

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Boér Farkas:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.) A here chorionepitheliomáiról egy eset kapcsán. 119. lap.
- Ifj. Molnár Béla:** A miskolczi II. megfigyelő-állomás laboratóriumából. Érdekesebb laboratóriumi esetek. 122. lap.
- Germán Tibor:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem fülészeti tan-székével kapcsolatos Szt. Rókus-kórházi filosztályról. (Igazgató: Krepuska Géza dr., egyet. nyilv. rendk. tanár.) Meningococcus által előidézett genyes középfülgyulladás. 124. lap.
- Tárca. Heim Pál:** A dajka- és csecsemő-otthonokról, a csecsemő-kórházról. 125. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Müller: Ueber das Altern. — *Lapszemle. Belorvos-tan. Trunczek:* A kulcsontfőlötti árokban található előboltosulás. — *Mayerhofer:* A roseola felismerése. *Sebészet.* — *Wagner:* Fagyás. — *Silberstein és Colman:* Gummi-keztői pótlása. — *Venereás betegségek. Haslund:* Parotitis syphilitica. — *Gyógyszertan. Blumenthal:* Az ultrafiltratum nevű új gyógyszer-alakról. — *Kisebb közlések az orvos-gyakorlatra. Klausner:* A gonorrhoea gyógyítása. 127—128. lap.

Magyar orvosi irodalom. 128. lap.

Vegyes hírek. 128. lap.

Tudományos Társulatok. 129—130. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A here chorionepitheliomáiról egy eset kapcsán.

Írta: *Boér Farkas* dr., tanársegéd.

I. Bevezetés.

Amióta *Schlagenhauser* kétségtelenül bebizonyította, hogy chorionepitheliomák a herében előfordulnak, többen foglalkoztak a here ezen daganataival, nemcsak azért, mert e daganatok igen ritkák, hanem azért is, mert histogenesisök igen érdekesek.

A terhesség után fejlődő chorionepitheliomával e daganatok megegyeznek. Leszármazásukat illetőleg egyes szerzők véleménye eltérő, általában a here teratomáiból vezetik le e daganatokat.

Alkalmam volt egy ilyen heretumort észlelni, melyet a trencsényi katonai tartalékkórház sebészi osztályán irtottak ki. Az alábbiakban közlöm a beteg kórtörténetét, a daganat leírását, kitérve e daganatok keletkezését elemző fejtegetésekre.

Minthogy ezen heredaganatok csakis akkor értelmezhetők helyesen, ha a terhességgel kapcsolatos chorionepithelioma sajátságait szem előtt tartjuk, szükségesnek vélem néhány szóban kitérni ez utóbbi daganatra.

A terhesség utáni chorionepithelioma helyes ismeretét *Marchand*-nak köszönhetjük. E daganatnak kiindulási pontját a visszamaradó chorionbolyhok alkotják. Histogenesisét illetőleg a foetalis ectodermából (trophoblast) származó chorionhám rosszindulatú burjánzása. A chorionbolyhokat borító chorionhám két sejtrétegből áll: a bolyhokat közvetlen borító köb-alakú, világos protoplasmájú, glykogentartalmú sejtek rétegéből (*Langhans-féle réteg*) és az éfelett levő, sejthatárokat nem mutató, hosszúkás, sötétben festődő magvakkal bíró syncytiumból.

E két típusú hámrétegnek megfelelő sejteket találunk a chorionepitheliomában, melyek igen gyakran vérrel telt üregeket vesznek körül. Ezen vérzések üregek úgy jönnek létre, hogy a chorionhám belenő a vérerekbe, azok falát elroncsolja, utánaözva ezzel a chorionhám azon élettani sajátságát, hogy az anyai vérereket felkeresi és azokba belenő. A vérerekbe betört daganatos tömegek a vérárammal

tovább sodródhatnak és igen hamar okoznak metastasist a tüdőben, de más szervekben is. A nyirokrendszer útján ritkábban jön létre áttéti gócz. Ezen sajátsága révén, ámbár hámeredetű a chorionepithelioma, mégsem hasonlít a rákhoz és a különbséget még teljesebbé teszi az a körülmény, hogy a chorionepitheliomának nincs kötőszövetes stromája, sem alveolaris szerkezete, mely két tulajdonság tudvalevőleg jellemző a rákra.

Marchand után szokásos a chorionepitheliomákat két csoportra felosztani: *typusosakra*, a melyekben a syncytium és a *Langhans-féle* rétegnek megfelelő sejtek úgy elrendeződésre, mint alakra nagyon hasonlítanak a terhesség korábbi szakáiban látható chorionhámhoz, és *atypusosakra*, a hol a hasonlóság nem oly kifejezett, a mennyiben a chorionhám szokásos elrendeződését nem látjuk, hanem a sejtek mintegy elszólválalhatóak, gyakrabban sötétben festődő, többmagvú, protoplasma-tömegek alakjában s ekkor a syncytium jellegével bírnak; ritkábban világos testű, hólyagos magvú, glykogentartalmú sejteket alkotnak, melyek hasonlóak a *Langhans-féle* réteg sejtszövetéhez.

A terhesség utáni chorionepitheliomáról mondottak általában a here chorionepitheliomáira is állanak. A két típust a here ezen daganataiban is megtaláljuk. A chorionepitheliomás burjánzások a legtöbb esetben az egyidejűleg jelenlevő teratoma ectodermális részéből indulnak ki. Azon esetek száma, a hol teratomás részleteket nem találtak, tehát az egész daganat chorionepitheliomás szövetből állott, igen csekély.

II. Irodalmi adatok a here chorionepitheliomájáról és ennek leszármazásáról.

Hereteratomával kapcsolatban fejlődő chorionepitheliomát legelőször *Schlagenhauser* közölt. Ez a metastasist okozó heredaganat mind a 3 csiralevel származékából állott, chorionepitheliomaszerű részletek mellett. *Schlagenhauser* esetével kapcsolatban a régebbi irodalomból még más hármat is e csoportba sorozott (*Eden*, *Langhans* eseteit, *Malassez* és *Monod* „sarcome angioplastique“-ját). Szerinte a chorionepitheliomaszerű burjánzások e hereteratomákban teljesen egyenértékűek nemcsak a morphologia, hanem a histogenesis szempontjából is a terhesség utáni chorionepitheliomával. A chorionepitheliomás részleteket a teratomában feltételezett magzati burkokból származtatja le, sőt ebből a feltevésből kiindulva, két csoportba osztotta be a teratomákat, mintegy kiegészítve a *Marchand* és *Bonnet* felfogását a teratomák

keletkezéséről. Az utóbbi szerzők tudvalevőleg a teratomákat oly megtermékenyített polaris testből vagy dislokált barázdálódási golyóból vezetik le, melyek ősi állapotban fennmaradtak s később oszlásnak indulván, mind a 3 csiralevél származékaiából álló burjánzásokat hoztak létre. *Schlagenhauser* azt mondta, hogy azon teratomák, melyekben magzat-burkok vannak, csakis egy a termékenyített petével teljesen egyenértékű szövetképző energiával bíró sejtől származhatnak s ezért csak egy megtermékenyített polaris testből indulhattak ki. Ellenben azok a teratomák, a melyekben magzati burkok nincsenek, leszármazhatnak egy olyan sejtől is, mely nem bír az említett teljes szövetképző erővel, tehát képződhetnek egy lefűződött barázdálódási golyóból, mely már csak részeit képviseli egy megtermékenyített petének. Ezen tetszetős felfogás azért bukott meg, mert magzati burkot senkisémet látott teratomákban.¹ Különböztet sem volna az ilyen felosztás elfogadható, mert, a mint *Wilms Steinert*-tel egyetértőleg megjegyzi, nem tételezhető fel, hogy egy barázdálódási golyó ne tudna magzati burkot létrehozni, ha a szervezetben levő összes többi szövet, sőt szerv kiindulási pontja lehet.

Közbevetve megjegyzem, hogy *Schlagenhauser* a terhesség utáni chorionepitheliomát is a méhben visszamaradó, korai embryalis szakban kirekesztett csirából vezeti le s ezzel magyarázhatónak véli azokat az eseteket, a melyek a terhesség után sok évvel jelentkeztek. A visszamaradó chorionbolyhoknak nem tulajdonít olyan szaporodási képességet, hogy belőlük oly gyorsan növekedő daganatok jönnének létre. E feltevése a terhességgel kapcsolatos chorionepitheliomát a teratomákkal egy sorba helyezi.

Schlagenhauser ezen fejtegetései közül általában csak a here chorionepitheliomáinak teratomás eredetét fogadták el. A többi feltevése nem bizonyítható.

A here-chorionepitheliomák teratomás eredetét többen kétségbe vonták. Még *Schlagenhauser* előtt *Malassez* és *Monod* s utánuk mások is irtak le heredaganatokat, melyekben hatalmas, sötétén festődő protoplasmátömegek voltak, sok maggal, vért tartalmazó vacuolákkal. Ezen syncytiamszerű képződményeket a burjánzó véredényendothelből származtatták. Felfogásuknak e daganat természetéről kifejezést adtak a „*sarcome angioplastique*“ névben is, a mivel jelölték. Véleményüket *Schlagenhauser*, *Wlassow* és *Risel* különböző munkákban kétségbe vonta. Mindhárom szerző *Malassez* és *Monod* daganatát nem vérerburjánzásokkal vegyes sarcomának, hanem chorionepitheliomának tartja.

Wlassow felfogása eltér a *Schlagenhauser*-étől, ugyanis ő nem tudott négy általa vizsgált esetben teratomára valló, mind a 3 csiralevél származékának megfelelő részleteket találni s ezért nem fogadja el a teratomás eredetét. Hogy hámeredetűek e daganatok, az előtte is kétségtelen és a herecsövek differentiálatlan hámból vezeti le őket. Jelzésükre az „*epithelioma syncytiomatodes testiculii*“ nevet ajánlja. Egy későbbi munkájában *Wlassow* elismerve a chorionepitheliomákkal való alaki megegyezést, de tekintetbe véve a herecsövek entodermalis eredetét, a „*chorionepithelioma entodermale*“ elnevezést kezdeményezte. Felfogása a teratomás eredetről szóló tant azért nem döntötte meg, mert valamely daganat teratomás eredete ellen nem bizonyít az, hogy két vagy egy csiralevél származékaiából áll, miként azt *Wilms* is hangoztatta. Ugyanis ismerünk egyoldalúlag fejlett teratomákat, melyekben az egyik csiralevél származékai túlburjánzózták a másik kettő sejtjeit és ezért csak egy sejtfelelésekből állanak.

A „*sarcome angioplastique*“ gondolatához újabban *Sternberg*, majd *Marx* tért vissza esetei kapcsán. *Sternberg* esete heretumor volt, igen sok metastasisal. A metastetekben vérrel telt üregeket helyenként endothel sejtek vettek körül s ezen endothel-rétegen kívül egyes vagy kettes sejtsorok voltak, gyakran határ nélkül, syncytiamszerűleg. Néhol a syncytiamszerű képletek magukban alkották a

vérrel telt üregek falát. Vacuolás, sokmagvú protoplasmátömegek úgy a heretumorban, mint a metastasisokban bőven voltak. Ezen elemeken kívül talált fészkeket alkotó sejteket is kötőszövetes stromába beágyazva. *Marx* esetében a heréket egyáltalán nem vizsgálták, a májban ülő, általa primaernek felvett daganat főtömegében alvadt vérből állott; ezenkívül endothel bélélt, vérrel telt üregek és sokmagvú protoplasmátömegeket talált. E két eset leírása igen hasonlít a chorionepitheliomákról alkotott képhez, de semmi olyat nem mond, a mi a protoplasmátömegek vérképző tendenciáját — a két szerző felfogását — igazolná.

Risel, ki a saját esete kapcsán foglalkozik monographiájában e daganatokkal, a teratomás eredetét elfogadja. A chorionepitheliomaszerű burjánzásokat nem tartja azonosnak a terhesség utáni chorionepitheliomával. Esetében ugyanis a chorionepitheliomák szerkezetét mutató részletekből közvetlen átmenetet látott hámszerű burjánzásokba, a hol hengerhám kisebb-nagyobb üregeket bélelt. *Risel* ezen hámmal bélelt üregeket azonosítja az embryonalis medullaris csővel és a hámbélést neuroepithelnek tartja. Másutt átmenetet talált a chorionepitheliomás szövetből egyéb, a teratomát alkotó, ectodermalis képletekbe. Ezért a chorionepitheliomás részleteket, valamint a teratoma többi hámszerű elemét a *differentiálatlan foetalis ectoderma különleges megjelenési formájának* tartja.

Ribbert nem látja szükségesnek e daganatok leszármaztatásakor visszamenni a megtermékenyített polaris testig vagy egy dislokált barázdálódási golyóig. Szerinte az ivarmirigyek korai fejlődési szakában *lefűződhet a csirahám egy-egy sejtje* s ez indulhat később burjánzásnak. A csirahám az ontogenesiben közel áll a barázdálódási golyóhoz s belőle mind a három csiralevél származékai létrejöhetnek. Theoriája megoldaná a teratomák és a terhességtől független chorionepitheliomák relatív gyakori előfordulását az ivarmirigyekben, a mennyiben a lefűződött csirahám elemei könnyen belejuthatnak az ivarmirigyekbe, míg a megtermékenyített sarki testről vagy a lefűződött barázdálódási golyóról nem érthető meg könnyen, hogy miért kerül előszeretettel a herébe vagy az ovariumba.

Ismeretesek az iroda'omban olyan heredaganatok, a melyek tisztán chorionepitheliomák szerkezetét mutatták. Ilyen esetet közöl *Fink*, *Scott* és *Longcope*, *Frank*, *Oberndorfer* és *Seckel*. Ezen esetekben a heretumorkok, véralvadékok mellett, a typosos chorionepitheliomák szerkezetét mutató két sejtfelelésekből állottak. Egyéb szövetet vagy olyasvalamit, a mi teratomás eredetre vallott volna, e tumorokban nem találtak. Ezen esetek csakis mint *egyoldalúlag fejlett teratomák* foghatók fel, a mikor a burjánzó chorionhám a teratoma többi összes elemét túlnötte. Hogy a chorionhámnak ilyen erős a növekvési képessége, mutatja az a már említett körülmény, hogy teratomák metastasisaiban legtöbbször csak a chorionepitheliomás szövet növekedik tovább.

Teratomás alapanyagból — tehát valamely lefűződött fiatal embryonalis sejtől vagy megtermékenyített polaris testből — származtatja le a heredaganatok egy általa felállított csoportját *L. Pick*. Ezen hol rákszerű, hol sarcomaszerű heredaganatok a chorionhámból származnának le s *különösképpen a Langhans-féle sejtek* burjánzása alkotná őket. Alapot ezen felfogás kifejtésére az adott *Pick*-nek, hogy egy ovarialis és több hereteratomában typosos chorionepitheliomás részletek mellett alveolaris szerkezetű helyeket talált, a hol a sejtfeleléseket világos, glykogentartalmú és hólyagos maggal bíró sejtek alkották. Máskor hasonló sejtek sarcomaszerűleg növekedtek. Ezen burjánzások közvetlen összefüggésben voltak typosos chorionepitheliomás területek *Langhans-féle* sejtjeivel. Egyes helyeken a leírt sejtek között syncytiamszerű tömegek foglaltak helyet. A közvetlen átmenetből következtetett arra *Pick*, hogy a rák- vagy sarcomaszerű burjánzások a *Langhans-féle* réteg sejtjeiből állanak. Sőt ugyanilyen módon fogja fel azokat a rákhoz vagy sarcomához hasonló daganatokkal is a herében, a melyekben syncytium vagy más, chorionepitheliomára jellemző elem nincsen. E daganatokat „*epithelioma chorioectodermale*“

¹ *Pfannenstiel* és *Krämer* adatai egy ovariumteratomában talált amnion-részletről nem állották ki *Wilms* és *Steinert* kritikáját.

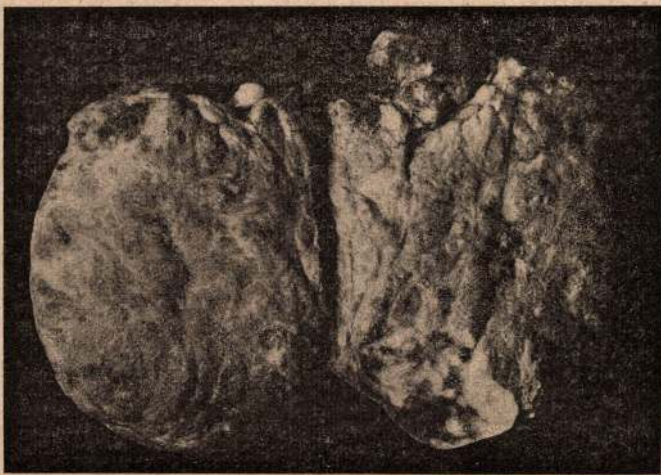
névvel illeti és a leírt fejtegetés alapján mint egyoldalúlag fejlett teratomákat fogja fel. Hasonló értelemben közölt eseteket *Dillmann* és *Emanuel. Pick* állításaival általában véve szembehelyezkedtek az egyes szerzők. A daganatok, melyekre fejtegetéseit alapította, morphologiailag nem voltak annyira jellemzők, hogy egy különálló csoport felállítását indokolták volna. A teratomás eredet ilyen kiterjesztése odavezethet, hogy végre bármely daganat mint egyoldalúlag fejlett teratoma fog szerepelni. Az „epithelioma chorioectodermale“-ról szóló tant általában nem fogadták el.

III. Az észlelt eset.

Esetem, egy 27 éves orosz fogoly kiírtott heredaganatára vonatkozik. Felvételnélkor a beteg elmondja, hogy bal heréje körülbelül egy év óta növekedik, az utóbbi hetekben erősebben, ugyanezen idő óta fájdalmi és lázai is voltak.

A bal here ökölnyi, felülete egyenetlen, tapintata igen tömött, rugalmas. Rendetlen lázmenet 39° C-ig. A kiírtás megtörtént, minthogy a pozitív Wassermann-reactio alapján indikált antilueses kúra nem vezetett eredményre. A kiírtás után egy hónap múlva a tüdőknél áttéti góczok mutathatók ki úgy a physikalikus vizsgáló módszerekkel (körülírt tompulatok, ugyanott hörgei légzés), mint Röntgennel (a képen a tüdőknél éles határu árnyékok vannak szétszórva, melyek a szív árnyékával összefolynak). A beteg cachexiás, rendetlen lázai vannak.

A kiírtott bal here daganata ökölnyi, felülete általában sima és rostos tok borítja, mely a tunica albuginea és propria összenőtt lemezeiből áll. Ez az összenövés nem teljes, a tojásdad alakú daganat egyik vége még szabadon fekszik a tunica propria ürében. Itt a felület igen egyenetlen, dudoros. A heréből vagy mellékheréből szabad szemmel semmi sem ismerhető fel. A mellékhere helyén egy alulról felfelé vastagodó, jókora diónyi dudor van, mely daganatos szövetből áll. A metszéspont (l. a 1. sz. ábrát) változatos ké-



1. ábra.

pet mutat: a felületen levő rostos tokból szívós, sővényyszerű, helyenként kiszélesedő rostos kötegek haladnak a közép felé. Közöttük puha, törmelékeny, szürke, közepükön világos sárga, sajtosan elhalt területek vannak. Több helyen, de különösen a daganat széli részleteiben gombostűfejnyi, lencsényi, nem éles határu vérzések láthatók. E helyeknek megfelelőleg a daganat állománya összenyomható, rugalmas. Ezen vérzések területek egymástól szürke csíkok által vannak elválasztva. Az előbb említett szürke, puha területek friss állapotban készen megkaparva, bőven adtak tejszerű nedvet. A felületen levő dudorok közül egyesek a metszésponton tömött fehér szövetből állanak, máshol puhábbak, mindenütt vérzésekkel; egyesek egész tömegükben elhaltak. Ott, ahol a tunica propria két lemeze nem nőtt össze, a fal lemezen több lencsényi, kisdiónyi áttéti gócz van, melyeknek metszéspontja az anyatumoréhoz teljesen hasonló.

A szöveti képet három, a főtumor különböző helyeiről kimetszett darabból, valamint két, a tunica proprián ülő áttéti góczból készített metszeteken vizsgáltam. A készítmények haematoxylin + eosinnal, illetve *van Gieson* szerint festettek. A glykogentartalom megítélésére készültek egyes metszetek *Best*-féle carminnal festve is.

A már szabad szemmel is felismerhető vérzések területeknek megfelelőleg mikroszkop alatt a felületet vastag collagen-rostokban dús kötőszövet alkotja. E réteg alatt több ér átmetszete látható (a plexus pampiniformis maradványa), közöttük erős sima izomfallal és többszörös cylinderhámmal bélelt herekivezető-csövek vannak. Magából a heréből is felismerhetők még erősen elváltozott, visszamaradt részletek: hyalinosan degenerált falzatú herecsövek, melyek rostos kötőszövetbe vannak beágyazva. E kötőszövet helyenként kis kerék sejtekkel, másutt plasmasejtekkel van besűrűsödve és hyalinos. A herecsövek hámból nem maradt vissza semmi, csak itt-ott találunk egy-egy nem jellegzetes sejtet.

Maga a daganat alveolaris szerkezetet mutat. A stroma rostos kötőszövet mellett sima izomsejteket is tartalmaz s mennyisége a daganat különböző részeiben változó. A stroma közeit félszekerűleg kitöltő sejtek alakja hol gömbölyded, hol rendetlenül sokszögletű. Protoplasmájuk világos, glykogent tartalmaznak, bennük nagy, hólyagos mag, melyben jól felismerhető a sötétre festődött nucleolus. Karyomitosis gyakran látható e sejtekben. Különböző e sejtek gyakran kerekded lumeneket vesznek körül, a falat rendszeren több réteg alkotja. Sok helyen a félszekerű közepén törmelékeny, savi anyagokkal festődő elhalt területek vannak. Ugyanígy vörös vértestek tömegeit is találjuk, többé-kevésbé elváltozott állapotban. A necrosisos területek széli részein az előbb leírt daganatsejtek a magelhalás jeleit mutatják (karyorhexis, pycnosis).

A leírt kép található az összes metszeteken, de igen gyakran egészen más típusú sejteket is látunk az előbbiekkal vegyesen. Ez utóbbiak összefüggő protoplasma-tömegeket alkotnak igen sok maggal. Néhol ezek a syncytiumok oly hatalmas nagyságúak, hogy erősebb nagyítással két-három látóteret is kitöltenek.

Protoplasmájuk szemcsés, néhol habos szerkezetű és benne igen sok vacuola látható, melyeknek nagysága változik egy vörösvérsejtnyi vagy annál kisebb terjedelemtől óriási üregig. Néhol több ilyen nagy vacuola egymással határos. Ilyenkor egy vékony protoplasma-válaszfal van közöttük, mely közepén sokszor átszakadt. Ilyen módon több vacuola összenyílhat és egy nagyobb üreget alkothat. E vacuolákban igen gyakran vér van, színes és szintelen elemekkel képviselve. A syncytium nagyszámú magja általában hosszú, jól elkülönödött maghátyával és egy vagy két igen sötétre festődött nucleolussal bír. Ez utóbbi és a maghátya közti teret finom chromatin-recze tölti ki. Karyomitosis a syncytiumsejtek sehol sem mutatnak.

A syncytiumok helyzete a világos testű, jól elhatárolt előbb leírt sejtekhez különböző. Leggyakrabban mindkét sejttípust egymás mellett találjuk oly módon, hogy a syncytium vérral telt üreget vesz körül, a polyedres sejtek pedig közvetlenül a syncytium mellett sorakoznak, hol egy vagy két rétegben, hol nagyobb tömegekben. Ezek a helyek a *typusos chorionepithelioma* képével teljesen megegyezők. (L. a 2. sz. ábrát.)

Más helyt a syncytiumok mintegy elosztva, egy vagy néhány maggal óriássejtszerű képet adnak és vagy a stromát alkotó kötőszövet rostokban szegényebb helyein fekszenek, vagy minden rend nélkül az előbb leírt sejtfelekben. (Az *atypusos chorionepithelioma* képe.)

Ott, ahol a syncytium vérral telt üregek falát alkotja, közvetlen a syncytium mellett szálasan vagy darabosan kicsapódott fibrin van. (Hasonlót látunk a terhes méh falában is a syncytiumsejtek körül.)

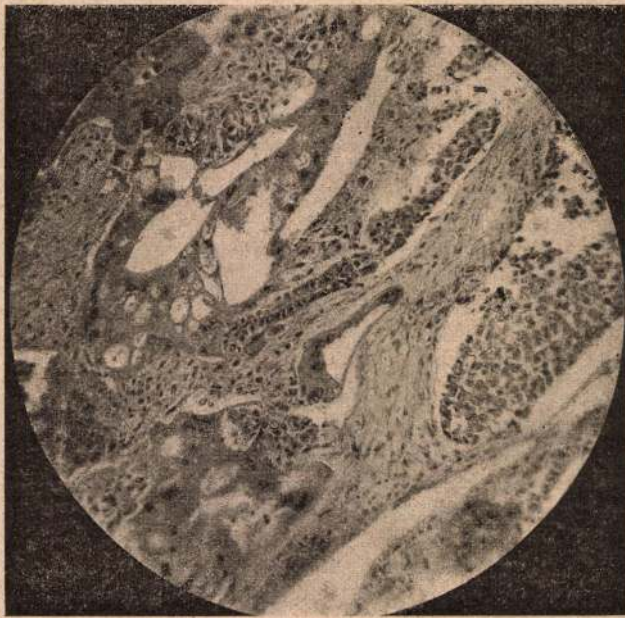
Vérerek önálló fallal csak a daganat stromájában vannak.

Kétségtelen, hogy e daganat chorionepithelioma, helyenként *typusos*, helyenként *atypusos* formában. Megtaláljuk

benne a chorionepitheliomát felépítő két jellemző sejttípust: a syncytiumot és a Langhans-féle sejteket. A syncytium leggyakrabban a Langhans-féle sejtek fészekszerű csoportjait peripheriásan borítja, emlékeztetve a chorionbolyhok hámjának elrendeződésére. Másutt a syncytium a véreket keresi fel s azok falát elroncsolva, azokba beletör és kiterjedt vérzéseket okoz. A chorionepitheliomás részeken kívül a daganatban carcinomás, illetve adenocarcinomás területek is vannak.

Hogy ezen herechorionepithelioma is teratomás eredetű, azt a jelenlevő sima izomsejtek, mint a mesoderma származékai igazolják, ha egyéb teratomára valló elemek hiányzanak is belőle.

A rákos, illetve adenocarcinomás burjánzások sejtei a chorionepithelioma Langhans-féle sejteiből állónak tűnnek fel alakú megjelenésüknél, glykogentartalmuknál fogva. Bizonyítja ezt még a többszörös átmenet ilyen területekből típusos chorionepitheliomás részek Langhans-féle sejteibe.



2. ábra.

Esetem a Langhans-féle réteg rákos burjánzása folytán kifejezetten hasonló az *L. Pick* eseteihez. Ebből nem akarom azt a következtetést levonni, hogy *Pick* állításai az „epithelioma chorioectodermale“-ra vonatkozólag esetemben támaszpontot nyertek volna, ámbar elképzelhető, hogy esetemben a syncytialis alakok elmaradtak volna valami ok folytán s akkor az egész daganat rák képét mutatná, a hol a rákfészkeket a Langhans-féle sejtek alkotják. Az ilyen daganat pedig nem volna egyéb, mint *Pick* „epithelioma chorioectodermale“-ja.

Mindenesetre elképzelhető ilyen daganatok létezése, ha adott esetben a bizonyítás felette nehéz is. Miként *Schmaus* mondta, az egyes eset mindig külön megfontolás tárgya kell hogy legyen, mielőtt kimondanók vagy elvetnők a teratomás eredetét.

IV. Összefoglalás.

A herében jelentkező chorionepitheliomás burjánzások teratomás eredetűek.

E daganatok lehetnek:

1. teratomák chorionepitheliomás részletekkel;
2. tisztán chorionepitheliomás burjánzásból álló daganatok;
3. oly teratomák, melyekben chorionepitheliomás részletek mellett rákos vagy sarcomás burjánzások is vannak.

Feltételezhető továbbá oly rákos vagy sarcomás szerkezetű daganatok, melyek a Langhans-féle réteg sejteinek megfelelő sejtekből állanak és szintén teratomás eredetűek, a nélkül hogy közvetlenül teratomára valló részleteket tartalmaznának.

* * *

Időközben a beteg elpusztult a létrejött metastasisokban. A megejtett bonczolásakor a következőket találtam:

A hasüreg megnyitásakor a retroperitoneumból baloldalt a duodenum magasságában gyermekfejnyi tumor emelkedik elő, mely össze van növe a flexura sigmoideával és a duodenum felszálló részével. A felülete dudoros, erősen erezett, helyenként kékesen áttűnő területekkel. A daganatot mindenütt a hashártya borítja, lefelé hüvelykujnyi vastag kötegbe folytatódik, mely a medenczén át a bal lágyékcsatorna belső nyílásához vezet. Ez a köteg egész lefutásában szintén a peritoneum mögött fekszik, a környezetével erősen összenőtt, el nem mozgatható. A lágyékcsatorna belső nyílása körül több borsónyi és egy szilványi gócz van a hashártyán.

A retroperitonealis daganat metszéspapja teljesen hasonlít a primaer tumoréhoz. Itt is jól láthatók a rostos kötegek, melyek a felületet alkotó tokkal összefüggésben vannak. A kötegek közötti területek itt is szürkés, törmelékesek, sok bennük a vérzés és a fakósárga elhalás. A máj bal lebenyében két hatalmas, jókora almányi gócz van, melyek közül az egyik a felületen kissé előredomborodik. A góczok körül a szokott szerkezete a májnak eltűnt, helyette koncentrikus rétegzettséget látunk.

A bal tüdőben, mely egész terjedelmében le van növe, három olyan nagy gócz van, hogy a tüdőállományból csak 1—2 cm. keskeny sövetyszerű részletek maradtak meg az egyes góczok között. Az itt levő daganatok annyiban eltérnek a többitől, hogy igen puhák, helyenként egészen mállékonyak, nagyon sok rendetlen alakú fakósárga folttal, de vérzés bennük csak kevés van. Nyilvánvalólag a góczok csaknem egész tömegükben elhaltak. A jobb tüdő alsó lebenyében gyermekfejnyi áttétel, a középső és felső lebeny aránylag szabad, csak néhány mogorónyi gócz van benne. Az utóbbiak nem olyan puhák, a rostos szerkezet rajtuk még felismerhető, vérzéseket azonban nem mutatnak.

Egyéb szervekben áttéti gócz nem volt.

A bal uretert a retroperitonealis daganat 4 harántujnyira a vese alatt teljesen körülölte, sőt a lumenébe is beletört. Itt erős szűkület van, mely a bal vese tetemes hydro-nephrosisára vezetett. Ezen vese állománya csak 1½ cm. széles, a kelyhek tágultak, a papillák mintegy kivájtak. A jobb v. renalist is nyomta a tumor, de a falzatával összenöve nem volt. Ugyanis a jobb vese nagyobb, mint rendesen, pyramisai vérbövek, állománya tömöttebb, tehát a cyanosisos induratio képét adja, a mit a v. renalisra gyakorolt nyomás által okozott helyi pangás hozott létre.

A többi szerv meglehetősen sorvadott, a mi az általános nagyfokú cachexia részjelensége.

A jobb here szintén sorvadott, de egyéb elváltozást nem mutat.

Az áttéti góczok szöveti képe általában megegyezik a primaer tumoréval.

A máj egyik nagy góczának széli részletéből készített metszeten a gócz élesen elhatárolt. A májgerendák a gócz körül erősen le vannak lapítva és koncentrikus elrendeződésűek. A májcapillarisok igen tágak és vérteltek, de vértelt a gócz körül (sem a többi szervben levő áttét körül) nem találtam. Maga a daganat itt is jól fejlett stromával bír, mely a legtöbb helyen rostos, itt-ott nyálkásan elfajult kötőszövet. A stromában sima izomelemek, ellentétben a primaer tumorral, nem találtam, a mi különben előre várható is volt, tekintve az izomsejtek aránylag csekély burjánzósi hajlamát.

A daganat parenchymáját nagyobb részben a kis, világos protoplasmájú, hólyagos magvú Langhans-féle sejtek alkotják, de bőven találunk syncytialis elemeket is, különösen az erek szomszédságában. A Langhans-féle sejtek itt is szigetekben fekszenek általában, de gyakran találunk mirigymenetekhez hasonló részleteket, a hol a sejtek hol egy, hol több rétegben fekszenek. Az ilyen mirigymenetek és a solid sejtfészkek közvetlenül átmennek egymásba. A syncytium itt is összefüggő tömegeket alkot, sok hatalmas nagyságú maggal. Legtöbbször a vérrel telt üregek környékén található

ezek a sejtek, de éppen olyan gyakran magában az üregben is.

Igen érdekes a vérerek viselkedése. A hol a syncytialis sejtek a vérerek közelébe férkőztek, a vérér erősen kitágul, mintegy várja a belehatolni készülő syncytiumot. Ez a jelenség analogiája a placenta fejlődésénél ismert angiotaxisos hatásnak, melyet a chorionbolyhok növekedése közben a syncytium fejt ki az anyai erekre az intervillosus üregek képződésekor.

A retroperitonealis daganatból készült metszeten a syncytium leginkább elosztott sokmagvú sejtek alakjában látható. A *Langhans*-féle sejtek gyakran alkotnak mirigymenteket. Elhalás, vérzés itt is sok van.

Egy kicsi tüdőgóc metszete annyiban ad eltérő képet a többitől, hogy itt syncytiumot egyáltalában nem találtam, a mivel összhangban áll az, hogy vérzések sincsenek. A fészkeket alkotó sejtek elég aprók, van közöttük nyújtványos sejt is. Necrobiosis jeleit gyakran látjuk, a mi mutatja — a gócz kicsinysege, tehát fiatalsága mellett —, hogy mennyire könnyen elpusztulnak e daganat felépítő sejtjei. Ugyancsak a gócz fiatalsága lehet a magyarázata a syncytialis elemek hiányának is, ha meggondoljuk az általános felfogás értelmében, hogy a syncytialis sejtek a *Langhans*-féle sejtekből jönnek létre s így csak az idősebb góczokban várhatók.

Az áttéti góczok a tüdőekben és a májban nyilvánvalólag a véráram útján jöttek létre. A retroperitonealis daganat úgy fogható fel, hogy az operálás helyén keletkezett helyi recidiva a nyirokutakon terjedt tova és a retroperitoneum nyirokcsomóiban erősebben növekedett. Ezt a feltevést látszik igazolni az a daganatos köteg, mely az operálás helyétől a retroperitoneum daganatához vezetett.

A bonczolás és az azt követő szövettani vizsgálat is igazolja, a mint a fentebbiekből kitűnik, hogy esetem a here-chorionepitheliomák közé tartozik, mert az ily esetek áttéti gócaiban rendszerint meg vannak a vérzések és a syncytiumjellegű sejtek.

Irodalom. *E. Kaufmann*: Spezielle path. Anatomie, Berlin, 1906, 6. kiadás. — *Ritbert*: Geschwulstlehre, 1904. — *W. Risel*: Über das maligne Chorionepitheliom, Leipzig, 1903. — *W. Risel*: Chorionepitheliome, chorionepitheliomartige Wucherungen in Teratomen. Lubarsch-Ostertag's Ergebnisse, 1907, 11. évfolyam, II. rész. — *Schlagenhafer*: Über das Vorkommen chorionepitheliom- und traubenmolartiger Wucherungen in Teratomen, Wiener klin. Wochenschrift, 1902, 26. és 27. sz. — *Busse*: Über Chorionepitheliome, die ausserhalb der Placentarstelle entstanden sind. Virchow's Archiv, B. 147. — *Steinert*: Über die embryoiden Geschwülste der Keimdrüsen, Virchow's Archiv, B. 147. — *F. Fink*: Über einen (wahrscheinlich) ausschliesslich aus Chorionepitheliomgewebe bestehenden Tumor des Hodens. Baumgarten's Arbeiten aus dem path. Anat. Institut zu Tübingen, 1909, VII. kötet, I. füzet.

A miskolci II. megfigyelő-állomás laboratóriumából.

Érdekesebb laboratóriumi esetek.

(*Pyocyaneus-sepsis*, *malaria tropica*, *Plaut-Vincent-féle angina*.)

Irta: *Iffj. Molnár Béla* dr., segédorvos.

Pyocyaneus-sepsis. Mióta *Gessard* 1882-ben felfedezte a *pyocyaneus*-bacillust, azóta nagyon megváltozott a tudomány álláspontja ezen bacillus fertőzőképessége felől.

Eleinte ártalmatlan saprophytának tartották, mely csaknem minden ember bőrén megtalálható és csak másodlagos módon társul a bőrön egyéb mikroorganizmusok által okozott genyedéshez. Későbbi szerzők kimutatták, hogy a *pyocyaneus*-bacillus önállóan is tud localis genyedéseket előidézni, így pl. *Kossel* szerint otitis mediát okozhat. Mások mastitis, strumitis, panophthalmitis, bursitis praepatellaris egyes eseteiben mutatták ki a *pyocyaneust* mint egyedüli kórokozót, de általános infectio létrehozására még mindig képtelennek tartották.

1894-ben *Kossel* már kimutatta, hogy gyermekeken a *pyocyaneus*-bacillus általános és halálos fertőzést is okozhat. Gyermekeken csakugyan a szerzők egész sora észlelt azóta *pyocyaneus-sepsist*, így *Kossel*-en kívül *Blum*, *Wassermann*,

Fraenkel stb. Az infectio a legtöbb esetben a köldöktájról, a középfülből és a bélből indult ki. *Wassermann* csecsemőkön egész *pyocyaneus*-járványt észlelt, a mely köldökinfectióból indult ki. Újabb szerzők, mint *Soltmann*, *De la Camp*, *Kühn* szerint nemcsak gyermekeken, hanem felnőtteken is okozhat a *pyocyaneus* általános fertőzést, különösen, ha a szervezet valamely okból amúgy is elgyengült. *Rolly* szerint ez az előzetes elgyengülés sem szükséges, mert igen ritka esetekben teljesen egészséges felnőtteken is kifejlődhet a *pyocyaneus-sepsis*.

Miután így a tudomány felfogása végigment ezen az egész skálán, ma mindenki megegyezik abban, hogy a *pyocyaneus*-bacillus, a mely genyedő sebekben oly gyakori, ritka esetekben és különösen a gyermekkorban vagy elgyengült felnőtteken általános fertőzést is okozhat. *De la Camp* esetében a betegség chronikusan folyt le, a többiekében néhány nap alatt halálosan végződött.

Egy ilyen acut módon lefolyó *pyocyaneus-sepsist* volt alkalmunk nekünk is észlelni.

38 éves katonát hoztak a megfigyelő-állomásra térdizületi genyedéssel, a melyet azonban már idejövetele előtt valahol megnyitottak. Anamnesist a betegről eszméletlensége miatt felvenni nem lehetett. Néhány napig észlelték rendetlenül remittáló lázát, miközben a beteg egyszer collabált is, eszméletlensége pedig állandóan fennállott. Ezen tüneteken kívül nagyfokú lépmegnagyobbodása is volt, úgy hogy kezelőorvosai „typhus vagy sepsis“ diagnosissal kértek bakteriologiai vizsgálatot. A beteg könyökvenájából 20 cm³ vért vettünk, melynek felét *Schmidt* módszere szerint 10—10 cm³ bouillont és marhaepét tartalmazó lombikba fecskendeztük, másik felét pedig három tiszta bouillont tartalmazó lombikba osztottuk el. Ugy az epéből, mint valamennyi bouillonból tiszta culturában tenyészték ki agaron és *Conradi-Drigalski*-féle táptalajon buján növvő, élénken mozgó, Gram-negatív pálczikák, melyek az agarlemezeket rövid idő múlva fokozatosan zöldre színezték, úgy hogy a bakteriologiai vizsgálat alapján *pyocyaneus-sepsis* diagnosist állítottunk fel. A beteg állapota állandóan romlott, igen nagy dyspnoéval, rossz pulussal, rendetlenül remittáló, de 39° fölé nem emelkedő lázzal, eszméletlenül feküdt, míg ittléte 9. napján ismét collabált és másnapra bekövetkezett az exitus. A bonczoláskor arthrotomia genust, myodegeneratio cordist, tumor lienist, elég nagy kiterjedésű bronchopneumoniát és nephritis parenchymatosát találtunk. A sectio alkalmával oltottunk a drainezett térdizület genyéből és abból is tisztán *pyocyaneus*-bacillus tenyésztett ki, kétségtelen tehát, hogy esetünkben a térdizületi genyedésből kiindult *pyocyaneus-sepsis*ről volt szó.

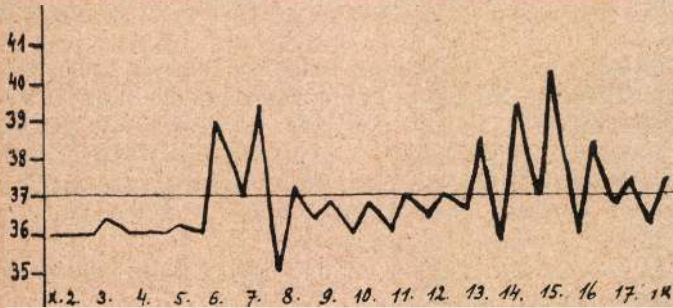
Az eddig ismertett néhány *pyocyaneus-sepsis* esetből a betegség klinikai diagnostikája még nem állapítható meg. A lázmenet nem typosus, jellemzőnek mondják a tartós eszméletlenséget, a nagyfokú dyspnoét, ezek a mi betegünkön is megvoltak, ellenben nem találtuk meg az állítólag jellemző hasmenést, a haemorrhagiás exanthemat és a bonczoláskor sem láttunk a belső szervekben vérzéseket.

A beteg állapota miatt — sajnos — nem nyerhettünk felvilágosítást a térdizületi genyedés oka és keletkezésének ideje felől. Betegünk a harcztérről érkezvén, feltehető, hogy lövésű sérülés után fejlődött nála a *pyocyaneus*-bacillus okozta arthritis purulenta és ebből az oly ritkán előforduló *pyocyaneus-sepsis*, a mely ebben az esetben is valószínűleg elgyengült, kimerült embert támadott meg.

Malaria tropica. A malaria 3 alakja közül a tertiana és quartana békeidőben sem ritka betegség Magyarországon; mindkettőt, de különösen a tertianát a háború alatt is elég nagy számmal észleltük. Nagyon ritka azonban a mi éghajlatunk alatt a harmadik alak, a *malaria tropica*. A tertiana és quartana plasmodiumai ugyanis 16°-os hőmérséklet mellett jól tenyésznek a szúnyogban, míg a *tropica* okozójának, a plasmodium immaculatumnak ehhez 25°-ra van szükége. Európa déli országaiban elég gyakran fordul elő a *tropica*, a mi esetünket azonban éppen az északi harcztérről kaptuk.

A beteg magas lázzal feküdt két hétig Lembergben,

baját ott typhusnak tartották és mint reconvaescenst küldték hozzánk, a bakteriologiai szék- és vizeletvizsgálatok elvégzése végett. Itt néhány napi teljesen láztalan időszak után kirázta a hideg s ekkor a vérében sikerült kimutatnunk a malaria tropica kórokozóját. A hidegrázás és hőemelkedés másnap megismétlődött. Gyógyszert egyelőre nem kapott a beteg, a kinek malariás rohamai pár láztalan nap elmúltával, három egymásutáni napon megismétlődtek.



Ez újabb rohamok alatt ismét megvizsgáltuk vérét és megint megtaláltuk a jellemző plasmodiumokat, különösen nagy számmal a félholdalakú gametákat. A beteg a lázrohamok alatt bágyadságról és hátfájdalmakról panaszkodott, a láztalan időszakokban teljesen jól érezte magát. Objective sem láttunk súlyosabb tüneteket; vérében mm³-enként 4,170.000 vörös vértestet és 3700 fehér vérsejtet találtunk. Utóbbiak közül polymorph-magvú leukocytá 74%, kis lymphocytá 6%, nagy lymphocytá 16%, átmeneti sejt 3.4%, eosinophil 0.6%. Haemoglobin Tallquist szerint 80% volt. A vérkép tehát, különösen minőségileg, nem nagyon különbözik a normalistól.

Az utolsó roham után a beteg chinint kapott. Még 4 hétig észleltük, ezen idő alatt recidiva nem mutatkozott. Valószínűnek tartjuk, hogy az első lázrohamokat a harcztéren és Lembergben kapta a beteg, a hol azonban specifikus therapiában nem részesült, mi pedig már csak a recidivákat láttuk.

Mivel a malaria tropica chinin vagy methylenkék adagolása dacára is gyakran recidivál, lehetséges, hogy betegünk nem gyógyult meg végleg, hanem a 4 hét eltelte után is még újabb rohamokat fog kapni.

Plaut-Vincent-féle angina. Ezen esetünk elég gyakori előfordulása és mikroskopi diagnosisának könnyű volta miatt nem érdemelne ismertetést és csakis a fényesen bevált therapia miatt tartjuk említésre méltónak.

A toroklepedéket természetesen diphtheria-diagnosisal kaptuk. Miután kimutattuk benne a Plaut-Vincent-féle anginára jellemző spirillumokat és orsóalakú pálczikákat, azonnal megindítottuk a Citron-ajánlotta therapiát. 0.6 gramm salvarsant feloldottunk 30 gramm glicerinben és ezen oldattal naponta kétszer ecseteltük a lepedékes tonsillát. A lepedék rohamosan kevesbedett és negyednapra úgy eltűnt, mintha letörölték volna.

Ily kitűnő hatású gyógyszerrel rendelkezvén ezen bár könnyű lefolyású, de mégis 10—14 napig tartó betegség ellen, még inkább ajánlatos minden diphtheriagyanus megbetegedés esetén a toroklepedék mikroskopi megvizsgálása.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem fülészeti tanszékével kapcsolatos Szt. Rókus-kórházi fülosztályról. (Igazgató: Krepuska Géza dr., egyet. nyilv. rendk. tanár.)

Meningococcus által előidézett genyes középfülgyulladás.

Irta: *Germán Tibor* dr., klinikai gyakornok, kórházi segédorvos.

G. L. nevű két éves fiúbetegen múlt év áprilisának elején légcsőhurut jelentkezik erős nátha kíséretében. Tíz nap mulva középfüllob kezdődik, mire mindkét oldalon a dobhártya felmetszése végeztetik. Bő folyás indul meg, a hőmérsék azonban igen magas, napokig állandóan 39° C körül in-

gadozik, a maximalis differentia a reggeli és az esti hőmérsék között mindig 1° C-nál kevesebb. A hőmérsék a folyamatos kezelés (többszöri paracentesis stb.) dacára két héten túl is ilyen marad, míg a betegség harmadik hetében 38.5° C-ra, majd fokozatosan mindinkább lefelé száll, míg végre május hó elején 37.2° C és 37.9° C közt ingadozik. Súlyosabb természetű subjectiv panaszok főleg a betegség első két hetében állottak fenn, mikor is a beteg táplálékot alig vett magához, igen gyenge volt, elesett, az ágyat el nem hagyhatta. Később az általános állapot javult.

Az objectiv lelet alig különbözött egyéb genyes otitisekétől, csupán a dobhártya igen nagyfokú beszűrődése és előesése volt szokatlan, mely csakis a betegség negyedik hetében engedett. A folyás május 25.-én, tehát a betegség kezdetétől számított nyolcz hét mulva megszűnt, a hőmérsék ezután csak kb. 10 nappal lett normalis.

A hosszantartó túlmagas hőmérsék, a beteg általános állapota, a dobhártyalelet a geny bakteriologiai vizsgálatát tette szükségessé, bár a heveny otitisek bakteriologiai vizsgálata az osztályon egyébként is rendszeresen történik.

Az első vizsgálat az otorrhoea 5. napján történt, ennek eredménye a következő volt:

Fedőlemez-készítmény. Sok genyesejt, ezek némelyikében intracellularis elhelyeződésű, igen apró, különböző nagyságú coccusok, hol diplococcus, hol tetrad alakjában elhelyeződve, helyenkint kis számmal a sejteken kívül is.

A bacteriumok száma inkább kevésnek mondható. Gram szerint nem festődnek. Alkaliás festékekkel egyesek sötétebbre, mások világosabbra festődnek. Ezekon kívül néhány nagy, Gram-positív coccus is volt látható a készítményeken.

Tenyésztés. A dobüregből sterilen vett genyből agarra, serum-agarra és burgonyára történt oltás.

1. Agaron 24 óra alatt apró, szürkés-fehér, structura nélküli, kevésbé kiemelkedő, inkább hullámos széllel ellátott coloniák fejlődtek nem nagy számmal, egyéb, a saprophyták minden jellemző tulajdonságával felruházott nagyobb coccusokból álló telepek mellett. Előbbiből tiszta tenyészetet nyerve, a coloniák legnagyobbika 24 óra alatt 2 mm. átmérőjű volt. A következő napokban a növekedés csupán a colonia vastagságában s nem annak nagyságában nyilvánult. A vastagodásban főleg a centrum vett részt.

2. A serum-agaron a közönséges agaron fejlődő coloniához teljesen hasonlóak fejlődtek, némileg dúsabban, mint azon.

3. Burgonyán egy hét alatt semmi sem fejlődött.

A táptalajokon fejlődött coloniák mikroskop alatt vizsgálva, olyan coccusokból állónak bizonyultak, mint a milyenek a genyből vett fedőlemez-készítményeken főleg intracellularis elhelyeződésben voltak láthatók. Itt azonban még nagyobbak voltak az alaki eltérések, még nagyobbak voltak a festődési differentiak. Mindezen jelenségek nap-nap után nagyobb mérvet öltöttek. Mind nagyobb számmal lehetett tiszta degeneratiós alakokat látni.

Egy hét mulva az eredeti kultura elhalt, belőle átoltás többé nem sikerült.

A második vizsgálatnak, mely az otorrhoea 15. napján történt, csaknem ugyanez volt az eredménye. A különbség csupán az volt, hogy a bacteriumok száma — úgy az apró, mint a nagy coccusoké — lényegesen megsaporodott.

Gram-negatív diplococcusról lévén szó, nem lehetett egyébre gondolni, mint a micrococcus catarrhalisra, a gonococcusra és a *Weichselbaum-féle* diplococcusra (meningococcus).

A micrococcus catarrhalist könnyen ki lehetett zárni. A micrococcus cat. genyben ritkán fordul elő, inkább saprophyta-jellegű. Tenyésztése főleg véres agaron sikerül. A tenyészetét annyira jellemző tulajdonságok (erősen granulált, csipkézett szélű, szorosan összetapadó, egy darabban leemelhető coloniák) nem voltak jelen.

A gonococustól való differenciálás sem járt különös nehézségekkel, bár fedőlemez-készítményen a gonococcus és a meningococcus sok hasonló, sőt egyező tulajdonsága miatt

nehezen vagy egyáltalán nem különböztethető meg. Annál nagyobbak a kulturális különbségek. A gonococcust közönséges agaron tenyésztési jóformán sohasem sikerül; tenyésztése egyéb specifikus táptalajokon is nehézségekbe ütközik, míg a kérdéses bacterium már az első 24 órában igen szépen fejlődött.

Kulturában úgy a gonococcus, mint a meningococcus gyorsan degenerálódik, majd elhal. Ez esetben azonban nemcsak a kulturában, hanem már a genyből vett készítményben is voltak degenerációs jelenségek felismerhetők. A gonococcus ezenfelül ritkábban helyeződik el tetrad alakban.

Mindent egybevetve, kétséget nem szenved, hogy esetünkben a Weichselbaum-féle diplococusról, a meningococusról volt szó. Tekintve, hogy a genyben ez volt az egyetlen pathogen természetű mikroorganizmus, joggal tételezhető fel, hogy a genyes középfülgyuladást esetünkben a meningococcus idézte elő.

Meningococust középfülgyenedéseknek főleg azon esetekben találtak, a melyek meningococcus által előidézett meningitis kísérő jelenségei voltak. Ez esetekben természetesen csaknem mindig ki lehetett mutatni a dobüregi genyben a meningococust. Meningococcus által előidézett primaer otitis, az agyhártyák lobosodása nélkül, mint esetünk is bizonyítja, előfordul ugyan, előfordulása azonban mindenestre ritkaságszámba megy. Lang¹ nagy statisztikájában, mely a genyes otitisek bakteriológiájával foglalkozik, nem fordul elő meningococcus. Számos egyéb, a középfül- és a csecsnyulvány-gyenedések bakteriológiájáról szóló munkában²⁻⁹ hiába keressük a meningococcus által előidézett otitist. Csak elvétve találunk feljegyzéseket, melyek az „otitis meningococcica“-ról szólnak. Így Lewis¹⁰ említ egy esetet, melyben a meningococcus által előidézett középfülgyuladást a csecsnyulvány empyemája követte. Mac Keron¹¹ két meningococcus otitistől számol be. Lewinger¹² a magas, intermittáló lázat jellemzőnek tartja a meningococcus otitis mediára. Szerinte általában oly esetekben, melyekben a helyi tünetek ellentétben állanak a magas lázzal, meningococust kell keresni a genyben. Ugyanez a szerző tovább megy és azt mondja, hogy nem valószínű, hogy a meningococcus a középfül útján fertőzi az agyhártyákat, esetleg anélkül, hogy a középfülben magában lobot idézne elő. Maga Weichselbaum¹³ sem tartja kizártnak, hogy a dobüregi nyálkahártya és a subduralis üreg közt fennálló nyirokkeringési rendszer útján jut a bacterium az agyhártyákhoz. Alt¹⁴ valószínűnek tartja, hogy az agyhártyalob keletkezésében a dobüreg közvetítő szerepet játszik az orrüreg és a koponyaüreg között. Más szerzők (Albrecht és Ghon)¹⁵ úgy vélik, hogy a fertőzés főleg az orrból és melléküregeiből indul ki. Viszont Salamida és Citelli¹⁶ a dobüregben talált egy a meningococusszal valószínűleg azonos bakteriumot.

Esetünkben meningococcus által előidézett genyes középfülgyuladásról van szó. Ehhez az otitishez sem a csecsnyulvány lobosodása, sem meningitis nem csatlakozott. A meningococcus tehát minden complicatio nélküli középfülgyuladás előidézője is lehet. Hogy meningitis a meningococcusnak az agyhártyákhoz való nagy affinitása mellett sem fejlődik, legalább nem minden esetben, az talán a sziklasontnak, valamint annak vérér- és nyirokrendszerének változó anatómiai viszonyaiban leli magyarázatát. De még egy magyarázata lehet e ténynek. Láttuk, hogy járványos agyhártyalob esetén a lobmentes dobüregben meningococust találtak. A bacterium tehát a lobmentes dobüregben keresztül bejuthatott a koponyaüregbe. Nem lehetetlen tehát, hogy maga a dobüregben előidézett lob is gátolja valami módon a fertőző csíra tovább jutását.

Hasonló esetekben ismervén a kórokozót s a számos lehetőséget, mely az agyhártyák eme bakteriumos specifikus gyuladására vezet, inkább fogjuk a körülmények mérlegelése után a műtéti beavatkozást szükségesebbnek tartani, mint egyéb otitisekben, bár esetünkben a megbetegedés műtét nélkül gyógyult. És ezen körülmény tette indokoltá az eset közlését.

Irodalom. ¹ Lang: Zur Bakteriologie der Warzenfortsatzerkran- kungen, besonders Proteusfälle. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 67. kötet.) — ² Supfle: Studien über die Bakt. der akuten Mittelohrentzündungen. (Centralblatt für Ohrenheilkunde, 42. kötet.) — ³ Kümmel: Referat über die Bakt. der akuten Mittelohrentzündungen. (Centralblatt für Ohrenheilkunde, 1907.) — ⁴ Denker: Über bakteriol. Untersuchungen bei akuten Mittelohrentzündungen. (Versammlung der Deutschen Otol. Gesellschaft in Bremen.) — ⁵ H. Neumann: Bakteriol. der akuten Mittelohrentzündungen. (U. o.) — ⁶ Kümmel: Bakteriologische Untersuchungen bei Otitis med. acuta. Versammlung der Deutschen Otol. Gesellschaft in Wien. (Centralblatt für Ohrenheilkunde, 1906.) — ⁷ Mark: Beiträge zur Bakteriol. der mit eitr. Mastoidit. komplizierten Otol. med. acuta. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 56. kötet.) — ⁸ Honda: Beiträge zur Bakt. der Otol. med. pur. acuta. (Passows Beiträge, 3. kötet.) — ⁹ Jessie B. Hudson: Beiträge zur Bakteriol. des Ohres. (Journal Americ. Medical Association, 1911.) — ¹⁰ Lewis: Fall von akuter Mastoiditis durch Meningococcus. (Verlag der otol. Sektion der New-York Academy of Medicine, 1904.) — ¹¹ Mac Keron: Zwei Fälle von Mittelohrentzündung durch Meningococcus. (U. o.) — ¹² Lewinger: Mening. cerebrosop. epid. und Mittelohreiterung. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 59. kötet.) — ¹³ Weichselbaum A.: Meningococci mit besonderer Berücksichtigung anderer bei akuter Meningitis gefundenen Mikroorganismen. (Kolle-Wassermann: Handbuch der pathog. Mikroorg.) — ¹⁴ Alt F.: Über die Beziehungen der Mittelohreiterung zur epidemischen und tuberkulösen Mening. (Österreichische Otol. Gesellschaft, 1905.) — ¹⁵ Albrecht és Ghon: Über die Aetiologie und Pathologie der Mening. cerebrosop. epid. (U. o.) — ¹⁶ Salamida és Citelli: Über die Bakterienflora in den Nebenhöhlen der Nase und im Mittelohr. (Arch. italian. di Otol., 14. kötet.) — ¹⁷ Kolle W.—Wassermann A.: Handbuch der pathog. Mikroorganismen.

A dajka- és csecsemő-otthonokról, a csecsemőkórházról.*

Heim Pál dr. egyetemi magántanártól.

A midőn ma másodízben van alkalmam Önök előtt a dajkaság intézményéről szólni, fel kell vetnem a kérdést, hogy helyes-e egyáltalában, ha a Szövetség a dajkaság kérdésével foglalkozik, hogy van-e jogom azt proponálni, hogy alkossunk egy intézetet, a mely a Szövetség aegise alatt a dajkák közvetítésével foglalkozik, törődik a dajkák csecsemőinek sorsával, avagy helyesebb-e minden erőnkben az irányban küzdeni, hogy töröltessék el a dajkaság intézménye vagy legalább alkossunk egy oly intézményt, a mely, mint Madzsar igazgató mondotta, maga alatt vágja a fát, lassan, de biztosan önmagát teszi tönkre.

Előre is bocsánatukat kell kérnem, ha mai előadásomban sok ujat nem tudok mondani. Álláspontomat már a multkor kifejtettem és nagyjában meg is indokoltam, az el-lene tehető ellenvetések is elhangzottak itt és két meglehetősen merev álláspont alakult ki. Igyekezni fogok ma propositionomat bővebben és praecisebben megindokolni és kifejteni, hogy ha a dajkaság kérdését úgy oldjuk meg, a hogy én contemplálom, akkor ezzel bizonyos nagyobb mennyiségű női tej birtokába jutunk, a melylyel, ha helyesen használjuk fel, a csecsemőhalálozás elleni küzdelemben oly factort fogunk belevinni, a mely hatalmasan fogja éreztetni áldásos hatását.

A dajkaság elleni főérv, hogy erkölcstelen és igazságtalan. A jómódú anya, a ki akár tudatlanságból, akár könnyelműségből, akár indolentiából nem akarja szoptatni csecsemőjét, pénzéért meg tudja csecsemőjének szerezni a női tejet, még pedig úgy, hogy elveszi egy másik csecsemőtől. Pedig annak a jómódú családnak a csecsemője, a ki az anyjánál marad, a ki jó hygienés viszonyok között él, a kinek tejet soxhlettezik, a kinek táplálkozását a házi orvos irányítja, sokkal kevesebb veszélylyel volna mesterséges táplálékra fogható, mint az a dajkacsecsemő, a ki idegen helyre kerül, kit részvétlen, tudatlan asszony táplál. A dajka csecsemője életével váltja meg a jómódú csecsemője életét. Hogy ez így van, azt senki, és így én sem tagadhatom. De nézzük csak, hogy ha nem venne senki se dajkát, vajjon azon leányok, a kik most dajkának mennek, valóban szoptatnák-e csecsemőiket. Én nem hiszem. A dajkák legnagyobb contingensét a cselédek, szobalányok, szakácsnők, mindene-

* A Stefánia-Szövetség sociologiai szakosztályában tartott referatum.

sek adják. Ezek a teljesen pénztelen leányok nincsenek abban a helyzetben, hogy önmagukat és csecsemőiket pár hónapig eltarthassák, tehát csak két választásuk van: vagy elmennék csecsemőjükkel az állami gyermekmenhelyre, vagy vidékre adva csecsemőjüket, beállnak cselédnek. Az előbbi eshetőséget azonban a legkevesebben választják. Elismerve a menhelyek kitűnő organisatióját, mégsem adhatják sem koszt, sem sok más tekintetben azt, a mit az a leány cselédi minőségében gazdájánál megtalál. Különösen a pénznélküliség hat ezen leányokra oly deprimálólag. Hogy nem vehetnek maguknak egy szalagot sem, hogy nincs egy krajczár költőpénzük sem, ez a tudat nyomasztólag hat rájuk. Azt pedig nem követelhetjük, hogy az állam zsebpénzt adjon nekik. Vidékre sem igen akarnak menni, hát inkább elmennék dajkának, és ha ez valami okból nem lehetséges, inkább beállnak cselédnek. Ha ez így is van, magasabb emberi szempontból ebből nem az következne, hogy tartsuk fenn tehát a dajkaság intézményét, hanem hogy igyekezzünk mindent elkövetni, hogy lehetővé tegyük minden nőnek saját csecsemőjét szoptatni. De dajkára szükségünk van. Nem gondolok azokra az esetekre, a midőn az anya szülés közben elhal vagy oly súlyos beteg lesz, hogy képtelen szoptatni, mert akkor itt van ezen csecsemők számára elsősorban a mesterséges táplálás, hisz mindnyájan ismerünk számos oly felnőttet, a ki élete első napjától kezdve mesterségesen lett táplálva és erős, egészséges ember lett belőle. De ha ezt megkíséreltük és a táplálás nem megy, ha a csecsemő életveszélybe jut és női tej nélkül elpusztul vagy ha élete fennmaradásához okvetlen női tejjre van szüksége annak a csecsemőnek, a kit anyja könnyelműségből, indolentiából nem szoptatott, akkor szabad-e azt meggátolnunk, hogy elvegyük a női tejet oly csecsemőtől, a ki jobb constitúciójánál, idősebb koránál fogva jobban elbirja a mesterséges táplálékot, avagy pedig magasabb ethikai szempontból, a csecsemőn, az államon, a nemzetén keresztül, meg kell büntetnünk az anyát. Koraszülött, kis súlyú csecsemője születik egy anyának, vagy kis súlyú ikrei vannak, a kik képtelenek oly erősen szopni, hogy megindítsák a tejelválasztást; bű tejjé, a tejet könnyen adó emlőjű dajkára volna szükség, és akkor mit tegyen az orvos, kezdje el a mesterséges táplálást, a sikertelenség biztos tudatával és helyezkedjék arra az állápontra, hogy miért nem választott ilyen emlőjű anyát a csecsemő? Ugye-e, hogy nem? Igaz, hogy a mint ez ma történik, megmentünk egy csecsemőéletet, úgy hogy feláldozunk érte egy másikat, de hisz épp ezért ajánlottam, hogy vegye a szövetség a kezébe a dajkaközvetítést és fektesse más alapra. A dajka csecsemőjével is kell törődnünk, annak is biztosítanunk kell az életét. Ha pedig azt akarjuk, hogy igazán csak az vegye igénybe a dajkát, a kinek okvetlen szüksége van rá, akkor, a mint azt már a multkor kifejtettem, arra kell hatnunk, hogy a bábák és orvosok úgy legyenek kiképezve a táplálásban, hogy helyesen vezessék az első napokban és hetekben a szoptatást. Kimutattam a multkor, hogy a budapesti anyák 95%-a elkezdte a szoptatást és ha túlkorán abbahagyja, ennek az esetek többségében a helytelen szoptatási technika és így a tej elapadása az oka. A középosztályt illetőleg pedig ki kell jelentenem, hogy legalább a mennyire én ismerem, kivételes az az eset, a midőn valaki azért nem szoptat, mert nincs kedve szoptatni, mert a szoptatás gátolja a társadalmi kötelezettségeiben; hanem vagy azért vesz dajkát, mert valami okból nem megy a szoptatás, pedig ez az ok elkerülhető lett volna, vagy pedig saját egészségi állapota miatt, sokszor helytelenül, éppen az orvos ajánlja a dajkavételt. Hangsúlyozom, hogy gyakran előfordul, hogy a csecsemő 4—5 dajkát fogyaszt el, pedig annak oka, hogy a fejlődése nem akar megindulni, nem a dajkában, de a csecsemőben van. Sokszor volt alkalmam látni, hogy a iustán szopó csecsemő mellett, a midőn nem gondoskodtak a mell kiürítéséről, 4—5 dajkának apadt el a teje, éppen azért, mert a csecsemő nem ürítette ki rendszeren a mellét. Ezt meggátolni az orvosnak lett volna kötelessége, és akárhányszor éppen az orvos ajánlotta a dajkaváltást. Kívánatos volna, hogy a dajka-otthon csakis orvosi rende-

letre adjon dajkát és ha az orvosok összessége nemcsak a gyermekgyógyászatban, de az ettől nagyon is eltérő csecsemőgyógyászatban is ki lesz képezve, akkor remélhetjük, hogy csak oda fognak dajkát kérni, a hol igazán szükség van rá.

Azt proponáltam multkori előadásomban, hogy minden dajkának menni szándékozó nő jöjjön be 6 hétre a dajka-otthonba. Ezen 6 hét alatt meg lesz vizsgálva és figyelve (vérvizsgálat, köpet stb.), azonfelül a csecsemője is állandó orvosi felügyelet alatt lesz. A dajka-otthonban nemcsak a megbetegedése alkalmával lássa a csecsemőt az orvos, hanem naponta 2-szer meg kell hőmérőzni, minden szopását lemérni, naponta a súlyát meghatározni minden csecsemőnek, vagyis minden csecsemőt teljes klinikai megfigyelés alatt kell tartani. Propozíciómban ez a 6 hét keltette a leghevesebb ellentmondást, mert túlrövid idő. Először is a nők nem a szülést követő napon, hanem legkorábban 9—14 nap mulva jönnének az otthonba, sokan még sokkal később, de egy szóval sem ajánlom, hogy ezen 6 hét elteltével ki kell őket adnunk dajkának, csak azt ajánlom, hogy ha a dajka csecsemőjének veszélyeztetése nélkül megtehetjük, engedessék meg, hogy elszegődjön.

Pontos 6 hetes klinikai észlelet után tudhatjuk, hogy emberi számítás szerint mit tehetünk egy csecsemővel, de erre szükségünk van 6 hétre. *Finkelstein*, a kiváló berlini csecsemőgyógyász írja, hogy a menhelyéből kiadott azon csecsemők, a kiknek súlygörbéje az utolsó hetekben szépen egyenletesen emelkedett, a kik egyik napon annyit gyarapodtak, mint a másikon, a házi ápolásban is jól fejlődtek és a következő 2 hó alatt alig halt el közülök egy is, míg azon csecsemők közül, kiknek súlygörbéje ide-odaugrándozott, az egyik nap 50 gr.-ot, a másikon 10, a harmadikon 40 gr.-ot gyarapodtak, a negyediken pedig 20 gr.-ot fogytak, a következő két hó alatt több elpusztult. Ez utóbbi csoport csecsemői sokszor súlyban túlhaladták az első csoport csecsemőit, hőmérsékük normalis volt, székük rendes, mégis előre lehetett tudni, hogy ellenállóképességük csekélyebb volt. Ez a gondolatmenet vezetett, a midőn 6 heti megfigyelést proponáltam a dajkák csecsemői számára. Lesz olyan, a kit 6 heti megfigyelés után nyugodt lélekkel foghatunk mesterséges táplálásra, lesz olyan, a kit ennyi idő után csakis allaitement mixte-re vehetünk és lesz olyan, a kiről látni fogjuk, hogy hosszú ideig női tejjre szorul és a kinek anyja éppen a csecsemője miatt nem mehet dajkának, ezt elhelyeznünk nem szabad, hanem vagy az intézetben marad, vagy elmegy az állami menhelybe, vagy hazamegy. Hiszen az intézetnek nem az a rendeltetése, hogy minden áron dajkát adjon, hanem az, hogy meggátolja, hogy az anya akkor is dajkának mehessen, ha e miatt csecsemője elpusztul. Ha az anya beszegődik dajkának, a csecsemője maradjon 6 hónapos koráig a csecsemő-otthonban, a hol további klinikai megfigyelés mellett mesterségesen lesz táplálva. Női tej állván itt rendelkezésre, ha szükséges, bármikor képesek vagyunk neki ezt nyújtani. Felvehetők volnának a csecsemő-otthonba azon intelligens leányanyák csecsemői is, a kiket mai társadalmi berendezéseink mellett csecsemőjük annyira kompromittál, hogy existenciájukat veszélyezteti. A gyermeknevelőnőkre, tanítónőkre, hivatalnoknőkre gondolok. Ezek a szerencsétlen nők titkolni kénytelenek terhességüket, és ha ez már nem megy, valami betegség czímén, a mi legtöbbszörre csúcshurut vagy vérszegénység, szabadságot eszközölnek ki és elbujva töltik el terhességük utolsó heteit, titokban hozzák gyermeküket a világra és a szülés után visszasietnek az állásukba, csecsemőjük a vidékre kerül, a hol rövidesen befejezi alkalmatlan kis életét. A csecsemő-otthon felvehetné ezen csecsemőket is és a meddig szükséges volna, női tejjel táplálná, később pedig mesterségesen. Igaz, hogy ezen csecsemők később épp oly kellemetlenséget okozhatnak édesanyjuknak, mint a szülés után mindjárt, de idővel erősebbé válik a kapocs a gyermek és anya között és az az anya, a ki szülés után szívesen megölte volna csecsemőjét, a ki neki csak fájdalmat és szegyént jelent, pár hónap mulva képes

életét adni gyermekéért, és szívesen veszi fel a most már még nehezebb küzdelmet az étellel, mert nemcsak önmagáért, de gyermekéért is él. Sőt, a mint alkalman volt tapasztalni, hogy éppen a gyermek volt az, a ki a léha csábitóban felkeltette az apai érzést, és a férfi, a ki a leány megejtésében csak kalandot látott, gyermekének nevet akarván adni, elvette feleségül a leányt. Ne méltóztassék azt hinni, hogy én itt regényeket mondok el, de az Országos Anya- és Csecsemővédő-Egyesület csecsemő-otthonában nem egy ilyen esetet volt alkalman látni. Az apa először kíváncsiságból látogatta meg a csecsemőjét, majd fejlődését akarta látni, végre megszerette, valami húzta ki az otthonba, és a mikor elmúlt az idő, a midőn ki akartuk adni dajkaságba a csecsemőt, igen sok esetben vagy gondoskodott róla, vagy elvette feleségül a gyermek anyját.

Az egészséges csecsemők fejlődésük szerint 6 hónapig vagy tovább az otthonban maradnának, azután dajkaságba lennének adva. A midőn ezt ajánlom, elsősorban a városi és állami szolgálókra, altisztekre gondolok. Bizonyos fokban megrostált egyének ezek, a kik, ha tudják és érzik, hogy felettes hatóságainak ez irányu ténykedésük is tudomására jut, hogy érdemük méltányolást, hanyagságuk mellőzést is jelenthet számukra, teljes ambícióval felelnének meg feladatuknak. A gondozó asszonynak kötelessége volna a csecsemőt hetenként egyszer az intézetben bemutatni, a hol meg lenne vizsgálva és egészségi állapota kontrollálva; betegség esetén vagy pedig ha fejlődésben visszamaradna, újra felvételnek az intézetbe.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

F. Müller: Ueber das Altern. Barth, Leipzig, 1915.
Ára 75 Pfennig.

Müller szigorú kritikával mustrálja végig az összes öregezési elméleteket, majdnem mindegyikükben találva részgazságokat, de sehol teljes megoldást. Az öregség legjellemzőbb tünetei az öregkori látás, az izomerő és emlékezet fogyása, a tagok merevsége. Ez utóbbival coordinációs nehézségek járnak. 35 éven felül az athleta már jelentős eredményt nem ér el. Az izomerő a 30. évben már túl van képessége tetején. Az angol gomb- és késművesek 30. évükben a legnagyobb munkaképességük, 40—45 éves korukban 80, 55 éves korukban 60, 65 éves korukban 40%-ra csökken a képességük. Öreg ember nyelvet nem igen tanul és nehezen jegyzi meg a botanika neveit. A 30 éven fölül utólag orvosi pályára menők nehezen birkóznak meg az anatómiai nevekkal. A tudományos produktív képesség inkább marad meg még egy ideig és az itélőképesség sokáig ép. Az élettani öregedés leginkább az agyvelőből indul ki, az idegsejtek göröngyös sorvadásával, a nyúlványok fölhengerelődésével, de a legtöbb ember végül mégis betegségben hal meg. Az agykori bajok között a rák és az arteriosclerosis a legnevezetesebb. Ez utóbbiba leginkább a fokozott vérnyomású idegesek, a komoly kötelességemberek, az élvezetben és munkában, gondban izgulók esnek, valamint az alkohol, nikotin és ólom áldozatai. A füzet végül a népek és országok öregedéséről szól, a városi nép kihálásáról, a domesiciációs károkról. A bajt az izolálásban látja és a gyógyulást a keveredésben. s. ő.

Lapszemle.

Belorvostan.

A kulcsontfölsőtti árokban található előboltosulást Truneczek jellegzőnek tartja plethorára. Okát az ott levő hajszál- és gyűjtőérhálózat túlteltségében keresi. Plethorán kívül található az néha arteriosclerosis és időszült nephritis esetekben is. Esetet ismertet, a melyben a fennálló plethora

serosát csak ezen tünet alapján lehetett felismerni. Felhívja a figyelmet arra is, hogy a plethorának az említett tünet alapján felismerése fontos lehet a gyógyítás szempontjából, ha pneumoniában betegszik meg az illető, mert ráirányítja a figyelmet a sürgős venaesectionra (legalább 400 cm³ vér kibocsátása!), hogy elkerüljük a fenyegető tüdővizenyőt. (Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 3. szám)

A roseola felismerésére egyszerű eljárást ajánl Mayerhofer docens. Az eljárás azon alapszik, hogy a roseola nyomással petechiává változtatható át. Úgy járunk el, hogy az illető helyen a bőrt hüvelyk- és mutatóujjunkkal kúpalakú redővé emeljük fel s azután a kúp tetején levő roseolára hirtelen mérsékelt koncentrikus nyomást gyakorolunk, a mire ott subcutan vérzés áll be. Roseolával esetleg összetéveszthető másféle foltokon ez nem áll be. A typhus abdominalis, paratyphus és typhus exanthematicus eseteiben előforduló, de sokszor nem eléggé jellemző módon kifejlődött avagy már visszafejlődőben levő roseola ily módon könnyen felismerhető, a minek a nevezett betegségek diagnosisában nagy jelentősége lehet. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 5. szám.)

Sebészet.

A fagyások gyógykezelésére használatos szereken kívül Wagner jó hatású észlelte a quarcz-lámpával és az áramló forró levegővel (Föhn) való kezelésnek is. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 50. sz.)

A gummikeztyűk pótlására Silberstein és Colman „sterilin“ néven hoztak forgalomba egy átlátszó, sűrű folyadékot, mely, ha a száraz kezünkre kenjük, egy perc múlva megkeményedik s a bőrön oly védő réteget alkot, melyet a benzín, olaj, híg savak, sublimát, vér, geny nem támad meg. A sterilin keverhető antisepsis szerekkel, anélkül, hogy fenti tulajdonságaiból veszítene. A berlini gyógyszervizsgáló hivatal szerint a sterilin alkalmas arra, hogy vele a kezét a bakteriumok számára át nem járható védőréteggel lássuk el. (Zentralblatt für Chirurgie, 1916, 1. sz.)

Venereás betegségek.

A parotitis syphiliticáról ír Otto Haslund (Kopenhága). A nyálmirigyek lueses gyuladása igen ritka bántalom. Gerber részletes összeállításában 37 esetről tesz említést, melyek az irodalomban elszórtan vannak leírva. A 37 eset közül a parotitis 28, a sublingualis 6, a submaxillaris 7 és a Blandin-Nuhn-mirigy 1 ízben volt beteg. A nyálmirigyek syphilise a luesnek minden szakába előfordulhat, azonban mégis inkább a késői szaknak a betegsége. A casuistikus leírásokból kiderül, hogy a nyálmirigy luesének klinikai képe nem valami jellegzetes. Általában vagy mint daganat, vagy mint a mirigynek valamilyen időszült gyuladása mutatkozik. Legjobban tanulmányozták, mert aránylag a leggyakoribb, a lueses fültőmirigygyuladást. Ez többé-kevésbé kemény, fájdalmas daganat alakjában mutatkozik, mely fölött a bőr olykor élénkpiros. A friss syphilitikus esetekben a parotitis leginkább kétoldali. Neumann-nak mind az 5 esete ilyen volt. A késői szakban a lueses parotitis rendszerint féloldali. Ilyenkor könnyen rosszindulatú daganatnak nézhető. Hasonló eseteket már nem egyszer operáltak is. A diagnosis aránylag még legkönnyebb, ha a lueses elváltozás gummás természetű s korán feltörik. A jellegzetes szétérés azután hamar vezethet a helyes diagnosisra. Az antilueses kezelés csaknem minden esetben néhány héten belül gyógyuláshoz szokott vezetni. Érdekes, hogy Gerber összeállításában 4 olyan syphilitikus nyálmirigygyuladással találkozunk, mely veleszületett lues talaján fejlődött ki. A szerző is ilyen. Az eset 8 éves fiúra vonatkozott, a ki különösen az 5. életévétől kezdve igen erélyesen volt antiluesesen gyógyítva. Wassermann-reakciója ennek dacára állandóan positiv volt. A lueses tumor a jobb fültőmirigyben támadt s a kezeléssel szemben hosszú ideig igen makacsul viselkedett. Kitaró kúrára lassankint elmúlt. (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 1. füzet.)

Guszman.

Gyógyszertan.

Az ultrafiltratum nevű új gyógyszer-alakról ír *Blumenthal* tanár. Az ultrafiltratio nem más, mint folyadék-nak nyomás alatt szűrése kocsonyaszerű hártán, például vékony collodium-lemezen át. Ezen filtrálással sikerül vizes növénykivonatokat nyálkás, gyantás, zavaróan ható alkotórészeiktől megszabadítani és olyan alakba hozni, hogy az illető drog összes hatóanyagai megvannak benne, és izgalommal nem járó befecskendezésre felhasználható. Eddig a digitalis, a convallaria és az opium ultrafiltratumát vizsgálta meg a szerző. Ez utóbbi holonpon néven már kapható is; átlátszó barna folyadék, a melyből 10 rész egy rész opiumot tartalmaz, vagyis megfelel a tinctura opii simplex erősségének; forgalomba jön ampullában, tabletta és suppositorium alakjában; az ampulla 0.1, a tabletta és a suppositorium pedig 0.05 gramm opiumot tartalmaz. E készítmények hatása gyors, erős, s úgylátszik főleg a narcosisos hatásuk huzamosabban tartó. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 2. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A gonorrhoea gyógyítására *Klausner* nagyon ajánlja a *choleval* nevű colloidalis ezüstkészítményt, a melynek gonococcusokat ölő sajátságán kívül még a váladékot oldó, adstringáló és a secretiót csökkentő hatása is van. $\frac{1}{2}\%$ -os oldata használandó befecskendezés alakjában. A choleval újabban tabletták alakjában is kapható; a 0.5 gr.-os tablettát 100 cm³ vízben feloldva, kész a fecskendezendő folyadék. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 50. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 9. szám. *Poór Ferencz:* A lueses szívárvány-hártyagyulladás sajátos viselkedéséről salvarsan után. *Hatiegán Gyula:* A háborús hasmenésekről, kiváló tekintettel a gastrogen eredésűekre.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 9. szám. *Mező Béla:* A gonorrhoea thermopenetratiós kezeléséről.

Vegyes hírek.

A nemí betegségek elleni védekezés kormánybiztosává a belügyminister *Nékám Lajos* dr. egyetemi tanárt nevezte ki.

Az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjává neveztek ki újabban *Bánóczy Gyula* dr.-t, Győr város tiszteletbeli tisztí főorvosát.

A budapesti egyetemen a hallgatók száma e félévben 3067; az 1913/14-i II. félévben 7513 volt. Orvostanhallgató 1059 van (1914-ben 2994 volt). Feltűnő a nőhallgatók gyarapodása; a jelen félévben 739-en vannak beiratkozva, köztük 266 orvostanhallgató (1914-ben 564, illetve 175 volt).

A katonai szolgálatot teljesítő orvostanhallgatóknak a válás- és közoktatásügyi minister, egyetértőleg a cs. és kir. hadügyminis-terrel, azt a kedvezményt nyújtja, hogy azok, a kiknek csak egy lehallgatandó félévük hiányzik ahhoz, hogy a végbizonyítványt elnyerjék, a folyó 1915/16. tanév II. felére 1916 márczius hó 15.-éig beiratkozhatnak s félévük 10 hét alatt érvényesíthető. Megengedi a válás- és közoktatásügyi minister továbbá azt is az így beiratkozóknak, hogy úgy a II., mint ennek sikeres letétele esetén a III. orvosi szigorlatot a 10 hét alatt — május közepén — letehessek s mindkét szigorlat sikeres letétele után május 24.-én fel is avattassanak. A hadvezetőség e célból az erre igényjogosultaknak 10 heti szabadságot ad. Az igényjogosultságot a dékán által kiadandó bizonyítvánnyal kell igazolni. A dékán ezen bizonyítványt mindenkinek, a ki igényjogosultságát okmányokkal igazolja, díjtalanul kiszolgáltatja.

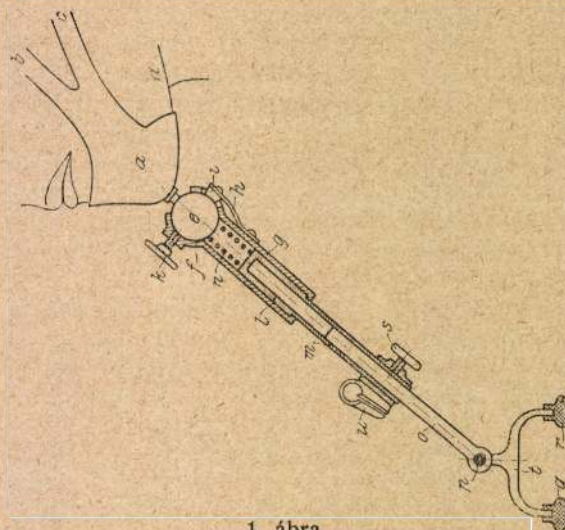
Személyi hírek külföldről. *H. Zöprritz* (sebész), *H. Meyer* (röntgenologia) és *E. Behr* (szemészet) kieli magántanárok tanári címet kaptak. — A lipcei élettani tanszékre, miután *O. Frank* (München) és *M. Verworn* (Bonn) tanárok a meghívást nem fogadták el, *S. Garten* giesseni tanárt nevezték ki.

Meghalt. *Szilasi Mór* dr., Szabadka város tiszteletbeli tisztí főorvosa, 67 éves korában február 26.-án.

A marienbadi orvos-otthonban az ausztria-magyarországi és németbirodalmi orvosoknak f. év május 1.-étől szeptember 1.-éig 65 hely áll rendelkezésre; ezzel jár: az orvos-otthonba való felvétel egy havi időtartamra csekély hozzájárulás lefizetése mellett, szabad fürdőhasználat, a gyógy- és zenedíj fizetése alól való felmentés, árendedmények vendéglőben, színházban stb. A pályázók (csakis orvosok) sziveskedjenek folyamodványukat azon hónap megjelölésével, melyben az otthonban lakni kívánnak, f. év márczius 31.-éig, az orvosotthon vezetőségéhez beadni. Az egyesület tagjai (évente legalább 5 K) a szabályok 8. §-a értelmében előnyben részesülnek. Orvos-feleségek csak férjük kíséretében, annak ápolása céljából vétetnek fel. Különösen oly orvosok vétetnek figyelembe, kik a háború következtében betegedtek meg és hadi sérül-

lés, köszvényes megbetegedés, szívaffectio stb. miatt lép- vagy szén-savas fürdők használatára vannak utalva. A folyamodványok, kéredezőküldések és tagsági jelentkezések (válaszbélyeggel) a Marienbadi Orvosi Üdülő-Otthon vezetőségéhez intézendők.

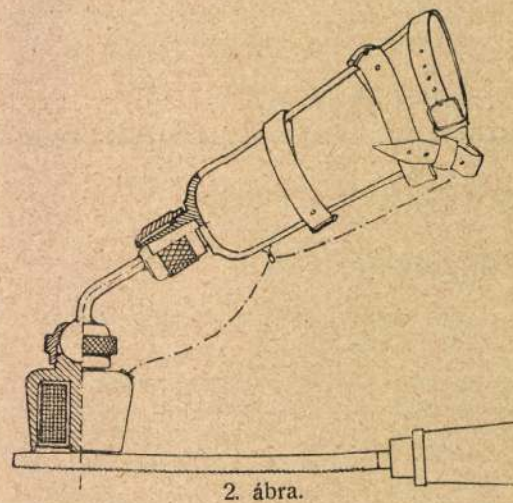
Érdekes újítások a művétagkészítés terén. Az orvosokkal karöltve fáradoznak gépészek és elektrotechnikusok megfelelő prothesisek készítésében. A „Zeitschrift des Vereins deutscher Ingenieure“ 1915. évfolyamának 43. számában *Kesten* főmérnök találmányát látjuk ábrázolva (1. ábra): egy az állra erősített a börtokra e—p fémplácza van erősítve, mely p-nél izesül egy gummilabdákban végződő villával, mely a kezét helyettesíti; e művétagot például az egyik kar



1. ábra.

teljes hiányában szenvedő rajzolóknak használhatják jó eredménnyel.

Az „Elektrotechnische Zeitschrift“ 1915. évfolyamának 50. füzeteiben „Die magnetische Hand“ címen *Klingenberg* tanár ismertet egy felsővétag-prothesist (2. ábra), melynek végén villany-áram által mágnessé tett fémrész segítségével fémtárgyak erősen, de egyúttal mozgathatóan kezelhetők (az ábrán a mágneshez egy ráspolly illeszkedik.) *Deutsch Ernő.*



2. ábra.

Mai számunkhoz a „Chinois“ gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf) Újpest-Budapest „Arsotonin“, „Cadogel“ és „Sulfotin“ készítményeinek prospectusa van mellékelve.

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőt betegek négygyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szállónők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.

Vízgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utca 34.

DR. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — bñulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.) 129. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.)

Elnök: Verebély László, később Salgó Jakab. Jegyző: Szász Tibor.
(Folytatás.)

Gerincoszlop-merevedés esete.

Torday Árpád és Biró Ernő: A 27 éves örvezető szülei élnek és egészségesek. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Nemi betegséget tagad. Szeszest italt mérsékelten fogyaszt. Nős, gyermektelen. Jelen bajáig egészséges volt.

Betegsége 1911 szeptember havában kezdődött, amikor mindkét csombja felső részében, majd a jobb csípője felső részében hátul érzett hasogató fájdalmakat, de egyenesen járni tudott.

Ezek a fájdalmak szakadatlan tartottak. 1912 június hóban Pöstyén fürdőbe ment törzsorvosának rendeletére, de már ekkor észrevette, hogy gerincoszlopa meggömbült.

A pöstyéni fürdőt két hétig használta, mire a fájdalmak jelentékenyen enyhültek.

1912 őszig nem voltak fájdalmai. A fájdalmak ekkor az alsó hátszigolyákon is jelentkeztek. 1913 áprilisban újból behívták katonai szolgálatra hátralevő idejének letöltése céljából, azonban ekkor már csak a raktárban tudott dolgozni. Ekkor fájdalmai nem voltak. 1914-ben a mozgósításkor bevonult és könnyű szolgálatot teljesített egy ideig. Később már nem bírt járni, miért is hordágyon a gyengélkedő szobába vitték; majd szabadságot kaptak és odahaza 1914 december 8.-ától 1915 márczius 8.-áig mozdulatlanul feküdt.

Márcziustól májusig a szakácsokra ügyelt fel. Májustól augusztus 15.-éig őrszolgálaton volt. Augusztus 15.-étől novemberig a barakkok tisztítására ügyelt fel. 1915 novemberben felülvizsgálták és Röntgen-vizsgálat céljából a budapesti 16. sz. helyőrségi kórházba utalták.

A közép-termetű férfin feltűnik a beteg görbe testtartása.

A gerincoszlop teljesen meg van görbülve és egészen merev, úgy hogy sem active, sem passive nem hajlítható. A beteg a fejét hátraszögezve tartja. A fejét oldalt mozgatni tudja, de az előre- és hátrahajtás korlátolt. Az alsó végtagok a térdben kissé meg vannak görbítve. A csomb a törzsszel majdnem derékszöveget alkot. Hogy a beteg el ne essék, a térdeit behajlítva tartja és a törzse a lábai mögött van. A törzs oldalról nézve feltűnően lelapított. A mellkast a hasról mély barázda választja el. A légzés majdnem kizárólag hasi, mert a bordák a csigolya-testekkel összenöttek.

A térd nem teljesen merev, a passiv mozgás lehetséges. Ugy látszik, hogy a csípő még nem teljesen merev, mert a beteg járni tud. Ez a járás azonban kis lépésekben történik és óvatos. Felülni csak úgy tud, ha kezeivel térdeire támaszkodik. Ágyban megfordulni is csak nehezen, nagy erőlködések mellett tud a gerincoszlop teljes merevsége miatt. A gerincoszlop merevségét akkor is látjuk, ha felszólítjuk, hogy földön fekvő tárgyat vegyen fel. Ilyenkor a beteg térdeire ereszkedik és úgy emeli fel a tárgyat. A bántalom lassú lefolyású, fájdalmas időszakok fájdalomtalanokkal váltakoztak és lassacskán ankylosis fejlődött ki a csigolya-izületekben. Kétségtelen, hogy spondilose rhizomelique esetével van dolgunk. Ezt a Röntgen-vizsgálat is kimutatja, a mely a csigolyaközi szalagok csontosodását mutatja. A mellett úgy a csigolyák, mint a csípőcsont megvékonyodtak, minek folytán a beteg testhossza megkisebbedett.

A Röntgen szerint a XII. hát- és I. lumbalis csigolya keskeny léczcel van összekötve. Ugyanilyen fixatio látható a XII. hát-csigolya baloldala és a XII. bal borda között. Az összes csigolyák csontos structurájukban a normalistól eltérő alakot vagy elváltozást nem mutatnak, ellenben az „x” sugarak

számára rendkívül átjárhatók. Ez a csökkent Röntgen-sugár resorbeáló képesség mutatkozik a jobb vállon és különösen a szivalakban benyomott, porosus oldalfalakat mutató medenczén. Mindez teljesen igazolja, hogy a spondyloze rhizomelique diagnózisát állíthatjuk fel, mert fennáll:

1. Az izolált gerincoszlopszalag-elcsontosodás.

2. A medencze és gerincoszlop typosus decalcináló, porososis folyamata. Viszont semminemű proliferáló (hyperostosis, osteophyták stb.) csigolya-folyamatot nem észlelhetünk.

A jellegzetes tünetek közül megvannak a lumbo-sacralis tájon jelentkező fájdalmak, a melyek után lassacskán a gerincoszlop merevedése állott be. A gerincoszlopon kívül csupán a csípő tájékán érez fájdalmakat a beteg, a melyek a csombokba kisugároznak. A gerincoszlop alsó része nyomásra jelenleg is érzékeny. A beteg baját meghülésből származtatja és e felvételt támogatja azon körülmény is, hogy a paroxysmusos fájdalmak nedves és hideg időjárásban fokozódnak. A fájdalmak után lassan ankylosis fejlődött az ágyékban és csípőben, mi miatt a beteg görbe testtartást vett fel és félig behajlított térdekkel járva alkalmazkodik a gerincoszlop és a csípő izületeinek merevségéhez. Hogy a cervix-csigolyák ankylosisát is fájdalmas időszak előzte meg, erre nézve elég körülményi adat nincs, de valószínű. A betegen tehát megvannak a betegségekre jellegzetes tünetek, fájdalmas szakok, a melyek alatt a beteg gerincoszlopát mereven tartja. A fájdalom megszűnése után ez a tartás azután is megmarad, de ennek oka nem a megszokás, hanem az időközben kifejlődött ankylosis.

Az elkülönítő körjelzés tekintetében szóba jöhet a gerincoszlop deformáló rheumatismusa. (spondylitis deformans). A folyamat a pia spinalisból indul ki, felülről lefelé terjed, izomatropiával és az idegyökerek izgalmaival jár, a melyet Bechterew szerint a csigolyák és a szalagok elváltozása csak másodlagosan követ. A bántalom szövettanában lues, trauma és öröklékenység szerepel. A heredo-traumás kyphosis és a rheumás vagy fertőzőes alapon fejlődő spondilose rhizomelique tiszta alakjai ritkák és többnyire a két alak keverékét találjuk mint arthritis chronica ankylopoeticát. Azonban ezen bántalom a végtagok rheumájához csatlakozik, a melyeken deformációk mutathatók ki. A fájdalmak állandók és hevesebbek. A gerincoszlop merevedése különböző fokú lehet és rendszertelenül történik. A mellkas hordószerű és sohasem lapos. A bántalom az idősebb korban szokott jelentkezni és inkább nőknél. A betegen vagy elődein alkati zavarok kimutathatók, pl. vesebaj, epekö, migraen. A heredo-traumás kyphosis, mint előrehaladó bántalom, kyphosisra hajlamos egyéneknek a melltájék sérülése után keletkezik. A púp kis radiussal bír, tehát localis gerincoszlop-merevedésről lehet beszélni. A púp tájéka fájdalmas. A mellkas előlről hátrafelé tágult. Az ízületek nincsenek megtámadva. A vertebralis lues, tuberculosis ritka és rendszerint a csigolyák beolvadásával jár. Leyden szerint ezen bántalomnak az időszült rheumatismus osteophyták alakjához hasonló formája is létezik. A myositis ossificans is hozhat létre pseudoankylosist, ha a bántalom a csontokban is lokalizálódik, de ilyenkor az izmokban is találunk szétszórtan csontlerakódásokat. Osteomalaciában is jelentkezhetnek a spondylosishoz hasonló deformációk, de a végtagok és a gerincoszlop nem lesz merev. Esetleg a cervicalis pachymeningitis is szóba jöhet, ha a bántalom kizárólag a gerincoszlop felső részében székel.

A lényeg a csontnak valószínűleg fertőzőes rhizomeliás vagy rheumás eredetű primaer diffúz megbetegedése, a mely miatt a csont elvékonyodásra, osteoporosisra és osteomalaciára hajlamossá válik. Ezen csontelváltozások kompenzálása céljából a gerincoszlop szalagjai egészben vagy izoláltan

elcsontosodnak. A gerincoszlop ankylosisát idővel egyes ízületek elcsontosodása követi (pl. váll, térd, csípő, állkapocs). A fertőzés okát gonorrhoeában, tuberculosisban keresik, elősegítő ok gyanánt szerepel a meghülés és nedvesség (neuroarthritises dispositio) és a trauma is. Az unitarius állásponton levők az egész folyamatot chronikus gerincoszlop-rheumatismusnak tartják. Jelen esetben a Röntgen teljesen igazolja a spondylo-arthritis rhizomelique diagnózisát.

Balassa László: Egy férfibeteg a haláláig észlelt spondylosis rhizomelique-esetet ismert. A betegnek 21 éves korában kankója volt, a megbetegedés után időnkint a láb sarkában és a csípőizületben voltak fájdalmai. 2 év múlva heves ágyéktáji fájdalmak után a gerincoszlop merevségét kezdte észlelni, a mely fokozódott, valamint fájdalmai is hevesebbek lettek. 1912-ben a beteget az elme- és idegkórtani klinikára vették fel, a hol a következő statust találták: A gerincoszlop egész terjedelmében kyphososis, a testtartás előregörnyedt, a nyakizületekben csak előre történő mozgás végezhető, a vállizület mozgathatósága is korlátozott. A betegség későbbi állapotában a cervicalis gerincoszlop egészen merev lett, és annyira előre görbült, hogy a gégefő és az incisura sterni közt csak egy harántujnyi távolság marad. Az izomzat sorvad. A beteg heves fájdalmai a nyak- és ágyék-tájon jelentkeztek. Járása apró lépésű, óvatos volt. *Alexander* tanár Röntgenfelvételei a felállított diagnózist megerősítették.

Az idegrendszer részéről skandáló jellegű beszédet, reszkető ügyetlen írást és fokozott inreflexeket találtak, a mely tüneteket vagy a gerincvelőnek a gerincoszlop görbülése okozta vöngálása, vagy a vérkeringési zavarok okozták.

Buday Kálmán: A *Balassa László* dr. által észlelt esetben a boncolást végezte s bemutatja a gerincoszlop macerált készítményét. Az egész gerincoszlop összes csigolyái az atlas kivételével összecsontosodtak, különösen nagyfokú a csontos összeforradás a nyaki és ágyéki részen, tehát éppen azon helyeken, a melyek rendszeren a legmozgékonyabbak. Kiváltképpen a csigolyák ízületnyújtványain látszik az összecsontosodás, de áterjed azok környékére is, a csigolyaivak és test határ-részeire. Ezenkívül nagyon szembeütő, hogy a bordák úgy a csigolyák testével, mint azok harántnyújtványaival csontosan egyesültek, úgy hogy a bordák mozgathatósága ezen helyeken lehetetlenné vált. Legszabadabbak a csigolyatestek, főleg azok medialis részei; az ágyék-csigolyák testének oldalsó részeit széles lapos csontlemezek kötik össze, áthidalva a porcikorongot. Tarajosan kiemelkedő csontburjánzások itt sincsenek, általában a csigolyatestek, bordavégek szokatlanul vékonyak, karcsuk, mondhatni sorvadtak. A csigolyák közti nyílások nem szűkebbek; a befűrésztelt csigolyatesten osteoporosis mutatkozik. Az izmokon inkább csak a tétlenségi sorvadás jelei voltak, főleg a gerinc-körüléken. A csípőizületben mérsékelt arthritis ulcerosát találtunk, a térdben semmit. A halál oka tüdővész, a mely a merev mellkas mellett könnyen érthető.

A talált kép tehát élesen eltér az öregkori spondylitis deformans-tól, s teljesen megfelel a spondylitis ankylopoëticának, de az összecsontosodás nem szorítkozik az ízületi felszínre, hanem a szálagokban is beáll; tehát az arthrogen és syndesmogen theoria közül egyik sem állhat meg kizárólagosan, s legvalószínűbb az, hogy először az ízületi nyújtványok csontosodtak össze, azután a közelükben levő szálagok.

A húgycső makk-részének átlövéséből eredt szűkület sipolylyal; resectio varrattal.

Rihmer Béla: Sz. I. szeptember 3-án sebesült meg. A lövést úgy kapta, hogy a fityma födte a makkot, a golyó átütötte a fitymát, a makknak tövi végét, a másik oldalon a praeputialis zsákba hatolt és annak alapján azt átütve, végigszaladt a bőr alatt a mony mellett, azután a mony tövén átütötte a bőrt s beleesett a nadrágba. November 16.-án, a felvételtkor a beteg nehéz vizelésről panaszkodik. Fél centiméternyire a makk mögött nagyfokú szűkület érezhető és a jobb oldali praeputialis zsák felé finom hajszál-sipoly van, melyen vizeléskor vizelet ürül, egyébként zárt. November 27.-én műtét. Epiduralis injectio novocainnal, ezután a gáton a bőr schleichezése után minimalis gátmetszés, melyen át vékony Nelatont helyez a hólyagba. Majd a kétoldali sulcus ischio-cavernosus és a mony gyöke körül novocain-infiltrációt al-

kalmaz, a mire aztán a resectiót teljes érzéstelenítésben végzi. A strictura kb. egy centiméter hosszú, különösen a húgycső felső falát foglalja el s a makk-részét szorosán összefüggő heget alkot. Körkörös resectio. A támadt hiányt úgy pótolja, mint a hogyan a kisebb fokú hypospadiasist látjuk el *Beck* szerint. Tudniillik a húgycső hátrafelé fel lesz praeparálva, miáltal könnyen előrehúzó s az elülső csonkhoz körkörös odavarrható. Műtét után másnap a makk rendkívül erősen megduzzadt s a hátracsúszott praeputium strangulált, úgy hogy a himvessző hátán a bőrt be kellett metszenie. Most igen jó szolgálatot tett a vizelet deviatiója a gáton. A seb primára gyógyult. Tizedik napon eltávolította a gát-kathetert, a harmadik naptól kezdve vizelet innen nem távozik. Deczember 18.-a óta nyolcz-tíz naponként 22. számú bougiet vezet a húgycsőbe. A beteg könnyen vizelet.

A prostatás rész lövése húgycsővégbél-sipolylyal, zárás.

Rihmer Béla: E. I. június 20.-án golyó által sérült. A golyó a penis tövén jobb oldalt hatolt be, átütötte a húgycsövet a pars prostaticában, s a végbél elülső falát kb. egy centiméternyire a sphincter felett szintén átütve, a bal farpofába fűrődött s ennek külső oldalán hagyta el végleg a testet. Azóta vizeletének legnagyobb része a végbélben át ürül, de csak olyankor, a mikor vizelet. A betegen október 12.-én helyi érzéstelenítésben cystostomiát végez devialás végett és utána epiduralis anaesthesiában baloldali pararectalis metszéssel, mely ívalakban a gát közepén fut a végbél elé, behatol és a végbélet leválasztja a pars prostaticaról, miközben a sipolyt átmetszi. A sipolynak húgycső-végét felfrissítve, a húgycsövet befektetett catheter felett összerakja. Ezután a sipoly anilis végétől lefelé sphincterotomiát végez és a végbél elülső falát lehúzva belevarrja a sphincterbe, majd a sphinctert is egyesíti. Megdrainezi a perirectalis ürt jodoforgaze-csíkkal, egyébként az egész sebet zárja s a húgycső-kathetert elveszi. A gyógyulás nem volt síma, a mennyiben genyedés állott be a végbél körül, azonban a cystostomia védelme alatt a műtét utáni 24. napon a húgycsősipoly teljesen zárva volt. Jelenleg a beteg kétóránként vizelet, vizeletében kevés geny még van. A cystostomiának has-része még most is sarjad, azonban vizelet nem távozik rajta.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

974/916. kig. sz.

Péterréve nagyközségben üresedésben levő **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom ezen állás elnyerni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi **márczius hó 10.-éig** terjeszszék be.

A választás határnapjáról később fogok intézkedni.

Az állás javadalma:

1600 korona évi fizetés.

800 korona laktér és a vármegyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási díjak.

O b e c s e, 1916 február 20.

A főszolgabíró.

833/1916. sz.

Arad vármegye törvényhatóságánál a nagyhalmgyi **járás orvosi állás** megüresedvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A járási orvosi állás az 1904. X. t.-cz. szerinti illetményekkel van rendszeresítve (2000 kor. kezdőfizetés, 350 kor. laktér és 600 kor. útiátalány).

Járási orvosi székhely: Nagyhalmgy.

A kinevezendő járási orvos a nagyhalmgyi járásban rendszerezett két körorvosi állás üresedésben léte folytán ideiglenesen s előreláthatólag hosszabb időn át a községi orvosi teendőket is ellátni köteles, minek ellenében a rendes látogatási díjakon kívül az orvosi alaptól mintegy 2000 kor. tiszteletdíjban részesül.

Pályázati határidő 1916 márczius hó 15.

A vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-a értelmében kiállított születési anyakönyvi kivonattal, orvostudori oklevéllel, tisztí orvosi vizsgabizonyítvánnyal és az eddigi szolgálatra vonatkozó működési bizonyítvánnyal felszerelt pályázatok a fenti időben nálam nyujtandók be s ezen idő alatt a vármegyei ügyviteli szabályzat 5. §-a alapján a személyes jelentkezéseket hivatalos helyiségemben szintén elfogadom.

A r a d, 1916 január 24.

Dálnoki Nagy Lajos s. k., alispán.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Fischer Ernő: A m. kir. rokkantügyi hivatal pozsonyi intézetéből. (Igazgató: Bakay Lajos dr., ny. r. egyetemi tanár.) Új módszer és új készülékek az ízületek mobilisatiós kezelésére. 132. lap.

Detre László: A kissitkei ideiglenes fogolytáborban kitört cholerajárványnak leküzdése. 135. lap.

Bartók Imre: Közlemény a kir. magyar tudományegyetemi I. számú szemészeti klinikáról. (Igazgató: Grósz Emil dr., egyetemi tanár.) Vak katonáink szemsérüléseiről. 136. lap.

Tárca. Heim Pál: A dajka- és csecsemő-otthonokról, a csecsemő-kórházról. 137. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Walther Poppelreuter: Erfahrungen und Anregungen zu einer Kopfschuss-Invalidenfürsorge. — **Lapszemle. Belorvosan. Friboes:** Vörhenyszerű bőrkiütés. — **Sebészet. Witzel:** A fejlődések után keletkező sipolyok és agytályogok. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Pöhl:** Piszkos alkohol megtisztítása. — **Ochsenius:** Gyermekkori hasmenés. — **Volland:** Vérzéscsillapítás. 139—140. l.

Magyar orvost irodalom. 140. lap.

Vegyes hírek. 140. lap.

Tudományos Társulatok. 141—142. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A m. kir. rokkantügyi hivatal pozsonyi intézetéből.
(Igazgató: Bakay Lajos dr., ny. r. egyetemi tanár.)

Új módszer és új készülékek az ízületek mobilisatiós kezelésére.

Irta: **Fischer Ernő** dr., osztályvezető főorvos.

A zsugorodott ízületek mobilisatiójára szolgáló, alább közlendő eljárás és készülékek a következő elveken alapulnak:

1. **Semmi sem adhatja vissza egy zsugorodott ízület mozgékonyosságát olyan tökéletesen és olyan gyorsan, mint a mobilisatio, azaz az ízület passiv, activ-ellenállásos és activ szabad mozgatása.** Az ízületi felszínnek sikamlósságát, a megmerevedett és megrövidült szalagok és inak nyúlékonyosságát, az izmok normalis rugalmasságát és erejét a mobilisatio adja vissza leggyorsabban; a mobilisatio mozditja elő leghatásosabban az ízületben és környezetében levő vérömleny felszívódását is; a merev ízületek mozgékonytá tételeben ez legyen tehát a főteényező.

2. **A zsugorodott ízület mobilisatiója kell, hogy individualizálva, adagolható módon, a passiv és activ mozgatás megfelelő egyesítésével történjék,** akár trauma, akár lob után keletkezett az ízület merevsége. Kellő kimélet híján újabb vérzések, később ossificatiók keletkezhetnek, a lob kiújulhat; ha pedig a mozgatás fokozása nem adagolható és nem progrediáló, akkor nem várható fokozatos javulás és tökéletes eredmény.

3. **A mobilisatio pontos eszközlése, adagolása és fokozása csak géppel lehetséges.** A tapasztalat megadja ugyan nekünk az egyes esetekben az individualizálás képességét, de a zsugorodott ízületnek ember által végzett mozgatásakor az alkalmazott erő pontos adagolása nem megbízható, a mozgatást végző orvos vagy ápoló izomereje — mint egyáltalában az emberi izomerő — nem alkalmas sem egyenletes, sem egyenletesen fokozódó erő kifejtésére: az izomerő egyénenként is, és még az egyes egyénben is igen változó.

A mobilisatiót végző erő nagyságát az orvos határozza meg egyénenként és esetek szerint, de ezen erőt súly fejtse ki, a mely a legpontosabb adagolást és fokozást, az erő egyenletes működését teszi lehetővé.

Nagy előnye a géppel való mobilisatióknak, hogy a patients már az első próba alkalmával meggyőződik arról, hogy a mozgatás és annak fokozása kiméletesen eszközölhetik,

hogy brüszk mozdulatok az érzékeny izülettel nem végeztenek; mindennek tudata lényegesen elősegíti az izomzat elernyedését és így a passiv mozgatást.

Pontosan lemérhető, adagolható és fokozható erő kifejtésére csak a súly (a gyakorlatban kavicscsal vagy seréttel telt zsákocská) alkalmas. Nem felelhetnek meg a lemérhető, egyenletes erő kifejtésére a rugók, rugalmas szalagok, mert ezeknek ereje idővel csökken, esetről-esetre nehezen lemérhető és a mobilisatióra való alkalmazásukkor azon hátránnyal is bírnak, hogy mihelyt a végtag a húzásnak enged és az excursio növekszik, a rugó meglazul.

4. **A készülék eszközlje a passiv mobilisatiót akként, hogy az ízület egy-egy irányú excursiója tartson bizonyos lemérhető és adagolható időn át és ezen időn át egyenletesen hasson a mozgató erő.**

Tehát ne gyors ide-odamozgatásból álljon a passiv mobilisatio, hanem az eseteknek megfelelő, **adagolható időn át hasson a mozgató erő egy-egy excursio irányában.** Csak így ernyed el a mozgatás ellen önkéntelenül védekező izomzat, így nyujtatnak legkiméletesebben, egyszersmind legerélyesebben a merev szalagok, inak, izmok. A gyors ide-odamozgatásnak az activ szabadgyakorlatoknál van a helye, és az activ ellenállásos gyakorlatoknál a mobilisatiós készülékeknek ezen gyakorlatok eszközlésére is alkalmasnak kell lenniök.

5. **A mechanikai kezelés végeztessék egyidejűleg a thermális kezeléssel:** a thermális behatás vérbőséget hoz létre a zsugorodott ízületben, ezen vérbőség tartama alatt történjék a passiv mobilisatio.

6. **Álljon az ízület a passiv mobilisatio tartama alatt extensióban,** hogy az izfalszínnek tehermentesítettessenek; a széthúzás által az intraarticularis nyomás megszűnik, a nyomás által anaemizált ízületi felszínben hyperaemia áll be, a nyirokkeringés megindul, az ízületi savó újraképződik; az ízületi szalagok megnyúlnak és rugalmasságukat visszanyerik. Így az extensio nemcsak lényegesen megkönnyíti, de kevésbé fájdalmassá is teszi a mobilisatiót.

* * *

A fenti elveknek (a 4. és 6. pont kivánalmait kivéve) megfelelhetünk az ismert medico-mechanikai berendezésekkel. Azonban tagadhatatlan, hogy ezen berendezéseket drága voltak miatt minden kórház nem szeresheti be és ennél fogva a mobilisatiós kezelésre szoruló betegek nem részesülhetnek (nemcsak most, a háborúban, de békében sem!) idejekorán a megfelelő kezelésben. A csontok, ízületek, izmok és szalagok

sérüléseinek kezelésében t. i. **az a legfontosabb, hogy a mobilisatiót minél előbb meg kell kezdeni, az esetek legnagyobb részében még a sebgyógyulás befejezése előtt, azaz a kórházi kezelés tartama alatt!** Nem lehet eléggé hangsúlyozni a korai mobilisatio fontosságát; a mi megfelelő időben könnyen és tökéletesen sikerülne, az, elmulasztván, később csak igen nehezen, tökéletlenül vagy sokszor semmi módon sem pótolható!

És most a háború számos sérültjének még a legmészebbmenő gondoskodás sem tud kellő számú tökéletes medico-mechanikai készüléket beállítani, **mert a mobilisatiós kezelés csak úgy lehet eredményes, ha a passiv gyakorlatok idejekorán és minden egyes betegen naponta többször és hosszabb időn át (1–2 órán át!) végeztetnek.**

Ezen okoknál fogva okvetlenül és sürgősen szükség van olyan mobilisatiós készülékekre, a melyek oly egyszerűek, hogy az orvos irányítása mellett azok kezelésére minden ápoló, sőt minden laikus is alkalmazható legyen, és olyan olcsók, hogy minden kórház, sőt minden kórterem részére beszerezhető legyenek és egyszerűségük mellett az előbbi feltételeknek tökéletesen megfeleljenek.

* * *

Azon két készülék közül, a mely a fenti elvek szerint készült és a melynél a mobilisatiót súlyok végzik, az egyik a könyök-, kéztő- és ujjpercizületek mobilisatiójára, a másik a váll-, csípő-, térd- és bokaizület mobilisatiójára szolgál; így a két készülék a végtagok összes izületeinek mobilisatiójára alkalmas. Az I. számú készüléknél a passiv nyújtás-hajlítás váltogatását maga a beteg eszközli; ezen készülék bármely asztalra felszerelhető; a II. számú készülék bármely padon, ágyon vagy asztalon elhelyezhető; a készülékekkel való bánást bármely ápoló elvégezheti, a beteg végtag fixálása egyszerű és megbízható. Minthogy egy-egy készülék több izületen alkalmazható, a készülékpár naponta 20–30 különféle beteg kezelésére használható.

A simultan mechanikai thermális kezelés eszközésére legalkalmasabb az ismert villamos hőlégfűvőkészülékeket használni és kezelés alatt az izületet kendővel körülburkolni; de jól alkalmazható bármely egyszerű hőlégkészülék, iszaporogatás, melegvíz-zuhany is.

Ugy az egyes kilengéseket eszközölő súlyokat, mint az egyes kilengések időtartamát és a gyakorlatozás időtartamát mindig az egyénhez és az esethez viszonyítva adagoljuk. **Kezdő súlynak mindig azt a lehető legnagyobb súlyt veszszük, a mely veszély és nagyobb fájdalom nélkül alkalmazható.** Frisebb zsugorodás esetén kisebb súlyokkal is célt érünk; ha nagy az izmok ellenállása, akkor nem annyira a súlyt növeljük, mint az egyes kilengések idejét; makacs esetekben nemcsak a súlyokat és a kilengések idejét, hanem a gyakorlatozás időtartamát is növelni kell.

I. Készülék a könyök-, kéztő- és ujjpercizületek mobilisatiójára. (Mobilisator I.)

A készülék (2.—12. ábra) áll egy 1 m. hosszú alaplécből, a melynek két végére majdnem függőiesen, inkább kissé kifelé dőlve, egy-egy csigatartó lécz van erősítve; az alapléczen, kis talapzaton áll a támasztólécz, a mely rúgó segélyével vagy vízszintesre állítható (a könyökizület mobilisatiójához, 2.—6. ábra), avagy ferdére lefektethető (a kéztő és ujjpercizületek mobilisatiójához, 8.—12. ábra) és a mobilizálandó izület proximális végtagrészletének fixálására szolgál. Az alkart, illetve a kéztőt mansetta fixálja, a mely a hüvelyk számára kivágással van ellátva (1. és 7. ábra).

A húzást súlyok eszközlik, a súlyok két zsinóron lógnak; mindkét zsinór egy-egy szabad csigát is hord; ezeknek megfelelő elhelyezésével mindig úgy intéztem a húzás irányát, hogy ezen irány az izület hossz tengelyére — az aznapi legnagyobb excursio állapotában — ne egészen merőleges legyen, hanem 20°-nyira a meghosszabbított tengely felé hajoljon; ezáltal a passiv mozgás alatt a súly hosszirányban is húz, azaz extenziót is fejt ki. Igaz, hogy ezáltal

a súly veszít keveset az izületmozgató erőből, de ezen súlyvesztés könnyen pótolható megfelelő súlytöbbslettel.

A zsinórokon még egy-egy zsinórfogó is van, ezek arra szolgálnak, hogy a beteg az ép kézzel felváltva az egyik vagy másik súlyt felhúzhassa és beakaszthassa, azaz hatályaon kívül helyezhesse (3. ábra). Ezek a zsinórfogók tehát feleslegessé tesznek minden kiszolgálást, az ápoló csak arra ügyeljen, hogy a beteg a gyakorlatokat az előirt súlyokkal és az előirt időn át végezze.

A készülék bármely asztalra felszerelhető.

A thermalis kezeléssel való kombinációnak kivitele úgy az ábrákon, mint az egyes izületek mobilisatiójának leírásából el van hagyva.

1. A könyökizület mobilisatiója.

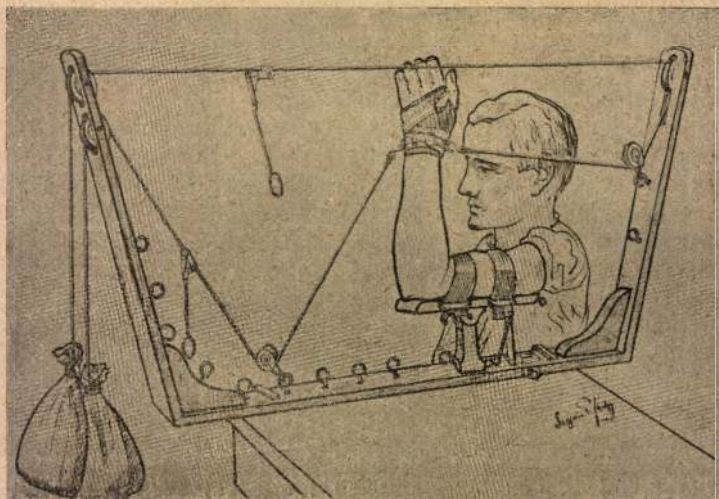
a) Hajlítás-nyújtás.

A kézmansettát felcsatoljuk, még pedig úgy, hogy a fémkarikák az alkar végét öleljék körül (1. ábra); a támasztólécz vízszintesre állítjuk, a felkart hozzáerősítjük, úgy hogy a könyök csúcsa kissé előálljon (2. ábra). Az előlő súly-



1. ábra.

A kézmansetta felcsatolása a könyökmobilisatiohoz.

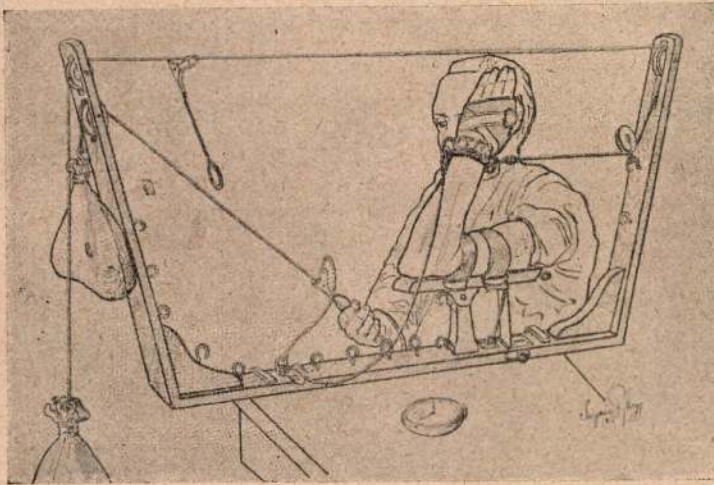


2. ábra.

A könyökmobilisatio beállítása.

tartó zsinórt az ulnaris oldalon levő karikába akasztjuk be, a hátsó zsinórt pedig a radialis oldali karikába; a zsinórokra ráakasztjuk a passiv hajlítás és nyújtás eszközlésére szükséges súlyokat és a mozgó csigákat a megfelelő kampókba akasztjuk be (2. ábra).

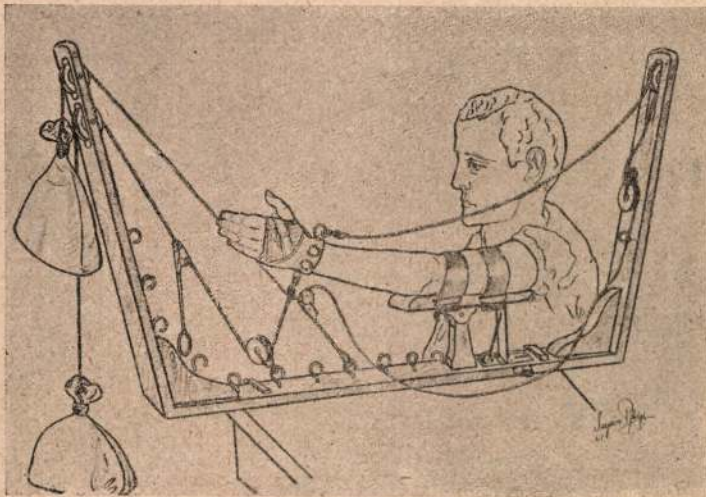
Ezen helyzetben mindkét súly hat, tehát mozgás nem történik; de ha most a beteg az ép kezével megragadja az alsó zsinórfogót és ennek segítségével felhúzza és egy kampóba beakasztja (3. ábra), azaz hatályon kívül helyezi a nyújtást végző súlyt, akkor csak a másik súly működik és *passiv hajlítást* végez (3. ábra).



3. ábra.

A könyökizület passiv hajlítása.

Ezen helyzetben hagyjuk az alkart bizonyos időn át, ezen idő elteltével a beteg szabadabbá teszi a beakasztva volt zsinórfogót, a hajlítást eszközlő fonál zsinórfogóját pedig visszahúzza és beakasztja, a mire a másik súly kezd működni és *passiv nyújtást* eszközöl (4. ábra).



4. ábra.

A könyökizület passiv nyújtása.

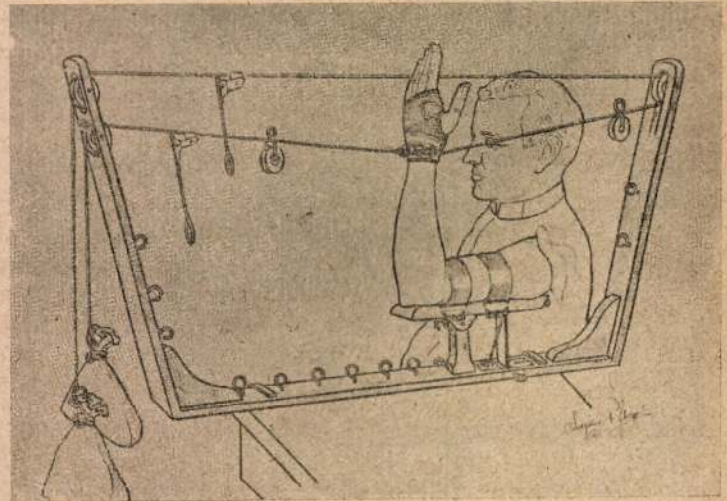
Az előírt idő elteltével ismét passiv hajlítás következik.

Kezdő súlynak 3 kgr.-ot szoktam venni és ezen súlyt naponként átlag $\frac{1}{4}$ kgr.-mal szoktam növelni egészen 7 kgr.-ig. Egy-egy kilengés legalább is 3 percen át tartson, és ha az izomfeszülés nagy: akár 5–8 percen át is. Egy-egy gyakorlatozás ideje legalább $\frac{1}{2}$ óra legyen, lehetőleg ennél több is és naponta legalább kétszer gyakorlatozzon a beteg.

A gyakorlatozás elvégztével megfelelően kisebb súlyokkal *activ ellenállásos nyújtást és hajlítást* végeztessünk, gyorsabb kilengésekkel.

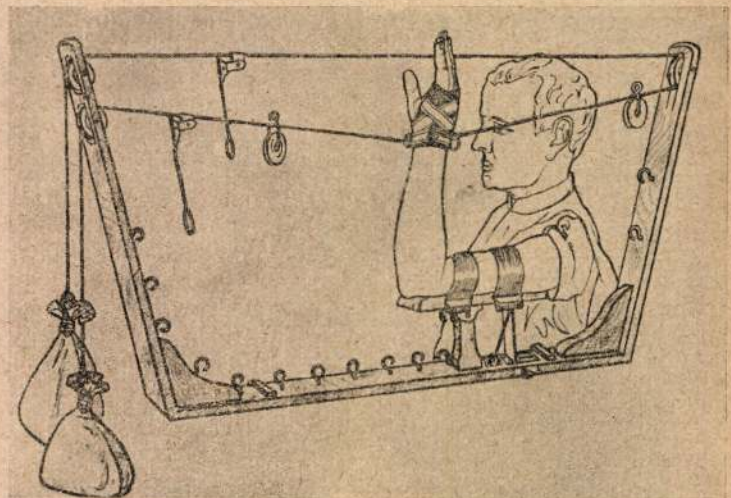
b) *Pronatio-supinatio.*

Az előbbihez hasonló elrendezés mellett mindkét zsinórra egyenlő súlyokat teszünk, a mozgó csigákat szabadon lógva hagyjuk és a zsinórokat úgy akasztjuk be a mansetta karikáiba, hogy az elülső súly zsinórja a radialis oldali karikába, a hátsó súly zsinórja az ulnaris oldali karikába kerüljön, ekkor a súlyok húzása *passiv supinatio*t fog eszközölni (5. ábra); ha most az előírt idő elteltével beakasztjuk a zsinórfogókat és átcseréljük a zsinórokat, azaz: az elülső súly zsinórját a radialis oldali karikába, a hátsó súly zsinórját az ulnaris oldali karikába akasztjuk be, akkor a súlyok — a zsinórfogók eleresztése után — *passiv pronatio*t (6. ábra) fognak eszközölni.



5. ábra.

Passiv supinatio a könyökizületben.



6. ábra.

Passiv pronatio a könyökizületben.

Kezdő súlynak átlag 3–3 kgr.-ot szoktam venni, ezen súlyt naponta átlag 150 gr.-mal növelem, egészen 5–5 kgr.-ig. Egy-egy kilengés legalább 3 percen át tartson, a gyakorlatozás naponta legalább kétszer fél-fél órán át történjék.

Megfelelő kisebb súlyokkal *activ ellenállásos pronatio-supinatio*t is végeztessünk.

A pronatio-supinatio gyakorlatokat rendszerint derék-szögű könyöktartás mellett végeztetjük; lehet azonban végezni ezen gyakorlatokat — a szabad csigák megfelelő elhelyezéseivel — a könyökizület bármely szögletű tartása mellett is; és ha az egyik súlyt megfelelően nagyobbra vesszük, összeköthetjük a pronatio-supinatio a nyújtás-hajlítással is.

2. A kéztőizület mobilisatiója.

Volar-, dorsal-, ulnar-, radialflexio.

A készülék támasztóléczeit ferdére állítjuk (8—11. ábra); a kéztőre felcsatoljuk a mansettát, még pedig úgy, hogy a mansetta szalagjainak fémkarikái a metacarpusok fejecseit öleljék körül (7. ábra). Az alkart (volaris fejszínével) a fer-



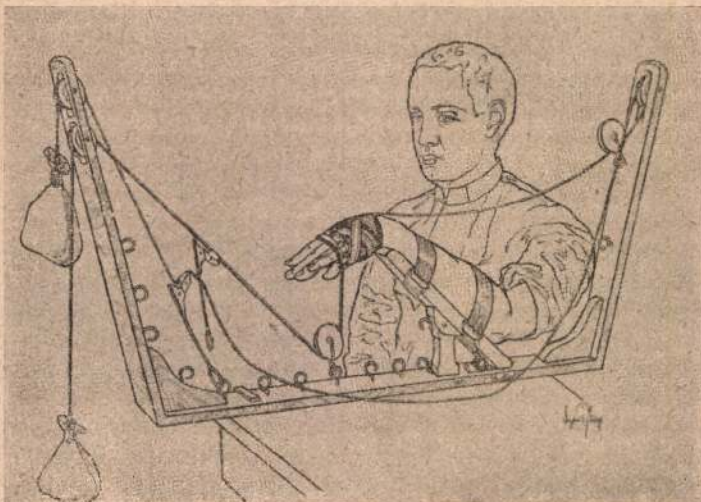
7. ábra.

A kézmansetta felcsatolása a kéztőmobilisatióhoz.

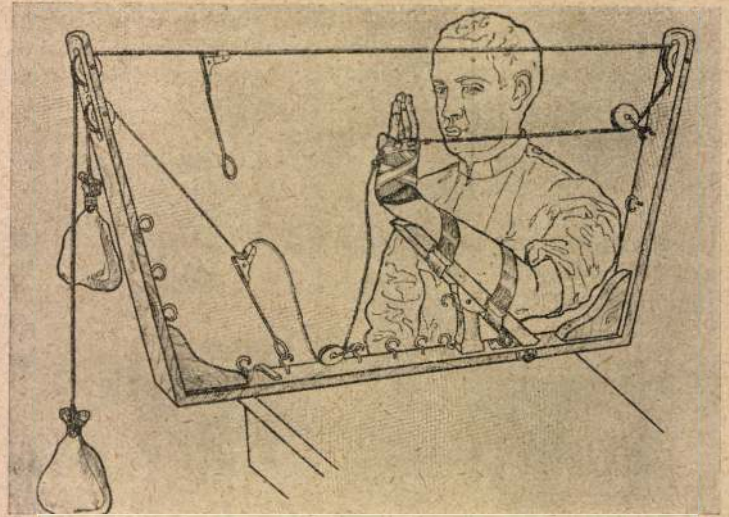
dére beállított támasztólécchez erősítjük, úgy hogy a kéztőizület szabadon előálljon (8.—11. ábra); a szabad csigákat úgy helyezzük el, hogy a beható erő iránya a kézközép hossz tengelyére majdnem merőleges, de inkább kissé az ujjak felé hajló legyen. A zsinórokat a tenyéren és kéz háton levő karikába akasztjuk be és a megfelelő súlyokkal megterhelve, változtatva hozzuk működésbe és így eszközöljük a *passiv volar- és dorsalflexiót* (8. és 9. ábra).

Ha az alkart az ulnaris oldalával fektetjük és fixáljuk a támasztó léczhez, akkor *passiv ulnar- és radialflexiót* végez-tethetünk (10. és 11. ábra).

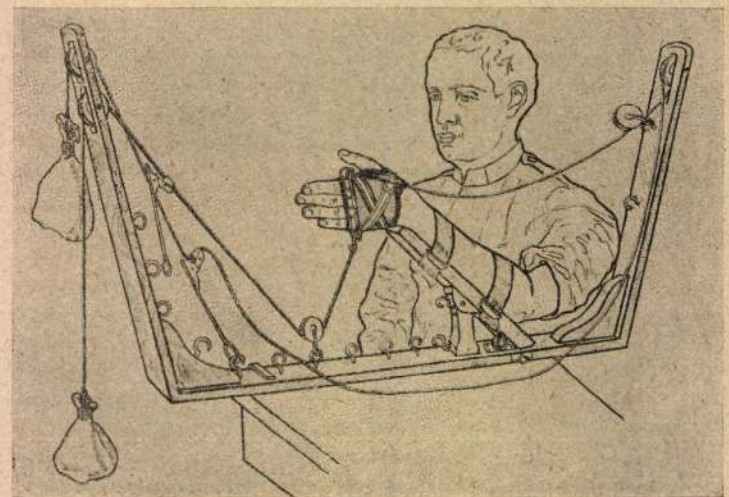
Kezdő súlynak 3—3 kgr.-mot szoktam venni és ezen súlyt naponta átlag 100 gr.-mal szoktam növelni, egész 5 kgr.-ig. Megfelelő kisebb súlyokkal activ ellenállásos gyakorlatokat is végeztessünk.



8. ábra.
Passiv volarflexio.



9. ábra.
Passiv dorsalflexio.



10. ábra.
Passiv ulnarflexio.



11. ábra.
Passiv radialflexio.

3. Az ujjak ízületeinek mobilisatiója.

A készülék támasztóléczeit ferdére állítjuk, a metacarpust és az alkart a támasztólécchez fixáljuk, úgy hogy a mobilizálható ujjpercizület kerüljön a lécz végére. A mobilizálható ujjra spirálfonatú tokocskát húzunk és erre akasztjuk a súlyt viselő zsinórt (12. ábra); így felváltva passiv hajlítást-nyújtást eszközölhetünk.

A hüvelykujj mobilisatiójakor, valamint az ulnaris-radialis irányú mobilisatiókor az alkar és kéztő az ulnaris oldallal lesz fektetve a támasztólécra és fixálva. Ilyen elhelyezésben eszközöljük az ujjak szétterpesztését is.



12. ábra.
A mutatóujj mobilisatiója.

Lehet egyszerre több ujjat is mobilizálni, lehet az egyik ujjat a dorsalis, a másik ujjat egyidejűleg a volaris irány felé huzatni, lehet szükség esetén az egyik ujjpercet kis harántheveder segítségével a dorsalis, a másikat a volaris irány felé huzatni. Az átlagos súly egy ujj mobilisatiójára 2—3 kgr.

(Folytatása következik.)

A kissitkei ideiglenes fogolytáborban kitört cholerajárványnak leküzdése.

Irta: *Detre László dr.*, egyetemi magántanár, törzsorvos, a pozsonyi katonai parancsnokság bakteriologusa.

Jelen dolgozatomban a kissitkei ideiglenes fogolytáborban 1915 június havában kitört cholerajárványról számolok be, a melyet az uralkodó kedvezőtlen viszonyok mellett is három nap alatt sikerült elfojtanunk.

A cholera a táborban június 16.-án tört ki, még pedig oly hadifoglyok között, a kik néhány nappal azelőtt szállítottak az északi harcterről az ország belsejébe. Az első esetet június 18.-án 7, június 21.-én 2, június 22.-én 7, június 23.-án 1, június 24.-én 4, június 25.-én 1 eset követte. Ezeket, a cholera összes klinikai tüneteit mutató eseteken kívül több bélhurutos egyén is észleltetett, a kik közül néhányan a megejtett bakteriologiai vizsgálat folyamán szintén cholerasnak bizonyultak. Ezeket nem számítva, tehát összesen 23, klinikailag biztos eset került észlelés alá, a melyek közül 15 elpusztult; a fertőzés tehát elég súlyosnak volt mondható. Fölöttes katonai hatóságomtól június 25.-én kaptam a parancsot, hogy a szükséges bakteriologiai vizsgálatok megtétele végett a vezetésem alatt álló „mozgó bakteriologiai laboratóriummal” a helyszínén jelentkezzem. A táborban megérkezvén, a cholerajárvány leküzdését célzó tervezetemet a pozsonyi katonai parancsnokság ott időző akkori orvosi vezetője, *Trieb* főtörzsorvos elé terjesztettem, a ki azt elfogadta és megbízott a járványellenes teendők vezetésével.

Tervem a következőben állott: 1. személyesen kikérdezni az összes foglyokat bélműködésüket illetőleg, 2. a hurutosokat elkülöníteni, 3. ürüléküket cholera vibriókra megvizsgálni. A táborban akkor körülbelül 4000 fogoly tartózkodott, nagyon is ideiglenes jellegű hajlékokban; ezek valamennyiének bélsarát végigvizsgálni az adott körülmények között lehetetlenség volt. Feltettem tehát, hogy csakis oly egyének szerepelnek a járványnak tovahordozói gyanánt, a kiknek bélműködése a choleras fertőzöttség folytán valamelyes tekintetben nem normalis; tehát hogy a mennyiben

cholerasan fertőzöttektől indul ki a betegség, ezeket nem a normalis székek, hanem a diarrhoeások között kell keresnem, a kiknek izolálása és bakteriologiai ellenőrzése útján sikerülni fog a járvány vivőit az egészségesektől elkülöníteni és az utóbbiakat a fertőzéstől megvédeni. Ismétlem: az egész terv a mondott suppositión alapult; hogy a fölvétel beigazolódott, csakis ez a körülmény teszi a járványt a közlésre érdemessé.

Meg kell még jegyeznem, hogy a 23 eset elszörtan fordult elő a táborban; semmi sem szólt a mellett, hogy a járványt az eledel terjesztené, inkább minden az „érintkezési járvány” felvételét támogatta. Az esetek elszört volta mellett, meg azon körülmény folytán, hogy az egyes ideiglenes hajlékok lakosai fekvőhelyüket és így fekvő szomszédjaikat folyton változtatták, nem lehetett szó arról sem, a mi első teendőnk olyankor, mikor például egy községben, szóval megszilárdult viszonyok közepette üti fel fejét a járvány, hogy t. i. izoláljuk azokat, a kik a betegekkel érintkeztek. Tényleg izoláltuk is, de szükségképen az egész tábort erős katonai kordonnal; mely körülmény a járványnak tovaterjedését a szomszédba ugyan biztosan meggátolni volt hivatva, de a tábor körzetén belül természetesen a megbetegedések csökkenését nem eredményezhette. Szóval, a helyzet mérlegelése után a mondott út, a *bélhurutosok kikutatása és megvizsgálása* látszott a legcélravezetőbbnek, mert a bélhurutosok között kellett rejtőzniök a fertőzés vivőinek.

A megérkezésem után következő reggel az összes — körülbelül 4000 — hadifogoly egyenként elvonult az asztalom mellett, a hol külön jegyzékbe vettük azokat, a kiknek az előző napon, vagy 2 nap előtt 2 székek volt, és azokat, a kik 3-szor vagy többször székeltek. Az első csoportba került 91, a másodikba 27 egyén. Mindkét csoportot azonnal elkülönítettem egymástól és a többi normalis székek egyéntől. Megjegyzendő, hogy a második csoportba néhány oly egyén is került, a ki hasmenése miatt már előzetesen is el volt különítve a többitől.

Az elkülönített 118 hasmenéses egyén számozott edényekben gyűjtött széketének vizsgálata már 24 órával megérkezésem után megkezdődött, minthogy időközben a tábornak építésvezetője, *Schulek János* műépítész, népfőlkelő főhadnagy, 24 óra alatt felépítette volt a laboratóriumot, a mely a vizsgálatok céljait szolgálta.

A székvizsgálat a következő séma szerint hajtottat végre: Előzetes tenyésztés 37°-os alkális peptonvízben 8 órán át, szélesztés a *Dieudonné*-féle vér-alkaliagarlemezeken (a melyeket a rendkívül czélszerűnek bizonyult *Doerr*-féle száraz tenyésztalajokból készítettünk), a gyanus telepek azonosítása agglutináló savók segítségével. Az agglutinációt — a mely föltétlen szükséges, mivel tudvalevőleg a véralkaliagaron a vibrióknak bizonyos fajtái, de még más fajtájú csirák is a cholera telepeikhez egészen hasonlóan nőnek — a következő módon hajtottam végre: A rendelkezésemre álló *Paltauf*-féle 1/8000 erősségű cholerasavóból 1/100 hígítást készítettem; e hígított savónak körülbelül 0.02 c³ őrirtalmú cseppjeit egy általam kalibrált finom Pasteur-pipetta segítségével steril Petri-csészébe vittem át és a cseppekben eldörzsöltem a gyanus telepeknek platinkacsával felszedett részleteit. Ilyen töménységű savóban már 1/2—1 percz múlva — positiv esetekben — lupával jól lehet észlelni a csomóképződést, a mely 3—5 percz elteltével már szabad szemmel is erősen szembe-tűnő agglutinációra vezet. Csak igen ritka esetekben kellett a folyamat ellenőrzése céljából függőcseppeket készítenem, főleg olyankor, a mikor nem-agglutinált, idegen csirák tömege között kellett néhány még felismerhető szemcséből positiv vagy negativ irányban következtetést vonni.

Azokkal a telepekkel, a melyek a positiv előzetes próbát adták, ezután a Petri-csészék egy új sorozatában a végtiterig és a végtiter feléig hígított cholerasavóval beállítottam a döntő kísérletet; ez esetben azonban a hígításokat tartalmazó Petri-csészéket két órán át 37°-on állás után ítéltem meg az agglutinációt illetőleg. Meg kell e helyen jegyeznem, hogy az összes, az előzetes próbákban egy-két percz alatt agglutinált

telepek a savó által a végtiterig agglutináltattak, szóval, hogy egy olyan telepet sem láttam, a melyet az 1 : 100 hígítású savó azonnal agglutinált volna és a mely nem bizonyult volna a döntő kísérletben choleraanak. Ebből talán azt a következtetést lehetne vonni, hogy a cholerasavó által erősen befolyásolható egyéb vibriók ritkák, úgy hogy sürgős esetekben, a mikor nagyszámú vizsgálatot elégtelen segéderőkkel és a leírthoz hasonló kedvezőtlen külső körülmények között — úgyszólván fabódében — kell végeznünk, megelégedhetünk már az előzetes próba által adott eredménynyel is. Utóvégre is az agglutinatio a reakciók időnek függvénye: más vizsgálati időnek más és más végtiter felel meg; a miből az is következik, hogy nem szükséges a szokásos két órai észlelési időre és a partialis agglutinációra vonatkoztatott határ-titert tekintenünk bizonyos reagenssavóra és a csírára nézve jellegzőnek, hanem beállíthatjuk a savót a vizsgálat megkönnyítése érdekében más kriteriumra nézve is. Például ha megállapítottuk, hogy egy bizonyos, mondjuk 10.000-es erő-ségű savó 5 percznyi észlelés alatt szobahő mellett a szabad szemmel is biztosan felismerhető, totalis agglutinációt egészen 400-as hígításig adja, akkor a 400-szorosára hígított vérsavóban 5 percz alatt beálló *totalis* agglutinációt *teljes jogunkban áll az illető csírára jellegesen és döntő erejűnek tekinteni.*

Az első csoporthoz (2 székletét) tartozó 91 eset közül 5 (5.5%), a második csoport (3 és több székletét) 27 esete közül 12 bizonyult pozitívnak (44.4%). Ezt a 17 egyént igen szigorú elkülönítésnek vetettük alá és tovább észleltük klinikailag. 5 közülök 24—36 órával a bakteriologiai vizsgálat befejezte és természetesen ezzel az elkülönítés megtörténte után jelleges choleras tünetek között megbetegedett és a tábor többi choleras betegéhez került, a többi 12 a hasmenésen kívül semmi kóros tünetet sem mutatott és magát mindvégig egészségesnek is tartotta. Az első 5 tehát a már *Griesinger* által leírt praemonitorius („intő”) diarrhoeában szenvedett, a mely aztán valódi cholera ment át, a többi a „vibriohordozók” csoportjához számítottuk és így is jelentettük be.

Végezetül négy a táborból elkülönített csoport jött létre: a) choleras betegek, b) cholera-hordozók, c) bélhurutosak, a kik az előbbi két csoporttal a vizsgálat befejeztéig szorosabb érintkezésben voltak és bár negatív eredményt adtak, gyanusaknak tekintettek, továbbá egészségesek, a kik érintkeztek velök, d) bélhurutosak, a kik a következő napok folyamán jelentkeztek betegnek. Ezt a 4 csoportot állandóan vizsgáltam cholera-vibriókra, még pedig az a) és b) csoportot 3—5 naponként, a c) és d) csoportot addig, míg székük elvesztette hurutos jellegét, de legalább két ízben.

A vibriohordozók (b) csoportja közül bacillusmentesnek bizonyult:

5 hat nap mulva, 2 hét nap mulva, Inyolcz nap és 4 kilencz nap mulva. Valamennyit visszaengedtük a táborba 14 napon belül. A gyanusaknak csoportjából (c) a normalis székűeket a rendes 5 napi észlelési idő elteltével, a bélhurutosakat a normalis bélműködés visszatértével bocsátottuk el. Az új bélhurutosakat (d) jelentkezésük után azonnal bakt. vizsgálatnak vetettük alá; a vizsgálat 2—3-szor megismételtetett. Sem a c), sem a d) csoportban további pozitív esetem nem volt.

Miközben e vizsgálatok folytak és azok következményeit a leírt módon le is vontuk, a tábor akkori parancsnoka és vezető építész, *Árky* alezredes és *Schulek János* főhadnagy emberfeletti energiával szanálták a tábor általános hygienés tekintetben. Néhány nap alatt teljesen berendezett fertőző kórház létesült, kifogástalan latrinák ásattak, az ürülékek fertőtlenítése szerveztetett, a vízkérdés megoldott, a foglyok fürdése, valamint az étkezés előtti kézmosás szerveztetett, végül az egész tábor június 29.-én és 30.-án cholera ellen beoltottuk.

A mi már most a systematikusan — tudtommal — először általam alkalmazott főrendszabálynak, az összes *bélhurutosak elkülönítésének és székletük bakteriologiai vizsgálatának* eredményét illeti, annak sikere tökéletesnek volt mond-

ható; elértem ugyanis, hogy a már június 26.-án elkülönített, 27.-én fertőzöttnek felismert és 28.-án klinikailag is cholera-ban megbetegedett 5 betegen és a 27.-én felismert 12 cholera-hordozón kívül *a táborban az elkülönítés perczétől kezdve több fertőzés nem fordult elő, szóval, hogy a járvány három nap alatt megszűnt.*

Közlemény a kir. magyar tudományegyetemi I. számú szemészeti klinikáról. (Igazgató: Grósz Emil dr., egyetemi tanár.)

Vak katonáink szemsérüléseiről.

Irta: *Bartók Imre* dr., klinikai gyakornok.

A királyi magyar tudományegyetemi I. számú szemészeti klinikán a háboru folyamán eddig 81 mindkét szemén megvakult katona volt kezelés alatt. Ez a kezelés mindössze csak a még nyílt sebek begyógyítására, a netán izgatott szemek megbékítésére szorítkozott, sajnos, néhány esetben a teljesen megvakult és nagyon fájdalmas szemek eltávolítására is sor került. A kezelésnek célja legfőképpen az volt, hogy szerencsétlenül járt vak katonáink olyan egészségi állapotba jussanak, hogy a m. kir. Rokkantügyi Hivatal Vak katonák Intézetébe való áthelyezésük lehetővé váljék. E cél minden esetben sikerült is, úgy, hogy a klinikánkon ápolott vak katonáinknak túlnyomó része immár a nevezett intézetben van, a hol írás-olvasás és foglalkozások tanulása közben továbbra is állandó szemorvosi felügyelet alatt állanak.

A modern háborús technika a lövő- és robbanóanyagoknak igen sok és változatos fajtájáról gondoskodik; az eszközt véve tekintetbe, melylyel a 81 mindkét szemén megvakult katona szemsérülése előidéztetett, a sokféle lövő- és robbanóanyagok megfelelőleg igen sokféle sérülési formát, sérülési alakot észleltünk.

Vakságot okozott: fegyvergolyó 52, shrapnell 14, gránát 7, bomba 4, betegség 3 és maró anyaggal való étetés 1 esetben.

Említésre méltó, hogy szálfegyver (bajonett, kard) e 81 eset egyikében sem szerepel mint a megvakulást előidéző eszköz.

Vakságot — a fentebbi statisztika szerint — az eseteknek túlnyomó részében fegyvergolyó-sérülés okozott. A jelölt 52 fegyvergolyó okozta szemsérülés esetében, melyet mindkét szem megvakulása követett, négy gyakoribb megjelenési forma volt észlelhető. A *bitemporalis átlövés*, a szemgolyóknak vagy a látóidegeknek, vagy a látóidegeknek és a szemgolyók hátsó felének egyidejű sértésével; a *temporo-contraocularis átlövés*, vagyis mikor a fegyvergolyó belövési nyílása a halántékon, a kilövési helye pedig az ellenkező oldali orbitában, illetőleg bulbusban volt, vagy fordítva; az *orrgyök nivójának megfelelő átlövés*, mindkét bulbus teljes vagy részleges roncsolásával; és végül olyan *koponyalövések* (az os parietale-n, os occipitale-n), melyek centralisan a központi idegrendszerben a primaer látási centrumokat érték és sértették.

Bitemporalis átlövést nagy sebességgel haladó fegyvergolyó okoz; a halántékon a ki- és belövési sebek hamarosan fehér vagy rózsaszínű hegek hátrahagyásával, máskor csaknem teljesen nyomtalanul begyógyulnak. Ezen hegek rendszerint igen kicsinyek, a mi a golyó nagy sebességére vall, míg fáradtabb, kisebb sebességgel ütköző golyó az orbita falában, esetleg a bulbusban nagyobb sérülést, roncsolást okoz. Bitemporalis átlövés esetében láttunk külsőleg teljesen ép szemeket tág, fénymercv pupillákkal, a közegek is tiszták voltak, csak a papilla nervi optici volt mindkét szemén a látóidegek átlövése és következményes sorvadása folytán porcellánfehérségű. Máskor meg mindkét bulbus teljesen szétroncsolta a bitemporalis átlövés, mikor a szemekből úgyszólván semmi sem maradt vissza, s a mely esetben maradt is valami, az vagy a felső és alsó szemhéj kötőhártyájával nőtt egybe, vagy később alig észrevehető csonkká töpörödött, zsugorodott.

A fegyvergolyó okozta sérülések közt talán leggyakoribb

volt, midőn a golyó a halántékon át haladva, az ellenkező oldali szemén vagy orbitán jött ki, közben a belővési nyílásnak megfelelő szem látóidegét átfúrta avagy sértette, a kilővési helynek megfelelő szemet pedig elroncsolta, szétrobbantotta.

Az orrgyök nivójában történt átlövés esetében mindkét szem elroncsolása mellett igen makacs orrmelléküregi genyedéssel is volt dolgunk, a homlok- és rostacsont-üregeket nyitván meg a golyó, melyek azután fertőződven, sokáig genyedtek és rhinologiai beavatkozást igényeltek.

A hátsó koponyarészleten történt lövések után fejlődött, tehát centralis vakság-állapotok esetében a Röntgenvizsgálat egy ízben sem adott felvilágosítást, a mennyiben sem idegen testet a koponyában, az agyvelőben, sem a koponyacsontokon történt repedést, törést vagy ilyeneknek callussal való gyógyulását nem mutatta. Mindazáltal a történt lövés helye csaknem kétségtelenné teszi, hogy a lövés mechanikai traumája (minden valószínűség szerint vérzés az agyban, a látási centrumok helyén) okozta a vakságot. Ezen utóbbi esetekben igen szövődményes szemizombénulásokat is láttunk, ép szemfeneknek és jó pupilla-reactió mellett, melyeknek megfelelőleg — a történt sérüléssel egybevetve — az agy-localisatio sok nehézségbe ütközött, sőt pontos és minden kétséget kizáró eredményt nem is adott. Az esetek egyike hemiparesissel is társult.

A shrapnell-, gránát- és bombasérülést követő szemroncsolások esetei függhetnek a sérülést előidéző idegen test nagyságától, ütközési sebességétől és attól, vajjon bennmaradtak-e a bulbusban, illetőleg orbitában vagy sem. A srappnell durvább és nagyobb roncsolásokat okoz, mint a kis gránát- és bombaszilánkok, ezen utóbbiakból leggyakrabban csak igen apró szilánkok jutnak a szembe és ott következményesen keltenek izzadmányos iridochorioiditist és idézik elő a sérülés miatt látásában már amúgy is erősen megcsökkent szem teljes megvakulását és utóbb sorvadását. Az idegen testek igen erősen beékelődnek a bulbus szövetébe és a beékelődés nem egy esetben siderosis bulbira vezet.

Betegségből kifejlődött teljes megvakulást három katonán észleltünk. Az ok egyik esetben atrophia nervi optici e papillitide, másik két esetben pedig már kezdődő atrophia bulbival plastikus iridochorioiditis volt. (Ophthalmia metastatica septicaemiás megbetegedés kapcsán.)

Egy — azonban nem a harcztéren történt — esetben a szemeknek maró kemikáliával történt étetése után fejlődött ki mindkét szem teljes megvakulása és sorvadása.

Ha azokat az anatómiai viszonyokat vesszük tekintetbe, a melyek a szemek teljes megvakulási stadiumában állottak fenn, hozzávetőlegesen azt mondhatjuk, hogy a 81 vak katonánk közül körülbelül ezek felének, 40-nek mindkét szeme roncsolt vagy sorvadott volt, a másik felének pedig részint az egyik szeme volt roncsolt vagy sorvadott, a másik szemén pedig a bulbus teljes megkímélésével látóideg-laesio történt, részint néhány olyan eset volt, mikor mindkét bulbus megkímélésével mindkét látóideg sérült, és végül olyan esetek, mikor az egyik szem sorvadott vagy roncsolt volt, a másikon pedig traumás intraocularis vérzés, gyulladás stb. volt található.

Nagyobb shrapnell-, gránát- és bombaszilánk okozta sérülés mindkét szem roncsolásával	27
Fegyvergolyó okozta temporalis belővés és az ellenkező oldali szemén való kilövés vagy fordítva (temporo-ocularis átlövés)	16
Egyik szem roncsolása, másik szemben vérzés, gyulladás	13
Fegyvergolyó okozta bitemporalis átlövés mindkét szem teljes elroncsolásával	13
Mindkét szemben apró idegen testek, következményes súlyos gyuladással	6
Gyuladással megbetegedés	3
Fegyvergolyó okozta agysérülés (vérzés)	2
Maró kemikáliával való étetés	1

A megvakulás-esetek ezen sokfélesége legtöbbször a szemek fényérzésének kialakására vezetett; a hol maradt is

némi fényérzés, gyakorlati értelemben ott is teljes vakságról kell beszélnünk.

A modern hadviselés és annak eszközei kellőleg magyarázzák a szemsérülések gyakoriságát és súlyosságát; hogy azonban a szemsérülések nem gyakrabban kerülnek a klinikákra és kórházakra észlelés alá, annak az a magyarázata, hogy a szemeket érő lövési sérülések sok esetben az agyat is sértik és ott életfontos centrumokat roncsolván, az élet rögtöni kioltására vezetnek.

A dajka- és csecsemő-otthonokról, a csecsemő-kórházról.

Heim Pál dr. egyetemi magántanártól.

(Vége.)

Határozottan kívánatos volna, ha a publikumba átmenne az a tudat, hogy megfelelő szoptatási technikával a legtöbb nő minden nehézség nélkül tud két csecsemőt is táplálni és úgy fogadná a dajkát, hogy csecsemőjét is táplálja. Említettem már, hogy Szana be akarta ezt hozni nálunk, de igyekezetét nem koronázta siker. Ennek egyik oka a dajkát kereső családban volt, de akadály volt többnyire maga a dajka is, a ki részben saját egészségét, részben a két szoptatott csecsemő fejlődését féltette. Abbeli félelmében, hogy mind a kettő éheznek, az egyiket igyekezett mesterséges táplálásra fogni és ez a dolgok természetéből adódóan a sajátja volt. Ez magában véve nem volna oly nagy baj, mert így legalább felügyelet mellett, saját anyja táplálta mesterségesen, de mivel így nem volt látszólag értelme annak, hogy a csecsemő miért marad a dajkát tartó családnál, a hol tagadhatatlanul többé-kevésbé alkalmatlan volt, végre mégis csak vidékre került dajkaságba. Az intézeti dajka, a ki 6 hét alatt tapasztalhatta, hogy nemcsak ő, de úgyszólván összes társnői két, sőt két és fél csecsemőt is tudnak helyes szoptatási technikával táplálni, nem lesz akadály annak, hogy csecsemőjével együtt szegődjék el, sőt tudásával, tapasztalatával el fogja tudni oszlatni gazdájának esetleges aggodalmait és kétségeit. Hogy a publikumot nagyobb mértékben reá lehessen venni, hogy így tartson dajkát, az ilyen csecsemőjével elszegődő dajkát fel lehetne vétetni az állami gyermekmenhely kötelekébe és a menhely adná a családnak, mintegy házi ápolásba őt. A mit pedig a menhely érte fizet, azt a család odaadná a dajkának bérül. Ismerve az állam ez irányú jóindulatát és minden hivatalos akadékoskodástól való mentességét, azt hiszem, ez nem igen ütköznék nehézségekbe.

Az itt elmondottakkal azt hiszem rendezhetnők a dajkakerdést és biztosíthatnók a dajkák csecsemőinek sorsát. Fontos kérdés ugyan ez, de talán mégsem oly fontos, hogy a csecsemővédelem terén levő annyi teendő között előtérbe toljuk. Hogy Budapesten mennyi a bér-dajka, azt, sajnos, sok utánjárás után sem tudtam megtudni. Berlinben egy évben 250-et mutattak ki, sokkal több ennél Budapesten sem lehet. Ha azonban 300 van is, helyes, ha a 300 csecsemőt, a kik úgyszólván mindnyájan halálra ítélték, meg akarjuk az életnek tartani, de a dajka-otthon felállításával, e nőknek tejjel, más irányban is oly factort vihetünk be a csecsemő-halálozás elleni küzdelembe, a mely megadja nekem azt a jogot, hogy propositióimat sürgősnek és fontosnak nevezhessem.

A dajka-otthon sok női tejjel rendelkezvén, sokágyú csecsemőkórházzal volna összekapcsolható. Nálunk pedig erre égető szükség van. Hogy ez mennyire igaz, azt csak az tudhatja, a ki megpróbált beteg csecsemőt elhelyezni. Annyi ágygyal, hogy szükség esetében némi reménnyel kopogtassunk a kórház kapuján, csakis a Fehérkereszt-kórház rendelkezik. Magának a fővárosnak sincs csecsemőosztálya, csakis a két gyermekosztályon néhány ágya. A meglévő ágyak tudományos, tanítási célokra megfelelhetnek, de a szükségletet nem fedezik. Hogy a viszonyok így alakultak, az bizonyos mértékben érthető. 1895-ben Neumann kiváló

berlini gyermekorvos azt írja, hogy „lehetséges, hogy egyszer annyira fog haladni a higiéné, hogy lehetséges lesz csecsemőket zárt intézetekben ápolni . . . és hogy . . . vannak körülmények, a melyek megkövetelhetik, hogy a beteg csecsemőt kórházban helyezzük el, de ha a körülmények csak némileg is megengedik, házi ápolásba kell visszaadnunk őt. Ezen kijelentésnek oka pedig az volt, hogy az intézetbe adott csecsemők nem hogy meggyógyultak volna, de mind elpusztultak. A csecsemő-otthonokban, a hol egészséges csecsemőket akartak felnevelni, 70—80% volt a mortalitás, a csecsemőkórházakból pedig, ha nem igyekeztek hamar kiadni a csecsemőket, nem került ki élve úgyszólván egy sem. Hogy ennek mi az oka, arra előbb egy szót találtunk, és később, évek múlva, a lényegét. A szó az volt, hogy „hospitalismus“.

A hospitalismus a következőkben nyilvánult. Ha csecsemőket, még pedig egészségeseket is, zárt intézetekben tartottak, akkor egy idő múlva megszűnt a súlyszaporodás, majd hosszabb-rövidebb stagnatio után hasmenések jelentkeztek. A szaporodás helyett sinylődés volt az ápolás eredménye és vagy a hasmenés, vagy a közben fejlődött tüdőgyulladás kiirtotta az egész otthont. Még gyorsabban, még biztosabban ez volt az eredmény a beteg csecsemőkön.

Régebben, a midőn a csecsemőtáplálás alacsonyabb fokon állott, a midőn azt hitték, és ez nem is oly régen volt, hogy az intézetbe hozott összes csecsemők, betegek és egészségesek egy és ugyanazon táplálékkal, például valamely liszttel vagy tejpraeparatummal táplálhatók, evvel meg is gyógyíthatók, a hospitalismus egyik komponense ez irányú tudatlanságunk volt. Ebben az időben, ha igen szerény eredményeket akart valaki elérni, ennek elengedhetlen feltétele volt, hogy ápolójainak korlátlan mennyiségben nyújthatott női tejet, de ismétlem, az elért eredmény így is igen szerény volt. De lassan megismertük a hospitalismusnak más komponenseit is. Ma már tudjuk, hogy van egy megbetegedés, a mely a csecsemőre igen ragadós, és ez a nátha és a felső légutak hurutja. A csecsemőn pedig a nátha nemcsak orrfolyással és pár tized foknyi lázzal jár, hanem hasmenéssel és az egész anyagcsere zavarával. A csecsemő nem kisebb kiadású felnőtt, sőt nem is kisebb kiadású gyermek, hanem egészen specialis valami, a melynek külön physiologiája és pathologiája van. Ezek a bizonyos parenteralis infectiók azok, a melyek sok-sok hasmenésnek és rossz fejlődésnek az okai. Hányszor tapasztaljuk, hogy egy csecsemő, a ki egy nap épp annyit szopik az anyjától, mint a másikon, egyszerre hasmenést kap. Senki sem érti, miért. Tisztára szerencse, ha az anya előző nap vagy aznap három szem meggyet evett, mert akkor legalább reá lehet fogni valamire a hasmenést, ha pedig nem evett semmi különöset, akkor megkísérik az okot valami háztartási izgalomban feltalálni, ez legalább mindig kéznél van. Pedig ha megnézzük a csecsemő torkát, láthatjuk, hogy az piros és ha tovább vizsgálunk, kislül, hogy a szobaleány náthás. Egy csecsemő türethetően fejlődik mesterséges táplálás mellett, egyszerre csak hasmenést kap, a mely nagynehezen meggyógyul, de a további fejlődése egyszerű tejhígításokkal nem akar megindulni. Itt is a garathurut, a nátha volt az, a mely a csecsemőt kibillentette egyensúlyából, és vagy női tejjre, vagy specialis tápláló keverékekre kell áttérnünk, hogy a csecsemő fejlődését megindíthassuk. Csecsemőosztályokon ezek a parenteralis infectiók grasszáltak. Egyik csecsemő fertőzte a másikat, ha meggyógyult belőle, újra megkapta, visszakapta addig, a míg el nem pusztult. És mivel ezen infectiók hasmenéssel jártak, azt hitték, hogy a hasmenés infectiosus és Heubner ezért azt ajánlotta, hogy a csecsemőket külön ápolónő gondozza a köldöktől felfelé és külön ápolónő a köldöktől lefelé. Ma azonban, a midőn tudjuk, hogy nemcsak sebészi, nemcsak szülési asepsis van, hanem a csecsemőosztályokon is aseptikusan kell dolgoznunk, ma, a midőn a beteg csecsemőket boxokba rakjuk, az egészségeseket pedig kis kórtermekbe, a midőn a csecsemő-otthonban azt a csecsemőt, a kinek hőmérséke magasabb, a ki étvágytalan, a kinek

széke elromlik, vagy izoláljuk külön szobába, vagy boxba tesszük, ma már merünk csecsemőosztályokat, csecsemő-otthonokat kreálni. Van a hospitalismusnak még egy komponense és ez az, hogy a csecsemő-otthonokban, a csecsemő-osztályokon a csecsemővel a tisztába tevésen és a tápláléknyújtáson kívül senki sem foglalkozik. Az a felemelés, az a kis körülhordozás, az a kis játék, a melyben a legszegényebb ember csecsemője is részesül, kell a csecsemőnek. Ismerünk eseteket, a midőn egy és ugyanazon klinikán ugyanazon orvos kezelése mellett a csecsemő igen gyatrán fejlődött és a midőn a morosus, de kötelességtudó, pontos ápolónőtől elvették és egy másik szobában helyezték el, ahol egy vigkedélyű, a csecsemővel foglalkozó ápolónő volt, rögtön felfelé kanyarodott a súlygörbe. Ezért ajánlottam én, hogy a csecsemő-otthonban az elhelyezésre váró dajkák ne foglalkozzanak mással, mint a csecsemők gondozásával. Fontosabb, hasznosabb munka ez, mintha más munkára használnók fel őket, hogy így bizonyos jövedelmük legyen. A dajka csakis az egészséges csecsemőkkel foglalkozzék, a kórházi osztályon pedig elegendő számú ápolónőt kell alkalmazni. Az infectiók átvitelének megakadályozására a kórházi osztályon csakis lefejt női tej jöjjön alkalmazásba. Ma, a midőn oly eljárásnak vagyunk birtokában, hogy a lefejt női tejet heteken és hónapokon keresztül tudjuk conserválni, elképzelhetjük, hogy helyes vezetés mellett a nyerhető női tejnek egy cseppje sem fog kárba veszni vagy kihasználatlanul maradni.

Már most azt kérdezhetjük, csakugyan oly fontos, csakugyan oly szükséges a csecsemőkórház?

15 éve vezetem az Irgalmas-kórház gyermekgyógyászati rendelését. Évente 1500—2000 csecsemőt vizsgálok és kezelek ott. E csecsemők apja munkás, kisiparos, kishivatalnok, szolga, altiszt. Szerény existenciák, a kik azonban elég rendezett viszonyok között élnek, ragaszkodnak gyermekeikhez, szeretnék őket felnevelni. Ha gyermekük megbetegszik, a kórházi rendeléseket keresik fel. E 15 év alatt Budának és Óbudának a kórházhoz közeledő részében annyira tudtam nevelni az anyákat, hogy csecsemőikkel úgyszólván rendszeresen felkeresik a kórházat, elhozzák megmérni, eljönnek tanácsért, hogy mikor válaszszák el, hogy mikép táplálják. És mégis nyáron mindennaposak a súlyos bélhurutok, télen pedig a chronikus táplálkozási ártalmak. Még pedig előre meg tudom mondani télen, hogy melyik csecsemő lesz az, a melyik nyáron meg fog betegedni. Éppen ezek az idősült táplálkozási ártalmakban szenvedő csecsemők azok, a kik nyáron a nagy melegben a legnagyobb veszedelmeknek vannak kitéve. Tudjuk ma már, hogy vannak táplálkozási ártalmak, a melyek mellett a csecsemők látszólag jól fejlődnek, súlyuk nagy, sőt sokszor túlnagy. Vannak csecsemők, a kik lisztáplálás mellett szemre nagyszerűen fejlődnek, de az ellenálló képességük minimalis. Hányszor fordul elő, hogy abban az időben, a midőn a már elválasztott csecsemő még látszólag jól fejlődik tehéntejj mellett, a szék szappanszerűségéből, a vizelet ammoniak-szagából meg tudjuk jósolni, hogy hetek múlva meg fog szünni a súlyemelkedés, hogy a gyarapodást súlycsökkenés, majd hosszú sinylődés fogja felváltani. Hányszor fordul elő, hogy valamely csecsemő hasmenésben betegszik meg, megfelelő kezelésre látszólag meggyógyul, az anya boldog, de az orvos tudja, hogy a gyógyulás még nem teljes, a csecsemő csak az úgynevezett reparatiós stadiumban van és a legkisebb hibára itt a recidiva. A kórházi praxisban ez be is következik, de sokszor ez is javul, ismét belejut a csecsemő, de már nehezebben, a reparatiós stadiumba, a melyet csakhamar félbeszakít a második recidiva, a mely aztán el is viszi a csecsemőt. Ha volna kórház, ha e csecsemőket ott felvehetnék, ha női tejjel megrovidíthatnók a reparatiós stadiumot, akkor igenis megvolna ennek a nyoma a mortalitási statisztikában. Én részéről megpróbáltam e csecsemőknek női tejet szerezni úgy, hogy megvettem más asszonyoktól pénzért. Egy-két napig eljöttek ezek az asszonyok, de azután elmaradtak, mert féltek, hogy saját csecsemőjüknek nem jut. Ekkor cselhez folyamodtam,

azt mondtam, hogy saját csecsemőjük érdekében meg akarom a tejüket vizsgálni. De a midőn megtudták, hogy ezt más csecsemőnek adom oda, ki akartak szerkeszteni az újságokban.

Nem a súlyos betegek érdekében, nem a félig kiaszott, összesorvadtt csecsemők érdekében van szükségünk csecsemőkórházra, mert ezeken már nehezen fogunk tudni segíteni, de azért állítsunk fel csecsemőkórházakat, hogy az ily súlyos megbetegedéseket megelőzzük. A csecsemőkörben nem váratlanul jönnek e megbetegedések. Az alap, a melyen fejlődnek, lassan készül, a jól képzett csecsemőorvos előre tudja ezt, előre várja a katasztrófát, a mely a laikusra váratlanul csap le. Ezt az alapot pedig a táplálkozás rakja le. Annyira így van ez, hogy pl. *Berend* directe táplálkozási tüdőgyulladásról beszél. Kimutatta *Berend*, hogy ha egy kövér vízdús csecsemő valamely hasmenés folytán sok vizet veszít és hirtelen nagyot esik a súlya, ezen súlyingadozás tüdőgyuladást tud kiváltani rajta. Ezeknek a csecsemőknek érdekében van szükségünk csecsemőkórházra, a mely sok női tejjel rendelkezik, mert ezeknek a táplálkozási ártalmaknak a meggyógyítására női tejjel van szükségünk. Tetszés és izlés dolga, hogy ezen intézetet kórháznak vagy otthonnak nevezzük. Részemről csak azt tartom fontosnak, hogy még ezeket a táplálkozási ártalmakban szenvedő csecsemőket is válaszszuk el az egészséges dajkától és esetleg más egészséges csecsemőtől, mert ezek hajlamosabbak a hurutos infekciókra, és így bizonyos veszedelmet jelentenek a teljesen egészséges csecsemőkre. Ezen táplálkozási ártalomban szenvedő csecsemőktől teljesen külön választandók volnának az egyéb bántalmakban szenvedő csecsemők. A tüdőgyulladásban, a tüdőhurutokban, a különböző *infectiosus* hasmenésekben stb. szenvedő csecsemők a szorosabb értelemben vett kórházi osztályra volnának felveendőek. Itt is fontos és áldásos működési terünk nyílna, de a legfontosabb volna olyan intézetet felállítani, a melyben helyet találnának azok a csecsemők, a kik anyjuk tudatlansága, szegénysége, indolentiája miatt vagy más okból valamely táplálkozási ártalomban szenvednek és a kik női tejjel és egyéb diatás gyógyítással kezdetben még könnyen meggyógyíthatók. Az orvos szempontjából érdekes feladat, ha egy oly csecsemőt, a ki 1 éves korában $3\frac{1}{2}$ kilo, életben tud tartani, de fontosabb, hogy megakadályozza, hogy lehessenek oly csecsemők, a kik 1 éves korukban $3\frac{1}{2}$ kilósak. Két dolgot nem szabad elfelejtenünk; az egyik az, hogy a csecsemőkörben általában, egyes kivételeket leszámítva, a súlyos megbetegedések nem jönnek váratlanul és talajukat a táplálkozás készíti elő, a második pedig *Czerny* aranymondása, hogy csak az olyan csecsemőt szabad egészségesnek mondanunk, a melyik oly táplálék mellett is gyarapodik, a mely mellett hasonló korú csecsemők gyarapodnak. Ha a 4-hónapos csecsemőnek lisztet és malátát kell adnunk, hogy fejlődjék, az egyszerű tejhígításokra pedig súlymegállással reagál, bármily kifogástalanul is fejlődjék, egészségesnek nem mondhatjuk őt és igenis tudhatjuk, hogy élete bizonyos tekintetben veszélyeztetett.

Az intézet tehát három részből állana. Az egyik a dajkák és a teljesen egészséges csecsemők otthona volna. A második, még pedig a legnagyobb osztály, a tiszta táplálkozási ártalomban szenvedő csecsemők otthona volna. A harmadik végül az egyéb megbetegedésekben szenvedő csecsemőket fogadná be. Ez a *separatio* szükséges. Mint ahogy egy modern szülészeti klinikán a septikus, a lázas gyermekágyásokat elválasztják a normalis gyermekágyasoktól, épp így a csecsemőosztályokon is be kell hozni a legszigorúbb asepsist. Tudom, hogy ez költséggel jár, de viszont az intézetnek jövedelme is volna, a dajka közvetítési díjból és a csecsemők ápolási díjából.

Az ápolásnak, a berendezésnek, nevezetesen az egy szobában való izolálásnak, az asepsisnek sok orvosi szempontból fontos kérdése volna, de ezekre nem akarok már kitérni és befejezem referatúmat, még egyszer hangsúlyozva, hogy Budapest mortalitását nem a dajkák csecsemőinek, sem az úri középosztálynak, de még az állami gyer-

mekmenhely csecsemőinek halálozása sem determinálja, hanem igenis a sok ezer csecsemőnek sorsa, a ki a kórházi rendeléseket keresi fel és a kinek nagy része azért pusztul el, mert nem áll az orvosnak rendelkezésére női tej abban az időben, a midőn a súlyosabb megbetegedést még könnyű volna meggátolni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Walther Poppelreuter: Erfahrungen und Anregungen zu einer Kopfschuss-Invalidenfürsorge. Heusers Verlag, 1915. Neuwied u. Leipzig.

A német alaposágra jellemző, hogy ma már a rokkantügy keretében is specializál s így például a fejsérülések folytán rokkanttá váltakat úgy elméleti mint gyakorlati szempontból külön tárgyalja. Az előttem fekvő füzetke, mely úgy szövege, mint 20 ábrája folytán felette értékes, három kérdést taglal: 1. az agysérült lelki bántalmának tudományos megállapítását, vagyis a lélektani körjelzés pontos felállítását, 2. a lelki hiányok gyógyítását, 3. ilyfajta rokkant munkaképességét és jövőjét. Felette megszívlelendők *Preysing* tanár (ki a műhöz zárszót írt) kijelentése: „Sowie keine chirurgische Klinik, an welcher Extremitäten-Verletzungen behandelt werden, heutzutage ohne orthopädische Abteilung auskommen kann, so müssen an kopfchirurgische Kliniken oder Lazarette Institute für *Gehirn-Orthopädie* angegliedert werden.“
Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

Vörhenyszerű bőrkiütést észlelt *Friboes* tanár (Rostock) olyan katonákon, a kiket 2—4 héttel előbb typhus és cholera ellen védoltottak. A kiütés sokszor szerfelett hasonlított a vörhenykitűghez, jó nappali világítás mellett azonban mégis többnyire megkülönböztethető ez utóbbitól, a mennyiben nem annyira skarlátvörös, hanem inkább sötét rózsaszínű, a sárgásba menő némi árnyalattal, a megbetegedett területek nem folynak annyira egybe, azután már kezdetben az egész törzsön jelentkezik, egyenlőtlenül terjed át a végtagokra, a kezeken és lábakon nem látható. A test hőmérséke néhány napig 38—39° C, angina is van. A gyógyulás 5—10 nap alatt következik be, hámlás nem észlelhető a gyógyulás után. A baj nem fertőző. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 7. sz.)

Sebészet.

A fejlődések után keletkező sipolyokról és agytályogokról ír *Witzel* tanár. Ama fejlődések után, a melyek hosszabb idő múlva genyedés nélkül gyógyulnak, általában fejfájás vagy epilepsia marad vissza, míg ha genyeltő baktériumok jutnak a sebbe, koponya-, illetve agysipolyok vagy agytályogok fejlődhetnek ki.

Különösen ez utóbbiak kezelésekor kell a sebésznek rendkívül óvatosnak lennie, mivel a szűk nyíláson csupán cseppekben kiürülő agytályog hőemelkedést nem okoz, sőt az agnyomás-tünetek is hiányoznak éppen a fentebbi okból. Mivel a tályog — ha a külső nyílását a sarjszövet egyre jobban szűkíti — rendszerint az agykamarák felé terjed, feltétlenül és minél hamarabb megoperálandó.

A műtét abból áll, hogy a koponyacsontot a heg kismetszése után szélesen feltárva, a csontnyílást Luer-fogóval tágitjuk, majd a csontszilánkokat és a heges sarjszövetet eltávolítva, a tályogot troicart-ral vagy Record-fecskendővel felkeresve, ennek nyomán vékony kathertert vezetünk az üregbe, majd — gondos vérzéscsillapítás után — a kathertert kihúzva, helyébe lazán jodoformgaze-t vezetünk be. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 6. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Piszkos alkohol megtisztítására a következő egyszerű eljárást használja *Pohl*. Az alkoholhoz néhány csepp paraffinum liquidumot adunk és jól összerázzuk. A paraffin magával ragadva a piszkot, leülepedik s a most már tiszta alkohol leönthető róla. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1916, 46. sz.)

Gyermekkori hasmenés különböző alakjaiban — természetesen a diétának megfelelő rendezése mellett — *Ochsenius* nagyon jó eredménnyel használja az uzaront. Legcélszerűbbnek találta a következő rendelésmódot: Rp. Ligu. uzara, Tinct. cinnamomi aa 5'0. D. S. Naponként 3-szor 12—20 cseppet saccharinos vízben. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1916, 50. sz.)

Vérzéscsillapításra *Volland* szerint nagyon jól használható a kámforos olaj bőr alá fecskendezés alakjában. A test különböző helyein gyors egymásutánban összesen 10—30 cm³-t fecskendez be a 10%-os kámforos olajból. (*Therap. Monatshefte*, 1916, 2. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 10. szám. *Steiner Lajos*: Néhány szó a Wassermann-reactio klinikai értékéről. *Emödi Aladár*: A háború és a nemi betegségek.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 10. szám. *Bayer Emil*: A háborús prophylaxisról.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Vida Lajos* dr.-t mohácsi járásorvossá nevezték ki. **Választás.** *Kovács Mór* dr.-t Nagysomkúton körorvossá választották.

A cholera állása hazánkban. A február 14.-étől 20.-áig terjedő héten a Somogy vármegyei *Gyűrűfü* községhez tartozó pusztán 1 halállal végződött cholera-eset fordult elő.

Meghalt. *Uhlár Samu* dr. 26 éves korában az északi harcztéren február 24.-én. — *St. Domanski*, az idegkórtan rendk. tanára a krakói egyetemen.

Hibaigazítás. Lapunk 9. számában a 115. lap 2. hasábján alulról a 30. sorban „keleti partí (californiai)“ helyett „nyugati partí olvasandó.

Személyi hírek külföldről. *Baccelli* tanár utódja a római egyetem belorvostan tanszékén *E. Marchiafava*, a kórbonczolástan tanára lesz. — *C. Behr* kieli magántanár (szemészet) tanári címet kapott.

Hírek külföldről. Németország főiskolai hallgatószámának 81-81%-a vonult hadba. 1870-ben a hallgatószám csak 32%-a teljesített katonai szolgálatot.

A francia nép érzés- és gondolatvilága szomorú megvilágításban áll előttünk a mai háborúban. Ime néhány példa. A „Revue neurologique“ november—decemberi száma háborús neurologiát tartalmaz. Kétségtelen, hogy ez a 400 oldalnál bővebb füzet sok érdekes dolgot közöl. Van benne 7 eredeti cikk és sok referátum, a melyek nagy részének értékét senki sem fogja kétségbevonni. Van hozzá egy nagyhangú bevezetés. Kivesszük belőle a következő mondatot: „Szükségesnek tartottuk az osztrák és német eredetű közleményekből is kivonatot adni, bármi kicsiny a jelentőségük. De a R. N. kötelességének tartja az emberiség szolgálatára bocsájtani minden tudományos közleményt, bármilyen legyen is az eredete.“ Ez a siralmas oldalvágás, a mely lecsepülni igyekszik a „német és osztrák“ tudományos munkát, csak szánalmat gerjeszthet mindenkiiben, a ki Franciaországot valaha szerette. A R. N. egyébként vagy 24 osztrák és német cikk kivonatát adja abból az óriási anyagból, a mi németül megjelent, úgy látszik, többről nincs tudomása. Persze az olasz-francia-angol-orosz hadi neurologia minden aprósága megbeszélésre érdemes. Milyen együgyűség pl. *Capitan*-nak cikke, a mai németek lélektanáról. Ez a kitünő tudós az orvosi akadémiában előadást tartott és példákat adott a német tudósok „megalomániájáról.“ Szerinte a német agyvelőben a gyakorlati értelmi kifejlődés „néha“ jelentős, „de a magasabb rendű érzések atrofiasak.“ „Ilyet az alkoholizmus szokott létrehozni, a mely a német vezető osztályokban igen el van terjedve!“ *Lugaro* olasz munkájának kivonatából azt tanuljuk meg, hogy a német mentális tendencia előrehaladó exaltatiója a dominálás célját szolgálja „bármilyen eszközökkel“. Vajjon nem lelkiismeretlenség-e a tudomány sisakja mögül ilyen badarságokat beszélni?

Ha tudományos lapok ilyen tudománytalan cikkekkal izgatják a közönséget a németek ellen, elképzelhető, hogy mit művelnek a nagyszájú napilapok. Naiv photographiákat csinálnak német kegyetlenségekről, a mik persze magában Párisban készültek és tisztára csaláson alapulnak, hogy az egyszerű hazugságokról ne is szóljunk.

Nemcsak a nép alsó osztályai, hanem a hivatalos teendőket ellátó közegek ezért gyűlölik annyira a németet és ezért bánnak olyan rosszul nemcsak a hadifoglyokkal, civilinternáltakkal, hanem még a betegekkel is. Megemlíttük, hogy Lyonban a nép tüntetett a kicseré-

lésre hazainduló német vak, féllábú, béna rokkantak ellen. Most ehhez hasonló dolgokat lehet hallani. Tudvalevő, hogy úgy a német hadifoglyok között Franciaországban, mint a francia hadifoglyok között Németországban egy csomó szerencsétlen tuberculosisba esett. A francia és német kormány megegyezett ezek kicserélése tárgyában olyan módon, hogy őket Svájcban magas hegyi állomásokon internálták, a francziákat főleg Leysinben, a németeket főleg Davosban. Az első szállítmány mind a két helyre megérkezett. Kín volt nézni a sokszor majdnem bőrig aszott nyomorékokat.

Az első kérdés, a mivel megrohanták őket, az volt, hogy milyen bánásmódban részesültek az ellenséges országokban. A Németországban foglyul esett francziák Leysinben erről csak jót tudtak mondani. A svájci francia nyelvű lapok, bár semlegességük ellenére is szakasztott olyan németgyűlölők, mint akár a párizsiak, ezt a tényt sem eltitkolni, sem elferdíteni nem tudták.

Egészen más tapasztalatokról beszélnek a németek, a kik Franciaországban lettek hadifoglyok. Kétségtelen, hogy ezek egy része szintén jó bánásmódban részesült, de hihetetlen, hogy némelyeknek közülök mit kellett eltűrni. Az egyik tiszt — most egy davosi sanatórium lakója — azt mondja, hogy a mikor foglyul esett társaival, drótkerítést húztak körülök és három napig egyetlen falat ételt és egyetlen korty italt nem kaptak. Szakadatlanul esett az eső és tető alatt nem voltak; az esőben képződő pocsoltyák vize volt három napig táplálékuk. Ennek a tisztnek fogsága többi idejében elégséges táplálkozásban és kielégítő lakásban volt része, de nem talál szót annak a lelki szenvedésnek leírására, a mit el kellett tűrnie a francziák részéről, a kik legnagyobb megvetéssel bántak vele és a kiktől folytonos gyalázkodást kellett hallania. Sokan elégtelen táplálkozásról panaszkodnak és mindannyian szitkozódásról. Volt a ki csak levest és kenyeret kapott napokon át. A betegek egy része Korzikában esett tuberculosisba. A hajón, a melyiken onnét Marseillebe vitték őket, a kapitány a súlyos betegeknek sem üldő-, sem fekvőhelyet nem adott, állniok kellett. Elég nagy bajnak tartotta, hogy egy francia hajónak piszkos boche-oknak általában helyet kell adni, nemhogy még le is kelljen őket ültetni vagy fektetni. A francia közönség a szerencsétlen betegeket, a kiktől lerítt az állapotuk, minden állomáson, a hol vonatjuk megállott, ellenséges tüntetésekkel fogadta, szidalmazta és leköpködté. Megváltás volt nekik az átlépés a svájci határon.

A ki azt hiszi, hogy a davosi betegek elmesélése valami kivételes esemény, igen csalódik, mert ebben „az örületben rendszer van“ és éppen ezért érdemes a dolgot szóvá tenni. Egyes kivételes esetekkel nem volna érdemes törődni. *Lana* amsterdami professzor a „De Tockonist“ című lapban ezt írja: „Egy barátom kicserélésre szánt német sebesülteket kísért Franciaországból Svájcban át Németországba és viszont francziákat Németországból vissza Franciaországba. Itt a sebesülteket szídták, sőt köveket dobáltak rájuk, míg Németországon a francia sebesülteknek a legkisebb bántódásuk nem esett.“ —ts.

Mai számunkhoz a „Chinoin“ gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (*Dr. Kereszty és Dr. Wolf*) Újpest-Budapest „Arsotonin“, „Cadogel“ és „Sulfotin“ készítményeinek prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *Dr. R. és Dr. O. Weil* vegyi gyógyszerész gyára Frankfurt a. M., „Arsen-Regenerin“ készítményének prospectusa van csatolva.

Assistens kerestetik

előkelő fővárosi gyógyintézetbe fix fizetés és percentre. Ajánlatok „Fiatál orvos“ jelige alatt *Blockner*-hez, *Semmelweis-utca* 4.

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

Dr. Grünwald sanatoria Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratórium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forrójégkészítelkek, frigoritherapia, fűrdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratórium. Antigenek, haemolysin, vaccínák. V., Személynök-u. 7. Telefon 36-95.

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

Városmajor-sanatorium és vizgyógyintézet Budapest, I., Városmajor-utca 64. Telefon 88-99. Bel-, ideg- és nőbetegek részére. Hízlató és soványító gyógymódok. Vizgyógyászati és villamos kezelések bejárók is. A betegek a sanatoriumban lakó **Dr. Czifrusz Dezső**, kir. tanácsos, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt áltanak.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäd-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-ut 10.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.) 141. lap. — A Hofmann-hadtest orvosainak 2. hadiértekezlete. 142. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.)

Elnök: Verebély László, később Salgó Jakab. Jegyző: Szász Tibor.
(Folytatás.)

Typhus után keletkezett spontan vérzés a vesefészekbe.
(Apoplexia perirenalis.)

Rihmer Béla: A. M. 22 éves közlegényt szeptember 9.-én Görzben appendicitis miatt operálták, sebe primára gyógyult. Tizenkét nap múlva Cilibe, majd Petrinába szállították, hol lázas lett. Már ott kezdődtek jobb vesetáji fájdalmak, amelyek aztán lassan fokozódtak. Egy hónapig volt Petrinában, honnan november 29.-én a Városmajor-utcai hadikórházba került. Itt felvételekor láztalan volt, azonban igen erős jobboldali vesetáji fájdalomról panaszkodott. Minthogy a vizsgálat a jobboldali vesetájon erős defense-t mutatott s a vizeletben kevés genyet talált, rögtön áttette az Új Szent János-kórház urológiai-sebészeti osztályára. Valami adminisztratív confusio folytán a beteg más osztályra került s csak egy hét múlva kapta osztályára. Míg a szállítás alkalmával átvizsgálva mellkasában nem talált semmit, azóta jobb mellkasában exsudatum fejlődött s lázas lett. Vizeletéből a geny eltűnt, azonban megmaradt a jobb vesetáj nagy fájdalmassága az igen kifejezett defense-zal, mely miatt tapintani semmit sem lehetett. Az epehólyag felé a fájdalmasság enged, azonban a csípőárok felé, mely teljesen kitöltött, úgy a fájdalmasság, mint a defense megvan, valamint az angulus costovertebralisban is érzékenységet van jelen és az alsó bordákon is. A beteg feltűnően sápadt, elesett, hőmérséke 38,5° C, pulsusa 120. Próbapunctióra a mellkasból serópürulens váladék ürül. A vérvizsgálat hyperleukocytosist mutat (14.000). A fenti tünetek alapján arra gyanakodott, hogy a betegnek Petrinában typhusa lehetett s mostan perinephritis abscessusa van, melyhez az utóbbi időben pleuritis társult. Erre ferde lumbalis-metszéssel narcosisban feltárja a vesét. Feltűnik az izomzatnak halhússzerű volta. A fascia retrorenalis felmetszése után a kénessárga zsírréteg alatt nem a várt abscessusra, hanem vérömlenyre bukkant, a mely leterjedt az ureter mentén a fossa iliaca, a vese mögött pedig a diaphragma-kúpig; magát a vesét előre, a peritonealis ür hátulso fala felé nyomta. A kb. három maréknyi vérömleny sötétkék megalvadtt vérből állott, azonban a kitakarítás után az üreg felső zúgában a mellékvese tájékán elhalványodott diónyi, a többenél régiebb véralvadékat talált. Maga a vese tokja, a mennyire tapintható volt, ép és a vesére reásimult. Kitakarítás után vérzés nem volt kimutatható, mégis lazán tamponál és a sebet elzárja. A beteg a műtét után feltűnően összeszedte magát, hőmérséke esett. Két nap múlva a tamponat kiveszi, a seb gyorsan begyógyul. A műtét utáni tizenötödik naptól magasabb hőemelkedései vannak, a huszonkettedik az exsudatum kevésse emelkedik. Újból megpungálja; ettől kezdve lázai leesnek s az exsudatum folytonosan kevesbedik. Jelenleg már hetek óta láztalan. Már az első exsudatum bakteriologiai vizsgálata typhus-bacillusokat mutatott ki (*Minich*). Ezek szerint typhus után beállott spontan vérzés esetéről a vesefészekbe van szó. Ezen megbetegedés irodalmi ritkasága készítette arra, hogy bemutassa. Már *Rayet* észlelte, *Wunderlich* az ötvenes években tüneteivel pontosan leírta s apoplexia perirenalisnak nevezte, a mivel az aetologia szempontjából praejudikált egy olyan kérdésnek, a mely felett még ma is vitáznak. *Wunderlich* észlelései pár évtizedre feledésbe mentek s később is csak sporadikusan kezdtek hasonló eseteket ismertetni, úgy hogy pár évvel ezelőtt tizenhárom eset volt az irodalomból ismeretes (*Coenen*, 1910). Ezekhez ő még tizenhatot tudott összeszedni az irodalomból.

Ezen esetek valamennyijének közös vonása, hogy nagyobb vérerek sérülése sohasem volt kimutatható. A spontan vérzés a tünetek szerint két csoportba osztható. Az egyik, s ebbe tartozik a legtöbb eset, hirtelen áll be collapsussal, meteorismussal, fájdalommal a vesetájon, a súlyos anaemia jeleivel s csakhamar megjelenik a tumor, melyet a meteorismus leplezhet is. Az ilyen esetek nem operálhatók, mind tönkrementek vagy a vérvesztés következtében (1 1/2 literes vérzés), vagy a retroperitonealis tumor nyomása s a mesenterium gyökének infiltrációja miatt ileusban, vagy a vérömleny infectiója folytán sepsisben. A második csoportban, s ebbe tartozik az övé is, a vérömleny nem hirtelen, hanem lassabban növekedik. Ilyen esetekben azután a vérömleny szervülése sclerotizáló perinephritisre, más esetekben pararenalis cysták keletkezésére vezetett. A mi az anatómiát illeti, vérömleny keletkezhet a vese felszíne és tokja között, magában a vese saját tokjában és végül a zsíros tokban. *Wunderlich* a vérzést *rhexisből* eredőnek tekintette. *Ricker diapedesises* eredésű vérzést vesz fel. *Läroen*, *Marchand* nézetéhez csatlakozva, azt tartja, hogy a legkisebb vérerek falainak megbetegedése azok széjjelválására vezet s így a vérzés *per diapedesin* állana be. Feltűnő, hogy azon esetekben, melyekben a vérzés a vese és saját tokja közé történt, vagy annak áttörésével a vesefészekbe is jutott, legtöbbször a vesében elváltozásokat találtak. Kő, tumor, hydronephrosis, polycystás vese, a legtöbb esetben nephritis volt jelen; egy esetben periarteriitis nodosa a veseereken. Más esetekben a vese tokját épnek találták és tisztán a capsula adiposában székelt a vérömleny. Ezen esetek közül *Kochéban* úgy a műtét, mint a későbbi sectio kimutatta, hogy a mellékvesét apoplexia érte és annak rostos tokjának szakadásából indult ki a vérzés a perinephriumba. Arra való tekintettel, hogy esetében a legrégebb vérzést jelző coagulum a mellékvese-tájon feküdt, nincs kizárva, hogy az infectiosus betegségen átment beteg jobb mellékveséjében emboliás eredésű apoplexia támadt, a vérzés áttörte a tokot s így jutott a vesefészekbe. *Läwennel* tartva, nem fogadja el *Ricker* magyarázatát a diapedesises vérzésről s vele együtt azt gondolja, hogy olyan esetekben, a melyekben a vérzés a vese és tokja közt található s a melyekben a vesében valamely oknál fogva pangás van, sőt esetleg a legkisebb érfa kóros megbetegedése, mint például nephritisben, éppen úgy történhetik a vese és tokja közé veseeredésű vérzés, mint a hogyan bizonyos nephritisekben néha egyedüli jelképpen a húgyutak felé látunk vérzéseket beállani, és valóban újabban találunk olyan esetet is, a melyben ez a vérzés mindkét felé egyszerre történt. Ha a vérzés élénk, nyomása nagy, átszakíthatja a saját tokot s belejut egy laza szövetségbe, a melynek apró vénákból álló venosus rendszere folytonosságában megszakíthatva, a vérzés per rhexim növekszik tovább. Hasonlóképpen társulhatnak és terjedhetnek perirenalis vérzések, melyek a mellékvese capsuláját áttörő vérzésekből származnak. Hiszen a capsula adiposát s vesét körülfogó fascia retro- és praerenalis úgy a vesét, mint a mellékvesét magába foglalja, fölfelé zárt s csak a fossa iliaca felé alkot nyitott részt. Kevésbé magyarázhatók azon esetek, melyekben tisztán a capsula adiposában volt a vérzés. Csak-hogy az esetek egy részében, mint az övében is, csak operatív autopsia volt s a mellékvesére nem voltak figyelmesek. Lehet, hogy ez eseteknek egy része mellékvese-eredésű. Teljesen kizártnak nem tartható, hogy a vérzés magában a capsula adiposába vagy a capsula fibrosába történik. Tudnivaló dolog, hogy az utóbbinak arteriosus és venosus rendszere rendkívül szoros összefüggésben áll a vese arteriosus és venosus rendszerével. Látjuk ezt műtétkor minden nap, a hol például vesetumor vagy erős pangás

mellett a capsula adiposában erősen tágult vénákat talál. Ily tágult capillarásokban, ha nephritis folytán az érfal is megbetegszik, vérzés állhat elő, esetleg egyszerre több helyen is. Lehet, hogy ennek indító oka vérzés per diapedesin, de valószínűnek látszik előtte, hogy másfél literes vérzések a perirenalis fascia-tokba a továbbiakban rhexis útján jönnek létre, mert hiszen tagadhatatlan valóság az, hogy az ilyen foudroyans eset képe a sebész előtt a venosus bevézés képe kötőszövettel kitöltött fascia-üregbe és ennek nem mond ellene az, hogy a vérömleny kitarításakor azokat az apró vénákat, a melyek megrepedtek, nem találjuk meg.

A kórkép ritkasága, egyes esetekben rendkívüli súlyossága készített arra, hogy ne csak az esetet magát mutassa be, hanem ezzel kapcsolatosan a kérdést szélesebb mederben tárgyalja. Mert a közel harmincz eset áttanulmányozásából azt látjuk, hogy a diagnosist in vivo csak egy esetben tudták megejteni, a többi esetben ileus, appendicitis perforativa, perinephritis abscessus, kőbeékelődés, acut hydronephrosis stb. diagnosisk szerepelnek; pedig a baj felismerése rendkívül fontos, mert a súlyosabb kategóriába tartozó esetek beavatkozás nélkül mind elpusztultak. Helytelen diagnosist esetében pedig többször a súlyosabb természetű laparotomiát végezték a lumbalis-metszés helyett.

Fischer Aladár: *Rihmer* tagtárs szép bemutatásával kapcsolatban röviden beszámol apoplexia renalis egy esetéről, a mely 12 éves fiura vonatkozik, a ki hirtelen rosszul lett a bal hasfélre terjedő defense-zal és a bal vesetáj érzékenységével. A narkosisban való vizsgálat a bal vesetájon tumort mutatott. Perirenalis tályog vétetett fel, a műtét azonban a bal vese körül 1½ literes vérömlenyt derített ki. A bal vese felső polusában roncsolásos gócz volt, melyből a vér a vese capsula fibrosája alá és innen a perirenalis szövetbe jutott. A roncsolásos gócz tumorból is eredhetvén, a vesét kiirtotta. *Buday* tanár vizsgálata szerint a vese nephritis volt, a roncsolásos gócz a vérömléstől keletkezett. A beteg a műtétet jól állotta ki, azonban 1½ év múlva a másik vese nephritis következtében elhalt.

A bemutatott vizeletipoly-esetekkel kapcsolatban megemlékszik egy esetről, hol lövés után hólyagipoly volt jelen, mely a bal trochanter-tájon nyílt, az összes vizelet itt folyt el. Magas hólyagmetszéssel, a hólyagfal felszabadításával, a hólyagon levő nyílás elvarrásával, az os pubisban levő nekrosisk eltávolításával az eset gyógyulásra jutott.

A tüdőverőerbe áttörő aorta-aneurysmáról.

Jankovich László: A ritka esetek duplicitásának tulajdonítható, hogy az elmúlt évben rövid időközben két rendkívül ritka esetet volt alkalma boncolni.

Az egyik M. J. 49 éves nő, a kin mesarteriitis lueticát találtak az aortán és ezzel kapcsolatban az aorta bal Valsalva-öblének aneurysmáját, a mely fél diónagyságban emelkedett be a pulmonalis ürterébe, a hol a legkiemelkedőbb pontján két kendermagnyi nyílás volt, a melyek egészen síma endothellel bélelt lyukak, valójában tehát összeköttetést hoztak létre az aorta és az art. pulmonalis közt.

A második eset B. E. 52 éves nőre vonatkozik, a kin szintén mesarteritis alapján tojásnyi aneurysma keletkezett az aorta elülső polusán 1 cm.-re a billentyük felett; ez az aneurysma is erősen beboltosult az art. pulmonalis ürterébe és azzal lencsényi nyíláson közlekedett; ennek az állapotnak megfelelően a jobb szív excentrikusan túltengett és a jobb venosus szájadék a pitvarral együtt erősen kitágult.

Az eseteket klinikailag nem ismerték fel és általában az ilyen perforatiók diagnosisa ma még igen nagy akadályokba ütközik, pedig a német irodalom a tanu rá, hogy részletes, a perforatiót megelőző klinikai vizsgálat mellett ez nem lehetetlenség, bár az irodalomnak részletesen közölt 32 esetében ez csak néhányszor sikerült.

(Folytatása következik.)

A Hofmann-hadttest orvosainak 2. hadi-értekezlete.

(Harcztér, 1916 január.)

Elnök: **Rittigstein H. dr.**, főtörzsorvos.

Jegyző: **Machán dr.**

Veress Ferencz dr. rámutat annak czélszerűségére és szükségességére, hogy a front közvetlen közelében bőr- és

bujakóros betegek részére külön kórházak állíttassanak fel. Ha a betegeket rendszeresen hátraküldenek az ország belsejébe, abból sok hátrány származnék; ilyenek: késedelem a gyógyítás megkezdésében, felesleges kiadások és az a veszély, hogy útközben a beteg fertőzi a környezetét, végül pedig az, hogy az ilyen hátraküldött beteg az illető front számára elvész, mert egész bizonyosan más csapatalakuláshoz kerül, ha gyógyulása után a pótkeret újból a harctérre küldi. A mozgókórház, melynek ő a parancsnoka, a hadjárat kezdete óta működik, de 1915 október végén tisztán bőr- és nemi betegek részére rendeztetett be 6 orvossal és 400 ágygyal. Nem egészen 100 nap alatt 1696 beteget vettek fel, kik közül 1205 szolgálatképesen tért vissza csapatához, 168 pedig specialis betegsége gyógyulása után egyéb (belső) bántalmak miatt egyik tábori kórháznak adatott át. A maradvány gyógyítás alatt maradt. A nemi betegek száma 1091 volt; ezek közül 717 gyógyultán távozott, 92 áthelyeztetett. 1091 nemi beteg között 473 kankó-, 331 lágyfekély- és 287 syphilis-eset volt. A gyógyítás a legmodernebb elvek szerint történik.

Bemutatja ezután a következő eseteket:

1. *Ulcus molle gangraenosum* két esete. Súlyos anyaghiányt okoztak a penis bőrén. Mikroszkop alatt tömördek fusiformis bacillus és spirillum látható.

2. *Elsődleges syphilises fekély*, melyhez az egész köztakaróra kiterjedt *pityriasis rosea* (*Gibert*) társult. Az elkülönítő körjelzést — roseola és pityriasis között — megkönynyíti a viszketés és hámlás.

3. *Trichophytiasis profunda* esete az alhason.

4. *Sycosis non parasitaria* a felső ajkon.

5. *Favus capitis et corporis*. Óriási gombafelrakódások a czomb bőrén tallérnyi nagyságú scutulumok alakjában.

6. *Eczema acutum* 2 esete és *eczema chronicum* 3 esete *lichenificatióval*. Eredményes gyógyítás cadogellel.

7. *Psoriasis vulgaris* 8 esete.

8. *Veleszületett elszarusodási anomalia* különös esete. 36 éves katoná. Gyermekkora óta bőrén erős szarutömegszaporulat, chronikus gyuladás és jelentékeny pigmentatio van. A fej és a törzs felső része normalis; a két hónaljredő elülső felén hyperkeratosis és feketés-barna pigmentatio. Az alkarokon, a kezeken s az alsó végtagokon diffus szaruréteg-túltengés, még inkább a hajlító oldalon, mint a feszítőn. A hason és a deréktájon éles határú, sötéten pigmentált, gyuladt alapú hyperkeratosis. Fürdőkre és kenőcsös kezelésre a szarutömegek leválnak és a beszűrődött, sötét-vöröses bőr látható. A kóros elszarusodás azonban hamarosan visszatér. Ichthyosis teljesen kizárható, a bántalom létrejöttének oka ismeretlen.

Groetzing dr. 1. *környéki arczideghüdés* esetét mutatja be. Behatóan ismerteti az aetiológiai viszonyokat és mint legvalószínűbb okot a canalis *Falopii* csontos falának periostitisét emeli ki.

2. Bemutatja *tetania* igen jellemző esetét fiatal katonán, a kin a *Trousseau-* és *Chvostek-féle* cardinalis tünetek igen jól kimutathatók. A kar leszorításával ki is vált egy rohamot.

3. *Komplikált vitium cordis* esetét demonstrálja azután mitralis insufficienciával, stenossissal és aorta-elégtelenséggel.

4. Végül *profus vérvizelés* esetét ismerteti, melyben a jobb mellkas alsó-hátulsó szélét a hypernephromának tartott daganat erősen kiboltosítja.

Schicklberger bemutatásai:

1. *Haemangioma cavernosum linguae et labii inferioris*. Az ajak tumorát *levarrással* már nagyrészt eltüntette. A nyelvdaganat műtévesi módjait és lehetőségeit ismerteti.

2. *Aneurysma spurium* a jobb kulcsont alatt. Orosz gyalogsági lövedék a bal kulcsont fölötti árokban hatolt be és a jobboldali analog helyen jött ki. A kilövés helyén pulzáló almanagyságú daganat: a jobboldali arteria subclavia kezdődő aneurysmája. Kezdetben a daganat nem lüktetett, ez azonban nem zárja ki álaneurysma jelenlétét.

3. Harmadik esetében az ellenséges *golyó* a katona *gégefőjébe* elülről nyílirányban hatolt be és jött ki a nyak oldalán, a nélkül, hogy légzés-zavarokat okozott volna. Csupán kisméretű bőremphysema keletkezett. Ismerteti a gégelövések prognózisát és gyógyítását. Igen sok esetben szükségtelen a gyors beavatkozás.

Sulzer dr. két esetről referál:

1. *Meningitis cerebrosppinalis epidemica*. A betegség második napján látta a patient. Magas láz, igen erős tarkótáji fájdalmak, tarkómerevség. Differens pupillák, renyhe reactio. Jobboldali facialisbénulás. Kiterjedt herpes labialis et facialis. Fokozott inreflexek. A lumbal punctio a diagnosist megerősíti. Daczára a nagy nyomásnak, csak cseppenként ürül sűrű, nyúlós, takonyszerű liquor. A beteg progrediáló hűdés közben a 4. napon meghalt. Bemutatja a Gram-negatív diplococcusokat. Ezután pár szóval az esetet epidemiológiai szempontból tárgyalja.

2. *Febris recurrens*. A beteg 3—4 nap óta lázas. A felvétel utáni második napon krízis. Hat láztalan nap után hidegrázással ismét felszökik a hőmérséke. Status: Tüdő, szív, idegrendszer ép. Nagy lép. Erős izom-, különösen lábszár-fájdalmak. Gyanu febris recurrensre, mit a vérvizsgálat be is bizonyít. Függő cseppben sok igen élénken mozgó spirillum látható. Bemutatja a festett praeparatumot. Ezután röviden ismerteti az *Obermayer-spirillum* tulajdonságait, majd az infectio módját és körülményeit és a therapiát. Salvansan végleges gyógyulást eredményezett.

Oesterreicher dr. a *kiütéses typhust követő megbetegedésekről* referál, melyeket **Veress dr.** mozgó tartalékkórházában és a 131. brigád-egészségügyi intézet járványbarakkjaiban két hónap alatt észlelhetett.

Összesen 5 ilyen esetről számol be.

1. S. P., 309. ezredbeli honvéd 1915 decz. 20.-án betegedett meg. Normalis lefolyású exanthema és lázmenet. A második héten arról panaszkodik, hogy nagyot hall. Azóta *teljesen süket mindkét fülére*.

2. V. A. 32-s vadász ugyancsak decz. 20.-án vétetett fel. Itt is teljesen rendes a lefolyása az exanthemának és lázmenetnek. A betegség második hetének végén azt tapasztalja, hogy a bal keze érzéstelen. Megvizsgálásakor megállapítható, hogy az *ulnaris idegnek megfelelő bőrfelület kevésbé érzékeny, illetőleg érzéstelen*. Eleinte a többi ujj utolsó percze is érzéstelen volt, de ez már visszafejlődött.

Ezenkívül a beteg *jobb testfele túlérzékeny, a garat-reflex hiányzik, a corneareflex csökkent*. Lehetséges, hogy ez már megbetegedése előtt is megvolt, de nincs kizárva, hogy a kiütéses typhus után jelentkezett.

3., 4. S. J. 7-es ulánus-örmester és M. P. 7-es ulánuskáplár.

Mindketten 1915 november közepe táján betegedtek meg. Az előbbin a *bal szem látóképessége oly nagy mértékben csökkent*, hogy csak fény iránt érzékeny és a 2—3 lépésről elébe tartott ujjakat tudja megszámolni, de ezt is csak akkor, ha a temporális oldalról mutatják neki.

A szemfenék-vizsgálat alkalmával **Fekete** főorvos venosus hyperaemiát állapított meg, a papilla határai elmosódtak.

M. P. káplár esetében a jobb kéznek az *ulnaris idegnek* megfelelő bőrfelülete volt *érzékenyebb*, de most már annyira javult, hogy csupán a kis ujj és a gyűrűs ujj ulnaris fele érzékenyebb hidegre és érintésre.

Ehhez teljesen hasonló a *bemutató saját betegsége*. Ő is kiütéses typhuson ment keresztül. 1915 nov. 7.-én betegedett meg, 2 hétig lázas volt. A betegség normalisan folyt le. A második héten azt vette észre, hogy jobb keze *ujjait nehezen tudja hajlítani* és a jobb keze *túlérzékeny*, de csak az *ulnaris* részén. Az előbbi tünet visszafejlődött, azonban az *ulnaris bőrfelület érzékenysége megmaradt*, de már korántsem oly fokú, mint betegsége idején. Az inaktivitás kö-

vetkeztében a jobb kéz ulnaris részén kisebb fokú atrophia is fejlődött.

Ezután az utómegbetegedések prognózisát tárgyalja, a mely a legtöbb esetben jónak mondható, és röviden ismerteti az esetek therapiáját.

PÁLYÁZATOK.

833/1916. sz.

Arad vármegye törvényhatóságánál a nagyhalmágyi **járási orvosi állás** megüresedvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek. A járási orvosi állás az 1904. X. t.-cz. szerinti illetményekkel van rendszeresítve (2000 kor. kezdőfizetés, 350 kor. lakbér és 600 kor. útiátalány).

Járási orvosi székhely: Nagyhalmágy.

A kinevezendő járási orvos a nagyhalmágyi járásban rendszeresített két körorvosi állás üresedésben léte folytán ideiglenesen s előreláthatólag hosszabb időn át a községi orvosi teendőket is ellátni köteles, minek ellenében a rendes látogatási díjakon kívül az orvosi alapból mintegy 2000 kor. tiszteletdíjban részesül.

Pályázati határidő 1916 márczius hó 15.

A vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-a értelmében kiállított születési anyakönyvi kivonattal, orvostudori oklevéllel, tisztii orvosi vizsgabizonyítvánnyal és az eddigi szolgálatra vonatkozó működési bizonyítvánnyal felszerelt pályázatok a fenti időben nálam nyújtandók be s ezen idő alatt a vármegyei ügyviteli szabályzat 5. §-a alapján a személyes jelentkezéseket hivatalos helyiségemben szintén elfogadom.

Arad, 1916 január 24.

Dálnoki Nagy Lajos s. k., alispán.

Füüdőorvos-helyettesnek

ajánlkozik idősebb, nagy gyakorlattal bíró fővárosi orvos. Szíves ajánlatot „FÜÜDŐORVOS” alatt a „Petöfi” irodalmi vállalathoz, Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz. alá intézendők.

Sanatoriumi alorvos

előkelő fővárosi sanatorium részére kerestetik. Ajánlatot kérünk „Sanatoriumi orvos 9581” jeligére **Hasenstein és Vogler**-hez Budapest, Dorottya-utca 11.

Orvosi állás

betöltendő egy fővárosi szanatóriumban. **Orvosvegyészeti és bakteriológiai** jártasság szükséges. Ajánlatokat teljes czímmel, lehetőleg referenciákkal és eddigi működés megnevezésével „Sanatorium” jeligére a „Petöfi” irod. vállalat czimére Budapest, VII., Kertész-u. 16.

Fölmentett

szigorló orvos, ki mint körorvos működött és kórházi gyakorlattal is rendelkezik, **állást keres**. Szíves megkeresést „Orvos” jeligére a „Petöfi” irod. vállalathoz kéretnek.

UNIV. MED. **Dr. PÉCSI DANI** nyilvános tehénhímlő-
:: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.



Legjobban ajánlhatom
önműködő zárákkal ellátott és a
Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő

**Dr. Thilo-féle
Chloroethyl**

készítményemet.
Az önműködő üvegek újra fölletnek meg.
Prospektusok rendelkezésre.
MR. C. RAUPENSTRAUCH
em. Apotheke, WIEN II. Castellezsg. 25.

Néhány előkelő tudományos vélemény a Lysoform baktericid hatásáról.

Seydewitz

A greifswaldi egyetem egészségügyi intézetéből (Löffler, titkos tanácsos).
Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten,
1902, 3. sz.

Kiterjedt kísérletek alapján a szerző a következő conclusióra jut: A Lysoform fejlesztésgátló ereje igen lényeges; a carbolsav hatását felülmulja és azonos a formalin erejével.

Symanski

A königsbergi egyetem egészségügyi intézetéből (Prof. Dr. R. Pfeiffer).
Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 1901, 37. sz.

A szerző azon eredményre jut, hogy a Lysoform igen magas fertőtlenítő erővel bír, teljesen ingermentes, majdnem szagtalan és amennyiben tapasztalatai terjednek, úgy látszik teljesen méregtelen is.

Schneider

Kir. intézet fertőtlenítő betegségek számára. (Vegy. osztály.) *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1906, 6. sz.

A szerző ajánlja a mérsékelt felmelegített Lysoformoldatok alkalmazását, illetőleg a Lysoform a test hőjökének megfelelő meleg vízben való oldása, mert ily módon a készítmény baktericid hatása erősen emelkedik. Ily módon öli a 47—50° meleg 2%-os Lysoformoldat a staphylococcusokat és a typhusbacillusokat nem egészen öt percen belül. A praxis számára elegendő egy 37-40° 1—2%-os oldatnak alkalmazása.

Generalarzt Pfuhl

A hannoveri 10. hadtest hyg.-vegyi laboratóriumából.
Hygienische Rundschau, 1902, 3. sz.

A Lysoform erős csiraölő erővel bír, az 1%-os oldatának baktericid hatása megfelel a 3%-os carbolsavoldatnak, mérgező tulajdonságai nincsenek, akár a szer a bőralatti kötőszövetből, vagy a gyomortól az állatokra hat. . . . A bőrre maró hatással nincs, mint azt egy ideig folytatott kézfertőtlenítés bizonyítja.

Professor Dührssen

Gynaecologisches Vademecum.

. . . . A kezek fertőtlenítésére a szerző egy 1%-os forró Lysoformoldatot használ, a kezeket öt percen át ezen oldatban keféli, kizárólag csak ezen módszert használja és a keze mindig sima; műtéteinek eredményei kibírják az összehasonlítást az összes egyéb statisztikával.

Prof. Dr. Robert Koch

az észak-afrikai tartózkodása alatt saját és kísérői személyes használatára, csakis a Lysoformot alkalmazta, mint fertőtlenítőt.

A császári birodalmi postaigazgatóság Berlinben a telefonkészülékek fertőtlenítésére 1908-ban kötelezőleg a Lysoformot vezette be.

Ausztria és Magyarországon a Lysoformot egyedül gyártja:

Dr. KELETI és MURÁNYI vegvészeti gyára Ujpesten.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi „Szt. Margit“-közkórházból. A gyermekkori enuresis nocturna diatás gyógykezelése. 143. lap.

Galambos Arnold: A typhusos betegek táplálásáról. 146. lap.

Fischer Ernő: A m. kir. rokkantügyi hivatal pozsonyi intézetéből. (Igazgató: Bakay Lajos dr., ny. r. egyetemi tanár.) Új módszer és új készülékek az izületek mobilisatiós kezelésére. 148. lap

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Oppenheim:* Die Neurosen infolge von Kriegsverlustungen. — *Lapszemle.* *Belorvostan.* *Küpferte és Bacmeister:* A tüdőgömkórnak

Röntgen-fényvel kezelése. — *Sebészet.* *Lewin:* Az emberi testbe jutott ólomlövédék mérgező hatása. — *Bőrkórtan.* *Jadassohn:* Néhány bőrbetegségnek thorium-x (doramad-) kenőccsel való kezelése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* *Grenel:* Arannyal gyógykezelt acut izületi rheumatismus. 151—152. lap.

Magyar orvosi irodalom. 152. lap.

Vegyes hírek. 152. lap.

Tudományos Társulatok. 153—154. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi „Szt. Margit“-közkórházból.

A gyermekkori enuresis nocturna diatás gyógykezelése.*

Irta: *Bauer Lajos* dr., gyermekorvos, kórházi rendelő-орvos.

Normalis szervezetű gyermek legkésőbb harmadik élet-éve végén szokott annyira fejlődni, hogy a hólyag kiürítésének mechanizmusán már teljesen uralkodik nemcsak nappal, hanem éjjel is. Ha a hólyagnak akaratlan kiürítése akár nappal, de különösen éjjel, a harmadik éven túl még a későbbi évekre is kitolódik, akkor enuresisről beszélhetünk.

Az enuresis fogalma alá természetesen éppen úgy nem sorolhatók a spinalis eredetű, vagy a gyermek öntudatlansági állapotával összefüggő vizelet-zavarok, mint azon abnormis ágybavizelések, melyekben a kóros mozzanatot hólyagkő, cystitis, diabetes, valamint az ivarszervek lobos megbetegedései alkotják. A hysteria kapcsán mutatkozó enuresis — melyre jellegzetes, hogy nem a gyermek kis korától állott fenn, hanem a későbbi gyermekkor folyamán valamely alkalmi okból kiváltódva hirtelen jelentkezett s a mely enuresis antihysteriás kezelésre prompte s tartósan javul — éppen úgy nem tekinthető genuin enuresis nocturnának, mint az abortív jellegű éjjeli epilepsiás rohamok kíséretében észlelhető enuresis, a mely utóbbira jellegzetes *Pfister* szerint a többi epilepsiás tüneten kívül különösen az, hogy a bántalom csupán az ötödik életévet betöltött gyermekeken s akkor is csak bizonyos intervallumokban jelentkezik.

Az enuresis nocturna typosos ismérvei közé tartozik tehát, hogy a bántalom a fiatal gyermekkortól kezdve áll fenn egészen a pubertásig, sőt olykor még azon túl is, s hogy sem az idegrendszernek, sem az anyagcserének, sem a húgyivarszerveknek organikus bántalmi szerepet nem játszanak létrehozatalában.

A typosos enuresisnek alapokát a szerzők sok mindenkori életben keresték s a különböző nézeteknek megfelelőleg a therapia is sokoldalú, anélkül azonban, hogy bármelyik therapiás eljárás valamely különösebb eredményt tudott volna felmutatni. A francia szerzők (*Janet, Guinon*) az enu-

resis nocturna alapoka gyanánt psychés momentumokat szerepeltettek, míg a német szerzők alapok gyanánt csupán a hólyagnak helyi neurosisát gyanították; viszont a szerzőknek egy másik csoportja az enuresisban szenvedő gyermekeken testi és szellemi degenerációs tüneteket vélt felfedezni, melyeknek alapján az enuresis nocturnában nem lát más, mint a hereditásnak stigmáját, degenerációs kísértéküségét. Ezen felfogásnak szószólója elsősorban *Pfister*, aki egy jelentős munkájában oda konkludál, hogy az enuresis nocturna lényegében nem egyéb, mint functionális degenerációs tünet, neuropathiás stigma hereditatis. Vagyis ezen felfogás szerint a neuropathia az az alap, melyen az enuresis nocturna virágzik.

Kétségkívül vannak degenerált, enuresisban szenvedő gyermekek, kiknek — valamint a degeneráltsága — az enuresise sem befolyásolható. A typosos enuresis nocturnának sok esete azonban ezen az alapon alig magyarázható, hanem ezek inkább az abnormis constitutio egyik féleségével látszanak összefüggésben lenni, olyan enuresis nocturnák, melyek hatásosan befolyásolhatók, sőt végleg is megszüntethetők. *Ezen abnormis constitutio, mely tapasztalataim szerint nexusban van az enuresis nocturnával, a diathesis exsudativa.*

Körülbelül három évvel azelőtt egy, a diathesis exsudativa tüneteit mutató gyermek, aki enuresis nocturnában is szenvedett, az exsudatiók miatt az ezen bántalom ellen szokásos diatás kurát alkalmaztam a rendesnél szigorítottabb mértékben, mivel előző megfigyelésem arról győződött meg, hogy ezen betegnek a zsírok iránti tolerantiája igen csekély, s ekkor azon meglepő tapasztalatot szereztem, hogy az évek óta megvolt enuresis a diata megindítása után csakhamar elmaradt s azután nemcsak a diata alkalmazása idején, hanem utána hetekig, illetve hónapokig nem mutatkozott, mindaddig, míg a szülők minden átmenet nélkül ismét átérték az eredeti, a zsírdús táplálékra.

Ezen tapasztalatból kiindulva, kísérleteket végeztem diathesis exsudativával terhelt, enuresis nocturnában szenvedő gyermekeken arra nézve, vajjon a táplálék zsírjának kikapcsolásával, illetve erős csökkentésével mennyire lehet befolyásolni az enuresis nocturnát, illetve arra nézve, vajjon az enuresis nocturna felfogható-e a diathesis exsudativa egyik tünete gyanánt? Míg azonban diathesis exsudativa eseteiben a diatát rendszerint olyan módon szoktuk alkalmazni, hogy a táplálék zsírját csupán csökkentjük, de bizonyos mennyiségben meghagyjuk a gyermek táplálékában, még pedig a gyermeknek a zsírral szemben mutatkozó tűrőképessége (toleran-

* Előadta a budapesti kir. orvosegyesület ülésén 1916 január 9-én.

tiája) határáig, addig *enuresis nocturna* eseteiben igyekeztem a zsírt a beteg táplálékából bizonyos meghatározott időre teljesen kikapcsolni, illetve a lehető minimumra redukálni. A zsír helyett a szükséges kaloriákat kellő mennyiségű szénhydráttal, még pedig lehetőleg zárt szénhydráttal s fehérjével pótoltuk.

A tapasztalatok, melyeket az alkati gyengeséggel terhelt, enuresis nocturnában szenvedő gyermekeken a fenti diatésis kezelés alkalmazása után szereztem, eléggé biztatók. A zsírmentes, vagy nagyfokban zsírszegény táplálkozás megindítása után az abnormis constitúcióval terhelt és a fiatal gyermek-kortól fogva, tehát éveken át enuresisban szenvedő gyermekek egy egész csoportján az ágybavizelés már néhány nap múlva kimaradt s nem is jelentkezett újlag, ha a nagyon zsírszegény táplálást huzamosabb időn, 14–20 napon át folytattuk. A két-három hétig tartó zsírszegény diéta után fokozatosan tértünk át zsírdúsabb táplálék adagolására. Voltak eseteim, melyekben a zsírdúsabb táplálék fokozatos adagolása után néhány hét múlva olyan mennyiségű zsírt asszimilált a szervezet minden recidiva nélkül, a mely zsírmennyiség bekebelezése után a diéta alkalmazása előtti időben minden éjjel, sőt egy éjjelen át több ízben is jelentkezett az enuresis. Míg más esetekben a szervezet zsír iránti toleranciájának áthágása után a már kimaradt enuresis újlag mutatkozott.

Azon körülmény, hogy a bekebelezett zsírmennyiség csökkentése, vagyis lényegében a diathesis exsudativa ellen alkalmazni szokott diatésis kezeléssel azonos eljárás idézte elő eseteimben az enuresis megszűnését, valószínűvé teszi azon feltevést, hogy az enuresis nocturna és a diathesis exsudativa között bizonyos összefüggés van. Ezen feltevés mellett szól ama további tapasztalatom, mely szerint az abnormis constitutio egy másik féleségével, a neuropathiával terhelt enuretikusokon, de a kiken különben a diathesis exsudativa tünetei nem voltak fellelhetők, a zsírnélküli táplálással hasonló eredményt nem tudtam elérni. A diathesis exsudativa tüneteit mutató gyermekek közül is különösen azokon mutatkozott gyors eredmény, a kik az úgynevezett „kövér“ typust mutatták; a „sovány“, az eretikus typust feltűntető enuretikusokon az eredmény, különösen a diéta hatásának a tartósságát illetőleg, kevésbé volt kielégítő.

Tudjuk ugyan, hogy a diathesis exsudativa és a neuropathia között szoros az összefüggés, olykor a két bántalmat alig lehet egymástól elkülöníteni. Sokszor azon szülők gyermekei, kik neuropathiában szenvednek, a diathesis exsudativa tüneteit mutatják és viszont. Az is tény, hogy a diathesis exsudativa gyógykezelésével sokszor sikerül a neuropathia javítása is és megfordítva. A diathesis exsudativa kétségkívül jó talaj a neuropathia kifejlődésére. S mégis, mint említettem, a zsírszegény diatával sokkal szebb eredményeket értünk el a diathesis exsudativa jelenségeit, mint a neuropathia tüneteit mutató enuretikusokon. Tapasztalatunk tehát amellel szól, hogy a zsírszegény táplálkozásra a kétféle abnormis constitutio közül inkább reagál a diathesis exsudativa.

Hogy az abnormis constitúcióval bíró enuretikusokon a zsír-asszimilálás hiányossága valóban játszik-e szerepet az éjjeli ágybavizelés kiváltásában, úgy, mint a diathesis exsudativa különböző jelenségeinek létrehozatalában, arra nézve néhány enuretikuson kísérleteket is végeztem. Tudjuk, hogy a diathesis exsudativa tüneteit elsősorban a tej, vaj, tojás, tejfel stb., vagyis a legzsírdúsabb táplálékoknak fokozott élvezete hívja elő. Kérdés merülhet fel a gyakorlat szempontjából, vajjon a diathesis exsudativa tünetei, illetve az enuresis nocturna okozójának kizárólag a táplálék zsírja tekinthető-e s valamely más táplálék-alkotórész nem játszik-e szerepet e bántalmak előidézésében? vajjon nem tekinthetők-e a sók, fehérje, vagy szénhydrat szintén ártalmas alkotórészeknek? A kísérleteket tehát exsudatív diatésissel terhelt olyan enuretikusokon végeztem, a kiken a zsírtáplálék kikapcsolása után az ágybavizelés már egy-két hét óta szünetelt. Ha ilyen körülmények között a zsíron kívül egyéb táplálék-alkotórészek is befolyással vannak az enuresisre, akkor az ezen táplálék-alkotórészekben dús táplálék bekebeleztetése valószínűleg

ismét provokálni fogja az enuresist, ellenkező esetben felvehetjük, hogy ezen táplálék-alkotórészek nem működnek közre az enuresis létrehozatalában. Fehérjében, szénhydratban s sókban gazdag, azonban zsírban szegény táplálék elsősorban az író, édes savó stb. Ezért író, illetve édes savót kebelezettünk be a zsírtalan táplálék mellett azon gyermekekkel, a kiken az enuresist a zsírtalan diatával befolyásolni tudtuk, olyan mennyiségben, amely mennyiségű tej fogyasztása mellett állandó volt az enuresis. Annak ellenére, hogy ezen táplálást hosszabb időn át folytattuk, enuresis nem mutatkozott. Míg ha a fenti körülmények között ugyanezen gyermekeknek annyi zsírt adunk be néhány napon át, mint a mennyit azok a zsírszegény diéta alkalmazása előtti időben, tehát az enuresis fennállása idejében szoktak fogyasztani, akkor ezen mennyiségű zsírbevitellel legtöbb esetünkben ismét enuresist tudunk provokálni. Ha ezen gyermekeken a zsírtáplálást ismét teljesen kikapcsoltuk, akkor az enuresis már néhány nap múlva ismét megszűnt. Ezen kísérletek amellel szólnak, hogy diathesis exsudativával terhelt gyermekeken az enuresis nocturnát elsősorban a helytelen zsírassimilatio, illetve a szervezet zsír iránti toleranciájának csökkenése idézi elő, vagyis ezen felfogás szerint végeredményben az enuresis nocturna bizonyos csoportja nem egyéb, mint az abnormis constitutio egy tünete s elsősorban a diathesis exsudativa egy részjelensége.

De idevonatkozólag még mást is tapasztaltunk, és pedig azt, hogy ha az enuresisben szenvedő gyermek a zsírszegény diéta mellett, vagy később a diéta befejezése után bőven fogyasztott nyitott szénhydrátot vagyis cukrot, akkor az enuresist vagy nem tudtuk befolyásolni, vagy a már megszűnt enuresis két esetünkben ismét hirtelen jelentkezett. Ezen megfigyelés is azt látszik igazolni, hogy az enuresis és a diathesis exsudativa között szoros összefüggés van, mivel ez utóbbi bántalomnak is a szunnyadó tüneteit a vele terhelt gyermekeken, mint tudjuk, életre kelti a cukornak fokozott mértékben való élvezete.

Ezen felvétellel congruálni látszik azon hasonlóság, mely a diathesis exsudativa tüneteinek megnyilvánulási módjában és eltűnésében és az enuresis nocturna jelentkezési módjában, illetve annak eltűnésében is mutatkozik. Tudjuk, hogy a diathesis exsudativa legkülönbözőbb tüneteinek megnyilvánulásában, legalább az esetek nagyobb részében, nincsen bizonyos állandóság, vagy ha mutatnak is a tünetek bizonyos állandóságot, azok intenzitásában mutatkozik különbség. A blepharitis, a prurigo, a lingua geographica stb. résztünetei a diathesis exsudativának olykor majdnem teljesen, vagy teljesen eltűnnek, máskor pedig, különösen étrendi hiba elkövetése után ismét mutatkoznak, az eseteknek viszont egy másik részében a tünetek változó intenzitással, de úgyszólván állandóan megvannak, míg végre a serdülő korban fokozatosan végleg kimaradnak, bár vannak esetek, melyekben a diathesis exsudativa megnyilvánulásai még a felnőtt korban sem maradnak el véglegesen, hanem a tüneteknek a kiütkezései a terhelt egyént az egész életén át kísérik.

Az enuresis nocturna (mint a diathesis exsudativa részjelensége) ugyancsak hasonló változatokat mutat. Vannak enuretikusok, a kiken minden éjjel esetleg többször is megtörténik az ágybavizelés, másokon napokra, esetleg hetekre kimarad, hogy azután rendetlen időközökben ismét jelentkeznek, míg végre a serdülő korban szokott végleg elmaradni, bár vannak esetek, melyekben ezen kellemetlen baj még a felnőtt korban is makacsul megmarad.

A diathesis exsudativa jelenségeinek eltűnéséről ismét megjelenéséről tudtuk, hogy összefüggésben van a táplálkozással: ha ezen abnormis constitúcióval terhelt gyermek túltáplálkozott, vagy a toleranciája határára túl menő zsírmennyiséget fogyasztott, akkor a tünetek élénkebben jelentkeztek, ellenkező esetben visszafejlődtek.

Az enuresis nocturnának rendszertelen jelentkezésmódja is ismeretes volt előttünk, annak okát azonban nem tudtuk adni. Nem tudtuk mi az oka annak, hogy az enuresis úgyszólván ok nélkül napokra vagy hetekre kimarad, azután ismét látszólag ok nélkül jelentkezik s szakadatlanul s ko-

nokul megmarad heteken, esetleg hónapokon át, míg azután bizonyos időre ismét kimarad. *Ha csakugyan összefüggésben van az enuresis-esetek egy része a táplálkozással, mint azt én supponálom, akkor a jelentkezés módjának ezen rendszertelenségét, éppen úgy mint diathesis exsudativa eseteiben, enuresis nocturna eseteiben is a táplálkozás változataival meg tudnánk magyarázni.*

Valamint a diathesis exsudativa (fentebb említett) tüneteit nem minden esetben tudjuk a táplálkozás szabályozásával befolyásolni, úgy az enuresis nocturna minden esetében ugyancsak nem sikerült a folyamatot a zsírszegény táplálással megszüntetni. De az eseteknek mintegy 60%-ában mégis sikert értünk el a megfelelő módon alkalmazott táplálással. *Az enuresis nocturnát, mint említettem, az eseteknek 60%-ában sikerült prompte s tartósan befolyásolni, míg ez az eseteknek mintegy 40%-ában nem sikerült.* Hogy mennyi irandó ezen sikertelenségből a nem szbatosan keresztülvitt táplálás rovására, azt nem akarom vitatni, mert hiszen ezen diatés kísérleteimet leginkább a magánygyakorlatban különböző intelligenciával bíró anyák segítségével végeztem, a táplálékknak kellő gonddal való elkészítése, valamint az előírt mennyiségben való adagolása pedig megfelelő s nem csekély figyelmet igényel. Mert nem csupán arra kell törekednünk ezen diatés therapiánál, hogy a zsirokat és cukrot lehetőleg kiküszöböljük, hanem éppen olyan fontos, hogy az ételek készítésekor a zsírmennyiség a lehető minimumra redukáltassék, aminek elhanyagolása természetesen oka lehet eljárásunk sikertelenségének. *A zsír- és cukorszegény táplálékon kívül még egy körülmény fontos ezen diatés therapiában, és pedig a túltáplálás kerülése, mely tapasztalataim szerint éppen olyan jelentős, mint a zsírszegény diatés. Ezért a táplálék mennyiségének pontos caloriás ellenőrzése ezen diatés alkalmazásakor elengedhetetlen.*

5—10 éves gyermek napi caloria-szükséglete 1400—1600; vagyis mintegy 70 gr. fehérje, 55 gr. zsír, 180 gr. szénhidrát

Enuretikusok egy heti étlapja:

Vasárnap:

Reggeli:	Kufeka lisztleves (saccharinnal édesítve), 1 vizes zsemlye (40 gr.)	171 cal.
Uzsonna:	1 alma, 20 gr. kétszersült	120 "
Ebéd:	100 gr. borjúsült (5 gr. zsírban sütvé), 100 gr. spenót (3 gr. zsírral), 75 gr. compot, 30 gr. kétszersült, 1 körte	587 "
Uzsonna:	1 alma, 1 vizes zsemlye	120 "
Vacsora:	50 gr. rizs (vízben főzve), 10 gr. chocolate és 10 gr. troponnal, 1 zsemlye és 1 körte	416 "
		1414 cal.

Összes mennyiség: 72·8 gr. fehérje; 13·3 gr. zsír; 262·5 gr. szénhidrát.

Hétfő:

Reggeli:	Cacao (vízben főzve, saccharinnal), 1 zsemlye	204 cal.
Uzsonna:	1 alma, 20 gr. kétszersült	120 "
Ebéd:	100 gr. marhahús (sovány), 50 gr. sárga borsó, 50 gr. alma-compot, 20 gr. kétszersült, 1 körte	581 "
Uzsonna:	50 gr. kenyér lekvárral	195 "
Vacsora:	40 gr. sonka (sovány), 50 gr. sárga borsó, 20 gr. kétszersült, 1 alma	391 "
		1491 cal.

Összes mennyiség: 77 gr. fehérje; 21·6 gr. zsír; 240 gr. szénhidrát.

Kedd:

Reggeli:	Lisztleves (saccharinnal), 1 vizes zsemlye	171 cal.
Uzsonna:	1 körte, 20 gr. kétszersült	120 "
Ebéd:	100 gr. sült csirke, 50 gr. lencse, 50 gr. barna kenyér, 50 gr. szilva-compot, 2 drb Albert-caces, 1 alma	631 "
Uzsonna:	1 körte, 20 gr. kétszersült	120 "
Vacsora:	40 gr. sonka, 50 gr. lencse, 1 drb vizes zsemlye, 1 körte	442 "
		1484 cal.

Összes mennyiség: 79 gr. fehérje; 18 gr. zsír; 245 gr. szénhidrát.

Szerda:

Reggeli:	Kufeka lisztleves (saccharin), 50 gr. rozskenyér	170 cal.
Uzsonna:	1 alma, 30 gr. kétszersült	154 "
Ebéd:	150 gr. hal, 50 gr. burgonya, 50 gr. compot, 80 gr. burgonyás tészta, 20 gr. kétszersült, 1 alma	602 "

Uzsonna:	50 gr. rozskenyér szilva-lekvárral	186 cal.
Vacsora:	40 gr. sonka, 100 gr. zöldborsó, 20 gr. kétszersült, 1 körte	324 "
		1436 cal.

Összes mennyiség: 72·5 gr. fehérje; 16 gr. zsír; 246 gr. szénhidrát.

Csütörtök:

Reggeli:	Cacao (vízben főzve, saccharin), 1 vizes zsemlye	204 cal.
Uzsonna:	200 gr. szőlő, 20 gr. kétszersült	210 "
Ebéd:	100 gr. marhasült, 100 gr. kalarábé, 50 gr. compot, 50 gr. rozskenyér, 50 gr. rizs (vízben főzve), 5 gr. chocolate, 10 gr. tropon	609 "
Uzsonna:	1 alma, 20 gr. kétszersült	120 "
Vacsora:	100 gr. kalarábé, 40 gr. sonka, 40 gr. rozskenyér, 1 körte	314 "
		1457 cal.

Összes mennyiség: 75·9 gr. fehérje; 19 gr. zsír; 241 gr. szénhidrát.

Péntek:

Reggeli:	Kufeka lisztleves (saccharin), 30 gr. kétszersült	154 cal.
Uzsonna:	1 körte, 1 vizes zsemlye	170 "
Ebéd:	100 gr. borjúsült, 100 gr. carfiol, 50 gr. rozskenyér, 75 gr. szilva-compot, 3 drb Albert-caces, 1 alma	602 "
Uzsonna:	Lekváros-kenyér	186 "
Vacsora:	50 gr. rizs (vízben főzve), 10 gr. chocolate, 10 gr. tropon, 30 gr. kétszersült, 1 alma	401 "
		1513 cal.

Összes mennyiség: 70 gr. fehérje; 19 gr. zsír; 261 gr. szénhidrát.

Szombat:

Reggeli:	Cacao (vízben főzve, saccharin), 1 vizes zsemlye	204 cal.
Uzsonna:	150 gr. szőlő, 20 gr. kétszersült	175 "
Ebéd:	150 gr. hal, 100 gr. kelkáposzta, 60 gr. burgonyás tészta, 50 gr. rozskenyér, 1 körte	526 "
Uzsonna:	Lekváros-kenyér	186 "
Vacsora:	100 gr. kelkáposzta, 40 gr. sonka, 30 gr. kétszersült, 2 drb Albert-caces	361 "
		1452 cal.

Összes mennyiség: 73 gr. fehérje; 17 gr. zsír; 250 gr. szénhidrát.

E táblázatban összeállítottam az enuretikusok egy heti étlapját. A zsirok és nyitott szénhidrátok a táplálékból lehetőleg ki vannak küszöbölve s helyettük fehérjével s zart szénhidrátokkal fedeztük a szükséges caloriákat. Fontos ezen diatés therapiában, hogy a gyermek physiologiás szükségletén valamivel *alul* maradjunk a táplálékmenyiség adagolásában, ezért pl. 8—10 éves gyermeknek teljesen a bemutatott táblázatok szerinti táplálékmenyiséget lehet adagolni, mert az ezeken megszabott táplálékmenyiség caloricen teljesen nem fedezi 8—10 éves korú gyermek physiologiás szükségletét; fiatalabb gyermeknek az előírttnál még valamivel kisebb mennyiségű táplálékot adagolhatunk, mert ezzel a túltáplálást elkerüljük.

A tapasztalat ugyanis azt mutatta, hogy eredményes eseteinkben a gyermekek, ha *súlyukból lényegesebben nem is veszítettek, de súlyemelkedést semmiesetre sem mutattak.* Talán ezen körülménnyel függ össze azon tapasztalatunk is, hogy a zsírszegény diatésával sokkal nagyobb százalékban értünk el eredményt a némileg pastosus, torpid habitussal bíró enuretikusokon, mint az eretikus habitussal bíró gyermekeken. Utóbbiakon sok esetben a zsírszegény diatés alkalmazása nem járt eredménnyel. Vagy ha mutatott is némi eredményt ezen diatés egy-két esetben, az eredmény nem volt tartós, ellentétben a pastosus habitussal bíró gyermekekkel; ez utóbbiakon a diatés megindítása után már néhány nap mulva elmaradt a hosszú évek óta minden éjjel jelentkezett enuresis s nemcsak a diatés alkalmazása alatt, hanem annak elhagyása után, a mikor fokozatosan ismét áttértünk a zsírdúsabb táplálékra, sem jelentkezett az ágybavizelés. Húsz esetem közül ilyen prompte reagáló eset volt 8, ezen gyermekek között 3 két, illetve három év óta van megfigyelésem alatt, 5 pedig egy, illetve másfél év óta; négy esetben a 14 napig tartó zsírszegény diatés elhagyása után rövidebb-hosszabb idő mulva ismét jelentkezett az enuresis, ezeken a diatésnak újolagos két hétig tartó alkalmazása után maradt el tartósan az enuresis. Ezen utóbb említett négy eset is 6—14 hónap óta van megfigyelésem alatt.

Meg kell még jegyezni, hogy a javult enuretikusok között voltak olyanok, a kik még később is, midőn már olyan mennyiségű zsírt tudtak assimilálni, mint a normalis szervezetű gyermekek, olyan mennyiségű tejet, a mennyit hasonló korú normalis szervezetű gyermek jól assimilál, nem tűrtek el enuresis nélkül, holott ugyanekkor a normalis mennyiségű és összetételű táplálékot már enuresis jelentkezése nélkül jól assimilálták. Viszont két gyermekben, ha nyitott szénhidratokat, pl. cukrokat nagyobb mennyiségben fogyasztottak, újólág mutatkozott az enuresis, holott ugyanekkor a normalis mennyiségű és összetételű táplálékot már enuresis nélkül jól assimilálták.

A húsz eset közül 8 esetben a zsírszegény diaeta alkalmazásának nem volt eredménye. Egyiken-másikon annyiban mutatkozott hatás, hogy olykor a vizelés-inger álmából felébresztette s vizelés-szükségletét jelezte a beteg, de a legtöbb esetben még ezen hatás sem mutatkozott, vagyis ezen esetekben a zsírszegény diaeta alkalmazását eredménytelennek kell mondanunk, a mely esetek, mint már említettem, majdnem kivétel nélkül az eretikus habitussal bíró enuretikusokra vonatkoznak.

Nem akarok bővebben foglalkozni ezen alkalommal azon kérdéssel, mi módon hat enuresis eseteiben a zsírszegény diaeta, hiszen még a diathesis exsudativa igazi lényegét sem ismerjük, csupán annyit tudunk hypothesisok s részben anyagforgalmi vizsgálatok alapján, hogy az ezen bántalomban szenvedő gyermekek zsír-kihasználó képességében bizonyos defectus van, hogy ezen gyermekek zsír-kihasználó képessége rosszabb, mint a normalis szervezetű gyermekeké, s valóban tapasztalhatjuk is az ezen constitúcióval bíró gyermekeken, hogy a zsír-assimilációs határ túllépése után mutatkoznak a diathesis exsudativa egyébiránt szunnyadó tünetei; lehet, hogy az enuresis-esetekben elért eredmények is az erősen csökkentett mennyiségű zsírtáplálás tökéletesebb kihasználásából, illetve a szervezet zsír iránti toleranciájának emelkedéséből magyarázhatók.

Összefoglalva a mondottakat: a genuin enuresis nocturna-esetek nagy része nézetem szerint mint a diathesis exsudativa részjelensége fogandó fel, ehhez képest a gyógykezelésében a diathesis exsudativánál szokásos diaetás therapia alkalmazását megkísérelendőnek tartom, különösen olyan esetekben, melyekben az enuresisben szenvedő gyermekben a diathesis exsudativa valamely jelensége fellelhető, azon különbséggel, hogy míg diathesis exsudativa eseteiben bizonyos zsírdús táplálékok fogyasztását, mint tejet, vaját, tojást, tejfölt, valamint a tapasztalatból ártalmasnak talált tápszereket, mint fűszereket, cukrot csak korlátozzuk, de bizonyos mennyiségben meghagyjuk a beteg táplálékában, addig enuresis nocturna eseteiben a fentebb említett tápanyagokat bizonyos időre, 14—20 napra, teljesen kikapcsoljuk a beteg étrendjéből s a caloriák hiányát helyettesítjük fehérjével s zárt szénhidratokkal. Fontos továbbá, hogy a diaeta alkalmazása idején, sőt még azon túl is néhány héten át a túltáplálást kerüljük, a minek szem elől tévesztése a diaetás kezelés sikerét veszélyezteti, ehhez mérten a diaetás kezelés idején a fiziologiás szükségleten még valamivel alóli mennyiségű táplálékot adagolunk a gyermekeknek. A diaetás therapia után, a tolerancia fokának megállapítása okából is, fokozatosan megyünk át zsírdúsabb tápláléokra, melynek megállapítása után természetesen a tolerancia határán alól maradunk a zsírok adagolásakor. A némileg pastosus, torpid habitust mutató enuretikusokon a zsírszegény diaetás therapia alkalmazása sokkal inkább biztat eredménnyel, míg az eretikus typust mutató, valamint a neuropathiás enuretikusokon ezen therapia sikere a legtöbb esetben kétséges.

T. orvosgyesület! Az elért eredményekből végső következtetést levonni nem akarok, hiszen eseteim száma sokkal csekélyebb, semhogy az eredményeket végérvényesnek tartanám: a zsírszegény diaetás terapiát csupán egy új irányban való kísérletnek tekintem. Tekintve azonban, hogy genuin enuresis nocturna eseteiben az orvostudomány alig

tudott, a nagyszámu therapiás eljárás ellenére, valamelyes eredményt felmutatni: eredményeimet biztatónak tartom legalább is annyira, hogy indokoltá tegyék az ezen eljárással való további kísérletezést.

A typhusos betegek táplálásáról.

Irta: Galambos Arnold dr., cs. és kir. tart. ezredorvos.

A hastyphusban szenvedő betegek táplálásának kérdése 1897 óta — a mikor *Barrs* az addigi kizárólagos folyékony diaeta helyett a vegyes szilárd táplálkozást ajánlotta — nyílt kérdés. Kétségtelen, hogy az évek folyamán azok tábora nő, a kik a vegyesebb táplálkozás hívei. Mindazonáltal sokan vannak még ma is, a kik a folyékony diaeta eredményével megelégedve, mindmáig kitartanak az alkalmazása mellett.

A vegyes, szilárdabb táplálkozás előnyét a folyékony, főleg tejdiaetával szemben felesleges volna részletezni. A kérdés csak az, vajjon nem fejt-e ki káros hatást; a beteg kára nélkül veszélytelenül alkalmazhatjuk-e a szilárdabb, vegyes táplálkozást?

E kérdés helyes megítélésére bőséges tapasztalat áll rendelkezésemre. A folyékony, főleg tejdiaeta alkalmazását évek hosszú során át volt alkalmam észlelni a budapesti III. sz. belklinikán. A háború járványai másirányú megfigyelések eszközlésére nyújtottak bőséges alkalmat. A háború járványkörtani tapasztalása meggyőzött egyrészt arról, hogy a caloriaszegény, hiányos táplálkozás a hastyphus lefolyására súlyosan káros hatású, másrészt pedig, hogy a bőséges táplálkozást a hastyphusban szenvedők jól tűrik, s ez úgy a betegség lefolyására, mint a halálozás fokára kedvező hatással van.

A háború első hónapjaiban megfigyelhettem, hogy egy kiterjedt járvány idején a caloriaszegényen táplált hastyphusos betegek átlagos megbetegedése igen súlyos volt.

Complicatiók és recidivák gyakran jelentkeztek. Igen gyakori volt a kiterjedt bronchopneumonia. Az összmortalitás 25%-ra volt becsülhető; ennek $\frac{2}{3}$ részében bronchopneumonia volt a halálok. Még súlyosabb s végzetesebb complicatiót, illetve társfertőzést jelentett az ily gyenge, elesett betegek reconvalescens szakában jelentkezett dysenteria. Más helyen rámutattam arra a pusztító, megrendítő képre, melylyel a typhus után vagy azzal egyidejűleg jelentkezett dysenteria lefolyt. Ezen megbetegedés átlagos mortalitása 75%-ra becsülhető.

Részint ezen tapasztalásaim, részben kórházunk elsőrangú felkészültsége lehetővé tették, hogy typhusos betegeimet bőséges, caloriadús, vegyes és részint szilárd táplálékkal lássam el.

A táplálék megválogatásakor szem előtt tartandó és mérlegelendő, hogy tömegtáplálásról van szó s hogy — a háború folytán — bizonyos tápanyagok beszerzése lehetetlen volt, avagy csak korlátolt mértékben volt eszközölhető.

Az ételek elkészítésére nagy gondot fordítottunk, s ha ezt — táborig járványkórház igényeihez képest — nemcsak ki-elégítőnek, hanem kitűnőnek tekinthetjük: kétségtelen, hogy béke idején elsőrangú szakácsok alkalmazásával, az anyag beszerezhetőségének javulásával ugyanezen elvek alapján összeállított vegyes táplálékkal még kiválóbb eredményeket érhetünk el.

Typhusos betegeim alapdiaetája (24 óra alatt) — a melyet röviden I. diaetának nevezhetünk — a következőkből állott: 1—2× *leves* (liszttel vagy e nélkül), 1—2× *tea* (rummal), 2× *tej* (0.5 l.), *yoghurt-tej* napjában 1—2× (átlag 2—4 deci), *cacao*, *chokolade*, vagy *kávé* napjában 2-szer ($\frac{1}{2}$ liter), *tejben dara* 2-szer (kb. 500 gr.); $1\frac{1}{2}$ —2 deci tej, 100 gr. *dara*, *borjú-* vagy *marhahúskaparék*, illetve *vagdalké* sűrű mártás formájában, vagy *becsinált borjúhús* napjában 1-szer (átlag 100 gr. hús, megfelelő liszt-, zsír- stb. tartalommal), *kocsonya* (gelatina) mintegy 250 gr.-nyi, *compot* 1-szer

¹ Galambos: A typhus és dysenteria együttes előfordulásáról. Orvosi Hetilap, 1915.

(szilva, alma), fehér, helyesebben félbarna kenyér napjában 2-szer (átlag 100—120 gr.), tábla-chokolade 50—100 gr.-nyi mennyiségben. A járvány kiterjedt volta s az anyag beszerezhetőségének nehézségei következtében nem minden betegnek, csak a súlyosabbaknak adtunk ezenkívül agyvelőt, lágy tojást (agy-tojással), Stokes-mixturát, borlevest, sonkát (80 gr.), cakes-t (100—200 gr.), időnként sült csirkehúst, karfiolt, cognacot, gyógyvörösbort. Könnyű vagy közepes súlyos betegimnek pedig, főleg jó étvágy esetén — a megbetegedés időpontjától, a láz fokától függetlenül — burgonyapürét, könnyű tésztát, vagdalt húst engedtem, avagy a már előbb említett ételek adagát fokoztam. Az alapdieta caloriatartalma 2500 körül van. A javításokkal pedig eléri, sőt meghaladja a 3000 caloriát is. Összeállítása változatos s bár főként folyós és pépes táplálékból áll, nem hiányzik belőle a szilárd táplálék sem (kenyér, sonka, chokolade), a melynek rágás útján, a fogakkal felaprítására igen nagy súlyt helyeztem.

A betegek nagyobb része — a magas lázas szak idején is — táplálkozott, helyesebben: táplálható volt. Gondos ápolással, a beteggel való szeretetteljes bánás s bánni tudás mellett a legtöbb esetben sikerülni fog a táplálékot vagy legalább annak jó részét elfogyasztatni. Természetesen még így is maradnak esetek, melyekben nemcsak az étel-, de még az italfelvétel is a legnagyobb akadályokba ütközik s így is csak alig vihető keresztül. Törekvésünk arra irányul, hogy ezen időszakot lehetőleg megrövidítsük, hogy ezen mielőbb túlségítsük betegünket. E tekintetben a leghatásosabb eszköz a betegség specifikus kezelése: eseteimben a Besredka-féle vaccinával.² Már a subcutan alkalmazás is igen hatásos, azonban az intravenás kezelés eredményeivel távolról sem hasonlíthatók össze. Ezen eljárás alkalmazása mellett a chemiai antipyresisnek — a mi eseteimben 4 óránként adagolt 10 cgr. pyramidonból állott —, valamint a hydriatikus eljárásoknak (hideg bepakkolás, langyos fürdő hideg leöntésekkel) ritkán jut alkalmazása. Ugy a pyramidon, mint a fürdő alkalmazása csak szigorú indicatiók alapján történt. Nem a magas láz, hanem a súlyos elesettség, status typhosus, bronchopneumonia, az idegrendszer zavarai stb. szolgáltatták az indicatiót. Ilyen alkalmazás mellett valóban kiváló szolgálatot tett úgy a chemiai, mint a hydriatikus antipyresis, akár külön, akár együtt. A fürdő alkalmazása, mint a sensorium s a szív működés leghatásosabb regulatora, kétségtelen, hogy nem egy esetben életmentő. Ilyen hatásos eszközök alkalmazása mellett — igen ritka kivételeket leszámítva — jelentékenyen megrövidíthető az az idő, mely alatt a táplálkozás nagy akadályokba ütközik. A súlyos esetek ama részében, melyben a megbetegedés súlyossága ellenére is a beteg táplálása keresztülvihető, éppen a bőséges, dús táplálás lesz egyike azon fontos factoroknak, melyek a változatos állapotban sietik keresztülhozni betegünket. Éppen ezen esetekben adjunk s adhatunk legbőségesebben s legváltozatosabban mindent, a mit a beteg az imént felsoroltak közül elfogyasztani tud.

Rendszerint a láztalan szak 4.—6. napjáig maradtak betegeim ezen diatán. Ekkor az eddigihez vagdalt húst, könnyű tésztát adtam (II. diata). Majd erre 2—4 nap mulva sült húst, burgonyapürét. A láztalan szak 3. hetének kezdetén az úgynevezett IV. diatára tértem át, a mely a vegyes diatát jelentette.

Régi tapasztalás, hogy a táplálék mennyiségének, főleg azonban minőségének ugrásszerű fokozása a typhosus beteg hőmérsékét károsan befolyásolhatja, a reconvalescentiában újabb lázas állapothoz vezethet. A recidivák jó részét étrendi hibára vezetik vissza. Hogy czélszerűtlen táplálkozás, compact vagy nehezen emészthető táplálékok nyújtása valóban elég gyakran lázas reakciót vált ki, magam is sokszor észleltem. Azt tapasztaltam, hogy minél bőségesebb, vegyesebb a táplálkozás, annál inkább tűrik a betegek a táplálék mennyi-

ségének emelését, míg szigorú, folyékony diata mellett — a szervezetet elszoktatva a bőségesebb táplálkozástól — a legcsekélyebb étrendi változás, emelkedés gyakran okoz lázat. Egyébként e tekintetben egyéni különbségek is szerepelnek. Míg némelyek még a lázas szakban is — annak rendszerint a vége felé — jól tűrték a vagdalt húst, sült csirkét vagy borjúhúst, tésztát, burgonyát stb., addig más esetekben ugyanezen táplálék a láztalan szak 5.—6. napján nyújtva ezen fokozott táplálkozás mellett — egy, legfeljebb két nap alatt ismét eltűnt, máskor azonban a tápláléknak — néhány napra terjedő — szigorúbb megszorítása vált szükségessé a hőmérsék teljes leeséséhez.

De mindezek ellenére — látszólag ezen állítással ellentétben — nem tagadható, hogy bizonyos körülmények közt a táplálék fokozása, sőt a nélkül is csupán a már ismertett alapdiata, az I. diata is a lázas hőmérséklet emeli, a lázat fenntartja, esetleg a láztalan szakban újabb hőemelkedést vált ki. A táplálkozás s a hőmérsék közti összefüggés kérdésének tanulmányozására több mint 300 esetben terjedt ki figyelmem. Megkísérletem, hogy 1. elhúzódó, hosszúságú lázas szakban — kimutatható complicatio nélkül — magasabb láz esetén a betegség tetőfokán épp úgy, mint alacsonyabb láz, esetleg subfebrilitas esetén, sokszor már a betegség vége felé — a Besredka-féle vaccinával kezelt s nem kezelt esetekben egyaránt, 2. az intravenás Besredka-kezelés után a reakciós láztalan szakot követő újabb hőemelkedés idején, végül 3. ezen hőemelkedés előtt, tehát praeventive alkalmazva akár a Besredka-féle oltás előtt, akár utána, de még a láztalan szakban szigorú diata közbeiktatásával a hőmérséklet lenyomni, illetve a 3. csoportbeli esetekben újabb hőemelkedés beálltát meggátolni sikerül-e? Ugyanezen szigorú diatát alkalmaztam akkor is, midőn akár a táplálék fokozatos emelése idején, akár anélkül, a láztalan szakban — annak néha második hetében — ismeretlen okból múló jellegű hőemelkedés állott be (nem recidiva). E szigorú diata 24 óra alatt elfogyasztandó 1—1½ liter tejből, ½ liter teából s ½ liter levesből állott s rendszerint 3 napon át alkalmaztatott. Míg a 3. csoport eseteiben a szigorú diata alkalmazása teljesen céltalannak bizonyult, addig a második csoport eseteinek egy kis részében — legfeljebb ¼ részében —, csaknem kizárólag azon esetek közt, melyekben a napokra terjedő reakciós láztalan szak után legfeljebb subfebrilis hőmérsékek jelentkeztek, főleg azonban az első csoport eseteinek mintegy 25—30%-ában a szigorú diata közbeiktatására — többnyire prompt módon, tehát a szigorú diata első napján már — a hőmérsék csökkent, sokszor kritikusan a normalisra esett le. Ezen normalis hőmérsék az eseteknek túlnyomó részében megmaradt akkor is, ha a 3 nap elteltével újból az első diatára helyeztük betegünket; ezek a táplálék ismertetett további fokozatos emelését is jól tűrték. Ritkán fordultak elő esetek, melyekben a szigorú diata alkalmazása után a normalisra sülyedt hőmérsék újabb első diatára újból emelkedett s ezen újabb emelkedést a tápláléknak újabb megszorítása újból elvágta, experimentalis bizonyítéka gyanánt annak, hogy ezen esetekben a hőmérsék eme — akár 3—4-szer egymásután megismétlődő — játékában a hőemelkedés oka csakugyan a bővebb, vegyesebb táplálékban keresendő.

Az eseteknek legalább 70%-ában a szigorú diata a hőmérsékletet nem nyomta le; ezen esetekben természetesen a bő, vegyes táplálék nyújtása a helyénvaló. Előfordult, hogy a szigorú diatára nem reagált esetekben 5—6 nappal később — más esetekben a 3. vagy 4. ízben alkalmazott megismétlésre — a vegyes táplálék megvonása a hőmérsék csökkenésére vagy a láz eltűnésére vezetett. Általában minél elhúzódóbb volt a láz, annál több reménye volt a szigorú diata sikerének.

Tehát az eseteknek több mint 2/3 részében a táplálék megvonása céltalan s felesleges, sőt nem ritkán előfordult, hogy a szigorú diata beállítására nem hőesés, de prompt hőemelkedés állott be. Habár ezen esetek egy részében a

² Galambos A.: A typhus abdominalis, paratyphus A. és B kezelése Besredka vaccinájával. Legközelebb jelenik meg az Orvosi Hetilap hasábjain.

véletlennek is juthatott szerep, kétségtelen, hogy az esetek ama részében (25—30%), melyben a szigorú diéta hatása alatt a hőmérsék csökkent, a véletlennek még nagyobb szerep juthatott s nem tudhatjuk — stad. decrementi állván fenn —, hogy a szigorú diéta hatásának tulajdonított hőesés az esetek jó részében ugyanazon időben nem köszöntött volna-e be spontan?

Hogy a bő, vegyes, caloriadús diéta minden tekintetben czélszerűbb, előnyösebb, mint a caloria-szegényebb, folyékony, egyhangú diéta, ezt bizonyítani teljesen felesleges, e tekintetben azt hiszem, a folyékony diéta hívei is megegyeznek.

Hogy mindezek ellenére nem alkalmazták, annak oka a vegyes diéta feltételezett vagy tapasztalt káros hatásában volt keresendő.

A vegyes diétát több mint 400 esetben alkalmaztam. Káros hatását sohasem tapasztaltam. Ezt bizonyítják a következő adatok is: mintegy 30 haláleset közt perfor. peritonitis 3-szor fordult elő (helyesebben 1 perf. perit., 2 diffus peritonitis), ezek közül az egyik már diffus peritonitissal véteztett fel osztályomra, a másik diffus peritonitis egy súlyos esetben állott be, melyben a tápfelvétel ezen okból igen hiányos volt (operatio), a perfor. peritonitis elhúzódó, súlyos laryngo-typhussal kombinált esetben fejlődött. Bélvérzés 4 esetben állott fenn s 3-ban vezetett halálra. Mindhárom esetben Besredka-vaccina is alkalmaztatott. A mint a bonczoláskor megállapítható volt, a vérzés oka toxikus (vaccina), localisatiója a vastagbélben volt.³ Tehát a vérzés és a perforatio, mint a két legrettegettebb complicatio nemcsak nem gyakoribb, mint a folyékony diétán tartott betegekben, hanem még a jelentékenyen megkevesbedett haláleseteknek is aránytalanul kis részében fordult csak elő. Hogy nagyfokú legyengülés, leromlás felette ritka volt: bizonyítja, hogy bronchopneumonia kétszer fordult elő (gyógyulás), venathrombosis egyáltalában nem, decubitus szintén egyetlen esetben sem (két beteg már decubitussal került osztályomra). Hogy a rágás, a vegyes táplálás a legjobb mechanikai tisztítója a szájnak, bizonyítja, hogy gennyes parotitis egy esetben sem fordult elő (egy esetben egyoldali, néhány nap alatt visszafejlődött parotitis-duzzanat). Complicatio általában ritkán fordult elő, recidiva pedig alig 6—7 esetben; több mint 150 intrav. Besredka-vaccinával kezelt esetem közt összesen négy ízben, mind a négy eset újabb egy, legfeljebb két injectióra kritikusán gyógyult. Mindezen jó hatás elérésében a főszerep kétségen kívül a Besredka-kezelésnek jut, azonban Besredka-vaccina nélkül kezelt mintegy 50 esetben közvetlenül is meggyőződhettem a bő táplálás előnyeiről. A bő, vegyes táplálás kiváló hatását úgy a morbiditas súlyosságára, mint a mortalitas fokára a kísérlet bizonyító erejével igazolja azon tapasztalás, hogy kórházunk egy másik osztályán az ugyancsak Besredka-kezelésben részesített, de folyékony és caloria-szegény diétán tartott esetek lefolyása igen gyakran súlyos volt, a nagy mértékben leromlott betegek súlyos és változatos complicatiókat szenvedtek el (gyakori parotitis purul., thrombosis, myodegeneratio, pyothorax, polyneuritis, phlegmone stb.); a mióta ezen osztályon a bő, vegyes táplálás bevezetett, e complicatiók ennek megfelelőleg rögtön alább-hagytak.

A mit *Korányi Sándor* az első napok ápolásának s kezelésének jelentőségéről állított a typhus abdominalis lefolyására, mortalitására vonatkozólag, az szűkebb körben a jó táplálásra vonatkozólag is megállapítható. Ha a megbetegedés első felében, az ápolás, kezelés első napjaiban betegeinket nem tápláljuk eléggé, ebből az egész betegségre, lefolyásra behozhatatlan károk támadhatnak.

Mindhogy a Besredka-kezeléssel az esetek nagyobbik felében kritikus gyógyulást vagy rögtön hatást sikerül elérnünk: ma a bő és vegyes táplálásnak jelentősége ugyan kisebb, mint e specifikus kezelés előtt volt. De azért mégis

³ Galambos A.: A hastyphus, paratyphus A. és B. kezelése Besredka vaccinájával. Orv. Hetilap, 1916.

törekedjünk oda, hogy typhusos betegeink táplálékát az említett módon szabadon s bőven válogassuk meg. A bő, vegyes, de könnyen emészthető, finoman aprított formában nyújtott táplálék élvezetének káros hatása nincs, az előnye pedig igen nagy. Minél súlyosabb a megbetegedés, annál forcirozottabban tápláljunk, annál többet s változatosabbat nyujtsunk. Csak ha a láz elhúzódó, esetleg ha a láztalan szakot újabb subfebrilitas követi (intrav. Besredka inj. után), iktassunk közbe 2—4 napos szigorú diétát. Mint a hogy diabetes mellitusban nem a zabliszt- vagy főzeléknap, hanem a bővebb, változatosabb diabeteses alapdiéta a fontos, az éhez- vagy főzeléknap csak adjuvans, úgy itt is a bővebb, változatosabb, vegyes diéta az alapdiéta, melyet indicatio esetén néhány napra a szigorú diétával vált-hatunk fel.

A m. kir. rokkantügyi hivatal pozsonyi intézetéből.
(Igazgató: Bakay Lajos dr., ny. r. egyetemi tanár.)

Új módszer és új készülékek az ízületek mobilisatiós kezelésére.

Irta: *Fischer Ernő* dr., osztályvezető főorvos.
(Vége.)

II. Készülék a váll-, csípő-, térd- és bokaizület mobilisatiójára (*Mobilisator II*).

A készülék (13—18. ábra) tulajdonképpen planum inclinatum duplex, a mely a csípő- és a térdizületnek megfelelőleg sarnirokon hajlik és egy alapteretűre van felszerelve; ennek végén egy csigatartó keret van, a melynek csigáiról lógnak le a súlyok; két oldalsó rúd, a mely két állásban rögzíthető, közvetíti a felfelé emelést.

A vállizület mobilisatiójakor a kéztőre a kézmansettát (1. ábra) csatoljuk fel, az alsó végtag mobilisatiójakor egy lábmansettát alkalmazunk (14. ábra), a mely a sarok számára kivágással bir és egyrészt a bokaizületet öleli körül és ezzel a mobilisatio alatti extensio közvetítésére szolgál, másrészt a lábat a metacarpusok fejecseinél fogja körül és ezzel a láb mozgását közvetíti.

A készülék bármely pamlagra, padra, ágyra, asztalra feltehető, a honnan a súlyok szabadon lóghatnak le; egy-egy excursio után $\frac{1}{2}$ —1 perces pihenőt adunk, a mely időre a súlyokat egy ápoló felemeli és az asztalra (ágyra, padra stb.) felteszi; az extensiót azonban, a mely a mobilisatio alatt is működik, a pihenők alatt is működésben hagyjuk!

A thermalis kezeléssel való combinációnak kivitele úgy az ábrákon, mint az egyes ízületek mobilisatiójának leírásából el van hagyva.

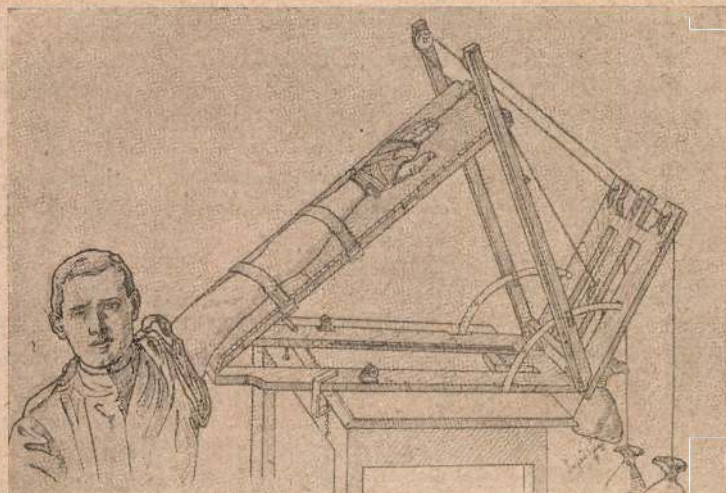
4. A vállizület mobilisatiója.

A készüléket egy asztalra helyezük (13. ábra), a beteg alacsony zsámolyon a beteg oldallal az asztal felé ül, úgy, hogy hónalja pontosan a készülékhez illeszkedjék; a rudakat a magas állásban rögzítjük. Felcsatoljuk a kézmansettát (1. ábra), ennek karikáiba akasztjuk a középső zsinórt, a melyet a csigatartó keret alsó csigáján vezetünk le és a melyet kellőleg megterhelünk: e súly eszközli a mobilisatio alatti állandó extensiót. A felkart a hevederekkel a fekvő laphoz erősítjük. A lapoczká rögzítése felesleges, mert az extendáló súly a lapoczká külső szélét úgy is a párnázott laphoz támasztja.

Most a súlytartó zsinórok végét a fekvő lap végén levő kis csigákba akasztjuk be és először a rudak végén levő csigákon, majd a csigatartó keret oldalsó csigáin át vezetjük és kellőleg megterheljük: ezáltal a fekvő lap és együtt a felső végtag is fel fog emeltetni (13. ábra) mindaddig, a míg azt a contractura megengedi; a hosszabb időn át működő és extensióval egybekötött húzás lassankint mindinkább oldja a merevséget.

Úgy a mobilizálást végző súlyt, mint az egyes mozdulatok és az egész gyakorlatozás időtartamát itt is individualizálva adagoljuk; ex-

tendáló súly gyanánt körülbelül 5 kgr.-mot szoktam adni, az elevatio eszközlésére pedig kezdetben 3 + 3 kgr.-ot, a melyet naponta $\frac{1}{4} + \frac{1}{4}$ kgr.-mal növelek, egészen 7 + 7 kgr.-ig; egy-egy elevatiós kilengés időtartama 5–10 percz, ezen idő elteltével az ápoló $\frac{1}{2}$ –1 perczre fel-emeli és az asztra helyezi a súlyokat; naponta legalább kétszer fél-fél óra hosszat végeztem a gyakorlatokat.



13. ábra.

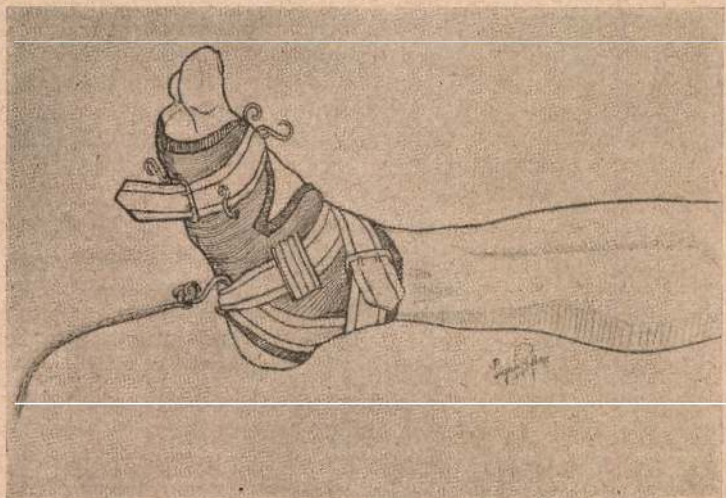
A vállizület mobilisatiója.

Az oldalt-elevatiót már az első gyakorlatok után válto-gathatjuk előre-elevatiós gyakorlatokkal, egyszerűen úgy, hogy a beteg szemben ül a készülékkel; és ha a vállizületi contractura már annyira javult, hogy a készülékkel végezhető legnagyobb elevatio is könnyen történik, akkor a további gyakorlatozást egyszerűen egy az ajtószárfába felül becsavart csiga segélyével végeztetjük és e módon gyakorol-tatjuk a maximalis elevatiót; az ajtóba kilincsmagasságban elhelyezett csiga segélyével pedig rotatiót és hátrafelé való elevatiót végeztethetünk.

Activ ellenállásos gyakorlatokat is végeztessünk a készülék segélyével és ilyenkor az extensiós súly legyen egyszersmind az ellenállás is.

5. A csípőizület hajlítása nyújtott térdtartás mellett.

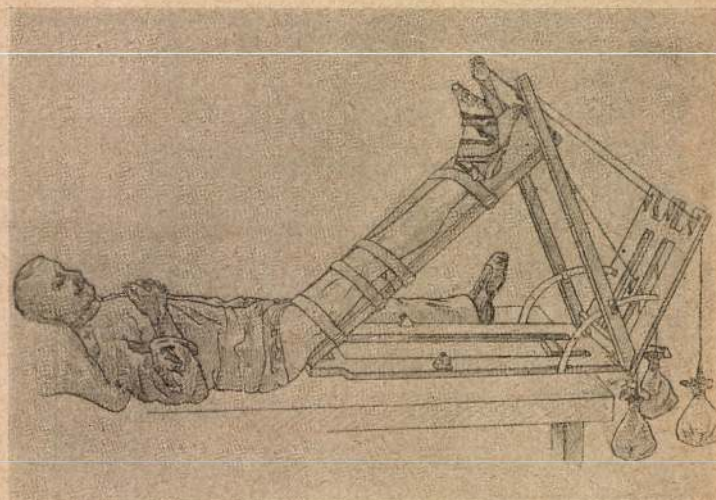
A lábmansettát (14. ábra) felcsatoljuk, az állandó extensio zsinórját a sarok alatt keresztvezető mansettaszalagba akasztjuk be, a csigatartó-keret alsó csigáján vezetjük át és kellőleg megterheljük. A czombot és a lábszárt a készülékhez fixáljuk, a rudakat a magas állásba állítjuk be; a súlytartó zsinórokat először a fekvőlap végén levő csigákba akasztjuk be, majd a rudak végén levő csigákon és a csigatartó kereten levő oldalsó csigákon vezetjük le és kellőleg megterheljük: ekkor az alsó végtag fel fog emeltetni és a csípőizületben



14. ábra.

A lábmansetta felcsatolása.

be fog hajlítani mindaddig, a míg azt az izület contrac-turája megengedi (15. ábra); az állandó hajlítás ellazítja az izmok feszülését, a gyakorlatozás alatti extensio pedig lénye-geesen elősegíti az izület mozgékonyosságát.



15. ábra.

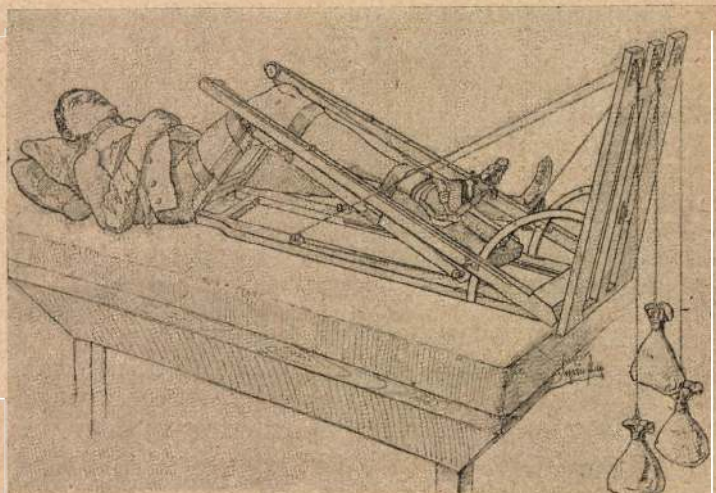
A csípőizület hajlítása nyújtott térdtartás mellett.

Kezdő súlynak egy-egy zsinórra 5–5, összesen tehát 10 kgr.-ot alkalmazok, ezen súlyt naponta átlag 1 kgr.-mal növelem egészen 20 kgr.-ig. Egy-egy excursio átlag 10 perczen át tartson, ezen idő el-teltével egy ápoló felemeli és 1 perczen át az asztron tartja a súlyo-kat, de az extensiós súlyt a szünet alatt is működésben hagyjuk. Egy gyakorlat $\frac{1}{2}$ –1 órán át tartson és naponta legalább két gyakorlat végeztessék.

6. A csípőizület hajlítása hajlított térdtartás mellett.

7. A térdizület hajlítása.

A lábmansettát felcsatoljuk, zsinórját a csigatartó keret középső felső csigáján át vezetjük át, ez szolgál az állandó extensióra; a czombot és lábszárt a készülékhez fixáljuk; a rudakat az alsó lyukakba állítjuk be. A súlytartó zsinórok végeit a térdhajlásnál levő gombokba akasztjuk be és először a rudak végén levő csigákon, majd a fekvőlap lábvégén levő csigákon, ezután az alapkereten levő csigákon és végül a csigatartó keret oldalsó csigáin át vezetjük és kellőleg meg-terheljük (16. ábra). Ekkor a súlylyal megterhelt zsinór elő-ször is felemeli a térdet, behajlítja a térdizületet és behaj-lítja a csípőizületet is és hajlítja mindaddig, a míg azt a contractura engedi. Ezen elrendezés mellett a hajlítást végző súly kettős erővel működik: egyrészt úgy, hogy a készülék térdrészt felemeli, másrészt azzal, hogy a behajlított készülék lábvégét a fekvőlap közelébe hozza. Ezen közelítés nagy erővel tör-



16. ábra.

A csípőizület és térdizület hajlítása.

ténik, a mennyiben a készülék lábvégén levő csigák mozgó csiga gyanánt szerepelnek és a mozgató erőt megkettőzik; és ezért a hajlítás még akkor is fokozódik, a mikor a térd már elérte a rudak végeit, úgy hogy a csípő és térd a derékszögön túl is behajlítottatik.

A mint a passiv hajlítás megkezdődik, ugyanakkor a fekvőlap végén alul levő két kis csap beleakad az alapkeret belső oldalán levő sínekbe és megakadályozza, hogy a fekvőlap és vele együtt a lábszár is felemelkedjék.

Kezdő súlynak egy-egy zsinórra a szükség szerint 5 avagy 10 kg.-ot adunk és ezen súlyt naponta 1 kg.-mal növeljük egészen 15 kg.-ig. Egy hajlítás 5–10 perczen át tartson, ezen idő elteltével 1 perc pihenőt adunk: az ápoló felemeli és 1 percre az asztalra teszi a hajlító súlyokat, az extenziós súly azonban (átlag 5 kg.) a pihenő alatt is működik. Egy gyakorlatozás tartama $\frac{1}{2}$ –1 óra és naponta legalább 2 gyakorlatozást tartassunk.

Activ ellenállásos hajlításakor az ellenállás kifejtésére elegendő az extenziót végző súly.

8. A csípőizület és térdizület nyújtása.

A csípőizület és térdizület nyújtásakor a készülék rudjainak nincs szerepe, tehát lehajlíthatók (17. ábra); de ha a nyújtást a hajlítással váltakozva eszközöljük, fenn kell őket hagyni. A fekvőlapot a kontrakturált czombhoz és lábszárhoz emeljük fel és erősítjük oda, a lábmansettát felcsatoljuk és ráakasztjuk az extenziót eszközölő súlyt; az oldalsó zsinórokat a térdhajlásnál levő gombokba akasztjuk be, innen először az alapkereten levő kis csigákon, azután a csigatartó keret oldalsó csigáin át vezetjük és kellőleg megterheljük (17. ábra).



17. ábra.

A csípőizület és térdizület nyújtása.

Ezen elrendezésnél az extenziót eszközölő erő *egyirányú* a passiv nyújtást eszközölő erővel és így nemcsak nyújtja a zsugorodott izületi szalagokat és tágítja az izületet, hanem egyszersmind a lábat lefelé húzza és ezáltal a csípő- és térdizület kinyújtásához lényegesen hozzájárul.

Rendesen 5–10 kg.-ot adunk extenzáló súlynak, a nyújtás eszközzésére pedig 5+5 kg.-ot, a mely súlyt naponta 1 kg.-mal növelem 10+10 kg.-ig; egy-egy nyújtás 5–10 perczen át tartson, azután 1 perc pihenő, de az extensio ezalatt is működik. Egy gyakorlat tartama $\frac{1}{2}$ –1 óra és naponta legalább két gyakorlatot végeztetünk, a melyeket activ ellenállásos gyakorlatok kövessenek.

9. A bokaizület mobilisatiója.

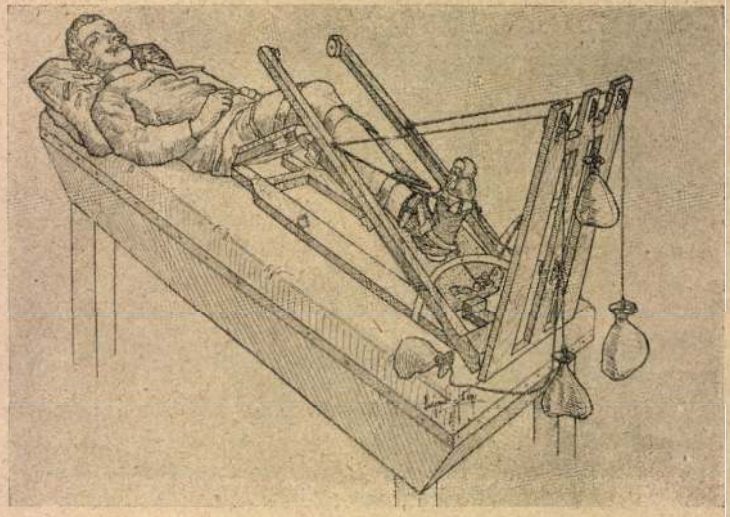
Dorsal-volarflexio, pronatio, supinatio.

A rudakat az alsó állásban rögzítjük, az alapkeret lábvégén levő kis támaszt felcsapjuk, a fekvőlapot kissé behajlítjuk és a kis támaszhoz nekitámasztjuk; így egy szilárd planum inclinatum duplex-szel rendelkezünk, a mely a bokaizület mobilisatióját a csípő- és térdizület semiflexiós helyzete mellett teszi lehetővé.

Passiv dorsalflexio: A lábmansettát felcsatoljuk, extenziót végző zsinórját a csigatartó keret felső középső csigáján vezetjük át és súlylyal megterheljük; az oldalsó zsinórokat a lábmansetta elején levő kampókba akasztjuk be, és először a rudak közepén levő kis csigákon, majd a csigatartó keret oldalsó csigáin át vezetjük és megterheljük (18. ábra); a súlyok húzása passiv dorsalflexiót fog eszközölni.

Ha úgy kívánatos, hogy a dorsalflexio valgus-avagy varus-állásban történjék, akkor a két súlyt egyenlőtlenül osztjuk el: varusnál a belső, valgusnál a külső súlyt veszünk nagyobbra.

Passiv volarflexio: a lábmansetta talpi szalagjába akasztott zsinórt (a mely a 18. ábrán lazán csüng le) a megfelelő súlylyal terheljük meg.



18. ábra.

A bokaizület mobilisatiója.

Pronatio-supinatio: az oldalsó súlytartó zsinórral felfelé, a volarflexióhoz is használt, a 18. ábrán lazán lelógó zsinórral lefelé húzatjuk a láb szélét és ezáltal pronáljuk, a zsinórok átcserélésével pedig supináljuk a lábat.

A bokaizület mobilisatiójakor 1–15 kg.-nyi súlyokat használunk; egy-egy irányban 5 perczen át hagyjuk az izületet, a gyakorlatokat kétszer naponta $\frac{1}{2}$ –1 órán át végeztetjük.

Megfelelően kisebb súlyokkal activ ellenállásos gyakorlatokat is végeztethetünk.

Gyakran előfordul, hogy térdcontractura mellett bokaizületi contractura is van, ezen esetekben könnyen kombinálható a térdhajlítás vagy nyújtás (16. és 17. ábra) a bokaizület nyújtásával-hajlításával (18. ábra).

* * *

Készülékeim egyszerűségükönél és olcsóságuknál fogva könnyen beszerezhetők és bárhol felállíthatók, az orvos vezetése mellett bármely ápoló vagy akár laikus által is kezelhetők, az izületek passiv mobilisatióját a physiologiás irányokban, pontosan adagolható erővel, lemérhető és adagolható időn át tartó kilengésekkel eszközöljük, a mobilisatiót állandó extensio mellett végzik, alkalmasok activ ellenállásos gyakorlatok végzésére is.

Érdekes megfigyelni, hogy már az első gyakorlatozások alkalmával megszűnik az izületi merevség azon része, a mely az izmok (akaratlagos vagy önkéntelen) megfeszülése által okoztatik; a javulás a simultan mechanikai thermalis behatás következtében rendesen igen gyorsan mutatkozik és mindig, még elavult esetekben is, fokozatos. Eredményre azonban nem erőszakos, hanem jól individualizált, helyesen fokozott, rendszeres és jól ellenőrzött gyakorlatokkal juthatunk!

Ezen készülékeket, bár primitivebb formában, praxisomban már régen használom, a három év előtti sebészársasági ülésen az egyiket be is mutattam és a hadegészségügyi kiállításán is közszemlére tettem. Hogy előbb nem közölhettem

ezen kis készülék leírását, annak oka, hogy a háború első éve alatt csapatorvosi szolgálatot teljesítettem; most, hogy a *Bakay* tanár vezetése alatt álló m. kir. rokkantügyi hivatal pozsonyi intézetében dolgozom és itt alkalmam volt tömeges kezeléskor is kipróbálni és jónak találni a készülékeket, átadom őket a közhasználatnak, azon tudatban, hogy a háborúban a fegyverek, a békében pedig a munka és baleset áldozatainak lehetek velük segítségére.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. H. Oppenheim: Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin, 1916, Verlag von S. Karger.

A jól megfigyelt és leírt kórrészletek felfogásom szerint a legjobb illusztrációk egy jó munkához. *Oppenheim* e követelménynek mesteri módon tett eleget munkájában. 48 észlelete tökéletes, és úgy a szakorvosra, mint a gyakorlóorvosra nézve felette tanulságos. Az egyes kórformák bírálata mellett röviden, de átnézetesen taglalja a prognoszt (melyet általában aránylag jónak tart) és a therapiát, természetesen nagy horderőt tulajdonítva a „Psychotherapie“ und „Übungs-therapie“-nak.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkórnak Röntgen-fénnyel kezelésére vonatkozó kísérleteket végzett a freiburgi egyetem belklinikáján *Küpfeler* és *Bacmeister*. Eredményeiket a következő pontokban foglalják össze: 1. Kemény, filtrált Röntgen-sugarakkal a házinyulak kezdődő, kísérletileg létesített gümőkórja meggyógyítható. 2. A Röntgen-sugarak az aránylag gyorsan növekedő tuberculosus sarjadzó szövetre hatnak, a melyet hegszövetté alakítanak át; magukra a gümöbacillusokra nincs befolyásuk. 3. Gyógyeredmény elérésére bizonyos optimum szükséges; nagyon kicsiny adagoknak hosszú időközökben adva nincs hatásuk, nagy adagok gyors egymásutánban pedig megkárosítják az ép tüdőszövetet, bronchitist és bronchopneumoniát idézve elő. 4. A quarzfénynek nincs közvetlen befolyása a kísérleti úton létesített tüdőgümőkórra. — Egy másik dolgozatában *Bacmeister* tüdőgümőkóros embereken végzett gyógyító kísérleteiről számol be, melyek alapján jól megválogatott esetekben (főleg megállapodott avagy idősülten lefolyó phthisis, aránylag csekély hajlamossággal a gyorsabb terjedésre) nagy jövőt jósol a Röntgen-kezelésnek, főleg quarzfénnyel kombináltnak. Ez utóbbinak ugyan nincs közvetlen hatása a gümőkóros folyamatra, a bőrnek bővérűvé tevésével azonban tehermentesíti a tüdőt, másrészt nagyon kedvező általános hatást fejt ki, talán a szervezet védekező erejének és a vérnek kedvező befolyásolása révén. A kezelés technikáját illetően az eredeti dolgozatra kell utalnunk. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 4. sz.)

Sebészet.

Az emberi testbe jutott ólomlövedékek mérgező hatásáról írja *Lewin*, hogy a lövedékek felső rétegei a szövetnedv és a szövetek oxygenjének hatása alatt ólomhydroxyddá, másrészt pedig a szövetnedv chloridjainak hatása alatt vízben kevéssé oldódó ólomchloriddá alakulnak át. De nemcsak a szövetnedv, hanem a zsírok is elég jól oldják az ólomot. Az oldódás és a keringésbe jutás gyorsasága természetesen attól függ, hogy mily élénk anyagforgalmú szövetben foglal helyet a lövedék. Az esetleges ólommérgezés megelőzése céljából a löveg eltávolítása ajánlatos; a mérgezési tünetek megjele-

nése esetén pedig akkor is meg kell kísérelni az eltávolítást, ha a löveg nehezebben megközelíthető helyen van. (Mediz. Klinik, 1916, 2. sz.)

M.

A heveny vesegyulladás sebészi kezeléséről írja *Wilk*, hogy négy előrehaladt nephritises betegénél, mivel a belgyógyászati kezelés mellett az állapotuk egyre rosszabbodott, majd reménytelenné vált, vesedecapsulatiót végzett, de csakis az egyik vesén.

A vese tokjának leválasztása mind a négy esetben könnyen sikerült s a betegek a beavatkozást jól tűrték. Jól-lehet a vizeletük a műtét utáni napokon véres volt, a mennyisége napról-napra növekedett. A műtét után 6 hét múlva az oedema s ezzel egyidejűleg a vizeletből a fehérje is eltűnt.

A szerző a gyógyulást úgy magyarázza, hogy a vesében levő működés-zavar, mely a vérkeringés akadályozottsága által volt feltételezve, a műtét következtében megszűnt. *Wilk* maga is észlelte, hogy a műtét előtti cyanosisos vese a decapsulatio után néhány perc alatt élénkpirossá változott, jelölve a keringési viszonyok megjavulásának. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 3. sz.)

M.

Bőrkórtan.

Néhány bőrbetegségnek thorium-x- (doramad-) kenőccsel való kezeléséről ír *J. Jadassohn* (Bern). E kezelésről 3 év előtt már *Nägeli* és *Jessner* nyilatkozott a berni klinikán végzett kísérletek kapcsán. Azóta *Jadassohn* még kiterjedtebben kísérletezett a thorium-x-kenőccsel s egyre jobb eredményeket ért el vele. Az eredmény különösen lupus erythematodes eseteiben mutatkozott kedvezőnek, főként a mióta erősebb koncentrációjú kenőccsel kísérletezett. Az ampullák, melyeket az Auer-társaság szállított, rendszerint 2 cm³-ben 5000 elektrostatikus egységet tartalmaztak. A 2 cm³-es folyadékot úgy keverték lanolinnal vagy eucerinnel, hogy 1—1 gr. kenőcsanyagra kb. 1000 egység esett. A kísérleti anyag, sajnos, állandóan kevés volt. Alapanyagának a lanolin éppen úgy bevált, mint az eucerin, bár az eldörzsölés eucerinnel még könnyebben megy. A többi kenőcsanyag kevésbé vált be. Az alkalmazás oly módon történik, hogy a kenőcsöt késhátvastagon a beteg területre kenjük és Mosetig-batisttal leborítjuk. Ezt 48 órára a bőrre fixáljuk. Ez az átlagos időtartam, mert szükség szerint egy napig vagy három napig hagyjuk rajt a kenőcsöt. Kellemetlen mellékünetek általában nem észlelhetők. Reactio, mely pír alakjában jelentkezik, csaknem mindenkor beáll. Kivételesen hólyagok is képződnek.

Jadassohn többféle bőrbetegségben kísérletezett a thorium-kezeléssel. Psoriasis eseteiben általában igen jól beválik. Természetes, hogy csak különösen makacs, különálló plaque-okat érdemes így kezelni. Az egyszeri alkalmazás rendszerint elegendő, szükség szerint azonban 1—2 hét múltán, az első reactio lezajlása után ismételt az. Recidiva természetesen soha sincs kizárva. Idősült eczemák olykor jól befolyásolhatók. Föltűnő jó az eredmény neurodermitis chron. circumscripta eseteiben. *Jadassohn* az utóbbi időben ezen rendkívül makacs baj ellenében főként a Röntgen-sugarazást használta. Tapasztalása szerint azonban a thorium-x-kezelés olykor a röntgenezésnél is jobban beválik. A lapos tiatalkori szemölcsökre is igen jó hatású a thorium-x-kenőcs, úgy hogy az arsenkúra vagy a Röntgen-sugarazás elhagyható. A legfeltűnőbb eredmény azonban lupus erythematodes eseteiben tapasztalható. Egyik esetében a lupus erythematodes erős reactio nyomán gyorsan elmúlt s az illető 1/4 év után is még recidivamentes maradt. A doramad-kenőcs gyógyító hatásában kétségtelenül sugárhatásról van szó, mely a hámképletekre és a bőrben székelő idősült gyuladós folyamatra van befolyással. Előnye, hogy bizonyos fokig pótolhatja, még pedig úgy látszik, jól pótolhatja a radiumot és Röntgent. Alkalmazása elég egyszerű. Hátránya azonban, hogy a beszerzése nem könnyű s bizony elég költséges. (Therap. Monatshefte, 19. évf., 10. f.)

Guszman.

* A készülékeket a m. kir. rokkantügyi hivatal pozsonyi intézetének rokkantműhelyei készítik, készítésük törvényesen védett, az I. sz. készülék ára 40 kor., a II. sz. készüléké 80 kor.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az akut ízületi rheumatismust colloidalis arany-nyal gyógykezelési *Grenet*. E célra a szerző a cm^3 -enként $\frac{1}{4}$ milligramm aranyat tartalmazó „aranycolloidbiase“ nevű praeparatumot használta s intravenásan kezdetben $1-1\frac{1}{2}$ cm^3 -t, majd 2 cm^3 -t adott betegeknek. Az intramuscularis adagolásnak nem volt eredménye. Néha egy befecskendezés is elég volt, legtöbbször azonban 2-3, sőt 4 injectio vált szükségessé 1-2 napi időközökben. Az injectiót már a legcsekélyebb hőemelkedés vagy fájdalomjelentkezés esetén meg kell ismételni.

84 kizárólag heveny ízületi rheumatismusos betegén a hirtelen hőmérsékletcsökkenés a lefolyást megrövidítette, végül a szövődményes endocarditist sikerrel hártotta el. Más ízületi és neuralgiás affectiók ellen is jó hatásúnak bizonyult. Contraindicatio csak akkor áll fenn, ha igen magas láza vagy agyavara van a betegnek. (*Presse médicale*, 1915, 50. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 11. szám. *Ferenczi Sándor*: Előzetes megfigyelések a háborús neurosis néhány típusáról. *Emödi Aladár*: A háború és a nemi betegségek.

Budapesti orvosi újság, 1916, 11. szám. *Pogány Ödön*: Adatok a komplikált otogen agytályogok kórisméjéhez.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Vragassy Lipót* dr.-t Hontmegye tisztii főorvosává, *Vida Lajos* dr.-t mohácsi járásorvossá nevezték ki.

Magyarország szemorvosainak egyesülete pünkösd vasárnapján (június 11.-én) a budapesti egyetem I. sz. szemklinikáján gyűlést tart, melyen a háborúval összefüggő szemészeti kérdések kerülnek tárgyalás alá: trachoma, látásélesség a szolgálatképesség szempontjából, harcztéri zemsérülések stb. Az egyesület vezetősége megkérte a hadügy- és honvédelministeriumot, valamint a hadsereg főparancsnokságát, hogy az ülésre az érdeklődő hivatásos és tartalékos katonarvosok kivezényeltessenek, illetve ezen ülésre szabadságuktól tartassanak. A német birodalmi tábori egészségügyi főnök máris kilátásba helyezte egyesek kivezénylését. A német birodalom sebészei Bruxellesben tartottak háborús gyűlést, a belgyógyászok május 1-2-án Varsóban gyűlnek össze. A szemészek első ízben Budapesten találkoznak, hogy a szemészet háborús vonatkozású égető kérdéseit gyakorlati alkalmazásuk szempontjából megvitassák. A részletes programot idejében közölni fogják, addig is felvilágosítást ad *Grósz Emil* egyetemi tanár, ügyvezető elnök s *iff. Liebermann Leó* egyetemi magántanár, titkár (VIII., Mária-utca 39).

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről február hó 21.-étől 27.-éig 4 ázsiai cholerabetegedést jelentettek 2 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: Baranya vármegye: Dinnyeberki 2 (2); Bereg vármegye: Munkács 2 (-). 2 megbetegedés 2 halálozással a polgári lakosság körében történt (Dinnyeberki), 2 megbetegedés katonák között fordult elő (Munkács).

A Varsóban tartandó német belorvostani congressusra mostanában küldik szét a meghívókat. A congressus május 1.-én és 2.-án lesz. A részvételi díja 10 márka. Egyenruhában utazó orvosoknak csak felesleges hatóságuk által kiállított igazolványra van szükségük. Polgári orvosok, a kiknek legkésőbb április 1.-éig kell bejelenteniük részvételüket a congressus titkárnál (Prof. *Weintraud*, Wiesbaden) nevük, honosságuk és pontos lakcímük feltüntetésével, a kormányzóságtól kapják meg útlevelüket, ezenkívül azonban a saját rendőrhatalóságtól is szerezniük kell útlevelet. Nők (kivéve okleveles orvosnőket) és családtagok nem vehetnek részt a congressuson. Az utazási kedvezményekre vonatkozólag még folynak a tárgyalások; az eredményről idejében értesíteni fogják a tagokat. Tekintettel a lakáskérdés nehézségeire, czélszerű, ha a katonarvosok is legkésőbb április 15.-éig bejelentik részvételüket a titkárnál. Tárgyalásra a következő kérdések vannak kitéve: 1. Typhus abdominalis; referens: *Kreht* és *Hünemann*. 2. Paratyphus; referens: *Stintzing*. 3. Szívajak katonákon; referens: *Wenckebach*. 4. Vesebajok a háborúban; referens: *Hirsch*. 5. Typhus exanthematicus; referens: *Brauer*. 6. A telü biológiája; referens: *Hase*. 7. A hadsereg megvédése a cholera ellen; referens: *Hofmann*. 8. Dysenteria; referens: *Matthes* és *Kruse*.

Meghalt. *Milkó Ignác* dr., Bács megye tiszteletbeli főorvosa, 76 éves korában márczius 4.-én. — *Pistel Alfonz* dr., nyugalmazott tengerész-főtörzsorvos, 65 éves korában márczius 10.-én Felsőcsertésen. — *G. Leubuscher* tanár, a meiningeni kormányzat közegészségügyi osztályának vezetője, 1897-ig a közegészségtan rendk. tanára Jenában, különösen az iskolaegészségügyre vonatkozó számos dolgot szerzője, február 27.-én. — *Pawlow Iván* tanár, a világhírű szentpétervári physiologus, ki már régebben az emésztés élettana terén szerzett érdemei elismerésül a Nobel-díjat nyerte.

Személyi hírek külföldről. *H. Fischer* dr., az élettan rk. tanárát a müncheni egyetemen kinevezték az innsbrucki egyetem orvosi vegytani rendes tanszékére. — *Hosemann* dr. rostocki magántanárnak (sebészeti) tanári czímet adtak. — *Ph. Kuhn* dr., a közegészségtan rendk. tanára a strassburgi egyetemen, az elzászi állami bakteriologiai intézet vezetője lett.

A hadifoglyok orvosi ellenőrzésének díjazása tárgyában a miniszterelnök f. évi február hó 11.-én rendeletet adott ki, melynek az orvosokat érdeklő pontja a következő: 13. A hadifoglyok elszállásolásának ellenőrzése és egyéb egészségügyi szempontok tekintetében a hadügyministeri szabályzat alábbi rendelkezései irányadók. A hadifoglyok, valamint az örkülönítmény tagjai megérkezésük (vonatról való elszállásuk) alkalmával a munkaadó költségén hatósági orvos által vizsgáltatnak meg. Ugyancsak a munkaadó költségén a hatósági orvos által vizsgáltatnak meg a hadifoglyok és az örkülönítmény, nemkülönben a polgári örök is, a munka tartama alatt és pedig az első négy héten át hetenkint, azután pedig kéthetenként. A hatósági orvosi vizsgálatot, valamint a hatósági orvosi (egészségügyi) felügyeletet a községi (kör-) orvos is elláthatja. A hatósági orvosnak, a mennyiben a munkaadóval más megállapodást nem létesített, a hadifoglyok, a katonai és a polgári örök megvizsgálásáért és a hatósági orvosi felügyelet ellátásáért a következő díjazás jár: a) természetben adott fuvar, vagy a községi (kör-) orvosok mellékjárandóságairól alkotott szabályrendeletben megállapított fuvardíj; b) ugyanezen szabályrendeletben megállapított távolléti díj; c) ha a megvizsgáltaknak száma, az örököt is beleértve: 5-20 ember 7 K, 21-50 ember 10 K, 51-100 ember 15 K, 100-200 ember 20 K, 200-on felül 25 K. A vizsgálat kiterjed az elszállításokra is. Ha ötnél kevesebb hadifogly (ört is beleértve) volna valahol kiadva, úgy a megérkezéskor és az első két héten az orvos hetenkint a fentebb előírt legkisebb díjazás mellett köteles az ellenőrzést teljesíteni. Ezenkívül a vizsgálat ugyanezen díjazás mellett a helyszínen csak a munkaadó kivánságára történik; ha a munkaadó az orvos kiszállítását nem kívánja, úgy köteles a hadifoglyokat a hatósági (községi, kör-) orvoshoz kéthetenként beküldeni, a mely vizsgálatért az orvost annyi korona illeti meg, a hány hadifoglyot megvizsgált. Ha a hadifoglyokat a községi igényelte és osztotta szét, úgy azok a munkaadók fizetik ugyanezeket a díjakat, a kiknek a község a hadifoglyokat kiadta. A község a kiosztás alkalmával köteles a hatósági orvosi díjak fizetésére a fizetendő összeg közlésével a munkaadókat figyelmeztetni. A hadifoglyok és katonai, valamint polgári örök gyógykezelését illetőleg a munkaadó és az orvos közti szabad megállapodás irányadó. Ha a munkaadó az illető orvossal a gyógykezelés díjazására nézve nem jutott megegyezésre, akkor ez esetben a magánorvoslás legkisebb mértékének megállapítása tárgyában 135.000/1900. B. M. sz. körrendelettel kiadott szabályzat irányadó. Gyógykezelésre a munkaadó magánorvost is alkalmazhat, a hatósági orvosi felügyeletet és vizsgálatot azonban csakis a hatósági, illetőleg községi és körorvos láthatja el.

A marienbadi orvos-otthonban az ausztria-magyarországi és németbirodalmi orvosoknak f. év május 1.-étől szeptember 1.-éig 65 hely áll rendelkezésre; ezzel jár: az orvos-otthonba való felvétel egy havi időtartamra csekély hozzájárulás lefizetése mellett, szabad fürdőhasználat, a gyógy- és zenedíj fizetése alól való felmentés, árengedmények vendéglőben, színházban stb. A pályázók (csakis orvosok) szíveskedjenek folyamodványukat azon hónap megjelölésével, melyben az otthonban lakni kívánnak, f. év márczius 31.-éig, az orvosotthon vezetőségéhez beadni. Az egyesület tagjai (évente legalább 5 K) a szabályok 8. §-a értelmében előnyben részesülnek. Orvos-felelősök csak férjük kíséretében, annak ápolása czéljából vétetnek fel. Különösen oly orvosok vétetnek figyelembe, kik a háború következtében betegedtek meg és hadi sérülés, köszvényes megbetegedés, szívaffectio stb. miatt lép- vagy szén-savas fürdők használatára vannak utalva. A folyamodványok, kérdézközpölcések és tagsági jelentkezések (válaszbélyeggel) a Marienbadi Orvosi Üdülő-Otthon vezetőségéhez intézendők.

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

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyító és kosmetikai intézete** Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugárás gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-léghétszülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hühensonne. Quarzlámpa.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utca 34.

D^r. Réh Elektromágneses gyógyintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — benuások, rheumás bajok, arteriosklerosis stb. ellen.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.) 153. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.)

Elnök: Verebély László, később Salgó Jakab. Jegyző: Szász Tibor.
(Folytatás.)**A helyi érzéstelenítés a fülbészethben.**

Pogány Ödön: Bár régebb idő óta ismeretes a fül-műtétek localanaesthesiája, a gyakorlatban ritkán alkalmazták, főleg azért, mert a radikális műtétkor a dobűr érzéstelenítése nehezen volt keresztülvihető. E nélkül pedig az érzéstelenítés tökéletlen. Eljárása főleg odairányul, hogy a dobürt tökéletesen érzéstelené tegye.

A dobhártya s a dobüreg idege a trigeminus 3. ágának érző rostja, e mellett még szerepelnek a sympathicus s a glossopharyngeus. A sympathicusnak azonban mint érző idegnek semmi szerepe sincs. Marad tehát érző ideg gyanánt a glossopharyngeus és a trigeminus.

A dobhártya s a dobűr idegellátásában a következő idegek szerepelnek:

1. A glossopharyngeus ágai:

a) ramus tympanicus, mely résztvesz a plexus tympanicus alakításában.

2. A trigeminus 3. ága, melynek részei

a) n. spinosus vagy recurrens, mely az idegnek a for. ovale-ból való kilépése után visszafut s a fissura petrosoquamosa-n keresztül érző ágakat ad a dobürbe, az antrumba s a csecs-sejtekhez.

b) A gangl. oticum útján részt vesz a plexus tympanicus alkotásában.

c) A n. meatus audit. ext. útján ellátja a dobhártyát (r. membr. tymp.)

Közelfekvő volt tehát a gondolat, hogy a dobűr érzéstelenítése céljából a trigeminus 3. ágát kell érzéstelenítenünk. Az eddig alkalmazott érzéstelenítő eljárásokkal, melyek közül legtökéletesebben a Neumann-féle van kidolgozva, a dobűr érzéstelenítése tökéletlen, mert a dobürt ellátó érző idegek nem lesznek érzéstelenítve. Eljárása tehát az volt, hogy az eddig szokásos Neumann-féle érzéstelenítő eljárást összekapcsolta a trigeminus 3. ágának érzéstelenítésével. E célra Braun eljárását követte.

Az érzéstelenítést következőképpen végezte. Először Braun szerint a for. ovaleban érzéstelenítette a trigeminus 3. ágát. E célra 2%-os novocainból, melynek minden cm³-éhez 1 csepp tonogen Richtert adott, 2 cm³-t fecskendezett az idegbe. Ezután tért át a Neumann-féle eljárásra, melyet némileg eltérően végez. Az egész proc. mastoideus-ilehetőleg egy pontból infiltrálja (először felületesen, azután a periosteum alá). Majd ugyanezen pontból kiindulva (ez a pont a proc. mast. közepe) infiltrálja a fülkagyló tapadása helyét, majd a fülkagyló alatt egészen a külső hangvezető hátulsó faláig jut s ott a tü hegyét sülyesztve, másik végét emelve, a külső hangvezető hátulsó fala s a csont közé igyekszik bejutni. E célra különösen alkalmas egy a végén ívben hajlított tü. Ezután felfelé halad a külső hangvezető felső falához. Midőn már ide ért, a legkisebb fájdalom nélkül adhatott egy-egy a periost alá jutó befecskendezést a külső hangvezető 4 falán. Ezen eljárás, mely a hallócsontok eltávolításakor is épp így alkalmazható, nagy előnnyel bír a Neumann-é felett, mert absolute fájdalomlan, míg az utóbbi a betegnek igen nagy fájdalmat okoz. Utána a műtét azonnal kezdhető.

A műtéttől a beteg semmit sem érez. Kellemetlen annyiban, a mennyiben minden helyi érzéstelenítéssel végzett trepanatio kellemetlen. De ezt is csökkenthetjük, részben a beteg fejének erős fixálásával, részben azzal, hogy a beteg fogai közé gummidarabokat helyezünk, s a mi igen fontos, hogy meglepetészerűen nem vésünk, hanem ha vésünk, erre a beteget mindig

figyelmeztetjük. E rázódás kellemetlenségeit csökkenthetjük azzal is, hogy a corticalis vésését lehetőleg tangentialisan végezzük; a vésőt szinte fektetjük s nem helyezük merőlegesen. Ha a corticalis vésését elvégeztük, ez a kellemetlenség is teljesen megszűnik.

Ezen érzéstelenítő eljárás előnye az eddigiek, főleg a Neumann-féle felett az, hogy a dobűr teljesen érzéstelené válik. Ezt főleg azon innervációkból magyarázza, miket a trig. III. ága a dobürhöz, az antrumhoz s a csecs-sejtekhez ad. Hogy mily fontos ez a radikális műtét tökéletes kivitele szempontjából, az nyilvánvaló, hisz a baj lényege az antrumban (n. recurrens), az atticusban folyik le. Az egyszerű Neumann-féle érzéstelenítés mellett nagyon sokszor csak 20% cocain behelyezésével lehetett a műtétet folytatni s akkor is tökéletlenül. Maga Braun (Die Localanästh. stb. 1914) ezt mondja a Neumann-féle eljárásról, melyet pedig a legtökéletesebbnek tart: „Absolute schmerzlos ist nur nach sachgemäß ausgeführter Injektion der Weichteilschnitt, die Ablösung des Periosts, die Auslösung des häutigen aus dem knöchernen Gehörgang, die Gehörgangplastik. Weniger zuverlässig ist die Anaesthesie der Paukenhöhle“. Pedig itt van a tulajdonképpeni radicalis műtét, a többi lágyrész-műtét. A gyógyulás szempontjából ab ovo fontos a dobüri részletek pontos és aprólékos kitisztítása. Nem szabad, hogy a localanaesthesia a műtét eredmény rovására essék. Az előadó eljárásánál a dobűr absolute érzéstelen. Minden egyes műtétnél (immár 50 körül) pontosan s részletekben kitapogatta a dobűr minden részét, kérdezte a beteget hol érez. Az eredmény az volt, hogy a tuba nyílását kivéve, a melyet egyedül a glossopharyngeus lát el, a dobűr sehol sem érzékeny. Volt ellenvizsgálatra is alkalma. Eleinte, mikor a Braun-féle érzéstelenítő eljárás technikájában még nem volt meg a kellő gyakorlata, előfordult 2 esetben, hogy ez az érzéstelenítés nem sikerült. Ilyenkor a dobűr mindig fájdalmas volt s csak 20%-os cocain többszöri behelyezésével tudta a műtétet folytatni. Eljárásának egyik előnye még az, hogy a Neumann-féle eljárással nem lehetett érzésteleníteni akkor, ha a külső hangvezető hátulsó csontos fala elpusztult, mert nem volt támaszunk a folyadék infiltrálására. Ezen eljárással nincs szükségünk erre, mert a csontos részt a trig. III. ágának érzéstelenítésével, a még meglévő lágyrészeket pedig egyszerű infiltrálással érzésteleníthetjük.

Minden localis érzéstelenítésnek nagy az előnye az általános narcosis felett. De a fülműtéteknél, különösen a radicalis műtétnél a localanaesthesiának oly előnyei vannak, melyek szinte arra kényszerítenek, hogy a műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. S biztos, hogy a közel jövőben a radicalis fülműtétet épp úgy helyi érzéstelenítés mellett fogják végezni, mint ma már mindenki így végzi a radicalis Highmore-üreg-műtéteket, pedig itt nem sokkal kevesebb vésés történik, mint a radicalis fülműtétnél.

Az előnyök, melyek sokszorosan felérnek az esetleges csekély kellemetlenségekkel, a következők:

1. A műtét területe vértelen. Fülműtétekkor egyik zavaró momentum a vérzés. Ugyis kis üregben, mélyben operálunk; narcosisban minden egyes vésőcsapás vagy kanalizás előtt tupfolni kell s így is csak pillanatokra vértelen a műtét terület. Helyi érzéstelenítés mellett azonban absolute vértelen a műtét, sokkal szebben lehet elvégezni a plastikát, mint narcosisban, a mikor állandó vértócsában vagyunk kénytelenek dolgozni.

2. A nervus facialis megsértésének a lehetőségére a minimumra redukálódik. Narcosisban az a szokás, hogy az altató felszólításunkra figyelni a beteg arcját, hogy nincs-e rángás. Ez nem megbízható módszer, részben azért, mert néha reflex úton is létrejön rángás (fájdalom, érzés stb.), részben, mert a már megsértett ideg nem reagál. Helyi érzéstelenítésnél viszont bármikor ellenőrizhetjük a facialis állapotát a szemek becsukátása, a fogak mutatása stb. által.

3. Igen fontos körülmény az is, hogy az ébren levő beteg felvilágosítást adhat esetleges szédüléséről is.

Ha a horizontális ívjárat környékén, hozzá nagyon közel dolgozunk, a beteg maga figyelmeztet az óvatosságra azzal, hogy szédülést jelez. Hogy mily óriási jelentősége van ennek, csak az méltányolhatja igazán, ki maga is sok radikális műtétet végzett s tudja, hogy a facialis-hűdés s a horiz. ívjárat megsértése a legnagyobb elővigyázat s a legkiválóbb műtő daczára is elő szokott fordulni. *Körner* (Zeitschrift für Ohrenheilkunde 72, No. 4). 339 radikális műtete alkalmával 15 esetben fordult elő. Ez 4.4 százalékának felel meg. Ezek közül 3 műtét közben, 13 az utókezelés alatt. Osztályán 85 radikális műtét után 3 esetben fordult elő. 1 esetben műtét közben, 2 esetben a műtét után. Ez 3.5%. A mióta azonban csak helyi érzéstelenítés mellett végez radikális műtétet (ötven), egy esetben sem fordult elő. Olyannyira ellenőrizhető localanaesthesia mellett a facialis s a horizontális ívjárat, hogy ezek megsértése — a radikális műtétek állandó esetleges kellemetlen complicatiói — majdnem teljes bizonyossággal elkerülhető.

Már ezért az egy előnyért is helyi érzéstelenítésben kell végezni a radikális műtétet.

Az egyszerű felvételkor minden módszer kielégítő, mely a műtési terület környékét alaposan infiltrálja. Itt szabályt felállítani nem lehet. Minden attól függ, előreláthatólag mekkora a műteendő terület. A szerint, hogy mely irányban terjed a csontfolyamat, kell a műtési területet infiltrálni. Az előadó két részletben infiltrál. Először felületesen, azután a periosteum alá adja a 2%-os novocaint. A külső hangvezeték hátulsó falát is érzésteleníti, főleg azért, hogy a szétkamposzás a betegnek ne okozzon fájdalmat. Így eljárva a műtét idealisan érzéstelennek nevezhető. Acut csontfolyamat lévén, puha a csont, a corticalis, vésőre tehát alig van szükség. Kanállal és csontollóval az egész műtét elvégezhető a beteg *legkisebb fájdalma* nélkül. Így operált már nemcsak egyszerű osteomyelitiseket, hanem nagyki-terjedésű perisinosus tályogot, sinusthrombosist is. S hogy ily lázas, rázóhideges, sepsises betegen mit jelent a narcosis elmaradása, azt hiszi felesleges bővebben fejtegetni.

Természetesen gyermekeken localanaesthesiát végezni nem lehet. De nincs egy véleményen azon sablonos szabályllyal, hogy túlingerlékeny s túlideges egyének helyi érzéstelenítésben trepanatiót végezni nem lehet. Némi rábeszéléssel ezen betegek túrják legjobban a műtétet. Volt alkalmam súlyos vitiumos, súlyos neurastheniás betegen, ki a fültükrözést sem tűrte, helyi érzéstelenítésben súlyos perisinosus tályogműtétet végezni a legkellemesebb műtési lefolyás mellett.

Kiterjedt nagy periostalis tályog esetén azonban helyi érzéstelenítésben csakugyan nem operálhatunk, mert nincs támpontunk az érzéstelenítő folyadék elhelyezésére. De kis tályog esetén már végezte az előadó a legjobb műtési lefolyás mellett.

Meg van győződve, hogy a fülműtétek localanaesthesiája rövidesen általánosan elfogadott és szokásos lesz. A narcosis lesz a kivétel. Az előadó az osztályán 1/2 év óta sem radikális műtétet, sem felvételét narcosisban nem végzett. Hogy a műtét helyi érzéstelenítésben mennyire fájdalmatlan, legjobban kitűnik abból, hogy a betegek maguk kéri, hogy ne altassuk őket, mert a többi betegtől hallják, hogy a műtét teljesen fájdalmatlan.

Szász Tibor: Neumannnál tett személyes tapasztalatai alapján megjegyzi, hogy Neumann eljárásával elérhető a dobüreg teljes érzéstelenítése. Nem barátja a helybeli érzéstelenítésben való operálásnak, mert a vésőcsapásokkal járó nagy megrázkódtatások igen kellemetlenek, a túlságosan kíméletes dolgozással pedig nagyon megnyújtjuk a műtét idejét. Complicatiók esetén pedig a nyaknak és a koponya kiterjedtebb részeinek a műtét területébe vonásakor új érzéstelenítést kellene kezdenünk.

Váli Ernő: Pogány szerencsés kézzel folytatta azon kísérleteket, a melyeket Reclus Párisban és Neumann Bécsben végzett. Az előadó által elért eredmények szorgos anatómiai kutatásra vallanak. A szóló igazolja a saját műteti esetei kapcsán, hogy az eljárással teljes anaesthesiában lehet végezni dobüri műtéteket, az eredmény 100%-nak felel meg. Melegen üdvözlö az előadót sikeres módszereért; úgy véli azonban, hogy a Neumann-féle módszer szintén elegendő hosszabb dobüri műtétek végzéséhez is; ha ilyen esetekben labyrinthus-műtetre kerül a sor, a további érzéstelenítést novocainos tamponnal lehet eszközölni. A Pogány-féle módszert a Neumann-féle érzéstelenítő eljárás sikeres tökéletesítésének kell tartani.

Neubauer Adolf: Bár az újabb eljárások és elővigyázati óv-szabályok lehetőleg csökkentették a narcosis veszélyét, mindazonáltal a narcosis még mindig életveszélyes beavatkozás s így csak akkor tegyük ki neki a beteget, ha más veszélytelen eljárással a célt nem érhetjük el. Ezen elvből kiindulva, az Országos Munkáskórháznak vezetése alatt álló fülészeti osztályán már 1914 január 1.-étől minden egyes műtőkor a helyi érzéstelenítést kísérte meg és narcosisra csak akkor tért át, ha a helyi érzéstelenítéssel a műtétet nem folytathatta. Érzéstelenítésre, az irodalomban közölt, 2%-os novocain utáni intoxicatiót elkerülendő, eseteiben a Dollinger által is ajánlott és klinikáján használatos 1%-os novocain-oldatot használta az ismert eljárás szerint (este-reggel veronal és a műtét előtt morphiium-befecskendezés). Megjegyzni, hogy beteget egy része a kalapácsolás miatt kellemetlen érzésről panaszkodtak. Ezt elkerülendő, a fej kellő fixitójával a véső és kalapács közé steril gazedarabot tett, mely eljárás nagyban csökkentette a kalapácsolással járó kellemetlen érzést s több esetben elkerülhetővé tette a narcosis. Mindennek daczára eredményei, melyekről az alantikban beszámol, nem voltak oly kielégítőek, mint az előadói. Az 1914. évben a Munkáskórház fülészeti osztályán Schwartze-féle felvételét végzett 26 esetben, melyek közül hétben kénytelen volt narcosishoz is folyamodni, ezek közül 4 gyermek volt, kiken egyáltalában nagy nehézségekbe ütközött a helyi érzéstelenítéssel való műtét. Teljes felvételét végzett 34 esetben, melyek közül 25 esetben volt kénytelen narcotizálni is, daczára annak, hogy a dobüreg 20%-os cocainoldattal is érzéstelenítette. A retroauricularis tájon levő nyílásnál plastikát végzett 10 esetben, cysta auriculae-műtétet két esetben, löveg-elváltatást négy esetben. Mindezekben narcosis nem volt szükséges. Ezen egy évi statisztikából nyert tapasztalatait s a belőlük levont következtetéseket tekintve, nézete szerint helyi érzéstelenítéssel Schwartze-féle felvétel az esetek legnagyobb számában végezhető, teljes felvételkor azonban az esetek 2/3-ában narcosis is szükséges. Plastikához, cysta auriculae és löveg-elváltatás műtétéhez narcosis nem szükséges. Nem osztja az előadó nézetét, hogy a narcosisban végzett teljes felvételkor facialis-hűdés nehezen kerülhető el. Ezek mulnak el, míg narcosisban végzett teljes felvételkor facialis-hűdés jelentkezik.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

A szabolcsmegyei „Erzsébet“-közkórházban üresedésben lévő **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma 1400 kor. évi fizetés, teljes ellátással. Magán-gyakorlat, a mennyiben a kórházi szolgálat megengedi, folytatható. Pályázhatnak nőtlen orvosok vagy orvosnők, esetleg szigorlók. Egykoronás bélyeggel ellátott pályázati kérvények a szükséges mellékletekkel (születési bizonylat, oklevél hiteles másolat, esetleg eddig elvégzett tanulmányokról szóló bizonyítványok) Szabolcs vármegye főispánjához címelve a kórház igazgatóságához **legkésőbb folyó évi április hó 1. napjáig** adandók be.

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Nyiregyháza, 1916 márczius 9.

Mikecz Miklós dr.,
helyettes igazgató, főorvos.

4670/1916. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellemezéssel, ezenkívül az elmeosztályon szolgálatért 300 korona évi pótlékkal javadalmazott **három alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok — kik szigorló orvosok is lehetnek — felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos **jószáji Purgly Sándor dr.** főispán úrhoz címelve **legkésőbb folyó évi április hó 3. napjáig** közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az állás a kinevezés után rögtön elfoglalandó.

Baja, 1916. évi márczius hó 8.-án.

A polgármester.

Gyakorlott laboranszó

orvosi laboratoriumban esetleg Budapesten, hadikórházban vagy vidéken állást keres. Czim: SOPOTNY STEFÁNIA, Budapest, VIII., Nagytemplom-u. 25, II. 10.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdökhöz.

„LÁPSÓ“
száraz kivonat
ládákban à 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben à 2 kiló

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Benczúr Gyula:** Belgyógyászati orvosi tapasztalatok a harcztérről. 155. lap.
Fonyó János: A császármetszésről. 158. lap.
Veress Ferencz: Közlemény a cs. és kir. 11/V. mozgó tartalékkórházból. Tábori posta 17. (Parancsnok: Veress Ferencz dr., magántanár.) Veleszületett (?) részarányos forradások a törzs és a czombok bőrén. 161. lap.
Gosztonyi Vilmos: Ezidőszerint járványkórházu szolgáló cs. és kir. mozgó tartalékkórházból (Visy Károly dr., ezredorvos.) A variola vera terapiájához. 162. lap.
Tárca. Bókay János: Használhatjuk-e a kecsketejet csecsemők mesterséges táplálására? 162. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Weisz Emil: Védekezési útmutató férfiaknak a nemű betegségek elhárítására. — **Lapszemle. Belorvoson. Laessner:** A gyomor-hyperaciditas kezelése. — **Sebészet. Denk és Walzel:** Gázphlegmone. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wick:** Izületcsúz. — **Grumme:** Asthmapronchiale. 164—165. lap.

Magyar orvost irodalom. 164. lap.

Vegyes hírek. 165. lap.

Tudományos Társulatok. 166—168. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Belgyógyászati orvosi tapasztalatok a harcztérről.*

Irta: **Benczúr Gyula** dr., a budapesti tudományegyetem III. számú belklinikájának tanársegéde, ezidőszerint egy dandáregészségügyi intézet parancsnoka, ezredorvos.

A háború okozta bántalmakról való tapasztalatainkat főleg a mögöttes ország kórházaiban gyűjthetjük. Itt látjuk a sebesülések és betegségek lefolyását. Itt állnak rendelkezésünkre a laboratoriumi segédeszközök. De a kórházi észleletek fontos kiegészítése a magán a harcztéren végzett megfigyelések, a hol a bántalmat a kezdeti szakában látjuk és a hol a nagyszámú könnyű beteget kezeljük. Itt a harcztéren bírjuk csak áttekinteni, hogy az egyes betegségek a csapatokban kb. mily arányban fordulnak elő és — hogy így fejezzem ki magam — megtanuljuk a betegségeket bizonyos a helyzet teremtette szempontból is látni. Ez készlet, hogy harcztéri egészségügyi intézetben tett tapasztalataimat és benyomásaimat szerény adatként összefoglaljam. Az anyag pontos tudományos földolgozása a segédeszközök hiányában, sajnos, itt nem lehetséges.

Hogy mily arányban áll a sebesülések és megbetegedések száma, valamint, hogy ezen arány hogy viszonylik az előző háborúk megfelelő arányához, arra egyes észlelő nem adhat érdemleges feleletet. Ez a harci helyzettől függ. Csak a háború után összegezett számítások fognak erről fölvilágosítást adni. Mindamelllett, azt hiszem, annyit már ma is megállapíthatunk, hogy a jelenlegi háborúban a sérülések az összmebetegedések nagyobb százalékát teszik, mint az előző hadjáratokban, a mi egyrészt a fegyvertechnika haladásának következménye, másrészt egészségügyi intézkedéseink haladásának köszönhető.

A sebesülések gyógyítására részletesen kiterjeszkedni nem érzem magam hivatva. Saját tapasztalataim alapján azokhoz csatlakozom, kik azt tartják, hogy magán a harcztéren ne sokat operáljunk. A tökéletes sterilitás itt nehezen érhető el. A sebek jobban látszanak gyógyulni, ha jó kötésekre szorítkozunk. Az életmentő műtétek: érlekötés, tracheotomia elvégzendők, esetleg amputatio végrehajtandó. Ama kérdésre vonatkozólag, hogy a has lőtt sebei operálandók-e vagy nem,

* A Budapesti Orvosegyesületben 1916 február 19.-én tartott előadás nyomán.

szemben egyes orvosok fölfogásával, azokhoz csatlakozom, kik conservativ álláspontra helyezkednek. Teljes nyugalomban opiumkezelés mellett több haslőttsebes katonát néhány nap alatt annyira javulni láttam, hogy kórházba volt szállítható és valószínűleg életben is maradt. Azt hiszem, ha mindegyik esetet a harcztéren operálnók, még nagyobb százalék végződnek halálosan. Annál inkább, minthogy az azonnali műtét technikai okokból rendszeren nem hajtható végre, hanem a sebesült rendszeren csak az első 24 óra végén vagy a második napon kerülhet a sebész kezébe.

A belső bántalmak közül leggyakoribbak a könnyű légzőszervi hurutok és gyomorbélhurutok. Általában mondhatjuk, hogy a legénység ellenállóképessége sokkal nagyobb, mint a hogy azt valaha remélni is mertük, a mi annál feltűnőbb, mert noha egyrészt bizonyos válogatotott férfianyagról van ugyan szó, másrészt tudjuk, hogy a fiatalokon kívül középkorú férfiak is táborban vannak. Az állomány, melyből a betegek intézetembe kerültek, időnként tíz-, sőt húszézer főből állott. Mindamelllett 6 hónap alatt csak kb. 20 genuin pneumoniát észleltem, heveny veselobot csak hármát (idősültet hatot), pedig minden betegen, kin a nephritis csak legcsekélyebb gyanuja is fennállott, vizeletvizsgálatot végeztem. Hasonlóképp a heveny izületi lob is aránylag kis számmal fordult elő (6). A croupus pneumonia kifejlődésére vonatkozólag határozottan azon benyomást nyertem, hogy létrejöttét a kimerülés, mint a kiváltó ok egyik tényezője, elősegíti. Elég kedvező időjárási viszonyok mellett, fáradságos nagy ütközetek után egyszerre több és súlyos pneumoniás jelentkezett, míg nyugodtabb körülmények között, sokkal rosszabb időjárás mellett csak elvétve láttam eseteket, pedig a katonák ekkor is a rajvonban tartózkodtak.

Hogy a légzőszervi hurutokban szenvedők közül mennyi gümőkóros eredetű, az a harcztéri vizsgálatkor nem dönthető el. Ez csak ismételt vizsgálat és megfigyelés által állapítható meg a mögöttes ország kórházaiban.

A functionalis idegbántalmakat illetőleg ki akarom emelni, hogy neurosis aránytalanul kisebb számmal fordul elő, mint a hadjárat első felében. Nagy beteganyagomban 1/2 év alatt csak 3 traumás neurosist számláltam. Ennek oka valószínűleg egyrészt az, hogy az emberek némileg mégis már megszokták a háború borzalmait, másrészt, hogy a természetes kiválás elve szerint azok, kiknek idegzete valóban képtelen a háború okozta kedélymegrázkódtatásoknak ellentállni, lassanként a harcolók sorából kivétettek.

Csalódtunk azonban, midőn azt hittük, hogy a háborúban traumás neurosisban megbetegedett katona, ha meggyógyul és ismét kimegy a harctérre, feltétlenül visszaesik e bajba. A tapasztalat azt mutatja, hogy az ily neurosisban szenvedett emberek egy része ugyan újból megbetegszik, egy része azonban, ha elég ideig kipihente magát, másodsor teljesen jól bírja a legnagyobb fáradalmakat és megrázkód-tatásokat.

Minden háború kísérő betegsége a typhus abdominalis. Hogy ennek diagnosisa laboratoriumi segédeszközök hiányában nem tartozik mindig a könnyűek közé, az közismert. A laboratoriumi segédeszközök hiánya újból és újból arra késztet, hogy revideáljuk, melyek is azok a tünetek, melyek a typhus korai stadiumában a typhus diagnosisára használhatók. Egészségügyi intézetembe a betegek rendszeren a bántalom első hetében, néha a második hét elején kerültek és 2–3 napig észleltem, mielőtt továbbítottam volna őket. Hogy a diagnosist a legtöbb esetben helyesen állítottam fel, bizonyosodott, minthogy a legközelebbi állandó kórház orvosi szívesek voltak a bakteriologiai vizsgálat eredményéről értesíteni. Természetes, hogy a láz menete a legfőbb tünet, mely nélkül a typhus gyanuja sem áll fenn. Minden más tünet megbízhatatlan. Lépmegnagyobbodást fölfelé a VIII. bordáig a legtöbb esetben észleltem. A lép tapinthatósága és főleg a léptompulatnak előre megnagyobbodása — mely tünetre sok orvos nagy súlyt fektet — rendkívül megbízhatatlan tünet, mely a bántalom első tíz napjában rendszeren hiányzik és ezért csak akkor bizonyít, ha pozitív.

A többi klasszikus tünet közül roseolát még a második héten is csak ritkán láttam. A nyelv típusos külseje azonban csaknem állandóan megvolt. A bántalom kezdetén is már fennálló kisfokú kísérő bronchitist úgyszólván minden esetben észleltem és értékes tünetnek tanultam megismerni. A sensorium-zavar a typhus ezen stadiumában is aránylag ritka; mindenestre sokkal ritkább, mint a hogy azt a tankönyvekben olvassuk.

A legfontosabb tünetek egyike kétségtelenül a relativ bradycardia. Ugy tartják, hogy főleg erőteljesebb férfiakon van meg, gyengébb betegeken, asszonyokon, gyermekeken kevésbé. Hogy a relativ bradycardia a typhus harmadik, negyedik hetében mily gyakori, lehet mondani majdnem állandó tünet, erről az elmúlt télen a III. sz. belklinikai katonai beteganyagán is meggyőződtem. Hogy már az első, főleg a második héten is gyakori, de távolról sem oly állandó, mint a későbbi stadiumban, arról a harctéren győződtem meg. Magas láz, léptumor és relativ bradycardia a diagnosist meglehetősen biztonsággal eldönti. Fontos, hogy a pulsus-számolást a beteg fekvő helyzetében végezzük. A harctéren ugyanis gyakran előfordul, hogy még a lázas beteget is külső körülmények miatt álló helyzetben vizsgálják. Gyakori, hogy ily helyzetben egyáltalában nem találunk relativ pulsus-számcsökkenést, holott ugyanazon betegen fekvő helyzetben feltűnő a bradycardia. Ennek megfigyelése azon gondolatra hozott, nem lehetne-e az álló és fekvő helyzetben talált pulsus-számkülönbözetet a typhus diagnostikájában értékesíteni.

A beteg helyzete szerint feltűnőbb különbség a pulsus-szaporaságban és a vérnyomást illetőleg szívizomgyengeségnél és lázas állapotban fordul elő. Több száz lázas, egészséges, valamint nem lázas, de elgyengült katonát vizsgálva e szempontból, azon eredményre jutottam, hogy egészségeseken az érverés-különbség fekvő és álló helyzetben — mint ismeretes — 6–20. A vérnyomáskülönbség tapintás útján ítélve (nyomásmérő nem állott rendelkezésemre) alig vehető észre. Elgyengült, de egészséges szívű embereken (pl. dysenteriás katonákon) a különbség csak annyi, mint egészségeseken. — Erősen lázas és főleg typhusos betegeken a különbség rendszeren jóval nagyobb, 30–40, sőt 50–60 is. E mellett a vérnyomás álló helyzetben jóval csekélyebb, mint fekvő helyzetben. Súlyos esetben a radialis lökése álló helyzetben néha alig érezhető. A különbség a betegség első napjaiban még nem szokott fennállani, de a 4.—5. naptól fogva csaknem állandóan és a láz lezajlása után is még napokig fennáll. Nem typhuseredetű lázakban

(pneumonia, erysipelas stb.) a differentiát rendszeren kisebb-fokúnak találtam, mint kifejezett typhus-esetekben már az első hét végén. A tünetet nyilvánvalóan toxinoknak a szívizomra avagy a szív és erek idegeire való hatása okozza. Megfigyeléseimből egyelőre ama durva következtetést merem vonni, hogy egyébként egészséges szívű lázas betegeken a fekvő és álló helyzet közötti nagy pulsus- és vérnyomás-különbség: 1. leginkább a typhus diagnosisát erősíti, 2. oly immár láztalan egyéneken, kik azt állítják, hogy az utóbbi napokban lázasak voltak, meglehetősen biztonsággal a mellett szól, hogy valóban több napos magas láz állott fenn.

* * *

A nyáron át számos dysenteriás beteg fordult meg intézetemben. A betegek legnagyobb részét intézetemben gyógyítottam, csak valamivel súlyosabb eseteket küldtem a legközelebbi állandó kórházba. Az ott megejtett bakteriologiai vizsgálat mutatta, hogy csaknem valamennyi *Flexner*-féle bacillus okozta vérhasban szenved. A jelenlegi háború alatt már igen sok dysenteriajárványról számoltak be. A megfigyelések valóban alkalmasak arra, hogy ismereteinket a dysenteria-ról mélyítsük. Talán czélszerű volna, ha a dysenteria kórboncztanilag egységes fogalmát a kórokozók minősége szerint kifejezettebben megkülönböztetnők, mint a hogy az eddig történt, sőt talán külön nevekkkel is jelezzük. Az amoeba és bacillus okozta dysenteriát eddig is két egészen különálló betegségnek tekintették, de más prognosist, más lefolyású betegség a Kruse-Shiga-bacillus okozta bántalom is, mint a *Flexner*- avagy *Strong*-, az *y*-bacillus okozta dysenteria, avagy más bacterium, pl. *paratyphus* (*Hirsch*), *pseudodysenteria* (*Kruse*) vagy chemiai bántalom okozta vérhas. Ha a különböző dysenteriás bántalmakat egymástól élesebben megkülönböztetnők, talán nemcsak a laikusok, de az orvosok szemében is vesztene e betegség félelmetes híréből.

Az általam észlelt esetek úgyszólván mind könnyű lefolyásúak voltak. Az utóbbi évek tapasztalatai mutatták, hogy a *Flexner*-féle bacillus okozta megbetegedés általában sokkal könnyebb, mint a Kruse-Shiga bacillus okozta. Az én tapasztalataim ezt megerősítik. A kórházba küldött eseteim közül — mit utóbb megtudtam — egy sem halt meg. Kórházban dolgozó kollegáinknak nem lévén alkalmuk a tömeges, egészen könnyű lefolyású vérhasbántalmat észlelni, hangsúlyozom, hogy ily esetek a harctéren igen nagy számmal fordulnak elő. Sok beteg 1–2 hétig maradt egészségügyi intézetünkben, míg újból harcképes lett, de volt számos beteg, ki 2–3 nap mulva önként kikéredzkedett a csapatához, minthogy már egészségesnek érezte magát, pedig, hogy ezek is dysenteriában szenvedtek, néhány napos típusos székleletük bizonyította. A járvány enyhe lefolyását bizonyította az is, hogy egyetlen egy esetben sem észleltem dysenterianál előforduló utóbajt (conjunctivitist, a szív- és idegrendszer bántalmazottságát), holott, ha ilyen előfordult volna, a beteg feltétlenül hozzám került volna vissza.

Mult télen a Kárpátokban a típusos dysenteriás széklelettel járó oly tömeges megbetegedést észleltem, hogy csaknem ezredem egy harmada szenvedett benne. Akkor épp a könnyű lefolyása miatt kételkedtem, csakugyan dysenteriaival van-e dolgom. Csak néhány súlyosabb esetet küldtem kórházba, a többi néhány napos opiumkezelésre meggyógyult, tovább menetelt és harczolt. Mai tapasztalataim alapján tudom, hogy ezek valóban könnyű lefolyású dysenteriában szenvedő betegek voltak.

Végül felemlítem, hogy tapasztalataim szerint a beteg hőfokából a bántalom könnyebb vagy súlyosabb voltára nem igen lehet következtetni, mint a hogy ezt a tankönyvekben sokszor olvassuk. Számos beteget észleltem, kinek hőmérséke 35–36° C volt, amellet néhány nap alatt gyógyult. Hőemelkedést csak egyszer-másszor észleltem szintén anélkül, hogy az eset súlyosabb tünetekkel járt volna.

A mi ezen könnyű lefolyású dysenteriás betegek kezelését illeti, ez csak tüneti. Specifikus kezelésre nem szorulnak. A harctéren ennek keresztülvitele nehézségekbe is

ütköznek. Megfelelő diéta mellett, alapos purgálás, azután néhány napos opiumkezelés czélszerűnek bizonyult. A bolus alba per os való adagolásától, melyet a háború folyamán többen ajánlottak, feltűnő jó eredményt nem észleltem. Ellenben jónak bizonyult a bolus albának végbélbeöntésekben való alkalmazása, különösen ha dermatolt adunk hozzá. A tüneti kezelést többféleképp kísérve meg, végre a következő eljárásban állapotam meg: két-három napos hashajtás után (ricinus-olaj, keserűvíz) naponta 2—3-szor 300 cm³-es, 50 gr. bolus albát és 0.5 dermatolt tartalmazó beöntést adtam, mi mellett a beteg 3-szor naponta 10—15 csepp opiumtincturát vagy bismuth-opiumport szedett. A könnyebb esetek ily kezelés mellett rövidesen gyógyultak.

*

Alkalmam volt tömeges icterussal járó megbetegedést is észlelni. Ezen icterus infectiosus, icterus epidemicus néven ismert betegség még sok tekintetben nem tisztázott kórkép. Weil 1886-ban hívta fel az orvosok figyelmét egy icterussal járó epidemiaszerű betegségre, melyet azután neve után Weil-féle betegségnak neveztek el. Már ezelőtt is ismeretes volt, hogy icterus catarrhalis sokszor egyszerre nagyobb számmal jelentkezik, endemia-, illetőleg epidemiaszerűleg. Weil közleménye óta számos kisebb-nagyobb tömegbetegedést észleltek és többnyire Weil-féle betegség névvel illették, bár a leírt kórformák a Weil által körülírt kórképtől néha eléggé eltértek. Hogy az icterus epidemicus nem épp ritka, bizonyítja, hogy például Hennig¹ 86 kisebb icterus-epidemiát tudott összeállítani az irodalmi följegyzésekből és utána még újabbakat is írtak le. Az egyes epidemiákról való följegyzések azonban igen eltérők egymástól, a tünetek súlyosságát, a jelentkezés viszonyait, az elterjedési lehetőségeket illetőleg, úgy hogy valóban nem csodálatos, hogy sokan kételkednek, egységes fogalom-e az icterus epidemicus, avagy különböző bántalmakról van itt szó, melyekben csak a sárgaság tömeges előfordulása a közös. Ily epidemiák mindenfelé előfordultak. Németország sok helyén észlelték (Hagenau, Hildesheim, Neisse, Braunschweig, Bromberg, Bréma, Ulm, legújabbán Bonn stb.). Angliában, Déloroszországban, Görögországban, továbbá Amerikában, Egyiptomban, Szíriában, Indiában fordult elő, a legnagyobb pedig Délafrikában a búr háború alatt. A legtöbb járvány kevés esetre vonatkozik. A Németországban, Angliában lefolytak többnyire csak 10—40 esetre vonatkoztak. Másrészt a búr háború alatt Moritz szerint a katonák 2—2.5%-a betegedett meg múlóan icterus epidemicusban. Érdekes, hogy a bántalom már régen mint háborús betegség szerepel, de még a béke idején leírt endemiák és kisebb epidemiák is nagyrészt katonákra vonatkoznak. A polgári lakosság körében észlelt epidemiákban közös, hogy mindig fölemlítik, hogy főleg gyermekek és fiatal egyének betegedtek meg.

A míg egyes kutatók oly szélső álláspontra helyezkednek, hogy az egyes icterus catarrhalis megbetegedést egy tulajdonkép járványos betegség sporadikus esetének tartják, addig — mint fent említettem — sokan kételkednek az icterus epidemicus egységes voltában. A legutóbbi hónapok kutatásai azonban nagy valószínűséggel amellel szólnak, hogy egységes betegségről van itt szó, valószínűleg egy bizonyos kórokozó által előidézve. Hogy az egyes epidemiákban leírt tünetek különbözők, az esetleg csak a bántalom néha igen könnyű, máskor súlyos alakban való jelentkezésében leli magyarázatát. Hogy miért jelentkezik oly nagyon különböző körülmények között, az pedig talán tisztázódni fog, mihelyt kórokozóját és terjedési módját ismerjük, bár másrészt ma még korai volna határozottsággal állítani, hogy a különféle icterus epidemicus és Weil-féle betegség néven leírt bántalom mind egységes eredetű. A súlyos Weil-féle kór magas lázzal, lép- és májnagyobbodással, hidegrázással, fejfájással, erős lesóványodással járó betegség, mely ugyan rendesen gyógyul, de néha halállal végződik és nagyon hasonlít a

tropusokban ismert sárgalázhoz. Másrészt a könnyű icterus epidemicus sporadikus esete egészen könnyű lefolyású icterus catarrhalis képe alatt zajlik le. Valószínű, hogy a Weil-féle betegség kórokozóját máris fölfedezték. 1915-ben Huebener és Reiter² közölte, hogy sikerült Weil-féle kórban szenvedő beteg vérében tengeri malacznak intraperitonealisan befecskendezve az állaton halálosan végződő betegséget előidézni, mely icterusszal, máj- és lépdegenattal, hőemelkedéssel járt. Ezen állatok vérében, májában, kisebb mennyiségben pedig tüdejében, csontvelőjében és lépében sötétmezős megvilágításnál spirochaetaszerű, hosszúkás, vékony képleteket találtak. Ezeket a Weil-féle betegség kórokozójának tartják, bár emberben nem sikerült kimutatni őket még. Tőlük függetlenül és csaknem egyidejűleg Uhlenhut és Fromme³ hasonlóképp kísérletileg icterus infectiosust idézett elő tengeri malaczkokon és ezek májában Giemsa-festéssel spirochaetaszerű képleteket találtak. Közelfekvő, hogy e képletek azonosak a Huebner és Reiter által leírtakkal.

Az általam észlelt tömeges icterus-megbetegedés igen kiterjedt volt. Magam több száz beteget észleltem, és más közelemben működő orvosoktól értesültem, hogy ők is sok sárgaságban szenvedő beteget láttak. Szóbeli értesítésből pedig tudom, hogy általában a jelenlegi háború alatt sokfelé látták az icterust tömegesen. Természetes, hogy magam is szerettem volna a bántalom okát kutatni. Künn a harctéren azonban laboratoriumi felszerelés nem állhatott rendelkezésemre, tehát arra szorítkoztam, hogy vagy 10 beteget a legközelebbi epidemia-kórházba szállítottam, hol a pontos vizsgálat lehetséges volt. Dr. Szász Béla szíves volt a betegek egyikét bakteriologailag és parasitákra, valamint a vért bakteriologailag vizsgálni, de semmi rendellenest sem talált.

Az icterus tömeges előfordulása, a hol jártam, a nyár derekán kezdődött és elhúzódott decemberig, bár az őszi hűvösebb napok beálltával már lényegesen csökkent a betegek száma. Az egyes eset az icterus catarrhalis rendes képe alatt folyt le. Többnapos étvágytalanság, gyomortáji fájdalmasság, levertség, kisebb fejfájás után a sclera, a bőr sárga elszíneződése, súlyosabb esetekben acholiás szék volt kimutatható, a vizeletben pedig epefesték. Enyhe gyomor- és májtáji fájdalmaknak megmaradása mellett az icterus 1—2 heti fennállás után rendszeren engedett, csak ritkán húzódott 3—4 hétig. A gennius epidemicus jóindulatú volt. Valóban súlyos esetet a sok száz között egyet sem láttam. Viszont voltak esetek, melyekben a tünetek csak épp jelzettek voltak és néhány nap alatt teljesen visszafejlődtek. A segélyhelyek orvosai pedig értesítettek, hogy nagyszámú egészen könnyű lefolyású icterust nem is küldtek intézetembe, mert a bántalom oly gyorsan elmúlt. Majdnem valamennyi beteg láztalan volt, csak egyszer-másszor állott fenn kislökő hőemelkedés. A máj némely esetben kissé duzzadt volt; léptumort nem észleltem. A betegek körülbelül felének a vizeletében kevés albumen volt; kevesebb vagy hosszabb ideig fennálló albuminuriát nem észleltem.

A betegeket gondosan kikérdeztem, mily körülmények között betegedtek meg és minek tulajdonítják ők maguk is megbetegedésüket. Ez utóbbi kérdésre választ egyáltalában nem tudtak adni. Kizárható, hogy ivóvíz vagy közös konyha használata játszana szerepet a bántalom elterjedésében, mint-hogy egymástól távol fekvő helyeken betegedtek meg a katonák, kik különben is legnagyobb részét forrásvizet vagy szűrt és forralt vizet ittak. Conservek élvezetével sem látszik összefüggni a baj. Tisztek is megbetegedtek, kik conservét nem ettek. Hogy, mint egyes szerzők (Rinet) fölveszik, földmunkával, vagy egyik collegám nézete szerint lóval való bánással függne össze a baj elterjedése, azt kizártnak tartom, minthogy sok ily munkával nem foglalkozó (pl. egészségügyi katonák stb.) is megbetegedett. Eleinte azt hittük, hogy talán a tengeriliszttel készült kenyér játszik szerepet. De a bántalom véletlenül fennállott akkor is, midőn a katonák

² Huebener és Reiter: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 43. sz. és 1916, 1. sz.

³ Uhlenhut és Fromme: Med. Klinik, 1915, 45. és 46. sz.

¹ Hennig: Kollmann's Heft, 1890, 8. folyt.

kitünő rozskenyeret élveztek. Zsíros ételek fogyasztásában sem kereshetjük a baj okát. A túlzásos étkezés egyes esetekben talán előidézhet icterus catarrhalist, de tömegmegbetegedést nem. A bántalom különben is több oly katonán is jelentkezett, kik saját felügyeletem alatt valóban nem túlzásos ételt élveztek. Legvalószínűbbnek tartom, hogy az icterus infectiosus, mint némely más betegség is, közvetítő rovar útján terjed. E gondolattal többször találkozunk az irodalomban. Így *Hecker* és *Otto*⁴ egy icterus infectiosus járvány leírása kapcsán fölemlíti, hogy a bántalom valószínűleg rovarecsípés útján terjed. *Huebner* és *Reiter*, a *Weil*-féle betegség valószínű kórokozójának fölfedezői, szintén így vélekednek eme bántalom terjedéséről. Vajjon valamely szunyogfaj szerepel-e, erről ma véleményem még nem merek mondani. Hogy nem tetű vagy poloska a terjesztő, az legalább is valószínű. Sok oly egyént láttam megbetegedni, ki valóban teljesen féregmentes volt és teljesen tisztán tarthatta magát (tiszték, tisztiszolgák, egészségügyi katonák). Közel fekvő, bár természetesen egyáltalában nem bizonyos, hogy a szobalégy szerepelhet a bántalom terjedésében. A szobalégy igen nagy számmal volt körülöttük és a bántalom csökkenése is a legyek pusztításának idejével esik egybe.

Az icterus epidemicus súlyos eseteinek kezelésére nem terjeszkedem ki, hisz súlyos esetet nem láttam. A könnyű lefolyású esetek kezelése igen egyszerű. Zsírintes, könnyű étrendet rendeltem. Belsőleg különböző gyógyszerekkel kísérleteztem (natr. hydrocarb., rheum, chinin, salol stb.), de kifejezett hatást egyikőtől sem észleltem; jól bevált azonban a következő egyszerű kezelés: 2—3 napig hashajtás (keserűs, rheum) utána 2—3 napig 3×0.5 salol.

Végül néhány szó a prophylaxisis choleraoaltás értékéről. A jelenlegi háború alkalmas annak eldöntésére, értékes-e az oltás a most használatos alakban. Ennek eldöntésére az egyes helyeken és csapatokban szerzett tapasztalatok összegezése szükséges. Július végén azon falu lakossága körében, melyben tartózkodtunk, egy-egy, majd több cholera megbetegedés fordult elő és a katonák között is voltak esetek. Borzadva gondoltam arra, hogy a cholera-esetek száma sokszor egyes esetek után hirtelenül fölszálló statisztikai görbe alakjában szokott növekedni. A harc téren mégis csak fogyatékosan végezhető egészségügyi intézkedések mellett, főleg a nyomorult kunyhókban tengődő lakosságnál ez várható volt. Dr. *Jarinay Sándor* főorvos érdeme, hogy azonnal elrendelte a hatáskörébe tartozó összes katonák újraoltását, valamint mindazon környékbeli falvak lakosságának oltását, mely falvakban choleraesetek előfordultak. A már oltott legénységet 1 cm³ oltóanyaggal, a lakosságot egy heti időközben 0.5, majd 1.0 cm³ anyaggal oltottuk. A kik orvosok e munkában résztvettünk, valóban meggyőződünk az oltás feltűnő hatásáról. Eleinte még néhány eset előfordult, azután megszűnt a cholera. A járvány el volt fojtva. Ezen adat nem tudományos bizonyíték, de valószínűséggel, sőt reám nézve meggyőzően szól amellet, hogy a mai alakban szokásos choleraoaltás a bántalom kitünő prophylacticuma.

A császármetszésről.

Irta: *Fonyó János* dr. (Budapest.)

Az orvostörténelem adatai értelmében a császármetszés egyike a legrégebbi orvosi beavatkozásoknak. Azonban áldásos gyógyító eljárásá nem az anti- és aseptikus aerában, hanem csak sokára azután, 1882-ben vált, a mikor folytonos gyakorlás és tapasztalás révén a sebészek rájöttek, hogy a varrott sebek szétválását nemcsak a bacteriumok, hanem a helytelen varrási technika is okozhatja.

A legelső feljegyzéseket a császármetszésről mint műtéti eljárásról a 16. század orvosi irodalmában találjuk, a mikor az kizárólag csak elhaltakon hajtatott végre s a műtét mint olyan a legtöbb kulturnépnél törvénybe is volt iktatva.

Badenben 1870—88-ig 61 ízben végeztetett a műtét, egyetlen élő magzat eredményével.

Az első hitelesen beigazolt császármetszést élő emberen 1610-ben Wittenbergben *Jeremias Trautmann* hajtotta végre, az asszony azonban felkelése után a 25. napon hirtelen elhalt, a gyermek pedig csak 3 évet élt. Ezen idő óta a császármetszést elég gyakran végezték, de a vele elért eredmények igen rosszak, szinte ijesztők voltak. Mert ha sikerült is némelyeknek a műtét még az intézetekben végzett császármetszések is, igen silány és nem kielégítő eredményt nyújtottak, igen nagy halálozási aránnyal.

Egy 1841—77-ig terjedő statisztika¹ értelmében például 269 császármetszés közül 128 végződött halálosan (47.5%). *Michaelis* statisztikája 52%, *Kayser*-nek hasonló statisztikája 62% halálozást jegyez fel. Minthogy abban az időben is, a rosszul sikerült esetek nem igen közöltettek, de meg a közlésre nem is volt annyi alkalom, nem fogunk sokat mondani, ha *Schröder*-rel egyetemben azon idők halálozási százalékát 80%-nak vesszük.

Az antisepsis bevezetésével sem javult a halálozási arány, mindamellett, hogy már abban az időben is úgy az operateur, mint az assistense, valamint a műszerei is a sepsises méreggel és annak átvihetőségével szemben elég jól voltak felfegyverezve. De ezen momentummal, valamint a tökéletlen technikából folyó elvérzési veszedelemmel e helyen nem kívánok foglalkozni. A fő ok, a miért a klasszikus császármetszés halálozási aránya oly magas számot ért el, mindamellett, hogy már antiszeptikusan jártak el, a jó méhvarrási technika hiányában és a varróanyagoknak tökéletlen sterilizálásában állott. A rosszul ellátott méhseb szétvált, a lochia a tátongó seben át a hasüregbe ömlött s az asszonyok sepsises hashártyagyulladásban pusztultak el. A szülésznek gyors és sokirányú iparkodása tehát, a műtéten javítani, kézenfekvő dolog volt.

A legradikálisabban járt el *Porro*, a ki 1876-ban a kiürített méhet a méhnyak felett amputálta. Ezzel elérte azt, hogy a nagy uterus-sebfeület helyett csak egy aránylag kisfeületű csonkot kellett ellátnia. Csakhamar sok követője akadt s, az első eredmények látszólag igen kecsegtetőek is voltak s egy ideig úgy tűnt fel, mintha a *Porro*-műtét a régi conservatív császármetszést egészen ki is szorítaná. A műtétet csak egy tekintetben, még pedig a nemzőképesség megszűnése miatt kifogásolták.

Azon idők további tapasztalataiból csakhamar kiderült, hogy a *Porro*-féle császármetszés eredményei is csak látszólagosak, semmivel sem jobbak, mint a régi conservatív császármetszéséi, statisztikája szintén 52% mortalitást mutatott s vele sem jutottak a szülészek biztos és megnyugtató eredményekre.

A mint ismeretes, a régi conservatív császármetszésnek *Sänger* szerezte vissza az őt megillető méltányolást 1882-ben. Új varrási methodust gondolt ki, a melylyel a méhsebet az eddiginél tökéletesebben láthatta el és a melynek gyakorlása mellett a műtét eredményei azonnal szemmel láthatólag meg javultak. Pontos antisepsisre támaszkodva, a méhseb mindkét oldalán a serosa alól egy-egy muscularis-csíkot metszett ki s a serosus borítékok széles adaptálásában és gyors összetapadásában keresett biztosítékot a méhseb esetleges szétválása ellen. Ezen *Sänger*-féle, a legrégebbi klasszikus császármetszést módosító eljárásról az évek folyamán ugyan kiderült, hogy technikájában a muscularisnak resec-tioja felesleges, de általa a *Sänger*-féle principium, a császármetszett uterusnak megtartása, conservatív kezelése, a továbbnemezés lehetőségével, jó eredményei miatt régi jogosultságát mégis megtartotta, illetőleg visszaszerezte. Az operatio *Sänger* szerint tehát ideális, minthogy mint említettük, a továbbnemezés lehetőségét nem zárja ki, bár az ismételt szülés tekintetében a ruptura veszedelme miatt ezt ismét vitatják. Való igaz azonban az, hogy a szülés ismételt lehetősége miatt abban az időben minden szülész a *Sänger*-féle eljáráshoz csatlakozott

⁴ Hecker és Otto: Deutsche med. Wochenschrift, 1911, 18. sz.

¹ Virchow-Hirsch: Jahresberichte.

és kell, hogy a császármetszést az ő klasszikus formájában tipusos műtétnak tekintsük.

Ezzel azonban a Porro-féle sectio caesarea felett még nem volt pálcza törve, minthogy az nem minden esetben volt a Sängner-féle klasszikus császármetszéssel helyettesíthető. De meg a szülész találkozott olyan esettel is, a hol a Porro-féle műtét éppenséggel nem volt mellőzhető, a hol az uterus testének eltávolítása az adott körülményekből kifolyólag szükségessé vált. Sängner maga, valamint Martin, Gusserow, Zweifel és Blanc a Porro-műtét indicatiót a következő pontokban foglalta össze. A Porro-műtét végzendő:

1. olyan esetekben, a melyekben a lochiák levezetése per vias naturales meg volt nehezítve, a vagina stenosisai, atresiai miatt, vagy az uterusnak vele össze nem függő daganat által történt eltávolítása, összenyomása miatt (Sängner, Zweifel);

2. zárt méhszarvban, az uterus bicornis rudimentaer szarvában fejlődött terhesség eseteiben (Sängner, Blanc);

3. ismételt klasszikus császármetszés után, minthogy a Sängner-féle izomkimetszés által a méh anyaga megfogyott; azonban ez az indicatio az idők folyamán elavult, minthogy az uterus-musculatura excisiója a technika későbbi fejlődése következtében feleslegessé vált;

4. a méh és a szervezet súlyos általános infectiójának eseteiben (Sängner, Zweifel, Blanc);

5. súlyos osteomalacia esetén (Sängner, Zweifel), a mely indicatio ma már szintén elavult, a jobb eredményekkel kecsegtető klasszikus műtét és a vele kapcsolatos ovariectomia miatt;

6. tüdő- és szívbeteg asszonyokon, minthogy az utóvérzés ezekre nézve veszedelmes lehet (Martin); ma ezen indicatio alapján is ritkán operálunk, minthogy a terhességet szükség esetén annak korábbi szakaszaiban megszüntetjük (Fromme);

7. ha a méh daganatos volt, a mikor később amúgy is újabb műtét lett volna szükséges (Zweifel);

8. atonia esetén a császármetszés kapcsán (Zweifel, Blanc), a mire a mai technika mellett és hypophysis + secocornin használatával kapcsolatban alig lehet szükség.

Sängner tehát az ő méhvarratával 1882-ben egy technikailag kifogástalan műtétet teremtett s ez tette lehetővé a klasszikus császármetszésnek további sokszoros és eredményes kivételét. A klasszikus császármetszés rehabilitációjának természetes folyománya volt, hogy alkalmazásának köre tágult, olyan esetekre is kiterjesztett, a hol csak daraboló műtét árán lehetett volna természetes úton a szülést befejezni s ezáltal a műtét relativ indicatiók alapján mind kiterjedtebb alkalmazást nyert, úgy hogy Schauta, Leopold, Credé, Zweifel, Sängner azt már csak 1%-0% halálzással végezte. Megnyertük tehát a jogot annak kijelentésére, hogy a császármetszés az életbiztos műtétek sorába tartozik.

A kedvező bírálat azonban csak a kifejezetten tiszta esetekre vonatkozhatott, a hol a műtét álló burok és gyanus kezék által történt belső vizsgálat kizárásával történt, a hol pedig ezen elővigyázati szabályok figyelmen kívül hagytak, a halálzási arány ismét jelentékenyen emelkedett. Ezen utóbbi körülményt angol statisztikák tüntették fel a legvilágosabban.

A míg ugyanis a halálzási arány általában véve 5% volt, ha a műtét kedvező viszonyok között hajtatott végre, az azonnal 30-40%-ra emelkedett, a mint a műtét a burokrepedés után hosszabb idő múlva vagy többszöri vizsgálat után végeztetett (Routh).

* * *

Typusos klasszikus császármetszést végeztem három esetben, ú. m. szűkmedence egy esetében relativ indicatio, osteomalacia és hüvelyconglutinatio egy-egy esetében absolut indicatio alapján. A két első eset kórtörténeti adatai röviden a következők:

S. J.-né, 28 éves, III-szor terhes nő; két spontan abortusa volt veleszületett retroflexio következtében. 5 évi házasság után ismételt más állapotba jutott. Pessarium-kezelés. Terhességét kiviseli. A terhesség vége felé a has lógóvá válik. Rövid csöves csontok. Medence-

méreték: 26, 29, 19 cm. Promontorium könnyen elérhető, conjugata diagon.: 10 cm. A művi koraszülésbe, annak bizonytalan eredménye miatt nem egyezik. Prochownik-diaeta. A fájások megindulása után 4 órával a magzatot a két ujnyi méhszájon át fartartásban levőnek találom, az elülső farpofa egyenesen a symphysisre helyezkedik. A fájások, mindamellett, hogy a méhszaj eltűnt, még 24 óra múlva sem vitték előbbre a szülést. A far a medence bemenete felett fennakad. A méh alsó szakasza kezd érzékennyé válni. Pulsus és temperatura normalis. Erre a szűk medencére és a nagy magzatra való tekintettel, relativ indicatio alapján a császármetszésre határozom magamat.

Műtét 1913 május 21.-én éjjel 1 órakor. Chloroform-narcosisban desinfectio, csapolás. Has megnyitása a közép vonalban, a processus xiphoidesig a symphysisig. A méh kigördítése a hasfalak elé; a felső hassebrést szűkítem. A méh megnyitása annak elülső falán, az áthajlási redőig. A burkokat meghasítva, az I. fartartásban levő magzatot kiemelem és köldökét ellátva, a műtét tétől eltávolítom; kiemelése után azonnal élénken sűr. 2 cm² hypophysis-kivonat subcutan, mire az uterus ugyan jól contrahálódik, de a vérzés a méhből csak nehezen szűnik. A méh üregét kitörölve, az uterus üregébe és abból lefelé egy 3 ujj vastag jodoformgaze-csíkot vezetek a méhszájon át a hüvelybe. A méh sebet a nyálkahártya kikerülésével 3 rétegben és pedig izomzatát két rétegben csomós catgut, egy rétegben, csomós és folytatlagos selyem serosavarratokkal egyesítem. Hasfal reconstitúója 3 rétegben. Az élő érett leánymagzat súlya 4529 gr., hossza 54 cm., fejkerülete 34,5 cm. Sima gyógyulás. A beteg 14 napra hagyja el az intézetet.

T. S.-né, 40 éves, V-ször terhes nő. Eddigi szülései rendszeren folytak le, gyermekei azonban mind nyomorékok csontszű következtében. Utolsó terhessége és szülése alkalmával, 3 év előtt már érzett úgy a keresztcsontban, mint a medencéjében fájdalmakat, de ezek a szülés után elmúltak. Jelen terhességét már kezdettől fogva rosszul viseli. Az V. terhességi hónaptól kezdve úgyszólván megrokkant. Járása nehézkessé vált, csontjaiban nagy fájdalmakat kezdett érezni. A csípőcsontok összenyomására a keresztcsípőcsont-izületben nagy fájdalmakat jelez. Ezen időben a belső vizsgálattal a medencében észrevehető elváltozást még nem találom. A terhesség VII. havában azonban a promontorium már igen könnyen elérhető. Conjugata diagonalis 10 cm. A medence oldalfalai egymáshoz nagy fokban közeledtek, könnyen körültapinthatók; a beszögélő promontoriummal a tipusos kártyaszív alakot mutatja. A medence méretei 28, 31, 20 cm. Tubera ischii egymáshoz két ujnyira közeledtek. A heteken át folytatott adrenalin injectiók Bossi szerint összesen 90 izben, napjában 3-szor alkalmazva, úgy a Parke Davis, mint a Richter-féle készítményből, eredményre nem vezettek. Az osteomalaciás panaszok a terhesség végéig fokozódtak. A fájások megkezdése után 4 órával, két ujnyira tágult, vékonyszélű méhszájnál, az abszolút szülési lehetetlenség miatt az asszonyon a klasszikus császármetszést hajtom végre, kétoldali ovariectomiával kapcsolatban. A magzat a mérsékelt asphyxiából bőringerekre csakhamar magához tér. Gyermekegy láztalan. Hasseb prr. egyesül. Magzat súlya 3275 gr. hossza 49 cm., fejkerülete 32 cm. Patiens csak hónapok múlva tanul meg ismét rendszeren járni.

A classicus conservativ császármetszés tehát mind a két leírt esetben minden complicatio nélkül, jól és exacte volt keresztülvihető, minden későbbi következmény nélkül úgy az anyára, mint a magzatra nézve.

A továbbiakban a szülészek azon fáradoztak, hogy a classicus császármetszést olyképen módosítsák, hogy vele olyan anyák is megmenthetők legyenek, a kik az uteruson át történt infectio miatt veszélyes állapotba jutottak. Ezen törekvések közben pedig a tudomány és a művészeti technika meglehetősen kerülőutat végzett. Ugyanis a sokáig mellőzött symphysiotomiát ismét alkalmazni kezdték, sőt Gigli az ő fűrészevel a medence gyűrűjét a symphysisből oldalt úgy bontotta meg, hogy a medence annyira kiszélesedhetett, hogy a magzat átbocsátására elegendően tágassá vált. Minthogy pedig a császármetszésre a leggyakrabban a szűk medence adott indicatiót, úgy vélték, hogy veszélytelenebb az anyára nézve, ha a méh infectiója esetén a hasat nem nyitjuk meg, hanem távolabb a gyanus helytől vagy az inficiált szülőcsatornától készítünk egy sebet, és ha a magzatot nem a hasfalon át, hanem a természetes szülőúton át segítjük a napvilágra.

De a feltevés, mint a hogy utólag kiderült, hamis volt, mert egyrészt, akár az os pubist, akár a symphysist hasítottuk át, a tágítás foka már eleve bizonyos határok közé volt szorítva a conjugata vera nagysága által (7 cm.), másrészt az először szülőket a lágyrészeknek súlyos sérülése miatt ki kellett zárni, minthogy e sérülések új összeköttetést létesítettek a szülőcsatorna és az infectio iránt oly érzékeny csontsebek között. Az utóbb említettekén kívül igen sokszor

állandó jellegű igen kellemetlen zavarok maradtak vissza úgy a symphysiotomia, mint a hebosteotomia után. Sőt kiderült az is, hogy a szülőcsatorna inficiált volta mellett a medenczegyűrű megbontása által a veszély az anyára nézve csak fokozódott, mert könnyebben eshetett a felszálló infectio áldozatává.

A budapesti magyar kir. bábaképezdében 1903-ban és 1905-ben két idevágó műtétet végeztem, a melyeknek kórtörténeti adatai a következők:

C. K. 30 éves, I.-P. Fejlapsz. 502/448. 1905. Első rendes terhessége végén szülőfájásokkal jelentkezik. Medenczeméreték: 26, 28, 20 cm. Conjugata diagonalis: 11 cm. Conj. vera: 9,5 cm. Rövid csöves csontok. Csúcsos nas. Korai magzatvíz-elfolyás. II. koponyatartás. Fej a symphysis felett erősen promineál. A magzat fején ujjnyi, vastagszélű ménszájnál, a bemenet felett gyermektenyérszerű fejdaganat tapintható. Fej 5 óra múlva sem mozdul a medence bemenetéből. Erélyes szülőfájások, változó szívhangok. Méhszáj eltűnt. Fejen diffus fejdaganat. Magzatvíz sűrű, sötét, meconiosus. Contractio gyűrű képződik. Pulsus 120. Scopolamin-morphin-chloroform (0,0006 + 0,3 + 23 gr.) bódulatban *Walcher*-féle függő helyzetben *Hofmeyer*-féle impressio eredmény nélkül, majd magasfógo-kísérlet. A fej a legerélyesebb tractiókra sem mozdul. Közben a magzati szívhangok javulnak, meconiosus magzatvíz nem ürül. A fogó kanalait levezesszük s a szülést kis időre magára hagyjuk azon tervvel, hogy ha a magzat szívhangjai továbbra is megjavulnak, pubiotomiát, ha pedig rosszabbodnak, perforatiót végzünk. A szívhangok csakhamar javulván, subcutan pubiotomia baloldalt. Műtét: Műtőasztalon scopolamin-morphin-chloroform (0,0006 + 0,3 + 23 gr.) narcosisban desinfectio, csapolás. Bal nagyajkát jobbfelé húzva, a szeméremcsont alsó széleinek megfelelőleg $\frac{1}{2}$ cm.-es bőrmetszést ejtünk, a melybe a *Döderlein*-féle tűt bevezetjük. A hüvelybe vezetett bal mutatóujj vezetése mellett, közvetlenül a szeméremcsont hátulsó felszínén feltoljuk a *Döderlein*-féle tűt addig, a míg az a szeméremcsont felső szélénél a tuberculum pubicumtól kifelé $\frac{1}{2}$ cm.-nyire érezhetővé válik. A tű végére bistourival reámetszve, azt a szeméremcsont felett kiszúrjuk s kampójába a *Gigli*-fűrészt behúzva, azt a *Döderlein*-féle tű által készített sebcsatornán áthúzzuk s vele a szeméremcsontot néhány fűrészelőmozgással átvágjuk. A medenczegyűrű átvágása helyén a csontvégek közé 4 ujj bőven belefér.

Mínt hogy a magzat feje az átfűrészelés után is erősen promineál a symphysis felett, nem volt reményünk a spontan szüléshez, a miért is a magasfógo alkalmazására határozottuk magunkat. A keresztátmérobén alkalmazott magasfógoval való húzásra a magzat feje alig és csak $\frac{1}{4}$ órai kísérlet után mozdul meg és sikerül a medenczébe húzni, majd extrahálni. A magzat előfelé fejtetőtartásos mechanizmussal születik meg. Műtét közben jelentős vérzés a pubiotomia subcutan sebéből. Köriültések eredménytelenek. A magzat élve született, a lepény rendesen távozott. Gypskötés. Műtét után 1 órával apnoe, kihagyó, kishullámú pulsus. Infusio. Kámfor. $1\frac{1}{2}$ órával a szülés befejezése után exitus.

J. A., 25 éves, I.-P. 136 cm. magas, gracilis csontrendszerrel bir. Medenczeméreték: 25, 26, 17 cm. C. diag.: 9,25 cm. C. vera: 7,75 cm. Keskeny keresztcsont. Medence falai a szokottnál magasabbak. Linea terminalis könnyen kitapintható. Dupla promontorium, az I. és II. keresztcsont-csigolya között erős beszögelés. Általánosan szűk, lapos, nem rachitises jellegű medence. I. koponyatartás. 1903 november 14 d. u. 4 óra. Méhszáj eltűnt ajka oedemás, fej hyperflexióban. Mínt hogy a fej keresztülhatolása a medenczegyűrűn, annak kisebbitése vagy a medenczegyűrű megbontása nélkül nem remélhető és mínt hogy csak három út áll rendelkezésünkre, ú. m. a sectio caesarea, a symphysiotomia és az élő magzat perforatiója, de ezek közül a sectio caesarea esik, mínt hogy a burok már 28 óra előtt megrepedt, viszont az élő magzat perforatióját kerülni óhajtottuk, a symphysiotomiára határozottuk magunkat.

Aethernarcosisban desinfectio, csapolás. Bőrmetszés a symphysisnek megfelelőleg a középvonaltól balra, a clitoris kikerülésével, valamivel nagyobb hosszban, mint a symphysis. Részlegesen előrehaladva, elevatoriummal szétoljuk a lágyrészeket. A symphysis felett jobb- és baloldalt a rectus belső rostjait átmetszszük. A trochanterek támogatása mellett a symphysis porcát átmetszszük. A tátongás az izületi felszínnek között 6 cm. A hólyagra jodoformgáz helyezünk. Fogó alkalmazása a legnagyobb kerületével a bemenetben álló fejre. Extractio. Az os pubisokat átfúrva, sodronnyal egyesítjük. Symphysis feletti lágyrészek egyesítése. Drainage a hólyag és a symphysis közötti részen. Lepény $\frac{3}{4}$ óra múlva távozik. Gypskötés a medenczére.

Magzat 2730 gr., hossza: 50 cm., fejkerelete: 35 cm. Fejméreték: bt. 8 cm., bp. 10 cm., f. o. 11,5 cm., m. o. 13,5 cm., tb. 9,5 cm. A fej megnyúlt mentooccipitalis, elszélesedett biparietalis irányban. Bal falcsont erősen alátolt. A bal homlokudor behorpadt. Jobb falcsonton és a bal proc. mastoideuson a fogó kanalainak nyomai láthatók. Per secundam gyógyulás. A symphysis tátongása és lassú kitelődése a járásban semmiféle zavart sem okozott.

Az a körülmény tehát, hogy a szülések legnagyobb figyelme a medenczebontó műtétekre volt irányítva, magyarázatát adja annak, hogy *Frank*-nak (Köln) az irányú javaslata, hogy a classicus conservativ császármetszés oly módon tökéletesítsék, hogy inficiált szülőcsatorna eseteiben is alkal-

mazható legyen, sokáig figyelmen kívül maradt. *Frank* ugyanis azon gondolatból indult ki, hogy a *Sänger*-féle classicus és a *Porro*-féle módosított császármetszés veszélye abban áll, hogy a megnyitott peritoneum a méh infectiosus tartalma által megfertőzött magzatvíz által szükségképpen kell, hogy megfertőztessék. Ennélfogva olyan utat keresett, a melyen át a hasüreg megnyitása nélkül juthasson az uterus alsó, és ha lehet, annak extraperitonealis szakaszához. *Pfannenstiel*-féle keresztirányú metszéssel át a peritoneumot felpraeparálta és az uterus nyaki részét szabaddá tette. Utóbbit keresztirányú metszéssel megnyitva, a magzatot kiemelte és a sebet szélesen drainezte.

Míndamellett *Frank* eszméje csak azóta részesült nagyobb figyelembe, a mióta *Sellheim* pontosabb anatómiai tanulmányra támaszkodva a medence viszonyait még közelebről világította meg. És bár az idők folyamán sok utánzó akadt, a kik a műtétet tökéletesíteni szándékozták, lényegében ma három suprasymphysaer császármetszési eljárás versenyez egymással, ú. m. 1. a *Latzko* és *Döderlein* által inaugurált extraperitonealis eljárás, a mely a peritoneumnak teljes épségében való megtartását czélozza, 2. a *Krönig*, *Laubenburg*, *Opitz* és *Thorn* által gyakorolt transperitonealis eljárás, a mely principiell abban különbözik az előbbtől, hogy a peritoneumot „szándékosan” nyitják meg, a méhet csak törlőkkel izolálják, majd annak alsó szakaszán át távolítják el a magzatot, 3. a kettő között foglal helyet az az eljárás, a melynél csak átmenetileg lesz megnyitva a peritoneum, majd a méh peritoneuma a hassebbez lesz kivarrva („kivarrási eljárás”) arra az időre, amíg a magzatnak a méh alsó szakaszán át eltávolítása és a méh üregének zárása befejezést nem nyert.

Az első eljárás részletezve röviden abban áll, hogy a hasfalnak kereszt- vagy hosszirányú megnyitása után a 150 ccm. folyadékkal megtöltött hólyagot balról jobbra toljuk és a peritoneumot az uterus alsó szakaszának elülső faláról tompán felpraeparáljuk. Ily módon az egyik ligamentum rotundumnak (esetleg szükséges) átmetszése után könnyen sikerül az alsó uterus-segmentumnak elég nagy részletét szabaddá tenni, úgy hogy rajta hosszirányú metszést eszközölve, az uterus sebében át a magzatot megszületethetjük. A lepény a hasfal felől gyakorolt nyomással a sebbe préselhető vagy manualisan is eltávolítható. A méh zárása után, infectio gyanuja forogván fenn, úgy a nagy kötőszöveti sebet, mint a hasfalat drainezzük, asepticus esetekben azonban zárjuk. Az irodalmi adatok alapján az eseteknek $\frac{2}{3}$ -ában a peritoneumnak mindennemű sérülése kikerülhető, azonban $\frac{1}{3}$ -ában beszakadások keletkeznek rajta, sőt néha az uterus sebére és vele együtt a peritoneum is továbbszakad.

Ma ez a *Latzko*-féle methodus, a peritoneum teljes épségében való megtartásának elvével a *Krönig*, *Laubenburg*, *Opitz* és *Thorn* által gyakorolt eljárással szemben súlyát veszítette. Ugyanis *Latzko* methodusa szerint operálva megállapították, hogy a peritoneumot csak nagy elővigyázattal sikerülhet sértés nélkül a megfelelő szélességben lefejtetni az uterusról (*Küstner*, *Bumm*), továbbá ezen műtét eljárással keletkezett kötőszöveti seb, a melynek fenekét kiterjedt gyűjtőeres hálózatok alkotják, infectióval szemben igen érzékeny (*Bumm*), azonfelül pedig a magzat kiemelése után az összeesett uterus alatti minden legkisebb részt drainezni igen nehéz feladat. Másrészt meg az volt az általános tapasztalat, hogy gyanus folyadéknak a hasüregbe jutása eseteiben a hashártya az egyszerű kitörlés és zárás után jobban védi meg magát, mint hogy ha nyitva tartva drainezzük. De meg egyes szerzőknek az a benyomása, hogy a peritoneumnak véletlen sérülése aggályosabb lehet, mint a hasüregnek céltudatos széles megnyitása és teljes zárása.

Ugyanis az infectiosus magzatvíz a peritoneumnak alattomosan, véletlen támadt nyílásain át a hasüregbe jutva, onnan csak igen nehezen vagy egyáltalában nem távolítható el, míg ellenben a hasüregnek céltudatos széles megnyitása és a méhnek izolálása után, aránylag könnyű az esetlegesen befolyt váladékot, ha fertőzött is, onnan elég tökéletesen eltávolítani.

Kérdés volt az is, hogy az extraperitonealis eljárásnál nyert peritoneum, a mely a világosság felé tartva, szabad szemmel látható, szítaszzerű hézagokat mutat, minden alapjától megfosztva, bír-e elegendő ellentálló képességgel infectious csírákkal szemben vagy sem, ha az legnagyobb szélességében a drainező gaze-ra fekszik.

Mindezen aggályokból kifolyólag a vélemények vég-eredményben oda konkludáltak, hogy mivel a *Latzko*-féle teljes extraperitonealis eljárással úgy a műtét alatt, mint a műtét után a hashártyának még a legnagyobb elővigyázat mellett is kellő elzártága biztosítva nincs, a czéltudatos intraperitonealis, illetőleg transperitonealis műtéssel, meg az uterusnak czéltudatos és helyes izolálásával még az extraperitonealis eljárásnál is jobb eredmények érhetők el. Mind-egyikből kifolyólag a *Döderlein*—*Latzko*-féle methodustól elállva, *Krönig*, *Laubenburg* és *Thorn* szerint végeztünk a császármetszést a következőkben olvasható két esetben.

M. U.-né, 30 éves, I. P. Rendes terhessége végén. Két hónap óta a *Prochownik*-diéta szerint táplálkozik. Medencze-méretei 25, 28, 18 cm. 1914 július 23.-án d. e. 2-kör magzatvíz-elfolyás zárt méhszáj-nál. Fájások óránként. 24 óra elteltével sűrűbb fájások s a két ujjnyi vékonyszélű méhszájon át egy leánymagzat fara tapintható ki, hátával hátrafelé. Az előlfekvő magzatrész a symphysis felett erősen előre-ugrik. Este 9 órakor a méhszáj már nem mutat tágulási hajlamot, oedomássá válik s ez előlfekvő magzatrész a méhszáj széleit becsípi. Temperatura emelkedik: 38° C., pulsus: 120. Méh alsó szakasza kezd érzékenyvé válni s kiképződik lassanként a contractió gyűrű is. A görcsös szülőfájások a szülést nem viszik előre, hőmérsék néhány negyedórán belül 38°7' C.-ra emelkedik, a miért is a suprasymphysaer transperitonealis császármetszésre határozom magamat.

Chloroform-narcosisban desinfectio, csapolás. A has-üregnek hosszirányú megnyitása után a medenczét fel-polczoltatom. A méhet kiemelve, gondosan körülrakom has-törülökkel. Most a peritoneumot a hólyag felső határánál keresztirányban bemetszem. A hólyagot letolom a hüvelyig, a peritoneumot pedig felpraeparálom az uterus-hoz való szoros tapadásáig. Hosszirányú metszés a cervixen, annak legmélyebb pontjáig. A magzat kiemélése és ellátása. Utána 2 cm³ hypophysis-kivonat subcutan, a mire a méh jól contrahálódik s a lepényt a cervix sebébe nyomja. Az uterus-t alaposan kitörölve, azt a hüvely felé 3 ujj vastagságú jodoformgaze-csikkal drainezem. Erre a cervix sebzéleit egyesítem a nyálkahártya kikerülésével 2 rétegben csomós catgutvarrásokkal. A méh varratát a hólyag mögött egy gaze-csikkal lefedve, a hüvelybe vezetem. A peritoneum széleit az uterus előtt folytatólágos catgutvarrattal egyesítem. Törlek eltávolítása. Gummikeztyűk eltávolítása a kézről. A peritoneumnak gondos kitörlése után a hasfalat 3 etage-ban reconstruálom.

Magzat súlya: 4012 gr., hossza: 52 cm., fejkerülete: 36 cm. Gyermekekgy:

I. d. e. 38°7' C. — 120 pulsus; d. u. 38'2 — 100; véres hányás; II. d. e. 37'1 — 92; d. u. 37'3 — 92, beöntésre kevés szék; III. d. e. 36'9 — 92; d. u. 37'1 — 92; IV. d. e. 38'2 — 96; jodoformgaze-csikkok eltávolítása a hüvelyből; d. u. 37 — 92; V. d. e. 37'8 — 90; d. u. 37'2 — 90; VI. d. e. 37'6 — 80; d. u. 37'5 — 88; VII. d. e. 37'6 — 80; d. u. 37'5 — 80; VIII. d. e. 37 — 80; d. u. 37'4 — 84; IX. 36'8 — 78; d. u. 37 — 80; X. napon pulsus és temperatura normalis. Felkel a 21. napon. Hasseb per primam egyesült.

(Vége következik.)

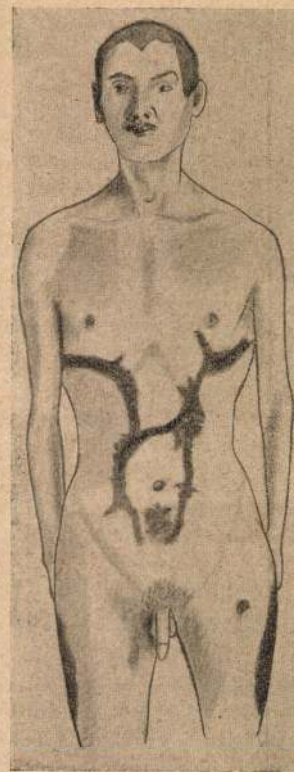
Közlemény a cs. és kir. 11/V. mozgó tartalékkórházból. Tábori posta 17. (Parancsnok: Veress Ferencz dr., magántanár.)

Veszületett (?) részarányos forradások a törzs és a czombok bőrén.

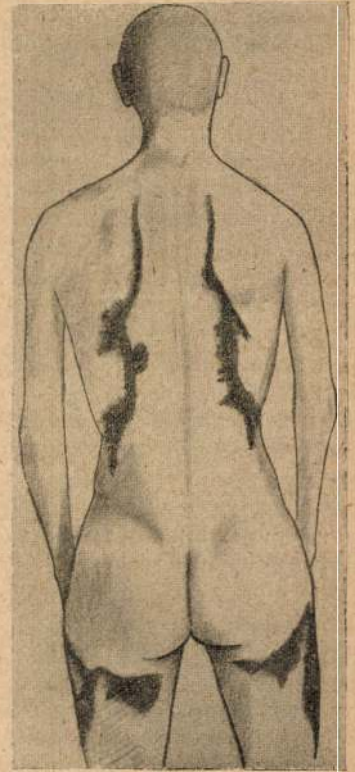
Irta: Veress Ferencz dr., ezredorvos a harcztéren.

P. M. 24 éves gyalogost 1915 decemberében friss syphilissel vettük fel kórházunkba. Megvizsgálásakor annyira szokatlan hegesedéseket találtam köztakaróján, hogy érdemesnek találok a közlésre, kérve azok szíves hozzászólását, a kik már láttak hasonlót, vagy az elváltozás eredetét, okát ismerik.

Középtermetű, vézna, lapos mellkasú, gyenge csont- és izomrendszerű, lesóványodott oláh legény. A törzs elülső oldalán, a mellkas két oldala felől a nagy mellizom alá, majd az egyenes hasizmok két oldalán lefelé futó s az alhason, valamint a gyomortájon egymással összekötött ujjnyi—két ujjnyi szélességű, közepén fehéres, szélein festenyzett, régi hegek vannak, melyek bár nagyjából vonalalakúak, széleiken azonban sok helyen sugarasan szétágaznak és cikk-cakk-szerű alakot vesznek fel. A két czomb külső oldalán hosszú, széles, sima forradások, a bal czomb tövén pedig kisebb foltalakú heg van. A háton a két lapoczka belső szélén részarányosan lefutó hosszanti forradások a hát közepén kiszélesednek és egymástól kissé eltávolodnak, majd a csípő fölött megszűnnek. A farpofák alatt egy-egy ovalis, rendetlen alakú csik van, mely a czombok külső oldalán levő széles forradásokkal egyesül. Az esetről felvett fényképeimen az elváltozások nem ötlenek eléggé szembe s ezért a beteget lerajzoltam s a különben halvány hegeket sötétre vettem.



1. ábra



2. ábra.

A beteg annyira értelmetlen, hogy a forradások keletkezésének idejéről semmit sem tud. Subintelligentiájára jellemző, hogy 2—3 évvel ezelőtt — midőn egy alkalommal nagy melegben csupasz felsőtesttel kaszált — társai figyelmzették a különös vonalakra, melyek létezéséről neki addig (22 éves koráig) sejtelve sem volt.

A hegek feltűnően részarányosak és becslésem szerint nagyon régiek. Első tekintetre emlékeztetnek arra a képre, melyet villámtól sújtott egyéneken látunk. Egy pillanatra savval vagy forró vízzel történt égési csíkokra gondolhatunk, de annyira szabályosan és közbeeső nagy területek átugrásával ilyesmi nem képzelhető el. Az ismert sebészi vagy bőrkórtani elváltozások közt egy sincs, melyet okozójául tekinthetnénk s így nem marad hátra más, mint éppen szabályosságára való tekintettel úgy fogunk fel a dolgot, hogy a magzati életben, esetleg a foetusnak a magzatburkokkal való összenövése révén keletkezettek részarányos sérülések és hegek.

Nehezen tudom elképzelni azt a helyzetet, melyben ilyen összenövések ezeken a helyeken létrejöhetnének, de megfelelő irodalom és tankönyvek hiányában nem ítélem meg, hogy ez a nézetem helyes-e? Hasonló esetet még nem láttam.

Ezidőszerint járványkórházul szolgáló cs. és kir. mozgó tartalék-kórházból. (Parancsnok: Visy Károly dr., ezredorvos.)

A variola vera therapiájához.

Irta: *Gosztonyi Vilmos* dr., m. kir. tart. segédorvos.

Mikor egy tábori kórház himlőosztályát átvettem, mindjárt az első hetekben azt kellett tapasztalnom, hogy a variola vera halálozási százaléka valóban nagy (20—30%). Arra törekedtem tehát, hogy kikutassam, hogy milyen úton-módon lehetne e magas halálozási százalékot leszállítani. Nem mulaszthatom el az alkalmat, hogy akkori parancsnokomnak, *Andauer Jenő* dr. cs. és kir. főtörzsorvosnak és a jelenleginek, *Visy Károly* dr. ezredorvosnak hálás köszönetemet kifejezzem azért, hogy megadták a lehetőséget arra, hogy kutatásaimat keresztülvihessem.

Mielőtt therapiámat ismertetném, néhány fővonásban le kell írnom magát a betegséget, bár most igen sok kollégának bőven volt rá alkalmá, hogy a variola vera lefolyását megfigyelje, kivéve a csapatorvosokat, mert ők a betegség lefolyását nem kísérik figyelemmel. Én mint csapatorvos 10 hónapon át egyetlen variola-eset lefolyását sem figyeltem meg.

Az első eset lehető jókori felismerésének a fontosságáról nem akarok írni. Mindenesetre feltűnő a betegség kezdete. Az utolsó perczig egészséges patient hirtelen kirázza a hideg, láza 39—40°-ra szökken. A patiens fej-, derék-, (gyakran lábikra-) fájásról panaszkodik, mindjárt nagy betegnek érzi magát. Kisebbszerű bronchitis is jelentkezik majdnem mindig. A második napon kezdetleges erythema jelenik meg bizonyos helyeken, nevezetesen a *Simon-féle* czombháromszögben és a derék oldalain. 3 naponként (de nem egészen pontosan) változás áll be a variola vera lefolyásában, még pedig

a 3. napon áll be a stadium eruptionis. Az arczon, majd a végtagokon megjelenik a himlő-exanthema. Ez exanthema nagyon hasonlatos a morbillihez és abban különbözik tőle, hogy a beteg kezefejét és lábát erősen megtámadja, a mi morbillinél nem fordul elő. A hőmérsék, mely 40° körül mozgott, e napon leszáll.

A 6. napon a himlő-exanthema a himlőpustulákba kezd átmenni, még pedig úgy, hogy a foltok papulosussá, két nap múltán vesiculosussá válnak, a középpontban kicsiny bemélyedéssel, telve tiszta sárga folyadékkal. Ugyane változások mutatkoznak a nyálkahártyákon, de azzal a különbséggel, hogy a pustula hamarosan eltűnik és kicsiny fekélyek maradnak vissza erősen lobos környékkel. A pustuláknak lassanként zavarossá váló tartalma

a 9. napon teljesen gyénessé válik. Ez a stadium suppurationis. A pustulák golyóalakúan kiemelkedők. A környék erősen gyuladós. A hőmérsék ismét magasra száll (39°) s e fokon marad

a 12. napig, a stadium exsiccationisig. Ez időtájt kezdene a pustulák, még pedig előbb a beteg arcán, majd a kezein beszáradni. A fájdalmakat heves viszketés váltja fel, a beszáradt var lehull s visszamarad a jól ismert himlőhely.

Önként értetődően a betegség nem minden esetben ily gyors lefolyású. A jelzett határidőkkel csak feltűnőbben akar-tam megkülönböztetni az egyes stadiumokat.

Sokan a himlőpustulák erőssége és elterjedtsége szerint varioloist és variola verát különböztetnek meg. Varioloisnál a pustulák gyérek és kicsinyek, variola veránál a pustulák a beteg testét sűrűn lepik el és nagyobbak. Szerencsére ritkán fordulnak elő a következő súlyos alakzatok: variola confluens, a mikor a látszólag differenciált pustulák egybefoly-nak, és variola haemorrhagica, a mikor a pustulákban vér jelen meg. Complicatióképpen keratitis, pneumonia, pleuritis, nephritis haemorrhagica és endocarditis fordul elő.

A therapiában különös gondot kell fordítani arra, hogy lehetőleg ne álljon be complicatio. Zsinórmértékül meg kell említenem, hogy a szemet és környékét tisztán kell tartani; bronchitis esetén expectorantst kell használni; a pulsusra nagyon kell figyelni, kellő időben stimulánsokat kell használni,

különösen potatorokon, a kiknek diatájából az alkoholos ital sohasem hiányozhatik. Hideg borogatás — bárha a beteg bő-rét irritálja — sohasem téveszti el a jó hatását, részben antipyreticumul szolgál, bronchitis esetében ártalmatlan, jó expectoráns is és különösen a kínos viszketést csilla-pítja. Utólag ajánlatos a beteg bőrét szárítani és berizspo-rozni. A betegek — ha csak keresztülvihető — vörös vilá-gításnál legyenek; a nappali világosságnak tagadhatatlanul rossz a hatása.

És most rátérek az én kezelésemre, mely a már meg-jelölt cselekmények kiegészítéseképpen nagyon eredményes volt. A diphtheriaserum-kezelés ez. A diphtheriaserum-keze-lést a variola vera két stadiumában üztem: a stadium erup-tionisban és a stadium suppurationisban. Mindkettőben igen jó eredményt értem el. A legnagyobb nehézséget a variola a légző- és nyelőszervekben okozza; a tonsillák és környékük nagyon megdagad, az epiglottis oedemássá válik. Mindez na-gyon akadályozza a nyelést és a légzést nagyon szaporává teszi. A beteg rohamosan elgyengül. E két körülmény kikü-szöbölése a diphtheriaserummal tökéletesen sikerült. Diph-theriaserumot 28 esetben alkalmaztam. Csak egyetlen egy betegem halt meg. Variola confluens volt. A serumot későn alkalmaztam. Már megvolt a sepsis (sepsises endocarditis).

1500 immunitás egység használatára (véletlenül orosz diphtheriaserumom volt) a stadium eruptionisban a be-betegség lefolyása lényegesen enyhült. Négy nővér közül, a kikről fel kell tételeznem, hogy egyaránt súlyosan voltak in-ficiálva, az egyiknek — a stadium eruptionisban — 1500 i. e. serumot adtam. A baj lefolyása összehasonlíthatatlanul eny-hébb volt, mint a testvéreinek. Nem kevésbé érdekes a követ-kező eset. Egy és ugyanazon házból volt katona- és polgár-betegem. A katonát csak egy hónappal azelőtt, hogy a variolát megkapta, oltották ellene. Látni akartam a különbsé- get és a polgárt 2000 i. e. serummal kezeltem. Felgyógyult, a katona pedig meghalt. A stadium suppurationisban, ha na-gyok voltak a nyelési és légzési nehézségek, 2000 és — egy nap intervallummal — 1000 i. e. alkalmazása mellett igen szép sikert értem el. A nehézségek két nap mulva teljesen megszűntek. (A száj tisztántartását különösen szemügyre vettem, 2% hydrogenhyperoxydot adtam toroköblögetőnek, esetleg kábult állapotban a beteg száját gyakran megnedvesítettem.)

Tapasztalataim alapján ajánlom a stadium eruptionis-ban 1000—1500, a stadium suppurationisban 3000—4000 i. e. serum alkalmazását. Ugy vélem, hogy eljárásom közlé-sével a tudománynak és a kollegáknak szolgálatot tettem.

Használhatjuk-e a kecsketejet csecsemők mes- terséges táplálására?

Irta: *Bókay János* dr., egyetemi tanár.

A székesfővárosnak tehéntejjel való ellátása fokról-fokra nehezebbé válik s a tejmizériát a jelenben nagyon is érezzük, úgy az egészséges, mint a beteg csecsemők és kisdedek táplálásánál. S a közeljövő kilátásai egyáltalán nem biztatók, mert hisz bizonyos, hogy a nyári meleg beálltával kétség- telenül beálló jég hiány a két éven aluli gyermekeknek tehén- tejjel való ellátását a székesfővárosban úgyszólván lehetet- lenné fogja tenni. Így mintegy kényszerülve leszünk arra, hogy mind fokozottabban vegyük igénybe, *elveink ellenére*, a különböző tejconserveket, mely conserv táplálékok kizáró- lagos használata pedig a csecsemők mesterséges táplálásánál könnyen veszélyessé válhatik, mert megindítója lehet *súlyos táplálkozási zavaroknak*, például az alimentaris intoxicatio- nak, nem is szólva hosszasan arról, hogy ezen conserv táplálékok huzamosabb használata mellett csecsemőinken kifejlődhetik a *Barlow-kór*, az *infantilís scorbut* kórképe, mely kórfolyamat Magyarországon eddig úgyszólván isme- retlen volt.

A jelen nehéz viszonyai e téren s a jövő idők ezen irányú szomorú perspectivája nagyon actualissá teszik azon

kérdést, hogy vajon *más állati tejjel*, nevezetesen kecsketejjel a két éven aluli kisdetek táplálása nem volna-e esz-közölhető. Más állati tej, nevezetesen a szamártej, mely össze-tételénél fogva a női tejhez eléggé közel áll s mely állati tejet a múlt század 70–80-as éveiben a párisi Hos-pice des Enfants assistés-ben a lueses csecsemők osztályán (*pavillon Parrot*) kiterjedten használtak a legjobb ered-ménynyel, nálunk alig jöhet szóba, mert hazánkban szamarak, nevezetesen fajsamarak tenyésztésével állattenyésztőink nem foglalkoznak.

A mi a kecsketejet illeti, annak összetétele, mint az alábbi táblázat mutatja,

	Fehérje	Zsír	Czukor	Só	Caloriaérték
Női tej	1·03%	4·07%	7·03%	0·21%	700
Tehéntej	3·5%	3·7%	4·9%	0·7%	650
Kecsketej	3·7%	4·3%	3·6%	0·8%	686
Szamártej	2·2%	1·6–1·1%	6·0%	0·5%	479

a tehéntej vegyi összetételével körülbelül megegyezik s a különbség jórészt abban áll, hogy a kecsketej zsírtartalma a tehéntejhez viszonyítva 1%-kal magasabb. A kecske-tejnek árnyoldala a kellemetlen szaga, mely egy orga-nicus sav, a hirzin-sav által van feltételezve, mely azonban tapasztalt gazdák állítása szerint teljesen eltüntethető, ha az állatot s a helyiséget, a hol a kecske tartózkodik, tisztán tartjuk s az anyakecskével nem tartjuk együtt a bakokat.



1. ábra.
Zwierlein után.

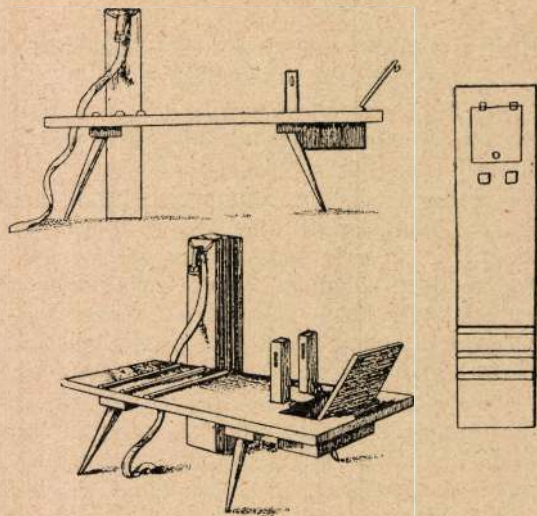


2. ábra.
Zwierlein után.

Burr szerint:¹ „Bei regelmässiger Pflege und Ernährung der Ziegen steht die Ziegenmilch bezüglich des Geschmackes und der Bekömmlichkeit nicht hinter der Kuhmilch zurück.“

A csecsemőtáplálás kecsketejjel a múltban egyes helye-ken sűrűn használtatott s érdekes, hogy a kecsketejjel való táplálást jórészt oly módon végezték, hogy a kecskét mint szoptatódajkát vették alkalmazásba s a csecsemőt directe az állat tőgyére helyezték, tehát azon táplálási módot gyakorol-ták, a melynek analogiáját megtaláljuk az ókori mythológiá-ban, hisz tudjuk, hogy a mythologia szerint Jupitert szop-tatódajka gyanánt az Amalthea kecske táplálta. A párisi orvosi facultás 1773-ban a kecsketejet ilyen módon ajánlotta a kisdetek táplálására s ezen táplálás, melyet akkor Páris-ban, Lyonban, Aixban eléggé kiterjedten gyakoroltak, azt mutatta, hogy a kecske a dajka szerepét bámulatos gyor-san megtanulja, az állat rövid idő alatt megismeri a neki kiosztott csecsemőt, felismeri hangját, hozzáfut, meghatóan gyengéden foglalkozik vele s idegen gyermek táplálását egy-könnyen nem fogadja el. Párisban legalkalmasabbnak tekin-tették a két éves korú kecskét s különösen kedvelt volt a kasmir-faj, melynek tejéről azt állították, hogy szagtalan. Érdekes tapasztalataik között találok feljegyezve azt is, hogy a kecske mellé, hogy a zárt helyet megszokja, játszótárs gyanánt kutyát adtak foglalkoztatásra.

Hiteles adatok bizonyítják, hogy Franciaország szellem-óriását, Lamartine-t s a híres francia író, Karr Alphonse-t anyakecske táplálta.



3. ábra.
A kecske rögzítésére szolgáló pad. (Zwierlein után.)

Németországban ezen táplálási mód a múlt század leg-elején szintén sűrűn gyakoroltatott, egy egyszerű falusi or-vosnak, Zwierlein dr.-nak, Brückenau fürdő „Brunnen-Medi-cus“-ának kezdeményezésére,² ki fanatikus buzgalommal tö-rekedett népszerű iratokkal odahatni, hogy a kecske mint szoptató dajka minél több esetben vétessék alkalmazásba ott, hol az anya nem szoptathat. Zwierlein dr.-nak ezen irányú első kis munkája 1816-ban jelent meg „Die Ziege als beste und wohlfeilste Säugeamme“ czímmel.

Ezen táplálási mód gyakorlati eredményei a múltban részben kedvezők, részben kedvezőtlenek voltak s így na-gyobb népszerűsége sem Franciaországban, sem Német-honban, sem egybűt nem tett szert. S ennek meg is van a természetes magyarázata, mert bár ezen táplálási mód szerint a csecsemő a kecske tőgyéből épp oly steril táplálékot nyert, mint az anya által tápláláskor, kétségtelenül nem egy eset-ben súlyos ártalmat okozott az a körülmény, hogy már egész zsenge korú csecsemők is a zsírdús teljes kecsketejet nyerték táplálékul. Én a magam részéről a kecske tőgyén való

¹ P. Sonnenfeld: Handbuch der Milchkunde, 1909, Bergmann.

² Brüning: Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglings-ernährung, 1908, Enke.

táplálást éppen ezen oknál fogva nem is tartom követendőnek, de eleve azon nézetem vagyok, hogy ha a háztartásba került, tisztán kezelt kecsketejet a csecsemők mesterséges táplálására ugyanolyan kezelési eljárásoknak vetjük alá, mint a tehéntejet, tehát ugyanúgy hígítjuk vízzel vagy nyálkalevesszel, vagy lisztlevesszel stb., mint a tehéntejet, táplálási kísérleteink semmivel sem fognak rosszabb eredményt felmutatni, mint a tehéntejjel történt táplálások.

Úgy tudom, hogy megindult a mozgalom,³ hogy már a legközelebbi jövőben Svájc-ból, Németországból nemesített kecskefajt importáljunk nagyobb számmal, hogy honunkban a fokról-fokra fokozódó tehéntejszükségletet kecskének nagyobb arányú tenyésztésével fedezzük. Nekünk gyermekorvosoknak, kik csecsemőosztályokkal rendelkezünk, hazafias kötelességünk a kecsketejjel, mint csecsemőtáplálékkal, *mielőbb, tudományos kísérleteket* tenni, s ha ezen kísérleteket mindannyian csak néhány héten keresztül is gyakoroltuk, azt hiszem, határozott feleletet fogunk adhatni arra a kérdésre, hogy a kecsketej kellő kezelés mellett mint csecsemőtápszert *pótolhatja-e teljes mérvben* a tehéntejet. A magam részéről a vezetésem alatt álló Stefánia-kórházban hajlandó vagyok ezen kísérleteket *mielőbb megkezdeni*.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Weisz Emil: Védekezési útmutató férfiaknak a nemi betegségek elhárítására. 1916.

Ma már általánosan elismerik, hogy a fertőző betegségek terjedése ellenében sokkal több sikert ígér a megelőző védekezés, mint magának a betegségnek a gyógyítása; de hogy e védekezés hathatós legyen, ahhoz elsősorban az szükséges, hogy maga a közönség is tudja, szinte a vérbe menjen át a tudat, hogy *mi ellen és hogyan* kell védekeznie. A modern tudományos fejlődés folyamán ismeretessé vált úgy a kórokozó ágensek nagy része, mint azok biológiája, s ezeknek ismerete alapján ma már határozott útbaigazítást adhatunk a laikus közönségnek. Ez a dicséretes törekvés vezette a szerzőt is, midőn a nemi betegségek ellen való védekezésről e munkáját megírta a különböző társadalmi műveltséggel bíró értelmes laikus közönség számára, igen helyesen kerülve a fölösleges szószaporítást, a nehezebben érthető műkifejezéseket, de a sokszor cikornyássággá fajuló erőszakoltan népieskedést is. Munkája különösen most időszerű, mikor a nemi betegségek ijesztő terjedése végre felrázta társadalmunkat is az álszeméremmel megokolt tétlenségéből s az illetékes körök a legkomolyabb lépéseket teszik a veszedelem terjedése ellen. A szerző műve méltán sorakozik a német irodalom hasonló irányú termékei mellé s elterjedése az antivenereás actiót kétségtelenül erősíteni fogja.

—r.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomor-hyperaciditas kezelésére *Glaessner* docens ezelőtt két évvel az epesavas sókat ajánlotta. Capsulákat használtatott betegeivel, a melyek 0.2 gramm cholsavas natriumot, illetőleg 0.1 gramm tiszta cholsavat tartalmaztak ugyanannyi olajjal. Ezekből a capsulákból 2—5 darabot vétetett be az étkezések után; természetesen a kellő diaetára is súlyt vetett (tej, tejkészítmények, tejfel, főzelék finoman elosztott alakban, kapart hús, kétszersült, tojás, gelatina, zsír és vaj; fűszerek, alkohol, erős leves kerülendő; a konyhasó mennyisége is erősen megszorítandó; ital gyanánt valamilyen erősebb alkális víz használandó). E kezeléssel azóta is nagyon jó eredményeket ért el, feltűnt azonban, hogy az ulcus-betegek elég

tekintélyes része erős bélkólikákkal reagált, úgy hogy az epesavak használatát be kellett szüntetni. Ez a kellemetlen körülmény arra vezethető vissza, hogy az epesavak a vastagbél peristaltikáját erősen fokozzák. További kutatások kiderítették azután, hogy a glycocholsavnak és natriumsójának nincsen ez a kellemetlen mellékhatása. Újabban tehát a glycocholsavas natriumot használja 0.25 grammos adagban capsulában minden hozzátétel nélkül; naponként 3—9 capsula használandó el. Gyomor- és duodenum-fekély 10 esete közül 8-ban a panaszok e kezelésre megszűntek, 1 esetben javulás állott be, 1 eset pedig változatlan maradt. Valamennyi esetben előzőleg minden megkísérelt gyógyítás eredménytelen volt; két eset ulcus duodeni műtete után beállott recidívára vonatkozik, másik kettő pedig ulcus penetransra. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 5. szám.)

Sebészet.

A gázphlegmoneról *Denk és Walzel* a következőket írja: Az anaerobokkal való sebfertőzést már néhány óra múlva fel lehet ismerni a beteg általános állapotából, mely az acut anaemiától (shock) abban különbözik, hogy a beteg pulsusa bár igen szapora, de jól tapintható, az arcszín pedig nem viaszszárga, hanem szennyesszürke, továbbá a beteg nem a hasban, hanem a sebben jelez fájdalmat. A seb pedig alig néhány óra múlva híg barnás váladékot produkál, melynek a szerzők szerint characteristicus fanyar-édeskés szaga van. A seb környékének elszíneződése, duzzanata és a gázképződés csak jóval ezek után áll be.

A korai műteti beavatkozás, mely számos bemetszésből és a fertőzés helyének széles feltárásából áll, az esetek többségében megakadályozza a folyamat tovaterjedését.

Az amputatio és enucleatio gangraena, súlyos végtagzúzódás esetén indikált; továbbá akkor, ha a fertőzés oly mélyreható, hogy a bemetszésekkel sem lehet a tovahaladását meggátolni.

A sepsises (foudroyans) lefolyású eseteket menthetetlennek tekintik.

A prophylaxist illetőleg a sebitoilette után a *Carrel* által ajánlott chlormészszel való behintést (Rp. Calc. chlor. gr. 1.0; Boli alb. gr. 9.0) és a 1/2%-os chlormészszoldattal való nedves párakötést tartják a legjobbnak; ajánlják, hogy az intelligensebb egészségügyi katonákat oktassák ki arra, hogy minden gránát okozta sérülést már a lövészárokból így lássanak el a legelső kötés alkalmával. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 8. sz.)

M.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Izületcsúz egy súlyos esetében *Wick* nagyon jó eredménynyel használta a collargolt intravenás befecskendezés alakjában. A 2%-os oldatból 2 cm³-t fecskendezett be lehetőleg lassan a vena mediana cubiti-be. Összesen 3 befecskendezést adott 3 napos időközökben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 10. szám.)

Asthma bronchiale két makacs esetét közli *Grumme*, a melyekben jodtropon használata mellett a rohamok véglegesen elmaradtak. A betegek naponként 1—2 tablettát vettek be (egy-egy tablettát 0.05 gr. jodot tartalmaz) hosszú időn keresztül. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 9. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1915, 6. füzet. *Kőrösi Kornél*: Az izomduzzadás kérdéséről. *Aáron Béla*: Az intravenásan adott casein sorsa. *Hári Pál*: Adatok a madarak anyag- és energiaforgalmához.

Gyógyászat, 1916, 12. szám. *Zsakó István*: Adatok a traumás eredetű psychosisok és psychoneurosisok ismeretéhez. *Vas Jakab*: Garatmögötti tályog képét utánzó carotisaneurysma 11 hónapos csecsemőben.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 12. szám. *Rapp J.*: A hyperaciditas és gyógyítása.

³ *Koppély G.*: Mezőgazdasági Szemle, 1915, 12. sz.

Vegyes hírek.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület januárban 1106 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1096 szállítást végzett, 69-szer mint mozgóórség szerepelt, 24-szer pedig vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A január hónap működésének főösszege tehát 2295 volt.

Febris wolhynica. Így nevezték el azt az újonnan felfedezett, váltólázszerű betegséget, melyet a Wolhyniában állomásozó katonákon észleltek. A betegség lázból és tagfájdalmakból áll, a melyek 1—2 nap múlva megszűnnek, de 5-naponként megismétlődik a roham. Chinin biztos orvosszere a betegségnek. A beteg vérében nincs malaria-plasmodium; *Jungmann* és *Töpfer* diplobacillust ír le, míg *J. Müller* (Nürnberg) és *Werner* spirochaetákat talált a vérben, a melyek *Müller* szerint a tetűk útján jutnak oda.

A helytelen diagnózisok okát akarta kideríteni *Cabot* 3000 eset klinikai diagnózisának és bonczolásleletének összehasonlítása alapján. Véleménye szerint a következő okok szerepelnek: 1. Tudatlanság. 2. A tünetek hibás értelmezése. 3. Autosuggestio. 4. Anatómiai ismeretek hiánya. 5. A synthesises mérlegelőképeség hiánya. 6. A felelősségtől való félelem. 7. Valóban fennforgó diagnosztikai nehézségek. 8. A beteg hiányos vizsgálata. Leggyakrabban ez az utóbbi ok szerepel. (Journal of the Amer. med. Assoc., 1915, márcz. 27.)

Meghalt. *E. Paulsen*, az orr- és gégeorvostan címz. rendk. tanára a kieli egyetemen, 70 éves korában. — *Sir William Turner*, Anglia legkiválóbb anatomusa, régebben az anatomia tanára az edinburghi egyetemen. — *Ch. Girard*, a sebészet tanára a genfi egyetemen, márczius 4.-én 65 éves korában.

A Városmajor-szanatórium és vízgyógyintézet igazgató-főorvosa, *Czirfusz Dezső* dr., kir. tanácsos e napokban hosszabb szabadságra ment és szabadságideje letelte után *Stoosz*-fürdőn folytatja fürdőorvosi gyakorlatát. Az intézet vezetését *Kelen József* dr. vette át.

A tuberculosisan szenvedő katonák elhelyezése magashegyi klímában nagy mérvet ölt, sajnos, nem nálunk a Tátrában, hanem Svájcban. Már említettük, hogy a Franciaországban hadifogságba esett németek közül időnként csoportokban kb. 1000 tüdőbajost fogtak Davosban és ugyanannyi francia tüdőbajost Leysinben internálnak. Noha Svájc nincs háborúban és katonái csupán határőrségi szolgálatra vannak bevonulva, a tuberculosisan köztük is szedi áldozatait. Ezért *Leysinben Rollier* dr. vezetésével „katonai klinika” nyílik meg, a melyben egyelőre 65 tüdő- és csonttuberculosisa esett katonák fogja megtalálni egészségét a magashegyi klíma segítségével. Kívánatos volna, hogy hazánkban is megszívlelnék a külföldi példát. Tüdőbeteg katonák részére gyűjtés folyik. A Pesti Kereskedelmi Bank pl. 500.000 koronát adott arra a célra, hogy katonáinknak tüdőbeteg-sanatórium épüljön. Nagy hiba volna ezt az összeget valami kegyetlen klímájú helyre elpocsékolni. Itt az ideje, hogy a Tátra nálunk is elfoglaljon olyan helyet a tuberculosisan gyógyításában, a melyet a külföldön Davos és Leysin; kívánatos az is, hogy nemcsak a vagyonos, hanem a szegény emberek részére is nyitva álljon.

A nemi betegségek ellen való védekezés tárgyában a belügyminister a következő rendeletet adta ki: A nemi betegségek fokozódó terjedése által a polgári népezségre és a haderőre háruló veszedelem szükségessé teszi, hogy az említett baj leküzdésére irányuló katonai és polgári hatósági intézkedések minél hatályosabbá tétessenek. Evégből az ugyanezen tárgyban kiadott 106.009/1915. B. M. számú körrendeletet további kiegészítésként a következőket közlöm és rendelem. A cs. és kir. hadsereg-főparancsnokság Op. 61.381/1915. sz. a. kelt rendeletével utasította a hadtáp (állomás) parancsnokságokat, hogy katonai személyek nemi fertőzöttségének megállapítása esetén a fertőzés forrását puhatólják ki és gondoskodjanak, hogy az illető nőszemélyek, a kiktől a fertőzés származott, a közigazgatási hatóság közbenjöttével a legközelebb eső kórház megfelelő osztályán gyógykezelés végett elhelyeztessenek és felgyógyulásukig visszatartassanak. Felhívom Czimét, utasítsa a törvényhatóság elsőfokú egészségügyi hatóságait, hogy a katonai hatóságokat ebben a fontos ügyben minden rendelkezésükre álló eszközzel a leghatásosabban támogassák, illetőleg, a mennyiben az illetékes katonai parancsnokságok a törvényhatóság területén előfordult nemi fertőzési eseteket velők közlik, a fertőzés forrásának felkutatása és a fentemlített óvintézkedések megtétele iránt saját hatáskörükben is intézkedjenek. Ezzel kapcsolatban értesítem Czimét, hogy az illetékes katonai parancsnokságok részéről intézkedés történt a katonák szigorúbb orvosi ellenőrzése, a kimaradási engedélyek megszorítása, a nemi beteg katonáknak felgyógyulásukig való visszatartása, a szabadságolási engedélyeknek ily egyénektől való megvonása, továbbá a részegség szigorúbb büntetése és a legénységnek a védekezést illető kioktatása iránt. A cs. és kir. hadügyminister úr 27.615/1915. sz. a. rendelkezett aziránt is, hogy a hazabocsátandó katonák közül azokat, a kik nemi betegségben szenvednek, hazabocsátásuk előtt katonai kórházban gyógykezeljék, azokat a bujakórosokat pedig, a kiknek betegsége ezenfelül még későbbi gyógykezelést is igényel, a lakhelyük szerint illetékes elsőfokú egészségügyi hatóságnak hazatérésük alkalmával bejelentésük. Hasonló értelemben rendelkezett 346.632/1915. sz. a. a. m. kir. honvédelmi minister úr is. Ezen intézkedések folytán felhívom Czimét, utasítsa az elsőfokú egészségügyi hatóságokat, hogy a katonai részről bejelentett, továbbkezelést igénylő nemi bajos katonákról — illetékes egészségügyi szakközegük által *bizalmasan* kezelendő — *nyilvántartást* vezessenek. Ezeket a katonákat az elsőfokú egészségügyi

hatóság tisztí orvosa személyesen, nyomatékosan tájékoztassa betegségi veszedelmes és fertőző voltáról és a testi érintkezésből származható súlyos következményekről. Együttal gondoskodjék az elsőfokú egészségügyi hatóság arról is, hogy ezek a nyilvántartásba vett egyének teljes felgyógyulásukig megfelelő orvosi kezelésben részesüljenek. Vegye jegyzékbe a tisztí orvos, hogy melyik orvos (esetleg betegsegélyző pénztár stb.) veszi a beteget gyógykezelés alá; értesítse bizalmasan a beteg korállapotáról és ezen rendelkezésre való hivatkozással arról is, hogy a beteg gyógykezelését kényszer alatt áll. Az orvost (betegsegélyző pénztár stb.) arra kötelezem, hogy ezeknek a gyógykezelésbe vett nemi betegeknek kezelési eredményéről minden napári félév végén a nyilvántartó hatóságnak bizalmas jelentést tegyen. A ki a gyógykezelésnek magát önként alá nem veti, erre kényszeríthető és szükség esetén kórházba szállítható (1876. XIV. t.-cikk 89. §-a). A hatósági rendelkezés folytán gyógykezelés alatt álló e nemi betegek gyógykezelési kötelezettség alól csak teljes felgyógyulásuk után az illetékes egészségügyi hatóság rendelkezése folytán oldhatók fel. A nemi betegek kórházi kezelésének biztosítása érdekében 106.009/1915. B. M. szám alatt rendelkeztem az iránt, hogy a fertőzőképes nemi bajban szenvedő betegek kórházba való felvétele kényszerítő okok nélkül meg ne tagadtassék. Minthogy a hazatérő nemi beteg katonák, valamint a nemi beteg nőszemélyek számának előrelátható gyarapodásával a kórházak talán sok helyütt nem lesznek abban a helyzetben, hogy a kórházba utalt nemi betegeket elhelyezhessék: felhívom Czimét, intézkedjék aziránt, hogy a köz- és nyilvánossági jellegű kórházak, a melyeknek bujakóros osztályain levő férőhelyek a szükségletet előreláthatólag nem fogják kielégíteni, nélkülözhető más helyiségek igénybevételével, vagy a kórház közelében megfelelő helyiségek kibérelésével, esetleg ideiglenes (barakszerű) létesítményekkel gondoskodjanak arról, hogy a kórházba utalt nemi betegek elhelyezése akadályba ne ütközzék. Népesebb városokban arról is gondoskodni kell, hogy a szegénysorsú nemi betegek, a kiknek kórházba való felvétele nem szükséges ugyan, de betegségük mégis állandó gyógyítást igényel, szakszerű gyógykezelésben részesíthetők és gyógyszerekkel díjtalanul elláthatók legyenek. Legzérsebb, hogy az ilyen betegek kezelésére az erre alkalmas kórházakban esetleg más helyiségben alkalmas szakorvos megfelelő időben a nemi betegeket kezelje. Felhívom tehát Czimét, hogy a kórházak bujakóros osztályainak a szükséghez mérten való kibővítését, illetőleg, ha a kórháznak nincs bujakóros osztálya, ilyenek létesítését, a bejáró nemi betegek gyógykezelésére pedig ambulánskezelés szervezését, az érdekelt szakemberek bevonásával haladéktalanul tegye megfontolás tárgyává és javaslatait hozzám mielőbb terjessze fel. Végül felhívom Czimét, utasítsa fegyelmi felelősség terhe alatt az illetékes elsőfokú hatóságokat és a szakközegeket, hogy a nemi betegekről beérkező — rendszerint „bizalmas” jelzéssel ellátott — értesítéseket és megkereséseket *szigorúan bizalmasan* kezeljék, általában a legnagyobb titoktartással járjanak el s a kényszereszközök alkalmazásához csak az elkerülhetetlen szükség esetében forduljanak.

Lapunk mai számához *Richter Gedeon vegyészeti gyára, Budapest, X. czég prospectusa* van mellékelve.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Magán-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. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01. Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály. Szabad orvosválasztás.

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

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. V., Személynök-u. 7. Telefon 36-95.

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

Városmajor-szanatorium és vízgyógyintézet Budapest, I., Városmajor-utca 64. Telefon 88-99. Bel-, ideg- és nőbetegek részére. Hízáló és soványító gyógymódok. Vízgyógyimód és villamos kezelések bejáróknak is. A betegek a sanatoriumban lakó **Dr. Czirfusz Dezső**, kir. tanácsos, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt állanak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.) 166. lap. — (II. rendes tudományos ülés 1916 január 29.-én.) 166. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(I. rendes tudományos ülés 1916 január 22.-én.)

Elnök: Verebély László, később Salgó Jakab. Jegyző: Szász Tibor.
(Folytatás.)

Rejtő Sándor: Két fontos tény között keresi az összekötő hidat. Az egyik az, hogy a Neumann-féle eljárással néha sikerül a teljes érzéstelenítés. A másik, hogy nagyon gyakran nem sikerül, a mire nézve legjellemzőbb Neubauer imént hallott statisztikája. Neumann módszerét a radikális műtétek localis érzéstelenítéséről írott dolgozatában (Z. f. O. 1906) írta le, melyben állatkísérletekkel azt is kimutatta, hogy a proc. mastoideus csonthártyája alá injiciált festékszemszék a csecssejtek és az antrum mucosájában is kimutathatók és így joggal várhatnók minden esetben a teljes érzéstelenítést. És mégsem találjuk. Ennek okát a szülő is a n. trigeminus III. ágából eredő n. recurrens (Mihalkovics), vagy újabb nevén n. spinosus (Spalteholz)-ban véli megtalálni, mely a durán fut és így nem érinti a befecskenedezett folyadék. Lehetséges, hogy ezen idegág különbözőképpen van kifejlődve és így egyes esetekben az érzéstelenítése mintegy elhanyagolható a nélkül, hogy a műtét sikerét befolyásolná, míg máskor éppen ezen ág fájdalomérzése akadályozza a munkában. Erről boncztoni alapon igyekszik majd meggyőződni.

Mindenesetre való, hogy a trigeminus III. ágának érzéstelenítésével mindenkor teljesen fájdalom nélkül operálhatunk a dobüregben, és ebben van Pogány dr. módszerének nagy előnye, úgy hogy az határozottan haladást jelent. Magam úgy kórházi, mint magánbetegemen, leszámítva a kis gyerekeket, mindig helyi érzéstelenítésben operálok és ez mindig sikerül.

A részint Pogány dr.-ral, részint Váli főorvossal végzett 52 eset közül egyetlen esetben fordult csak elő némi complicatio, a facialis rövid ideig tartó paralyse a proc. mastoideus medialis oldala felé adott injectiótól. Mióta azonban csak egy pontból, a planum mastoideumból injiciálunk, ezen igazán jelentéktelen kellemetlenség sem szerepelhet. Még csak azt jegyzi meg, hogy a gyomor telt vagy üres volta nem fontos kelléke a localis anaesthésiának; de annál fontosabb az előzőleg adagolt morphiom.

Pogány Ödön: Szásznak a következőket válaszolja: a tények beszélnek, a szülő módszerével a műtét teljesen érzéstelen, legalább is annyira, mint a hernia-műtét. Tessék megpróbálni úgy végezni, mint a szülő, majd neki is sikerülni fog. Neumann tanárral két hét előtt személyesen beszélt. Ő nagyon helyeselte az eljárást s megígérte, hogy megpróbálja. Szász kartárs 3 esetben látta, a szülő 50-en felül személyesen végezte. Bármily nagy kiterjedésű bántalom legyen is, az érzéstelenítés teljes. A szülő így operált sinus-thrombosit, perisinusos tályogot, extraduralis agytályogot. Szász kritikálhatja a Neumann-féle módszert, de a szülőét nem, mert ezt még nem látta.

Neubauer megjegyzése, hogy a Neumann-módszer mily sokszor cserben hagyta, szintén a szülő eljárása mellett szól. Méltóztassék szülő módszerét megpróbálni. Hogy a facialis-hűdés gyakori, azt Körner statisztikája bizonyítja. Ugyancsak Neumann tanár mondta legutóbb: „Az a fülörvos, a ki azt állítja, hogy sohasem sért vagy sértett meg facialist vagy sinust, az vagy nem operált, vagy nem mond igazat.”

Váli kérdésére a szülő azt válaszolja, hogy a műtét előtt nem adott enni a betegnek, de nem is szabad adni. Szülő ezt tapasztalta orrműtéteknél is, hol mindig éhgyomorral operál, mert a novocain és cocain gyakran hányást idéz elő.

(II. rendes tudományos ülés 1916 január 29.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

Retrograd incarceratióknak bélresectióra gyógyult esete.

Erdélyi Sándor: A bemutatott beteg 1915 november 21.-én este 9 órakor jelentkezett az új Szt. János-kórház sebészeti osztályán. 30 év óta fennálló gyermekfej nagyságú jobb oldali lágyéksérve dél óta kizáródott. Kemény, feszes tömlő, mérsékelt meteorismus, erős jobb oldali fájdalmak. Ezek miatt, valamint 110-es pulsusa, száraz nyelve s nagy-

fokú elesettsége miatt azonnali műtétet végez rajta Manninger főorvos megbízásából. A műtétkor kiderül, hogy a tömlőben a vakbél, a féregnyúlvány, valamint az utolsó ileumkacs, ezenkívül még egy ileumkacs foglal helyet; mindannyian sötétek, erősen belöveltek, de még nem gangraenásak.

A sérv lezorító gyűrűjét tágitva, nyilvánvalóvá lesz, hogy a két ileumkacsot összekötő, kb. 30—35 cm. hosszú retrograd ileum-bélkacs a hasüregben elhalt, gangraenás; e bélkacs mesenteriuma a lezorító gyűrű által összenyomva, a bélkacs maga pedig 180°-kal tengelye körül megcsavarva, volvulusban van oly módon, hogy a mesenterium tengelycsavarodása éppen a szorító gyűrűbe esik. Az elhalt bélkacsot kihúzva, az odavezető bélkacs csál együtt kb. 50 cm. hosszúságban reszekálja és a csontokat end-to-end anastomosissal egyesíti. A hasüreget zárja, a tömlő helyét drainezi s Bassini-műtéttel rendesen befejezi. A lefolyás ideális; másodnapra a bélműködés megindul, eleinte véres székekkel; tíz nap alatt prima gyógyulás és az illetőt december 4.-én egészségesen elbocsátják.

A bemutatott esetben a retrograd incarceratio érdekességét a hozzá csatlakozott volvulus növeli, a mi a Wendel-féle 78 esetről közölt statisztikában csak 5 esetben fordult elő. A retrograd bélkacs necrosisának ez esetben tulajdonképpen hármasként okát lehet látni; a mesenterium lezorítása, azután az anatómiai viszonyok (ugyanis az ileum utolsó kacsainak, melyek részben az art. ileocolica által tápláltak, ereiben kevés a radiaer anastomosis s így egy-két ér kiesése könnyen okoz gangraenát) s végül a volvulus. Az eset a Maydl II.-féle mechanizmus szerint jött létre, a melyet de Beule elnevezése után W-alakú herniának nevezünk; a volvulus minden valószínűség szerint az incarceratio alatti erős bélperistaltica következtében jött létre.

Még emeli az eset érdekességét és ritkaságát, hogy a vakbél és appendix is benne volt a tömlőben, természetesen a tömlő lateralis falához növe, illetőleg annak alkotásában részt vett.

A Pólya-féle összeállításban a kizáródás után 14—15 óra múlva operált retrograd incarceratióknak és bélresectióknak még elég jó prognózisuk van; a bemutató esete 10 órával az incarceratio után került műtétre, a mikor a gangraena teljes volt ugyan, de perforatio még nem volt.

Mivel a retrograd incarceratio theoriája és keletkezése körül az akták még nincsenek lezárva, minden ilyen esetet feltétlenül nyilvánosságra kell hozni s ezért hozta a bemutató is esetét az orvosegyesület elé.

Idegen test a sclerában.

Fejér Gyula: A 12 éves fiú e hó 17.-én azon panaszszal jelentkezik rendelésén, hogy előtte való nap a mezőn disznót őrzött, délelőtt a szél valamit befújt jobb szemébe, szeme estefelé gyuladt és fájdalmas lett. A jobb szemteke külső felső quadransában a bulbustól 5—6 mm.-nyire ki és felfelé sötét pontot lehet látni, mely felett a kötőhártya kissé piros, duzzadt és laponan kiemelkedik. A sötét pontot szondával megtapintva, kitűnik, hogy vas. Hirschberg-mágnessel a vasat megmozdítja, kissé felemeli, de kihúzni nem tudja, és csípővel csak úgy tudja nehezen kihúzni, hogy a conjunctiva és sclera sebét ollóval tágitja. Az eltávolítás csak nagy erő alkalmazásával sikerült, annyira be volt kapaszkodva szélével a sclera elülső rétegének sebszéléibe. Az idegen test 1 cm. hosszú, rendes fejjel és hegygyel bíró, kissé meggörbített szeg volt. A seb pár nap alatt gyógyult, a szemfenék és visus normalis. A szeg a szemtekébe, azaz a sclera elülső rétegébe tangentialis irányban volt beszúrva, de úgy látszik, nem hatolt be a szemüreg belsejébe, úgy volt

beszúrva, mintha gombostűt szúrunk be kabátunkba, azzal a különbséggel, hogy a hegye nem jött ki a külső felületre.

A behatolás módját nem tudja magának megmagyarázni, a fiú nem mond igazat, mert a szél nem vitte be, a szélnek nincsen olyan ereje, hogy ilyen mélyen be tudja szúrni. A fiú csak azt vallja be, hogy azon a helyen, hol ő disznót őrzött, a nyáron vagy őszi szél csépeltek, tehát valószínű, hogy onnan származik a szeg. Külső zúzódás vagy sérülés nyomai nem láthatók a szemhéjon, tehát nem valószínű, hogy verekedésből származik. Talán a fiú önmaga szúrta be szemébe a szeg, amit támogat azon körülmény, hogy a fiú kórházi tartózkodása alatt éjszaka felkelt, járkált, ablakot akart kinyitni és reggelre semmit sem tudott ezen éjszakai kalandról. Ideg orvosunk, *Salgó* magántanár azt véli, hogy egy ilyen epileptoid szerű derengő állapotban öntudatlanul önmaga szúrta be a szeg. A fiú különben is degenerált, mindkét kezén és jobb lábán jól kifejlődött hatodik ujjja van.

Rhinoskleroma kezelése neosalvarsannal.

Basch Imre: A rhinoskleroma gyógyítása terén, dacára annak, hogy *Frisch* már 1882-ben felfedezte a bántalom bacillaris természetét, mégis kb. 10 év előtti időig a sebész eljárások vezettek, mint az excochleatio, *Paquelin* stb.

Egyesületünk és szakosztálya, a gégeorvosok egyesülete és a Közkórházi Orvostársulat, valamint a kolozsvári Múzeumegyesület évkönyveiben elég gyakran találkozzunk bemutatásokkal és közlésekkel (*Baumgarten, Donogány, Dörner, Herczl, Hüttl, Irsai, Láng, Lénárt, Lipschütz, Marschalkó, Morelli, Navratil, Ónodi, Róna, Safranek, Schein, Schwimmer, Tatár, Zwilling* stb.). Legtöbbször sebész beavatkozásról tesznek említést.

Pedig tudjuk, hogy a sebész eljárás nem lehet radikális, kivéve a legkezdetlegesebb stádiumban, de ilyenkor a rhinoskleroma rendszeren még nem kerül szemünk elé.

Lang (Bécs) 1883-ban salicylsav, *Stoukovenkoff* és *Welkowitzsch* 1889-ben karbolsav, *Stoukovenkoff* 1893-ban sol. *Fowleri* befecskendezésétől, *Pawlowski* 1893-ban rhinosclerintől láttak jó eredményeket, de ezen gyógy módok egyike sem bizonyult megfelelőnek.

Schein 1905-ben egy, *Zwilling* 1909-ben két esetet mutatott be, melyekben a rhinoscleroma Röntgen-sugarak behatására gyógyult. *Bohac* 1910-ben hasonlóan nyilatkozik a Röntgen-sugarak hatásáról.

Suess a vaccina hatástalanságáról számol be.

Ugyanígy nyilatkozik 6 eset kapcsán *Owen Richards*. *Morelli* radiummal ért el szép eredményt.

Gerber 1910-ben *salvarsant* kísérelt meg intraglutealis módon, de az elért javulást suggestívnek minősíti.

Ugyancsak 1910-ben *Feier* számol be egy esetről, melyben a beteg állította, hogy könnyebben tud lélekzeni, de objective nem lehetett javulást megállapítani.

1911-ben azonban *Fränkel B.* klinikájáról *Hölscher* esetet közöl, melyben egy 7 év óta fennálló, erős légzésnehézséggel járó, a jobb choanára, a gégefőre és a légcsőre kiterjedő, állítólag tipusos rhinoscleromában szenvedő betegnek júl. 11.-én adott intravenásan 0.4 *salvarsant* és 5 héttel utána, szept. 4.-én újra vizsgálva a beteget, azt teljesen gyógyultnak találta. Arról azonban a közleményben nem nyilatkozik, vajjon histologiailag is meg volt-e erősítve a rhinoskleroma diagnózis.

1912-ben *Lieck*, végre 1914-ben *Lublíner* egy, illetve két eredménytelenül kezelt esetet közölt szintén histologiai lelet nélkül.

Ily ellentmondó eredmények mellett a bemutató helyesnek vélte, hogy esetében *neosalvarsan*-injecciókat alkalmazzon. Bár az eset klinice tipusosnak volt tekinthető, előzőleg histologiai vizsgálat végett a bal orrszárnnyól kimetszett egy göböt.

Kérésére *Buday* tanár volt oly szíves a histologiai vizsgálatot megejteni, mely szerint tipusos rhinoscleromáról van

szó *Mikulicz*-sejtekkel, bennük itt-ott bacillusok plasmasejtekben s kívülök hyalinos göbök stb.

Az eset anamnesise a következő: F. M. F. 36 éves napszámosnak állítólag 12 év óta van sebe az orrán, melyet 3-szor operáltak, utoljára 2 év előtt. Minden műtét után rövid időre javulás mutatkozott, de csakhamar ismét rosszabbodott az állapota. A bal orrnyíláson át nagyon nehezen, a jobb orrnyíláson át egyáltalában nem tud lélekzeni s orrából szakadatlanul ürül váladék.

A beteg állapota 1915 decz. 10.-én: Az orr porcós része a rendesenél jóval nagyobb, kiszélesedett, asymmetriás, a bal orrszárnny terjedelmesebb, mindkét orrszárnny oldalsó része és az orr alapja csontkemény. A jobb orrnyílás közepétől a bal orrnyílás alapjának külső harmadáig, a bajusz helyén az ajkpirtól kb. 1 cm.-ig terjedő, éles határu, vöröses-barna, felhánt szélű, részben szürkés sárgás, genyes, részben vörhenyes, renyhén sarjadzó és csontkemény alapú, mindkét orrüregbe folytatódó fekély, melynek felső széle a bal orrnyílás szélével egybeesik s mely utóbbinak szélén egy borsónyi s egy babnyi simafelületű és a kettő között több göb összefolyásából támadt babnyi göb látszik. A bal orrnyílás alapján széles, a jobb orrnyílás felé keskenyedő, vályúszerű fekély. Mindkét orrnyílásból bő és bűzös genyes-nyálkás váladék ömlik. Mindkét orrüreg annyira szűkült, hogy még szondával is alig járható át.

A garatüreg szűkült, az uvula hiányzik, helyén fekély, mely előre a kemény szájpád nyálkahártyájára, oldalt a tonsillákra és az elülső garatív széléig, hátul a garat hátulsó falára is ráterjed. A légcső nyálkahártyáján skleroma nem észlelhető. A kemény szájpádon a fekély szélén elszórtan több mákszemnyi fénylő göb.

Közérzet, étvágy jó.

Wassermann teljesen negativ.

1916 január 11.-én	I. 0.4	neosalvarsan intravenásan
" "	15.-én	II. 0.5 " "
" "	18.-án	III. 0.6 " "
" "	22.-én	IV. 0.6 " "
" "	25.-én	V. 0.6 " "

Már az első injectio után 24 órával az orr genyes váladéka kevesbedett, a beteg már a jobb orrnyíláson át is tud bár nehezen, lélekzeni.

A II. injectio után 24 órával orrváladék már alig van, a fekély úgyszólván teljesen friss hámmal fedett, a fekély szélei lényegesen laposodtak, a bal orrszárnnyon levő göbök lényegesen kisebbedtek. A keményedés azonban változatlan. Az orron át való légzés minden helyi kezelés nélkül fokozatosan javult.

Az V. injectio után 3 nappal, vagyis január 28.-án kérésre *Morelli* magántanár volt szíves a beteget megvizsgálni és a következő leletet vette fel: a jobb orrnyílás szűkült, a jobb orrnyílás közepétől a sővényen át a bal orrszárnny közepéig terjedő kiemelkedő szélű, sima felületű porcokkemény terfogatnagybodás, mely befelé terjed a bal orrnyílásba, szűkítve azt. Mindkét orrjárat — a bal 3, a jobb 5 cm.-nyire — átjárható.

Az uvula hiányzik, a garatívek opálszerű elszíneződés mellett porcokkemények. A megkeményedés a kemény szájpádra is 1 1/2 cm.-nyi területen ráterjed.

Rhinoskopia post.: A sővény vastagodott, opálszerű, magát az orrkagylót nem lehet látni. Feltűnő a határ a hátulsó szájpádiven, melynek felső harmada porcokkemény, az alsó része élénken piros, lágy. A gégefedő és a gége vérbő, szabad szemmel skleromát nem mutat.

Végleges véleményt a skleromának intravenás *neosalvarsan*-injecciók útján való gyógyíthatóságáról az észlelési idő aránylagos rövidege miatt nem mondhatok.

Megállapítható azonban, hogy *jelen esetben*, mely *klinice és histologic* tipusos rhinoscleroma, intravenás *neosalvarsan*-injecciók után a rhinoscleromás fekély az arczon, az orrszárnnyon, az orrüregben begyógyult s az orrjáratok átjárhatósága nagyfokban javult.

A fekélyedéssel járó rhinoskleroma terapiájában tehát az intravenás neosalvarsan-injectio alkalmazását észszerűnek tartom, mert előnyösen pótolja a megfelelő esetekben indokolt sebészi eljárást, az excochlealást, illetőleg paque-linezést.

Annak mérlegelésébe, hogy a neosalvarsan a skleroma bacillusát directe vagy ellenanyagok fokozott termelésével elpusztítja-e, vagy a kóros szövetekre gyakorolt electiv hatásaképpen gyógyítja a fekélyeket, vagy a nyálkahártya-felületeken tanyázó spirochaeták elpusztítása által segíti elő a fekélyek feltűnően gyors begyógyulását, egyelőre nem bocsátkozhatik.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A szabolcsmegyei „Erzsébet“-közkórházban üresedésben lévő alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma 1400 kor. évi fizetés, teljes ellátással. Magán-gyakorlat, a mennyiben a kórházi szolgálat megengedi, folytatható. Pályázhatnak nőtlen orvosok vagy orvosnők, esetleg szigorlók. Egykoronás bélyeggel ellátott pályázati kérvények a szükséges mellékletekkel (születési bizonylat, oklevél hiteles másolat, esetleg eddig elvégzett tanulmányokról szóló bizonyítványok) Szabolcs vármegye főispánjához címelve a kórház igazgatóságához legkésőbb folyó évi április hó 1. napjáig adandók be.

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Nyiregyháza, 1916 márczius 9.

Mikecz Miklós dr.,
helyettes igazgató, főorvos.

4670/1916. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellemezéssel, ezenkívül az elmeosztályon szolgálatért 300 korona évi pótlékkal javadalmazott három alorvosi állásra pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok — kik szigorló orvosok is lehetnek — felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos jószási Purgly Sándor dr. főispán úrhoz címezve legkésőbb folyó évi április hó 3. napjáig közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az állás a kinevezés után rögtön elfoglalandó.

Baja, 1916. évi márczius hó 8.-án.

A polgármester.

**A légzőszervek valamennyi betegsége ellen
IGYÉK**

a világhírű **gleichenbergi** gyógyvizekből: a

**KONSTANTIN- és
EMMA-FORRÁSOKAT.**

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész

kórházberendezési vállalata

BUDAPEST, IV., PAPNÓVELDE-UTCZA 8. — Tel. 63-33.

Egyetem templommal szemben.

Orvosi műszerek, teljes orvos- és kórház-berendezések.

:: Szakszerű pontos kiszolgálás. Jutányos árak. ::

Költségvetésekkel készséggel szolgálok. Vidékre személyesen utazom.

Sanatorium Purkersdorf Wien mellett

Ideg- és belbetegek számára.

Elmebetegek és fertőző betegségekben szenvedők kizárva.

Hizlaló kúrák, gyomor- és bélbetegek, valamint diabetes részére külön osztály.

Külön osztály szívbeteg részére Dr. Max Herz magántanárral vezetés alatt. Egész éven át nyitva. — Főorvos: Dr. Ludwig Stein, császári tanácsos.

Wessely István és Társa utóda

cégtulajdonos: NAGY KÁROLY FRIGYES

orvosi műszerész

Budapest, IV., Kigyó-tér 1.

TELEFON 6-86.



Legjobban ajánlhatom
önműködő zárrakkal ellátott és a
Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő

**Dr Thilo-fele
Chloraethyl**

készítményemet.
Az önműködő üvegek újra föltesznek meg.
Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH

em. Apotheker, WIEN II., Castellezg. 25.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhímlő-
:: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.



STEPANEK ANTAL

orthopédiai gépek- és orvosi műszer készítő.

Ajánlja legelsőrendű saját készítményű orvosi
műszer, kötszer, orthopaed gépek és beteg-
ápoláshoz szükséges összes gyártmányokat.

Műszerjavítások, dynamo-nik-
kezelések, műköszörülések
jutányos áron elvállaltatnak.

A magyar kir. állami klinikák szállítója.

Budapest, VIII., Szentkirályi-utca 49.

Dr. EGGER-fele készítmények külföldi szerek pótiására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNÖ CSUKAMAJOLAJ KÉSZÍTMÉNY