

Ö. 124

ORVOSI HETILAP

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

2 TÁBLÁVAL ÉS 262 RAJZZAL

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon: 143-609.

Külön mellékletek:

Jelentés Magyarország szemorvosai egyesületének hadi gyűléséről. Melléklet a 33. számhoz.

Scipiades Elemér: A petefészek belső secretiójáról. — **Mansfeld Ottó:** A rendetlen méhvérezésekről. Melléklet a 44. számhoz.

1916

HATVANADIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST, 1916.

PÁPAI ERNŐ MŰINTÉZETE, VI., SZERECSEN-UTCZA 65.
(Liszt Ferenc-tér sarkok.)

XV/60 F 46/1916



Fl. sz. 25.

Leltári szám: F 46/189

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

	Oldal		Oldal
1. Acél Dezső: A salétrom kimutatása és mennyileges meghatározása hús- és kolbászfélékben	354, 373	thyphusról	625, 641, 653
2. Alföldi Béla: A körömgátyűnet	53, 71	43. Galambos Arnold: A typhusos betegek táplálásáról	146
3. Bartók Imre: Agysérülések ophthalmológiai vonatkozásai	665	44. Galambos Arnold: A typhus abdominalis, a paratyphus A és B kezelése Besredka vaccinájával	365, 383, 398
4. Bauer Lajos: A csecsemőkori pylorospasmus és pylorusstenosis gyógykezelése papaverin-injectiókkal	105	45. Galambos Arnold: Néhány megjegyzés a hastyphusról epidemiológiai és klinikai szempontból	453
5. Bauer Lajos: A gyermekkori enuresis nocturna diéta és gyógykezelése	143	46. Galambos Arnold: A typhus és paratyphus-A- és B-megbetegedések kezelése methylenkékkel	497
6. Bauer Lajos: Anyagforgalmi vizsgálatok a CaO befolyásáról a csecsemő- és gyermekkori tetaniára	379, 396	47. Galambos Arnold: A paratyphus A-megbetegedésről	605
7. Bauer Lajos: Klinikai kísérleti adatok a gyermekkori diathesis exsudatívának és a vizanyagforgalomnak egymáshoz való viszonyáról	467, 488	48. Galambos Arnold: A typhus abdominalis, paratyphus A és B gyógykezelése albumose, heterovaccina és physiologiai konyhasó-oldat intravenás befecskendezésével	649
8. Bartók Imre: Vak katonáink szemsérüléseiről	136	49. Galambos Arnold és Roček J.: Wolhyniai láz a délnyugati hadszíntéren	537
9. Báron Sándor: Sebesült és beteg katonáink korai functionális kezeléséről	589	50. Gáli Géza: A tuberculosis kezelése Deycke-Much partial-antigenjével	232
10. Benczur Gyula: Belgyógyászati orvosi tapasztalatok a harctérről	155	51. Gergely Jenő: A gyomor secretiók zavarai tuberculosisban	371
11. Benczur Gyula: Az orbáncz befolyásolása és a malaria gyógyítása optochinnal	535	52. Gergely Jenő: A hypertoniás konyhasó-oldat intravenás befecskendezésének hatása a tüdővérzésre	473
12. Berczeller László: Mikromethodus a Wassermann-reactio elvégzésére	551	53. Gerlóczy Zsigmond és Vas Bernát: A Paul-féle cornea-reactio értékéről a variola és varicella között való differentialis diagnózis megállapításában	575
13. Berczeller László: A Wassermann-reactio egyszerűsítése	552	54. Germán Tibor: Meningococcus által előidézett genyes közép-rülgyuladás	124
14. Bodon Károly: A hadi mirigylob	548	55. Geszt József: A felső mellkasnyílás rendellenességeinek tüneteiről	601, 616, 630
15. Boér Farkas: A here choriön-epitheliomáiról egy eset kapcsán	119	56. Céber János: Adatok az úgynevezett spontan börgangraena kóroktanához	470
16. Borsos Imre: A napiény befolyása a sebek gyógyulására	31	57. Gonda Viktor: A háború okozta traumás neurosis tüneteinek gyors gyógyítása	445
17. Borszék Károly: A háborús idegsérülések sebészeti kezelése és ennek eredménye	195, 218	58. Glücksthal Géza: A szokatlán hosszú incubatiojú és recidiváló tetanus casuistikájához	98
18. Bókay János: A ragályos betegek elkülönítése községekben és városokban	207	59. Gosztönyi Vilmos: A variola vera terapiájához	162
19. Bókay János: A gyermekorvostan pirkadása a külföldön s hazánkban, a XIX. század gyermekorvostana s a mai paediatrica. Balassa-előadás	559	60. Gosztönyi Vilmos: A kiütéses typhus terapiájához	515
20. Csernel Jenő: A febris exanthematicus kórokozójáról	499	61. Haba Antal: Adatok a szív functio-vizsgálatához és néhány szó a háborús szívmegbetegedésekről	538, 552
21. Csernel Jenő, Furka Sándor, Gerlóczy Zsigmond és Kaiser Károly: A variola vaccina-therapiája	257	62. Hammer Dezső: Hastyphus-járvány és a háború	685
22. Csiky József: A traumás neurosisról	243	63. Henszelmann Aladár: Újabb adatok a Sudeck-atrophia ismeretéhez	579
23. Csiky József és Stranz Gyula: A hüléses arcidegbénulás kórboncztanához	381	64. Hentz Győző: A traumás aneurysmákról	96
24. Darányi Gyula: Fertőző betegségek a háborúban	676	65. Hentz Győző: Az Eckehorn-műtét felnőtteken	236
25. Detre László: A kissítkei ideiglenes fogolytáborban kitört cholerajárvány leküzdése	135	66. Hirschfeld Sándor: Az intertrigo gyógyítása	318
26. Detre László: Lambliás bélfertőzés esete	411	67. Hollós József: A gyermekkori tuberculosis felismerése és gyógyítása	245, 259
27. Ditrői Gábor: Adatok az angiomatosis retinae fejlődéséhez	697	68. Hollós József: Hozzászólás Mansfeld Ottó „A rendetlen méh- vérzésekről” és Scipiadés Elemér „A petefészek belső secretiójáról” című tanulmányához	615
28. Donath Gyula: Hadi észleletek részleges idegsérülésekről	229	69. Horváth Béla és Kadletz Henrik: A vizelet húgyanyag-tartalmának meghatározása ureaseval	6
29. Elischer Gyula: A vesék Röntgen-átvilágításának módszere	271	70. Hudovernig Károly: Polyneuritis harctéri betegeken	481
30. Engel Károly: Mell-lövés okozta aorta-billentyű-elégtelenség esete	184	71. Hudovernig Károly: Arsotonin mint vérképző és idegerősítő gyógyszer	527
31. Engel Mihály: Polyneuritis előfordulása a hegyesvidéki harctéren	628	72. Issekutz Béla: A digitalis-levell hatóanyag-tartalmának mérése biológiai úton	323, 342
32. Erdélyi Jenő: A koponya lövés-sérüléseiről	248, 262	73. Issekutz Béla: A novotropin pharmacológiai hatásáról	485
33. Erdélyi Pál: Adatok a csapatkórházban észlelt szívbántalmak megítéléséhez	699	74. Jankovich László: A tüdőverőérbe áttörő aorta-aneurysmáról	303
34. Falta Marczel: A régi fülbetegségek felismerése	491	75. Jendrassik Ernő: Néhány megjegyzés a háborús neurosis tanához	439
35. Fejes Lajos: A typhus- és cholera-védőoltás gyakorlati jelentősége	67	76. Jöhan Béla: Typhus-bacillus okozta genyedésekről	521
36. Fekete Sándor: Adatok a kiütéses typhus kórképéhez	514	77. Kammer Manó: Sajátságos nyakmirigymegbetegedések	594
37. Fischer Ernő: Új módszer és új készülékek az ízületek mobilisatiós kezelésére	131, 148	78. Kammer Manó: Hadisérültek gyógykezelése mobilisatiós készülékek alkalmazásával, póstyéni iszap-gyógymóddal kapcsolatosan	638
38. Fischhof Kornél: A meningitis cerebrospinalis epidemica 1915-ben	2	79. Kelen Béla: A dosismérés problémája a sugaras gyógyításban	285
39. Fonyó János: A császármetszésről	158, 173	80. Kelen Béla: Idegen testek localisatiója alkalmával követett eljárások a székesfehérvári Zita-kórházának Röntgen-laboratóriumában	351
40. Forbát Sándor: A haemolysis gátlásának két újabb esete (positiv Wassermann-reactio) helminthiasisban	19		
41. Frank Géza: A felső végtag nyílt csonttöréseinek kezelése extensiós hidas sinekkel	86		
42. Fuchs Dénes: Klinikai és serológiai tapasztalatok a kiütéses			

	Oldal		Oldal
81. Kenessey Aladár: Látóidegsorvadás optochin belső adagolása után	258	122. Pogány Ödön: Harctéri fülsérülések	43, 57
82. Keppich József: Lövedékek eltávolításáról	213	123. Pogány Ödön: A helyi érzéstelenítés a fülsérülésben	325
83. Kiss Ödön: A front mögött felállítandó aseptikus műtőintézetekről	73	124. Poor Ferencz: Eczema marginatum (epidermophytiasis) generalizált esete	27
84. Klekner Károly: A csupasz sebkezelésről	509	125. Pólya Jenő: Műfogás a nervus radialis csontjai direct egyesítésének megkönnyítésére nagy diastasis esetén	1
85. Konrádi Dániel: A veszettség elleni mentesség öröklése	637	126. Preisich Kornél: Gyermekkori subacut rhinitisek stigmája	17
86. Korányi Sándor báró: A morphium hatása a digitalis-toleranciára	661	127. Remete Jenő: A nagyfokú gyuladással és traumás húgycsőszűkületek kezelése, különös tekintettel a hadisebészetre	297
87. Korányi Sándor: A paratyphus A-ról	111	128. Réthy Aurél: A hypopharynx vizsgálatáról. (Hypopharyngoskopia)	608
88. Kovács József: Az ultraviolet sugárak therapiás értékéről	41, 55	129. Réthy Aurél: A szőrtelenítés egyszerű módja a homloklebe-nyes orrplastikánál	652
89. Kovács Ferencz: A diphtheritis serumkezelése az orvosi gyakorlatban	700	130. Réthy Aurél: A postoperatív gégevérvázak therapiája	690
90. Krausz Miksa: A hüléses nyakmirigy-megbetegedések	643	131. Réthy Aurél: A sagittalis Röntgen-gégefelvelet technikájához	679
91. Leitner Fülöp: Adatok egy harctéri typhusjárványról	274	132. Rosenthal Jenő: Az occult vérzés kimutatásának klinikai jelentőségéről	356
92. Leitner Fülöp: Situs viscerum inversus és baloldali vándor-veze egy-egy esete	457	133. Rosenthal Jenő: Röntgen-vizsgálattal észlelt gyomorperforatio	500
93. Leitner Fülöp: Paralysis spinalis spastica három esete	541	134. Sarbó Artur: A gránát- és srappelrobbanás okozta siket-némaság és kóroktana	181, 198
94. Leitner Fülöp: Anaemia perniciosa esete	570	135. Schick Adolf: A felső és alsó végtagok lövéseinek töréseinek kezeléséhez	84
95. Leitner Fülöp: Meningitis cerebrospinalis epidemica szövődése otitis media purulentával	692	136. Scipiades Elemér: A petefészkek belső secretiójáról K. m.	
96. Leitner Sándor: A typhus-oltást követő jelenségek, különös tekintettel a vesékre	109	137. Somogyi István: Az anaphylaxia kérdése és a tuberculosis antitoxikus kezelése	28, 45, 58
97. Leitner Sándor: Akatonai szolgálatról szabadulás érdekes esete	317	138. Somogyi Rezső: A harctéri vesemegbetegedések	339
98. Limbacher Rezső: Egyidejű extra- és intrauterin terhesség esete	441	139. Sulzer Andor: A typhus abdominalis haematologiai és sero-logiai diagnózisának védőoltásokon	430
99. Lobmayer Géza: A scorbut hadsebzeti jelentősége	673	140. Süssmann Frigyes: A placenta praevia műtéti kezeléséről	425
100. Lóvi József: A tetanus kezeléséről	112	141. Szabó Incze: Gyalogsági löveg a jobb szívfélben	313
101. Makai Endre: A lép szerepe heveny fertőzésekben	337, 357	142. Szabó József: A szétválasztott szájnyálkahártya összenövését megakadályozó módszerek	311
102. Mansfeld Ottó: A rendetlen méhvérvázokról	K. m.	143. Szana Sándor: Csik-vármegye 1915.-i nagy gyermekhalan-dóságának okai	275, 289, 304
103. Mező Béla: A vesegyulladások sebészeti gyógykezeléséről	169, 187	144. Szántó Jenő: A nemi betegségek elleni küzdelem a harc-téren	185, 201
104. Mező Béla: Primaer echinococcus retrovesicalis diagnosztikált esete	456	145. Székely József: Óriás naevus pigmentosus esete	417
105. Mező Béla: Adatok a vizeletválasztás élettanához	613, 628	146. Tar Alajos: A segélyhely szervezéséről	32
106. Moga Kornélia: Tapasztalataink a typhust gyógyító oltó-anyagokkal	662	147. Tornai József: A lélekzés-gymnastikának új módszere és ennek a háborús haemothorax utókezelésében való sikeres alkalmazása	393, 419
107. Molnár Béla: Vizsgálatok a bélsár lipase-tartalmáról és ennek physiologiai és pathologiai vonatkozásairól	286	148. Tornai József: Novoskop, új vizsgáló-eszköz a kopogtatás és hallgatódzás szolgálatában	495
108. Ifj. Molnár Béla: Érdekesebb laboratoriumi esetek (pyocy-aneus-sepsis, malaria tropica, Plaut-Vincent-angina)	123	149. Török Lajos: A syphilis terjedése Budapesten a háború alatt	81
109. Ifj. Molnár Béla: A paratyphus A-reconvalescensek bakte-riologiai vizsgálatáról	569	150. Vadas Jenő: Spontan ventil-pneumothoraxszal szövődött mesterséges légmell esete	217
110. Nestlinger Miklós: Az ophthalmia militaris aetiologiájához	689	151. Veress Ferencz: Nemibeteg katonák gyógyítása a harctéren	93
111. Neumann Alfréd: A belső szervek érzékenysége	68	152. Veress Ferencz: Véleszületett részarányos forradások a törzs és a csontok bőrén	161
112. Nyáry László: Tetania trophica zavarral a kezeken	528	153. Veress Ferencz: Adatok a typhus vaccinás gyógyításának veszélyeihez	172
113. Ország Oszkár: Lázás tertiar bujakór érdekes gyógyult esete	328	154. Veress Ferencz: Cholera elleni vaccinálás folytán keletke-zett typhusos varicella- és variolais-esetek	487
114. Ország Oszkár: A tüdőtuberculosis gyógyulása a különböző évszakokban	427, 446	155. Vészi Gyula: A fertőzésmentesség megállapítása typhus vagy paratyphus után	83
115. Ónodi Adolf: A felső légutak leprás elváltozásai	15	156. Wiener Imre: Az icterus epidemicus egy sajátos for-mája. (Febris icterica albanica.)	666
116. Ónodi Adolf: A gégefedő xanthomája	271		
117. Ónodi Adolf: A bal bronchus ritka nagyfokú szűkülete	547		
118. Ónodi László: Az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens rhinogen és otogen bántalmairól	458, 474		
119. Ötvös Ervin: A typhus diatézis kezeléséről	582		
120. Podmaniczky Tibor: Adatok a kis kézizmok sorvadásos bénulásának elkülönítő diagnosztikájához	413		
121. Podmaniczky Tibor: A lumbal-punctio therapeutikai értéke traumás neurosisok különböző alakjaiban	472		

TÁRCZA.

	Oldal		Oldal		Oldal
Bókay János: † Rauchfuss K.	20	Heim Pál: A dajka- és csecsemőotthonok-ról, a csecsemőkórházakról	125, 137	hivatal rózsahegy különleges gyógy-intézete	387
Darányi Gyula: A megfigyelő állomások szerepe a háború után	20	Bókay János: Használhatjuk-e a kecske-tejet csecsemők mesterséges táp-lálására	162	Deutsch Ernő: A bécsi hadikiállítás	404
Vészi Gyula és Molnár Béla: A harctéri megfigyelő állomások ké-sőbbi feladata	47	Salamon Henrik: A lupus-betegek bécsi gyógyintézete	176	Gusztman József: † Neisser	447
Mailáth József: A megfigyelő állomá-sok szerepe a közegészségügy szem-pontjából a háború alatt és a háború végével	87	Deutsch Ernő: A kecsketejéről	222	Deutsch Ernő: A m. kir. 30. honvéd-pót-zászlóaljhoz beosztott lábadozó osztag keretében működő utókezelő intézet berendezése és működése	502, 516, 529, 542
Scharl Pál: † Trudeau	103	Bókay János: † Hirschsprung	237	Deutsch Ernő: Hadsegélyző kiállítás Kölnben	594
		Kéty Károly: Régi orvosi könyv	318		
		Róth Miklós: A m. kir. rokkantügyi			

IRODALOM-SZEMLE.

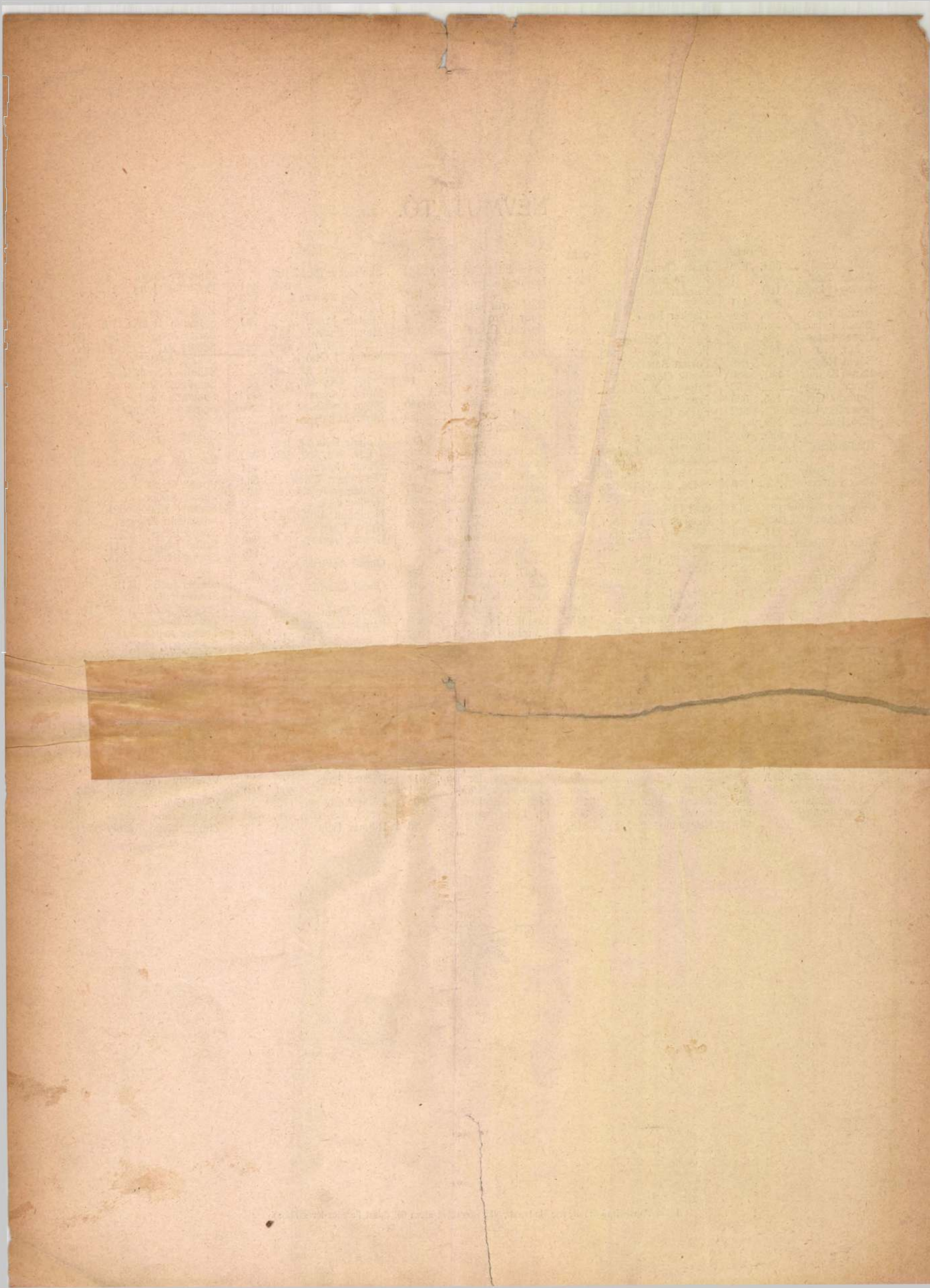
I. Könyvismertetés.

	Oldal		Oldal		Oldal
Adam: Kriegsärztliche Vorträge	420	Biedl: Innere Sekretion	572	Brugsch und Schittenhelm: Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden	237
Arends: Volkstümliche Anwendung der einheimischen Arzneipflanzen	610	Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie	680	Chiari: Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre	667
Bacmeister: Lehrbuch der Lungen-krankheiten	632	Boven: Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive	345	Cosentius: Meister Johann Dietz	34

NÉVMUTATÓ.

	Oldal		Oldal		Oldal		Oldal		Oldal
Acél Dezső	354, 373	Fejér Gyula	166	Hollaender Leó	26, 464	Limbacher Rezső	193, 363, 441	Rohonyi Hugó	12
Alföldi Béla	53, 71	Fekete Sándor	514	Hollós József	245, 259, 615	Lobmayer Géza	673	Rosenthal Jenő	11, 356, 500
Bakay Lajos	180, 363, 451	Fischer Aladár	240, 254, 348, 362	Holzwarth Jenő	37	Lövi József	112	Róth Miklós	387
Bartók Imre	136, 665	Fischer Ernő	131, 148, 450	Hoór Károly K. m.	7	Majláth József	87	Salamon Henrik	176, 334
Basch Imre	167	Fischhof Kornél	2	Horváth Béla	6	Makai Endre	254, 255, 337, 357, 612, 622	Sarbó Artur	181, 198
Bauer Lajos	105, 143, 379, 396, 467, 488	Fonyó János	158, 173	Horváth Mihály	636	Mansfeld Ottó K. m.	187, 450, 456, 613, 628	Scharl Pál	100
Bálint Rezső	646	Forbát Sándor	19	Hudovernig Károly	481, 527	Mező Béla	37, 169, 187, 450, 456, 613, 628	Schick Adolf	84
Báron Sándor	391, 589	Frank Géza	86	Ifj. Imre József K. m.	16	Milkó Vilmos	64, 422	Scholtz Kornél K. m.	7
Bence Gyula	52	Frigyesi József	684	Issekutz Béla	296, 323, 342, 485	Moga Kornélia	286	Schulhof Vilmos	545
Benczúr Gyula	155, 535	Fritz Sándor	254	Jakobi József	295	Mohr Mihály	241, 336, 364	Schwarz Ede	556, 557
Berczeller László	551, 552	Fuchs Dénes	625, 641, 653	Jankovich László	142, 303, 450, 684			Scipiadés Elemér	
Biró Ernő	117, 129, 335, 364	Furka Sándor	257	Jendrassik Ernő	422, 439	Molnár Béla	47, 123, 227, 283, 557, 569, 662	K. m., 465, 683	
Blaskovics László	K. m. 16	Gadány Lipót	193	Johan Béla	118, 521	Nádor Henrik	464	Somogyi István	28, 45, 58
Bodon Károly	548	Galamboz Arnold	146, 365, 383, 398, 453, 497, 537, 605, 646, 649	Kadletz Henrik	6	Nestlinger Miklós	689	Somogyi Rezső	339
Boér Farkas	119	Gáli Géza	232	Kaiser Károly	257	Neubauer Adolf	192	Soós Aladár	65
Borsos Imre	31	Gergely Jenő	371, 473	Kammer Manó	594, 638	Neuber Ede	309	Stranz Gyula	381
Borszéký Károly	195, 218	Gerlőczy Zsigmond	257, 575	Kelen Béla	285, 351	Neumann Alfréd	68	Sulzer Andor	430
Bókay János	20, 162, 207, 237, 559	Germán Tibor	124	Kenessey Aladár	258	Nyáry László	528	Surányi Miklós	294, 309
Buday Kálmán	635	Geszti József	601, 616, 630	Keppich József	51, 205, 206, 213, 226, 227, 240, 241, 281, 337, 378, 409, 557, 586	Ország Oszkár	328, 427, 446	Süssmann Frigyes	425
Csernel Jenő	257, 499, 670			Kétly Károly	318	Ónodi Adolf	15, 271, 547, 635	Szabó Incze	313
Csikó József	243, 381	Géber János	470	Kiss Ödön	73	Ónodi László	309, 458, 474	Szabó József	311, 334
Darányi Gyula	20, 676	Glücksthal Géza	98	Klekner Károly	509			Szana Sándor	275, 304
Detre László	135, 411	Gonda Viktor	445	Komlósi Béla	309	Ötvös Ervin	582	Szántó Jenő	185, 201
Deutsch Ernő	222, 404, 502, 516, 529, 542, 594	Gosztonyi Vilmos	162, 515	Konrádi Dániel	637	Paulikovics Elemér	24, 25, 545, 646	Szent-Györgyi Albert	205
Ditrói Gábor	276, 597	Groák Ernő	241, 377, 587	Kopits Jenő	683	Podmaniczky Tibor	413, 472	Székely József	417
Dollinger Béla	556	Grósz Emil K. m.	447	Korányi Sándor báró	661	Pogány Ödön	43, 51, 57, 64, 153, 325, 493	Tar Alajos	32
Donath Gyula	229	Guszman József	552	Korányi Sándor	111	Poór Ferencz	27	Torday Árpád	117, 129, 227, 281, 294, 309, 310, 364, 506, 586
Döry Béla	296	Haba Antal	538, 552	Kovács József	55	Posta Sándor	294	Torday Ferencz	584
Elischer Gyula	271	Habner Dezső	685	Kováts Ferencz	700	Pólya Jenő	1	Tornai József	393, 419, 495, 660
Engel Károly	184	Hafegán Gyula	204	Krausz Miksa	643	Preis Károly	363, 450, 506	Török Lajos	81
Engel Mihály	628	Hahn Dezső	227, 283, 294, 322, 557	Kubinyi Pál	65	Preisich Kornél	17	Udvarhelyi Károly	391
Erdélyi Jenő	248, 262	Heim Pál	125, 137	Kuzmík Pál	377	Ranschburg Pál	39	Vadas Jenő	217
Erdélyi Pál	699	Henszelmann Aladár	465, 493, 579	Landgraf János	281	Remete Jenő	297, 408, 409	Vas Bernát	575
Erdélyi Sándor	166	Hentz Győző	96, 236	Leitner Fülöp	274, 457, 541, 570, 692	Réthi Aurél	37, 179, 533, 608, 652, 679, 690	Veress Ferencz	52, 93, 142, 161, 172, 487
Ertl János	192, 241, 256, 256, 294, 321, 334, 348, 520, 533, 556	Herzog Ferencz	180	Leitner Sándor	109, 317	Verebély Tibor	38, 51, 636	Vészi Gyula	47, 83
Falta Marczel	491	Herzogh Irma	283, 309	Lenhossék Mihály	281	Wiener Imre	666	Zimmermann Károly	520
Farnos Ilona	296	Hirschfeld Sándor	318	Liebermann Leó	598, 695				
Fejes Lajos	67			Ifj. Liebermann Leó	K. m. 13	Rihmer Béla	130, 141		





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.

Pólya Jenő: Közlemény a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról. Műfogás a nervus radialis csontjai direct egyesítésének megkönnyítésére nagy diastasis esetén. 1. lap.

Fischhof Kornél: Közlemény Budapest székesfőváros fertőző-kórházából, Preisich Kornél dr., főorvos, egyetemi magántanár osztályáról. A meningitis cerebrospinalis-epidémia 1915-ben. 2. lap.

Horváth Béla és Kadletz Henrik: Dolgozat a Pénztézetek Hadikórházának kémiai-bakteriológiai laboratóriumából. (Parancsnok: Manninger Vilmos dr., egyetemi magántanár, törzsorvos. Laboratóriumvezető: Farkas Géza dr., állatorvosi főiskolai ny. r. tanár.) A vizelet húganyagtartalmának meghatározása ureaseval. 6. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Placsek: Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. — **Lapszemle. Belorvosan. Boas:** A háború befolyása a polgári lakosságra. — **R. Weiss:** A vizelet cukor- és húganyagtartalmának quantitativ meghatározása. — **Sebészet. Stiassny:** A fagyás megelőzése. — **Gyermekorvosan. Langstein:** A csecsemők gümőkórjának meggyógyítása. 9—10. lap.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Konjetzny és Weiland: Csonttörés után muló glykosuria. — **G. Wolff:** Meningitis cerebrospinalis epidemica. — **Bamberger:** Fagyás és fagyásdaganat. — **Herzfeld:** Polygalysat. 10. lap.

Magyar orvosi irodalom. 10. lap.

Vegyes hírek. 10. lap.

Tudományos Társulatok. 11—13. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Zita-kórház I. sebészeti osztályáról.

Műfogás a nervus radialis csontjai direct egyesítésének megkönnyítésére nagy diastasis esetén.

Irta: **Pólya Jenő** dr., kórházi főorvos, egyetemi tanár.

A nervus radialis exponált helyzeténél és a felkarcsont-hoz való közeli szomszédságánál fogva egyike a leggyakrabban sérülést szenvedő peripheriás idegeknek. A sérülés kétségtelenül legtöbbször abban a részében éri, mely a felkarcsonton fut és igen sokszor csatlakozik a csont lövéses sérüléséhez. Az ezen csontsérülés folytán képződő callus, valamint a lövéses csontsérülést sokszor követő csontelhalás s az azzal járó genyedés az idegcsontok helyzetére és minőségére kedvezőtlen befolyással van, úgy hogy éppen a n. radialis csontjainak direct egyesítése elég sokszor nagy nehézségekbe ütközik s az ideg direct egyesítését pótolni szándékozó, de azzal korántsem egyenértékű eljárásokat, minők a tubulatio, az idegimplantatio és idegplasztika különböző módjai, éppen a radialis sérülése eseteiben kísérlették meg feltűnő nagy számban és az irodalom nem egy esetet említ, a melyben a felkarcsont egy darabját reszekálták (*Löbken, Trendelenburg, Bergmann, Mikulicz, Keen, Küttner* stb.), csak hogy a n. radialis csontjainak egyesítését a felkar megrövidítésével lehetővé tegyék. Ily körülmények közt, különösen a mostani időben, midőn az ország bensejében folyó hadisebészetnek egy igen jelentős és gyakori feladata éppen a peripheriás idegek műtéti restitúciója, actualisnak tartom, hogy beszámoljak egy műfogásról, mely két esetben lehetővé tette a szétlőtt radialis csontjainak különben kivihetetlennek látszó direct egyesítését.

A műfogásra műtét közben jöttem rá. A 21 éves fiatal embernek a bal felkar közepe táján volt teljes radialis-bénulással szövődött csonttörése, mely három hónappal a műtét (1915 december 10.) előtt elszenvedett lövéses sérüléstől származott. A seb csekély genyedéssel gyógyult, csontszilánkok nem löködték ki. A felkar hátulso oldalán vitt metszésből, mely distalis végével a sulcus bicipitalis lateralis felé kanyarodott, indultam ki; az ideg erősen megvastagodott, heges distalis csontját a callustömegben, helyesebben a callus tö-

mege s a töle kissé elálló proximalis csontvég közti heges kötőszövetben találtam meg. A proximalis csontot egy darabig hiába kerestem a callustömegben, azután a hónaljban kezdődő, a sulcus bicipitalis medialis mentén vitt metszésből kerestem meg az ideget s annak mentén eljutottam a szintén elhegesedett és megvastagodott proximalis csontig, mely a distalis csonttól mintegy 6 cm.-nyire szintén a callust borító kötőszövet-tömeghez volt rögzítve. Mindkét idegcsontot felszabadítottam és láttam, hogy a kettőt még heges állapotában sem lehet egymással a könyök behajlításával sem érintkezésbe hozni, hát még az idegvégek felfrissítése után, midőn a diastasis legalább 8—10 cm.-re nőtt volna. S ekkor jutottam arra a gondolatra, hogy az idegcsontok összehozása sokkal könnyebben menne, ha az ideget nem a felkar hátulso oldalán a callus fölött, hanem elülső oldalán vezetném, a mi által a callus-tömeget el lehetne kerülni, az ideg pályája is valamivel rövidebb volna s az idegnek terjedelmes mobilizálása s ezzel járó nyújtása is hozzájárulna a csontok direct egyesítésének lehetővé tételéhez. Azért a sulcus bicip. lateralisban fekvő metszést a könyök-árokba folytatódólag, a sulcus bicip. medialisban fekvőt pedig a felkar közepéig meghosszabbítottam. Az ideg distalis csontját felpraeparáltam egészen az osztásáig s aztán a biceps és brachialis közti izomrésen átvezettem a sulcus bicipitalis medialisba; a proximalis csontot kihúзва helyéről, a sulcus spiralis humeriből szintén ide vezettem be, s a két csontot felfrissítettem, a míg az idegrostok ép keresztmetszete mutatkozott; a felsőn rajtahagytam egy a perineuriumhoz tapadó heges kötőszövetdarabot. A két csontot sikerült ily módon a könyök erős behajlításával összehozni és egy vékony átöltő és több vékony perineuritikus catgut-varrattal egyesíteni. A felső csonthoz tapadó kötőszövetdarabkát a varrat alatt rögzítettem az izomzathoz. A varrat felett pár catgutöltéssel összevarrtam az izomzatot s végül bevarrtam a bőrsebeket. Az egyesített ideg keresztelte a n. ulnaris, a n. medianust és az arteriát s ezek felett vonult a biceps és brachialis közötti résbe, keresztelte a musculo-cutaneus végágát s végül a brachialis és brachio-radialis közt a könyök-árokhoz haladt.

Az eset felett gondolkozva, láttam, hogy az ideg útját még megrövidíthettem volna valamivel, ha a distalis csontot a könyök-árokba nem a biceps és brachialis között és az arteria, medianus és ulnaris felett, hanem a m. brachialisra át az arteria és n. ulnaris alatt vezettem el. és következő radialis-bénulásos esetem műtétéhez, melyet 1915 decz. 14.-én

végeztem 24 éves katonán, már principiell ezen szándékkal láttam. Itt ugyanis 9 hónappal ezelőtt létrejött lövéses sérülésről volt szó, mely a bal felkarcsont törésével járt és hosszadalmas genyeddéssel, csontszilánkok kilökődésével gyógyult, ilyenek több ízben műtétileg is eltávolítottak. A felkar lateralis oldalán, épp a radialis áthajlási helyének megfelelően, a heges bőr kiterjedten a csonthoz volt rögzítve, úgy hogy ez esetben a priori nyilvánvaló volt, hogy a radialist régi útján nem lehet majd végigvezetni. A könyökárokban kezdődő, a sulc. bicipitalis lateralisban haladó s a csonthoz rögzített széles bőrhegen át folytatódó metszéből kikeresem a n. radialis distalis csontját, mely a csonthoz tapadó bőrheg alsó határa táján a periorsthoz rögzített s hegesen vastagodott. Azután a hónaljárok alsó harmadában kezdődő s a sulc. bicipitalis medialis mentén haladó metszéből megkeresem a n. radialist s innen kiindulólág rájutok a proximalis csontkára, mely az előbbbitől 8 cm.-re van a csonthoz rögzítve és szintén hegesen vastagodott végű; a csonttól leválasztva az idegvégeket, látom, hogy a két csontot még heges állapotukban sem lehet a könyök behajlítása dacára érintkezésbe hozni. A heges rész lemetésése után a távolság a két idegvég között körülbelül 12 cm.-re nőne. Azért a proximalis csontot kihúzó a medialis sebbe, a distalisat pedig kiproeparálom egészen a r. superficialisra és profundusra való oszlása helyéig a könyökárokban segy a brachialis állományában Kocher-pince-szel tompán fúrt medialis-proximalis irányból lateralis-distalisán haladó csatornán át áthúzó az a. és n. ulnaris alatt a felkar medialis oldalán ejtett sebbe; mialatt a könyökizületet erősen behajlítjuk, könnyen sikerül az idegvégeket egymással egyesíteni; a varratot a fascia brachii-ből vett vékony fascialebenynyel borítom s felette az izomzatot néhány catgut-varrattal elvarrom. Azután a bőrsebeket egyesítem, kivéve a csonthoz rögzített bőrheg helyén, melyen a varratok átvágnak. Rögzítés mint az előző esetben, oly módon, hogy az erősen behajlított könyököt és addukált felkart a mellkashoz pólyázom. Mindkét esetben a gyógyulás teljesen láztalan, a nagy sebek per primam egyesültek, a kéz állapota ezidőszerint még természetesen mindkét esetben változatlan.

Az ezen két esetben követett eljárásnak lényege tehát az, hogy az összevarrt radialist nem régi helyén, a felkarcsont mögött, hanem a felkarcsont előtt vezetjük. Ezzel nemcsak megkönnyítjük az idegvégék összevarrását, hanem a gyógyulás számára is kedvezőbb viszonyokat biztosítunk azzal, hogy az idegvarrat helyét és magát az ideget eltávolítjuk a callus szomszédságából s abból a heges szövetből és az exact vérzéscsillapításra kevésbé alkalmas környezetből, a melybe azelőtt beágyazva volt. A radialisnak a sulcus spiralisban elvált ágai, melyek közül különösen fontosak a tricepshez menő ágak, a proximalis csontnak a sulcus spiralis humeriból való kihúzása által egyáltalán nem szenvednek, mert attól szépen elválhatnak. A distalis csont útjára nézve a második esetben követett eljárást, melyben a brachialis állományán át, az arteria és n. ulnaris alatt vezettem az ideget, tartom helyesebbnek és jobbnak. Igen fontos az is, hogy a proximalis csont a hónaljba haladólág, a distalis pedig a könyökárokig kiproeparáltság és mobilizáltassék.

Az irodalomban — legalább a mennyire azt a jelen viszonyok közt át birtam tekinteni — a leírt műfogást felemlítve nem találtam. A n. ulnarisra nézve analog principium alapján járt el *Steinthal*¹ egy esetében, melyben a n. ulnaris distalis csontját kihúzta a sulcus ulnarisból s azt a könyökizület elülső felszínén vezette a proximalis csontkhoz, a mi által a direct egyesítés, mely azelőtt sehogy sem ment, lehetővé vált.

A n. radialis egyik vagy mindkét csontjának áthozása a felkar medialis oldalára, a medianusra való egyszerű vagy kettős idegoltás céljából, többszörösen van leírva. A mire azonban utalást nem találtam, az éppen az tény, hogy a n. radialis csontjainak a felkar medialis és elülső oldalára való áthozása által azoknak egymással való egyesítését nagy diastasis

esetében is lehetővé tehetjük, pedig, azt hiszem, nem egy a legmodernebb idegsebészeti közleményekben ismertett kétes, az idegcsontok közvetlen egyesítésénél mindenesetre jóval csekélyebb értékű és más ép idegek integritását veszélyeztető radialis-műtétet lehetett volna ezen elég egyszerű és kellő asepsis mellett veszélytelen műfogás segélyével idegvarrattal pótolni, ha az eljárás ismeretes volt volna. Ezért tartottam indokoltnak e műfogás ismertetését.

Közlemény Budapest székesfőváros fertőzőkórházából, Preisch Kornél dr., főorvos, egyetemi magántanár osztályáról.

A meningitis cerebrospinalis epidemica 1915-ben.

Írta: *Fischhof Kornél dr.*, kórházi alorvos.

A meningitis cerebrospinalis epidemica az elmúlt télen nálunk szokatlan kiterjedésű járvány alakjában tett kárt. Nem tudjuk, de feltehetjük, hogy e betegség járványos jelentkezése a háborúval, nevezetesen azzal függ össze, hogy német katonákkal léptünk szorosabb és sűrűbb összeköttetésbe; ismeretes ugyanis, hogy Kelet-Poroszország és Porosz-Szilézia a járványos agyhártyalob állandó hazája, a hol kisebb-nagyobb járványok, de legalább endemiák alakjában állandóan honos.

A járványos agyhártyalobot mint külön kórképet 1804-ben ismertették, epidemiák alakjában a múlt század hatvanas éveiben jelentkezett először. Magyarországon 1864-ben *Balogh Kálmán* ismertette az első négy esetet, 1875—76-ban Zemplénmegyében 100-nál több esetről számoltak be; azóta kisebb-nagyobb járvány alakjában több helyen megjelent, többnyire azonban csak sporadikusan észleltük.

Az idej járvány nemcsak arányaiban volt nagyobb a nálunk ismereteseknél, hanem tartama is hosszabb a megszokottnál. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy a járványok a tél derekán kezdődnek, rövidesen elérik tetőpontjukat, tavasszal alábbhagynak, s csak az elhúzódó epidemiák tartanak 5—6 hónapig. Az első meningitis-esetet 1914 decz.-ben láttuk, a téli és tavaszi hónapokban nagy számmal halmozódtak, s október hóban még nyolcz beteg áll kezelésünk alatt. Hogy Budapesten és legközelebbi környékén hány megbetegedés történt, nem áll módunkban megállapítani, osztályunkon eddig 103 beteget észleltünk.

Hogy a mikroorganizmus behatolási kapuját megtaláljuk, mások vizsgálatai nyomán a garatban kerestük a fertőző csírákat, de nem a betegeken, hanem az azokkal foglalatoss-kodókön kutattunk. Három ápolónő és egy beteg csecsemőjét szoptató anyának tonsillájáról oltottunk kevés nyálkát serum-agarra, s a különben egészséges anya és egyik ápolónő toroknyálkájából sikerült a meningococcust kitenyészteni. Két ápolónőnek ezirányú vizsgálata negatív eredménnyel járt. Alkalmas körülmények közt a fertőző csíra a nyirokutak mentén jut tovább, de a fertőzés a véráram útján is elképzelhető, minthogy a meningitisben szenvedő beteg véréből a meningococcus néha még a betegség előhaladt stadiumában is kitenyészthető. A fertőző csíra terjesztése valószínűleg csepp-infectio útján történik.

A kórbonczolástani elváltozás a szerint változott, milyen klinikai kép után került a beteg sectióra. Volt alkalmunk gyors lefolyású esetet bonczolni, hol a lágy agyburkok vérbőségén és helyenként igen csekély fibrinkiváláson kívül kórosat nem találtunk. A kevésbé gyors lefolyású esetekben több-kevesebb genyet találtunk, néha egyenletesen, máskor szívetesen a pia mater és arachnoidea között sero-fibrinosus exudatiótól kísérvé. Elhúzódó kórképnél a genyes izzadmány már hiányzik, vagy csak nyomokban található, s helyette tapadós fibrinkiválás észlelhető, megsaporodott a cerebrospinalis liquor, s az agykamarák kisebb-nagyobb tágulatát — hydrocephalus internus — találjuk. Ez utóbbi sokszor már az egész acut lefolyású esetek bonczolás-leletében is megvan.

Hosszan elhúzódó esetekben a lelet hydrocephalus in-

¹ Beitr. z. klin. Chir., 96., 299. old.

ternus mellett: az ependyma megvastagodása, továbbá sokszor igen vaskos, szigetes, plasticus izzadmány, mely néha gyöngyházfényű tömött lemezek alakjában van jelen.

Mások statisztikai adatait megerősítik saját tapasztalataink, hogy a cerebrospinalis meningitis inkább a gyermekkor megbetegedése. Mégis nem állíthatunk össze kimutatást ilyen irányban, mivel több gyermekkorház tartott — tudomásunk szerint — meningitis-betegeket észlelése alatt, viszont katonakórházaink, mint fertőző betegeket, hozzánk utalták ily ápolójait, s így a könnyen érthető eltolódás hamis adatokra vezetne. Viszont a háború okozta nagy katonaforgalom folytán több felnőtt betegedett meg; erre példát szolgáltat más fertőző betegség is, így a scarlatina, melyben az idén a felnőtt férfibetegek százalékos száma az előző évekhez képest növekedett.

A meningitis cerebrospinalis epidemica ama fertőző betegségekhez sorolható, melyek a szűkösebb, tehát rossz hygienés viszonyok közt élőkét támadja meg. Ma nagy számmal látunk tágasabb, sőt kényelmes lakásokban járványos nyakszirtmerevedést jelentkeznit, mit épp úgy a háború rovására kell írunk, mint pl. hasonló dolgot a dysenteriánál, a mely normalisan csak a piszkos és túlszűfolt munkáslakások látogatója békeidőben, s ma a szalonokban is ismeretessé vált.

Direct contagiumot egy esetben tudtunk találni, mikor egy leányka megbetegedése húgának megbetegedését kilencz nap mulva követte. Ama körülményt véve tekintetbe, hogy a meningococcus hosszú ideig ártalom nélkül tenyészhethet egészségesek torkában, ezen körülmény az incubatio tartamának meghatározása szempontjából nem mérlegelhető eléggé.

A tünetekkel, melyek e betegség klinikai képére jellemzők, nem foglalkozhatunk, azok minden tankönyvben megtalálhatók, csupán néhány megjegyzésre szorítkozunk.

Az eseteknek kb. felében volt herpes-eruptio, leggyakrabban az ajkakon és az orrnyílások körül, de láttunk az állon, a hónaljban és a háton is. A betegség lefolyása alatt a herpes több ízben is megjelenhet; tartalmában meningococust nem tudtunk kimutatni.

Csak néhány esetben láttunk a betegség elején erythemat, egyszer csak alig néhány kölesnyi-lencsenyi, rózsaszínű, kissé papulosus kivirágzás alakjában, máskor ugyanily külsővel az egész köztakarón elszórtan. A kiütés, mely a cerebrospinalis meningitist néha kíséri, morbillire emlékeztethet, vagy kiütéses typhus kivirágzását utánozza; főnökönnnek volt egy esete, melyben az elkülönítő körjelzést csak lumbal punctio útján lehetett megtenni.

Albuminuria a betegség kezdeti szakában elég gyakran van, de még a lázas állapot alatt rendszerint megszűnik.

Négy betegünk hallását teljesen elvesztette a nélkül, hogy a hallószerv részéről bármily elváltozás volt volna kimutatható. Viszont néhány esetben a nélkül, hogy a hallás lényegesen szenvedett volna, genyes középfülgyulladást láttunk. Két esetben láttuk csak, hogy a külső hallószervek bántalmazottsága nélkül a nagyfokban romlott hallás idővel csaknem teljesen meggyógyult.

Látás-zavara két betegünknek volt, mikor a szemem nem kísérte semmi elváltozás.

Mindegyik kettős látásról panaszkodott; az egyik állandósult, a másik megjavult. Két beteg szenvedett el irtást genyes hypopyonnal. Az egyik — mindkét szemén megbetegedett — minden nyom nélkül tökéletesen gyógyult, a másik előhaladott javulással került el észlelésünk alól.

Ha szembeállítjuk úgy a hallás, mint a látás szervén a kétféle elváltozást, t. i. a centralis zavart s a periferiás megbetegedést, azt látjuk, hogy míg a centralis elváltozás toxinhatásnak tekinthető, addig a periferiás megbetegedés metastasisos úton jön létre és genyedéssel járó lobos folyamat képében zajlik le. A központi elváltozást még a lobosodásnak az idegtörzsek mentén a magvakig terjedése is okozhatja. Míg magának az érzékszervnek megbetegedése gyó-

gyulásra rendszerint hajlamos, addig a központi laesio ez érzékek állandó kiesését, vagy súlyos zavarát eredményezi.

Néhány betegünkön az ízületek érzékenysége, sőt lobos duzzanata jelentkezett szövödmény gyanánt. Mindig több ízületben jelentkezett az elváltozás s egy-egy ízületben a javulás vagy gyógyulás már beállott, a mikor újabb ízületek vonattak be a betegség körébe. Arra nem láttunk szabályosságot, hogy valamely ízületet előszeretettel támadna meg. A meningitis complicatioja gyanánt jelentkező arthritisek rendszerint rövid tartamuak s nyom nélkül gyógyulnak.

Egy esetben láttunk neuritist a jobboldali nervus brachialis, mely fokozatos javulással néhány hét után gyógyult. Másik két betegen viszont neuralgiák tették kirosszá a már megindult reconvaletentiát. Mindkét esetben naponként többször rohamokban jelentkező elviselhetetlen fájdalmak jelentkeztek a kereszt- és lágyéktájékon, továbbá az alsó végtagokon; e fájdalmak az activ mozgást lehetetlenné tették, passiv mozgásra még fokoztattak, sőt ez utóbbi által ily rohamok a nyugalmi stadiumban kiválthatók voltak. A neuralgiák már az acut tünetek lezajlása után jelentkeztek. Elfogadható magyarázatát adta az idegszába fejlődésének az egyik sectióra került eset. A hosszas betegeskedés után meghalt betegen az agyhártyán az idegtörzsek kilépése helyén is vaskos, fibrindús, már szervülőben levő izzadmányt találtunk, mely az idegekre gyakorolt nyomással a fent ismertetett fájdalmas rohamokat váltotta ki. A beteg gyógyulása esetén a szövödmény hosszú életű marad.

A betegség acut stádiumában nem észleltünk tüdőlobot, csupán a reconvaletentiát zavarta meg két esetben s tette végzetessé.

Minthogy a vizeletürítés zavara gyakran jelentkezik, a szükségessé váló csapolás különösen nőknél fenyeget cystitisszel, mely mindig komoly szövödménynek tekintendő. Hangsúlyoznunk kell tehát a legmesszebbmenő sterilitást a beavatkozás szükségessége esetén. Két betegünkön jelentett a cystitis halálokot, egyiken, hol a chronikus cystitis vált acutá, pyelitis társulásával.

Más betegséggel kapcsolatban is láttunk járványos meningitist. Egy betegünk scarlatinában, ill. annak szövödményeként a harmadik héten fejlődött acut nephritisben szenvedett, mikor a meningitis tünetei igen heves formában jelentkeztek meg. Megfelelő beavatkozásra úgy a meningitis, mint a nephritis maradvány nélkül gyógyult. Két testvér morbillit szenvedett el, az egyik meningitise folyamán, a másik közvetlen utána minden ártalom nélkül. Halálos kimenetelű volt egy német birodalmi katonának febris recurrens alatt jelentkezett meningitise, egy gyermeknek közvetlen a meningitis acut tünetei után acquirált scarlatinája, továbbá egy súlyos elhúzódó esetben a társuló erysipelas.

Ugy a fentemlített scarlatinás, mint recurrens beteg egymástól különálló pavillonban és más-más időben volt osztályunkon, meningitisben szenvedővel nem érintkezett, tehát fertőzésre nálunk alkalma nem volt. Feltehetjük tehát, hogy megbetegedésük előtt hosszabb ideig ártalom nélkül hordták magukban a meningococcusokat, míg ezek alkalmas körülmények között — egyéb betegségtől legyengített szervezetben — betegség létesítésére alkalmassá lettek.

Gyógyulatlan maradt 3 esetünk. Az egyikben hydrocephalus internus fejlődött ki, a fejnek feltűnően észrevehető megnagyobbodásával; ennek kifejlődését, bár több ízben végeztünk lumbal punctiót, meggátolni nem tudtuk. A négy éves beteg sem járni, sem ülni, a fejét emelni, vagy a fel-emelt fejét tartani nem tudja; beszélni — egy szót leszámítva — nem tud, intelligenciája teljesen lefokozott. Egész betegsége alatt láztalan.

A másik beteg hallásának teljes kiesése mellett felülni nem tud, fekvő helyzetben végtagjainak mozgatása erősen ataxiás.

A harmadik beteg gerincz-, főleg kereszt-táji fájdalmak mellett csökkent járás-képességgel bír, a csípőízület hajli-

tásakor a végtag térdben is flexióba jön, active nem nyújtható ki, a passiv nyújtás igen erős fájdalmak kiváltásával csak részben sikerül.

A prognosist felállítani még a legenyhébbnek látszó esetben sem lehet.

Az egyik alább közölt körlefolyás elég bizonyító erővel bír, hogy még a teljesen gyógyultnak látszó esetekben is fejlődhet lappangva chronikus ependymitis, mely esetleg csak hetek múlva, de annál súlyosabb tüneteket okoz. Általában az a tapasztalat, hogy a tünetek lassú, elhúzódó visszafejlődése rossz prognosist jelent.

Tizenkét elhúzódó esetünkben csak kettő gyógyult residuumok nélkül, kettő maradandó elváltozással került el észlelésünk alól és 8-ban lett a betegség elhúzódása végzetessé.

A prognosis szempontjából a betegséggel járó hőmérsék vagy a hőmenet sem értékesíthető. 9 esetünk volt olyan, hogy a mi észlelésünk idejében már láztalanok voltak a betegek és ilyenek is maradtak, pedig több közülük a betegség 4.—6. napján került hozzánk és acut súlyos jelenségeket mutatott; arra nézve biztos támpontokat nyerni nem tudtunk, hogy a betegség legelején hőemelkedés volt-e jelen vagy nem? Ezen láztalanul lefolyó esetek közül is három a legsúlyosabb tünetekkel halálos volt.

A gyógykezelés alatt még azt a tapasztalatot nyertük, hogy ha a lumbalpunkcióra, főleg az ezt követőleg intrameningealis alkalmazott serumbefecskendezésre nem mutatkozik legalább időleges javulás, a kórjósallattal tartózkodók legyünk.

Therapiás eljárásunk nagyjában követte a megszokottat. Tüneti kezelés volt eleinte a lumbalpunkción kívül minden, a mit tehettünk, minthogy a serum beszerzése a háború miatt nagy nehézségekbe ütközött. Próbálkoztunk tehát a serumot más eljárással lehetőleg pótolni. Megkíséreltük a manapság sokat emlegetett hetero-bacteriotherapiás beavatkozást. A beteg kora szerint 0.2—0.5 cm³ Ichikawa előírása szerint készült typhus-oltóanyagot adtunk intravenásan. Tíz esetben alkalmaztuk. Ugyancsak a bacteriotherapiát akartuk szolgálni, mikor a beteg lumbalpunkciós folyadékából adtunk subcutan 20 cm³-t több ízben ismételve. Úgy okoskodtunk, hogy ugyan csekély számú meningococcus-t, de mégis antigént vittünk a szervezetbe. Autoliquort 27 betegünknek injiciáltunk. Végül nyolcz esetben autoserum-injectiót alkalmaztunk, 10 cm³-t subcutan, esetleg két-három ízben ugyanazon betegen. Venae-punctióval nyert kb. 30—40 cm³ vér egy-egy injectióhoz elegendő serumot vagy defibrinált vért adott.

Mindezen eljárások e helyt nem nyerhetnek részletes tárgyalást, csupán beszámolunk róluk, s megjegyezzük, hogy — bár e csekély számú kísérletből biztos conclusióra nem juthatunk — nem láttunk a gyógyulás tekintetében semmi változást sem amaz esetekhez viszonyítva, melyeket meningococcusserum nélkül csupán tünetileg kezeltünk.

A járvány második felében sikerült megfelelő mennyiségű serumot beszerezni. Legnagyobb részt *Kolle-Wassermann*-félét kaptunk, részben Frankfurtból, részben Drezdából; próbálkoztunk néhány üveg *Merck*-félével, továbbá a wieni serum-intézetben készült és höchsti serummal is.

Általában nem láttunk eltérést különböző serumok hatása közt. Az alábbi kimutatásból világosan látható, hogy a halálozási % serumkezeléssel lényegesen csökkenthető. Itt kell megjegyeznünk, hogy a betegséghez társuló szövödmények beálltát és azok lefolyását, úgy látszik, a serum sem tudja befolyásolni.

103 esetből 28 betegen alkalmaztunk serumot, csekély kivétellel mindig intrameningealis; 75 beteget egyéb eljárással kezeltünk. Serumozott betegeken 8 esetben állott be a halál, nem serumozottakon 43 esetben. Ez utóbbiak között szerepel 6 beteg, kik észlelésünk 24 óráján belül, 3, kik 48 órán belül haltak meg. Hogy a serum befolyását objective mérlegeljük, e kilencz, úgyszólván moribund állapotban élénk került esetet az összehasonlításakor figyelmen kívül kell hagy-

nunk és akkor a serumtherapia hasznát a következő táblázat fogja feltüntetni:

	Életben maradt	Meghalt	Halálozás % -ban
Serummal kezelt...	20	8	35
Nem serumozott...	32	34	56.5

Ezen összeállítás 21.5% különbözetet mutat a halálozásban a serummal kezelt esetek javára.

Therapiánk megítélésakor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a kórkép mely stadiumában vehettük betegeinket gyógykezelés alá. Nem lehet ugyanis közömbös, hogy valamely betegséget annak kezdetén vesszünk-e ápolásba, vagy már a kifejlődött, talán a hiányos kezelés miatt súlyosbodott, esetleg szövődött esetet kell gyógykezelnünk. S valóban, ha ily szempontból vizsgáljuk meg beteganyagunkat, azt látjuk, hogy úgy a serum nélkül, mint a serummal kezeltéken különösen ott érünk el jó eredményt, a hol betegeink betegségük korai stadiumában már szemünk előtt voltak.

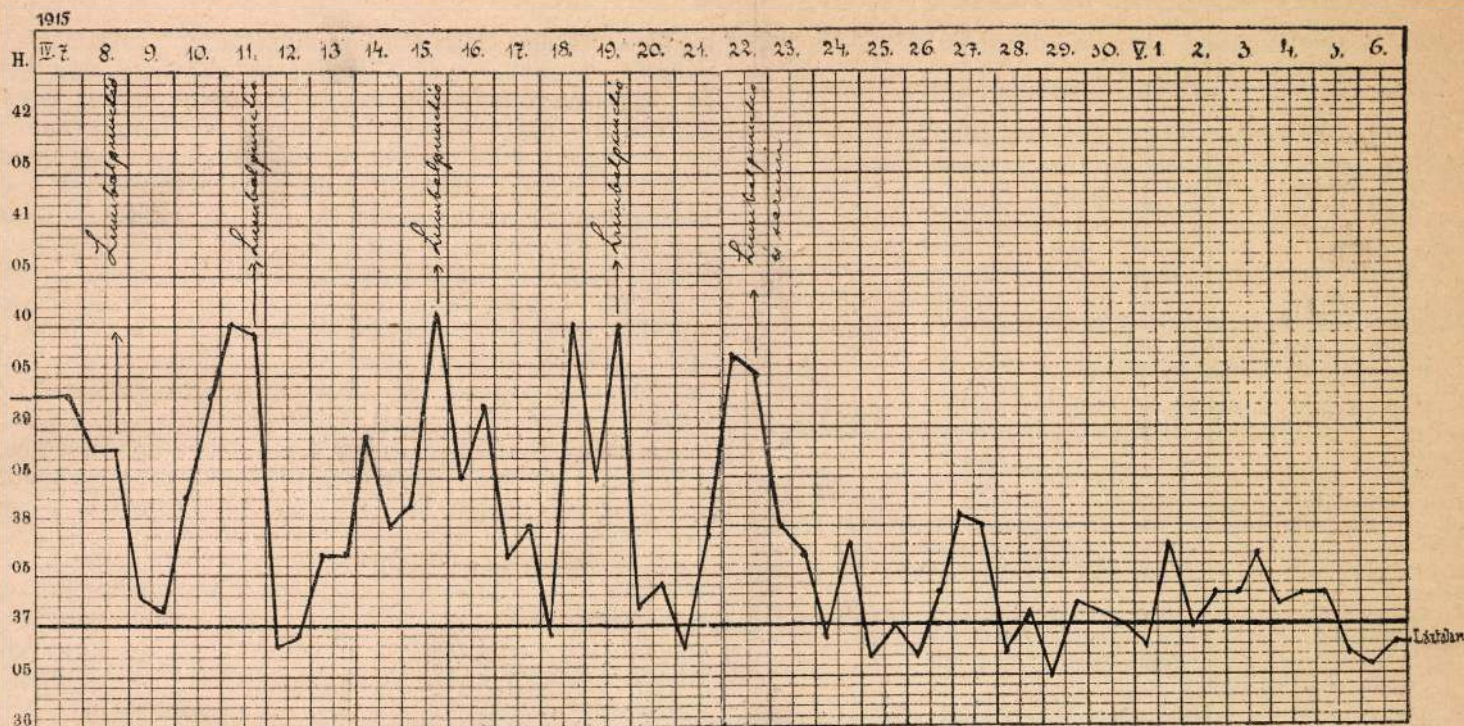
Betegségének hányadik napján belül került észlelés alá?							
		4	7	14	14-nél több	Ismeretlen	Összesen
Serummal kezelt	él	16	4	—	—	—	20
	+	3	3	1	1	—	8
Lumbalpunkcióval, serum nélkül kezelt	él	17	10	1	—	4	32
	+	7	9	2	1	15	34

Különösen feltűnő e táblázatból, hogy a serumkezelés után gyógyult betegek 75%-a betegségük első 4 napján belül vétetett fel osztályunkra, de egy sem volt a fentiek közül 1 hétnél idősebb. A tüneti kezelésben elhaltaknál viszont közel az esetek felében nem nyerhettünk az anamnesisre felvilágosítást, legnagyobb részt a betegek eszméletlensége miatt és éppen ezért feltehető előrement hosszabb betegeskedés, a nagy halálozási arányszám tehát ezen körülményre is vezethető vissza.

A serumkezelésen kívül még különösen ki kell emelnünk két therapiás beavatkozást: a lumbalpunkciót és a fürdöket.

Mikor az agy nyomástünetei jelentkeznek, sohase késünk a lumbalpunkcióval, mert azzal, a mellett, hogy gyógyító hatással is van, az igen kellemetlen tüneteket, főleg a fejfájást és lázat legalább időlegesen annyira csökkentjük, hogy, bár igen fájdalmas a beavatkozás, de utána már néhány percz múlva beáll a megkönnyebbülés, annyira, hogy néha oly betegek, kik punctión már átestek, a tünetek újabb jelentkezésekor maguk kéri annak megismétlését. Lumbalpunkció alatt és utána kb. 10 perczig tartó igen heves fejfájások lepik meg a beteget, nemsokára azonban a fájdalmak fokozatosan csökkennek, a kínos jactatiót nyugalom váltja fel, sőt igen sokszor nyugodt álom követi az előbbi súlyos állapotot. Azon czélból, hogy a punctio okozta fájdalmakat elviselhetőbbé tegyük, némely esetben azt megelőzőleg pantopon-injectiót alkalmaztunk, a punctio ennek hatása alatt technikailag is könnyebben válik keresztülvihetővé. Hogy magára a lázra mily nagy lefokozó hatással van a punctio, azt egy alább mellékelt láztábla szemléltetően mutatja be.

S. L. 1915 ápr. 7.-én négy napi betegség után került hozzánk s láztáblája a következő:



Ugyancsak sikerült a subjectiv tüneteket protrahált meleg fürdőkkel lényegesen lefokozni. Betegeink hőmérsékének megfelelően 35–38°-os vízben addig tartottuk őket, míg a fáradtság jeleit mutatták, s hogy kényelmesebbé tegyük a rendszerint túlérzékeny betegeknek a kádban való tartózkodást, lazán kifeszített lepedőn mintegy nyugágyba helyeztük őket a vízben.

Az ily füröztetés úgyszólván kivétel nélkül üdíti a beteget és sokszor az erősen kifejezett tarkómerevség is felenged a fürdő alatt s lehetővé teszi a fej mozgását.

Az alábbiakban néhány esetünk kórrajzát ismertetjük. Heves tünetekkel abortive lefolyó eset volt a következő:

St. H., 8 éves, március 31.-én vétetett fel. A körelőzményből csak annyit tudunk, hogy betegsége négy nap előtt hányással, heves fejfájással hirtelen kezdődött.

Status praesens: Erős tarkómerevség, kifejezett Kernig. A jobb szem conjunctivája erősen belövelt, nagyfokú chemosis. Az iris rajzolata teljesen elmosódott, a cornea diffuse homályos, aránylag csekély ciliaris injectio. A pupilla szűk, a csarnokban geny. A bal szem kötőhártyája teljesen halvány, a pupilla elég jól reagál. Herpes labialis. A has behúzódott. Retardált pulsus. Lumbalpunkcióra kb. 35 cm³ erősen zavaros liquor ürül.

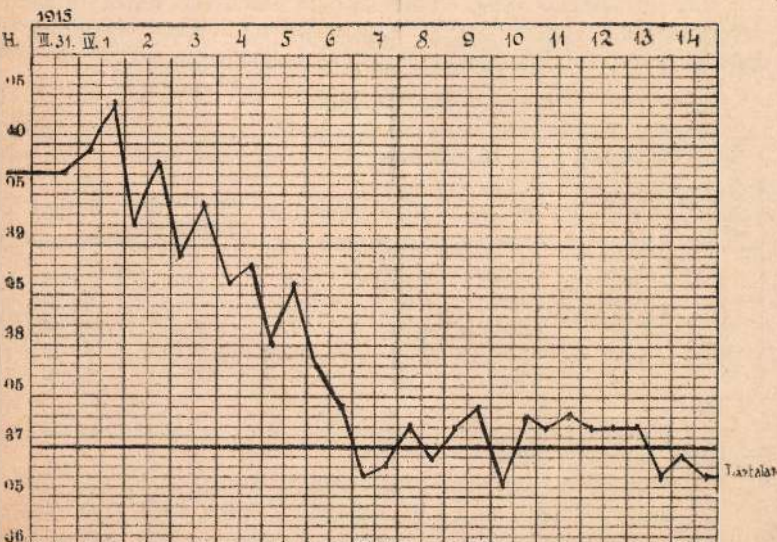
Április 3. A láz és tünetek nem csökkentek. 15 cm³ antiliquort kap subcutan.

Április 4. Szembeli folyamat valamit javult. Chemosis megszűnt.

Április 7. Láztalan.

Április 9. Geny a csarnokból felszívódott, iris rajzolata még elmosódott. Atropint és eserint kap szemébe felváltva.

Április 30. Láztalan, meningitis tünetei teljesen gyógyultak. A szeme javult. Távozik. Lázmenete ilyen volt.



Hosszú ideig tartó jó közérzet és látszólagos gyógyulás után is jelentkezhet következményes bántalom, mint a következő esetben történt:

R. I. dr., felvétetett 1915 március 30.-án, 30 éves.

A zavart sensoriumú betegről anamnesis nem nyerhető. Annyit tudunk, hogy néhány napi kedvetlenség és nyomott hangulat után március 28.-án hirtelen fejfájással bevezetett hidegrázás jelentkezett 39°-os láz kíséretében.

Status praesens: A közepesen táplált beteg öntudata zavart, de néhány hozzáintézett kérdésre mégis reagál. Kissé álmos tekintet. A pupillák egyenlők, fényre elég jól reagálnak. A szemmozgások csaknem teljesen szabadok. Jobboldali facialis kisfokú paresise észlelhető. A nyelv erősen bevont, száraz; a garat kissé belövelt, a nyálkahártya felülete száraz.

Mérsékelt tarkómerevség, a gerincoszlop merevsége kis fokban szintén megvan. Tarkó és csigolyanyulványok nyomásra kis mértékben érzékenyek. Kernig-tünet pozitív. Elég enyhe nyomásra Trousseau-vonalak jelennek meg.

A szívtempulát rendszeres; a szívhangok tiszták, a normalisnál alig tompábbak. A tüdők felett helyenként kissé hangosabb légzés, egyébként normalis lelet.

A végtagok izomtonusa nem fokozott. A bal felső végtag összes ízületeinek s a jobb térdízületnek mérsékelt duzzanata mellett fájdalomosság. A pulsus retardált, emelő, kissé arhythmiás, percenként 90. Hőmérsék 39°6'. A has kissé behúzódott. Vízelés szabad. Széke 24 óra óta még nem volt. A vizeletben kevés albumen.

Therapia: A fejre jeges borogatás. Tarkójára 5 piócza. (Beszálítás előtt lumbalpunkciót kapott, a nyert liquorban meningococcus intracellularis.)

Március 31. Nyugodt, de átvirrasztott éjszaka. Pulsus 100, egyébként változatlan status. 20 cm³ serum subcutan.

Április 1. Status idem, 20 cm³ serum subcutan.

Április 2. Nyugodtabb. 20 cm³ serum subcutan.

Április 3. Lumbalpunkcióra nagy nyomás alatt kb. 60 cm³ zavaros liquor ürül. 20 cm³ serum intrameningealis.

Április 4. Izületi érzékenység már csak a bal vállban. Pulsus kissé üres. Háromszor 0.20 coffein. Hőmérsék 39°2.

Április 5. 20 cm³ serum subcutan.

Április 6. A bal facialis kissé elmarad. Lumbalpunkcióra kb. 35 cm³ alig zavaros liquor, 20 cm³ serum subduralisan. Sensorium zavart.

Április 8. Zavart sensorium, jól táplálkozik.

Április 10. Csekély pupillaris differentia. Hőmérsék 37°1.

Április 18. Láztalan. Pulsus szapora, 88. Kétszer 15 csepp adigan. A sensorium még zavart.

Április 28. A bal váll és a felső karizmok kissé atrophizáltak, a n. brachialis lefutásában nyomásra érzékeny. A bal karját active emelni nem tudja, passiv emeléskor fájdalmas. A sensorium teljesen szabad.

Május 6.-án tiszta öntudattal távozik. Meninxek részéről sem acut, sem residuális jelenségek nem ismerhetők fel.

Junius 10.-én. Felvételre jelentkezik. Elmondja, hogy kb. 8–10 napja lázas, gyengélkedik, fejfájásai vannak, ez idő óta obstipatio híg székekkel váltakozik. A köztakaró halvány. A nyelv bevont, a has kissé meteorismusos. Lép a VII. borda alsó szélén kezdődik, a bordái alatt

tapintható. Meningealis tünetek nincsenek. Hőmérsék 37-8°. A vér bakteriologiai vizsgálata negatív eredményű.

Junius 14.-én. Hőmérsék 37-5. Nyugtalanlás, fejfájás. 0-02 pantopon subcutan.

Junius 16.-án. Icterusos sclera és köztakaró, heves fejfájások, hányás és csuklás. Lumbalpunctióra kb. 65 cm³ világos szalmasárga, tiszta liquor ürült fokozott nyomás alatt.

Junius 18.-án. Két ízben percekig tartó görcsroham eszméletlenséggel, utána heves tejfájások, majd hidegrázás, végül hányás. Hőmérsék 38-5. A junius 16.-án nyert liquorban sem bacterium, sem sejtes elem nem található, bő fehérjetartalom. Sensorium zavart.

Junius 21.-én. A fent leírt rohamok naponta többször egyre gyakrabban jelentkeznek. Jobboldalt facialis-paresis

Junius 26.-án. Lumbalpunctio.

Junius 29. én. Hirtelen szívgyöngeség. Mors.

F. J., 16 éves. Felvétetett 1915 október 26.-án. 5 nap előtt hirtelen lett beteg. A sensorium szabad, de beszállításának körülményeire emlékezni nem tud.

Status: Kifejezett tarkómerevség, positiv Kernig. Bő herpes labialis, egyenlő, fényre reagáló pupillák. Facialison nem látszik eltérés. A pulsus alig retardált. Lázatlan. Lumbalpunctióra fokozott nyomás alatt 35 cm³ tiszta liquor. Punctiós folyadék üledékében néhány lymphocyt; meningococcust kimutatni nem tudunk. A liquor bő fehérjetartalmú.

Október 28.-án. Meningealis tünetek teljesen visszafejlődtek, láztalan, betegségére csak a beszárado herpes emlékeztet. A torokból vett nyálkából a meningococcus serum-agaron kitenyészett.

Október 8.-án. Lázatlan.

Ez az eset azért érdemel említést, mert egész lefolyásában láztalan, a tünetek a lumbalpunctiót követő napon már teljesen hiányoznak és az acut gastritist megtevesztésig utánozzák. Meningitis mellett bizonyít a liquor fehérjetartalma és a separált beteg torkából is kitenyészthető meningococcus.

Végül egy soká elhúzódó esetet ismertetünk.

M. B., 23 éves. Felvétetett 1914 december 21.-én. 4 napja beteg, hirtelen lett rosszul, feje fájt.

Status: Pulsus kissé arhythmias, elég szapora. Pupillák fényre reagálnak, a szemmozgások szabadok. Tarkómerevség, positiv Kernig. Fokozott bőrreflexek. Zavart sensorium. Hőmérsék 39-0.

December 23.-án. Lumbalpunctióra zavaros liquor, benne bőven polynuclearis leukocyták és intracellularis meningococcusok.

December 25.-én. Javult közérzet, tisztuló sensorium, láztalan.

1915 január 1.-én. Keresztájban görcsös fájdalmak.

1915 január 15.-én Keresztáji neuralgiák fokozódnak. Kernig positiv, láztalan.

Január 24.-én. A vérből Gram-negatív diplococcusok kitenyészthetők. Keresztáji neuralgiák minden mozgásra kiváltanak. A beteget mozdulatlanúságra kényszerítik.

Márczius végéig a neuralgia naponta többször heves rohamokban kínozza a beteget, melyekre a morphin-injectio alig ad enyhülést.

Márczius 20.-án. Csökkent fájdalmak mellett a beteg felkel, de járni képtelen. Néhány napi kísérlet után a járás egészen apró lépésekben a gerincoszlop merev tartása mellett sikerül, hajolni nem tud és igen lassan haladó javulással május 13.-án távozik.

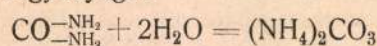
Október folyamán a beteg bemutatja magát, ekkor járása lényegesen javult, de még botra támaszkodik, a csípőízület flexiója mellett a végtag nem nyújtható ki még passive sem, hajolni jól tud. Sensoriuma teljesen szabad; közérzete kielégítő.

Dolgozat a Pénzügyintézetek Hadikórházának kémiai-bakteriologiai laboratóriumából. (Parancsnok: Manninger Vilmos dr., egyetemi magántanár, törzsorvos. Laboratóriumvezető: Farkas Géza dr., állatorvosi főiskolai ny. r. tanár.)

A vizelet húgyanyagtartalmának meghatározása ureaseval.

Irta: Horváth Béla dr. és Kadletz Henrik.

Az urease-fermentum azon tulajdonságát, hogy víz jelenlétében a húgyanyagot



egyenlet szerint ammoniumcarbonáttá alakítja és minthogy ennek hydrolysisis bomlása folytán



az aránylag erősebb ammoniumhydroxyd kémhatása érvényesül, tehát a folyadék lúgossá válik, M. P. Miquel¹ fedezte fel. Ezen reakciót a vizelet húgyanyagtartalmának quantitativ

meghatározására először E. K. Marshall jr.² alkalmazta. Ha ugyanis meghatározzuk a vizelet lúgosságát urease nélkül és meghatározzuk a lúgosságot az urease hatása után, a különbség adja a reactio folyamán keletkezett ammonia mennyiségét s ezen adatból az átalakult húgyanyag mennyisége kiszámítható. Marshall a szójababból előállított nedves készítményt használta. Hahn és Saphra³ ebből különböző kémiai műveletekkel száraz készítményt állított elő és ezt alkalmazta a meghatározások alkalmával. Van Slyke, Zacharias és Cullen⁴ szintén száraz ureasét használnak. Kísérleti berendezésük azonban komplikáltabb, mert nézetük szerint, bár kísérleti adatokat nem említenek, az előbbi módszerekben ammoniavesztésnek kell előállni és ezt meggátolni van hivatva készülékük. Ezen dolgozatra jelent meg Hahn-nak⁵ az ellenkező állásponton (hogy t. i. ammoniavesztés nincs) lévő dolgozata, mely felkeltette figyelmünket és e módszer kipróbálására néhány kísérleti sorozatot végeztünk, a melynek eredményeit a következőkben közöljük.

Az első meghatározásokat teljesen Hahn előírása szerint végeztük a Handkreuz-Laboratorium, Charlottenburg, czégtől beszerzett száraz készítménnyel. Egy kisebb Erlenmeyer-lombikban 1 cm³ vizelethez 10 cm³ vizet és 2 csepp methylo-orange indicatort adva, 1/10 n. sósavval a narancssárga (és nem a vörös) színig titráltunk. Ezután kis késhegynyi (0-015—0-02 gr.) ureaset és végül 3 csepp toluoltadtunk hozzá és a lombikot parafadugóval elzárva másnapig állva hagytuk. Ekkor ismét 1/10 n. sósavval a narancssárga színig visszatitráltunk. Az elhasznált cm³-ek háromszorosa adja a húgyanyagtartalmat mgr.-ban.

Ezen előírás pontos betartása azonban nem vezetett megbízható eredményekre. A kísérletek túlnyomó részében meglehetősen nagy különbségeket kaptunk. A végzett 60 vizeletvizsgálat közül 7 a következő értékeket adta:

I. táblázat.

Kísérlet száma	Elhasznált 1/10 n. HCl cm ³ -ben			Különbség		
	I.	II.	III.	cm ³ -ben	mgr. húgy-anyagban	%-ban
1.	9-60	9-65	9-70	0-10	0-30	1-04
2.	6-20	6-40	6-50	0-30	0-90	4-83
3.	12-50	13-40	13-30	1-00	3-00	8-00
4.	7-70	7-80	9-10	1-40	4-20	18-18
5.	5-30	5-50	6-60	1-30	3-90	24-50
6.	7-75	8-65	9-70	1-95	5-85	25-16
7.	5-60	5-70	7-40	1-80	5-40	32-14

E táblázat adatai szerint az 1. és 2. kísérleti sorozat értékei elfogadhatók, sőt még a 3.-éi is. A többi azonban olyan nagy különbségeket mutat, hogy ezen értékek teljesen használhatatlanok, bár ilyen klinikai meghatározások alkalmával 5—6% kísérleti hiba is megengedhető.

A következő kísérleteket 1 cm³ 2%-os tiszta húgyanyagoldattal végeztük épp úgy, mint az előző vizsgálato-
kat. A nyert eredményeket a 2. táblázat tartalmazza.

II. táblázat.

Kísérlet száma	Elhasznált 1/10 n. HCl cm ³ -ben			Különbség		
	I.	II.	III.	cm ³ -ben	mgr. húgy-anyagban	%-ban
1.	6-80	7-00	7-10	0-30	0-90	4-28
2.	4-05	5-95	6-30	2-25	6-75	36-50
3.	2-40	4-00	4-20	1-80	5-40	42-86
4.	3-40	6-15	6-30	2-90	8-70	46-03
5.	2-30	6-20	6-30	4-00	12-00	63-50

² Journal of biolog. chem., Baltimore, 1913., 14. kötet, 283. oldal, 15. kötet, 487., 495. oldal.

³ Deutsche Medizinische Wochenschrift, Berlin, 1914, 430. oldal.

⁴ Deutsche Medizinische Wochenschrift, Berlin, 1914, 1219. oldal.

⁵ Deutsche Medizinische Wochenschrift, Berlin, 1915, 134. oldal.

¹ Comptes rendus, Paris, 1890, 111. kötet, 397. és 501. oldal.

Budapesti

medico mechanikai
Zander-intézet

Dr. Zander Gusztáv eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalis gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet
::: bejáró betegek számára. :::

Budapest, IV., Semmelweis-utca 2. (Kossuth Lajos-u. sarkán.)

Igazgató: Dr. Reich Miklós.

Extractum Chinae
Nanning

**Kitűnő tonicum és roborans,
 a legjobb stomachicum.**

Javalva van:

Vérszegények étvágytalanságánál.
 Görvélykórosok és tüdőbajosok étvágytalanságánál.
 Heveny és idült gyomorbajoknál.
 Lázas és seblázas betegknél.

Lábbadozóknál.
 Ideges dyspepsiánál.
 Gyomoratonianál.
 Alkoholikusoknál.
 Hyperemesis gravidarum-nál.
 Icterus-bántalmaknál.
 Hg. és jodkali dyspepsiánál.

Irodalmat és mintát díjmentesen küld:

Dr. H. NANNING, Den Haag, Hollandia.

Fersan
 (JOLLES)

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.

Fersan-por.

Rp.: Pulv. Fersani 25·0

Fersan-pastillák.

Rp.: Pastill. Fersani (à 0·5 g.
 vagy à 0·25) scat. orig. No. 50

25 gramm, mely elegendő 6—7 napra, 1 koronába kerül.

Különösen javalva: **Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishoz.**

Jod-Fersan-pastillák felnőtteknek

(eredeti kartonban 100 darabjával és 50 darabjával).

JOD-FERSAN-csokoládé gyermek-pastillák

(eredeti kartonban 50 darabjával).

D. S. Kétszer naponta 2—4 pastilla.

Új!

Arsen-Liquofersan

(Liquor Fersani arseniati comp.)

Új!

Könnyen resorbeálható vas-acidaalbumin.

FILO JÁNOS BUDAPEST,
 VIII., Mátyás-tér 3. sz.

Kapható minden gyógyszerházban.

KURHAUS SEMMERING

Phys.-diätetikus magaslatigógyintézet

Wientől 2 óra

1000 m. a t. sz. f.

Egész éven át szakadatlanul üzemben

Dr. Franz Hansy

csász. tanácsos

Dr. Carl Kraus

Fertőzőbetegek, különösen tüdőbajosok

===== nem vétetnek fel. =====

Köröskörül erdő által védve.

Gyorsvonat-állomás.

**SANATORIUM
REKAWINKEL**

JDEG-és KEDÉLYBETEGEK
RÉSZÉRE

Individuális kezelés.

! 4 orvos az egész éven át.
! Legmodernebb berendezés. !

Magyar vendégek által igen látogatva.

EGÉSZ ÉVEN ÁT NYITVA.

Pavillon-rendszer, foglalkozási therápia saját
műhelyekben.

Tudósítás kapható: Wien I., Operngasse 6.

Telefon 5840. N. szerda és szombat délután.
(Lásd a bécsi telefon-könyvet is.)

Levél és
sürgőnyszim: „Sanatorium Rekawinkel.”

Telefon: 151—52.

Dr. JUSTUS J.

kórházi főorvos

Telefon: 151—52.

bőrgyógyító és orvosi kozmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26.

Gyógyító eszközök:

Röntgen készülék.

Quarzlámpa és Höhensonne.

Forrólégdussok.

Aniontherapia.

Szénsavhóval való fagyasztás.

Massage-motorok.

Gyógyszeres fürdők.

Elektrolysis.

Schnée-féle degrassator.

Javallatok:

Rákos, sarcomás és egyéb újképződések. Naevusok. Suba-
cut és idült eczemák. Acne vulgaris et rosacea. Sycosis.
Lichen ruber. Psoriasis. Herpes tonsurans és favus.
Alopecia areata et seborrhoica. Seborrhoea. Lupus vul-
garis et erythematodes. Tuberculoidea. Ulcera cutanea
Röntgenégések.

Pruritus és prurigo; Fagyások; Sclerodermia, Reynaud-féle
betegség.

Neuralgia zoster után; localis pruritusok.

Kiseb tumorok. Teleangiectasiak. Sensibilizálás sugaras
kezelés előkészítésére.

Hyperpigmentatiok. Bőrráncok. Inunctios kurák.

Eczema különféle formái. Gombás bőrmegbetegedések.
Psoriasis. Lues.

Hypertrichosis. Kiseb naevusok.

Elhízás.

E táblázat adatait körülbelül 50 egyformán végzett meghatározásból ragadtuk ki. Az 1. számú kísérlet az egyedüli, mely a teljes húgyanyagmennyiséget (20·40 mgr.) megadta. A többi kísérleti sorozat adatai nagyon eltérő eredményeket adnak. Még megjegyezzük, hogy 6 esetben 12 mgr.-nál kevesebb, 3 esetben pedig 5 mgr.-nál kevesebb húgyanyagot találtunk 19·20 mgr. helyett. A meghatározáshoz használt húgyanyagoldat koncentrációját ellenőriztük a bromos módszerrel a *Jolles*-féle készülékben.⁶ Ezen meghatározások szerint 19·20 mgr. húgyanyagot kaptunk 20 mgr. helyett, de ennek okát abban találtuk, hogy a tiszta húgyanyag kevés nedvességet tartalmazott és így húgyanyag helyett vizet mérünk. Úgy látszik, hogy az urease a tiszta húgyanyagra az alkalmazott kísérleti feltételek mellett a legtöbb esetben nincs tökéletes és biztos bontó hatással.

A fenti kísérleteket 1 cm³ vizelet és 1 cm³ 2%-os húgyanyagoldat elegyével is elvégeztük, de itt sem kaptunk elfogadható értékeket, a mit a 3. táblázat adatai igazolnak.

III. táblázat.

A kísérlet száma	A vett húgyanyag mgr.-ban	A kapott húgyanyag mgr.-ban		
		I.	II.	III.
1.	36·00	27·40	29·70	36·00
2.	38·99	37·20	37·80	39·15
3.	33·00	14·10	15·30	32·55
4.	42·00	27·30	28·50	34·50

Ezen adatok azt bizonyítják, hogy a vizelet + húgyanyagoldat elegye sem ad ureaseval megbízható eredményeket, bár a 12 meghatározás közül 3 jól egyezik a tényleges értékkel.

A vizelettel, a tiszta húgyanyagoldattal és a vizelet + húgyanyagoldattal elért kedvezőtlen eredmények okainak kikutatása volt tehát a további célunk s az erre vonatkozó vizsgálataink igazolták, hogy ezen reakciókban ammonia tényleg elillan, a vegyszerek, u. m. a nem gondosan készített destillált víz, különösen a vízvezetési víz, az urease és a toluol is sósavat használnak el; azután a hőfok és az idő, melyen a reakciót lefolyni engedjük, sem közömbös.

Mielőtt az ammoniavesztés vizsgálataink tárgyává tettük volna, felmerült a kérdés, hogy a húgyanyag quantitative átalakul-e vagy sem? A bromos módszerrel *Jolles*-féle készülékben végzett ellenőrző vizsgálataink az 5. és 6. táblázat adatai szerint igazolták azt, hogy a vizeletben a húgyanyag átalakulása az általunk közölt kísérleti feltételek pontos betartása esetén teljes. De igazolták a következő kísérleteink is: A vizelet húgyanyagát elbontottuk ureaseval és meghatároztuk annak mennyiségét. A húgyanyagmentes vizeletet megszűrtek, hozzáadtuk ismét a *talált* mennyiséget és újból meghatároztuk ureaseval a húgyanyag mennyiségét. Az ilyképpen végzett 3 parallel kísérlet adatai is a vizelet húgyanyagának quantitativ szétbomlását bizonyították. A húgyanyag teljes átalakulását azonban a tiszta húgyanyagoldatban és a vizelet + fölös mennyiségű húgyanyagoldat elegyében, mint előbb is említettük, általában nem észleltük. Ezért azt gondoljuk, hogy a *Hahn* által közölt azon *nem parallel* kísérlet, midőn csak egy próbában a húgyanyagmentes vizelethez 20 mgr. húgyanyagot adott és másnap megtitrálva 20·3 mgr.-ot talált, és mikor egy másik *nem parallel* meghatározáskor húgyanyagtartalmú vizelethez adott 20 mgr.-nyi húgyanyagot és ismét pontos eredményt kapott 12·6 + 19·8 = 32·4 mgr.-ot, csak igen kivételes, véletlen eset volt. Csak ha ugyanannyi húgyanyagot adunk a húgyanyagmentes vizelethez, mint a mennyit eredetileg tartalmazott, kapjuk meg pontosan a hozzáadott mennyiséget.

⁶ Klopstock és Kowarsky: Praktikum, Berlin, 1915, 3. kiadás, 175. oldal.

A mi az ammoniavesztésről illeti, *Van Slyke*, *Zacharias* és *Cullen* nézete szerint ez megtörténhetik. *Hahn* az ellenkező állásponton van. Szerinte ammoniavesztés nincs, mert ez csak akkor jöhetne létre, ha 1. vagy nagyon sok fermentumot használnánk, mint pl. *Van Slyke* 0·15 gr.-ot, tehát 10-szer annyit, mint *Hahn*, a mikor is a reactio gyorsan, alig 30 perc alatt lefolyik; vagy 2. ha az (NH₄)₂CO₃ egyszerűen önként bomlana szét, talán mint in statu nascendi; az ammoniavesztés nem jöhet létre továbbá 3. sem bakteriális úton, sem az által, hogy 4. a vizelet eredeti lúgossága a keletkező (NH₄)₂CO₃-ból ammoniát tenne szabaddá. E két utóbbi pont helyességét *Hahn* egy parallel kísérlettel igazolja: az egyik meghatározáskor az urease hozzáadása előtt nem semlegesíti a vizeletet, a másik meghatározáskor semlegesíti; a másnap titráláskor 4·6 és 4·2 cm³ 1/10 HCl használódik el, tehát a húgyanyagmennyiségek egyeznek.

Az ammoniavesztés vitás kérdésének eldöntésére kísérleteket végeztünk. Először is pontosan ismert koncentrációjú savanyú oldatban próbáltuk a reakciót lefolyni engedni. De mint ismeretes, ezen reactio savanyú közegben nem megy végbe, lúgosban lassul, a legsimábban pedig neutralis közegben folyik le. Legcélszerűbbnek véltük tehát az *Erlenmeyer*-lombik belsejében normal sósavval megtöltött absorptiós edényke alkalmazását az esetlegesen eltávozó ammonia lekötésére. A meghatározás gyakorlati kivitele most már a következőképpen alakult: A lombikban 1 cm³ vizeletet az előírás szerint beállítottunk. Ezután körülbelül 6 cm³ ürtartalmú és 4 cm³ 1/10 n. sósavat tartalmazó üveggyalant 2 vékony platinadrót segítségével a lombikba eresztettünk le és a 2 drótot kaucsukdugóval a lombik szájához erősítve, egyúttal a lombikot is légmentesen elzártuk, másnapig állni hagytuk és megtitráltuk úgy az absorptiós edényben lévő sósavat 1/10 n. natronlúggal, mint a lombikban lévő elegyet 1/10 n. sósavval. Számos kísérlettel megállapítottuk, hogy a húgyanyag átalakulása ammoniavesztéssel történik, de ezen ammoniavesztés a sósavas absorptiós cső alkalmazásával elkerülhető. Ezt bizonyítják a 20 különféle vizelettel 37°-ú thermostátban végzett vizsgálataink, melyek közül 3-at a 4. táblázatban közlünk.

IV. táblázat.

A kísérlet száma	Absorptiós csőben	Erlenmeyer- lombikban	Összesen	Húgyanyag mgr.-ban
	elhasznált $\frac{1}{10}$ n. HCl cm ³ -ben			
1.	2·95	1·15	4·10	12·30
	3·00	1·10	4·10	12·30
	3·55	0·60	4·15	12·45
2.	2·30	2·45	4·75	14·25
	2·20	2·65	4·85	14·55
	2·30	2·60	4·90	14·70
3.	2·85	3·70	6·55	19·65
	2·70	3·90	6·60	19·80

Ezen adatokból látható, hogy ellentétben *Hahn* állításával, ammonia-vesztés mindig van és ennek mennyisége igen tekintélyes lehet. Ammoniavesztés azonban nemcsak 37°-ú thermostátban, hanem szobahőmérséklet alkalmával is, az 5. táblázat adatai szerint, mindig előfordul.

Ugyanilyen vizsgálatokat végeztünk 37°-ú thermostátban tiszta húgyanyagoldattal és vizelet + húgyanyagoldattal. Az eredmények az absorptiós cső daczára itt is teljesen megbízhatatlanok voltak.

Egyéb hibaforrásoknak is igyekeztünk a nyomára jutni. Megállapítottuk, hogy *csakis destillált vízzel szabad dolgoznunk*. *Hahn* előírásában ez nincs megemlítve. Bár a vizelet hígítására közönséges víz is használható, mert ez is titrálva lesz a narancssárgáig, a többi műveletkor, így a lombik

faláról a vízcseppek bemosása alkalmával, az absorptió edény, a dugó és a platinadrót lemosásakor csak destillált víz használható. Kísérleteink szerint ugyanis 15 cm^3 vízvezetési víz $0.5 \text{ cm}^3 \frac{1}{10}$ n. sósavat használt el a narancssárga színig. Ha most a lombik falának lemosásához csak körülbelül 20 cm^3 vízvezetési vizet veszünk, ezen mennyiség $0.70 \text{ cm}^3 \frac{1}{10}$ n. sósavat használna el, a mi 2.1 mgr. -on felüli húgyanyagnak felel meg, és ha a vizelet húgyanyagtartalmát középértékben $16\text{--}20 \text{ mgr.}$ -nak vesszük, a kísérleti hiba $7\text{--}8\%$ -kal növekedne.

Egy további hibaforrás, hogy az urease nem teljesen indifferens sósavval szemben. Így például az alkalmazni szokott szárazkészítmény mennyisége (kis késhegynyi = kb. 0.02 g) 10 cm^3 destillált vízzel keverve 0.15 cm^3 , kétszeres mennyisége 0.55 cm^3 , háromszoros mennyisége pedig $0.75 \text{ cm}^3 \frac{1}{10}$ n. sósavat használt el. E próbákat 24 órai állás után visszatitráltuk és ekkor középértékben $0.20\text{--}0.30\%$ $\frac{1}{10}$ n. sósav fogyott el.

6. kísérleti sorozatban alkalmazott vizelet már 8 órai 37° -on való állás után 17.15 mgr. húgyanyagot adott; az átalakulás tehát majdnem teljes volt. Mégis azt ajánljuk, hogy legjobb a 24 órát bevárni. Az alkalmazott 2 különböző hőmérséklet, u. m. a szobahőfok és a 37° -os thermostat hőfoka lényegesen nem befolyásolja ugyan az értékeket, azonban célszerűbb 37° -on lefolyni engedni a reakciót.

Még a brómos módszer szerinti meghatározásainkhoz van megjegyzésünk. A vizelet többi nitrogéntartalmú alkotórészeinek eltávolítására lehetetlen volt phosphorwolframsavat beszerezni és így a meghatározásokat az eredeti vizelettel végeztük. Nincs kizárva tehát, hogy ez által több nitrogén szabadult föl s a kapott érték kissé magas. Ezen hiba azonban valószínűen nem nagy, mert az 5. táblázat 4., illetve 6. kísérleti sorozata szerint a brómos módszerrel nyert érték nagyon jól megegyezik az ureaseval kapott értékkel.

Ezen dolgozat befejezése után sikerült mégis a húgyanyagon kívüli N-tartalmú anyagok eltávolítására szükséges

V. táblázat.

A kísérlet száma	Az urease hatása órákban	Elhasznált $\frac{1}{10}$ n. HCl cm ³ -ben						1 cm ³ vizelet húgyanyaga mgr.-ban		Különbség a bro- mos módszer ér- tékeihez ‰-ban		
		szobahőfokon			37 ^o -on			ureaseval		bromos mód- szer szerint	szoba- hőfokon	37 ^o -on
		absorp- tíós csőben	lombik- ban	összesen	absorp- tíós csőben	lombik- ban	összesen	szoba- hőfokon	37 ^o -on			
1.	4	0:30 0:15	5:50 5:20	5:53	0:70 0:70	5:00 4:90	5:65	16:59	16:95	20:18	17:79	16:00
2.	8	1:00 0:40	4:70 5:50	5:80	1:20 0:90	4:75 4:75	5:80	17:40	17:40		13:77	13:77
3.	12	0:30	5:50	5:80	2:00 1:80	3:90 4:10	5:90	17:40	17:70		13:77	12:28
4.	24	1:30	5:10	6:40	3:00 2:80	3:60 3:90	6:65	19:20	19:95		4:86	1:09
5.	36	1:30	4:35	5:65	2:75	3:00	5:75	16:95	17:25	17:51	3:20	1:48
6.	48	1:70 1:80	4:00 4:00	5:75	3:10	2:75	5:85	17:25	17:55		1:48	0:32

A használt kémszerek egymásra való hatását is megvizsgáltuk. A következő keverékeket állítottuk elő:

1. víz + toluol + urease;
2. víz + urease;
3. víz + toluol

olyan arányban, mint az a meghatározások alkalmával elő van írva. Ezen próbákat $\frac{1}{10}$ n. sósavval narancssárgáig megtitráltuk és 24 órai állás után visszatitráltuk. Átlag $0.20\text{--}0.30 \text{ cm}^3 \frac{1}{10}$ n. sósavra volt szükség.

Pontos vizsgálatok esetén ezen adatok levonásba hozandók.

Miután így meggyőződünk arról, hogy az ureaseval való meghatározás csakis vizeletben adhat a jelen kísérleti feltételek mellett megbízható eredményeket, áttértünk az idő és a hőfok optimumának megállapítására. E célból a vizsgálatokat 2 különböző hőfokon, még pedig szobahőmérsékleten és 37° -on végeztük, s az időt is variáltuk. A nyert eredményeket az 5. táblázat tartalmazza.

Az 5.—6. sorszámú vizsgálatokat egy másik vizelettel kellett végeznünk, mint az 1.—4. sorszám alattiakat. Az ellenőrző vizsgálatokat ismét a brómos módszerrel Jolles-féle készülékben végeztük.

A táblázat adatai azt bizonyítják, hogy 4, 8 vagy 12 órai határidő nem mindig elegendő, azonban 24 órai hatás után a húgyanyag szétbomlása teljes, mert az ureaseval kapott értékek a brómos módszer értékeivel egyeznek. Az 5. és

phosphorwolframsavat beszerezni és ezzel még az alábbi 6. táblázatban közölt ellenőrző vizsgálatokat is elvégeznünk.

VI. táblázat.

A kísérlet száma	1 cm^3 vizelet húgyanyagtartalma mgr.-ban meghatározva			Különbség az urease és a bromos értékek között	
	bromos módszerrel, a többi N-tartalmú anyag eltávolítása		ureaseval		
	nélkül	után		mgr.-ban	$\%$ -ban
1.	22.91	20.81	21.54	+ 1.27	+ 5.90
2.	17.23	15.26	16.86	+ 1.60	+ 9.37
3.	28.25	26.36	29.49	+ 3.13	+ 10.00
4.	15.24	14.17	15.96	+ 1.79	+ 10.63

Ezen adatok szerint, habár az ureaseval nyert értékek a megengedett határok között kissé magasabbak, mint a brómos módszerrel kapott értékek (mert mint említettük, maga az urease, toluol stb. is használ el sósavat, a mi szintén számításba volna veendő), mégis az általunk módosított eljárást klinikai célokra elfogadható módszernek tartjuk.

Eddigi vizsgálatainkból tehát az következik, hogy a Hahn-féle eljárás eredeti alakjában elfogadható eredményeket nem ad. Klinikai czélokra azonban megbízható értéket ad akkor, ha a reactiót 37°-ú thermostatban 24 órán át hagyjuk lefolyni és kísérleti berendezésünkben az elillanó ammonia lekötésére sósavat tartalmazó absorptiós edényt alkalmazunk. Ezen esetben a vizelet húgyanyagtartalmának quantitativ meghatározására nagyon egyszerű, használható és kényelmes módszernek bizonyul.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Placzek: Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Eine Anleitung zur Prophylaxe für Aerzte, Geistliche, Lehrer und Verwaltungsbeamte. Leipzig, G. Thieme. 272 lap 8°. Ára 6 márka.

Placzek ebben a könyvében az öngyilkosság irodalmát adja a régibb írók beható ismertetésével, és másokkal szemben (Gaupp stb.) az öngyilkosságnak nemcsak kóros, hanem élettani voltát is kiemeli. Ebben igazat lehet neki adni, mert bizonyos körülmények között ilyen elhatározás ellen kifogást alig lehet tenni, ha azok a példák, a miket említ, nem is mind élettaniak. Ez a kérdés odavisz, hogy általában az élettan és kórtan határa hol van. Tulajdonképp jobb volna itt normás meg anormás, és nem egészséges meg kóros jelenségről beszélni. Placzek az egyéniségben találja meg a végső láncszemet. Ez helyes, csak arra kellene még rámutatnia, hogy az egyéni jellem a fajlagos föltétele ennek a szerencsétlenségnek, a külső körülmények a nem fajlagosak, azaz a jellem maga a külső körülmények nélkül is vagy csekély okokból öngyilkosságba lökhet, míg külső baj megfelelő jellem nélkül ezt nem éri el. Placzek könyvének legfontosabb része gyakorlati, a baj elhárítása, és itt igyekszik elmondani mindent, a mit az elmebajok elhárításáról (sterilizés), a vallás, kultúra, nevelés, iskola stb. befolyásáról mondani lehet. Javaslati sok tekintetben figyelemreméltók. A városi öngyilkosságellenes hivatalok felállítása, drezdai mintára, tanítók, hivatalnokok, orvosok stb. együttes munkájával talán csakugyan segíthet valamit, legalább egyes esetekben, és ezenkívül az ilyen hivatalok tudományos munkát is végeznének, hogy tisztábban láthassunk e kérdésben.

Kollarits Jenő dr.

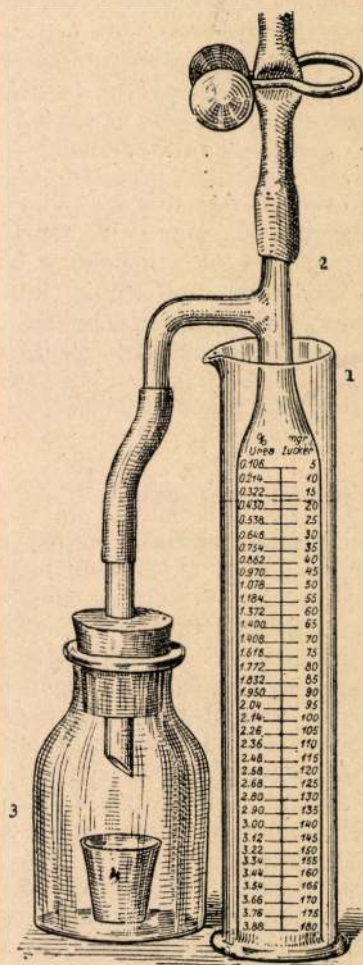
Lapszemle.

Belorvostan.

A háború befolyását a polgári lakosságra teszi megbeszélés tárgyává Boas tanár. Már eleve valószínűnek látszott, hogy a most folyó világháború psychés traumájával, a megváltozott létfenntartási viszonyokkal és táplálkozással befolyással lesz a polgári lakosság egészségére. A szerző felhívja a különböző szakembereket, hogy erre vonatkozó tapasztalataikat gyűjtsék és tegyék közzé. Ő maga eddig a következőkről számolhat be. Daczára a kedvezőtlenebb táplálkozási viszonyoknak, az idősült emésztési zavarok megszorodását nem észlelte. Már a háború előtt idősült bélbajban szenvedettek kezelésében nem tapasztalt nagyobb nehézségeket attól, hogy bizonyos tápszerekben hiány volt vagy a minőségük volt rosszabb. Feltűnő, hogy az ideges dyspepsiások nem szaporodtak tetemesen. Ugyanez mondható a diabetes mellitusról, pedig ez is olyan betegség, melyet az idegrendszer ellentálló képességének mértékeül lehet tekinteni. Szaporodott azonban az epeutak betegségeinek, főleg a cholelithiasis-eseteknek, valamint az emésztőszervek carcinomájának a száma; fiatakorúakon is feltűnő gyakran észlelt a szerző mostanában rákot. Kiemelendőnek tartja a gyakran észlelhető soványodást és testsúlycsökkenést, egyébként vál-

tozatlan erőbeli állapot mellett. Végül arról a kedvező körülményről emlékszik meg, hogy az elmúlt nyáron feltűnően alacsony volt az emésztőszervek betegségei és az anyagcserebántalmak ellen használatos gyógyhelyek látogatóinak a száma; kétségtelen, hogy ez részben pénzügyi okokra vezethető vissza; része van azonban benne az egyszerűbb, természetesebb életmódnak a mai időkben. (Medizinische Klinik, 1915, 51. szám.)

A vizelet cukor- és húgyanyagtartalmának quantitativ meghatározására R. Weiss a mellékelt ábrán látható egyszerű készüléket szerkesztette, Használatmódja a következő. Az 1 jelzésű hengerbe glycerint öntünk s a szorító-csap óvatos megnyitásával felszállani engedjük a glycerint a belső, 2-vel jelzett, alul üres üveghengerbe az első fokbeosztásig. Ha már most a cukor mennyiségét akarjuk meghatározni, 5 cm³ vizeletet jól összekeverve kb. 1 gr. élesztővel, beleteszszük a 3 jelzésű palackba; a meginduló erjedés folytán képződő gáz az összekötő csövön át bejut a 2 jelzésű



edénybe és mennyiségének megfelelő mértékben lenyomja benne a glycerint; a beosztáson már most directe leolvasható százalékban a cukortartalom; szobahőmérséken 24 óra alatt fejeződik be a cukor elerjedése, ez azonban 25–30° mellett tartással lényegesen siettethető, úgy hogy már 3–4 óra múlva fejeződik be az erjedés, illetve olvasható le az eredmény. A húgyanyag meghatározásakor a 3-mal jelzett edénybe ürítjük a vizeletet (egyenlő mennyiségű vízzel készült elegy 5 cm³-ét), a 4-gyel jelzett edénybe pedig 10 cm³ natriumhypobromidlugót teszünk. A 3-mal jelzett edény jól bedugaszolása után már most kissé megmozgatjuk a palackot, úgy hogy a benne levő kis edény tartalma kiürül, a vizelettel elegyedek és megindul a chemiai folyamat, a melynek eredményeképpen gáz fejlődik s ez lenyomja — úgy mint az első esetben — a glycerint; a folyamat 1 percz alatt már befejeződik, úgy hogy már 1 percz múlva százalékban leolvasható a húgyanyagtartalom. A megejtett ellenőrző vizsgálatok szerint a kapott eredmények a klinikai kívánalmaknak

teljesen megfelelők. A készülék ára 7½ márka. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 31. sz.)

Sebészet.

A fagyás megelőzéséről ír *Stiassny*. A múlt évi szerbiai harcok alkalmával a prophylaxis érdekében igen kevés intézkedés történt s ezért a nedvesebb időjárás beálltával aránylag magas hőmérsék mellett is számos fagyás fordult elő. A fagyás-esetek túlnyomó többsége a lövészárkokban tartózkodó legénység sorából került ki, melynek a hiányosan fedett, nedves lövészárkokban napokon át átnedvesedett ruházatban és lábbeliben szinte mozdulatlanul kellett tartózkodnia. Jóval kevesebb fagyás fordult elő az őrszolgálatot teljesítők és legkevesebb a menetelő csapatok között.

Különös gondot kell fordítani a lövészárkok berendezésén kívül a legénység ruházatának és lábbelijének szárazon való tartására. A szerző ezt a gróf *Thun-Hohenstein* százados-féle szabadalmazott eljárással végzi. E rendkívül egyszerű, elmés és olcsó eljárás a következő: A nedves ruhákat és cipőket oly fabódéban helyezi el, a melyen keresztül egy vagy két tábori mozgókonyhának kéményével összekötött kanyargós cső megy keresztül. A fabódét egy konyha csőve 30, kettő 50°-ra tudja felmelegíteni s ebben 1—2 óra alatt a csuromvizes ruházat és cipő is megszárad. A füstnek pedig ez eljárás elvonja a koromtartalmát s így mint katonai szempontból is fontos füstmentesítő módszer szerepel.

Az öröknek nemezből vagy szalmából készült felsőcsizmát ajánl, melynek oly bőnek kell lennie, hogy a cipő és e közé egy réteg szalmát vagy papírt lehessen elhelyezni.

A cipőbe kartonpapír-talpbetétet ajánl, a melyet hetenként kell kicserélni; a lábat pedig salicylsavas vagy thigenolos faggyúval czélszerű bekenni. (Wiener med. Wochenschrift, 1915, 50. sz.)

M.

Gyermekeorvostan.

A csecsemők gümőkórjának meggátolásáról értekezik *Langstein* (Berlin). Régi tapasztalat, hogy a csecsemő élete sokszor jobban van veszélyeztetve a gümőkór által, mint a felnőtté, és minél fiatalabb a csecsemő, annál nagyobb a veszély. Szükséges tehát, hogy a prophylaxist már a születéskor kezdjük. A csecsemőt védhetjük úgy, hogy vagy őt visszszük el a fertőzött környezetből, vagy igyekeznünk kell — minthogy azonnali teljes izolálás csak a legkritikábban vihető keresztül — a csecsemő szervezetét oly módon erősíteni, hogy ha már történik is infectio, a tuberculosis ne váljék manfestté. Az elkülönítés *Grancher* kezdeményezése óta Franciaországban lépett életbe először, igaz, hogy ez az elkülönítés, minthogy csak a 3. évtől történik, az idealistól nagyon messze van, mert hiszen éppen a csecsemőkora a legveszélyeztetettebb. Svédországban, Dániában az elkülönítés valamivel radikálisabb. Németországban is a forrongás stadiumában van ez a kérdés. *Effler* (Danzig) ajánlatára a szerző helyesnek tartaná, ha a tuberculosis- és csecsemőgondozó intézetek kartöltve járnának el és mindégik intézetnek közege, ki a családhoz eljár, be volna avatva a másoknak kötelezettségeibe s együttesen oktatná a családot a csecsemők ott a lakásban történő elkülönítésére, a helyes táplálásra, az általános hygienere. (Tuberculosis, 1915 április.)

Vas Jakab dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Csonttörés után múló glykosuriát látott *Konjetzny* és *Weiland* az eseteknek körülbelül 50%-ában. (Mitteilung. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 28. kötet.)

Meningitis cerebrospinalis epidemica néhány esetében *G. Wolff* tropacocainnal végzett lumbalis anaesthesia után (0.05 : 100 oldatból 5 cm³) 10 percczel protargol-oldatot fecskendezett be a lumbalis zsákba (0.2 : 100.0 oldatból 10 cm³-t). Kedvező eredményei alapján ajánlja a további ki-

sérletezést e módszerrel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 50. sz.)

Fagyás és fagyásdaganat ellen *Bamberger* a calcium chloratumot ajánlja belső használatra. Minthogy azonban ez nagyon rossz ízű, a betegek nem szívesen veszik, a calcium natrio-lacticum vehető igénybe helyette (tabletták alakjában *kalzan* néven jön forgalomba). A szerző megjegyzi, hogy *Luff* már évek előtt ajánlotta fagyásdaganat ellen a calcium lacticumot. (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 50. sz.)

A polygalysat a polygala senega dialysatuma. *Herzfeld* főleg az öregkorban gyakori légzőszervi hurutok ellen ajánlja. Nagy előnye a decoctum senegae-vel szemben, hogy nem okoz kellemetlen mellékhatásokat, olcsóbb és nem romlik. 10—12 csepp adandó belőle 2—3 óránként. (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 51. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 52. szám. *Ajkay Zoltán*: Tapasztalatok a cholera elleni védőoltások értékéről. *Lőw Sámuel*: A venereás betegségek elleni védekezés és az életbiztosító társulatok.

Budapesti orvosi újság, 1915, 52. szám. *Felek Hugó*: A terminalis vérvelés körjellegző jelentőségéről. *Adám Lajos*: A helybeli érzéstelenítés fejlődése és mai állása. *Torday Árpád*: Az idült vese-gyulladás kóroktana és kezelése.

Vegyes hírek.

Törvényszéki orvosi megbízások. Az igazságügyminiszter *Kenyeres Balázs* dr. budapesti tudományegyetemi nyilvános rendes tanárt és *Gyulay Elemér* dr. budapesti tudományegyetemi adjunktust a budapesti büntető törvényszéknél fölmerülő törvényszéki orvosi teendőknek állandó szakértői minőségben való ellátásával megbízta.

Kinevezés. *Pollák Vilmos* dr.-t (Pozsega), *Stern Mór* dr.-t (Vukovár), *Nikolajevics Sándor* dr.-t (Novagradiska) és *Gonda Sándor* dr.-t (Dárda) államvasúti orvosi tanácsadóvá, *Zéman Dezső* dr., pásztoi közsegi orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről december hó 6.-ától december 12.-éig 72 ázsiai cholerabetegedést jelentettek 42 halálalossal. Az esetek a következőképpen oszlanak meg: Szeged 1, Temesvár 3; Baranya vármegye: Mohács 1; Komárom vármegye: Nagymegyer 2; Szabolcs vármegye: Nyíregyháza 29; Temes vármegye: Kevevára 15; Torontál vármegye: Kistárnok 2, Nagytárnok 2, Óecska 3, Bégaszentgyörgy 6, Alsóittebe 1, Mokrin 3, Tiszahegyes 2, Nagy-kikinda 2. A megbetegedések közül 49 hadifoglyok között történt. (Temesvár 3. Nagymegyer 2, Nyíregyháza 29. Kevevára 15.) A többi 23 megbetegedés, illetőleg halálozás a polgári lakosság körében fordult elő.

Meghalt. *Schwarz Arthur* dr., az idegkór- és gyógytan magántanára, az általános poliklinika főorvosa, az orsz. közegészségi tanács rendk. tagja, december 24.-én, 61 éves korában. Az elhunytban rendk. széles körben ismert, kiváló tehetségű és közbecsülésnek örvendő tagját veszti el. — *Hammersberg Ganzstuckh Árpád* dr., m. kir. kincstári orvos, a tátralomniczi vizgyógyintézet főorvosa, 52 éves korában, december 26.-án. — *Ungár Imre* dr., budapesti gyakorló orvos, december 28.-án, 61. évében. — *A. Alzheimer* dr., a boroszlói egyetem az elmekórtan ny. r. tanára, 52. évében. — *F. L. v. Neugebauer* dr., a varsói evang. kórház főorvosa, értékes tudományos irodalmi működése révén széles körben ismert nőorvos, október havában 58 éves korában. Dolgozatai közül a legismertebb a hermaphroditizmusról szóló terjedelmes műve. — *Rauchfuss* tanár, az ismert szentpétervári gyermekorvos, 80 éves korában.

Személyi hírek külföldről. *Ph. Kuhn* dr., strassburgi magántanárt (közegészségtan) rendk. tanárrá nevezték ki.

Városmajor-szanatorium és vízgyógyintézet

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légek, frigoriterapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

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

Dr. Batizfalvy-féle

sanatorium és
vizgyógyintézet

BUDAPEST

VII., Aréna-út 82. szám.

TELEFON. 000 TELEFON.



Bel-, ideg- és női betegek családias
otthona. :: Vizgyógymód, villamos
kezelések. :: Hízoló, sová-
nyító kúrák. Bejá-
róknak is.



LABORATÓRIUM

VÉDŐOLTÓANYAGOK TERMELÉSÉRE R.-T.

TELEFON: JÓZSEF 20-14
Sürgőnyczím: VACCIN BUDAPEST

BUDAPEST, IX. KER.,
LÓNYAY-UTCZA 18/b.

SANATORIUM und KURANSTALTEN in BADEN bei WIEN, A.-G.

Sanatorium Gutenbrunn und städtische Kuranstalt.

Hydrotherapia, elektrotherapia, D'Arsonvalitatio, Rumpf-
féle elektrisatio, szivbetegek számára, Franklinisatio,
Röntgenosztály, kékfénykezelés, elektromagnetikus keze-
lés, mechanotherapia, szénsavas fürdők, Fangopakolások,
kénes iszappakolások, homokfürdők, forró légkezelés,
melegpenetratio, lápfürdők, lábsófürdők, fenyő-, vas-,
sós-, sublimát- és kátrányfürdők. Fürdők, rádiumfürdők,
légenyfürdők, rádiumbelégzés, rádiumivókurák, ataxia-
kezelés, orthopädikus tornázás, légző-tornázás, pneuma-
tikus kamara, Bulling szerinti inhalatorium, svéd-torna
és svéd-gymnastika, diätetikus-, hízoló- és soványító-
kurák bennlakó és bejáró patientsek számára. Saját
nap- és légfürdők vegyi laboratorium.

ORVOSI VEZETÉS: Dr. Otto v. Aufschneider-Huben-
burg, a badeni sanatorium és gyógyintézetek igazgató-
főorvosa, Dr. David Podzhradsky, császári tanácsos,
főorvos, Dr. E. Rechnitzer, a gutenbrunni sanatorium fő-
orvosa, Dr. Fritz Schosberger, a gutenbrunni sanatorium
segédorvosa.

Syrupus kreosoti lactici composit. P. V.

Kreolacsyrup

védett szójegygyel.

A külföldi syrupok orvosilag kipró-
bált, teljes pótléka. Kitűnő expecto-
ráns a légzőszervek összes megbete-
gedéseinél, tuberculosis stb. ellen.
Csakis orvosi rendelés ellenében
kapható az összes gyógytárakban.

Ára K 3.—.

Előállítja: **RICHARD SEIPEL** gyógyszerész
Wien, II., Hauptstrasse 50.

Magyarországi lerakat: Dr. Egger Leo és Egger J.
Budapest, VI., Révay-utca 12.

Orvosi minták kívánatra rendelkezésre.

Urban és Schwarzenberg kiadása, Berlin és Wien.

Kiadóvállalatunk legujabb kiadványai:

Die radiologische fremdkörperlokalisierung bei Kriegsverwundeten.

Von Dr. Leopold Freund und Dr. tech. Artur Praetorius. Mit 119 Figuren und einer Tafel. — — — — — Ára kötve K **8.40.**

Orthopädische Behandlung Kriegsverwundeter.

Von Prof. Dr. H. Spitz, Vorsteher des Reservespitals Nr. 11, u. Dr. A. Hartwich, in Wien. Mit 125 Textabbildungen nach Originalphotographien. — — — — — Ára kötve K **8.40.**

Praktikum der Chirurgie.

Ein Leitfaden für Aerzte, chirurgische Assistenten und Medizinalpraktikanten von Dr. O. Nordmann, Oberarzt der II. chirurgischen Abteilung des Auguste Viktoria-Krankenhauses, Berlin-Schöneberg. Mit 250, teils farbigen Abbildungen. — — — — — Ára kötve K **19.80.**

Die Mundheilung mit ätherischen Ölen.

Von Oberarzt Dr. Daniel Wagner, Békéscsaba. — — — — — Ára kötve K **3.—.**

Augenverletzungen im Kriege und ihre Behandlung.

Mit einem Abriss über die Diagnose und Behandlung des Trachoms, von Prof. Dr. C. Adam, Privatdozent für Augenheilkunde in Berlin, Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Bildungswesen (während des zweiten Balkankrieges dirigierender Arzt der Augenabteilung des Militärhospitals in Belgrad). Mit 46 Abbildungen. — — — — — Ára kötve K **3.—.**

Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten

mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik. Von Prof. Dr. J. Schäffer in Breslau. Mit 87 Abbildungen im Text. — — — — — Ára kötve K **12.—.**

Praktikum der klinischen chemischen mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.

Von Dr. M. Klopstock und Dr. A. Kowarsky in Berlin. Dritte, wesentlich umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 29 Textabbildungen und 24 farbigen Tafeln. — — — — — Ára kötve K **9.60.**

Feldmässige Bakteriologie.

Von Dr. L. Paneth, Assistent am kön. Institut „Robert Koch“ in Berlin, wissenschaftl. Leiter des bakt. Laboratoriums, des k. u. k. Militärsanitätskomitees. Mit 8 Abbildungen. — — — — — Ára kötve K **3.60.**

Seuchenentstehung und -bekämpfung.

Kurzer Leitfaden für praktische Aerzte und Studierende, von Prof. Dr. F. Neufeld, Abteilungs-Vorsteher am Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“, Berlin. Mit 23 Abbild. Ára kötve K **5.40.**

Therapie a. d. Berliner Universitäts-Kliniken.

Von Dr. W. Croner, ehem. I. Assistent an der Kgl. med. Universitäts-Poliklinik. Sechste umgearbeitete und vermehrte Auflage. — — — — — Ára kötve K **16.80.**

Diät und Diätotherapie.

Von Geh. Mediz.-Rat Prof. Dr. C. A. Ewald, ord. Hon.-Prof. und dirig. Arzt am Augusta-Hospital zu Berlin. Unter Mitarbeit von Dr. M. Klotz, Direktor des Kinderheims in Löwenberg bei Schwerin i. M. Vierte, vollkommen neu bearbeitete Auflage von Ewald und weil. Munks. „Ernährung des gesunden und kranken Menschen.“ — — — — — Ára kötve K **20.40.**

Hygienisches Praktikum.

Ein Taschenbuch für Studierende, Aerzte und Kreisärztkandidaten, von Dr. med. Paul Uhlenhuth, Geh.-Rat und ordentl. Professor der Hygiene an der Universität Strassburg i. E., und Dr. med. Hermann Dold, Privatdozent der Hygiene an der Universität Strassburg i. E. Mit 1 Tafel und 89 Abbildungen. — — — — — Ára kötve K **6.—.**

Kapható bármely könyvkereskedés utján.

Richter Gedeon vegyészeti gyára

Budapest, X.

Vizben oldható acetylsalicylsav készítmények:

Hydropyrin, Kalmopyrin.

Lecithin-készítmények:

Lecithin, Bromlecithin, Jodlecithin, Ferrobromlecithin, Ferrojodlecithin.

Hydrogenium peroxydatum készítmények:

Hyperol, Hyperol - szájviz - tabletta, Peroxygenol.

Guajacol-készítmények:

Novocol, Novocol - Calcium, Novocol - Chinin.

Physiologias titerre beállított digitalis készítmény:

Adigan.

Organotherapiás készítmények:

Tonogen, Glanduitrin, Tabl. Ovarii, Tabl. Thyreoideae, Extr. és Tabl. Testikuli.

Az összes organotherapiás készítmények tablettákban és injekciók céljára steril ampullákban.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1915 november hó 6.-án.) 11. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VIII. rendes tudományos ülés 1915 november 6.-án.)

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Ollé Rezső: A beteget f. évi szeptember hó 16.-án operálták Verebely tanár klinikáján. A műtét lelet teljesen fedte a belgyógyászati kórjelzést. Tág gyomrot találtak heges behúzóddással a gyomor felső harmadában a bordaívnek megfelelően, mely a mutatóujjat még átereszt. Ugyanitt lenövés a pankreas felé s fekély a gyomor hátulsó falán. Hasonló heges szűkület a pyloruson, ugyanitt laza összenövés a csepleszszel; a duodenum vízszintes szára végén heges megkeményedés érezhető, összenövés a máj felé. Figyelembevétel az azon kedvezőtlen tapasztalatokat, a melyeket az egyszerű gastroentero-anastomosis callosus gyomorfekély eseteiben nyújt, a mely után ők épp úgy, mint Payr és mások, számos esetben voltak kénytelenek az egybeült végzett műtétet újabb beavatkozással javítani, principiumként állítják fel, hogy lehetőleg kiirtják a callosus ulcusokat, szükség esetén azonban legalább is kirekesztik. A kivétel megnehezítette a többszörös ulcus, illetve strictura jelenléte. Az első fekély t. i. oly magasan volt elhelyezve, hogy előtte kizárást s azután gastroenterostomiát végezni nem lehetett, mert a gyomorból alig maradt volna valami. Kizárták tehát az alsó két callosus fekélyt *Parlavocchio*-féle műtétrel, vagyis teljes összevágás után fonál-lekötéssel, a felsőt pedig kiirtották, még pedig homokóraszerű zsugorodás miatt a gyomor haránt resectiójával s ezt követő circularis összevágásával. Úgy a kizárás, mint a resectio ezen esetben nagy figyelmet igényelt, mivel a lenövés miatt a gyomornak tápláló arteriái nem voltak jól izolálhatók s így azon veszély forgott fenn, hogy lekötésük esetén a két műtét terület közé eső rész, melyben a gastroentero-anastomosis retrocolica posteriori kellett végezni, nem lesz kellőképp táplálva. Szorosan a gyomor falához tartva magukat, sikerült mindkét műtétet olyképpen elvégezni, hogy a verőereket megtartván, a gastroentero-anastomosis minden aggodalom nélkül elvégezhető a circularis resectio alatt. Végeztek tehát kirekesztést, circularis resectiót és gastroenterostomiát egyszerre. A gyógyulás zavartalan, a functionalis eredmény tökéletes, a mennyiben a kirekesztés teljesen zár, a homokóra-gyomor behúzóddása eltűnt, a gastroenteroanastomosis jól működik. A beteg egészségi állapota kifogástalan; vidéken tartózkodván, sajnos, nemmutatható be.

Röntgennel észlelt gyomorfekély-perforatio.

Rosenthal Jenő: Az esetet két szempontból kívánja bemutatni: először, mert az eset Röntgen-lelete unicum, másodszor, mert a gyomorperforatio egy módját a Röntgen-vizsgálat szabatoságával világítja meg.

A 67 éves nőbeteget először január 21.-én vizsgálták az I. sz. belklinikai ambulanciáján; ekkor előadta, hogy 20 év óta vannak gyomorpanaszai, melyek abból állanak, hogy étkezés után kb. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órával fájdalmat érez a gyomorgödör közepén. Röviddel betegségének kezdete után hányásinger, majd hányás jelentkezett; a hányadék többnyire savanyú, erősen nyálkás folyadékból állott, ételrészleteket nem tartalmazott. Panaszai rendszerint ősszel kezdődtek, télen át fennállottak, nyáron többnyire jobban érezte magát. Az utóbbi 5 hónapban panaszai súlyosbodtak, fájdalmai hevesebbek, gyakrabban hány. Betegségének utolsó évében kb. 10 kg.-ot fogyott.

A beteg mellkasi szervei nem mutatnak eltérést; a has mérsékeltén elődomborodó, kissé feszes; az epigastrium közepén és bal oldalán elég jól körülírt, élénk nyomás-érzékenység van jelen. Rendellenes resistentia a hasban nem tapintható.

Az ugyanekkor végzett Röntgen-vizsgálat a következőket mutatta: Rieder-typusú, középállású, elég jó tonusú gyomor; a pars media középső harmadában keskeny alapú, éles szélű mély, mindenek szerint spasmusos behúzóddás látható; evvel szemben a kis curvaturán egy csaknem koro-

nányi árnyék-plus van jelen, melyből kiscurvatura-ulcusra következtettünk. A bulbus duodeni rendkívül erősen felt: oly körülmény, melynek jelentőségére más kapcsolatban lesz alkalma kitérni. E helyütt csak azt jegyzi meg, hogy általánosan elfogadott nézet szerint kiscurvatura-ulcusok esetében duodenumtöltés nincs vagy csak igen kicsiny. Ez, valamint számos más eset ennek az ellenkezőjét mutatja, t. i. azt, hogy a kiscurvatura-ulcusokat az esetek túlnyomó részében feltűnően erős duodenum-töltés kíséri. A peristaltika a gyomron elég jó, nem fokozott. A nyomásra érzékenység punctum maximuma a kis görbület azon részének felel meg, a mely a spasmusos behúzóddással szemben van.

Tekintettel arra, hogy ekként elég kiterjedt ulcus állapítottak meg, a betegnek a klinikára való felvételét ajánlották; ebbe a beteg nem egyezett bele s hazament.

3 nappal később azután hozzátartozói jelentették, hogy a beteg most már hajlandó magát a klinikára felvételni, mivel állapota hirtelen rosszabbodott, a mennyiben január 25.-én reggel 9 órakor hasának bal felső részén hirtelen igen heves szúró fájdalmat érzett, utána eszméletét elvesztette; azóta hasának bal felső része igen fájdalmas, a legkisebb érintésre is érzékeny; székletéte volt, állítólag nem volt szurokszerű.

A beteget január 25.-én délután vették fel a klinikára; hőemelkedése nincs, a légzés és a pulsus frequentia normalis. Az epigastriumnak megfelelően igen élénk spontán fájdalom és nagyfokú nyomás-érzékenység áll fenn. Az epigastriumon kívül a has egyébként puha, nyomásra nem érzékeny. Másnap a beteg állapota változatlan, a temperatura 37.4°-ig emelkedett. A beteg occult vérzés mutatható ki.

Időközben a beteg subjectiv és objectiv állapota annyira javult, hogy nem látszott kockázatosnak a Röntgen-vizsgálat megismétlése.

Január 30.-án végezték a beteg az újabb Röntgen-vizsgálatot, mely alkalommal eddig sohasem látott Röntgen-lelet volt megállapítható: bismut-víz megivása után a töltés először a gyomor felső részébe jut, majd innen egy, a gyomron kívül eső, kb. 15 cm. hosszú és kb. 4—5 cm. magas területet tölt ki, melynek árnyéka fönt a gyomorral összefolyik; ezután telik meg a gyomor alsó része. A beteget balra forgatva kitűnik, hogy az említett terület a gyomorral egy hátra és felfelé haladó csatornán át közlekedik, a mi nagyon szépen volt demonstrálható azzal, hogy a gyomorra gyakorolt enyhe nyomásra a töltés a gyomron kívüli árnyékba mondhatni befolyt, s a gyomron kívüli árnyékre gyakorolt nyomáskor pedig a gyomorba visszament. Midőn a gyomorban a töltés a communicatio niveauja alá süllyedt, a gyomron kívüli árnyékból a töltés kiürült.

A klinikai tüneteket egybevetve a Röntgen-vizsgálat eredményével, kétségtelennek látszik, hogy a beteg az első vizsgálat alkalmával megállapított ulcus átfúródik s hogy a gyomron kívül eső árnyék a perforációs üregnek felel meg.

A következő napok folyamán a beteg a javulás folytatódott; fájdalmai mindinkább csökkentek, az epigastrium-ban levő nyomás-érzékenység csaknem eltűnt, láz nem jelentkezett. E közben a beteg 8—10 napos időközben Röntgen-vizsgálatot végeztünk.

Ezen vizsgálatok rendkívül érdekes eredménnyel jártak: kiderült ugyanis az, hogy a gyomron kívüli árnyék folyton kisebbedett; a következő képen látható, hogy a perforációs helynek megfelelő árnyék már lényegesen kisebb, mint az első vizsgálat alkalmával, a következőn a perforációnak csak az irányát jelző csőr van jelen, míg végül a következő vizsgálat alkalmával már csak egy callosus ulcus

mutatható ki, tehát ugyanaz, a mi a betegen végzett első vizsgálat alkalmával volt megállapítható.

Miközben a perforatio gyógyulása ilyképp objective követhető volt, a beteg subjectiv állapota csaknem kifogástalanná vált: fájdalmai napokon, az utóbbi időben heteken át szüneteltek, s a mennyiben voltak, többnyire az éj folyamán jelentkeztek. Ilyen állapotban bocsájtottuk ki a beteget április 1.-én. A beteg azóta is elég jól érzi magát, 4–6 heti időközben ellenőrző vizsgálatra jelentkezik a klinikán. Ezen vizsgálatok alkalmával megállapítható volt, hogy a kis curvatura-ulcus mellett most már organikus homokóra fejlődött. A legutóbb néhány hét előtt készült felvétel ugyanezt mutatja. Hogy az orvosegyesületnek a beteget bemutat-hassa, írt neki, hogy újból felveszik a klinikára, mire azonban azt válaszolta, hogy igen jól érzi magát, majd ha rosszabbul érzi magát, bejön.

Arra nézve, hogy a jelen esetben hova történt a perforatio, s hogy az esetnek a gyomorperforatiók mechanizmusára nézve mi a jelentősége, a mai bemutatás keretében nem térhet ki.

Vizsgálatok a therapiás typhus-vaccina hatásának tényezőiről.

Rohonyi Hugó: Az a kérdés, hogy a typhus-vaccina sokszor oly bámulatos therapiás hatása milyen feltételek között jön létre és milyen tényezők idézik elő, a teoriás érdekességen kívül praktikus jelentőséggel is bír. Mindenkinek, a ki a typhus vaccinás gyógyításával foglalkozott, fel-tűnhetett, hogy a betegek ugyanarra a vaccinára igen különbözően reagálnak: az egyik beteg hőmérséke kritikusan esik, a beteg állandóan láztalan marad, úgy hogy már harmadnap teljesen gyógyultnak látszik; a másik beteg alig reagál a vaccinára, typhusa változatlanul folyik tovább. Ma a vaccina előállításában, az adag nagyságának s az alkalmazás időpontjának megválasztásában a próbálgatásra vagyunk utalva. A vaccinahatás lényegének ismerete azonban talán kezünkbe adná azokat az ismereteket, a melyek birtokában a hatásra biztosan számíthatnánk.

A gyógyító vaccinahatás lényegét általában következőképpen szokták kifejezni:

A betegség kezdetén az infectio góczhelyéről állandóan bacteriumok jutnak a vérbe; minthogy azonban ezek egy bizonyos időpontban csak aránylag kis számmal vannak jelen, a sejtek által ellenük produkált antitestek mennyisége nem elég ahhoz, hogy a bacteriumokat teljesen elpusztítsa. Ha azonban az antigennek egyszerre nagy mennyiségeit bocsátjuk a véráramba, akkor a sejtekben addig felhalmozott antitestek egyszerre mobilizálódnak, nagy mennyiségben kerülnek a vérbe és a bacteriumokat teljesen előlik. Arra, hogy a therapiás vaccinálás antitestek termelésére ad alkalmat s hatását ezzel éri el, annál inkább lehetett gondolni, mert — mint tudjuk — a prophylaxisos célból alkalmazott typhus-vaccinálás után bizonyos antitestek, még pedig agglutininek, valamint bacteriolysinek valóban megsaporodnak a vérsavóban.

A typhus-vaccina gyógyító hatását ilyen módon fogta fel *Ichikawa* is abban a közleményében, amelyben a typhus abortív kezelését mint első írta le.

Ezzel a felfogással azonban semmiképp sem volt összeegyeztethető az a tény, hogy typhus-esetek, sőt puerperalis lázak coli-vaccinával is gyógyíthatók; még inkább komplikálták a dolgot *Lüdke* adatai, a melyek szerint typhusbetegek albumose oldatával oltva egészen hasonlóan gyógyulnak meg, mint a vaccinált esetek. Mindez arra vezetett, hogy pl. *Biedl* a vaccinálás gyógyító hatását teljesen tagadja s a vaccinahatást egyszerű anaphylaxiás-shockhatásnak állítja.

Ez a felfogás azonban nyilvánvalóan nem számol azzal a valósággal, hogy az injectiót követő hidegrázás és hőleesés után sok esetben a hőmérséklet újabb emelkedése nem jön többé létre, hanem a beteg állandóan láztalan marad. Ugy hogy ezzel szemben újabb felfogások merültek fel, így az, hogy a vaccina hatása gyanánt az injectiót követő hőemelke-

dés alatt a beteg egy abortív typhust él végig, mely pár óra alatt lefolyik s utána a beteg meggyógyult.

Mindezek a vélemények azonban vagy kizárólag analogiaszerű következtetésekből épültek fel, vagy — a mennyiben direkt vizsgálatokra támaszkodtak — ezek a vizsgálatok az összes faktorok között csak egynek bizonyos időpontban való megfigyelésére szorítkoztak. Ilyen körülmények között szükségesnek látszott a betegségre jellemző bizonyos pathologiai sajátságok rendszeres vizsgálata az oltás előtt és az oltás után.

A typhus, mint tudjuk, localis és generalizált megbetegedés egyidőben. A vizsgálatoknak tehát, a mennyiben a typhusos állapot minden characteristicumára ki akarjuk terjeszteni, külön kellene foglalkozni a bél-affectiónak a vaccinális utáni megváltozásával és külön az általános injectio jeleinek változásával. Sajnos, azt, hogy a bélbeli folyamat, a fekélyek, milyen módon befolyásoltatnak a vaccina által, egy esetben sem volt módunkban megfigyelni, és ez később is természet-szerűleg csak igen kivételes esetekben lesz majd lehetséges. Vizsgálatai így a vaccinának a typhus-bacteriaemiára gyakorolt hatására vonatkoznak. Ezek a vizsgálatok, a melyeket *Bálint* tanár kezdeményezésére kb. $\frac{3}{4}$ éve folytat az I. sz. belklinikán, lényegileg abban állottak, hogy typhusos betegek hőmérsékletét és általános állapotát, továbbá a vérsavó agglutinin-, bacteriolysin- és opsonin-tartalmát, a typhus-bacillus jelenlétét a vérben, a fehérvérsejtszámot és a qualitativ vérképet megvizsgálva, a beteget therapiás typhus-vaccinával intravenásan beoltotta s az oltás után 2–5 nap múlva ugyanezeket a vizsgálatokat újra végezte. E vizsgálatok részleteire vonatkozóan e helyen a következőket jegyzi meg. Csakis olyan betegek vizsgáltattak, a kiken a typhus-diagnosist kétségtelen volt. A diagnosist a vizsgált 28 eset közül 24-ben a bacillusnak a vérben történt kimutatása biztosította; a többi 4-ben a Widal-reactio elegendő garanciát nyújtott, mert ezek, köztük két nő, semminemű prophylaxisos oltásban nem részesültek. A beteget e vizsgálatok céljaira csak akkor oltotta, ha az anamnesis s a klinikai jelek szerint a láz kezdete óta két hétnél kevesebb idő telt el. A beteg hőmenetét 2–3 napon keresztül figyelték s ha nagyobb remissiók jelentkeztek vagy tendentia a hőmérséklet állandó esésére, akkor nem vaccináltak.

Az oltások részben *Ichikawa*, részben *Besredka* előírása szerint készült vaccinával történtek; a vaccinához részben *Fenyvessy* tanár és *Csernel* kolléga szivessége folytán jutott, részben maga állította elő. Az oltás előtt történt vizsgálatok vagy az oltás előtt egy nappal, vagy az oltás napján az oltást közvetlenül megelőzően vett vérrel végeztettek; ha a beteg egy vagy két nap alatt láztalan lett, akkor a láztalanság második napján végeztettek az oltás utáni vizsgálatok; ha nem lett láztalan, akkor az oltás utáni 4. vagy 5. napon. Az agglutinációs vizsgálatok mindig 24 órás typhus-törzsre vonatkoznak; a bactericid titert *Neisser-Wechsberg* módszere szerint, az opsonin-indexet *Wright* előírása szerint vizsgálta. A bactericid titerre vonatkozó vizsgálatokkor az oltás előtt vett vért inaktiválás után jégsekreányba tette s a legkésőbb 6 nappal később vett oltás utáni savóval egyszerre egy kísérletben vizsgálta. Az opsonin-index-meghatározások alkalmával az összehasonlításra szolgáló normálsavót az oltás után ugyanattól az egyéntől vette, a kitől az oltás előtt.

Az adatokat összefoglalva, azt mondhatjuk, hogy az ú. n. immuntestek: agglutininek, bacteriolysinek, opsoninek megsaporodása semmiesetre sem feltétele a vaccina therapiás hatásának: jó esetek fordultak elő, a melyekben ezek az anyagok nem szaporodtak meg, vagy éppen csökkentek, és rossz esetek, a melyekben egyik-másikuk megsaporodott. Ugyanez áll a bacteriaemiára vonatkozóan, úgy hogy mondható, hogy a vaccina kifejteti hatását a nélkül, hogy a bacillus a vérből kipusztulna (*Gröer* esete). Marad a fehérvérsejtek megsaporodása és az eosinophilsejtek megjelenése. Az összes jó esetekben a fehérvérsejtek megsaporodása jött létre, kivéve azokat az eseteket, a melyekben eredetileg nem volt leukopenia; sőt számos oly esetben is megsaporodtak a fehérvérsejtek,

a melyekben a hőmérsékletre és közérzetre a vaccina semmi hatást sem gyakorolt. Egyszóval: a vaccina hatásosságával együttjár a fehérvérsejtek megsaporodása és az eosinophilsejtek megjelenése, egyéb kimutatható változás a vérben nincsen.

Vizsgáljuk meg most ezeknek a tényeknek jelentőségét. Mindenekelőtt nyilvánvaló, hogy a vaccinahatásnak általánosan elterjedt teoriája, a mely szerint a bacterium ellen termelt immunanyagok hirtelen megsaporodása a bacteriaemiát megszünteti és ezáltal vezet a gyógyuláshoz, a typhus-vaccinációra nem áll. A vaccinahatás lényegét tehát másban kell keresni.

A leukopenia tudvalevően a typhusbacillus toxinjának hatása a csontvelőre, valamint a láz a typhustoxin hatása a hőszabályozó tényezőkre; épígy a beteg általános chemismusának bizonyos zavara a typhustoxinnak tulajdonítható. Ha azt látjuk, hogy a vaccina hatására a láz és a leukopenia megszűnik, a beteg közérzete megjavul ugyanakkor, a mikor a bacterium ellen ható anyagok változatlanul maradtak, sőt a bacteriaemia továbbra is fennáll, akkor nyilvánvaló, hogy a vaccina hatása nem antibacteriumos, hanem antitoxikus hatás. Ennek megfelelően a typhusvaccinálással lényegében az tehető, hogy a beteg véérébe magát a typhustoxint egyszerre nagy mennyiségben visszük be; ezzel a szöveteket fokozott antitoxin-termelésre bírjuk, az antitoxinok azután a csontvelőre, hőszabályozó központra stb. ható toxinokat közömbösítik.

Minthogy ebben a felfogásban a fehérvérsejtek megsaporodásának különös jelentőség tulajdoníthatik, engedelmet kér, hogy ezt a jelenséget pár szóval részletesebben tárgyalja. Régóta ismeretes, hogy a typhusos leukopenia, ha egyáltalában létrejön, nagyon makacs szokott lenni, úgy hogy pl. nucleinsav- vagy terpentin-injectiókkal nem lehet genyedet előidézni, sőt az olyan hatalmas csontvelőinger, mint az (intercurrens) croupus pneumonia, sem tudja a fennálló leukopeniát lényegesen befolyásolni. Ilyen körülmények között t. i. a csontvelőt bénító typhustoxin jelenléte mellett az egyébként hatásos csontvelőingerek tehetetlenek. A vaccina azonban hatásos, mert közvetve a toxin megbénulását idézi elő, úgy hogy a csontvelő normalis működését kifejtheti. E mellett szól, hogy a vaccina hatására sohasem jön létre leukocytosis, hanem csak normalis lesz a fehérvérsejtszám; továbbá, hogy a fehérvérsejtek megsaporodása csak akkor jön létre, ha előzőleg leukopenia volt jelen, vagyis ha a typhus toxikus hatása a csontvelőre fennállott. Ha leukopenia nem volt, vagyis ha valamely esetben a csontvelőt bénító typhus-toxin nem volt jelen, vagy nem fejtett ki hatást, akkor a fehérvérsejtszám változatlan is maradt, jeleül annak, hogy az antitoxinnak nem volt mit közömbösíteni.

Itt van helyén megemlíteni azokról a vizsgálatokról, melyeket előbb már említettem s melyek a Zeitschr. für. klin. Medizin legújabb számában publikáltattak. A szerző megismételte typhus-betegek fehérvérsejtjeit a vaccinálás előtt, a hidegrázás kezdetén meg végén és 6 óra múlva. Azt találta, hogy a leukopenia a hidegrázás kezdetén kissé szűnik, azután azonban csökken a fehérvérsejtszám, úgy hogy a hidegrázás végén sokkal kifejezettebb a leukopenia, mint eredetileg volt, 6 óra múlva újra leukocytosis áll be, a mely maradandó. A szerző ezek közül a változások közül a leukopenia fokozódásának különös jelentőséget tulajdonít, a mennyiben annak bizonyossága gyanánt fogja fel, hogy a beteg a hidegrázás alatt egy abortív typhust élt végig, a mely után meggyógyult. A szerző azonban nem mondja meg, hogy mit értsünk az „abortív typhus átélése” alatt.

A mi felfogásunk szerint az általa talált jelenségnek értelmezése a következő lehetne. A vaccinálás alkalmával általunk a vérbe juttatott typhus-toxin előbb fejt ki toxikus hatását (leukocytosis, majd leukopenia), mint antitoxin-termelő ingerét. Ezért először leukopenia jön létre. A mint azonban a sejtek elegendő antitoxint termeltek, akkor az eredeti + az általunk beadott toxin közömbösítették s a csontvelő bénulása megszűnik. Az injectio után rögtön jelentkező vérsejtszám-változások értelmezésekor azonban nem szabad megfeledkezni *Naegeli* és mások régi vizsgálatairól, melyek szerint sejt- vagy bacterium-emulsiók intravenás injectiója után általában mindig először leukopenia, azután leukocytosis szokott jelent-

kezni. A leukopenia csak látszólagos, mert azáltal jön létre, hogy a leukocyták nagy számmal tódulnak a tüdőcapillarisokba, a melyeket az injectált alakelemekkel együtt úgyszólván kitöltönek, míg a peripheriás érrendszerben ennek következtében leukopenia áll fenn. Nagyon valószínű, hogy a typhus-vaccinálás után rögtön jelentkező leukopenia ugyanilyen relativ leukopenia, úgy hogy leghelyesebb annak semmi jelentőséget sem tulajdonítani. Jelentősége csak a következményes és állandó fehérvérsejtszaporodásnak van, a melynek specifikus természetűnek kell lennie, mert ettől kezdve állandóan megmarad.

Még csak arra a feltűnő antagonizmusra akarja az Orvosegyesület figyelmét felhívni, a mely a prophylaxisos és therapiás célból adott vaccina hatása között nyilvánul. Az egészséges szervezet reakciója a typhus-vaccinára abban áll, hogy hónapokig tartó állandó leukopenia, gyakran 1—2—3 napig tartó láz, néha léptumor és különböző toxikus tünetek, minden esetben a savó agglutinin- és bacteriolysin-tartalmának lényeges növekedése jelentkezik. Ezzel szemben a typhusban megbetegedett szervezet a vaccinára hőleeséssel, a leukopenia megszűntével, a közérzet és különböző toxikus tünetek megjavulásával, néha a léptumor megkisebbedésével reagál; a savó agglutinin- és bacteriolysin-tartalma ellenben változatlan maradhat. Ez a különbség röviden úgy fejezhető ki, hogy a prophylaxisos vaccinának toxikus és aztán antibacteriumos hatásai, a therapiás vaccinának pedig kizárólag antitoxikus hatásai állnak az előtérben. Ennek a látszólagos ellentétnek magyarázata következőképpen gondolható.

A prophylaxisos oltáskor a toxikus tünetek azért feltűnőek, mert az antitoxin-termelés az egészséges szervezetben aránylag lassan indul meg s a míg a sejtek elegendő antitoxint termelnek, a toxin kifejtheti különböző hatásait. A typhusos szervezetre ezzel szemben a bejuttatott toxinok csak rövid ideig fejthetik ki mérgező hatásukat — innen a láz hirtelen emelkedése —, az antitoxin-termelésre begyakorolt sejtek csakhamar nagymennyiségű antitoxint produkálnak, annyit, a mennyi nemcsak az általunk bevitt, hanem a fertőzés folyamán folytonosan termelődő toxinok közömbösítésére elegendő lehet. A mi már most a bacterium elleni immuntesteket illeti, ezek a prophylaxisos oltás után bizonyos idő múlva megjelennek, a typhusos szervezetben pedig már az oltás előtt megjelentek, miáltal a szervezet reakcióképessége ebben az irányban már kimerített, úgy hogy további szaporodásuk esetleg nem jön létre. A therapiás typhus-vaccina hatása tehát összefoglalóan úgy írható le, hogy az abban áll, hogy a szervezet antitoxin-termelése sok esetben fokoztatik, anélkül, hogy a bacillus elleni védekezés lényegesen befolyásoltatnék.

Ehhez a felfogáshoz nagyon hasonló *Gröer*-nek mindenestre tisztán speculativ alapon felépített felfogása. Mindkét felfogásban közös az, hogy a vaccina hatása után a typhus-toxin nem fejt ki mérgező hatását a szervezetre: a mi felfogásunk szerint azért, mert antitoxinok produkáltattak, *Gröer* szerint, mert a szervezet sejtjei a bántatlanul benne keringő toxinnal szemben érzéstelenek. Erre a pontra nézve további okoskodással nem lehet dönten. Döntő lesz a vaccinatio hatása után vizsgált vér typhus-antitoxin-tartalma. Ilyen irányú vizsgálatok a klinikán már folyamatban vannak.

Id. Liebermann Leó: A bacteriumtiter változatlansága még nem bizonyítja, hogy nincsenek immuntestek a vaccinatio után. A következő dolgot ajánlja megfontolásra. Mindig csak a vérsavóra gondolunk és ebben keressük az immuntesteket, melyek mint bacteriolysinek szerepelnek. Ezek nem egyebek *Ehrlich* szerint, mint olyan anyagok, melyeket a sejtek termelnek igen nagy mennyiségben. Ezek az immuntestek leválhatnak és bekerülhetnek a vérplasmába. De ki mondja, hogy minden esetben le kell válniuk. Elképzelhető, hogy immuntestek képződnek és bizonyos esetekben nem válnak le, hanem ott maradnak a sejteken és nem szaporítják az immuntesteket a savóban. Tehát, ha a bacteriolysinek nincsenek megsaporodva, nem következtetheti, hogy nem szaporodhattak volna, csak hogy ott maradtak a sejteken, de azért a funkciójuk az, hogy tönkreteszik a bacteriumokat.

Ezt a gondolatot akarja a szöveg rögzíteni, talán valaki megvizsgálja ezt a hypothesis-t. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

11.546/1915.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásában levő megüresedett pilisszántói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvoskör Pilisszántó és Pilisszentkereszt községekből áll; székhelye Pilisszántó.

Az állás javadalma:

1600 korona fizetés,
1200 korona helyi pótlék,
600 korona lakbér,
200 korona fuvarátalány

és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Az eddigi körorvos az uradalmaktól és munkáspénztártól tekintélyes javadalmazásban részesült.

Felhívom pályázókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban előírt képesítésüket s az eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal fűlsorolt kérvényüket hozzám **1916. évi február 2.-án d. e. 12 óráig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást február 3.-án délután 1/4 órakor tartom meg Pilisszántó községházán.

P o m á z, 1915 december 20.-án.

A főszolgabíró.

7407/1915. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **kötsei körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Felhívom mindazon orvostudor urakat, a kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban körülírt képesítésüket, valamint az eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **1916. évi márczius hó 15.-éig** be-
zárólag alulírottához annál is inkább küldje be, mert a később érkezőket figyelembe nem veendem.

A választás napját illetőleg később fogok rendelkezni.

A körorvos javadalmazása:

1. Az állampénztár által fizetendő 1600 korona törzsfizetés és négy, egyenként 200—200 koronás ötödéves korpótlék.

2. Lakbér 600 korona.

3. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében Somogy vármegye 942—22053/1912 kgy. számú szabályrendeletével megállapított fuvarátalány, látogatási, rendelési és műteti díjak.

Megjegyeztetik még, hogy a közel 1000 fürdővendég látogatta Szárszó községben a fürdő-orvosi teendőknek július és augusztus hónap való ellátása a felsőbb hatóságnak előbb kikérendő engedélye és fel-tételei alapján a fürdő-egyesülettel való megegyezéstől is függ.

T a b, 1915 november hó 28.

A főszolgabíró.

Künstl. Heliotherapie

Gewinnt täglich an Bedeutung auf überaus zahlreichen Anwendungs-
gebieten und gilt heute als unentbehrlich für jeden Arzt, jedes
Krankenhaus, Sanatorium, Kriegslazarett und für Tuber-
kulosebekämpfung. 273 Publikationen. 3000 Bestrahlungs-Apparate
„Künstliche Höhensonne“ im Gebrauch. 3 grosse Preise. Literatur gratis.
Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Linz a. d. Donau

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

GUAJASOT

(Kal. sulfogujac. kolával, malátasyrupban oldva).

Bevált szer:

**köhögés, bronchitis, tüdőtuberkulózis és a
lég- és légzőutak hurutos megbetegedései**
ellen.

A nagy malátatartalom
előmozdítja a táplál-
kozást és az emésztést.

Használati utasítás:

Felnőtteknek:

2—3 evőkanál naponta
(reggel és este).

Gyermekeknek:

Koruk szerint 2—3
kávé- vagy dessert-
kanálnyi naponta, tisz-
tán vagy meleg teában,
tejben, vagy hasonlóan.

Ára üvegenként K 2.20.

Kapható az összes gyógyszertárakban.

Irodalmat és ingyen mintákat küld:

Rpotheke H. Bayer, k. b. Hoflieferant, Wien, I. Wollzeile 13/a.



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, működőrülések
juttatás áron elvállaltatnak.

A magyar kir. állami klinikák szállítója.

Budapest, VIII., Szentkirályi-utca 49.

Sanatorium Purkersdorf Wien mellett

Ideg- és belbetegek számára.

Elmebetegek és fertőző betegségeken szenvedők kizárva.

Hízaló kúrák, gyomor- és bélbetegek, vala-
mint diabetes részére külön osztály.

Külön osztály szívbetegek részére Dr. Max Herz magántanár vezetése alatt.
Egész éven át nyitva. — Főorvos: Dr. Ludwig Stein, császári tanácsos.



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

Dr Thilo-féle
Chloroethyl

készítményemet.
Az önműködő üvegek újra költetnek meg.

Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH

em. Apotheker, WIEN II. Castellezg. 25.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Ónodi Adolf: A felső légutak leprás elváltozásai. 15. lap.
Preisler Kornél: Gyermekkori subcut rhinitisek stigmája. 17. lap.
Forbát Sándor: A haemolysis gátlásának két újabb esete (positiv Wassermann-reactio) helminthiasisban. 19. lap.
Tárca: Bókay János: † Rauchtuss K. 20. lap.
Darányi Gyula: A megfigyelő-állomások szerepe a háború után. 20. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismeret. W. Pincus: Diagnostische und therapeutische Ergebnisse der Hirnpunktion. — Lapszemle. Belorvostan. Egan és Porges: A gyomorfekély

dieta kezelés. — *Sebészet, Sehrt*: A mesterséges vérzéscsillapítás a végtagokon. —
— *Wilms*: A Gritti-műtét módosítása. 21—22. lap. — *Börkörtan. Goldkraut*. Német-
országban autochton favus. — *Kisebb közlések az orvostudományra. Joslin*: Diabetes
mellitus. — *Januschke*: Erysipelas. — *H. Weiss*: Gránátszilánkok okozta sebészek. —
Aronson: Typhus elleni védőoltás. — *Lipowski*: Izületcsúsz. 22. lap.

Magyar orvosi irodalom. 22. lap.

Vegyes hírek. 22—23. lap.

Tudományos Társulatok. 24—26. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

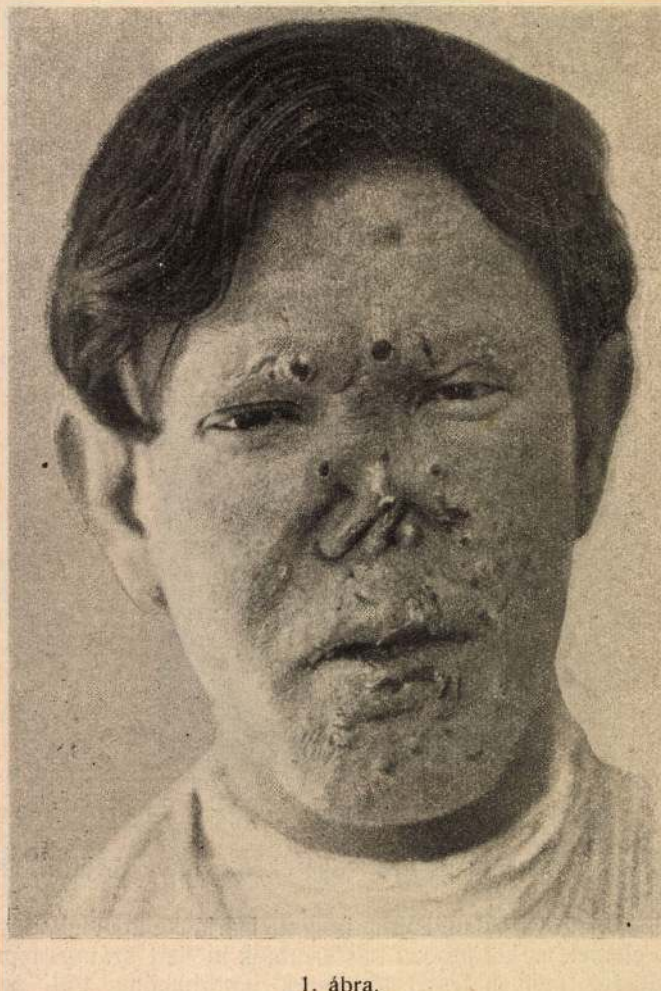
A felső légutak leprás elváltozásai.*

Irta: Ónodi Adolf dr., egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

A bemutatott bosnyák katonabeteget kívül a felső légutak leprás elváltozásait észleltem 1902-ben egy öt tagból álló leprás családon, valamint e hó elején ezen családnak a pozsonyi állami kórházban izolált két tagján, dr. Dobrovsky Mátyas főorvos szívességéből; az ötből időközben kettő gümőkórban elhalt és egy szabadon él. 1902-ben a 9 éves fiú jobb orrfeléből polypusokat távolítottam el, de az orrváladékban és az orrtampon körülvevő nyálkában a leprabacillus kimutatható nem volt. A 13 éves fiún rhinitis sicca és a porcós és csontos orrsővény helyén mogorónyi leproma volt jelen, mely azután szétesésnek indult és 1.5 cm. hosszú és 1 cm. magas perforációhoz vezetett. Az orrgarat tetején egy mogorónyi adenoid vegetatio volt jelen. A 15 éves fiún a felső légutak száraz hurutja volt jelen, az orrüregben pörkök, a hangszalagokon szürkés-fehéres elszínesedés. Ugy ezen, mint a 13 éves fiún az orrváladékban leprabacillusok voltak kimutathatók. Az eltávolított adenoid vegetatio és orrpolypos szöveteiben a leprabacillus kimutatható nem volt. E hó elején megvizsgáltam a pozsonyi állami kórházban ápoló két leprás beteget és az egyikben a felső légutakban a következő elváltozásokat észleltem. Az arcz nagymérvű leprás elváltozásokat mutat, beszűrődések, göbök, szétések és hegek láthatók, a külső orr részleges pusztulásával és az orrnyílások heges szűkületével. Az első ábra érzéki ezen elváltozásokat. A nyelv jobb felén, közel a csúcshoz, mogorónyi kemény leproma, a mandolák összefolyó fehéres beszűrődést, a hátsó garatívek néhány kisebb göböt mutatnak. Ezen elváltozásokat mutatja a második ábra. A gégefedő széle mentén gyöngyszerű elrendeződésben több lencsényi göb és a hangszalagok belőveltsége látható. Ezen elváltozásokat mutatja a 3. ábra.

A legutóbbi időben Herzog Miksa dr. főtorzsorvos, egészségügyi főnök úr szívességéből észlelésünk alá jutott Gjeric Arso 26 éves bosnyák katona; öt éve nő, két gyermeke egészséges, szülei, testvérei és rokonai hasonló bajban nem szenvedtek. 1914 augusztus havában vette észre,

hogy arczsíne elváltozik, kékes-vöröses foltok keletkeznek, hasonló elváltozást vett észre öt hónap óta a kezén, alkarján és lábszárán. Két hónapig volt a kárpáti harctéren, tavasszal a piliscsabai táborban könnyű szolgálatra lett beosztva.

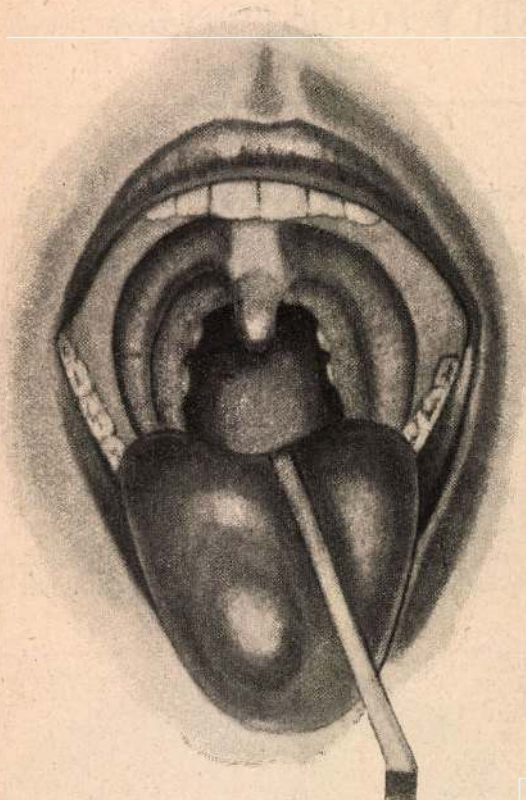


1. ábra.

Az arcz elszínesedett, beszűrődött, dacos, szomorúan komor, a homlok, a pofa, orr, ajak és áll kékesvöröses bőrén kendermagnyi-lencsenagyságú göbök láthatók. Az arcz bőre beszűrődött, megvastagodott, a szemöldök, szempilla szőrzete, a ba-

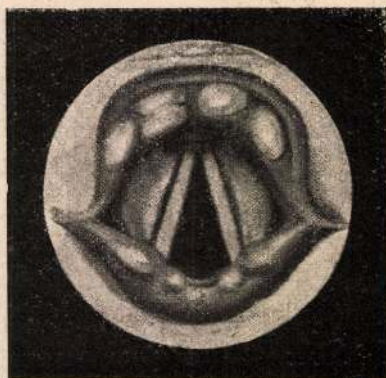
* Bemutatás a kir. orvosegyet 1915 október 23.-i ülésén.

jusz és a szakáll megritkult, illetve helyenként hiányzik. Ezen elváltozásokat mutatja a negyedik ábra. Az alkaron és láb-száron a bőr beszűrődött és kékesvöröses elszínesedést mutat borsónyi göbökkel. A lábszárak bőre hypaesthesiás. Az orrüregben bűzös, többnyire beszáradt pörkök találhatók, a száraz nyálkahártya könnyen vérzik. Az orrfenéken az orr-sővény mentén kétoldalt egy 3 cm.-nyi és $\frac{1}{2}$ cm. széles kemény beszűrődés látható. A hátulso orrnyílások területe nem mutat elváltozást. A szaglóképesség érintetlen. Az orrgarat üregben a lágyszájpad hátulso felületén egyes kisebb göbcsék



2. ábra.

láthatók, a mint az ötödik ábra mutatja. A felső ajkon, a lágyszájpadon szigetszerű beszűrődött lapos helyek, a nyelvcsapon két lencsényi göb, a hátulso garatíveken kisebb göbök, a hátulso garatfalán egyes borsónyi göbök láthatók; ezen elváltozásokat mutatja a hatodik ábra. A megvastagodott gége-

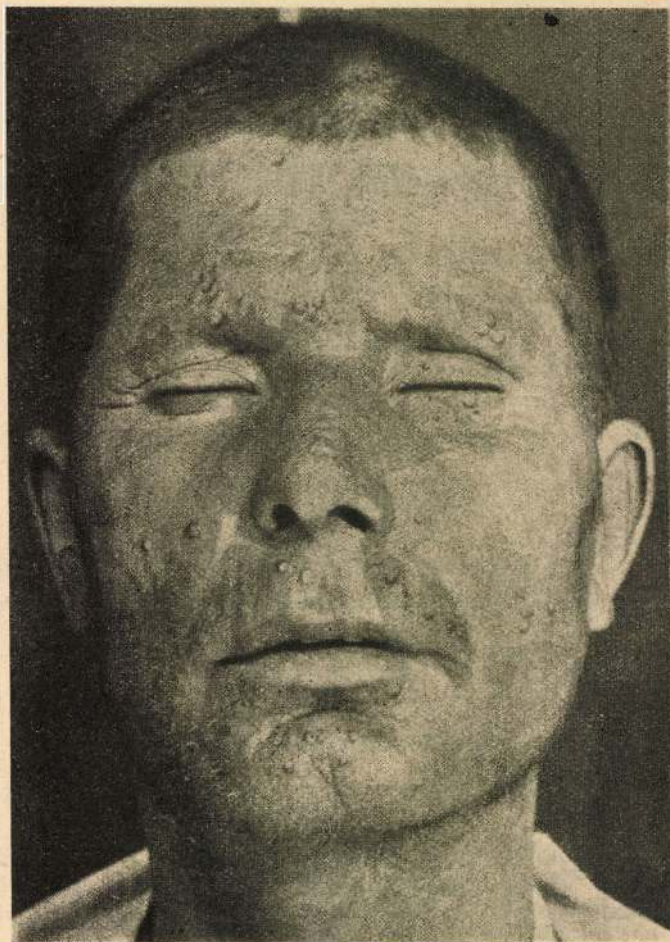


3. ábra.

fedőn egyes kisebb göbök láthatók, a mint a hetedik ábra mutatja.

Az orrüreg váladékában polynuclearis leukocyta, egyéb sejtes elemek és különböző bakteriumok mellett számos leprasejt látható, melyek testét tömérdek leprabacillus tölti meg. A leprasejtekben hiányzik a mag és a bacillusok a Ziehl-Neelsen-festéssel nagyon jól láthatók. A lágyszájpadról eltávolított göbök metszeteiben a leprabacillusok kimutathatók. (Krompecher tanár vizsgálata.)

Nálunk leprás betegek ritkán jutnak észlelés alá. A lepra, mint ismeretes, három alakban jelentkezhetik, úgymint a lepra tuberosa, a lepra nervorum vagy anaesthetica és a kettő kombinált alakjában. A lepra tuberosánál a bőrön vér-



4. ábra.

bőség, elszínesedés, beszűrődés, göbképződés az arczon, a kézfőn, a végtagok feszítő oldalán és a háton látható. A göbök borsó-, cseresznye- és szilvanagyságot érhetnek el.



5. ábra.

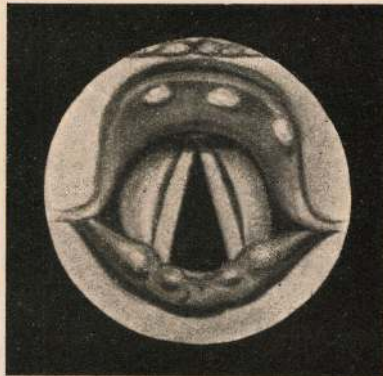
Az elszínesedés, pöfödtség, a beszűrődés diffus sarjadzása folytán, a redők és dudorok miatt az arcz sajátos daczos, komor és szomorú kifejezést nyer, a facies leoninát. A fejbőrön ritkán van beszűrődés, a szemöldök és szemhéj többnyire szőrtelen. A beszűrődések és göbök szétesnek, a körmök elváltoznak. A közérzet zavartalan lehet, de hőemelkedés is előfordul 40 fokig. A lepra nervorum vagy anaesthetica mellett főleg trophiás elváltozások és anaesthesiák vannak jelen, részint a bőrruptiókon, részint a bőr nagyobb területein.

Kedvencz helyük a homlok, az alkar, a köldök környéke, a czombok és a nates. A beszűrődés jórészt bacillusmentes. A másik trophiás elváltozás a hólyagképződés, mely szilva- és tyúktojásnagyságot is elérhet. Kedvencz helye a könyök és a térd, de egyébütt is lehet.

A felső légutakban a száraz hurut, beszűrődés, göb-képződés, fekélyesedés és hegesedés változatos képei ismeretesek. Az orrűreg elülső részét a fertőzés kapujának tekintették némelyek; számos esetre ugyan valószínűnek látszik az initialis laesio az orrűregben, de észlelték



6. ábra.



7. ábra.

olyan eseteket is, hol a leprás elváltozások a bőrön régen fennállottak és az orrűreg teljesen ép volt. Az orr részéről jellegzetes a rhinitis sicca, az orrvérzés, a kemény pörkök, az orrváladékban a leprasejtek és bacillusok, az orrnyálkahártya beszűrődése, göbök, ritkábban granuloma az orrsövény elülső részén, azok szétesése, az orrsövény áttörése, a heges összenövés az orrnyílások területén, az orrsövény és kagylók között, a szaglászhiány, mely részben mechanikai eredetű, részben a szagló nyálkahártya elváltozásának folyománya és végül a külső orr deformációja, részleges vagy teljes hiánya. A szájüregben, garatban és orrgaratban száraz hurut, az ajak, foghús, lágyszájpad, uvula, mandolák, garatívek, garat beszűrődése, ugyanítt gombostűfejtől egész cseresznyenagysáig fehéres, sárgás, vöröses göbképződések, azok szétesése, hegesedések, összenövések a lágyszájpad és garattal között, a hátulso orrnyílások területén. Észlelték az isthmus faucium tollszárnyalakú szűkületét is. A

gége részéről vérbőség, majd száraz hurut, diffus vagy körülírt göbyszerű beszűrődések, gombostűfejnyi-lencsényi göbök, sőt daganatszerű lepromák, a gégefedőn jellegzetes, gyöngysorszerűen elrendezett göbök, hangrésszűkület, hegesedések, a gégefedő rögzítettsége, behúzódása, omegaalakja, összenövése a nyelvgyökkel és végül a hangrés köralakú, akár tollszárnyalakú atresiája jelennek meg. A subglottikus területen, valamint a légcsőben is száraz hurut, diffus megvastagodás, egyes göbök, szétesés és hegesedés fordulnak elő.

A körjelzés az említett jellegzetes jelenségeken, a leprabacillus kimutatásán és bacillusmentes beszűrődés esetében a bőr érző és trophiás zavarán épül fel. A bujakórtól és a gümőkórtól számos jel különbözteti meg.

A therapia leprakórházakban való izolálás mellett még mindig a kísérletezés állapotában van és végleges eredményről beszámolni nem lehet. Így alkalmazták a chaulmoograolajat, az extractum chelidoniit, az airol- és resorcinkenőcsöt, a sublimat helyi befecskendezését, az euophenolajat és végül a nastin és leprolin lepraserumokat, a göbök eltávolítását és szűkség esetén a légszűrőmetaszt.

Gyermekekori subacut rhinitisek stigmája.

Irta: *Preisich Kornél* dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

Subacut rhinitisek a gyermekkorban, különösen 3 éves koron túl igen gyakoriak. A rhinitis felismerése nem nehéz, csak gondolni kell rá és kutatni kell olyankor is, a mikor erősebb váladékképződés a rhinitist kifelé nem jelzi, vagy a mikor sűrű váladék vagy akár plastikus izzadmány az orrjáratot nem zárja el oly módon, hogy az orrlégzés akadályos folytan szokatlan légzési hangok támadnának a gyermekek.

Csak gondolni kell tehát a rhinitis lehetőségére és kutatni kell, hogy felleljük. De megteesszük-e ezt olyankor, a mikor senki és *semmi* sem hívja fel erre figyelmünket? és vajjon követünk-e el jelentőségteljes mulasztást, ha ily irányban adott esetben nem kutatunk? Míg az előbbi kérdésre többnyire nemmel, ez utóbbira határozott igennel kell felelnünk, igennel főképpen azért, mert a gyermekek subacut rhinitise az esetek igen nagy számában vagy akár túlnyomóan is diphtheriás eredetű.

A nem akut lefolyású orrdiphtheria a diphtheriának egészen sajátos módon lefolyó kórképe. A lapos hámmal fedett garatképletek diphtheriás folyamataiban a diphtheria-toxinhatás jut könnyen kifejezésre, a diphtheriás folyamat rendszerint a nyálkahártya felületen hámrétegen túl hatol a mélybe, a toxin felszívódására igen kedvező feltételek adódnak, a hámréteg sokszor nekrotizál, a diphtheriás folyamat hámfosztott területet létesít. Gégediphtheriánál vagy úgynevezett gégecroupnál a diphtheriás folyamat hengerhámmal bélelt területen foglal helyet. A croup, mint ilyen, ha tisztán hengerhámmal fedett területekre szorítkozik és ha mint ilyen folyik le, akkor toxinhatást csekély mértékben létesít, inkább mechanikai légzési akadály folytán veszedelmes betegség. A felületen hámrétegen túl anyaghiányt okozni egymagában nem szokott. A nyálkahártyáról a diphtheriás alhártya vérzés okozása nélkül könnyen szokott leválni. Hasonló anatómiai viszonyok adódnak az orrban, kivéve ennek elülső részét, az orrtornácot. Az orrból is aránylag csekély a toxinfelszívódás, a tiszta orrdiphtheria tehát ezen oknál fogva csak alig észrevehető, jobban mondva a kissé felületesebb figyelmet teljesen elkerülő módon teszi beteggé a gyermeket annál is inkább, mert a diphtheriás alhártya azáltal, hogy sokszor és hosszú ideig csak egyoldali, az orrlégzést nem függeszti fel, és ha fel is függeszti, a hiánya sokszor fel sem tűnik, különösen az olyan gyermekek, kin a szájon át való légzés adenoidok miatt már nem szokatlan.

Az ilyen diphtheria, a melyik csak az orrjáratok hátulso részére szorítkozik, napokon, sőt heteken keresztül fennállhat, anélkül, hogy a szülők vagy gondozók a gyermek egészségi mérsékelt változásait elegendőnek találnák

arra, hogy orvos véleményét miattok kikérjék. A gyermek hőmérséke alig néhány tizednyi emelkedéseket mutat, a kedély és étvágy sokszor alig változott meg, ellenben észrevehető a gyermek színének a romlása, a halaványodás. Ha az orvos ilyenkor az orr vizsgálatával nem foglalkozik, a baj lényege felől nem tud meg semmit. Az orrdiphtheria ezen alakja végül vagy mint ilyen gyógyul orvosi beavatkozás nélkül, vagy ezen orrdiphtheriából előbb-utóbb orrgarat- és garatdiphtheria vagy gégecroup is fejlődik, hevenyebb tünetekkel.

Az orrdiphtheria szóban forgó alakjának korai felismerése nemcsak a beteg szempontjából fontos, talán még fontosabb a diphtheria terjedésének meggátolása céljából. Hiszen érthető, hogy a diphtheria ezen formája mellett a magát igazán betegnek nem érző gyermek tovább játszik társaival, tovább jár az iskolába és vigan fertőz.



1. ábra.

Ezen okok indítanak engem arra, hogy a gyermekkori subacut rhinitisek egy stigmájával foglalkozzam, melynek szemügyre vételével a subacut rhinitiseknek sokszor a diphtheriás formáját is korábban ismerhetjük fel.

Azt tapasztaltam, hogy gyermekeken, kik subacut rhinitisben szenvednek, legyen az diphtheriás, álhártás, genyes váladékkal járó vagy pörk-képződést okozó folyamat, más szóval, legyen az bármily mikroorganizmusok által feltételezett folyamat: vagy mindkét, vagy csak az egyik arczfélén, elsősorban az orr környékén, sokszor az orron magán, szőrtüszőgyulladás okozta kis gombostüfejni kivirágzások támadnak, melyek genyedés nélkül vagy genyedéssel folynak le. Ezen folliculitisek annyira jellegzetesek, hogy a mikor ezeket az orr környékén az arczon meglátjuk, biztossággal lehet fenforgó rhinitisre következtetni belőlük, és ha a subacut rhinitiseket közelebbről vizsgáljuk, akkor sokszor jelentékeny, sőt túlnyomó százalékuk diphtheriásnak bizonyul.

Félreértés elkerülése végett hangsúlyozni kívánom, hogy nem minden subacut rhinitis mellett támadnak föltétlenül az arcz bőrén a folliculitisek; de olyankor, a mikor az arczon, különösen az orr körül és az orr distalis felén folliculitisek vannak, ebből az orrnyálkahártyának megbetegedésére következtethetünk, sőt kell következtetnünk.

Ezen folliculitis, mint maga az alapfolyamat, rendszerint kétoldali, de megtörténik, hogy csak az egyik arcz-

félre szorítkozik; ez vagy azt fejezi ki, hogy azon oldalon a rhinitis intenzívebb, az orrjárat elzáródása, illetve szűkülése erősebb; vagy azt, hogy a folyamat az orrban csak egyoldalú és ez ritkábban szokott megtörténni.

A folliculitisek nem haladnak mindenkor előre genytermelésig. Néhány esetben végzett bakt. vizsgálat szerint még diphtheriás rhinitis mellett is többnyire staphylococcust, ritkábban streptococcust lehetett kimutatni; ugyanezen mikroorganizmusok mindenkor az orr váladékában is fellelhetők voltak.

A folliculitisek keletkezését úgy kell felfogni, hogy külső fertőzés eredményeként, a fertőző anyagnak bedörzsölése útján keletkeznek; regionarius arczbőrész bizonyára hajlamosabb is ilyenkor a fertőződésre, a mit ezen bőrreszek táplálkozási viszonyainak romlása von maga után. Az orrnyálkahártya megbetegedése következtében a regionarius nyirok-



2. ábra.

mirigyek többé-kevésbé infiltrálódnak s így a megfelelő bőrtületen is a nyirokkeringés föltétlenül megváltozik.

A disseminált folliculitisből elhanyagolt esetekben impetiginosus eczema is fejlődhet, és sajátos az, hogy Dawson 1910-ben (Cutan Diphth. Congr.-Bericht, Brit. med. Assoc. in London) úgy nyilatkozik, hogy a fej és arcz impet. eczemája a bőrdiphtheriának közönséges manifestációja és éveken keresztül fennállhat, ha aetiologiját fel nem ismerik, ellenben gyorsan gyógyul, ha aetiologice helyesen értelmezik és ennek megfelelően kezelik. *Deutschländer* szerint (Deutsche Zeitschrift für Chir. CXV.) a diphth. bac. itt accessorius. Az igazság pedig tulajdonképpen az, hogy a folliculitis, illetve eczema impetig. a subacut rhinitis kísérő jelensége és a subacut rhinitis, miként kifejtettem, igen sokszor diphtheriás, ilyenkor pedig a diphtheria-bacillus kimutathatósága az eczemas folyamatban természetes.

Ha az orrkörnyéki arczrészek folliculitisének jelentőségéről tudomást szereztünk, akkor az ilyennek meglátása mindig figyelmeztetni fog az orrnyálkahártya megtekintésére; így ismételtén fogunk örvendhetni orrdiphtheria korai felismerésének, a mi nemcsak a beteg egyénre, hanem az egészséges környezetre is nagyjelentőségű.

Két eléggé sikerült fényképfelvétel mutatja a subacut rhinitisek szóbanforgó stigmáját; az egyik kétoldali, a másik egyoldali orrdiphtheria fenforgását árulta el.

Sem gyermekgyógyászatokban, sem az orr bántalmaival foglalkozó szakmunkákban a subacut rhinitisek kapcsán fejlődő bőrelváltozást megemlítve nem találtam, ezért is érdekesnek véltem arra, hogy a gyakorló orvos figyelmét rá felhívjam. Tankönyvek és szakmunkák csak a rhinitis váladéka által macerált bőrt említik a felső ajakon, az orrbemenet dermatitisét és eczemáját. Az általam említett stigma mellett ezek is meglehetnek, de a stigmának éppen azért tulajdonítok fontosságot, mert a bőrnek egyéb elváltozásai nélkül, azokat megelőzőleg szokott megenni.

A haemolysis gátlásának két újabb esete (positiv Wassermann-reactio) helminthiasisban.

Irta: Forbát Sándor dr.

A biológiai reakciók csaknem valamennyijéről kiderült már az idők folyamán, hogy nem specifikusak. Ez a körülmény a gyakorlatban immár nélkülözhetetlen diagnostikai eljárások praktikus használhatóságából mindamellett keveset von le, mert csak annyiban jön számításba, hogy az orvos, mielőtt a biológiai reakciót a vizsgálat egy különös irányára vonatkozóan megejteti, kell, hogy ismerje mindazokat a már lefolyt, esetleg egyidejűleg fennálló kórfolyamatokat, melyeknek kórokozója a biológiai reactio eredményét befolyásolhatja.

Még inkább áll ez a kritérium a laboratoriumi vizsgálat megejtésével megbízott orvosra, a kinek leletét a klinikus alapul veszi a kórfolyamat gyógyítására, a kinek tehát feltétlenül figyelemmel kell lennie minden esetleges hibaforrásra, a mely a biológiai reactio positiv (vagy negativ) eredményéért — a vizsgálat különös irányát alkotó kórfolyamaton kívül — felelős lehet. Nem lehet tehát eléggé hangsúlyozni — a mire egyébként előttem már több szerző nyomatékosan figyelmeztetett —, hogy a laboratoriumi vizsgálatot végző orvos pontos anamnesist vegyen fel, különösen azon megbetegedésekre, továbbá megelőző kezelésre és gyógyításmódra vonatkozólag, melyeket a biológiai reactio bármilyen eredménye esetén sem lehet figyelmen kívül hagyni.

Közismert dolog, hogy pl. a Wassermann-reactio megajtását közvetlenül, vagy nem sok idővel megelőző antilueses kúra után a reactio negativ eredménye teljesen problémás értékű megállapítás.

Kevesebb általános azonban azon hibaforrások ismerete, melyek a biológiai reactio eredményét *positiv* irányban befolyásolhatják. Ennek oka az, hogy ha a biológiai reakciók nagy részéről bebizonyult is, hogy nem szigorúan specifikus, mégis kétségtelen, hogy van a vizsgálatnak egy különös iránya, melyben bizonyos diagnostikai reakciók leginkább megbízhatók. Így pl. jóllehet a Wassermann-reactio a betegségek egy egész sorában positivnak bizonyult bizonyos időpontban és körülmények közt, mégis a lues az a megbetegedés, melynek diagnózisát kétséges esetekben elsősorban fogjuk a Wassermann-reactióval felállítani próbálni, mert ha nem is abszolút, de a legnagyobb relativ bizalmat a luesdiagnózis felállításában a Wassermann-reactiónak kölcsönözzük. Sokkal kisebb már a valószínűsége annak, hogy pl. vörheny stb. esetén positiv eredményt ad a Wassermann-reactio. Éppen azért ezen körjelzések felállításakor nem fogunk a komplementkötési kísérlethez folyamodni, de meg nincs is erre szükségünk, mert az említett diagnózisokat sokkal egyszerűbb úton és teljes bizonyossággal felállíthatjuk. A gyakorló orvos, még inkább azonban a specialista laboratoriumi orvos feladata csak az, hogy ne mulasztja el gondolni bizonyos lefolyt vagy esetleg fennálló megbetegedésekre, melyek a vizsgálatnak egy bizonyos specialis és úgyszólván kizárólagos irányában használt diagnostikai reactio eredményéért még felelősek lehetnek. Ha a számba jövő lehetséges hibaforrásokat ismerjük, akkor az esetek túlnyomó részében ez igen könnyű feladat.

Azt hiszem, hogy csaknem teljes lesz felsorolásom, ha megállapítom, hogy eddigelé különböző szerzők a Wassermann-reactiót (a specialis lues-diagnosison kívül) bizonyos

százalékban vagy egyes esetekben kanyaróban (*Much, Eichelsberg, Jakobovits* stb.), recurrensben (*Leibfreid*), leprában (*Wechselmann* és mások), maláriában (*Michaelis, Dommer*), lyssában (*Cumming, Smithies*), bizonyos trópusi megbetegedésekben (*Michaelis*), framboesia tropicában (*Hoffmann, Neisser*), typhus abdominalisban (*Michaelis*), tuberculosisban (*Elias, Salomon*), trypanosoma-megbetegedésekben (*Levaditi*), alkaptonuriában (*Söderbergh*), arthritiben (*Eofinger*), pneumoniában, diabetesben (*Weil, Braun*), neoplasmákban, (*Nonne*) és végül helminthiasisban találták positivnak.

Sajnos, éppen az utolsónak említett esetekre vonatkozó közlemény szerzőjét nem sikerült szorgos kutatás ellenére sem megtalálnom. Az elsőség mindenestre őt illeti és jóllehet közleményem lényege a serologusok előtt már nem ismeretlen, hasznosnak látom két aránylag igen rövid időközben előfordult és már ezért is igen tanulságos esetem közlését. Ezek is, valamint folyamatban levő kísérleteim erre a tárgyra vonatkozólag, melyekhez az inspirációt éppen ez a két eset adta és melyeknek eredményét más alkalommal közlöm, azt bizonyítják, hogy a Wassermann-reactiónak más megbetegedések — nevezetesen pl. helminthiasis — által feltételezett hibaforrásai gyakoribbak, mint gondolnánk. Éppen a serologusok feladata lévén ennek a mérhetetlen becsü, szellemes diagnostikai eljárásnak felsőséget — az esetleges hibaforrások kiküszöbölése által — biztosítani, szükségesnek látom, hogy ezeket minden esetben publikáljuk.

1. Dr. S. J. budapest ügyvéd. A múlt év június 28.-án jelentkezik nálam. Hypochonder, kissé neurastheniás; társadalmi állása követelményeit is meghaladóan intelligens, rendkívül skeptikus, szeszélyes hangulatú, kissé sentimentalitás hajlamú beteg. Egy budapesti dermatológust consultált, mielőtt a Wassermann-reactio megejtése végett hozzám fordult. Előadja, hogy hónapok óta testének különböző részein apró, a bőr felületéről kiemelkedő „kiütések” és „pattanások” jelentkeznek. Ezek semmi physikai fájdalmat vagy kellemetlenséget (viszketés, égés) nem okoznak, azonban rendkívül izgatják kedélyét, mert ez az állapot egy a sulcus coronariuson keletkezett hasonló képlettel kezdődött (május elején) és ezt követték mellén, hátán és alsó végtagjain a fentebb leírt „kiütések”. A sulcus coronariuson volt képlettel nem fordult orvoshoz, ez két hét alatt el is múlt. Csak miután másutt is jelentkeztek hasonló képződmények, fordult dermatológushoz. Ez egyszerű comedónak találta a paciens testének különböző részein fejlődött képleteket, a luest az objectív lelet alapján feltétlenül kizárta, de felismervén a paciens neurastheniás, erősen subtilis természetét, megnyugtatóan ajánlotta, hogy csináltasson Wassermann-reactiót. Egyben, minthogy a beteg különösen éjszaka jelentkező erős viszketésről panaszkodott az anustáján, széketének megvizsgálását ajánlotta. A vizsgálatnak megajtása végett a paciens hozzám fordult. A június 29.-én megejtett Wassermann-reactio 0.05 cm³ vérsavóval, alkoholos szivizom-kivonattal, valamint lueses foetusmáj-extractummal szemben negativ, ellenben 0.1, valamint 0.2 cm³ savóval (lueses foetusmáj-extractummal szemben) positiv eredményt adott, a mi végeredményben „kifejezetten positiv” (+ +) eredménynek felel meg. A széketében bőven voltak található *taenia solium* proglottisai, valamint két scolex. A dermatológus határozott megállapítására (hogy ugyanis lues jelenléte kizárható), továbbá már leírt hasonló esetre gondolva, supponáltam, hogy a haemolysis gátlásáért ez esetben alkalmasint a helminthiasist kell felelőssé tenni, a minek viszont hihetőleg a taeniák testéből szabaddá lett lipidok az okozói. Ezt a feltevést azok a kísérletek igazolják, melyekben a helminthiasisnak complementkötés útján való kimutatására sikerrel alkalmazták antigenként a taeniák testének alkoholos kivonatát. A pacienseknek a Wassermann-reactio eredménye felől egyelőre kitérő választ adtam, ellenben három napon át ricinussal erőlyes székürüléseket provokáltam. Július 5.-én újabb Wassermann-reactio: 0.1 cm³ savó Merck antigen-jével szemben ismét positiv eredményt adott. Egyidejűleg a széketében kisebb számban proglottisok voltak találhatóak. Ezután a paciens formális féregűző-kurát tartott. Július 8.-án a széketét vizsgálata negativ eredményt adott. Július 22.-én a quantitative (külömböző savómenyiségekkel) megejtett Wassermann-reactio kétféle antigennel szemben negativ eredményt adott. Ugyancsak negativ eredményt adott az augusztus 28.-án megejtett Wassermann-reactio, anélkül, hogy a paciens legelső jelentkezése óta, de egyáltalában is, bármilyen antilueses kezelésben részesült volna.

Véleményem szerint egészen kétségtelen, hogy a leírt esetben a Wassermann-reactiónak positiv eredményéért (június 29. és július 5.) a helminthiasist kell felelőssé tenni.

2. Második esetem V. I. budapesti férfiszbabó 8 éves leányára vonatkozik. Az apán a Zita-kórházban folyó év szeptemberében aortitis lueticát konstataáltak. A kis leánynak keratitis parenchymatosája van bal szemén. A leányon kephalalgia panaszok miatt a különböző gyógymódok eredménytelensége után megejtett Wassermann-reactio ez évi szeptember 13.-án gyengén positiv eredményt adott. Egyidejűleg az

állandó vakaródzás miatt bélférgekre megejtett székletét-vizsgálat ugyan csak pozitív eredménnyel járt. (*Taenia solium*.) Filix mas-kúra után október 10.-én megejtett Wassermann-reactio negatív eredménnyel járt. Jóllehet hereditaer lues jelenléte nem vitás, mégis kétségtelen, hogy a Wassermann-reactio pozitív voltaért a helminthiasis volt felelős, mert minden antilueses kúra nélkül negatív lett a complementkötési kísérlet az eredménnyel alkalmazott féregűző eljárás után.

Két közölt esetemből végeredményben azt a conclusiót vonom le, hogy — ha igen ritkán is — de mindenesetre gyakrabban fordulnak elő a Wassermann-reactio eredményének értékelésekor a helminthiasis által feltételezett hibaforrások, mint gondolnánk.

Rauchfuss K.

† 1915 december.

Ismét kidőlt egyike azon még élő keveseknek, kik a gyermekorvostannak alapját megvetették, tudományos működésükkel a szakmát továbbépítették s lehetővé tették a paediatricának mai hatalmas kibontakozását.

Rauchfuss 1835-ben született Szent-Pétervárott s 80 éves korában hunyt el. 1859-ben kezdte meg szakmunkáját a szentpétervári lelecnházban, kezdetben mint prosector, majd mint az intézet primarius, s már működése kezdetén fényes tanujelét adta kiváló képzettségének. 1867-ben létesítette a szentpétervári „*Prinz Peter v. Oldenburg*” gyermek-kórházat, a mely jó ideig a művelt világ legnagyobb és legmodernebb gyermek-kórháza volt, a melyben legelőször jutott érvényre a fertőző ragályos kórok legszigorúbb izolációja, elkülönítő pavillonokban. Ugyancsak ő készítette a moszkvai „*Szent Vladimir*” gyermek-kórház építési programját, mely a budapesti „*Stefánia*” gyermek-kórház létesítése alkalmával *Bókay* seniornak mintául szolgált. *Rauchfuss* élte végéig, tehát fél századon át mint a szentpétervári Oldenburg-kórház igazgatója működött s nagy tekintélye és nagy befolyása folytán ő szervezte egész Oroszországban a tudományos paediatricát s a tanári székek és vezető orvosi állások betöltése a legutóbbi időkig is az ő nyomatékos véleményétől tétetett függővé. S hogy a gyermekorvostan Oroszországban oly magas színvonalra emelkedett s a tekintélyes szakférfiaknak ott oly impozáns sora fejlődött ki az utóbbi évtizedekben, az indirecte *Rauchfuss* érdeme volt, ki az általa megválogatott szaktársakkal élénk tudományos életet teremtett Oroszország mindkét centrumában: úgy Szentpétervárt, mint Moszkvában. *Rauchfuss*, *Filatow*, *Gundobin*, ezen szellemi triumviratus munkálkodása szaktudományunkban mindenkori emlékeztet leendő.

Rauchfuss nagy rokonszenvvel viseltetett különösen német kartársai iránt, s *Gerhardt*, *Steffen*, *Ranke*, *Heubner*, *Soltmann*, *Thomas*, *Widerhofer* stb. legmeghittebb barátai közé tartozott, mely baráti körhöz csatlakozott a nagytekintélyű *Jacobi* New-Yorkból, *Johannessen* Christianiából s *Hirschsprung* Kopenhágából.

Rauchfuss nemcsak az internationalis orvos-congressusoknak volt rendes és értékes látogatója, hanem szorgalmasan frequentálta a német vándorüléseket is s itt fejlődött ki közte, valamint a német, svájci, osztrák, valamint magyar gyermekorvosok (*Bókay* sen.) közt azon intensiv szellemi kapcsolatoság, melynek egyik maradandó emléke a *Gerhardt*-féle nagy gyűjtőmunka, melynek első kötete 1877-ben jelent meg s mely nagyszabású munka megírásának eszméje a 70-es évek elején a német orvosok gráci vándorülésén született meg. Ezen nagy munka az, a melyet *Rauchfuss* a veleszületett szívbántalmak, a gége- és légcsőmegbetegedéseinek s a laryngitis crouposának mesterileg megírt monographiájával gazdagított.

Legutolsó nagy szereplése a moszkvai internationalis orvos-congressuson volt, midőn a gyermekorvosi szakosztályban az oroszországi diphtheria-statisztikát mutatta be

fényes előadás keretében. Nagyműveltségű polyglottismusa megengedte, hogy ezen mindnyájunkra, kik jelen voltunk, emlékeztető ülésen az orosz nyelven kívül egyforma tökéletességgel szólhasson a tárgyhöz német, francia, valamint angol nyelven.

Rauchfuss egyike volt a legkedvesebb embereknek s a kit ő a szaktársak közül szívébe fogadott, azt baráti szeretetében mindvégig megtartotta, a kit azonban gyűlölt, azt mindvégig gyűlölte s megalkudni nem tudott.

Midőn *Bókay* sen. a 80-as évek elején a „*Stefánia*” gyermek-kórház építésével foglalkozni kezdett, barátjához, *Rauchfuss*-hoz fordult tanácsért s ő készséggel bocsátotta rendelkezésére az akkoron épült moszkvai *Szent Vladimir* kórház programját és tervrajzát, melyek kórházunk építésénél kellő méltánylást nyertek. *Rauchfuss* azon barátságot, mely közte és *Bókay* sen. között fennállott, e sorok írójára is átruházta s alólírott mindenkori kegyelettel fog visszaemlékezni azon szép napokra, melyeket *Rauchfuss* társaságában különböző gyűléseken, Strassburgban, Berlinben, Lübeckben, Moszkvában stb. tölthetett.

Midőn 1907 november 25.-én Szentpétervárt 50 éves gyermekorvosi működése alkalmával üdvözlötték, az üdvözlés nagyszabású ünnepélylyé fejlődött, mely Szentpétervár város-házán folyt le. A városi tanács teljes díszben járult a jubiléus elé s 58 delegatus fejezte ki hódolatát az ősz tudós előtt; *Rauchfuss* 3¹/₂ órán keresztül állva hallgatta végig az ünnepi szónoklatokat s felelt fáradhatatlanul minden egyes üdvözlésre.

Az elhunyt 1871 óta a „czári udvar gyermekorvosa” címet viselte s 1907-ben a czár excellentiás címmel tüntette ki.

Halálát nemcsak az orosz gyermekorvosi kar, hanem az egész tudományos paediatrica gyászolja.

Bókay János.

A megfigyelő-állomások szerepe a háború után.

Irta: *Darányi Gyula* dr., t. ezredorvos, tanácsadó hygienikus a temesvári katonai parancsnokságnál.

Ezzel a címmel *Entz Béla* egyetemi magántanár egy felterjesztése jelent meg az *Orvosi Hetilap* 1915. 51. számában *Mailáth József* grófhhoz, a sátorlajújhelyi megfigyelő-állomás ministeri biztosához intézve. Az itt tárgyalt ügy nagy jelentőségére való tekintettel legyen szabad ezen értékes cikkhez nekem is néhány kisebb megjegyzést fűznöm.

Feltétlenül kellene már most az irányban intézkedéseket tenni, hogy a demobilisatio alkalmával visszatérő csapatoknak hurcolják be az országba a különböző harctéri járványokat. Egyes visszatérő katonák eddig is szolgálhattak néha typhus és cholera jelentkezésére okot a polgári lakosságnál. Szükséges volna természetesen előzetes bakteriologiai bélsár-vizsgálat, mielőtt ezek az országba kerülnek. Ha a háború után csapataink millió számra térnek vissza a harcterekről, akkor megfelelő előzetes intézkedések nélkül nagy járványok származhatnak. Így volt ez az 1870/71.-i háborúban, így volt a balkáni török háborúban legutóbb, a mikor is a hazajövő török, bolgár, szerb, román csapatok országukban nagy járványokat idéztek elő. Okulva tehát az előző háborúból, a csapatokat csak a megfigyelő-állomások szűrőjén átbocsátva volna szabad hazájukba engedni.

A jelenlegi megfigyelő-állomások azonban *Entz* számítása szerint csak kb. 50.000 embernek adnának egyszerre helyet, a kiket ő öt napig figyeltetne és vizsgáltatna meg és így egy millió ember átvizsgálása kb. 100 napot venne igénybe. De vegyük tekintetbe, hogy itt nem egy, hanem sok millió ember megfigyeléséről van szó, a mi akkor egy évig is eltartana. Én azt hiszem, hogy rengeteg helyet lehetne még nyerni kaszárnák, gyárak, középületek stb. megfigyelő állomásnak való felhasználása által. (Hisz Temesváron egy kiűritett szeszgyárban 2—3000 foglyot kényelmesen elhelyeztek, Aradon a várból 5—6000 internált talált

helyet.) Lehetnek ezek az épületek akár a város közepén is. Tűzsfoltosság nélkül, jó vízvezeték, csatornázás, konyha, closet-berendezések és általában a legnagyobb tisztaság megtartása mellett ez a körülmény semmi veszélyt sem rejt magában. Ily épületek könnyen volnának elláthatók fürdő, tetvetlenítő és desinficiáló berendezésekkel. Már most ki kellene őket jelölni, hogy bennük demobilisatiónak az egész hadsereg három heti megfigyelésre helyet találhasson. A csapatok a harcterről egyenesen a kijelölt megfigyelő-állomásra kerülve, a három hét alatt polgári lakossággal nem érintkezhetnek.

A három hét *quarantaine* által a hadi járványok mindennemű elterjedése a polgári lakosság közt kizárható volna. Az orvosi vizsgálat a járványos betegségek mellett a nemi betegségekre, bőrbajokra, rühre, stb.-re is kiterjedne.

A kiütéses typhus elterjedésének veszélye a három heti megfigyelés által kiküszöbölődne.

A *cholera* megfigyelési tartama általános felfogás szerint öt nap. Ez azonban az egészséges bacillusgazdák elleni védekezésre semmit sem ér. Kisiklanak a megfigyelés alól és lakóhelyükön azután ivóvíz, élelmiszer stb. fertőzésekre és epidemiákra adhatnak okot. Ilyenek belében a *cholera vibrio* saprophytaként tenyészik, még legcsekélyebb diarrhoeájuk sincs, székük normalis. Cholera vidékekről jöttek vagy cholera beteg környezetében tartózkodtak. Számuk igen nagy, egy betegre több vibriogazda is esik.

Az ily bacillus-kiválasztás *Lentz* és *Neufeld* vizsgálatai szerint (*Seuchenbekämpfung im Kriege* és *Seuchenentstehung und Seuchenbekämpfung*) egy, legfeljebb két hétig tart, ezen túl nem észlelték. Két- vagy még inkább három-hetes *quarantaine* által tehát ezen bacillusgazdák kiküszöbölése is sikerül. E mellett azonban igen fontos a diarrhoeások után való kutatás, folytonos kérdés, ezeknek elkülönítése és bakteriologiai megvizsgálása.

A bakteriologiai átvizsgálást vibriogazdákra csak oly csapatokon tartanám szükségesnek, melyek cholera vidékekről jönnek, különben a három hét *quarantaine* e tekintetben elég biztonságot nyújt.

A bacillusgazda-vizsgálat nagyon célszerűen és gyorsan a következőképp hajtható végre. A vizsgálandó anusába kb. az ampulla recti-ig síma végű üvegbotot dugunk. A rajtatapadt bélsarat porcelláncsészében kevés peptonvízben szét-dörzsöljük. Tíz ember bélsarát ugyanazon peptonvízben jól eldörzsölve és összekeverve, a keverékből 1—2 cseppet peptoncsőbe viszünk, 6—8 óráig thermostatban hagyva, tetejéről alkális agarra egy kacsnyit kikenünk és 18—20 órai thermostat után lupéval vizsgálva, a gyanus coloniákkal makroszkopos orientáló agglutinációt végzünk. Tárgylemezen 1 csepp konyhasóoldatban (controll) és 1 csepp magastiterű choleraagglutináló serum 1:100—200-as hígításban a gyanus coloniából keveset széjjeldörzsölve, lupéval vizsgáljuk az agglutinációt. Positiv esetben festést is végeztetünk. A bélsár vétele megfelelő segédlettel és helyes munkafelosztással hihetetlen gyorsan megy. Orvos nem is szükséges a művelet végrehajtásához. Néhány óra alatt 5—600 bélsárvételt is el lehet végezni. E mellett a vizsgálatok is egy tizedre vannak redukálva, mert egy peptoncső 10 ember faecesét tartalmazza.

Typhus-bacillusgazdákra való vizsgálatkor a bélsár vétele szintén a leírt módon történhetik. A megbetegedés nélküli *typhus*-bacillusgazdák azonban sokkal ritkábbak, mint choleraánál. A „*Dauerausscheider*”-eket pedig többnyire már a kórházakban felismerik. A *typhus* nem is okoz oly kiterjedt epidemiákat, mint a cholera. Ennek a vizsgálatnak jelentősége tehát a háborús járványok elleni küzdelemben jóval a choleraé alatt áll.

A dysenteria-ra való bacillusgazda-vizsgálatot nem tartom szükségesnek. A vérhasnak a harcosok részéről az országban való elterjedésétől még a legskrupulosusabb hygienikus sem tarthat. Hisz ez par excellence hadijárvány. Békében nincs talaja. Ostromló csapatokban és a lövészárkok hiányos hygienéje mellett támad. Vízjárványokat is ritkán okoz. Mind-

ezek a dysenteria bacillusok gyenge ellenállóképességéből magyarázhatók.

A leírt módon a bakteriologiai vizsgálatok számát annyira kisebbíthetjük, hogy az *Otto*-féle nagy thermostat-szobák szükségessége elesik.

Ezek mellett, ha még többet akarunk tenni a járványok megakadályozására, ajánlatos volna a polgári lakosság kötelező oltását a fegyverszünetben végrehajtani.

Röviden összefoglalva a védekezést a járványok ellen a háború után: háromhetes *quarantaine*, ezalatt orvosi és bakteriologiai vizsgálatok, a polgári lakosság kötelező oltása typhus és cholera ellen a teendők.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Pincus: Diagnostische und therapeutische Ergebnisse der Hirnpunktion. Berlin, 1916. August Hirschwald.

Beható irodalmi tanulmányok alapján bírálja a szerző a *Neisser-Pollack*-féle agypunctio értékét a diagnosis és a therapia szempontjából agydaganatok, agytályogok, agyvérzések, különböző meningitisek esetében. A könyv átolvasása után az a benyomása az embernek, hogy leszámítva a serosus meningitishez csatlakozó hydrocephalust, melyben jó eredményeket ad, az eljárás therapeutikai eredményei csekélyek a diagnostikai szempontból is az agypunctio sokszor cserbenhagy. Ezzel szemben az eljárás veszélyei (vérzés, infectio, az agynyomás megváltozása, agydaganat-részletek beoltása az ép területbe) nem éppen kicsinyek. Az anatomiai viszonyok változósága a punctio helyének pontos localisatióját is nehézzé teszi. Kár, hogy a szerző kutatásainak eredményeiről nem nyújt áttekinthetőbb összefoglalást, e nélkül a sok kórtörténettel illusztrált munka áttanulmányozása kissé nehézkes, de azért a tárgy iránt érdeklődő sebész és neurologus kétségtelenül sok érdekeset találhat benne. P.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomorfekély diaetás kezelésében *Egan* és *Porges* vizsgálatai szerint nagyon jól használható a következő módon készült lisztvajleves: 30 gramm zablisztet — esetleg más liszt is használható — 250 gramm vízzel megfőzünk; a főzés közben elpárolgó vizet víz utánatöltésével pótoljuk. Még főzés közben ugyanannyi gramm vaját adunk hozzá, mint a mennyi lisztet használtunk, esetleg többet is, és végül még körülbelül 10 gramm fortose-t oldunk fel benne. Ez a leves consistenciája és zsírtartalma miatt váladécsökkentő hatása folytán kiméli a gyomrot és nagyon kevésbé terheli meg azt, mert a gyomrot körülbelül ugyanolyan rövid idő alatt hagyja el, mint a tej, a melyet caloriatartalma tekintetében messze felülmúl (300 gramm tejben 200 caloria van, ugyanennyi lisztvajlevesben pedig mintegy 350). A betegek nagyon szívesen fogyasztják ezt a levest, s így a használata különösen azon esetekben tehet jó szolgálatot, a melyekben a beteg nem tűri a tejet. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1915, 48. sz.)

Sebészet.

A mesterséges vérzéscsillapítást a végtagokon a gummicső vagy az Esmarch-pólya helyett saját találmányú műszerével végzi *Sehrt*. A műszer nagyjában hasonlít a medenczekörzőhöz, melynek gummicsővel bevont szárai közé kell fogni a végtagot, úgy hogy az egyik szár a nagyerek lefutásának megfelelő oldalon legyen. A műszer két szarát csavarral tetszés szerint nyomhatjuk össze. Nagy előnye, hogy gyorsan lehet reátenni a végtagra, és ugyancsak gyorsan lehet róla eltávolítani; miért is a harctéren, a hol a szerző

már igen sok esetben használta, kitűnő és mindig biztos szolgálatot tesz. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 21. szám.)

A Gritti-műtétnek következő módosítását ajánlja *Wilms* tanár: A csomócsontot ne a condylusok felett, hanem az eredeti vonalnál 2—2½ cm.-rel mélyebben amputáljuk, úgy, hogy ezáltal a condylusok felső zónája megmaradjon. Ekkor pedig, hogy a térdkalácsot felfrissítve a csontokra reáilleszthessük, a musc. quadriceps inát át kell metszenünk s a térdkalácsot varratokkal jól odaerősítsenünk. A bőrmetszések természetesen, minthogy a csont hosszabb lett, kissé mélyebben ejtendők, a mi nem ütközik nehézségbe.

Az így módosított Gritti-féle csont előnyei a következők: A csont nem lesz kúpalakú, tehát a prothesis nem fog róla lecsúszni, mert a meghagyott condylus-részleten megkapaszkodhat.

A prothesisnek nem szükséges a derekat is magában foglalnia; végül a támasztó felület sokkal nagyobb s ez által a csont hordozóképesebb lesz.

A szerző megemlíti, hogy a csomócsontnak a középső harmadban végzett amputációjánál a támasztó felületet oly módon is kiszélesíthetjük, hogy a csontból hosszirányban egy darabot lehasítva, ez utóbbit kissé abdukált helyzetben rögzítjük.

Ugyanitt és a felkaron végzett amputációknál pedig, hogy az alkalmazandó prothesis le ne csúszson, a distalis vég közelében harántirányban fűrt nyílásba egy, a fibulából vett megfelelő nagyságú darabot illesztünk bele. (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 43. sz.)

Bőrkórtan.

A Németországban autochton létrejött favusról ír *Goldkraut* (Leipzig). Jóllehet pontos statisztikai adatok nem állnak rendelkezésünkre, mégis tudjuk, hogy a favus nevű parasítás betegség a különböző országok szerint igen különböző gyakoriságú. *Bodin* szerint a favus főként a mérsékelt égövnek betegsége. Másfelől *Danielssen* szerint Norvégiában is elég gyakori. Az északamerikai Egyesült-Államok nagyobb városaiban sem ritkaság a szóban forgó mykosis. Bizonyos, hogy Angliában a favus igen ritka. *Radcliffe Crocker* szerint 2000 bőrbajra egy favus esik. Franciaországban körülbelül olyan gyakori, mint az ott gyakran előforduló trichophytiasis. Spanyolországban és Itáliában sem igen ritka a favus. A betegségnek igazi hazája Galícia, Oroszlengyelország és a Balkánfélsziget. Aránylag sok még a favus Tirolban és Karinthiában is. Anglián kívül Németország az az európai állam, melyben legkevesebb a favusos beteg. Az előforduló esetek jelentékeny része a keleti tartományokból kerül ki (Oroszország miatt). Középnémetországban az originaer favus ritkaságzámba megy. A szerző az utóbbi években oly eseteket észlelt, melyeket teljesen izoláltan mint „autochton” favus eseteket kell fölfognunk. A favus nem mindenkor terjed emberről-emberre, hanem állatról is (egér, macska, kutya stb.), a mint azt kísérletileg már beigazolták. Emberre átvitt egér-favus esetet már több ízben leírtak. Így *Fischer* 12 fiatal leányon észlelt egér-favus-epidemiát, Igazi, nem egér-favus némelyek szerint autochton módon Németországban már nem is fordul elő. Ezzel szemben *Fischer* talált mégis Berlinben egy favus-esetet, mely autochton módon jött létre. A szerző jelen közlésében 12 esetről tesz említést, mely mind izoláltan, Németországból származott. (Dermatologische Wochenschrift, 1915, 47. sz.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A diabetes mellitust következőképpen kezeli *Jostin*. A beteget koplaltatja mindaddig, a míg a cukor eltűnik a vizeletéből; vizet tetszés szerinti mennyiségben enged meg, állandó acidosis mellett pedig pro die és pro kilogramm 0.5 cm³ alkoholt fogyasztat. A vizelet egy napi cukorkontentessége után lassan fokozódva szénhidrátokat engedélyez, a míg cukor jelenik meg újból a vizeletben; a fehérjékhez is

lassan szoktatja a beteget, a míg 1—1.5 grammot pro kilo tűr el. A zsírokkal nagyon óvatosan bánt. Cukornak újból jelentkezésekor koplaló napot iktat közbe; eleinte általában ajánlatos hetenként koplaló napot tartani, később pedig egy napot megszorított diatával. (Amer. Journ. of the med. scienc., 1915, október.)

Erysipelas néhány esetében *Januschke* jó eredménnyel használta a pyramidot 30 centigrammos adagban, naponként többször. A hatás a láz gyors csökkenésén kívül a fájdalmak kifejezett kevesbedésében és a gyuladás jelenségeinek alábbhagyásában nyilvánult. Helybelileg aluminium aceticum borogatásokat vagy borvaselint használt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 50. sz.)

Gránátzilánkok okozta sebzések *H. Weiss* szerint nagyon jól gyógyulnak a Bardeleben-féle „Brandbinde” (*Bardella-Binde*) használata mellett. (Medizinische Klinik, 1915, 50. sz.)

A typhus elleni védőoltás hatása *Aronson* tapasztalatai szerint nem tart tovább öt hónapnál. (Medizinische Klinik, 1915, 47. szám.)

Izületcsúsz ellen kitűnő hatásának találta *Lipowski* a melubrint, a melyből 0.5 gramm ugyanannyi sterilizált vízzel intravenásan fecskendezendő be naponként vagy kétnaponként. (Medizinische Klinik, 1915, 41. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 1. szám. *Ferenczi Sándor*: A neurosisok psychoanalytikai tanának haladása. *Hönigsfeld Jenő*: Az elmekóros halálesetekről.

Orvosok lapja, 1915, 52. szám. *Fonyó János*: Esetek a női genitálék rákos megbetegedéseinek sorából.

Budapesti orvosi újság, 1916, 1. szám. *Zsákó István*: Psychiatriai megfigyelések a fronton. *Widder Bertalan*: Újabb készülék a n. radialis sérülése által okozott bénulás javítására.

Vegyes hírek.

Kinevezések. *Dollinger Gyula* egyetemi tanárt a miniszterelnök a M. Kir. Rokkantügyi Hivatal felülbírálati bizottságának elnökévé nevezte ki. E bizottság feladata, hogy azoknak a hadi sérülteknek ügyeit, a kik az utókezelésnek nem akarják magukat alávetni, megvizsgálja és e kérdésben határozzon. Azonkívül a miniszterelnök kinevezte a Rokkantügyi Intézmények országos szakfelügyelőit, és pedig a hadi sérülteket gyógyító intézmények országos felügyelőjévé *Dollinger Gyula* dr.-t, a belbetegek intézményeinek országos felügyelőjévé báró *Korányi Sándor* dr.-t, a rokkantak ipari tanműhelyeinek felügyelőjévé pedig *Vigh Albert* ipariskolai főigazgatót. *Dollinger* tanár ezen újabb megbízatásának klinikája vezetése, tanítási kötelezettsége és a művégtaggyár orvosi irányítása mellett csak úgy tudott megfelelni, hogy a Révész-utcai hadikórház igazgatói állásáról, a melyet 17 hónapig foglalt el, lemondott. Helyére a miniszterelnök *Verebely Tibor* dr. egyetemi tanárt, melléje pedig adminisztratív igazgatónak *Vámosy Zoltán* dr. egyetemi tanárt nevezte ki. — *Nónay Pál* dr.-t (Nagybecskerek) az államvasutak orvosi tanácsadó-jává, *Weiss Feodor* dr.-t Temesvár tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Vámos Adolf* dr.-t Bátaszék község orvosává választották.

Hibaigazítás. A lapunk múlt évi folyamában *Marschalkó* tanárról szóló megemlékezést nem *Veress Sándor*, hanem *Veress Ferencz* írta.

Meghalt. *David Miklós* dr. fővárosi gyakorló orvos, jan. 3.-án 70 éves korában. — *Balogh Elek* dr., Nagyszalonta főorvosa, 71 éves korában január 2.-án. — *Lissauer Adolf* dr. cs. és kir. főorvos január 3.-án Kassán. — *Törös László* dr. bányászati orvos. — *László Gyula* dr. móri körorvos 52 éves korában.

Személyi hírek külföldről. *Ph. Kuhn* strassburgi magántanárt (közegészségtan), továbbá *G. Alexander* (fülészet), *R. Stigler* (élettan) és *E. Pribam* (általános kórtan) bécsi magántanárokat rendk. tanárrá nevezték ki.

Hírek külföldről. A német császár *Schjerning* tanárt azon alkalmából, hogy decz. 10.-én mult 10 éve annak, hogy a német hadsereg egészségügyének élére állították, megleghangú táviratban üdvözölte. — A memeli lepramenhelyen ezidőszent 19 beteget, 6 férfit és 13 nőt ápolnak. Az oroszok keletporoszországi betörésük alkalmával a leprásokat is magukkal vitték az intézetet vezető testvér kérésére ellenére, de már 1 kilométernyi távolságból ismét hazabocsátották őket, miután egy katonarvos megállapította a bajukat. — December 17.-én volt 20 éve annak, hogy *Röntgen* világraszóló felfedezéséről az első közlést tette.

A venereális betegségek ellen való védekezés tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: A háborút kísérő jelenségek között feltűnik a venereális betegségek nagyobb arányú elterjedése a katonaság és ennek révén a polgári lakosság körében. A nemi betegségek terjesztésében nagy szerepe van a bordélyokon kívül azoknak a nagyszámú éjjeli mulatóhelyeknek is, amelyeket a hajnali órákig nyitva tartanak és a melyeknek lelkiismeretlen üzemeltői a prostitúcióval nyilvánvaló összeköttetésben állanak. Az állam véderejét súlyosan károsító, de egyszersmind a családi életet, sőt az egész népességet még a jövő nemzedékben is megtámadó eme baj elhárítására szigorú rendszabályok szükségesek. A hatóság figyelmét mindezekre felhívom és egyúttal elrendelem, hogy törvényhatósága területén a prostitúció egészségrendőri felügyeletét saját hatáskörében, és pedig elsősorban a bordélyok kéjnéire nézve állandó rendőri ellenőrzés és folytonos orvosi vizsgálatok útján szigorítsa, azokkal a szállodákkal, vendéglőkkel, korcsmákkal és kávéházakkal szemben pedig, a melyeknek női alkalmazottai titkos prostitúciót folytatnak, vagy a mely ilyen helyiségekben a szóban levő üzemeltetők elősegítik, az illetékes hatóságok az 1884. VII. t.-cz. 155. §-ának, valamint a 78.543/1899. B. M. sz. körrendelet, különösen ennek 13. §-a rendelkezései értelmében szigorúan járjanak el. Intézkedjék továbbá az iránt is, hogy a 64.573/1901. B. M. számú körrendelet határozmányai alá eső azoktól a mulató stb. helyektől, a melyek a prostitúciót helyiségeikben netán eltűrik vagy elősegítik, az engedély az idézett körrendelet 12. §-a értelmében haladéktalanul visszavonassék. Rendelkezzék a szükségnek és a helyi viszonyoknak megfelelően, hogy időnként váratlan rendőri szemlék és kutatások tartassanak minden gyanus kávéházban, korcsmában, szálláson és éjjeli szállóhelyeken, zúgkorcsmákban és lebujokban, hogy a kéjnök utcai bolyongása betiltassék, rossz hírű mulatóhelyek bezárassanak és hogy korai záróra állapíttassék meg minden korcsma s általában minden oly üzlethelyiség számára, a melyben bármilyen szeszest italt mérnek ki, vagy szolgálnak fel. Külön intézkedések teendők a bordélyházak egészségi ártalmainak lehető csökkentésére. Elrendelendő, hogy minden kéjnök a hatósági orvos által előírandó óvószerrel állandóan és megfelelő mennyiségben el legyen látva és hogy a kéjnök szobájában látható helyen kifüggesztett táblán tudtára adassék minden látogatónak, hogy ezen óvószerrel hatóságilag megállapított árban kaphatók. Minden kéjnöknek 5%-os borvaselint (tubushan) és szappanból elegendő készlete legyen s mind ezen szereket a látogatónak felszólítás nélkül is rendelkezésére kell bocsátania. A nemi érintkezés előtt borvaselint, az érintkezés után pedig meleg vizet és szappant kell használnia. A rendőrhatalóság közegeinek kötelessége meggyőződni arról, hogy a kéjnök az említett óvószerrel el vannak-e látva. Feltétlenül elrendelendő, hogy a kéjnök bárczakönyvét minden látogatójának minden esetben önként előmutassa, hogy abból a kéjnök neve s az utolsó orvosi vizsgálat eredménye meg tudható legyen. Felhívom végül, hogy a törvényhatóság területén levő köz- és nyilvános jellegű kórházak igazgatóit utasítsa, hogy fertőzőképes venereális bajban szenvedő s kórházi ápolást s kezelést igénylő betegeknek a kórházba való felvételét kényszerítő okok nélkül meg ne tagadják. Az e tekintetben érkező panaszokat minden esetben szigorú hatósági vizsgálat tárgyává tegye. Ily irányban tett intézkedéseiről tegyen jelentést.

A vérhasgyógyító serum forgalombahozatala tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: A vérhasgyógyító serummal elért kedvező eredményekre való tekintettel gondoskodtam, hogy ez a készítmény hatóságok és magánosok részére rendelkezésre álljon. A vérhas elleni serumot ezidőszámtal a budapesti kir. magy. tudományegyetemi bakteriologiai intézet termeli, hatóságok, gyógyintézetek, úgyszintén magánosok részére kiszolgáltatja és pedig 20 cm³-es (60—100 antitoxin-egységű) adagokban. A serum ára adagonként 4 korona. Minden adaghoz mellékelve van a használatára és megőrzésére vonatkozó utasítás, melyből kitűnik, hogy egy beteg számára rendszerint több (legalább három) adagnak rendelése tanácsos. A serum a megszabott árak postautalványon való előzetes beküldése mellett a budapesti kir. magy. tudományegyetem bakteriologiai intézetében (IX., Rákossziget 9. sz.) rendelhető meg.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről december 13.-ától 19.-éig 122 ázsiai cholerabetegedést jelentettek 76 halálalással. Az esetek a következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok:* Budapest 3, Szatmárnémeti 3, Temesvár 7. *Vármegyék:* Bács-Bodrog vármegye: Óbecse 1; Szabolcs vármegye: Nyíregyháza 35; Temes vármegye: Kevevára 31, Szakálháza 2; Torontál vármegye: Óecska 8, Béga-szentgyörgy 8, Nagyveresbetylak 2, Écska 8, Alsóittele 5, Felsőittele 1, Párdány 1, Karlova 2, Aracs 2, Ópáva 1, Törökkanizsa 1, Nagykikinda 1. A megbetegedések közül 3 katonának között, 78 szerb hadifoglyok és internált szerb polgári egyének között történt. A többi 41 megbetegedés és 20 halálozás a polgári lakosság körében fordult elő.

A háborúval kapcsolatos nemi betegségek elleni védekezésről szaktanácskozás volt a közelmúltban. *Lukács György* megnyitott beszéde után *Weiss Emil* főorvos vázolta a közigazgatásra váró nagy feladatokat. Közfelvilágosítással kell kezdeni az actiót, még pedig mindjárt a falvakban olyképpen, hogy minden községhezán ismertető és oktató füzetek álljanak rendelkezésre. A prostitúcióval szemben hygienés védőállomások szervezését javasolta kormányhatósági támogatással. *Szántó Menyhért* községi tanácsadó helyek felállítását javasolta. *Weiss Emil* felszólalása alapján az a kíváncsi alakult ki, hogy a községi tanácsadóhelyek a nagy népártalmak (alkoholizmus, tuberculosus, gyermekhalandóság, venerea) kérdéseiről oktassák ki a társadalmat. *Hódossy Gedeon* államrendőrségi orvos a katonák és a polgári elem megóvásáról erkölcsrendészeti szempontból értekezett; részletes javaslatokat terjesztett elő a prostitúció ártalmait ellen, egyebek közt oly büntető paragrafust

sűrgetett, a mely szerint azok, a kik tudatosan fertőznek másokat, büntetésen részesülnek. E javaslatokat oly értelmezéssel fogadták el, hogy az idevágó actióból ki kell tűnnie annak, hogy az egyesület a prostitúciót mint meglevő intézményt figyelembe veszi s ennek minden káros kihatása ellen küzd ugyan, azonban végeredményben olyan társadalmi és gazdasági berendezkedésre törekszik, a mely mellett a prostitúció végképp kiküszöbölhető legyen. *Poór Ferencz* rámutatott arra, hogy a had-egészségügyi intézetek természetesen csak arra törekednek és törekedhetnek, hogy szolgálatképesen adják vissza a beteg katonát a hadseregnek. A jövő nemzedék épsége azonban megköveteli a venereális betegek hosszabb izolálását. A demobilizálás alkalmával új vizsgálatnak kell alávetni a katonákat, addig nem bocsátandók haza, míg a bajuk kiújulásának veszélye fennforog. A polgári közigazgatási és a had-egészségügyi intézőknek közös megállapodásával kell az e célra megfelelő szervet létesíteni s már előre is össze kell íratni a venereális bajok miatt kezelt egyéneket mind, hogy rögtön kórházba lehessen őket utalni. *Hahn Dezső* azt jegyzi meg, hogy már a szabadságolandó katonákat, különösen pedig a tiszteteket is vessék alá igen alapos vizsgálatnak. *Havas Adolf* felemlíti, hogy segíteni csak az egész állam közreműködésével, decentralizáltan lehet. Minthogy chronikus bajokról van szó, chronikus eljárást kell alkalmazni, a mire vidéken az apparatusok híján nincs meg a mód. *Weiss Emil*-nek az a véleménye, hogy csak a családok embereket kellene a kórházakban visszatartani, mert a család védelme az első. *Dr. Szegváriné* azt kívánta, hogy törvényt hozzanak arról, hogy minden férfi a házasság előtt köteles legyen magát orvosi vizsgálat alá vetni. *Poór Ferencz* megjegyezte, hogy az orvosi vizsgálat eredménye bizonytalan, mert a tudomány nem egészen megállapodott a serologiai vizsgálat teljes és biztos értékelése tekintetében. *Löw Sámuel* a nemi betegségek ellen való védekezés kihatásáról az életbiztosítás intézményére tartott előadást. *Hahn Dezső* kifejtette, hogy a nagyvárosi munkásság körében nagy mértékben vannak elterjedve a venereális betegségek. Tömeglakásokban a venereális bajokat kezelni nem lehet s igen sok munkásságnyilkosság erre vezethető vissza. Forduljon a védőegyesület a pénzárakhoz, hogy a maguk eszközeinek felhasználásával tegyék intenzívebbé az actiót s írjanak fel a belügyministerhez, hogy létesítsen több kórházat a venereális betegek számára. *Weiss Emil* az érettségire készülő ifjak felvilágosításáról tartott előadást. *Lukács György* elnök záróbeszédében kijelentette, hogy az ankét a megvitatott indítványokat elfogadja. Ohajtandónak tartja, hogy sorozatos előadásokat tartsanak, a melyek a népártalmakat öleljék fel s egyetemesen igyekezzenek a védekezés módozatait megteremtteni. Végül köszönetét fejezte ki az előadóknak és a megjelenteknek.

Mai számunkhoz *Dr. R. és Dr. O. Weil* vegyi gyógyszerészi gyára *Frankfurt a. M.*, „*Droserin*” készítményének prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához a „*Wienerwald-Sanatorium Gyógyintézet Tüdőbetegek részére*” című prospectusa van csatolva.

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

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

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Vizsgyógyintézet, gyógyszermechanika, orthopédia, svédgyimnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró- és hidegkezelések, frigidtherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlampa Budapesti **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utca 2. medico-mechanikai Kossuth Lajos-utca sarkán Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

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.

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok, Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1915 november hó 6.-án.) 24. lap. — (IX. rendes tudományos ülés 1915 november hó 13.-án.) 24. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VIII. rendes tudományos ülés 1915 november 6.-án.)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

(Folytatás.)

Kiss Gyula: A vaccinás kezelés értéke felől a typhus kezelésében eltérő a vizsgálók véleménye, de az kétségtelen, hogy nagyon érdekes jelenségnek jöttek a nyomára. Való az, hogy egyes esetekben a vaccina a typhust olyan gyorsan és olyan előnyösen befolyásolja, a mint azt eddig semmiféle gyógyszerrel sem tapasztalták. Vaccinával már régen igyekeztünk gyógyítani a betegségeket, de a vaccinának mindig csak az volt a hivatása, hogy a szervezetben reakciót keltsen, oly reakciót, a mely aránylag lassan folyik le, a typhusban azonban a vaccina, nevezetesen az intravenásan alkalmazott vaccina, rögtön kiváltja a reakciót és egynemely esetben olyan gyorsan gyógyít, mint a hogy a leghatásosabb gyógyszerek szoktak. Ez az észlelet az eddigi elméleti ismeretek alapján semmiképpen sem magyarázható. A pontosabb megfigyelés általában eddig inkább csak bizonyos negativumokat eredményezett. Azt természetesen minden további nélkül meg lehet állapítani, hogy itt nem olyan folyamat megy végbe a szervezetben, mint activ immunizálás esetében. De a mennyiben még ebben a tekintetben valami kétség állhatna fenn, az elosztható az újabb megfigyelések alapján. Észlelték ugyanis, hogy a typhusos lázat nemcsak a typhusvaccinával, hanem a colivaccinával is, sőt deuterioalbumose oldatával és valószínűleg még sok más anyagnak intravenás bevitelével lehet befolyásolni. *A specificitas tehát nem játszik szerepet.*

Az is valószínű, hogy anaphylaxiás jelenségnek a reactio nem tekinthető. A mint azt mások is megtették, előadó maga is megvizsgálta typhusbetegeken a vérnek alvadéskéességét és complementum-tartalmát a vaccina befecskendezése előtt s után, de nem talált semmi számbavehető eltérést, az anaphylaxiás reactio felvételére tehát nem talált alapot, de különben anaphylaxiás reakciót typhusbetegben csak typhusbacillusok okozhatnak.

Fel kellett merülnie a kérdésnek, hogy vajon nem lehetne-e a magyarázatot inkább a kísérleti kórtan területén keresni, nevezetesen talán olyanforma felvételekkel, hogy a szervezetbe bevitt vagy az abban felszabadult bacteriumtoxinok a hőszabályozó központokban szokatlannul erős izgalmi állapot után olyan változást okoznak, a melynek következtében utóbb a lázas hőemelkedés lehetetlenné válik. Ez a magyarázat azonban azért nem kielégítő, mert az olyan typhusbetegben, a ki a vaccina után láztalanra vált, a vérben sem sikerül a typhusbacillust kimutatni. Kétségtelen tehát, hogy magában a vérben is lényeges változás megy végbe.

Szinnyi József-fel együtt a Zita-kórházban kezelt typhusbetegeken megállapították — a mit egyébként mások is megfigyelhettek —, hogy az *Ichikawa* módszerével készített typhusvaccina hatása állás közben veszt hatóképességéből. Ez a változás elég gyorsan bekövetkezik; például a két hétig állott vaccinából a kezdeti adagnak már mintegy két-háromszorosát venni, hogy olyan reakciót lássunk, a mely után a láz kellően lecsökken.

Ez a mellett volna, hogy a toxicitas a fontos. Viszont azonban a kis dosisban nem toxikus hatású deuterioalbumose is befolyásolja a lázat. Az egyedüli közös tulajdonság, a melyet a typhusos lázat befolyásoló anyagok között talált, az, hogy in vitro mindegyik megköti és szétbontja a complementumot.

Mindezek után a vaccina gyógyító hatására nézve teljesen kielégítő magyarázat nincsen. Véleménye szerint csak annyit lehet állítani, hogy azok az anyagok, melyek a lázmentességet és a typhusbacillusoknak a vérből való kiküszöbölését okozzák, nem azzal a minimális mennyiségű vaccinával vitetnek be, hanem már készen vannak a beteg vérében. Ezek pedig az eddig ismert védőanyagok, az antitestek és a complementum. A vaccina nem az antitesteket befolyásolja, hanem a complementumot. Lehetséges, hogy adsorbeálja a complementumot és odaszállítja az antitestekkel terhelt, de még élő bacteriumokhoz, de lehet az is, hogy a jelentékeny hőemelkedés, melyet maga a vaccina

és a széteső bacteriumok toxinjai okoznak, magában elegendő arra, hogy a complementumnak a bacteriumokra kifejtett hatását annyira fokozza, hogy a vérből minden bacterium kipusztuljon.

Gonda Viktor: A beszterczebányai katonai megfigyelő-állomáson több bonczolás végzésekor volt alkalma a fekélyek állapotát látni. Nyolcz esetben (*Kaiser-Csernel*-oltóanyaggal előzetesen kezeltékben) a fekélyek feltűnő gyors gyógyulását észlelte.

Nem tartja helyesnek a „vaccina” elnevezést. Különböző módon praeparált (mindig előzetesen sensibilizált) typhus-bacillusokkal próbálták eleinte a typhust meggyógyítani. Az eredmény nem volt kielégítő. Végre előzetesen immun-savóval nem kezelt bacteriumokkal kiváló eredményeket értek el.

A szóló meggyőződése, hogy a sensibilizálás nemcsak hogy nem szükséges, de egyenesen káros. E valóságot *Kiss Gyula* hozzászólása is igazolni látszik, a mennyiben kifejtette, hogy a praeparált serumok folyton veszítenek hatáskéességükből, míg szóló tapasztalata szerint a nem sensibilizált oltóanyag hatáskéessége nagyon tartós. Ennek felemlítését már csak azért is szükségesnek tartja, mert alapos a reménye, hogy más fertőző betegségeken is meg fogják kísérni a bacillusos kezelést, a mikor is erre tekintettel kell lenni.

Hogy coli-bacillussal is lehet láztalanodást elérni, annak magyar rázatát talán abban kereshetjük, hogy typhus- és coli-csoport között rokonság van.

Rohonyi Hugó: *Liebermann* tanár aggályával szemben utal arra, hogy a prophylaxisos typhus-vaccinálás után a bacteriolysinek csakugyan megszorodnak a savóban, úgy hogy nem valószínű, hogy a vizsgált esetekben, a mennyiben megszorodtak volna, nem jutottak volna bele a véráramba; *Kiss Gyula* dr.-ral szemben a complementum-tartalom szerepét a vizsgált jelenségekben nem tartja valószínűnek.

(IX. rendes tudományos ülés 1915 november 13.-án.)

Elnök: **Grósz Emil,** később **Terray Pál.** Jegyző: **Dollinger Béla.**

Aneurysma axillare arterio-venosum.

Paulikovits Elemér: S. M., 23 éves gyalogos 1914 december 4.-én szenvedett jobb vállán lőserülést. A sérülés igen erősen vérzett, de a vérzés nyomókötésre megszűnt. Vidéki kórházban kezelték, hol sérülése begyógyult ugyan, de jobb hónaljában tyúktójsányi élénken lüktető térfogatnagyság maradt vissza, mely fölött erős surranás volt tapintható s a mely a karfonati idegtörzsek nyomása folytán azok teljes bénulását váltotta ki. Ennek műtete végett tették át 1915 szeptember 8.-án, tehát kilencz hónappal sérülése után osztályukra. Műtét szeptember 16.-án. A hónaljárok közepétől a sulcus bicipitalis medialis közepéig vezetett metszéssel hatoltak be és az aneurysmát szabaddá téve, azt találták, hogy aneurysma arterio venosum directummal (sec. *Verebély*) van dolguk, mely a karfonati idegtörzseket annyira kivájta, hogy főleg a nervus ulnaris egy 2—3 milliméternyi vastagságú köteggé lapult el. A zsák nagyobbik felét a gyűjtőér alkotta, míg az ütőérrel csak babnyi communicatio állott fenn. Fölpraeparálva az ütő- és gyűjtőérnek úgy oda-, mint elvezető szárait, puha érszorítókkal leszorították azokat s most a lúdtójsányi aneurysmába belemetszve, felkeresték az érsérülések helyét. Ezek fellelése után a gyűjtőeret a zsák felett és alatt lekötötték és a tömlőt a verőérről lefejtve, reszekálták. Ilyképp az ütőér falán jókora babnyi, oldalsó nyílás támadt, melyet kétrétegű tovaftató varrattal zártak el. A varrat biztosítására a musculus triceps medialis fejéből vett nyeles izomleányt használták föl, s a műtét sebét rétegesen zárták. Közvetlenül a műtét után a beteg pulsusa bár gyengén, de határozottan érezhető volt. A további seblefolyás teljesen zavartalan volt s a műtét seb nyolczadnapra begyógyult. A nyomás okozta plexusbénulás tünetei a harmadik naptól kezdve fokozatosan javultak úgyannyira, hogy mint az a bemutatott betegben látható, dacára annak, hogy csak

kilencz hónappal a sérülés után történt a műtét, csupán a kis ujj nyújtása korlátozott még némileg, de egyébként sem a végtag vérellátásában, sem beidegzésében zavar már nem mutatható ki.

L. J., 31 éves gyalogos, 1915 február 19.-én sérült. A löveg a jobb váll elülső oldalán hatolt be és a hátulsó hónaljvonal legfelső részének megfelelőleg távozott. Közvetlenül a lőés után igen heves vérzés támadt, mely azonban nyomókötésre megszűnt. Vidéki kórházakban lőésérülése simán begyógyult ugyan, de hónaljában egy erős lüktetést mutató terimenagyobbodás fejlődött, mely igen heves fájdalmakat is okozott. Osztályukra folyó évi július hó 7.-én került jókora tyúktójasnyi aneurysma axillarisal, kezdődő plexusbénulással és igen erős neuralgiákkal, főleg a n. medianus területének megfelelőleg. Műtét július 9.-én. A hónaljárok közepének megfelelőleg hatoltak be s a tömlőt szabaddá téve, azt találták, hogy azt csupán a verőér fala alkotja, míg a gyűjtőér falát a tömlő csupán benyomja s az idegtörzsek csak egy kis vájulatot mutatnak, de egyébként épek. Most szabaddá téve az oda-, illetve elvezetőszárat, puha érszorítókkal leszorították azokat és a tömlő falának elülső kétharmad-részt kiirtva, a *Mattas*-féle eljárás szerint a tömlő falán és az ép érrészekeken is átvezetett fonalakkal állították helyre az ér folytonosságát. Hogy a varrat jól zárjon, fölébe még egy sor tova futó varratot alkalmaztak, melyet a m. deltoideus scapularis portiójából vett nyeles izomlebenynyel biztosítottak. Mivel az érszorítók eltávolítása után a keringés zavartalannak látszott, a műteti sebet rétegesen zárták. A további seblefolyás teljesen sima volt, az érvarrat jól tartott, a neuralgiák teljesen megszűntek, a plexusbénulás tünetei pedig visszafejlődtek.

Aneurysma a. axillaris lekötéses módszerekkel kezelt két esete.

Paulikovits Elemér: K. G., 27 éves gyalogos, 1915 május 26.-án sérült. A löveg a jugulumban, az incisura jugularis sterni bal felének megfelelően hatolt be és a jobb váll felső harmadának hátulsó oldalán távozott. Közvetlenül a sérülés után igen erős vérzés indult meg, mely azonban nyomókötésre megszűnt. Vidéki kórházakban kezelték, hol lőésérülése simán meggyógyult, de hónaljában egy fokozatosan növekvő, erősen lüktető terimenagyobbodás támadt, karját pedig felemelni nem tudja. Osztályukra 1915 július 28.-án került jókora lúdtójasnyi aneurysmával, teljes plexusbénulással és atrophákkal. Műtétről kezdetben hallani sem akart, s csak hosszas rábeszélésre egyezett annak végrehajtásába. Műtét szeptember 3.-án. A pectoralis maior és minor külső felének átmetszésével T-alakú, a hónaljárok közepén át vezetett metszéssel szabaddá tették az aneurysmát, majd a verőér oda-, illetve elvezető szárat kikészítve és puha érszorítóba fogva, annak elülső falát átmetszették és felkeresték az érsérülés helyét. Azt találták, hogy haematoma communicans arteriosummal van dolguk. A gyűjtőér maga nem sérült, az ütőércsonkok ellenben mintegy öt centiméterre távolodtak el egymástól. Az idegtörzsek maguk erősen sorvadtak, de folytonosságmegszakítást sehol sem mutatnak. Mivel a viszonyok érvarratra kedvezőtlenek voltak, az ütőér oda- és elvezető szarát kettősen lekötve, kiirtották az aneurysmát és a sebet rétegesen bevarrták. A további seblefolyás sima volt s mint a bemutatott betegen látható, a végtag vérellátásában, dacára annak, hogy a profunda brachii eredése fölött kellett a lekötést végezniök, zavar nincsen, a plexusbénulás tünetei pedig szépen fejlődnek vissza.

B. I., 28 éves orosz zászlós, 1915 július 18.-án sérült. Közvetlenül a sérülés után sugárban szökölt lösebéből a vér, de erős nyomókötésre vérzése megszűnt. Tábori kórházakban kötötték, majd a kisszebeni fogolytáborba került, hol genyedő lösebének kötözése alkalmával ismételten észleltek igen heves vérzéseket. Osztályukra 1915 szeptember 10.-én este került 39-30 C. hőmérsékkel, erősen leromlott állapotban, kifejezett sepsis tüneteivel. Felvételkor jobb váll elülső felének belső oldalán a fossa Morenheimi alsó felének megfelelőleg húsz-

filleres mekkoraságú felhánt szélü, üvegszerűen áttűnő, halvány sarjakkal környezett anyagihiány volt kimutatható, melyből zöldessárgás bűzös geny ürült és időnként vér is szivárgott. Hónaljában pedig jókora lúdtójasnyi felületen lüktetést mutató terimenagyobbodás volt tapintható, mely fölött kifejezett surranás volt észlelhető, míg a hát jobb felén a scapula belső szélé alsó harmadától egy harántujjnyira a hatodik bordának megfelelőleg babnyi, szürkésfehér bőrheget találtak. Állapotára való tekintettel a műtétet mindjárt másnap reggel hajtották végre. A musculus pectoralis maior és minor lateralis harmadának átmetszésével szabaddá tették a jókora lúdtójasnyi, genyesen szétesett haematoma communicans, majd az arteria és vena subclaviát kikeresve, puha érszorítókkal leszorították azokat. Ezután az arteria, illetve venae brachialeseket keresték fel s azokat is puha érszorítókkal szorították le. Most a haematoma communicans elülső falát bemetszve, kitakarították a genyesen szétesett vérömlenyt és felkeresték az érsérülés helyét. Azt találták, hogy az arteria a medianus villája fölött egy harántujjnyira, a gyűjtőér pedig valamivel feljebb sérült. A zsák falának nagyobb fele az ütőérből került ki. Mivel a fennálló genyedés az érvarratot kizárta, a *Fritsch* által ajánlott *Syme-Kikuzi*-féle eljárás szerint az ereket a tömlők belvilága felől öltötték alá, majd a sebet drainezve, legnagyobb részét rétegesen elzárták.

Sima seblefolyás után a beteg láza fokozatosan csökkent, a seb bevarrt része nyolczadnapra gyógyult, egyébként pedig tisztán és élénken sarjadzott. Ma már a sebzés teljesen gyógyult, csupán a könyöktájon észlelhető még erősebb vízenyő és a könyökizület mozgása korlátozott még.

Aneurysma a. popliteae érvarrattal kezelt esete.

Paulikovits Elemér: M. G., 24 éves gyalogos 1915 július 8.-án sérült. A löveg a jobb sípcsont belső büttykének megfelelőleg hatolt be és hasonló magasságban a külső oldalon távozott. Közvetlenül a sérülés után igen erős vérzés indult meg, mely azonban nyomókötésre megszűnt. Vidéki kórházakban kezelték s lőésérülése simán be is gyógyult, de a térdhajlatban jókora tyúktójasnyi, élénken lüktető terimenagyobbodás támadt, mely fölött erős surranás volt érezhető. Aneurysmájának műtete végett helyezték át folyó évi október 2.-án osztályukra. Műtét október 5.-én. A térdhajlat közepének megfelelőleg vezetett metszéssel szabaddá tették az aneurysmát és úgy az ütő-, mint a gyűjtőérnek oda-, illetve elvezető szárait kipraeparálva és puha érszorítókkal leszorítva, felkeresték az érsérülés helyét. Azt találták, hogy a zsák legnagyobb része az ütőerre terjed ki, míg a gyűjtőér csak egy egészen keskeny kb. félcentiméteres hosszúságú hasadékon át közeledik az aneurysmával, tehát haematoma communicans arteriovenosummal (sec. *Verebély*) van dolguk. Mindenekelőtt a gyűjtőérről fejtették le a zsákot, s az így támadt keskeny oldalsó nyílást zárták kétrétegű tova futó varrattal, majd a zsákot pontosan felpraeparálva, az ütőér sérült részét tették szabaddá és a zsákot róla lefejtették. Ilyképp az ütőéren mintegy babnyi nyílás maradt vissza, melyet harántirányú kétrétegű tova futó varrattal sikerült teljesen elzárniok. A műteti sebet ezután rétegesen elzárták. A műteti sebzés nyolczadnapra simán meggyógyult s mint a bemutatott betegen látható, ma, tehát körülbelül öt héttel a műtét után, már csak a bokatáj csekély vízenyője áll már fenn. Egyébként a vérkeringési viszonyok rendesek.

Mező Béla: Teljes plexusbénulást okozó diónyi aneurysma verum traumaticum art. axillaris esetéről számol be, a melyet az új Szt. János-kórház Wodianer-osztályának vezetése alatt álló sebészetén még a háború második hónapjában operált. A 30 éves betegen, a ki az osztályra kerülése előtt 4 héttel sérült meg, a jobb clavicula külső harmada határa alatt három ujjnyira pontszerű bemeneti és a spina scapulae külső harmada határa alatt egy ujjnyira hasonló pontszerű kimeneti nyílás hege volt látható. A beteg egész jobb felső végtagja, még a delta-izmot is beszámítva, teljesen béna volt. Minthogy ezen a helyen a karhoz vezető összes idegek bénulását a kísérő erek sérülése nélkül nem lehet elképzelni, a beteget a bemutató gondosan vizsgálta, hogy nincsen-e haematoma communicans. A betegen azonban a pectoralisokon

átvonuló, a mélyhez rögzített hegvonalon kívül semmi elváltozás nem volt kimutatható. Az idegvizsgálat részleges elfajulást eredményezett. Mivel a beteg állapota fűrésztés, massage és villamozás daczára sem javult s a két hét múlva megismételt idegvizsgálat pedig rosszabbodást mutatott. Bemutató műtétre határozta el magát. A műtétkor, a mely a pectoralisokon való éles áthatolással történt, kiderült, hogy az összes képződmények egy heges köteget alkottak, a melyek elválasztása csak éles praeparálással sikerült. Az arteria axillaris, közvetlenül az art. subscapularis és circumflexa humeri ant. eredése alatt diónyi lüktető tágulás volt, a mely alatt az arteria jól pulzált. Az arteriát a duzzanat alatt és felett kellőképp kikészítve, az aneurysma faláról a nervus medianus, ulnaris és axillaris elég könnyen sikerült leválasztani. A n. radialis leválasztása már nehezebben ment, mert az aneurysmával hegesen össze volt növe. A bemutató a papírvékonyaságú aneurysmát proximálisan az art circumflexa eredése alatt, distálisan pedig közvetlenül a tágulás alatt kettősen lekötötte, eltávolította, a n. radialis medialis felében ülő heget kimetszette. A többi ideg sértve nem volt, csak a nyomás folytán el volt vékonyodva. Az eset érvarratra kiválóan alkalmas lett volna, de érvarró-készlet akkor még nem állott az osztály rendelkezésére. A lekötés az említett erek megtartása mellett veszélytelennek látszott, a mit a gyógyulás is igazolt. A beteg radialis érverése másnap már elég jól érezhető volt. Per primam gyógyulás. Az idegek vezetése az első hét vége felé kezdett visszaállni. Leglassabban ment a radialis regenerációja, a mely a beteg távozásakor, a műtét utáni 5. héten is mutatott kiesést.

Bemutatja a fixálás után felvágott vérröggel telt igen vékonyfalú aneurysma-készítményét.

Keppich József: Oszlja *Paulikovits* álláspontját, hogy lehetőleg megvarrja a sérült ereket vagy hosszabban, vagy körkörös. Lekötések után gyakran állanak be trophias zavarok s ha a végtag nem is hal el, de a functióban bizonyos hiányok elég gyakran állanak be. Lekötések után is igen nagy számban van teljes jó működéssel való gyógyulás, de azért sok rossz eredményt látott a hivatalos megállapítások alkalmából a lekötéssel kezelt esetekben. A végtagok functiója gyakran hiányos. Nem is beszél azon esetekről, a melyekben gangraena miatt amputálni kellett. Ezen esetekről, sajnos, nem számolnak be a sebészek, pedig fontos volna szemmel kísérni, minő gyakran állanak be elhalások e magasan való lekötések után. Nem szabad sajnálni a fáradságot és lehetőleg érvarratot kell végezni; ha ez nem megy, venát kell átültetni.

Holzwarth Jenő: *Keppich* hozzászólásához megjegyzi, hogy a verőér-lekötések, még ha magasan fent történnek is, súlyosabb működési zavarokhoz és elhaláshoz többnyire nem vezetnek, a mit igen jól bizonyít egy *Dollinger* tanár által az I. sz. sebészeti klinikán operált aneurysma arteriae iliaca-e eset, melyben az art. iliaca externát közvetlenül elágazódása alatt kellett lekötöni. A műtét körülbelül 3 hét előtt történt. A lekötés után semminemű keringési zavar nem volt, a beteg a végtagját teljesen jól mozgatja. Ez az eset is több más mellett bizonyítja, hogy még magas lekötés eseteiben is jó collateralis pályák vannak. Vérkeringési zavaroktól ott kell tartani, a hol gyuladással beszűrődések és lázas állapot mellett operálnak, vagy a hol nagy csont- és lágyrészrönszölések kísérik az aneurysmát. Mert ezekben a collateralisokban részben az összenyomatás folytán, másrészt a ronszolás folytán nem érvényesülhetnek. Különben is a vérvarrat után sem áll mindig helyre a vérkeringés az összevarrt éren át, a mi azonban szintén nem vezet nagyobb zavarokra.

Eltokolt typhustályog a tüdőben.

Hollaender Leó: A 23 éves gyalogos katonát szeptember 15.-én vették fel a *Bálint* tanár igazgatása alatt álló debrői úti honvéd hadikórházba. Anamnesis adatai: F. évi áprilisban typhus abdominalisban feküdt kórházban. 2 hónap múlva még meglevő baloldali mellkasfájdalmakkal bocsájtották vissza ezredéhez. E fájdalmak elmúltak s újra a harcztérre került. Augusztus elején munkadyspnoe s ismét baloldali mellkasfájdalmak jelentkeztek, melyek a felvételtől is fennállottak. Statusa ekkor a következő volt: Jól fejlett és jól táplált egyén. A bal mellkasfél kissé elődomborodik, légzéskor alig észrevehetően visszamarad s rajta néhány tágult vena látható. A jobb tüdő felett sem kopogtatási, sem hallgatódzasi eltérés nincsen. Baloldalon a kulcsont felett rövidült, alatta tompa a kopogtatási hang, mely tompulat lefelé összefolyik a szív tompu-

latával, oldalt átmenet nélkül határolódik el a tüdő teljes éles, nem dobos kopogtatási hangjától. Hátra kopogtatási eltérés nincsen. Ez oldalon a tüdő alsó határa fixált. Hallgatódzaskor a kulcsont felett megnyúlt kilégzés, alatta — a tompulatnak megfelelőleg — gyengült légzés hallható. Hátra hallgatódzasi eltérés nincsen. A szívcsúcslövés nem tapintható. A szívtompulat mindenütt abszolút s mint ilyen jobbfelé 2 ujjal meghaladja a jobb szegyszélt, felfelé és kifelé összefolyik a tüdő felett talált tompulattal. A szívhangok tiszták. A pulzus közepes, közepes, rythmusos. Száma percenként 90. A has felett eltérés nincsen. A lép nem tapintható. Idegrendszeri elváltozás nincsen. A vizeletben rendellenes alkotórészek nincsenek. A diazo-reactio negativ. A fehérvérsejtek száma 13.800. A kvalitatív vérképben eltérés nincs, 2% eosinophil van.

A bemutató a mellkasról készített dorsoventralis, II. ferde és oldalirányú Röntgen-felvételeken demonstrálja, hogy a bal mellkasfélben egy nagy árnyék foglal helyet, melyet minden irányban légtartó tüdőszövet vesz körül és melynek határai mindenütt élesek. A szív jobbra van tolvá. Észlelés alatt a betegnek naponta pár tizedfokos hőemelkedései voltak, a mellkasfájdalmak nem nagy fokban bár, de állandóan jelen voltak. Kétségtelennek látszott, hogy a tüdő szövetében helyet foglaló cystosus képződményről van szó. Tuberculosis caverna a beteg általános állapotával, a tuberculosis elváltozások egyébkénti hiányával és a Röntgen-képen talált azon lelettel volt kizárható, hogy az árnyékban magában levegő nem volt. Minthogy a beteg hosszabb ideig tartózkodott Szerbiában, a hol a tüdőechinococcus nem ritkaság, erre is gondolni kellett. Az echinococcus-complementkötés negativ volt. Eosinophilia nem volt. Legvalószínűbb volt egy eltokolt tüdőfályog. Próbapunctió alkalmával a III. és IV. borda közt a medioclavic. és elülső axillaris vonal közt beszűrve, genyet sikerült nyerni. A műtét indicatio fennállva, azt *Láng A.* főorvos okt. 21.-én végezte. Reszekálta a IV. bordát a medioclavic. és elülső axillaris vonal között. Az összenőtt pleuralemezeken és kb. 2 cm. vastag ép tüdőszöveten áthaladva eljutott a tályog vastag falához, melyet megnyitva bőven ürült nyúlós nyálkás geny. E genyből a typhus-bacillus tiszta culturája tenyésztett ki. A betegnek műtét után jutott eszébe, hogy typhusának végén egy alkalommal nagymennyiségű tiszta genyet köpött. A tályog tehát egy ízben a bronchus felé spontán megnyílt, azonban újra elzáródott, továbbfejlődött és ilyen tekintélyes nagyságot ért el. A beteg a műtét után 2 nappal láztalan lett. Jelenleg láztalan, fájdalmai nincsenek, kötőzések alkalmával még ürül nyúlós, nyálkás geny.

A bemutatót a typhus abdominalis utáni metastasisos tályogképződésnek ez a nem gyakori localisatioja és szokatlan lefolyása bátorította arra, hogy az esetet ismertesse.

(Folytatás következik.)

PÁLYÁZATOK.

195/1915 eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórháznál üresedésben levő, évi 1600 K fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezéssel javadalmazott másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy I K-s bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám 1916. évi január hó 24.-én délelőtt 11 óráig annyiival is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy kéllően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1915 december 31.

Velits Dezső dr. s. k.,
udv. tan., tud.-egy. ny. r. tanár,
igazgató.

A szekszárdi Ferencz-kórháznál három alorvosi állásra pályázat hirdettetik 1800—1600—1400 korona évi fizetéssel, bentlakással és teljes ellátással. A pályázatok a főispán úrhoz címelve a kórház igazgatóságához küldendők.

Szekszárd, 1916 január 1.

Kórházigazgató.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Poór Ferencz: A székesfővárosi Szt. István-kórház V. osztályáról. Eczema marginatum (epidermophytiasis) generalizált esete. 27. lap.

Somogyi István: Az anaphylaxia kérdése és a tuberculosis antitoxikus kezelése. 28. lap.

Borsos Imre: A napfény befolyása a sebek gyógyulására. 31. lap.

Tar Alajos: A segélyhely szervezéséről. 32. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Cosentius: Meister Johann Dietz, des grossen: Kurfürsten Feldscher und königlicher Hofbarbier. — Lapszemle. Sebészet. Lepkowski

és Brünauer: Másodfokú és harmadfokú fagyások. — Schrötter: Czélszerű szabású katonanadrág. — Teutschlaender: Tetanus-fertőzés. — Börkörtan. Oppenheim: A munitió gyárákban előforduló bőrbajok. — Venerás betegségek. Neisser: Valóban lehetetlen-e a prostitúciót az egészség szempontjából ártalmatlanná tenni? — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Ranck: Knoll-féle Granugenol. 34–36. lap.

Magyar orvosi irodalom. 36. lap.

Vegyes hírek. 36. lap.

Tudományos Társulatok. 37–40. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A székesfővárosi Szt. István-kórház V. osztályáról.

Eczema marginatum (epidermophytiasis) generalizált esete.

Irta: Poór Ferencz dr., egyet. magántanár, kórházi főorvos.

A francia dermatologusoktól már *Devergie* (1857) óta a trichophytiasisnak mind változatosabban kialakuló körképei közé sorozott, de *Hebra*-tól később a „eczema”-nak a korábban zavaros fogalmával elég szerencsétlenül kapcsolatba hozott s „eczema marginatum” elnevezéssel mint önálló betegségfolyamat ismertetett bőrmikozissal, mint a *lágyczombhajlatban* és tájékán székelő periferiás terjedésű, középpontjában gyógyuló, bővérű széllel bíró és hólyagocskákkal szegélyezett, idősült, makacs bőrbántalommal a gyakorlatban elég gyakran találkozunk. A régibb bécsi iskola *Hebra*-nak a bőrmikozisok okozóinak, a hyphomycetáknak (fungi imperfecti) identitását valló és *Gruby*-nak meg társainak felfedezéseit ignoráló felfogása alapján állott, míg a francziák a betegséget illetően állandóan kitarotitak az említett *Devergie*-féle tanítás mellett. Később, különösen *Král* és *Waelsch* vizsgálatainak hatása alatt, német részről is mind többen csatlakoztak a francia felfogáshoz s mindinkább az a nézet vált uralkodóvá, hogy a szóbanforgó betegség a trichophytiasisnak olyan sajátos nyilvánulása, melyben a trichophytiasis és az eczema társul és éppen ez a superinfectio adja a laesio klinikai jellegzetességét.

Ekként állottak ismereteink, a mikor 1907-ben *Sabouraud* vizsgálatainak eredményét közölte. Bakteriologiai, tenyésztési és oltási kísérletei, valamint klinikai megfigyelései a szóbanforgó bőrelváltozást egészen új világításba helyezték. *Sabouraud* a mellett, hogy a betegség nyilvánulására nézve 1907–13 között megjelent dolgozataiban hangoztatta, hogy az u. n. *eczema marginatum* gombája a trichophytonfajtáktól okozott bőrbántalmaktól eltérően a szőrtüszőkbe sohasem hatol be, noha leggyakoribb elhelyeződése a lágyczombhajlatban és a körül az erythrasmaéval egyezik, attól mégis már klinikailag is megkülönböztethető igen élénkpiros színe s az által, hogy szegélyén apró hólyagocskák jelenhetnek meg, a mi erythrasma esetében sohasem látható. Másrészt mikroszkop alatt a kórokozóknál — melyet *Sabouraud* „epidermophyton inguinale”-nak nevezett el — a gomba-filamentumok a trichophytonnál megszokottaknál sokkal karcsúbbak, de viszont kb. tízszer oly

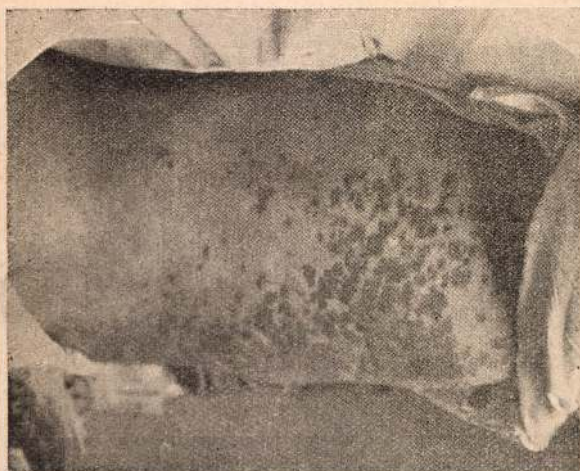
vastagok, mint a milyen az erythrasma okozójánál, a mikrosponon minutissimumnál látható, továbbá, hogy az epidermophyton myceliumain orsóalakú spórák ülnek. Azonkívül az epidermophyton kultúrája maltose-agaron lassan növekedő, kerek, citrom- vagy zöldessárga, sugarasan segmentált, meg lehetőszen száraz, szélein nyulványokkal ellátott.

De hangsúlyozta *Sabouraud* 1910-ben a fennebbiek mellett még azt is, hogy e bőrbántalom nem mindig a lágyczombhajlatban fejlődik ki, s minthogy a kórokozót egy az ujjak közötti bőrredőben támadt laesióban is sikerült megtalálnia, nézetét akként formulázta, hogy az u. n. eczema marginatum szinte szabályszerűen a bőr természetes redőiben székel („sa localisation aux plis naturel est la règle et ses inoculations à la peau vague rares et fugaces”). Azt talán felesleges is megjegyezni, hogy *Sabouraud* a régi *Hebra*-féle felfogást, mely a bántalmat az eczemával confundálja, mint teljesen tarthatatlan és túlhaladott álláspontot alig említi.

Legujabban mindinkább szaporodnak az olyan esetek, melyek klinikai irányban módosítják a *Sabouraud*-féle körképet is. *Dudumi* és *Nicolau* összesen 45 esete közül 26-ban a bántalom ugyan tisztán a lágyczombhajlatra szorítkozott, de egy esetben az inguinális tájék mentesen maradása mellett az elhelyeződés a testfelület egyéb részein volt észlelhető. *Alexander* (1912) 10 esete közül 3-ban volt a lágyczombhajlat szabad, sőt e szerző nem is a bőr természetes redőiben — a minek *Sabouraud* egyenesen kórhatározási fontosságot tulajdonított —, hanem a testfelület különböző egyéb részletein látta a bántalmat kifejlődni, a miért ez utóbbiakat mint atypusos elhelyeződéseket ismerteti. *W. Fischer* (1915) *Blaschko* tanár klinikájáról az utóbbiakkal egyező eseteket közöl. Ezekben nemcsak a lágyczombhajlat volt szabad s nem is a bőrredőkben lokalizálódott a bántalom, hanem 5 esetben a mellen, egyben a mellen, a hason és a jobb felső végtagon, egyben a mellen és háton s egy esetben csupán a hason. Mindezekben a laesiókban *Fischer* megtalálta a *Sabouraud*-féle epidermophyton myceliumait. Megfigyelése szerint a bántalom két jól körülírható alakban mutatkozhatik. Az egyik alakban a testfelület bármelyik részletén mint nagyszámú, bővérű, hámló folt, melyek egymással részben összefolyva virágfűzérhez hasonló formában vagy polycyklosus alakzatokban rendeződnek el; a baj explosiv kitéréssel hevenyész lefolyású s nagy kiterjedésben lepi el a bőrfelületet. A másik alak már sokkal lassabban fejlődik ki, idősültebb lefolyású s a trichophytiasisra meglepően hasonlító, elevált szélű, középen való gyógyulásra s a gyógyult részeken ismételt kiújulásra hajlamos, a meg-

támadott bőrfelületen szabálytalanul szétszórta gombostűfejnyi hólyagocskáktól származott pörkökkel van behintve.

Minthogy osztályomon nekem is alkalim volt egy ide tartozó, atypusos elhelyeződésű esetet észlelnem, azt hiszem, hogy nem végzek teljesen fölösleges munkát, midőn azt az irodalomban ismertett csekélyszámú eset mellé iktatva, hozzájárulni igyekszem a betegség lényegének és kórképének tisztázásához. Az eset a következő:



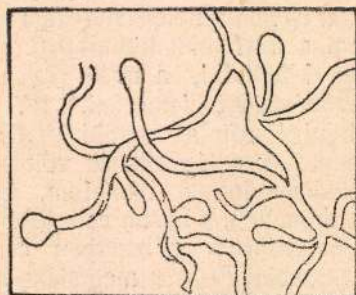
1. ábra.

N. J., 23 éves zászlóst 1914 december 18-án Galicziában mellkasfővén érte, melynek következtében az V. orvosi osztályra szállították (december 28.). A beteg sebészeti kezelését Pólya tanár végezte s azzal, mint tárgyunkhoz nem tartozóval, nem foglalkozom, csupán felemlítem, hogy mellkasára állandóan felmelegedő borogatásokat kapott.

1915 március 1.-én a lágyéktáj, valamint a czombok belső felületének bőre teljesen ép, azonban a mellkas mindkét felét proximalisan a kulcscsontig, medialisan az első hónaljvonalig s distalisán az utolsó bordáig szabályos, körkörös, fillér-koronányi, izolált, valamint körszelvényekben virágfűzér módjára elrendeződött, részben pedig, különösen a szegycsont fölött és közvetlenül két oldalán tenyérnyi foltokká összefolyott, szelükön élénkpiros, a laesio középpontja irányában halványodó s helyenkint hámó, nedvező s nem viszkető, de mérsékeltén égető kiütések vannak. A laesio élénkpiros szélét néhol gombostűfejnyi hólyagocskák alkotják. máshol e vesiculák beszáradtak, vagy fedelük felszakadván, helyükön nedvező felületet mutatnak. Az egész kiütés jellege azt mutatja — a mit különben a beteg is elmond —, hogy az a szegycsont szomszédságában keletkezett s néhány nap alatt terjedt el. Itt-ott egy-egy genyhólyag (másodlagos fertőzés) látható. A kiütés helyéről megállapítható, hogy annak a területnek, melyet a prolongált borogatás takart, határát nem lépte át.

A bőrbántalomnak régebben meglevő helyéről vett hámkaparékban dendritikusan elágazó, 2—3 mikron vastag myceliumok, melyeken számos orsóalakú myceliumspóra van. A fonalak egy részének teste septált s azok ezért láncszerű benyomást tesznek.

Gyógyításra jodtintúra-ecsetelést alkalmaztam, felváltva a gyógyszer okozta irritationál czinkolmos kenőccsel.



2. ábra.

A mint a kórtörténetből kivehető, esetünk azok közé a kevés, már említett esetek közé tartozik, melyek azt bizonyítják, hogy az eczema marginatum (epidermophytiasis) nem csupán ott keletkezik, a mint Sabouraud hitte, a hol a bőr redőket alkot s még kevésbé csupán csak a lágyékcombokhajlatban, mint azt még előtte írták, de úgy látszik, hogy a testfelületnek bármelyik részletén kifejlődhetik s ott

nagy terjedelmet érhet el. De a mi véleményünk szerint is, hogy a betegség valamelyik bőrrészletén kifejlődjék, ahhoz nem elég a kórokozó gombának odajutása, hanem éppen oly fontos a talaj alkalmas volta, mely ilyenre a nedves meleg hosszas és állandó behatása alatt válik. A bőr természetesen éppen azokon a helyeken, a hol redőket alkot, van leginkább kitéve a verejték fokozott képződésének s hatásának s ezért találjuk az epidermophytiasist is többnyire e helyeken, s ez az oka annak is, hogy a czomb belső felületén túlnyomó számban férfiakon fordul elő, ott t. i., a hol a nadrág a herét odaszorítja a czombfelülethez, a hol ennél fogva az izzadás is fokozott. De, a mint azt nemcsak az én esetem, hanem a többi közt különösen W. Fischer-é is bizonyítja, a nedves melegség is, melyet a felmelegedő borogatások hosszabb időn át való alkalmazása okoz, disponálhatja a bőrt arra, hogy az esetlegesen odajutott kórokozó ott elszaporodjék és jellemző pathológiai elváltozásokat okozzon. E mellett szól Fischer-nek az az esete, melyben a hasra alkalmazott Priessnitz-borogatás után a hason székel a bőrbántalom.

A másik kérdés az, hogy csakugyan elkülönítendő-e a Sabouraud-féle epidermophyton a trichophytonok csoportjától. A kérdés megoldása nem könnyű, hisz éppen Sabouraud, valamint — hogy csak a főbb kutatókat említsük — Mibelli, Bodin, C. Fox, M. Morris alapvető munkáiból ismeretes, hogy az emberi és az állati trichophytongombák nem egy és ugyanazon specieshez tartoznak, hanem egy nagy családhoz tartozó csoportot alkotnak s a legváltozatosabb kórképek előidézésére mellett tenyésztésük is eltérő külsejű kultúrákat produkál. Kétségtelen, hogy a közismert Henle-Koch-féle, minden parasitás bántalomra vonatkozó három követelmény közül az epidermophytonra vonatkozólag két pont teljesült. T. i. sikerült egy és ugyanazon jellemző alakú mikroorganizmusnak a betegség produktumaiban való állandó jelenlétét bebizonyítani, s épp úgy sikerült azokból a kórokozókat tisztán kitenyészteni. De e tiszta tenyészetből ojtott organismusokkal a fajlagos bőrbántalom előidézésére eddig még egyik szerzőnek sem sikerült s az adatok, melyek a fertőzés módjára vonatkoznak, mint egyes kórtörténetekből kivehető, meglehetősen bizonytalanok. Mindenesetre ezek a tiszta tenyészetből való ojtások döntőnek el végérvényesen a kérdést, hogy jogosult-e az epidermophytiasisnak teljes elkülönítése a trichophytiasis-csoporttól.

Irodalom. Alexander: Archiv für Derm., 113. kötet. — W. Fischer: Berliner Klinische Wochenschrift, 1915. — Kral: Verhandlungen des I. Kongr. der Deutschen Derm. Gesellschaft, Prag, 1889. — Sabouraud: Les teignes, Paris, 1910, Archiv für Derm., 113. kötet. — Waelsch: Archiv für Derm., 33. kötet.

Az anaphylaxia kérdése és a tuberculosis antitoxikus kezelése.

(Az I.-K. hatástana és alkalmazása.)

Irta: Somogyi István dr., v. közkórházi orvos.

Bevezetés.

Jól ismerjük azt a nagy lelkesedést, melyet 1890-ben Koch Róbert-nek a tuberculinnal végzett kísérleteiről szóló első közleményei keltettek nemcsak az orvosok, hanem a nagyközönség sorában is, és ismeretes az a nagy psychés depressio, melyet a túlzott remények felkeltése után szükségképpen előállott csalódások idéztek elő.

Ezek után érthető, ha egy újabb tuberculosis-ellenes szernek használatba vétele csak nagy skepticismus leküzdése s csak nagy tudományos harcok sikeres kiállása után járhat eredménnyel.

Ma már tudjuk, hogy a tuberculinnal bizonyos indicatiók és adagolási módok betartása mellett lehet elérni sikereket; de azért az a túlzott óvatosság, mely az első tuberculin-aera után fennmaradt, csak nem akar eloszolni.

Innen magyarázható meg azon ellenszenv, melyet tudományos köreink egyik részében az újabb tuberculosis-ellenes

szerekkel, köztük a Spengler-féle I.-K.-val szemben táplálnak. Ez azonban nem zavarta a kutatókat, mert szükségképpen nagyobb buzgalommal dolgoztak, hogy annál meggyőzőbben igazolhassák állításaikat.

Az I.-K.-t (Tuberculose-Immunkörper) Spengler Károly állította elő. Ő azt találta, hogy tuberculosissal ellen immunizált állatok vörösvérsejtjeiben sok ezerszer több antitest (antitoxin, lysin stb.) van, mint a vérsavóban. Ezekből a vörösvérsejtekből állította elő Spengler az I.-K.-t, miután azokat plasmától és fehérjétől megtisztította. Spengler állítása szerint a forgalomba kerülő I.-K. egy köbcentimetre 1,000.000 lytikus és antitoxikus egységet tartalmaz.

* * *

Jelen tanulmány alapját az I.-K.-kezelés kapcsán szerzett következő észlelések alkották:

1. Egyes esetekben a kezelés elején az injectiót követő napon a hőmérséklet csökken, majd a 2.—3. napon ismét emelkedik. Végérvényben a kezelés folytatásával a beteg fokozatosan láztalanra válik s ezzel karöltve az intoxicációs tünetek megszűnnek.

2. Más esetben, legtöbbször az előbbiek továbbkezelésének folyamán, az injectiót másnap hőemelkedés követi, mely a 2. vagy 3. napon megszűnik. Itt, ellentétben az előbbi esetekkel, lázat és intoxicációs tüneteket észlelünk.

3. A kezelés hatása alatt a legtöbb esetben teljesen megállapítható fokozott gyógyulási tendenciát, sőt teljes gyógyulást észlelhetünk.

4. Egyes esetekben a gyógyulást a kezelés folyamán előzetes kétségtelen javulás után a hőmérséklet emelkedése és az intoxicációs tünetek kiújulása követi, a mely állapot a további kezelés folyamán tovább rosszabbodik.

5. Az előbbi pontban említett esetek, ha a kezelést idejében beszüntetjük, további kezelés nélkül javulásnak indulnak.

6. Egyes esetekben az I.-K. hatása elmarad.

* * *

A mint látjuk, homlokegyenest ellenkező hatások észlelhetők ugyanazon szer alkalmazása esetén, ugyanazon kórokozó által előidézett kórfolyamatnál. Az már kezdetben világos volt előttem, hogy ezen ellentétek csak látszólag állhatnak fenn, s csak eredményei és egyuttal kifejezői azon változó viszonyoknak, mely egyrészt az infectio támadó ereje, másrészt a szervezet (esetleg I.-K.-val is támogatott) védekező-képessége között fennáll.

Mások s a saját eseteim tanulmányozása közben s az immunitástan eredményeinek felhasználásával sikerült a fenti ellentétes észleleteket egymással szerves összefüggésbe hoznom egy olyan egységes elmélet segítségével, mely igen plausibilis magyarázatát adja az antitoxikus szerek hatásának.

I. Az anaphylaxiás reactio lényege tuberculosisban.

A kezelés legfontosabb tünetét a hőemelkedésben és az ezzel karöltve járó intoxicációs tünetekben kifejezésre jutó reactio alkotja. Ha tehát az I.-K. hatástanához közelebb akarunk jutni, feltétlenül tisztában kell lennünk a reactio keletkezésének módjával.

Friedberger szerint az anaphylaxiás tüneteket (a reactiót) a toxin és antitoxin okozza, miután ezek egyesültek és complementumot kötöttek. Ezen complexumban ugyanis az antitoxin és a complementum együttes hatása alatt fermentative elbomlik a toxin s az e közben szabaddá váló intermediaer bomlási termékek mérgezik a szervezetet. Ezeket az intermediaer bomlási termékeket nevezte el Friedberger anaphylatoxinoknak.

Ezen elmélet első pillanatra igen megkapó magyarázatát adja a reactionnak, de ellene szól az antitoxikus kezeléssel szerzett tapasztalat. Pl. diphtheria-ellenes savó injectiója után gyógyulás esetén a hőmérséklet leszáll a normalisra s a beteg euphoria áll elő. Hasonlóképpen lépfene-ellenes savó adagolása után is a gyógyulást 2 tünet vezeti be: a hőmérséklet leesése s az étvágy és közérzet javulása, rendszeren 10—12 óra alatt. (Orvosi Hetilap 1906, I., 117. o. Detre:

A lépfene seruma, tekintettel annak jelentőségére hazánkban.) A másik bizonyítékot számomra éppen az I.-K. szolgáltatja. Ha ugyanis az anaphylatoxin-elmélet ebben a formában helyes volna, úgy az I.-K. injectiója nem szüntetné meg az intoxicációs tüneteket, hanem ellenkezőleg: a vérben levő toxinnak a bevitt antitoxinnal való egyesülése folytán az anaphylatoxinok bővebben képződnének, és így a hőmérséklet emelkedésének és az intoxicációs tünetek súlyosbodásának kellene bekövetkeznie. Ezzel szemben mindazon esetekben, hol hőemelkedések és intoxicációs tünetek vannak, az I.-K.-val való kezelés első szakában az intoxicációs tünetek javulását s a hőmérsékletnek a normalis felé való közeledését észlelhetjük, tehát éppen az ellenkezőjét annak, mint a mit Friedberger felfogása szerint várhatnánk.

A másik és újabb felfogás a mellett kardoskodik, hogy a toxin-antitoxin-systema megköti a complementumot s esetleg más anyagokat is, és ezen anyagok teljes elvonása okozná az anaphylaxiás reactiót (l. Bauer: Über die Herkunft des Anaphylatoxins. D. m. Wschrft, 1913, VIII.) Ezen elmélet sem lehet kielégítő, mert ezzel megint nem tudjuk magyarázni pl. a tuberculin-túlérzékenységet.

Igen plausibilisnek látszik az a felfogás, hogy maga a tuberculo-toxin mérgező hatású. Ezt látszik bizonyítani az a tény, hogy a toxin-hatás bizonyos fokig arányban áll a toxin mennyiségével, másrészt látszólag mellette bizonyít az antitoxin prompt bekövetkező méregtelenítő hatása; de ellene szólnak a következő tények:

1. Egészséges embert és csecsemőket a tuberculin nagy dosisaival kezelhetünk s mégsem észlelünk semmiféle hatást.

2. Fel lehetne hozni, hogy a tuberculosissal fertőzött egyén érzékeny a tuberculinnal szemben. Ez ellen 2 tény hozható fel. Az egyik az, hogy a tuberculin-érzékenység immunisatióval megszüntethető. A másik tény az, hogy in ultimis lévő tuberculosus betegeken, hol a szervezet nagymennyiségű toxinnal van elárasztva, nincsenek intoxicációs tünetek, valószínűleg azért, mert a szervezet immunizáló képessége felmondotta a szolgálatot.

Mindezek után s az anti-toxikus kezelés tanulmányozása közben arra a meggyőződésre jutottam, hogy a reactiók, illetve a láz és az intoxicációs tünetek nem lehetnek általános hatások, hanem a gócokban kiváltott hatások reflexei. Hogy miképpen, azt lássuk bővebben a következő fejezetben.

II. Az anaphylaxiás reactio keletkezése tuberculosisban.

A szervezetbe jutott tuberculosis-bacillus vagy az inoculatio helyén, vagy a regionaer mirigyekben telepedik meg, vagy a véráramba jutva a szervezet bármely helyén fennakadhat. Bárhol telepedjék is meg a tuberculosis-bacillus, termeli a toxinokat, a melyek természetesen legconcentráltabban megtelepedési helyének környékét érik. Részben a bacillusok szétesési termékeinek, részben a concentrált toxin-hatásnak következménye a localis antitest-termelés lesz, ez viszont a meginduló lytikus folyamatok útján a gócz körül gyuladást eredményez. A gyuladás eredménye a tuberculosisra jellegzetes lögát-képződés lesz: így jön létre a tuberculum. A tuberculum tehát a szervezet védekező működésének eredménye.

Wassermann és Bruck kimutatta, hogy tuberculosus betegek serumában specifikus antitestek nincsenek, csakis akkor, ha tuberculinnal kezeltük őket. Citron és Lüdke ezen tényt további vizsgálatok alapján oda módosította, hogy tuberculosus betegek vérében csak kivételesen lehet antitesteket találni. E szerint a tuberculosus betegek legnagyobb része toxæmiás állapotban kell, hogy legyen.

„Wassermann és Bruck 1906-ban megjelent közleményeikkel kimutatták, hogy a szervezet a tuberculosis ellen is készít antitesteket, még pedig magának a gümőnek sejt-működése útján. Az az ismert tapasztalat, hogy a tuberculin bevitelére a gümő peripheriája specifikus gyuladást mutat, megérthető, ha felveszszük, hogy a gümőnek legkülső sejtjeiben van valami a tuberculin iránt specifikus affinitással bíró antituberculin, mely az affinitás birtokában antigenjét,

azaz a tuberculin leköti. (I. *Detre L.* előadását a kir. Orvosegyelet XII. r. gyűlésén 1906 febr. 7.-én. Közölve: O. Hetilap 1906. XV. 463. o.)

Ezen adatok felsorolása után térjünk át tulajdonképpeni tárgyunkra.

* * *

Jól tudjuk, hogy az állandó vagy csak kis fokban változó intenzitású ingerek nem váltanak ki reflexeket. Ez az eset áll fenn a tuberculumnál is. Az ennek létrejöttét okozó bacillusok mennyisége és toxin-termelő képessége a tuberculum védekező-képessége szerint vagy állandó, vagy fokozatosan csökken, vagy fokozatosan emelkedik; acut intenzitás-változás tehát nem jöhet létre, és így, a mennyiben a gümös góczban lefolyó küzdelem minden vonatkozásában lokalizálva maradna: a tuberculum létezéséről s az abban lefolyó küzdelemről a szervezet reflexes úton nem venne tudomást.

Wassermann és *Bruck* tapasztalatai (I. feljebb, toxaemia) a mellett bizonyítanak, hogy a gümő nem áll helyzetének magaslatán, mert antitest-termelő képessége nem tud lépést tartani a bacillusok toxin-termelő képességével, vagy ha lépést tart is, nem tudja megakadályozni azt, hogy a toxinok egy része a nedvrendszerbe diffundáljon. A feleslegben maradó toxinok kijutnak a szövetnedvbe és innen a véráramba, s a toxaemiát idézik elő.

Míg az *intratuberculosis* toxinhatások meglehetősen állandóságot mutató intenzitásuknál fogva reflex-hatásokat nem idéznek elő, addig a tuberculumból a nedvrendszerbe jutó immár *extratuberculosis* toxin a toxaemiás állapot következtében (a vérben nincs antitoxin, mely útközben lekösse) eljut más góczokhoz; a góczok magukhoz vonják a toxinokat, a melyek a peripheriájukon képződő antitestekkel egyesülve, complementumkötés után *perituberculosisan* fokozzák a lobos folyamatot. A lobos folyamatnak az extratuberculosis toxinok hatására bekövetkező ezen fokozódása már ingerként hat és általános tünetek képében kifejezésre jutó reflex-hatásokat idéz elő. E szerint tehát az általános reactio, vagyis az anaphylaxiás reactio, reflexes következménye azon góczreactióknak, melyeket a góczok peripheriáján az extratuberculosis toxinok hatására fokozódó lobos folyamatok idéznek elő. Ezen reflexek egyik következménye az a vérkeringési zavar, mely többek között a csökkent hőleadás folytán a hőmérséklet emelkedéséhez vezet; ugyancsak ezek a reflexek váltják ki az egyénenként változó intoxicációs tüneteket.

Minél erősebb a toxolytikus folyamat által megindított reflex-hatás, annál magasabb a hőmérséklet és annál nagyobb-fokúak az intoxicációs tünetek. A fokozott gócz-folyamat által kiváltott reflex-hatás tehát függ egyrészt a góczokban lefolyó (*perituberculosis*) toxolytikus folyamat intenzitásától, másrészt az illető gócz érzékenységétől, illetve reflex-ingerlékenységétől.

Kérdés már most, kifejezésre jut-e minden esetben a góczreactio. A góczreactio a lobfolyamat fokozódását jelenti, tehát többek között nagyobb hyperaemiát és így a gócz megduzzadását okozza. A hol tehát a góczreactio helyén fájdalom-érző idegvégkészülékek vannak, ott a reactiót láj-dalmak kísérik, a mihez felületes góczokon (pl. subcutan mirigyek) még lobos pir is csatlakozik, mely annál intenzívebb, minél felületesebb az illető gócz. A zsigerekben lefolyó góczreactiókat a bőrön a jellemző *Head-féle* hyperalgesias zónák kísérik, vagy a már meglévők fokozódnak.

Az elmondottakból következik, hogy a hol általános reactio van, ott góczreactiónak is kell lennie, viszont a góczreactiók nem okoznak feltétlenül általános reactiót. Hogy ezen elméleti uton levezetett következtetések a tapasztalati tényekkel is megegyeznek, annak bizonyítására felhozom *Scharl Pál* következő észleleteit: „Sok száz esetre vonatkozó tapasztalataim azt bizonyítják, hogy a góczreactio beállhat láz nélkül is.”

Ugyanitt említi fel *Scharl Pál*, hogy „... az a benyomásom, mintha az általános tünetek nélkül lefolyó tuberculi-

nisiót gyakrabban kísérnék gócztünetek, mint az általános (láz) reactiókat.” (L. Első nagygyűlés munkálatai 97. o.)

A hol általános reactio esetén gócztüneteket nem észlelünk, ott valószínűleg úgy áll a helyzet, hogy a nagyfokú mérgezőképesség következtében már oly kicsi gócztünetek mellett is aránylag heves és így korán felismerhető általános tünetek lépnek fel, a melyek mellett a gócztünetek észrevehetetlenek maradhatnak, mert vagy nagyon kisfokúak, vagy a gócz fekvése teszi azokat a physikális vizsgálat számára hozzáférhetetlenné.

Jelen tanulmányom feldolgozása közben értesültem *Galambos Arnold*-nak a berlini gyógyszer-tani intézetben végzett kísérleteiről (Orvosi Hetilap 1913, XIX.), melyekből kitűnik, hogy az anaphylaxiás reactio megakadályozható:

1. Atropinnal, mely a vagust bénítja, illetve a vagotonust csökkenti;
2. adrenalinnal, mely a vagus antagonistájára, a sympathicusra fejt ki izgató hatást;
3. vagus-átmetszéssel.

Galambos ezen adatokból, továbbá *Friedberger* és *Gröbler* szóbeli közléseiből arra a következtetésre jut, hogy az anaphylaxiás reactiót az anaphylatoxin centralis hatása idézi elő. Az antitoxikus szerek, köztük az I.-K., prompt láztalanító hatása azt látszik igazolni, hogy a centralis hatásokat a góczokból kiinduló specifikus eredetű reflex-ingerek váltják ki.

Az anaphylaxia itt vázolt reflex-theoriájának támogatására idézem *bárá Korányi Sándor* belorvostani előadásaiból a következőket (III. kötet, 124. oldal).

„*Römer* szigorúan quantitativ fertőző eljárással bebizonyította a tengeri malacra, a birkára és marhára vonatkozólag azt, hogy a könnyű infectio védő hatása teljes immunitást hoz létre olyan második infectióval szemben, mely nem túlságosan erős.

Ennek az immunitásnak mechanizmusát nem ismerjük. Hogy az összefüggésben van az allergiával, abban alig kételkedhetünk. Különösen *Römer*-nek és *Joseph*-nek állatkísérletei mutatták meg azt, hogy az immunizált állatoknál általában nagyfokú allergia észlelhető, a mely a reinfectio alkalmával mutakozó, gyorsan kezdődő heves és gyorsan végződő reactióban nyilvánul meg. Ugyanezek a vizsgálatok azt is megmutatták, hogy az immunitás kifejlődéséhez szükséges, hogy az első könnyű infectio a specifikus tuberculosus gócz kifejlődéséhez vezessen. Az ilyen gócz kifejlődésének elmaradása fejt meg azt, hogy egészséges állatot tuberculinnak a bőr alá fecskendésével immunissá tenni nem lehet.”

E szerint a tuberculosisban az immunitás az allergiával függ össze, az allergiából folyó tünetmennyiséget pedig csakis ott észlelhetjük, a hol gümös gócz már kifejlődött. Az általános reactio jelenségei tehát csakis a gümös gócz közvetítésével jöhetnek létre.

Hogy a reactiv jelenségeket a kiváltó ok fokozódása idézi elő, arra igen szép példával szolgálhatnak az opsoninos vizsgálatok, a mennyiben az opsonin-index változásai bizonyos parallel összefüggést mutatnak az antitestek mennyiségének változásaival. Nálunk többek között *Szabóky János* tette igen beható vizsgálat tárgyává azt az összefüggést, mely az opsonin-index változása és a tuberculin-reactio lefolyása között fennáll. Ezen vizsgálatokból a következő bővebben ismertetett eset nyújt érdekes felvilágosítást. (Orvosi Hetilap, 1908, XIV., 232—233. oldal.)

A kérdéses esetben csak a III. ATO.-injectio után jelentkeztek a helyi és az általános reactio tünetei, de az opsonin-index már az első két injectio után is változást mutatott és pedig:

Decz. 16.:	0.2 ATO	Opsonin-index	1.25.
Decz. 21.:	0.2 ATO	„	0.65.
Decz. 27.:	1.0 ATO	„	0.65.

Ezen III. injectio után decz. 29.-éig az opsonin-index tovább esik 0.25-ig s eddig semmiféle más klinikai tünet nem volt. Most azonban váratlanul megváltozik a kórkép. A hőmérséklet felszökik 39.8°-ra, a tüdőben erős helyi tünetek,

a köpet mennyisége szaporodik, erős levertség, bágyadtság, gyenge pulsus, apathia. Mindezen tünetek megmaradnak kb. 10 napig. Ugyanezen reakció 10 nap alatt az opsonin-index naponta átlag 0.15 értékkel *emelkedik*, úgy, hogy a 7. napon már meg is haladja az első injectio előtti értéket (1.3). Ebben az esetben tehát világosan látható, hogy *a láz és az összes kísérő tünetek csak addig állottak fenn, a míg az opsonin-index értéke (s vele kétségtelenül az antitestek mennyisége is) emelkedett*. Mihelyt az opsonin-index elérte maximális értékét s további *acut* intensitás-változás nem következhetett be: a reactio megszűnt s a beteg jól érezte magát.

III. A toxæmia következményei.

A tuberculosus betegek legtöbbször megtalálható toxæmia egy bizonyos fokú *circulus vitiosus*hoz vezet. Az extratubercularis toxinokat lekötik ugyanis a góczok peripheriás részei, a minek az lesz a következménye, hogy a góczoknak az intratubercularis toxint megkötő képessége csökken (mert a góczok peripheriás részein levő antitoxinokat lekötik az extratubercularis toxinok). Ennek következtében egyrészt több toxin juthat ki a góczokból a nedvrendszerbe, másrészt pedig a relative nagyobb fokú szabad toxin-mennyiség folytán a góczban az egyensúlyi állapot eltolódik a fertőzés javára. Ezáltal a bacillusok — habár legtöbbször csak mulólag — erőre kapnak s még több toxint tudnak termelni és a véráramba juttatni. Mindezek következtében emelkedik a vér toxin-concentrációja, a mi fokozott extra-tubercularis hatásokhoz vezet; és ez így mehetne tovább, míg végül excessiv esetben a szervezet megöléséhez vezetne a folytonosan emelkedő reflex hatások következtében.

A tuberculosus ezen viselkedéséből arra lehet következtetni, hogy a szervezet csak nehezen tud reagálni antitest-termeléssel, ehhez a toxinok nagyobb fokú koncentrációja szükséges. A mint a *circulus vitiosus* következtében emelkedik a toxinconcentratio, kedvező esetben végre mind kifejezettebben indul meg a szervezet reakciója, a melynek eredményéről tudjuk, hogy a termelt antitoxinok mennyisége jóval túlhaladja a hatást kiváló toxinok mennyiségét (lásd *E. Metschnikoff*: Immunität bei Infektionskrankheiten, 304. oldal). Így azután, ha a szervezet eléggé reakcióképes vagy ha még ezt támogatjuk is kellő hygienico-dietás eljárásokkal (sanatorium stb.), a szervezet lassan kilábol a toxæmia útvesztőjéből, a reflex hatások kimaradnak, a beteg láztalanává válik, intoxicációs panaszai megszűnnek s hízásnak indul.

A *circulus vitiosus*, melyet klinice mint *negatív phasist* észlelünk, több dolgot tesz könnyen érthetővé.

1. Kiténik belőle, hogy a láztalan beteg folyamata is *activ* lehet, ellenben a lázas beteg folyamata a láz egész tartama alatt *progreddi*, és pedig oly mértékben, hogy reflex-hatásokhoz vezet.

2. Könnyen megérthetővé válik a nagy dosisú tuberculinnak egyes esetekben észlelhető káros hatása. A *circulus vitiosus* következtében a nagy adaggal fokozott toxin-concentratio oly nagy mértékben támadhatja meg a góczokat, hogy azok nem tudnak többé antitest-termeléssel reagálni. Ekkor a *circulus vitiosus* az állapot rosszabbodásához vezet s ha az összes góczok felmondották a szolgálatot vagy a még működők relative már insufficiensek, exitus is következhet be.

3. *Salomonsen* és *Madsen* diphtheria ellen immunizált lovakon azt tapasztalta, hogy újabb toxin-injectio után a vér antitoxin-tartalma nagyobb mértékben csökken, mint a mennyi a bevitt toxin-mennyiségnek megfelelne. (l. *E. Metschnikoff*: Immunität bei Infektionskrankheiten. 1912. 297. o.)

A *circulus vitiosus*sal ezt a tapasztalatot a következőképpen lehetne megfejtetni. A szervezetbe juttatott toxin, mielőtt a vérnedvben egyenletesen elkeverednék, egyes vér-részletekben oly mennyiségekben lehet, hogy meghaladja az illető vérrészletben levő antitoxinok mennyiségét. Azok a góczok, melyeket ez a toxin-dús vérrészlet lát el, nagy fok-

ban magukhoz ragadják a toxinokat, a mi a fentebbiek értelmében (l. circ. vit.) fokozott toxin-termelődéshez vezet.

4. Magyarázata van annak, miért mérgegzékeny a tuberculosissal már fertőzött szervezet: azért, mert az első infectio elszenvedése után kifejlődött az a gócz, melyből a toxæmia folytán a centralis hatásokat kiváltó reflexek kiindulhatnak.

Jelen elmélettel szépen lehet magyarázni pneumonia crouposa lefolyását. A betegség kezdetén, a mikor megindul a szervezet védekezése, a meginduló antitest-termelődés, épp úgy, mint a *Szabóky*-féle opsoninos példában, subjectiv kellemetlenségekhez és a hőmérsék emelkedéséhez vezet, a mi mint febris continua continens megmarad mindaddig, míg az antitestek mennyisége fokozódik. Mihelyt az antitestek mennyisége elérte a maximumot: tekintet nélkül a tüdőbeli folyamat állapotára, a reflex-hatások kimaradása folytán bekövetkezik a krízis. Innen magyarázható meg az, hogy a krízis bekövetkezése nincs szoros összefüggésben az objectiv lelettel, mert noha a beteg subjective már jól érzi magát, az oldódás még mindig tarthat, de általános tüneteket nem okozhat a bekövetkezett antitoxæmia következtében. A krízis bekövetkezése tehát abszolút értelemben még nem a folyamat gyógyulását jelzi, hanem csak azt, hogy a *kifejlődött antitoxæmia következtében a folyamat összes vonatkozásaiban a megbetegedett tüdőrészekre lokalizálódik*.

(Folytatás következik.)

A napfény befolyása a sebek gyógyulására.

Irta: *Borsos Imre* dr., tart. főorvos.

A hadjárat alatt azt vettem észre, hogy a járványos fültőmirigygyulladás tartama és lefolyása évszakok szerint változik. Ez a betegség állandó kísérője a hadműveleteknek és kisebb-nagyobb számmal az év minden hónapjában előfordul.

A betegségek időtartamát és lefolyását illető ilyenféle különbségek ismertek és alig tarthatna az említett dolog is érdeklődésre számot, ha a háborúban minden nap előjövő egyéb tényezők ezt nem egészítenék ki: s ez a gyógykezelő-helyiségek, kötöző-szobák, tábori és helyőrségi kórházak és egészségügyi intézetek váltakozó, sokszor igen jó, máskor csak a végszükségben megfelelő helyiségei, azok egészségügyi viszonyai és fényvel való ellátása, a mely legutóbbi az év legtöbb napjában az évszakok szerint ingadozik, illetőleg változik.

A fültőmirigylob a nyári hónapokban talán gyakoribb, mint télen, de ezzel ellenkezőleg hamarabb gyógyul és ritkábban megy át genyedésbe és tesz műtéti beavatkozást szükségessé, vagyis röviden, jobbindulatú.

Egy időben feltűnően sok volt az ezredemben. Egy iskolaépület különböző szobáiban helyeztem el őket és daczára az egyöntetű kezelésnek, feltűnő volt, hogy az egyik szobában elhelyezettek, a melyik szoba bőségesen fűdött napfényben déli fekvése és nagy ablakai révén, sokkal gyorsabban gyógyultak azokhoz képest, a kik egy másik, kicsiny ablakokkal ellátott, északi fekvésű helyiségben voltak, sőt arra a tapasztalatra is jutottam, hogy egyenlő nagyságú és fekvésű, egyenlően megvilágított, helyesebben szólva a naptól egyenlő mértékben besugárzott szobák közül a fehérre meszeltben jobb volt a gyógyulás lefolyása, mint a sötétre mázoltakban.

A gyógyulás lefolyásának különbségét a közvetlen és a visszavert napfény erősségével és mennyiségével hoztam összefüggésbe és igyekeztem ezt a feltevésemet más esetekkel is igazolni.

Valószínűnek látszott, hogy a sebfelületekre is jelentékeny hatással bír a napfény s annak valamely hatása érzékelhetőbb módon mutatkozik. Ezért megpróbáltam sebfelületeket a napfény hatásának kitenni, főleg fekélyeket és nagyobb, genyedő, nem mély bőrhiányokat, s azok szemmel láthatólag javultak és gyógyultak. Torpid fekélyek más, napfényrel nem kezelt sebekhez képest aránylag hamar kezdetiek sarjdzani és hegedni. De nemcsak a közvetlen napsugár

hatott gyógyítólag, hanem a rendes kötéseken át szűrődött fény is. Ezt úgy alkalmaztam, hogy a kötéssel ellátott sebeket a napfény hatásának tettem ki. Kötőszöveti gyulladás eseteiben a felmetszett, genyedő sebfelületek igen hamar kifejezett, jó gyógyulási hajlandóságot tanúsítottak. A sokszor megvolt bűzös genyedés hamar megszűnt, a láz gyorsan lezállott, a duzzanat eltűnt s a sebek szépen gyógyultak. A fehérre meszelt, jól megvilágított szobák mindig sokkal több alkalmat adtak a gyógyulásra, a genyedés megszűnésére és a sarjadzás elősegítésére, még ha fekvésöknél fogva nem is kaptak bőven közvetlen napfényt, mint a hasonló, sötét színűre mázolt helyiségek. Egynéhány steril műtét után is azt láttam, hogy a világosság által bőven ért sebek gyorsabban gyógyultak, mint az ellenkezők.

Kissé merésznék tűnik fel az az állításom, hogy még penetráló tüdőlővések folytán előállott genyedések is hamarabb megszűntek, ha a betegek nagy ablak mellett, napsugárnak erősen kitett helyen feküdtek. A láz hamarabb lezállott, kevesebb volt a genyedés, a haláleset, és több a gyógyulás.

A napsugár és a világosság mélyen behatol a szövetek közé. Ha tenyerünket a szemünkhöz szorítva a nap felé fordulunk, a vastag tenyéren annyi világosság szűrődik át, hogy meglátjuk azt; és észreveszszük, ha a napvilágot hirtelen elzárják előlünk; nyáron az ember bőre valószínűleg azért barnul meg, hogy a szervezetbe beáramló napfény-felesleget vissza tudja tartani. Hogy mi az, a mi a napfényben a gyógyító erő, nem tudom, de a jó hatását nagyon sokszor láttam, tapasztaltam. Úgy vettem észre, hogy ideális fertőtlenítő eszköz a sebekre nézve, mert nem edz és roncsol, hanem a sejtek életképességét növelve pusztítja el a genyesztő szervezeteket. Asepsises és antisepsises egyszersmind. Talán lesz alkalmam még bővebb és kimerítő tapasztalatokat is gyűjteni és pontosan vezetett kórrajzokkal megerősíteni azt, a mit most rövidesen közöltem, nevezetesen hogy a sebkezelésben elsőrangú fertőtlenítő és gyógyító tényező a napfény.

A segélyhely szervezéséről.

Irta: *Tar Alajos dr.*, v. vöröskeresztes kórházi főorvos.

Északi harcztér, segélyhely.

A harcztér legfontosabb orvosi szerve a segélyhely. E néven általában bármely olyan orvosi állomást értek, mely a megbetegedett vagy sebesült katonának első, mindenesetre azonban oly segítséget adni hivatott, mely a betegnek a megfelelő kórházba való szállítását a lehető legbehatóbb előzetes ellátás mellett teszi lehetővé. E szerint kisebb lövés sérülésnek maga a sebesültvivő kötszertáskája, nagy phlegmonának vagy sérvkizáródásnak pl. a hadosztály-egészségügyi intézet a segélyhelye. Mindez természetesen a vesztegharczra készült táborozásra vonatkozik. Jelenleg például az orosz és olasz harcztéren a hadosztályi intézetek, sőt általában a segélyhelyek is — mint a vezetésem alatt álló is — egészen kórházszerűen rendezkedhetnek. A déli harcztéren ellenben nemcsak a folytonos előnyomulás, hanem az időjárás folytán is sokszor maga a *hadosztályi intézet* sem tudja tudni ellátni egy magamé-forma békés *segélyhely* szerepét, miért is sok, éppen súlyosabban megbetegedett katona a rettenetes sárdagványban való 2–3 napos hátrabotorkálással akad csak a maga segélyhelyére. Már ebből is az következik, hogy a segélyhely szervezetének oly célratermettnak, rugalmasnak kell lennie, hogy feltétlenül megfelelhessen a nagy hadi érdekek követelte rendeltetésének: annyi beteget kell ellátni, a mennyit ellátni kellő helyzet és felszerelés mellett egyáltalán tud; mindazokat, a kik az olykor néhány ember hiányát is nagyon megérző rajvonat, ezred elhagyása nélkül helyben gyógyíthatók; mindenesetre pedig azokat, a kiknek sürgős beavatkozásra van szükségük.

Mily természetes ez!

De nézzünk csak el pár percze egy segélyhelyre.

A „zászlóalj orvosfőnöke“ — igen gyakran harmadéves medikus, olykor azonban magántanár, kórházi főorvos, (a „háború“ nem törődik eféle nüanszokkal) — délelőtt kilencz-tíz óra tájt előkerül fedezékéből, vagy reggeli lovaglásáról s előveszi az egyes századoktól a sebesültvivőktől hozzákisért gyengélkedőket, sebesülteket. A vizsgálatot többnyire valami puritán egyszerűségű fedezékben végzi, melyet még megőrzött doktori ambícióinak mértékéhez képest építet és rendez be. A betegjelöltek derékig levetkőzve sorban felvonulnak, a segélyhelyi gyógyszerolga nevük említésével együtt kihirdeti a sokat jelentő hőmérés eredményét. Némelyek azt állítják, hogy rheumások s az orvos állításukat hajlandó volna hitelt érdemlőnek minősíteni. Igen ám, de a „hadi elv“ az, hogy a rheuma — nem betegség. Segítene rajtuk; salicylen tartaná őket néhány napig a segélyhelyen. Hja, de mikor egy egész ezred számára 100–200 natr. salicyl-tablettát rendel 1 hónapra pl. a dandár-orvosfőnök, abból kevés rheumásnak lesz en segedelem. Ha a hadosztályi intézethez küldené, rövidesen visszakapná őket, rövid, de sokatmondó „szolgálati jegy“ kíséretében. Menjenek hát Isten hírével. És jönnek a bronchitisek, a rheumás pleuritisek, fűtőzörejek és dörzszörejek — egy-két boldog ember benn marad, egy pár napig majszolhat pár tablettát s aztán mehet vissza. Jön egy pár conjunctivitis és az orvosfőnök, ki polgári multjában s jövőjében szemész, örömmel tanulmányozná a *művi conjunctivitis* tüneteit, beérve egy pár poflevessel, járó betegként kezelné, ha collyriuma volna. De előkerül olykor egy-egy conj. phlyctenosa is; ezt már csakugyan el kell küldeni a hadosztályi intézetbe, pedig különben kutya-baja s itt is kezelhetné, ha volna mivel.

Sűrűn akad eczema is: az orvosnak, ki ezúttal bőrgyógyász, be kell érnie a zink- és cadogel-készítményekről való meddő és hívságos ábrándozással. Nem olyan nagy, hogy a hadosztályhoz küldhesse; semmiesetre sem oly kicsi, hogy semmit se tegyen vele. Rátesz tehát egy vaselines kötést s küldi vele. Hyperhydrosis jön. Ha egy kis formalin-alkohol volna! Scabies — nincs, rühkenőcse sincs. Aztán a sok lues, gonorrhoea, az ulcus molle. Kis dobozba férő felszereléssel pompás járóbeteg-rendelést nyithatna és Cupido áldozatai helyett inkább a „kórházra képesítő“ lázat felmutatni nem tudó, 37°–37.2°-os csúcshurutos, gümőkóros alkatú s más, Isten tudja, hogy, hogy nem besorozott katonákat lehetne kivonni a rajvonalból.

Hagyjuk merengeni a bőrgyógyász zászlóalj-orvosfőnököt és kérdezzük meg a kartársát, a ki mütő s a kinek sebész-tanársegédi mult áll a háta mögött.

— Én nem tudom, hogy sebész létemre mit keresek itt s mi hasznomat látják a kötőzőhelyen. Nem gondolkozom róla; háborúban nem szabad gondolkodni, mondta a dandár-orvosfőnök. — Sok embernek igazán kényelmes rendelkezés ez; szentesíti a tényleges állapotot.

— De hiszen azt hallottuk, hogy jobban fel vannak szerelve itt mindennel, mint sok belföldi tartalék-kórház?

— A felszerelés pazar — mondja egyszerűen, előhoztatja s kinyitja a gyógyszerolga az orvosi szerelvénybőröndöt:

— Ime, hat darab szike, két amputáló kés, két catelain, két-két csontolló, csontfűrész — sajnos azonban, csak egy csipesz, két kis ércsípő, meg tolózáras ércsípő. Amputációra tehát gondoltak, nagyobb vérzés csillapítására aligha.

— Hogyan — mondja a bőrgyógyász-kolléga —, te eszközök híjáról panaszkodol? Hát a sebesültvivők nadrágszíjai miről jók? Vagy azok talán nem az esmarchozás céljára rendeltetvék?

— Nem tudtam, hogy arra rendeltetvék. Én itt nem operálok, van egy ifjú medikus-kollégám, a ki harmadéves lenne, ha a háború már tizenkét hónapja nem foglalkoztatná: ez űz itt mütéteket. A fűrész, csontollót csak bonyolultabb foghúzás mütétekor alkalmazom; a beteg elé helyezvén őket, jelentékeny sedatív hatásuk van. Mindazonáltal szívesen oda-adnám őket 1/2 liter alkoholért, de dandár-orvos-főnökünk az auto-benzinnek tetemesebb desiniciens hatást tulajdonít.

Ha valóságban folytatnók ezt a dialogust egy harcztéri

sebészszel, belföldi kollégáim, körülbelül így ütne ki, csak-hogy kevésbé tompított hangnemben.

Nem élczelődés ez, hanem valóság. A segély berendezése bárkire is oly benyomást tesz, mintha nem czéltudatos megvalogatás, hanem valami olyas ötlet eredménye volna, hogy: csapjunk össze egyet is, mást is, mindenből valamit, ne mondassák, hogy a hadsereg fősvény az egészségügyi intézmények iránt. A hadsereg nem fősvény, sőt bőkezű. Ekkora, sőt *felcekkora költséggel sokkal hasznavehetőbben alakíthatnók át az összes tábori egészségügyi intézeteket.*

Gondoljunk csak arra, hogy 4 ezred egyenként 4 zászlóalja minden egyes segélyhelyének felesleges műtőkészlete helyett a hadosztály- vagy tábori kórházat szerelnék fel más arányokban egész mozgó műtőkórházzá! A segélyhelynek pedig más, sokkalta hasznosabb és olcsóbb készletet adhatnának.

Már eleve hangsúlyoztam, hogy a segélyhely arra való, hogy előbb is segélyt nyújtson, megadván az első, sürgősen szükséges és a későbbi sebkezelés lehetőségét biztosító, jól megfontolt beavatkozást, másodsorban pedig *arra való hogy a harcztéren, a rajvonat közelében is jól kezelhető betegeket ellássa. Ezáltal a küzdő hadiold számára több tízezer, alig csökkent fegyverbírású katonát, a kit különben el kellene vonni, tart meg.* Azt hiszem tehát, hogy egyaránt szolgálók mind a hadsereg, mind pedig a beteg katonák érdekének, ha csak rövid vázlatot mutatok be tapasztalataimból. Merőben közönséges és átlátszó dolgok, nyilván azért nem is vetettek rá ügyet, pedig a kinek meggyűlik vele a baja-gondja, az tudja mennyire fontosak.

A segélyhelyen mindenesetre a *vérzést* kell, hogy csillapítani tudjuk, ugyebár. Ez okért több, kivált nagyobb ér-csőre van szükség, Dechampsra, kisebb horgásra. Csontoló, fűrészfű helyett jobban örvendenék egy nagy fecskendőnek s egy egyszerű sterilizáló bádgedénynek, hogy a sok vérvesztésnek meleg infúziót, a cholerasnak a gyakran életmentő hypertoniás konyhasóoldat-befecskendezést megadhasuk. Megemlítem, hogy *haslövés esetében a különben beálló peritonitis sepsis megelőzésére, illetve leküzdésére a phagocytin-injectiókat* ajánlanám. Vannak olyanok, a kik a török-szakad „száraz” sebkezelés hívei. Erélyesen hangzó *elvekért* azonban kipróbált orvosi eredményeket eljátszani nem helyes.

Nem fantomokkal, hanem emberekkel dolgozunk. Vannak oly sebkezelő szerek, melyek csakugyan sokat érnek. A segélyhelyen szükség van valamely rongcsolt sebre alkalmazható s a fertőzés veszélyét apasztó anyagra. *Wilms* e célra az általában használt jód helyett a *perut* ajánlja. Lehet használni *perut* vagy *pro-peru*int, a földdel szennyezett vagy gránát okozta sérüléseken a poralakú *hyperoxyd*okat stb.

A tetanus miatt gyanus sebek esetében azonnal alkalmazni kellene a *serumot*. A sérülés napján sokkal többet ér 30 egység, mint 3000 a betegség kitörésekor. Mellesleg megjegyzem, hogy a tetanuskezelés eredménytelenségének oka tapasztalataim szerint az erélytelen orvoslás. A *serumkezelésben*, a *francia kezdeményezést* követve, 3—6—8000 egységet adjunk, 5—10 gr. magn. sulfuricumot (10%-os oldatban subcutan, energikusabb hatásért kevesebbet, de intramuscularisan), kellő óvatossággal, de mihamarabb kipróbált 3—4—5 cgr.-os morphium-adagokat.

A sebésznek még sok baja van. Például felvágatlan négyzetméterek fo májában kapja a steril gaze-t. Persze, ha itt daraboltatja fel, oda a sterilitás. A rögzítő kötések számára — állandó állásban, mikor nincs az az ürügy, hogy folytonos szállítás, hurczolás közben megromolhat a gipsz — gipszet kell adni. Körkörös zárt gipszkötéseket, járókötéseket a segélyhelyen azért nem ajánlok, mert sohasem tudhatjuk, nem fejlődik-e alatta gázphlegmone vagy más, nem várt fertőzőes szövődmény; ablakos kötések ezen nem igen segítenek. A segélyhelyen csak sínkötésekkel kellene készíteni.

A bőrgyógyász is megkívánhatja, hogy fontolgassuk az ő igazát. A hol a sebészi műszerdobozban sohasem végzendő műtétek számára drága műszerek roszdásodnak, ott azok helyett csakugyan több helye volna az egyszerű gonorrhoea-

fecskendőnek, Guyonnak, néhány katheternek, szondának s egy hólyagfecskendőnek. Injectióra való kénesósó-oldat stb. is kényelmesen beleférne egy pár platinatűvel. Az idősült gonorrhoeás beteget nem kellene elküldeni azzal a kijelentéssel, hogy csak a heveny gonorrhoea szállítható kórházba — várjon addig, míg valami derekas szövődmény, here-, mellékheregyulladás, túrhetetlen hólyaghurut, ízületi gyulladás stb. kórházra alkalmassá teszi. Az, hogy sokan a nép egyszerű fiai közül még egymást is fertőzik genyes váladék bedörzsölésével stb. és Lublinban s egyebütt is szándékosan szerzik meg a bajt, nem okolhatja meg ezt az eljárást. Ilyen kihágásoknak legjobb orvossága a harcztéren helybenmaradás kezelés. A lúcs, *ulcus molle* viszont *általában* nem érdemli meg azt az előzékenységet, hogy szabály szerint kórházba küldjük; ha odahaza járőrendelésen gyógyíthatjuk, megtehetjük ezt a harcztéren is és nem ritkíjuk meg a rajvonatát. A belorvos idekűnn ugyan alig végezhet becsvágyát különösen sarkaló munkát; azonban neki is van néhány szerény, de annál inkább megszívlelendő kívánsága. Igen gyakori a harcztéren az olyan bronchitises vagy rheumás megbetegedés, melyet odahaza betegségnek elismernék ugyan, de a harcztéren nem. Azért az ilyen eseteket is kezelni kellene. Nincs annak semmiféle akadálya, hogy *natr. salicyl.*, *codein.*, *jodkalium* kellő mennyiségben legyen a segélyhelyen. Izzasztó gőzfürdőt is fel lehet szerelni könnyű szerrel. Nem kell hozzá egyéb, csak egy nagy hordó, téglá, kondér s víz.

A magam segélyhelyén körülbelül 25 emberrel — sebesültvivőmmel, kevésbé gyengélkedő maródiakkal s az ezredparancsnokságtól kapott utasokkal — egy hét alatt negyven embert befogadó kis „kórházépületet” emelhettem. Helyiségei harcztéri fogalmak szerint polgári kényelműek. Egy méternyire a földbe ásvák, 2,5 m. magasak. A tető (fatörzsek), a falak gyeptéglával fedettek, ráhányt földdel. Meleget tartarak, srápneltől biztosak. A tető vízártatlanságát kátránypapír biztosítja. Az ablakok az ellenség kilövésével elleni étes irányban, a legközelebbi faluból valók. Van a „kórházban” két különálló nagy kórterem, mely az orvosi rendelőből nyílik. Jutott hely tisztí betegszobának is Van gőzfürdőszoba, földbe-vájt téglakemenczével, a vastag, hőtartó falban körülfutó kályhacsővel; szabályozható tetejű, csapos, forró-melegvizet tenné val. Ruhatartó fémdobozt a hadosztályi intézet készségével ad olyan ezrednek, a melyeknek még nincs; a fertőtlenítő gőzt valamelyik mozgókonyha kailana szolgáltatja. Fehér nyírtából való beteglőcsezak s ágyakat jeles famunkásaim, oláh honvédek készítettek. A fűtés egyenletességéről, állandó szellőztetésről és tisztaságról kórházi rendtartás intézkedik.

Az egyik nagyobb kórteremben a kisebb betegek: bél- és gyomorhurutos, bronchitises, rheumás betegek, a másikban, a melyben kevesebb ágy van, a súlyosabb betegek: elszállítás előtt pár napi teljes nyugalmat igénylő haemoptois, gyomorfekélyes stb. betegek; műtéthez idejekorán nem szállítható appendicitisek; heveny tüdő- és szívbélhártyagyulladások, melyeknek tovaszállítása a szívgyengeség miatt veszélylyel járna. *Szerintem itt kell tartani az összes haslövéses betegeket*, a kiket legkésőbb 24 órán belül nem lehet műtőasztalra juttatni és intravenás konyhasós infúzióval s phagocytinnel kell az egyéb tüneti eszközök mellett megpróbálkozni. A korai *nyugalom* biztosítása — a szekéren való rettenetes pötyögtetés hiánya — csak jóhatású lehet.

Nincs itt arravaló hely, hogy a segélyhely alkalmas körülmények között való munkáját bővebben részletezzem; csak a lehetőségét és fontosságát akartam vázolni. Egyszer-smind szeretnék még kevés de határozott szót emelni a segélyhely szervezésének személyi részleteiről. Itt is elüljáróban a tényleges állapotra akarok előbb világot vetni.

Még most is igen sűrűn fordul elő, hogy segélyhelyre olyan erőket, sebészeket stb. vezényelnek ki, a kiknek kórházban legalább is húszszor akkora hasznát vehetnék. Képtelen állapot az, hogy ezek mellett volt másod- s elsőéves orvoshallgatók is szerepelnek mint egyenlőrangú zászlóalj-orvosfőnökök. Természetes dolog, hogy ezek a zsenge ifjak, a kik inkább hadiképességgel, mintsem orvosiakkal rendel-

keznek és rajvonalba való kötözés, járőrbe való kirándulások által óhajtának sokszor kisebb-nagyobb vitézségi érdemekhez jutni — ezek sem a csapattisztekkel szemben, sem a fölöttes katonai egészségügyi hatósággal, mondjuk, hogy dandárorvosfőnökkel szemben nem tudják fenntartani az orvosi akarat tekintélyét és súlyát. Már pedig gyakran meg-
esik, hogy mindkét részről megokolatlan s elutasítandó követelések elé állítják az orvost. Hogy valamelyik dandárorvosfőnök pl. azzal gyötri a soha ki nem képzett népfőlkelő orvost, hogy hány darab nagy-, közép- és kistypusú kötszer, kalikó, vattapólya, kapcsolótű, háromszögű kendő hogy s hol legyen a szerelvényböröndben vagy pótböröndben — ezt még lehet csak bosszantóan komikusnak tartani. De pl. az, hogy a zászlóaljparancsnok azt kívánja az orvostól, hogy ott legyen közvetlenül mellette, hogy a rajban tartson betegvizsgálatokat, oltást, az már veszedelmes, még pedig első-
sorban az orvosi munkára nézve. Hiába van közel, ha nincs közel az orvosi segítség. Síneket csinálhat, érleltetéseket végezhet a „hős“ orvos a rajvonala előtt is; de bizonyos, hogy sokkal többet végezhet a gyalogsági tűztől menten, célszerűbben berendezett helyen, megkímélve az első, közvetlen segélynyújtással járó sok időfecsérlő, más által is megbízhatóan végezhető munkától.

A segélyhelyi szervezet legalkalmasabb formájának azt találom, a mely ezredemben is megvalósult. A rajvonala közelében, minden zászlóaljparancsnokság mellett 1—1 *kellően begyakorlott* orvoshallgató hadapród, esetleg zászlós. Feladata: első kötés (vérzéscsillapítás), az esetleg szükséges injectiók, reggeli maródiak hőmérőzése, összegyűjtése, a betegek személyes ellenőrzése, apró-cseprő gyomorhurutok kezelése, jelentés a zászlóalj egészségi állapotáról (kutak, konyhák, ivóvíz stb.) a segélyhelyi orvosának. Rendelkezésére áll egy gyógyszeres szekér, hogy a sürgős betegeket azonnal beszállíthassa.

A segélyhelynek rendelkezésére áll minden egyes zászlóalj másik gyógyszeres szekere, kocsija, tehát 4—4 (honvédségnél 3—3), e szerint a betegek helybeli ellátására vagy továbbszállítására elégséges személyzete. A segélyhelynek több orvosa is lehet, ügyelet szerint beosztva. Főnöke lehetőleg maga az ezredorvosfőnök legyen, nehogy a betegek kénytelenek legyenek elébe, mint harmadik fórum elé járulni. A segélyhelyen elsősorban a jó *diagnosta*, tehát általában a belorvos van a helyén, a betegségeknek *korai felismerése s helyes irányítása* lévén az a cél, melyet elvétele, a legtöbb s legnagyobb hibát lehet elkövetni. Csak a gümőkór korai megállapításának nagy jelentőségére vagy pl. a szívbántalmak (öregebb népfőlkélok közt atherosclerosis alapon), agylues, az ideges asthenia ritkább, de még ritkábban felismert eseteire gondolunk. A sebészre, még pedig jó sebészre, a hadosztályi intézetnél volna szükség, melyet mozgó műtőkórházzá többnyire át lehetne alakítani. A tűzvédelmi arzenálonak mintájára pedig teljesen kifogástalanul berendezett műtő-vonatok létesítését vélem hasznosnak. Egy szegény parasztbaka élete is megér — tőkében kifejezve — 30—35.000 koronát is; a hol az ágyúk igazítására van berendezés, ott az ember megmentéséről is minden módon gondoskodni kell.

Örülnek, ha e sorok is némi alapul szolgálhatnak a *harctéri egészségügyi szolgálatnak* Liebermann-tól az Orvosegyesület nagygyűlésén mélyen szántó fejtegetés kapcsán sürgetett szervezése számára.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Meister Johann Dietz, des grossen Kurfürsten Feldscher und königlicher Hofbarbier. Nach einer alten Handschrift in der königlichen Bibliothek zu Berlin zum ersten Male in Druck gegeben von Dr. Ernst Cosentius. Ausg. Landwiesche-Brandt, Ebenhausen b. München. 368 l. 8^o.

Dietz mester (1665-1738) ebben a könyvben elmondja, hogy mit élt át „mint porosz felcser Magyarországon a törökök ellen, mint hajóorvos holland csetvadászokkal az északi sarkon, mint borbély és sebész utazva a német országokban, rablók, lányok, kísértetek és katonák társaságában és két feleséggel ezen a világon.“ Brandenburgi csapatokat kísérve Jablunka, Trencsén, Esztergom mellett Budára került. A jablunkai „Blockhaus“-ban aludt szalmán; ott sokat hallott beszélni Rubezahl-ról és éjfélkor csakugyan saját fülével hallotta, a mint vadászok, lovak és kutyák menete többször elszárgult az úton „schräckerlich Geräusch und Getöse“ közepette. Trencsénben beteg volt és rá kellett őt a lovára kötni, hogy el ne maradjon. Ugyanott a papok rá akarták beszélni, hogy térjen át a katolikus vallásra, hogy ne hantolják el mint az állatot, ha meg találja halni. Esztergomon azt tapasztalta, hogy a cigányok az elhullott állatokat a földből kikaparták és megették. Vácznál 200 kutya támadta őt meg, de ő levette kabátját, kalapját a szájába vette és négykézláb kúszott feléjük, a mitől megijedtek és elszaladtak. Budán vérhasba esett, semmi sem használt, akkor megkívánta az uborkát, telelte magát, mire jobban lett azonnal. „N. B. — jegyzi meg — a mit a természet megkíván, az orvosság.“ A zsákmányolásban is részt akart venni, de ez sohasem sikerült. Egy ízben valami pinczében drágaköveket és karniolokat talált, de alig vett egy párat elő, szembeszállt vele egy török. Megijedtek egymástól, az egyik jobbra, a másik balra szaladt. Közben pedig végezte felcseri dolgait stb. A könyv jó betekintést ad az akkori polgári életbe és a borbély-felcser működésének körébe; élvezettel lehet olvasni és az egykorú képeket is szívesen nézi az ember. Ilyen pl. „Die Verrichtungen des Feldschers“ című, azután Komárom, Buda és más helyek ábrázolásai. Aztán nem érdektelen a mai katonarvos háborús életét összehasonlítani a régi időkével.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Sebészet.

A másodfokú és harmadfokú fagyásokat Lepkowski és Brünauer a lehető legkonzervatívabban kezelik, hogy a még életképes szöveteket megtarthassák. A genyes váladék kiürülését incisiókkal és nedves kötésekkel segítik elő; a phlegmone keletkezését pedig 20%-os formaldehyd-oldattal 1—5 cm³-ének a necrosisos szövetekbe való befecskendezésével akadályozzák meg.

Az ily módon kezelt 131 beteg jóval gyorsabban gyógyult meg, mint más eljárásokkal. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1915, 51. sz.)

Czél szerű szabású katona-nadrágot ír le Schrötter, a mely a természeti szükségletek gyors elvégzését, valamint a katona szabad mozgását a jelenlegiekénél sokkal kevésbé akadályozza. A nadrág elülről zárt, míg kétoldalt az oldalzsebeknek megfelelő helyen kb. a czombok közepéig erő ki-gombolható nyílás van, úgy hogy szükség esetén — ha az alsónadrág is hasonlóan van szabva — csakis a hátulsó oldalt tartó nadrágtartót kell kigombolni. A nadrág nagy előnye, hogy be nem szennyeződhet, továbbá a székelés alkalmával a has melegen marad. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1915, 50. sz.)

Tetanus-fertőzés érdekes esetét ismerteti Teutschlaender. A gránátsérülés után 24 órán belül adtak már tetanus-antitoxint. A tetanus 5 hónappal a sérülés után állott be és 24 óra alatt halálra vezetett. Tehát prophylaxisos antitoxin-használat dacára 5 hónap múlva fondroyans tetanus! Az eset újabb bizonyíték arra, hogy a tet nus-bacillus hosszú ideig maradhat latens állapotban a szervezetben; az antitoxin nem pusztítja el őket biztosan, csak az általuk termelt mérget teszi ártalmatlanná; ezért okvetlenül iparkodnunk kell a bacillusokat tartalmazó gócot is eltávolítani, illetve ártalmatlanná tenni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 49. szám.)

Bőrkórtan.

A munitió gyárakban előforduló bőrbajokat ismerteti, különös tekintettel a kénesőhatásra, *M. Oppenheim* (Wien). A munitió gyárakban észlelés alá kerülő bőrbántalmak mostanában egyre gyakrabban fordulnak elő. Mint-hogy a munkások bőrének bizonyos jellegzetes elváltozásai elég nagy számban fordulnak elő e gyárakban, nyilvánvaló, hogy ipari betegségekről van szó. Ilyenek a következők: 1. Stigmák. Ezeknek egyik fajtája főként a jobb kéz 4. és 5. körméen észlelhető. Az elváltozás a köröm külső szélének megvastagodásában és megkurtulásában áll s úgy jön létre, hogy a munkások a körömükkel emelik ki a páronhüvelyeket a savval áztatott lyukas lemezből. A stigmák másik fajtája az ágyulövedékek gyújtójának esztergyályozása alkalmával keletkezik s a tenyérnek többszörös rhagasaiból áll. 2. Égések és edzések. Az égések a puskapornak és gyújtómasszának robbanásából keletkeznek. Az edzési fekélyek salétrom- és kénsavtól erednek; mindkét savat bőven alkalmazzák a munitiógyártásban. 3. Gyakoriak aránylag a faggyú- és verejtékmirigyek megbetegedései is. Ide tartoznak a comedok, acnek, folliculitisek, továbbá a verejték- és faggyumirigyek furunculusai. Olyan munkásokon fordulnak ezek elő, a kik petróleummal, benzinnel és kenőolajjal dolgoznak a munitiógyártás keretén belül (gépalkotórészek, lövedékthüvelyek stb. tisztogatása). 4. Toxicodermiák és eczemák. Különösen a kéneső által támasztott elváltozások jönnek itt szóba. Ezek a bőrön és a szájnálka hátyáján keletkezhetnek. Az utóbbin mercurialis stomatitis alakjában. A bőrön mutatkozó elváltozások erős gyulladások képében jelentkeznek s leginkább az úgynevezett durranó kénesőtől származnak. Itt az idiosinkrasiának természetesen fontos a szerepe. A kénesős bőrgyulladás rendszerint az arczon és a kéz hátán kezdődik s csaknem mindig a szájnálkahártya erős gyulladásával jár együtt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 47. sz.)

Guszman.

Venereás betegségek.

„Valóban lehetetlen-e a prostitutiót az egészség szempontjából ártalmatlanná tenni?” czímen fejtegeti érdekes nézeteit *A. Neisser* (Breslau). Kijelenti, hogy bár tartsák a kartársai javíthatatlan optimistának, mégis meggyőződéssel állítja, hogy a prostitutio, ha nem is teljes mértékben, de mindenesetre nagy részében ártalmatlanná tehető. Mihelyt pedig a prostitutio nyomán járó férfiinfekciók száma megcsappan, visszahatásként nyomban a nők között is csökkenni fog a betegségek száma. A főlétel lehetősége nincsen megczáfolva, mert megfelelő kísérletet még sehol sem végeztek. A nemi bajok elleni küzdelemben az a fontos, hogy a harcz ne csak a prostitúcióval élő férfiak nemi életére irányuljon, hanem a legtágabb értelemben egyenest a prostitutio ellen is. Ily értelemben nem egyedül a rendőri felügyelet alatt álló prostitutio ellen kell küzdenünk, hanem a titkos prostitutio ellen is, melyet rendszerint csak mellékkeresetképpen üznek s a melybe a számtalan „laza viszonyt” is bele kell foglalnunk. Ez a titkos prostitutio még veszedelmesebb, mint a hivatásszerűen üzőtt. Kérdés azonban, küzdhetünk-e hathatósan a titkos prostitutio ellen? Igen. Szükséges azonban, hogy mindezek a nők orvosi kezelés és megfigyelés alá kerüljenek, és pedig fölvilágosítás útján saját elhatározásukból, vagy kötelezően. De fontos, hogy a kötelezés ne legyen egyenlő a rendőri bejegyzéssel, mely a nőt végkép dehonestálja. Sajnos, a német birodalmi törvény csakis a hivatásszerűen erkölcstelen életet élő nők ellen engedi meg a kötelező kezelést és észlelést. Pedig kétségtelen, hogy csak kényszerrel lehet eredményt elérni. Bizonyos, hogy sok nő, a ki szívesen kezeltetné magát, attól fél, hogy kényszerrel kórházba helyezik. Szükséges ezért, hogy lehetőleg minden kezelési eljárást ambulánsan kapjon a beteg. Bizonyos, hogy a kórházban internált nők kezelése sokkal alaposabban történhetik. Mégis az összeredmény talán jobb lenne, ha sokkal

nagyobb körök spontán elhatározással ambulánsan kezeltetnék magukat, mint az a kis része a nőknek, a mely kórházban alaposabban lesz gyógyítva.

Tervének kiviteléhez *Neisser* a következő javaslatokat teszi:

1. Állítsanak föl a város nagysága szerint egy vagy több ambulatoriumot, poliklinikát vagy talán a legtalálhatóbb elnevezéssel gondozókat „női és nemi bajokban szenvedő leányok és asszonyok” számára. Egyedül „nemi bajok” ellen alakultnak nem volna helyes nevezni a gondozót.

2. Az ilyen gondozók orvosai és orvosnői természetesen csakis szakszerűen kiképzett orvosok lehetnek. Segítségükre képzett ápolónőket is kell alkalmazni. Az alkalmazott orvosokat oly módon kell honorálni, hogy minél több időt (este is) szentelhessenek az intézetnek s praxisra ne legyenek utalva.

3. Az önként jelentkező nőkn kívül a rendőri közegek által kényszerrel beutalt nők is kezelhetők ezekben az intézetekben, föltéve, hogy nem állanak rendőri felügyelet alatt.

4. A bejegyzett kéjnök ellenőrzése és alább ismertetett kezelése is végezhető „gondozókban”, de ezeket a poliklinikai intézeteket el kell választani azoktól, a melyekbe be nem jegyzett, önkéntesen jelentkező nők járnak kezelésre.

5. Az ambulatoriumok kórtörténetet vezetnek, a melyből a kezelték nevét és diagnosisát egymással közlik. Ennek az a célja, hogy az elmaradozó és a kezelési helyet cserélő betegek kezelése jobban legyen ellenőrizhető. A kórházi kezelés el nem törölhető, de azt csak orvosilag szükséges esetben kell igénybe venni.

6. Mindenütt rendőri segédnőket és gondozó nővéreket kell alkalmazni, a kik az elmaradozó nőket lakásukon fölkeresik; egyébként pedig socialis értelemben a betegek segítségére vannak.

A könnyelmű, ledér életmódjuk következményeit nem ismerő leányok jó útra térítését az üdv hadseregére szeretne bízni *Neisser*. Az utcán tolakodóan viselkedő nőket a rendőrség új női közegei minél gyakrabban szólítsák meg (feltűnés nélkül), tereljék haza, illetőleg állítsák elő. Az előállítás legyen olyan, hogy a kellő rendreutasítás vagy bírságolás után a leány hazamehessen, anélkül, hogy éjjelre internálva maradjon. Amerikában igen bevált az „éjjeli törvényszék” rendszere, melynek az az előnye, hogy egy magasabb inspectio: rendőrtisztviselő azonnal kihallgatja a behozott vádlottat, meghozza ítéletét s ha lehet, azonnal haza is eresztí.

Neisser ma is híve a „praeventiv ellenőrzési” rendszernek, de kíváncsún tartja, hogy valamennyi eljárás minél inkább orvosi jellegű legyen, rendőri pedig minél kevésbé. A leányok felvilágosítását sokkal nagyobb mértékben kell végezni, mint annakelőtte.

A prostituált nők nemi bajai ellen való ambulans védekezést *Neisser* következőképpen képzei. A legegyszerűbb a dolog ulcus molle eseteiben. Az ambuláns jelentkező nő ulcusait carbolsavval jól ki kell törölni s bőségesen protargolvaselinnel borítani. Ha a nő coitus előtt bőségesen bevase-linozza vulváját, *Neisser* nem is tart nagyon attól, hogy a beteg nő a férfit megfertőzi, illetőleg, hogy saját fekélyei elszaporodnak. A gonorrhoea körül is igen liberalis *Neisser*-nek a fölfogása. A vulvának bőséges bekenőcsözése, a portiónak zsirosan átitatott tamponnal való eltorlaszolása véleménye szerint máris jelentékeny védelmet nyújt a kankós infectio ellen. És pedig úgy a nőre, mint a férfire nézve. Fokozódik a védelem értéke, ha a nő 10–20%-os protargolpálczikákat helyez a húgycsővébe. Ily praeventiv eljárással *Neisser* azt óhajtja elérni, hogy a nők ne legyenek kénytelenek hónapokig a kórházban maradni s gonorrhoeás bántalmukat mégsem viszik át a férfiakra.

Még egyszerűbbnek tartja *Neisser* a prostituáltak syphilise elleni védekezést. A nők a legegyszerűbben úgy védhetik magukat a syphilis ellen, hogy genitaléikat kenőccsel bekenik. Jóllehet a zsiradék főként mechanikai úton véd,

alkalmasint még hatásosabb a bezsirozás, ha a kenőcsben desinficiens (calomel, sublimat) is van. A férfiak védelmét legjobban a prostituáltak prophylaxisos salvarsan-injectiójával lehet elérni. Jóllehet tudjuk, hogy a latens syphilisben szenvedő egyén is fertőzhet, mégis bizonyos, hogy legveszélyesebb a nő, a mikor tünetei vannak. Ezeknek gyors elmulasztására pedig szintén a salvarsan a legalkalmasabb. A szerző azt követeli, hogy minden nő, a ki a prostitutio körébe esik, időnkint salvarsan-injectiót kapjon, még akkor is, ha a syphilis nincsen rajta megállapítva. Tehát szintén praeventiv alapon. Ha ennyire nem mennénk, akkor legalább minden nőn, a kin a lues nincsen megállapítva, évenként egyszer-kétszer Wassermann-reactiót végezzünk. A syphilises prostituáltak nők kezelését Neisser úgy kívánja, hogy azok évenként háromszor 4—5 injectióból álló injectiós cyclyusban részesüljenek. A hol az intravenás salvarsan-injectiók ki nem vihetők, ott az Ehrlich-féle arsenophenylglycinnek intra-glutaealis injectióját ajánlja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 47. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Granugenol néven kerül újabban forgalomba a **Knoll-féle** sarjasztó sebolaj, a melyről lapunkban már megemlékeztünk. Legújabb **Rinck** dicséri kiterjedt tapasztalatai alapján. Minthogy a hám regenerálása tekintetében meglehetősen közömbös ez a szer és specifikusan az interstitialis kötőszövet fejlődésére hat élénkítően, főleg mély sebek gyógyulását segíti elő; használata mellett nem észlelhetők azok a mély tölcészerű hegek, a melyek azelőtt mélyre terjedő sebek után oly gyakoriak voltak és akárhányszor a mozgást is akadályozták. A granugenol antisepsis hatású is, még pedig indirecte, részben a fejlődő sarjadzó szövet alkotta védőgát, részben a nagyobb mennyiségű phagocytá odavándorlása révén. Az is kellemes, hogy megakadályozza a kötés odaszáradását a sebhez, a minek következtében a kötést váltás könnyű és fájdalommentes. (Medizin. Klinik, 1915, 37. sz.) — **Fiedler** szintén dicséri a granugenollal elért eredményeit. Közléséből kiemelendő, hogy a fejlődő heg sokkal engedékenyebb, a normalis bőrt inkább megközelíti, továbbá, hogy e szer a váladéktermelődést is csökkenti. A hiányos callus-képződés gyorsítására is próbálják már felhasználni; ez irányban azonban még nem mondható végleges ítélet. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 39. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 2. szám. **Zwillinger Hugó**: Hadigégészeti közlemények. **Reisz Elek**: Észlelések a háborús typhusról.

Budapesti orvosi újság, 1916, 2. szám. **Zsakó István**: Psychiatriai megfigyelések a fronton.

Vegyes hírek.

Kinevezés: **Schäffer Károly dr.-t** (Kaposvár) az államvasutak igazgatósága pályaválasztóvá nevezte ki.

Választás. **Schöffner Ernő dr.-t** a szabadfalui kör orvosává választották.

Meghalt. **Sipos Dezső dr.**, karlsbadi fürdőorvos orosz fogásban. — **H. Klaatsch**, az anatomia rendk. tanára a boroszlói egyetemen, ismert anthropologus, január 7.-én 53 éves korában. — **Guido Baccelli**, a híres olasz klinikus, volt közoktatásügyi miniszter Rómában, január 10.-én 85 éves korában.

A Magyar Gyógypaedagogia szerkesztő-bizottsága január és február hónapban a budapesti kir. m. tudományegyetem bölcsészeti karának nagy udvari előadó-termében (VIII., Muzeum körút 6—8) **Háború és gyógypaedagogia** címen előadási sorozatot rendez. Az előadások sorrendje: I. Január 13.-án, csütörtökön, délután 6 órakor: A háborúban megvakult katonák oktatása. Előadó: **Kirschenheuter Ferencz**, a m. kir. rokkantügyi hivatal vakok iskolájának tanügyi vezetője. II. Január 27.-én, csütörtökön, délután 6 órakor: A háborúban megvakult katonák jövője. Előadó: **Kirschenheuter Ferencz**. III. Február 10.-én, csütörtökön, délután 6 órakor: A háborúban megsiketült és megnémut katonák sorsa. Előadó: **Istenes Károly**, a gyógypaedagogiai képző előadó-tanára.

IV. Február 24.-én, csütörtökön, délután 6 órakor: A háborúban felépő beszédhibák. Előadó: **Istenes Károly**.

Gellért Fülöp dr. (szül. Nyitraújváron) fölkért annak a közlésére, hogy orosz hadifogságban van. Címe: Kinyel, Samara-kormányzóság.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által a háborúval kapcsolatos betegségekről és harcéri sebesülésekről szóló előadások II. sorozatának programja a következő: Január hó 12.-én. Az egyetemi közegészségügyi intézet tantermében (VIII., Eszterházy-u. 9). **Id. Liebermann Leó dr.**, egyetemi tanár: „Védőoltások és azok tudományos alapja”. — Január hó 19.-én. A II. számú egyetemi belklinikai tantermében (VIII., Ludoviceum-u. 2). **Jendrassik Ernő dr.**, egyetemi tanár: „A háborús neurosisok”. — Január hó 26.-án. A III. számú egyetemi belklinikai tantermében (VIII., Ludoviceum-u. 2). **Báró Korányi Sándor dr.**, egyetemi tanár: „A tuberculosishoz a háborúhoz való vonatkozásairól”. — Február hó 2.-án. Az I. számú egyetemi szemklinikai tantermében (VIII., Mária-u. 39). **Gróf Mailáth József v. b. t. t.** miniszeri biztos: „A harcéri megfigyelő-állomások szerepe a közegészségügy szempontjából a háború alatt és a háború végével”. — Február hó 9.-én. Az I. számú egyetemi belklinikai tantermében (VIII., Üllői-út 26). **Bálint Rezső dr.**, egyetemi tanár: „A háborús szívbetegségekről”. — Február hó 16.-án. Az I. számú egyetemi belklinikai tantermében (VIII., Üllői-út 26). **Dalmady Zoltán dr.**, egyetemi magántanár: „A központi idegrendszer sérüléseinek és a harcéri szervek betegségeinek fizikai gyógyítása”. — Az előadások kezdete 6 óra. Belépődíj nincs.

A **cholera állása hazánkban**. Magyarország területéről december 20.-ától 26.-áig 53 ázsiai cholerabetegedést jelentettek 25 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: **Törvényhatósági városok**: Budapest 4, Temesvár 1. **Vármegyék**: Bács-Bodrog vármegye: Óbecse 6, Ada 2, Títel 1; Szabolcs vármegye: Nyíregyháza 18; Temes vármegye: Kevevára 3; Torontál vármegye: Ócska 4, Béga-szentgyörgy 6, Alsóttebe 1, Nagytárnok 3, Kistárnok 2, Rezsőháza 1, Nagybecskerek 1. 3 megbetegedés katonák között történt; 22 megbetegedés pedig szerb hadifoglyok között. A többi 28 megbetegedés és 12 halálozás a polgári lakosság körében fordult elő. — December 27.-étől január hó 2.-áig 21 ázsiai cholera megbetegedést jelentettek 16 halálozással. Az esetek a következőképpen oszlanak meg: Budapest 2, Miskolc 1, Temesvár 1, Szatmár-Németi 8; Bács-Bodrog vármegye: Óbecse 1; Szabolcs vármegye: Inrány 1, Nyíregyháza 1; Temes vármegye: Kevevára 1; Torontál vármegye: Aracs 1, Rezsőháza 1, Melenche 1, Törökbecse 1, Nagybecskerek 1. 1 megbetegedés katonák között, 11 megbetegedés szerb hadifoglyok között történt. A többi 9 megbetegedés a polgári lakosság körében fordult elő. December hó 21.-ától 26.-áig terjedő héten Ujvidékről 1 ha állal végződött cholera-gyanús megbetegedést jelentettek, a mely utólagos értesítés szerint cho erának bizonyult. A beteg katonai kocsis volt.

Budapesti medicomechanikai **ZANDER** -i tétel. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézet Budapest. IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkezelések frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

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

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

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-1. 22. sz. fekvő betegek is felvétetnek.

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

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

MATTONI-FÉLE LAPKIVONATOK fürdőkhöz. „LAPSÓ” száraz kivonat ládákban a 1 kiló. „LAPLUG” folyékony kivonat üvegekben a 2 kiló.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. rendes tudományos ülés 1915 november hó 13.-án.) 37. lap. — (X. rendes tudományos ülés 1915 november hó 20.-án.) 37. lap. — (XI. rendes tudományos ülés 1915 november 27.-én.) 38. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(IX. rendes tudományos ülés 1915 november 13.-án.)

Elnök: Grósz Emil, később Terray Pál. Jegyző: Dollinger Béla

(Folytatás.)

Két felső és két alsó műtaggal bíró beteg ügyességének bemutatása.

Holzwarth Jenő: Dollinger tanár megbízásából csonkított embert mutat be, kinek mind a négy végtagja hiányzik. Nyolcz év előtt Amerikában munkaközben állítólag 67 000 Volt feszültségű villamosáram járta át testét, mely alkalommal mindkét lábszára és alkarja elszenesedett és elhalt. Mindkét lábszára közepén felül, alkarjai pedig a középső és felső harmad határán amputálva vannak. A végtaghiányokat Amerikában készült prothesisek pótolják. Alsó végtagprothesiseivel teljesen jól jár. Ezen művégtagokhoz, annak ellenére, hogy jól fedett csontok vannak, a test súlyának hordozására a sípcsontnak bütkei vannak felhasználva s a testsúly nem támaszkodik a csontok végén. Ugyanezen elv az, a melyet Dollinger tanár lábszárhányokat pótló művégtagjain már 25 éve következetesen keresztülvisz s a melynek helyességére, úgy látszik, az amerikaiak is rájöttek. A művégtagok nincsenek párnázva, hanem egyszerű bőrtokok fogják körül a csontokat s a bélelésre egyedül a csontokra húzott trikok szolgálnak. A felső végtagprothesisei hasonló bőrtokok, a melyeknek a végén fából készült kéz van, melynek hüvelykujja mozgatható, míg a többi négy ujj félg behajlított helyzetben mereven áll. A hüvelykujj abductióját a csonkított az ellenkező oldali váll mozgásával, egy a háton keresztül a felkarig terjedő heveder és innen tovább a hüvelykujjig futó erős húr segítségével végzi. Az ujjat erős rúgó addukálja. Ezen műkezekkel a beteg nagyon jól tud fogni. Segítség nélkül vetkőzik, öltözik, evőeszközökkel eszik, jól ír, finomabb tárgyakat is (mint gyufa) megfog. Alsóvégtag-prothesiseivel minden bot nélkül nagyon jól jár, fut, lépcsőn, sőt még létrán is fel-le megy. A csonkított Dollinger tanár felszólítása folytán Eiselsberg tanár klinikája engedte át, hogy ügyességének bemutatásával a mi háborús rokkantjainkban reményt és bizalmat ébresszen jövő sorsuk iránt s ennek megfelelően több helyütt, a hol nagyobb számú csonkított van együtt, bemutatták. Ez az önkéntes hadi szolgálata.

A balassagyarmati különös fertőzésekről sebesülteknél.

Bogdán Aladár és Buday Kálmán. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Preisz Hugó: Kétségtelen, hogy a megbetegedés valami újfajta megbetegedés, és az is igaz, hogy ilyen bakterium eddig leírva nincs. Legközelebb áll ahhoz, a mely emphysemás gangraenát okoz. Anaërobok ezek is, pl. a Fränkel-féle.

Az esetek közlése tisztázni fogja az eredetet, mert ki fog tűnni, hogy hasonló megbetegedések egyebütt is előfordultak. Gyanu van arra, hogy talán a harcterről hozták a fertőzést. Nincs kizárva, hogy csak egy ember hozta és ez propagálta. Elfogadja az előadó nézetét, de a hosszú incubatio, a praedilectio a máj iránt nem teszi valószínűtlenné, hogy a bélből indult ki, mint a hogyan az epidemiás meningitis az orrból szokott kiindulni. A bélben is behatolhatott a fertőzés a májba.

Buday Kálmán: Eltekintve attól, hogy a vena portae ágaiiban nem találtak genyes thrombophlebitist, ez sem teszi valószínűvé a bél felől való fertőzést. Másfelől különösnek találja azt, hogy valamennyi megbetegedetten lövés sérülések is voltak, míg a könnyű sebesültek közül senki sem kapta meg a sérülést. Ez véleménye szerint szintén a bél felől való fertőzés ellen szól.

(X. rendes tudományos ülés 1915 november 20.-án.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Bence Gyula.

Retrograd incarceratio diónyi inguinalis sérv kíséretében.

Mező Béla: Az új szent János-kórház gyermekosztályának vezetése alatt álló sebészeten 15 éves fiú diónagyságú, igen feszes jobb oldali inguinalis sérvvel jelentkezett, a mely a beteg bemondása szerint négy órával azelőtt nehezebb tárgy emelése közben hirtelen keletkezett. A beteg a sérvet visszahelyezni nem tudta s felvételekor a jobb hasfélre lokalizált igen heves fájdalmakról panaszkodott. Hőmérséke 37.5° C, érverése percenként 90, s jobb alhasi tája a balhoz hasonlítva kissé feszesebb volt. A helybeli érzéstelenítésben végzett műtét alkalmával kitűnt, hogy a sérvtömlőben két, egymással párhuzamosan haladó, harántul fekvő, körülbelül 5 cm. hosszú cyanosisos bélkacs feküdt. A distálisan fekvő bélkacs jobb szájának előhúzásakor a hasüregbe folytatódó bélrésztlet összeesett és a lehető legnagyobb fokban szederjes volt. E bélrésztletet tovább követve, az mintegy 25 cm. lefutás után a proximálisban fekvő bélkacsnak ugyancsak a jobb oldali végébe folytatódott. A hasüregbe benyúló bélkacs kihúzása után a sérvben eredetileg benifekvő bélrésztlet pár perc alatt élénkpiros lett, a hasüregből kihúzott darab ellenben kék színét csak 5 perc múlva tudta elveszíteni. A felszabadított bélkacs mesenteriuma mindenütt szabad volt, a sérvkapu és sérvtömlő teljesen sima volt. A belek visszahelyezését a sérvnek szokott módon való ellátása követte.

A világirodalomban a retrograd incarceratióknak csak 78 esete ismeretes. Lényege az, hogy valamely sérv kizáródásával kapcsolatban elhal, vagy az elhaláshoz közel eső stadiumba kerül egy a hasüregben szabadon fekvő bélkacs. A retrograd incarceratio keletkezését Maydl tanulmányozta először. A retrograd bélelhalás létrejöhet úgy, hogy egy hosszú mesenteriummal bíró bélkacs két szára egymás mellé helyeződik, s a kacs gyöke kiszorul (Maydl I.), vagy úgy, hogy két egymáshoz közel eső bélkacs egyidőben szorul ki, s velük együtt kiszorul a közbeeső béldarab mesenteriuma is (Maydl II., W-alakú hernia). A szabad hasüregben levő bélkacs elhalhat, ha az illető bélkacs mesenteriuma kiszorul; de létrejöhet bélelhalás akkor is, ha a közbeeső kacs mesenteriuma csak vongalódik és az erei megtöretnek (Sultan esete). Észlelték azt is, hogy a szabad hasüregben levő béldarab azért halt el, mert a sérvben levő béldarab mesenteriumának vena-thrombosisa a szomszédos részre áttért. Az összekötő bélkacs elhalásának volvulus is lehet az oka. A vérerek anastomosisának gyér volta miatt a colon és alsó ileumrész retrograd elhalásra különösen alkalmas. A retrograd incarceratio mortalitása igen nagy, Wendel szerint 42%. Rendesen öreg emberekben, igen nagy sérvvel mellett fejlődik. A sérvben rendesen 2—3 bélkacs van. A bemutatott eset érdekessége az, hogy a retrograd incarceratio a Maydl-féle I. típus szerint jött létre (eddig 12 eset ismeretes), s az, hogy a kiszorulás igen kicsiny congenitalis sérvhez csatlakozott, a milyen a 78 ismert eset közül csak kétszer fordult elő.

Súlyos postoperatív gégevérvzés két esete.

Réthy Aurél: A 19 éves gymnasiumi tanulót 1915 augusztus 6.-án vették fel az egyetemi orr- és gégegyógyászati klinikára. A beteg súlyos tüdőgümőkórban és gégetuberculosisban szenvedett. Főpanasza az volt, hogy a nyelése fájdalmas. Minthogy a gümőkóros folyamat főleg csak az epiglottisra szorítkozott és különösen ennek elülső felülete volt fekélyes, a fájdalmat főleg a nervus glosso-pharyngeus vezette tovább és így azt a nervus laryngeus superior befolyásolásával megszüntetni nem lehetett. Ez okból, dacára annak, hogy a baj

előrehaladott voltánál fogva a bemutató a beteg élettartamát környezete előtt még körülbelül két hónapig tartónak jelezte, hogy ez idő alatt a beteg szenvedéstől mentve legyen, egy teljesen kicsiny és rendszerint complicatiók nélkül lefolyó műtetre, az epiglottis amputációjára határozta el magát. A műtétet helyi anaesthesia-ban a felvétel napján végezte egyszerű módon az *Alexander*-féle guillotinnal. A beteg a műtét után köhögés közben vért köpött. Minthogy ez csillapodni nem akart, a seb vérző baloldalához Kocher-Fonio-oldattal telített tampont szorított, ami hatástalan maradt. A hydrogenhyperoxyd-oldat nem kevésbé. Majd ferrum sesquichloratum-oldattal próbálkozott, de ezzel sem ért el eredményt. A beteg, bár nem rohamosan, de állandóan vérzett, úgy hogy az anaemia tünetei jelentkeztek. Most *Kuhnt*-féle intubator-t vezetett be, melynek környékét a garatban erősen kitamponálta. A beteg a vért most már a *Kuhnt*-féle csövön köhögte ki, úgy, hogy ezt is sürgősen el kellett távolítani. Az anaemia fokozódott. Hogy a vérzés helye könnyebben hozzáférhető legyen, *Killian*-féle „Schwebelaryngoskopia”-t alkalmazott, mely a gégét közvetlenül teszi szemlélhetővé. Megpróbálta újból a hydrogenhyperoxydot, coagulent és liquor ferri sesquichlorati-t eredmény nélkül. Majd az általa vérzés esetén ajánlott Horsford-féle varróeszközzel próbálta a vérző helyet körülöltetni, hogy azután a fonalakat az általa szerkesztett plombbal csomózza. Az infiltrált szövetből azonban a tű kiszakadt. Megpróbálta a vérző helyet elektroauterezni. A vérzés csak fokozódott, a pulsus szapora, filiformis. A „Schwebe”-készüléket eltávolítva ekkor, tracheotomiára szánta el magát. A canulet behelyezve, a száj felől igyekezett erős tamponáddal a gégebemenetet és garatüreget kitölteni. A beteg öklendezett és a vért épp oly mértékben a canule-on át köhögte ki. Minthogy a beteg állapota fenyegetővé vált, teljes laryngofissiót végezt és a gége felől erősen tamponálva, a garat felől ellentamponádot alkalmazott. A folytonos öklendezés folytán ennek dacára sem szűnt a vérzés. Ezzel a bemutató kimerítette az eddig leírt összes eljárásokat és a halálos kimenetelt csak egy hirtelen ötlettel sikerült megakadályoznia. Steril gaze-be jódformagaze-t tett, a mely fölött a gaze-t erős selyemmel összekötötte, úgy, hogy nagy diónyi tampon keletkezett. Ezután a gégemetszés sebén át Bellocq-csövet vezetett fel, a mandrint a csöbe nyomta, mire a Bellocq rugója a szájban megjelenve, a tampon selymét ráerősítette és ennek segítségével a tampont a gége bemenetébe húzta, mely nagyságánál fogva azon áthaladni nem tudott. A gége felől a seb felé gaze-t vezetett be. Ezek felett a Bellocq-tampon selymfonalait csomózta úgy, hogy a vérzés két tampon közt prompte megállt. Infusio. A tampon 36 óra múlva egy a szájniyláson kivezetett harmadik fonál segítségével eltávolították. Vérzés többé nem állott be. A beteg megerősödött, majd meghízott, de két és fél hónap múlva tüdővérzésnek áldozatul esett.

2. A 42 éves gázgyári mérnököt 1915 augusztus 8-án stridorosus nehéz légzéssel vették fel. Diagnosis: phlegmone laryngis. Minthogy a nehéz légzést főleg oedema okozta, a bemutató az epiglottis és az arytájakat scarifikálta. A beteg megkönnyebbült, légzése szabadabbá lett. Vérzés nem volt. A műtő melletti teremben megfigyelés alatt tartották. Fél óra múltán a beteg a légzés hirtelen elakadt és cyanosisosan a műtőbe rohant, hol öntudatlanul összeesett. A bemutató egy metszéssel tracheotomiát végezt, canule-t helyezett be, majd a vérzést tökéletesen csillapította. Mintegy két óra múlva a beteg száján állandóan vért ürített és a vizsgálatkor kiderült, hogy a tracheotomia sebé teljesen vértelen és a vérzés a scarificatio helyéről indult ki. A bemutató két nap előtti tapasztalata alapján Bellocq-csővel hasonló tampont helyezett el a gégebemenetben, míg a fonalakat a tracheotomia nyílásán át kivezette és azokat egy a csomagok kézbe tartására szolgáló, közepűt kis bevágással ellátott pálczika felett erősítette meg; ezzel a tampont erősen fixálta. Majd a canule-t ismét behelyezte. 24 óra múlva a tampont eltávolították. Vérzés nem volt. Jelenleg az illető gyógyult, munkakörét ismét ellátja.

Pollatschek Elemér: A bemutató esetei is mutatják, hogy még endolaryngealis műtéteket sem szabad járóbetegeken végezni, különösen nem a gégebemenet porczos részein. Különösen a

gégefedőn végzett műtétek után gyakoribb a vérzés. A szolónak egy esetében, a melyet a tüdőbetegsgondozó intézetben mint járóbeteg operált, súlyos vérzés jelentkezett, úgy hogy a beteget a közeli Rókus-kórházba vitte be, a hol *Milkó* légszomszást végezt és a gégebemenetet erősen kitömté, mire a vérzés elállt. Ezen esetben a légszomszást a gégefedő kikapcsolásával a gümös gégefolyamatra is jó hatással volt. A gégefedő műtéti utáni vérzések nagyobbak, ha csak kisebb részeket vágnak ki, mint a teljes amputatio után, mert a sugárirányban haladó ereket oldalt érheti a metszés és így visszahúzódnak nehezebb. Kisebb vérzések ellen jó eredménnyel használta a szoló *Blumenfeld*-nek a Michel-kapcsok alakjában ajánlott műszerét.

Az ultraviolet sugarak therapiás értékéről.

Kovács József: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

(XI. rendes tudományos ülés 1915 november 27.-én.)

Elnök: **Liebermann Leó.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

A háborús idegsérülések sebészeti szempontból.

Verebély Tibor: Az érdeklődés, melylyel a sebészet napjainkban az idegchirurgia felé fordul, indokolt, ha az idegsérülések nagy számát és végzetes voltát vesszük tekintetbe. Ha az idegsérülések arányszámát saját és mások tapasztalatából kiszámítva kb. 1-70%-ra teszi, akkor csak egy millióra becsülve a sebesülések számát hadseregünkben, 17 ezer van ma a monarchiában, a ki idegsérülésből származó rokkantsággal szorul orvosi segítségre.

Míg azelőtt nagyobb számokkal csakis a gyűjtőstatisztikákban találkoztunk, addig ma már egyes észlelők is igen nagy számokkal rendelkeznek. Saját háborús anyagában eddig 340 peripherias idegsérülttel volt dolga, a kik közül előadása tárgyául 259-nek adatait használja fel, mint jól feldolgozottakat s egyöntetűeket. Anyagának részletes csoportosítása azt bizonyítja, hogy leggyakoribb a sérülés a felsőkar több idegén egyszerre (57), azután következik a radialis (45), majd az ischiadicus (41), negyedik helyen az ulnaris (21), majd a karfonat (6); oly sorrend, a mely némi módosulást mutat a régibb szabállyal szemben, mely szerint leggyakoribb a radialis, ezután következik az ischiadicus és harmadik helyen áll a karfonat.

Bemutatja az egyes sérülések típusát, párhuzamosan az ugyanolyan sérüléseknek műtéti eredményével. Ennek kapcsán sorra veszi a gyakorlati kérdéseket, melyeket az idegsebészet mai állása mellett fontosaknak tart.

Az eddigi tapasztalatok alapján a súlyos idegsérüléseket kivétel nélkül a sebészet körébe tartozóknak tartja. A műtét idejére vonatkozólag álláspontját így körvonalazza. A friss ideglövéseket varni nem szabad; a törések, sebek begyógyítandók, mielőtt az ideg varratára kerülne a sor. Ezen gyógyulási időt 4—6 hétre számítva, minden idegsérülést csak ennyi idő múlva tart műtetre alkalmasnak. A mely eset ez idő alatt javul, nem operálandó; a mely neuralgiákkal kínzóvá lesz vagy feltűnően rosszabbodik, operálandó. A vita jogosult azon esetek körül, a melyek ezen idő alatt sem nem javultak, sem nem rosszabbodtak. A maga részéről tisztán sebészeti szempontból ezeket is operálandóknak mondja.

A műtéteket 3 csoportba osztja, a melyeknek egyes típusait saját 80 operált esete közül, mint jól végig észlelttel, 50 esettel világítja meg. Az első csoport a *neurolysis*, melyet az újabb tapasztalat a paraneurotomiával és endoneurolysis-sal bővített ki. Lysist 26 egyénnek 44 idegén végezt azzal az eredménnyel, hogy a neurolysisok motilitásbeli gyógyhatása, egyébként legsúlyosabb bonczélettani viszonyok közt s még egy évnél nagyobb idő múltán is, a lehető legkedvezőbb prognosztis nyújtja. A felső végtagon a 4 hétnél idősebb műtétek kivétel nélkül 25—100%-os javulást mutatnak; az alsó végtagon a tibialisra nézve ugyanilyenek az eredmények; valamivel rosszabbak a peroneusra, a mennyiben az utóbbinak 9 lysise közül 2 ezideig sikertelen maradt.

A műtétek második csoportja a *neurorrhaphia*, a folytonosságában megszakított ideg varrata. Varratot 34 egyénnek 39 idegén végezt azzal az eredménnyel, hogy biztos vezetéshelyreállítás ezideig 3 idegen észlelhető 40—50%-os

javulással; három további esetet, melyben ugyancsak csábító a javulás felvétele, bizonyos kételyek alapján nem mer ide számítani, épp úgy, mint olyan eseteket sem, melyeknek állítólagos teljes gyógyulásáról levél útján értesült. A varratok végleges eredményéről e számok nem adhatnak felvilágosítást, mivel a műtét óta eltelt idő 50%-ban legfeljebb 2 hónap s egyetlen egy esetben sem több 6 hónapnál.

A neurolysisok és varratok illetően egymás mellé állítása mellett azt ajánlja, hogy a neuroresectiók számát a lysisok javára lehetőleg csökkenteni kell. Megtartott continuitas mellett tehát a resectiók végzésekor nagy körültekintésre int.

A műtétek harmadik csoportja a *hiánytöltő* eljárások, a melyek három különböző módon iparkodnak eredményt elérni: interpositióval, idegplastikával és idegbeültetéssel. Az utóbbiak közül felette tetszetős a régibb *Wölfler-féle* kettős beültetésnek *Láng* és *Hofmeister* ajánlotta felújítása. Az irodalmi adatok alapján teljesen jogosultnak tartja még ma a kérdést, hogy érdemes-e ideghiánytöltő műtéteket végezni, a mikor az egyes eljárások hasznát kifogástalanul bizonyító eset alig van közölve. Áll ez a kettős-beültetési eljárásra is, a mennyiben *Láng* esetét bonczani tévedésnek tartja, *Hofmeister* esetében pedig annyi kifogásolni valót talál, hogy meggyőzőnek nem tekintheti az esetet. Saját 4, *Hofmeister* szerint operált esete ezideig eredménytelen.

Minthogy a sérülés után egy esztendővel igen súlyos elfajulások mellett is látott feltűnően jó eredményt, azért addig, míg ellenkező tapasztalatok meg nem győzik, minden, bármilyen súlyos elfajulást mutató idegsérülést is operálandónak tart.

Az idegműtétek gyógyulásának megítélésében egyedül megbízhatónak a motilitas javulását tartja, a minek középértékűl lysisnél 5—6 hetet, varratnál 3—6 hónapot gondol állíthatni. Kivételesnek, bár nem lehetetlennek tartja a gyors, 2—3 hetes gyógyulást, a mire csakis irodalmi tanulmányai-ból ismer példákat, bár ezeknek megbízhatóságát legtöbbször hajlandó kétségbe vonni.

Mint benyomást emliti azt a tapasztalatot, hogy a vilamosan előkezelt és utókezelt esetek gyógyulási hajlama jobbnak látszik. Az orthopaediás kezelésnek azonban az eredmény elérésében igen nagy jelentőséget tulajdonít.

Hangsúlyozza, hogy ha a sebészi eredményeket elméleti kérdések bizonyítására vagy megdöntésére kívánja valaki felhasználni, akkor tisztában kell lennie a tévedésekkel, melyek az ilyen eredmények magyarázatába becsúszhatnak. A tévedések az elővizsgálat hiányosságában, a műteti leletek nehéz értelmezésében és az utóvizsgálat hiányos voltában gyökerezhetnek.

A háborús idegsérülések idegkórtani szempontból.

Ranschburg Pál: A sérülés folytán betegesen elváltozott vagy kettészakadt ideg állapota az ideg működéseinek és sajátságainak elváltozásaiából meglehetősen valószínűséggel meghatározható.

Az idegorvos feladata ezen vizsgálatok elvégzésével a helyzetet a sebész számára lehetőleg tisztázni.

De e vizsgálatok sokkal több nehézségre és tisztázatlan kérdésre találnak, mint várnók.

Az előadó munkáját, állandó érintkezésben a sebésszel, *Verebély* osztályán és klinikáján végezte.

Több mint 300 eset mindenoldalú vizsgálata alapján, melyek közül kb. 70 műtetre került, midőn is a klinikai leletet a biopsia ellenőrizhette, a következőket vélte tisztázhatni:

I. Elsősorban kikapcsolandók a *psychológiás* és a *durvább anatómiai elváltozásokkal nem járó* egyéb (*Oppenheim*, illetve *Sarbó*) hűdések vagy az olyanok, melyek kezdetben sérülések voltak, elfajulási tüneteket részlegesen ma is mutatnak, de a motoros hűdés már csak *psychologice* perseverál. Ideszámítandók az igen gyakori *algogen* hűdések, midőn a mozgáskor jelentkező fájdalom, és az *algophob* hűdések, midőn már csak a fájdalomtól való félelem váltja ki a hűdést és a contracturát.

Mindezek kezelése: éber suggestio, meggyőzés, esetleg ehhez társuló physikalis kezelés. Igen gyakran egy ülésre 100%-ban gyógyulnak hosszas fennállás után is.

Említendő itt a sérülés által nem érintett idegágakra *irradiáló hűdések*, valamint az X, Y ideg sérülésére a részben azonos magasságban eredő Z idegben is beálló associált és reflexhűdések.

Különösen gyakori az ulnaris és medianus sérülésekor és hűdésekor a sérületlen radialis hűdése, mely az előbbiektől műtétére reflectorice magától gyógyul és így nem is operálandó.

II. *Sensibilitas*. 1. A peripheriás idegsérülés, ha a medianust, ulnarist, musculocutaneust, peroneust, tibialist éri, mindig megfelelő területű epikritikás anaesthesiával jár. Ennek konstatálása csak ecsettel végezhető megbízhatóan. A n. radialis a sajátos anatómiai viszonyoknál fogva csak kivételesen jár kiterjedtebb anaesthesiával.

2. Ezen objective megállapítható anaesthesiát csak alkalmilag fedi a sérült subjectiv érzés-zavara. Az anaesthesia az esetek több mint 90%-ában a műtét után fél éven belül nem változik, pl. a nagyszámú gyógyult lysisok egyikeben sem javult. A subjectiv érzés-zavarok a műtét után gyorsan megjavulhatnak.

3. Az idegre aránylag csekély nyomást gyakorló heg is okozhat epikritikás anaesthesiát, mely még motoros hűdéssel együtt sem bizonyítja az ideg megszakíttóságát.

4. Anaesthesia hiánya esetén — a n. radialis kivételével — az ideg folytonosságának teljes megszakíttósága nem várható. Ilyen esetben lehetőleg a lysis mellett kell megmaradni.

III. *Motilitas*. 1. Teljes motoros hűdés sem bizonyítja az idegnek még fennforgó súlyosabb laesióját (*perseverativ hűdések*).

2. Ritka esetekben teljesen ép motilitas mellett az ideg típusos érző hűdést mutat.

3. Bonczani anomáliák nehézségeket okozhatnak, pl. nem ritka a magas radialis-hűdés ép ext. carpi működéssel, vagy flex. carpi ulnaris működés teljesen szétlőtt ulnaris esetében.

4. Annak a megítélése, hogy valamely végtagrész bizonyos irányú mozgása mely izmoknak, s mily mértékben tulajdonítandó, nem támaszkodik még véglegesen tisztázott physiologiai tételekre. *Gyakorlati* szempontból ez fontos azért, mert a műtét után jelenkező mozgások könnyen látszanak tévesen a kezdődő gyógyulás tüneteinek, pedig egészen más ideg által ellátott, sőt leggyakrabban az antagonist izomzatnak mozgásai. Du Bois Reymond, Jendrassik, Herzog, a sebészek közül *Létievent* és *Kramer* végzett ez irányban értékes kutatásokat és észleléseket.

Az előadó összanyagának áttekintéséből és legfőképpen két, igen részletesen elemzett és demonstrált esetéből a következő általános érvényességű tételt vélte levonhatni, melynek figyelemmel tartása durvább tévedésektől megóvhat. Valamely végtagrésznek izülete körül leírt teljes mozgási pályája két egymást fölváltó izomcsoport működéséből tevődik össze. A mozgás kezdődik az Y izomcsoport relaxációjával, és bizonyos constans határponthoz érve, folytatódik és befejeződik az X izomcsoport activ contractiójával. Pl. a carpus flexiója kb. 50°-nyi kiterjedésben a dorsalflectált helyzetből a vízszintesig az extensorok relaxációjának, azontúl le további csaknem 90°-ig a carpus-flexorok contractiójának munkája.

Ha tehát a radialis ép, a flexio első része igen jól végezhető, a második részét elvégzi a lendület és a súly. Ezért is e functio csak akkor tért vissza, ha élére állított kézzel és súly ellen is végezhető. Ugyanígy az alkar pronációjának első része a tenyérrel fölfelé tekintő kéz, illetve alkar radialis szélének 90°-kal fölfelé való forgatása a supinatorok relaxációját követi. Csakis innen tovább megint a vízszintesig végzi a mozgást a pronator, illetve a medianus. Ugyanez áll és minden hűdésnél megtalálható, bár nem mindegyiknél feltűnően demonstrálható, az ujjak mozgásaira, valamint a lábfej abductiójára és adductiójára is. Pl. a flex. dig. comm. relaxációja alig különböztethető meg az ext. dig. comm. újjra beálló kezdő működésétől (lábfejen, peroneus-hűdésnél).

5. Különös óvatosságot igényel az ujjhajlítók műtét után jelentkező funkciójának elbírálása, minthogy egyrészt a súly irányában a radialis az összes flexiókat pótolhatja, másrészt, az ép medianus az összes középperczek beidegzésével a többi izeket is együtt mozgatja, még pedig súly ellenében is.

A legtöbb egyéb izom működése — a fenti elvet nem is tekintve — más izmokéval valamennyire pótolható.

IV. *Elektromos változások.* 1. Komoly idegsérülést mindig kísérnek eltérések a villamos viselkedésben. (Kivétel: 1:100.)

2. Totalis ideg- és izomelfajulás önmagában egyáltalában nem bizonyít a continuitas hiánya mellett.

3. Önmagában tehát még semmiképpen sem indicatora annak, hogy az ideg műtét nélkül ne térhetne magához.

4. Műtét után a villamos viszonyok, akár lysisről, akár varratról volt szó, 100-nál több eset közül, egyetlen esetben sem váltak fél éven belül teljesen normalissá.

5. Az izomzat villamos elfajulása műtét után a legtöbb esetben, bármily súlyos volt, megjavul. Ez azonban sohasem jele annak, hogy az idegvezetés, avagy a motilitas is javulóban van.

6. A hol villamos vezetés az idegben jelen van, ott még teljesen elhegesedettnek tetsző idegben is bizvást számíthatunk ép rostkötegekre.

7. A *Stoffel*-féle tant számos oly eset igazolja, melyben valamely súlyosan sérült idegnek egyes kötegei vezetnek csak az áramot, míg a többi hűdött.

V. Sem a motilitas, sem a sensibilitas, sem a villamos vizsgálat egymagában biztos és részletes fölvilágosítást a sérült ideg állapotáról nem ad, de a három módszerrel együtt a sérülés helyére, kiterjedésére, súlyosságára és így a követendő eljárásra nézve is, a hogy azt a műtét biopsziák mutatták, az esetek túlnyomó nagy részében nyerhetünk igen nagy valószínűségi értékkel bíró fölvilágosításokat. Mindhárom tulajdonság együttes, tartós hiánya az idegnek kettészakadt voltát, avagy egész harántmetszetében való olyfokú elváltozottságát bizonyítja, melynél fogva annak lysisse nem lesz eredményes.

Útmutatást adnak még a trophiás, vasomotoros viszonyok, reflexek, stb. is.

Vizsont a módszerek leggondosabb alkalmazása és eredményeiknek már a műtét előtt szabatos följegyzése nélkül a műtét sebészi eredményeit megbízhatóan mérlegetni, a fentiek értelmében, nem lehetséges, tévedésekre bőséges alkalmam nyílik.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

11.546/1915.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásában levő megüresedett pilisszántói körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az orvoskör Pilisszántó és Pilisszentkereszt községekből áll; székhelye Pilisszántó.

Az állás javadalma:

1600 korona fizetés,
1200 korona helyi pótlék,
600 korona lakbér,
200 korona fuvarátalány

és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Az eddigi körorvos az uradalmaktól és munkáspénztártól tekintélyes javadalmazásban részesült.

Felhívom pályázókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban előírt képesítésüket s az eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal fölsorolt kérvényüket hozzám 1916. évi február 2-án d. e. 12 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást február 3-án délután 1/4 órakor tartom meg Pilisszántó községházán.

Pomáz, 1915 december 20-án.

A főszolgabíró.

A Balatonalmádi-i Zsófia Gyermekszanatóriumban pályázat útján kerül betöltésre egy alorvosi állás, a mely havi 200 korona fizetéssel, természetbeni lakással és teljes ellátással van díjazva. Az intézet üzeme májustól októberig tart, tehát 5 hónapra szól a megbízatás. Gyermekgyógyászati gyakorlati bírók előnyben részesülnek. A folyamodást márczius 31-éig kell a Zsófia Országos Gyermekszanatórium-Egyesület központi igazgatóságához Stáhlly-utca 15 benyújtani. Budapest, 1916 január hó 7-én.

Gróf Zichy János, kormányzó elnök.

Nyomatott Pápai Ernő műintézetében, Budapest VI., Szerecsen-utca 65 (Liszt Ferenc-tér sarok).

195/1915 eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórháznál üresedésben levő, évi 1600 K fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étellemezzel javadalmazott másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 K-s bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám 1916. évi január hó 24-en délelőtti 11 óráig annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1915 december 31.

Velits Dezső dr. s. k.,
udv. tan., tud.-egy. ny. r. tanár,
igazgató.

A szekszárdi Ferencz-kórháznál három alorvosi állásra pályázatot hirdettek 1800—1600—1400 korona évi fizetéssel, bentlakással és teljes ellátással. A pályázatok a főispán úrhoz czímezve a kórház igazgatóságához küldendők.

Szekszárd, 1916 január 1.

Kórházigazgató.

INJECTIONES „ERI“

STERIL OLDATOK az injekciós therapia céljaira.

Sebészeti és fogászati érzéstelenítők.

Hásmálakra kész Tuberkulin hígítások.

MERKARSEN „ERI“ (ENESOL)

Erélyes antisiphiliticum. Árjegyzék és minta ingyen.

RÓZSAVÖLGYI IMRE || SPECIALLABORATORIUM „ERI“
gyógyszerész || BUDAPEST, VI., Aréna-út 124.



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

Dr. Thilo-féle
Chloroethyl

készítményeket.

Az önműködő üvegek újra tölthetnek 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 szétváló osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

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 CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

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.

Kovács József: Az ultraviolet sugárak terapiás értékéről. 41. lap.

Pogány Ödön: Közlemény a cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórház IV. osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos.) Harctéri fűlésrűlések. 43. lap.

Somogyi István: Az anaphylaxia kérdése és a tuberculosis antitoxikus kezelése. 45. lap.

Tárca: A harctéri megfigyelő-állomások későbbi feladata. 47. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. R. Fibich: Kriegschirurgisches Handbuch. — Schulz: Das Bewusstseinproblem vom psychologischen, positivistischen, erkenntnis-

theoretisch-logischen, metaphysischen und biologischen Standpunkt. — Új könyvek. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Saxl: A pyrogen anyagok befolyása a lázra. — Belorvostan. Plachkes: Typhusreconvalescentia. — Lyon: Csigolyamegbetegedések a typhusreconvalescentiában. — Sebészet. Samberger: Az appendicitis aetiologiája. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Sternheim: Foligan. — Liepelt: Recvalysat. 49—50. lap.

Magyar orvosi irodalom. 50. lap.

Vegyes hírek. 50. lap.

Tudományos Társulatok. 51—52. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az ultraviolet sugárak terapiás értékéről.*

Irta: Kovács József dr.

A napfénynek gyógyításra való felhasználását célzó, régebbi időkben végzett kísérletek nem igen hagytak nyomot. Finsen-nek a sugárzási energiák gyógyhatásáról 1895-ben megjelent közleményei is csak egyes localis megbetegedésekre vonatkoztak, bár már akkortájt is sok szerző hangsúlyozta a fénysugaraknak az egész szervezetre való jótékony hatását. A sugárzási terapia igazi fénykorszaka csak a Röntgen- és radiumsugarakban rejlő óriási energiáknak felismerésével veszi kezdetét és ugyancsak ebbe az időbe esnek Poncet és Ollier, valamint tőlük függetlenül Bernhard és Rollier kísérletei is a magaslati insolatióval és kitűnő gyógyeredményei kivált tuberculosis kórfolyamatokban. Az eredmények főleg a legutolsó római tuberculosis-congressuson váltak ismeretessé és nekik köszönhető, hogy a heliotherapia az érdeklődés gyújtópontjába került. És a mennyiben neves sebészek tekintélyes számából, kik közül csak Bardenheuer, Vulpius, König és De Quervain-t említem meg, részint a helyszínen, Leysinben szerzett személyes meggyőződés révén sokan egy csapással lelkes hívők váltak, a heliotherapiának köszönhető, hogy a tuberculosis sebészi kóralakjaiban mindinkább tért hódít a már régen hangoztatott, de teljes érvényre csak most jutó legtisztább conservativismus. A tuberculosis, mint tudjuk, elsősorban constitutionalis betegség lévén, csak idő kérdése lehetett, hogy a kiválólag általánosan ható heliotherapia a tuberculosis egyéb localisatiói és ezek között a tüdőgümőkör ellen is alkalmazást nyerjen. Itt irányváltást nem idézett ugyan elő, de igen értékes adjuvansnak bizonyult, éppúgy mint az általános, nem gümőkörös sebkezelésben is, melyben, mint később látni fogjuk, eredménynyel voltak a sebészi tuberculosisban szerzett tapasztalatok értékesíthetők.

Az insolatióval elért gyógyeredményeket legnagyobb részt a napfény spectrumának legszélsőbb, legrövidebb hullámú és szemmel nem látható ultraviolet sugárak vegyi hatása hozza létre. E sugárak intenzitása nagyban függ a levegő tisztaságától. A magaslati ritka és tiszta levegőben e

hatás legerősebb, míg lentebb a völgyben, lapályon, a hol a levegőrétegek részben sűrűbbek, részben porral és egyéb corpuscularis elemekkel telítve, az intenzitás a sugárak elnyelése következtében egészen a hatástalanságig csökken. Azokkal az eredményekkel tehát, melyek magaslati helyen teljes intenzitású sugarakkal és megszokítás nélkül télen-nyáron egyaránt folytatott insolatióval érhetők el, semmiképpen sem mérhető össze az alacsonyabb helyeken vagy városok körzetében levő solariumok gyógyhatása, a mely ugyan, mint a Bardenheuer és Jerusalem által közölt esetekből kitűnik, kétségtelenül itt is megvan, de melyet a magas légnyomás, a sugárak csekély mennyisége vagy teljes hiánya, a nap-sütés szabálytalansága és elégtelensége igen gyakran illuszióssá tesz.

Ilyen körülmények között természetesnek és jogosnak kell tartanunk az olyan fényforrások után való kutatást, melyek helytől és időjárástól teljesen függetlenül, mindenkor élmindenütt elégséges ultraviolet sugárakat szolgáltatva, a napsfényt pótolni vannak hivatva.

A kvarzlámpa, vagy a mint másképp nevezik, a mesterséges napfény, abban a kivitelben, a mint azt Bach és Nagelschmidt utasításai nyomán ma készítik, legjobban felel meg a célnak. Ultraviolet sugarakat a napfényénél is bőségesebb mennyiségben produkál, bárhol és bármikor alkalmazható és a besugárzás pontos szabályozását teszi lehetővé.

A sugarakat nagyfeszültségű villamám által fehér iz-zásig hevített kén-szögzők szolgáltatják. A kén-szögző olvasztott kvarzból készült, evakuált, átlátszó csőben foglaltatik, a mely igen magas hőfokot bír el megolvadás nélkül — a kén-szögző kb. 2000°-on válik gőzalakúvá — és a mely a sugarakat változatlanul, gyengítetlenül bocsátja át magán. A lámpa aluminium-gömbbe van elhelyezve, a melynek alsó fele mozgékony és segélyével a sugárkéve szélessége szabályozható. Kisebb-nagyobb kerek nyílások az alsó félgömbön apróbb területek besugárzását szolgálják.

A kvarzlámpa hősugarakat alig vagy csak kis mértékben produkál, ezekre pedig esetenként részben mint testmelegítőkre, részben, mint később látni fogjuk, az ultraviolet sugárak hatását modifikáló tényezőkre, részben mint vörö-s sugarakra bizonyos esetekben magukban is szükségünk van. De különben is akkor fogjuk legjobban megközelíteni a természetes insolatio feltételeit, ha a napfénynek lehetőleg összes componenseit vesszük igénybe. Erre a célra szolgál a Hagemann által ajánlott, mozdulatlan gömbfelé erősített

* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1915 november hó 20.-i ülésén.

korong, melyre 8 szénszálas villanyégő van szerelve. Intenzívebb vörössugaras hatás elérésére az égők egy részét rubintüveggel láthatjuk el.

A sugarak hatásmódjára nézve, bár egész irodalom fejlődött már ki körülötte, a vélemények még nem alakultak ki véglegesen. Localisan a besugárzott felületen, a bőrben ez a hatás láthatólag activ hyperaemiában nyilvánul meg, mely azonfelül, hogy decongestálólag hat a belső szervekre, javítja a bőr táplálkozási viszonyait, a bőrsejtek reakcióképességét és oly vegyi anyagok termelésére ad impulsust, melyek fokozottabb oxydatiót és élénkebb anyagcserét idéznek elő. Egyes szerzők, mint pl. *Schrötter*, a bőrnek vitális jelentőségét egyenesen a belső secretiós szervek mellé állítják. Ha nem is fogadjuk el ezt a talán túlzott álláspontot, tagadhatatlan és bebizonyított dolog, hogy a bőrnek mint antianyag-termelő szervnek igen nagy fontossága van. Klasszikusan bizonyítja ezt a *Jenner*-féle vaccinatio, de bizonyítja továbbá azon eredmények, melyeket a tuberculin intracutan applicatiójával *Sahli* és *Wolff-Eisner*, percutan alkalmazásával *Petruschky* és utána *Ponndorf* ért el. Mindezen esetekben a bevitt vaccina a bőrsejtekben a bacteriumok endotoxinjával antianyagokat termel, melyek a vér és nyirok útján továbbíthatnak.

Ha a bőrsejtek táplálkozása zavart, a reakcióképessége csökkent, akkor a toxinok paralyzálására szükséges anyagokat nem tudják a kellő mennyiségben produkálni és ilyen esetekben hárul a sugárzási therapiára azon feladat, hogy tartós arteriosus hyperaemia útján kedvezőbb táplálkozási viszonyokat teremtsen és complementumot tartalmazó serummal itassa át a szöveteket.

Ezen localis, a felületre vagy mindössze néhány milliméteres mélységbe terjedő hatáson kívül kell, hogy a sugaraknak mélyebb, az egész szervezetre kiterjedő hatásuk is legyen, mert különben nem volnának magyarázhatók azon esetek, midőn localis besugárzás után távolabb fekvő szervekben áll be a kívánt gyógyhatás.

Rollier e távolhatás létrejöttében a bőrsejtek egy reakciós productumának, a besugárzás hatása alatt keletkezett bőrpigmentnek juttat nagyobb jelentőséget. Szerinte a pigmentnek egyrészt védőszerepe van, a mennyiben absorbeálva a vegyi sugarak nagy részét, megvédi a testet a túlságos besugárzásból származó esetleges károktól, másrészt transformáló sensibilizáló feladata volna oly értelemben, hogy a rövid hullámú sugarakat hosszú hullámúakká változtatja át, melyek nagyobb penetrálóképességükönél fogva a mélyebb rétegekben is kifejtenék gyógyító hatásukat. Más szerzők, köztük elsősorban *Wagner*, a távolhatás magyarázatául azt veszik fel, hogy az oxygenvivő elemek, elsősorban a vörös vérsejtek, telítve a papillaris rétegben elnyelt sugarakkal, azokat a szervezetben szétviszik és az így bevitt bőséges fényenergia segítségével a belső anyagcserét, az anyagcsere productumainak feldolgozását, esetleg a kóros csírák elpusztítását elősegítik.

Mindezeket egybevetve, a sugarak hatásmódját ismereteink mai állása szerint a következőkben foglalhatjuk össze: A sugaraknak localisan, a bőrfelületen pigmentképződésben, a vérerek kitágulásában és az idegvégekre gyakorolt direkt és ezek által kiváltott reflexhatásokban megnyilvánuló befolyása alatt a bőr megvédése és sensibilizálása, a bőr immunizáló anyagainak mobilizálása, a szervezet decongestionálása és az idegérzékenység, valamint a kedélybeli zavarok javulása következik be. Általános hatás azonkívül a vörös vérsejtek által elnyelt és a test belsejébe került sugarak segítségével áll be és az anyagcsere fokozódásában esetleg baktericid hatásban nyer kifejezést.

A besugárzás intenzitása változik az egyén fényérzékenysége, a besugárzandó testrész és a besugárzás célja szerint. Szőkék, anaemiások vékony száraz bőre rendszeren érzékenyebb és erősebben reagál, tehát óvatosabb expositiót kíván, mint a barnabőrűek pigmentált vagy a hájasok vastag epidermise. Intenzív localis besugárzást kell alkalmaznunk, ha például torpid sarjakra, genyedő sebekre erősen izgatón

akarunk hatni, viszont enyhe adagokra van szükség, ha tiszta, egészségesen sarjadzó sebfelületek proliferáló folyamatának, a hámosodásnak befolyásolását czélozzuk. Hiányos reakciók fokozását enyhe Bier-pangással, a megfelelő testrésznek eosinoldattal való bekenésével és a vörös sugarak együttes alkalmazásával érhetjük el.

A besugárzás technikája a következő: Localis alkalmazáskor a lámpa és a besugárzandó testrész közötti kezdeti távolságot többnyire $\frac{1}{2}$ méterre, a besugárzás tartamát pedig 3—5 perczre szabva meg, a fénybehatás intenzitását részben a tartamnak 2—3 percczel való meghosszabbításával, részben a távolság csökkentésével fokozzuk mindaddig, míg a bőr fényérzékenységét lassanként legyőzve, az időtartam maximumát, $\frac{1}{2}$ órát, és a távolság minimumát, 10—15 cm.-t elérjük. Általános, nagyobb testfelületre vagy egész testfelére kiterjedő besugárzáskor a távolságot $1\frac{1}{2}$ —1 méterre, a kezdeti időtartamot pedig 5 perczre szabjuk meg. A sugarak intenzitásának növelését, a távolság megtartásával, inkább az időtartamnak 1— $1\frac{1}{2}$ óráig vagy azon túl való meghosszabbításával érjük el.

Úgy a localis, mint az általános besugárzást naponként vagy másodnaponként ismételjük, kivéve, ha — különösen a kezelés elején — nagyobb reakciókat kapunk. Ezek helyi alkalmazáskor a bőr erythemájában, vizenyős duzzanatában és hólyagképződésben, általános alkalmazáskor érzékenyebb egyénekben ritkán hányásinger és bágyadság tüneteiben nyilvánulnak meg és nagyobb időközök betartását teszik szükségessé. Túlnagyra, lehetőleg 4 napnál többre ez időközöket ne szabjuk, mert a bőr visszanyeri fényérzékenységét és a besugárzást előről kellene kezdeni. A lényegesebb eltéréseket e sémától, mikre a tapasztalat tanított meg, az egyes kóralakoknál említem fel.

Localis besugárzáskor a beteg rész szomszédságának lehoritása csak egyes hosszú expositiót kívánó sebészeti esetekben és oly testrészekben eszközözendő, a hol kozmetikai szempontok teszik azt ajánlatossá. Különben csak a szemeket kell mindenkör és lehetőleg oldalt is záró fekete szemtűveggel védeni.

Gyógykísérleteimet a quarczlámpával mindössze $1\frac{1}{2}$ év óta végzem, a mi feltétlenül túlkevés ahhoz, hogy főleg a tartós eredmények szempontjából értékes adatokat szolgáltatassanak. Az ezen idő alatt szerzett tapasztalatok és tanulások azonban oly következtetések levonását engedik meg, melyek a közlést véleményem szerint megérdemlik.

A sugárzásos therapia főleg 3 irányban vétetett fogathat. Tüdő- és gégegümőkórban, csontok, ízületek, savós hárták, mirigyek és bőr gümőkóros megbetegedéseiben és nem gümőkóros sebészeti esetekben az utókezelés keretében.

Tiszta, úgynevezett külső tuberculosissal nem kombinált tüdőgümőkórban szenvedő betegek közül 28 részesült sugaras gyógykezelésben. Ezek közül 21 egy vagy mindkét csúcsra terjedő I.—II.-fokú elváltozással, 7 két lebenyre vagy ennél nagyobb területre kiterjedő infiltratív folyamatokkal. A sugaraknak kezdetben naponta, később 2—3 naponta felváltva a mell és has, a hát és sacralis tájék lett kitéve. Az eredmény főleg subjectív irányban volt kiváló. Neuralgiák, myalgia és pleuralis fájdalmak, már 3—4 besugárzás után megszűntek, igen sok esetben véglegesen. Subfebrilis, 38°-ot el nem érő hőmérsékek 2—3 heti besugárzás után csökkentek és elmaradtak. A besugárzások elég gyakran eleinte kislökő psychés zavarokkal, kifáradás érzésével, az étvágy csökkenésével és ezzel kapcsolatban a testsúly mérsékelt kevesbedésével jártak, mit azonban néhány insolatio után csakhamar a megkönnyebbülés érzete, az étvágy és alvás javulásával az általános erőbeli állapot és testsúly egyenletes emelkedése követett.

Objectív irányban főleg a nem nagy elváltozásokat mutató I. és II. fokú folyamatokban láttam eredményt. Ez a már említett láztalanodáson kívül a szörtyzőrejek megkevesbedésében és ezzel arányban a köhögés és köpet gyűrűlésében mutatkozott. Progrediált esetekben az objectív tüne-

tek javulását nem észleltem, de subjectiv irányban a legtöbb esetben itt is érvényesült a sugárzás jó hatása. A bacillaris leletre való befolyását a sugaraknak szintén nem találtam olyannak, melyből direct bactericid hatásra lehetett volna következtetni. Három betegen, kiknek már előzőleg is tüdővérzésük volt, a sugárzási therapia folyamán a vérzésre való hajlam növekedését tapasztaltam, úgy hogy ellentétben több szerzővel ilyen esetekben a besugárzást contraindikálnak tartom.

Idősült pleuritis két esetében, vastag kérges adhaesiókkal, szintén csak subjectiv irányban értem el eredményt. Azóta a Kuttner és Laqueur által ajánlott vörös sugarakkal végeztem kísérleteket, melyek nagyobb penetráló képességük-nél fogva inkább alkalmasak a mélyebb rétegek hyperaemizálására; különösen exsudatív alakokban — köztük nem egy volt régen fennálló makacs folyamat — váltak be az által, hogy gyorsították a felszívódást.

A technika itt annyiban változik, hogy a hatás fokozása céljából alkalmazott rubinüveges villanygököket oly közel hozzuk a thoraxhoz, a mennyire a kifejlődő magasabb hőfok engedi és nagyobb kezdeti adagot, 15—20 percet, alkalmazunk.

Egy érdekes észleletről kívánok megemlékezni, melyet mindannyiszor tettem, valahányszor a besugárzásokat tuberculinkezeléssel kombináltam. Az insolatiós kúra folyamán ugyanis a tuberculinérzékenység nagy mértékben emelkedett. Azelőtt minden reactio nélkül tűrt adagokra oly lázas és egyéb általános tünetekkel járó reakciókat kaptam, hogy az adagokat jelentékenyen redukálni, az injectiók intervallumát tágitani és nem egy esetben a tuberculint egészen elhagyni voltam kénytelen. A jelenség valószínű okára nézve a már vázolt physiologiai és biologiai processusokon kívül utalok a sugarak azon hatására, a melyre *Malgat* hívta fel a figyelmet és mely abból áll, hogy a besugárzás hatása alatt a kóros tüdőgócban hyperaemia mutatható ki, szerinte oly rendszerességgel, hogy diagnostikai célra is alkalmas. Ily góczyhyperaemiáknál, mint tudjuk, nagyobb mennyiségű autotuberculin kerül a szervezetbe, a mely a bevitt tuberculinnal együtt, különösen élénkebb resorptiós viszonyok között, könnyen válthat ki intenzivebb reakciókat.

Azokban az elég gyakori esetekben, midőn a tuberculosis egyéb localisatioival volt komplikálva a tüdőgümőkór, a felváltva alkalmazott localis és általános besugárzás reparatív hatását a tüdőkre sokkal intenzívebbnek találtam. Emlékeztet ez azokra a tapasztalatokra, melyeket a tüdőelváltozások hatékonyabb befolyásolására nézve tettem akkor, mikor a *Rosenbach*-féle tuberculint a szövödményes peripheriás góczba fecskendeztem intra- vagy perifokálisan.

Megemlítem még, hogy a besugárzások mellett legtöbb betegem specifikus kezelésben is részesült és hogy súlyt helyeztem lehetőség szerint valamennyi betegen a szokott physikalís diaetás eljárásokra is, természetesen házi kezelésben.

A leírt jó eredmények alapján, melyeket *Sorgo* és utána *Kraus* és *Pillmann* tükrök segítségével a gégebe vetített természetes napfényvel ért el, larynx tuberculosisban is kísérletet tettem az ultraviolet sugarakkal, és pedig localisan. Az üvegfelület által való resorptio elkerülésére a sugarakat directe bocsájtottam a gége egy gyengén meghajtott és a garat-ívig a szájba vezetett kaucsukcsővön keresztül. Összesen 6 esetben alkalmaztam a sugarakat, ezek közül 3-ban erősen progrediált, a hangszalagokra és a porcokra kiterjedő ulcerosus folyamattal és megfelelő tüdőelváltozásokkal, 3 esetben az epiglottisra és a gége hátulsó falára kiterjedő kisebb-fokú infiltrációval és csak felületes anyagvesztéssel. A súlyosabb esetek közül 2 a kezelés által kiváltott erős izgalmi tünetek miatt idő előtt kivonta magát a kezelés alól. 1 esetben az általános besugárzással együtt a gége külső besugárzására tértem át és a köhögés-inger csillapodását és a fájdalmak enyhülését értem el. A másik 3 relative könnyű esetben a localis besugárzás jobban türetett és aránylag rövid idő alatt subjectiv javuláson kívül az infiltratio kisebbedését is

eredményezte. Az eredményeket mindenesetre olyanoknak találtam, a melyek a további kísérletezést megérdemlik, esetleg egy oly a sugarak bevitelét közvetítő műszer segítségével, a mely az említett kezelési nehézségek elkerülését lehetővé teszi.

A gümőkóros mirigyduzzanatok és sipolyok sugaras kezelése az esetek egy részében jó, egyes esetekben kiváló eredménnyel járt. Így egy 9 éves gyermekben az egész nyirokmirigy-rendszer secundaer hyperplasiája állott be, mintegy miliaris disseminatióként primaer tüdőtuberculosis és az endothoracalis mirigyek duzzanata után. Mindkét fül előtt és mögött, a nyak és kulcsontok körül, a hónaljban, könyök- és lágyékhajlatban kisebb-nagyobb, akár almányi mirigyduzzanatok éktelenítették el a kis beteget, a kit a fájdalmak és a folyton tartó láz is nem kis mértékben gyengítették. 3 hónapi besugárzás után valamennyi mirigy-csomó felszívódott, részben simán, részben a colliquatio folytán szűk-ségessé vált kiszívás után, miközben a tüdő állapota is javult és a tracheobronchialis mirigyek is kisebbedtek.

Endothoracalis mirigyduzzanat eseteiben általában gyors javulását láttam az általuk feltételezett toxikus tüneteknek, bizonyítékul annak, hogy a sugarak hatása nemcsak a felületre szorítkozik, hanem a mélyben is érvényesül. Hasonló kedvező befolyással volt a besugárzás scrophulosis és lymphatismus eseteiben is.

Genyedő mirigysipolyok a besugárzásra eleinte bővebb secretióval reagálnak, később a váladék csökken, teljesen megszűnik, a sipoly kiszárad és kedvező esetekben behűzódások nélkül, tehát kozmetikailag is kielégítő heggel záródik.

Az eseteknek nem éppen kis számában azonban, és pedig úgy zárt mirigyduzzanat, mint mirigysipoly eseteiben a sugárzás teljesen cserben hagyott, igaz, hogy oly rendszerint inveterált esetekben, melyekben egyéb gyógymódok is hatástalanok maradtak. Kemény hyperplasiás mirigyeket ritkán sikerült teljes felszívódásra bírnom, kicsiny fibrosus mirigyképletek majdnem mindig visszamaradtak, melyek hosszabb idejű besugárzásra sem tűntek el. A pozitív eredmények elérésére átlagosan 25—30 besugárzásra volt szükségem, melyek a localis hatáson kívül az általános erőbeli állapot javulását is eredményezték.

(Vége következik.)

Közlemény a cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórház IV. osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos.)

Harcztéri fülsérülések.*

Irta: *Pogány Ödön* dr. főorvos, osztályos orvosfőnök.

A harcztéri fülsérülések két csoportba oszthatók. Az első a direct fülsérülések, melyek közül leggyakrabban a golyó által, ritkábbak a srpnell és gránát által okozottak és még ritkábbak az éles fegyverek, a szuronyok és kard által okozottak. A sérülések második csoportjába tartoznak az indirect fülsérülések, melyeket legnagyobb részben az ágyúlövedékek detonációja idéz elő. Ezen indirect fülsérülések közé sorolom azon a fülre vonatkozó functionális zavarokat is, melyek objectiv lelet híján mint a koponyát ért sérülések következményei fogandók fel. Ezen indirect fülsérülések különös fontossággal bírnak a katonasorvos és a sérülések socialis jövőjéről való gondoskodás szempontjából. Míg a direct fülsérülések objective körjelezhetők, addig ezen indirect fülsérülések csak a functionális vizsgálat adataira támaszkodhatnak és így tág tere nyílik a simulatióknak és az aggraviációknak. Ezeknek pontos felismerése és elbírálása nehéz munka és sok türelmet, lelkiismeretet igényel. Ezen csoportba tartoznak az elég gyakori hysteriás hallási zavarok is.

A fület ért direct sérülések két csoportba oszthatók. Az első csoportba tartoznak a fülkagylót és külső hangvezetőt

* Előadás a XV. hadsebészeti értekezleten.

ért sérülések, a másodikba a közép- és a belső fület ért sérülések. E két utóbbit azért sorolom egybe, mert míg a külső hangvezetőt és fülkagylót ért sérülések minden functionalis zavar nélkül létrejöhetnek, addig a középfül sérülései mindig maguk után vonják a belső fül megbetegedését is.

A harcztéri külső fülsérülések egyik gyakori esete a srapnell okozta sérülés. A háború elején volt alkalmam észlelni kartács okozta súlyos fülsérülést. Az eset különösen érdekes a velejárt complicatiók miatt. Egy népfölkelőkaptány kartács által bal arczfélén megsérült. Sebészi és egyéb sérüléseket leszámítva, a fül részéről a következő sérülés volt látható: a bal fülkagyló egy csekély, körülbelül 1 cm. nagyságú felső lécz kivételével teljesen elpusztult. A külső hangvezeték az arczsérülések hegesedése folytán teljesen elzárult. Teljes baloldali facialis-paralysis. A beteg kínzó fülzúgásról panaszkodik. Hangvillavizsgálat a baloldali hangfelfogó készüléknek funkcióképességét mutatja. Ennek folytán felvehető volt, hogy a kínzó fülzúgást a külső hangvezeték teljes heges elzáródása okozta. Célom volt a külső hangvezeték feltárása, felszabadítása, melyet következőképp hajtottam végre: chloroform-narcosisban az ellenkező oldalon való symmetriás tájékozódás után harántmetszést végeztem a heg-szöveten s így a külső hangvezető feltárása egészen jól sikerült. A külső hangvezeték hátulsó falán a hámszövetet teljesen épnek találtam, az elülső falon csak részben.

Egyelőre a külső hangvezetékbe üvegdraint helyeztem. Kötésváltás az ötödik napon. Kevés genyes váladék. Jodoformgaze-zal tamponáltam. A második kötésváltás két nap múlva. Midőn a tampon minden erőfeszítés nélkül eltávolítottam, a külső hangvezeték lumenének teljes nagyságában vastag sugarú venosus vérzés jelentkezik. Erős tamponádra a vérzés megszűnt. Erre harmadnap beavatkozás nélkül a kötésen átütő heves vérzés. Az előhívott orvos a külső hangvezeték lumenének erős tamponálásával a vérzést csillapítja. A legközelebbi kötésváltás alkalmával, mely csak egy hét múlva történt, coagulenbe áztatott tamponnal tamponálom. A vérzés többször nem ismétlődött, de ezen nagyfokú venosus vérzés miatt a külső hangvezeték megtartásáról lemondtam és ennek lumenét besarjadzani engedtem. Azon csekély várható functionalis eredmény nem volt arányban a vérzés által előidézhető életveszéllyel. Ezen vérzést minden valószínűség szerint a vena jugularis internának arrosiója idézte elő. Ezen eset érdekessége főleg abban áll, hogy figyelmet arra, hogy ily nagyfokú szövetroncsolás esetén mennyire óvatossá kell lenni azon anatómiai elváltozások miatt, melyeket a roncsolás előidézhet s melyek a tájékozódást megnehezítik; a szöveteltolódások miatt vérzést kaphatunk olyan területeken is, hol normalis viszonyok között azt nem várnánk. Jelen esetünkben nincs kizárva azonban egy kis aneurysma fennforgása sem. Erre a felvételre a betegnek azon subjectiv észlelése jogosít fel, hogy a kínzó és pulzáló subjectiv zörejek a vérzés után megszűntek.

Az esetek nagy részében a fülkagylónak sérülései nagyobb functionalis zavarokat nem okoznak, leszámítva azon eseteket, midőn a sérülés közvetlen a külső hangvezeték bemeneténél éri a fülkagylót, midőn a hegedések a külső hangvezeték lumenét elzárva, kisebb-nagyobb hallási zavarokat okoznak. Ez könnyen elkerülhető, ha a kezeléskor a külső hangvezetőt feszesen szétamponáljuk. Ha pedig megtörtént a hegesedés, a hegeket felszabadítjuk. Sokkal nehezebbek és gyakoribbak azok az esetek, midőn a lövedék okozta sérülés nemcsak a porczos, hanem a csontos külső hangvezeték egy részét is éri. Ily sérülések részben a külső hangvezeték körkörös megszűkülését, részben a külső hangvezetékbe jutott csontszécskék által a külső hangvezeték teljes elzáródását okozzák. Még jobban komplikálja a dolgot az, ha a beteg acut vagy chronikus középfülgyulladás is van jelen. Ezen esetekben csak operatív eljárással érhetünk el eredményt. Nemrégiben volt alkalmam észlelni a következő esetet:

1. H. D., 69. gy.-e. közlegény. 1914 decz. 8.-án Novobreznicza mellett Lengyelországban golyó által megsebesült. Bemeneti nyílás a bal szem alatt 3 cm.-rel, kimeneti nyílás a jobb fülkagyló mögött.

Status praesens: A külső hangvezeték elülső fala tompa szög alatt hozzá van nyomva a hangvezeték hátulsó falához. Csak annyi lumen van, mely vékony szondával átjárható. A keskeny lumenben bűzös geny között granulációs szövet látható. A beteg a műtétet következőképp végeztem:

Műtét chloroform-narcosisban. Hosszmetszés közvetlen a fülkagyló tapadásának hátulsó részén egészen a periosteumig. A fülkagylót és a külső hangvezeték hátulsó falát a csontról lepraeparálom és a segédvel előrehozatom. A külső hangvezeték csontos részét tűkőrrel átvizsgálom, majd a fülkagyló hátulsó porczos falát hosszant épp úgy átmetszem, mint a radikális műtét plastikája esetén szokásos. Ekkor látom, hogy a külső hangvezeték külső falának háma nagyrésztben megtartott, csak közepén látható egy sarjszövetbe burkolt csontszilánk, mely körülbelül 1 cm. hosszú. Ezt eltávolítom és a külső hangvezeték hátulsó falából készített lebenyeket előre, illetve hátra varrom. A sebet hátul primaer elzárom. 6 hét alatt az újonnan készített külső hangvezeték teljesen behamosodott, a genyedés megszűnt s a betegnek kifogástalan új külső hangvezető lett alkotva.

2. R. P., 39. gy.-e. közlegény. Srapnellsérülés a jobb arczfélén. A járomcsont s a fülkagyló közti területen egy 2 koronás nagyságú, mélybe terjedő sebürege. A külső hangvezeték elülső falán egy lencse-nagyságú csontos elödomborodás, mely granulatióval fedett. A külső hangvezetőben sok bűzös geny. Az egyik srapnell-lövedék (az eredeti sebürege 4 drb. ólomszilánkot távolítottunk el) átszakította a külső hangvezeték medialis csontos falát, egy darabot letört belőle s ezt benyomta a külső hangvezeték lumenébe. A lövedék áthatolt a hátulsó falon is, a fülkagyló alsó végén kijutott s itt a n. facialis roncsolta. A beteg teljes jobboldali facialis-paralysis van. A beteg külső hangvezetékplasztikát készítettem az elobb leírt módon teljes sikerrel. A betegnek jelenleg teljesen behamosodott tág lumenű hangvezetője van.

A külső fül sérülésével egy helyen említendő az az facialis-hűdés is, melyek részben golyósérülések, de főleg srapnellroncsolások folytán állanak elő. Ezen sérülések a facialis kitérés helyén ért direct sérülésektől erednek s természetesen mindhárom ágára kiterjednek. Ilyen eseteink voltak:

1. R. Sz., 29. gy.-e.-beli közlegény. 1914 szept. 8.-án Galicziában golyó által megsebesült. A jobb fülkagyló alsó végén egy 3 cm. hosszú, 1 cm. mély seb van. A jobboldali facialis mindhárom ágának teljes paralysis van jelen. Sem a középfülben, sem a külső hangvezetékben elváltozás nem látható, ennek dacára teljes jobboldali acusticus-anesthesia. A jobb fülén sem süttög, sem társalgó beszédet nem hall, a koponya közepére helyezett hangvillát a bal oldalra laterálizálja.

2. M. J., 38. gy.-e.-beli közlegény. 1914 szept. 22.-én a Drina partján srapnellsérülés érte a fején. A bal fülkagyló alsó végén zúzott, erősen roncsolt seb. A bal facialis mindhárom ága teljesen hűdött. Hallása mindkét fülén teljes.

3. B. E., 33. Landwehr-ezredbeli kapitány (fentebb is említve). 1914 aug. 27.-én egész bal arczfele srapnell által lett roncsolva. A baloldali n. facialis a koponyából való kilépés helyén sérült, teljes baloldali facialis-hűdés.

4. F. J., 4. honv. gy.-e.-beli közlegény. 1914 decz. 15.-én golyó által megsérült. Lövés-sérülés a bal fülkagyló mögött és alatt. Subacut középfülgyulladás. A külső hallójárat porczos része és a fülkagyló hegesedett. Teljes baloldali facialis-paralysis. A hangfelfogó-készülék (n. acusticus) nincs bántalmazva.

A külső hangvezeték csontos teljes elzáródását lövés-sérülés után még két esetben észleltem.

1. K. G., 38. gy.-e.-beli közlegény. 1914 decz. 8.-án Szerbiában golyó által megsérült. Bemeneti nyílás a bal fülkagyló tapadásának alsó helyén, kimeneti nyílás Röntgennel sem észlelhető. E sérülés folytán a bal külső hallójárat teljesen csontosan elzárult. A beteg a felajánlott műtétbe nem egyezett bele.

2. W. P., 24. gy.-e.-beli közlegény. 1914 nov. 28.-án golyó által megsebesült. Bemeneti nyílás a jobb fülkagyló tapadási helyének közepén, kimeneti nyílás a jobb szájszélel. A jobb külső hangvezeték teljes csontos elzáródása állott be ennek következtében. (A beteg a felajánlott műtétbe nem egyezett bele.)

E két esetben minden reactio, minden genyedés nélkül teljes csontos elzáródás jött létre. Ezen a külső hangvezeték részleges vagy teljes elzáródását okozott sérülésekre jellemző, hogy a lövedék directe vagy indirecte fracturálja a külső hangvezeték hátulsó falának egy részecskéjét s a letört csontszilánkot benyomja a külső hangvezeték lumenébe. Ha a lövedék nem áthatol, akkor a külső hangvezeték hámrétege is rajta marad a frakturált csonton s ez esetben genyedés nélküli elzáródás keletkezik.

Az észlelés alá kerülő esetek között legritkébbak a directe a középfület ért sérülések. Ezt a dolog természete, anatómiai

helyzete hozza így magával. A lövés okozta sérülések létrejöttére igen érdekesek és fontosak Váli Ernő vizsgálatait és észleleteit. Szerinte direct lövés a fülben igen ritka. Ha mégis előfordul, többször halálos kimenetelű. Egyébként a fej felé irányított löveg a legkritikább esetekben érheti a fület, mert a sziklacsontról mélyen be van ékelve a többi csont közé. Az elülről behatoló golyó előbb az arc képleteibe fúródik, a hátulról jövő pedig előbb a koponyát és az agyat találja csak azután furódik a sziklacsontra. Mindkét most említett eshetőség mellett a fül közvetlen szomszédságában ejtett sérülések elsőbbrangú jelentőségűek s így a fül esetleges velsérülése nem jut mindenkor kellő elbíráláshoz.

A dobőr sérülése két úton jöhet létre. Vagy úgy, hogy a golyó a külső hangvezetőn hatol be, és ez esetben a csontos labyrinthus is bántalmazva lesz és oly súlyos agysérülések jelentkeznek, melyek az esetek legnagyobb részében halálra vezetnek.

A sérülés másik módja az, ha a golyó a proc. mastoideust átfúrva jut a középfülbe. Ez esetben sem valószínű, hogy a középfül csak egyedül vesz részt a sérülésben, hanem a labyrinthus is megsérül és a kórképet a labyrinthus-sérülés symptomái uralják.

A legújabb hadi irodalomban a következő eseteket találtam: *Singer* a labyrinthus-regióban talált Röntgennel 2 srappelldarabot (Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1915, 6. füzet), *Alexander* a proc. mast.-on s a középfülön áthaladó lövés okozta sérülést észlelt (Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1915, 6. füzet). Ezen a két eseten kívül is találtam még az irodalomban néhány áthatoló lövésről említést. Mint már fentebb említettem, a dobőr helyzete olyan, hogy direct sérülése ki van zárva s ha előfordul, nem kerül észlelés alá, mert halált okozó sérülés részjelensége. Láttam oly a proc. mastoideuson áthatoló lövés okozta sérülést, midőn haematotympanumon kívül a középfül részéről más elváltozást nem találtam. De a belső fül bántalmazott volt: teljes labyrinthus-süketség.

A középfület ért sérülések tárgyalásakor megemlítendő a csecsnyujtványt ért sérülések.

Ezeket nagyon gyakran látjuk. Említésreméltó, hogy nagyon gyakran látunk a proc. mastoideuson áthatoló lövés-sérüléseket minden egyéb tünet nélkül. Per primam gyógyult löcsatornát találunk a legkisebb functionális zavar jelenléte nélkül. Persze ez a kisebb százalék, ezek az úgynevezett szerencsés lövés okozta sérülések, melyek a test többi részén is oly gyakran találhatók. Az esetek sokkal nagyobb százalékában persze úgy a puskagolyó, főleg pedig a srappell okozta sérülések a csonton ejtett sérüléseken kívül facialis-hűdést és labyrinthus-fülbántalmat okoznak s a mily könnyen megmagyarázható az érzékeny, minden kis impulusra könnyen reagáló labyrinthus bántalmazottsága, oly nehezen értelmezhető a háború folyamán oly nagy számban jelentkező facialis-hűdés a sziklacsontról ért traumák alkalmával akkor, midőn a facialis direct sérülése kizártnak mondható s csak tisztán tovavezetési rázkódási sérülésről beszélhetünk.

A fülorvos szempontjából leggyakoribbak és legfontosabbak azon sérülés-esetek, midőn indirect úton jön létre a belső fül megbetegedése. Ezen indirect bántalmak következőképp jöhetnek létre. A leggyakoribbak és objective legnehezebben körjelezhetők a detonációk okozta labyrinthus-megbetegedések. A második csoportba tartoznak először a koponyát ért tompa sérülések. Idetartozik a magasról való leesés, tompa tárgyknak a fejhez való ütdése stb. A harmadikba az agyat, annak burkait vagy a koponyacsontot ért lövedéksérülések. Ez utóbbiak két csoportba oszthatók. 1. A koponyacsontot ért lövedéksérülések, midőn a csontokat ért trauma mint rázkódás továbbvezetetik a labyrinthusra s annak megbetegedését idézi elő. 2. Az agyat ért lövés okozta sérülések, midőn centralis vezető pályák megszakadása idézi elő a functionális zavart. Ide sorolhatók azon esetek, midőn a lövedék okozta sérülések által előidézett koponyacsonttörések, csontszilánkok, a koponyasérülések infekciója révén beállott épi- és subduralis tályogok, vérzések secundaer úton

idézik elő a halló-végkészülékek, azok centralis vezetőpályáinak és magvainak sérülését. Ezen indirect úton létrejött labyrinthusbántalmak elbírálása nagyon fontos és minden figyelmünket megérdemli.

A következő fontosabb eseteket volt alkamam észlelni:

1. T. J., 32. gy.-e. közlegény szept. 9.-én Lembergnél detonatio folytán mindkét fülére teljesen megsüketült. Objectiv elváltozás sem a dobhártyán, sem a külső hangvezetőken nem észlelhető. Csak a fülebe kiabált szavakat érti; egyensúlyzavarai nincsenek, a vestibularis apparatus normalisan reagál. Jellegző hangos, szinte kiabáló a beszéde.

2. R. J. 17. honv. gy.-e. közlegény. Rohatynál 1914 aug. 29.-én srappell által fején megsebesült. Mindkét fülére teljesen megsüketült; csak a hangos kiabáló beszédre válaszol, spontán egyensúlyzavarai nincsenek. Mindkétoldali vestibularis apparatus calorias ingerekre rendkívül hevesen reagál. (Túlerős nystagmus, heves szédülés, hideg verejtékezés, remegés.)

3. R. Sz., 29. gy.-e. közlegény szept. 8.-án Galiciában golyó által megsérült. A jobb fülkagyló alsó végén egy 3 cm. hosszú és 1 cm. mély seb. A jobboldali n. facialis hűdése mellett teljes jobboldali acusticus-anaesthesia jelentkezett.

4. B. P., 70. gy.-e. közlegény. Sabácnál aug. 19.-én srappelltől fején megsebesült. Mindkét fülén teljesen megsüketült.

5. B. J., 4. traindiv. hadnagya. Hangrotil mellett aug. 23.-án lovak elgázolták. 4 napig öntudatlanul feküdt. A Röntgen-vizsgálat (Sarajevóban) a baloldali sziklacsontról törést mutatott. Mindkétoldali csontvezetés, különösen baloldalt, erősen megrövidült. Rinne mindkét oldalt pozitív, a koponyatető középső részére helyezett hangvillát jobb oldalra lateralizálja. C₄ hangvilla mindkét oldalt, de különösen baloldalt erősen megrövidült. A süttő beszédet jobboldalt 4 m.-ről, baloldalt csak ad concham hallja. Kis spontán nystagmus oldaltekintéskor. A legkisebb fejmozduláskor erősen szédül. Mindhárom bal facialis-ág paresise. A beteg állapota javul. Két hónapi pihenés után a facialis-paresis teljesen megszűnt, a jobb fül hallása 6 m.-re emelkedett, bal fülén azonban még mindig 1 m.-en alul hall. A beteg subjectiv panaszait főleg a kínzó zúgások dominálták.

6. J. M., 80. gy.-e. közlegény, 5 napig állott a lövésszárokban meggyülemlett hideg vízben. A beteg a mindkétoldali hangfelfogó-készülék elpusztulása konstatalható.

7. S. M., 80. gy.-e. közlegény. Przemyslnél okt. 18.-án srappell-lövése érte bal arcfelel. A beteg a bal fülén semmit sem hall, a jobb fülén teljesen ép.

8. V. J., 17. honv. gy.-e. közlegény. Galiciában okt. 28.-án négy óráig hideg vízben állott. Mindkétoldali hangfelfogó-készülék bántalmazottsága konstatalható. Süttő beszédet egyik fülén sem hall. Nyolcz hét mulva minden kezelés nélkül (mert a beteg közben szabadságolva volt) a jobb fül hallása teljesen visszatért, baloldalt azonban semmiféle javulás sem észlelhető.

9. J. J., 75. gy.-e. közlegény szept. havában Sabácnál fején srappell által megsebesült. Mindkét fülén teljes labyrinthus-süketség konstatalható.

10. M. J., 38. gy.-e. közlegény. Szept. 22.-én a Drina partján srappell a fején megsebesítette. A beteg baloldalt labyrinthus-süketség és teljes baloldali facialis-paralysis konstatalható.

11. B. M., 79. gy.-e. közlegény. Szerbiában nov. havában ellenséges ágyútűz hatása alatt elájult, azóta egyik fülén sem hall. A beteg mindkétoldalt tipusos labyrinthus-süketség konstatalható.

12. M. H., 1. honv. gy.-e. közlegény. Okt. 25.-én Galiciában detonatio folytán megsüketült. A beteg mindkétoldalt tipusos labyrinthus-süketség konstatalható.

(Vége következik.)

Az anaphylaxia kérdése és a tuberculosis antitoxikus kezelése.

(Az I.-K. hatástana és alkalmazása.)

Irta: Somogyi István dr., v. közkórházi orvos.

(Folytatás.)

IV. Az I.-K. hatástana.

Ha a toxemiás beteg I.-K.-t kap, az így a szervezetbe juttatott antitoxinok megkötik a vérben a toxinokat. Ha a toxin-megkötés csak részleges, de azért kifejezett toxinconcentratio-változás idéz elő, az extratubercularis toxinconcentratio csökkenése folytán enyhülnek a reflex-toxolytikus tünetek (a hőmérsék csökken stb.), mindaddig, míg az újraképződő toxinok a reflex-hatások emelkedéséhez nem vezetnek, a mi a hőmérséknek a 2—3. napon való újabb emelkedésében jut kifejezésre. Ez a magyarázata annak a háromnapos hullámvölgyekből álló hőmenetnek, a melyet hőemelkedésekkel bíró tuberculosisos betegek I.-K. alkalmazásakor

emelkedések intoxicációs panaszokkal. A beadott I.-K. hatása most már közvetlenül a gócot érí (a vérben nincs toxin, mely az I.-K.-t útközben lekösse), és így ennek belsejében nemcsak bacteriolysis, hanem toxolysis folyamatok is fognak az I.-K. hatására végbemenni: szíval a góczhatások most már intenzívebbek lesznek. A stadium reactivumot bevezető (első) reactio éppen ezért gyakran igen kifejezett szokott lenni s élesen elhatárolja a stadium reactivumot a stadium desintoxicationistól.

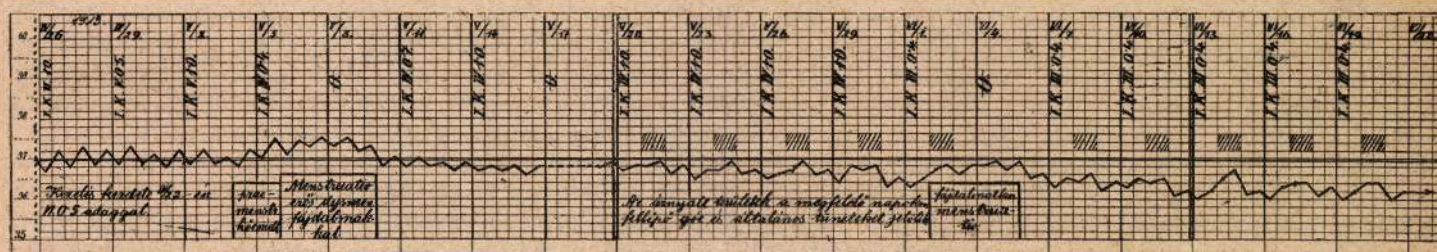
A stadium reactivumot a stadium desintoxicationissal összekötő átmeneti szakra jellemzők a vegyes reakciók.

Mindezeket igen szépen mutatja a mellékelt láztábla, melyet teljes egészében mutatok be, mert úgyszólván az összes reactio-typusokat együtt teszi megfigyelhetővé.

A hőmeneten jól látható a kezelés első két stadiuma. A stadium desintoxicationis tart június 12.-éig. Ekkor lett teljes a méregtelenítés, mert a hőmérséklet $36^{\circ}0-36^{\circ}20$ körül mozog. Most már az I.-K szabadon éri a maga teljességében a góczokat, mert a vérnyedvben nincs toxin, mely az I.-K. hatóanyagait útközben lekösse. Ennélfogva most egy az eddigieknél erősebb I.-K.-hatást kell észlelnünk, mely június 14.-én valóban be is következett *ugyanazon dosisra*, mely az előző injectio alkalmával csak aránylag gyenge vegyes reactiót

bacillusok virulenciáját fokozzák. Ezen megfontolások alapján újabban a menstruatio alatt is adagolom az I.-K.-t, épp oly jó eredménnyel, mint az intermenstruatiós szakban. Figyelemreméltó, hogy az I.-K. nemcsak abban a tekintetben nyomja rá a lázgörbére bélyegét, hogy a lázmenet határozottan felismerhető harmadnapos periodusokból áll, hanem abban is, hogy a reakciós napokon a hőmenet nem mutatja az általában észlelhető ingaszerű kilengésekből álló alakot, hanem vonalszerű, sőt határozottan ívszerű emelkedést mutat. Az átmeneti stadiumban a hőmenetnek ez az ívszerű emelkedése csak ott volt teljesen kifejezett, a mikor június 1.-én hibás adagolás következtében erősebb reakciót váltottam ki; igen kifejezettek az ívszerű emelkedések a stadium reactivumban. Június 13.-án szépen kivethető a stadium reactivumot bevezető terminalis reactio. A hőmenetnek ez a jellegzetes megváltozása is egyik bizonyítéka az I.-K. specifikus hatásának.

Hogy a stadium reactívumban hol és mikor kapunk reactiót, az részben az illető gőcz reflex-ingerlékenységétől függ, a mennyiben az a gőcz fog hamarabb általános reactiót kiváltani, a melyeknek kisebb a reflex-toleranciája; másrészt azonban függ a reactio helye a véletlentől is. A befecskendezett I.-K. ugyanis, a mint felszívódása közben a nyirokrendszerből a vérkeringésbe jut, nem keveredik el *azonnal*



3. ábra. V. E. 17 éves nő. Catarrhus apicis l. d.

okozott. Ez az erősebb terminalis reactio éles határt alkotva, bevezetője a 2. stadiumnak (stad. react.), mely tehát jelen esetben június 13.-án kezdődik s tart a kezelés végéig. Az első stadium két részre oszlik: az első rész a tulajdonképpeni stadium negativum, mely azonban itt nem oly kifejezett, mint az első példában, s a másik rész az átmeneti stadium melyben vegyes reactiókat észlelünk. Az átmeneti szak május 20.-tól június 12.-ig tart. Láthatjuk, hogy az átmeneti szakban ugyanazon dosissal elértük a teljes méregtelenítést, sőt bevittük a beteget a stadium reactivumba is. A kezelés folyamán csak egyszer adtam hibás dosist, a mikor negligálva a május 30.-i elég gyenge reactiót, nagyobb dosist adtam. Ez felesleges volt: következménye kifejezettebb reactióban nyilvánult meg. Az a tény, hogy *ugyanazon dosissal reactiók útján* nemcsak elérjük a teljes desintoxicatiót, hanem bejutunk a stadium reactivumba is, arra enged következtetni, hogy a reactióban kifejezésre jutó lobfokozódás szolgáltatja a gőczokban azokat az ingereket, melyek az antitest-termelődés megindításához szükségesek. Ezen elméleti levezetéssel szépen egyezik az a tény, hogy chronikus bőrbajokat a lobfolyamat acuttá tételével kezelünk; hasonló eset az abscessus frigidus kezelése jodoform-glycerinnel. A szervezetet tehát quasi tétl-
legesen kell ösztökélni, hogy védekezzék. Igen szépen mutatkozik ezen esetben az I.-K. hatása a menstruációra. A 2. menstruatio már — első ízben! — pontosan 4 hétre jelentkezik, elmarad a praemenstruatiós hőemelkedés s a menstruatio alatti hőemelkedés is alig számottevő: nem éri el a 37^o-ot! A menstruatiós hőemelkedésen kifejezetten látszik a tendentia, hogy a desintoxicatiót nem „zavarja“, hanem *késlelteti*, a miből azt következtettem, hogy a menstruatiós hőemelkedést nem a reflex-ingerlékenység emelkedése, hanem a toxaemia fokozódása idézi elő, mert ilyenkor a szervezet védekező képessége kisebb, a mi a fertőzés támadó erejének muló fokozódását eredményezi. Ezen levezetéssel összefüggésbe hozható azon újabb tapasztalat, hogy terhesség alatt a vérben oly anyagok jelennek meg, melyek a tuberculosi-

égyenletesen, hanem egyes vér-részletekben bizonyos ideig nagyobb mennyiségben lesz jelen, és így azok a góczok, melyeket ez az ideiglenesen antitoxinban dúsbabb vér-részlet lát el, könnyen kaphatnak annyi I.-K.-t, a mennyi a reflex-ingerlékenység határán túlemelkedő góczreactio kiváltásához szükséges. Az is lehetséges, hogy nem minden gócz okoz reactiót, ha t. i. reflex-ingerlékenysége a kezelés alatt csökken.

(Folytatása következik.)

A harctéri megfigyelő-állomások későbbi feladata.

Vérszi Gyula dr., a miskolci megfigyelő-állomás vezető orvosa és Molnár Béla dr., a miskolci megfigyelő-állomás bakteriológiai laboratóriumának vezetője a következő felterjesztést intézte Tarnay Gyula miniszteri biztoshoz:

Az „Orvosi Hetilap” 1915. évi 51. számában „A harc-
téri megfigyelő-állomások későbbi feladata” címen egy cikk
jelent meg, a mely *Entz Béla* dr. egyetemi magántanár úr-
nak *Mailáth József* gróf úrhoz, a sátorlajújhelyi megfigyelő-
állomás ministeri biztosához intézett felterjesztését tartalmazza.
Azt javasolja, hogy a háború után a leszerelés alkalmával a
csapatok a megfigyelő-állomásokon figyeltessenek meg s
egyszersmind valamennyi hazatérő katona bakteriologiailag
vizsgáltassék meg, vajjon nem választ-e ki typhus-, cholera-
vagy dysenteriabacilluszokat.

Az az eszmé, hogy a demobilizáláskor a csapatok a megfigyelő-állomások szűrőjén menjenek keresztül, a mint az Országos Közegészségügyi Tanács és Mailáth József gróf is egy előadásán felvetette, kétségtelenül helyes és kívánatos, éppen úgy az is, hogy a békekötés után a megfigyelő-állomások még bizonyos ideig fennálljanak és az esetleg jelentkező járványok elfojtásában segédkezzenek. Ezt a kétségtelenül helyes indítványt Entz azzal egészíti ki, hogy

a hazatérő csapatok ne csak megfigyeltessenek, hanem minden egyes katona váladékai bakteriologialag is megvizsgál-tassanak. Elméletileg ez az eljárás nagyon helyesnek látszik és csak köszönettel adózhatunk Entz-nek azért, hogy ezt a fontos kérdést fölvetette, tanulmányozta, tisztázásához adatokat gyűjtött és úgy tudományos, mint gyakorlati szempont-ból fontos eszméket vetett fel. Az általa ajánlott eljárás azon-ban — bármennyire helyesnek is látszik elméletben — gya-korlatilag alig vihető ki.

A megfigyelő-állomásokat, sajnos, aránylag későn állí-tották fel, működésüket kb. a háború 6. hónapjában kezd-ték meg. 1915 július 16.-án a 14 megfigyelő-állomás közül csak 8 rendelkezett bakteriologiai laboratóriummal, ezen la-boratóriumok is csak az 1915. év nyarán, tehát a háborúnak körülbelül 10. hónapjában nyitlak meg.¹ Tudomásunk szerint most a háború 18. hónapjában is vannak még megfigyelő-állomások, a melyeken laboratórium vagy nincs, vagy csak most rendeztetik be.

Az eddigi laboratóriumok berendezése és üzemben tar-tása is — tapasztalataink szerint — nagy nehézségekkel járt és jár. Ezek a nehézségek kétfélek: személyiek és tárgyiak. Hazánkban aránylag kevés alkalmas, szakképzett orvos van s ezek egy részét is lefoglalták a főiskolák, míg egy más része más katonai beosztást kapott. Ugyanilyen nehézségek vannak a laboratóriumi segédszemélyzet megszerzése körül, úgy hogy a legtöbb laboratóriumban az orvosok a legnagyobb munka közepette maguk kénytelenek a segédszemélyzetet ki-képezni. A budapesti egyetemi bakteriologiai intézetben a megfigyelő-állomások laboratóriumai számára kiképzett or-vostanhallgatók legnagyobb része időközben tényleges ka-tonai szolgálatra vonult be. Ugyancsak nagy tárgyi nehézsé-gekkel küzdenek a laboratóriumok. A laboratóriumi felszere-lési tárgyakat, ú. m. thermostatokat, autoclavokat, sterilisato-rokat stb. hazánkban alig készítik, ezeket legnagyobb részben Németországból vagyunk kénytelenek beszerezni. A behoza-tali nehézségek miatt így sok laboratórium hónapokig várt a legszükségesebb felszerelési tárgyak megérkezésére. Még na-gyobbak és állandóak a nehézségek a táptalajok készítéséhez szükséges vegyi szerek és nyersanyagok beszerzésénél, a me-lyek részben tengerentúli országokból származnak és így csak kerülő utakon juthatnak hozzánk. Nagyobb készletek az utób-biakból sem a monarchiában, sem Németországban nem ta-lálhatók, úgy hogy illetékes helyről már régebben figyelme-ztettek arra, hogy igyekezzünk ezeket idejekorán és minél na-gyobb mennyiségben beszerezni és takarékosan használni. Legtöbb nehézség a legtöbb táptalaj feltétlenül szükséges alkotórészének, az agar-agarnak beszerzése, a mely idegen világrészek terméke, valamint a leghasználatosabb typhus-táptalajhoz szükséges lakmus-oldat megszerzése, a melyet szintén csak külföldről kaphatunk meg. Entz adatai szerint naponta egy-egy laboratórium 1233 embert vizsgálna. 1000 ember megvizsgálásához Entz szerint szükséges 1350 gr. agar-agar és 5200 cm³ lakmus-oldat. Ezzel szemben a tény-leges helyzet ma az, hogy ha egy budapesti céghez 1 kgr. agar-agar vagy lakmus-oldat érkezik, azon több laboratórium osztozik. Az egyes laboratóriumok már ma is kölcsönökkel segítyezik egymást. A mi laboratóriumunkat eddig gazdag-nak tartottuk, mert nagy fáradsággal és hosszas utánjárás-sal sikerült 5 kgr. agar-agart és 15 kgr. lakmus-oldatot felhal-moznunk. A mai viszonyok mellett, dacára annak, hogy la-boratóriumunk 6 havi fennállása alatt éppen 10.000 vizsgá-latot végzett, ezt a készletet mi hónapokra elegendőnek tart-juk, míg Entz terve szerint, a mely a laboratóriumok műkö-dését a békekötés után még 100 napra tervezi, az általa tervezett napi vizsgálati szám mellett ez az anyag csak 3 napra lenne elegendő. A felsőmagyarországi 14 megfigyelő-állomás tehát Entz terve szerint elfogyasztana 100 nap alatt 1350 kg. agar-agart és 5200 kg. lakmus-oldatot s ezzel még csak 1 millió katonát vizsgálhatnánk meg. A vizsgálatnak azonban csak úgy volna értelme, ha az elvet teljesen meg-

valósítva, az összes harcterről hazatérő valamennyi katonát átvizsgál-nók, ehhez pedig az említett anyagokból oly horri-bilis mennyiségekre volna szükségünk, a melyek Európában talán még soha sem voltak találhatók!

Az előbbieket összefoglalva, arra az eredményre jutunk, hogy Entz terve a realis viszonyokkal nem számol eléggé és hogy a mi nézetünk szerint a megfigyelő-állomások labora-toriumai a fentemlített nehézségek folytán nem lennének képesek ezt a teljesítményt eredményesen elvégezni.

Csak röviden óhajtunk arra rámutatni, hogy Entz terve az orvosoktól is alig teljesíthető munkát kíván, így pl. sze-rinte két gyakorlott orvos napi 8 órai munkával az aggluti-natiókat kényelmesen elvégezheti. Azt hisszük, hogy két évi megfeszített munka után még 100 napig a betegek és recon-valescensek vizsgálatán, tehát az egész mostani munkán kívül naponta még 8 órát agglutinálni, a legtöbb ember erejét meghaladó feladat, a minek következtében azután a munka megbízhatósága — mint minden tudományos tömeg-munkáé — lényegesen szenvedne. Ilyen apparattal és költ-ségekkel járó hatalmas feladat megoldása csak akkor volna érdemes, ha a munka minden tekintetben pontos és kielégítő lehetne.

Nézetünk szerint tehát Entz terve technikailag nem vihető ki. Azonkívül azonban, még ha megvalósítható volna is, nem garantálná teljesen a fertőzés behurczolásának a meg-akadályozását. Egyszeri szék- és vizeletvizsgálat tudvalevőleg nem elégséges arra, hogy minden bacilluszgázdát vagy ki-választót biztonsággal felfedezzen. A háború tapasztalatai is megmutatták, hogy egyszeri vizsgálat mellett, még ha nem is tömegmunkáról volt szó, bacilluszgázdák vagy kiválasztók rejtve maradtak s csak többszöri vizsgálat után fedeztetek fel. Éppen ezért is rendelték el fertőző betegségek után a háromszori székvizsgálatot. A technikai nehézségek oly na-gyok, hogy a megfigyelő-állomások laboratóriumai, közöttük a sátoraljúhelyi és a miskolci is, ma is csak a fertőző betegek, illetőleg reconvalescensek váladékait vizsgálják, míg az egyéb betegségek miatt hazatérő katonák között bacillus-gazdákat csak kivételes esetekben keresnek. Így tehát a bacilluszgázdák legnagyobb része ma is akadálytalanul halad át a megfigyelő állomásokon, még a sátoraljúhelyin is, nem is beszélve a szabadságolt katonákról, a kik — mint erre Entz is helyesen mutat rá — teljesen kikerülnek a megfigyelő-állomásokat. Ezek a mai viszonyok, holott ma a személyzet még nem fáradt és kimerült, a táptalajok készlete még nem fogyott ki és a megfigyelő állomások forgalma turnusonként 2—300, nem pedig 5000.

Még egy fontos okból nem volna teljes az ajánlott nagy apparatus munkája. Számos fertőző betegség lappan-gási ideje 5 napnál hosszabb, úgy hogy megtörténhetnék, hogy a hazatérő katonák némelyike a megfigyelő állomások valamelyikén mint fertőzésmentes áthaladna s otthon ütné ki rajta a lappangó betegség. A lappangás ideje alatt pedig semmiféle laboratóriumi vizsgálat nem mutatja ki a fertőzést.

De nemcsak a heveny fertőző betegségektől kell tartanunk! Épp oly joggal lehetne követelni, a mint Neisser breslauer tanár meg is tette, valamennyi hazatérő katona Wassermann vizsgálatát luesre. Ha tehát teljesek akarnánk lenni, a követelések még fokozódna-nak.

Az előbbiekből tehát az következik, hogy az ajánlott terv, bár a tudomány mai eszközei mellett a lehető legtoké-letesebb védelmet nyujtaná a polgári lakosság megvédése szempontjából, a tényleges viszonyokat tekintve, a személyi, tárgyi és technikai nehézségek miatt kivihetetlen és még ha kivihető volna is, a fertőző betegségek behurczolása ellen tökéletes védelmet nem nyujtana.

Felmerülhetne még az a terv is, hogy ne 5 napig, hanem hosszabb ideig tartsuk a hazatérő katonákat a meg-figyelő-állomásokon. Ez által a laboratóriumi technikai nehé-zségeket könnyebben győzhetnők le, nagyobb pontosságot és teljességet érhetnénk el és a hosszabb lappangási idejű fer-tőző betegségeket is felfedezhetnők. Ez közegészségügyi és közgazdasági szempontból feltétlenül elvetendő, mert ez azt

¹ Mailáth József gróf előadása után.

vonná maga után, hogy a leszerelés nagyon hosszú ideig tartana s így katonáink sokkal később kerülnének haza, a hol mégis csak jobb hygienés viszonyok vannak, mint az elpusztult és fertőzött községekben és ideiglenes szállásokban. E mellett nemzetgazdasági szempontból is rendkívül fontos, hogy a hadsereg által lefoglalt munkaerő minél előbb felszabaduljon a productiv munka céljaira. Nézetünk szerint a magyar közegészségügynek is azzal tehetnők a legjobb szolgálatot, ha a háború által korlátozott productiót a békekötés után a munkaerők felszabadítása által minél előbb fokozzuk és ezáltal a polgári lakosságnak jobb élelmezést és általában jobb hygienés viszonyokat biztosítunk.

Nem ajánlhatjuk tehát, hogy a békekötés után minden hazatérő katona váladékai bakteriologiailag megvizsgáltassanak, *elegendőnek tartanók, ha az Országos Közegészségügyi Tanács és Mailáth József gróf terve szerint a leszerelő csapatokat a megfigyelő állomásokon 5 napi megfigyelésnek vetnék alá és minden észlelt heveny fertőző vagy nemi betegségben szenvedő katonát teljes gyógyulásáig kórházi kezelésben részesítenének s a békekötés után a katonai egészségügyi intézeteket legalább részben működésben, illetőleg készenlétben tartanák, úgy hogy esetleg mutatózó járványok esetén a gyors orvosi és laboratoriumi beavatkozás készen álljon.*

A jövőre vonatkozólag czélszerűnek tartanók, ha a megfigyelő-állomásokat és más hasonló egészségügyi intézményeket, a melyeket a háborúban nagy nehézségek és nagy költségek árán teremtettek, s a melyek éppen ezen új voltuknál fogva aránylag későn és nehezen fejlődtek ki, a jövőben legalább mint katonai kereteket fenntartanak. Czélszerű volna megállapítani a mai tapasztalatok alapján ezen intézmények berendezésének és személyzetének ideális tervét, a melyet a tudomány és technika jövőbeni fejlődésével fejleszteni kellene. Épp így készenlétben lehetne tartani legalább részben ez intézmények személyzetét és berendezését is, úgy hogy szükség esetén az alkalmas szakörök és a legfontosabb berendezési tárgyak lehetőleg gyorsan rendelkezésre álljanak.

Kérjük Méltóságodat, kegyeskedjék szerény véleményünket illetékes helyen előterjeszteni, hogy ez a realis viszonyoknak megfelelőbb terv is mérlegelés tárgyává tétessék.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Fibich: Kriegschirurgisches Handbuch. J. Safar, Wien und Leipzig, 1915.

Igen ügyes kis könyv, mely a segélyhelyen és köztözhelyen működő orvos hadisebészeti teendőit tárgyalja. Röviden, de igen tanulságosan szól a különböző sebzések ellátásáról, kötésekről, narcosistról, vérzéscsillapításról, arról, hogyan kell a front primitív viszonyai között az asepsist a lehetőség szerint biztosítani, hogyan kell a lött seb minőségéből arra a távolságra következtetni, melyből a lövés történt s más hasonló, a fronton működő orvos számára fontos kérdésekről. A dolog természetéhez képest a könyv legnagyobb részt technikai kérdésekkel foglalkozik, de az indicatiók, sőt egyes diagnostikai megjegyzések is megkapják az őket megillető helyet. A typosos műtétek közül az érelkötések, tracheotomia, a szív feltárása, amputatiók, bélvarrat, appendixkiirtás, incanérált hernia műtéte szerepelnek. A leírások igen praktikusak és világosak; kezdők is jól megérthetik. Igen helyes az előszóban kifejtett azon elv, hogy jobb, ha a gyakorlottat a legegyszerűbb kézfogások leírásával megbántjuk, mint ha a gyakorlatlant hangzatos jelszavakkal megzavarjuk. De a gyakorlott sebész is fog nem egy a tábori sebészet specialis viszonyai szempontjából érdekes megjegyzést, egy-néhány jó improvisatiót találni benne. A könyv értékét nagyon emelik a benne levő ábrák — számszerint 92 — és használhatóságához hozzájárul nagyon helyes kis formátuma is,

úgy hogy zsebben könnyen hordható, alig nagyobb, mint egy tárcza. Olcsó is; ára jó vászonkötésben 3 kor. 20 fillér. *Pólya.*

Schulz: Das Bewusstseinproblem vom psychologischen, positivistischen, erkenntnistheoretisch-logischen, metaphysischen und biologischen Standpunkt. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1915, 86 lap. Ára 3 márka 60 filler.

A szerző pszichológiai megjegyzéseket tesz a lelki és testi tünetek összefüggéséről, az emlékezetéről meg az anyagról, és azután áttér az öntudat kérdésének fejtegetésére. Ismertette a pozitív irányt, a positivismust és reálösszefüggést, a megismerésteoriás-logikai, valamint a metaphysikai irányt, a biológiai-megismerésteoriás alapra helyezkedik. Úgy az öntudatban, mint az öntudaton kívül eső folyamatok a psychés folyamatok közé sorolandók. Az öntudatlan és öntudatos folyamatot nem választja el éles határ, a minimumtól a maximumig átmenet van. A biológiai megismerésfolyamat az eredő pontra „föltételes elemi folyamatot helyez, a mely egy belső és külső ingerekre reagáló élő és lelki tényezőn és annak reactionin ösmerszik meg.” „Az én tudata az aránylag állandó tényezőnek a változékonyabb külső és belsőkhöz való viszonyában alakul meg az adott pillanatban.” Az aránylag kevés számú lapon nagyon sok van előadva, ezért a stylus kissé túltömör és nem könnyen érthető. *Kollarits Jenő dr.*

Új könyvek.

L. Dreyer: Anleitung für die kriegschirurgische Tätigkeit. Berlin, S. Karger. 640 m. — *P. Schroeder: Geistesstörungen nach Kopfverletzungen.* Stuttgart, F. Enke. 160 m. — *W. Spielmeier: Zur Klinik und Anatomie der Nervenschussverletzungen.* Berlin, J. Springer. 360 m. — *Quervain: Spezielle chirurgische Diagnostik.* 5. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 20 m. — *A. Köhler: Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde.* 2. Auflage. Hamburg, Gräfe und Sillem. 10 m. — *G. Sticker: Erkältungskrankheiten und Kälteschäden.* Berlin, J. Springer. 1480 m. — *A. Thiele: Tuberkulöse Kinder.* Leipzig, L. Voss. — *J. Bang: Methoden zur Mikrobestimmung einiger Blutbestandteile.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3 m. — *A. Marxer: Technik der Impfstoffe und Heilsera.* Braunschweig, F. Vieweg und Sohn. 8 m. — *A. Wiest: Lazarettarbeiten. Anleitung für die Beschäftigung Kranker und Genesender.* Stuttgart, F. Enke. 4 m. — *W. Kausch: Die Pathologie und Therapie des Ileus.* Halle a. S., C. Marhold. 140 m. — *J. Bresler: Typhusbehandlung, insbesondere spezifische (Vakzinebehandlung).* Halle a. S., C. Marhold. 120 m. — *P. J. de Bruine Ploos van Amstel: Über Thrombose.* Leipzig, J. A. Barth. 225 m. — *A. Lipschütz: Zur allgemeinen Physiologie des Hungers.* Braunschweig, F. Vieweg und Sohn. 3 m. — *A. Lipschütz: Allgemeine Physiologie des Todes.* Braunschweig, F. Vieweg und Sohn. 680 m.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A pyrogen anyagok befolyását a lázra vizsgálta Saxl, a bécsi I. belklinika segédje. Ismeretes, hogy az újabban kialakult vélemény szerint a typhus vaccinattherapiája nem specifikus, a mennyiben egyfelől nem csupán typhus-, hanem coli-, egérsepticaemia- stb. tenyészetből készült vaccinákkal, sőt deuteroalbumosékkal is sikerül hasonló eredményt elérni, másfelől pedig a typhus-vaccina nem csupán a typhus ellen hat, hanem például sepsis ellen is. *Palttauf* a hatást a hőmérsék-középpontra gyakorolt befolyásból magyarázza. A vaccina intravenás befecskendezésére a hőmérsék rázóhideg kíséretében emelkedik s utána csökken. Tekintetbe véve ezeket, a szerző vizsgálta, vajjon a hőmérséknek mesterségesen emelésével nem lehetne-e befolyást gyakorolni a lázra. A hőmérsékét fokozó anyag gyanánt a tejet használta, a melyet 5 cm³-es mennyiségben a kora reggeli órákban fecskendezett be a bicepsbe. Ez a befecskendezés nem jár számbavehető kellemtelen helyi tünetekkel és — leszámítva a hőemelkedést — általános zavarokat sem okoz. A beálló hőemelkedés 36—48 óráig szokott tartani (néha 3 napig is) s utána beáll a hőcsökkenés. Typhus több esetében ez a hőcsökkenés végleges láztalan állapotra vezetett, úgy hogy az eljárásnak gyógyító hatásáról lehet szó. Ugyanígy volt a hatás pneumonia, erysipelas néhány esetében is. Az érdekes vizsgálatoknak folytatása talán a gyakorlatban is jól használható eljárást fog megérlelni. (Wiener med. Wochenschrift, 1916, 3. szám.)

Belorvostan.

Typhusreconvalescentia 14 esetében *Plaschkes* megvizsgálta a gyomornedvet. Csak 4 esetben talált normális sósav-értéket, 3 esetben nem volt szabad sósav kimutatható, 7 esetben pedig subaciditas állott fenn. Feltűnő volt a gyomortartalomban a sok nyálka, a miből a gyomornyálkahártyának többé-kevésbé nagyfokú hurutos állapotára lehet következtetni. A gyakorlatban tehát a typhus utáni reconvalescentiában olyan diétát kell használnunk, a milyen az idősült gyomorhurutban szokásos. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 42. sz.)

Csigolyamegbetegedések a typhusreconvalescentiában *Lyon* szerint gyakran fordulnak elő. E folyamatok többnyire nem súlyosak, noha tetemes subjectiv tünetekkel járhatnak. A posttyphosus csigolya-affectiók hónapokig tarthatnak, de azért prognosisuk általában nagyon kedvező, úgy szólván kivétel nélkül tartósan meggyógyulnak. (Medizinische Klinik, 1915, 51. sz.)

Sebészet.

Az appendicitis aetiológiájáról ír *Samberger* bőrgyógyász. A szerző az appendicitis okát az esetek nagy többségében a test jobb oldalán való alvásból származó bélkiürülési zavarokból, nevezetesen a vastagbél tartalmának pangásában látja. Nem szenved kétséget, hogy a béltartalom stagnatiója egyike a legfontosabb direct vagy legalább is praedisponáló okoknak az appendicitis keletkezésében. Ebben a legtöbb szerző nézetei megegyeznek.

Hogy a jobb oldalon való alvás mily módon hozza létre a vastagbél tartalom pangását, ezt a szerző a vastagbél anatómiai helyzetéből magyarázza. Ugyanis a colon transversum — minthogy benne az egész vastagbélből rendszeren a legtöbb bélsár van — a jobb oldalon való alváskor súlyánál fogva jobbfelé csúszik, amde a ligamentum phrenocolicum, mely a vastagbél flexura lienalisát erősen rögzítve tartja, megfeszülve, visszatartja, de ezáltal a vastagbél lumenét egyidejűleg jelentékenyen meg is szűkíti, annyira, hogy a bél tartalom a colon descendensbe nem juthat bele. A pangás áttérjed a colon ascendensre, a coecumra s a kb. 8 órai alvás alatt felgyülemlett faeces a bélgázokkal együtt kiválik a káros következményeket az appendixben.

A szerző 75 appendicitises betegéről összeállított statisztikájában a megbetegedés előtt állandóan a jobb oldalán aludt = 34 (45 3%), a baloldalon = 13, a hátán 5, s mindkét oldalon 24.

Érdekes hypothesis-sal világít meg a szerző egy oly kérdést, mely eddig megfejtetlen volt; ugyanis, hogy miért növekszik napról-napra az appendicitis-esetek száma a kulturáltak körében? Szerinte a puha ágyban való alvás a praedisponáló ok, mert ez az oldalt fekvést teszi lehetővé. A régiek vagy a pusztai földön, vagy csupán egy állatbőrön aludtak, s így kényszerítve voltak vagy a hátukon aludni, vagy pedig a helyzetüket gyakrabban változtatni. (Wiener med. Woch., 1916, 1. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A foligan (*Henning*) nevű újabb sedativumot és hypnoticumot, melyről már több ajánló közlés jelent meg, *Sternheim* is nagyon dicséri, mint olyan szer, a mely tisztán functionalis esetekben sohasem hagyta cserben. A tabletták kellemetlen ízét leplezni lehet úgy, hogy a porrá tört tablettához két kávéskanálnyi porcukrot és egy fél citrom levét adva, meleg vizet öntünk hozzá. (Medizinische Klinik, 1915, 51. sz.)

A recvalysat nevű, a friss valeriana-gyökerekből előállított újabb készítményt (*recens valeriana dialysatum*) *Liepert* nagyon jó eredménnyel használja mindazon esetekben, a melyekben valeriana, brom vagy valamely enyhe altatószer használata javult. Kellemetlen mellékhatása nincs, főleg az emésztőszerveket nem bántja; e mellett jobb ízű, mint a

többi valeriana-készítmény. Adagja 10—30 csepp 1—3-szor naponként. (Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 2. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 3. szám. *Faragó Zsigmond*: A peripheriás idegsérülések sebészi kezeléséről.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 3. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkór-alakok felosztásáról.

Vegyes hírek.

Czimadományozás. *Bárany Lipót* dr. dombóvári orvosnak a „magyar vörös-kereszt egyleti főorvos” címet adományozták.

Megbízás. *Bartha Sándor* dr. szeghalmi községi orvost a belügyminister a pécsi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával bízta meg.

Stefánia hercegnő hadi gépkocsiját, a mely teljesen felszerelt mechanikai műheyt tartalmaz orvosi műszerek kijavítására s a melynek az a rendeltetése, hogy a hadszíntéren fölkeresse a mozgókórházakat és közöshelyeket, hogy ott a helyszínen kijavíthassák a megromlott orvosi műszereket, december 28.-án avatták fel.

Meghalt. *Alexander Béla* dr. egyetemi magántanár, az egyet. központi Röntgen-intézet vezetője, január 16.-án 59 éves korában. Az elhunyt már mint késmárki gyakorló orvos kitűnt kiválóan sikeült Röntgen-felvételeivel és a Röntgen-sugarakra vonatkozó irodalmi dolgozataival. Ennek köszönhető, hogy 1907-ben részére a budapesti egyetem orvosi karán állást és Röntgen-laboratoriumot szerveztek, mely utóbbi előbb a poliklinikán, majd az orvoskar központi épületben nyert elhelyezést. *Alexander* dr. számos szaktanulmányt tett közzé magyar és német nyelven, melyek nevét a szakörökben külföldön is ismertté tették. — *Benda Adolf* dr. budapesti gyakorló orvos, 46 éves korában. — *Steiner Simon* dr., németprónai nyugalmazott körorvos, 84 éves korában. — *Nagy Lajos* dr., Hajdunánás ügyvezető orvosa, tiszteletbeli megyei főorvos, 60 éves korában. — *Kovács Károly* dr., Gyula városi tisztviselő orvosa, az olasz harcztéren december 22.-én szívinfarktus következtében 29 éves korában. — *Fraenken* dr., régebben a közegészségügy tanára a hallei egyetemen, december 29.-én 54 éves korában.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület novemberben 1144 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1032 szállítást végzett, 40-szer mint mozgóórszék szerepelt, 13-szor pedig vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A novemberi működés főösszege tehát 2229 volt.

A német orthopaediai társulat február 8.-án és 9.-én a berlini „Reichstagsgebäude”-ben rendkívüli összejövetelt tart, melyen főleg a prothesisek és az idegsérülések kérdése kerül megvitatás alá. Ezt megelőzőleg február 7.-én ugyanott a „Deutsche Vereinigung für Krüppel-tüfsorge” ülésezik nagyon actualis tárgysorozattal.

Személyi hírek külföldről. Rendkívüli tanári címet kaptak a bécsi egyetem következő magántanárai: *G. Lotheissen* (sebészet), *E. Bischoff* (ideg- és elmekór), *J. Sörgo* (belorvostan), *H. Schur* (belorvostan), *Fr. Hirschmann* (nőorvostan), *S. Gross* (bőrkór), *L. Fleischmann* (fogászat).

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

Budapesti medicomechanikai **ZANDER** -i tétel. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézet

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugársgyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-léghézagok, frigoritherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — bennulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen. —

Orvosi labororium 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 (XI. rendes tudományos ülés 1915 november 27.-én.) 51. lap. — (XII. rendes tudományos ülés 1915 december hó 4.-én.) 51. lap. — Katonaorvosi demonstrációs ülés a Hofmann-hadtest székhelyén, Kelet-Galicziában. 52. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 52. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XI. rendes tudományos ülés 1915 november 27.-én.)

Elnök: Liebermann Leó.

(Folytatás.)

Jegyző: Dollinger Béla.

Scrotalis actinomykosis esete.

Verebély Tibor: A 61 éves férfibeteg kizárt sérv okozta ileussal került 6 hónap előtt a klinikára. Az aránylag enyhe elzáródásos tünetek mellett szembeötlő volt a jobb-oldali scrotumfélnek erős lobosodása, úgy hogy részleges kizáródás folytán bekövetkezett perforatio és kezdődő bélsárphlegmone volt a körjelzés.

A műtét appendicitis perforativa in hernia-t állapított meg a coecum vak végének és az ileum legalsó részének lenövésével a lobos sérvkapuban. A műtét a tályog feltárása és kitisztítása után szabályszerű appendectomiában, majd a sérv elzárásában állott a lobos scrotumseb tamponálásával. A seb rövidesen gyógyult s a beteg sarjadzó felületen sebbel hagyta el a klinikát. Néhány héttel utóbb újból visszakerült azzal a panasszal, hogy az akkor már begyógyult seb alatt hirtelen fájdalmas lobosodás támadt magas lázzal. A műtét hegében jó 1½ férfiökölnyi heveny tályog foglalt helyet, a melyet megnyitottak a klinikán. Ezen megnyitás óta azután a seb nem igen akart gyógyulni. A volt tályog környezetében, falában lassan deszkakemény beszűrődés fejlődött ki: a metszés helye részben gyógyult, részben véres, laza sarjakat s kevés genyet ürítő járatokká zárult, a melyek egyre nagyobb számmal jelentkeztek a szomszédság említett beszűrődése felett is. Így fejlődött ki lassanként a mostani kórkép, a mely jelen stadiumában oly jellemző az actinomyces okozta elváltozásra, hogy mint typus mutatható be, már csak azért is, mert a sugárgomba-betegségnek illető localisatiója ez-ideig leírva nincsen.

Jellemző a deszkakemény beszűrődés, mely fájdalmas, lobos, de lázat alig okoz, lassan, egyre tovább kúszik s a melyben, mint szúrágta fában, keletkeznek és záródnak újra a sarjadzó sipolyok. Az actinomykosisnak úgynevezett fibrofistulosus alakja ez, a mely az említett abscedáló előszakból fejlődött ki.

A fertőzés forrása kétségtelenül az appendicitis volt, melynek ilyen actinomykosisos alakja nem tartozik az igen nagy ritkaságok közé, a mennyiben saját tapasztalata szerint száz genyes appendicitisre 2—3% sugárgombás fertőzés esik. Az appendicitis perforativa in hernia ellenben, a mely a scrotum fertőzésének kiindulása volt, aránylag igen ritka, alig 20/100, a miből érthető, hogy a két eshetőségnek szövődése felette ritka, ugyanarra, hogy ilyen kórkép leírva még nincsen.

(XII. rendes tudományos ülés 1915 december 4.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Bence Gyula.

Agyvelősérvnek decompressió trepanatióval és Müller-König-féle plastikával meggyógyított esete.

Keppich József: A közlegény 1914 szeptember 22.-én a szerb harcztéren fején 5 gépfegyverlövéstől sebesült meg. A műtét helyét és idejét illetőleg felvilágosítást adni nem tud, feljegyzések sem jöttek a beteggel. A 16-os számú helyőrségi kórházba 1915 február 1.-én következő állapotban érkezett: Erős fejfájásról panaszodik. A tarkó-csont pikkelyének inkább bal felén férfiökölnyi, hajas fejbőrrel fedett, puha, rugalmas agysérv, felső felén a széleken ívben futó műtégi heggel. A csonthiány átmérője 8 cm., széle erősen megvastagodott, sánczszerűen kiemelkedő, erősen érzékeny. Az agysérv alig valamivel kisebbíthető.

Az idegleletből kiemelendő, hogy mindkét felső végtag és a bal alsó végtag gyenge, a járás paresises. Szemészeti lelet:

hypermetropia, mindkét papilla a temporalis oldalon decolorált. Pangásos papilla nincs. Visus: 1½ m.-ről olvas ujjakat.

Több ízben lumbalpunctiókkal kísérte meg a herniát megkisebbiteni, ez pillanatnyilag sikerült is, a hernia puha és visszahelyezhető lett, de másnapra újra elérte régi nagyságát.

1914 márczius 4.-én helyi érzéstelenítésben Cushing-féle decompressió trepanatiót végzett. A jobb halántékcsonthoz 7 cm. hosszú, 5 cm. széles darabot távolított el, a durából pedig annyit, hogy a fennmaradó 1½ cm.-nyi szegélyt több helyen sugáralakban bemetszve, a csontra hajlíthatta. A seb reactionmentesen gyógyult, az agyhernia folyton kisebbedett, majd teljesen visszahúzódott, úgy hogy a csonthiány szélei jól érezhetők lettek, a fejfájások megszűntek.

A csonthiányt 1915 április 4.-én helyi érzéstelenítésben Müller-König-féle plastikával fedte. Az agyherniát körülmetaszve, a lebeny basisa a tarkó baloldala felé nézett, s csupán a fejbőrt foglalta magában. A másik lebeny vele közvetlenül szomszédos volt és a bal halánték-falcsonthiány tájékáról vette, nyele a jobb homlokudor felé nézett. Magában foglalta a fejbőrt, a koponyacsont tabula externáját és a csontnál jóval nagyobb periosteumdarabot. A csonthiány megvastagodott széleit eltávolítva és lekerekítve, az átmérője 9 cm. lett. A bőr leválasztása után a heget eltávolítva, a dura több helyen megsérült, e helyeket bevarrta. A két lebenyt egymással felcserélve, helyükre varrta. Egy Burow-háromszög eltávolítása után csupán kis hámsiány maradt az egyik lebeny nyelénél, mely hamarosan behámosodott. A lefolyás teljesen reactionmentes volt, a csontlebeny csontosan a helyére gyógyult.

A beteg állapota várakozáson felül megjavult. Fejfájása megszűnt. Izomereje majdnem teljesen helyreállott, járása jó, sőt a látása is 6/4-re javult, pangásos papillája nincsen. Hónapok óta az osztályon házimunka végzésében szívesen segédkezik.

Perisinus, extraduralis agytályognak műtéttel gyógyult esete.

Pogány Ödön: Az esetet két okból tartja a bemutatásra különösen érdekesnek. Először mert az otogen complicatiók egész sorozata fordult elő egy egyénnél, másodszor mert a complicatiók minden klinikai tünet nélkül állottak fenn.

A beteg 1915 augusztus közepén a bal fülén heves fájdalmakat érzett, majd folyni kezdett a füle. 1915 szeptember 18.-án vették fel a következő statussal: Gyengén táplált, erősen lesoványodott, vérszegény férfi. Mindkét tüdő felett ki- és belégzéskor érdes légzés. Has-szervek rendben. Jobb fül ép. A bal fülből genyes, nem bűzös folyás. Dobhártya diffuse vörös, macerált hámmal fedett. A csecsenyűtványon gyermekököl nagyságú fluctuáló duzzanat. A beteg kisebbfokú szédülésről s gyengeségről panaszodik. Szemfenék ép. Temperatura 37.5° C—38.5° C-ig. Rázóhideg nincs, főfájás nincs. A beteg fennjár. A műtétbe csak nagy rábeszélésre egyezik bele. Diagnosisunk a műtét előtt acut otitishez csatlakozó mastoiditis abscedens volt.

A műtétet 1915 szeptember 22.-én cloroformnarcosisban végezte. Először megnyitotta a periostalis tályogot, melyből igen nagymennyiségű geny ürült. A csontot periosteum nélkül találta. A corticalis körülbelül 2 mm. vastag, fistulá azonban nem volt a csonton. A corticalis alatt közvetlen nagymennyiségű erősen pulzáló genyet kapott. A csecsenyűtek mind elpusztultak, úgy hogy az egész csecsenyűtvány egy tályogüreggé alakult át. Az üreg telve volt szívós granulatiós szövetrel. Az antrum könnyen volt megtalálható. Az üreg fenekén egészen a bulbusig szabadon feküdt a sinus sigmoideus s teljesen tapadó granulatiós szövetrel.

borított. A sinus élénken pulzált. A genyedés folytatódott a középső s hátulsó koponyatüregbe. Köröskörül, mindenütt a koponyacsont s a dura között, 5–8 mm. széles granulációs réteg volt található, mely a durát a koponyacsonttól teljesen leemelte. A dura s a csont körül kanállal eltávolították a sarjszövetet mindaddig, míg egészséges durára akadtak, a beteg csontrészeket mindenütt eltávolították. E terület kb. ötkoronás területnek felel meg. A középső koponyagödörben az alsó temporalis lebenynek megfelelően a dura kétfüllér-nagyságú területen erősen elődomborodott s nem pulzált. E helyen bemetszve erős nyomás alatt kb. gyermekkanál mennyiségű genyet s agytörmeléket kaptak s egy üregbe jutottak, melybe a szonda mediálisan s hátrafelé 2–3 cm. mélyen bevezethető. Az agyseb külső nyílását tágitották, az üregbe gummidraint vezettek s a sebüreget jodoformgaze-zal tampónálták. A műtét után a legmagasabb temperatura 37.0° C volt. Másodnaponként kötözték. Az agytályog üregét állandóan gummidrainnal látták el. A lefolyás általában zavartalan volt. Egy hét múlva teljesen láztalan lett. Egy ízben, október 1.-én, nagy főfájásról panaszkodott. Az azonnali kötésváltáskor az agytályog retentióját találták. A retentio megszüntetésével a főfájások azonnal megszűntek. A beteg jelenleg teljesen gyógyult.

Az esetben legfontosabb a tünetnélküliség. Bal halánték-táji tályog volt s még csak aphasiás amnesiát sem találtak.

Ez alkalmából bemutat egy bonczitani készítményt. A betegen sinusthrombosis miatt a jugularis lekötését s a sinus feltárását végezte. (Régi gyermekkori otitis purulenta.) A beteg a műtét után teljesen jól érezte magát, azelőtt teljesen elesett volt. Subfebrilis lett (maximalis temp. 37.5° C.) 10 napig tartott ez az állapot, a tizedik nap éjjel a legjobb közérzet után hirtelen exitált. A bonczoláskor a temporalis s occipitalis agyrészletben egy-egy diónyi régi agytályogot bőséges tartalommal, pyogen hártával találtak. A temporalis lebeny tályoga — mint a praeparatumon látható — áttört az oldalkamarába s ez okozta a hirtelen halált. A betegen agytályog legkisebb gyanuját sem találtak szorgos vizsgálatok dacára sem.

Lehet, hogy a diagnostikai segédeszközök tökéletlenek, s ez az oka, hogy oly sokszor még az agycomplicatio gyanuját sem tudjuk klinice diagnoskálni. Míg néha a legmodernebb diagnostikai segédeszközökkel a legpontosabban diagnoskálják, pontosan lokalizálják az agymegbetegedést (tályog, tumor) s a műtét vagy bonczolás alkalmával semmit sem találnak, addig máskor minden klinikai tünet nélkül műtét közben kiterjedt s komplikált agyváltozásokat találtak. Viszont igaz az is, hogy más esetekben a legpontosabban sikerül megállapítani az agytályogot s a tályog legkisebb tovaterjedése is a legkifejezettebb klinikai tünetekben jut kifejezésre.

Hypophysis-megbetegedés három esete.

Bence Gyula: Az első eset 41 éves férfi. Baja két éve kezdődött. Jelenleg akromegalia kifejezett tünetei a koponyán és a végtagok distalis részén. Fejfájás és nagyfokú látás-zavar. A második eset 23 éves férfi, az óriás-növés kifejezett tüneteivel. Az óriás-növés nemcsak a csontok hosszanti növéseben — testmagasság 203 cm. —, hanem azonkívül a koponyának és a végtagok distalis részeinek nagyfokú szélességi növéseben is kifejezésre jut. Fejfájás és látás-zavar. A herék atrophiasak. Ez utóbbi beteg óriási növése mellett tehát az akromegalia kifejezett tüneteit mutatja.

Az akromegalia e kétféle megjelenési formájának okát abban kell keresnünk, hogy az első esetben már a növekedés befejeződése után, 39 éves korban indult meg az akromegalia, míg a második esetben 15 éves korban kezdődött az akromegalia, tehát olyankor, a mikor az epiphysporczok csontosodása még nem volt befejezve. Ez az óriás-növés egyik oka.

A míg az előbbi két esetben a betegség főleg a hypophysis elülső lebenyének kóros működéséből fejlődött, addig a harmadik esetben a baj inkább a pars inter-

media és a hátulsó lebeny kóros működése folytán keletkezett. A distalis csontrészek kifejezett akromegaliás elváltozása mellett a beteg naponta 12–15 liter vizeletet ürít 2–3% cukortartalommal. A hypophysistumorok egyharmada diabetes mellitussal jár, kevés eset diabetes insipidussal. Ez utóbbit azon tapasztalattal hozzák összefüggésbe, hogy a hypophysis-extractum diuresis hatású anyagot tartalmaz. Esetükben, úgy látszik, vegyes forma van jelen, mert diabetes mellitus esetén szokatlan az ily nagy vizeletmennyiség.

Mindhárom betegről *Elischer* koponyafölvételt készített. Mindhárom esetben a hypophysis-daganat jellemző képét mutatja a Röntgen-kép.

(Folytatás következik.)

Katonaorvosi demonstrációs ülés a Hofmann-hadtest székhelyén, Kelet-Galicziában.

(1915 decz. 15.)

Elnök: **Rittigstein** dr., főtörzsorvos, hadtest-egészségügyi főnök.

Jegyző: **Beretvás László** dr., segédorvos.

Jelen volt 24 orvos és egy orvosnő.

Veress Ferencz magántanár, ezredorvos, a parancsnoksága alatt levő 11/5. sz. mozgótart. kórház betegállományából bemutat 29 katonát. Rövid áttekintést vet a syphilis kórok- és tünettanára és 20 betegen demonstrálja a syphilis igen jellemzően kifejezett tüneteit, u. m. sclerosisokat (köztük óriásiakat), nagy specifikus mirigy tumorokat, körülírt és univerzális leukodermát, alopeciát, papulák és maculák kiütéseket, pustulák exanthemákat stb.

A bőrbetegségek köréből:

a) *Pyramidonexanthemát*, mely a köztakaró legnagyobb részén kanyarószerű kiütéseket okozott.

b) *Pityriasis rosea Gibert-t* két katonán, kik közül egyik a kórház fürdőszolgája.

c) *Eczema madidans capitis-t*.

d) *Favus capitis*-esetet.

e) Rendkívül súlyos *pyodermiát*, ruhatetvek következménye gyanánt.

f) *Maculae coeruleae*-esetet, melyben a törzsön számtalan fillérnyi élénk kékfoltos elszíneződés volt.

g) Sajátságos *symmetriás forradások* esetét. A törzs két oldalán, a hason, a csombokon és a háton, a farpofákon kétféle három ujjnyi széles régi heges csíkok, melyek a jobb és baloldalon teljesen részarányos lefutásúak. Valószínűleg intrauterin eredetű sérülések nyomai. (Az eset külön közlés tárgya lesz.)

h) *Tuberculid* esetét. 40 éves vérszegény, gümőkóros katona testén nagyszámú acneszerű, pustulák és abscessus-szerű, torpid efflorescentiák, melyek hónapok óta állanak fenn, lassan, sötétbarna pigmentatio hátrahagyásával hegesen gyógyulnak. Testén sehol sem pyoderma, sem vakarózás, sem élősdiek nyoma nincs. Therapia: Roborálás, fürdők, helyileg salicylsavas készítmények. A beteget, mint különben is alkalmatlant, a mögöttes országrészbe küldték.

Az egyes bemutatásokhoz fűződő discussióban *Rittigstein* főtörzsorvos és számos kartárs vett részt.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Typhus exanthematicus eseteiben *F. Meyer* nagyon jó eredménnyel használta az optochint, a mint azt a „Berliner mediz. Gesellschaft“ november 3.-án tartott ülésén kifejtette. Belsőleg is adható a szer, de sokkal célszerűbb bőr alá fecskendezés alakjában használni, még pedig a nagyon gyors felszívódás megakadályozása végett olajos oldatban. Ez úgy készül, hogy kevés meleg abszolút alkoholban — melyet cseppenként bocsátunk az optochinhoz — feloldjuk s ezt az oldatot azután kámforos olajjal hígítjuk. Mérgezés-tüneteket, amaurosis ily módon alkalmazás mellett sohasem észlelt. Nagyon súlyos esetekben a konyhasó-oldatban oldott optochin intravenásan is befecskendezhető.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Aiföldi Béla: Közlemény a m. kir. rokkantügyi hivatal Révész-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Igazgató-főorvos: Verebely Tibor dr., egyet. tanár főtörzsorvos.) A körömgágytűnet. 53. lap.

Kovács József: Az ultravioletta sugarak terápiás értékéről. 55. lap.

Pogány Ödön: Közlemény a cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórház IV. osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos.) Harctéri fülsérülések. 57. lap.

Somogyi István: Az anaphylaxia kérdése és a tuberculosis antitoxikus kezelése. 58. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Georg Misch: Vom Geist des Krieges und des deutschen Volkes Barbarei. — E. Everth: Von der Seele des Soldaten im Felde. — Lapszemle. Belorvosan. R. Kraus: A pertussis kezelése. — Mahn: Typhus abdominalis. — Sebészet. Herff: Gaudafil. — Gyógyszertan. Faust: Laudanon. — Klinger: Új vérzéscsillapító szer. — Kisebb közlések az orvostudományról. Bergmann: Thea-zylon. — Loeventhal: Etelen. — Duschko-Kesslakoff: El-6- és másodfokú fagyás. — Gustein: Thyangol. — Rascher: Eklampsia infantum. 62–63. lap.

Magyar orvosi irodalom. 63. lap.

Vegyes hírek. 63. lap.

Tudományos Társulatok. 64–66. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a m. kir. rokkantügyi hivatal Révész-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Igazgató-főorvos: Verebely Tibor dr., egyet. tanár, főtörzsorvos.)

A körömgágytűnet.*

Irta: Aiföldi Béla dr., a képviselőház orvosa.

A múlt (1915) év elején kórházunk sebészeti osztályán egy alkarsérültön kötésváltást végeztem. A betegnek tenyeremen nyugvó ujjainak hosszú körmei felkarcolták kezemen a bőrt.

Kezembe vettem az ollót, hogy karomszerűen kiálló körmeit kissé lenyessem. Az első ollócsapásra a beteg fájdalmat jelzett és a levágott körömcsőcs erősen vérzett. Miután a vérzést csillapítottam, közelről megvizsgáltam a sajátságos körmet és azt találtam, hogy a sebesült kar ujjain a köröm jellegzetes elváltozásokat tüntet fel: fénytelen, mély haránt-barázdákat mutat, görbülete úgy hossz- mint harántirányban fokozott, e mellett a sérült oldali kéz ujjain a bőr száraz, fénytelen és foltos volt. A mikor most a kezét a tenyéri oldalról néztem meg, még sokkal érdekesebb elváltozást észleltem. Úgy láttam, hogy a beteg kéz ujjainak csúcsa idegenszerű alakú. Első pillantásra feltűnt, hogy a normalis gömbölyded ujjpárna helyett a sebesült oldali kéz ujjcsúcsai megnyúltak, a karomszerűen meggörbült körömök alsó felületével összeforrottak úgy, hogy az ujj hegyein normalisan mindenkor jelenlévő árokszerű körömszegély a köröm szabad széle és az ujjkúp között a körömgágy átmeneténél az ujj csúcsára teljesen eltűnt. Az ujjcsúcsok ez elváltozások folytán a gömbölyded kúpos alak helyett megnyúlt, hegyes alakot mutattak, a körömpercz domború ujjpárnája eltűnt és az ujjcsúcsok szorosan odatapadtak a normalis viszonyok között szabadon kinyúló körömcsőcsokhoz. A körömcsőcs és az ujjcsúcsok ezen sajátságos elváltozása már most megmagyarázta azt, miért fájt és vérzett a köröm, a mikor szélét levágtam. A körömszélel együtt t. i. lemetszettem a voláris körömlaphoz tapadó, erekkel és idegekkel gazdagon ellátott ujjcsúcs bőrét is.

A vérző köröm tüneténe annyira frappáns volt, hogy mindenáron nyitjára akartam jönni ennek a furcsa tünetnek. Végigvizsgáltam az óriási kórházunkba folyton tömegesen érkező sebesültek kezeit, remélve, hogy újra találkozni fogok ilyen

* Előadás keretében bemutatta a budapesti kir. Orvosegyesület 1915. okt. 30.-iki ülésén.

elváltozásokkal. Kezdetben nem találkoztam hasonló tünettel. Folyó év tavaszán azután a Révész-utcai kórház, a hol mint orvos működöm, teljes átalakuláson ment át. Vöröskeresztes sebészeti osztályból fokként — az addig kizárólag kezelt sebészeti eseteknek restringálása és más kórházakba való átutalása után — átalakult utókezelő gyógyintézeté, két sebészeti és két orthopaediai osztállyal. Az ország minden részéből, az összes katonai kórházakból nálunk gyűltek össze azok a sérültek, a kiknek nyílt sebe ugyan begyógyult, de valamilyen okból ez még nem vezetett a teljes gyógyuláshoz. Idejöttek az ízületi zsugorodások, a bénultak és hűdöttek ezrei. Most azután egy csapásra százával láttam ismét a körömöknek azon sajátságos elváltozásait, melyeket már észleltem volt.

Megállapíthattam, hogy az ujjcsúcsok leírt elváltozásai mindenkor az illető végtag érzési és mozgási zavaraival együtt észlelhetők. Már az első néhány eset tanulmányozása nyilvánvalóvá tette, hogy ezen körömelváltozások és a végtagokat ellátó idegek sérülése között kapcsolat áll fenn. Azután kutattam az idevágó irodalmat és kerestem a körömelváltozások leírását az eddigi észleletekben. Strümpell nagy belgyógyászatában „acroparaesthesiák” név alatt a végtagok csúcsainak érzési eltéréseit írja le. Ezeknek szerinte különleges okuk nincs, az érzési és mozgási sphaerákban eltérés nem található. Egyes esetekben azonban feltűnő trophiás elváltozások állanak be, és pedig a körömperczek feltűnő keskenyedése és hegyesedése, a körömök erősebb görbülete, az ujjak bőre fényes (glossy skin) stb. Nézete szerint az érző idegek végágainak és végkészülékének izgalma okozza az elváltozásokat, úgy hogy tisztára peripheriás bajról volna szó.

Verebely Tibor előadásában „Az idegtörzsek háborús sérüléseiről” idegsérülések okozta trophiás zavarok címe alatt leírja a vasomotoros beidegzés szabálytalanságait, a sérült terület hőmérsékének csökkenését, a secretiós és trophiás zavarokat a bőrön, a bőr alatti kötőszöveten, a csontokon, az ízületekben. A bőr elváltozásainak leírásánál foglalkozik a köröm növényi rendellenességeivel is. „A körömök” — ügymond — „vaskosak, karomszerűen meghajoltak, hosszcsíkokkal lesznek.” A háborús sebészet újabb irodalma szintén igen behatóan foglalkozik a környéki idegek vasomotoros és trophiás zavaraiival; sőt a körömök trophiás elváltozásai idegsérülés esetén érdekes vita tárgyát is tették a „Wiener Gesellsch. f. innere Medizin und Kinder-Heilkunde” 1915 január 14.-én tartott ülésén, a mikor Schlesinger Hermann tanár a plexus lövésű sérülése után jelentkezett köröm,

leválásról referált, az előadáshoz fűződő vitában pedig *Freund* rámutatott arra, hogy a felső végtagok trophiás zavarai olyan sérüléseknél is észlelhetők, a melyek a nagy idegtörzseket érintették. Ilyen esetekben nem válik le az egész köröm, hanem a köröm intensive barnára festődik és elveszti fényét. Néha barázdálódás is mutatkozik a körömön. *Bauer* pedig arról beszélt, hogy Basedow-kórban is látott a körömön trophiás növesi zavarokat.

Igen sok hadsebészeti közlemény pedig beszámol olyan trophiás zavarokról a köröm növéseben, a melyek általánosan ismeretesek, a hol t. i. a köröm fényét veszti, gyorsabban vagy lassabban nő, karomszerűen elgörbül, hossz- vagy haránt-irányban barázdálódik, egészen leválik vagy sötétre színeződik.

Mindezek az irodalmi adatok megerősítettek abban a felfogásban, hogy az általam észlelt esetekben valóban a köröm egy trophiás növesi zavarával állunk szemben, mert az általam észlelt esetek mindegyikében idegsérüléssel állott összefüggésben a körömváltozás, azonban nem adtak feleletet arra a kérdésre, mi az oka a körömszegély eltűnésének, miért deformálódik eseteinkben az ujjcsúc és tűnik el az ujjpárna, hogy helyet adjon egy egészen idegenszerű hegyes ujjcsúc-alaknak?

Vegyük szemügyre elsősorban mindazon elváltozásokat, a melyek idegsérüléseknél a körömpercen, a körömtesten és a körömágyon mutatkoznak. (1. ábra.)



1. ábra.

Kézdeformatio közép- és singideghűtésnél. Körömök karomszerűen görbültek a III—V. ujjakon jól látható körömágy-tünet, a hüvelykujjon pedig a körömsáncz elsimulása. Tenar és hypotenar sorvadtak.

A bőr különösen a körömkeret (sulcus unguis) felett atrophizál, a körömkereten túlemelkedő bőrszegély, a körömsáncz (vallum unguis) elsimul és a körömlappal egy színvonalba jut. A bőr maga száraz, fényes, gyakran barna foltokkal tarkított, továbbá atrophizálnak az ujjperczek izmai is, a mi hozzájárul a domború ujjpárna lelapulásához.

Vajjon a csontos ujjperczek növéseben áll-e be valamely zavar, azt megállapítanom nem sikerült. Ismételt Röntgenfelvételek és átvilágítások alkalmával sem az ujjperczcsontok térfogatában, sem a csontszövetben eltérést nem tudtam megállapítani. Mivel a csontok anyagcseréje és növekedése lassabb, lehet, hogy évekig fennálló ideg-elváltozásnál trophiás zavarokból eredő csontelváltozások kimutathatók lesznek. Eddig talán az idő rövidege sem engedi meg az ily eltérések észlelését.

A beteg köröm fényét veszti, hol gyorsabban, hol pedig lassabban nő, a körömtest színe néha sötétebb, szürkésbarna, akár a feketéig menő, a holdacska (lunula) több-

nyire eltűnik, a körömlapon mély haránt- vagy hosszbarázdák jelentkeznek, a köröm szálkás és törékeny lesz. A körömszövetben néha gyöngysor-alakban a körömléccekkel párhuzamosan elrendezett, $\frac{1}{2}$ —1 milliméter átmérőjű, a körömtestből kiemelkedő fehéres léghólyagok mutatkoznak, a melyek a felszínét érdessé teszik. A köröm alakja szintén megváltozik. A körömtest hossztenegelyében erősebben görbült, néha hosszában szinte megtörött, harántátmérője is kisebb: a köröm keskenyebb. A tenyéri oldalon a körömszegély vagy körömárok, mint már említettem, eltűnt, az árok helyét duzzanat tölti ki, maga a körömpercz csúcsos, conusos alakot ölt, a domború ujjpárna eltűnt. (2. ábra.) Két esetben a köröm leöklődését észleltem idegsérülés után.



2. ábra.

Körömágy-tünet és ujjpárna eltűnése.

Ezen tünetek részben egyeznek azon zavarokkal, a melyek idegsérülés és idegbetegség eseteiben a test egyéb részein is észlelhetők mint vasomotoros, secretiós és trophiás elváltozások (cyanosis, hűvösség, száraz pikkelyekben leváló, vagy fényes és zsíros bőr, an- vagy hyperhydrosis, a szőrzet tulburjánzása, ritkulása vagy hiánya). Egészen újszerű azonban a körömszegély eltűnése, a körömpercz megnyúlása és alakváltozása.

A köröm morphologice, épp úgy mint a haj, a corium-réteg sejtjeinek localis átalakulási terméke. A körömgök és a körömtest a körömágyon nyugszik. A köröm a gyök-től a csúc felé állandóan nő. A köröm ezen distalis irányu növekedésekor a körömszög és az ujjkúp között lévő árok alakú körömszegély állandóan megmarad, a mi csak úgy magyarázható, hogy a körömtest a körömágytól, a mely vele össze van növe, a szabad szélén a növekedés mérve szerint elválik. Mert hiszen, ha ezen összerendezett folyamatban — körömnöves és elválás a körömágytól — zavar állna be, ha a köröm gyorsabban nőne, mint a mily gyorsan az elválás a körömágytól beáll, vagy pedig ha ez az elválás egyáltalában elmaradna, akkor a körömszegélynek el kellene tűnni, a folyton növekvő köröm distalisán elhúzná a tőle már el nem váló ujjkúpot, azt kinyujtaná, másrészt az ujjkúp ellenállása a nyujtással szemben a tenyéri oldal felé kellene, hogy görbítse a körömlapot. Az észlelt tünetek teljesen megfelelnek ennek a feltevésnek, úgy hogy a körömszegély eltűnése, az ujjkúp megnyúlása és bőrének tapadása a köröm szabad széléhez, valamint az utóbbinak karomszerű meghajlása valóban a körömnek a körömágytól való elválásában beállott zavar következménye, a mely a körömágyat ellátó trophiás idegek megbetegedése folytán áll be. Ily módon az állandóan distalis irányban növekvő köröm mintegy elrejtő a tőle most már rendellenesen el nem váló körömágyat, a mely a körömszegély helyén mint a körömszögcsúc tenyéri oldalához tapadó, néha vékony bőrszerű, néha 1—3 milliméter vastag, húsos, száraz, bőrpikkelyekkel fedett képlet jelenik meg. (3. és 4. ábra.) Ezen tünetcsoportot a következőkben *körömágytünetnek* nevezem.

A tünet észlelése a kéz ujjain nagyobbára közkonatból álló beteganyagunkon meglehetősen egyszerű. Míg az ép körömök alatt a hiányos kézápolás folytán majdnem kivétel nélkül az ismeretes „gyászszegély“, a körömárookban lerako-

dott szenny tölti ki a körömszegélyt, addig a beteg körömön ez a sötét szegély hiányzik, a mi már felkelti figyelmünket.



3. ábra.

Hüvelykujj körömágy-tünettel és az ujjpárna atrophíájával.



4. ábra.

Kisujj körömágy-tünettel.

Az alsó végtagon a tünet észlelése nehezebb, mert a lábujjak körmei általában még kevesebb gondozásban részesülnek, mint a kézi, továbbá a cipőviselés nagyon deformálja a körömperczeket, körmököt és körömszegélyt. Ennek daczára a körömágy-tünet itt is igen jellegzetesen észlelhető, többnyire olyképp, hogy a körömcsúcs és az ujjpárna között a körömszegély helyén kemény, érdes, száraz pikkelyekkel fedett növedék mutatkozik, a mely a lábujj körmeit mintegy eltörlő a lábujjtól.

(Folytatás következik.)

Az ultraviolett sugarak therapiás értékéről.*

Irta: Kovács József dr.

(Vége.)

Kiválóan hálás tere nyílik a fénytherapiának a peritonealis tuberculosis különféle alakjaiban. Összesen 5 esetben volt alkalmam észlelni a sugarak hatását, közülük 3-ban a gyógykezelés befejeztetett, 2-ben még folyik. Legtanulságosabb volt egy betegem esete, kinek bal tüdőfelében III. fokú, a jobb tüdőfelében I. fokú elváltozással együtt peritonitis exsudativája volt, óriási terjedelmű ascitissal, 39^o-on felüli lázzal és megfelelő gyomor- és bélzavarokkal. A besugárzásokat rajta inkább csak kísérletkép kezdtem meg és az eredmény az volt, hogy az exsudatum körülbelül 6 heti besugárzás után csekély maradványig felszívódott, a láz csökkent, az emésztés és táplálkozás javult, úgy hogy tetemes súlygyarapodás volt konstatálható.

A további kezelés folyamán, 3 hó után, a tüdő állapotában is oly javulás állott be, hogy a beteg 1914 augusztus havától a mai napig mindenféle kezelés nélkül is fokozott munkateljesítésre volt képes.

Egy másik eset, a melyben minden valószínűség szerint adnextuberculosis volt a kiinduló pont, a bal hasfélben tapintható gyermekfejnyi tumorról, ascitissal, 38^o-ig menő lázzal, kínzó fájdalommal és emésztési zavarokkal került kezelés alá. A felületes hyperaemia által feltételezett decongestiáló hatásként elsősorban már néhány 6—8 besugárzás után a fájdalmak enyhülése, majd teljes megszűnése következett be. A további, mintegy 6 hónapi kezelés eredménye, hogy a peritonealis tumor alig tapintható, az exsudatum eltűnt, a hőmérséklet normalis lett, az emésztési funktio és ezzel az általános erőbeli állapot javult.

Két esetben körülírt resistens képletek a hashártyán, megnagyobbodott mesenterialis mirigyek és ezek által feltételezett fájdalommasság és bélzavarok tették a fénytherapiát indikálttá. 10-, illetve 14-hetes kezelés után teljes restitutio állott be. Az 5. esetben primaer tüdőtuberculosishoz társult peritonealis tuberculosis kisfokú betokolt ascitissal és inkább plastikus izzadmánnyal, valamint a megszokott tünetekkel. A beteg csak néhány hét óta áll kezelés alatt, de máris kifejezett javulás konstatálható, főleg functionalis és subjectiv irányban.

A tuberculosis ostitisek, periostitisek zárt és fistulosus, nem egyszer igen torpid és multiplex alakjainak majdnem mindegyikében pozitív eredménnyel járt a besugárzás. A javulás elsősorban a fájdalommasság megszűnésében nyilvánult meg, ezt követte rendszerint a duzzanat megkisebbedése. Meglevő, valamint a besugárzás alatt keletkezett hideg tályogok e közben vagy felszívódtak, vagy megnyílás, illetőleg megnyitás után gyorsan gyógyultak. Csontra vezető sipolyok a besugárzás hatása alatt ugyanoly reactiót mutattak, mint azt a mirigy-fistuláknál leírtam; a geny eleinte élénken és bővebben ömlik, majd kevesebb és savós jellegű lesz, míg végül teljesen elapad, a sipoly kiszárad és zárul. A kezelés alá került esetek közül 5 a bordákra, 2 a sternumra és kulcs-csontra, 8 csöves csontok diaphysisére volt lokalizálva és átlag 10 heti kezelést vett igénybe. Ambulans beteganyaggal megszokott jelenségeként néhány esetben idő előtt maradt abba a fénykezelés és megemlítésre méltónak tartom, hogy ezek egy némelyikén később szintén gyógyulás állott be. Lehet, hogy ez a késői gyógyhatás azon fényenergiáknak tudható be, melyek a besugárzás alatt keletkezett pigmentben raktározódnak el és adatnak lassanként le, mint azt *Jesione* magyarázza.

Az idő előtt való elmaradás és általában az ambulans gyógykezelés lehetett főként az oka, hogy a hosszabb idő és nagyobb kitartást igénylő izületi tuberculosisokban a besugárzások hatását nem találtam oly eklatánsnak és egyöntetűnek, ellentétben a többi szerzővel, köztük azokkal is, akik, mint *Vulpus* és *König*, éppen ezen bántalmakban érték el mesterséges napfénykezelés mellett a legszebb eredményeket. A mit az izületi tuberculosisoknak is majdnem minden elégséges ideig kezelt esetében elértem, az a fájdalommasság megszűnése és a sipolyokra való gyógyító hatás volt. A fungosus és periarticularis duzzanatok kisebbitésének, functionalis eredményeknek, nevezetesen a mozgékonyág helyreállításának elérésére irányult törekvésem azonban az esetek nagy részében eredménytelen maradt. És sajátságos, hogy e refractaer viselkedés nem állott mindig arányban az eset súlyosságával. Míg például egy egyoldali, rövid idő óta fennálló és destructióval nem járt bokaizületi tuberculosis több hónapi besugárzás után is teljesen befolyásolatlan maradt, addig egy régi coxitis tuberculosa az izületbe és környező csontokra vezető, összesen 9 fistulával félévi besugárzás után teljesen gyógyultnak mondható, az összes fistulák záródtak és az izület korlátoltan bár, de mozgékony, fájdalomtalan, és a teljesen legyengülve volt beteg súlyban és erőbeli állapotban is lényegesen gyarapodott. Egy évek óta fennálló jobboldali gonitis-eset, melyben a probatorius tuberculin-injectiók erős pozitív reactiót váltottak ki és a melyben a térd volt a tuberculosis egyetlen localisatiója, 22 besugárzás után teljesen meggyógyult. A vizenyő, fungosus duzzanat eltűnt, az izület mozgékonyága tökéletes lett és tavaly július óta az

is maradt. Egy másik esetben a könyökizület nagyfokú duzzanata némileg kisebbedett, a fájdalmasság megszűnt, de a mozgékonyágban kevés megszakítással héthónapos kezelés után sem állott be javulás, az izület merev maradt.

Ezzel szemben, épp úgy mint a csonttuberculosisban, aránylag gyors és teljes gyógyulást értem el régi gümőkóros tendovaginitis két fistulosus esetében, valamint végbélsipoly számos esetében.

A phthisikusokon előfordulni szokott bőrbántalmak közül főleg a pityriasis versicolor kiterjedt, más kezelésnek dacolva néhány esetében értem el gyors javulást. A specifikusan gümőkóros bőrbajok közül scrophuloderma két esetében volt alkalmam a besugárzást igénybe venni. Az egyik esetben a lábszáron volt gyermekenyérnyi egyenlőtlen felületű bőrfekély 10 heti kezelés után teljesen behegedt. A másik a könyökre van lokalizálva és még kezelés alatt áll. A besugárzásokat most már 5. hónapja végzem és bár elég erős hám- és hegcsövet borítja a könyökek majdnem egész területére kiterjedő bőrseb legnagyobb részét, egyes kerek szigetek még makacsul ellentállanak.

A bőrtuberculosis leggyakoribb alakjának, a lupusnak 4 esetében végeztem besugárzásokat azzal a végeredménnyel, hogy gyógyító hatás a mélyebben fekvőkön egyáltalán nem, a felületeseken is csak kis mértékben volt észlelhető. A helybeli besugárzásokat már 10 perczen felül is rendszerint a luposus terület nagymérvű lobosodása követte, melynek lezajlása több napot, néha hetet vett igénybe. Ezt elkerülendő, a mozgatható félgömb kerek nyílására erősített uviol-üveget, újabban pedig gelatina-szűrőt használok, mely az ultraviolett spectrumrészt külső, erősen izgató sugarait elnyeli és csak a belső sugarakat bocsátja át. Ily módon végezve a localis és felváltva teljes gömbnyílással az általános besugárzásokat, két esetben sikerült a luposus területnek — mindkét esetben a fülön és fül körül — kisebbedését elérnem.

Gümőkóros rheumatismus két esetében alkalmaztam besugárzásokat. Mindkét eset időszült polyarthrititis deformans volt, az összes, de főleg a kis ízületekre kiterjedő duzzanattal, fájdalmassággal, valamint nem nagyfokú tüdőbeli elváltozásokkal. Az eredmény itt is kielégítő volt, a fájdalmasság teljesen megszűnt, az ízületek mozgékonyága javult. Az eredmény tartósságát további észlelések lesznek hivatva kideríteni.

A többi szervnek, az urogenitalis apparatusnak, a szemnek stb. gümőkóros elváltozásaira való hatást illetőleg személyes tapasztalataim nincsenek. Az insolatio által elérhető eredményekre nézve tehát csak azon szerzőkre utalhatok, kik, mint *Rollier*, *Wagner*, *Wildbolz* és mások, e bántalmakban is jónak jelzik.

A tuberculosis különböző alakjaiban szerzett eme tapasztalataim bírtak arra, hogy az ultraviolett sugarak gyógyhatását alkalmazzam a nem gümőkóros sebek azon sajnos nagy tömegén is, a melylyel, mint a báró *Herczel* tanár vezetése alatt álló Mária Terézia-téri hadikórház osztályos orvosa, már több mint egy év óta van alkalmam foglalkozni. A sugarak az eddigiekben ismertetett hatásának megfelelőleg eleinte főleg erősen genyedő, renyhén sarjadzó és nagy bőrhányos sebeket vettem fénykezelésbe. A felváltva alkalmazott általános és localis besugárzások már rövid időn belül a sebek szárazzá válását, a sarjadzás élénkülését és a hámosodás megindulását idézték elő oly mértékben, hogy a normalis sebkezelés mellett észlelhető gyógytartamhoz viszonyítva körülbelül felannyi idő alatt volt a sebek feltisztulása és hegesezése elérhető. Lassankint a kezelés körébe vontam a többi több-kevesebb reakcióval járó sérüléseket is és csaknem kivétel nélkül konstastálhattam a gyógyfolyás jelentékeny megrövidülését a sugarak hatása alatt.

A lepedékes, nekrotizáló sebfelületek nagy mértékben tudnak sugarakat absorbeálni, miért is intenzív lobgerjesztés előidézésé céljából, *Jesione*k ajánlatára, ezeket a környezet letakarása mellett már kezdetben is hosszabb, félórás és még nagyobb időtartamig exponálok lehetőleg mindaddig,

míg tiszta, élénken sarjadzó sebfelületet kapok. Ezután a besugárzások tartamának és gyakoriságának csökkentésével a sugaraknak inkább proiferáló hatását juttatom érvényre, fokozva azt azzal, hogy felváltva ultraviolett és a *Hagemann*-korong által szolgáltatott közönséges hő- és fénysugaraknak teszem ki a sebeket. Ugyanígyen eljárást alkalmazok gyógyulási tendenciát nem mutató, makacsul genyedő csontsebeknél is, midőn a besugárzások hatása alatt nem egyszer láttam mélyen fekvő kisebb és nagyobb csontszilánkoknak a felszínre jutását és kilökődését, épp úgy, mint azt *Rollier* leírta.

Makacs és kiterjedt inhuvelylobok a szükségessé vált incisiók után visszamaradt számtalan genyedő listulával 4—6 heti besugárzás után a végtagok, ujjak, ízületek mozgékonyágának kielégítő restitúciójával gyógyultak, a nélkül, hogy a kezelés folyamán recidivák állottak volna be, a milyeneket besugárzás nélkül kezelt esetekben oly gyakran láthatunk.

A besugárzások jótékony hatását észlelhettem csonttöréseken is, és pedig azoknak úgy nyílt, mint fedett alakjain, midőn a hatás a fájdalmasság csökkenésében, gyors megszűnésében, a duzzanat lelohadásában, egyenletesebb callusképződésben, jobb és gyorsabban elért functioképességben s a mi a leglényegesebb, a gyógyulás gyorsabb és simább lefolyásában nyilvánult meg, mint ceteris paribus besugárzás nélkül kezelt esetekben. Áll ez a tüdőlövések után kifejlődött haemathoraxokra is, melyek előzetes punctio után sugaras kezelésre tökéletesen és sokkal gyorsabban szívódtak fel, mint a nélkül.

*Jesione*k 4 tetanus esetet írt le, melyben feltűnő eredménnyel alkalmazta a fénykezelést. Hasonló kísérleteket hasonló eredménnyel írt le *Jacobsthal* és *Tamm*. Ezek hatása alatt kísértem meg az általuk leírt módon hosszú expositiókkal az ultraviolett sugaras kezelést tetanus egy esetében, specifikus és magnesium-kezeléssel együtt, sajnos teljes eredménytelenséggel. Egy másik esetben az egyik alsó végtagon már előzőleg is fennállott clonusos izomgörcs a glutaecalis tájék robbanó lövése után erősen fokozódott. Ennél már néhány besugárzás a seb tisztulását és a görcsök teljes megszűnését eredményezte.

Végül kiemelni óhajtom az ultraviolett sugaraknak szintén tanulságos hatását néhány esetben, midőn belső betegség, súlyos fagyás vagy sérülés okozta reductióval és annak nyomán fellépett többé-kevésbé kiterjedt decubitusallal vettük fel a beteget. Az általános besugárzásokra itt is már rövid idő múlva szemmel látható volt a betegek összállapotának jobbfordulása, az étvágy beállta, az erőbeli állapot és vele a decubitusok gyógyulási tendenciájának javulása.

Áttekinve a mondottakat, a mesterséges insolatióval elért eredményeket a következőkben foglalhatjuk össze:

Tüdőgümőkór eseteiben a subjectív tünetek kedvező befolyásolása minden esetben, erősen progrediált folyamatokban is el volt érhető. Az objectív tünetek javulása inkább azokban az esetekben volt észlelhető, melyekben a tüdőbeli folyamat a tuberculosis valamely egyéb localisatiójával volt komplikálva.

Pleurális elváltozásokban, akár gümőkóros jellegűek voltak azok, akár nem, a vörös sugarak bizonyultak hatásosabbnak.

Egyéb gümőkóros kóralakok közül a fénytherapiára legalkalmasabbnak a peritonealis tuberculosis bizonyult, utána sorakozik eredmény tekintetében a csontok és lágyrészek tuberculosis, míg az ízületi, mirigy- és bőrtuberculosis sugaras kezelése, bár u. n. rekorderedményekben itt sem volt hiány, általában nem mutatkozott oly egyenletesnek.

A nem gümőkóros sebkezelésben a sugaras therapia a síma lefolyás, a gyógyfolyamat megrövidítése, jobb functioképesség előlése és az általános erőbeli állapot emelése által bizonyult minden esetben eredményesnek és értékesnek.

Ez eredmények értékelésekor a legtöbb esetben, minthogy Röntgen-controll csak elvétve állott rendelkezésemre, a mindenkori klinikai kép volt irányító. Hogy ezen eredmények, meglehetősen mögötte maradnak azoknak, melyeket *Rollier* főleg gümőkóros elváltozásoknál leírt, könnyen érthetővé

válk, ha figyelembe vesszük azokat az előnyöket, melyeket a természetes insulatioval együttítható klimatikus befolyásokon kívül egy mintaszerűen berendezett és felszerelt intézet a physikalisch-diaetás és sebészeti segéd eljárások tekintetében nyújt, és melyeket ambulans beteganyagon természetszerűleg teljesen vagy részben nélkülözni kellett. Meggyőződésem, hogy intézetekből, kórházakból kikerülő, a mesterséges insulatio-ra vonatkozó referátumok hasonló elváltozásokban jobb eredményekről fognak beszámolhatni.

Tüdőgümőkór egyes eseteiben, főleg azonban az extrapulmonalis tuberculosis legtöbb alakjában a sugaras kezelést tuberculin-, és pedig túlnyomóan *Rosenbach*-féle tuberculinkezeléssel kombináltam. Ez a sugarak abszolút gyógyértékének megállapítását megnehezítette ugyan, de gyakorlati szempontból fontosabb adatokat szolgáltatott arra nézve, mily helyet juttathatunk a mesterséges insulatio-nak a többi adjuvans gyógytényezők között és azokkal egyetemben. A szerzett tapasztalatok alapján az ultraviolet sugaraknak ezt a szerepét nyugodt és higgadt kritikával jelentékenynek kell mondanunk, és pedig annál jelentékenyebbnek és értékesebbnek, minél inkább van módunkban azokat már bevált és hatásosnak ismert gyógyfactorokkal együtt alkalmazni.

Irodalom. *Bardenheuer*: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 112. kötet. — *Jerusalem*: Zeitschrift für physikalisch-diätetische Therapie, 15. kötet. — *Hagemann*: Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 30. sz. — *Schrötter*: Med. Klinik, 1913, 51. szám. — *Wagner*: Allgem. med. Zeitschrift, 1915, V. 6. — *Kuttner és Laqueur*: Therapeut. Monatsschr., 261. kötet. — *Kraus és Tillmann*: Münchener med. Wochenschr., 1909, 658. oldal. — *Jesinonek*: Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 18. szám. — *Jesinonek*: Münchener med. Wochenschrift, 1915, 9. szám. — *Jakobsthal és Thamm*: Münchener med. Wochenschrift, 1914, 48. szám.

Közlemény a cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórház IV. osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos.)

Harcztéri fülsérülések.

Irta: *Pogány Ödön* dr. főorvos, osztályos orvosfőnök.

(Vége.)

Ha azon eseteket nézzük, midőn detonatio okozta hallászavarokkal állunk szemben, akkor a következő típusos észleleteket tehetjük. Két eset lehetséges: 1. teljes sükettség az egyik vagy mindkét fülön, 2. részleges functionalis zavarok. Különösen jellemző, hogy míg részleges megbetegedés esetén a betegek kintő fülzúgásról panaszkodnak, addig a hangfelfogó-készülék teljes elpusztulásakor subjectiv zörejről nem beszélnek. Jellemző a detonatio okozta hallóideg megbetegedésekre, hogy egyensúly-zavarok nincsenek, hogy csak a ramus cochlearis betegszik meg, de a ramus vestibularis ép marad. De épp itt egy nagyon fontos észleletre vagyok bátor figyelmeztetni. Míg a bántalom heveny és subacut szakában a vestibularis apparatus caloriás ingerekre túlerősen reagál (heves szédülés, nystagmus, verejtékezés, halványosság), addig az idősült, illetve a megállapodott esetekben ezen heves reakciót nem lehet; minden valószínűség szerint a ramus vestibularis és ramus cochlearis közeli viszonya és a sérülés által a ramus cochlearisban okozott anatómiai elváltozás rejti magában az okot. Hogy miért csak a ramus cochlearis sérül meg s miért marad a ramus vestibularis ép, annak magyarázata a physiologiában keresendő. A hang lévén a ramus cochlearisnak physiologiai ingere, a hang mint pathologiai tényező csak azt bántalmazhatja és a vestibularis apparatus mint a hang iránt közönyös physiologiai szerv a pathologiai hangingerek nem reagálhat.

A harcztéri sérülések folytán, midőn a detonatio okozta hallóideg megbetegedések oly gyakorivá váltak, egy oly észleletet tettem, mely normalis időben nem tehető. Ezen észleletem abban áll, hogy a heveny esetekben a betegek kiabálva beszélnek. Ez könnyen érthető; saját hangjukat nem hallják és igyekeznek azt meghallani. Lassan lefolyó hallóideg megbetegedésekben ezt nem észlelhetjük, bár tudjuk,

hogy az acusticus-megbetegedésben szenvedő, ellentétben a középfülmegbetegedésben szenvedővel, hangos beszédű.

Természetesen e téren nyílik legtöbb alkalom a simulálásra és agraválásra. Tagadhatatlan, hogy nehéz dolog az elbírálás, de ha a körülményeket pontosan megfigyeljük és a fentiekre ügyelünk, minden valószínűség szerint meg fogjuk találni az igazsághoz vezető utat. E csoportba tartoznak még a hysteriás és a traumás neurosis okozta hallóideg megbetegedések. A hysteriás siketség felismerése elég nehéz. Könnyebb akkor, ha egyéb hysteriás stigmák is vannak jelen. Ha azonban a körképet egyedül a fülmegbetegedés dominálja, akkor annak az eldöntése már sokkal nehezebb. Főleg azért, mert a simulatio-nak még tágabb tér nyílik, mint a detonatio okozta hallóideg megbetegedés. Míg ugyanis a simulálás egyik leleplezés-módja a hangvilla-vizsgálat, addig a hysteriára a hangvilla-vizsgálatok egymással ellenkező, illetve ellentmondó eredményei characteristikusak. Ily módon az ily esetek objectiv elbírálása igen sok nehézségbe ütközik. Az összbemérés és a gyakorlat az, a mi ily esetekben a helyes diagnosishoz vezet.

A traumás neurosis okozta (hallóideg) functionalis zavar elbírálása már sokkal könnyebb; mert traumás neurosis esetén a fül részéről jelentkező functionalis zavar sohasem egyedülálló, hanem a traumás neurosist jellemző kórtüneteknek csak egy részjelensége.

M. A., 28 éves szakaszvezető a 10. tábori tüzérezredben. *Ideglelet* (br. Podmaniczky): A pupillák prompte reagálnak úgy fényre, mint alkalmazkodásra. A jobb szem könnyezik. Facialis-tic, mely jobbfelé erősebb, úgy hogy a fogak vizsgálásakor baloldali facialis-paresis tüneteit mutatja. Nyelési nehézség nincs. Minden reflex fokozott. Romberg negatív. Ataxia nincs. Állítólag szeptember 9-én a harcztéren vagy egy ágyucső, vagy egy srappell-lövedék a jobb proc. mastoideusát megütötte. A jobb dobhártya hátulsó negyedében körülbelül 2 mm. hosszú heg. A bal dobhártya kissé behúzódott. Jobb fülén süttögő beszédet egyáltalán nem hall, bal fülén körülbelül $\frac{1}{2}$ méterről. A jobb fülön még a hangos kiabáló beszédet sem hallja. (*Bárány*-féle Lärm-apparat-tal vizsgálva.) Weibert baloldalra laterizálja. A jobb processus mastoideusra helyezett hangvillát 2 másodpercig a baloldalon hallja. A csontvezetés baloldalt erősen megrövidült. Rinne jobboldalt negatív, baloldalt pozitív. Jobboldalt a C₄ hangvillát egyáltalán nem hallja, baloldalt erősen megrövidülve hallja.

Hogy a betegnek van-e spontan nystagmus, nem vizsgálható, mert az ujjak fixálásakor erős szemhéjgörcs áll be. A fül fecskendezése egyáltalánban lehetetlen, mert a legkisebb behatásra rendkívül heves kényszermozgások jelentkeznek.

Ezen esetben a következő positivumok állapíthatók meg: Először a jobboldali cochlearis apparatus teljes elpusztulása és a bal cochlearis apparatus súlyos bántalma. A vestibularis apparatus állapota semmiféle ingerrel sem vizsgálható (kényszermozgások). Azonban a vestibularis apparatus funkcióképessé voltára lehet következtetni a negatív Rombergből és azon megállapításból, hogy a betegen egyensúlyzavarok nincsenek.

Az ideglelet 1. általánosan fokozott idegizgékonyosság, 2. hysteriás stigmák (hiányzó pharyngealis és garatreflex), 3. kényszermozgások, a melyek részben a jobb facialis tájékán, részben a jobb kar folytonos és fixáláskor még fokozódó mozgásában nyilvánulnak. Az utóbbiak a traumás neurosisok esetén előforduló kényszermozgások sorába iktathatók be. A facialis-tic, tekintettel a jobb mastoideus tájékot ért trauma jelenléte miatt, épp úgy lehet szervi, mint functionális eredetű.

Indirect traumák okozta labyrinthus-sükettség alatt értem azt, midőn a koponya- vagy arczsontokat ért tompa vagy sebző sérülés közvetve okoz labyrinthus-megbetegedést. Ezen eseteket a detonatio okozta labyrinthus-megbetegedéstől élesen elhatárolja azon körülmény, hogy nemcsak a ramus cochlearis, hanem a ramus vestibularis is részt vesz a bántalomban. Ezen esetekben a betegeken egyensúlyzavarok is mutatkoznak. A betegről azt halljuk, hogy a sérülés után közvetlenül eszméletét veszítette, vagy legalább is erősen szédült, járni nem tudott, forgott körülötte a világ, legtöbbje csak hosszabb idő múlva tért eszméletre; eszméletre való térés után is erősen szédültek. Az ilyen betegeket vizsgálva, az objectiv lelet attól függ, vajon a beteget a sérülés megtörténte után rövidebb vagy hosszabb idő múlva észleljük-e. Közvetlen a

sérülés után a heves tünetek dominálnak. Szédülés, hányás, nagyfokú halványosság, gyors izzadás, objective spontan nystagmus található. A nystagmus iránya természetesen attól függ, hogy csak megsérült-e a vestibularis apparatus, vagy teljesen elpusztult. Az előbbi esetben a bántalmazott oldal felé, az utóbbi esetben az egészséges oldal felé irányuló spontan nystagmust kapunk. Ezen heves tünetek lassan csillapodnak. Legelőször szűnik meg a szédülés és a hányás, legkésőbb a spontan nystagmus. Ha a beteget később, hetek múlva észleljük, a heves tünetek közül talán már egyet sem találunk. A betegen megszűntek az egyensúlyzavarok, járása már nem ingadozó, nem dől el, szóval egy oly külső jelet sem találunk, mely a süketésen kívül labyrinthus-bántalomra utalna. Egyedül a süketesség az, a mely egyáltalában nem szokott visszafejlődni. Természetesen ez a sérülés fokától függ. Valóság azonban az, hogy míg a vestibularis apparatus ért kisfokú sérülések néha tökéletesen gyógyulnak, addig a cochlearis apparatust ért ily bántalmak csak a legkritikább esetben tűnnek el maradvány nélkül. Azokban az esetekben is, midőn a vestibularis apparatus teljesen functióképtelen lesz, az előbb említett módon tűnnek el a heves tünetek. Ez esetekben későbbi vizsgálatkor a vestibularis apparatusra vonatkozó Bárány-féle reactio vizsgálata által állapíthatjuk meg a vestibularis apparatus ép vagy elpusztult állapotát. Ezen esetek elbírálása, főleg akkor, ha a vestibularis apparatus teljesen elpusztult, már objective is könnyű. Ha a vestibularis apparatus functionélküli voltát találjuk, minden további nélkül elfogadhatónak tarthatjuk a cochlearis végkészülék elpusztulását is.

Azon esetekben, midőn a sérülés az agyat éri, az esetleg létrejött fülbántalom felismerése és diagnoskálása igen könnyű. Az egyéb agytünetek nagyban elősegítik a helyes diagnosis felállítását. Az agyat ért sérülések a fülben a szerrint okoznak elváltozásokat, a mint directe, vagy indirecte érintik a hangfelfogókészülékét. A sérülés érheti a ramus cochlearist és a ramus vestibularist külön-külön s együttesen. Nagyon gyakori a nervus facialisnak a részvétele a bántalomban. Ezen agysérülések kisebb százalékában a beszélőképesség is elvesz s a valódi süketnémaság kórképét kapjuk. Fontos a gégevizsgálat, hogy a hangtalanság centralis vagy periferiás eredetű-e (recurrens-hűdés). Süketnémaság 3 esetét volt alkalmam észlelni osztályomon. Nem tartozik szorosan ide, de említésre méltónak tartom e helyen felemlíteni a következő eseteket.

A beszélőképesség elvesztése koponyasérülés folytán a következő esetben látható:

K. I., 23 éves közlegény a 60. gyalog-ezredből. Lőtt seb a bal halántékcsonton körülbelül az első halántéktékervénynek megfelelően. A beteg 1914 október 27.-én került a XVII. helyőrségi kórház sebészeti osztályára. A beteg felvételtkor egyáltalán nem tud beszélni, folytonosan „jaj-jaj”-t mond. A beteg jól hall, mindent megért, de válaszolni nem tud. A betegen Paulikovich ezredorvos műtétet végez: a sérülés bemeleti nyílásánál trepanatio, midőn is subduralis tályogot talál. Röntgen-vizsgálatkor kiderül, hogy az occipitalis tájon közvetlen a koponyacsont alatt srappell-golyó található, melyet Paulikovich ezredorvos újabb trepanatióval eltávolít. A beteg jelenleg is még kezelés alatt áll. 1915 január 12. én, midőn a seb szépen sarjadzik s a nekrosisos részek leöklődnek, egyes szavakat utána mond. Az ápolók egyes tárgyakat elébe tartottak a betegnek, a tárgy nevét kimondták és a beteg lassan utánuk mondta, úgy hogy ma már eléggé meg tudja értetni magát. És remélhető, hogy tanítással beszélőképességét teljesen vissza fogja nyerni. A betegen minden valószínűség szerint aphasiás amnesia is van jelen, mert különböző tárgyak felmutatásakor a beteg arc kifejezéseivel jelzi, hogy tudja, mi a felmutatott tárgy és hogy az milyen célra szolgál, csak a neve nem jut eszébe. A betegnek bal felkarja is teljesen hűdött volt. A hűdés visszafejlődőben van.

Az agysérülés okozta süketnémaságra jellemző:

1. A bántalom hirtelen jelentkezése.
2. Javulásra hajlam. (Gyógyulásról még nem beszélhetünk, mert rövid az észlelési idő.)
3. Bizonyos hysteriás jelleg. (Garat- és cornea-reflexek hiánya.)
4. Leginkább csak a cochlearis apparatus functiója szűnik meg teljesen, míg a vestibularis apparatus túlértékényé válik. (Rendkívül heves reactio caloriás ingerre, szédülés, halványosság, ájulás, izomremegés.)

S. J., 20. gy.-ezred, káplár. A bal temporalis tájon 15 cm. hosszú, 2 cm. széles trepanatiós heg. A középrészen az agy pu'zálása nagyon jól érezhető. Mindkét dobhártya heges, behúzódtott, egyéb objectiv elváltozás nem látható. A száj nyitáskor csak körülbelül 1 cm. rés van a fogak között, a beteg nem tudja jobban kinyitani a száját. A beteg sem suttogó, sem társalgó beszédet nem hall. Irni és olvasni tud, de sem az olvasottat, sem az írottat nem érti. Például felírjuk a betegnek: „tudja-e, hol lakik az apja?”, a beteg ezt hosszan nézi, de nem reagál, végre lassan leírja ő is: „tudja-e, hol lakik az apja?” A nevét tévesen leírjuk S. Józsefnek, erre ő helyesen leírja S. Jánosnak. Nyilvánvaló, hogy a percipiáló képessége nincs teljesen megszűnve. A kezek szorítóereje jobbo dalt megtartott, baloldalt erősen gyengült. A jobb fülét hideg vízzel kifecskendezve, élénk horizontális rotációs nystagmus balfelé. A bal fülét kifecskendezve hideg vízzel, jobbfelé irányuló renyhe horizontális rotációs nystagmus.

Időglelet (br. Podmaniczky). Szem: A pupillák jobb- és baloldalt egyformák, a bal renyhén reagál. Conjunctiva-reflex csökkent, convergálási reactio nem vizsgálható. Nyelvét nem tudja kiötenni, facialis nem normális. Patella-reflexe baloldalt élénkebb, mint jobboldalt. Az Achilles-reflex mindkétoldalt egyenlő. Patellaclonus jobboldalt és baloldalt pozitív. A lábclonus jobboldalt pozitív, baloldalt negatív. Babinski mindkétoldalt egyformán negatív. Oppenheim negatív. A cremaster-reflex jobboldalt élénkebb. Periost-reflex jobb- és baloldalt egyforma. A bal kéz nyers ereje erősen csökkent. Kifejezett atrophiaja van jelen a bal interosseusoknak, lumbricalisnek, valamint a bal hüvelyk adductorának. A garat- és inreflex hiányzik.

Érzékenység: a fájdalomérzés a bal karon és kézen látszólag csökkent, úgyisintén a jobb karon és kézfejen is.

Hőanaesthesia melege: legkevésbé kifejezett a bal karon és kézfejen, de — bár kevésbé — jelen van a jobb karon és kézfejen is. Hidegre nem vizsgálható.

E néhány eset csak kis töredéke a végtelenül sok, fontosabb és érdekesebb eseteknek. A háború sok új dolagra megtanított bennünket, a mit feljegyezni s belőlük tanulságot meríteni érdemes. A mennyiben továbbra is módomban fog állni, jövőendő tapasztalataimról is be fogok számolni.

Az anaphylaxia kérdése és a tuberculosis antitoxikus kezelése.

(Az I.-K. hatástana és alkalmazása.)

Irta: Somogyi István dr., v. közkórházi orvos.

(Vége.)

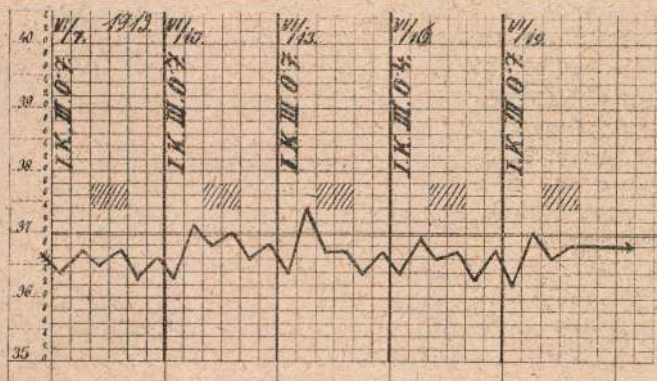
Említettük, hogy a góczreactio a chronikus lobfolyamat acut fokozódását jelenti, s ha a chronikus lobnak ez a fokozódása túllépi az illető gócz reflex-ingerlékenységének határát, akkor nemcsak góczreactiót, hanem általános reactiót is kapunk. Az általános reactiót tehát nem a góczban levő lobfolyamat, hanem annak fokozódása tartja fenn. Ha a fokozott lobfolyamat tovább már nem fokozódik, hanem akár ugyanazon fokon megmarad, az általános reactio megszűnik. Ezek alapján feltehető, hogy ha az I.-K.-val felidézett általános reactio már lezajlott, de még megmaradtak a góczreactio tünetei: akkor már aránylag kicsiny I.-K.-concentratio is elégséges ahhoz, hogy a tüneteket okozó góczban a lobfolyamat oly mértékű fokozódását idézze elő, mely általános reactióhoz vezet. Tudvalevőleg a subcutan adagolt I.-K. — mint a bőr alá fecskendezett szerek általában — fokozatosan szívódik fel, concentratiója tehát a vérben fokozatosan emelkedik, s ez a concentratio Behring adatai szerint 18 óra múlva éri el maximalis értékét (l. bővebben Behring: Die experimentelle Begründung der antitoxischen Diphtherie-Therapie. Deutsche Klinik I. B.). Ebből a tételből önként adódik az a következtetés, hogy minél kisebb I.-K.-concentratio szükséges a még mindig fennálló góczreactio oly mérvű fokozásához, hogy az végül általános reactio kifejlődéséhez vezessen: annál hamarabb fog az általános reactio bekövetkezni, vagyis gyorsított reactiót kapunk. Ezen gyorsított reactióknak tipusos példáját mutatja a 4. számú táblázat:

Igen érdekes az ezen táblázat-részletnek megfelelő kórlefelet:

Június 7. Három napja oly jól érzi magát, mint azelőtt sohasem. Étvágya jó s alvása nyugodt, de nehezen tud elaludni.

Június 10. Gyomra fáj, különben teljesen jól van... Mivel a hőmérséklet spontan is esik, tehát az autoimmunisatio

kifejezettebben indult meg, azért a dosist nem emelem. (A gyomorfájdalmakat nem vettem figyelembe, hanem ennek ellenére adtam reggel injectiót.)



4. ábra. V. J. 18 éves nő. Catarrhus apicis l. d.

Délben a gyomorpanaszok fokozódnak s kissé rosszul érzi magát. Este $1\frac{1}{2}$ -kor a gyomorpanaszok rohamszerűleg a tűrhetetlenségig fokozódnak; hányásinger és szédülés; csuklás nincs. Vizsgálatkor typusos *Head*-féle gyomor hyperaesthesiás zóna, punctum maximummal a *Boas*-féle pontnál és az epigastriumban. Nagyfokú rosszullét, melynek csillapítására kénytelen vagyok adni subcutan morphin-atropint, mire kissé megnyugszik.

Június 11. Reggel még enyhe gyomortáji fájdalmak, de nyomási érzékenység sehol sincs. Gyenge szédülés. Délben már teljesen jól érzi magát. Este kijelenti, hogy jobban van, mint bármikor.

Kérdőzködéseimre a beteg elmondja, hogy két évvel ezelőtt volt már hasonló panaszokkal járó gyomorbaja, mely miatt akkor négy hétig feküdt a klinikán.

Június 12. Reggel kissé szédül, délután teljesen jól van.

Június 13. Reggel kissé szédül, étvágya kissé gyenge. Mivel a gyomortájon megmaradt a reactio óta egy sajószerű nyomás-érzés, a reactio megismétlődésétől tartok. A beteg hozzátartozóit figyelmeztetem, hogy — úgy lehet — talán még rosszabbul is lesz, mint a mult reactio alkalmával, de ez esetben a reactio hamarabb fog megszűnni.

Délben már fáj a háta a *Boas*-féle pont táján. Este 7 órakor hirtelen nagy heveséggel tör ki az előbbihez hasonló roham. Hőmérsék délben $36^{\circ}8'$, este $37^{\circ}4'$. Pulsus 104, nagyhullámú, könnyen elnyomható, rythmusos. Morphin-atropin.

Június 14. Reggel már teljesen jól érzi magát, nem szédül, gyomra nem fáj. Kitűnő étvágya van.

Június 16. Tévedésből kisebb dosist kapott s valószínűleg ez az oka annak, hogy a reactio gyengébb lefolyású s később jelentkezik. Délben étvágytalan, este 9-kor kitör a roham, mely hajnalig tart. Pulsus 108. A sajós nyomás-érzés még most is meg volt június 13.-a óta.

Június 17. Csak mérsékelt gyomortáji fájdalmak. Délben teljesen jól volt. Pulsus reggel 84, délután 80.

Június 18. Igen jól aludt, kitűnő étvágyú. Teljesen jól érzi magát.

Június 19. Gyomrával már két nap óta teljesen rendben van s ezért a gyomor-reactio megismétlődésétől már nem tartok. Esetleg más okból várok gyenge reactiót.

Június 20. Gyomortünetek csakugyan nem voltak! Kissé szédül s a háta fáj. Éjjel jól aludt. Délután jól érzi magát. Étvágya jó.

A beteget fél év múlva viszontlátom: a kezelés óta gyomrával nem volt semmi baja sem.

Mivel a gyomorban magában székelő tuberculosis a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, valószínűnek kell tartanom, hogy a leírt tüneteket a gyomorhoz haladó idegek mentén levő gümös mirigy reactiója váltotta ki.

Ezen kórrajz-részlet adataiból igen jól kivehető, hogy a góczreactio tünetei megelőzik az általános reactio tüneteit.

Szóval, a gyakorlati tapasztalatok teljesen megegyeznek elméleti levezetéseimmel. Ezenkívül figyelembe veendő, hogy az I.-K. erre a lázmenetre is rányomta jellegzetes bélyegét. Határozottan kivehető a harmadnapos periodusok, sőt a reactiót okozó hatás itt még közvetlenebbül észlelhető, mert ebben az egy esetben próbaképpen délelőtt adtam az injectiókat s feltűnő, hogy az injectio napján délután a hőemelkedés kifejezettebb. Érdekes még a minden valószínűség szerint a dosis nagyságával összefüggő változása a reactio intenzitásának június 16.-án.

A desintoxicatio elérésével a kezelés további folyamán a vérnedvben már jóformán nincs toxin másrészt a gócz-reactiókkal fokozzuk a góczok antitest-termelő működését, mely folyamat tudvalevőleg nagy túltermeléssel jár: a góczok tehát több antitestet kezdenek termelni, mint a mennyi a góczokban lefolyó specifikus küzdelem céljára szükséges. Az antitestek feleslege a góczokból kijut a véráramba s mivel itt a desintoxicatio következtében már nincs toxin, mely ezeket az antitesteket lekösse: a vérnedvben az antitestek mennyisége mindinkább felszaporodik.

Mialatt tehát a stadium reactivumban folynak a reactiók, mindinkább kifejezettebbé válik a szervezet autoimmunisatiója, mely esetleg maga is idézhet elő muló hőingadozásokat; míg azonban a toxaemiás hőemelkedések a beteg romlásával járnak együtt, addig itt azt tapasztaljuk, hogy a beteg a lázak ellenére hízik.

Az autoimmunisatio előrehaladásával végül a nedvrendszer el van árasztva a szervezetben termelt antitestekkel. A kezelésnek ez a harmadik stadiuma a *stadium antitoxicum seu inactivum*, melynek kifejlődésével az I.-K. hatástalanná válik. Ekkor a beteg antitoxaemiás állapotban van, a melyben — legalább az I.-K.-t illetően — feladatunk be is fejeződött.

Az elmondottakat összefoglalva kitűnik, hogy az I.-K.-kezelésben három egymástól élesen elválasztandó stadiumot kell megkülönböztetni:

I. *Stadium desintoxicationis seu negativum*, mely tulajdonképpen két részre oszlik. Az első rész a szűkebb értelemben vett stadium negativum, melyre jellemzők a negativ reactiók, a másik rész az átmeneti stadium, melyre jellemzők a vegyes reactiók.

II. *Stadium reactivum seu positivum*, melyre jellemzők a positiv reactiók. A reactio-mentes időben a hőmérséklet a legtöbb esetben 36° körül mozog.

III. *Stadium antitoxicum seu inactivum*, melyre jellemző, hogy az antitoxaemia teljes kifejlődésének következtében az I.-K. hatását veszti: inactivvá lesz.

*

Az antitoxaemia teljes kifejlődésével már a szervezet összes góczai fokozatosan bevonattak az *intensiv* specifikus küzdelembe. Míg eddig a klinikai tünetekben is megnyilvánuló hatások attól függtek, hogy mikor érjük el valamely gócz reflex-ingerlékenységének határát, vagy melyik gócz kap az egyenlőtlen elosztódás stadiumában több I.-K.-t: addig most, mikor az antitestek túlsúlyba jutottak, a lytikus folyamatok az összes góczokban a maguk teljes intenzitásukban folynak le, a mi mindaddig, míg az antitoxaemia tart, a csírák fokozatos pusztulása következtében fokozatosan csökken és így *acut intensitás-változások nem jöhetnek létre*. Ennek következtében nem állhatnak be reflex-hatásra általános tünetek, vagyis a *stadium antitoxicumban a szervezet tuberculosis-ellenes küzdelme teljesen a góczokra lokalizálódik*, a mi esetleg okozhat gócztüneteket, de nem általános reactiót.

Ha a szervezet erőbeli állapotát az antitoxaemiás szakban semmi sem befolyásolja kedvezőtlen irányban, akkor ez az állapot lassanként a folyamat gyógyulásához vezethet minden további kezelés nélkül. Ekkor azt tapasztaljuk, hogy a beteg hőmérséklete állandóan 36° körül ingadozik, a mit ritkán zavar meg kisebb hőemelkedés, ez is 37° alatt marad s nőköny pl. egybeesik a menstruatio idejével. A beteg közérzete állandóan jó s ezt csak kis mértékben tudják be-

folyásolni az esetleg jelentkező góczytünetek, mint pl. tüdő-folyamatnál hátfájdalmak (cicatrissatio?)

*

Ha a stadium inactivumban tovább adagoljuk az I.-K-t, nem egy esetben azt tapasztaljuk, hogy a beteg fogyni kezd, majd intoxicatiós tünetek mutatkoznak, a hőmérséklet ismét emelkedik s az állapotnak ezt a lassu romlását az I.-K. további adagolásával nem tudjuk többé megszüntetni. Ha idejében abbahagyjuk a kezelést, a beteg panaszai spontán megszűnnek s az állapot a további javulás, illetve gyógyulás útjára tér. Ha a kezelést folytatjuk, a beteg állapotának lassan progresszív rosszabbodását idézhetjük elő.

Ezen tény magyarázatát abban találhatjuk, hogy az antitoxaemia folytán az I.-K. hatóanyagainak legnagyobb részét nem kötik le a tuberculosis specifikus antigenjei és így mint fajidegen (heteroplasiás) anyagok *antigenhatásukat érvényesítik*, vagyis önmaguk ellen ható antitest-termelődést indítanak meg. Az így keletkező *anti-I.-K.-testek* nemcsak az I.-K. hatóanyagaival szemben bírhatnak affinitással hanem a szervezet által termelt (homoplasiás) antitestekkel szemben is és így a szervezet védekező anyagainak hatástalanná tétele útján káros hatást fejthetnek ki. Ha tovább folytatjuk a kezelést, az állapot folyton rosszabbodik, míg a kezelés abbahagyásával az *anti-I.-K.-testek* képződése fokozatosan megszűnik s a beteg állapota javulásnak indulhat.

*

Végül meg kell felelnem arra a kérdésre, miért nem hat némely esetben az I.-K.? Csak egy ilyen esetet volt alkalmam észlelni, egy II. stadiumbeli beteget, kinek hőemelkedései és intoxicatiós tünetei nem voltak és sanatoriumi kezelés után keresett fel. A fenti fejtegetések alapján valószínűnek tartom, hogy a *beteg antitoxaemiás állapotban volt*.

V. Az I.-K. adagolás-módja.

Eleinte a Spengler, illetve a Hollós által nyújtott adatok alapján alkalmaztam az I.-K-t, ezek az adatok azonban meglehetősen hiányosak, annyira, hogy eleinte többször voltak kellemetlen tapasztalataim: heves és sokszor nem várt reakciókat kaptam, melyek közül az egyik szinte anaphylaxiás shockig fokozódott! Ezért rákényszerültem arra, hogy egyrészt az anaphylaxia kérdésével behatóbban foglalkozzam, másrészt az így nyert adatok felhasználásával s a reakciók lefolyásának s előzményeinek pontos megfigyelésével egy lehetőleg pontosan követhető használati utasítást dolgozzak ki magamnak.

Eleinte az volt a célom, hogy minél nagyobb dosisokat alkalmazhassak, de a mikor arra a tapasztalatra jutottam, hogy ezáltal az eleinte elért eredményeket kockáztatom, áttértem a kis dosisok elvére s ma már ott tartok, hogy a kezelést nem egyszer kb. 1000-szer kisebb dosissal hagyom abba, mint eleinte.

Nem célom most végig haladni azon számtalan megfigyelésen, melyek a jelen használati utasítást eredményezték, mert az messze túlhaladná a dolgozat kereteit. Csak röviden fogom kifejteni azon elveket, melyek alapján jelenleg az I.-K.-kezelést végzem s a mely elvek követésével a nagyobb kellemetlenségek — legalább eddig még minden esetben — elkerülhetők voltak.

A mi a tehermentesítő adagokat s az ezekkel egyértelműnek hirdetett bedörzsöléseket illeti: ezeket ma már nem alkalmazom, mert úgy tapasztaltam, hogy a reakciók lezajlásában nincsen különbség, akár adok tehermentesítő adagot, akár nem adok, s különben is a tehermentesítő adagok alkalmazása elméleti levezetéseimmel ellenkezett.

A bedörzsöléseket (1/30.000 hígításból másodnaponként 5 csepp, hetenként egy cseppel emelkedve) kis gyermekeken s ritkán egészen könnyű esetekben alkalmaztam, a mikor injectiókat a beteg külső körülményeitől függő okok miatt nem adhattam.

Leggyakrabban subcutan injectiók alakjában adagoltam az I.-K-t, legutóbb már a következő elvek figyelembe vételével (felőtteken s 10 éven felüli gyermekeken).

*

*

Minden harmadik nap injectiós napnak tekintendő, a melyen a beteg vagy *kap*, vagy *nem kap* injectiót. Vagyis ha a beteg az alább ismertetendő bármely oknál fogva injectiót nem kaphat, akkor nem másnap, hanem a *következő injectiós napon* fogjuk kezelni.

Az első dosist úgy kell megválogatni, hogy az lytikus reactiót ne okozzon. E célra a legtöbb esetben megfelelőnek bizonyult a milliószoros (VI) hígítás. Az emelkedő dosisok a következők:

VI. számú hígításból 0.5, majd 1.0 cm., ezután következik az V. számú hígítás hasonló módon, utána a IV. számú hígításból 0.4, 0.7, majd 1.0 cm. s hasonló módon utána a III., II., majd az I. (tízszeres) hígítás.

A következő injectiós napon positiv reactio után sohasem szabad a dosist emelni s csak akkor szabad újabb injectiót adni, ha a positiv reactio s az ennek megfelelő góczytünetek *teljesen* megszűntek. Általában az legyen a célunk, hogy minél kisebb dosissal érjük el a teljes des-intoxicatiót s hogy magát a kezelést is minél kisebb dosissal hagyhassuk abba.

Reactionnak tekintendő már akár 0.1—0.2^o-os hőemelkedés is, ha azt kifejezett góczy- és általános tünetek kísérik. Már az is tekintetbe veendő, ha a beteg arról panaszkodik, hogy az injectio után való éjjelen nyugtalanul aludt. Figyelembe veendő, hogy nem a reakciók elkerülése a cél, mert azokra az immunisatio szempontjából szükség van, hanem arra kell törekednünk, hogy ezek a reakciók ne okozzanak a betegnek nagyobb kellemetlenséget. A kezelés részletes szabályai a következők:

I. A dosist emeljük:

1. Ha látszólag nincs hatás (kezelés I. stadiuma).
2. Ha negativ reactio volt.

3. Ha 72 óra alatt nem volt positiv reactio (kezelés II. stadiuma).

II. A dosist nem emeljük:

1. Ha negativ reactio után a hőmérséklet nem éri el azt a magasságot, a melyen az injectio napján volt.
2. Ha positiv vagy vegyes reactio volt.
3. Ha a negativ reactio csonka, vagyis a hőcsökkenés után a II.—III. napon a hőmérséklet nem emelkedik.

III. Injectiót nem adunk:

1. Ha az általános reactio még tart.
2. Ha az általános reactio már megszűnt, de még mindig van góczytünet. Ha azonban a beteg már elég erős (csakis a kezelés II. stadiumában!), megkísérélhetjük az injectiót: *gyorsított reactiót* kapunk hevesebb, de hamarabb szűnő tünetekkel. Itt észlelhetők a legfrappánsabb eredmények. A gyorsított reactiót harmadszor is felidézni nem tanácsos, mert a beteget könnyen kimeríti.

Ezekben vázoltam röviden az I.-K.-kezelésben követett elveimet, melyekkel sikerült a nagyobb kellemetlenségeket elhárítani. Ennek ellenére még ezen alkalmazás-módot sem tartom teljesen tökéletesnek. Még tovább kell azt fejlesztenem, hogy a hyper-I.-K.-kezelést annál biztosabban elkerülhessük. Jelenleg ez irányban óhajtok tovább dolgozni.

Zárszó.

Jelen dolgozatomban az anaphylaxiáról kifejtett felfogásom lényege, hogy — ellentétben Gröbler és Galambos felfogásával — az anaphylaxiás reactio előidézésakor az anaphylatoxinok támadópontja nem a központi idegrendszer, hanem az előző infectio alkalmával keletkezett specifikus góczy s a góczyokból kiinduló specifikus reflex-ingerek váltják ki a centralis idegrendszer útján az anaphylaxiás tüneteket. Ezen felfogás alapján az allergiának igen egyszerű definitióját kaphatjuk: *Az allergia a szervezet specifikus reflexinger-*

lékenysége, melynek kórbonczatani alapja az előző infectio alkalmával keletkezett specifikus gócz. A reinjectio alkalmával a specifikus reflex-ingerlékenység következtében előálló tünetek összessége az anaphylaxiás reactio. Az anaphylaxia tehát a tünetcsoport, az allergia a diagnosis. Ezek szerint az anaphylaxiás reactio nemcsak azt jelenti, hogy az anaphylaxiás beteg átesett a kérdéses specifikus fertőzésen, hanem bizonyítja azt is, hogy a beteg szervezetében a kérdéses specifikus infectiónak megfelelő gócz van, vagyis az illető beteg nemcsak átesett a fertőzésen, hanem jelenleg is fertőzve van.

Kétségtelen, hogy egyes toxinek primaer módon is tudnak hatni az idegrendszer útján. Fel kell tehát tételezni, hogy ezek a különbségek a különböző koncentrációk alapulnak. Míg ugyanis a specifikus gócz útján a reactio kiváltásához igen kis koncentrációjú anaphylatoxin szükséges, addig bizonyos nagyobb koncentráción túl már a centralis idegrendszer útján közvetlenül is kiválthatók az általános reactio tünetei. A góczoknak ez a reflex-ingerküszöbértéket csökkentő hatása annak tulajdonítható, hogy a bennük képződött antitoxinok lekötik a toxinokat és így a góczokban könnyen jöhet létre a specifikus reflexingerek kiváltásához szükséges anaphylatoxin-concentratio. (V. ö. Wassermann kísérleteit a tuberculosus szövetek toxinkötő képességéről) A primaer módon a központi idegrendszerre ható toxinek hatása ezek alapján úgy magyarázható, hogy ezek már igen kis koncentrációban is tudnak centralis hatásokat kifejteni, viszont azonban reinjectionál, mikor már van gócz, még ennél is kisebb koncentrációban tudnak anaphylaxiás reactiót kiváltani.

Fejtegetéseim kapcsán nem érintettem az I.-K. indiciójának kérdését s nem tárgyaltam az I.-K.-val elérhető eredményeket.

Az indicatio kérdésével hamar végezhetek. A hatástanban kifejtett elvek értelmében az I.-K.-kezelés indikált minden olyan esetben, a melyben intoxicatiós tünetek és hőemelkedések, vagy csak intoxicatiós tünetek vannak. Kétes esetekben felhasználható az I.-K. mint diagnosticum is: az injectiók kedvező hatása a kérdést positiv irányban dönti el. *Szigorúan contraindikált az I.-K. minden olyan esetben, a hol intoxicatiós tünetek nincsenek.*

Csak futólag akarom érinteni az I.-K.-val elérhető eredményeket, egyrészt, mert ennek tárgyalása messze vinne jelenlegi tárgyamtól, másrészt pedig ennek kapcsán annyi kérdést kell felölelni, hogy azok csak egy külön dolgozat keretében foglalhatnak helyet.

Általában az a vélemény kristályosodott ki bennem, hogy az I.-K.-val — ellentétben Wein Manó felfogásával — immunizálni tudunk, sőt a méregtelenítésen kívül ebben rejlik tulajdonképpen az I.-K. egész hatása. Erre a végeredményre kellett jutnom a hatástanban kifejtettek alapján; másrészt az I.-K.-kezelés tüneteit egyáltalában nem tudtam volna helyesen értelmezni, míg ezen feltevessel az összes tünetek egyértelműen, egymással szerves összefüggésben magyarázhatók meg.

Az I.-K. a passiv immunizáló szerek közé tartozik és így első pillanatra paradoxonnak tűnik fel, hogy passiv immunizáló szerrel active is tudunk immunizálni. De ha közelebbről vizsgáljuk a dolgot, be fogjuk látni, hogy ez nemcsak lehetséges, de még előnyösebb is a szervezetre nézve, mint az ú. n. activ immunizálás.

Ha tuberculint injiciálunk a szervezetbe, ez a véráram útján eljut a góczokba s egyesül a góczok peripheriáján levő antitoxinokkal. A toxin-antitoxin systemából complementumkötés után szabaddá válnak az anaphylatoxinok, a melyek az összes reactiv tüneteket előidéznek a góczok és az idegrendszer közvetítésével. Ha I.-K.-t, tehát antitoxint, juttatunk a szervezetbe, ez is eljut a góczokba, de ott nem a góczok peripheriáján, hanem a góczok belsejében köti meg a toxinokat. Ekkor is létre kell jönnie a toxin-antitoxin systemának, mely tehát complementumot köt s ez anaphylatoxinok termeléséhez vezet. Absolut értelemben véve teljesen egyre megy, hogy a szervezetbe jutott toxin egyesül-e a benne levő antitoxinnal, vagy pedig a szervezetbe jutott antitoxin egyesül-e a szer-

vezetben levő toxinnal: a következmény mindkét esetben a toxin és antitoxin egyesülése és complementumkötés lesz, a mely folyamatok egyformán anaphylatoxinképződéshez vezetnek. Csak természetes, hogy az anaphylatoxinok mindkét képződési mód esetén azonos specifikus hatást fognak kifejteni, hisz a hatóanyagok, a melyekből keletkeztek, mindkét esetben ugyanazok voltak. Ha azonban absolut értelemben véve mindegy is, hogy toxint vagy antitoxint injiciálunk-e a szervezetbe, a szervezet szempontjából mégis lényeges különbség van a kétféle eljárás között. A mint azt e dolgozatban a „Toxaemia következményei” című fejezetben kifejtettem, a tuberculin-injectio circulus vitiosus idéz elő, mely az állapot rosszabbodása után vezet csak javuláshoz. Ezzel szemben az I.-K., tehát az antitoxikus úton való activ immunisatio, egyik főelőnye, hogy circulus vitiosus nem okoz. Másik nagy előnye ennek az immunizálási eljárásnak az, hogy míg a tuberculin mennyisége a circulus vitiosus folytán fokozódik és így nagyobb mennyiséggel kell számolni, mint a mennyi tuberculint a szervezetbe juttatunk, s a tuberculin mennyiségének ez a fokozódása nem mérhető meg: addig az I.-K. nem okoz circulus vitiosus és így mindig azzal a meghatározott mennyiséggel kell számolni, a melyet a szervezetbe juttatunk. Míg tehát a tuberculinnál csak azt tudjuk, hogy mennyit injiciáltunk, de hogy mennyi fejt ki a hatást, arról sejtelmünk sincs: addig az I.-K. adagolt és ható mennyisége mindig ismeretes.

Az I.-K. ezek szerint nem gyógyít, hanem először méregtelenít s azután immunizál. A tulajdonképpeni gyógyító hatást az immunisatio útján elért stadium antitoxicum fejt ki, anélkül, hogy ehhez bármiféle orvosi beavatkozásra szükség volna. Az I.-K.-val tehát, hogy Wein Manó szavaival éljek, csak kiszabadítjuk a szervezetet a kátyuból.

Az I.-K. méregtelenítő és immunizáló hatásából önként folyik, hogy az I.-K. hatása a legkifejezettebben az intoxicatiós tünetek megszüntetésében nyilvánul meg, a leggyorsabb és legszebb eredményeket tehát a gümőkóros intoxicatiókban, a larvált tuberculosishoz, általában a könnyű esetekben fogjuk elérni. Eseteim kapcsán valóban magam is azt tapasztaltam, hogy a gümőkóros eredetű rheumatismus, dysmenorrhoea, hyperchlohydria, fejfájás, szívdobogás, étvágytalanság, obstipatio, diarrhoea stb. nagyon szépen befolyásolható, s a mennyiben a beteg meg tud maradni a stadium antitoxicumban, véglegesen meggyógyítható. Immár 2—3 éves eseteim vannak s ezek legtöbbje még mindig a teljes gyógyulás képét mutatja.

Hogy alkalmas esetekben az I.-K. mily hatást tud kifejteni, annak illusztrálására felhozom egy bőrtuberculosis esetemet; a betegnek egy férfiköllyi és egy gyermekköllyi tumorja volt a bal alsó végtagján, ezenkívül számos alávájt szélű, sajtos alapú fekély s elszórtan számos apró mirigy-tapintatú csomó volt észlelhető; 6 hét alatt a beteg teljesen meggyógyult. Különösen feltűnő volt ez esetben, hogy a tuberculosus sipolyok, melyek pedig sokszor évekig is daczolnak a kezeléssel, 1—2 hét alatt teljesen bezárultak. Mirigyek gyors eltűnését már számos esetben megfigyeltem, gyakran előzetes lobos reactio után. Egyik betegem, kinek dysmenorrhoeája mellett kistokú strumája is volt, 5 hét alatt teljesen rendbe jött a dysmenorrhoeájával s a strumája is megszűnt, a minek jeléül nyakának körfogata 37 cm.-ről 35 cm.-re apadt le. Súlyosabb eseteket már nehezebb befolyásolni, sőt volt egynéhány esetem, melyet I.-K.-val meggyógyítani nem tudtam, de a méregtelenítéssel a panaszokat enyhíteni itt is módomban állott.

* * *

Végül kedves kötelességet óhajtok teljesíteni, midőn hálás köszönetem fejezem ki Nagy Kálmán dr. igazgató-főorvos úrnak, ki az ugocsavármegyei „Perényi” kórház belgyógyászati osztályán a legnagyobb jóakarattal és készséggel iparkodott engem a kezdet nehézségein átsegíteni és szinte alyai gondoskodással támogatott munkámban gazdag tapasztalataival. És hálás köszönettel tartozom Hollós József dr. főorvos úrnak, ki a legnagyobb készséggel iparkodott mindenkor a szükséges felvilágosításokat megadni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Georg Misch: Vom Geist des Krieges und des deutschen Volkes Barbarei. 24 lap 8°. Ára 40 Pfennig. — **Erich Everth: Von der Seele des Soldaten im Felde.** Bemerkungen eines Kriegsteilnehmers. 48 lap 8°. Ára 80 Pf. Tat-Flugschriften, Diederich, Jena, 1915.

A háború hatalmas átélés, vele pszichológiai szempontból már azért is foglalkozni kell. Hozzájárul ehhez még, hogy jóformán váratlanul, teljesen ellenkező gondolatirányok között csapott ránk és kényszerített, hogy rég megtanult, megállapodottnak és elintézettnak látszó dolgok fölött újból gondolkozzunk. Ez pedig sohasem könnyű és mindig fájdalmas. Egész áradata jelent meg így a háborús irodalomnak ebből a szempontból philosophusoktól és psychologusoktól.

A hogy *Wundt* a német idealismusból indult ki, úgy *Misch* is itt keresi a támaszpontot. Elemzi a hazafiság érzését, mely a legnagyobb affectusban a legszebb és leghasznosabb dolgokat alkotja, de csak hajsza választja el az ellenségeskedő suggestiótól és káros tömegszenvedélytől. Vizsgálja az európai szellemet, a demokrácia, a középkori egyházi szervezés, a renaissance, a természettudomány nemzetközi kötésű tulajdonságait. A háborúban *Misch* a nemzetek életenergiájának megnyilatkozását látja; a német győzelem szerinte a felsőbbbséggel bíró (Überlegen) győzelme és ez a háború szelleme. *Misch* e nézetére azt lehetne megjegyezni, hogy a háborúnak ez a szelleme nem különbözik a béke szellemétől, mert még a legbékésebb munkának is az a jellemző tulajdonsága, hogy az előbbre való, fegyver nélkül ugyan, de legyőzi a gyöngébb képességűt; a háború e szerint a békétől csak az eszköz különbségében nyilatkozik meg és a békében győzőnek nincs szüksége ágyúra.

Everth füzetében rámutat arra, hogy a háborúban élő katona érzése és gondolatvilága a tettekben és a közösségben fekszik. Mindig a tevékenység az, a mely a kellemetlen érzéseket elnyomja. Meglátszik ez már az induláskor. Az előkészületek, a kíváncsiság, az ének stb. úgy hatnak, hogy a búcsúztatók szomorúbbak a búcsúzóknál. Sokat beszélnek a haditudósítók a lelkesedésről, de ez a rohamoktól eltekintve, háttérben áll, a kitartás és türelem áll elől. Nem a mindenáron hősködőknek, az életüket kockára tevőknek a becsülete nagy, hanem a nyugodtan gondolkodóké. *Gerhardt Hauptmann* „Komm, wir wollen sterben gehen“ kezdetű ijesztően üres dalánál nagyobb értelmetlenséget elképzelni a szerző nem tud. Még a szenvedés is avval az egyszerű természetességgel történik, a mely mögött csökkent érzékenység áll. A nagy vezetőktől eltekintve, az egyes ember aránylag váratlanul nyugodt abban a bizó engedelmességben, a hol a személyes felelősség az eredményért csekély. Az érdekes jelenségek közül még fölemlíthető a szófukarság, továbbá az a tudat, a mi elfogja a katonát, a ki fiatal éveitől öreg koráig a háborúsdit csak játszotta, s most a valóságban átéli. A civilizáció és a pálya aggodalmai elpárolognak stb. A halál-gondolatok sokkal távolabb állanak a háborúban, semmint az ember gondolná. Itt is a technikai készülék gondja (pl. támadás előtt) és a cselekedet ereje nyomja el az aggodalmat. A vallásos és nem vallásos etikai érzések elemzése zárja be a füzetet. Látszik ezekből, hogy *Everth* füzetében minden elmondott szó megfigyelés és átélés, nem pedig fantázia dolga.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Laudanon elnevezéssel a Boehringer-czég egy új készítményt hozott forgalomba, a mely hat sósavas opium-alkaloidot tartalmaz olyan arányban, a mely főleg *Faust* vizsgálódásai szerint a legczélyszerűbb. Tabletták alakjában és

ampullákban kapható. A laudanon I. összetétele a következő: morphium 10 mgr., narcotin 6 mgr., codein 1 mgr., papaverin 2 mgr., thebain 0.5 mgr. és narcein 0.5 mgr. A laudanon II. ugyanezeket az alkotórészeket tartalmazza, a narcotinból, papaverinből és narceinből azonban sokkal kevesebb van benne. Az adag 0.02 gr., vagyis egy ampullányi, illetve két tablettá. *Oertel* kitűnő szernek találta a laudanont a szülőfájások mérséklésére; bőr alá fecskendezte 2 óránként. *Hirsch* belső bajokban használta narcoticum gyanánt. A pantoponnal szemben előnyének mondja, hogy kevésbé okoz hányásingert. Súlyos epekő-kólika eseteiben laudanon bőr alá fecskendezésével meg tudta szüntetni a rohamot. Szívbetegségek is nagyon jól tűrik az új szert. (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 53. sz.)

Új vérzéscsillapító szert ismertet *Hirschfeld* és *Klinger*. Vizsgálataik folyamán, a melyeket a zürichi egyetem közegészségtani intézetében végeztek, sikerült oly cytozymet előállítani, a melynek a mellett, hogy a cytozyme sajátosságával bír, vagyis a thrombinképződést elősegíti (s ezzel a megalvadást gyorsítja), az a jó tulajdonsága is van, hogy vízben oldható és hogy magas hőmérsékkel sterilizálható. Eredményes állatkísérletek után, a melyek a szernek ártalmatlanságát is igazolták, a zürichi egyetem bel- és sebklinikáján embereken is használták már ezt a szert s főleg gümőkóros betegek vérköpése ellen találták nagyon hatékonynak; ismételtén láttak hetek óta fennálló, súlyos haemoptoét egyetlen egy befecskendezés után rövid idő alatt megszűnni. A szer *thrombosin* néven kerül forgalomba steril oldat alakjában 5 cm³-es ampullákban. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 52. sz.)

Belorvostan.

A pertussis kezelésére új eljárást ajánl *R. Kraus*: a pertussisban szenvedő gyermekek köpetének bőr alá fecskendezését. A lehetőleg a görcsös szak kezdetén gyűjtött köpetet megmosása és gümöbacillus-mentességére megvizsgálása után aetherrel keverve rázógépen napokig rázzuk. Ezután az aethert 37°-on elpárologtatjuk és a folyadékot sterilizálására megvizsgáljuk. Ezt a folyadékot fecskendezte be a szerző 0.5—2 cm³-es mennyiségben 3—4 naponként a bőr alá. Az eddig ily módon kezelt 50 betegen szerzett tapasztalatok szerint a javulás már a második befecskendezés után az eseteknek csaknem kivétel nélkül mindegyikében mutatkozik: a rohamok enyhülnek, számuk csökken, a hányás csakhamar megszűnik, úgy hogy nagyon rövid idő múlva már csak egyszerű hurutos köhögés áll fenn. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 51. szám.)

Typhus abdominalis érdekes esetét ismerteti *Mahn*. A beteg 6 nappal a prophylaxisos typhus-oltás után fordult először orvoshoz, hogy 3 hét óta nem egészen jól érzi magát. A vizsgálat a lép megnagyobbodását mutatta, a hőgörbe, a roseolák hiánya, a negativ Widal-reactio azonban typhus ellen szólt. És mégis hetednapra bélátfuródás következett be, de az idején végzett műtét megmentette a beteget. Később ezután úgy a bélsárban, mint a vizeletben sikerült a typhusbacillust kimutatni. Az eset bizonyítja, hogy még látszólag nagyon enyhe typhus-esetekben is mily fontos a nyugalom, az étkezésben az óvatosság. De érdekes az eset azért is, mert a Widal-reactio — dacára a typhusos megbetegedésnek és a typhus-ellenes védőoltásnak — negativ volt. (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 47. szám.)

Sebészet.

Gaudafil néven hoz forgalomba a leipzig Zieger és Wiegand czég egy guttaperchához hasonló, eléggé nagy ellentállóképességű, vízben, alkoholban, aetherben, acetonban, chloroformban és glicerinen oldhatatlan, forró vízben jól sterilizálható, lítikus összetételű anyagot, mely üvegszerű átlátszóságánál fogva ama nagy előnnyel bír, hogy ha az asepsises műteti sebet vele befedjük, akkor a seb gyógyu-

lását tetszés szerint kísérhetjük figyelemmel, a nélkül, hogy a kötést el kellene távolítanunk a sebről.

E kiváló kötőszermimelő anyagnak olcsóságán kívül (kb. 70 cm. hosszú darabja 55 fillérbe kerül) még az az előnye is megvan, hogy a sebhez simaságánál fogva nem tapad s így eltávolítása teljesen fájdalommentes.

A gaudafil *Herff* a következő módon használja: A seb-
széleknek akár selyemvarrattal, akár agrafokkal való egyesí-
tése után a sebvonalat benzoltincturával kenik be, majd a
seb környékét alkohollal letisztítva, a bőrre megfelelő nagy-
ságú gaudafil- lemezt ragasztja rá mastixaceton segítségével.
Más fedőkötés szükségtelen. (Münchener med. Wochenschrift,
1915, 48. sz.)

M.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A theazylon nevű újabb diureticummal *Bergmann* na-
gyon jó eredményeket ért el még olyan esetekben is, a me-
lyekben minden más szer hatástalannak bizonyult. Napon-
ként 1—3 gramm az adagja. (Deutsche med. Wochenschrift,
1916, 1. sz.)

Etelén néven egy új tanninkészítmény (a gallus-sav
triacetylaethylestere) jött forgalomba. *Loewenthal* szerint biz-
tos adstringáló hatása van. Súlyos esetekben 6—8 gr. adandó
naponként. A szer teljesen íztelen, mérgező hatása nincs.
1/2 gr.-os tablettákban kapható. (Münchener med. Wochens-
schrift, 1915, 51. sz.)

Első- és másodfokú fagyás eseteiben *Duschkow-
Kessiakoff* jó eredménnyel használta az ichthyolvaselint: Rp.
Ammonii sulfoichthyolici 10'0, Vaselini flavi 90'0. M. D. S.
Kenőcs. Muldarabkára kenve alkalmazta a kóros helyekre
s még egy réteg steril muldt tett rájuk. A vérkeringés elő-
segítése érdekében az egész fölé Priessnitz-borogatást tett,
a melyet naponként változtatott, míg az ichthyol-vaselin váltása
csak 2—3 naponként szükséges. (Münchener mediz. Wochens-
schrift, 1915, 40. szám.)

Thyangel néven nemrégiben pastillákat hoztak forga-
lomba, a melyek 3 centigramm anaesthesint, 8 centigramm
phenacetint, továbbá kevés thymolt, mentholt és eucalyptus-
olajat tartalmaznak. *Gutstein* szerint nagyon jó szolgálatot
tesznek főleg torokbajok okozta köhögés ellen, de a tüdő és
a bronchusok megbetegedései által feltételezett köhögést is
többnyire kedvezően befolyásolják, nemkülönben gégegyűmő-
kórban a nyelés fájdalmasságát. Naponként 6—10 pastilla
fogyasztandó el. (Medizinische Klinik, 1915, 47. sz.)

Eklampsia infantum egy súlyos esetben gyors ered-
ményt látott bekövetkezni *Rascher* 1/10 mgr. atropinum sul-
furicum bőr alá fecskendezése után. Mintegy 10 évvel ez-
előtt a methylatropinum bromatumot ajánlották hasonló ese-
tekben. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 1. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 4. szám. *Feldmann Ignác*: Encephalitis
haemorrhagica salvansannak gyűjtőérbe fecskendezése után. *Faragó
Zsigmond*: A peripherikus idegcsomók sebészeti kezeléséről.

Magyar orvosi archívum, 1915, 5. füzet. *Rohonyi Hugó*: A vörös
vérszövetek electrolyt-permeabilitásáról. (Második közlemény.) *Körösy
Kornél*: A chloroform hatása a chlorophyll-assimilációra.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 4. szám. *Okolicsányi-Kuthy
Dezso*: A tüdőgyümőkór-alakok felosztásáról.

Vegyes hírek.

Kitüntetések. A király *Hajós Béla* dr. közegészségügyi főfel-
ügyelőnek a Ferencz József-rend középkeresztjét, *Békésy Géza* dr. és
Fáy Aladár dr. közegészségügyi főfelügyelőknak a III. oszt. vaskorona-
rendet, *Frank Odón* dr. közegészségügyi főfelügyelőnek a ministeri
tanácsosi címet, *Kerekes Pál* dr. közegészségügyi főfelügyelőnek a fő-
felügyelői címet és jelleget, *Dimitreanu Agoston* dr. államrendőrségi
főorvosnak a III. oszt. vaskorona-rendet, *Rózsa Imre* dr. államrendőr-
ségi kórházi vezető-orvosnak a rendőrfőorvosi címet és jelleget adó-
mányozta.

Választás. *Rózsavölgyi Jenő* dr.-t Püspökladányban községi or-
vossá választották.

Új egyetemi magántanárok. A közoktatásügyi minister *Bog-
danovics Milos* dr.-nak a nőgyógyászati műtéttanból, *Fischer Aladár*
dr.-nak a gyermeksebészetből *Polyák Lajos* dr.-nak az orr, garat, gége
és légcső betegségeinek kór- és gyógytanából, *Ádám Lajos* dr. egye-
temi tanársegédnek a zsigerek sebészetéből, *Csiki József* dr. egyetemi
tanársegédnek az idegkórtan- és gyógytanból, *Kelen Béla* dr.-nak az
aktinoterápia című tárgykörből és *Safranek János* dr. egyetemi tanár-
segédnek az orr-, garat- és gégebajok kór- és gyógytanából a buda-
pesti egyetem orvosi karán magántanárként történő képesítését megerő-
sítette.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által a háború-
val kapcsolatos betegségekről és harctéri sebesülésekről szóló elő-
adások II. sorozata némileg megváltozott. A helyes program ez:
Január hó 26.-án: Az I. számú egyetemi belklinikai tantermében (VIII.,
Üllői-út 26.) *Dalmady Zoltán* dr. egyetemi magántanár: „A központi
idegrendszer sérüléseinek és harctéri megbetegedéseinek fizikai gyó-
gyítása”. — Február hó 2.-án: Az I. számú egyetemi szemklinikai tan-
termében (VIII., Mária-utca 39.) *Mailáth József gróf* v. b. t. t. minisz-
teri biztos: „A harctéri megfigyelő állomások szerepe a közegészségügy
szempontjából a háború alatt és a háború végével”. — Február hó
9.-én: Az I. számú egyetemi belklinikai tantermében (VIII., Üllői-út 26.)
Bálint Rezső dr. egyetemi tanár: „A háborús szívbajokról”. — Február
hó 16.-án: A III. számú egyetemi belklinikai tantermében (VIII., Ludo-
viceum-utca 2.) *Korányi Sándor báró* dr. egyetemi tanár: „A tuber-
culosisnak a háborúhoz való vonatkozásairól”. — Február hó 23.-án:
Az egyetemi közegészségügyi intézet tantermében (VIII., Eszterházy-
utca 9.) *Id. Liebermann Leó* dr. egyetemi tanár: „Védőoltások és azok
tudományos alapja” (befejezés). — Az összes előadások szerdai na-
pokon délután 6 órakor tartanak.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete január 31.-én
d. u. 1/27-kor tartja évi közgyűlését a Bristol-szállóban.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről január
hó 3.-ától 9.-éig 1 cholera-betegedést és 3 cholera-halálesetet jelen-
tettek be. Az esetek a következőképpen oszlanak meg: Budapest és
Szatmár-Némethi 1—1 halálesetet, Újvidék 1 megbetegedés, Torontál
vármegye: Alsóittebe 1 haláleset, 1 halálozás szerb hadifoglyok között
történt, a többi 2 halálozás és 1 megbetegedés a polgári lakosság köré-
ben fordult elő.

Meghalt. *Balogh Pál* dr. székesfővárosi gyakorló orvos, 38 éves
korában. — *Lassányi Aladár* dr. székesfővárosi gyakorló orvos. —
Csabi Pogány Gerő dr. nyugalmazott járásorvos január 19.-én 65 éves
korában Nagymihályon. — *Spuller József* dr., Moson vármegye nyu-
galmazott főorvosa, 63 éves korában é. h. 18.-án. — *Muszka János* dr.
Kolosvárott január 23.-án. — *Weigand János* dr. 26 éves korában
Gádonon. — *P. Friedrich*, a sebészet ny. r. tanára a könnigsbergi egye-
temen, 52 éves korában.

Személyi hírek külföldről. *K. Harse*, a boroszlói egyetemen az
anatomia tanára, nyugalomba vonul. — *C. v. Noorden* és *Quincke* taná-
rokat prof. ord. honorarius-szá nevezték ki a frankfurti egyetemen.

Mai számunkhoz a „Chinoín” 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. Bayer és társa, vegyészeti gyár Buda-
pest, IX. Merlusan prospectusa van csatolva.

Budapesti
medico-
mechanikai

ZANDER

-intézet. Semmelweis-utca 2.
Kossuth Lajos-utca sarkán.
Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvételek férfi- és nőbetegek
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek
kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratórium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

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 bejárónak is. A betegek a sanatoriumban lakó Dr. Czifrusz
Dózsa, kir. tanácsos, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt állanak.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XII. rendes tudományos ülés 1915 december hó 4.-én.) 64. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 65. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XII. rendes tudományos ülés 1915 december 4.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Gránátlegnyomás okozta süketnémaság gyógyult esete.

Pogány Ödön: A beteg augusztus 4.-én Doberdónál gránátlegnyomás folytán sérült meg. Beszélő- és hallóképességét elvesztette. Több kórházban feküdt. Zágrábban, hol egy hétig feküdt, október 16.-án vette észre először, hogy hallóképessége némileg visszatér. (Mindenről pontos feljegyzéseket vezetett.) Beszélni azonban nem tudott. Zágrából a kaposvári tartalék-kórházba került, hol november 2.-án a sötétben a lépcsőn leesett. Esésekor hirtelen visszatért a hangja (felkiáltott). Ettől a perctől kezdve egy hétig csak dadogott s beszélőképessége csak lassacskán tért vissza. Beszéde most is vontatott, halk, mintha keresné a szavakat. Mindkét hallóideg bántalmazottsága még konstataható. Suttogó beszédet csak 4—4 méterről hall. Csontvezetése mindkétoldalt erősen rövidült. C₄ hangvillát erősen rövidülve hallja. Mindkét dobhártya, garat, orr és gége ép. Garat- és cornea-reflex megtartott. Pupillák egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Szemizmok szabadok. Facialis ép, különösen baloldalt. Patella-reflex, lábclonus és Babinski negatív. Cremaster- és hasreflex ép. Érzékösség megtartott. Romberg negatív. A kinyújtott ujjak kissé reszketnek. Ataxia nincs.

Mint látható, idegrendszeri elváltozás a betegen egyáltalában nem észlelhető. Sem a halló-, sem a beszélő-szerven objectiv elváltozás nincs. A bántalom tisztán csak functionális zavarnak fogható fel. E mellett bizonyít a bántalomnak megszűnési módja is. Hysteriának semmi nyomát sem találjuk a betegen, még leginkább a traumás neurosisok közé illeszthetnénk be a körképet.

Sok süketnémasági eset fordult elő a háborúban. Ez esetet azért tartja érdemesnek bemutatni, mert meggyógyult és ez azzal a reménnyel tölthet el bennünket, hogy több is meg fog gyógyulni, főleg azok, hol nincsenek anatómiai elváltozások (koponyasérülések).

Ezen a téren nehéz az orvos szerepe és sok szakismeretet igényel a szimulálás kizárása. Főleg gyakori a némaság és rekedtség szimulálása süketség nélkül. Ez a háborús idők szülötte. Kézenfekvő dolog, hogy az emberek főleg azt szimulálják, a mit könnyű szimulálni. A háborúban látták, hogy sok szerencsétlen megnémult vagy teljesen berekedt (gégésérülések). Suttogva beszélni vagy nem beszélni, úgy találták, a legkönnyebb dolog. Sokkal könnyebb, mint süketnek lenni. Nagy számmal vannak az ilyenek és leleplezésük nagyon nehéz. A gégelelet negatív. Ha találunk is elváltozást, például a hangszalagok egyformán mozognak, de nem záródnak teljesen, ez a hangtalanságot nem magyarázza. Mert ez a körkép normalis embereken, főleg énekeseken mindennapos, az úgynevezett internus-paresis. Ettől lehet még énekelni is. Különböző fogások kellene és legtöbbször sikerül is e szimulálások leleplezése.

Rejtő Sándor: Nem hagyhatja szó nélkül azon tanulságot, melyet a bemutatott esetek nyújtanak a gyökerező mütét indiciójának felállítására szempontjából. A XVII. helyőrségi kórház fülosztályának óriás operatív anyaga, melynek feldolgozásában része van, ugyanazt mutatja, a mit Jansen berlini klinikáján is megtanult, hogy t. i. nem lehetünk túl radikálisak a mütéti javallat felállításában. A részleteket mellőzve csak általános elvként hangsúlyozza, hogy kétes esetekben inkább operáljunk, mint várjunk. Meglepetést, tünet nélkül fennálló nagy roncslásokat számos esetben látott; de egyetlen esetben sem mondhatja, hogy hiába operált.

Korányi Sándor: A szimulálás megállapítása nagyon nehéz, mikor tömegszelésekről van szó, most, a mikor egyes orvosoknak száz és több betege van és a mikor az egyes megfigyeléseket, a miket a könyvek leírnak, nem lehet megejtetni. Mindenki megéssétek, hogy szimuláns megcsalja, de a szülő meggyőződött, hogy nem oly gyakori a

szimulálás, mint hisszük. A süketség szimulálásának leleplezése és a functionális zavaroknak egymástól való elkülönítése nagyon nehéz, de a hypalgesia, hypaesthesia és látótérszűküllet sokszor eligazít.

Szabad fasciaátültetéssel gyógyított ptosis.

Milkó Vilmos: Kevés újabb sebész eljárás tett szert rövid idő alatt olyan népszerűsége, mint a szabad fasciaátültetés. *Kirschner* (*Payr* greifswaldi klinikájáról) volt az első, a ki az eljárást elpusztult inak pótlására ajánlotta 1908-ban, de valószínű, hogy ekkor még ő sem ismerte fel annak nagy gyakorlati jelentőségét. Kiderült, hogy az átültetett fascia kitűnő autoplastikás anyag, melyet a legkülönbözőbb czélokra lehet felhasználni.

Ma is különös előszeretettel használják szövethiányok pótlására, tehát ott, a hol izmot, inat, bonyét, ízületi szalagot akarunk autoplastikás úton pótolni.

Használják az összes sérvműtétek alkalmával a hasfal megerősítésére, laparotomiák után a hasfal varratának biztosítására, duradefectusok pótlására stb.

Jól bevált a szabad fasciaátültetés ott is, a hol normalis helyzetükből kimozdult, dislocált szerveket iparkodunk a fascia mint függesztő szalag segítségével eredeti helyzetükben rögzíteni. Ide tartoznak a vándorvese és végbélelődesés miatt végzett fasciaátültetések.

Egy harmadik csoportjában az eseteknek bémult vagy hiányos működésű izmokat igyekeztek fasciaátültetés útján pótolni. Ide számítandók a cucullarisbénulás, arczidegbénulás, valamint ptosis eseteiben végzett fasciaátültetések.

Payr volt az első, a ki 1908-ban congenitalis ptosis miatt szabad fasciaátültetést végzett. Később *Mühsam* és *Aizner* számolt be hasonló műtétekről. Az előadót a fenti szerzők kedvező tapasztalatai bátorították fel arra, hogy egy esetben hasonló műtétet végezzen. Tekintve a jó kozmetikai eredményt s az eddig között esetek csekély számát, betegét bemutatja.

A 33 éves egyénnek világrahozott ptosisa volt. Ennek következtében bal felső szemhéját active emelni nem tudta. Vizszintes előretekintéskor a szemhéj lelóg és a pupillát egészen beborítja. Az előadó a *Payr*-féle műtétet végezte, mely, mint a régebbi *Panas*-féle eljárás, abból az elvből indul ki, hogy a homlokizom működését használja fel a felső szemhéj emelésére. Helybeli érzéstelenítésben egymás fölött három 1—1 cm. hosszú, vízszintes metszést ejtett, egyet közvetlenül a felső szemhéj széle felett a tarsusig, egy másodikat a szemöldökön, egy harmadikat pedig két harántújjnyival feljebb a homlokizomig. A két-két metszés közötti bőrhidat a metszésből kiindulva alajáról tompán leválasztotta. Most a felkaron hosszsmetszést ejtve, a fascia brachii-ből 8 cm. hosszú, 1 1/2 cm. széles fasciacsikot vágott ki s ezt a bőrhidak alá behúzza, két-két finom selyemöltéssel a tarsushoz, illetve a m. frontaliszhoz rögzítette mérsékelt feszülés alatt, úgy hogy a szemhéj emelése folytán a két szemrés körülbelül egyenlő táv lett. A sebeket bevarrva, azok elsődlegesen gyógyultak. Az eredmény nagyon kielégítő, a két szemrés között jelenleg nagyon csekély az eltérés, a felső szemhéj lógása megszűnt. A homlokizom működésével a szemhéj még feljebb húzható, a szemrés zárása szintén jó. A beültetett fascia contourjai a bőrön át jól láthatók.

A műtét 6 hét előtt történt. Az eredmény később valószínűleg még jobb lesz, mert *Aizner* tapasztalatai szerint a beültetett fasciacsik idővel zsugorodik. Éppen ezért óvakodni kell attól, hogy a fasciát a műtétkor erősen meghúzzuk s ily módon hypercorrectiót csináljunk.

A beavatkozás egyszerű, helyi érzéstelenítésben minden fájdalom nélkül végezhető, tehát a ptosis gyógyítására a többi bevált eljárás mellett nyugodtan ajánlható.

Eljárás színes mikrophotogrammok előállítására.

Soós Aladár: A fehér és fekete szín contrastjával dolgozó szintelen photographiai eljárás nem adott mikrophotogrammok készítésekor kielégítő eredményt ott, a hol épp a tárgyrészek különböző festődése a jellemző. Festett mikroskopi készítményeket eredeti színükben visszaadni akaró mikrophotographusnak a *Lumière*-féle autochrom-lemezek állának rendelkezésére, mely lemezek hátránya e cél szolgálataiban rétegük szemcsézettsége. Ugyanis e képeken apró színes pontok összefolyása ad színfoltot s nem homogén színes terület. Ezt kísérelte meg a bemutató kiküszöbölni mikrophotographiák készítésekor a már ismert színezett chromgelatin-eljárás felhasználásával. A színes objectumról két negatívot készít: egyet, melyen rajta van a tárgyról jövő összes kék sugár rajza, míg a másikon az összes vörös sugár hagy nyomot. A színek ily szétválasztását zöld, illetőleg narancs-szín szűrő közbeiktatásával éri el. Ha az így készített negatívokról felvett diapositiveket kékre, illetőleg vörösre színezi s a két részlemez egymásra helyezi: átnézetben csaknem tökéletesen reprodukálva megkapja az eredeti látótér színes képét. Ez eljárás használhatóságát a III. számú belklinikai gyűjteménye számára készített mikrophotogrammok bemutatásával demonstrálja.

Kelen Béla: A *Lumière*-féle autochrom-eljárás a mikrophotografálásban a színes szemcsékével meglehetősen zavar és a finomabb rajzrészleteket nem tudja visszaadni. A bemutató eljárása ezzel szemben könnyen átvilágítható, vetítésre és reproductióra alkalmas. A mellett a színek visszaadása is tökéletes, mert csak két szabadon álló színnek a reprodukálásáról van szó.

Inoperabilis chorionepithelioma malignum vaginae.

Kubinyi Pál: Érdemesnek tartja e ritka, de annál veszélyesebb betegség esetét ismertetni, mert csak elvétve van rá alkalom, hogy lefolyását végigkövethessük. A beteget inoperabilis állapotban egyenesen az észlelés céljára vette fel a poliklinika kórházába, hogy bonczolásra kerüljön. Ezt *Johann Béla* végezte, ő fog róla beszámolni. A betegséget, mely a pathologia legérdekesebb problémái közé tartozik, 25 év előtt *Saenger* fedezte fel s 20 év előtt *Marchand* határozta meg lényegét, mely abban áll, hogy terhesség (esetleg méhen kívüli) után vagy alatt a hatalmas proliferáló képességgel bíró chorionhám (*Langhans*-féle sejtréteg és a syncytium) betörve az anyai gyűjtőerekbe, bizonyos körülmények között úgy viselkedik, mint a rosszindulatú álképletek, metastasisokat alkot, ijesztő destrucív képességével a rosszindulatúság superlativusát képviseli s rendszerint rövidesen halálhoz vezet. Az eseteknek átlag 50%-ában molaterhesség után keletkezik. Előszórással a méhben a lepény helyén és a paravaginalis tág venákban fejlődik, a hol a placéntára vagy placentalis polypusra emlékeztető álképletet alkot. A hüvely a deportált boholyhám kedvencz megtelepedési helye, a méhben esetleg semmi sincs. Ez az úgynevezett *ektópás chorionepithelioma malignum*. Ilyen a jelen eset is. Az egészet a szeszélyességig menő változatosság jellemzi. A vérbe jutott sejtelemekek bizonyos ideig küzdenek létükért, talán a vérsavó sejtoldó, cytolyticus hatásával, míg uralomra jutnak. Az abortus vagy szülés után néhány hét, több hó, 3—4 év telhetik el, sőt 9 év is le van írva (*Mc Cann*). A jelen esetben több mint 3 év telt el. Vérések, metastasisok, eves szétesés okozta cachexia néha rohamosan megöli a beteget, a baj minden therapiával dacol, viszont spontán is gyógyulhat, máskor a primaer gócz kiirtása után eltűnnek a metastasisok. Látott esetet, a hol ily módon gyógyult a tüdőmetastasis, a nagyfokú haemoptoë megszűnt, a beteg életben maradt. A vérvesztés olyan mérvet ölthet, hogy a haemoglobinszázalék 20 alá süllyed. Sajátságos, hogy a jelen esetben ez a vérzékenység nem volt meg. De uralkodott a kórképen a rohamos eves szétesés s a sok metastasis. A vérzésre hajlamosságot talán az is okozza, hogy vérér-arrosio alkalmával hiányzik a véralvadás, nem úgy, mint rák esetén. A kórképet azonfelül a multiplicitas jellemzi. A klinikai kórképen uralkodó a nagy anaemia, cachexia, a vérések, gyors szétesés, metastasisok, a mit albuminuria s igen gyors erőhanyatlás ki-

sér; gyakori a haemoptoë. A therapia a primaer gócz lehető korai kiirtásában áll.

Az eset története: 45 éves özvegy. Felvétetett 1915 szept. 22.-én. Háromszor szült, egyszer abortált. Három évre visszamenőleg még coitust is tagad. Férjének volt luese. 3 hét óta beteg. Panasztát a mindinkább fokozódó bő bűzös folyás teszi. Cachexiás külső. A hüvely bal falán a vulvától a boltozatig terjedő szétesett, puha, sötét színű daganat, a méh nem mutat eltérést. A paravaginalis szövet per rectum tapintva a medenczefalig beszűrődött. A daganat szomszédságában a hüvelyfalán s a húgycső falán kékes-fekete foltok, vérömlenyek a hám alatt. A mellkas- és has-szervek physikalisch eltérést nem mutatnak. *Chorionepithelioma*-ra gondolnak, de minthogy coitust évekre visszamenőleg tagad, *melanosarcoma*-t vesznek fel. Próba-excisio. A mikroskop (kórboncolástani intézet) tipusos chorionepithelioma-t derít ki.

Rendkívül gyors lefolyás. A daganat s az üszkös szétesés szemlátomást terjed, vérések nem mutatkoznak, de a lesóványodás és erőhanyatlás rapid. 35 nap múlva exitus. A therapia röntgenezésből (eredmény nélkül), tisztántartásból, hydrogensuperoxyd-mosásokból, jodoform és szénpor keverékével behintésből, roborálásból állott.

Johan Béla: Elsősorban röviden a bonczoláskor találtakról referál. Az előben látható vaginalis tumornak megfelelően a hüvelyben, ennek bal, felső és némileg jobb falára kiterjedően kb. féltenyérnyi fekélyt talált, mely leterjedt a bal kis ajakra is. A fekély szélei egyenetlenek, felhánytak, élénkvrösek; a fekély maga szennyes szürkés-zöld, mállékony, kissé bűzös szövetből áll, mely a paracolpiummal erősen össze volt kapaszkodva. A fekély szélein lévő daganatszövet melyen betերjedt a hüvely elsimult nyálkahártyája alá, miközben a szomszédságban elérve ismét a fedőhámot, ezt áttörve, a felszínen élénkvrös csomócskák alakjában vált láthatóvá. A hüvely falán több ilyen kis daganatcsomó volt.

A méhen semmi eltérést a normálistól nem kapott, nyálkahártyája is vékony s mint a szövettani vizsgálatkor kiderült, sejtei nem mutatnak deciduaszerű átalakulást. A jobb oldali petefészek kb. ökölnyi tömlővé alakult át, melynek falán számos vérzéses daganatcsomó ült.

Daganatszövet-áttételeket a legkülönbözőbb szervekben kapott, legnagyobb tömegben a tüdőben, melynek borsómogyorónyi daganatcsomói feltűnően lágy, szinte szivacszerű, vérzésekkel bőven tarkázott szövetből állottak.

Ezután az esetre vonatkozó szövettani metszetek autochrom képeit demonstrálja. A legtipusosabb szerkezetet a tüdőmetastasis adja: a fészkek közepén polygonalis, hólyagos magvú *Langhans*-féle sejtekkel s a fészkek szélén keskeny, hosszú, szalagszerű syncytiummal. E két sejtféleség ily egymásmellettségben a chorionbolyhokon található, a honnan az újabb vizsgálatok szerint a chorionepithelioma is kiindul. Sokkal kevésbé tipusos a vesemetastasis képe, a melyben a daganatot főképen *Langhans*-typusú sejtek alkotják. Ugyanezt látjuk a májmetastasisok bemutatott képein is, de talán legjobban a vaginalis tumorban, hol viszont főleg óriássejtekből áll a daganat.

A daganatmetastasisok ily különböző képeit talán a különböző szervek szövetének a daganat növekedésével szemben támasztott különböző ellentállásából, vagy a különböző daganatrészletek különböző idősségéből magyarázhatjuk.

Végre a daganat létrejöttére vonatkozólag a bemutató szerint arra kell gondolnunk, hogy a daganat egy deportált, tönkre nem ment s később valamilyen okból fejlődésnek indult boholyhamból képződött.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Diabetes insipidus 3 esetét mutatta be *Falta* a „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien“ november 18.-án tartott ülésén. Az esetek közül kettő idiopathiás volt, ezekben nagyon jól hatott a pituitrin (1 cm³ a bőr alá), míg a symptomás, dystrophia adiposo-genitalis-szal

társult esetben a vizelet mennyisége kevesbedett ugyan, de 38°-os hőemelkedések jelentkeztek, az étvágy rosszabbodott és egyébként sem mutatkozott javulás; egy másik észlelt hasonló esetében szintén hatástalan volt a pituitrin. — A bemutatáshoz fűződött eszmecserében Schiff felemlítette, hogy ő is jó eredménnyel használta a pituitrint a szóban levő betegségben, de különbséget az eredményesség tekintetében az idiopathiás és symptomás esetek között nem látott.

PÁLYÁZATOK.

12.193/1915.

Hajdunánás rendezett tanácsú városban elhalálozás folytán megüresedett ügyvezető orvosi állásra és ezen állás betöltésével megüresedhet városi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazása az ügyvezető orvosnak a IX. fizetési osztály 3-ik fokozatában megállapított 2600 korona kezdő törzsfizetés és Hajdunánás városra megállapított lakbér; a városi orvos javadalmazása a X. fizetési osztály 3-ik fokozatában megállapított 2000 korona kezdő törzsfizetés és Hajdunánás városra megállapított lakbér; mindkét állás betöltése életfogytig tartó.

Mindkét orvos magánygyakorlatot is folytathat.

A tisztújítás határpárnapján 1916. évi február hó 4-ik napjának délelőtti 10 óráját tűztem ki.

Felhívom pályázni kívánókat, hogy képesítésüket és eddigi szolgálati viszonyukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényeiket 1916. évi február hó 2-ik napjának délelőtti 12 órájáig Hajdunánás város polgármesterénél adják be, a később érkező, távirati vagy távbeszélő útján bejelentett pályázati kéréseket figyelembe nem veszek.

Debreczen, 1916 január hó 17.

Az alispán.

A Balatonalmádi-i Zsófia Gyermekszanatóriumban pályázat útján kerül betöltésre egy alorvosi állás, a mely havi 200 korona fizetéssel, természetbeni lakással és teljes ellátással van díjazva. Az intézet üzeme májustól októberig tart, tehát 5 hónapra szól a megbízatás. Gyermekgyógyászati gyakorlattal bírók előnyben részesülnek. A folyamodást márczius 31.-éig kell a Zsófia Országos Gyermekszanatórium-Egyesület központi igazgatóságához Stáhl-utca 15 benyújtani. Budapest, 1916 január hó 7.-én.

Gróf Zichy János, kormányzó elnök.

285/1916.

Zemplén vármegye sztropkói járásához tartozó sztropkói kör-orvosi állás megüresedett, annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye: Sztropkó.

Ehhez tartozó községek: Alsóolsva, Boksa, Borosnya, Dér, Érfalu, Felsőolsva, Hocska, Jakabvölgye, Kisberezsnye, Kisbukóc, Kisvölgy, Köves, Minyevágása, Nagybukóc, Nagyberesznye, Pusztaháza, Sandal, Szálnok, Sztropkó, Velkő és Vojtvágása.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám 1916. évi február hó 15.-ig nyújtsák be.

Az állás javadalmazása: 1600 korona évi kezdő fizetés, 200 korona ötödéves korpótlék, 600 korona lakpénz, 800 korona fuvarátalány és a vármegyei szabályrendeletekben megállapított mellékjárandóságok.

A választás megtartásának idejéről a t. pályázókat külön írásban értesíteni fogom.

Sztropkó, 1916 január 10.

Szent-Györgyi Zoltán dr., h. főszolgabíró.

11/1916. szám.

A békéscsabai közkórházban 1916 február hó 1.-én megüresedik a bentlakó segédorvosi állás. Javadalmazása: 1200 korona fizetés, lakás, ételmezés, fűtés, világítás.

A közkórházban az egy évi gyakorlati év is eltölthető s ha orvosi oklevél hiányzik, szigorló orvosok is betölthetik az állást.

Pályázatok I. kor. bélyeggel felszerelve a vármegyei alispán úrhoz Gyulára címzendők s ide küldendők.

Békéscsabán, 1916 január 13-án.

Az igazgatóság.

199/1916. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye I. Ferencz József közkórházában két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az egyik állás akár azonnal elfoglalható, ideiglenes, a katonai szolgálatban levő orvos helyett.

A másik állás rendes, f. é. márczius 1-jére ürtül meg, a kinevezés két évre szól.

Javadalma mindegyiknek: havi 133 korona díj és teljes ellátás.

Munkakör: a kórház szabályzataiban körülírt segédorvosi munkakör.

Pályázhat okleveles orvos, szigorló, sőt felsőbb éves egyetemi hallgató is. Kötelező kórházi gyakorlat itt tölthető.

Kérvényt február 15.-ig, de lehetőleg még előbb hozzám kell intézni; az első állás esetleg még előbb betölthetik.

Szolnok, 1916 január 18. Papp Gábor, igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

50 mgr. Radiumbromid

jutányosan eladó. Czim a „Petőfi” irod. vállalatnál meg tudható.

Jó karban lévő

modern (Garai-féle) orvosi műszerek és orvosi könyvek azonnal eladók.

Esztergom, Ferencz József-út 61.

Dr. SCHREIBER VIKTORNÉ.



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

**Dr Thilo-féle
Chloroethyl**

készítményemet.

Az önműködő üvegek újra hűlhetnek meg.

Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH

em. Apotheke, 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.

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész

kórházberendezési vállalata

BUDAPEST, IV., PAPNÖVELDE-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.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

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