. Budapest, 1910, a M. Tud. Akadémia kiadása.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A cholera gyógyítása His tanár szerint még mindig nagyon gyenge lábon áll. A teendőket röviden a következőkben foglalja össze: kezdetben valamilyen hashajtószer (ricinus-olaj vagy calomel), később meleg beöntések 1%-os acidum tannicum-oldattal; a bolus alba, a mely egyébként kitűnő adsorptiós szere a bacterium-mérgeknek, csak a betegség kezdetén vagy enyhébb esetekben használható, mert súlyosabb esetekben a beteg kihányja. A konyhasó-infusiókat és excitansokat (digalen, coffein) már korán igénybe kell venni, még mielőtt nagyfokú a vízvesztés és a szívgyengeség. A mi a prophylaxist illeti, Aumann álláspontján van, mely szerint háború idején, a mikor az általános prophylaxis szabályai nem követhetők pontosan, igen nagy súlyt kell vetni a személyes prophylaxisra. (Medizinische Klinik, 1914, 38. szám.)

A kulturahiány betegségeinek kivészéséről értekezik K. Kisskalt (Königsberg). A himlőoltás körüli harcban többek között az az argumentum is gyakran kerül szóba, hogy a himlőnek a 19. században való ritkulása voltaképpen más ragályos bajok megszűnésében találja rokonvonását. Németországban így megszűnt a typhus exanthematicus, a febris recurrens és a pestis. Az oltás ellenesei szerint tehát a himlő is, csak úgy mint amazok, egyszerűen a kultura továbbadásának köszöni kivészését. Szigorúan véve a dolgot, kevés betegség marad fenn, melyet voltaképpen nem a kultura hiányának kell betudnunk. Mégis bizonyos, hogy éppen a kiütéses typhust, a visszatérő lázat s a pestist kell elsősorban a kultura hiányának következményeképpen tekintenünk. Ezeknek a ragályos betegségeknek epidemiológiája az utóbbi években több újabb adatot derített ki. A kiütéses typhusra vonatkozóan az állatkísérletek azt bizonyítják, hogy a betegséget állati paraziták, elsősorban tetvek közvetítik. Ezen az alapon pl. Tunisban, a hová a betegséget a benschülöttek állandóan behurcolják, a védekezés egyedül abból áll, hogy a beteget és környezetét a tetvektől igyekeznek megszabadítani (szappan, kámforolaj, a ruhák desinfectiója). Ennek az eljárásnak kitűnő az eredménye, holott a régebbi eljárások vajmi keveset értek.

Ugyanez áll a recurrensre nézve is; ezt a betegséget is a tetvek viszik tovább. Másként áll a dolog a himlőre nézve. Bizonyítja azt, hogy a betegség egyik társadalmi osztályt sem kíméli (pl. a legutóbbi kisebb epidemiák Frankfurtban és Angliában). A variola ezek szerint a hevenyész exanthemás bajok csoportjába tartozik.

A pestis-epidemiákra vonatkozóan tudjuk, hogy azok a legtöbb esetben a patkánypestises epidemiából fejlődtek ki. A patkányról az emberre való átvitel a bolhák csípése végzi. A betegségnek Európából való eltűnése — legalább részben — a fokozódó tisztasággal magyarázható. Még fontosabb azonban alighanem az, hogy a 18. században a félénkebb vándorpatkány teljesen kiszorította a fekete házipatkányt. Kérdés marad azonban, hogy miért veszett ki a pestis Európában a patkányok között? Ez alighanem úgy magyarázható, hogy a patkányról patkányra való állandó átvitel végül a bacillusok virulentiáját tönkretette. Végül tudnivaló, hogy nem ritka nálunk a bacillus pseudotuberculosis rodentium, mely biológiailag teljesen azonos lehet a mitigált pestisbacillusal. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 32. sz.)

Guszman.

Sebészet.

A scapula recsegésének pathologiai jelentőségéről értekezik Betke. A Rehn-klinikán észlelt 3 eset alapján a szerző megállapítja, hogy ezen recsegés oka vagy csontelváltozások, vagy izomanomaliák, vagy az ízület közelében levő hygromák lehetnek. Egyik esetében a felső kar belső ízfel-

letén cartilagenosus exostosis volt jelen, a melyet operatív úton távolított el, a lapoczkán a Röntgen-vizsgálat semmiféle eltérést sem mutatott. A második esetében a margo vertebralis scapulaen volt az exostosis, a harmadik esetében jelentékenyebb elváltozást nem talált. Jodecsetelés, fürdők és egyéb kezelés eredménytelen kísérlete után a szerző az operatív kezelésre tért át. A m. trapeziusból négyszögletes lebenyt helyezett a scapula és borda közé és a m. serratus-hoz rögzítette. A gyógyulás zavartalan volt, a recsegés megszűnt, a kar működése kifogástalan, kellemetlenségek a műtét óta nincsenek. Az irodalomban ismertetett 28 eset alapján az aetiológiát illetőleg a szerző által észlelt okokon kívül bizonyos foglalkozások, mint varrás, nehéz terhek hordása, ezenkívül a lapoczkának bizonyos fajtájú törései is előidézhetik a fentemlített symptomát. (Zentralbl. f. Chir., 1914, 12. sz.)

Ifj. Háhn Dezső.

Szülészeti és nőorvostan.

Az amenorrhoea kezelését hypophysis-kivonattal ajánlja Kosminski. Különböző megbetegedéseket ismerünk, a melyek amenorrhoeával járnak (aplasia, phthisis, chlorosis stb.), a melyekben az alaphántalom kezelése eredményre vezet; az esetek egy részében azonban homályos az ok. Ilyen esetekben jó számba az organotherapia.

Különböző betegségekben tett megfigyelések és kísérletek alapján ismeretes, hogy a hypophysis által termelt hormonnak fontos szabályozó szerepe van az ovariumok működésére. Éppen ezért használják az Abel klinikáján a hypophysis-kivonatokat. 24 esetet ismertet, a melyek közül 20 ilyen kezelésre meggyógyult.

A menstruatio már 3—4 injectio után megindul; 20 injectiónál többet nem adnak; 10 injectio után egy hetes szünetet tartanak. A vizeletet állandóan ellenőrizték, mivel a hypophysis-kivonattal kezelvek már láttak diabetest.

Ajánlja az ismeretlen aetiológiával bíró amenorrhoea esetekben az organotherapiát mint olyan beavatkozást, a melylyel legtöbbnyire igen szép eredményeket lehet elérni s a mely sikertelenség esetén sem okoz a betegnek kellemetlenséget. (Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 33. sz.)

Gyermekorvostan.

A csecsemők eczemájáról a gyermekkori diathesisek tanával kapcsolatban ír A. Schkarin. Az eczema legcardinalisabb tünete az exsudatív diathesisnek, mikor is a bőrfelületnek fokozott érzékenysége van jelen, vagyis a bőrfelület ez esetben intenzíve reagál külső behatásokra, mert a szervezet anyagcseréjében, mondjuk a belső secretiós folyamatokban veleszületett zavar van jelen. Az eczema jelentkezésében, illetve annak makacs fennállásában nagy szerepe van az idegrendszernek is, az eczema gyakran fokozott ideg ingerlekenységgel jár együtt, vagyis ilyen gyermekek a spasmophilának sokszor összes tüneteit mutatják; ezek azon esetek, melyekben sem a Czerny-féle diatetika, sem a Finkelstein-féle „leves” nem használ és az eczema a localis kezelés dacára sem enged. Ezek azok a kombinált esetek, midőn a spasmophil tünetek is belső secretiós zavarokra, még pedig calcium-anyagcserezavarokra vezethetők vissza. Ilyen csecsemőkön az exsudatív tünetek legmakacsabbak és leg súlyosabbak, és az eczemas tünetek javulása csak akkor észlelhető, ha a therapia a spasmophilia ellen irányul és ha az utóbbinak tünetei fejlődnek elsősorban vissza. Az ilyen irányban megindított kezelés pedig mézpraeparatumok, phosphor, csukamájolaj, esetleg brom adagolásában áll. A szerző főleg súlyt helyez a calciumkészítmények adagolására (bromcalcium 1—2%-os oldata, valamint calcium aceticum), localisan is legjobbnak bizonyult az aqua calcis (Lassar-pasta, calc. sulfuricum 30—50%). (Jahrb. f. Kinderheilk., XXVIII. k., 2. szám.)

Péteri dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Puerperalis fertőzés eseteiben *Cramer* a terpentín-olaj helyi alkalmazását ajánlja. Nem hígított terpentín-olajjal bőségesen átitatott vattát helyez a puerperalis fekélyre, a fertőzött hüvely-nyálkahártyára és méhfalra, avagy tamponálja vele a méhüreget. (Monatsschrift für Geburtshilfe, 39. köt., 6. füz.)

Gramonervin néven új orvosság jött forgalomba, a mely *Ruppel* tapasztalatai szerint kitűnő hatású *szénaláz* eseteiben. Az új szer a trigeminusra elective ható butylchloralhydratból és a neurotonusos hatású calcium glycerinphosphoricumból áll. 0.5 gramm tabletákban kapható, a melyekből 1—4 veendő be naponként. (Medizinische Klinik, 1914, 25. szám.)

Fülfájás ellen gyorsan ható eljárás gyanánt ajánlja *Schwarz* a mustárolaj szagolását. 5 gramm olajat tartalmazó palackból kell a fájó oldalnak megfelelő orrnyíláson át egyszer szagolni csukott száj és szem mellett, a másik orrfél erős összeszorítása közben. Fogfájás ellen már régóta használják ezt az eljárást. (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, 48. köt., 3. füzet.)

Az airol és hydrogensuperoxyd használatáról a gynaekológiában ír *Ceroli*. Kiindulva abból a tapasztalathból, hogy airol és hydrogensuperoxyd elegyítésekor jód, oxygen, bismuth és tannin válik szabaddá: kísérleteket tett 12%-os hydrogensuperoxyd és airol-por elegyének intrauterinális befecskendezésével. Az eredmények főleg puerperalis és elvetélés utáni endometritis eseteiben kedvezők voltak; Különösen a vérzéscsillapító hatást dicséri a szerző. Embolia nem fordult elő. (Gazz. d. osped., 1914, 85. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Orvosképzés, 1914, 6—8. szám. *Borszék Károly*: A véredények sebészete. *Schaffer Károly*: A psychotherapiának újabb irányairól. *Királyfi Géza*: Újabb irányelvek a vérbetegségek terapiájában. *Fejes Lajos*: A vegyes és másodlagos fertőzés szerepe belorvostani betegségekben. *Róth Miklós*: A chronikus obstipatio terapiája. *Pollatschek Elemér*: A tünetnélküli gégetuberculosis. *Mansfeld Géza*: A gyomor- és bélmozgások physiologiája és pharmacologiája. *Gerlőczy Zsigmond*: Az orvos szerepe a fertőző betegségek ellen való védekezésben. *Szana Sándor*: A községi tisztviselő orvos teendői a gyermekhalandóság elleni küzdelemben. *Juba Adolf*: A gyermekkor heveny fertőző betegségei és az iskola.

Gyógyászat, 1914, 39. szám. *Kovács Bertalan*: A táplálkozás szerepe a csecsemők rendellenes constitutiójánál. *Sztanovejits Lázár*: Casuistikai járulék a strangulatio után beálló psychés zavarok kérdéséhez.

Klinikai füzetek, 1914, 9. füzet. *Donath Gyula*: A felelősségteljes szolgálatban állók (katona, csendőr, rendőr, vasutas, chauffeur, postás) és az alkoholelles mozgalom.

Orvosok lapja, 1914, 40. szám. *Békés Dezső*: Szemészeti casuistika.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 40. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Barakonyi Sándor* dr.-t a magyar királyi államvasutak vezető főorvosává, *Blanár László* dr.-t a gyulai kórház alorvosává, *Kaufmann Imre* dr.-t ugyanezen kórház segédorvosává nevezték ki.

Meghalt. *Tóthfalussy Gyula* dr., a magyar királyi államvasutak vezető főorvosa szeptember 23.-án. — *Rucska Miklós* dr. tartalékos főorvos a szerb harcztéren. — *K. Heilbronner*, az elmekörtan tanára az utrechti egyetemen, 44 éves korában. — *H. Schiess-Gemuseus*, a szemészet nyugalmazott tanára a baseli egyetemen, 82 éves korában. — *K. Pavlik*, a nőorvostan rendes tanára a prágai cseh egyetemen.

Szabóky János dr. orvosi gyakorlatát Meranban (Palais Planckenstein) ismét megkezdte.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága október 5.-étől 15.-éig tanfolyamot rendez a járványos betegségekről a következő programmal: Október hó 5.-én az I. számú egyetemi belklinikai tantermében *Bálint Rezső* dr. egyetemi tanár: „Háború és betegség”. Október hó 6.-án a II. számú egyetemi belklinikai tantermében *Jendrassik Ernő* dr. egyetemi tanár: „A typhusról”. Október hó 7.-én az egyetemi élet-tani intézet tantermében *Liebermann Leó* dr. egyetemi tanár: „A jár-

ványorvos feladata”. Október 8.-án a III. számú egyetemi belklinikai tantermében *Korányi Sándor báró* dr. egyetemi tanár: „A dysenteriaról”. Október hó 9.-én az I. számú egyetemi belklinikai tantermében *Gerlőczy Zsigmond* dr. egyetemi tanár: „A himlőről”. Október hó 10.-én az I. számú egyetemi belklinikai tantermében *Bálint Rezső* dr. egyetemi tanár: „A choleraóról”. A tanfolyam díjtalan, résztvehetnek orvosdoktorok, szigorlóorvosok és felsőbb éves orvostanhallgatók. Az előadások este 6 órakor kezdődnek, kivéve az október 8.-án tartandót, a melynek kezdete este 7 órakor lesz.

Személyi hírek külföldről. A hallei szemészeti tanszék *Fr. Schieck* königsbergi tanár áthelyezésével töltötték be. — *M. Nippe* königsbergi magántanár a törvényszéki orvostan rendkívüli tanárává nevezték ki az erlangeni egyetemen. — *W. Hildebrandt* magántanár (belorvostan, Freiburg) rendkívüli tanári címet kapott.

Hírek külföldről. A németországi egyetemek valamennyien megnyílnak a rendes időben s a közoktatási ministerek rendeletéhez képest igyekezni fognak lehetőleg teljes mértékben folytatni a tanítást. Az új frankfurti egyetem is megnyílik októberben. Az osztrák egyetemeken is megindult a félév, persze, sajnos, a lemergi és czernowitzi egyetem kivételével. — A müncheni állatorvosi iskola megszűnt mint önálló tanintézet létezni: október 1.-jével az egyetemhez csatolták, mint annak külön fakultását, giesseni, berni és zürichi mintára. Valószínű, hogy nemsokára a drezdai állatorvosi főiskola is követi ezt a példát, a melynyiben beleolvad a lipcei egyetembe.

Az „**Agfa**“ A.-G. für Anilinfabrikation Berlin S.O. 36 cég a háború tartama alatt is rendelésre azonnal szállítja az általános megbízhatónak és versenyképesnek elismert „**Agfa**“ **Röntgen-lemezeket** az összes nagyságokban 50×60 cm.-ig. Bárkinek kívánatra ingyen és bérmentve megküldi a Professor Dr. W. Gehren „**Praktische Winke für Röntgenographie**“ című ujjonnan átdolgozott és kiegészített **brosuráját** kitűnő pathologiai Röntgen-képekkel.

SANITAS PENSIO BUDAPEST, VIII., Mária-utca 30. sz.

Csendes helyen, hygienikusan berendezett ház, kerttel, családi otthon. Gondos ápolás. Speciális diéta, ideg-gyomor, vese- és cukorbetegségek részére. Kitűnő ellátás, mérsékelt árak. Állandó szakorvosi felügyelet. — Telefon: József 42—08.

Budapesti **ZANDER** — intézet. Semmelweis-utca 2. medico-mechanikai Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos, IV., Ferenc József-rakpart 26.

Dr. Batizfalvy-féle sanatorium és vízgyógyintézet Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyimód, villamos kezelések. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknak is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: Dr. Ullrich Gyula.

Orvosi laboratorium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyi és Röntgen-laboratorium.**

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**

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnokasága vagy *Wosinski István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a vagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolás alap terhére vétetnek fel.

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. *Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis* stb. ellen. —

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. **fekvő betegek is felvétetnek.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. rendes tudományos ülés 1914 április 25.-én). 735. lap. — Hadsebészeti értekezlet, 735. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1914 április 25.-én.)

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Bence Gyula.

Traumás eredetű májtályog transpleuralis megnyitása; gyógyulás.

Keppich József: A 28 éves postaalkalmazott 1913 december 24.-én motortriciklin menve, egy teherkocsiból kiálló rúd-nak nekiment az oldalával, leesett, lélegzete elállott, eszméletét azonban nem veszítette el. Lábra állani nem tudott, mellkasának és hasának jobb fele rendkívül erősen fájt. Mentők szállították a Szt. István-kórház *Hüllt* főorvos vezetése alatt álló IV. sebészeti osztályára.

Jól fejlett fiatalember. Hasában fájdalomról panaszkodik; külsérülés nyoma nincs. Anaemiás; véfense musculaire az egész hason. A pulsus 72, elég telt, erőteljes. A hasban folyadék nem mutatható ki. A májtompulat normalis nagyságú.

A beteget melegítik, megfigyelik. Délután a pulsus 76, a hőmérsék 37.5°, anaemia tünetei nincsenek. A véfense megszűnt, csupán a jobb bordaívánál van még meg kis terjedelemben. A májtompulat normalis. A hasban folyadék nem mutatható ki.

A következő napokon a hőmérsék állandóan emelkedik. December 28.-án 40.1°. Okát kimutatni nem lehet, csupán a májtájékon van nyomásra érzékenység; a tüdőknél eltérés nincsen, a bélpassage is szabad.

Január 1.-én rázóhideg kíséretében a hőmérsék 40.9°-ra emelkedik, a jobb rectus felső harmadán véfense musculaire és nyomásra érzékenység. A májtompulat elül alig 1—2 cm.-rel megnagyobbodott. A légzőmozgásokkor jól leszáll. A tüdőknél felett a lelet negatív. Utána két napig a beteg jobban volt, hőmérséke leszállott, a pulsus 80, a hőmérsék 37.3°. Január 3.-án a hőmérsék rázóhideg kíséretében újból 40.4°-ra emelkedik.

Január 4.-én: A hőmérsék 39.1°, a pulsus 100, elég telt. A sclerákon kistokú subicterusos elszíneződés. A jobb rectus felső felében a véfense jól kifejezett, egyebütt a has puha, nem érzékeny. A májtompulat a parasternalis vonalban az V. borda felső szélén, a mamillaris vonalban a VI. felső szélén, az elülső hónaljvonalban a VII. borda felső szélén kezdődik, légvételnél kifejezetten lejjebb száll. A jobb tüdőn hátul-alul a kopogtatás hangja rövidebb, a légzés gyengült.

Elődobborodás az epigastriumban nincsen. Májkörüli elgenyedt haematoma a supponált diagnosis.

A beteget *Hüllt* megbízásából január 4.-én chloroform-narcosisban megoperálta. A terv az volt, hogy a műtőasztalon a májat próbapungálva, ha a punctió eredménye negatív, exploratív bemetszést végez a középvonalban a köldök felett. Próbapunctióra a VII. bordaközben az elülső hónaljvonalban szürkés-barnás-vöröses vért kaptak. Erre a VII. bordát 8 cm. hosszúságban, a bordaporcnál kezdődően, subperiostalisán kivette.

Csomós catgutöltésekkel köröskörül elzárta a pleuralis üreget s az így készített ovalis közepén átmetszette a bordaközi izomzatot, a fali és rekeszi mellhártyát és a rekeszizmot, mire a szürke lepedékkel fedett máj szabadra vált. A rekesz peritonealis borítéka is erősen lobos és szürkés lepedékkel fedett, teljesen fényesített. A májon egyes puhább részletek tapinthatók. Tenyérynél felületen szabad; a hasüreg lenövések által elzárt.

A májat újból megpungálva, újból az említett szenyess-vöröses vért kapta. A májba bemetszve, 1 cm.-nyi vastagságú parenchymán áthatolva, néhány deci csokoládészerű vért kapott. A májban jókora férfikölnyi és evvel közlekedő több kisebb üreg. A közti válaszfalak rendkívül törékeny májszövetből állanak, melyekből vérzés nincsen; a válaszfalak el-

pusztításával az üreget egyesíti. Az üreg falát néhány csomós catgut-öltéssel a thorax izomsebéhez rögzíti. Az üregbe vastag gummidraint helyez és jodoformcsikkokkal lazán kitölti. A műtét délutánján a beteg hőmérséke 35.9°, pulsus 110.

Január 5.-én újból rázóhideg, a jobb parotis megduzzadt, oedemás.

Január 6.-án Sudeck-aetherbódulatban a parotisba bemetszett (*Keppich* dr.), genyes beolvadás még nem volt.

A további körlefolys teljesen zavartalan, időnként még voltak apróbb hőemelkedések, melyek a parotis necrosis részleteinek lelködése után eimúltak. A máj üregéből vérzés nem volt, epefolys is csak igen csekély. A májüreg gyorsan esett össze és feloldott ki. Február 28.-án kis sipolylyal ambulans kezelésre bocsátották.

Márczius 10.-én a sipoly is teljesen meggyógyult, a beteg teljesen jól érzi magát. A Röntgen-vizsgálat szerint a jobb rekeszfél centralis $\frac{1}{3}$ -a alig tér ki.

Az ilyen májruptura útján keletkezett májbéli haematomák elég ritkák. A *Thöle* összegyűjtötte 260 subcutan májruptura-eset között csupán 3 hasonló eset fordul elő. Érdekes a véfense musculaire viselkedése, egyúttal jó példája annak, hogy a véfenset csupán a fali hashártya izgalma váltja ki, nem pedig a zsiger-sérülés. A directe a hasfalakat ért trauma által kiváltott véfense néhány óra múlva elmúlt s napok múlva jelentkezett újból, midőn a fali hashártya meglobosodott. Has-sérülés eseteiben a beavatkozás javalatának megállapítására mindig legmegbízhatóbb tünet a véfense musculaire. A napok múlva mutatkozott májmegnagyobbodás a mellett szól, hogy a szenvedett trauma folytán a máj több helyütt megrepedt, a sérült májbéli erekből később vérzés támadt és így keletkezett a májban a jókora férfikölnyi üreg, mely minden bizonynyal az epeutak útján fertőződött.

(Folytatása következik.)

Hadsebészeti értekezlet.

Dollinger Gyula egyetemi ny. r. tanár meghívására szeptember 26.-án ült össze az első hadsebészeti értekezlet az egyetemi I. sz. sebészeti klinika tantermében. Az értekezlet jelentőségének megfelelőleg megjelentek az egyetem tanárai, nagyszámú katonarvos és számos budapesti és vidéki gyakorlóorvos. Az értekezletet megnyitva, *Dollinger* tanár üdvözlő a nagyszámú hallgatóságot, a mely megjelenésével bizonyítja az összehívott értekezlet szükségességét.

Napról-napra jönnek sebesültek a harcsterekről, a mi az ország minden részében felállítandó tartalékkórházak szervezését teszi szükségessé. Előadásában a legnagyobb súlyt a katonai tartalékkórházak felállítására helyezi. A háború minden orvostól főképpen sebészeti ténykedést kíván, éppen ezért célszerű, hogy a hivatásos sebészek ilyen időben a lött sebekről szerzett tapasztalataikat széles körben ismertessék. A budapesti egyetem 3 rendes sebészstanára felváltva fogja az értekezletet megtartani.

Attér ezután előadásának tárgyára, a kisegítő kórházak szervezésére. A helyiség megválasztása nem tőlünk függ, el kell fogadnunk azt a helyiséget, a mely aránylag a legalkalmasabb. A betegfelvétel lehetőleg tágas helyiségben történjék, a hová a mentők a sebesülteket csoportonként hozzák be. Ott több hivatalnok végzi az elkönyvelést. A sebesültek ruháit zsákba rakják, melyet számmal látnak el. Ezeket a zsákokat rögtön a fertőtlenítőbe viszik, a sebesülteket pedig a fürdőszobákba szállítják. Itt népfölkelő katonák és ápolónők segítségével megmossák őket, gondosan ügyelve rá, hogy a sebet a mosástól megvédjék. Itt kap a sebesült tiszta fehérneműt és bekerül a műtőhelyiségbe, a hol az orvos keze-

lésbe veszi. Körülbelül $\frac{3}{4}$ óra alatt kerül a sebesült a tiszta ágyba. Durva betegápolási munkák elvégzésére népfölkelő katonák állanak rendelkezésre, kiknek kellő kiképzéséről az orvos gondoskodik. Rendes hivatásos ápolónők mellett, azok felügyelete alatt, végzik rendkívül áldásos működésüket az önkéntes ápolónők.

A mi a harcztéri sérülések orvosi kezelését illeti, legkönnyebben gyógyulnak a lágyrészek lőtt sebei, ha nagyobb roncsolással, ér- vagy idegsérüléssel nem kapcsolatosak. Ilyen sebek sokszor teljesen aseptikusnak tekinthetők, 10—12 nap alatt gyógyulnak, úgy hogy a sebesült hamarosan visszatérhet a harcztérre. Ha a lövegek nem deformálódnak, a sebek rendkívül gyorsan gyógyulnak. Igen feltűnő az idehozott sebesültek csekély halálozása. Ebből statisztikai következtetést vonni nem lehet, mert az idekerült betegek már ki vannak válogatva az összes harcztéri sebesültek közül. A lágyrészek átlótt sebeit tisztán, aseptikusan kell kezelni, szondázás, drainezés, genyszalagok bevezetése szigorúan tilos. Ha genyedés mutatkozik, esetenként kell eljárni. Mielőtt a beteget kibocsátjuk, szükséges őt alaposan megvizsgálni, vajjon csakugyan gyógyult-e a sebe.

Néhány szóval megemlékezik a fej lőtt sebeiről. Minden harcztéri fejsérüléssel szemben conservative kell eljárni, a míg agytályogképződés tüneteit nem vesszük észre. Agyvelőtályog jelentkezése esetén azonnal operatív beavatkozás szükséges. Hasonlóképpen conservative kell eljárunk a mellkas lövési sebei esetében. Sokszor igen súlyos mellkasi lövések, például kétoldali pneumothorax is meggyógyul minden beavatkozás nélkül. Indokolt a legszélsőbb határokig vitt conservativismus.

Áttér a vérerek lőtt sérüléseire. Gyakori az aneurysma, a mit kicsiny lövedékek okoznak, míg nagyobb lövedékek esetén a roncsolás nagyobb és könnyű a kifelé való elvérzés. Kisebb aneurysma spontán gyógyulhat. Operative csak akkor avatkozunk be, még nagyobb aneurysma esetén is, ha a bőr felé látszik áttörni, vagy ha a spontán gyógyulás nem következik be.

Különösen szükséges a conservativismus idegsérülés eseteiben. Legalább 6 hétig kell várnunk az operatív beavatkozással (legtöbbször idegvarrat). Túlságos korai beavatkozás esetén a műteti seb könnyen elgenyed, a mi az idegvarrat eredményét fölülte problematikussá teszi.

Gerinczagylovés eseteiben is conservative kell eljárunk. A laminectomia csak teljes asepsis mellett lehet eredményes.

A mi a csontok lövési sebeit illeti, itt is felette indokolt a conservativismus. A primaer resectiók, a melyeket csontsérülés eseteiben az 1870/71. évi háborúban nagyon gyakran alkalmaztak, igen rossz eredménnyel jártak.

Ez áll úgy a felső, mint az alsó végtag sérüléseire. Nagyobb lágyrészoncsolással és csontsérüléssel járó sebészek különösen a tetanusfertőzés szempontjából súlyosak. Ilyen esetben mindig tanácsos a praeventiv tetanus-antitoxin adagolás. A klinikán most észlelt 6 tetanus közül 4-et sikerült életben tartani.

A hadsebészet egyes fejezeteiről az értekezletek folyamán még bőven lesz szó.

Holzwarth Jenő egyetemi magántanár a haslövések kérdésével foglalkozva, főleg a hasfalat átfúró benrekedt és áthatoló lövésekről értekezik, különösen a kezelésük szempontjából, mint a mely a béke idején való ily sérülések kezelésével majdnem teljes ellentétben áll. Míg a békesérülésekben a lehetőleg korán végzett primaer laparotomia és a belsérülések ellátása a szabály, addig a háborúban létrejött áthatoló hasérülésekben a legnagyobb conservativismus észlelhető minden téren. Az előadó ennek okát abban keresi, hogy a primaer hasmetszés, a mely legeredményesebben az első hat órán belül végezhető, a harcztér mostoha viszonyai között nem vihető ki, de még az elég jó prognostist adó 10—12 órán belül végzett hasmetszés sem igen jöhet szóba. A későbbi időben pedig ezen sebesülések kezelésének prognosisa óráról-órára rohamosan rosszabbodik, egyrészt azért,

mert a sebesültek már kifejlődött peritonitissel kerülnek a műtőasztalra és akkor a műtétet nem bírják ki, vagy körülírt eltolakodófélben levő tályogképződéssel, a mikor a laparotomia a fertőzés általános elterjedésének veszélyével fenyeget.

Ezért a stabil tartalék-kórházakban is csakis másodlagos complicatiók, mint hasüregi tályogképződés megnyitása, bélsársipolyok kezelése, összenövések folytán létrejött ileus megoldása lesz a beavatkozás tárgya.

Egyedüli indicatióknak a laparotomiára a harcztér mostoha viszonyai között is az életveszedelmes hasüregbeli vérzést tekint, e mellett még hirtelen beavatkozásokra adhat okot a bél- és cseplesz-előesés. Elismeri, hogy a conservatív kezelés mellett a béke-sebészettel szemben igen nagy a mortalitás, de összehasonlítva a conservatív kezelés percen-tuális mortalitását a radicalis irány híveinek statisztikaival, a felhozott számadatok és saját észlelései alapján, melyeket a bolgár-török háborúban a sofiai magyar Vörös Kereszt-Missio consiliarius orvosaként volt alkalma szerezni, a conservatív kezelés mellett szólal fel, mert a friss sebesült oly körülmények között kerül kezeink közé, hogy nem operálható és a mikor a sebesült oly kórházakba kerül, a hol operálható volna, rendszeren vagy kifejlődött már az egyébként is halálhoz vezető peritonitis, vagy a folyamat már lokalizálódott. A harcztéri hasi sebesülésekkor tehát a kezelés a sebesült abszolút nyugalomba hozatalából álljon, a mely nyugalmat lehetőleg 8, de még jobb 14 napon keresztül biztosítani. Friss hasi sebesült még a legkiméletesebb szállításnak se tétessék ki, e mellett fontos a diéta, a mely különösen az első 48 órában az étel és folyadék teljes megvonásában áll. Mint segítő eszközök a morphin és az opium szerepelnek, esetleg a hypodermoklysis és egyes alkalmas esetekben a proctoklysis.

4 esetet mutat be, a melyek közül 3-ban bélsársipoly állott volt fenn, és egyben fenyegető peritonitis fejlődött vissza conservatív kezelés mellett. Egy ötödik eset általános peritonitisben halt el és annak bonczleletéről referál.

Előadása végén hangsúlyozza, hogy a harcztéri hassebesülések gyógyításában érvényesített conservativismust ránk kényszerített, a külső körülmények által előidézett kezelési eljárásnak kell tekintenünk és abban az esetben, ha akár háborúban is a friss has-sérülés oly körülmények között kerül kezeink közé, hogy rögtön operálható, feltétlenül a békesebészet elvei szerint primaer laparotomiát kell végeznünk.

Ádám Lajos tanársegéd ismerteti a mellkas-sérülések azon fajtáját, a melyet az első segély helyén és a csatatéren meghalt katonákon lehet észlelni és szőfiai tartózkodása idejéből megemlít 2 gránát-robbanás következtében megsérült beteget. Ezek közül az egyiknek nagyfokú tüdőszérülése volt, a nélkül, hogy a mellkas vázán, eltekintve a nagykiterjedésű bőralatti haematomától, nagyobb elváltozás volt volna jelen.

A másik betegnek nagyfokú mellkasi lágyrész-sérülése volt a nélkül, hogy a mellkasszervek kiterjedtebben sérültek volna. Kitér azután azon súlyosabb sérülésekre is, a melyeket közletről jövő kis kaliberű golyók okoznak. Szerinte a harcztértől távolabb eső egészségügyi intézetekbe főleg oly mellkas-sérültek kerülnek, a kik távolról jövő kis kaliberű golyóktól sérülnek meg. Bemutat 4 mellkas-sérültet, a kiken a legkülönbözőbb arányokban hatoltak át a lövegek a nélkül, hogy súlyosabb tüneteket okoztak volna.

Hangsúlyozza, hogy a mellkassérüléseknek fő complicatiója a haematothorax, pneumothorax és bőralatti emphysema szokott lenni és hogy ezekkel lehetőleg conservative kell eljárni. A haematothorax punctióját csak azon esetben kell elvégezni, ha nagyfokú légzés-neheztséget okoz. Beavatkozásra nem indicatio az sem, ha a betegnek hőemelkedése van, mert ez a szállítás után a legtöbb esetben bekövetkezik és néhány napi nyugalomra megszűnik. Drainezés csak kifejezett pyothorax eseteiben javalt.

A súlyos mellkassérülteknek körülbelül 40—50%-a a harcztéren hal meg, a kórházba kerülteknek is körülbelül 14—20%-a. A meggyógyult mellkassérülteknek is körülbelül 23%-a az utólag bekövetkezett zsugorodások és hege-

sedések következtében, valamint a felujuló tuberculosos folytán további szolgálatra alkalmatlanná válik, s körülbelül 10% teljesen munkaképtelen.

Dollinger Béla az I. sz. sebészeti klinikán hat hét alatt kezelt 57 harcztéri lőtt csonttörés körül szerzett tapasztalatairól számol be.

A csontok lőtt töréseinek legfontosabb kérdése a fertőzés jelenléte és kiterjedése. Érdekes, hogy ezen tulajdonképpen nyílt törések a fertőzés szempontjából sokkal jobb indulatúak, mint azon nyílt törések, melyeket béke idején észlelt és a melyek különböző más okokból jöttek létre. A fertőzés ezen jóindulatúsága valószínűleg a modern acélburkolatu lövegek azon tulajdonságában rejlik, hogy legalább practice nem fertőznek és ezenkívül aránylag kis lágyrészsebzést okoznak. A különböző lövedékek által előidézett csonttörések összehasonlítása közben *Dollinger Béla* azt tapasztalta, hogy az acélburkolatú lövegek által előidézett töréseken a csont roncsolása, a srappell által okozottakon pedig inkább a lágyrészek sérülése állott az előtérben. Az előadó ezek után részletesen ismertette a lőtt csonttörések különböző alakjait és keletkezésüknek okait, majd a vizsgálati módszerekre tért át. Itt különösen a kiméletes vizsgálatra hívta fel a figyelmet, és elítélte a szondával és ujjakkal történő törtvég- és golyóvizsgálatokat. A Röntgen-felvételnek és az átvilágításnak az előadó szerint a vizsgálat pontossága és kiméletessége szempontjából a harcztéri törések gyógykezelésében fontos szerepe van. A gyógykezelést illetőleg mindenekelőtt arra hívta fel a figyelmet, hogy a tört végtagokat már a szállítás előtt kell jól az idomokhoz simuló gipszsínekben rögzíteni, mivel éppen a szállítás alatt a legtöbb rázkódtatás éri a beteget. A harcztérről távoleső kórházakban kezdődik a törés végleges gyógykezelése. Itt főleg jó gipszkötéseket és sinéket kell alkalmazni. A gipszkötések közül az alsó végtagok törésekor a járókötések, a felsővégtagok törésekor a distrahaló gipszsínek alkalmazásával a legtöbb esetben jó eredményeket lehet elérni.

Az utókezelésre vonatkozólag az előadó azt ajánlja, hogy a masszáló és mobilizáló eljárásokat nem szabad túlkorán elkezdni, mivel ez által a már gyógyuló fertőzőes folyamat fellobbanhat.

A szóba jövő műtéti eljárások (amputatio, arthrotomia, arthrectomia, csontszilánk-eltávolítás) felsorolása után *Dollinger Béla* kiemeli, hogy a klinikán a lőtt csonttörések műtéti kezelésekor az indicatio megállapításában conservativ elvek voltak irányadók.

Alapy Henrik egyetemi tanár a sebesültek elhelyezése körül felmerülő nehézségek elkerülésére indítványozza, hogy a sebesülteket lehetőleg a sebész mineműsége szerint osztályozzák, hogy minden kórházba oly sebesültek jussanak, a kiknek ellátása az adott kórházi viszonyok mellett a legtokéletesebb. E szempontból ajánlaná a fővárosi kórházakat egyes rayonokba osztani.

Kuzmik Pál egyetemi tanár kéri a katonai egészségügyi vezetőséget, hogy a sebesülteket szállító vonatok érkezését lehetőleg pontosan tudassák a tartalék-kórházakkal.

Grósz Emil egyetemi ny. r. tanár orvostudományi doktornak a rendkívül nehéz viszonyokkal magyarázza. A katonai vezetőség mindent elkövet, hogy a nehézségeken könnyítsen, remélhető, hogy a még fennálló egyes akadályok egyhamar megszűnnek. Szép szavakban emlékezik meg orvostársainkról, a kik a harcztér példátlanul mostoha viszonyai között életük kockáztatásával végzik magasztos hivatásukat.

PÁLYÁZATOK.

Diósgyőr és vidéke vöröskereszt-fiókegylete sebesült katonák gyógykezelésére berendezett 150 ágyas tartalék-kórházához sürgősen **műtőorvost** keres.

Felkértenek azon műtőorvos urak, kik ezen állást elnyerni óhajtják, szíveskedjenek ajánlataikkal — igényeik megjelölése mellett — *Zakariás János* dr. ügyvivő alelnökhöz (Diósgyőr-vasgyár) fordulni.

15.723/1914. sz.

A szalárdi főszolgabírói járásban nyugdíjazás folytán és a vaskóhi főszolgabírói járásban lemondás folytán üresedésbe jött évi 2000 (Kettőezer) korona kezdőfizetéssel, évi 360 (Háromszázhatvan) korona lakáspénzzel és évi 600 (Hatszáz) korona útiátalánnyal javadalmazott **járásorvosi állásokra és az esetleg megüresedő más járásorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a 125.000/902. B. M. sz. a. kibocsátott vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon Bihar vármegye főispánja, méltóságos *Miskolczy Ferencz* dr. úrhoz címezve az **1914. évi október hó 31.-ének délelőtti 12 órájáig** hozzám annyival inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Nagyvárad, 1914 szeptember 24.

Az alispán.

Népfelkelési szolgálat kötelezettsége miatt a **pozsonyi tudományegyetemi szülészeti poliklinikus tanársegéd helyettesítéséről** kell gondoskodnom. A helyettesítéshez szükséges szülészeti jártassággal bíró orvosdoktorokat felhívom, hogy pályázatukat hozzám mielőbb nyujtsák be.

Velits Dezső dr., egyetemi ny. r. tanár, a pozsonyi m. kir. bábaképezde igazgatója.

A **szegei kerületi munkásbiztosító pénztár 1914. évi október hó 5. napjának d. u. 2 órájáig** terjedő határidővel ezennel nyilvános pályázatot hirdet a nyugdíjazás folytán megüresedett **főorvosi állásra**.

Ez állással az orvosi illetményszabályzat II. fizetési osztályának 4. fokozata szerint évi 4800 korona kezdőfizetés, továbbá 1400 korona lakáspénz van egybekötve. Az évi 4800 korona kezdőfizetés 5 évenként 600 koronával egészen évi 6400 koronáig emelkedik.

A sajátkezűleg irt és aláírt kérvények a fent kitett határidőig a szegei kerületi munkásbiztosító pénztár hivatalos helyiségében (Szege, Tisza Lajos-körút 91. sz. a.) az iktatónál hétköznaponként d. e. 8–2 óráig terjedő hivatalos órák alatt nyujtandók be.

A pályázati hirdetményre vonatkozó közelebbi adatok a Munkásbiztosítási Közlöny legközelebb megjelenő számában, vagy pedig a szegei kerületi munkásbiztosító pénztár iktató hivatalában a hivatalos órák alatt betekinthetők.

Szege, 1914 szeptember 15.

Holló Jenő s. k., fogalmazó.

Biedl Samu dr. s. k., elnök.

Orvosi lakás

VI., Lehel-utca 17, I. emelet, 5 szoba, a hol
16 év óta orvos lakik, nov. 1.-re kiadó.

Bővebbet a háztulajdonosnál ugyanott.

MERAN

Saison September-Junius. Remek fekvésű, csendes őszi és téli állomás száraz levegőjével, tiszta égboltozattal és majdnem teljes szélcseppel őszkor és télen.

Városi gyógy- és fürdőintézet, Zanderterem, vízgyógyintézet, szén-savas és mindennemű gyógyszeres fürdők, temperálható úszómedence, lég- és napfürdők, pneumatikus kamra, teljes belégzési terapia. — **Szőlőkúrák, ásványvíz-ivókúrák, terepkúrák, szabad légkúrák. Javulatok: szív- és edénybajok, a légzőutak megbetegedései, idegbajok, vesebajok, lábbadozási időszak.**

Csatornázás, 4 hegyi ivóvízvezeték. Új gyógyház belorvosi, sebészeti és szemgyógyászati osztállyal. Sanatoriumok, valamennyi szálloda, és pensio teljes üzemben. Színház. Sport. Hangversenyek.

Prospectusokat díjmentesen küld a

KURVORSTEHUNG.

MARGIT GYÓGYFORRÁS

== (BEREGMEGYE) ==

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a **légzőszervek** hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha **vérzések** esete forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.-nál** Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson.

7065

Hasonló című zúgirodáktól óvakodjunk!

Telefon 3—64. **Magyarországi** Telefon (éjjel) 3—64

Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete

BUDAPEST, VII., Dohány-u. 74. (Miksa-u. sarok.)

(Elnök: Dr. Rajnai Béla, műtőorvos.)

Betegápolókat és ápolónőket,
masszirozókat és vízgyógykezelőket, úgyszintén
betegszállításoknál szakértő kísérőket közvetít.

Sürgőnyszim: Betegápolók Budapest Dohányutca.

A közvetítés díjtalan.

A larvált gümőkór, csúcsshurut és görvélyesség gyógyító szere.

Krearsan

Pilul. Kreosoti c. arsen comp. Kerat. obd.

Adagja: napjában három szem.

Egy eredeti phiola: K 1.40.

A gyomor- és bélbántalmak kezelésénél mint elsőrangú óvó- és gyógyítószer.

LACTOBACILLINE

megválogatott tejerjesztők tabletták alakjában.

LACTOBACILLINE GLYCOGÈNE

Amylolytikus tejerjesztők tabletták alakjában.

3—9 tabletták naponként.

Mintát és irodalmat küld ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész Budapest, a párisi „Le Ferment” társaság, Metchnikoff tanár egyedüli szállítója, magyarországi főképviselője.

„BAYERLAX”

egy modern enyhe biztos hashajtó
tabletták-alakban.

BAYER GYÓGYSZERTÁR

Orvos uraknak □
minta díjmentesen.

BUDAPEST, VI., Andrásy-út 84.

Főhercegi udvari
□ szállító. □

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Kollarits Jenő:** Az urotropin alkalmazása a tüdő megbetegedéseiben. 739. lap.
Fekete Sándor: Közlemény a budapesti II. sz. női klinikáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., ny. r. tan.) A hypophysis-kivonatok alkalmazása a szülészetben. 740. lap.
Schwarz Áron: Közlemény a budapesti poliklinika ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő főorvos: Schwarz Arthur dr., egyetemi magántanár.) Az embarin használhatósága a lueses és metalueses idegbántalmak kezelésében. 743. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Müller Vilmos: Klinikai receptkönyv. — *Lapszemle. Általános kör- és gyógytan.* Müller: Adatok a cholera ismeretéhez. — *Belorvostan.* A.

Schmidt: A dysenteria elkülönítő körjelzése. — *Sebészet, Wieting:* Axillaris nyirokmi-
rigy- és tüdő tuberculosos. — *Szülészet és nőorvostan.* Hahn: A felszívódásos és reten-
tívus láz. — *Gyermekorvostan.* Victor Veau: A kis gyermekek appendicitisének diagno-
stikai nehézségei. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* Hösslin: Kezdődő sebfertőzés
és sepsis. — *Vasiljevics:* Gümőkórban szenvedők hasmenése. — *Breitmann:* Pantopon.
744-746. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 746. lap.

Vegyes hírek. 746. lap.

Tudományos társulatok. 748-750. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az urotropin alkalmazása a tüdő meg- betegedéseiben.

Irta: **Kollarits Jenő** dr., egyet. magántanár.

Az urotropin alkalmazásának köre egyre nő azokon a területeken, a hol belsőleg adott csírátlantó szerektől valami eredményt várni lehet. Legutóbb francia orvosok typhusban is nagyon dicsérik ezt a szert. Állítólag a hőmérsékre is van valami hatása nagyobb adatokban és a lefolyást enyhíti.

Az urotropinnal szerzett egy-két tapasztalatomat lehető rövidséggel ismertetni kívánom, habár a közlés minden tökéletlenségét ismerem. Nem is volna semmi kedvem ilyen töredékekkel a nyilvánosság elé állani, ha alkalmam vagy csak valami reményem is volna arra, hogy a próbát sok esetre kiterjeszthessem vagy hogy pontosabb vizsgálatokat tehessek. Minthogy ennek lehetősége részemre ki van zárva, mindent nálam szerencsésebb kartársakra kell bíznom. Nem tudok biztos tényekre hivatkozni és meg kell elégednem azzal, hogy másokat kísérletekre bízassak.

Tuberculosisba esve, hosszú időn át bő, genyes, rossz szagú és undorító ízű köpetet ürítettem. A köpet e kellemetlen tulajdonságaitól hosszú időn át nem tudtam szabadulni; a több hónapon át belsőleg vett terpentin és a később megkísérlett myrtol (3 gr.-ig emelkedett napi adatban) egészen haszon nélkül voltak. E szerek abbahagyása után Davosban sikerült annyira jutnom, hogy a köpet kevés, genyet alig tartalmazó, csak reggel mutatkozó nyálra csappant meg. Hosszú ideig ilyen aránylag kedvezőbb állapotban voltam, úgy hogy az előbbi baj csak időnként újult meg.

Akkor olvastam az Orvosi Hetilapban rövid kivonatot Zak cikkéből. Ez a szerző azt mondja, hogy egy ízben tüdőgyulladásban szenvedő betege rozsdavörös köpetében igen kevés mikrobát látott. Betege pyelitise miatt urotropint vett. Zak tehát arra gondolt, hogy talán az urotropin a nyálban

is kiválik és ennek kiderítésére kapszulákban adta a szert. Az urotropin a köpetben ki volt mutatható. Azt is tapasztalta, hogy a kiürített köpetben utólag adott urotropin a rothadást gátolja és ezért ajánlja mindazon bajokban, melyekben genyes a köpet.

A Schering-gyár kérdezősködésekre rendelkezésemre bocsátott két füzet összeállítását, a melyekből kiderül, hogy Royet (Lyon) és egynéhány amerikai orvos ugyanilyen esetekben és influenzában hasonló tapasztalatot tett. Minthogy nincs módomban a mostani körülmények között az eredeti cikkeket megszerezni, nincs is kedvem e felszólalásomat irodalmi adatokkal megterhelni.

Az említett visszaesések egyikében megkísérlettem az urotropint 3—4 gr. napi adatban. Azt tapasztaltam, hogy a köpet sárga színe, kellemetlen szaga és íze néhány nap alatt csökkent, majd eltűnt, a köpet csakhamar kocsonyás, áttetsző lett, mennyisége pedig vagy 10 nap alatt a visszaesés előtt való csekélységre fogyott meg. 2—3 hét múlva abbahagytam a gyógyszer bevitelét, a nélkül, hogy kárát vallottam volna. Azóta ugyanolyan körülmények között többször, talán 4—5 ízben ismételttem meg ez eljárást magamon, mindig ugyanazon sikerrel. Még egy második, ugyanazon bajban szenvedő betegen is tettem ilyen kísérletet 5—6 ízben, az enyémekehez hasonló kífokú visszaesések miatt ugyanavval a sikerrel. E betegen a köpet azonban egy ízben szagának, ízének és sárga színének elvesztése után hosszabb ideig megmaradt.

Ez a többször ismételt urotropinadagolás az alapbajra nem látszott behatással lenni. Az a benyomásom volt, hogy a hőmérsék ez idő alatt egy vagy két tizeddel alacsonyabb volt. Tekintve azonban, hogy ilyen ingadozások egyébként is vannak, az összefüggést biztossággal nem merem kimondani. Hiszen természetesen nincs kizárva az sem, hogy a köpet genyirtartalmának kiűzése urotropin nélkül sem tartott volna hosszabb ideig, de a 10—12 kísérlet ilyen egyenlő lefolyása ezt a felvételt talán még sem teszi valószínűvé; azonkívül az előbbi években több ilyen kiűzés úgy rajtam, mint a másik említett betegen hetekig is változatlanul eltartott.

Igen sok geny jelenlétekor az urotropin talán nem fog használni és egyébként is lesz eset elég, a melyben nem fog hatni, éppen úgy, mint a hólyaggyulladásban sem mindig segít és különösen akkor nem, ha sok a geny. Az is baj, hogy hosszú időn át nagy adatokat nem lehet adni a vesére kifejtett izgató hatásánál fogva. A vizeletet tehát ellenőrizni kell. Magára a tuberculosusra aligha lesz befolyással a szer, azonban talán e betegség vegyes fertőzéses eseteiben az egyéb mikrobák fejlődését megakaszthatja. Jó volna tudni azt is, hogy mennyi meg belőle át a hörgőkből jövő köpetbe és mennyi a szájnálba.

A további kipróbálásnak főleg tüdőgyulladásra, influenzára, genyes hörgőhurutokra kell kiterjeszkedni, pontosan mérve a köpet mennyiségét, vizsgálva geny- és mikrobataralmát és megfigyelve a hőmérsékletet. Hosszabb tartamú bajokban különösen czélzerű volna az urotropint időközönként elhagyni és ez időszakokat összehasonlítani azokkal, a mikor a beteg veszi e gyógyszert. Csak meg kell említenem itt, a nélkül, hogy következtetést vonnék belőle, hogy két esetben tuberculosishoz csatlakozó kedvező lefolyású influenzában is kísérletet tettem, de két esetről nem érdemes részletesen szólni. Az egyik esetben az urotropin elhagyása után való nap a hőmérsék megint felemelkedett valamelyest. Persze, ez is lehet véletlen egybeesés, mindenesetre czélzerű volna a láz leesése után egy ideig még folytatni a gyógyszer adását.

Nem tudom, vajon az urotropin nem használható-e az influenza elhárítása céljából. Erről következőket mondhatom: 1911 előtt 4 éven keresztül ötször estem influenzába, azaz valahányszor influenzás beteget kezeltem. Tekintve, hogy ezt a bajt nálam otitis media szokta kísérni, az influenza elhárítása céljából mindig gondosan mosakodtam, orromat, számam pedig kálium hypermanganicumoldattal öblítettem. Mindez nem használt. 1913 szeptember és 1914 június hava között, mikor egyébként is rosszabb, tehát talán fogékonyabb állapotban voltam, mint 1911 előtt, egy ízben ősszel és egy ízben tavasszal egész napomat egy szobában töltöttem influenzában szenvedő beteggel, a betegség egész lefolyása alatt részt véve a beteg ápolásában is. E két alkalommal ez idő alatt és 4 napig ezután a hypermangános orr- és szájböblítéseken kívül 4 gr. urotropint vettem be és mentes maradtam az influenzától.

Ez a két eset is, valamint az előbb mondott megfigyelés-sorozat lehet véletlen. Mindazonáltal azt hiszem, hogy azok, a kiknek van alkalmuk bővebb tapasztalat gyűjtésére, jól tennék, ha próbát tennének az urotropinnal a megbeszéltek bajokban és közölnék tapasztalataikat, hogy kényszerűségből ennyire tökéletlen adataim kiegészíthetők legyenek.

Közlemény a budapesti II. sz. női klinikáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., ny. r. tanár.)

A hypophysis-kivonatok alkalmazása a szülészetben.*

Irta: Fekete Sándor dr., tanársegéd.

I. Bevezető.

Sokszoros farmakodynamikai vizsgálatok révén Oliver és Schäfer megállapította, hogy a hypophysis hátulsó lebenyéből készült kivonatok a vérerekre szűkítő hatást gyakorolnak és ezen az alapon a vérnyomást emelik. Frankl-Hochwart és Fröhlich kimutatta azt is, hogy ezen szer hatása alatt a húgyhólyag és méh izomelemeinek ingerlékenysége, valamint a nevezett szervek autonóm idegelemeinek ingerlékenysége is fokozódik. Ezen kísérletek alapján Foges és Hofstätter Bécsben, Blair-Bell Amerikában ajánlotta a hypophysis hátulsó lebenyének kivonatát szülés utáni atóniás vérzés eseteiben. Az alkalmazás köre lényegesen kitágult akkor, a midőn Hofbauer szülés alatti fájásgyengeség javítá-

sára is eredményre használta a kivonatot. Ezen az alapon kezdődött meg a hypophysiskivonatok gyakorlati alkalmazása a szülészetben; azóta százakra menő tapasztalatok eredményeiről találunk jelentést az irodalomban.

A budapesti II. sz. női klinikán 1910—1913 végéig 149 szülészeti esetben adtuk a hypophysis kivonatot. Ezen észlelt esetekből levonható tapasztalatokat óhajtánánk összefoglalni az alább következőkben s ezek alapján körvonalazni, mikor adhatjuk ezen egyik leghatásosabb készítményünket az anya és magzat javára. Mindenekelőtt általánosságban kell ismeretnünk, milyen esetekben alkalmaztuk, milyen volt a megfigyelés és az általános hatás. Ezután részletesen kell foglalkoznunk a különböző szempontok szerint osztályozott esetekkel és eredményekkel s végül az egyes észlelésekből levonható következtetéseket és az ezekből leszűrődő indikációkat kell tárgyalnunk.

Alkalmaztuk a hypophysiskivonatot általában olyan esetekben, a midőn a szülőerők elégtelennek bizonyultak a szülés befejezésére és szükségesnek mutatkozott a szülőerők fokozása. A fájásgyengeség jelenlétéről az egyes esetekben az anamnesis adatain kívül elég hosszú, legalább $\frac{1}{2}$ —1 órá, de legtöbbször órákon át tartó közvetlen észlelés alapján győződünk meg. Az injectio hatásáról ugyancsak klinikai észlelés alapján minden különösebb jelző- vagy írókészülék igénybevétele nélkül alkottunk képet. Nagyon sok esetben a fájásokat az uterusra rátett kéz segélyével jelentkezés és időtartam szerint pontosan feljegyeztük. A fájások erejét természetesen csak hozzávetőlegesen állapítottuk meg.

Első 50 esetünkben Parke-Davis-féle pituitrint adtunk, a többiben Richter-féle glanduitrint alkalmaztunk. Az alkalmazás módja legtöbbször az intramuscularis injectio volt, a melyet az első néhány eset kivételével, mikor is figyelmünk még nem volt felhíva ezen körülményre, steril vízzel átmosott fecskendő s tű segélyével a csomb felső elülső harmadába adtuk, a bőrnek aetherrel való előzetes megtisztítása után. A befecskendezés nem okoz fájdalmat, a szövetek is jól tűrik a készítményeket, erre mutat legalább az, hogy sohasem kaptunk infiltrációt vagy csak jelentékenyebb reakciót sem az injectio helye körül. Sokszor elég volt a hatás előidézésére egy injectio, máskor $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra múlva megisméltük az adagot. Volt olyan esetünk, a hol 4—6 injectiót adtunk. A forgalomba hozott ampullák minősége szerint az egyszeri adag eleinte 0.6 cm³, később 1 cm³ volt olyan oldatból, a melynek 1 cm³-e megfelelt a friss mirigy hátulsó lebenye 0.2 gr.-jának. A hatás bekövetkezése, kifejlődésének gyorsasága, a hatás foka és tartama, úgy látszik, bizonyos mértékben független az adag nagyságától. Nem láttunk ugyanis erősebb vagy tartósabb hatást akkor sem, ha egyszerre nagyobb adagot adtunk. Nagyban elősegíti ellenben a hatás kifejlődését az injectiónak $\frac{1}{2}$ —1 óra múlva való megisméltése. Hogy itt nem a cumulatio játszik szerepet, azt az a körülmény is mutatja, hogy a hol a második injectio hatástalan marad, ott a további dosisok már csak ritkán segítettek elő a hatás kifejlődését. Két esetben intravenás módon adtuk a készítményt, ilyenkor a hatás már 1—2 perc múlva beállt; az intramuscularis befecskendezés után nagyon sokszor már a 3—4. percben észrevehető volt a hatás és ha 10—15 perc múlva nem jelentkezett, akkor teljesen ki is maradt, illetve csak további injectio hatására jelentkezett. A fájások jellege, legalább klinikai megfigyelés szerint, megfelel általában a rendes méhösszehúzódnak, csak két esetben találtunk olyan tartós összehúzódnak, a minőket rendes körülmények között nem igen találunk. A fájások tartama jó hatás esetén 20—45 perc volt, 2—4 percenként ismétlődtek. Gyenge hatás esetén a fájások ugyan elég szaporán, de sokkal rövidebb tartammal (5—10 perc) jelentkeztek és a hatás egy-néhány fájás után ki is merült. A hatás tartama rendszeren $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra volt és ha a szülés ezalatt nem folyt le, rendszeren újból előállott az injectio előtti állapot; elég sokszor azonban a fájások tovább is megmaradtak s még 6—8 óra múlva is spontán szülésre vezettek. Ezt nem annyira a ké-

* A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologus szakosztályának 1914 márczius havi ülésén tartott előadás.

szítménynek tulajdonítjuk, mint inkább azon körülménynek, hogy a megindult jó fájások hatása alatt a fájásgyengeség oka (kedvezőtlen beilleszkedés, rossz nyomásviszonyok, oedemás méhszaj, stb.) megszűnt és a fájások az injectio hatásának lejártaival is tovább folytatódtak.

Kellemetlen tüneteket általában nem észleltünk az injectio után. 3 esetünkben hatástalan injectio után álmoság állott be. Egy esetben a beteg viselkedése zavart volt, itt azonban előbb és később is ideges tünetek mutatkoztak, úgy hogy a zavart viselkedést nem mernénk az injectiónak tulajdonítani. Az anyára egyéb hátrányos tulajdonságát a készítményeknek nem észleltük, legfeljebb kisebbfokú tenesmus mutatkozott néha.

Rátérhetünk annak a részletezésére, minő eredménnyel alkalmaztuk a készítményeket a terhesség előhaladottsága szerint, tehát abortus, kora- és rendes szülés eseteiben, artificialis és természetes megindulást véve figyelembe. Tekintettel kell lennünk az utóbbiaknál a szülési akadályok minőségére, a fájásgyengeség formájára, a szülés szakára, az előlfekvő rész módosító hatására. A gyakorlat szempontjából fontos a hatás megállapítása az anya bizonyos állapota szerint, így szívbjaj, tuberculosis, láz esetén. Ki kell terjeszkednünk a magzatok sorsára a különböző állapotok: a fej állása, korai burok-repedés, asphyxia szerint. Foglalkoznunk kell a készítményekkel előállítás, hatásképesség, megbízhatóság szempontjából. Keresnünk kell, nincs-e a hatástalan esetekben olyan közös tényező, a melyre a hatástalanságot visszavezethetjük. Ezen alapon fogjuk tapasztalatainkat az alábbiakban összefoglalni.

II. Abortus.

Az irodalomból ismerve, hogy a hypophysiskészítmények abortus megindítására nem alkalmasak, ilyen célból egymagában nem is adtuk, csak két esetben, akkor is eredménytelenül. Jobbnak mutatkozik a hatás folyamatban lévő vetéléskor, a midőn a pete még benn van a méh üregében, de csak ritkán sikerül a peterészek teljes eltávolodását elérni és a művi beavatkozást elkerülni. Általában minél idősebb a terhesség és minél előhaladottabb az abortus, annál inkább számíthatunk erre. 10 esetünk közül csak kettőben sikerült ezt elérni, mindkét esetben előzőleg ballont vezettünk fel a cervicalis csatornába; két esetben contractiók sem keletkeztek, a többiben jó fájások mutatkoztak ugyan, azonban ezek nem voltak elégségek a pete leválasztására és eltávolítására. Jó hatás mutatkozik különösen akkor, ha előzőleg cervix-tamponádot végeztünk vagy ballont vezettünk fel. Ilyenkor gyorsabban távol a nyakcsatorna és az abortus hamarabb lesz befejezhető. Általában mondhatjuk, hogy a mi tapasztalataink szerint is a hypophysiskészítmények vetélés megindítására nem alkalmasak, a folyamatban lévő vetélés lefolyását azonban egyéb eljárásokkal kapcsolatban kedvezően segítik elő, de a művi befejezés csak elvétve lesz elkerülhető.

III. Koraszülés.

Koraszülés megindítását egymagában hypophysiskészítménnyel elérni az irodalmi adatok alapján nem is kísértettük meg. Ballontágítással kapcsolatban jó fájásokat kaptunk 1 esetben. Folyamatban lévő koraszülés 13 esetében adtuk, még pedig jó eredményt láttunk 8 esetben, hatástalan volt 5 esetben. Egyszer a hatást oly módon sikerült elérni, hogy a méhet dörzsöléssel birtuk összehúzódná. Ha számainkat megtekintjük, kifejezve látjuk ama körülményt, hogy a hypophysiskészítmények annál kevésbé hatékonyak, minél messzebb vagyunk a terhesség végétől. Mig ugyanis 12 abortus közül (II—IV. hónap) két esetben tudtunk spontán lefolyást elérni, addig 14 koraszülés közül (VIII. hó) 9-ben mutatkozott jó eredmény. Igaz ugyan, hogy itt is legtöbbször még más mechanikai eljárással is igyekeztünk felkelteni a szunnyadó szülőtevékenységet.

IV. Rendes szülések.

A terhesség végén, rendes időben bekövetkezett szülés 123 esetében alkalmaztuk a hypophysis kivonatát. Ebből 3-szor a lepényi időszakban adtuk, kétszer nem volt idő bevárni a hatás bekövetkezését, mert a szülést rossz szívhangok, illetve eclampsia miatt be kellett fejezni. A megmaradt 118 esetből jó hatást láttunk 98 esetben, a mi megfelel 83%-nak, gyenge hatás vagy teljes hatástalanság volt 20 esetben, spontán szülés 60 = 61.2%. (L. a III. táblát.) A hatás módjára, bekövetkezésének idejére és tartamára vonatkozó megjegyzéseinket már fenn az általános hatás leírásakor összefoglaltuk, úgy hogy most azon tényezőkre fordíthatjuk a figyelmünket, a melyek a készítmény hatását, illetve a hatás eredményességét befolyásolják. Két körülményt kell ugyanis szem előtt tartanunk: hányszor értük el a hypophysiskivonattal a hiányzó vagy renyhe fájások megjavulását és hányszor sikerült a jó fájásokkal a szülést előbbre vinni, illetve spontán szülést elérni. A mint látni fogjuk, elég nagy különbség van a két alapon összeállított adatok közt. A táblázatokban röviden hatásképességről és eredményességről fogunk szólni, a szerint, a mint a fájásokra vagy a szülés lefolyására gyakorolt hatást kívánjuk érteni.

1. A szülés állását tekintve, különbséget kell tennünk általában a tágulási, kitolási és lepényi időszak között. A tágulási és kitolási szak között a különbséget tulajdonképpen a tolófájások megjelenése szerint tehetnők meg; erre vonatkozóan azonban feljegyzéseink nem egyöntetűek. Kénytelenek vagyunk tehát a két csoport elválasztását azon az alapon végezni, hogy a tágulási szak akkor végződik, a midőn a méhszaj elegendően kitágult és többé nem akadály. A lepényi időszak kezdete sokkal élesebb, azonban itt sem szabad megfeledkeznünk arról a körülményről, hogy a szülés előbbi stadiumában adott befecskendezés hatása kinyúlhatik későbbre is és lényegesen befolyásolhatja a lepényi szakot.

A tágulási szakban 41-szer adtuk a szert; 33-ban kaptunk jó hatást (80.5%) és 19 esetben (57.6%) spontán szülést. Meg kell jegyeznünk, hogy a spontán szülések %-át azokhoz az esetekhez viszonyítva számítottuk, a melyekben a hypophysiskivonat jó fájásokat hozott. Dolgozatunk végén ugyanis kiderül, hogy a hatásképesség nem függ a szülés állásától, csak kevésbé a fájásgyengeség minőségétől, hanem nagyrészt ismert s a szüléssel szorosan össze nem függő, kis részben pedig ismeretlen s a szülőnő szervezetében rejlő feltételektől. Hibát követnénk el, ha a spontán szülések számát az összes esetekhez viszonyítanánk, mert a véletlentől függ, hogy az egyik vagy másik csoportban mennyi a hatástalan eset, a melyeknek a száma, a mint előbb kitűnik, nem függ össze a szülés körülményeivel.

A hatásképességet tekintve, az előző szülések szám szerint a következőképpen oszlanak meg:

	hatástalan	spontán szülés
I.-P. 14	4	4
idős II.-P. 7	1	2
M.-P. 20	3	13
	$\frac{4}{1} = 76.2\%$	$\frac{4}{2} = 37.5\%$
	$\frac{3}{13} = 85\%$	$\frac{13}{13} = 76.4\%$

A hatásképesség szempontjából tehát nincs lényeges különbség I.- vagy M.-P. között. Annál szembetűnőbb a spontán szülések aránya:

I.-P. 37.5%, M.-P. 76.4% szült spontán.

A mi a méhszaj tágasságát és az előlfekvő rész helyzetének a hatásképességre való befolyását illeti, a következőket látjuk.

Aránylag kevés tapasztalatunk van arra, minő eredménnyel adhatjuk a hypophysiskivonatot a szülés elején; itt aránylag elég gyakori, hogy nem kapunk jó fájásokat (60% hatékonyság), de a hol jó fájások keletkeztek, ott a szülés le is folyt művi beavatkozás nélkül. Két-három ujjnyi méhszaj 31 esetében 26-szor kaptunk jó hatást (84%) és 15 spontán szülést (57.7%). Aránylag kevés tapasztalatunk van, ha az előlfekvő rész az üregben van s a méhszaj még nem tárgult kellőképpen. (L. az I. táblázatot.)

2. Hatás a kitolási szakban.

A kitolási szakban 77-szer alkalmaztuk, 12 esetben volt hatástalan (846⁰/₀ jó hatás), a mi csak kevésbé tér el a tágulási szak ⁰/₀-ától. Ez a százalék úgy oszlik meg, hogy

I.-P. volt 53, a miből 9 esetben nincs hatás = 83⁰/₀ hatékonyság, spontán szült 25 = 568⁰/₀,

M.-P. volt 24, a miből 3 esetben nincs hatás = 86⁰/₀ hatékonyság, spontán szült 16 = 727⁰/₀.

Jó hatás esetén spontán szülés 41 = 631⁰/₀: a jó eredmény itt is gyakoribb M.-P.-on, mint I.-P.-on, de az I.-P.-on is kedvezőbbek a kilátások, mint voltak a tágulási szakban: ott 375⁰/₀, itt 568⁰/₀ spontán szülés.

I. táblázat.

Hatás a tágulási szakban.

A szülés állása	Para	Az esetek száma	Spontán szülés	Fogó	Expressio episiotomia	Egyéb műtét	Hatástalan
Szűk méhszáj, előlfekvő rész magasan	I.	2	1	—	—	—	1
	idős I.	2	1	—	—	—	1
	M.	1	1	—	—	—	0
2—3 ujjnyi méhszáj, előlfekvő rész a bemenetben	I.	9	2	1	1	2	3
	idős I.	5	1	3	1	—	—
	M.	17	12	0	1	2	2
2—3 ujjnyi méhszáj, előlfekvő rész az üregben	I.	3	1	1	1	—	—
	M.	2	—	1	—	—	1
Összesen		41	19	6	4	4	8

Spontán szült 576⁰/₀, jó hatás: 805⁰/₀.

Összehasonlítva ezeket az adatokat, a melyeket a tágulási és kitolási szakban kaptunk, úgy látjuk, hogy a hatásképesség csak kis mértékben függ a méhszáj tágasságától: még talán legtöbbször kapunk jó hatást többször szülő nőknél a kitolási szakban (878⁰/₀). A mi a spontán szülések arányszámát illeti, itt már sokkal kifejezettebb a különbség: leggyakrabban I.-P.-ákon a tágulási szakban (375⁰/₀), jobb a kitolási szakban (568⁰/₀), lényegesen kedvezőbbek a viszonyok M.-P.-ákon, a hol 764⁰/₀, illetve 727⁰/₀ a tágulási és kitolási szak szerint.

II. táblázat.

Hatás a kitolási szakban.

A szülés állása	Para	Az esetek száma	Spontán szülés	Fogó	Expressio episiotomia	Egyéb műtét	Hatástalan
Eltűnt méhszáj, előlfekvő rész a bemenetben	I.	7	3	1	1	—	2
	idős I.	4	1	3	—	—	—
	M.	8	4	2	—	1	1
Eltűnt méhszáj, előlfekvő rész az üregben	I.	20	10	2	3	—	5
	idős I.	2	1	—	1	—	—
	M.	12	9	—	1	—	1
Előlfekvő rész domborít	I.	19	10	1	7	—	1
	idős I.	1	—	—	—	—	1
	M.	4	3	—	1	—	—
Összesen		77	41	19	14	1	12

Spontán szülés 631⁰/₀, hatástalan 846⁰/₀.

Általában mondhatjuk, hogy I.-P.-ákon spontán szülés szempontjából kevésbé jók az eredmények, mint M.-P.-ákon.

Mielőtt rátérnénk a szülés harmadik szakára, foglalkoznunk kell olyan tényezőkkel, a melyek a szülés első két szakaszában jutnak érvényre és így itt kell tárgyalnunk, mennyiben befolyásolják ezek a hypophysiskivonat hatását és a hatás eredményét. Foglalkoznunk kell elsősorban azzal, hogyan változik a hatás az előlfekvő rész helyzete, minősége s beilleszkedése szerint, tárgyalnunk kell továbbá a hatást a fájásgyengeség különböző formáiban s végül foglalkoznunk kell azzal, hogy a szülési akadályok, a melyek a csontos medence vagy a lágy részek oldaláról merülnek fel, miképpen veendő a hypophysiskivonat alkalmazásakor.

3. Hatás az előlfekvő rész szerint.

A) Az előlfekvő rész minősége. Általában csak hosszfekvés esetén jöhet szóba a fájások fokozása s így a koponya és a far, illetve alsó végtagok szerepelhetnek előlfekvő rész gyanánt. E szerint a hatásképesség aképpen alakul, hogy feje végi beilleszkedés 106 esetében 17-szer = 8396⁰/₀, farvégi beilleszkedés 12 esetében 3-szor = 75⁰/₀ volt hatástalan. Nem nagy különbség ez, s az elvi jelentősége ennek még kisebb lesz, ha tudjuk, hogy mind a 3 farfekvéses esetünkben, a hol a kívánt hatás nem következett be, a far magasan volt a bemenetben, tehát fájáskeltés szempontjából a legkedvezőtlenebb helyzetben. Nem túlozunk tehát, ha az előlfekvő rész minőségének nem tulajdonítunk jelentékeny szerepet a hatás kiváltásában, a mennyiben természetesen fejről vagy farról van szó.

B) Az előlfekvő rész helyzete. Minthogy az előbbiek értelmében nem kell különbséget tenni fej- és farvégi fekvés között, a következőkben összefoglalva fogjuk keresni, mennyiben nyilvánul az előlfekvő rész befolyása a fájások kiváltására és jó fájások esetén a szülés lefolyására. (Lásd a III. táblázatot.)

Kitűnik ebből az összeállításból, hogy legjobban számíthatunk a hypophysiskészítmények fájáskeltő hatására akkor, ha az előlfekvő rész már a kimenetben van. Kérdés azonban, hogy itt a szülés állása hozza-e magával a jó hatást, vagy más, az előzményekben rejlő tényező. Nem lehetetlen, sőt bizonyos valószínűséggel mondható, hogy az a szülőtevékenység, a mely csak a legutolsó phasisban szorult támogatásra, aránylag jobb viszonyokra mutat s könnyebben serkenethető újabb munkára, mint az, a hol már a szülés korábbi stádiumában csődöt mondanak a szülőerők. A jó hatással ellentétben legkisebb ⁰/₀-ban kaptunk spontán szülést éppen a kimenetben lévő előlfekvő rész mellett (591⁰/₀). Nem tulajdonítjuk ezt a véletlennek, a későbbiekben kitűnik ennek az oka: látni fogjuk ugyanis, hogy a magzati asphyxia legjobban fenyeget a kimenetben lévő előlfekvő rész mellett s ezért kénytelenek vagyunk a meglevő jó fájások mellett is a szülés gyors befejezéséről gondoskodni. Még jobban kitűnik ezen állításunk helyessége, ha keressük, hogy I.-, illetve M.-P.-n milyen eredményeket kapunk jó hatás esetén a spontán szülés szempontjából. Ezt mutatja a IV. táblázat.

III. táblázat.

Hatás az előlfekvő rész helyzete szerint.

	Összes eset	Jó hatás	%	Spontán szülés	%	Nem fájásgyengeséget pótló műtét
Bemenetben	55	45	81.8	26	67.5	5
Üregben	39	31	79.5	21	70	1
Kimenetben	24	22	91.6	13	58.1	—
Összesen	118	98	83	60	61.2	6

IV. táblázat.
Spontán szülés jó hatás esetén.

Előlekvő rész helyzete	Esetek száma	I.-P. spontán szült	%	Esetek száma	M.-P. spontán szült	%
Bemenetben	17	9	52.9	23	17	73.9
Üregben	19	12	63.1	11	9	81.8
Kimenetben	18	10	59.1	4	3	75
Összesen	54	31	57.4	38	29	76.3

Látjuk ebből a táblából, hogy I.-P.-kon gyengébbek az eredmények, mint M.-P.-kon; ezt különben már az előző összeállításból is ismerjük; egybehangzóan látjuk azonban azt, hogy I.- és M.-P.-án is üregben levő előlekvő rész mellett kapunk legtöbbször spontán szülést. A kimenetben bár az akadályok kisebbek, mégis többször kell a szülést műtéttel befejeznünk; lényegesen emelkedik a műteti frequentia, ha, mint I.-kon, a gát a kimenetben álló fej megszületése ellen jelentékeny akadályt gördít. Ekkor kapjuk úgyszólván a legkisebb számot spontán szülésre: 59.1%. Szembetűnik ennek a jelentősége akkor, ha látjuk, hogy M.-P.-kon az üregben álló előlekvő rész mellett jó hatású injectiók után a szülések 81.8%-a folyik le spontán. Ennek az okát ismét csak az előbb említett körülményben találjuk meg: úgy látszik, ha a méh izomzata már erősebben retrahálódott, a hypophysiskivonat hatásában az uteroconstrictor-tényező mellett jobban kifejezésre jut a vasoconstrictor-hatás is s a magzat amúgy is megcsökkent placentalis légzőfelületén a keringés intenzitása is csökken s ez a kettős momentum hozza létre olyan könnyen a magzati asphyxiát. Különösen áll ez akkor, ha a gát ellenállása akadályozza a szülés gyors lefolyását.

A mi a műtétet illeti, magasan álló előlekvő rész esetén adva a befecskendést, aránylag gyakran vagyunk ráutalva a szülésnek fogóval való befejezésére. A készítmény előnye épp abban mutatkozik, hogy magas fogó helyett elegendő, ha üregi vagy kimeneti fogót végzünk. Üregben levő előlekvő rész mellett körülbelül egyforma gyakran kellett fogót csinálni (4) és exprimálni (5). Kimenetben levő előlekvő rész mellett legtöbbször elég volt az episiotomia s expressio (7) s csak egyszer kellett fogó.

C) Az előlekvő rész asynklitiás beilleszkedése. Foglalkoznunk kell azokkal az esetekkel, a hol obliquitást találtunk az előlekvő rész beilleszkedésénél. Két idevágó esetünk volt, ezekben az injectiók jó hatásokat váltottak ki, azonban a beilleszkedés a fájások hatása alatt nem korrigálódott. Az egyik esetben magas fogót kellett végezni cervixkinyúlás mellett (lásd alább részletesen), a másikban fogóval fejeztük be a szülést s halott gyereket kaptunk. Ezen eredmények nem bátorítanak arra, hogy álláspontunkon változtassunk, s ezen túl sem fogjuk a hypophysiskivonatot kifejezett obliquitás mellett alkalmazni. Megerősíti ezen felfogásunkat az a körülmény is, hogy obliquitás esetén könnyen ki vagyunk téve csalódásnak a térviszonyok helyes megítélését illetőleg, hogy pedig térránytalanság esetén mik lehetnek a fájásfokozás következményei, arra a következőkben fogunk választ kapni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti poliklinika ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő főorvos: Schwarz Arthur dr., egyetemi magántanár.)

Az embarin használhatósága a lueses és metalueses idegbántalmak kezelésében.

Irta: Schwarz Áron dr., poliklinikai tanársegéd.

Azon kellemetlen tapasztalatok, melyeket a salvarsan széleskörű alkalmazása után sok esetben nyertünk, azon meggyőződésre vezettek, hogy a kéneső még mindig a legmegbízhatóbb és legveszélytelenebb agense a therapiának a lues és a metalueses bántalmak kezelésében. És valóban azt kell

mondanunk, hogy a kéneső alkalmazásmódja, az inunctio, a legideálisabb módja a kénesős kezelésnek. Azonban az inunctio kúra csak úgy válik be, ha a beteg helyesen és gondosan végzi. És azt tapasztaljuk, hogy éppen ebben rejlik a legnagyobb akadálya a sikernek, mert a beteg legtöbbször nem tudja, nem tudhatja az utasításokat követni. Egyszer környezete gátolja, néha bizony saját fizikuma is. Ezért ma igen elterjedt a kénesőnek injectió alkalmazása intramuscularis injectiók formájában. Nagy előnye az injectiók kúrának az a körülmény is, hogy a beteg állandóan orvosa ellenőrzése alatt van.

A kénesőnek helyi alkalmazása azonban sokszor fájdalom nemcsak az injiciáláskor, hanem az azt követő órákban, némelykor napokon át is. Igen sok kénesőkészítmény injiciálása után láttunk akár ökölnyi infiltratumot az injectio környékén. Nemcsak a fájdalom jön ilyen esetekben tekintetbe, de ez akadályozza a beteget munkaképességében is. Az eddig alkalmazott többféle kénesőkészítmény közül a salicylsavas kéneső oldata vált be leginkább. Ennek egyik derivatúát „embarin“ név alatt hozta forgalomba a Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul bei Dresden, melyben a kéneső sulfosalicylsavas natriumhoz van kötve, továbbá $\frac{1}{2}$ o acont tartalmaz mint anaestheticumot. Egy flola embarinban 1.2 cm³ mercurisulfosalicylsavas natriumoldat van. Egy köbcentimeter embarin 0.03 gr. kénesőt tartalmaz, vagyis az embarin 3%-os kénesőoldat.

Ha átnézzük az eddig leginkább használatban volt jobb kénesőkészítményeket és kiszámítjuk azok kénesőtartalmát, akkor kitűnik, hogy köbcentiméterként

1%-os sublimatoldat	0.0074 gr. kénesőt tartalmaz
2%-os	0.0148 „ „ „
az enesol	0.0125 „ „ „
5%-os asurololdat	0.02 „ „ „
az embarin	0.03 „ „ „

Ezen összehasonlításból kitűnik, hogy a felsorolt kénesős oldatok közt az embarin a legtöményebb; kb. 2.4-szer töményebben tartalmazza a kénesőt, mint az enesol és 4-szer töményebben, mint az 1%-os sublimatoldat.

Hayek állatkísérletei, melyeket ő kutyákon végzett, bizonyítják, hogy a kéneső mérgező hatása embarin alakjában sokkal csekélyebb, mint a többi kéneső-készítményé, még pedig ezen állatok kétszerannyi kénesőt bírtak el embarin formájában, mint más kénesőoldatokból. Ugyancsak Hajek állatkísérleteiből és Graff embereken végzett vizsgálataiból tudjuk, hogy a kéneső már az első injectio napján kiválasztatik a vizelettel és hogy a kéneső nyomokban kimutatható a vizeletben és bélsárban még az injectiót követő tizedik napon is.

Az embarint legelső sorban Heinrich Loeb alkalmazta manifest tünetekkel jelentkező lueses betegekben. Szerinte 10—15 embarin-injectio után úgy a secunda, mint a tertiaer tünetek visszafejlődtek és némely esetben a Wassermann-reactio is negatívvá vált. Sem a gyomor, sem a belek részéről nem tapasztalt kellemetlenségeket, sem stomatitist, infiltratum az injectio helyén nem jelentkezett.

H. Sowade tanár a hallei bőrgyógyászati klinikán 123 esetben alkalmazta az embarint. Eseteinek 17%-ában az injectio napján hőemelkedést és általános rosszullétet tapasztalt, azonkívül fejfájást, tagfájdalmakat, a mely tünetek azonban másnapra elmúltak, a hőmérsék normalis lett. Anton Gappich a lipcei bőrgyógyászati klinikáról 20 embarinnal kezelt esetet közöl. Ezek közül kettőn — hasonlóan Sowadehoz — hőemelkedés állott be általános rosszullét mellett s mindkét esetben scarlatinoform exanthemák jelentek meg a köztakarón, melyek 2 nap alatt visszafejlődtek. Ő azt tartja, hogy nagymennyiségű kéneső jutván be a szervezetbe, ez erős reactiót okoz s épp ezért szívesen alkalmazza az embarint.

R. Planner 34 esetben alkalmazta az embarint legtöbbször salvarsannal kombinálva és — leszámítva néhány esetet, melyekben hőemelkedés miatt félbeszakította az embarinkúrát — jó eredményeket ért el. Érdekes és tanulságos

egyik esete, a hol sensorius aphasia és alexia volt pupillamerevséggel és Westphal-tünettel; kizárólag embarinnal kezelte és nemcsak javulást, hanem a pupillamerevségnek oldódását is tapasztalhatta.

A mi észleléseink 35 embarinnal kezelt lueses és metalueses idegbántalomban szenvedő betegre vonatkoznak. Az embarinkezelést úgy végeztük, hogy másodnaponként 1 cm³ embarint fecskendeztünk be intramuscularisan a fartájékon az asepsises cautelák szigorú betartása mellett. Tíz befecskendést egy heti pihenő követett. Esetenként 20–30, legtöbbször 40 befecskendést végeztünk.

Kórformák szerint ezen 35 eset a következő számarányban oszlik meg. Kezeltünk 15 tabes dorsalist, 2 taboparalysist, 5 ophthalmoplegia externát (ezek között 1 tabes dorsallissal volt kombinálva, egy pedig lues cerebros spinalis tüneteivel), 4 lues cerebrit, 4 metaluesben szenvedőt, 2 cerebrastrheniást, 2 myelitis lueticát és egy kephalalgia lueticát.

A Sowade és Gappich által leírt hőemelkedést általános rosszullét kíséretében 3 ízben láttuk, 2 ízben pedig exanthemákat. Infiltratio némely esetben mutatkozott ugyan, de pár nap alatt visszafejlődött.

Az embarinnal kezelt 15 tabeses betegünk mindegyike 40 injectiót kapott. Már az V., gyakrabban a X. injectio után jelentették betegeink, hogy lancináló fájdalmaik enyhülnek s a kúra végére megszűntek. Ezen betegek az embarinkúra alatt fájdalomcsillapító gyógyszereket nem kaptak. Egyik tabeses dysuriás állapota javult, de nem mult el teljesen. A physicalis tünetek visszafejlődését nem észlelhetjük.

Két taboparalysis közül az egyik 37 injectio után paralysises rohamot kapott s kezelésre többé nem jelentkezett. A másik esetben heves lancináló fájdalmak és erős szédülés bántották a beteget. Az embarinkúra még nem fejeztetett be, de a szédülés már elmúlt, a fájdalmak enyhültek s ritkábban jelentkeznek. Az 5 ophthalmoplegia externa közül 2 teljesen gyógyult 9–20 injectio után (a Wassermann-reactio ekkor is +++ pozitív), a másik 3 esetben csak javulást észleltünk. Érdekes egyik esetünk, melyben a tabes összes tüneteit mutató betegen 7 év óta áll fenn kettős látás; 40 emberin-injectióra a kettős látás csaknem eltűnt és csak néha extrem felfelé nézéskor jelentkezik. Az azelőtt pozitív (+++) Wassermann-reactio negatívvá vált. Az egyén frissen érzi magát, hizott.

A többi lueses és metalueses betegünkön fokozott mértékben észlelhetjük az embarin kiadós hatását. 3–4 injectióra heves főfájások megszűntek, a betegek nyugodtabbak lettek, jobban aludtak, gyarapodtak. Wassermann-reactiót az embarinkúra előtt minden esetben végeztünk s néhány eset kivételével a kúra után is. A kúra előtt 33 esetben volt a Wassermann-reactio (+++) pozitív és 2 esetben (+) gyengén pozitív. Tíz egyén most is kezelés alatt van, 3 időközben elmaradt. A 22 esetben embarinkúra után végzett Wassermann-reactio közül (+++) pozitív volt 18, (++) gyengén pozitív 2 és negatív 2.

Tapasztalataink szerint az embarin sem stomatitist, sem gyomorbélpanaszokat nem okoz. A csak néha előforduló láz és exanthema nyomtalanul eltűnik, a betegek munkájukat folytatják. Eltűntek betegeink subjectiv panaszai. Az embarin magas kénestartalmával a lueses és metalueses idegbántalmak terapiájában, főképp az ambulans kezelésben első helyet foglal el az eddig alkalmazott kénestartalmú készítmények sorában.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Müller Vilmos: Klinikai receptekönyv. Egyetemi klinikák, a budapesti poliklinika és a fővárosi közkórházak gyógy-módjainak, rendelveinek gyűjteménye. Harmadik bővített kiadás. Budapest, 1915, Lampel R. r.-t. könyvkiadó-vállalata.

A mikor a gyakorló orvos a pharmakotherapie fejlődéséről tájékozódni akar, nagyon sokszor kevés kritikára valló,

szakfolyóiratokban megjelenő cikkekre és a mindig kritika nélküli hirdetésekre szorul. E forrásoknak csekély megbízhatósága azonban a therapiát fölöslegesen komplikálja és drágítja. Mennyivel több haszna volna a szegény tudóbajosnak abból, ha a táplálkozását javítaná, a helyett, hogy a kreosot-therapiának folyton változó és dráguló formáira költi a pénzét. Ki merné állítani, hogy a vasnak, a jodnak, a kénestőnek, az arsennek és más hatásos gyógyszereknek végtelenül variált formái annyit használnak a betegnek, mint a gyáraknak? Az, a mi a gyakorló orvost megmentheti attól, hogy a gyógyszeripar kinövéseit a betegeivel fizettesse meg, csak az elég rövid időközökben megjelenő receptgyűjtemény lehet, a melyből hivatott szakemberek kihagyják azt, a mi felesleges.

Csaknem szó szerint írja ezeket báró *Korányi Sándor* előszavában, melylyel az előző kiadásai révén jól ismert „Klinikai receptekönyv” új kiadását útnak indítja, s mi szívesen megismételjük azokat, mert még mindig szükség van a megismétlésükre. Egyébként pedig csak dicsérrel emlékeztünk meg a szerkesztőnek, nemkülönben hűséges régi és új jónevű, megbízható munkatársainak fáradozásáról, a melylyel az új kiadást a modern kor színvonalán álló, a gyakorló orvos szükségleteit minden tekintetben kielégítő, nem csupán recipéket adó, hanem a gyógyítás összes módjait ismertető orvosi segédeszközzé tették. Az immár 800 lapra terjedő, nagyon jól kiállított kötet ára 8 korona.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Adatok a cholera ismeretéhez. Az alábbiakban néhány adatot közlünk, javarészt *Müller* érdekes munkája nyomán (Vorlesungen über allgemeine Epidemiologie), a melyet néhány héttel ezelőtt röviden ismertettünk.

Érdeklődésre tarthatnak számot elsősorban azok az adatok, a melyek arra vonatkoznak, hogy az ember tápláló csatornáival érintkezésbe jöhető különböző anyagokban vagy anyagokon mennyi ideig maradnak életképesek a cholera-bacillusok.

A mi először is a vizet illeti: forrás- és kútvizben a cholera-bacillusok néhány óráig—30 napig maradnak életképes állapotban, erősen szennyezett tó- és folyóvízben ellenben 3 hónapig is. A tejben 6 napon túl nem mutathatók ki, a mennyiben a savanyú kémhatású kezegekkel szemben nagyon csekély lévén az ellentállásuk, a tej megsavanyodása után nemsokára elpusztulnak; de azért a savanyú tejben is még 1–2 napig életképesek maradnak. Vajban 32 napig maradhatnak életben, sajtokban ellenben csak 1 napig. Meglehetősen ismeretlen az a körülmény, hogy teljesen sértetlennek látszó tojásban is lehetnek virulens cholera-bacillusok; kísérletek kimutatták, hogy cholera-bacillusokkal fertőzött fűrészpörben tartott tojásokban már 24 óra múlva cholera-bacillusok voltak kimutathatók. A zöldségfélék felületén 1–20 napig maradhatnak életképesek a cholera-bacillusok (uborkán 2–6, répán 2–10, kalarábén 9, vörös káposztán 20, parajon 6–12, karfiolon 3–15, hagymán 1–2 napig). Gyümölcsök felszínén 1–10 napig élnek a cholera-bacillusok; érdekes, hogy ép citrom felületén 10 napig is életképes maradhat a cholera-bacillus, míg ellenben a felvágott citromon legfeljebb 5 óra alatt elpusztul. Az italok közül gyenge teában és cacaóban 7–8 napnál is tovább élnek a cholera-bacillusok, ellenben 4%-os teában, kávéban, sörben már 1–2 nap alatt elpusztulnak, borban pedig 5–15 perc alatt (vörös borban tovább maradnak életképesek, mint fehér borban); ásványvizekben 1–2 napig maradnak életben, szódavízben pedig már néhány óra alatt elpusztulnak.

Nedves szöveten 36 napnál tovább is életképesek maradhatnak a cholera-bacillusok, száraz szöveten ellenben 1–5 nap alatt elpusztulnak. Réz- és ezüstpénzen csak néhány óra az élettartamuk, aranypénzen ellenben sokkal hosszabb.

Bizonyos talajokban, főleg agyagtalajban, a cholera-bacillus már 24 óra alatt tönkremegy, míg más talajokban, (homok, kavics) egy hónapig is életben marad. Az agyagos

talaj cholera bacillus ellenes hatása talán onnan ered, hogy — a mint kísérletek kimutatták — agyagos talajból kovasavat, alumíniumot és vasat tartalmazó colloidos oldatok állíthatók elő, a melyek erősen bacteriumölő hatásúak; némelyek szerint a talaj kémhatásának is van szerepe, valamint annak, hogy bizonyos talajok a cholera bacillus nitrit-termelését — a melytől *Emmerich* szerint a cholera bacillus virulentiája függ — erősen befolyásolják; ezek a feltételek azonban még bizonyításra szorulnak.

Csatornalében 13 nap a bacillusok élettartama; ha azonban a csatornalé kevés faecaliát tartalmaz, sokkal tovább maradhat benne életben; a piszkosabb csatornalé tehát e szerint kevésbé veszélyes; a magyarázata ennek az, hogy a piszkosabb csatornalében sok az egyéb bacterium, a melyeknek concurrentiája folytán a cholera bacillusok hamarabb elpusztulnak. Hasonlóan van ez a bélsárban; a cholera sok rizslészerű ürülékében, a melyben úgyszólván csak cholera bacillusok vannak, ezek 20–30 napig is életben maradhatnak, míg ellenben olyan esetekben, a melyekben némileg bélsárszerű az ürülék, a cholera bacillusok az egyidejűleg jelenlevő egyéb bacteriumoktól túlbujánozva, már 1–3 nap alatt eltűnhetnek a bélsárból.

Ezzel kapcsolatosan az úgynevezett *bacillushordozók* is kell szólnunk. Cholera bacillushordozók, olyan értelemben mint typhus bacillushordozók, nincsenek; a cholera ből kigyógyultak bélsárából ugyanis a cholera bacillusok többnyire már 12–14 nap alatt eltűnnek és csak kivételesen mutathatók ki még 50–60 (egy esetben 78) nap múlva is; az tehát, hogy hónapokig, sőt évekig tartalmazza a bélsár a cholera bacillusokat, mint a hogy typhusban szenvedettek bélsárában sokszor hosszú évek múlva is vannak életképes typhus bacillusok, nem fordul elő. Mások az ú. n. *bacillushordozók*, olyanok, a kik tulajdonképpen cholera bacillusokkal fertőzve vannak, ez a fertőzés azonban bizonyos okok miatt nem nyilvánul klinikai tünetekben, úgy hogy az illetők mint látszólag nem cholera sok erősen terjeszthetik a járványt. Jelentőségük a járvány leközdésében rendkívül nagy, annyival is inkább, mert aránylag nagy számmal vannak. A cholera bacillusok különben ezek bélsárában is csak addig mutathatók ki, mint a kifejezett cholera bban szenvedők bélsárában. Nem érdektelen, hogy a cholera bacillusok az ilyen egyénekben is veszélyessé válhatnak; így például volt eset, hogy ilyen bacillushordozó hashajtó bevétele után halálosan végződött cholera bban betegedett meg.

Legyekben már többen kimutattak fertőzőképes cholera bacillusokat; némelyek szerint a legyekben 4 napnál tovább életképesek maradhatnak.

Végül röviden megemlíti, hogy újabb vizsgálódások szerint az ember belében a cholera bacillus virulentiája csökken, úgy hogy ha közvetlenül jut emberről-emberbe, néhány ilyen közvetlen passage után teljesen elvesztheti a fertőzőképességét. Ha ez valóban bizonyul, nagy jelentőségű lehet a cholera ellenes védekezésben, mert főleg csak a nem közvetlen fertőzés ellen kellene küzdenünk, az emberről-emberre való közvetlen fertőzést, a melyet pedig úgylátszik általában nehezebben akadályozhatunk meg, mint nem annyira fontosat, inkább elhanyagolhatnánk. (Természetesen itt sincs szó a szó szoros értelmében vett közvetlen fertőzésről, mert bizonyos fokú közvetítés az emberről-emberre átvitelkor is többnyire előfordul, de nem olyan fokú, mint a milyen például az ivóvízzel, a bizonyos tápszerekkel stb. létrejövő közvetített fertőzéskor szerepel.)

Belorvostan.

A dysenteria elkülönítő körjelzéséről ír *A. Schmidt* tanár (Halle). Először is a dysenteria jeleit ismerteti: meglehetősen hirtelen beálló, erős tenesmusmal járó gyakori székelés, az egyes ürítések azonban csak nagyon kevés anyagot hoznak ki; ez az anyag eleinte néha még nem jellegző, csakhamar azonban sajátos tulajdonságúvá válik: folyékony, vér hozzákeverődésétől pirosas, sokszor csak nagyon kevés bélsár-részletet tartalmaz, fehéres pelyhek úszkálnak

benne, a melyek mikroszkop alatt detritusból állónak bizonyulnak (necrosis epithel); az ürülék enyvéhez hasonló szagú; az ürülések teljesen függetlenek a táplálékfelvételtől és kifejezett kólikás fájdalmak nélkül járnak; láz csaknem mindig van, a betegek rendszerint csak egyszer hánynak a betegség kezdetén, az étvágy nem mindig csökkent tetemesen; a has behúzódtott, nyomásra nem, vagy pedig csak kevésbé fájdalmas a flexura tájékán; súlyosabb esetekben az arcz beesett és halvány, az érverés szapora és kicsiny.

Az elkülönítő körjelzés szempontjából tekintetbe vehető betegségek közül a heveny fertőző gastroenteritiseket (nyári hasmenés, acut paratyphus-fertőzés, cholera nostras) többnyire már a széket megkülönbözteti; mindezen betegségekben, úgyszintén a typhusban és a valódi cholera bban is az ürülék szintén híg ugyan, azonban többnyire bőséges és faeculens, illetve víz-színű, hiányzanak bennük a vér és a fehéres pelyhek, továbbá a jellemző tenesmus sincs meg. E betegségekben ugyanis a baj a vékonybélben székkel, míg a dysenteria többnyire csak a vastagbelet támadja meg.

Nehezebb az elkülönítés a következő betegségektől:

1. Egyszerű, nem specifikus heveny colitis. Ez szintén járhat mérsékelt lázzal és véres ürüléssel, a mely azonban több-kevesebb nyálkát tartalmaz, néha az egész ürülék helyenként véres nyálkából áll. Valódi dysenteria bban nem találunk nagyobb mennyiségű nyálkát, abból az egyszerű okból, mert az epithel, a mely a nyálkát termeli, elhalt. Colitis acuta eseteiben az általános állapot nem, vagy pedig csak mérsékelt zavar, tenesmus nincs, s ha van is, nem oly nagyfokú; helyette kólikaszerű fájások vannak az ürítések előtt.

2. Nem specifikus colitis suppurativa. Többnyire idősült baj, noha hevenyen is kezdődhetik. Az ürülések vértartalma igen nagy lehet, e mellett nyálka és *geny* is van kisebb-nagyobb mennyiségben. Az ürülések nem oly gyakoriak, mint dysenteria bban és szintén kólikaszerű hasfájás előzi meg őket.

3. A heveny proctitis csaknem mindig másodlagos folyamat, a melyet kemény bélsár-rögök, haemorrhoidok, polypusok, idegen testek stb. okoznak. Erős sphincter-görccs mutatható ki az egyébként normalis szék visszatartásával, időközönként pedig kismennyiségű gyuladástermék választódik ki.

A fenn jelzett nem specifikus colon-bajok csaknem mindig elkülönülten mutatkoznak. A nagyobb számú esettel jelentkező bajok közül csupán a pseudodysenteria említendő, a mely azonban csak bakteriologiai vizsgálattal különíthető el a valódi dysenteria tól. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 38. szám.)

Sebészet.

Axillaris nyirokmirigy- és tüdő tuberculosis címen értekezik *Wieting* tanár (Gulhane-Konstantinápoly). Az ottani lakosság között rendkívül nagy számban előforduló nyirok-mirigy tuberculos is a szerző szerint bizonyítja az idősült tuberculos isnak lymphatikus terjedését a szervezetben. A nyaki és tracheobronchialis nyirokcsomók behatolási helyének legnagyobb valószínűséggel a megfelelő nyálkahártya tekintendő, de a látszólag primaer módon jelentkező inguinalis és axillaris nyirok-mirigy dagadatokkal illetőleg még nem sikerült kellő magyarázatot találni. A szerző idézi *Lejars*-nak egy értekezésében előforduló megjegyzését, a mely szerint a hónalj-mirigy- és tüdőcsúcstuberculos is között összefüggés áll fenn, illetőleg az előbbi az utóbbit nyilvánvalóvá teszi. Ezen összefüggést a szerzőnek két idevágó esete demonstrálja. Tapasztalatai szerint addig, a míg a pleurák a tüdőcsúcsokon össze nem nőttek, a tüdőből a hónalj-mirigyekre való áttérjedés alig lehetséges, de mihelyt ezen körülmény beállott, illetőleg pleuritis parietalis tuberculosa áll fenn, a thoracalis és axillaris csomók secundaer módon — bár ezen eset ritkán fordul elő — inficiálódhatnak. A szerző céljászerűnek tartaná, ha az orvos kezdődő tüdőcsúcstuberculos is esetén a hónalj-mirigyeket figyelemmel kísérné és fordítva, ily módon lehetséges volna ezen fontos kérdés exact eldöntése. (Zentralbl. f. Chir., 1914, 15. sz.)

Ifj. Háhn Dezső.

Szülészet és nőorvostan.

A felszívódásos és retentiós lázról értekezik *Hahm*. Rámutat arra a vádra, hogy a szülések a gyógykezeléseket a divatnak vetik alá; pedig ez nincs így, mert a gyermekágyi léz kezelésekor a régi tanokat az újakkal nagy igyekezettel egyeztetik össze. A vita régebben az autointoxicációról csak szócsata volt, most meg a sebfertőzés és resorptiós láz vitája is csak az.

Szerinte a dogma a putrid intoxicációról tarthatatlan. Az infectio alkalmával az élő szövetekbe, sőt a vérbe is csírák jutnak, a tiszta sebintoxicatio esetében pedig a sebfelületen, a váladékban, valamint az elhalt szövetekben mikroorganizmusok burjánzanak, melyek az élő szövetekbe be tudnak hatolni.

Az utolsó évtizedekben *Jeanin*, *Schottmüller*, *Bondy*, *Römer*, *Sachs* bebizonyították, hogy azon csírák, melyeket azelőtt a „putrid intoxicatio” okozójának hittek, a vérbe való behatolásra és metastasis létesítésére alkalmasak. Ezek nemcsak az elhalt szövetekben burjánzanak, hanem kedvező körülmények közt az élő szervezetben is annyira szaporodnak, hogy parasita módjára viselkednek.

Szigorú válaszfal volt régen a valódi toxint termelő bacteriumok (*bac. butulinus*, *diphtheria*, *tetanus*) és az endotoxinok közt. *Friedeberger* és munkatársai kimutatták, hogy a parasiták és a valódi saprophyták complementet tartalmazó szövetnedvekkel való érintkezésükkor „in vivo és in vitro” egy nagyhatású mérget, az „anaphylatoxint” hozzák létre. Anaphylatoxin van a lochiában, a visszamaradt burkok szövetnedveiben és a fertőzött magzatvizben; ez az anaphylatoxin akkor lesz pathogen, ha az élő szervezeten belül képződik és kering. Az endotoxinok resorptiója az elhalt szövetekből szerinte ma már lehetetlen álláspont. Most az a kérdés, miért állapíthatjuk meg oly ritkán a bacterium-mérgek felszívódásának a lehetőségét, holott majdnem mindig feltehetjük, hogy a lochiában bacterium-anaphylatoxint találhatunk; a szerző a mérgek felszívódásának eshetőségét a sér tetlen nyálkahártyán át is bebizonyította. A felelet csak hypothetikus lehet: nyilvánvaló, hogy a mérgek normalis körülmények között oly csekély fokban kerül felszívódásra, hogy a szervezetet nem befolyásolja. Ez különösen akkor lehetséges, ha a sebváladékban teljesen szabad befolyása van. Szerinte nem a resorptio lehetősége a fontos, hanem a retentio.

Töröljük el végre az elavult fogalmakat, minők a „felszívódási láz, a putrid infectio, sapraemia, toxinaemia stb.” és beszéljünk retentiós lázról, melyet a szervezetben visszamaradt infectious anyag okoz és a mely retentiós láz annak eltávolításával meg is szűnik. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 38. sz.)

Horváthné Szende Jolán dr.

Gyermekorvostan.

A kis gyermekek appendicitisének diagnostikai nehézségeiről tartott előadást *Victor Veau* a „Société de Pédiatrie” egyik utóbbi ülésén. 6 esetből a következő conclusiókat vonja le:

A kis gyermekek nem tudják az appendicularis fájdalmakat lokalizálni: némelyek kiabálnak és igen haragosak; mások a hasukról akarnak dolgokat eltávolítani, melyek bántják őket. Sokkal idősebbek már fájdtíják a hasukat és köldökükre mutatnak. A fájdalomnak a jobb fossa iliacában jelzése csak kivételesen fordul elő.

Ha enyhe nyomást gyakorolunk majd az egyik, majd a másik csípőárokra, a csecsemő a jobb lábával és czombjával gyenge mozgásokat végez. Ha erősebben nyomunk, a gyermek kiabál, védekezik, de a mozgások csak a bal czommbal hevesek, míg a jobbal alig, vagy egyáltalában nem mozog sőt ezt feszesen tartja.

2 és 3 éves gyermekeken gyakran észlelik, hogy hirtelen kipirulnak, mikor a tapintó ujj az appendixet éri (*Mme. Nageotte*). A hasfali defence, mely nélkül felnőttek appendicitise nem is diagnoskálható, nincs meg vagy csak alig jelzett fiatal gyermekeken. És ez az oka, hogy az appendicitist

nem ismerik fel, jóformán csak a súlyos perforativ esetekben. És minthogy a könnyű eseteket nem ismerik fel, tekintik az appendicitist ritka kórképnek kis gyermekeken, úgy tudván, hogy az ebben a korban mindig átfúródással és általános hashártyagyuladással jár.

Végül az ő eseteiben arra is támaszkodhatott a diagnosis, hogy az esetek oly környezetből valók voltak, ahol már pusztított a vakbélgyulladás és a hol az anya már okult a régebbi szomorú eset lefolyásából.

A therapia szempontjából *Veau* a gyermekkorban még indokoltabbnak tartja a műtétet, mint a felnőtteken, mert sem az abszolút nyugalmat megőrizni, sem a szigorú diétát eltérni nagyobb izgalmak nélkül a kis gyermek nem tudja.

A mikor a diagnosis már biztos, még két órát vár, hogy megfigyelhesse, hogy a tünetek javulnak-e a jég, a diéta és a nyugalom hatására.

Ezentúl beavatkozik már, ha a temperatura nem csökken, ha a pulsus szapora marad, főleg ha irregularissá válik, ha hányások jelentkeznek, ha a gyermek izgatott és az arczkifejezése is megváltozott.

Tényként leszögezi, hogy a kis gyermekek vakbélgyulladásának kórjólata sokkal súlyosabb, mint a felnőtteké. (Ann. de méd. et chir. infant., 1914, 4. szám.)

Bogdán dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Kezdődő sebfertőzés és sepsis eseteiben *Hösslin* szerint jó eredménnyel használható a kénesöchlorid belsőleg: Rp. Hydrargyri bichlor. 0.04, Kalii jodati 0.4, Sir. cort. aurant. 20.0, Aqu. destill. ad 200.0. M. D. S. 2—3 óránként evőkanálnyit. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 39. sz., 2022. old.)

Gümőkórban szenvedők hasmenése ellen *Vasiljevic* nagyon jó eredménnyel használja a *tannismutot*, a melyből $\frac{1}{2}$ grammos adagot ad négyszer naponként. (Therapie der Gegenwart, 1914, 8. f.)

A pantopon használatáról ír *Breitmann*. Ugyanazon tulajdonságai vannak, mint az opiumnak, előnye azonban, hogy tiszta készítmény, könnyen oldható és befecskendezhető. A morphiummal szemben az az előnye, hogy gyengébben hat a légzőközpontokra és a sima izomzatra. Obstipáló hatása megelőzhető, ha teli gyomorral adjuk. Vérköpés eseteiben célszerűnek bizonyult, ha secacornint adunk egyidejűleg. Rp. Secacornini (Roche) 1.5; Acidi phosphorici diluti 0.4; Extr. cascarae sagradae sicc. 1.0; Sir. menthae 20.0; Aqu. destill. ad 200.0. M. D. S. 2 óránként evőkanálnyit. Makacs hányással és hasmenéssel járó gyomor-bélbajokban subcutan adva nagyon előnyös. (Medico, 1914, 16. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 40. szám. *Katona József*: 4788 scarlatina-esetről szerzett tapasztalatok.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 41. szám. Nem tartalmaz eredeti közleményt.

Vegyes hírek.

Tasnádi Nagy László dr.

A budapesti egyetem tanító személyzetén fájdalmas sebet, nehezen pótolható rést ütött a háború: *Tasnádi Nagy László* dr. egyetemi magántanár, az I. sz. anatómiai intézet adjunctusa hősi halált halt október 3-án a szerbiai harctéren, fiatalon, 35 éves korában. Csupa lelkesedés volt, mikor augusztus közepén mint honvédfőorvos hadba vonult; visszautasította azt a gondolatot, hogy főnöke nélkülözhetetlenség címén megkísértse az ő felmentésének a kísérletét. Pedig valóban nélkülözhetetlen volt ő, nélkülözhetetlen nemcsak az anatómiai intézet tanító működésében, hanem a hazai orvosi tanítás jövőjére való tekintettel is; a haza számot tartott az ő tudására, az ő munkaerejére, az ő buzgalmára az új anatómiai tanszékek egyikén. A háború kérlelhetetlen,

válogatást nem ismerő tragikuma derékon tört egy szépen induló pályát, röviddel, mielőtt a teljesülés révébe ért volna, megfosztva ezzel a hazai kultúrát egy értékes, megbízható munkaerőtől. Nagy László dr. egy évtizednél hosszabb időt át példás buzgalommal és lelkesedéssel vett részt az egyetemi oktatásban; kiváló didaktikai tehetség volt s nemcsak tudott, de szeretett is tanítani. Tanítványai lelkesedtek érte s az orvosi kar tanító személyzetének kevés tagja volt népszerűbb nála. Az ifjúság körében, a miben nagy része volt az ő rokonszenves egyéniségének is. Nem volt elsőrangú productiv erő, de kitűnő tanár lett volna belőle, a ki az orvostudománynak azt a fontos alapidisciplináját, melyben szakemberré képezte ki magát, bizonyára a legfőbbkétebben, úgy belső tartalmában, mint technikai részében a leggondosabban előkészítve, teljesen modern színvonalon s lankadatlan buzgalommal közvetítette volna az orvosi ifjúság nemzedékeinek. Egyéniségét korrekt gondolkodás, férfias egyenesség, meleg kedély s szeretetreméltóság tette rokonszenvesé, kedvéssé. Halála mélységes részvétet keltett tanítványainak, barátainak, ismerőseinek körében s emléket a mai orvosi nemzedék bizonyára meg fogja őrizni, szeretettől, tisztelettel, hálától övezve.

Kitüntetés. Jakab György dr. ezredorvos az ellenség előtt tanúsított bátor magatartásáért a legfelsőbb dicsérő elismerést kapta.

Kinevezés. Bokor Döme dr.-t a biharmegyei közpórházhoz, Rein Károly dr.-t, Weisz Herman dr.-t a gyulai közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

A cholera állása hazánkban. A belügyministerium által napoként kiadott jelentések szerint az október 3.-ától 7.-éig terjedő időben összesen 157 choleraeset fordult elő, a melyek közül 26 vonatkozik polgári népre, míg a többi az északi harcztérrel érintett katonát illet. A megyék betűsorjában összeállítva, az alábbi helyeken voltak choleraesetek (a szám nélküli helyeken csak 1—1 eset fordult elő): Abaúj-megye (Kassa 3, Szikszó 3, Onga, Felsődobsza), Barsmegye (Peszér), Bácsmegye (Baja), Békésmegye (Békés, Békéscsaba, Szeghalom, Endrőd), Biharmegye (Nagyvárad 13, Komádi, Magyarhomorog, Vizesgyán), Borsodmegye (Miskolc 2, Barcika, Tiszakeszi), Csongrádmegye (Szeged 2), Fejérmegye (Székesfehérvár), Gömörmegye (Feled 4), Hevesmegye (Újlőrincfalva), Jász-Nagykun-Szolnokmegye (Kisújszállás), Kolozsmegye (Kolozsvár 2), Komárommegye (Dunaradvány), Liptómegye (Németlipce, Ivachnófalva), Nógrádmegye (Balassagyarmat 2, Fülek, Nógrádverőce), Pestmegye (Budapest 69, Czegléd, Rákospalota), Pozsonymegye (Pozsony 4), Somogy megye (Kaposvár), Szabolcsmegye (Kisvárd), Szegbenmegye (Nagyszében 2), Szepesmegye (Igló 5, Podolin 2, Lőcs), Torontálmegye (Nagybecskerek, Kistárnok), Ungmegye (Perecseny 5, Szobráncz, Tót-váralja, Nagykapos, Nagyszeretva), Zemplénmegye (Nagyimihály 2, Bodrogkisfalud, Gálszécs, Olaszliszka, Sárospatak, Szécsmező). — Ezzel kapcsolatban megjegyezzük, hogy a Belügyi Közlöny október 8.-án megjelent száma közli a ministerelnök körrendeletét a cholera elleni védekezés tárgyában, melyet legközelebbi számunkban hozunk.

Meghalt. Mohilo Viktor dr. ezredorvos szeptember 24.-én.

Az osztrák és magyar hadseregben szolgálatot tevő orvosok közül meghalt eddig a háborúban 7 (a Wiener medizinische Wochenschrift „Militärarzt“ mellékletének közlése szerint), és pedig: Grünfeld (Wien), Jungmann Arthur (Wien), Krieglstein v. Sternfeld, Mrazek Rudolf (Feschen), Mund Berndhard, Rucska Miklós (Kassa), Stern Leopold (Wien). Kegyelettel és hálával őrizzük emléküket!

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika szeptemberben 69 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 51 volt.

Högyes Endre-utca. A Magyar Tudományos Akadémia legutóbb tartott összes ülésén elhatározta, hogy lépéseket tesz az iránt, hogy a Rákosszék nevét, mint a hol az általa alapított Pasteur-intézet van, Högyes Endre-utczára változtassák át.

Neutralis országok orvosi kapacitásainak állásfoglalása. A német orvosi lapok sorjában közlik a neutralis államok orvosi jeleségeinek nyilatkozatait a háborúról s a hadviselő felekről. Nemrég közölték Bossi tanárnak, az ismert genuai nőorvosnak hírlapi nyílt levelét, melyben szinte orgiákat ül a tajtékozó németgyűlölet. Most Mingazzini tanárnak, a kiváló római idegorvosnak s a világhírű amerikai sebésznek, W. J. Mayo-nak a németbarát nyilatkozatait ismertetik. Mayo tanár nyilatkozata valóságos ovatio a német tudományos szellemnek. A tudomány bölcsője — úgy mond — Anglia, innen a tudomány ápolásának súlypontja egyidőre Franciaországba helyeződött át, míg végre Németországban találta meg igazi otthonát. Németország központja ma a tudománynak általában s különösen a tudományos orvostannak; Németország fejlesztette a modern tudományt, nemcsak az orvostudományt, mai magaslatára s ma mestere és jóltevője az egész világnak. A sebeszet tekintetében Amerika csaknem mindent Németországnak köszönhet, épp úgy, mint Oroszország, mely szeret francztául csevegni, de minden komoly dologban Németországhoz fordul okulásért. Mayo Svédországot tartja a világ legcivilizáltabb államának, de Svédország tudományos kultúrája is kétségtelenül német emléken táplálkozott. Japán is mindent Németországnak köszönhet e tekintetben; le is rója most ezért a halálját. A francia böven rendelkezik csillogó eszprít-vel, de kórházainak rossz az organisatioja.

Személyi hírek külföldről. A prágai német egyetemen F. Luksch dr. magántanár a kórbonczolástan rendk. tanára, a prágai cseh egyetemen F. Samberger dr. címzetes rendk. tanár a bőrkórtan rendk. tanára lett.

Egészségügyi szabályok tengeri ütközetben címmel közli a „Münchener med. Wochenschrift“ a német tengerész-legénység között kiosztott következő utasítást:

I. **Ütközet előtt.** 1. Testedet és ruhádat tartsd tisztán az ütközet előtt! A piszkos ruháról és piszkos bőrről jut a fertőző csíra a sebbe. Háborúban minden sebet, még a legkisebbet is, orvossal kötöztess be! 2. Ütközet előtt egyáltalán semmi alkoholtartalmú italt ne igyál! Elmédet elhomályosítja, érzékeidet tompítja, kezeidet bizonytalanná teszi. 3. Ne egyél túlsokat ütközet előtt! Nyugodtabban tudsz dolgozni, ha nincs tele a gyomrod. Hassebek könnyebbengyógyulnak, ha a belek üresek.

II. **Ütközet alatt.** 1. Első kötelességed, egyszersmind legbiztosabb módja megmaradásodnak az ellenség megsemmisítése. 2. Csekély sebesüléssel ne törődj, fedd be kötszersomagod tartalmával, a nélkül, hogy akár a sebet, akár az azt takaró muldarabot kezdedd érintenéd, a hogy azt tanultad. 3. Ha valaki súlyosan megsebesül és helyén hasznavehetetlenné válik, de még tud tovább menni, szerezz engedélyt a feljebbvalójától és az engedéllyel keresse fel a főkötőző helyet. Ha az út nem szabad, védett helyen várjon a harc szünetelésére. 4. Ha valaki súlyos sérülés miatt nem tud mozogni, segítsd a legközelebbi védett helyre, a hol a harcot nem zavarja. 5. A sebeket csak a főkötőző helyen kötik be. Az ütközet alatt erre nincs idő. A legtöbb esetben nem feltétlenül szükséges a sebet azonnal bekötöni. A lövedéket vagy idegen testet ne próbáld a sebből kiszedni. 6. Ha a seb erősen vérzik, különösen, ha világos vörös vér sugárban lövel ki, a vérző végtagot gummiszalaggal addig szorítsd, míg a vérzés eláll. Ha a gummiszalag már fel van csavarva és a vérzés nem áll el, ne oldd le ismét, hanem csavarj fölé egy másikat. 7. Ha meg vagy sebesülve, gondold meg, hogy a hajód jó sorsa a tied is és maradj nyugodtan. Mennél nyugodtabban viselkedel, annál kevésbé zavarod harczoló bajtársaidat.

III. **Ütközet után vagy a harc szünetelésekor.** 1. Segíts a súlyosan sebesült bajtársadon, a ki nem tud lábra állani, ha csak ágyú mellett nincs reád szükség. Ne töltsd azzal az időt, hogy sebet köss be. Csak akkor kösd be a te hadi kötszereddel, a hogy tanultad, ha a szállítás alkalmával tisztátalan dolgokkal közvetlen érintkezésbe jönne a seb. 2. Minden sebesültet az előre megszabott úton, a csúsztatópályán a főkötőzőhelyre visznek, kézzel emelve. Csak csigolya-, alsó vagy felső végtagtörés és hassebek esetén használd a hordozható függőágyat. A szállításkor légy oly óvatos, mintha te magad volnál a sebesült és kétszeresen óvatos, ha a has van megsérülve. 3. A legsúlyosabban sérülteket, a kiken a vérzést gummiszalaggal kellett elállítani, szállítsd legelőször! Azé legyen az elsőseg, a kinek élete a hajó számára a legértékesebb. 4. Utoljára gondoskodjál a halottakról. Azok nem kerülnek a kötőzőhelyre, külön megállapított helyen gyűjtendő össze. 5. Ha magad vagy könnyen megsebesülve, menj a tartalék-kötőzőhelyre, ott bekötik sebedet. 6. Ha súlyosan vagy megsebesülve, de tudsz menni, indulj el a főkötőzőhelyre. Ott, miután sebedet bekötötték, megkapod a további utasítást.

B. E.

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételnél férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos, IV., Ferencz József-rakpart 26.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.

Diaetás osztály ezukorbaajosoknak, anyagcserebetegeknek. Hízoló és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecskó János**, főorvos.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy Wotnski István dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

RÖNTGEN-REINIGER és VIII. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R.T.**

Orvosi labororium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopéd-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízoló-kúrák. Nap- és légtüredők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

UJTÁTRAFÜRED.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. és XIV. rendes tudományos ülés 1914 április 25.-én és május 2.-án). 748. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1914 április 25.-én.)

Elnök: Salgó Jakab.

(Folytatás.)

Jegyző: Bence Gyula.

Ujabb adatok a rekeszizom Röntgen-vizsgálatához.

Henszelmann Imre: Ama egyszerű physiologiai tünetmenny felhasználása, hogy a rekeszfél az azonos oldali nervus phrenicus farados izgatására görcsösen leszál és megfeszül, a szerző szerint érdekes megfigyelésekre vezetett. Eme megfigyeléseknek egyrészt physiologiai, másrészt pathologiai jelentőséget tulajdonít.

Physiologicce legfeltűnőbb a rekeszfél szokatlan méretű és görcsös jellegű leszállása, mely állapot még a legmélyebb belégzéssel sem egyenértékű. Az izgatott rekesz felett a tüdő levegőtartalma feltűnően fokozódik, a tüdő Röntgen-képe felvilágosodik. Érdekes e jelenség az orthodiagraphiai ábrázolásban is.

De felhasználja a szerző a rekesz viselkedését az izgatás tartama alatt a legváltozatosabb pathologiai esetekben is. Diagnostikailag legfontosabbnak látja a complementaer sinusok maximalis kitágulását. Sorra közli ez irányú tapasztalatait pleuralis adhaesio, exsudatum pleuriticum, pleuro-pericardialis adhaesio, pericardialis izzadmány, pneumonia, bármely okból feltölt rekeszállás, tüdőtuberculosis, pangásos vitium, emphysema, astheniás mellkasalak esetében és legfőképpen ama kérdés eldöntésekor, hogy benn-e a rekesz vagy nem. Therapiiai irányú értékességét egyelőre csak a chronikus pleuralis adhaesiók kezelésében látja.

Összesen 27 ábrát mutat be, a melyek közül 21 mély belégzéssel parallel készült pillanatfelvétellel. Ezen képek kifejezetten mutatják az eljárás mérhetetlen előnyeit még a legmélyebb inspiriummal szemben is.

A szerző az eszmét: az említett élettani jelenségnek diagnostikai célból felhasználását *Tornai*-nak köszöni, éppúgy a vizsgálatok folyamán nyert útbaigazításokat.

Tornai József: Csupán azt óhajtja felemlíteni, hogy ő maga is többször volt tanúja olyan esetek phrenicusizgatással eszközölt Röntgen-vizsgálatának, a mely esetekben úgyszólván egyedül az ismertett módszer adta meg a biztos diagnosist. Pericarditis adhaesivának több esetét tudták ily módon felfedezni, melyek között olyan is volt, a melyben phrenicusizgatáskor olyan szálak és összenövések kerültek szem elé, a melyeket közönséges átvilágítások nem lehetett látni. Különösen élénken emlékszik egy esetre, a melyben a rendes, szokásos átvilágítás a szív- és rekeszárnyék körül semmi eltérőt sem mutatott. Az esetet sok mással együtt az eljárásnak inkább csak begyakorlása céljából vizsgálták és a phrenicus izgatására a villamással izgatott, összehúzódó rekeszizom a szívet váltogatva az egyik mellkasfélből a másikba, ide-oda, szinte durva erőszakkal magával ránczította.

A phrenicus-izgatásnak jelensége a kevésbé tájékozottra nézve is az első pillanatban mintegy az „érdekes“ és meglepő „látványosság“ jelenségével bír. Ezen látványosságnak igazi hasznát és becsét majd csak a szakemberek fogják méltóképpen értékelhetni.

A bemutatott felvételek és képek, bárha elég jól sikerültek és szépek, de azért mégsem demonstrálják teljes hűséggel azt, a mit velük demonstrálni kellene. Ez természetes is, mert hiszen a holt kép nem is tükrözheti vissza az élőben látható mozgásjelenségeket. Valóban ezen mozgásjelenségeket minden érdeklődőnek magának kell látnia, mert irással, szóval vagy képpel nem lehet hűen visszaadni.

A phrenicus-izgatásnak azonban nemcsak diagnostikai, hanem nagy jelentőségű therapiái haszna is van. A hozzászóló tulajdonképpen a therapia szempontjából vizsgálta és kutatja ma is a rekeszizomnak mozgásjelenségeit és ezen vizsgálatok közben merült fel a bemutatott által ismertett érdekes jelenségeknek egy része. Az ő saját vizsgálatainak eredményéről később fog beszámolni.

A bemutatott által ismertett eljárás oly egyszerű, oly könnyen végezhető és mégis eredményeiben oly hasznos és értékes, hogy valóban csodálkozni kell azon, hogy a Röntgen-vizsgálattal foglalkozók ezen becses módszert eddig csaknem teljesen mellőzték, jóformán figyelemre sem méltatták. A mai bemutatás után azonban bátran remélhetjük, hogy már talán a közel jövő pótolni fogja a multnak mulasztásait. Remélhető, hogy talán már nemsokára a forgalmasabb Röntgen-laboratoriumokban

az értékes és mindennap használatos segédeszközök sorában egyik leghasználatosabb eszköz lesz a megfelelő villamozógép.

A homloküreg intranasalis megnyitásának új módja.

Réthy Aurél: A homloküreg genyedeinek sebész kezelése a külső gyökeres és a belső intranasalis műtét szerepel. A külső gyökeres műtét, minthogy az egész üreg alapos feltárását és kitakarítását teszi lehetővé, nagyobb reménnyel kecsegtet a gyógyulást illetőleg. De ezzel szemben a beteg hetekig munkaképtelen és néha torzító heg s a homlok alsó részletének besüppedése árán szabadul meg bajától.

Az intranasalis műtét sokáig csakis a homloküreg természetes nyílásának szabaddá tételéből állott; ez azonban nem elégséges a bántalom meggyógyulásának biztosítására, mert a nyílás oly kicsiny, hogy a legkisebb granulatio eltömi s így a geny a szabad lefolyásában ismét gátolva van.

Az intranasalis széles feltárás nehézsége épp az anatómiai viszonyok kedvezőtlen voltában rejlik. A bemutató anatómiai táblákon demonstrálja, hogy a természetes nyílás mögött a lamina interna, tőle oldalt az orbita s gyakran tőle medialisán a lamina cribrosa foglal helyet.

Ha tehát a sinus frontalist szélesen akarjuk feltárni, csakis az előre eső csontreszt eltávolítása lehet a feladatunk. Ez pedig az úgynevezett crista frontalis, mely egy meredek csontfalról hirtelen hátraugró tömör csontléczet alkot. Ennek eltávolítására kell törekednünk.

Az anatómiai viszonyoknak eme kedvezőtlenességében rejlik az oka annak, hogy az eddigi eljárások vagy veszedelmesek voltak, vagy pedig nem tudták elérni céljukat.

Nem kívánja ez alkalommal az eddigi eljárásokat változni, csak a legismertebb *Halle*-féle eljárást demonstrálja, a melynek veszedelmes volta könnyen megérthető, ha meggondoljuk, hogy egy szabadon bevezetett fraise-zel töri át a crista frontalist; a sinus frontalis teteje e mellett védtelen, a lamina internát pedig egy természetes nyílásba vezetett védő óvja, de magát a védőt is a fraise a legnagyobb könnyűséggel átfúrja.

A mult évben a magyar sebészek nagygyűlésén, valamint a „Verein Deutscher Laryngologen“ stuttgarti összejövetelén új eljárást ajánlott. Az eljárás abban áll, hogy a középső kagyló elülső végét reszekáljuk, szabaddá tesszük a sinus természetes nyílását. Ezután lapjára meghajlított vésővel a megfelelő oldalon az orrcsontot harántul úgy vesszük át vonalszerű rés készítése mellett, hogy a külső bőr ne szenvedjen sérülést. Ezután a résen át finom raspatoriumot vezetünk a megfelelő oldali orrgyököt fedő bőr alá s azt lefejtjük alapjáról. Ezáltal lehetővé válik az, hogy egy karcu, de erős fogó segítségével a crista frontalis kis részletekben, de teljesen eltávolíttassék. Az eljárás nem veszedelmes, a homloküreg ad maximum szabaddá teszi, de egy hátránya van, t. i. meglehetősen technikai képzettséget kíván főleg akkor, ha a crista frontalis a rendesnél vastagabb. Gyakorlott műtőnek azonban nem okoz nehézséget a műtét.

Mégis igyekezett az eljárást egyszerűsíteni s egy egészen egyszerű, teljesen veszélytelen s könnyű utat talált a homloküreg intranasalis széles megnyitására. Most szintén fraise-zel dolgozik. A fraise henger alakú s hüvelybe lesz bevezetve, mely felül hátrafelé ivalakban hajlott védősinbe folytatódik. A védő felső részéről vékony szög ereszkedik lefelé, a mely a hüvelybe töltött fraise felső részén fúrt járatban sülyed el. Ily módon tehát a fraise a védővel szorosan össze van kötve a nélkül, hogy forgásában gátolva volna. A védő felső, előre tekintő vége szondaszerű orrmányban végződik, a mely a homloküreg szabaddá tett természetes nyílásába helyeztetik be. A vezetővel ellátott védő tehát csakis előre, a crista frontális irányában haladhat, maga a fraise pedig csak arra mehet, a merre a védő vezet, vagyis a sinus frontalisba. Viszont a védőnek a fraise csinálja az utat.

Ama esetekre is számítva, a mikor a természetes nyílástól medial felé a lamina cribrosa van, a védősin a medialis oldalán egy mm.-rel szélesebb, mint a fraise, míg a lateralis oldalon éppen fedi. Ily módon a fraise kissé excentrikusan van elhelyezve.

Az eljárást előzetesen hullafejekon próbálta ki s legutóbb egy előzőleg másutt számos ízben operált nőbetegben használta teljes sikerrel.

Láng Kornél: A homloküreg endonasalis megnyitásának kísérletei a rhinologia gyermekkorában bukkantak fel, de manapság általánosan el van fogadva az, hogy ezen műtét kísérletek csak történelmi értékkel bírnak s olyan veszélyesek, hogy élő emberen nem jogosult a végzésük. Homloküreggyógyászat esetében endonasalis csak a ductus szabaddá tételét célzó műtéteknek van jogosultságuk. Ha homloküregempyema esetén javult a műtét, csak a külső gyökerező műtétek jöhetnek szóba. Az endonasalis feltárások, történjenek bármely eszközzel, sohasem jogosultak, mert semmivel sem eredményeznek többet, mint a legjobb esetben szabad lefolyást, de ezzel szemben olyan életveszedelemnek teszik ki a beteget ezek az általam vakondok-műtéteknek nevezett hazard-kísérletek, hogy élő embernek ajánlani őket nem szabad, végezni pedig hazard könnyelműség.

Tóvölgyi Elemér: A műtét kritikájáról nem szól, mert nem próbálta meg, de elvi szempontból felszólal a homloküregnek endonasalis úton való operálása ellen, mert az agyat a védőeszköz daczára megsérthetjük. Még az *Ogston-Luc* vagy *Killian* szerint operált esetek is recidiválnak, annál inkább az endonasalisan operált esetek. A sötétben való operálást veszélyes és eredménytelen volta miatt elítéli.

Réthy Aurél: Láng szerint az endonasalis sinus frontalis operálás a rhinologia gyermekkorában volt divatos, de azóta elhagyták. Ezt tagadja, mert ha a gyermek néha el is esik, azért ne tanuljon meg járni? Ha tökéletesebb lesz a technika, akkor lehet végezni. Az agyba való bejutást is tagadja, mert csak *Scheffer*-nek volt ilyen esete, de ő éles szondával szúrt be vaktában és hullán 10 eset közül 8-ban agyba jutott, de később *Halle* tökéletesítette az eljárást és ma is végzi. Halálos esete nem volt, és a ki nem gyógyult meg, az a külső operálással sem gyógyult volna meg. Nincs szükség arra, hogy belelássunk a homloküregbe, elég ha a váladéknak szabad lefolyást biztosítunk és a polypusokat kitakarítjuk. A kozmetikai cél fiatal nőknél nem mellékes, mert a süppedt és heges homlok torzító. Ha recidiva van, újra eltávolítja a polypusokat, a mint a *Killian*-műtét után beálló recidiva esetén is ismételtetni kell a kitakarítást. Kizártnak tartja, hogy az agyba bele lehessen utni, mert a közelébe sem jutunk.

Monstruosus syphilid esete.

Havas Adolf: Körülbelül nyolcz hét előtt mutatta be ezen rendkívüli alakját a syphilidnek. Akkoriban felszólították, hogy a rendkívül érdekes esetet még egyszer, a bántalom lefolyásában is mutassa be. E kívánságnak kíván megfelelni.

A kéneső-gyógymód és az e héten alkalmazott salvarsan-injectio folytán immár a daganatok egészen lelapultak, sőt egyes helyeken csak atrophias besüppedés jelzi a helyet, a hol a daganatok székeltek. Különösen feltűnő nagy volt a daganat a felajkon. Ezen kb. 1 cm. magasságú újképződés immár csakis nyomokban látható.

Fehérje-anyagcserevizsgálatok diabetes mellitusban és experimentális pankreasdiabetesben.

Galambos Arnold és Tausz Béla.

Galambos Arnold: Diabetes mellitusban, még pedig főleg ennek súlyos, acidosis szövődményeiben, a fehérje-anyagcsereének a szénhydratanyagcserezavarával analog megbetegedése mutatható ki, mely a fehérje intermediaer anyagcsere-termékeinek, főleg az aminosavaknak a vizeletben kimutatható nagyfokú megszorodásában nyer kifejezést. A hyperaminosuria abszolút, alimentaris és relativ alimentaris.

Experimentális pankreasdiabetesben (kutyán) a pankreas kiirtása után prompte nagymértékű hyperaminosuria állott be, mely kisebb-nagyobb ingadozással az állat haláláig fennállott. A pankreas két kivezető csövének lekötése az aminosavaknak sem abszolút, sem relativ megszorodását nem eredményezi.

Az aminosavak megszorodását a H_3N -nak nagymértékű megszorodása kísérte. Ketonuria nem volt.

A fehérjének a végső termékekig történő hasadását a pankreas belső secretiója biztosítja. Ezen működés kiesése hyperaminosuriához vezet.

Mansfeld Géza: Az érdekes kísérletekből nem látja tökéletesen bizonyítva, hogy a fehérje anyagforgalomzavara nem következ-

ménye-e a cukor anyagforgalomzavarának. Ajánlja, hogy glykosuria oly eseteiben kellene folytatólagosan vizsgálni a kérdést, melyekben a pankreas nem játszik szerepet.

Galambos Arnold: Az eddigi vizsgálatok a fehérje-anyagcserezavarának a szénhydrat-anyagcserezavartól való függetlenségét látszanak bizonyítani. A legkülönbébb glykosuriák ezirányú vizsgálata folyamatosan van.

(XIV. rendes tudományos ülés 1914 május 2.-án.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

A trachoma és a pannus trachomatosus gyógyítása.

Klein Samu: Módszere, melylyel nagyon jó eredményeket ér el, agentum nitricum, hydrogensuperoxid és oleum terebinthinae elegyének helybeli alkalmazásából áll.

Goldzieher Vilmos: Nem használta a szert, mert titkos szerrel nem kísérletezik.

Grósz Emil: Már a priori skeptikus volt, az összetétel hatékonyságával szemben, mivel azonban nem tartalmazott directe ártalmas anyagokat, köteleességszerűen óvatosan megpróbálta. Most hallja, hogy a bemutató által adott anyag nem az, a melylyel sikereit elérte, így tehát az összehasonlítás alapja hiányzik. Annnyit azonban mégis mondhat, hogy tanácsos lesz nagyobb skeptisist s szigorúbb kritikát alkalmazni, mint a milyent a bemutató használ.

Vizsgáló-eljárás a gége indirect műtétei alkalmával.

Réthy Aurél: A gége hozzáférhetőségét segíti elő a *Killian*-féle „Schwebelaryngoskopie“. Hátránya hogy alkalmazása nagyon kellemetlen a betegre, úgy, hogy a scopolamin-narcosis *Killian* szükségesnek tartja. Nagy előnye azonban, hogy a gégetükör közvetítése nélkül használható s így kiterjedtebb megbetegedések műtétekor alkalmazása megbecsülhetetlen előnyökkel jár. Azonban kisebb elváltozás, pl. polypus, énekes-csomó és kisebb tumor, valamint a hangszalagok kisebbfokú tuberculosis infiltratiója esetében, megmaradunk a régi indirect eljárásnál, mert feladatunkat ezúton is sikerül tökéletesen megoldani.

Kétségtelen, hogy az indirect gégeműtét nem könnyű, de ennek az oka nem az, hogy a műtét területét a tükrözéssel mellett nézzük, mert hiszen a gégephantomon a kezdő a tükrözéssel vezetése mellett ténykedést gyorsan megtanulja, hanem az, hogy a hangszalagok nem oly fix vonalak, mint a gégephantomon, a légzőskor mozognak s a legtöbb beteg ha az érzéstelenítés teljes is, mégis néhányszori érintésre a hangszalagok görcsösen összehúzódnak, másrészt az epiglottis gyakran ráfekszik a gégebemenetre s eltakarja a műtő szeméi elől, a beteg nyelve is néha akadály s végül maga a beteg tartja a nyelvét, a mi, főleg ha az illetőnek nagy keze van, nagy hátrány.

Ha azt akarjuk, hogy a zárt glottis kinyíljon és nyitva maradjon, három pontra kell nyomást gyakorolnunk: az epiglottis tövére és a két ary-tájékra. Ebből következik, hogy ha a hangszalagokat fixálni akarjuk, oly eszközzel van szükségünk, a mely a három pontot egymástól távol tartja.

A műszernek (distractor) két hátulsó és egy belső szára van. Az elülső szélesebb szár rövidebb, csupán supraglottikusan helyezkedik el és az epiglottist előrenyomva, a belátást szabaddá teszi. A két hátulsó szár az eszköz bevezetése alkalmával az elülső szár mellett foglal helyet, az eszköz kinyitására hátrafelé, valamint egymástól oldalt is eltér. A hátulsó száraznak a hangszalag niveaujában levő részlete elül háromszögalakúlag kiszélesedik, a glottis ad maximum kitérőt, a hangszalagokat fixálja. Hogy a műszer kellő támasztékot nyerjen, a hátulsó száraznak a hangszalagok alatti része ívalakúlag kifelé görbült, miáltal a száraznak oldalt eltérése alkalmával ez ív a gége oldalsó falának hangszalag alatti kiöblösödésébe belefekszik és így az eszköz kellőleg rögzített. A hátulsó száraznak a hangszalagok feletti része egymástól oldalt elhajlik, úgy hogy a gégebe a szabad betekintést semmi sem gátolja. Minthogy az eszköznek a szája levő vízszintes része a nyelvre is nyomást gyakorol, a nyelvet tartani nem szükséges. Teljesen rögzített az eszköz azáltal, hogy egy szájtérpesztő alkalmaztatik, a mely úgy van készítve, hogy a distractorot mozdulatlanul fixálja.

A distractor előnyei: a glottis ki van tárva, a hangszalag fixált, az epiglottis előre van nyomva, a nyelv tartása fölösleges.

Az eljárás főleg a hangszalagokon s a commissura anterior táján ülő elváltozások, valamint a Morgagni-tasak és az álhangszalagok elváltozásai esetén bir jelentőséggel.

A gége hátulso falának egy kis részletét a hátulso szarak természetesen elfedik, bár a legnagyobb rész szabadon marad. Tekintve, hogy a hátulso fal különben is fix, ez nem bir jelentőséggel.

A szűk medenczék kezelésének egy praktikus conservativ módjáról.

Horváth Mihály: Az előadó behatóan tanulmányozta a medencze méreteinek fektetéssel való befolyásolását. 30 asszonyon, kik közül 20 terhes, 5 gyermekágyas, 5 pedig nem volt terhes, mérte meg kömetszési, rendes szülési helyzetben, *Willink*- és *Walcher*-fekvésben a conjugata diagonalist. E vizsgálatai arra az eredményre vezettek, hogy a conj. diag. legkisebb a kömetszési helyzetben; rendes szülési helyzetben már körülbelül 3 mm.-rel, *Willink*-fekvésben még körülbelül 5½ mm.-rel, *Walcher*-fekvésben pedig ezenfelül még kb. 3—4 mm.-rel nagyobb.

A rendes szülési fekvéstől a *Walcher*-féle csüngőtartásig a megnagyobbodás átlaga terheseken 4.9 mm., a *Willink*-féle fektetésnél 3.1 mm. A *Walcher* előnye tehát átlagban csak 1.8 mm. Más szóval a felpolczolásos fektetéssel elérhető conjugata-megnagyobbodásnak csaknem 2/3 része elérhető a *Willink*-fektetéssel. Hogy a fektetés révén való megnagyobbodása a conjugatának az ileosacralis ízületben létrejött rotációs mozgásnak következménye, arról hullamedenczén végzett kísérletei alkalmával győződött meg.

Az előadó maga is osztja azt a nézetet, hogy a klinikai szülészeti therapia méltán lehet activabb, mint a gyakorlaté. Mivel azonban a szülések sokkal nagyobb része a gyakorlatban folyik le, ott pedig a klinikai kiterjesztett operativ therapia nem vihető keresztül, a gyakorlat számára módszerek után kell kutatni. E módszerek tanulmányozására az erre legalkalmasabb klinikai anyagot használta fel. Kísérletei révén rájött arra, hogy a conj. diag.-nak fektetés által néhány mm.-rel való megnagyobbodása a szűkmedenczés szülésre igen nagy befolyással van. A *Walcher*-fektetéskor a conj. ugyan jobban megnagyobbodik, mint a *Willink*-fektetéskor, de e fektetés a gyakorlatban, mivel nagyon fájdalmas, csaknem hasznavehetetlen. A nagy fájdalom miatt többnyire narcosisra van szükség, ez pedig a hasprés akaratlagos és reflexes munkáját kikapcsolja. A *Willink*-fektetés sem kényelmes helyzet ugyan, de a szülönők akár egy egész órán keresztül is elég jól eltűrnek, túlnagy fájdalmakról nem panaszkodnak, fájdalomcsillapítókra, narcosisra szükség sincsen. A hasprés munkája meg nemcsak hogy egészében megmarad, hanem az előadó tapasztalása szerint e fektetés alkalmával az erős fájások még erősebbé, a renyhe fájások pedig erős fájásokká fokozódnak. Ezt a tünetet a lordosis fokozásával a ganglion cervicale fokozott izgalmanak tulajdonítja, mely a motoros pályákra átszarmazva, a méh izomzatát erősebb munkára serkenti.

Willink-fekvésben 32 szűkmedenczés szülést vezetett sikerrel. Ezeken kívül kísérlet tárgya volt még 13 eset, melyekben szintén megkísérelte a fektetést, ezekben azonban a szülést a magzatra vagy az anyára tekintettel vitalis indikációból be kellett fejezni.

E 45 nehéz szülés észlelése alkalmával szerzett tapasztalatai alapján a *Willink*-fektetésnek feltételeit és javait a következőkben foglalja össze:

Feltételei: 1. Eltűnt méhszáj. 2. Jó magzati szívhangok. 3. A méh alsó szakasza ne legyen elvékonyodva. 4. A méh ürege ne legyen fertőzött, vagyis ne legyen lázas a szülönő, a mennyiben ilyenkor a kísérletezéssel együtt járó várározási idő veszélyt rejtene magában.

Javalt I.—II. fokban szűk medenczénél, hol a magzat feje a medencze bemenetébe nem akar beilleszkedni vagy a bemenetben elakadt s nem halad tovább.

Scipiades Elemér: A *Willink*-féle fektetéssel szűkmedenczés szülés eseteiben nincsenek tapasztalatai, az előadónak ezirányú eredményeihez tehát nem szólhat hozzá. Vannak ellenben tapasztalatai a *Walcher*-féle függő he'yzetről, melynél — mint az előadó mondja — a conjugata megnövekedése még nagyobb, mint a *Willink*-féle fektetésnél. *Walcher*-féle függő helyzet kapcsán szerzett tapasztalásai tehet az előadóival jórészt összevethetők.

Hogy megindokolja azt az álláspontot, melyet a *Walcher*-féle függő helyzet értékét illetőleg elfoglal, kissé összegezni kívánja annak történetét, miként került ez az eljárás a szűkmedenczés szülések kezelésébe s mi lett a sorsa.

A függő helyzetet szűkmedenczés szülés eseteiben *Zaglas* és *Duncan* ajánlotta először azon tapasztalásra támaszkodva, hogy a terhesség után, mint minden medenczebeli szerv, az articulatio sacro-iliaca összeköttetései is felpuhulnak, miáltal a keresztcsont harántengelye körül bizonyos nagyobb mozgékonyt nyert. *Walcher* azt állította, hogy az olyan helyzettől számítva, midőn a terhest kömetsző helyzetbe fektetjük, odáig, midőn függő helyzetbe tesszük, 13 mm.-rel is meghosszabbodik a conj. diagonalis.

Ezen nagyszabású ígérlet után az első észlelések még (*Dührssen*, *Fehling*, *Herzog*, *Küstner*, *Leopold*) csakugyan dicsérőleg szólnak a *Walcher*-helyzet által elérhető eredményekről.

Mihelyt azonban pontosabban kezdték revideálni az eredményeket, a lelkesültség lelohadt.

Mindenek előtt azt konstataáltak, hogy a *Walcher*-helyzet által elérendő különbséget nem a kömetsző helyzettől kell számítani, a milyenben a vajudó sohasem fekszik, hanem a közepnyugvó helyzettől. Azután pedig hullákon, még pedig puerperalis hullákon nem egyszer 8—10 perczcel a halál után végzett mérésekkel többen megállapították, hogy a vera elérhető maximalis távulása 3—4 mm.

Ezért *Bumm*, *Olshausen*, *Pinar*, *Veit*, *Varnier* és *Krönig*, tehát a szűk medenczékkel foglalkozó legelőkelőbb szülészek kimondták, hogy a *Walcher*-helyzet gyakorlati szempontból egészen értéktelen.

A klinikai tapasztalásokból pedig kitűnt, hogy a *Walcher*-helyzet fájdalmas lévén, nem egyszer kivihetetlen, máskor meg káros, mert a rectusok feszülése és fájdalmassága a kitoláskor a hasprés működését megakasztja s végül legfeljebb narcosisban lehetne olykor használni, a mikor talán a fej *Walcher*-helyzetben könnyebben halad keresztül.

A mi a saját tapasztalatait illeti, konstataálnia kell, hogy régebben a *Walcher*-féle függő helyzetet a klinikán sok szűkmedenczés esetben alkalmazták s eseteik most is össze vannak ez irányban állítva, azonban egyetlen esetet sem tudnak idehozni olyat, melyről biztosan mernék állítani, hogy ott a fej a *Walcher*-féle helyzet következtében haladt keresztül a medenczén. Vagyis eltekintve attól, hogy szabályszerű *Walcher*-helyzetben a vajudót narcosis nélkül fájdalmassága miatt meg sem lehet tartani, e helyzetnek gyakorlati értékéről meggyőződni nem tudtak, miért is elhagyták.

Minden elméleti okoskodás helyett különben legjobban a számok szemléltethetik a *Walcher*-féle függő helyzet értékét a szűkmedenczés szülések kezelésében.

Ha ugyanis csakugyan előmozdítja a *Walcher*-helyzet a fejnek a bemeneten keresztül való áthaladását, akkor olyan anyagban, melyen gyakorolják, nagyobbak kell lennie a szűkmedenczés szülések kapcsán a spontán szülések számának. S végül, mert a beavatkozások ritkábbak, jobbak kell hogy legyenek végeredményben a szülönők mortalitásának és morbiditásának eredményei. Nálunk akkor, mikor még a *Walcher*-helyzet is a szűkmedenczés therapia eszközei közé tartozott: a spontán szülések száma volt 75—76%, élő magzat perforációja 1.9%; a mióta nem használják: a spontán szülések száma 75%, élő magzat perforációja 0.8%.

Igy állanak tehát a *Walcher*-féle függő helyzettel szerzett tapasztalások a II. sz. női klinikán. Érdeklődéssel várja ezért a conjugata sokkal kisebb megnövekedésével járó *Willink*-féle helyzettel elérhető eredményeket a maguk klinikáján, azonban a mondottak után nem sok bizalommal.

Horváth Mihály: A 75%-os spontán szülésre megjegyzi, hogy a *Willink*-féle fekvésnél a 46.9% expressiót hozzá kell venni a 37.7%-hoz, mert csupán a medenczekimenetből történt az expressio; így tehát 84.6% spontán szülésük volt *Willink*-kel.

PÁLYÁZATOK.

3679/1914.

Zólyom vármegye nagyszaltnai járáshoz tartozó Nagyszaltna székhellyel rendszeresített és lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Az állás javadalmazása 1600 kor. kezdőfizetés, 200 kor. ötödéves korpótlék, mely 800 kor.-ig emelkedhetik, 1000 kor. helyi pótlék, 560 korona lakáspénz vagy az ezt helyettesítő természetbeni lakás, 640 korona útiátalány és a vármegyei szabályrendeletben megállapított mellékjárandóságok.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi október hó 31.-éig küldjék be.

Az állás helyettesítés útján azonnal elfoglalható és a helyettes az összes illetmények azonnali élvezetébe léphet.

Nagyszaltna, 1914 október 2.

Bende, főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Kopits Jenő: Az Abbott-féle scoliosis-redresszáls és az alkalmazásával szerzett tapasztalataim. 751. lap.

Waller Sándor: (Közlemény Budapest székesfőváros Szent István-kórházának bőr- és bujakórtani osztályáról. (Vezető főorvos: Havas Adolf dr., egyetemi rk. tanár.) A lues kezelése embarinnal. 754. lap.

Fekete Sándor: Közlemény a budapesti II. sz. női klinikáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., ny. r. tan.) A hypophysis-kivonatok alkalmazása a szülészetben. 740. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Fialka Gusztáv: A betegápolók tankönyve. — **Lapszemle. Belorvostan. Gaertner:** A cholera gyógyítása. — **Sebészet. Kreuter:** A tetanus-kérdés. 758–760. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 760. lap.

Vegyes hírek. 760. lap.

Tudományos társulatok. 762–763. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az Abbott-féle scoliosis-redresszáls és az alkalmazásával szerzett tapasztalataim.*

Irta: **Kopits Jenő** dr., egyetemi magántanár, a Stefánia-gyermekkorház főorvosa.

Tisztelt Sebésztársaság!

A múlt évi német orthopaedesebészek társulatának a congressusán mutatta be először Európában **Abbott**, amerikai orthopaed, új eljárását, melylyel sikerült neki előrehaladt, nagy bordapúpú scoliosisokat is redresszálni, a törzset gipszkötéssel a redresszált helyzetben rögzíteni s ezzel meggyógyítani. Eljárása annyiban különbözik az eddig alkalmazott scoliosis redresszáls módszerektől, hogy míg ezelőtt mások az elgörbült gerinczet erős megnyújtással és a bordapúpra alkalmazott pelottanyomással igyekeztek kiegyenesíteni, addig **Abbott** a már régebben **Lovett** által is ajánlott horizontális helyzetben, de egyúttal erősen hátrahajlítva, kyphotizálva, redresszálsja a gerinc görbületét. Állítása szerint ily helyzetben sokkal könnyebben mobilizálható a gerincz, úgyannyira, hogy nemcsak a görbület kiegyenlítésére, hanem a gerincz görbület ellenkező oldalra áthajlítására, sőt az egész deformált mellkas detorsiójára törekszik.

A redresszáls e célra szerkesztett készülékben végzi (1. ábra), mely különböző magasságban elhelyezett négy vascsőkeretből áll, melyeket szögletükben négy függőlegesen álló oszlop köt össze egymással. A keretek oldalrúdjain pólya megerősítésére szolgáló, eltolható s csavarral rögzíthető hüvelyek vannak s maguk az oldalrudak is hossz tengelyük körül csavarhatók. A műtőasztal magasságában álló kereten, annak középvonalában, függőágyszerű vászonlap erősíthető meg, mely e keret lábvégénél lévő rúd forgatásával szükség szerint megfeszíthető vagy ellazítható. A készülék legfőbb részén a közép-

vonalon még egy hosszanti rúd van alkalmazva, mely a láb megerősítésére szolgáló bőrgamasznikat és a csigacsínt hordozza.

A gerincz redresszálsja, illetve a törzs detorsiója a fent leírt készülékkel a következő módon történik: A beteg egész törzsét kettős tricotsőbe bujtatjuk s a két tricot közé, azokra a helyekre, ahol a kötés erősebb nyomása várható (hátsó és elülső bordapúp, csípőtarajok) vastag nemezlapokat helyezünk. Az így előkészített beteget a megfeszített vászonlapra hanyattfektetjük s lábainál fogva az említett készülék segítségével felfüggesztjük. Ezután a vászonlapot, melyen a beteg fekszik, teljesen ellazítjuk, a mi által a beteg háta erősen hátrahajlik s a gerincz nagyfokú kyphosisba kerül. Most következik a gerincz oldalhajlásának a redresszálsja, részben a beteg alatt lévő vászonlap rövidebb, bordapúp felőli oldalának a megfeszítésével, részben a mellkas körül vezetett s a rudakon megerősített végű pólyák húzása segítségével. A pólyák elhelyezése és húzásuk iránya, illetve a különböző magasságban lévő rudakra megerősítése az esetnek megfelelően más és más. Részletekbe e helyen nem bocsátkozhatom, csak általánosságban jelezhetem, hogy egy pólyahurkot a beteg mellkasa körül annak a gerincz görbület homorú oldala felőli hónaljában, egyet ugyanilyen irányban a medenczéje körül vezetünk, a mi által a gerincz görbület felső és alsó szarát rögzítjük. A harmadik pólyahurkot a gerincz görbület punctum maximumán vezetjük át s a homorú oldal felé nemcsak oldalt, de egyúttal lefelé húzzuk, a mi által a gerincz görbület domborulatát a középvonal felé húzva igyekszünk a homorú oldal felé áthajlítani. Egyidejűleg a pólyahurkok húzásával a hurkokhoz megfelelő helyeken hozzávarrt s a készülék legfelső keretéhez vezetett pólyák segítségével a törzsét hossz tengelye körül ellentétes irányban csavarni igyekszünk. Egyetlen, jobbra néző ívű és ennek megfelelő jobb oldali bordapúpú scoliosist véve például, a leírt művelet a következőképpen értendő: a felső pólya a bal hónaljban, az alsó a medence bal felén fogja körül a törzset s elhúzás ellenében rögzíti, a harmadik pólya a jobb oldali bordapúp

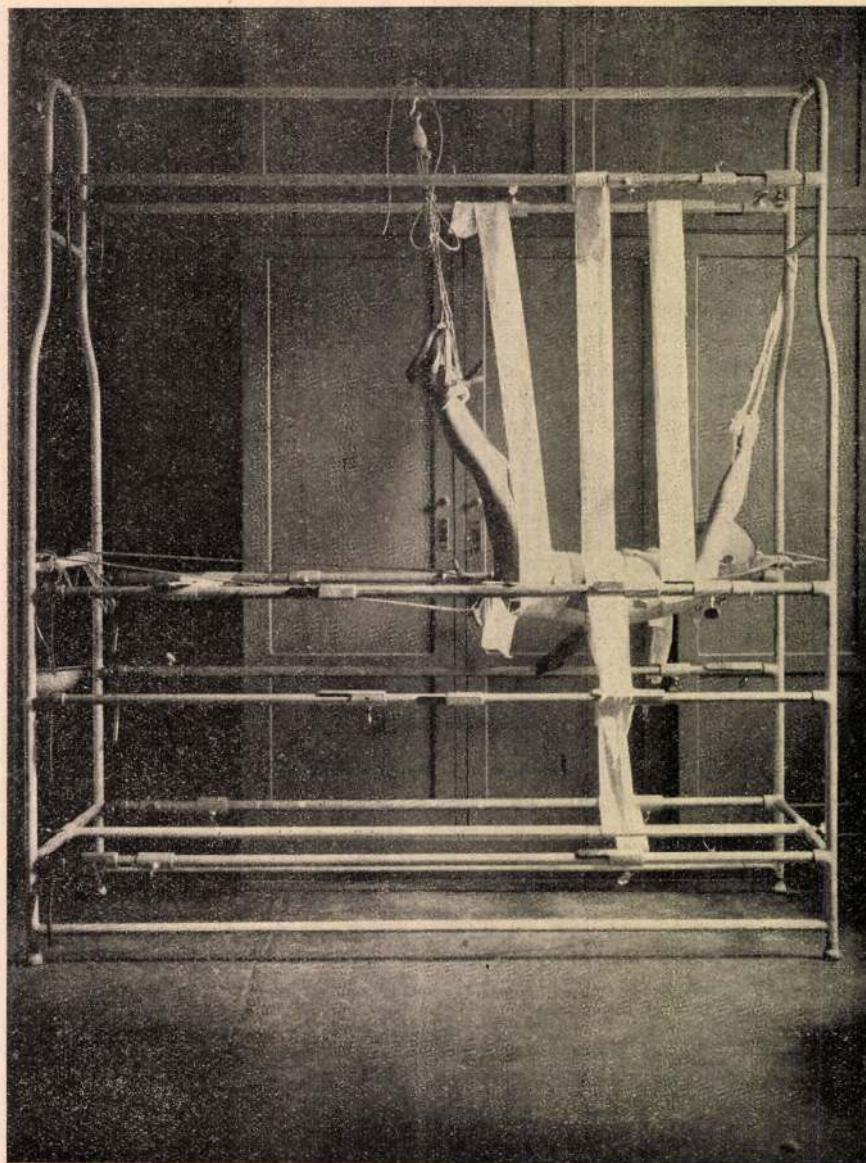
* A Magyar Sebésztársaság ez évi congressusán tartott előadás.

körül fut s balra egyúttal lefelé húzza a törzset; a felső kerethez menő pólyák a bal vállat, illetve a törzs legfelső részét és a medenczét jobbra forgatják, a görbületnél a mellkas körül lefelé húzó pólya, illetve mint azt én alkalmazom, a jobbról egyúttal felfelé húzó pólya a jobboldali bordapúpnál fogva a törzset balfelé forgatja. E pólyák húzása eredményeként a jobbfelé kidomborodó törzs áthajlik a bal oldalra, a bal váll és csípő távolodik egymástól, az ellenkező oldali váll és csípő pedig közeledik egymáshoz, a bordapúp lelapul, a mellkas besüppedt oldala pedig erősen kidomborodik. Ily esetekben alkalmazzák most a gipszkötést, melynek helyes feltétele a keretek és a húzópólyák szárai közt nem könnyű feladat. A gipszkötés megkeményedése után a beteget ki-

hamar felszabadul; pár nap múlva észlelhetjük, mint domborodik ki hátul a kötésből az addig besüppedt mellkasfél. Ez *Abbott* eljárása.

Abbott, valamint *Vulpius* és *Böhm* közölt jó eredményeitől ösztönözve, én is elhatároztam magamat az eljárás megkísértésére, mert nagyon rationalisnak találtam. *Bókay János* tanár, a klinika igazgatója, méltányolva indokaimat, volt szíves a készüléket, mely nélkül a kötés alkalmazása lehetetlen, azonnal megrendelni, melyért e helyen is hálás köszönetet mondok.

A készülék, sajnos, csak múlt év december végén érkezett meg, tapasztalatom tehát csak 5 hónapra szorítkozik, mely idő alatt 11 betegen 22 kötést alkalmaztam. Eredmé-



1. ábra.

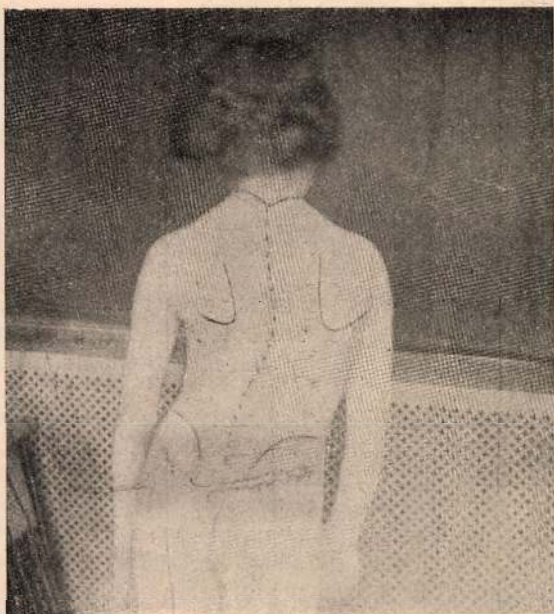
emeljük a készülékből és igyekszünk minél gyorsabban a kötés megfelelő helyein ablakokat vágni. Ez ablakoknak nagy jelentőségük van, mert egyrészt ezek irányítják, hogy légzéskor mily irányban táguljon a mellkas, másrészt e helyeken vezetünk be újabb nemezlaponkat a redressálás további fokozására. E célból nagy ovalis ablakokat vágunk hátul a besüppedt mellkasfél felett és kisebb ovalis ablakokat elül a hátsó ablakkal ellentétes mellkasfélen, ezenkívül függélyes irányú, mintegy 20 cm. hosszú lörés-szerű ablakot a bordapúp felőli hónaljvonalban. Ezzel a három ablakkal én elérhetőnek láttam a kitűzött célt. Az *Abbott* eredeti kötésén alkalmazott, kellően meg nem okadatolt többi ablakot, melyek kivágása úgyis nagyon fáradságos, elhagytam. Az ablakok kivágásával a beteg addig erősen nehezített légzése csak

nyekről természetesen nem számolhatok be, mert ahhoz még nincs kellő észleletem, de mégis kötelességemnek tartottam, hogy megismertessem a t. Sebésztaársaságot az eljárással, azon tapasztalatokkal és benyomásokkal, a miket az eddig kezelt esetekből merítettem.

Az eljárás, mint látjuk, ugyanaz, a mit ma a végtagok deformitásának a gyógyításában eredménynyel alkalmazunk. Ha a világrahozott dongalábat meg akarjuk gyógyítani, akkor a nélkül, hogy a deformált egyes csontvázrészekhez hozzányúlnánk, az azokat összetartó, a deformitás homorú oldalán megrövidült lágyrészek megnyújtásával igyekszünk a deformitást túlkorrigálni és, ha a túlkorrigált állás megmaradása kellően biztosítva van, ily állásban adjuk át a lábat funkciójának. Ugyanezt a bevált módszert alkalmazza *Abbott* a sco-

liosisos gerincz gyógyítására is. Nem elégszik meg, mint a régebbi eljárásoknál, a görbe gerincz kiegyenesítésével, hanem azt túlkorrigálni, azaz görbületével ellenkező oldalra áthajlítani igyekszik. Szembeállítva a horizontalis-kyphotizált helyzetben redresszálást az extensiós eljárással, *Abbott* módszerének következő előnyei észlelhetők.

Wullstein és *Schanz* a gerinczet ad maximum extendálják, ezzel igyekeznek kiegyenesíteni a görbületet. Ily módon legjobb esetben is csak a középvonalba lehet hozni a gerincz-görbület ívében fekvő csigolyákat, de a görbületet túlkorrigálni nem sikerül, még akkor sem, ha egyidejűleg oldalról nyomó pelottákat alkalmazunk a bordapúp benyomására. A megfeszített húr is annál kevésbé alkalmas az oldalhajlításra, minél jobban feszül s annál könnyebben hajlítható ki egyenes helyzetéből, minél lazább. Így a gerincz is erősen megfeszített állapotában erősen ellentáll az oldalhajlításnak, még inkább, ha lordotizáljuk is egyúttal a bordapúpra diagonális irányban beható pelottanyomással, a mi által csigolyaközi ízületeinek a felületei erősen egymásra szorulnak s még inkább megakadályozzák az oldalrahajlást. *Abbott* a gerinczet horizontalis helyzetben erősen hátrahajlítva lazává s így alkalmassá teszi az oldalhajlításra. A hanyattfekvő helyzet már



2. ábra.

magában tehermentesíti a gerinczet, az erős hátrahajlításakor mintegy tátonganak a csigolyaközi ízületek s a csigolyák egymásközi összeköttetése már az által is meglazul, azonkívül ily helyzetben a hátizomzat teljesen elernyed, működése ki van kapcsolva s így ellentállásra sem képes.

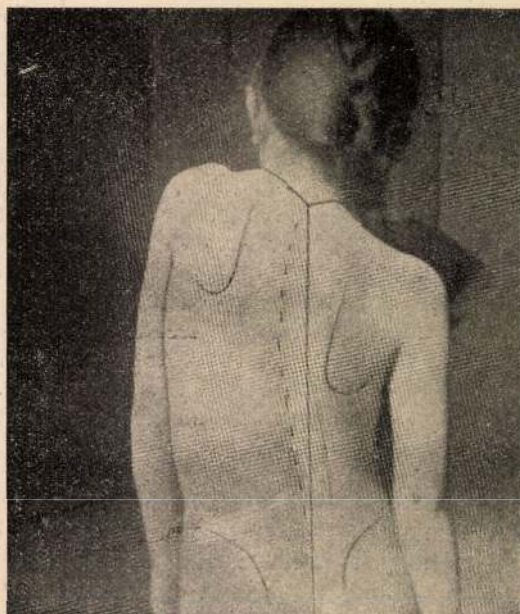
Mi már most a sorsa a túlextensióban a középvonalig kiegyenesített scoliosisos gerincznek? A redresszált helyzetben gipszkötésbe kerül, mely a fejet és medenczét is befoglalja, s később ugyanilyen szerkezetű levehető készülékbe, mely hivatva van az elért eredményt fentartani. Ha pedig a gipszkötést vagy a készüléket eltávolítjuk, a gerincz illetve a törzs összeesik, még jobban, mint azelőtt, mikor ankylotikus volt, de nem azért, mert az izomzat lesorvad, hanem mert a gerincz ily fokú nyújtott helyzetben megtartására, a csigolyák széjjelhúzására semmiféle physiologiás berendezésünk nincsen. Az elért eredmény tehát addig van meg, míg azt külső eszközökkel fentartjuk. Így van ez a nem túlkorrigált, csak a középvonalig redresszált dongalábbal is, mely szintén csak addig marad meg e helyzetében, míg gépekkel megtartjuk, azok eltávolítása után csakhamar recidivál. *Abbott* a gerinczet görbületével ellenkező irányba igyekszik túlhajlítani. Ha ez sikerül, akkor nem kell félni a recidivától a kötés eltávolítása után, mert a gerincz a kötés eltávolítása után ez állásban van nyugalmi helyzetben, sőt azt mondhatom, hogy a míg az

izomzat közvetlen a kötés eltávolítása után gyengült, biztosabban megmarad a korrigált helyzetben, mint később, a mikor már ismét megkezdí működését.

Az *Abbott* szerint túlkorrigált helyzetben az egész kezelés alatt a gerincz a testsúly nyomása alatt áll s így a kórosan elváltozott csigolyák transformálódása lehetséges, az extensióval kezelt gerincz azonban úgy a gipsz, mint az utókezelés alatt tehermentesítve van. Elképzelhetnénk-e a kifogástalan jó eredményt akkor, ha a redresszált dongalábat nem adnánk át a testsúly nyomásának, hanem oly gépben járatnánk a beteget, mely a test súlyát leveszi a lábról.

Abbott eljárása tehát, mint látjuk, mindenben rationalis, úgy a *physiologia*, mint az *orthopaedia* követelményeinek megfelelő.

Kérdés már most, áthajlítható-e minden gerincz s ezáltal gyógyítható-e minden scoliosis, mint *Abbott* igéri és állítja? Azt hiszem, sajnos, nem. Azok a nagyfokú angolkór által okozott scoliosisosok, melyeknél a csigolyák egymásközi ízületei majdnem ankylotikusok, a görbület convexitásának megfelelően éles, ellentálló bordapúp fejlődött ki, azt hiszem, nem lesznek alkalmasak az e módon kezelésre. Tehát már itt kimondhatjuk, hogy a módszer csak bizonyos fokú elgörbülésnek gyógyítására alkalmas.



3. ábra.

A gerinczelhajlás ívének a korrigálásán kívül óriási hatása van az *Abbott* módszere szerint feltett kötésnek a deformált törzs alakjára, nevezetesen a bordapúpra. Míg az extensiós kezeléssel korrigált esetek bírálatakor éppen azt hallottuk mindig, hogy magát a gerinczet sikerül ugyan korrigálni, de a bordapúpot csak nagyon kevésbé van módunkban megváltoztatni, addig ezzel az eljárással a bordapúpot meglepő jó eredménnyel befolyásolhatjuk. Sőt azokban az esetekben is, melyekben a gerincz görbületét nem sikerül teljesen korrigálnunk, rövid idő alatt eddig még más módszerrel el nem ért alakváltozást tudunk produkálni a deformált törzsön.

A bordapúp redresszálását *Abbott* két módon igyekszik elérni: a besüppedt mellkasfél kyphotizálásával és a kötésen czélszerű helyen vágott ablakokkal. Már a beállításakor, a kötés feltétele alatt, a vászonlap rövidebb oldalának a megfeszítésével igyekszik a bordapúpot benyomni s egyúttal ferde síkot teremteni, melyen a homorú oldali mellkasfél lesüllyedve erős kyphosisba jön s a besüppedt bordák kiemelkednek. A kész kötésen hátul a besüppedt mellkasfél feletti ovalis ablak kivágásával és elül az ellenkező oldali mellkasfél szabadabbá tételével kényszeríti a mellkast, hogy ezen helyeken fejlőd-
jék ki a fokozott légzési mozgás, annál is inkább, mert a hátulsó és elülső bordapúpon a gipszkötés nyomása követ-

keztében a mellkasfalak mozgása nagyban akadályozott. A gipszkötés ablakain a légzési működés eredményeként a be-süppedt mellkas csakhamar kidomborodik s így elérhető, hogy a mellkas rövidebb diagonális átmérője irányában megnyulik. Még inkább fokozhatjuk ezt egy idő múlva a bordapúp és a kötés közé benyomott vastag nemezlappal, melyekkel a bordapúpot is egyúttal még erősebben benyomjuk.

Véleményem szerint teljes áthajlítást s a bordapúp eltüntetését oly esetekben érhetjük el, melyekben a gerincz ugyan szabad kézzel nem hajlítható át, sőt suspensióra sem tűnik el a görbülete teljesen, de nem egészen ankylosis, a vele járó bordapúp bár kifejtett, de rugalmas, szabad kézzel kis mértékben benyomható. A gerincz áthajlítása természetesen legtöbbször nem sikerül egyetlen ülésben, hanem fokozatosan kell haladnunk, hogy túlságos nehézséget ne okozzunk a betegnek. Az eredmény mindig Röntgen-felvétellel ellenőrzendő, hogy a mellkas, illetve a gerincz detorsiója nemcsak látszólagos-e.

A gerincz áthajlítása, a módszer mostani alkalmazásával, csak egy irányban lehetséges s azért ily szempontból is megválasztandók az esetek. Azokban az esetekben, melyekben a fogörbület mellett már kifejtett következményes, ellentétes irányú mellékgörbületek is vannak, az eljárás nem alkalmazható, mert feltétlenül ez utóbbi görbületek fokozódását és állandósulását vonná maga után. Tenát a hol egyirányú egyetlen görbületet alkot az egész gerincz, vagy annak egy része, csakis ott alkalmazható az eljárás.

A mint látjuk (2. és 3. abra), nemcsak a gerincz, hanem az egész törzs detorsiója hozható létre, azaz a jobboldali bordapúppal bíró scoliosis balra néző, ugyancsak hatalmas bordapúpi scoliosissá változtatható át, úgy hogy a deformált törzs teljes tükörképét produkálhatjuk. Ebből a betegnek még semmi haszna sincs, mert vagy maradandó ez az ellenkező irányú deformitas, vagy eltűnése után visszaáll a régi deformitas s akkor hiába volt fáradozásunk s a beteg kínló-dása. A célszerű utókezelés feladata lesz az extrem áthajlításból a gerinczet úgy visszavezetni a középvonalba, hogy ott meg is maradjon s ne térjen vissza régi helyzetébe. *Abbott* módszere ismertetésében nagy általánosságban mondja, hogy a gipszkötés eltávolítása után pár havi gymnastizálásra a gerincz teljesen egyenes lesz. Hogy miben áll ez a gymnastikai utókezelés, arról nem szól. Az idei német orthopaed-congressuson a módszer alkalmazásáról referálók mind meg-egyeztek abban, hogy a scoliosis eddigi gyógyítására szolgáló gyakorlatok csakhamar az elért eredmény megőrségét s a régi deformitas visszatérését vonják maguk után. Én is ennek köszönhetem, hogy egyik betegem áthajlított gerinczé-nek az alsó részén már visszafejlődött az elért jó eredmény.

Én bízom benne, hogy megtaláljuk az utókezelés kellő módszerét, mert analógiát látok az áthajlított s ez állásban a lágyrész-zsugorodások által megtartott gerincz és a reponált világrahozott csípőízületi ficzomodás után fennálló nagyfokú abductiós contractura között. Itt is az izomzat és az ízület szalagrendszerének a zsugorodása az, mely a ficzomodott, egymásba nem is illő ízületi felületeket egymással szemben megtartja. Eleinte, midőn megijedtünk ettől a nagyfokú contracturától, igyekeztünk azt fokozatosan gipszkötésekkel, majd mozgató ingakészülékekkel megszüntetni és az eredmény az lett, hogy a ficzomodások egymásután recidiváltak s már-már követ dobta a ma kitűnőnek elismert eljárásra. Ma, mikor magára hagyjuk a czombot az adott állásban, sőt gondoskodunk, hogy oda hosszabb-rövidebb ideig visszatérjen s engedjük, hogy a beteg functióban, saját erejével hozza czombját a középpállásba, eredményeink kifogástalanok. Daczára, hogy a czomb középpállásában még évek múlva is csak a zsugorodott ízületi szalagok tartják meg a czombfeje-cset, relaxatio nem áll be. Azt hiszem, itt is sikerülni fog az utókezeléssel a gerincz mozgását úgy irányítani, hogy a gerincz az ellenkező oldali scoliosisos állásából a középvonalba térjen vissza, de az eredeti deformitas ne recidiváljon. Hogy mi ez az eljárás, arra ma még senki sem tudja megadni a feleletet.

Én a gipszkötés eltávolítása után a beteg redresszált törzsét a gipszkötésnek megfelelő levehető bőrtokkal rögzí-tem, a hátizomzatot masszálom s óvatosan végeztetek néhány léggző és nyújtó gyakorlatot, ügyelve arra, hogy a gerincz előbbi helyzetébe vissza ne hajoljon.

Összefoglalva tehát a mondottakat, ma azt mondhatjuk, hogy az *Abbott*-féle eljárás igenis alkalmas a scoliosisos gerincz mobilizálására, különösen a deformált mellkas detor-siójára és ha a kellő utókezelés módját megtaláljuk, akkor a scoliosis gyógyításának hathatós segédeszköze lesz. Sajnos, az eljárás általánosan nem alkalmazható, csak az említett fokú, eredetű és alakú scoliosisosok gyógyítására.

Közlemény Budapest székesfőváros Szent István-kórházának bő-r-és bujakórtani osztályáról. (Vezető főorvos: Havas Adolf dr., egyetemi rk. tanár.)

A lues kezelése embarinnal.

Irta: Waller Sándor dr.

Az évszázadok óta az orvostudomány egyik legfőbb gyógyszerkincsét tevő kénese a sok támadás daczára még ma is első helyen áll a syphilistherapia terén. Sem az arsen, sem a vele rokon antimonpraeparatumok (így a *Tsuzuki* ja-pán orvos által a legutóbbi időben ajánlott és osztályunkon számos esetben alkalmazott „antilueta”) nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket és ma is csak mint a kénese-nek pótszerei jöhetnek számításba.

A vita tárgya ma is az, hogy a kénese mely formá-ban és mely úton vitessék be a szervezetbe: melyik az a forma, mely leggyorsabban, a beteg legkisebb incommodá-lása, kellemetlen vagy az életet veszélyeztető tünetek nélkül tudja a kívánt hatást és a hosszú ideig tartó recidivamentes-séget biztosítani.

A bedörzsölési kúra kellő cautelák mellett igen hatá-sos; hátránya, hogy a szervezetbe jutott Hg-mennyiségről tudomásunk nincs. Érzékeny bőrű egyéneken dermatitist, fol-liculitist okoz.

A befecskendésre használt szerek száma igen nagy; részben vízben oldhatók, részben oldhatatlanok. Az oldhatat-lan sók hátránya, hogy a beszúrás helyén a legjobb technika és a beszúrás helyének pontos figyelembe vétele mellett is igen nagy fájdalmakat okoznak, melyek a környezetbe is kisú-gároznak és néha napokig tartanak. A beszúrás he-lyén gyakran jelentkeznek infiltratumok, melyek hosszabb ideig fennmaradva, a szernek a szokásos helyre való fecsken-dését nehezítik, máskor pedig depotképződés és az ebből esetleg egyszerre nagyobb mennyiségben való felszívó-dás folytán Hg-mérgezési tüneteket okozhatnak (stomatitis, hasmenések stb.).

Az oldhatatlan sók másik hátránya, hogy esetleg em-boliák képződésére vezethetnek; ez utóbbi hátrány ugyan elimi-nálható oly módon, hogy a tűt fecskendő nélkül szúrjuk be; ha a tű vena lumenébe jutott, vér szívárog belőle.

Az oldható sók közül a *sublimat* igen jó hatású, de még a megfelelő mennyiségű *NaCl* hozzáadásával sem volt elér-hető, hogy fájdalommentes legyen és a befecskendezés helyén szövetroncsolást és infiltratumot ne okozzon.

Az ideális szer tehát az volna, mely nélkülözné az al-kalmazásban levő kénese-sók helybeli reakcióját, fájdalommentes volna, gyorsan hatna, a recidiva minél később következne be és kellemetlen melléküneteket nem okozna.

Havas tanár bő- és bujakóros osztályán 30 esetben alkalmaztuk a *Heyden*-czég (Radebeul b. Dresden) által for-galomba hozott embarint. A praeparatum 3% Hg-t tartalmaz. Az embarin a hydr. salicylicum sulfonsavas natriumsója, 1/2% acointartalommal. *Hayek* szerint a toxicitása legkisebb az eddig használt kénese-sók között: toxikus dosisa kétszer akkora, mint a Hg salicylicumé.

Az említett szert úgy primaer, mint secundaer és ter-tiaer esetekben alkalmaztuk. Első alkalommal minden eset-ben 0.5 cm³-t adtuk. Az injectiókat mindig intraglutealisán,

még pedig az osztályunkon szokásos és használatos *Schindler*-féle vonalban adtuk, melyet úgy kapunk meg, ha a trochanter külső szélére és a gluteofemoralis redő végződési pontjára állított merőlegeseket egy a crista élével párhuzamos, de alatta 2 harántujnyira haladó vonallal metszszük; e vonal közepén szoktuk a tűt beszúrni.

Az első injectio (0.5 cm³) után megfigyeljük a beteget (pontos hőmérés, ágynyugalom); ha a beteg jól tűri a szert, akkor 3 napon át 1 cm³ és azután másodnaponként 1—1 cm³-t adunk; összesen 12—15 injectióra volt szükség.

Egy esetben sem tapasztaltam helyi reakciót, az injectio helyén legfeljebb kis érzékenység volt észlelhető, de kifejezett fájdalom sohasem. Infiltratum nem képződött, utófájdalmak nem voltak.

A 30 eset közül csak 2 esetben észleltem rögtön az első injectio után pár óra múlva oly tüneteket, melyek a szerrel szemben való idiosynkriának tudhatók be. Ezen esetekben természetesen a szer további alkalmazását elállottunk. E két esetben 2—3 óra múlva a befecskendezés után hidegrázás, tagfájdalmak, hasmenés jelentkezett, a hőmérsék 39.2°—39.5°-ra emelkedett; a többi esetben elvélve mérsékelt főfájáson kívül más kellemetlen tünetet nem észleltünk, sem lázat, sem hasmenést. Az egyik kísérletező által említett scarlatiniform exanthemát eseteinkben nem észleltünk.

A mi a szernek a lueses bőr- és nyálkahártya-elváltozásokra való hatását illeti, arra nézve tapasztalataink azt mutatták, hogy e szer hatás tekintetében semmivel sem marad el az eddig is hatásosnak tartott antilueticumoktól, sőt egyes esetekben az elváltozások feltűnő gyors visszafejlődését volt alkalmunk észlelni. Egy esetben babnyi hypertrophizált és felületükön erodált papulák, melyek más Hg-kezelésnek makacsul ellenállottak, a 4. injectio után (8 nap) feltűnő lapulást és gyors hámosodást mutattak. 10 injectio után teljesen eltűntek. Egy a jobb szájjúg szomszédságában levő kb. 5 koronásnyi, mély, az egész corium vastagságára kiterjedő ulcerosus folyamat a 9. injectio után majdnem teljesen reparálódott. Nyálkahártya-esetekben még ezeknél is gyorsabb javulást észleltünk. Gingivitis, stomatitis mercurialis — rendes szájoilette mellett — sohasem észleltünk.

Mindezek miatt az emarin antilueses gyógyszer-készletünket előnyösen bővíti ki; a befecskendezendő oldat kis mennyisége, a másodnaponként végezhető befecskendezés, annak fájdalomtalan volta, a localis szövetrécsolás, beszűrődés és kellemetlen mellékünetek hiánya ajánlatossá és kellemessé teszik a szer alkalmazását. Természetesen nem szabad figyelmen kívül hagynunk azon eseteket, melyekben a szerrel szemben idiosynkrasia áll fenn, mely már az első injectio után jelentkezik, a mikor is ajánlatos a szer további alkalmazását abbahagyni.

Közlemény a budapesti II. sz. női klinikáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., ny. r. tanár.)

A hypophysis-kivonatok alkalmazása a szülészetben.

Írta: Fekete Sándor dr., tanársegéd.

(Vége.)

4. Hatás a fájásgyengeség minősége szerint.

Ha a fájásgyengeség megjelenése szerint osztályozzuk eseteinket, akkor különbséget tehetünk a) olyan esetek közt, a melyekben a fájásgyengeség már a szülés megindulásakor megvolt (primaer fájásgyengeség) és b) olyanok közt, a hol az eleinte jó fájások a szülés későbbi stadiumában lettek gyengék vagy maradtak ki (secundaer fájásgyengeség). A primaer fájásgyengeséget természetesen csak akkor állapíthatjuk meg biztossággal, ha a szülést megindulásától észlelhetjük, a secundaer fájásgyengeség megállapítására az anamnesis s a jelen állapot ismerete mellett rövidebb észlelés is elegendő. Volt az eseteknek természetesen egy olyan cso-

portja is, a hol az anamnesis s a jelen állapot ellentmondó adatai miatt nem tudunk bizonyosságot szerezni, vajjon primaer vagy secundaer eredetű volt-e a fájásgyengeség. Ezeket mellőznünk kell a tapasztalatok összeállításakor.

Primaer fájásgyengeség	33 esetében	21-szer	= 63.7%
Secundaer	"	65	" 52 " = 80.0%

kaptunk jó hatást.

Primaer fájásgyengeséggel	12	= 57.1%
Secundaer	"	34 = 65.4% szült spontan.

Gyakrabban kapunk tehát jó hatást secundaer fájásgyengeségnél, itt a spontan szülések száma is kedvezőbb. Megtaláljuk a kapcsolatot az előbbiekkal, ha meggondoljuk, hogy primaer fájásgyengeség jelenlétében az injectiók rendesen a szülés kevésbé előrehaladott stadiumában történtek.

Felemlíthetjük itt, mily eredményt értünk el akkor, a midőn a fájásgyengeség oka a méh szövetének renyhesége volt; 15 olyan esetünkben, a hol felvehetjük, hogy a méh izomzata a gyorsan egymás után következő sok szüléstől vagy művi beavatkozásoktól, lepényleválasztástól, ismételt méhkaparástól bizonyos fokig afficiálva volt, 2-szer maradt ki a jó hatás. A mi az eredményt illeti, a 13 hatásos esetben 2-szer kellett fogó, a többi 11 spontan szülés volt; ez kétségtelenül arra mutat, hogy ilyen esetekben a műtét frekvenciát a hypophysiskivonat lecsökkenti. Secundaer fájásgyengeség esetén, a mikor a hasizomzat működése hagyott fenn kívánni valót, 9-szer adtuk és 8 esetben jó hatást és spontan szülést kaptunk. Relatív fájásgyengeség esetén, a mikor az izomzat elfáradása hozta létre a szülés megakadását, 11-szer adtuk, 9-szer jó fájásokat kaptunk, ezekből 8 spontan szült, 1-szer kellett exprimálni. Ebben a csoportban is kifejezett a jó eredmény, a mennyiben igen sokszor sikerült a műtétet elkerülni. Ezek azok a csoportok, a hol legtöbb kilátásunk van a jó eredményre. Itt is úgy látszik annál inkább számíthatunk erre, minél kevesebbet várunk a fájásgyengeség bekövetkezése után; $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óra múlva végezve az injectiót, az esetek igen nagy %-ában sikerül a szülés spontan lefolyását elérni.

5. Hatás szülési akadályok esetén.

A) A csontos medence szűkületei. Téraránytalanság kifejezett eseteiben nem adtuk a hypophysis kivonatát. Olyan esetekben, a mikor remélhető volt a fej és medence viszonyának alapján, hogy jó fájások hatása alatt a fej konfigurálódik és a bemeneten áthalad, összesen 11-szer adtuk. Ezek közül csak 2 volt hatástalan, 4 spontan szült, 2-szer exprimáltunk, 1-szer magas fogót végeztünk kezdődő cervixkinyúlás mellett s kisebb kolporexist kaptunk, 1-szer sectio caesarea extraperitonealist végeztünk, 1-szer uterusrupturát kaptunk, ezt a betegünket az azonnali laparotomia daczára elvesztettük. Különösen az utóbbi esetek tanulságait kell igen fontosnak tartanunk s ezért ezekkel az esetekkel legalább röviden egyenként kell foglalkoznunk.

965/1911. sz. esetünk L. P. 20 éves, általános szűk rachitises lapos medence, $9\frac{1}{2}$ diagonalis, 24 óra óta vajudik. Müller-féle impressio alapján spontan szülést nem várunk, a fej a bemenet felett. 1 cm³ pituitrinre jó fájásokat kaptunk, azonban ezek sem hozzák létre a várt configurációt s e miatt sectio caesarea extraperitonealist végzünk. A műtét simán és gyorsan ment (35 perc), a gyermeket livid asphyxiában kaptuk, felélesztése sikerült. Lázás gyermekágy, per secundam gyógyulás, a portión ulcus.

1362/1911. VII.-P. 43 éves, egy rendes szülés, egy abortus, 5 fogóműtét élő gyerekkel. Conjugata diagonalis 11 cm. Tüdőfélben lévő méhszájjal, nem álló burokkal kerül észlelésünk alá, prominentia nem mutatkozik, a fájások renyhék. Öt órai észlelés után sem változik a helyzet: koponya nagy segmentummal a bemenetre nyomva, nyílvarrat a harántban. A fájások erősítésére 1 cm³ glanduitrint adunk, mely jól hat. $\frac{1}{2}$ óra múlva a szívhangok arhythmiásak, e miatt magas fogóhoz készülünk. Műtét előtt vizsgálva, kevés vér-

zést látunk, a fej kiemelhető, a szívhangok csakhamar kima-radnak. Itt daczára annak, hogy az asszonyt állandóan ész-leltük és semmi figyelmeztető jel nem mutatkozott, a mely a méhrepedést előre jelezte volna, $\frac{1}{2}$ óra alatt kifejlődött a méhrepedés, olyan előzetes szülőfájások után, a melyek még csak fejdaganatot sem tudtak előidézni. Perforatio után extraháltuk a magzatot, utána betapintva complet méhrepedést találunk. E miatt azonnal laparotomiát végzünk, a méhet eltávolítjuk, ennek daczára az asszony meghal. Ez az eset arra mutat, hogy téraránytalanság esetén az injectio után a legrövidebb időben kifejlődhetik nemcsak a kinyúlás, de a ruptura is minden előzetes fenyegető tünet nélkül. Nagyon óvatosnak kell lennünk ezek után a bemenet felett álló fej mellett a hypophysiskivonatok adagolásában: téraránytalanság esetén egyáltalában nem adjuk, sőt ha a bimanualis vizsgálat nem is szól kifejezett téraránytalanság mellett, de a fej még nem haladt át a bemeneten, legjobb, ha nem alkalmazzuk. Ha ilyen esetekben mégis adná valaki, készen kell lennie arra, hogy a legrövidebb idő alatt előállanak a szülés azonnali befejezésének indicaiói s tisztában kell lennie avval, hogy esetleg már $\frac{1}{2}$ óra múlva is kinyúlt cervix mellett lesz kénytelen operálni. Nem alkalmazzunk olyankor sem, a mi-kor a fej configurálódásától várjuk a kistokú téraránytalanság megszűnését. Ugy látszik, hogy a hypophysiskivonat hatása alatt keletkező s a normalisnál talán erősebb fájások nem befolyásolják kedvezően a configuratiót: erre inkább mérsékelt erejű fájások hosszas időn át való hatása szükséges. Tapasztalataink ellene szólnak ezen követelményeknek. Ha a fej már legnagyobb kerülettel a bemenetben van s akadály a csontos szülőutak részéről nincs, akkor elég jó hasznát vehetjük az injectióknak.

B) Akadályok a lágy szülőutak részéről. Rigiditás esetén 6-szor adtuk a hypophysis kivonatát, s daczára, hogy minden esetben jó fájásokat kaptunk, a szülést 5-ször fogóval kellett befejeznünk. 1-szer elegendő volt méhszájincisiókat végezni. A fájások tehát nem alkalmasak azon akadályok legyőzésére, a melyeket a méhszáj rigiditása ad. Sőt csak 2 gyerek született asphyxia nélkül, a mi arra indít, hogy ilyen esetekben ne is kísérletezzünk fájást keltő kivonatokkal, mert a kétséges kilátással szemben hiába teszszük kockára a magzat életét.

Korai burokrepedés után, szűk méhszáj esetén, a mi-kor a szülés elhúzóddással fenyeget, 8 esetben adtuk; 7-szer jó fájásokat kaptunk, 1-szer láz mellett hatástalan volt az injectio. A jó fájások (7) hatása alatt 3 szült spontan, 1 incisio után spontan, 3-on fogót végeztünk. A gyerekek közül csak egy fogós gyerek volt asphyxiás. Lényeges a különbség az előbbi csoportot tekintve, a mennyiben tárgul-kony, bár szűk méhszáj esetén elég kedvezően befolyásolhatjuk a szülést.

A midőn a medenczefenek ellenállása volt a szülés akadály, 35-ször adtuk, ezekből 27-szer kaptunk jó fájásokat. Az eredmények mérlegelésekor külön kell választanunk azokat az eseteket, a hol az injectio idején a magzati szívhangok jók voltak s azokat, a hol már kezdődő asphyxia jelei mutatkoztak. Jó szívhangok esetén 24-szer alkalmazzuk, ebből 18 esetben kaptunk jó hatást, 13 spontan szült (72,2%). 4 expressióra, illetve episiotomiára szült meg, 1-szer fogót végeztünk. Kezdődő asphyxia daczára adtuk az injectiót 11-szer, 9 esetben jó fájásokat kaptunk, ezekből 3 spontan szült, 5-öt episiotomia után exprimáltunk, 1 fogót végeztünk. Ezekben az esetekben, a mennyiben nem sikerült volna a fájásokat felserkenteni, valamennyiben indikált lett volna a műteti befejezés, a melyet az esetek $\frac{1}{3}$ -ában sikerült elkerülni. Nagyon fontos körülmény, hogy 67%-ban mégis szükség volt a műteti beavatkozásra. Míg tehát jó szívhangok esetén várhatjuk a spontan lefolyást az esetek $\frac{2}{3}$ részében, addig rossz szívhangok esetén csak $\frac{1}{3}$ részben számíthatunk erre. Figyelmeztetés ez arra, hogy a mennyiben a hypophysis-kivonat nem hoz prompt hatást, a műteti indicatio bekövetkezése vagy fennállása esetén nem szabad várakoznunk, mert a műtét alig lesz elkerülhető s a magzat veszélybe jut a nél-

kül, hogy végeredményben az anyát a műtétől megkímélhetnők.

A fájások jellege tehát nem olyan, hogy akadályok legyőzésére alkalmasok volnának, mutatkozzék az a csontos vagy akár a lágy szülőutak részéről is. Ha a csontos medence részéről van akadály, a gyors és erős fájások inkább kinyújtják az uterus alsó szakaszát, mint eszközlik a configuratiót. Hasonló viszonyokat találunk, ha lágy szülőutak rigiditása késlelteti a szülést: a jó fájások hatása alatt nem annyira a méhszáj tágul ki, mint inkább a méh izomzatának retractionja fejlődik s még a kitágulás előtt bekövetkezik a magzati asphyxia. Ha csuk a gát adja az akadályt, az asphyxia még rövidebb idő alatt kifejlődik, mert a méh izomzata már amúgy is jórészt retrahálódott. Ilyen körülmények között előfordul az is, hogy jó szívhangok mellett adva az injectiót, jó fájások keletkeznek ugyan, de még mielőtt a szülés lefolyna, a szívhangok úgyszólván momentan rosszabbodhatnak s a magzatot már fogóval sem sikerül megmeníteni. Ezen körülmények miatt, továbbá mert a kimenetben levő előlfekvő rész mellett a szülés befejezése nem mondható súlyos beavatkozásnak, nem alkalmazzuk szívesen a hypophysis kivonatát akkor, ha az előlfekvő rész már a kimenetben van; különösen tartózkodnánk tőle abban az esetben, ha a szülés már amúgy is elhúzóddott s felvehetjük, hogy a magzat a méhből már mintegy nagy részével bele-született a hüvelybe s így a méh izomzatának fokozott retractionja a magzat légcseréjét amúgy is kedvezőtlenül befolyásolja. Míg tehát igen jó eredményeket látunk M. P.-kon üregben levő előlfekvő rész mellett secundaer vagy relatív fájásgyengeség esetén, kevésbé várhatjuk ezt, ha a csontos vagy a lágy szülőutak részéről akadály merül fel.

6. Hatás a lepényi időszakban.

Különbséget kell tennünk, a mint a szülés elején adtuk az injectiót vagy később, úgy hogy a hatás ideje még a lepényi szakra is kiterjedt, tehát $1\frac{1}{2}$ órával a szülés lefolyta előtt. Továbbá, hogy a lepényi időszakban vagy a lepénytávo-zása után atonia miatt adtuk a hypophysiskivonatot. Leghamarabb végezhetünk az atonia alkalmával adott injectiók hatásával. 3 esetben adtuk mindig sectio caesarea alkalmával; utána a méh csakhamar összehúzódott s jó tonust kapott. A lepényi szakban nem alkalmazzuk, csak abortus eseteiben; itt azt a megfigyelést tettük, hogy keletkeznek ugyan jó összehúzódások, de ezek nem elegendők arra, hogy a lepényt teljesen leválasszák és kihajtsák. A lepény visszamaradása esetén rendes szülés után nem adtuk, mert számoltunk annak a lehetőségével, hogy az összehúzódások hatása alatt ha le is válik a lepény, a méhszáj összehúzódása által, nem lévén, a mi a záródást mechanice megakadályozza, a lepény eltávo-zása megnehezítették s esetleg művi beavatkozásra leszünk utalva.

Nem szabad megfeledkeznünk az injectiók hatásáról a lepényi időszakra azokban az esetekben, a melyekben a kivonat adagolása után a határidőn belül lefolyt a szülés. Ilyen volt 96 esetünk. 2-szer a lepény a magzattal együtt távozott, mindkét magzat halva született (1 placenta praevia és 1 farfekvés); 2-szer a már levált lepény a belső méhszáj görcse miatt nem távozott (1 placenta praevia és 1 abortus) s később exprimálni kellett. Éppen ezen utóbbi két eset tanúsága volt az, a mely az elméleti megfontolás mellett visszatart attól, hogy a lepény távo-zása előtt a hypophysiskivonatot alkalmazzuk. Szülés utáni atonia volt 7 esetben. Ezek közül egyszer mesterségesen kellett leválasztani a lepényt, 3-szor kinyomtuk, 3-szor spontan megszületett s a méh mérsékelt atoniás volt. Egy esetben placenta disseminata volt. Hozzávéve ehhez azon esetet, a hol a szívósabb tapadás okozta a zavart, marad még 5 eset (5,3%), a hol esetleg összefüggést kereshetünk az atoniás állapot és a hypophysiskivonat között.

Az atonia egyszer sem volt oly súlyos, hogy secacorninra, massage-ra, forró és hideg öblítésre ne szűnt volna meg.

Több mint $1\frac{1}{2}$ óra mult el a szülés lefolyásáig az utolsó injectio után 40 esetben (abortusokat leszámítva), ezek közül atonia volt 16 esetben. Aránytalanul nagyobb tehát az olyan atoniák száma, a melyek a hatás lejártá után következnek be. Itt nem okolhatjuk a készítményt, mert elfogadható a magyarázat, hogy az egész szülés menetére kiterjedő atoniás állapot — bár a hypophysiskivonat segített rajta időlegesen — a szülés után is tartott. Azokban az esetekben, a melyekben a szülés az injectio után később következett be, mint a hypophysishatás átlagos tartama, 40 esetből 10-szer találkozunk a lepényi időszak zavarával, ebből 4-szer a lepényt le kellett választanunk, 3-szor kinyomtuk, 3 spontán távozott, de atonia miatt 1-szer *Momburg*-csővel való leszorítást kellett végezni. Látjuk tehát, hogy ha a hypophysiskivonatot nem sokkal a szülés lefolyása előtt adtuk, az eseteknek csak kis %-ában kaptunk atoniás vérzést. Nem hallgathatjuk el azonban azt a megjegyzésünket sem, hogy ilyenkor néha a lepényi szak zavara: korai leválás, a levált lepény incarcerationa is előfordul.

V. Hatás az anya szervezetének különös állapotai esetén.

Vitium, nephritis, tuberculosis, láz. Keresnünk kell, hogy a szervezet általános affectiói esetén mennyiben változik a hypophysiskivonat hatása s nem jár-e melléktünetekkel, a melyek az ép szervezetben csak jelentéktelen és futólagos módon jutnak érvényre (vérnyomásemelkedés). Kifejezett vitium 4 volt eseteink között, valamennyi kompenzált, feltűnő eltérést nem láttunk sem az anya szervezetére, sem a hatás módjára. Tuberculosis mellett 3-szor adtuk, azonban itt sem láttunk eltérést a máskor észlelt viszonyoktól. Kifejezett nephritis nem volt eseteink között. Szülés alatti lázban 11-szer adtuk, ezek közül csak 4 esetben keletkeztek jó fájások, 1-szer nem volt idő a hatás kiváráására, a többi 6 esetben alig vagy egyáltalán nem hatott a készítmény. Mindenesetre nagyon feltűnő körülmény, hogy lázas esetekben ilyen ritkán kapunk jó hatást. Nem tarthatjuk ezt véletlennek, elég számosság a tapasztalataink arra, hogy kimondhassuk, hogy a lázas állapot erősen lecsökkenti a hatásképeséget. Hogy mi ennek az oka, nem tudjuk, de nem valószínű, hogy az élénkebb chemiai folyamatok következtében az amúgy is rövid hatású organumos készítmény gyorsabban megy tönkre, illetve válik hatástalanná.

Meg kell még említenünk, hogy placenta praevia kapcsán 18-szor adtuk, ebből 15 esetben jó hatást kaptunk, 10-szer spontán folyt le a szülés, 2-szer exprimálni kellett, 3-szor a jó fájások dacára sem folyt le a szülés, illetve az előlekvő rész nem nyomódott rá kellőképp a placentára, úgy hogy fordítani kellett. Látjuk ebből, hogy a placenta praevia kezelésében is elég fontos szerep jut a hypophysiskivonatoknak.

VI. Hatás a magzatra.

A hypophysiskivonat által erősített méhösszehúzódások a lepény tapadási felületének csökkentésével a magzat életviszonyaira is kihatással lehetnek, foglalkoznunk kell ezért a magzatok sorsával is. Eltekintve azoktól az esetektől, a hol más okok is létrehozhatták az asphyxiát (placenta praevia, köldökszínór rácsavarodása a nyakra, magasfogó), csak azokkal az esetekkel foglalkozunk, a melyekben semmi más biztos oka nem volt az asphyxiának. Nem akarjuk ezzel azt mondani, hogy ezen esetekben kizárólag a hypophysiskivonat volt az asphyxia oka, azonban ha azt látjuk, hogy jó hatású injectiók után $1\frac{1}{2}$ órán belül lefolyt fejevgű szülés esetei közül 19 esetben kaptunk könnyebb-súlyosabb asphyxiát, ebből 3-at nem tudunk feléleszteni, nem zárkozhattunk el azon következtetés elől, hogy a hypophysiskivonat kedvezőtlen hatással van a magzati vérkeringésre. Keresnünk kell, hol volt a fej az injectio idején, mennyi ideig tartott előzőleg a kitolási szak. Persze azt nem mondhatjuk meg, hogy a hypophysiskivonat nélkül mikor következett volna be

az asphyxia, azonban mégis pro vagy contra érveket nyerhetünk észrevételünk tárgyában.

V. táblázat.
Hatás a magzatra.

A fej állása	Eset	Asphyxia	%	Exitus	%	
Bemenetben ---	26	2	7.7	1	8	fogó
Üreg ---	33	9	27.1	—	—	—
Kimenetben ---	16	5	31.2	2	12.5	expressio
Összesen ---	75	16	20	3	4	

Ez a táblázat csak azokat a fejevgű fekvéseket foglalja magában, a hol a hypophysiskivonat után jó fájások keletkeztek és a szülés az injectio után $1\frac{1}{2}$ órán belül, tehát még a kivonat hatása alatt folyt le. Látjuk ebből, hogy az asphyxia leggyakrabban oly esetekben következik be, a mikor a fej az injectio idején már a kimenetben van; ugyancsak ezen stadiumban fordul elő leggyakrabban a magzat hirtelen elhalása. Összevetve ezt a tényt a már előbb is mondottakkal, arra a véleményre jutunk, hogy ha a szülés a kimenetben megakad, a hypophysiskivonat, eltekintve attól, hogy csak a jóhatású esetek $\frac{2}{3}$ -részében hoz spontán szülést, a magzatra sem veszélytelen, mert elég gyakran (31%) asphyxia fejlődik ki és ki vagyunk téve annak is, hogy a magzat elhal.

Ha azt keressük, hogy a szülés elhúzódása mennyiben van befolyással a magzati asphyxia kifejlődésére, azt találjuk, hogy 37 olyan esetből, a melyben az injectiót burokrepedés után I.-P.-kon több mint 10, M.-P.-kon több mint 6 óra múlva végeztük, csak 6 gyerek volt asphyxiás. A többi 10 asphyxia és halál olyan esetekre esik, a melyekben a szülés még nem volt annyira elhúzódva. A szülés elhúzódásában tehát nem látunk olyan körülményt, a mely az asphyxia kifejlődését elősegíti.

A már kifejlődött magzati asphyxia dacára adtuk az injectiót 11 esetben. Ezek közül 4-ben köldökszínór-viszonyok, láz voltak az asphyxia okai. A fennmaradó 7 esetből 1 meghalt.

VII. Hatástalan esetek.

Átnézve azon eseteket, a melyekben a hypophysiskivonat nem jár kellő hatással, különböző tényezőkre kell gondolnunk, a melyek a hatástalansággal összefüggésbe hozhatók. Minthogy az előzőkből láttuk, hogy a szülés állása, a fájásgyengeség minősége és oka nem befolyásolja észrevehetően a hatásképeséget s minthogy a készítmények frissességére, a befecskedés módjára mindig ügyeltünk, kereshetjük a hatástalanság okát 1. a készítményben, 2. a szülőnő általános állapotában. Átvizsgálva eseteinket ezen szempontból, csak kevés támpontot kapunk, a melylyel a hatástalanságot összefüggésbe hozhatjuk. Egyedül a lázas esetek azok, a melyekben nyilvánvaló az összefüggés a hatástalanság és a lázas állapot között. E mellett, a mint már fennebb is említettük, feltűnő, hogy a hatástalan esetek legnagyobb része időbeli összefüggést mutat, így hatástalan volt az injectio 5., 6., 8., 9., továbbá a 28., 30., 33., azután a 123., 125., 134., 137., 143., 145., 149. számú esetünkben. Nyilvánvaló ebből, hogy itt a készítményben kell a hibát keresnünk, a mint azt már előbb megbeszéltük. Hatástalan eseteink egy részét arra lehetne visszavezetni, hogy csak egy befecskendést végeztünk (10), ilyenkor egy második adag talán kívánt volna a hatást, azonban erre a már szükségessé vált műtéti beavatkozás miatt nem került sor. Más esetekben teljesen ismeretlen az ok, a mely miatt a hatás elmaradt.

VIII. Különböző készítmények.

Kísérleteink első 50 esetében *Parke*-féle pituitrint adtunk, a többi 99-ben *Richter*-féle glanduitrint. A két készítmény egyforma jónak találtuk, a %-ban kifejezett hatásképeség

mind a kettőben egyforma. Tekintettel arra a körülményre, hogy egy alkalommal több egymást követő esetben eredmény nélkül adtuk a glanduitrint, de a pituitrinnel is előfordult ez, arra kell következtetnünk, hogy az egyes gyárak különböző időben készült adagjai nem egyenlő értékűek. Minthogy a glanduitrin kibocsátása csak akkor történik, a midőn az állatkísérletek alapján hatásosnak bizonyult, úgy látszik, hogy az állatkísérlet egymagában nem elegendő a készítmény hatásosságának megállapítására. Addig, a míg nem sikerül a hatóanyagot tisztán előállítani és a míg nem ismeretese a hatásos kivonat előállításának, talán a megfelelő mirigyek kiválasztásának a cautelái, addig csak közvetlen kísérletekkel lesz elérhető a készítmény hatásosságának megállapítása. Tekintettel arra, hogy a készítmények hatóereje 9 hónap alatt már csökken, szükséges volna a forgalombabocsátás, illetve az előállítás idejét a készítményeken megjelölni, hogy ilyen módon a hatástalan eseteket elkerülhessük.

IX. Eredmények.

Összegezve ezután a kivonatok hatásáról nyert tapasztalatokat, azokat a következőkben foglalhatjuk össze: A hypophysiskivonat vetelés vagy koraszülés megindítására egymagában nem alkalmas. Vetelés esetén a már folyamatban lévő méhtevékenységet egyéb eljárásokkal kapcsolatban kedvezően segíti elő, de a művi befejezés csak elvétve lesz elkerülhető. Több eredményt érünk el koraszülés eseteiben. A már felébredt, de elégtelen szülőtevékenységet legtöbbször kedvezően befolyásolja, a már meglévő fájásokat erősíti, a kimaradt fájásokat újra felébreszti. A rendes időre bekövetkezett szülési esetekben jó hatást kapunk úgy a táglási, mint a kitolási szakban, a spontán születeket illetőleg kedvezőbbek a viszonyok a kitolási szakban, különösen többször szülőkön. Akadályok legyőzésére a hypophysiskivonat hatása alatt keletkező fájások nem alkalmasak. A szülés utolsó stadiumában adva, el kell készülni lennünk arra, hogy a lepény idő előtt válik le vagy a méhszáj görcsös összehúzódása miatt nem távozhatik, bár ez csak ritkán fordul elő. A magzatra különösen a szülés előrehaladott szakában, a midőn az előfekvő rész az üreg mélyén van, gyakorol hatást, a mennyiben ilyenkor elég gyakran asphyxiát kapunk. Szülés utáni vérzés eseteiben gyorsan hat.

X. Az alkalmazás indikációi és feltételei.

Ezen tapasztalatok alapján körvonalazhatjuk azokat a feltételeket, a melyek a hypophysiskivonatok alkalmazását szabályozzák. Adhatjuk a hypophysis hátulsó lebenyéből készített kivonatot az anya és magzat veszélyeztetése nélkül fájásgyengeség eseteiben, ha a szülés elhúzódnál fenyeget. Tartózkodunk a készítmény alkalmazásától akkor, ha az előfekvő rész fölött a méh már jelentékenyen retrahálódott, vagy ha a magzati asphyxia már kifejlődőben van. Nem adjuk térrágytalanság vagy kedvezőtlen beilleszkedés mellett, mert ilyenkor rövid időn belül készen kell állanunk arra, hogy a szülést sokkal súlyosabb viszonyok között fejezzük be s kiteszszük az asszonyt a méhrepedés veszélyének. A magzatra gyakorolt, továbbá a lepényi időszakban előforduló utóhatások miatt a hypophysiskivonatot csak jól észlelt esetben és csak kellő indicatio fennállása mellett szabad adnunk és ha alkalmaztuk, a szülést végig kell észlelnünk és a szülőnőt állandó orvosi felügyelet alatt kell tartanunk. Jó hatású a hypophysiskivonat szülés utáni atonia eseteiben is.

X. Irodalom.

A hypophysiskivonat gyakorlati alkalmazásáról több száz cikk referál az irodalomban. A közlemények jó részét 1913 júliusában Hüffel összefoglaló cikkében találjuk felsorolva (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., XXXVIII). Legutóbb Hofstätter tollából kaptunk terjedelmes és igen értékes összefoglaló közleményt a hypophysiskivonatok alkalmazásáról (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., XXXVIII., Erg.-Bd. 143), a melyben az irodalmi adatokat kritikai módon tárgyalva, pon-

tos tájékoztatást nyerünk az eddig gyűjtött tapasztalatokról. Conclusiói nagyrészt megegyeznek a mieinkkel. Közleményéből inkább a mi tapasztalatunk kiegészítése végett kiemelni szeretnénk, hogy ő is óvatosságra int, különösen a luxusalkalmazástól, mert elég gyakori ilyenkor a magzati asphyxia. Ez ellen ajánlja a digalent. Az adag mekkorására vonatkozólag azt a tanácsot adja, hogy mivel az egyes asszonyok különböző mértékben reagálnak, kis adaggal (1 cm³) kell kezdenünk és esetleg később meg lehet ismételni az adagot. Ilyen módon el lehet kerülni a tetanus-szerű görcsös összehúzódásokat. A szervezet általános affectiójakor vigyázni kell, mint minden olyan szerre, mely a vérnyomást emeli. A praeparatum megbízhatóságára vonatkozólag ugyanazon követelményeket állítja fel, mint mi. Az ő közleménye óta nagyobb anyagról számol be Oppenheimer, Foges a Wertheim-klinikáról, Garlund Stockholmból, Tassius Breslauból. Tapasztalataik nagyjában megegyeznek a mieinkkel, csak annyiban van különbség, hogy Garlund szerint a kevésbé a szülés befejezése előtt adott injectio a lepényi szakot kedvezőtlenül befolyásolja, több az utóvérzés (17%). Ezt ő arra vezeti vissza, hogy az izomrostok retractiójával járó eltolódás nem tudott lépést tartani a méh kiürülésének gyorsaságával. E miatt nem tartja jogosnak, hogy utóvérezések ellen prophylacticumként alkalmazzák. Tassius pituitrint és pituglandolt alkalmazva, az utóbbit megfelelőbbnek találta, mert kevesebb esetben okoz görcsös összehúzódást és ritkább a magzati asphyxia is. Meg kell még emlékeznünk Foges-nek a dolgozatáról. A pituitrinhatásra vonatkozólag az optimalis feltételeket bizonyos mértékben azonosnak tartja a fogó feltételeivel. Ez megfelel a mi tapasztalatainknak is. Hangsúlyozni szeretnénk azonban, hogy nem szabad a feltételeket összecserélni az indikációkkal, mert éppen számadatainkból kitűnik, hogy midőn a fogó főleg a magzat érdekében indikált, akkor a hypophysis-kivonat nemcsak hogy kevés eredményt ígér, de a magzat miatt egyenesen kerülendő.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Fialka Gusztáv: A betegápolók tankönyve. Budapest, Franklin-társulat. Ára 4 K 20 f.

Négy éve annak, hogy a szerzőnek „A betegápolás kézikönyve” című munkája megjelent. Ez a könyv azonban a „Gondviselés” ápolónőket képző egyesület növendékei számára készült, vagyis olyanok számára, a kik legalább négy polgári osztályt végeztek, tehát csak aránylag körülírt kör igényeinek felelt meg. Ezért a szerző elhatározta — amúgy is fogytán lévén ez a könyv —, hogy átírja úgy, hogy mindenkinek megfeleljen, a ki az ápolói pályára készül s egyúttal vezérfonal legyen a családok számára is. Ily módon született ez a munka, a mely egyesíti magában a régebbinek valamennyi jó tulajdonságát a rövidséggel és a még könnyebben érthetőséggel. Nem ártott volna azonban, ha a szerző felvette volna munkája keretébe a fontosabb kötözésmódokat is.

Lapszemle.

Belorvostan.

A cholera gyógyítására nagyjelentőségűnek mondja Gaertner tanár a hypertoniás konyhasóoldat infúzióját. A cholera vibriók vagy anyagcseretermékeik jelenléte a bélben hatalmas folyadékáramlást létesít a vérből a bél és a gyomor felé. A szerző Beck-vel együtt már több mint 20 évvel ezelőtt kimutatta, hogy a vér túlsósásával ellenkező irányú folyadékáramlást lehet előidézni; ezen alapon már akkor ajánlották, hogy cholera eseteiben meg kellene kísérelni a hypertoniás konyhasóoldat intravenás használatát. Rosner főorvosorvos akkoriban Budapesten néhány esetben jó eredménnyel használta is a módszert, ez azonban feledésbe merült és csak

1909-ben vette ismét alkalmazásba *Rogers* (Calcutta) olyan eredménnyel, hogy az előbbi 60% halálozás 23%-ra csökkent. Az utolsó balkán háborúban *Müller* és *Löwy* is használta a hypertoniás konyhasóoldatot, de nem intravenásan, hanem subcutan; a halálozás csak 16.4% volt (31 beteg), noha előzőleg 42%-ra rúgott. A mi az eljárás technikáját illeti, nincs szükségünk a *Rogers*-féle komplikált oldatra (1 liter vízre 15 gr. konyhasó, 0.45 gr. calciumchlorid és 0.70 gr. káliumchlorid). *Gaertner* szerint 1 kilogramm testsúlyra 0.6 gr. konyhasót számítsunk; 60 kilo súlyú ember számára tehát 36 gr. konyhasót vegyünk s ezt fecskendezzük be 2—3%-os oldat alakjában (tehát 1800 vagy 1200 gr. vízben). A vérbe folyatás közben az oldat hőmérséke 40° C legyen. A folyadék beömlése a vérbe lassan menjen végbe, átlag 1/2 órát vegyen igénybe; a gyors beömlés káros lehet, tüdővizenyőt okozhat. Ügyelni kell természetesen arra is, hogy ne állhasson be levegőembolia. A bőrön át közvetlenül beszűrni a vénába nem ajánlatos az ilyen hosszabb időt igénylő beömlesztéskor, de különben is sok esetben nem is sikerülne, mert a nagy folyadékvesztés miatt, mely a beteget érte, nem lehet megduzzasztani a vénát. Legjobb tehát a vénát 2 cm. hosszúságban kikészíteni, a szív felé lecsiptetni, periferián lekötöni, és az ollóval ejtett kis harántmetszést át bevezetni a kanült; az infusio megtörténte után a szív felé eső venarészt is lekötjük és a két lekötés közti venadarabkát kimetszszük. Többnyire elegendő egy infusio a cholera colapsus megszüntetésére; szükség esetén azonban a második és harmadik napon megismételhetjük. Hogy a vesék ereire is gyakoroljunk hatást és ezzel az oly vésszerű jellegű anuriát megelőzzük, pituitrint vagy szőlőcukrot lehetne adni a beömlesztendő folyadékba; a szerző 3% szőlőcukor hozzáadását javasolja. Végül megjegyzendő, hogy *Rogers* a hypertoniás infusio mellett belsőleg kalium hypermanganicumot is ad, még pedig egyrészt ital gyanánt (0.1—0.7 gr. 1 liter vízre), másrészt pedig keratinos pilulák alakjában, egyenként 0.15 hatóanyaggal; ezekből a pilulákból 8-at 1/4 órás időközben vétet be, azután pedig 1/2 óránként ad egyet-egyet; véleménye szerint a kalium hypermanganicum elpusztítja a cholera-toxinokat. (Wiener med. Wochenschrift „Militärarzt“ mellékletének 1914. évi 23. száma.)

Sebészet.

A tetanuskérdésről a következőket írja *Kreuter* tanár. A sebfertőzésnek e legveszedelmesebb alakja szerencsére békében csak szórványosan fordul elő, háborús viszonyok között azonban tekintélyes számmal jelentkezhetik s ezért most különös figyelmet érdemel.

Miként a többi összes fertőző betegségben, a tetanusban is a prophylaxisnak van a legnagyobb fontossága, mely lehet helybeli és általános. A háborúban szerzett sebek a belépő jutó idegen testekkel, talajrészecskékkel s nem ritkán lótrágyával vannak szennyezve s ezért egyetlen egy sebről sem tudhatjuk, vajon nincs-e fertőzve tetanussal. Ne feledjük, hogy a tetanusbacillus nem okoz genyedet és a seb gyógyulását legkevésbé sem zavarja. Békében szerzett tapasztalatok szerint a tetanus gyakran a már behegedt sebből indult ki. Gondoskodnunk kell tehát a sebkezelés egyszerűsítéséről, az idegen testek eltávolításáról, a tasakok megszüntetéséről s a sebváladék lefolyásának biztosításáról.

Nehezebb már az általános prophylaxis követelményének megfelelni, a mi a gyógyszerumnak lehető korai alkalmazásában áll. Már a sebek kiválasztása is nehézséget okoz. Általában tetanussal való fertőzésre gyanusnak mondhatók az összes üreges lágyrész- és csontsérülések, illetve zúzódások, a minők a gránát, a schrapnell és a gyalogsági fegyver okozta szakított sérülések (*Querschläger*). Kiváltképp a sebbe behatolt ruha- és fehérneműfoszlányok, talajrészecskék és gázok rothasztók jelentenek rosszat. Ezekhez sorozzuk az elgázolások és patkócsapások folytán keletkezett sebeket s ama kisebb melléksérüléseket, melyek bizonyos körülmények között a fertőzés kapui lehetnek.

Hogy a gyógyszerum prophylaxisos alkalmazásának kiváló eredményei vannak, minden kétségen felül áll és a tudomány mai állása szerint vita tárgyává tenni felesleges is. A költséges serumnak kellő mennyiségben való beszerzése azonban nehézséget okozhat. A serumot tudvalevőleg a tünetek jelentkezése előtt kell a bőr alá fecskendezni. Ez kb. 2 hétre terjedő védelmet nyújt. A beoltandó serum mennyisége legalább 100 antitoxin-egység legyen. Vajjon sikerül-e ezzel a tetanus kitörését teljesen bizonyosan megakadályozni, nyílt kérdés. Számolnunk kell a bejutott csírák mennyiségével, virulentiájával, bár ezek meghatározása nem áll módunkban.

A prophylaxis oltás enyhébb fertőzések ellen biztos védelmet nyújt; kifogástalan állatkísérletek bizonyítják ezt. Súlyos esetekben, ha csak annyit sikerül a korai serumbe-fecskendezésekkel elérnünk, hogy a betegség kitörését elodázhadjuk vagy lefolyását enyhíthetjük, már ezzel is sokat tettünk.

A tetanusbacillus az obligat anaërobok és tiszta toxin-képzők közé tartozik. A bacillusok legnagyobb része az infectio kapujában marad, de megtalálhatók a vérben, a nyirokcsomókban és a parenchymás szervekben is. Gyakorlatilag legfontosabb a méreg tovaterjedésének módja a szervezetben. A toxin a vérben, a nyirokban és a liquorban is jelen van; főtömegét azonban a mozgató idegek vezetik. E vezetés rendkívül gyors. Ugy az idegek, mint a testnedvek által vezetett toxint a gerinczvelő elülső szarvaiban levő mozgató idegsejtek kötik meg, még pedig rendkívüli nagy affinitásuk miatt oly erősen, hogy tőlük elválasztani többé nem lehet.

Az a mód, a melylyel a gerinczvelő a toxinra reagál, ismeretes. Kiemelendő néhány kezdeti tünet. Ilyen a sohasem hiányzó nyeléspanasz, negatív toroklelet mellett. E panaszt gyakran kezdődő anginának ítélve, csak későn értelmezik helyesen. Nyeléspanaszok jelenléte esetén tehát, ha a tetanus-sal való infectio lehetősége fennáll, haladéktalanul foganatosítsunk erőlyes serumkezelést s tartsuk a beteget állandóan megfigyelés alatt.

Második fontos tünet a trismus, mely már a kitört tetanus első jele s utána gyorsan kifejlődnek az általános görcsök és tőlük függetlenül az izommerevedések.

Említést érdemel a tetanusnak azon alakja, melyet a hosszabb incubatiójú, vagy az enyhébb lefolyású esetek némelyikében észlelünk. Itt csupán a megsérült végtag izmaiban vagy csak ezeknek némelyikében állanak be görcsök és merevedések. Ez a localis tetanus, melyet nemcsak állatokon, hanem legutóbb emberekben is minden kétséget kizárólag és több alkalommal észleltek trismussal és trismus nélkül.

A tetanus incubatiója rendkívül változó. Néha csak néhány óra. Ismeretes ama régi szabály, hogy a tetanus annál súlyosabb lefolyású, minél rövidebb az incubatiója s annál kisebb a gyógyulás reménye. Mondhatjuk, hogy a 8—10 napnál rövidebb incubatiójú esetek 80—90%-a halállal végződik. A 2. hét végén kitörő tetanus prognosisa jóval kedvezőbb, bár itt is előfordulnak gyors lefolyású és hirtelen halállal végződő esetek. Míg a serumkezelés az első héten kitörő esetekben csaknem teljesen eredménytelen, addig a 2. héten kitörők mortalitását már jelentékenyen csökkenti.

A kitört tetanus kezelése localis és általános. A seb kezeléséről fentebb tájékozódunk. Régebben ajánlották a sebek kimetszését és a sérült végtag amputatióját, azonban ezzel legfeljebb csak a további méregmennyiség bejutását akadályozhatjuk meg. Amerikai szerzők ily kísérletei kimutatták, hogy az amputált állatok ugyanazon időben és ugyanazon tünetek között pusztultak el, mint a nem amputáltak. Azonban kisebb testrészek, pl. szétzúzott ujjak azonnali amputatiójának jogosultságát senki sem fogja tagadni.

A serumnak a seb közelében befecskendezése nem ad jobb eredményt, mint a test bármely részén alkalmazása. Száritott serumnak a sebbe való behintése vagy autotoxinos kenőcsöknek a sebre való reákenése is csekély értékű, különösen genyedéssel járó zúzott sebész esetén, a hol a nedv-áramlás kifelé történik.

A mi az általános kezelést illeti, a serum alkalmazásának módjai közül ajánlatos a subcutan injectio, de ha gyors és intenzív méregkötést akarunk elérni, jobb módot is választ-hatunk. A vérben keringő mérget az antitoxinnak intraveno-sus befecskendezésével köthetjük meg legbiztosabban. Az intravenosus dosis ne legyen 100 egységnél kisebb. Amerikai szerzők pár nap alatt több 100.000 egységet is juttattak a vérkeringésbe és súlyos esetekben jó eredményt értek el. A serumot a szervezet gyorsan kiválasztja minden kár nélkül. Az idegek által vezetett toxin megkötésére a Mayer, Ransom és Küster ajánlotta endoneuralis antitoxinkezelésnek csak elméleti értéke van.

Permin kiváló vizsgálatait óta az endoneuralis mér-g megkötését a serumnak a gerincz-csatornába, a gerinczvelő ideggyökeihez való befecskendezésével végezzük; ezen alkalmazáskor az endoneuralis hatás nyilvánvalóan létre is jön, úgy hogy e módszer a legmelegebben ajánlható. Következő-képpen végzendő: A törzsizomzat merevségének megszünte-tése végett a beteget narkotizáljuk s lumbalpunkciót végezve, 15 cm³ liquort bocsátunk ki, majd lassacskán legalább 100 egységnyi serumot juttatunk be a gerincz-csatornába. Igen fontos, hogy az injectio után a beteget úgy helyezzük el, hogy a feje a lábainál jóval mélyebben legyen, hogy ily mó-don a serum az egész csatornában szétáramolhasson.

A betegség súlyosságához képest az injectio még aznap megismételhető, sőt nagyobb adag is alkalmazható egyszerre.

Mivel ez injectiók csak a mér-g további odajutását akadályozzák meg, ezért nem várható tőlük az izommerevség vagy a görcsök megszűnése.

A serum többi alkalmazásmódja közül még az intra-muscularis érdemel említést, bár kérdéses, hogy jobban hat-e az intravenosusnál. Az intracerebralis injectióktól pedig óva-kodjunk, mert csak a halálozás számát emelik.

A tetanus általános gyógykezelésében a serumkezelés mellett nagy szerepet játszik a görcsök megszüntetése. E célból a beteget csendes helyen elköltöztetjük s óvjuk minden-től, ami izgatná. Nappal 2—3 óránként morphint s éjjelre 5 gr. chloralhydratot kap, utóbbit a végbélbe.

Permin egy statisztikája szerint a serumtherapiával a 10 napon aluli incubatiójú esetek halálozási százalékát 95-ről 73-ra s a 10 napon túliakét 70%-ról 40%-ra sikerült le-nyomni.

Végül a két újabb eljárás közül a Meltzer és Auer ajánlotta magnesiumsulfat-kezelés mellőzendő, mert, bár a görcsöket pillanatnyilag megszünteti, de oly súlyos légzés-zavart okoz, hogy sokszor órákig tartó mesterséges légzés válik szükségessé. Ez eljárásnak nincs létjogosultsága, mint-hogy magára a tetanusra közvetlen gyógyító hatása nincs, csupán a görcsökre, ezeknek csillapítása azonban kevésbé veszedelmes szerekkel is elérhető. A Baccelli-féle carbolkezelés alig jöhet komolyan szóba. A carbol csillapító hatását más hypnoticumok felülmulják. Az olasz szerzők fényes statisztikái azzal magyarázhatók, hogy nagyjából hosszú incubatiójú esetekre vonatkoznak, a melyek — mint tudjuk — sokkal enyhébb lefolyásúak; Rose statisztikája szerint Olaszország-ban a tetanus-halálozás százaléka csak 20, pedig e statisztika a gyógyszerum alkalmazása előtti időből való. (Münch. med. Wochenschr., 1914, 2045. old.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 41. szám. Katona József: 4788 scarlatina-esetről szerzett tapasztalatok. Kovács Bertalan: A táplálkozás szerepe a csecsemők rendellenes constitutiójáról.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Süsz Ferencz dr. makói orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, Lakner Zoltán dr.-t és Gergely Fülöp dr.-t vasúti orvossá, Vecsey Lajos dr.-t a kaposvári kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Az orvostanhallgatók segítő egyesületének kórházát az orvosi fakultás dékánja október 14.-én nyitotta meg; a sebészeti esetek ellátását a III. sz. sebészeti klinika igazgatója, Verebely Tibor egyetemi tanár vállalta el.

Meghalt. Gaál Gábor dr. breznóbányai orvos, a ki az uzsoki orosz betörés alkalmával egy nyomaveszett katonarvos helyettesítésére vállalkozott, a haza érdekében önfeláldozóan teljesített működése köz-ben ellenséges golyótól. — Kovács János dr. m. kir. honvéd-főtörzsor-vos Krakkóban. — Hevesi Gyula dr. Tolnamegye tiszteletbeli főorvosa, október 8.-án 79 éves korában.

A cholera állása hazánkban. Október 8.-ától 13.-áig 231 cholera-eset fordult elő, a melyek közül 79 vonatkozik polgári egyénre, a többi az északi harcztérrel jött katonákat illet. Az esetek a megyék betű-rendes sorrendjében a következő helyeken voltak (a szám nélküli helye-ken 1—1 eset fordult elő): Abaujmege: Alsónovaj 2, Kassa, Szikszó; Aradmegye: Arad; Barsmegye: Kiskálna 2; Bácsmegye: Baja, Pan-csova; Beregmegye: Bátor; Békésmegye: Békés 2, Békéscsaba, Endrőd 2, Gyoma; Biharmegye: Kőrösgyeres 2, Kőrösszegapáti, Kőröstarján, Magyarcséke, Nagyvárád 8; Borsodmegye: Hejőcsaba, Miskolc 2; Csongrádmegye: Szeged; Esztergommegye: Dorog, Párkány; Fejér-megye: Ráczalmás, Székesfehérvár 3; Gömörmegye: Rozsnyó; Hajdú-megye: Debreczen 3; Hevesmegye: Poroszló, Sarud; J.-N.-K.-Szolnok-megye: Szolnok; Kisküüllőmegye: Kerélszentpál, Maroscsap; Komá-rommegye: Komárom, Perbete; Kolozsmegye: Kolozsvár 3; Liptó-megye: Ivachnófalva, Liptószentmiklós, Némethlipcse 7; Nógrádmegye: Balassagyarmat 59, Fülekpuspöki, Losonc 5, Salgótarján, Zagyvapál-falva; Pestmegye: Budapest 38, Rákospalota, Szalkszentmárton, Tápió-bicske; Pozsonymegye: Pozsony 3; Sárosmegye: Bártfa, Kapi; Sza-bolcsmegye: Ótelek, Tiszadada; Szatmármegye: Krasznabéltek; Szeben-megye: Nagyszeben; Szepesmegye: Igló, Lőcse 2, Olubló 3, Szepes-szombat 3; Szolnok-Dobokamegye: Nagykőrös, Szamosújvár; Temes-megye: Temesremete, Temesvár; Tolnamegye: Dunaföldvár; Torda-megye: Torda; Torontálmegye: Felsőtöttebe, Melencze; Trencsénmegye: Csacza 2, Hólak 2, Zsolna 7; Ungmegye: Alsóhalas, Alsóhunkóc, Laborcszög 3, Nagykapos, Palócz, Perecseny; Zemplénmegye: Bodrog-olási, Hor, Luka, Mád, Olaszliszka, Örmözd, Sátoraljaújhegy 2, Szinna 2, Tiszaluc 2; Zólyommegye: Bodrogkeresztúr, Deregyhő, Farkaspető-falva, Zólyom.

A cholera elleni védekezés tárgyában a miniszterelnök a kö-vetkező körrendeletet bocsátotta ki:

A reánk kényszerített nagy mérközés, a melyben a magyar nem-zetnek életképességéről, akaraterejéről, egész erkölcsi értékéről kell tanubizonyosságot tennie s ezzel egy jobb és szebb jövő alapjait meg-vetnie, fokozott kötelességeket hárít az egész vonalon az itthonmara-dottakra is.

A háború szaporítja az elvégzendő munkát, fokozza a vállalkra nehezedő terheket s a munkásezeknek, a terhet bíró vállalknak nagy részét a harcmezőre szelítja el. Az egész munkát az itthonmaradot-taknak kell elvégezniük, a hadrakelték munkaerejét nekik kell pó-tolniuk.

A rendkívüli viszonyok okozta rendkívüli feladatokkal is meg-birkózni kész friss tetterővel és azzal a felemelő tudattal kell minden-kinek, minden téren helyt állnia, hogy ez a nagy erőpróba nemcsak a hadsereg, hanem az egész nemzetre vár. Akkor, csakis akkor, ha mindenkit áthat ez a felfogás, s ha mindenki kettőzött buzgalommal igyekszik a cselekedetek terén hasznossá tenni magát, fogja a magyar nemzet a gondviselés által eléje állított nagy problémát hozzá méltóan megoldani.

Különös nyomatékkal kell érvényesülnie ennek a felfogásnak a közegészségügy terén. Orvosi karunk nagy része elvonatott rendes fog-lalkozásától; a polgári hivatásuknak élő itthon maradt orvosoknak száma a rendes egészségügyi szolgálatra is elégtelen; pedig a háború tetemesen fokozza a közegészségügyi szolgálat feladatait.

Bárminő fokozott buzgalommal éljen is orvosi karunk hivatásá-nak, a közegészségügy terén csak akkor lehetnek kielégítő állapotok, ha az egész társadalom az orvosok segítségére siet. Nem az orvost mellőző dilettáns buzgólkodás, a többé-kevésbé modernizált kuruzslás lebeg szemeim előtt. Az orvossal karöltve, az orvos vezetése alatt, az ő munkáját kiegészítve kell a társadalomnak sorompóba lépnie.

Lehetőleg minden községben, a hol elegendő számú orvos nem áll rendelkezésre, ki kell szemelni azt az egy vagy több alkalmas egyént, a ki az orvos működésének támogatására vállalkozik. Ezeknek nevét közhírré kell tenni; megmondani, hogy orvos hiányában hozzá-juk forduljon mindenki, a kinek betege van. Nekik kell az orvossal érintkezésben állniuk, tőle olyankor, a mikor személyesen nem jelenhet meg a községben, levél- vagy telefon-utasítást kérniük, orvosi látogatás alkalmával az orvost a betegekhez elkísérniük, hogy utasításait átvehes-sék s azoknak megtartását, a gyógykezelés pontos teljesítését és a be-tegség további lefolyását felügyelhessék.

A régi magyar úrasszonyok nemes alakjai elevenednek meg sze-meim előtt, a kikhez orvosságért, jó tanácsért a hetedik falu népe is elzarándokolt s a kikkél a szakértelem hiányát sokszor pótolta a nép rendületlen bizalma és a nagyobb tekintély, a mely meghagyásaikat övezte.

Ugyanezt a szolgálatot tudományosabb alapon, tehát czélszerű-ben, hatékonyabban hajthatja végre a jelenlegi társadalom, a mely nem orvos nélkül, hanem az orvos felügyelő és végrehajtó bizalmi közege gyanánt gondozhatja betegségeitől sújtott embertársait.

Fokozott mértékben lép ez áldásos munka jelentősége járványok alkalmával előtérbe, legnagyobb mértékben pedig a cholerajárvány le-küzdésekor.

E járványnak borzalmas volta kizáróan a társadalom hanyagsá-gában, ijedtségében és az óvintézkedések elmulasztásában rejlik. A

milyen borzalmas pusztításokat okozhat ott, a hol emberi értelem és emberi akarat útját nem állja, céltudatos működéssel éppen olyan feltétlenül megzabolázható.

Nincs egyetlen járvány sem, a melyben olyan biztos hatással s olyan könnyen lehetne fertőtleníteni.

Tisztaság, ivó- és folyóvizeknek fertőzéstől való megóvása, a beteg testből eltávolodó kóros anyagoknak azonnali fertőtlenítése a fődolog. Kellő mennyiségű méz és carbol, lelkiismeretes pontosság, a közönséget felvilágosító, annak bátorságát visszaadó, bizalmat megnyerő felügyelet biztosan célhoz vezet.

Életbevágó fontossággal bír tehát, hogy minden cholérától fenyegetett községben a hatóság a helyi viszonyok szerint a lakosság alkalmas tagjainak bevonásával alakítsa meg az 1876: XIV. törvény-cikk 151. szakaszában elrendelt járványbizottságot és ckként szervezze a védekezést.

E védekezés sikerét leginkább az biztosítja, hogy lehetőleg nyomban jelentkezék, gyógykezeltesse magát és egyúttal felügyelet alá kerüljön minden choleragyanus beteg, úgy hogy minden belőle eltávolodó fertőző anyag azonnal desinfectio alá kerüljön.

A kórházkérdés elintézésénél is ez a szempont legyen irányadó. Faluhelyen is kell cholerakórházat állítani. De gyakorlati tapasztalatok alapján a legnyomatékosabban azt ajánlom, hogy minden olyan helyen, ahol a modern hygiene szempontjának megfelelő s a beteg gyógyítására garantiákat nyújtó kórházat felállítani nem lehet, csak azt a beteget vigyük kórházba, a ki eltitkolta baját, vagy a kinél a desinfectiálás keresztültöltve másként lehetetlennek bizonyul.

A falusi cholerakórházak nagy részének berendezése ugyanis szükségképpen olyan, hogy érthető ijedelmet okoz mindenkiben az oda beszállítás gondolata. Ha tehát köztudomásra jut, hogy minden choleragyanus ember ezekbe a kórházakba kerül, természetesen titkolni fogja mindenki baját s rejtéshelyeken fogja magát vonszolni mindaddig, a míg teljesen le nem veszi a lábáról a ragály. Ezzel pedig nemcsak saját életét veszélyezteti, hanem az egész lakosságát is, mert betegségének egész titokban tartott időszakában ellenőrizhetetlenül szórja el a fertőző anyagot.

Célszerű megoldásnak az látszik tehát, ha köztudomásra jut, hogy feltétlenül kórházba kerül, a ki eltitkolja baját vagy nem hajlja végre a fertőtlenítő intézkedéseket. Az ellenben, a ki a legkisebb gyöngékedésre nyomban jelentkezik és pontosan fertőtleníti, házi ápolásban hagyható.

Ezzel elérjük azt, hogy mindenki sietni fog a jelentkezéssel s a fertőtlenítésben is segédkezik fog nyújtani, tudva azt, hogy a kórházba szállítást ez által elkerüli.

Maga a fertőtlenítés konstatált betegnél igen egyszerű. Ágyba kell fektetni, szigorúan megtiltani, hogy szobáját elhagyja s valamely csuprot bocsátani rendelkezésére, a melybe megfelelő mennyiségű méz töltendő. Használat után a csupor tartalmát azonnal egy szintén mésszel és nyers carbollal bőven desinfectiált emésztőgödörbe kell tölteni s a mennyiben a beteg ágyát, ruházatát és a földet is beszennyezte volna, azt is nyomban fertőtleníteni.

A család tagjait a lehetőséghez képest a betegtől el kell különíteni. Mindenesetre gondosan meg kell magyarázni mindenkinek, hogy a fertőzés csak a szájon keresztül történhet, kezüknek és az ételmezszernek tisztántartására a legnagyobb gondot fordítsák s általában az adott utasításokat pontosan hajtsák végre. Idegeneket természetesen szigorúan távol kell tartani a beteg szobájától s lehetőleg az egész udvartól. Arról ellenben gondoskodni kell, hogy a beteg egy vagy több családtagja részéről megfelelő ápolásban részesüljön.

Ezek mindmennyi olyan teendők, a melyeknek elrendelését és felügyeletét minden értelmes ember kifogástalanul elláthatja. Kellő orvosi utasítás és bevezetés mellett rábizhatjuk a társadalom értelmes tagjaira bizonyos gyógyszerek alkalmazását is, úgy hogy mindenütt, a hol gyáván vagy értelmetlenül el nem zárkozik a társadalom a ráháruló feladatok teljesítése elől, győzelmesen fogunk a cholera veszedelmeivel megküzdeni.

A fentiek alapján azzal a felhívással fordulok alispán úrhoz, hogy a társadalomnak ezt a segítő közreműködését tettekreletni szíveskedjék. Nem valamely kormányrendelet bürokratikus, sablonos végrehajtásáról, hanem életbevágó fontosságú nemzeti actio megindításáról van szó. E munkában vesse latba egész egyéniségét és mint a törvényhatóság bizalmának letéteményese, e bizalom nyújtotta erővel hozza mozgásba a lelkeket.

A hol a háborúval kapcsolatos különböző segélyactiók intézésére helyi bizottságok alakultak, ezen egészségügyi munkát is legcélszerűbben ezek a bizottságok intézhetik. Az Országos Segélybizottság Népgondozó Osztálya buzdítással, irányítással és tettel teljes erővel e cél rendelkezésére áll. A hol lehet, fel kell használni a meglevő kereteket, összhangba kell hozni ezt a munkát a magyar társadalomnak a háborúval kapcsolatos egész segélyactiójával, de bárminő forma mellett biztosítani kell a főczél, tudniillik azt, hogy lehetőleg minden községben megfelelő emberek álljanak ez ügy szolgálatába.

Leiratom közzététele mellett utasítsa az elsőfokú hatóságokat, hogy a rendelkezésre álló orvosok és helyi bizottságok bevonásával haladéktalanul létesítsék, a hol csak lehetséges, ezt a társadalmi egészségügyi szolgálatot.

Egyidejűleg felhívom alispán urat arra is, hogy mindenütt, a hol a cholera megállapított, vagy annak veszélye közeleg, megfelelő mennyiségű méz és fertőtlenítő szer készentartásáról gondoskodjék.

E rendeletemet a belügyminister úrral egyetértve adom ki, a kinek a közegészségügy intézése körüli törvényes hatáskörét természet-

szerűen érinteni nem kívánom. A közegészségügyi szolgálat, a cholera ellen való védekezés további kérdéseiben őt illeti az intézkedés joga s az erre vonatkozó felterjesztéseket és jelentéseket ő hozza szíveskedjék intézni.

Ezen felhívást azonban az ügy fontosságára s a háborúval kapcsolatos társadalmi actióval, szoros összefüggésére való tekintettel az egész kormány nevében én kívántam alispán úrhoz intézni, különös tanujelét öhajtván ezzel is adni annak a nagy fontosságnak, a melyet a kormány ez ügynek s általában a társadalmi közreműködésre, cselekvésre keltő egész actiónak tulajdonít.

Egész bizalommal várom el alispán úrtól, hogy a buzgalom, kötelességtudás, pontosság, a hol kell, a járvánnyal való bátor szembenézés terén is jó példával fog előljárni.

Védőoltás a cholera ellen. Pécsi Dani dr., a jól ismert himlőnyiroktermelő-intézet tulajdonosa, arról értesít, hogy nála (II., Margit-körút 45.) állandóan kapható:

1. Pfeiffer-Kolle-féle choleraellenes védőoltóanyag. Ezen anyagot Bereg- és Ungmegyében már sok ezer emberen kipróbálták. Az oltás után az esetek 10–12 %ában reactio van. A hőmérsék két napon át 38–39°-ra emelkedik. Az első oltás után 8 nappal újabb oltást kell végezni. Az első alkalommal 0.5 cm³-t kell a regio infraclavicularisba vagy a r. hypochondriacába befecskendezni, a második alkalommal pedig 1 cm³-t. Jodtincturával desinfectiálunk.

Pécsi dr. közli, hogy a kollegákat, a kik cholera ellen vaccinálnak akarják magukat, naponta este 5–8 óra közt intézetében díjmentesen vaccinálja, a mikor is a kollegák elsajátíthatják a védőoltás technikáját.

2. Pfeiffer-Kolle-féle typhusellenes védőoltóanyag. Ebből is két injectio kell.

3. Shiga-Kruse-féle polivalens dysenteriaellenes gyógyító serum. Ebből egy izben kell 5 gr.-ot a bőr alá fecskendezni.

A choleraelleni védőoltóanyagból 1 phiola (6 egyénre) ára K 5.50
A typhuselleni védőoltóanyagból 1 phiola (6 egyénre) ára K 5.20
A dysenteriaellenes serumból 1 phiola (2 egyénre) ára K 8.—
A dysenteriaellenes serumból 1 phiola (4 egyénre) ára K 16.—
Az oltóanyag bármely mennyiségben kapható.

SANITAS PENSIO BUDAPEST, VIII., Mária-utca 30. sz.

Csendes helyen, hygienikusan berendezett ház, kerttel, családias otthon. Gondos ápolás. Speciális diéta, ideg-gyomor, vese- és cukorbetegségek részére. Kitérő ellátás, mérsékelt árak. Állandó szakorvosi felügyelet. — Telefon: József 42—08.

Budapesti **ZANDER** —intézet. Semmelweis utca 2. medico-mechanikai Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos, IV., Ferenc József-rakpart 26.

Orvosi laboratórium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek négygyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratórium.**

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. fekvő betegek is felvétetnek.

Orvosi laboratórium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sark.) Telefon 81—01. Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, négygyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy Wostnski István dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes elektroterapeutikai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgia, gúdk, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen. —

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyimód, villamos kezelések. Hízlató, soványító kúrák. Bejáróknak is. **sanatorium és vízgyógyintézet**

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: Dr. Ullrich Gyula.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete **UJTÁTRAFÜRED.** Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratórium Fekvő- és hízlató-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XV. rendes tudományos ülés 1914 május 9.-én). 762. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 763. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XV. rendes tudományos ülés május 1914 9.-én).

Elnök: id. Liebermann Leo.

Jegyző: Dollinger Béla.

A májra és a hasnyálmirigyre ráterjedt gyomorráknak resectióval gyógyult esete.

Fáykiss Ferenc: A gyomorrák gyökeres műtete ma már igen előhaladt esetekben is sikerrel végezhető. A daganat nagy kiterjedése, a szomszédsággal való összekapaszkodása nem igen szokott már akadály lenni, úgy hogy csupán az jön számításba, vajjon nincsenek-e áttételek, a mely esetben még kis daganat jelenlétében is czélszerűbb elállni a gyökeres műtéttől. Ha áttételek nincsenek, a daganatnak a májra vagy a hasnyálmirigyre való ráterjedése dacára is sikerrel végezhetünk resectiót annál is inkább, mivel éppen a gyomorrákok esetek között vannak olyanok, a melyekben csak igen későn fejlődnek metastasisok. Egy ilyen kiterjedt gyomorrákot, a mely a májjal és a hasnyálmiriggyel szorosan összekapaszkodott, de azért még sehol sem okozott áttételeket, volt alkalma operálni. Az eset a következő:

A 63 éves szabó a klinikára való felvétele előtt négy hónappal vette először észre, hogy étkezés után heves fájdalmak állanak be a gyomrában. Étvágya megszűnt, erői rohamosan fogytak, erősen lesóványodott, eleinte csak a szilárd táplálékot, az utóbbi időben már a folyékony táplálékot is mind kihányta.

A beteget február 20.-án vették fel a II. sz. sebészeti klinikára, a mikor is az erősen lesóványodott és igen elgyengült betegen a köldök és a proc. xiphoideus között tyúktójasnyi, dudoros felszínű, porckemény tapintatú, a légző mozgásokat kissé követő daganat volt észlelhető, a mely nyomásra, de magától is fájdalmas volt. Röntgen-átvilágítással a daganat inkább a kis görbületen ülőnek bizonyult s nagyfokú szűkület mutatkozott. Tejsav pozitív, sósav negatív. A székben vér.

A műtétet február 24.-én chloroform-narcosisban végezte. A behatolás a köldök felett a középvonalban történt. A hasüreg megnyitása után kitűnt, hogy a daganat a májba és a pankreasba belenőtt, azonban metastasisok nincsenek, a gyomor körüli mirigyek közül is csak egy-kettő nagyobbodott meg. Resectiót végeztek, a mely alkalommal a pankreas fejéből jókora diónyi darabot távolított el, hasonlóképpen a májból is. Ugy a májból, mint a pankreasból ékalakban reszekált, hogy a sebfelszínek egyesítése könnyebben történhessék. A máj sebének vastag catgutvarratokkal, a pankreas sebének mélyen átöltött igen vékony selyemvarratokkal egyesítette, a pankreasból eredt erősebb vérzés csillapítására matrácvarratot is alkalmazott. A duodenalis csonkot úgy látta el, hogy a rendkívül mozgékony pankreast rávarrta a duodenalis csonkra, úgy hogy a resectió felszín jutott éppen a duodenumra. A műtétet gastroenterostomia antecolica antica és az odavezető és elvezető bélkacs közt létesített Braun-féle anastomosis fejezte be. Rétegzetes hasfalvarrat.

A gyógyulás láztalan, a műtét után a beteg egyszer sem hányt, közérzete teljesen jó. A tizedik napon evőkanálnyi genyet tartalmazó suprafascialis tályogot kellett megnyitni.

Március 14.-e óta teljesen gyógyult. A Röntgen-vizsgálat szerint a visszamaradt gyomorcsonk kifogástalanul működik.

A hasüreg érzéstelenítéséről.

Ádám Lajos: Az általános narcosis és a lumbalanaesthesia káros következményeinek fejtegetése után megemlíti, hogy a localanaesthesia az I. sz. sebészeti klinikán Dollinger tanárnak a múlt év november havában az orvosgyesületben, valamint Holzwarth-nak a „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ ezidei ülésén tartott előadása szerint

olyannyira bevált, hogy a legutóbb végzett 1145 műtét közül a betegeket csak 5%-ban kellett elaltatni. Az előadó Dollinger tanár felszólítására 1 év óta végez tanulmányokat a hasüreg érzéstelenítésére vonatkozólag az I. sz. sebészeti klinikán.

A hasüreg beidegzésének pontos ismertetése után megemlíti, hogy a gyomor, bél, máj és lép zúzással, vágással, hideg vagy meleg ingerekkel szemben érzéstelen, míg a peritoneum parietale, a rekesz és a medence peritoneuma, valamint a cseplesz és a mesenterium érzékeny ezen behatásokkal szemben. Arra a conclusióra jut, hogy oly műtétek alkalmazásával, a mikor a hasüregben nem kell keresgélni (gastrostomia, gastroenterostomia, anus praeternaturalis készítése, tályogos appendicitis megnyitása stb.), elég, ha a hasfalat a megfelelő helyen rhombusalakban érzéstelenítik. Ezzel elérik azt, hogy nemcsak a rhombus közepén vezetett metszés fájdalomtalan, de érzéstelen a parietalis peritoneum egy széles darabja is, mely lehetővé teszi a seb szétkampózását és a kéznek a hasüregbe való fájdalomtalan bevezetését. Ily módon végeztek 184 műtétet, köztük appendicitis-műtétet, cholecystectomiát, colostomiát, echinococcus hepatis kiirtását, hernia epigastrica műtétét, próbaparatomiát, gastroenterostomiát stb. és csak 27 esetben kellett narcosishoz folyamodni.

Appendicitis esetén akár az első roham alatt, akár enyhébb roham után az a froid állapotban elég a hasfalnak rhombusalakban való érzéstelenítése, azzal a módosítással, hogy a spina ant. sup. táján reaszúr a csípőcsontra és a retroperitonealis szövetet infiltrálja 10 cm³ 1%-os novocainnal. Ha a beteg több rohamot állott ki, ha erős összenövésekre számít, akkor elsősorban hátul az I.—III. lumbalis gyököket érzésteleníti és azután elül rhombusalakban teszi érzéstelenné a megfelelő helyen a hasfalat. Az előbbi módon végeztek 44 műtétet, melyek közül 4 esetben kellett a beteget elaltatni; az utóbbi módon jártak el 8 esetben, 7 esetben teljes sikerrel.

Minden olyan esetben, hol a hasüregben keresgélni kell vagy valami komplikáltabb műtétet kell végezni, az intercostalis, illetőleg lumbalis ágakat, valamint az ezeknek megfelelő r. communicanteseket, a melyek a gerinczvelőből érő rostokat vezetnek a sympathicus ganglionjaihoz, illetőleg ezeken át a splanchnicusokhoz, érzéstelenítik úgy, hogy az V. borda felett a gerinczszloptól jobbra és balra kb. 4 cm.-re egy-egy szúrással érzéstelenítik a bőrt, ezen érzéstelenített területen át a tűvel reaszúrnak a bordára, arra a helyre, a hol a csigolya processus transversusával egyesül, majd megkeresik az alsó szélét és e helyre deponálnak kb. 2 cm³ novocaint, a mi biztosan érzésteleníti a nervus intercostalist; ekkor a tű hegyét kissé medialis irányban tartva, kb. 1 cm.-re előretolják s újból deponálnak kb. 3 cm³ novocaint, hogy a r. communicansokat érzéstelenítsék. A tűt ezek után kihúzzák egészen a subcutan szövetig, ekkor a gerinczszlop tengelyével párhuzamosan tartva lefelé, előretolják a következő bordaközéig, folyton novocaint fecskendezve a subcutan szövetbe, hogy a következő szúrás helyét érzéstelenítsék. Míg ez az érzéstelenség beáll, addig ugyanezen műveletet elvégzik a másik oldalon; így váltakozva érzéstelenítvén az ágakat, a beteg legfeljebb az első két szúrásról érzi.

Ha az érzéstelenítés jól sikerült, nemcsak a hasfal metszése, a parietalis peritoneum érintése, dörzsölése, vongálása fájdalomtalan, de fájdalomtalan a belek kiemelése, a belek mesenteriumának vongálása, metszése, leköttése stb. is, szóval úgy végezhető a műtét, mint akár narcosisban. 55 esetben végeztek paravertebralis injectiót, melyek közül két esetben kellett rövid ideig tartó narcosishoz fordulni. A műtétek között 15 cholecystectomia, 2 choledochotomia, 1 echinococcus hepatis, 1 próbaparatomia, 2 ileus megoldása, 2 bél-resectio, 2 pankreascysta műtete, 19 gastroenterostomia,

3 pylorusresectio, 1 ulcus duodeni perf. miatt végzett duodenumvarrat és gastroenterostomia, 2 coecumresectio teljesen fájdalomtalanul volt végezhető.

Kellemetlenséget ezen érzéstelenítés után csak annyiban tapasztaltak, hogy némely beteg igen halvány, pulsusza megszaporodik. Előnye viszont, hogy hiányzik az az el-esettség, a mely hosszú narcosis után mindig megvan. Hiányzik a hányás, az étvágytalanság, kevesebb a tüdőcomplicatio és aspiratiós pneumonia egyáltalán nem fordul elő.

Nem tartja még a módszert teljesen kielégítőnek, de a tapasztalatok után nem tartja a hasüreg érzéstelenítését kivihetetlen gondolatnak, mint azt még rövidebb idővel ezelőtt is hitték.

Frigyesi József: Néhány hónappal ezelőtt Dollinger tanár előadása kapcsán említette a helybeli érzéstelenítésnek a nőgyógyászati műtétek alkalmával számításba veendő nehézségeit és azt, hogy eddig valamennyi szakma közül éppen a gynaeologiában érvényesülhetett legkevésbé a helybeli érzéstelenítés. Kísérleteit azóta folytatta epiduralis befecskendezéssel, a szeméremideg érzéstelenítésével, a méhköri kőtőszövet duzzasztásával, parasacralis és paravertebralis vezetéssel érzéstelenítéssel. Ma már abban a helyzetben van, hogy olyan eredményekről számolhat be, melyek várakozását felülmúlták; nemcsak a kis, hanem a nagy nőgyógyászati műtéteket is tudja végezni teljes érzéstelenítésben. A nélkül, hogy időszúke miatt a technika egyes részleteire kiterjeszkednék, megemlíti, hogy jó eredménnyel végezte helybeli érzéstelenítésben a plastikai hüvely-műtéteket, a prolapsusműtéteket, a hüvelyi teljes méhkiirtásokat, az Alexander-Adams-féle műtétet, a ventrofixációkat és újabban még a hasfalra át való teljes méhkiirtásokat is. Az eljárás sok türelmet igényel és bizonyos mértékben módosítja a műtétek technikáját is, de az operált betegek állapota különösen az első napokban annyira jobb, mint az általános érzéstelenítésben (narcosis) operált betegeké, hogy ez minden fáradságot vagy idővesztéséért bőven kárpótol.

Makai Endre: A vezetéssel anaesthesia előnyeit bőségesen volt alkalma tapasztalni a Szt. Rókus-kórháznak Herczel vezetéssel álló I. sebészeti osztályán, a hol kb. 10 éve foglalkoznak igen kiterjedten a vezetéssel anaestheticsal, melylyel az összes műtétek csaknem 80%-át végzik. Már a legnagyobb műtéteket is sikerült localis anaestheticsben végezni (nephrectomia, gastrectomia, gastroenterostomia, appendectomia stb.), de azért mégis kérdéses, mennyiben javult a localis anaesthesia has-műtétekben.

Nyilvánvaló, hogy a betegek egy része psychés izgalmaiból ki-folyólag, esetleg minden fájdalomérzés nélkül is, oly nyugtalanul viselkedik a laparotomia alkalmával (préselés, belek előesése), hogy a sima gyógyulás már ezért is veszélyeztetett. Kis laparotomiákat, appendectomiákat lehet ugyan így végezni, de súlyosabb összenövések stb. esetén bajosan. Adám tagtárs statisztikája szerint 184 eset közül 27-ben (15%) volt szükséges narcosis. Utal Henderson-ra, ki éppen az ilyen á propos végzett narcosisok veszélyességére nyomatékosan figyelmeztetett.

Adám szerint 55 paravertebralis injectióban végzett műtét közül 2-ben volt szükséges narcosis, egyet nem lehetett befejezni, 2-ben igen kellemetlen tünetek voltak jelen. Kérdés, hogy az általános narcosis percentualis veszélye van-e akkora.

A mi a műtét utáni állapotot illeti, kétségtelen, hogy hányás localis érzéstelenítés után is van; viszont Henle kimutatta, hogy éppen laparotomiák után gyakoribbak a tüdőcomplicatiók a localis anaesthesia, mint az altatás után. Végül aggályai vannak genyes appendicitisek esetén a vezetéssel anaestheticsal illetőleg. Eppen Klauber figyelmeztetett legutóbb arra, hogy lobosodás esetén a távol eszközölt injectiók is a fertőződés veszélyével fenyegetnek.

Dollinger Gyula: Hivatkozik azon előadására, a melyet az egyesületben múlt év november havában a helybeli és vezetési érzéstelenítésről tartott és a melyben odakonkludált, hogy ma már a test minden részén tudunk helybeli érzéstelenítésben operálni, a nélkül, hogy a beteg fájdalmat érezne, kivéve a hasüreget, a melyben a mesenterium vongálása fájdalmat okoz. Ugyanakkor kiemelte, hogy Finsterer dolgozatai reményt nyújtanak arra, hogy a hasüregi szervek teljes érzéstelenítését is sikerülni fog megoldani. Egyidejűleg megbízta Adám tanársegédet, hogy Finsterer eredményeit tegye tanulmány tárgyává és azon az alapon kísérelje meg a klinikán végzendő hasi műtétek végzésekor a helybeli érzéstelenítést. A mint hallottuk, ezen törekvései teljes eredménnyel jártak. Ha az előadott vezetési érzéstelenítést jól végezzük, akkor a hasüreg teljesen érzéstelen és a mesenterium vongálása semmi fájdalmat sem okoz. Erről nagyszámú esetben azóta személyesen is meggyőződött. A helybeli érzéstelenítést, épp úgy mint a narcosist, jól meg kell tanulni. Különben ha nem sikerül, át lehet térni az általános érzéstelenítésre (altatás). Egyébként nagy előnye a helyi és vezetési érzéstelenítésnek a narcosis felett, hogy a narcosisnak a betegre nézve néha veszélyes, de mindenkor kellemetlen tünetei, továbbá az ápolószemélyzetet erősen igénybe vevő ápolás a narcosis utószakában elmaradnak. Igen nagy előnye pedig, hogy kevés segédszemélyzettel és gyakorlott altató hiányában dolgozó műtőnek lehetségessé teszi az operálást olykor, a mikor ez egyébként nehézségekbe ütköznék.

Adám Lajos: Dollinger tanár felszólalása után nincs sok mondanivalója. Makai azon megjegyzésére, hogy a betegek a műtét előtt psychice sokat szenvednek, megjegyzi, hogy ez igaz, és hogy azelőtt kis műtéteknél is jajgattak a betegek, bár később bevallották, hogy nem

éreztek semmit, de folyton féltek a műtétől. De a betegek most megváltoztak, mert a fájdalom nélkül operált betegek elbeszélése folytán nem idegenkednek a műtétől, és minél több lesz a helybeli vagy vezetéssel érzéstelenítéssel operált betegek száma és minél jobban fogják a helybeli érzéstelenítést végezni, annál nagyobb lesz a betegek bizalma. Az operatio előtti éjjel veronalt kap a beteg és a műtét előtt 0-01 gr. morphiumot.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A corpus luteum biológiai szerepéről, chemiai alkotórészeiről és ezeknek használatáról a menstruációs zavarok gyógyításában tartott előadást Seitz és Wintz az erlangeni orvosegyesület június 30.-i ülésén. A tehén corpus luteumból két hatóanyagot tudtak előállítani, melyeket luteolipoidnak és lipaminnak neveztek el. A luteolipoid gyorsítja a vér megalvadását, kasztrált állatokon ellenben lassítja. Súlyos pubertas-vérzés és öregebb egyének nagyfokú vérzése eseteiben nagyon hatásosnak bizonyult: meghosszabbítja az intervallumokat az egyes vérzések között, megkisebíti a vérvesztéseket és csökkenti a menstruációs fájdalmakat. Myoma eseteiben hatástalan, sőt még fokozza a vérzést. A szülőfájásokra hatástalan. A lipamin huzamosabb befecskendezése kísérleti állatokon a méh túltengésére vezetett; amenorrhoea és oligomenorrhoea 14 esetében 7—10 napi használata kivétel nélkül eredményes volt, még olyan esetben is, a melyben az ovariumok nagy részét cysta miatt eltávolították.

PÁLYÁZATOK.

A szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár 1914. évi november hó 2. napjának d. u. 2 órájáig terjedő határidővel ezennel nyilvános pályázatot hirdet

Szeged szab. kir. város belterületén a II. pénztár-orvosi körzetére szervezett kezelőorvosi állásra.

Ez állással az orvosi illetmény-szabályzat III. fizetési osztályának 4. fokozata szerint évi 3600 korona kezdőfizetés van egybekötve. Az évi 3600 korona kezdőfizetés 5 évenként 400 koronával egészen évi 4800 koronáig emelkedik.

A sajtóközlemény irt és aláírt pályázati kérvények a fent kitett határidőig a szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár hivatalos helyiségében (Szeged, Tisza Lajos-körút 91. sz. a.) az iktatónál hétköznaponként d. e. 8—2 óráig terjedő hivatalos órák alatt nyújtandók be.

A pályázati hirdetményre vonatkozó közelebbi adatok a Munkásbiztosítási Közlöny legközelebb megjelenő számában, vagy pedig a szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár iktató hivatalában a hivatalos órák alatt betekintheők.

Szeged, 1914 október 9.

Holló Jenő s. k., fogalmazó, ig. mb. Biedl Samu dr. s. k., elnök.

897/1914. sz.

Békésvármegye közpórházának elmebeteg osztályán egy orvos és egy segédorvosi, sebészeti és belgyógyászati osztályán pedig egy-egy segédorvosi állás — a hadi állapotok folytán — megüresedvén, ezen állásokra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: az elmebeteg osztály orvosai állásánál évi 1400 korona fizetés és 400 korona osztálypótlék, az elmebetegosztály segédorvosi állásánál évi 1200 kor. fizetés és 400 kor. osztálypótlék; a sebészeti és belgyógyászati segédorvosi állásoknál pedig évi 1200—1200 korona fizetés és valamennyi állásnál lakás, fűtés, világítás és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozókát felkérem, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat méltóságos Kéry Gyula úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, a közpórház igazgatóságához 1914. évi október hó 28.-áig küldjék be.

Megjegyzem, hogy a mennyiben oklevéllel bíró pályázók kellő számban nem folyamodnának, szigorló orvosok vagy esetleg ötdéves orvosnövendékek is nyerhetnek ideiglenes kinevezést.

Gyula, 1914 október 11.

Békésvármegye közpórházának igazgatósága.

26196/1914. kig. sz.

Baja város közpórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott orvos állásra pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Purgly Sándor dr. főispán úrhoz czimezve legkésőbb folyó évi november hó 1. napjáig közvetlenül a bajai közpórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az állás folyó évi november hó 15.-én elfoglalandó.

Baja, 1914 október 9.

Polgármester helyett: Erdélyi, főjegyző.



Pankreon

Németbirodalmi szabadalom
128419
és külföldi szabadalmak

Diaeteticum, fluorans, bevált minden pankreas- és emésztési betegségeknek.

Rp. Pankreon in tabul. 0.25. (Nr. 25, 50, 100, 200).

S. 3-szor naponta 2-4 tabl. szétzúzni és étkezés közben bevenni.

Javalva a gyomorbéltractus, az epeutak (icterus catarrhalis) a pankreas minden megbetegedése, a resorptio fokozására; kachexiánál (tuberculosis carcinoma ventriculi), lábbadozásnál aggkorban, tej- és húzálókérdésnél. Arteriosclerosis, morbus Basedowii, angina pectoris, hemicrania gastrica-nál az emésztésszabályozására és a diaetahibákból folyó következmények elkerülésére.

Csecsemők részére: Rp. Pankreon pulv. 0.1-0.5 minden étkezési adaggal felhazandó.

Mindennemű hasmenés, atrophia és emésztési zavaroknál.

A súlygyarapodás előmozdítására.

Irodalom és minták díjtalanul.

Akt.-Ges. Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.

Raktár: Vereinigte Drogen-Grosshandlungen

G. & R. FRITZ-PEZOLDT & SÜSS A.G., WIEN, I. Bräunerstrasse 5.

Eladás csak gyógyszeráraknak.

A larvált gümőkór, csúcsshurut és görvélyesség gyógyító szere.

Krearsan

Pilul. Kreosoti c. arsen comp. Kerat. obd.

Adagja: napjában három szem.

Egy eredeti phiola: K 1.40.

MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: Édeskuty L.-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson.

7065



LABORATORIUM

Védőoltóanyagok Termelésére R.-T.

Budapest, IX. Lónyay-u. 18/b.

Fennáll: 1895 óta.

Telefon számok:

Igazgató: József 22-58.

Iroda: József 20-14.

Sürgőnyozsim:

Vaccin Budapest.

TETANUS antitoxin

védő és gyógyító
oltásra.

KOLERA

elleni védőoltóanyag.

Az oltás ajánlatos mindazoknak, akik a fertőzés esélyének ki vannak téve.

A védőoltás teljesen veszélytelen s több hónapi immunitást ad.

MERAN

Saison September-Junius. Remek fekvésű, csendes őszi és téli állomás száraz levegőjével, tiszta égboltozattal és majdnem teljes szélcsenddel őszkor és télen.

Városi gyógy- és fürdőintézet, Zanderterem, vizgyógyintézet, szénsavas és mindennemű gyógyszeres fürdők, temperálható úszómedence, lég- és napfürdők, pneumatikus kamra, teljes belégzési terapia. — Szőlőkúrák, ásványvíz-ivókúrák, terepkúrák, szabad légkúrák. Javalatok: szív- és edénybajok, a légzőutak megbetegedései, idegbajok, vesebajok, lábbadozási időszak.

Csatornázás, 4 hegyi ivóvízvezeték. Újgyógyház belorvosi, sebészeti és szemgyógyászati osztálylyal. Sanatoriumok, valamenyi szálloda, és pensio teljes üzembn. Színház. Sport. Hangversenyek.

Prospectusokat díjmentesen küld a

KURVORSTEHUNG.

Sanatorium Hocheppan

Bozen mellett (Dél-tirol), a Mendelvasút mentén, Eppan-Girlan állomás.

Egész éven át nyitva.

Gyógyintézet tüdőbetegek stb. számára.



Phys. diätikus és specifikus kezelés. Lég- és napfürdők. Mesterséges pneumothorax. Röntgen Műtési terem. Legmodernebb kényelem.

Prospektus díjmentesen.

Tulajdonos és vezető: Dr. Hans von Villas.

„BAYER“

CONTRATUSSIN

„BAYER“

szamárhurut, rekedtség, gégefő- és bronchial-catarrhus ellen.

Pastilla-alakban is kapható.

1 palaczk 1.40 kor. és 2 kor.

„Vörös-kereszt gyógyszerár” Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható. — Orvos uraknak kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markosovszky 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 Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay Zoltán: Közlemény a Berlin város által fentartott árvaházból és gyermekmenhelyből. (Igazgató: Finkelstein H. dr., egyetemi rendk. tanár.) A diphtheria egy sajátos és ritka localisatiója. 765. lap.

Kovács Bertalan: Közlés a nagyváradi állami gyermekmenhelyből. (Igazgató főorvos: Edelmann Menyhért dr.) Adatok az elhagyott csecsemők pathológiájához. 767. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Köhler: Taschenbuch für Kriegschirurgen. — Lapszemle, Belorvosan. Stumpf: A bolus alba használatáról dysenteria és cholera

eseteiben. — *Sebészet.* Jehn W.: A tetanus esetén beálló súlyos légzési görcsöknek kétoldali phrenicotomiával való gyógykezelése. — *Gyermekorvosn.* Dollinger: Bromoderma tuberosum. — *Bőrkörtan.* Fr. Luithlen: A bőrbajok általános gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* Santi: A gyermekágyi fertőzés kezeléséről. — *Boruttau:* Calcedon. — *Samberger:* Heveny eczema. 770–772. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. 772. lap.

Vegyes hírek. 772. lap.

Tudományos társulatok. 773–776. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Berlin város által fentartott árvaházból és gyermekmenhelyből. (Igazgató: Finkelstein H. dr. egyetemi rendk. tanár.)

A diphtheria egy sajátos és ritka localisatiója.*

Irta: Bókay Zoltán dr., egyet. I. tanársegéd.

A diphtheria, mint azt már a múlt század elején Bretonneau¹ is kimutatta, a legkülönbébb elhelyeződésű lehet, s attól függően, hogy mily virulentiájú kultura okozza a megbetegedést, a tünetek igen változók, hol kifejezettebbek, hol pedig gyengébbek, elmosódottabbak. Tudjuk az említett kiváló szerző úttörő munkálataiból, hogy ő már 1855-ben tisztában volt azzal, hogy a különböző localisatiójú és esetleg nemcsak kiterjedésükre, de alakjukra is kevésbé hasonlószerű álhártyás folyamatok nagy része egy és ugyanazon „contagium” hatására következik be. Ez időben ismerték meg a torok, orr, fül, ajak, nyelv és pofa, valamint a bőr diphtheriáját is. Bergeron² volt az első, a ki a buccalis diphtheriát leírta.

A buccalis diphtheriára célzott ugyan már Bretonneau is, azonban az ő felfogása még nem tudott az akkori orvosok között hitelt találni. A szerzők általában kétféle szájdiphtheriát különböztetnek meg: olyat, a mely a tonsillák megbetegedéséből kiindulva, rosszindulatúsága folytán propagálódik a szájüregben, s olyat, a mely a pofa nyálkahártyáján, esetleg a gingiván primaer fejlődik ki. Ez utóbbi az, a melylyel most foglalkozni óhajtok.

Pofa- és gingivadiphtheriák járványok alkalmával ritkán láthatók s rendszeren a torok teljes épsége mellett önálló kór-

kép gyanánt folynak le. Leginkább olyankor látjuk megjelenésüket, midőn a szájüreg nyálkahártyája egy vagy más ok miatt bántalmazott; ilyen körülmények a rhagások, soor, stomatitis, illetőleg gingivitis. Ilyenkor a folyamat egy ideig larvált, mígnem egyszerre, mintegy varázsütésre megjelenik a diphtheriás lepedék. A kórképre mindenkor jellemző a diphtheriás álhártya képződése s a jellemző bár csekélyfokú foetor ex ore, különösen a kiterjedtebb folyamatokban. A regionális mirigyek duzzanata ez esetekben sem hiányzik. A gingivitis diphtheriticit s az alveolaris diphtheriát gyakran összekeverik a régebbi irodalomban nagyobb szerepet játszó stomatitis ulceromembranaceával,³ a melynél a szöveti elhalás szürkés színe a szemlélőben a diphtheriás álhártya benyomását kelti, holott, egyrészt a szürke tömeg levonása nem sikerül, másrészt mikroszkop alatt vizsgálva a szövetet, azt nem fibrinből állónak találjuk, hanem csupán egy necrobiosisos folyamat képét látjuk.

Hutinel⁴ gyűjtőmunkájában, valamint Trumpp⁵ is utal a folyamat ritkaságára s rosszindulatúságára.

Eseteim leírását egyrészt a kórkép ritkasága, másrészt a sajátos kezdet teszi indokolttá, a mennyiben mindkét közlendő esetben az orrból indult ki a folyamat s másodlagosan jelentkezett az alveolaris íven s ott oly elváltozásokat okozott, a melyeket különben nem igen látunk és a melyeket könnyen félre lehetett volna ismerni. Leginkább hasonlószerű volt a folyamat kezdeti képe egy kísérleti tengerimalaczdiphtheriához s a beállott nagy nyálkahártya-oedema és vérzések is alkalmasak voltak esetleges téves diagnosis felállítására.

Eseteim rövid leírása a következő:

Első eset. 8 hónapos leánygyermek, a ki igen rosszul

³ Cadet de Gassicourt: Traité clinique des maladies des Enfants. 1884, III. k., 43. o.

⁴ Hutinel (Martin): Les maladies des enfants. 1909, I. kötet, 560. old.

⁵ Trumpp: Pfaunder-Schlossmann's Handbuch der Kinderheilk., 1906, II. k., 769. o.

* Előadta a Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde 1914 március 9.-én tartott ülésén Berlinben.

¹ Bretonneau: Archives Gén. de Méd., 1855.

² Grancher-Comby: Traité des maladies des enfants. Sévestre Martin. 1897, I. k., 516. o.

fejlődött, székletei állítólag folyton rosszak, minden étkezés után erős hányása van. A gyermeket otthon $\frac{1}{2}$ tej, víz, 5% csu-
korral táplálták. Felvétetett 1913 augusztus 25.-én.

Status praesens: Rendkívül halvány, lesóványodott, úgyszólván zsírpárna nélküli gyermek. Testhossza 50 cm. Testsúlya 3300 gr. Csontrendszere gracilis, izomzata pety-
hüdt, satnya, megfogyott. A bőr színe szürkés, tapintata szá-
raz s a bőr magas ránczokba emelhető. A nyakhajlatban és
a fossa inguinalisban száraz pörkös intertrigo. A talpak kissé
fényesek. A nyakszirti és hónalji táj mirigyei kissé meg-
nagyobbodottak, borsónagyságúak. A tüdők és a szív határai
rendesek, e szervek felett semmi rendellenes sem található.
A lép alsó széle a bordaív alatt 2 harántujjal tapintható, a
máj felülete sima, egyenletes, kissé tömött.

A gyermek állapota már az első napokban javul az elő-
írt fehérje-tejdiatára s daczára a közbejött bronchitisnek,
a testsúly szeptember 9.-én 3900 gr.-ot tett ki. A gyermek
szeptember 15.-étől 25.-éig lázas, 39°-ig menő hőmérsékek,
élénk Trousseau-csíkók, fokozott reflexek, feszülő fontanella,
nagy nyugtalanság, hányás és rohamos súlyesés. Az ismét-
len végzett lumbalpunctio alkalmával a nyomás meglehetősen
nagy volt (egészen 59 cm.-ig) s a kiürült víztiszta folyadék
sugárban távozott. 24 órai állás után háló nem képződött
benne.

A gyermek lumbalpunctatúmanak vizsgálatakor sem tu-
berculosisbacillust, sem egyéb pathogen bacteriumot nem ta-
láltunk s a liquor cerebrospinalis lebecsátása után a gyer-
mek mindig élénkebb volt. 20.-án kisebbfokú nyakszirtmerv-
ség mutatkozott, mely 24.-ére már eltűnt s a gyermek állapota
megjavult, jobban táplálkozott s a súlyesés megszűnt. Október
elején bronchopneumoniát, majd igen erős és makacs
náthát kapott, a mely alkalommal végzett bakteriologiai vizsgá-
latok diphtheriabacillust nem mutattak ki. A gyermek test-
súlya állandóan, bár kissé lassan növekszik s november 1.-én,
60.5 cm. hossz mellett, a 4280 gr.-ot éri el. Nov. 24.-én
ismét igen erős grippés folyamaton megy át a gyermek:
magas, 39.4°-ot meghaladó lázak, angina catarrhalis, nátha,
bronchitis, súlycsökkenés. A folyamat azonban december 5.-éig
meggyógyul. A grippe alatt végzett bakteriologiai vizsgálatok
az orrváladékban *Löffler*-féle bacillust nem mutattak ki.

December 12.-én minden átmenet nélkül a gyermek
igen magas, 40–40.1° lázat kap, igen erős véres-nyálkás
náthával, a mely miatt az orrlégzés teljesen szünetel, erős
horkolás légzéskor, a mely mellett igen nagyfokú elgyengü-
lés és súlyesés következik be. Az orrváladékból vett anyag-
ban ekkor a bakteriologiai vizsgálat diphtheriabacillus tiszta
tenyészetét állapította meg. A betegség, daczára a helyi keze-
lésnek, nem javul s a betegség 5. napján, tehát december
16.-án a reggeli beteglátogatás alkalmával a szájjüreg vizs-
gálatokor a jobb belső szájpadiven egészen különös kép-
zödményt láttunk, a melynek jelentőségével kezdetben nem
igen voltunk tisztában. A jobb felső fogmedri nyujtvány
ugyanis az I. és II. praemolarisnak megfelelő helyen igen
erősen duzzadt, oedemásan átvándorolt, erősen belövelt s a fe-
lületből mintegy $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú, 1 cm. széles és $\frac{1}{2}$ cm.
magas epulisformájú tumor emelkedik ki. A duzzanat jellem-
zésére a legmegfelelőbb hasonlatot egy lobos orrkagylóban
lehetne találni. Tehát élénkvörös, duzzadt, üvegszerűen át-
tetsző felülettel bíró duzzanat volt a fentebb jelzett helyen
látható, a melyet megtapintva, tömötten oedemásnak talál-
tuk. A daganat elül és hátul lassú lejtővel megy át a fog-
medri nyujtványba, fokozatosan határolódik el s felületén jól
kivehető kisebb-nagyobb, egészen $\frac{1}{2}$ lencsenagyságú haemo-
rrhagiás góczocskák vannak. A kezdeti stadiumban a folya-
matot vagy kezdődő *Barlow*-féle kórnak, vagy stoma-
titissal szövődött fogmedri sepsises gyuladásnak gondoltuk.
A diagnosis helyes felállítása azonban csakhamar lehetővé vált
azon körülménynél fogva, hogy a duzzanat üvegszerű át-
tetszősége pár óra múlva megszűnt, felszíne homályossá
vált s pár óra elteltével a homályosodás helyén igen finom
de tisztán kivehető fibrin-álhártya fejlődött, a mely másnap
már megvastagodva oly típusosan mutatta az *alveolaris diph-*

theria képét, hogy azt többé félreismernünk lehetetlen volt.
A vizsgálat céljából levont álhártýarészletek mikroszkop alatt
typusos diphtheriás álhártýa képét tüntették fel s a *Löffler*-
féle bacillusok tiszta tenyészet alakjában voltak kimutathatók.

A gyermek a betegség második napján meghalt. A bon-
czoláskor a felső fogmedri nyujtványt jobb oldalán még min-
dig erősen belöveltnek s mindkét oldalt vastag, erősen ta-
padó, piszkos fehéres álhártýáktól borítottak találtuk. Sem
az orrban, sem a gégében és tonsillákon nem volt álhártýa.
A halál szívkiemelés miatt következett be tüdővízenyő tü-
nete között, a melyet a bonczolás alkalmával jól konstatál-
hattunk.

A megtámadott fogmedri nyujtványrészletből ékalakúan
kivágott szövetdarabokból készült mikroszkopi metszeteken a
következőket láthattuk: A kissé duzzadt, kis gömbsejtesen
infiltrált mucosa laphámja helyenként elpusztult s rajta itt-ott
fibrines álhártýák képe látható. A fibrinhártýa, a mint azt a
Weigert szerint festett készítményeken megállapíthattuk, he-
lyenként a szövetelemek közé a mélyebb rétegbe is beleter-
jedve, typusos bonczolástani értelemben is diphtheriás lo-
bosodás képére jellemző tulajdonságokat tüntet fel. Az ugyan-
ezen szövetrészletekből készült és bacteriumokra festett ké-
szítmények igen nagyszámú, különböző alakú s festődési
index-szel bíró coccust és bacillust tartalmaznak, a melyek
között bipolaris festődésű *Löffler*-féle bacillusok is felismer-
hetők voltak.

A fentebb vázolt klinikai, bakteriologiai és szövettani
vizsgálatok kétségtelenül bizonyítják, hogy az eset egy külö-
nös morfológiájú, meg nem szokott elhelyeződésű diph-
theria volt s nem lehet kétségünk abban sem, hogy a folya-
mat indirect úton az orrból vette eredetét.

Második eset: 8 hónapos fiúgyermek, kit igen heves,
erős cyanosissal és tonico-clonusos görcsökkel járó pertussis
miatt vettünk fel a box-kórterembe.

Status praesens: Erőteljes, korához képest igen fejlett
és táplált gyermek. A köztakaró rózsaszínű, a bőr feszes,
nem száraz, a zsírpárna, az izomzat, a csontrendszer jól
fejlett. Az egész test, de különösen a nyak és a tarkótájé-
k kissé puffadt. A szemek strabismus externus-állásban, a con-
junctiva kissé belövelt, vérzés nem látható rajta. A száj- és
toroktűregben rendellenesség, a kissé belövelt torkot leszá-
mítva, nem állapítható meg. A nyak feltűnően rövid és vas-
kos. A szív határai rendesek, a szívhangok tiszták, kellően
ékeltek. A tüdők felett kopogtatási eltérés nincsen, felettük
hallgatózva durva érdes légzést és nagyhólyagú szörtyögést
hallunk. A lép nem tapintható. A máj alsó, legömbölyített széle a
bordaív alá 2 ujjnyira terjed le.

Röviddel a behozatal után alkalmunk volt egy typusos
heves pertussisroham közben tonico-clonusos görcsrohamot
észlelnünk. A gyermek roham közben elkékült, apnoës lett;
erős rángógöröcsök, majd opisthotonus és merevség állottak
be. A rohamok súlyos alakban ismétlődven, calcium broma-
tumot és chloralhydrat-klismával alkalmaztunk. Öt nap után a
rohamok heveessége szűnt. Ettől kezdve a gyermek súlygya-
rapodása kielégítő módon haladt előre s a június 14.-én be-
következett véres-nyálkás nátháig a gyermek 500 grammot
gyarapodott.

Jún. 14.-én a reggeli visit alkalmával észleltük először, hogy
a gyermeknek acut savós coryzája van, a mely miatt a táp-
lálkozás kissé nehezítetté vált és a pertussis gyenge rohamai,
melyek az utolsó napokban már alig vették elő a gyermeket,
ismét fokozódtak. Az ugyanekkor végzett bakteriologiai vizs-
gálatkor kiderült, hogy a gyermek orrváladékából *Löffler*-féle
bacillus tiszta tenyészete nyerhető. Két nap alatt a nátha
erősen fokozódott és véressé vált s a megbetegedés harma-
dik napján a folyamat oly intenzívvé fokozódott, hogy a gyer-
mek orrlégzése teljesen felfüggesztődött s a hiányos táplál-
kozás miatt rohamos súlyvesztés állott be.

Az orrjáratokból ürülő félfolyékony barnás-vörös vála-
dék a felső ajkak felmarta és a gyermek részben a rossz
orrlégzés, részben az igen kínzó pertussisrohamok miatt fo-
kozatosan gyengülve, igen súlyos beteg benyomását tette

reánk, daczára a teljesen lázmentes lefolyásnak. 3000 I. E.-antitoxint adagolunk. A szív működés jó. A következő napon a gyermek igen heves, 40^o lázzal járó, kezdetben a morbillira, pár óra múlva azonban a scarlatinára jellemző alakú serumexanthemát kap, rossz szív működéssel és kissé cyanosisos fülekkel és ajkakkal. Az orrjáratokban lepedék nem mutatható ki. A szájüreg vizsgálatakor az előbb leírt esethez teljesen hasonló elváltozásokat látunk mindkét oldalt az alsó fogmeder-nyúlványon. Azt látjuk ugyanis, hogy mindkét alsó fogmeder-nyúlvány a praemolarisok tájkán erősen duzzadt; a duzzanat kocsonyásan rezgő s üvegszerűen áttetsző felületű, oedemás. A duzzanat 2.5 cm. hosszú, 0.8—1 cm. széles, kb. 0.4—0.5 mm. magas; színe kissé kékesbe átsapó skarlátpiros s míg baloldalt csak kisebb vérzéses góccok láthatók, jobboldalt az egész duzzanat felett elhúzódó, feketés-kék folyékony vérral telt cysta foglal helyet. A cysta alsó szélein és a jobboldali duzzanaton igen finom, inkább csak homályosodásnak látszó, másutt már félre nem ismerhető hártya foglal helyet. Tekintettel a folyamat kiterjedésére, daczára a fennálló s a déli órákban már inkább urticariás jellegű serumkiütésnek, újabb 4000 I. K.-antitoxint adagolunk, coffein- és kámforolaj-, valamint 0.001 strychnin-injectiókkal támogatva a szív működést.

A következő napon a diphtheriás lepedék mindenütt erősödött, vaskos, piszkosan sárgás-szürke színű s úgy jobb-, mint baloldalt a felső ajak belső felületére, valamint a metszőfogak helyén a fogmeder-nyúlványra ráterjedt, míg az eredeti duzzanat kb. $\frac{1}{3}$ -ával megkisebbedett. A hőmérsék 40^o. A harmadik napon a diphtheriás hártya, a mellett hogy lokalizálódott, megvastagodott s fehérén átlátszatlanná vált. A csaknem teljesen lelapult duzzanat tetején ülő álhártyarészlet olyan, mintha áttörő praemolaris fog volna. A torok- és orrlelet még mindig a régi, az ajkakon levő álhártyák úgyszólván teljesen eltűntek. A pertussisrohamok is valamelyest enyhültek. A hőmérsék még mindig 40^o körül jár. A strychnint, coffeint folytatjuk. A betegség 4. napján reggel a nyelv hegyén egy újabb, kb. fillér nagyságú diphtheriás lepedéket látunk, a mely teljesen körülírt és meglehetősen vaskos. A duzzanatok a fogmedre-nyúlványon nyoma sincs és az ott levő lepedék is eltűnt. A hőmérsék reggel 39.7^o. A gyermek rekedt, időnként a légzés kissé nehezített s jugularis és scrobicularis behúzódasóktól kísért. A délelőtti folyamán az állapot rosszabbodik s daczára az alkalmazott gőzbelégzéseknek és chloral-klysmának, a gyermek egy ízben görcsök között erős cyanosissal járó kifejezett fulladásos rohamot kap, a mely azonban hamar megszűnve, a beavatkozást feleslegessé teszi. A délután folyamán az állapot rohamosan rosszabbodik, igen erős stridor; a gyermek légzésekor az összes légző segédizmok működésben vannak. Tracheotomia superior. A tracheát a III. trachealis gyűrű magasságában megnyitva, szinte az arcunkba röpi kb. 1.5 cm. átmérővel bíró, kb. 3 cm. hosszú vaskos álhártya. Mivel a gyermek pertussisa még mindig eléggé kifejezett és mivel nem voltunk az ily beteg számára szükséges begyakorolt ápolószemélyzettel ellátva, a gyermeket áthelyeztük a Rumnielsburgban levő gyermekkorházba, a hol két nap múlva descendáló croup tünetei között meghalt.

A két eset egész különös tünetekkel kezdődő alveolaris diphtheria volt. Mindkét gyermek előző különböző megbetegedések folytán elgyengült állapotban volt s a fogáttörés még egyiken sem kezdődött meg.

Ha a kiindulás-pontot keressük, nem sok nehézséggel mindkét esetben az orr diphtheriájában találjuk meg azt, a mely a csecsemőkorban oly sokszor látható különös alakot mutatta (serosus-véres folyás álhártyaképződés nélkül). Kérdés már most, hogy miért éppen a leírt helyen keletkezett a másodlagos diphtheriás folyamat? Tudjuk, hogy a praedilectionalis helye a megbetegedésnek rendszeren valamely ok folytán sérült, tehát ellenállóképességében csökkent nyálkahártyaterület. Már a régibb szerzők is utalnak e körülményre, így a Gethardt-féle nagy gyűjtőmunkában Jacobi utal arra a tapasztalatra, hogy a szájban ritkán előforduló diphtheria

mindig bántalmazott nyálkahártyákon, vagy a szájzugokban apró repedésekből kiindulól, vagy a stomatitisek kapcsán fellazult nyálkahártyán észlelhető. A mi eseteinkben meggondolva azt, hogy a gyermekeknek fogaik még nem voltak, a sérülést a fogmeder-nyúlványon nem nehéz elképzelnünk. Egyrészt az ápolószemélyzet a szopóüveg szopókájának a bevezetésekor súrolja a gyenge hámot, másrészt, mivel az árvaházban kevés a személyzet, a csecsemők, különösen ha nagyobbak, szopás közben magukra maradnak, lassabban végzik a szopást és így hosszabb ideig vannak kitéve a nyomásnak épp a gyengébb hámmal fedett állkapcsok.

Differential-diagnostikai szempontból fontos szemünk előtt tartani a gyorsan beálló álhártyaképződést, a mely mindkét esetben pár órát váratott magára és igen hamar vastag hártává alakult át a kezdeti homályosodásból fejlődve. A folyamat fejlődése kezdetén könnyen téveszthető össze a Barlow-kór foghúselváltozásával és különösen könnyen, a magas lázakra való tekintettel és a toxikus kép folytán is, a sepsises foghelyezékgyuladással. Mindkét esetben a bakteriologiai lelet fog útbaigazítani a helyes diagnosis felállításában.

A mi a kórfolyamat prognózisát illeti, az úgy látszik rosszabb, mint a rendes megjelenésű diphtheriáé.

Közlés a nagyváradi állami gyermekmenhelyből. (Igazgató főorvos: Edelmann Menyhért dr.)

Adatok az elhagyott csecsemők pathológiájához.

Irta: Kovács Bertalan dr.

Az elhagyott csecsemők halandósága, a magyar állami gyermekvédelem fejlett rendszere mellett is, igen magas. A nagy halandóság okainak felkutatására már sok vizsgálat történt és nagy részben ismerjük is azon körülményeket, melyek az elhagyott csecsemők életképességére kedvezőtlen befolyással vannak. Ezek közül első sorban a socialis viszonyok bírnak jelentőséggel, az elhagyott csecsemők a legszegényebb néposztályból kerülnek ki és ebben a milieuban leggyakoribb a csecsemőhygiene teljes elhanyagolása. A csecsemőkre, mielőtt a gyermekmenhely oltalma alá kerülnek, az ártalmak egész sora zúdul. A szülők gyakori iszákossága, az anyáknak testi megerőltetéssel járó munkája a terhesség alatt, a gyakori nélkülözések, lelki izgalmak mind oly momentumok, melyek a csecsemők életképességét veszélyeztetik. De az igazi nagy ártalmak leginkább a csecsemőknek a menhelybe való szállításáig fejtik ki deleter hatásukat; a czélszerű ápolás és táplálás teljes figyelmen kívül hagyása, a gyakori tuberculosus milieuban való tartózkodás, a nehezen ellenőrizhető rossz magáandajkaság okozza, hogy a csecsemőknek kétharmadrészét a normalisnál jóval kisebb testsúlylyal, tisztátalan köztakaróval, különböző fejlődési és constitutióbeli rendellenességekkel, egy nagy részét pedig súlyos betegen vesszük fel. Ha még mindezekhez a csecsemőkre ható elkerülhetetlen intézeti, de különösen a telepen való gondozás alatt leselkedő veszélyeket hozzászámítjuk (nevelőszülők között még a leggondosabb kiválasztás mellett is akadnak lelkiismeretlenek és tudatlanok): az anya nélkül felvett elhagyott csecsemők magas halálozása érthetővé válik.

A halálozásnak megbetegedések szerint való szokásos statisztikai feltüntetése nem adhat fogalmat a felvett csecsemőanyag minőségéről, míg ha az egyes haláleseteket pathogenetikailag elemezzük, az ártalmak egész sorát fedezzük fel, melyek a halált közvetlenül előidéző megbetegedés előtt már a csecsemők immunitását nagy fokban lerontották. A halálos betegség legtöbbször csak utolsó láncszeme mindazon ártalmaknak, melyek a csecsemőket a méhen belüli élettől kezdve érik. Az egyes megbetegedések a csecsemők individuuma szerint nemcsak a tünetekben, de a lefolyásban is igen különböznek. A tüdőlob, mely egészséges csecsemőn rendszeren complicatio nélkül gyógyul, egészen más jelentőséggel bír előző emésztési zavarok miatt meggyöngyült szervezetekben,

melyekben a halált közvetlenül előidézi. Hasonló jelentősége van a veleszületett szervezeti rendellenességeknek, melyek a csecsemők immunitását, betegségekkel szemben való resistenciáját csökkentik. Ugyanazon pathológiai ok, mely egészséges csecsemőn alig figyelemre méltó reakciót létesít, veleszületett abnormis constitutio jelenlétében sokszor igen vehemens delectaer hatásokat válthat ki.

A halálozásnak és a megbetegedések lefolyásának a csecsemő különböző constitutióival való szoros összefüggése, a minek felismerése és tudományos alapra való fektetése az újabb paediatricai kutatások egyik legjelentősebb eredménye, figyelmünket sokkal inkább, mint eddig, a csecsemőknek a betegség előtti állapotára irányítja. De nemcsak a halálozásban és megbetegedésekben, de a csecsemőknek intézeti, valamint a telepen való fejlődése vizsgálatában is reáakadunk a constitutiós momentumokra. Minél jobban ismerjük a gondozásunkra és gyógykezelésünkre bízott csecsemők egyéni sajátosságait, annál érthetőbbé válnak oly jelenségek (a kiadás után hirtelen halál, az intézetben hiányos fejlődés stb.), melyeket eddig kellően értelmezni nem tudtunk. Az intézeti ártalmak szerepének, az intézeti és a külső gondozás eltérő eredményességének megítélése csak a constitutiós momentumok figyelembe vételével lehetséges.

Ezen szempontokból kiindulva, az elhagyott csecsemők pathológiájának azon jelenségeire óhajtók reámutatni, melyeknek összefüggése a constitutionális tényezőkkel kétségtelen. Ezen összefüggés felismerésével, a mint látni fogjuk, igen sok eddig tévesen magyarázott jelenségről helyesebb fogalmat fogunk alkotni. Vizsgálataim anyagát a nagyváradi állami gyermekmenhely 1913. évben gondozott csecsemői és az 1—2 év közötti gyermekei teszik. A midőn a csecsemők pathológiáját tárgyaljuk, lehetetlen ki nem terjeszkedni az ezt követő kor viszonyaira is. Igen sok ártalom, mely a csecsemőket az első életévben éri, csak később érvényesíti delectaer hatását. Csecsemővédelmi munkánk is egyoldalú, ha a gyermekek sorsát legalább a 2. év eléréséig figyelemmel nem kísérjük.

Az állami gyermekmenhelyek a csecsemőket vagy anyjukkal, vagy anyjuk nélkül veszik fel. A két csoport, ha a felvétel előtti körülményeket és a felvételi állapotot tekintjük, sok tekintetben különbözik egymástól. Az anyjukkal együtt felvettek közül több az egészségesek, az anyjuk nélkül felvettek közül több a betegek száma.

Az anyjukkal felvettek ismét két csoportra oszlanak, házasságbeliekre és házasságkivüliekre. A házasságbeliek a nem a szó szoros értelmében elhagyottaknak mondható csecsemők, ezeknek anyái a szoptatás tartamig praemiumban részesülnek. A csecsemőket 1—6 hónapos korukban felvéve, intézeti tartózkodás nélkül külső gondozásba adjuk, a felvételig vagy kizárólagos anyatej- vagy vegyes táplálásban részesültek. Felvételi állapotuk kedvező, testsúlyuk a normalis testsúlynak megfelel, ső annál nagyobb is. A csecsemők további fejlődése, melyet a teleporvosok és telepfelügyelők ellenőriznek, általában az egészséges csecsemőkre jellegzetes sajátosságokat tünteti fel, akár a súlyt, akár a statikai functiókat tekintjük. Számtalanszor nyílik alkalmunk az egészséges csecsemőre jellemző, a táplálék iránti nagyfokú toleranciáról meggyőződni. A csecsemők már igen korán, az első hónapokban is általános szokás szerint vegyesen táplálkoznak, ennek daczára az első év alatt megbetegedésektől mentek maradnak.

Az anyjukkal együtt felvett házasságon kívüli csecsemők legnagyobb részben a helybeli bábaképezdeből 9—14 napos korban kerülnek felvételre. Az antenatalis körülmények ezen csoportban már kedvezőtlenebbek, a szülői terheltég (iszá-kosság, idegbaj) gyakori, az anyák egy nagy része a terhesség utolsó napjaiban sem részesül a szükséges kiméletben. Igen kedvező azonban ezen csecsemők táplálkozási anamnesise, a majdnem kivétel nélkül anyatejben való részesítés.

Ezen csoportban a gyengébb felvételi állapot, mint azt az alább következő táblázatban találjuk, kifejezésre jut a

testsúlynak a Cammerer által megállapított normalis testsúllyal összehasonlításakor is. A csecsemők legnagyobb részben, részint mivel az anyák szolgálatják dajkáinkat, továbbá, hogy az anyákat lehetőleg a helyes csecsemő-hygienére kitanítsuk, hosszabb-rövidebb ideig az intézetben maradnak. A felvételkor gyakran találunk túltáplálásból származó dyspepsiákat, melyek néha soorral és intertrigóval társulva, a rendszertelen szoptatásból származnak. A 4 órai időközti szoptatás nálunk általánosan bevezetett módjára ezen túltáplálási dyspepsiák gyorsan megszűnnek és később, mivel a legtöbb anya dajkaszolgálatot is teljesít, ezen az alapon dyspepsiák nem állnak be.

Legrosszabb állapotban kerülnek felvételre az anyjuk által nem szoptatott csecsemők, melyek között majdnem egyenlő számban szerepelnek házasságbeliek és házasságon kívüliek. Az utóbbiak közül jelentékeny rész magándajkaságban volt, az előbbieket rendszeren az anyjuk halála vagy súlyos megbetegedése miatt vesszük fel. Sok esetben, a midőn a csecsemőket idegenek hozzák be, az anamnesises körülmények teljesen ismeretlenek maradnak. Az antenatalis viszonyok ezen csecsemőkön a legrosszabbak, igen gyakori a szülői terheltég. A születés és felvétel közötti időben a gyakran tuberculosus milieuban való tartózkodás, az elhanyagolt ápolás, de különösen a czélyszerűtlen táplálkozás gyakorol a csecsemők egészségére és életképességére kedvezőtlen befolyást. A táplálkozási anamnesis nagyon eltérő, a csecsemők legnagyobb része már az első hetekben vegyesen táplálkozott, kisebb része egyáltalában nem részesült anyatejben. Különbözik a felvételi kor is, a csecsemőknek azonban több mint felét az első 3 hónapban vesszük fel. Jól feltünteteti a felvételi súlyviszonyokat a csecsemők 3 csoportja szerint a következő táblázat:

Felvételi kor	A szoptatási segélyben részesülők száma	Ezeknek középsúlya	Anyjával fel- vettek száma	Ezeknek középsúlya	Anyá nélkül felvettek száma	Ezeknek középsúlya	Normalsúly (Cammerer)
1—4 hét	11	3622	59	3091	33	2687	3580
5—8 „	19	4189	25	3833	17	3182	4000
9—12 „	22	4972	13	4744	11	3827	4606

Az előzőleg vegyesen vagy mesterségesen táplált csecsemők nagy részét kisebb-nagyobb fokú táplálkozási zavarral vettük fel. Rendszeren kombinált táplálkozási zavarok vannak jelen. Leggyakrabban a czukor túlévezetéstől származó dyspepsiákkal és decompositiókkal találkozunk, míg chronikus alimentaris zavart aránylag ritkán látunk. Legtöbbször az emésztési zavar nem kezdeti stadiumában kerülnek hozzánk, hanem akkor, a midőn a tünetek már hosszabb ideig fennállanak és másodlagos complicatiók állnak be. Néhány könnyebb lefolyású dyspepsiát leszámítva, melyek koplalás és kimelési diéta által rövidesen visszafejlődnek, legtöbb esetben súlyosabb jellegű táplálkozási zavarokkal találkozunk. Intoxicatiós jelenségek gyakran társulnak decompositióhoz és az immunitásukban erősen csökkent csecsemőkön az emésztési zavarhoz még másodlagos fertőzés (többször pyoderma) is társul, melynek kifejlődését a hiányos ápolás is elősegíti. Az emésztési zavarok kívül felvételkor a leggyakoribb betegség a tuberculosus és a lues.

Az elhagyott csecsemőknek a felvételt megelőző anamnesises körülményeivel, felvételi állapotával általánosságban megismerkedve, vizsgálat tárgyává tesszük a leggyakrabban előforduló constitutiós anomáliáknak, az exsudativ diathesisnek, rachitisnek, neuropathiának és ezek combinatióinak befolyását és szerepét a csecsemők intézeti, telepen való gondozása, megbetegedése, halálózása eseteiben.

A csecsemők legnagyobb részén, mielőtt külső gondozásba adnánk, szükségesnek tartjuk az intézeti megfigyelést. A megfigyelés, különösen az anyjuk nélkül felvett, mes-

terségesen tápláltakon elkerülhetetlen szükségesség, mert csak így nyerünk tájékozódást ezen csecsemők tulajdonképpeni egészségi állapotáról, melynek legmegbízhatóbb kriteriuma a táplálék iránti tolerancia. E szerint különböztetjük meg a trophostabil, általában az egészségesek, és a tropholabil, a betegek csoportját. Az emésztési zavarok és a szervezetbeli rendellenességek rendkívüli gyakoriságáról a tolerancia kíséreltetével győződhetünk meg. Ha a csecsemőknek, melyeknek felvételi állapotát az első vizsgálat alkalmával kielégítőnek is látjuk, normalis tápszert nyújtunk, csakhamar szembetűnő lesz a táplálék iránti csökkent toleranciaképességük és így minden-napi eset, hogy a felvételtől egészségesnek látszó csecsemőket, míg toleranciájuk megerősödik, hetekig intézetben kell tartanunk. Természetesen, ha gyengébb állapotban vesszük fel a csecsemőt, különösen ha emésztési zavar van jelen, az intézeti gondozást elengedhetetlen követelménynek tartjuk. Sok tapasztalattal rendelkezünk, hogy a legtöbb hibát a gyors kihelyezésekkel követjük el, a midőn intézeti túlszűfolttság miatt, vagy történetesen jelentkező szoptató asszonyok kedvéért a csecsemőket a reparatio befejezése előtt helyezzük ki. Nehéz megállapítani, milyen okból restituáljuk a csecsemőket inkább, a túlkorai kihelyezés, vagy a megbízhatatlan külső gondozás miatt. A mi nevelőszülők, még ha egészséges csecsemők gondozásakor megbízhatónak bizonyulnak is, a reconvalescencia állapotában lévő mesterségesen táplált csecsemő táplálásához csak nagyon kivételesen értenek s így előfordul, hogy nem teljesen gyógyult csecsemőket az emésztési zavar acut exacerbatioja miatt ismét intézetbe kell visszahelyeznünk. Mennél jobb az intézetben a táplálék iránti tolerancia, annál kedvezőbb lesz a kihelyezés eredménye. A külső gondozás a tropholabil csecsemőkre, akár szoptatásra, akár mesterséges táplálásra adjuk ki, általában kedvezőtlen milieuváltozást jelent. A tropholabilitás oka leggyakrabban valami emésztési zavar vagy szervezetbeli rendellenesség. Ezen okokból, mivel az elhagyott csecsemőkön úgy az emésztési zavarok, mint a constitútiós rendellenességek gyakoriak, már a priori valószínű, hogy a normalis mesterséges táplálás is előre nem látott súlyos reakciókat válthat ki, úgy hogy czélszerűnek látszik a csecsemőknek már kezdetben is olyan tápszereket nyújtani, melyek iránt jó toleranciával bírnak. Ilyenek az anyatej, a mesterséges tápszerek közül pedig a fehérjés tej és hasonló tejkeverékek. Meyer statisztikai adatokkal mutatta ki, hogy a mióta a berlini gyermekmenhelyen a fehérjés tej a csecsemőknek normalis tápszerük, azóta az intézetben előforduló emésztési zavarok, infekciók súlyosságukban sokat veszítettek. Ezért, és mivel ezen a téren már kedvezőtlen tapasztalataink is voltak, öt hónapon aluli csecsemőn csak kivételesen kíséreljük meg a tejkeverékekkel való táplálást, hanem azokat lehetőleg a mindig rendelkezésünkre álló dajkatejjel tápláljuk. Így is igen gyakran a reparatio hosszabb időt vesz igénybe, gyors súlyemelkedésre nem lehet számítani, de a türelmes várakozás a legbiztosabb módszer az előre nem látott hatások elkerülésére és a csecsemők oly mértékben való restituálására, hogy nyugodtan külső gondozásba adhassuk őket. Hasonló jó eredményt értünk el néhány esetben fehérjés tejjel vagy ehhez hasonló tápszerekkel.

Mivel a súlyosabb emésztési zavarok kezelésekor anyatejjel mindig rendelkezünk, ezzel egyszersmind elkerüljük a hosszabb koplalás alkalmazását, melynek kedvezőtlen, néha catastrophalis hatása decompontált és sensibilis idegrendszerrel bíró csecsemőkre (az anya nélkül felvettek nagy része ily előrehaladott emésztési zavarral kerül hozzánk) kétségtelen. Ma a teljes koplalást csak súlyosabb dyspepsia eseteiben és alimentaris intoxicációk kezdeti stadiumában alkalmazzuk. Az anyatejen való reparatio hosszas folyamat és rendkívül nehéz a súlyfejlődés siettetésére a vegyes táplálás idejét meghatározni. Általában mennél tovább maradunk meg anyatejtáplálás mellett, annál kevesebb veszélynek tesszük ki a csecsemőket. Ellenkező eljárással, ha a súlygyöngyöt vagy a székletéteket vesszük therapiánk kiindulási alapjául és a súlygyarapodás vagy homogen székletétek elérése kedvéért korán rendeljük el a vegyes táplálást, a tünetek könnyen

exacerbálódhatnak és a reparatio késedelmet fog szenvedni. Három hónapon alóli csecsemőnél, még akkor is, ha a súlygörbe egy ponton stagnál, nem tartjuk czélravezetőnek a vegyes táplálást. Még ha kifejezett emésztési zavar nincs is jelen, a súlynak ezen stagnálása mindig valamely constitútiós anomaliára, főleg exsudatív diathesisre vagy neuropathiára enged következtetni, melyeknek vegyes táplálással való korrigálása, még ha ideig-óráig ezzel el is érünk súlyemelkedést, a fenyegető emésztési zavarok miatt veszélyessé válhat. Az abnormis constitutio egyik nagy jelentősége éppen abban áll, hogy a csecsemők tropholabilitásuk miatt könnyen szereznek táplálkozási zavarokat, melyeknek lefolyása is súlyosabb.

Az intézeti megfigyelés által tájékozódunk legjobban a csecsemőknek százalékokban alig kifejezhető gyakori constitútiós anomaliáiról. Az intézetben alkalmunk van azoknak latens jelenségeit is észlelni és meglepő az eredmény, mily gyakori, különösen az exsudatív diathesis, a még egészségesnek látszó dajkacsecsemőkön is. A mióta Czerny az exsudatív diathesis latens és manifest jelenségeit leírta, azóta tudjuk, hogy a súlyfejlődésnek hosszabb ideig való stagnálása a diathesisnek latens tünete. Igen gyakran látunk az anyás csecsemőkön emésztési zavar vagy inanitio nélkül is stationær súlygyöngyöt, valamint szintén az exsudatív diathesisrel összefüggő hosszú ideig fennálló pathológiai székletéteket. Mindazon csecsemőkön, melyeken az említett jelenségeket megfigyeltük, hosszabb-rövidebb idő múlva, legtöbbször a külső gondozásba való adás után, a midőn a túltáplálás is hozzájárul, megjelentek a diathesis manifest tünetei is, előbb a bőrexudatiók, később a nyálkahártyahurutok.

Az exsudatív csecsemőknek ezen viselkedését, a súlynak stagnálását és pathológiai székletétek jelentkezését a dajkaságba adott csecsemők fejlődésének megítélésakor állandóan szem előtt kell tartanunk. Míg erre nem voltunk tekintettel, igen gyakran a megbízható szoptató nevelőszülőkötől, ha 2—3 hétig a csecsemők fejlődést nem mutattak, visszavettük és vagy intézetben tartottuk, vagy pedig új dajkának adtuk szoptatásra. Ma már igen sok tapasztalattal rendelkezünk, hogy olyan csecsemők, melyek 7—8 hónapos korukig is alig mutatnak súlyfejlődést, később az elmulasztottakat helyre-pótolják és már a 2. életévben a hiányos fejlődésüknek nyomát sem látjuk. Ezért, ha a csecsemők egyéb gondozása kifogásolás alá nem esik, a miről a dajkaságba adott gyermekek állandó központi ellenőrzésével magunk győződünk meg, exsudatív diathesis okozta hiányos súlyfejlődés miatt nem restituáljuk azokat. A dajkaváltozás kétélű fegyver, sohasem tudhatjuk, hogy az új dajkával jobb eredményt fogunk-e elérni. Igen gyakran tapasztaltuk, mivel több olyan szoptatós asszonyval rendelkezünk, kik majdnem minden évben sajátjukon kívül egy elhagyott csecsemőt is szoptattak, hogy egyik csecsemő néha jól, míg a másik igen lassan, vagy egyáltalában nem fejlődik, a mi világosan mutatja, hogy a rossz fejlődés oka a gyermekben van.

Exsudatív csecsemők kihelyezésekor ellentétes tapasztalataink vannak. Igen gyakran a csecsemők intézetben súlyban stagnálnak, mihelyt azonban nevelőszülő gondozása alá kerülnek, a súlyfejlődés rohamosan megindul. Az exsudatív csecsemők ezen viselkedését Keller, Freund és mások is megfigyelték. Igen nehéz ezen jelenség értelmezése, valószínű, hogy a külső gondozásban a bővebb táplálkozás vagy az engedély nélkül nyújtott vegyes táplálás mellett emelkedik a súly. Az intézetben általában inkább a szűkebb, kimértebb táplálást követjük, pontosan előírjuk a szoptatásokat, ezenkívül igen sok dajka két csecsemőt is szoptat, míg a külső gondozásban az anyák vagy a dajkák a pontos szoptatási időközöket nem tartják be, ezenkívül ellenőrzésünket gyakran kikerülve, mellékételt is nyújtanak a csecsemőknek.

A következő 3 eset jellemző példája exsudatív diathesis jelenlétében az intézeti és telepi fejlődés különbözőségének.

1. M. S. szül. 1913 márczius 10.-én. 3 hónapos korban 3900 gr. súlylyal felvéve. Anyja szoptatta. Június 3.-ától június 30.-áig intézeti tartózkodás alatt nem fejlődik. Tele-

pen augusztus 23.-án 5250 gr., október 6.-án 6500 gr. November 29.-én 7800. 1914 január 31.-én 8200 gr.

2. S. S., született 1913 január 24.-én. Anyja szoptatja. 8 hetes korban 3900 gr. súlylyal felvéve. Február 19.-étől március 10.-éig intézetben nem fejlődik. Telepen: augusztus 30.-án 4250 gr., április 20.-án 4700 gr., május 25.-én 5350 gr., július 7.-én 5500 gr., szeptember 15.-én 6200 gr. 1914 január 31.-én 7250 gr.

3. U. A., született 1913 március 27.-én. 6 hetes korban 3800 gr. súlylyal felvéve. Anyja szoptatja. Intézeti tartózkodás május 3.-ától szeptember 5.-éig, ezalatt 1600 gr. súlyfejlődés. 5400 gr.-mal kiadva. Telepen: szeptember 15.-én 5700, november 1.-én 6250 gr., december 1.-én 6800 gr., 1914 január 3.-án 7375 gr.

Az exsudatív diathesis tünetcsoportjában megnyilvánuló szervezeti defectus correctioja a korai vegyes, különösen növényi táplálás, és a mióta ilyen csecsemőknek a harmadik hónaptól kezdve már szénhydrattartalmú tejkeverékeket, később levest, zöldfőzeléket nyújtunk, a túltáplálást pedig elkerüljük, ezen eljárásokkal legtöbb esetben a súlyt emelkedni, az exsudatív tüneteket pedig javulni látjuk.

Az exsudatív diathesis eseteinél nem sokkal ritkábban találkozunk az elhagyott csecsemők neuropathiájával. Gyakori ok a csecsemők felvételére a szülők súlyosabb elme- vagy idegbaja, ezenkívül a csecsemőkkel együtt a menhelybe felvett anyák között is igen sok a degenerált idegrendszerrel bíró inbecillis és így az anyák valamint a csecsemők neuropathiáját egymás mellett van alkalmunk látni. Különös fontossággal bír, hogy már a csecsemők fiatalabb korában is felismerjük a szervezetbeli rendellenességet. A könnyű megijedés, a nyugtalan alvás, a sírás kelti fel elsősorban figyelmünket. Ezen tünetek jelenlétében könnyebben értelmezhetjük a táplálkozási sphaerában mutatkozó jelenségeket, a csecsemők hányását, dyspepsiáját vagy obstipációját, melyek az étrendi hibáktól függetlenek. Mielőtt az abnormis constitutiókban ismertük meg ezen zavarok okát, az ilyen jelenségeket, különösen ha intézetben jelentkeztek, hajlandók voltunk az intézeti ártalmaknak, a hospitalismusnak tulajdonítani. Annyival is inkább, mivel neuropathiás csecsemőkön a milieu- és táplálékváltozás állapotukban lényeges változást szokott okozni, igen gyakran kedvezőtlen irányban.

Mindennapi tapasztalat különösen a régebbi időkől, hogy aránylag jó állapotban lévő csecsemők állapota az intézeti tartózkodás alatt romlik, a súly fokozatosan esik, hasmenések állnak be és ha nem jön segítség, a csecsemők rövidesen elpusztulnak. Ha azonban ezen eseteket jobban elemezzük, nem lesz nehéz a súlyosabb neuropathiás constitutióban megtalálni a jelenség okát, mely milieuváltozásra a legparadoxabb módon reagál. Valószínű, hogy az individualis, a csecsemő egyéniségének megfelelő ápolást és táplálást nélkülözük az általában tömeges csecsemőgondozásra berendezett intézetekben. Régebben, mielőtt a constitutiók befolyását ismertük volna, hajlandók voltunk a neuropathiás csecsemőkön igen gyakori emésztési zavarokat a túltáplálásnak tulajdonítani és a hányás, a dyspepsiás székletetek ellen a koplalást rendeltük el. Ezen eljárással a csecsemők állapotát javítani nem tudtuk, sőt a koplaltatással járó inanitio még inkább fokozta az ártalmakat. Czerny és Finkelstein ajánlatára ma a neuropathiás alapon nyugvó emésztés-zavarokat erőltetett táplálással befolyásoljuk. Az ilyen csecsemő a napi öt szoptatással nem elégszik meg, mivel egyszerre csak keveset szopik, míg gyakoribb szoptatások mellett fejlődésnek indul és a neuropathiás tünetek (patológiai székletetek, hányás stb.) is javulást mutatnak. Gyakran van alkalmunk tapasztalni, mily rendkívüli nehézségekbe ütközik a sensibilis csecsemők táplálása, néha igen vehemens reactiókat (valóságos idiosyncrasiákat) látunk az első mesterséges tápszer nyújtásakor és a csecsemők a tápszerre csak hosszas türelmes próbálgatások útján szoktathatók rá. Neuropathiás csecsemők ápolását és táplálását intézetben igazán csak olyan gondozónők végezhetik, kikre reá illenek Czerny szavai, hogy nemcsak a néha sablonos orvosi

rendeléseket követik, de a csecsemőket gondosan megfigyelik és önálló intézkedésekre is alkalmasak. Ha ilyen gondozó személyzettel nem rendelkezünk, nem lehet csodálkozunk, ha a kihelyezés megbízható nevelőszülőknél kedvező hatással fog járni. A kihelyezés hatása többször azonban ellenkező irányban nyilvánul meg és mivel sohasem látjuk előre a hatást, a csecsemők kihelyezésekor nagy óvatosságot kell követnünk és azokat csak kipróbált, megbízható nevelőszülőknél helyezhetjük el. Hozzá nem értő nevelőszülők durva kezei között igen nagy a veszély, hogy különösen a mesterségesen tápláltak a kihelyezés után rövid idő múlva súlyosan megbetegednek vagy el is hálnak.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Köhler: Taschenbuch für Kriegschirurgen. Berlin und Wien. Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1914.

Az alig 100 kis lapra terjedő könyv az ismert nevű szerző azon czikkeit tartalmazza, a melyeket a most folyó háború alkalmából a „Medizinische Klinik“ hasábjain közölt s a melyekkel főleg a hadba vonult gyakorló orvosoknak kíván szolgálatot tenni. Játszi módon, nagyon eleven előadással ismerteti a hadegészségügy szervezetét és a hadegészségügyi szolgálatot, csak arra terjeszkedve ki, a mit okvetlenül kell tudni. A könyv címének megfelelően természetesen legtöbb tér jutott a hadsebészethez, a mint arra a csatatéren, a kötőzőhelyeken és a tábori kórházban van szükség; fődolog a sürgős és nem sürgős esetek megkülönböztetése, a mint az nagyon helyesen ismételt hangoztatva van. Azok számára, a kik nem a harctéren vagy a közelében működnek, szintén hasznos lehet a könyvecske, a mennyiben utolsó fejezetében röviden összefoglalja a sebek utókezelését a beteg otthonában. A nagyon ügyes kis munkát melegen ajánljuk orvosaink figyelmébe.

Lapszemle.

Belorvostan.

A bolus alba használatáról dysenteria és cholera eseteiben ír Stumpf tanár, a ki először ajánlotta volt ezt a szert főleg fertőzőes eredetű bélbajok ellen. Lényeges, hogy nagy mennyiségben adjuk ezt a szert, a mi nem ütközik nehézségbe, mert teljesen ártalmatlan; így egy esetben 24 óra alatt 600 grammot vett be egy beteg minden káros következmény nélkül. Nagyon fontos az is, hogy ha a beteg kihányja a szert — a mi például cholera súlyosabb eseteiben úgyszólván rendes állapot —, újból meg újból adjuk kisebb mennyiségben, óránként körülbelül 10-szer; a szerző tapasztalatai szerint ilyen módon bizonyos idő múlva mégis csak elég bolus lesz a bélben és kifejezhető kedvező hatását. Legjobb a szert körülbelül kétszer annyi vízzel összekeverve adni; víz helyett nagyon gyenge meleg teában is adhatjuk. Opiumkészítményeket ne használjunk egyidejűleg, egyrészt mert feleslegesek, de másrészt mert szorulást idézhetnek elő, a mi a bolus használata mellett amúgy is sokszor bekövetkezik, de nem jár káros következménnyel. úgy hogy a szerzőnek még sohasem kellett hashajtóhoz nyúlani. Dysenteriaiban az első adag 200 gramm s utána 3—4 óránként adunk 50 grammot kellő diaeta mellett, míg a tünetek teljesen enyhülnek, a mi nagyon rövid idő alatt szokott bekövetkezni, úgy hogy többnyire elegendő összesen 300—400 gr. Choleraiban, ha e beteg nem hányja ki, szintén így járhatunk el; arról a szabályról, hogy a bolus bevétel után 18 órán át ne vegyen magához táplálékot a beteg, a szerző már letett; már 2—3 óra múlva is megenged — persze kellő óvatossággal — némi táplálékot. Az a körülmény, hogy choleraiban az első adag bevétel után nemsokára ismét hasmenés mutatkozik, inkább

kedvező jel, mert azt mutatja, hogy a bélizomzat paresise, a mely a fertőző anyag hatása folytán állott be, immár megszűnt. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 40. sz.)

Sebészet.

A tetanus esetén beálló súlyos légzési görcsöknek kétoldali phrenicotomiával való gyógykezeléséről a következőket írja *Jehn W.* A tetanus súlyos alakjaiban leggyakrabban fulladás következtében áll be a halál, ugyanis a rekeszizom és az összes légzési segédizmok görcsös összehúzódása miatt a mellkas mély belégzéses állásba jut s e miatt a gázcsere lehetetlenné válik. Ez életveszélyes állapot leközdésére rendelkezésünkre áll a narcosis, a mesterséges légzés és számos narcoticum. Azonban a narcoticumok lassan és bizonytalanul hatnak, az altatás és mesterséges légzés pedig az egész mellkasizomzat merevsége miatt kivihetetlen. A halál tehát fulladás következtében már akkor beállhat, midőn az általános mérgezés még nem érte el azt a fokot, a mely esetleg csak később okozná a beteg halálát. Ha sikerül a görcsöket megszüntetni, akkor megvan a lehetősége annak, hogy a beteget megmenthetjük.

A tüdők mozgását a mellkastól függetleníteni egyszerűen úgy lehetne, hogy egy- vagy kétoldali pneumothoraxot létesítsünk és az összeesett tüdőt magasnyomású beléjeztető készülékkel hozzuk működésbe, a míg a légzőizmok görcse megszűnik. Ez eljárás nagy hátránya, hogy kétoldali pneumothorax esetén a rendes légzés elégtelensége miatt a fentebbi mesterséges légzést a görcsök megszűnése után állandóan fenn kell tartanunk.

Van ennél egyszerűbb eljárás, melylyel a tüdő normalis táglási viszonyainak épségben tartása mellett érhetjük el azt, hogy a merev mellkas alsó falát és a rekeszt bénítva, a tüdőt magasnyomású beléjeztető készülékkel működtethetjük, míg a görcsök tartanak. Ez az eljárás a kétoldali phrenicotomia. Az idegek átmetzése után a rekesz petyhüdtté lesz s helyzete a tüdőbeli nyomástól válik függővé.

A szerző 8 éves fiút gyógyított ki súlyos tetanusából, úgy hogy a fenti eljárást a serumkezeléssel és gastrostomiával kombinálta. A fiúnak 30 napon át 377 roham közül 35 igen súlyos fulladásos rohama volt; a mesterséges légzéssel sikerült öt a fulladástól megmenteni.

A mi a rekesz bénulását illeti, nem járt a gázcsere oly nagyfokú csökkenésével, a melyhez a szervezet alkalmazkodni ne tudott volna. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 40. sz.)

Gyermekorvostan.

Bromoderma tuberosum esetét észlelte *Dollinger* bromkalium adagolása után 9 hónapos csecsemőn. A gyógyszer okozta kiütések általában ritkák a csecsemő- és korai gyermekkorban, a minek oka egyrészt a fiatal szervezet aránylag nagyobb toleranciájában, másrészt, és a mi valószínűbb, a differens orvos-szerek ritkább és sokkal kisebb mennyiségben alkalmazásában keresendő. Kivétel csak a brom, a melyet különböző vegyületeiben mint sedativumot és altatót a gyermekorvos elég gyakran vesz igénybe. Bár a brom elég ártalmatlan szer, mégis az irodalomban nem egy bromoderma vált ismertté. *Scherer* a bromoderma négyféle alakját különbözteti meg: erythematás, papulopustulás, ulcerosus s végre tuberosus alakját. *Scherer* közleményében egy kilencz hónapos csecsemőről van szó, ki súlyos számárhurutja miatt 14 nap alatt 22.4 gr. bromot kapott (CaBr 28 gr.-jában). A 12. napon, tehát 22 gr. CaBr₂ = 17.8 gr. brom után mutatkoztak az intoxicatio első jelei, még pedig az arczon kis hólyagcsák és göbcsék alakjában, melyek néhány nap alatt nagy, tömört, szemölcs-szerű csomókká nőttek (bromoderma tuberosum). A brom kihagyása daczára a régi eruptiók nagybodtak és újak támadtak és csak 10 nap múltán állapotodott meg a folyamat. A csecsemő elbocsátása alkalmával további 33 nap után még min-

dig számos köles-borsónagyságú beszáradt bőrmegvastagodások voltak észlelhetők. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 11. kötet, 460. oldal.)
Vas Jakab dr.

Bőrkórtan.

A bőrbajok általános gyógyításáról ír *Fr. Luithlen* (Wien). A *Hebra* által felállított tétel, hogy a bőrt mint önálló szervet kell tekintenünk s hogy annak betegségeit ebből a szempontból kell kezelnünk, ma már csak kis mértékben áll meg. Mindinkább az a felfogás erősödik meg, hogy a bőrnek sokféle bántalma bizonyos belső elváltozásoknak külső megnyilvánulása. Sőt odáig mehetünk, hogy — kevés kivétellel — azt mondhatjuk, teljesen ép szervezet csakis egészséges bőrrel képzelhető. E tekintetben teljes mértékben még a bőr parasítás bajai sem tesznek kivételt. A bőrbajok gyógyításában nem rekeszthető ki a dispositio fogalma sem, mely lehet anatómiai és biológiai. Az első fajta dispositio a bőr szervezetén múlik s megmagyarázza, hogy bizonyos bőrbajok miért csatlakoznak bizonyos életkorhoz (pl. pemphigus neonatorum, az öregkor bőrbetegségei). A biológiai dispositiót akkor észleljük, a mikor a bőrbaj a szervezet életjelenségeinek vagy az anyagcserének változásain alapul. Ide tartoznak azok a szervezeten belüli változások is, melyek egyébként élettani jelenségek (menstruatio, graviditas, klimakterium). Nagy fontosságú bizonyos bőrbajok kezelésében a diatétának rendezése. A szerző vizsgálatai azt bizonyítják, hogy a táplálkozás irányításával a bőrnek külső ingerek iránti érzékenysége csökkenthető. Ilyenfajta eljárásunk egyenesen aetiologiai alapon vett kezelés lehet (húgysavas diathesis, gyomor-bélzavarok, anyagcserezavarok stb.), vagy legalább is a gyógyítást támogató működésnek minősíthető. Tudjuk, hogy pl. *Salomon* különösen makacs urticariát oly módon gyógyított meg, hogy a beteget fehérjeszegény táplálékkal táplálta. A psoriasisra a nitrogenszegény táplálék úgylátszik gyógyítóan hat, káros azonban a nitrogenben bővelkedő táplálék. A calciumkezelés kérdése még nincsen véglegesen tisztázva; ha a bőrbajok kezelésében általában nem járt nagyobb fokú sikerrel, úgy az inkább azon múlt, hogy nem jártak el szigorú indicatio alapján. A siker hiánya néha a dosisok kicsiny voltán s a kezelés rövidségén is múlhatott. A calciumhoz hasonló az atophannak a hatása. Mindkettőnek bizonyos hatása a vérekre kétségtelen s így a gyulladás ellenében való hatása sem tagadható. Nem oly határozott az idetartozó harmadik szernek, az ichthyolnak a hatása, melynek belső adaga $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ gr. (gelatinatokban). Érdekesekek azok a vizsgálatok, melyek a bőrbajoknak serumkezelésére vonatkoznak. A serum a különböző vizsgálok szerint különböző eredetű volt (fajidegen, fajrokon, sőt saját serum). Hasonló kísérletek vérrrel is történtek. *Luithlen* véleménye szerint mindezek a kezelésmódok kedvező hatást fejtenek ki az exsudatióval járó gyulladásos folyamatokra. Az eljárások közül kétségtelenül legajánlatosabb a beteg saját serumának az injectiója. A fajidegen serum az anaphylaxia veszedelmével járhat, a fajrokon (más embertől eredő) serum használata viszont a gümőkór és a syphilis veszedelmét nem zárja ki. A seruminjectio dosisa 10–60 cm³ között mozog. Más gyógyító eljárás a dermatotherapiában a *Bruck* által bevezetett konyhasós infusio, melyet vérvétel előz meg. Ez az eljárás azonban csak némely nem gyulladásos bőrbajban válik be, mert exsudatióval járó gyulladásos természetű bőrbajok ettől az eljárástól *Luithlen* tapasztalása szerint egyenesen rosszabbodhatnak. Ez nyilván azzal a jelenséggel függ össze, hogy a konyhasó, akárcsak más elektrolytek, a véreket áteresztőképességét fokozza. A bőrbajok általános kezelésének kérdésébe vág a chininkezelés is, mely főként a pemphigus ellenében jöhet szóba. *Leszczynski* intravenásan adja (0.3–0.5–1.0 gr. chinin. muriat. 200 gr. konyhasó-oldatban) körülbelül 20 ízben. Hatása nem bizonyos. Egyenesen a kórokozóra akar hatni a *Sachs*-féle urotropinkezelés is, melyet hólyagos bántalmak ellenében kísérleltünk meg. Fontos fejezete a dermatotherapiának a furunculosis kezelése. Még nem tisztázott véglegesen, hogy a bélzavarok, a bélbeli bomlási folyamatok és a diabetes miképpen fokozza a

gyenyedésre való hajlandóságot. Belső gyógyszerként elsősorban az élesztő és a kén jön szóba. Mindkettő főként mint hashajtó fejt ki elismert jó hatását. Jól hat néha a chinin is, mely a pharmacologusok véleménye szerint mint gyuladást gátló szer jön tekintetbe. A *Wright*-féle vaccinkezelés más alapon nyugszik és abból indul ki, hogy a szervezetnek a gyenyedés elleni védőképessége fokozódik. A cél itt a védőanyagok mesterséges fokozása. Mindezek az eljárások általában jó eredményt nyújtanak. Az idősült bőrbajok legfontosabb és leghasználtabb általános gyógyszere az arsen. Hatása ilyenkor elég gyakran igen jó. Hevenyesebb bőrbajok ellen alkalmazva, sokszor rosszabbodást idéz fel. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1914, 33. sz.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A gyermekági fertőzés kezeléséről úgynevezett fixatiós tályagokkal *Santi* egy ízben már beszámolt. Ujabb cikkében ismét leír 12 igen súlyos esetet, amelyekben a jelzett eljárással kedvező eredményt ért el, a mennyiben csak 2 eset végződött halálosan. Ismételt fecskekezelt a bőr alá 3—5 cm³ terpentinolajat. Káros következményt sohasem látott. (Zeitschr. f. Geburtshilfe, 76. k., 1. f.)

Calcedon néven új mészkészítményt hoztak forgalomba. Nem egyéb, mint calcium összetétele az edestin nevű növényi fehérjével s ezért *Boruttau* szerint egyrészt elég jóízű, másrészt táplálószer jellegével is bír. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 32. sz.)

Heveny eczemát következő módon kezel *Samberger*: Naponként háromszor 5—10 percen át forró, 1%-os vizes resorcinoldatot alkalmaz az eczemás területre tufferekkel és megszáradás után száraz, légmentes kötést ad. 2—3 nap múlva a nedvezés megszűnt s ekkor *Unna*-féle zinkpasztát rendel. (Rp. Zinci oxydati 10:0, Terrae silic. 2:0, Axung. porci 28:0). (Dermatologische Wochenschrift, 59. kötet, 30. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 42. szám. *Prochnov József*: A kórházi gyakorlatból. 1. Zúzdás a térdalján, üszkösödés, alszárcsonkítás. 2. A bal czombfeszítőizom inának leszakadása; invarrat. *Katona József*: 4788 scarlatina-esetről szerzett tapasztalatok.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. *Váradai Hajnal Imre* egyéves önkéntes orvostanhallgató az ellenség előtt tanúsított bátor magatartásáért az ezüst bátorsági érmet kapta.

Kinevezés. *Seliga Mihály* dr.-t a zsolnai közpórházhoz főorvossá, *Gerber Károly* dr.-t Székesfehérváron tiszteletbeli kerületi orvossá nevezték ki.

Katonaorvosi kinevezések. A király kinevezte a háború tartamára *Dollinger Gyula* dr. egyetemi tanárt vezértörzsorvossá, *báró Korányi Sándor* dr. és *Kuzmík Pál* dr. egyetemi tanárokat I. osztályú főörzsorvossá, *Hüttl Hümér* dr. egyetemi magántanárt és közpórházi főorvost, *Lumniczer József* dr.-t, a Vörös Kereszt-Egyet kórházának sebészfőorvosát és *Imrédy Béla* dr.-t, e kórház igazgatóját törzsorvossá, *Irsay Artur* dr.-nak, a jobbparti kórház igazgatójának pedig a II. osztályú főörzsorvosi címet és jelleget adományozta.

80 éves orvos a csataterén. *Hertwig Ferencz* dr. német törzsorvos a napokban ünnepelte a keleti harctéren 80. születésnapját.

Meghalt. *Tóth Ödön* dr. tiszteletbeli megyei főorvos, október 14.-én 41 éves korában Garadnán. — *Soltész Vilmos* dr. beszteczébányai orvos a leipniki katonakórházban dysenteriaiban október 16.-án. — *F. König*, a sebészeti tanára a marburgi egyetemen, a keleti harctéren a kötőzőhelyen teljesített működése közben. — *F. Korsch*, német vezértörzsorvos (Generalarzt), a ki annak idején először ajánlotta lábszártörés eseteiben a járókötéseket, a harctéren elesett.

A budapesti egyetem orvosi fakultása tanárainak tevékenysége a sebesült és beteg katonák ápolása körül. A budapesti egyetem orvosi fakultásának tanárai és magántanárai a háború kitörésének első percétől kezdve a legnagyobb készséggel és lelkesedéssel állottak szolgálatba. A klinikák igazgató-tanárai klinikáikon máris 1000-nél több ágyon ápolják a sebesült és beteg katonák ezreit, sőt többen közülök elvállalták a hadvezetőség által felállított kórházak vezetését. A rendkívüli és magántanárok közül igen sokan mint tartalékos és népfőlkéző orvosok bevonultak a csapatokhoz, az idősebbek közül sokan önként

jelentkeztek szolgálatra a katonai kórházakban s a vöröskereszt kórházaiiban, úgy hogy a budapesti egyetem orvosi fakultásának tanárai és magántanárai, a csapatszolgálatra bevonultakat nem is említve, az országban körülbelül 20.000 beteg és sebesült katona gyógykezelését teljesítik.

A cholera állása hazánkban. Az október 13.-ától 20.-áig terjedő héten 354 eset fordult elő, amelyek közül 151 vonatkozik az északi harcterről jött katonákra. A megyék betürendjében csoportosítva, az esetek előfordulásának helye a következő: Abaujmege: (Encs, Hernád-kéres, Somodi), Alsófehérmegye (Kutyfalva), Aradmegye (Arad), Baranyamegye (Kisköszeg), Barsmegye (Csiffár, Alsószecse), Bácsmegye (Újvidék, Apatin 2), Beregmegye (Galambos 4, Polena 7, Szarvasháza 17, Munkács, Beregszász 2, Dombostelek 14, Volócz, Szolyva 5, Szentmíklós 7, Alsóverecze 40), Besztecz-Naszódmege (Szászlekenecze), Békésmegye (Gyoma 3, Szarvas, Póstelek 2, Endrőd, Körösladány), Biharmegye (Körösnagyharsány, Nagyvárad 4), Csongrádmegye (Szegvár), Esztergommege (Bény, Esztergom), Fejérmegye (Székesfehérvár, Ráczalmás), Györmegye (Dunaszeg, Rár), Hajdúmege (Debreczen, Tiszacsege 2), Hontmege (Ipolyvisk), Hunyadmegye (Szászváros), J.-N.-K.-Szolnokmege (Szolnok 3, Tiszaszily 2, Jászberény, Tiszaroff, Nagykőrű), Kisküküllőmege (Radnót 2, Kerélszentpál, Bázna), Kolozsmegye (Kolozsvár 3, Bonczhida 5, Retteg), Liptómege (Németlipcse 5), Maros-Tordamege (Magyarregén), Mármarmegye (Técső 16, Huszt 2), Nógrádmegye (Balassagyarmat 54, Zagyvapálfalva 2, Szécsény, Ludány), Pestmege (Budapest 19, Vác), Pozsonymegye (Pozsony 3, Alsószeli), Sárosmege (Erdővágás 2, Ladomérvágás 5, Sósűfűd 2, Alsóodor 2, Bártfa, Bartosfalva, Bátorhegy, Alsómerse, Felsőmerse, Cseres, Héthárs, Topolyhanisfalva, Eperjes), Szabolcsmege (Nyíregyháza 2, Oros), Szatmármegye (Szatmárnémeti), Szepesmege (Lőcse 3), Szolnok-Dobokamege (Szamosújvár), Tordamege (Pusztaszentmíklós), Torontálmegye (Alsóittebe, Nagybecskerek, Bégaszentgyörgy, Szanád), Trencsénmege (Zsolna 2), Ungmege (Vinna 3, Laborciszög, Szobráncz, Fogas, Percseny, Éles), Zemplénmege (Tokaj 4, Sátoraljaújhegy 7, Nyág 4, Nagycsertész 5, Szécsmező 2, Nagymihály 2, Szacsur, Órocz, Nagyráská, Takcsány, Töketeres, Udva, Bistetanya 4, Laborciszög 3, Mezőlaborc 3, Szinna 3), Zólyommege (Farkaspetőfalva 4, Garamkirályfalva).

A budapesti poliklinika rendelésein augusztusban 4075 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 7147 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület augusztusban 1716 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1517 szállítást végzett, 38-szor mint mozgóorség szerepelt és 23-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. Az augusztus havi működés főösszege tehát 3294.

Személyi hírek külföldről. Az új frankfurti egyetemen *J. Raacke* (elmekörtan) és *A. Knoblauch* (belorvostan) dr.-ok rendkívüli tanárok lettek. — *Hazánkfiá, Vészi Gyula* dr. az élettanból magántanári képesítést nyert a bonni egyetemen.

Lapunk mai számához a *Lysolfabrik Schülke & Mayr Nachf. Dr. Raupenstrauch Lysol* című 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. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos, IV., Ferencz József-rakpart 26.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81-01. **Diaetás osztály** czukorbetegeseknek, anyagcserebetegeseknek. Hízáló és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: Dr. Dolecskó János, főorvos.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek GEBBERT és SCHALL R.-T.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízáló-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.- koronától kezdve.

UJTÁTRAFÜRED. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XV., XVI. és XVII. rendes tudományos ülés 1914 május 9.-én, 26.-án és 23.-án). 773. lap. — II. hadsebészti érkezelés. 776. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XV. rendes tudományos ülés május 1914 9.-én.)

Elnök: id. Liebermann Leo.

Jegyző: Dollinger Béla.

(Folytatás.)

Polyarthrititis rheumatica és chorea minor eseteiben észlelt szöveti elváltozások.

Huzella Tivadar: Polyarthrititis rheumaticával kapcsolatos specifikus szöveti elváltozásokat először *Aschoff* írt le a szívizomban. A folyamat lényege feltűnő nagy sejtelemekből álló mikroszkopos göbök képződése. Az előadó számos esetben kimutatta az *Aschoff*-féle göböket a szívizomban polyarthrititis rheumatica eseteiben és két chorea-esetben is, a melyek anamnesisében polyarthrititis nem szerepelt.

Ujabbán kiterjesztette vizsgálatait a harántcsíkolt izomzatra, a központi idegrendszerre és különböző szervekre abból a szempontból, hogy találhatók-e a myocarditis rheumaticának megfelelő, a rheumás fertőzésre visszavezethető elváltozások másutt is a szervezetben, továbbá, hogy a polyarthrititis rheumatica és a polyarthrititis-szel nem komplikált chorea eseteiben található elváltozások összehasonlítása mennyiben segíthet a két megbetegedés közti vonatkozások megértésében.

Polyarthrititis rheumatica acuta és a chorea minor egy-egy esetében a szívizomban, a harántcsíkolt izomzatban és a központi idegrendszerben feltűnő elváltozásokat talált, a melyeket színes mikrophotographiák vetítése útján demonstrál.

A szívizomban mindkét esetben a myocarditis rheumatica jellegzetes elváltozásai láthatók.

A harántcsíkolt izomzatban az *Aschoff*-féle göböknek megfelelő lobos-degenerációs góczok vannak jellegzetes óriássejtszerű képletekkel. Az utóbbiak az izomelemek degenerációjára és nekrosisos beolvadása útján jönnek létre. A mint ez több átmeneti stadium bemutatásával bizonyítható.

A központi idegrendszerben nagyfokú hyperaemiát, kiterjedt thrombosit, perivascularis beszűrődést talált, az idegsejtek körében degenerációs jelenségeket és a gliasejtek szaporodását. Polyarthrititis esetében főleg a vérereken belül és az érthüvelyekben, a chorea-esetben szabadon is az agyállományban különös szemcsék és rögök láthatók nagy mennyiségben, a melyek teljesen megegyeznek azon képletekkel, melyeket chorea-esetekkel, de más megbetegedésekkel kapcsolatban is részben mint hyalin golyókat és thrombusokat, részben mint „choreatesteket” írtak le. Általában nem specifikus szétesési termékeknek tekintetnek.

A központi idegrendszer elváltozásait az előadó elég súlyosnak tartja ahhoz, hogy eddig ismeretlen feltételekhez kötött bizonyos localisatiójuk mellett tüneteket válthassanak ki.

Polyarthrititis rheumatica, valamint chorea esetében a megfelelő elváltozások a szívben, a harántcsíkolt izomzatban és a központi idegrendszerben lényegükben azonosak. Az előadó a szervezet különböző helyein különböző szövetek körében jelentkező góczszerű elváltozásokban a lobos-nekrosisos folyamatok ugyanazon típusát véli felismerhetni, a melynek histologiai képe a rheuma vírusának localisatiójához képest, a környezet szerint, más-más helyen másképp alakul, vagy a környezet szövetelemeinek hozzájárulása által — mint az izomzat körében — specifikus jelleget nyer.

A két megbetegedésben észlelt közös elváltozások azon — eddig csak klinikai tapasztalatokra alapított — nézet mellett szólnak, hogy a polyarthrititis rheumatica és a chorea aetiológiája és pathogenesise, legalább az esetek egy részében, azonos.

Szontagh Félix: Örömmel üdvözlö az előadást, mert bizonyítékát látja benne annak, a mit a klinikai észlelés már régen megállapított, hogy t. i. a chorea az esetek óriási számában rheumás aequivalens.

Ennek pathologiai anatómiai bizonyítékát szolgáltatják azok a göbcsék, melyeket az előadó az izomzatban és idegrendszerben talált. Figyelmezteti az előadót, hogy vonja a vizsgálat körébe azokat az eseteket is, melyek ugyan nagyon ritkán fognak boncolás alá kerülni, a hol chorea vörheny után fejlődött, illetve vörhenyes ízületi affectiók előzték meg a szív elváltozásait.

(XVI. rendes tudományos ülés 1914 május 16.-án.)

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Dollinger Béla.

Peritonitis utáni adhesiók okozta strangulációs ileus; bélresectio, gyógyulás.

Fischer Aladár: A 12 éves fiút 1911 december 11.-én vették fel a bemutató osztályára megbetegedésének 5. napján a legsúlyosabb peritonitis-tünetekkel. Előredomborodó, mindenütt deszkakemény és érzékeny has, beesett szemek, cyanosisos ajkak, bevont, száraz nyelv, alig tapintható, szapora és kicsi pulsus, hűvös végtagok; a végbélhőmérsék 39°.

A felvétel után rögtön végzett műtét progrediáló, igen súlyos, genyes-fibrinosus peritonitist derít ki, a mely elhatárolást egyáltalában nem mutat és a hasüreg legnagyobb részére kiterjedni látszik. A folyamat kiindulása az appendix, a melyen borsónyi üszkös átfuródás van, s a melyben datolyamagnagságú és alakú bélsárkó látszik. Ebben az esetben is az általa megszokott eljárást alkalmazta: öblítés nélkül az appendix resectiója után tamponálás és a műtét után *Fowler*-helyzetben állandó proctoklysis.

A lefolyásból kiemelendő, hogy az első nehéz napok után a beteg lassanként összeszedte magát, a peritonitis visszafejlődött, azonban körülbelül 2 cm. hosszú és 1 cm. széles bélsársipoly keletkezett a coecumon. Ezen bélsársipolyt 1912 május 31.-én zárta, a sipolyt körülmetszve, a bélfalat kiszabadítva és a bélfalban levő defectust összevarrva, a nélkül, hogy a hasüreget meg kellett volna nyitni.

A bélsipoly zárása teljesen sikerült, úgy hogy az illetőt 1912 jún. 6.-án primára gyógyult sebbel bocsáthatták haza.

Nyitva kezelt appendicitis esetében a bemutató a hasfalreconstructiót a hasseb behegedése után fél évvel szokta végezni. Így járt el ezen esetben is, 1912 december hó 5.-én végezve a szokott módon a hasfalak reconstructióját. Ismét prima gyógyulás. Az illető 7 nap múlva elhagyta az osztályt.

Ettől az időtől kezdve teljesen egészséges volt 1913 december 7.-éig, a mikor hirtelen hasfájdalmak lepték meg, majd háyni kezdett. Széke sem hashajtók adagolására, sem beöntésre nincs és szelek sem mennek. Több ízben tömeges hányás, mely utóbb már bűzössé lesz. A beteg vizsgálata a következőket mutatja: Mérsékelt meteorismusos has. A jobb regio hypogastrica jobban domborodik elő. Nyomásra érzékenység vagy defense nincs. Resistentia, puffadt bélkacsok nem tapinthatók. A nyelv bevont, nedves, a pulsus 100, a rekesz egy bordaközzel föltölt, az arc cyanosisos.

Jóllehet a has objectív vizsgálata nem adott határozott tüneteket, mégis az anamnesis alapján biztos volt, hogy a súlyos ileustünetek a 2 év előtt operált peritonitistól visszamaradt adhaesiók okozzák; minthogy a tünetek fenyegetők voltak, a bemutató műtetre határozta el magát, melyet következőképpen végzett:

A has megnyitása a középvonalban, először a köldöktől a symphysisig, azután ezt meghosszabbítva, a köldök és processus xiphoideus közti távolság közepéig. A has megnyitása után rögtön óriási mértékben kitágult bélkacsok tulolnak elő.

Az egyik bélkacs serosája a nagy puffadtság miatt berepedt; a berepedést sero-serosus varratokkal rögtön zárták. A hasüreg bal oldalát bevezetett törülkövel izolálják és tovább kutatva az ileus oka után, kiderül, hogy egy alsó ileumkacs a fossa iliaca peritoneumához a coecum közelé-

ben oda van növe, itt hegyes szögben meg van törve és azonkívül egy a bélkacs margo mesenterialis felett kezdődő, a bélkacs előtt elhúzódó és a fossa iliaca serosájához letapadó álszalag által strangulálva is van.

A bélkacsot ezen rögzített helyzetéből pontos izolálás mellett óvatosan kiszabadítja, a mikor is kiderül, hogy a strangulatio okozta barázda fehér, anaemiás és a bélkacs fala itt elvékonyodott. Minthogy a bél a strangulatio helyén nem életképes, a barázdának megfelelő helyen 10 cm.-es béldarabot reszekál és a bélvégeket end to end egyesíti. A belső varratsort *Schmieden* szerint, a sero-serosus varratot pedig csomós öltésekkel végezik. Ezután a belek teljes visszahelyezése, hasfalvarrat.

A műtét után a lefolyás kitűnő, már a műtétet követő napon távoznak szelek és a műtét utáni második napon kétszer van bő szék. Az osztályt az illető primára gyógyult sebbel és kitűnő közérzettel 1913 december 23.-án hagyja el és azóta is teljesen jól érzi magát.

Az eset több szempontból érdekes. Rendkívüli súlyos peritonitis állott fenn a legfenyegetőbb tünetekkel, műtét után a szinte elveszettnek látszó beteg összeszedte magát és bélsársipoly visszamaradása mellett meggyógyult. A bélsársipoly, jöllehet nagy kiterjedésű volt, könnyen volt zárható. 2 évvel az egész hasüregre kiterjedt nagyfokú gyuladást-folyamat után annak egyéb nyoma nem volt, mint néhány fátolszerű hártás adhaesio a coecum és a colon ascendens körül és a fentebb leírt adhaesioja és pseudoligamentuma a strangulált ileumkacsnak.

Az elhalt bél resectiója után választani kellett a bélvégek kivarrása és az end to end-egyesítés között. Minthogy fiatal, jó szívű működéssel bíró, ellenállóképességű egyénről és a vékonybélben lévő resectióról volt szó, e mellett a bélfal is jó minőségűnek mutatkozott, a mely a varratokat jól tartja, az end to end-egyesítésre határozta magát, mint a lefolyás mutatta, helyesen.

A helybeli tuberculinreakciók diagnostikai és prognostikai értékéről legújabb vizsgálatok alapján.

Tóvölgyi Elemér: A múlt évi londoni orvos-congressuson beszámolt ama kísérleti eredményeiről, a melyeket több mint 300 esetben a helybeli tuberculinreakciók vizsgálata alkalmával nyert. Jelenleg legújabb vizsgálata alapján az első kísérletei alkalmával megállapított szabályokat teszi kritika tárgyává.

A szabályok a következőképpen szólnak:

1. A rhinitis acuta vagy subacuta az ophthalmoreactio viselkedésére lényeges és figyelmen kívül nem hagyható befolyást gyakorol, még pedig úgy a természetes alakjában, mint abban az esetben, ha a náthát mülegesen idézzük elő.

2. Vizsgálatai bizonyítják, hogy a tuberculinnal 10%-os menthollal átitatott és az orrüregben hosszabb ideig (24—48 óra) bent hagyott vattatampon használatakor az ophthalmoreactio sokkal gyakrabban positiv, mintha nem idézzük elő müleges náthát.

Az ellenőrző vizsgálatok azt mutatják, hogy a positiv szaporulat a mentholos vatta eseteiben kevesebb, mint ha tuberculinnal átitatott vattát helyezünk az orrüregbe.

3. A positiv ophthalmoreactiók szaporulata rhinotampon esetén a klinice gyanús vagy egészen könnyű tuberculosus esetekre vonatkozik.

4. Minthogy a rhinotamponreactio teljesen ugyanazon szabályoknak hódol, mint az ophthalmoreactio, az előbbi alkalmazása ez utóbbira nem hogy zavarólag hatna, de miután ez utóbbit érzékenyebb teszi, annak diagnostikai és prognostikai értékét nagyban emeli.

5. Ugy az erősen positiv ophthalmoreactio-, valamint a rhinotamponreactio is a legtöbb esetben azt mutatja, hogy könnyű tuberculosus megbetegedés van jelen.

6. Negativ ophthalmoreactio egyidejű erősen positiv rhinotamponreactio mellett inkább az eset súlyos volta mellett szól.

Ellenőrző vizsgálata ez egy pontban éppen az ellenkezőt bizonyítja.

7. Daczára az 5. pontban foglaltaknak, sem az ophthalmoreactio-, sem a rhinotamponreactio nem ad pontos felvilágosítást a tuberculosus bántalom nagyságára avagy a fejlődésének gyorsaságára nézve.

8. A rhinotampon-reactio az esetek legnagyobb számában a subcutan oltásokat teljesen tudja pótolni (diagnostikai szempontból), a mennyiben a lázas reactiókat szintén kiváltja.

Az ellenőrző vizsgálatok azt mutatják, hogy a lázas reactio igen gyakran elmarad és beállta a bántalom fokára és prognosistára nézve felvilágosítást nem ad.

9. A Pirquet-oltás pusztán a karon megejtve sem a diagnosis, sem a prognosis tekintetében fontos felvilágosítást nem ad, még akkor sem, ha egyidejűleg az ophthalmoreactio és rhinotampon-reactio is megtörtént. Hogy pontos eredményt kapjunk, a *Pirquet-reactiót a mell bőrén is kell végezni*.

10. A mellen végzett cutan próba körülbelül 3—4-szer érzékenyebb a karon végzetténél. Az ellenőrző-vizsgálatok azt mutatják, hogy a felkaron végzett cutan reactio is érzékenyebb (habár nem oly fokban mint a mellen végzett) az al-karon végzett reactionnál.

11. A mellen végzett reactio nagyobb érzékenységet a szerző nézete szerint a mell bőrének nagyobb vértartalma okozza.

12. A tuberculosus diagnosisának és prognosistának szempontjából a helybeli reactiók csupán akkor értékesíthetők, ha a másik három helybeli oltás mellett a mellen is végeztetik oltás.

13. Az egyidejűleg végzett négy helybeli reactio közül csupán a rhinotampon-reactiónak van hatása az ophthalmoreactióra, egyébként a helybeli reactiók egymást semmiképpen sem befolyásolják.

14. Az egyidejűleg végzett négy helybeli reactionnak erősen positiv volta a tuberculosus legkönnyebb avagy suspectus eseteit mutatja meg; ezzel ellentétben, ha mind a négy negativ, ez a tuberculosus előrehaladt volta mellett szól és rossz prognosist nyújt.

15. A bántalom foka nagy valószínűséggel akkor is megállapítható, ha e négy helybeli reactio a positivitás különböző fokát mutatja. Ily esetekben azonban *mindig a mell-cutan reactio viselkedése a döntő*.

16. Az oto-reactio (a melyet a szerző kísérlet meg első ízben) a tuberculosus elváltozás tekintetében semmiféle felvilágosítással sem szolgál, minthogy a dobhártya nagy vérszegénysége miatt csaknem minden esetben negativ.

17. Ugyanez mondható a larynx-reactióról: az esetek legnagyobb számában, még ismételt oltások esetén is, kimarad a reactio.

Újabb adatok a vérkeringés zavarainak physikai orvoslásmódjához.

Tornai József: Három évvel ezelőtt az Orvosegyesületben és a wiesbadeni 28. belorvosi congressuson beszámolt azon kedvező eredményekről, a melyeket a vérkeringés zavarainak kezelésében a vétagoknak rendszeres lekötésével elért. Azóta ezen módszert megfelelő esetekben mások is sikerrel alkalmazzák.

A kifáradt szívnek, főleg pedig a jobb szívnek terhet még másféle mechanikai beavatkozás útján is megkönnyíthetjük. Ismeretes, hogy a lélekzés mechanizmusának a vérkeringés kellő fentartásában nagyon fontos szerepe van. A kellő, kiadó respiratio egyik leghatalmasabb támasza és segítője a fáradó szívnek, a gyengülő vérkeringésnek. Az előadó a lélekzésnek a vérkeringésre való befolyását tanulmányozta s e közben mind erősebben beigazolódott azon egyébként némelyektől már régóta hangoztatott nézet, hogy a rekeszizomnak respiratiós kilengései nemcsak a lélekzés, hanem a vérkeringés szempontjából is egyaránt nagy jelentőségűek. Mennél kiadóbbak a rekesznek ezen mozgásai, annál szabadabb a lélekzés, de annál élénkebb a vérkeringés is. Különösen pedig a hasi szervek vérkeringésére van nagy befolyása a rekeszizom mozgásának. Minden olyan beavatkozás, a mely a rekeszizom mozgását kiadóbbá, erőteljesebbé teszi, a vér-

keringést is élénkíti. Az előadó a rekesz mozgásának élénkítésére nagyon egyszerű, de hatásos s mindamellett ártalmatlan módszert alkalmaz.

A belélekezés idején a mellüreg tágítását a rekeszizom munkáján kívül tudvalevőleg még több más izom munkája végzi. Hogyha tehát a belélekezés mechanizmusában résztvevő többi izom működését bizonyos időre mesterségesen beszüntetjük, akkor kénytelen a rekeszizom ezen időre a belélekezésnek úgyszólván egész ügyét magára vállalni és elintézni. Ezt pedig csakis úgy teheti, ha ezen idő alatt a szokottnál körülbelül kétszerte nagyobb kilengéseket végez. A belélelő izomzat működését, a mellkasnak belélelő tágulását pedig egyszerűen oly módon akadályozhatjuk meg, hogy a mellkast felülről kezdve le rugalmas, de kellő erővel szorító kötéssel lehetőleg kilélelő állásban összeszorítjuk és rögzítjük. Az előadó utasítása szerint egy helybeli műhely egészen különleges, az említett célú szolgáló fűzőt készít, a mely minden méretű mellkasra alkalmazható.

A mellkaslekötések az I. belklinika beteganyagán már hosszabb idő óta rendszeresen alkalmazza. Újabb időben azonban már nemcsak a mellkast, hanem egyidejűleg a mellfűzőhöz hasonló szerkezetű kötővel a hasat is leszorítja. Bár felvehető, hogy a has leszorítása inkább kissé gátolja a rekesz mozgását, viszont azonban a rekeszműködés útjában levő ily mérsékelt akadály egyrészt a rekeszizmot fokozott munkára, erőteljesebb, tökéletesebb összehúzóásra serkenti, másrészt pedig a hasszervek ilyen módon belélelő idején mintegy két oldalról összenyomódnak s így gyűjtőeres vérük szinte mesterségesen, fokozott erővel kipurolódik.

Naponta rendszerint 1—2 óra hosszat fektüdtek a betegek a fűzőben, de volt olyan beteg több is, a ki naponta akár 5—6 óra hosszat szívesen fentartotta azt. Egyáltalában feltűnő, hogy a meglehetősen erős szorítás ellenére úgyszólván valamennyi beteg inkább kellemesnek mondotta a fűző viselését. A subjectiv állapotnak feltűnő javulásával együtt járt az objectiv tüneteknek is kedvező alakulása. A dyspnoé legtöbbször már az első alkalmazás után, sőt sokszor már a fűzőben megszűnt. A rekeszműködésnek rendellenes kiszélesedése a leszorítás idején eszközölt Röntgen-átvilágítás útján szemmel is ellenőrizhető.

A pulsus rendszeren már a leszorítás kezdetén teltebbé lett; az arhythmia határozottan javult. A pangásosan kitágult szív rendszerint már az első leszorítás után, főleg jobbfelől, határozottan megkisebbedik.

A leszorítás nemcsak a rekeszizom erőbeli állapotát fokozza. A mellkasnak erős lefűzése idején ugyanis a többi belélelő izom is iparkodik, a mennyire erejéből telik, a szorító bilincsből szabadulni; tehát állandó, fokozott tonusban vannak, de a fűző szorításával szemben erejük nem érvényesülhet. Annál jobban érvényesül azonban a feloldozás után. Ilyen módon tehát a fűzők alkalmazása tulajdonképpen a belélelő izomzat gymnastikáját, tornaóráját jelenti.

A lekötés idején a has rendszeren megpuhult, a meteorismus eltűnt. Az étvágy, az alvás csaknem minden esetben határozottan javult. A vizelet napi mennyisége az egyik napról a másikra gyakran feltűnő nagy mértékben megszaporodott.

A fűzőkezelés az incompensatióknak különféle alakjaiban sikerrel alkalmazható. Bárha a fűző alkalmazása teljesen veszélytelen, mégsem használható már nagyon súlyos decompensatio esetében, vagy a mikor embolia veszélyétől tartunk, továbbá nagyon előrehaladt arteriosclerosis esetén sem.

(XVII. rendes tudományos ülés 1914 május 23.-án.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

Az ozaena kóroktanáról és vaccinatiós orvoslásáról (a Perez-féle coccobacillus foetidus ozaenae színtenyésztéséből készített vaccinnel).

Safranek János. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

F. Perez (Buenos Ayres) mint vendég (francziául): Néhány szóval kíván hozzászólni az érdekes előadáshoz. Mindenekelőtt üdvözlö

az előadót azon szép sikereiért, melyeket a vaccinatióval elért és a melyeket ő maga is igazolhat. Megállapíthatja, hogy mily lelkiismeretességgel végezte az előadó ezen új orvoslást és milyen szorgos gondossággal kísérte figyelemmel ennek hatásait; az előadó megfigyelései teljes objectivitással és tudományos lelkiismeretességgel történtek s éppen ez adja meg következtetéseknek nagy értékét. Az előadó, valamint Hofer (Wien) eredményei véglegesen megerősítik szólnak a az ozaena parasitaer természetére vonatkozó állításait; azok a kételyek, a melyek felmerültek a szólo által az ozaena kórokozójának mondott bacillus specificitására vonatkozólag, immár el vannak oszlatva. Vizsgálat tárgyává kell még tenni azt, a mit a szólo a betegségnek a kutyák révén terjesztésére vonatkozólag mondott; Hofer-nek már sikerült kutyákból izolálnia a coccobacillust. Felhívja az előadót, hogy folytassa kutatásait ezen nagy gyakorlati fontosságú kérdésre vonatkozólag. A bakteriologiai technika haladásával mind tökéletesebbé váló vaccinatiós kezeléssel a jövőben kétségtelenül leküzdhető lesz az ozaena, ezen undorító és a rhinologust eddig kétségbeejtő betegség.

G. Hofer (Wien) mint vendég (németül): A múlt év nyarán a nemzetközi ozaena-bizottság magyar osztályának ülésén számolt be a Perez-féle coccobacillusra vonatkozó vizsgálatairól; ezen vizsgálatait folytatásaként Kofler-rel a wieni gégeszeti klinikán ozaenás betegeket vaccinatióval orvostak s az eredményekről már beszámoltak. A vaccinatiós therapia értékét kívánja néhány szóval kiemelni, annyi is inkább, mert a mint látja, az előadó hasonló jó eredményeket ért el, mint ő. Mint ismeretes, a chronikus infectiosus betegségnek elleni curativ activ immunisatióknak tudományos alapját Wright és iskolája vetette meg: az activ immunizálás lényege és mikéntje feletti vita nincs még eldöntve; Wright szerint az opsoninok teszik a curativ componentet, mások az ismeretes immunitesteknek (agglutininnek, lysinek stb.) tulajdonítanak ilyen jelentőséget, ismét mások szerint a histogen immunitás a mérvadó (Detre). Az emberi szervezet a bejuttatott antigenre különbözőképpen reagál; változások állanak be az általános állapotban, localisan az applicatio helyén és végül a megbetegedés székhelyén. A beálló reakciók tüzetes észlelése szükséges s tőlük függ az adagolás nagysága és az injectiók alkalmazása közötti intervallum. Az activ immunizálásról szólo tan fundamentális tételeinek szigorú szemmel tartásával vált lehetségessé az ozaena elleni sikeres orvoslás. A vaccinatiók eklatáns hatásait észlelték a specifikus ozaenatünetek valamennyire ellen: a foetor eltűnését, a pörkösdés csökkenését, illetve megszűnését, az atrophia továbbadásának megállítását, a pharyngitis és laryngitis sicca javulását stb. Nem kíván a részletekre közelebbről kitérni, csak utal arra, hogy a vaccinatió tapasztalataik szerint az ozaena ellen eddig alkalmazott valamennyi orvoslásmódnál különböz és ezért alkalmazását a genuin ozaena kezelésére nemcsak ajánlani, de követelni kell. A maga részéről is köszönetet mond Onodi tanárnak és különösen Safranek dr.-nak a nagy buzgalommal igen nagy anyagon végzett vizsgálatokért és a sok fáradsággal járt sikeres munkálkodásáért.

K. Kofler (Wien) mint vendég (németül): Csak röviden kívánja ismertetni a vaccinatiós orvoslással genuin ozaena eseteiben elért eredményeket, a melyekről a közel jövőben az Archiv f. Laryngologie-ban fog részletesen beszámolni. A wieni gégeszeti klinikán 50 beteget orvostak eddig vaccinatióval; ezek közül ezidőszent 21 betegről referálhat, a kiken a vaccinatió hatásait a legtüzetesebben észlelték. Mindjárt kiemeli, hogy eredményeik igen kedvezők: a foetor 17 esetben teljesen, 1 esetben majdnem teljesen eltűnt, ezzel kapcsolatosan a pörkösdés jelentékenyen csökkent, illetve megszűnt, úgy hogy vannak betegek, a kiknek a kezelés előtt többször kellett naponta orröblítéseket végezniük s a kezelés óta ez öblítéseket teljesen elhagyták és pörkök napok és hetek után sem mutatkoztak. Sok esetben állapíthatták meg a garat és gége száraz hurutjának javulását s ezzel kapcsolatosan a hang javulását is; egy esetben az igen makacs tubacatarrhus is javult. A betegek általános állapota már röviddel a kezelés megkezdése után javult, jelentékeny súlygyarapodásokat is megállapíthattak. Kifejezetten észlelhetők voltak a topikus reakciók: nátha, az orrnyálkahártya hyperaemiája, orrvérzés, ezenkívül főfájás, kalapáló fájdalom a processus frontales felett, a foetor időleges erősödése stb. Különösen érdekes egy nő-betegnél vonatkozó észleletük, mely esetben a régebben lezajlott otitis media suppur. acut exacerbatiót mutatott. Összes eseteik 20%-a refractaer módon viselkedett, 3 esetben pedig recidivákat észleltek, melyek azonban az újból megismételt vaccinatióra (3—4 injectióra) elmúltak. Egy gyermekben az alkalmazott vaccin igen erős reakciókat, nevezetesen általános tüneteket váltott ki, úgy hogy kisebb dosisokat kellett alkalmazni, melyek azután sikerre is vezettek. Eredményeik nagyon biztatók, úgy hogy egybevetve ezeket Safranek tapasztalataival, kijelenti, hogy a maga részéről is azt tartja, hogy a genuin ozaena vaccinatiós kezelését nemcsak ajánlani, hanem követelni kell.

Pollatschek Elemér: Beszámol azon vizsgálatokról, a melyeket a III. belklinikán Szegvári-val az ozaena bakteriologiája és vaccinás therapiaja körül végzett. Eseteinek kb. 50%-ában találták a Perez-féle coccobacillus foetidus ozaenae, a többi esetben a Löwenberg és Abel által leírt mikroorganizmust. A tenyésztéskor ragaszkodtak Perez előírásához. Az izolált és identifikált törzsekből olyan vaccinat készítették Wright előírása szerint, a mely 1 cm³-ben 1000 millió bacteriumot tartalmaz. Minden egyes esetben autovaccina készült. Vaccinatiós methodusuk a következő: kezdő adag 0.1 cm³, tehát 100 millió bacterium, emelkedés 1 cm³ adagig (1000 millió bacterium), a mely mellett hosszabb ideig maradnak. Az egyes injectiók között 4—5 napi szünet. A befecskendés a lapoczká közötti tájon, a bőr alá történik. A helybeli tünetek olyanok, a mint azokat az előadó leírta. Általános tünetek: némi szédülés és bágyadság a befecskendés napján este, csekély hőemelkedés (37.2°—37.3°)

aznap és másnap. A későbbi befecskendések után ezen tünetek nem jelentkeztek. Pontosan észlelt eseteikben melléküreggyengedést Röntgen segítségével is kizártak. A Wassermann-reactio minden esetben negatív volt.

Eredményeik a következők: A *Perez*-féle bacillusból készült vaccinával kezelt betegekben mindig volt eredmény; azon betegekben, kikben a *Löwenberg-Abel*-féle bacillust találták és a kik az abból készült vaccinával lettek kezelve, semmi eredmény sem mutatkozott. Egy beteg, a kit azelőtt a legkülönbözőbb ozaena-ellenes szerekkel kezelték eredmény nélkül, 6 hónapi kezelés alatt, 20 befecskendés után a szag teljesen eltűnt, a váladék igen csekély, hig, szagtalan, a nyálkahártya succulensebb. A szagérzés visszatért. A beteg testsúlyában 4 kgr.-ot gyarapodott. A váladék mennyiségének és a szagnak csökkenése minden esetben bekövetkezett 6–10 befecskendés után. Az elmondottak alapján az a véleménye, mint az előtte szólóké, hogy a *Perez*-féle bacillus specifikusnak mondható és a vaccinás terápiával elért eredmények feltétlenül az alkalmazása mellett szólnak.

A most észlelés alá kerülő esetek mind előrehaladottak. Szükségesnek tartja, hogy minden olyan a pubertas körüli egyénen, a kin hosszantartó nátha áll fenn minden más ok (kagylótúltengés, adenoid vegetatio stb.) nélkül, bakteriologiai vizsgálat végeztesse és ha a *Perez*-féle bacillus fellelhető, vaccinációs gyógymódot végezzünk, mert az a kezdeti szakában az ozaenának még eredményesebb lesz.

(Folytatása következik.)

II. hadsebészeti értekezés.

(1914 október hó 15.-én a II. számú sebészeti klinikán.)

Kuzmik Pál az idegsérülésekről tartott előadásában mindenekelőtt megemlíti, hogy úgy a központi, mint a környéki idegek sérülései alkalmával harctéri sérülés esetén nem tehetünk a békeidei sérülésektől eltérő megfigyeléseket. Az ezen fajú sérülések ezidőszereit csak azért feltűnőbbek, mert nagyobb tömegben mutatkoznak, s a modern harczmodor folytán egyes idegek sérülései gyakoribbak. Ugy a klinikán, mint az általa vezetett hadikórházban az idegsérülések minden alakjával találkozottak.

Leggyakoribbak természetesen a lövési sérülések, részben lövési törésekkel kapcsolatban. Figyelmeztet arra, hogy a teljes bénulásokat feltűntető esetekben nem feltétlenül szükséges, hogy az ideg a folytonosságában megszakítva legyen, mert a bénulást előidéző nyomást vérömleny, izzadmány s egyéb, idővel javuló körülmény is okozhatja.

Az utolsó évtized háborúiban tett tapasztalatok szerint a sérült idegeket nem kell azonnal egyesítenünk, hanem előbb meg kell várnunk, hogy a sérüléssel legtöbbszor egyidőben keletkezett fertőzés elműljék és a végleges elváltozás képe teljesen kialakuljon. A várakozás folytán a betegre nézve maradandó kár nem származik. A beidegzés hiánya folytán keletkező kiesések ellen az egyes izomcsoportoknak galván- és farádós árammal való villamozással, valamint massagissal kell küzdenünk.

Az idegek egyesítése műtéti úton történjék; igen fontos, hogy az egész heges idegszövetet, tekintet nélkül az egyesítés nehézségére, teljesen kimessük. Az idegek egyesítésére a perineuralis varratot, valamint a *Bruns* ajánlotta különböző plasztikai egyesítő eljárásokat használhatjuk. Gondoskodnunk kell, hogy az ideg sebének összekapaszkodását a környezettel a gyógyulás alatt meggátoljuk. E célból az egyesítendő ideget mindenekelőtt jól kell izolálni. Az egyesülést elősegíti az összevarrt idegre helyezett magnesiumcsövecske, parafinozott borjúarteria vagy a betegből frissen kivett gyűjtőérdarab.

Az elmondottakat és a klinikai tüneteket beteganyagon demonstrálja.

Lobmayer Géza a tetanusról tartott előadásában a tetanus klinikai képét adja, kiemelve hülönösen az aetologia és gyógykezelés terén mutatkozó újabb haladást. Szerinte a gyógykezelésnek hármas feladata van, nevezetesen közömbösíteni kell a szervezet nedveiben s az idegek mentén haladó tetanusmérget, a központi idegrendszerben megkötött és görcsöket kiváltó méreg okozta ingert tompítani kell s végre gondoskodni kell a beteg megnehezített táplálásáról. Az első feladatot a tetanus-antitoxin teljesíti, melyből nagy mennyiséget intraduralisan, perineuralisan és subcutan a seb körül kell a szervezetbe ismételt bejuttatni. A sebet természetesen

a sebészeti elvei szerint kell kezelni, a zúgokat jól feltárni s lehető egyszerű sebviszonyokat teremteni.

A második cél elérésére a betegnek narcoticumokat kell adnunk, még pedig sokkal nagyobb adagokban, mint eddig általában szokásban volt, mert a görcsrohamok számának csökkentésével javítjuk a prognoszt.

A beteg táplálása történhetik természetes úton, az orron át, táplálóklymával vagy esetleg bőr alá fecskendezéssel. Igen célszerűnek látszik a hosszabb lefolyásúnak ígérkező esetekben az újabban ajánlott gastrostomia.

Ha a bénulás a lélegzőizmokra s a rekeszre is áttérjed, midőn a mesterséges lélegzés teljesen céltalan, jó eredménnyel végezhető a legújabbán ajánlott kétoldali phrenicus-átmetszés utólagos mesterséges lélegeztetéssel.

A betegek kezelésekor tudnunk kell, hogy minden legkisebb beavatkozásunk, pl. a csapolás is, görcsrohamot váltthat ki, mely ezen műveletek keresztülvitelét lehetetlenné teszi. Ezért minden ilyfajta beavatkozás előtt a beteget nagyfokú morphiumbodulatba kell hoznunk.

Végül a még mindig vitás serumhasznosság kérdése eldöntése céljából az eseteknek egységes szempontból való megbírálását és közlését ajánlja.

Obál Ferencz a vérerek harctéri sérüléseiről tartott előadásában a régebbi és jelenlegi harczmódokat fejtegetve, kiemeli, hogy a modern kis kaliberű, acélburkolatú lövedékek folytán igen szembeötlő változások észlelhetők az összes sérülések tekintetében, s hogy a változás legfeltűnőbb a vérerek sérülésekor. A hirtelen elvérzések száma csökkent s nagy százalékkal szaporodott a traumás aneurysmák száma. Részletesen ismerteti a vérerek sérüléseinek alakjait, létrejöttük módját, azonnali és későbbi következményeit: a traumás aneurysmákat. Szól az érsérülések és aneurysmák tüneteiről, prognostjáról, az ideiglenes és végleges vérzescsillapító eljárásokról, az érvarratokról és az aneurysmák műtéti kezelésének helyes módjáról, helyéről és idejéről.

Végül *Kuzmik Pál* bemutatja az általa módosított *extensio készüléket*, melynek segítségével az alsó végtag törései a legpontosabban összeilleszthetők s a gyógyulásra legalkalmasabb helyzetben kötéssel rögzíthetők. E készülék kiválóan alkalmas az alsó végtag csontjainak véres úton való egyesítésére is.

Widder Bertalan a felső végtagra alkalmazható nyújtó sint mutat be.

PÁLYÁZATOK.

9198/1914.

Besztercze-Naszód vármegye közpórházában Beszterczén 1915. évi január hó 1.-ével egy segédorvosi állás lesz betöltendő, melynek javadalmazásai:

1200 korona (Egyezkettőszáz) évi fizetés, I. oszt. élelmezés, fűtéssel és világítással egybekapcsolt természetbeni lakás.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni kívánnak, hogy az ország területén érvényes orvostudori oklevéllel, anyakönyvi kivonattal és esetleg eddigi alkalmazásuk igazolásával felszerelt és Besztercze-Naszód vármegyei főispán úr ő méltóságához címzett folyamodványukat folyó évi december hó 15.-éig annál inkább nyújtsák be, mert a később érkezett pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

Beszterczén, 1914. évi október hó 17.-én.

Az alispán.

5429/1914.

A Körösladány községnél elhalálozás következtében megüresedett nem-ügyvezető orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket 1914 november 19.-éig kell hozzám beadni.

Az állás javadalma: 1400 korona fizetés, 500 korona lakáspénz, 500 korona állandó személyi pótlék s a törvényesen megállapított rendelkezési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Megjegyzem, hogy szigorló orvosok is beadhatják pályázatukat, mert ha alkalmas orvostudor nem pályázik: a pályázó szigorlók közül egyik helyettesként fog alkalmaztatni. A helyettes a teljes javadalmazást fogja élvezni.

Szeghalom, 1914 október 16.

Csánki Jenő, főszolgabíró.