

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markosovszky 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.

Detre László: Közlemény a trencsényi cs. és kir. tartalékkórház laboratóriumából. (Laboratórium-vezető: Detre László dr.) A tusmódszer alkalmazása a vizelet üledékének mikroskopiájában. 537. lap.

Koós Aurél: Közlemény az egyetemi gyermek-klinikával kapcsolatos „Stefánia”-gyermek-kórházról. (Igazgató: Bókay János dr., egy. ny. r. tanár.) Casuistikus közlés a „Stefánia”-gyermek-kórházról. a) Echinococcus-peritonitis. b) Nagyfokú hasfal-sérv vékonybél-előeséssel. 538. lap.

Bogdán Ernő: Közlemény az egyetemi gyermek-klinikával kapcsolatos „Stefánia”-gyermek-kórházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.) Baloldali coecalis sérvek gyermekeken. 541. lap.

Horváth Ferencz: Közlemény a Zita-kórház fülészeti osztályáról. Nagyfokú sziklacsont-roncsoláshoz társult extraduralis tályog gránátszilánk okozta sérülés következtében. 543. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Unfallkunde für Aerzte, sowie für Juristen und Versicherungsbeamte. — *Lapszemle.* Belorvosok. Schröder: A dysenteria következményes állapotai. — *O. Loewi:* A digitalis- és calcium-hatás közti összefüggés. — *Börkörtan.* P. Wichmann: A börtuberculosis chemotherapiájának mai állása. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* Glaesner: Heveny glomerulonephritis. — *Köhler:* Heveny bélhurut. — *van Velzen:* Lábszárfekély. — *Haedicke:* Tüdővérzés. — *Kudrnac:* Meningitis cerebros spinalis gyógyítása. — *Hoffmann:* Az eucupinum basicum 1—3%-os olajos oldata. — *Best:* A saccharin hatása a gyomormérszítésre. 544—545. lap.

Magyar orvosi irodalom. 545. lap.

Vegyes hírek. 545. lap.

Tudományos Társulatok. 546—547. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a trencsényi cs. és kir. tartalékkórház laboratóriumából. (Laboratórium-vezető: Detre László dr.)

A tusmódszer alkalmazása a vizelet üledékének mikroskopiájában.*

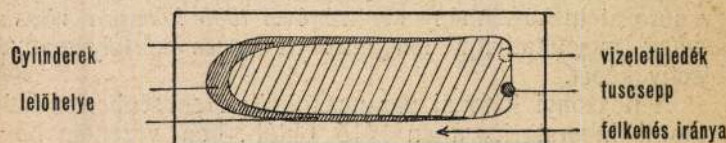
Írta: **Detre László dr.**, egyetemi magántanár, törzsorvos, a pozsonyi katonai parancsnokság hygienikusa.

A budapesti kir. orvosegyesületben 1913-ban alkalmam volt egy egyszerű vizsgáló-módszer bemutatására, a melynek segítségével igen csekély számú cylindert is nagy gyorsasággal sikerül a vizelet üledékében kimutatni, olyan állandó jellegű készítményeken, a melyek segítségével az üledéknek esetleges változásai egyazon esetre vonatkozólag bármikor tanulmányozhatók. Az említett bemutatással azonban nem sikerült — a demonstrált vetített képek daczára — módszeremet annyira ismertté tennem, a mennyire azt kívántam volna, a minthogy azt mai nap is csakis kisszámú, hozzám közel álló laboratóriumban gyakorolják; ennél fogva a jelen kis közleményben egyrészt újra reá kívánok utalni a módszerrel elérhető előnyökre, másrészt pedig photogrammok közlésével igyekszem a módszert általánosítani. A photogrammokat különben 1916 július havában a bécsi „Gesellschaft der Aerzte” ülésén demonstráltam. E helyen fejezem ki köszönetemet **Sós Aladár dr.-nak**, a **Korányi-klinika** orvosának a felvételek és a diapositívek szíves elkészítéseért.

A módszer a **Burri-féle** eljárás alapján. A *neutralizált* vizeletet centrifugáljuk; az üledék egy kis (kb. kölesnyi) cseppjét nagyobb platinka cscsal vagy hajszálpipettával átvisszújuk a tárgylemezre, egyik széléhez közel; a csepp mellé elhelyezzük másik hajszálpipetta segítségével a folyékony tusnak egy kb. épp akkora cseppjét, a kettőt a platinkacsál összekeverjük, a keveréket valamivel keskenyebb tárgylemez keskeny szélével elhúzzuk, és épp úgy terítjük ki az első tárgylemezen, mint a hogy a vércseppet szoktuk. Ha a cseppek nagyságát jól választottuk meg, a készítmény *nem* fedi el az egész tárgylemezt, hanem a túlsó szél előtt valamivel véget ér. A jól sikerült készítmény sötétbarna színű és beszáradása után, azaz 1—2 percz múlva fedőlemez nélkül vizsgálható; fedőlemezrel csakis abban az esetben látjuk el, a készítményt, ha valamelyes okból megismételt későbbi átvizsgálás céljából el akarjuk tenni.

* A bécsi „Gesellsch. d. Aerzte” ülésén 1916 július havában tartott bemutatás nyomán.

Legczélyszerűbb először kis nagyítással végigvizsgálni a készítményt; közepes nagyításra csakis akkor van szükségünk, ha az egyes kóros alakelemeknek pontosabb szerkezetét akarjuk felismerni. Már kis nagyítással is feltűnnek a sötétbarna alapon a vizeletnek összes mikroskopi alapelemei; mint pl. a hámok, fehér és vörös vérsejtek, ondószálak, kristályok, élesztő-sejtek és egyéb csírák, és közöttük élénk-fehéren villognak elő az esetleges hengerek, a melyeket a teljesen gyakorlatlan mikroszkopozó is, ha csak egyszer látta volt előzőleg képüket, még olyankor is azonnal fel fog ismerni, ha az egész készítményben csak 1—2 cylinder foglal helyet. Ugyanis a hengerek javarésze a tusbevonatnak két szélén van felhalmozva, továbbá — legnagyobb számmal — a készítménynek végső zónájában, úgy hogy csak ezeket a helyeket kell végigkeresni, hogy a hengerek jelenlétét vagy hiányát biztosan megállapíthassuk. (L. a mellékelt sémát.)



A járatos mikroszkopozó már kis nagyítással (IV. ocul., 3. obj.) is felismeri az egyes hengerfajtákat; a kezdő helyesen teszi, ha a talált hengereknek legjellemzőbb egyedeit 7. sz. tárgylencsével ellenőrzi. Megjegyzendő, hogy a hyalin-hengereken is sokszor látni igen finom szemcsézettséget vagy rovátkoltságot, továbbá rájuk tapadt egy-egy fekete tusszemcsét, de e szemcséket nem lehet összetéveszteni a „szemcsés” hengereknek kissé zöldes vagy viaszos fénytörést mutató valódi granulumaitól. Ugyancsak kifogástalanul ismerhetők fel a fehér vérsejtekkel, háموkkal vagy vörös vérsejtekkel megrakott hengerek is.

A leírt módszer előnyei a következők:

1. Megengedi, hogy nagyszámú üledék-készítményt *egészen rövid idő alatt* (készítményenkint 1 percz!) megvizsgáljunk hengerek tekintetében. A ki valaha is fárasztotta szemét egyes hyalin-hengereknek megkeresésével, főleg olyan vizelet-próbákban, a melyekben azok csak elvétve fordultak elő, örömmel fogja tapasztalni, hogy a tuskészítményekben, *szemét kímélve*, megtalálja 1 perczen belül a hengereket, még hengerben szegény üledékekben is.

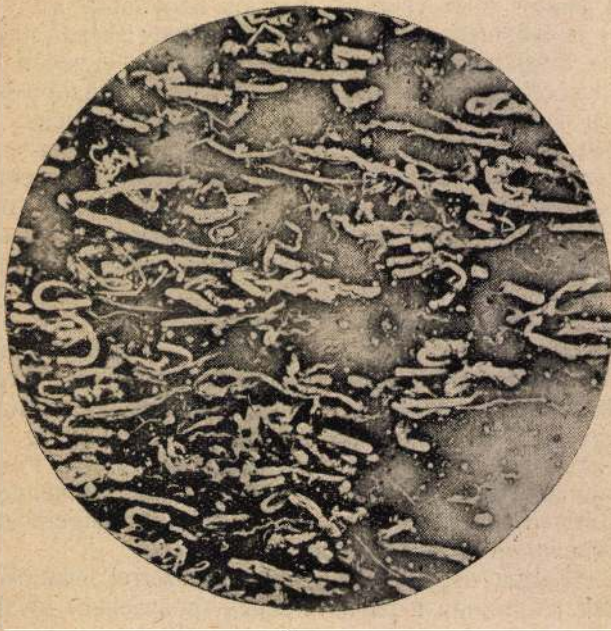
2. *Genyes* vizeletekben is könnyű szerrel lelhetők fel a hengerek. Minthogy a fehér vérsejtek (genysejtek) jóval erősebb fénytörésűek a hyalin-hengereknél, a rendes, natív

készítményekben rendkívüli nehézséggel lehetett eddigé a geny közepette a hyalin-hengereket megtalálni, a mely körülmény például pyelonephritis eseteiben határozottan bizonytalanná tette az idevágó kérdés megválaszolását. Miként vetített képeim tanúsítják, az elszórt hengerek a tuskészítményben még a tömeges genysejtek között is igen élesen tűnnek ki. A Liget-Sanatoriumnak vezetésem alatt álló laboratóriumában számos olyan készítményt őriztem meg, a melynek ellenőrző nativ próbáiban egyáltalán nem tudtunk hengereket kimutatni, míg a tuskészítmények ilyeneket fölös számmal tartalmaznak. Hasonlóképp előnnyel jár a tuseljárás *alkálisan erjedt* vizeletek vizsgálatakor, a melyekben a hengerek különben tudvalevőleg gyakran igen nehezen mutathatók ki.

3. A tusmódszerrel olyan *részleteket* ismerhetünk fel, a melyek egyéb vizsgáló-eljárásokkal nem érzékelhetők. Kiderült például, hogy az ú. n. *nyálka*, a melyet a nativ készítményen igen halovány, szalagszerű árnyékok alakjában ismerünk, a tuskészítményeken *bokorszerű, gazdagon elágazódó, szövényes* képet mutat, a mely vastagabb és vékonyabb szálakból tevődik össze. Ugyancsak kiderült az is, hogy a legtöbb szakember által vallott az a felfogás, a mely szerint a hengerek az ú. n. cylindroidoktól egészen különálló képletek, nem állhat fenn: minthogy hengerekben dús vizeletekben számos tömör hengert lehet felismerni, a melyek az egyik végük felé mindinkább keskenyülnek és szabálytalan határu tipusos cylindroidban folytatódhatnak. Más szóval: *kimutatható a cylindereknek cylindroidszerű képletekké való átmenetele*. Végezetül utalunk arra, hogy a *hyalin-hengerek* igen gyakran *spírális szerkezetűek*, a mi talán a hengereknek eddig még nem egészen ismert alakulási mechanizmusára vet valamelyes világot.

4. A tuskészítményeket azonnal fedőlemezzel való lefedésük után úgyszólván *bizonyító documentumoknak* lehet felhasználni. Éppen a *katonai kórházak*, a melyek a bemutató és ellenőrző szemlék alkalmával számos vizelet-vizsgálatot kell, hogy végezzenek, hasznát fogják venni a tuseljárásnak, a melynek segítségével nemcsak hogy rövid idő alatt biztos leletet tudnak felvenni, de *a leletet bármely ellenőrző fórum előtt bármikor igazolni is tudják*. A *szakértő* is, a kinek véleményét kell adnia a felülvizsgálatok alkalmával a sajnos, olyannyira gyakori vesegyuladással esetekben, biztosabban fogja az illetőt megítélni, ha nemcsak a felülvizsgálat időpontjában kimutatható sedimentumot veszi tekintetbe, hanem egy sorozat tuskészítmény segítségével *több hónapra visszamenőleg* megalkothatja magának az egész kórfolyamatnak objectív képét.

A pozsonyi katonai parancsnokság Trencsénben székelő központi laboratóriumában 1915 októberben vezetem be a



3. sz.

tuseljárást a mondott célból, és azt azóta ott állandóan gyakoroltuk.

Bécsi bemutatásom alkalmával a következő photogram-mokat vetítettem, közülük a 3. és 6. számú képet közöljük e helyen.

1. Normalis vizelet üledékének tusképe; laphámok, nyálkafonalak, szemcsék.

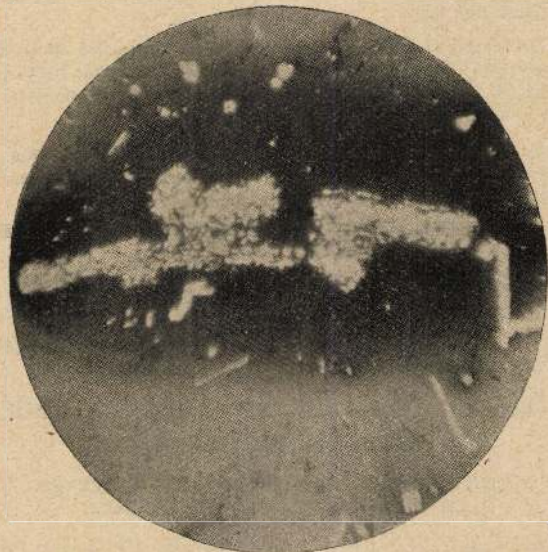
2. Heveny veselő; a látótér telve van rövid hengerekkel, közöttük egy nagy henger.

3. Subacut veselő; rengeteg számú hosszabb-rövidebb henger.

4. Pyelonephritis; genysejtek között néhány henger.

5. Heveny és parenchymás veselő; fehér és vörös genysejtek, hengerek.

6. Hengerek mozaikszerű hámbevenattal (*Berger Iván dr. készítménye; erősebb nagyítás.*)



6. sz.

7. Hengereknek cylindroidokba való átmenetele.

8. Nyálkafonalak szövődéke mellett néhány henger.

9. Csavaros cylinder.

Közlemény a budapesti egyetemi gyermek-klinikával kapcsolatos „Stefánia”-gyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Casuistikai közlések.*

a) *Echinococcus-peritonitis*. b) *Nagyfokú hasfal-sérv vékonybél-előeséssel.*

Közli: *Koós Aurél dr.*, kórházi műtő-főorvos.

A szervezet hatalmas újjáalkotó és szervpótló képességének számos jellegző példáját ismerjük különösen gyermekeken, kiken a fejlődő szervezet regeneratív képessége a szervezet egyes részeinek legsúlyosabb elváltozásait sokszor csodálatos módon tökéletesen helyreállítja. A fejlődő gyermeki szervezet óriási regeneratív képességének két szép példáját mutatom be a következőkben. Mindkét esetben súlyos betegség okozta elváltozások után „restitutio ad integrum” állott be aránylag rövid idő alatt.

Az első eset vázlatos kórrajza röviden a következő:

Egy hat éves kis leányt peritonitis tbc. diagnosissal vetünk fel a „Stefánia”-gyermekkorházba. Az erősen tágult hasfalak, a bő folyadékmennyiség a hasban s a pozitív *Pirquet-reactio* a fenti diagnosit megerősítette, de az erősen elődomborodó bal lumbális táj, mely fölött dobos volt a kopogtatási hang, kissé szokatlaná tette a kórképet, bár a belek ilyen elhelyeződése összenövésekkel és eltokolódásokkal nem ritka a gümős hashártyagyuladásoknál. Serosus peritonitis tbc.-t fel-

* Minden jog fenttartva.

tételezve, műtéli beavatkozás mellett döntünk. Hasmetszés a középvonalban; az össze-visszanőtt belek közé nagy nehézséggel behatolva, a hasürben három csaknem gyermekfejnnyi echinococcus-hólyagot találunk, melyek közül az első a máj alatt a jobb vese mellett, a második a gyomor és lép közt a bal vese fölött foglalt helyet, míg a harmadik hólyag a colon descendens és a hasfal közé volt rögzítve. A csepleszt óvatosan fölfejtve a vékonybelek adhaesiói közül, alatta igen sok megalvadott rostonyát találunk, mely vaskos rétegben vonja be a serosus felszíneket, e vaskos rostonyatömeget a lehetőség szerint eltávolítjuk a három előbb említett nagy tömlővel együtt s kissé szűkítve a hassebet, a hasüreget három irányban tamponáljuk.

A tamponált helyekről bő genyedés indult meg, de öt hónapig tartó fárasztó ápolással sikerült életben tartani a kis beteget. A műtét után 8 hónappal ismét jelentkezik a beteg, lényegesen megerősödve s betegségéből látszólag teljesen gyógyulva. A műtét heg helyén azonban egy gyermekfejnnyi hasfal-sérv domborodik elő, melynek műtéttel való elzárását határozzuk el. A második műtét elé, a sikerben kételkedve s a súlyos összenövésektől tartva, aggódva néztünk s legnagyobb csodálatunkra a szervezet óriási regeneráló képességének segítségével ez a hasüreg, melybe az első műtét alkalmából alig lehetett behatolni, melynek beleiről tömegesen szedtük le a szervülő fibrint, s a mely hasüreg öt hónapon át nyitva volt, mialatt három sipolynyláson át ürült belőle a geny, e második műtétnél teljesen és tökéletesen szabad volt, a máj és lép síma, végigvizsgálható, a gyomor és belek serosája síma, vékony és áttűnő, a hashártya felszínén sehol egy vékony kötegecske sem utalt a kiállott, lefolyt küzdelemre. Egyedüli elváltozás a cseplesz jobb sarkában egy betokolt obsolet cysta, melyet néhány széles, eres köteg a hasseb jobb oldalához tapaszt. A hasfal-sérv tartalmát jórészt a medencéből kiemelt húgyhólyag alkotta, a melynek különben semmi működés-zavara sem volt. A hólyagcsapolás után kitűnt, hogy a kismedence ürege egy, a Douglasba szorult férfiköli nagyságú echinococcus-hólyag tölti ki, mely a méhet a perineum felé nyomva, a húgyhólyagot kiemelte a kismedencéből. Az echinococcus-hólyag kifejtése után, mely csak a bal ureternél volt nehezebben kivihető, a hasfalakat három rétegben zárjuk a musc. rectusokat összehúzával; a seb per primam gyógyult.

A két műtét leletét összevetve kétségtelen, hogy a solitaer cseplesz-echinococcus volt a betegség kezdete (az a kis hólyag, melyet a második műtétnél találtunk meg) s ez megpukkadva peritonitis echinococcicát okozott 4 nagyobb izoláltan továbbnövő hólyaggal. Ezek közül hármat az első műtétnél találtunk meg, míg a negyedik, mely első ízben egyáltalán nem volt hozzáférhető, bennmaradt a kis medencében és továbbnövekedésével, illetve a húgyhólyag feltolásával keltette fel a figyelmet.

Az erre vonatkozó irodalmat végignézve, az elsődleges cseplesz-echinococcus-esetek számát igen gyérnek találjuk, a sebészi kézikönyvekben is csak futó megemlítés alakjában. Frey egy összeállítása szerint az echinococcus-esetek 45%-ában a betegség a májban lokalizált, 12%-a a tüdőre és a vesére, 9%-a a koponyaüregre, a kismedence, lép és csontok 4-5%-kal szerepelnek, a női nemi szervek 3-5%, az emlő és szem 2%, a gerinczagy 1-5%, a férfi nemi szervek pedig az esetek 1%-ában alkotják a baj góczpontját. A csepleszről ezen összeállításban nincs szó. Madelung összeállítása szerint 196 echinococcus-eset közül a cseplesz 3 ízben, a peritoneum 1 ízben volt a baj kiindulási pontja. Matlakowsky e kérdéssel foglalkozó munkájában egy saját észlelete kapcsán 10 kétségtelen solitaer cseplesz-echinococcus-esetet ismertet az irodalomból, míg 19 eset nem primaer cseplesz-echinococcusnak bizonyult. A hasüri sebészet hatalmas térnyerése alatt az elsődleges cseplesz-echinococcus-esetek száma is folyton szaporodik s így ez utóbbi összeállítás óta (1891) az ismertetett esetek száma több mint kétszerannyi. Itt említem meg Lawson Tail egy összeállítását, mely szerint 2000 laparotomizált közül 4-nek volt cseplesz-echinococcus. A cseplesz-echinococcus-esetek

nagyobb része multiplex echinococcus alakjában jelentkezik, a mikor nemcsak a csepleszben, de egyéb hasüri szervekben is találhatók echinococcus-hólyagok. Itt e betegségnek azon fájával kívánunk foglalkozni, melyben az echinococcus kizárólag és elsődlegesen a csepleszben van.

A solitaer cseplesz-echinococcus-tömlő tumor alakjában jelentkezik a hasüregben, leggyakrabban a köldök alatti részben a jobb vagy bal hypochondriumban és sokszor oly felületes fekvésű, hogy hasfal-tumornak imponál. A tömlő növekedő súlya miatt a medence felé süllyed s néha a húgyhólyag mögött helyezkedik el. Igen gyakran feltűnő mozgékonyaságuk a cysták, minden nehézség nélkül a hasüreg egyik oldaláról a másikra tolhatók át és csak ritkán rögzítettek összenövésekkel a szomszédsághoz, a májhoz vagy hasfalakhoz. Fájdalmat főképp ily esetben okoznak az erősebb vongálás miatt, különben csaknem mindig teljesen fájdalomlanok és csak növekedésük folyamán vétetnek figyelembe feltűnőbb nagyságuk miatt. A tömlő fala igen változó, néha igen vékony, míg máskor csaknem porc keménységű és több mm. vastagságú. Tartalmát illetően a tömlő leggyakrabban viztisza folyadékkal telt, máskor nagymennyiségű közepnagyságú echinococcus-hólyagot zár magába. A tömlő alakja legtöbbször szabálytalan gömb, de találtak vese-, félgömb- és tojásalakot is; sokszor kocsányon függ, valószínűleg az elhelyeződés következtében. A cseplesz-echinococcus zavaró tünetet nem okozva fejlődik nagygyá, mikor is nagysága miatt válik alkalmatlanná. Legtöbb esetben a has-szervek funkcióját egyáltalán nem zavarja, így Viti egy esetében egy 942 gramm tömlő 45 évig állott fenn minden zavar nélkül a Douglasban. A baj lefolyása azonban nem mindig ily ártatlan, másodlagos folyamatok a tömlő felrepedéséhez s peritonitis kitéréséhez vezethetnek. Időnkint igen heves görcsös kólikaszerű hastáji fájdalmakat okozhatnak a tömlők (Witzel, Matlakowsky esetei), a mely fájdalmak adtak éppen okot a beteg pontosabb megvizsgálására s így a has-tumor diagnosisának felállítására. Ezen fájdalmak majdnem mindig a tömlő és a hasfalak, illetve belek közti összenövések következményei. A cysta kocsányának torsiója hirtelen igen erős fájdalmak megjelenésére adhat okot.

A diagnosis a laparotomia előtt echinococcus-tömlőre vonatkozólag mindig kétséges és csak mint has-daganat állhat fönn. Az echinococcus-tömlő diagnosisát csak azon ritka esetekben sikerült a laparotomia előtt felállítani, melyekben a látszólag a hasfalban vagy ahhoz igen közel fekvő, fluctuatiót mutató tumort pungálták s a nyert folyadékban az echinococcus-horgokat megtalálták. Az echinococcus-tömlő ilyen pungálása azonban a legkevésbé sem ajánlható az igen könnyen létrejövő echinococcus-peritonitis miatt. A műtét indikációra rendesen nem is a helyes diagnosis adta meg az okot; leggyakrabban ovarium-cysta, uterus-myoma, vándorvese a téves diagnosis, a mi a műtét beavatkozást javalja s ezzel a helyes diagnosis megállapítására ad alkalmat.

* * *

Második esetünk szokatlan alakú és jellegű hasfal-sérvre vonatkozik, mely hasfal-heg következtében jött létre. Egy négy éves kis leánykát másfél év előtt peritonitis tbc. serosa miatt a szokásos módon megoperáltunk. (Laparotomia, a serosus folyadék kibocsátása, a peritoneum száraz kitörése, hasfal-varrat három rétegben). Műtétkor bő sárgás, savós folyadék (4-5 liter) ürül ki s úgy a visceralis, mint a parietalis hashártyát gombostűfej-kölesnyi gümövel igen sűrűn telehintettnek találjuk. A cseplesz kissé megvastagodott és szintén igen bőven behintett gümövel, a vékonybelek közt gyér összenövések voltak. A serosus folyadék kiürítése s a hasüreg száraz kitörése után (a belső nemi szervek épnek látszanak) réteges hasfal-varrat. A hasfal sebe per primam intentionem gyógyult s a gyermeket 16 nap múlva hazabocsátjuk. Másfél év múlva, 6 éves korában, a kis beteg ismét jelentkezik a következő állapottal (1. ábra): A korához képest jól fejlett, jól táplált, kissé halvány leánybeteg hasán a köldök és symphysis közt csaknem gyermekfej nagyságú,

erősen kiemelkedő térfogatnagyságú látható, mely nagyrészt ép bőrrel, a középvonalnak megfelelően ujjnyi széles, heges, fénylő bőrrel fedett (a 2 év előtti műtét hege). A térfogatnagyságú legkiemelkedőbb részén, a középvonalban, kis alma nagyságú és alakú, élénk piros színű, nedvező, vérzékeny, részben kissé lepedékes kiemelkedés ül, mely puha tapintatú és savós hártáival borítottnak látszik. A nagy térfogatnagyságú alapján 12—15 cm. átmérőjű heges gyűrű tapintható, melyen át enyhe nyomással a daganat puha és rugalmas tartalma jórészt visszahelyezhető a hasüregbe. A leírtak szerint nagy hasfal-sérvvel állunk szemben, melynek egy erősen elvékonyodott s szétvált heges részletén át bélkacs esett elő. E bélkacs részlet laza szalagos összenövésével a hasfalhoz rögzített s ez gátolja meg több bélrészlet

és a caseosus (ulcerosus) alakot. Az elsőben sok a serosus exsudatum, kevés az összetapadás, a másodikban kevés exsudatum mellett sok összenövés, zsugorodás (cseplez) van, míg a harmadik alakban az összetapadásokhoz még genyes tályogok és perforációk társulnak. Nagyon szigorú határvonal nem húzható ugyan mindig az egyes alakok közt, de fontos ezek ismerete a kezelés szempontjából, mert míg a seroso-exsudatív alakban laparotomia után az esetek túlnyomó többségében kétségtelen a javulás, addig az adhaesiv és ulcerosus alakokban nem hogy javulást, de sokszor káros hatást látunk laparotomia után fistulák, bélsársipolyok stb. következményes képződése folytán. *Wunderlich* egy összeállítása szerint a három alak percentualis viszonya a következő: serosus 68·8, adhaesiv 27·2, ulcerosus 4·0.



1. ábra.



2. ábra.

előesését. Az előesett bélrészlet resectiója s a hasfal-sérv elzárása teszi mielőbbi feladatunkat. Műtét chloroform-narcosisban: A petyhüdt, nagyrészt kiüríthető herniaszák bőrét hosszoválisan körülmetsszük s a felpraeparált bőrzsákot a kilógó bélkacs fölött pontosan egyesítjük, úgy hogy a lepedékes bélkacs teljesen elzárt s csak ezután nyitjuk meg a peritoneumot. Nehány laza adhaesio feloldása után, melyek a vékonybeleket rögzítik a hasfalhoz, sikerül a prolábált vékonybelet elkülöníteni. A peritoneum teljesen ép, gümőknek sehol nyoma sincs s az előbb említett adhaesiókon kívül semminemű elváltozást sem találunk, mely a két éve jelen volt peritonitis tbc.-ra utalna. A kilógó bélkacsot szabályszerűen reszekálva, a csonkokat dohányszacszerűen elvarrjuk és oldalsó antiperistaltikás anastomosist létesítünk. Réteges hasfalvarrat. A seb p. p. egyesült s a gyermeket rövid idő alatt gyógyultán bocsátjuk haza (2. ábra).

Az esetnek érdekességet két körülmény ad: az egyik a nagy hasfal-sérv, melynek egy elvékonyodott és szétvált heges részletén át egy vékonybélkacs esett elő, a másik a másfél év előtti gümőkkel sűrűn telehintett hashártya tökéletes gyógyulása a laparotomia után.

A gümőkóros hashártyagyulladásnak három alakját különböztetjük meg, a serosus (exsudatív), a fibrinosus (adhaesiv)

A laparotomia ellenzői (*Borchgrevink, Krönig*) főképp annak esetleges következményeivel indokolják meg álláspontjukat: 1. a műtéttel kapcsolatban más szervben lokalizált gümős megbetegedés rosszabbodik, 2. gyakoriak a sebgyógyulás zavarai, az elgyenyedések, a seb vagy heg gümős szétesése, fistulák, hasi szervek előesése, 3. előfordulhat a belek megsértése, bélsipoly vagy perforatio létrejötte. Ez ellenvételekkel szemben felemlítendő azon gyakori észlelet, mely szerint a lázas, peritonitis tbc.-s beteg a műtét után láztalan lesz (*Tilman* és mások); az első pontban említett káros befolyását a műtétnek nem észleltük, a 2. és 3. pontban leírt sebgyógyulási zavarok, belek megsértése után létrejövő perforációk és bélsársipolyok pedig elkerülhetők, ha szigorúan tartjuk magunkat azon szabályhoz, hogy csak az exsudatív alakban alkalmazzuk a laparotomiát. A Stefánia-gyermekekórház idevonatkozó statisztikai adatai szerint az utolsó 14 év alatt (1903—1916) 240 esetben végeztünk laparotomiát (303 perit. tbc. közül) e szabályt tartva szem előtt és a laparotomia káros

utókövetkezményeit mi sem czáfolja meg jobban annak ellenzői előtt, mint az utókövetkezmények aránylag ritka előfordulása anyagunkban: hasfal-sérvt 14 esetben láttunk, bélelőesést csak ez egy alkalommal a 14 év alatt operált 240 eset közül.

A gümőkóros hashártyagyulladás teljes gyógyulására vonatkozó statisztikai adatok meglehetősen megbízhatatlanok, mivel a primaer peritonitis tbc. aránylag ritka s a beteg gyakran egy másik szerv tbc.-s betegségének esik áldozatul. Borschke összeállítására szerint primaer az esetek 0-90/0-a, míg Schlimpert 108 eset közt egyet sem talált, melyben más szerv tbc.-s megbetegedése ne lett volna jelen. Faludi a Stefánia-gyermekek kórház 6 évi (1897—1902) statisztikai adatainak gondos feldolgozásában a serosus esetek 55-60/0-ában, a fibroadhaesiv esetek 38-4 s az ulcero-caseosus esetek 16/0-ában talált gyógyulást 3—7 évi észlelés után, s a laparotomia kellemetlen utókövetkezményeit csaknem kizárólag e két utóbbi alakban látta.

A laparotomia gyógyító hatásának előidéző okai a különböző szerzők teoriája szerint a következők: 1. A peritoneum felszabadítása az exsudatum nyomása alól (Linder, Körte, Freund, Hertzler), 2. a szervezet megszabadítása az exsudatum toxinjaitól (Köppen, Bumm, Freund, White), 3. a műtét által előidézett mechanikai hatás a peritoneumra (Warnecke, Küttner), 4. a levegő hatása (Nolen, Hildebrandt, Schultze), 5. a világosság hatása (Lauenstein, Porter), 6. ezen behatások fokozása mesterséges ingerek által (jodoform-be-dörzsölés, a peritoneum száraz kitörése, Ingiam, Höhne, Pacinotti). E behatások közvetlen következményei (a gyógyító hatás lényege) a következő pontokba foglalhatók: 1. új, bacteriumölő serum képződése, 2. hyperaemia (a peritoneum bővebben kap védőanyagot), 3. a tuberculumok regressiv elváltozása, 5. a vérkeringés fokozódása, 6. a peritoneum felszívóképességének nagyobbodása.

Csaknem egyhangú a vélemény ezek szerint, hogy a laparotomia izgalmi állapotot idéz elő a peritoneumon, mely a vérbőséget és lobosodást fokozza s felszívódást hozva létre, progressiv vagy regressiv elváltozásokkal gyógyulásra vezet.

* * *

Mindkét esetben az első műtét alkalmával a megbetegedés súlyos fokáról kétségtelen meggyőződést szereztünk s a körülmények következtében szükségessé vált második műtét alkalmával a megbetegedett és súlyos elváltozásokkal bíró szervek (peritoneum, cseplesz) teljes és tökéletes gyógyulásáról határozott biztonsággal győződhettünk meg. Eseteink érdekességét még növeli azon körülmény, hogy a hashártyának nagy kiterjedésű és mélyreható betegségének aránylag igen rövid idő alatt történt tökéletes gyógyulását ad oculos demonstrálva észlelhettük.

Irodalom. Bouilly: Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1887. — Capette: Bull. de la Soc. Anatom. Paris, 1902. — Cowpland: The Lancet, 1895. — Dohrn: Zentr. für Gynaekologie, 1886. — Gaugele: Münchener med. Wochenschrift, 1904. — Lihotzky: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1885. — Matlakowski: Archiv für klin. Chirurgie, 1891. — Prochovnik: Münchener med. Wochenschrift, 1897. — Scheerenberg: Virchows Arch. XLVI. — Siller: Zentr. für Gynaekologie, 1901. — Terrier: Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, 1890. — Thomann: Allg. Wien. Ztg., 1891. — Wossidlo: Deutsche med. Ztg., 1886. — Bandelier: Beitr. z. Klin. d. Tub., 1904. — Borchgrevink: Mitt. a. d. Grenz. d. Chir. u. Med., 1900. — Borschke: Virchows Arch., 1892. — Bumm: Zentr. für Chirurgie, 1892. Ref. — Freund: Beitr. z. Geb. u. Gyn., 1903. — Friedlaender: Langenbecks Arch., 1903. — Faludi: Magyar Orv. Arch., 1904. — Gelpke: Deutsche Z. für Chirurgie, 1906. — Haertel: Erg. d. Chirurgie u. Orth., 1913. — Hildebrandt: Münchener med. Wochenschrift, 1898. — Köppen: Langenbecks Arch., 1903. — Lauenstein: Zentr. für Chirurgie, 1890. — Lindner: Deutsche Z. für Chirurgie, 1892. — Mosetig-Moorhof: Wien. med. Presse, 1893. — Nolen: Berliner klin. Wochenschrift, 1893. — Schlimpert: Arch. für Gynaekologie, 1911. — Tilman: Deutsche med. Wochenschrift, 1899. — Ungar: Münchener med. Wochenschrift, 1909. — Warnecke: Zentr. für Gynaekologie, 1898. — Wunderlich: Archiv für Gynaekologie 1899.

Közlemény a budapesti egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos „Stefánia“-gyermekkorházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.)

Baloldali coecalis sérvek gyermekeken.*

Közli: Bogdán Ernő dr., gyermekklinikai segédorvos.

A sérvműtétek a sebészeti osztállyal bíró gyermekkorházak műtéteinek jelentős hányadát alkotják. Az egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos „Stefánia“-gyermekkorház két utolsó (1915/1916.) évében 1228 operatio közül 438 volt sérv-műtét. Kórházunk régebbi sérvanyagára támaszkodva, Vas J. dr. a „Budapesti Orvosi Ujság“ 1912. évi 24. számában közölte „Belső nemiszervek leánygyermekek lágyéksérvtömlőjében“ című cikkét, mely adalék a sérvek egy érdekes csoportját világítja meg. Jelenleg az utolsó két esztendő műtétei közül ötöt akarunk külön venni, mert ritkaságuknál fogva szintén érdemesek a felemlítésre.

Öt ízben találtuk ugyanis a coecumot az appendix-szel együtt a baloldali lágyéksérvtömlőben.

Az irodalomban idevonatkozólag csak egy-egy elszórt esetet találunk felemlítve.

Hildebrand¹ 14 ily esetet gyűjtött össze; mások esetei² közül néhány már a felnőtt korból való, néhány esetben a coecum czomb-sérvben találtatott.

A mi öt esetünk 2—4 éves korú fiúgyermekekre vonatkozik, mindannyiuk lágyéksérvben szenvedett. A könnyebb áttekinthetőség szempontjából röviden, sémásan vázoljuk a kórtörténeteket, előfordulásuk sorrendjében.

A vázolt öt eset közül csak egy nem volt teljesen reponálható, a többi négy igen. Ez a 3. számú egy incarcérált Littré-féle sérv volt, melynél a coecum fala a canalis inguinalis külső gyűrűjének megfelelő helyhez körkörösén odanőtt; az appendix itt régi szálalagokkal volt a sérvtömlőhöz rögzítve. Még a 2. számú esetben találtuk az appendixet néhány álszállaggal rögzítettnek, a többi háromban szabadon mozgott.

Mind az 5 esetben az appendix eltávolítottatott és a gyógyulás, a Littré-féle sérvt kivéve, zavartalan volt. Ezen utóbbinál t. i. az odanőtt coecum-részlet óvatos felszabadításakor kitűnt, hogy a vakbél ezen helyén körülbelül koronagyságú defectus volt, a melyből tökmaghéjak állottak ki, melyek a sérvtömlő alsó részét teljesen kitöltötték; a coecum nyílását harántul egyesítve, a sérvtömlőt reszekálva, az egész sebet nyitva kellett kezelni; 1/2 év múlva végeztetett a hasfal restructioja.

Egyetlen egy esetben sem találtuk az appendixet egyedül a sérvtömlőben, hanem mindig a coecummal, az ileum alsó részletének kisebb darabjával és a vastagbél felhágó ágával együtt.

Az appendix a sérvtömlőben műtét előtt egy esetben sem volt tisztán kitapintható.

Ha azt nézzük, hogy az appendix a baloldali sérvtömlőbe hogyan kerülhet, különböző nézeteket kell egymással szembeállítanunk.

Hildebrand szerint³ t. i. gyermekekben a colon szabad része és a coecum sokkal nagyobb a medence méreteihez viszonyítva, mint felnőttekben. Éppen ezért könnyen húzható, különösebb meghosszabbodása nélkül, a vakbél a jobb oldali lágyéksatornába, olykor azonban a baloldaliba is, míg felnőtteken ez nem lehetséges.

Felnőtt korban általában a rendestől való eltérés kell ahhoz, hogy a vakbél a baloldali sérvtömlőbe beléphessen.

Ezek lehetnek:

1. a vakbél, veleszületett anomáliája folytán, rendellenesen mozgékony és szabadon van, hosszú mesocoecumja folytán és hosszúak lévén a mesocolon és a szálalagok is;

2. a vakbél egy mozgékony bélrészlet, vagy a cseplesz által vongálva, helyét változtatja és szintén mozgékonyra lesz és követi azt a baloldali sérvtömlőbe;

* Minden jog fenntartva.

	Név, kor, felvétel napja	Általános erőbeli állapot	Mióta veszik észre a sérvet?	Sérv nagysága	Reponálhatósága	Műtét	Sérvtartalom	Jegyzet
1	B. Sándor 2 éves 1915 június 29.	elég jól fejlett	3 hónapos kora óta	gyermek- ökölnyi	teljesen reponálható	Op. sec. Bassini c. appendectomia	igen mozgékony coecum és appendix.	per primam gyógyult.
2	K. Károly 4 éves 1915 július 27.	közepesen fejlett, rachitis nyomai	2½ éves kora óta	férfiökölnyi	teljesen reponálható	Op. sec. Bassini c. appendectomia	coecum és appendix, colon ascendens egy része és az ileum legalsó csásból 4 cm. hosszú darab	az eltávolított appendix körülbelül kisujjnyi, néhány álszalaggal a sérvtömlőhöz odanőtt. P. pr. gyógyult.
3	T. Mihály 2½ éves 1915 október 29.	elég jól fejlett; elődomborodó has	születése óta; egy hete erősen duzzadt, piros bőrrel fedett, oedemás	férfiökölnyi	sohasem volt teljesen reponálható	Laparotomia, appendectomia, suturae intestini. ½ év után restructio parietis abdominis	a coecum, az ileum beszájadásával, a kettő között régi álhártya által fixált, de jelenleg nem lobos appendix. A coecum lateralis fala körkörösén odanőtt a sérvtömlőnek kb. a canalis inguinalis külső gyűrűjének megfelelő helyéhez. Ezen a helyen a coecumon koronányi defecatus, melyen tökmag-héjak állanak ki és ezek töltik ki a sérvtömlő egész distalis végét	bélvarrat, repositio, a sérvtömlő resectiója, az egész seb nyitva kezelik, míg beszajadzik.
4	Sz. István 2¾ éves 1916 szeptember 15.	rachitises alkat	születése óta	férfiökölnyi	nehezen reponálható	Op. sec. Bassini c. appendectomia	vastagbél felhágó ága, a vakbél, az appendix és az ileum alsó részletéből körülbelül 8 cm.-nyi darab	az eltávolított appendix körülbelül 12 cm. hosszú, szabadon mozog. P. pr. gyógyult.
5	R. Vendel 2 éves 1916 október 14.	gyengén fejlett, rachitises alkat, elődomborodó has	3 hetes kora óta	férfiökölnyi	teljesen reponálható	Op. sec. Bassini c. appendectomia	coecum, appendix és colon ascendens alsó részlete	az eltávolított appendix körülbelül 10 cm. hosszú, szabadon mozgó. P. pr. gyógyult.

3. lehetséges, hogy situs transversus viscerum esete forog fenn.

Ez az utóbbi eset a legkritább. Egyik esetünkben (2. sz.), a hol sikerült árnyékot adó beöntés után a vastagbél lefutását Röntgen-lemezen rögzíteni, szintén rendes topographiás viszonyokat találtunk, csak a colon ascendens látszott kissé mobilisabbnak, mert a középvonal felé hajlott.

A többi esetünkben sem talált semmi situs visc. transversus totalis vagy partialisra.

Quervain⁴ ez utóbbiaknak létrejöttét részletesen tárgyalja fejlődéstani alapon. Az ébrényi köldökhurok tökéletlen fordulása, vagy az óramutató irányával megegyező fordulása által jöhet létre a vastagbél baloldalon való elhelyeződése, ill. situs inversus partialis vagy totalis.

A baloldali coecalis sérvék létrejöttének magyarázatát adja (eltekintve a ritka situs inversustól) az igen mozgékony coecum és a hosszú, megnyult mesocoecum, ill. mesocolon.

A szokatlanul mozgékony coecum egyébként nem pathologiás.⁵

Létrejöhet azáltal, hogy a coecum felfüggesztése a hátulsó hasfalra nem történik meg, úgy, hogy szabad mesenteriuma van.⁶ Spitz⁷ is azt vallja, hogy, ha a coecumnak és a vastagbélnek szabad mesenteriuma van, bejuthat a vékonybélkacsokkal együtt a baloldali sérvbe; ezek könnyen reponálhatók, ellenében a jobboldaliakkal, melyek nem teljes reponálhatóságukra gondolni kell coecumra vagy appendixre mint sérvtartalomra.

Albert szerint⁸ csak nagy baloldali sérvekben található a vakbél együtt az alsó ileumkacsokkal, ezek által vongáltatván s ezek húzása folytán mesocoecumja fokozatosan meghosszabbodván.

Az itt említett okokat nagyjából elfogadhatjuk a baloldali coecalis sérvék létrejöttének magyarázatára.

De ha újból nézzük 5 esetünk kórtörténetét, nem kerülheti el figyelmünket sem betegeink kora, t. i., hogy 2—4 éves gyermekekről van szó, sem azok erőbeli, illetőleg alkati állapota. A 3., 4., 5. számú esetben ki van emelve a rachitises alkat, az elődomborodó has, az úgynevezett pókhas. Ezen gyermekek izomzata tudvalevőleg gyengébb és csökkent a tonusa.

Előbortosuló hasfalizmaik nem is tarthatják vissza a mögöttük lévő, felfúvódott, meteorismusos beleket rendes helyzetükben és azok, mint eseteinkben, hosszú mesocoecumjuknál és mesocolonjuknál fogva könnyen belejuthatnak a baloldali nyitott sérvkapuba. A hol a sérv már a születés óta megvolt, ott is a gyengébben fejlett újszülöttek gyengébb hasfalai járulhattak hozzá ehhez.

Kérdés, hogy feszes, normalis tonusú hasfalak mellett is ily könnyen létrejöhetne-e ez a szokatlan helyzetváltozás.

Az irodalomban talált, gyermekekre vonatkozó esetek kora, mint Wikerhauser (3 éves),⁹ Snoy (5 hetes),¹⁰ Monti (9 hónapos),¹¹ Becher (2 hónapos)¹² esete, csak megerősíteni látszik azon feltevésünket, hogy a hasfalak gyengébb volta hozzájárulhat, mint elősegítő momentum, a coecumnak és appendixnek baloldali sérvben való megjelenéséhez.

Irodalom. ¹ Hildebrand: Die Lageverhältnisse des Coecums und ihre Beziehungen zur Entstehung von äusseren Coecalbrüchen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1892, 33. sz. — ² Geissler: Linksseitiger Leistenbruch mit dem Wurmfortsatz. Zeitschrift für Chirurgie, Medizin und Geburtshilfe, 1867. — Warring: Left femoral hernia; contents of the sac being the coecum and the appendix. St. Barth. Hosp. Rep., 1891. — Kanewskaya: Ein Fall von linksseitigem

Leistenbruch mit Blinddarm als Inhalt. Zentralblatt für Chirurgie, 1914. — ³ Cit. Hildebrand: Lageverhältnisse etc. — ⁴ Quervain: Ueber Rechtslagerung des ganzen Blinddarmes und partiellen Situs inversus. Archiv für klin. Chirurgie, 1902, LXV. kötet. — ⁵ Snoy: Appendectomie durch die linke Leistenbruchpforte bei normalem Allgemeinsitus. Zentralblatt für Chirurgie, 1916. 37. sz. — ⁶ Sternberg, Brünnig-Schwalbe: Pathologie des Kindesalters. II. kötet, 1. — ⁷ Spitz, Pfandler-Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde. V. kötet. — ⁸ Albert: Chirurgie. III. kötet. — ⁹ Wikerhauser: Coecum und Appendix verm. in einer linksseitigen Hernie. Liecnicki viestnik, 1902. — ¹⁰ Snoy: l. c. — ¹¹ Monti: Münchener med. Wochenschrift, 1912, 26. sz. — ¹² J. Becher: Archiv für Kinderheilkunde, 59. kötet.

Közlemény a Zita-kórház fülészeti osztályáról.

Nagyfokú sziklacsont-roncsoláshoz társult extraduralis tályog gránátszilánk okozta sérülés következtében.

Közli: Horváth Ferencz dr., osztályvezető rendelőorvos.

V. J., 41 éves, 3. honvéddalagezredbeli népfelkelő, földműves, 1915 október 28.-án délután az olasz harctéren gránátexplosio alkalmával a fején és könyökén megsérült. Sebesülésekor két órára elvesztette eszméletét s a midőn magához tért, igen erős szédülést érzett, nem bírt járni, többször hányt. Legelőször egy egészségügyi katona kötözte be és vezette le a segélyhelyre, a hol egy éjszakát töltött. Másnap reggel ott orvos kötötte be újból s innen Sternthalba vitték a megfigyelőbe. Itt két hétig volt, állandóan szédült, száját nem bírta kinyitni s csak folyékony táplálékot bírt magához venni. Igen erős fejfájásai voltak, nem bírt járni a szédüléstől. Onnan 1915. évi november hó 13.-án került kórházunkba, előbb a III. sebészeti osztályra, a hol karját kezelték s fülét ambuláns osztályunkon kezeltük. Növekedő fültáji fájdalmak miatt áttették hozzánk.

Status praesens: A bal fülkagyló fossa triangularisán és fölötte kissé előre egy-egy borsónyi mekkoraságú, egyenetlen szélű, részben sarjjal fedett áthatoló anyaghiány; ezekből a fülkagyló mögött a sziklacsontba két hasonló mekkoraságú bemeneti nyílással körülbelül $2\frac{1}{2}$ cm. mélyre fistulosus menetet vezet, a melyek körülbelül az antrum mastoideumban találkozáva, körülbelül kis diónyi üreget látszanak alkotni. A nyílásokon át véres, sűrű genyes váladék ürül. A sutura squammomastoidea táján körülbelül kétkoronányi területen crepitáló csontdarabkák érezhetők, a melyek közepén koronányi csonthiány tapintható, a mely részben az előbb említett üreg feletti résznek felel meg.

A bal állkapocs középső harmadában babnyi mekkoraságú, érzékeny sarjjal fedett hámszövet látható, a mely állítólag egy onnan a megfigyelő-kórházban eltávolított gránátszilánk sebhelye.

A bal hallójárat erősen szűkült, úgy, hogy a dobhártyát nem lehet meglátni, a hallójáratból bűzös, véres, genyes váladék ürül. Az occiput jobboldalán, a hajás rész szélén, körülbelül fillérnyi anyaghiány látható, a mely részben már behámosodott, állítólag egy kelevény helye.

A jobboldali dobhártya ép. Hallás jobboldalt 6-0 m., baloldalt 0.

Hangvilla: Weber jobbra. Rinné baloldalt negatív, a bal csecsnyúlványra helyezett hangvillát a jobboldalon hallja. A mély hangvillát jobboldalt kissé lefokozottan, baloldalt semmit sem, a magas hangvillát jobboldalt közepesen lefokozva, baloldalt semmit sem hallja. Csontvezetés jobboldalt normalis, baloldalt meghosszabbodott. Jobbra nézéskor kiskökű spontán horizontalis nystagmus.

Romberg erősen pozitív. A fej jobbrafordításakor erősen szédül.

A jobboldali vestibularis hő-ingerlékenysége normalis, a baloldalt a teljesen elzárt hallójárat miatt nem vizsgálhatjuk.

A beteg erősen lesóványodott, mellkasi és hasi szervei épek, testének több részén sérülés vagy ütődés nyoma látható. Hőmérsék 37.4°—37.6°. Pulsus 92.

November 18.-án kötészváltás. A fistula-nyílásokon bő

genyes-véres váladék ürül. Hőmérsék 37.2°—37.3°. Heves fej- és fül-fájdalmakról panaszkodik.

November 19. Röntgen-átvilágítás (Kelen). A bal fülkagyló felső végének magasságában, attól hátrafelé körülbelül $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire, a csont szélétől befelé, a koponyaüregben egy a lapjával a csonttal párhuzamosan fekvő, húszfillérnyi mekkoraságú és vastagságú téglalakú fémdarab látható.

Fájdalmak fennállanak. Hőmérsék 37.5°—37.8°. Pulsus 88.

November 20. Erősebb fül-fájdalmakról panaszkodik. Kötés; váladék bő, véres. Hőmérsék 37.4°—37.7°.

November 21. Nagyfokú szédülés, heves fájdalmak a bal fejfélben, még az ágyban sem tud felülni. Hőmérsék 37.6°—38.1°.

Fájdalmak ellen 0.10 gr. pyramidon. Kötészváltás.

November 22. Hőmérsék 37.9°—38.7°. Érverés 100.

Fájdalmak ugyanoly hevesek. Pyramidon; jégzacskó a fejre.

November 23. Ismét erősebb fájdalmak a fülében, szédül. Kötés; bő genyedés; a fistulák vérzékeny sarjakkal fedettek, kitisztítás.

Este hideg borzongatta. Hőmérsék 39.6°.

November 24. Erős fejfájás, szédülés. Délután borzongás. Hőmérsék 39.8°. Pyramidon.

Miután állapota mindinkább rosszabbodik, az üreg feltárására és kitakarítására határozzuk magunkat.

November 25. Műtét aether-chloroform-narcosisban; a rendes csecsnyúlvány-műteti bőrmetszéssel megnyitjuk az üreget, a csonthártyát a csontszélekről és a csecsnyúlványról letoljuk, a mikor egy tyúktőjátszói üregre bukkanunk, a mely tele van vérzékeny sarjjal és genyvel, számos kisebb-nagyobb csonttörmelékkel. Miután az üreget ezen metszéssel, mivel még hátrább is terjed, teljesen feltárni nem tudjuk, vízszintes segédmetszést ejtünk hátrafelé, s ezután látjuk csak teljességében a nagy roncsolást és csonthiányt. Az üreg hátulso falán, a melyet a lecsupaszított, szabad dura alkot, alulra lecsúsztatva találjuk, a durára reányomva, a Röntgen által mutatott téglalakú, húszfillérnyi nagyságú és vastagságú fémlémezt, a mely gránátszilánknak bizonyult; mellette, előre a sziklacsont pyramisa felett közvetlenül, egy koronányi, egyenetlen szélű, csillag-alakú squamma-darab.

Kitakarítjuk az egész üreget, a csontszéleket lesimítjuk.

Átvizsgálva az egész üreget, konstatáljuk, hogy a csontos hallójárat hátulso falának felső harmadán, továbbá az antrum mastoideumon keresztül egészen a duráig a csont össze van zúzva és a darabok között még egy kis lencsényi ólomdarabka fekszik.

Mindezek kitakarítása és lesimítása után látjuk, hogy még egy újabb műtétet, Zaufal-műtétet is végeztünk.

Az üreg most már még nagyobb lett s határai a következők: elülső falát a csontos hallójárat, felső falát a linea temporalis inferior vége, az os parietale felső sarka, hátulso határát az occiput margo mastoidea, alsó határát pedig részben a csecsnyúlvány s részben a sziklacsont alkotja. Hátral jó darabon szabadon fekszik a sinus sigmoides. Az üreget részben jodoform-, részben steril gaze-zal tamponáljuk. A durára jodoform-pastát teszünk. A műteti seb felső részét Michel-kapcsokkal egyesítjük.

November 26. A beteg nyugodt; kétszer hányt. Hőmérsék 39.0°. Érverés 96.

November 28. A bal arcfél oedemás, duzzadt, a szájnnyitás nehezen megy. A kapcsokat kiszedjük. A seb tiszta, jodoform-gaze-zal újra kitömjük. Hőmérsék 37.2°—38°. Urotropin 2 × 0.5 gr.

November 30. A beteg jól érzi magát, a bal arcfél duzzanata megszűnt. Szájnnyitás jobban megy; nem hányt. Hőmérsék 37.7° C. Kötészváltás. A seb tiszta, dura síma, fényes, ép granulatiók. Urotropint tovább adjuk.

December 2. Kötészváltás, a seb tisztán sarjadzik, kezd telődni. Hőmérsék este 38.0°. Érverés 88. Közérzet jó.

December 6. Kötés másodnaponként. Hőmérsék este

38°0'. Érverés 84. A seb tisztán granulál. Az üreg kisebbedik. A beteg jól érzi magát.

December 10. Kötésváltás; a műtési üreg tisztán sarjadzó. Hőmérsék 37°1'. A beteg közérzete teljesen jó, fájdalmi teljesen megszűntek. Szájnítás és rágas jól megy.

December 14. A műtési üreg kisebbedik, nagy diónyi, reactionmentes, szépen sarjadzik. A beteg jól érzi magát. Láztalan, fennjár, szédülése nincs.

December 18. Kötésváltás másodnaponként. Az üreg lassan telődik, a sebfelület tisztán sarjadzó. Az urotropint elhagyjuk.

December 23. A beteg jól érzi magát, fájdalmi nincsenek, láztalan. A műtési üreg már csak diónyi, tisztán sarjadzó.

December 27. Kötésváltás; a seb tiszta, az üreg kisebbedik.

December 31. Kötés; az üreg kisebb, láztalan.

1916 január 5. Kötésváltás tovább másodnaponként; a beteg jól van. Az üreg tiszta.

Január 16. Kötés; a műtési üreg mogorónyi, kezd hámosodni, reactionmentes.

Január 22. A műtési üreg kitelődött és behámosodik. A beteg láztalan, jól érzi magát.

Január 28. Az üreg hámosodása halad, a beteg láztalan.

Február 8. Kötések másodnaponként; a műtési üreg behámosodott, teljesen reactionmentes, a retroauricularis nyílást plastikával zárjuk.

A beteg teljesen jól érzi magát, járáskor nem szédül. Hallás: jobboldalt 6·0 m., baloldalt 1·0 m.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Unfallkunde für Aerzte, sowie für Juristen und Versicherungsbeamte. Herausgegeben von L. Gelpke und C. Schlatter. Bern, 1917, A. Franck.

A balesetek gyakorlati fontossága, a rokkantság fokának megállapítása s annak meggátlása, hogy a nép a balesetbiztosítás révén az egyik kézzel megajándékozassék, míg a másikkal csalásra legyen csábítva, már a háború előtt az orvosok mind nagyobb számát érdekelte, ma pedig a világháború közepette az orvosi tudomány közérdekű, számottevő fejezete. E tudománynak fontosságát honorálta a svájci szövetségtanács, midőn egyetemén e szak hallgatását és a belőle teendő szigorlatot kötelezővé tette s a szerzők munkájukkal lehetővé tették, hogy a svájci egyetemek polgárai kitűnő kézikönyv vezetése révén eredményesen hallgathassák mestereik ez irányú tanításait. A ki Thiem hatalmas munkája mellett aránylag rövid s mégis kimerítő művet akar forgatni, annak a svájci szakemberek jelen munkáját melegen ajánlhatom.

Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

A dysenteria következményes állapotairól írt cikkében Schröder főleg a gyomorzavarokkal és a bradycardiával foglalkozik. A múlt évben Strassburgban uralkodott dysenteria-járvány idején 37 esetet vizsgált meg pontosan. Ezek között csak 10-ben voltak normalisak a gyomor viszonyai, a többi 27 esetben a mérsékelt hypochlorhydriától az achlorhydriáig és achyliáig minden fokozat képviselve volt. Ez a secretiós zavar teljesen független volt a dysenteria súlyosságának fokától. A kezelés folyamán csak 6 esetben váltak teljesen normálissá az értékek. A jelzett secretiós zavarok sokszor csak a reconvalescentia szakában jelentkeztek. A

legsúlyosabb achyliák a Kruse-dysenteriaiban fordultak elő, a mi — tekintettel arra, hogy a zavarok nyilván toxikus eredetűek — egyezik azzal a kísérleti adattal, hogy a Kruse-bacillus méregtermelő képesség tekintetében messze túlszárnyalja a többi dysenteria-kozót. — Bradycardia nem egészen 50%-ban fordult elő; többnyire akkor jelentkezett, amikor a hasmenés már megszűnt és az általános állapot is javult; átlagban 8 napig tartott; a bradycardiát csaknem kizárólag fiatal egyénekben észlelték. A bradycardia csaknem minden esetben (16 közül 15-ben) kapcsolatos volt gyomorsecretiós zavarral. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 37. szám.)

A digitalis- és calcium-hatás közti összefüggésre vonatkozó vizsgálatokat végzett O. Loewi a gráci egyetem gyógyszerintézetében. Kísérletei arra az eredményre vezettek, hogy a digitalis hatása calcium jelenlétéhez van kötve, illetve, hogy az, a mit digitalis-hatásnak gondolunk, tulajdonképpen calcium-hatás, ez a hatás azonban kóros szíven csak akkor nyilvánulhat, ha a digitalis a szívet a calciummal szemben érzékenynyé tette. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 31. szám.)

Bőrkórtan.

A bőrtuberculosis chemotherapiájának mai állását ismerteti P. Wichmann (Hamburg). Chemotherapiáról akkor beszélhetünk, ha bizonyos kémiai anyagnak a szervezetbe való vitelével a fertőzés okozóját megsemmisítjük, vagy legalább gyöngítjük, a nélkül, hogy a szövetek ettől kárt szenvednének. A chemotherapia hatásának tanulmányozására természetszerűen a bőrön előforduló bántalmak látszanak legalkalmasabbnak. A hatás csak akkor lehet teljes, ha helybeli kezelés nélkül a szer egyedül a vérpályán keresztül fejt ki gyógyító hatását a bőrön. Az impulsust természetesen Ehrlich nagyfotosszerű vizsgálatai adták. A bőrtuberculosisnak rézkezelése, sajnos, nem vezetett az eleinte várt sikerre. Belsőleg alkalmazva semmi gyógyító hatása sincsen. Helyileg alkalmazva olyan electiv hatású, mint például a pyrogallol, a melynek hatását azonban nem éri el teljesen. Hasonlóan sikertelen volt a tuberculosis kezelése a réz-sóknak borcholin-nal való kombinációjával is. Igen régi chemotherapiái szere a tuberculosisnak az arsen, melyet lupus ellen Dautrelepont, Lesser és Brocq ajánlott. Úgy látszik, hogy az úgynevezett tuberculidok javulnak reá leginkább, de erre vonatkozóan tudnivaló, hogy azok amugy is igen jóindulatú folyamatok. Egyébként valószínű, hogy az arsennek semmi specifikus hatása sincsen a tuberculosisra. Az egész szervezetet azonban kedvezően befolyásolhatja. Ujabban az aranykészítményekre fordul az általános figyelem. Különösen Bruck foglalkozott behatóan a kérdéssel. Kiindulva abból, hogy Hoch és Behring az aranyanvegyületeknek még milliószoros hígításától is látott delectaer hatást a gümöbaccillusra, Bruck az aurum-kaliumcyanatummal végzett kísérleteket. Az intravenás injectiókkal való kísérletezés azt mutatta, hogy a szer előbb válik a szervezetre nézve mérgezővé, mintsem a tuberculosis befolyásolná.

Spiess, Feldt a cantharidinnal kísérletezett. Liebreich már 2½ évtized előtt megállapította, hogy a cantharidin a gümös szövetben localis reactiót tud előidézni. A szert erősen mérgező volta miatt közvetlenül természetesen nem lehetett alkalmazni. Feldt a cantharidint aethylendiaminnal méregtelenítette, a mi által azonban az affinitását a gümös góczokkal szemben nem vesztette el. Ez a cantharidinaethylendiamin volt azután a vivőszere az aranycyanid. Létrejött tehát a cantharidinaethylendiaminaurocyanid nevű készítmény, melylyel Spiess és a szerző kísérletezett. Lupus eseteiben, úgy látszik, nincsen különösebb hatása. Eredménynyel alkalmazható azonban gümös fekélyek (foghús, szájpád) ellenében. Kisebbségben mellékhatásokat észlelve, az intravenás injectiók a tapasztalás szerint elég jól eltűrhetők. Az adagok 0·03 és 0·075 gr. között mozognak.

Egy másik chemotherapiái szer az aminoauropenol-

carbonsavnak natriumsója. A szer állítólag ötszörte kevésbé mérgező, mint az aurocantan és nyolczszorta kevésbé, mint az aranycyanidnatrium. A szerző 10 esetben kísérletezett a készítménnyel. Feltűnő hatása voltaképpen csak egy esetben volt, mely súlyos fekélyes genitális tuberculosissra vonatkozott. A szert intravenásan kell adni s adagja 0.05 és 0.1 gr. (2 cm³ vízben) között mozog. Egy-egy injectio után 10–14 napi szünet szükséges. Körülbelül ennyi idő kell, míg a helyi reactio megszűnik. A szerző egyik esetében 43 injectiót adott.

Mindezekből csak az derül ki, hogy a bőrtuberculosis chemotherapiája, sajnos, még gyermekéveit éli. Még sok és gondos kísérletezésre és próbálkozásra lesz szükség, míg oly eljárás alakul ki, mely közkinccse lehet a beteg emberiségnek. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 37. szám.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Heveny glomerulonephritis néhány esetében *Glaesner* kedvező eredménnyel használta a pituglandolt intravenásan és intramuscularisan (naponként 1 cm³). A diuresis fokozódott, a vér eltűnt a vizeletből s a fehérjetartalom is csökkent. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 38. szám.)

Heveny bélhurut eseteiben *Köhler* nagyon jó eredménnyel használja a berlini Schering-gyár által forgalomba hozott *antidystent*, a melyet néhány év előtt ajánlottak volt először tropusi dysenteria ellen, s a mely lignum campechu, cortex simarubae és radix granati folyékony kivonatának egyenlő mennyiségéből áll. Adagja 12 óránként evőkanálnyi. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 37. szám.)

Lábszárfekély egy esetében *van Velzen* feltűnő jó hatását látta a Levico-vízzel végzett borogatásnak. A Levico-vizet belső használatra rendelték a betegnek, a ki félreértés folytán borogató-víznek gondolta. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 38. szám.)

Tüdővérzés ellen *Haedicke* chininum tannicumot rendel nagyon jó eredménnyel. 2–3 napon át vétet be naponként 3-szor 0.3 grammot. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 38. szám.)

Meningitis cerebrosinialis gyógyítására *Kudrncak* szintén ajánlja a Jessen-féle intravenás tejsavbefecskendezést. Négy éves gyermek esetét közli, melyben 1%-os tejsavoldatból 0.5, majd 3 nap múlva 1 cm³-nek intravenás befecskendezése után gyógyulás következett be. (Therapie der Gegenwart, 1917, 6. füzet.)

Az *eucupinum basicum* 1–3%-os *olajos* oldata *Hoffmann* szerint, a ki *Bier* tanár klinikáján végezte kísérleteit, nagyon jó symptomásan ható szernek bizonyult az urológiai gyakorlatban, első sorban hólyag-gümőkór eseteiben. A kínzó tenesmus, a gyakori és fájdalmas mictio csökken, sokszor a hólyag kapacitása is fokozódik. A hatás lényege az érzéstenítésben keresendő. Kellemetlen mellékünetekkel nem jár a nevezett szer használata. Eleinte 1%-os oldat használandó 5 cm³ mennyiségben naponként 1–3-szor; később ritkábban adhatjuk a befecskendezéseket, de 2–3%-os oldattal és 10 cm³ mennyiségben. (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 38. szám.)

A *saccharin* hatását a gyomoremésztésre vizsgálta *Best* tanár. Azt találta, hogy a saccharin a gyomor nedvelését fokozza, a gyomor kiürülését pedig késlelteti. Ennek megfelelően kerülendő a használata mindazon gyomorbajokban, a melyek hyperaciditással járnak, első sorban gyomorfekély eseteiben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 38. szám.)

Görccsös köhögés ellen jó eredménnyel használja *Krummacher* a *drosithymet*, a mely hatóanyagként a pertussis therapiájából jól ismert thymus serpyllumot és drosera rotundifoliát tartalmazza. Gyermekeknek 2–2, felnőtteknek 5–6 csepp adandó naponként 3-szor. (Therapeutische Monatshefte, 1917, 9. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 39. szám. *Bókay János*: Agyvelőtünetek csecsemőkori pyelocystitis eseteiben.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 40. szám. *Ifj. Johan Béla*: A typhus-bacillusnak előzőleg védoltott betegek véréből való kimutatására vonatkozó kísérleti vizsgálatok. — *Gergely Jenő*: A vizelet methylenzöld kémléséről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Kolbinger János* dr.-t a budapesti államrendőrséghez fizetés nélküli rendőrorvossá, *Haus Ottó* dr.-t, *Miller Kornél* dr.-t és *Leonhard Gyula* dr.-t Nagyküüllőmegye, *Markovits Jakab* dr.-t Szilágymegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Krenner György* dr.-t Körmenten városi orvossá választották.

„Orvosi tanácsadó baleseti sérülteknek” címmel *Lévai József* dr., a munkásbetegségélyző pénztár főorvosa nagyon ügyes kis füzetet írt. A Népszava-könyvkereskedés adta ki. Ára 40 fillér.

Meghalt. *Jovanovics István* dr. pancsovai orvos 60 éves korában szeptember 25.-én. — *Wälder János* dr. cs. és kir. főorvos szeptember 28.-án Budapesten.

Személyi hírek külföldről. *M. Westenhöfer* dr. berlini magántanárt (kórbonczolástan) rendk. tanárrá nevezték ki. — *O. Förster* boroszlói magántanárt a prof. ordin. honorarius címmel tüntették ki. — *W. Gross* (kórbonczolástan) és *A. Homburger* (elmekörtan) heidelbergi magántanárok és *L. Wacker* müncheni magántanár (kórbonczolástan) tanári címet kaptak.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Dietetika-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegék, anyagcserebetegék (czukor-, baj, köszvény), neurastheniások, vészegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízoló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.

Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

Frim-féle gyógyintézet Alapítva 1875 Budapest, VII., Jókai-utca 9. Telefon: 62–65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére:

Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitérő ellátás. Kívánatra prospectus.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkésülések, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Vízgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

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 BELA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriá-utca 34.

István-úti szanatórium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-körút 9. Telefon: 120–69, 81–01.

Röntgen-kezelés. * Főorvos: Dr. Czirfusz.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógy módok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurózisok, neuritidák, tabes dorsalis, — bennulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. Eckwert és Murányi orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-

LABORATORIUMA

Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134–40.

Hüvösvölgyi Park Szanatorium Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet.

Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145–90. Ajánlatos bel- ideg- és szívbetegnek üdülnöknek és rekonvalescenseknek. * Hízó-kúra.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án). 536. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(X. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Ostitis cystoplastica (fibrosa Recklinghausen?) esete.

A *Recklinghausen* által egységes szempontból áttekintett, egy csoportba foglalt rhachitises malaciás megbetegedések közös leglényegesebb ismertető jele a csontrendszer, illetve a csontstructura hatalmas, nagymérvű átalakulása, átépítése. A kórfolyamat teljes kialakulását mutató képek közül kétségkívül legérdekesebbek, gyakorlatilag is legfontosabbak a csontállományban mutatkozó ürszerű képződmények. *Virchow* ezeket tudvalévően chondromás góczok széteséséből származtatja. *Beneke* viszont az agy apoplexiás cystáival helyezi párhuzamba; a vérzéseket a legtöbbbször, így a bemutatott esetben is, kimutatható trauma idézné elő. *Recklinghausen* szerint az örök rostos kötőszövetes góczok széteséséből keletkeznek, mely rostos kötőszövetet éppúgy valamely előző lob végtermékének kell tekinteni, mint például idősült szövetközi májgyulladásban. Ha gyakorlatilag valamely adott esetben azt kell megállapítani, vajon egy csonttömlő ezen megbetegedéshez tartozik-e, avagy valamely csontsarkoma széteséséből keletkezik, akkor számbaveendő, hogy óriás sejteknek bármily nagy számmal jelenléte még nem szól a rosszindulatúság mellett; ezt *Lubarsch* is kiemeli; szerinte óriássejtek úgy keletkeznek, hogy az osteoklastok, miután a rombolásukat a spongiosán és corticalis-gerendákon elvégezték, egyesülnek, a folytonos vérzések ingerének hatása alatt szaporodnak s esetleg a pigmentet phagocytálják. *Recklinghausen* éppen abban látja az ostitis fibrosa vagy metaplasias malacia kórképéhez tartozó cysták szövettani criteriumát, hogy a cysta-falban egy tömegben találni óriássejteket.

Ha nyilvánvalóan tisztázottnak tekinthető is az, hogy a tömlők rosszindulatú tumorokkal nem hozhatók kapcsolatba, még mindig vitatható, vajon csupán lobos folyamat következményei-e. *Recklinghausen* is kiemeli, hogy e szóval „ostitis” csak azt akarja kifejezni, hogy a folyamatban időnkint megújuló irritamentum szerepel. Nevezetesen e részben, hogy — mint a bemutatott esetben is — a statikailag leginkább igénybevett csontokban székel a bántalom. A kiváltó trauma szerepe még nem egészen tisztázott s nagyon is elfogadható *Tietze* azon felfogása, mely szerint a cystát tartalmazó csont már a trauma előtt sem volt egészséges: vagy volt már benne kifejezett gócz, vagy hiányzott a normális regenerációs képesség. A bemutatott eset a cysták egész tömegét mutatja különféle nagyságban; tudnivaló, hogy cysták egészen a kéregállományig nőhetnek, azt papírvékonyra tehetik. Egy tömlő élesen körülírtan egészen kidomborítja a jobb felkarcsont konturját. Számbaveendő továbbá a progressív elváltozások egyéb megjelenési formái is: a csontnövedékek, továbbá a növekedésnek, a csontappositiónak a csontok aránytalan méreteiben és alakulásaiban megnyilatkozó módja is. A progressív szövetelváltozásnak tehát egészen autonóm jellege van, a mi viszont a daganatoknak legfontosabb kriteriuma. Figyelemmel arra, hogy az elváltozások a csontnövekedésnek legmozgalmasabb idejében s a növekedés legkifejezettebb helyén, a metaphysisekben jelentkeznek, a bemutató nézete szerint a csontcysták nem annyira lobos eredetűek, mint inkább *Albrecht* nomenclaturája szerint hamartomáknak minősítendőek, vagyis hibás sejttelpekből trauma vagy egyéb irritamentum behatására burjánzásnak induló daganatszerű képződményeknek.

Szász Tibor: A szerzők egy része az otosclerosist azonos megbetegedésnek tartja az ostitis fibrosával, ellentétben *Politzer*-rel és iskolájával. A bemutatott eset csontrendszerében úgyszólván mindenütt megtalálhatók a kóros góczok, csak a koponyán nem. A beteg hallása jó,

fülpenésze nincs. Jóllehet biztosat csak a histológiai vizsgálat mondhatna, az eset talán szintén felhasználható volna bizonyítéknak az otosclerosishoz az ostitis fibrosával való azonosítása ellen.

A vesék functionalis vizsgálatáról Straus módosítása szerint.

Torday Árpád: Amíg a többi funkciók próbánál a beteget előzetesen be kell állítani a vizsgálatához s csak azután kutatható, hogy a konyhasó- vagy hugyanyag-többletet a vesék tudják-e és mennyi idő alatt kiválasztani, addig ezen próbánál ez nem szükséges. Hanem elégséges, ha a beteg este két tojást, egy darab kenyeret vajjal, 1 gr. sóval és 200 cm³ teát iszik. Másnap reggel 2 ízben vizel s azután 1 liter teát kap, a mely után 4 óránként vizel. 11 órakor, 1 órakor és 4 órakor enni kap bizonyos anyagokat, de folyadékot nem vesz magához. 11, 1, 4 és 7 órakor újból vizeletet bocsájt. A vizsgálat első része a vesék hígítási, a másik része a koncentrálási képességét mutatja. Minden egyes részletnek specifikus fajsúlya, ‰-os konyhasó- és hugyanyagtartalma lesz meghatározva. A hígítás maximumát 2—4 óra múlva, a koncentráció maximumát 4—7 óra között éri el. A vizsgálat előnye, hogy ilyen módon egy nap alatt lehet tájékozódni a vesék functionalis képességéről.

A fajsúly ingadozása 1002—1004, 1025—30-ig emelkedhetik. A NaCl.-concentratio 0.3-tól 1‰-on felül lehet. A hugyanyag maximális értéke pedig egészségesen 1½‰—2‰-ot tehet ki. Az elért eredmények a veséknek momentán működési képességéről nyújtanak felvilágosítást s ezért belőlük a vesék anatómiai elváltozására következtetni nem lehet. Az ilyesmi csakis a többi vizsgálati eljárásnak, a betegvizsgálatnak és a körelőzményi adatoknak tekintetbevételével lehetséges. A vizsgáló azt találta, hogy a maximális értékeket a vizsgálat elején lehet nyerni és így a koncentrálási próba el is maradhat. Vizsgálatai alkalmával tekintettel volt a vérnyomás meghatározására és a jódkáli-próbára is, a mely azonban 90 eset közül csak 5-ben adott pozitív eredményt. A vizsgált esetek többségében a vízkiválasztás, a concentr. képesség, a ‰-os konyhasó- és a hugyanyagkiválasztás normális határok között ingadozott, de voltak oly esetek is, a melyekben a normális vízkiválasztás mellett a vesék koncentrálási képességüket is elvesztették.

Vannak gyógyultnak látszó esetek, a melyek a functionalis vizsgálat alkalmával így viselkednek és ezért azt ajánlja, hogy ezen eseteket ilyen szempontból is előzetesen megvizsgálják, mielőtt a szolgálatképességet kimondják. Az ily esetekben a fenti okokból recidivától kell tartani testi megerőltetések és diaetahiány esetén.

Az esetek következő, elég tekintélyes számát a polyuriás esetek teszik, részben megtartott, részben hiányos konyhasókiválasztási képesség mellett. Ezen esetek megítélésében némi zavart okoz azon körülmény, hogy a víz és a NaCl kiválasztását nem lehet egymástól teljesen függetleníteni, és általában gyakoribbak a vegyes esetek, a melyekben a vascularis és tubularrendszer van megtámadva. A tubulus megbetegedésének kimutatására a jódkáli-próba úgy látszik nem elégséges. A vascularis rendszer megbetegedésének speciális módszerét, a tejczukor befecskendését a módszer körülményessége és veszedelme miatt nem használta.

A harmadik csoportba az oliguriás esetek tartoznak, a melyekben a NaCl magas koncentrációt mutatott.

Az eljárást a katoniorvosi vizsgálatoknál ajánlja, mert így utólagos ellenőrzés mellett könnyebben és részletesebben lehet megállapítani, hogy az illetőt minő segédszolgálatra lehet felhasználni.

Korányi Sándor báró: A functionalis lelet mint osztályozási alap egyelőre csak nagyon óvatosan értékesíthető, a vesebajok klinikai osztályozása egyelőre, nagyjában, a régi eredményre vezet az új eljárásokkal is, ha mindjárt más és jobb elnevezések alatt. A functionalis vizsgálatok értéke a praxisban nem annyira a vesebajok classificatió-

jának szempontjából, mint inkább abból a szempontból nagy, hogy segítségükkel a vesebetegek kezelését úgy alkalmazhatjuk a vese funkciójához, mint a hogy a diabetesben szenvedőét alkalmazzuk szén-hydrat-toleranciájához. A hyposthenia szóval a szülő a vese képességének csökkenését jelezte a vértől különböző concentrációk létesítésére a vizeletben. Minthogy *Fr. Müller*, különösen pedig *Fahr* és *Volhard* óta a hyposthenuria a vesebajok megítélésében elfoglalta azt a helyet, a melyet számára a szülő jelölt meg, fontos, hogy annak fogalma tisztázott legyen. A vízfölvétel utáni túlzott polyuria, a melyet *Schlager* vascularis tünetnek tart, nem hyposthenuria, sőt a hyposthenuriát, a mely nemcsak concentrálásra, de hígításra való képtelenséggel jár, kizárja. Különben a hyposthenuriát a vesebajok osztályozásának alapjaként, mint ahogy azt *Volhard* ajánlja, nem fogadhatja el, mert minden diffus vesebaj hyposthenuriával végződik. Jelenléte vagy hiánya csak a baj kiterjedésétől és súlyosságától, nem pedig a pathologiai folyamat minőségétől függ.

Bence Gyula: *Torday* a katonai szolgálatképesség megállapítása szempontjából is ajánlja ezt a methodust. A szülő erre a célra feleslegesnek tartja, mert a klinikai eddigi eljárások teljesen elegendők és velük gyorsan elintézhettek az esetek; a *Strauss*-féle módosítás tinomabb beállítása a therapia szempontjából hasznos, de katonai célra ezen túlságosan komplikált eljárás felesleges.

Torday Árpád: A vesebántalmak osztályozása a mai alapon az újabban ajánlott felosztások szerint annyi nehézségbe ütközik, hogy bemutató nem is kísérelte meg az ezen alapon való felosztást. Az eddigi ajánlott beosztásoknak minden alakja keresztül megy az elváltozás előrehaladtával a fentebb ismertetett functionális változásokon. A hyposthenuria fogalmát ma általánosságban a *Schlager*-féle értelemben használják, köszönettel veszi tehát *Korányi* hozzászólását, a ki annak régi fogalmát visszaállította.

A mi *Bence* tagtárs hozzászólását illeti, elismeri, hogy az egyszerű klinikai vizsgálati eljárások és a laboratoriumi vizsgálatok eredményei elegendők, azonban azt tartja, hogy így mélyebben betekinthetünk a vesék működésképeességébe és így a vélemény kimondása is bizonyos esetekben határozottabb és jobban indokolt lehet.

Szokatlan nagyságú epehólyag és epekő.

Lobmayer Géza: Az esetet azért tartja érdemesnek a bemutatásra, mert úgy a klinikai tünetek, mint az eltávolított epekő nagysága miatt figyelemre méltó. 40 éves, eddig teljesen egészséges nőbetegéről van szó, ki április 10.-én hirtelen mechanikai ileuszerű tünetekkel betegedett meg. A jobb hypochondriumból kiinduló, az elülső felső csípőtővisig érő, fájdalmas térfogatnagyságú volt tapintható. A diagnosis invaginatio, az epehólyag hydropsa, hypernephroma, kocsánycsavarodott vándorvese és hydronephrosis között ingadozott. Az utóbbit az ureterkatheterismus azonnal kizárta. A műtétkor a rendkívüli módon megnagyobbodott és kinyúlt jobb májleány alatt a 24 cm. hosszú, 9 cm. vastag, 8 cm. széles henger alakú epehólyag volt, melynek csúcsa feszülési gangraenát mutatott. Cystektomia, sima gyógyulás, április 24.-én per primam gyógyulva hagyta el a sanatoriumot.

A hólyagban körülbelül 500 cm³ epe és egyetlen egy nagy, 70 mm. hosszú, 36 mm. széles, 35 mm. vastag, hossztojásdad, letompított végű epekő volt. Súlyja frissen 65 gramm, jelenleg száraz állapotban 52 gramm.

Entz Béla tanár vizsgálata szerint cholesterinből és epefestékes mészből áll.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Pécs sz. kir. város tulajdonát képező közkórházban lemondás folytán megüresedett **elmeosztályú másodorvosi és kórházi másodorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az 1912. évi 58. t.-cz. kiegészítő részét alkotó B) melléklet szerint az elmeosztályú másodorvos javadalma évi 2000 korona fizetés, két ízben négyévenkénti 200–200 korona emelkedéssel, háborús pótlék, természetbeni lakás és elsőosztályú ételmezés; az anyakórházi másodorvos javadalma: 1200 korona fizetés, háborús segély, természetbeni lakás és elsőosztályú ételmezés.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a alapján fenti állásokra minden egyetemes orvosdoctori oklevéllel bíró orvos, ennek hiányában az egyévi kötelező kórházi gyakorlatot teljesítő orvosok vagy szigorló-orvosok is pályázhatnak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy a fenti képzettséget s egyéb személyi adatokat igazoló okmányokkal s a közszolgálatban nem állók ezenkívül erkölcsi bizonyítvánnyal is felszerelt kérvényüket méltóságos gróf *Benyovszky Móricz* úrhoz, Pécs sz. kir. város és Baranya vármegye főispánjához czímezve legkésőbb **f. évi október hó 15.-éig** bezárólag hozzám annál is inkább nyujtsák be, mert később vagy hiányosan felszerelt kérvények figyelembe vételre nem számíthatnak.

Pécs, 1917 szeptember 30.

Schmidt Antal dr. s. k., kórház-igazgató.

A Zsófia Országos Gyermeksanatorium-Egyesület pályázatot hirdet egy **alorvosi állásra** a balatonszabadi-i gyermeksanatoriumban **ez év október 15.-étől**. 250 korona havi fizetés, természetbeni lakás és teljes ellátás biztosított. Gyermekgyógyászati gyakorlattal bírók előnyben részesülnek. A folyamodásokat a Zsófia Gyermeksanatorium-Egyesülethez (Budapest, VIII., Stáhl-utca 15. sz.) október hó 14.-éig kell benyújtani.

A szepességben egy **bányaorvosi állás** van üresedésben; okleveles orvosok kérvényeiket a fizetési igények, a családi állapot és vallás, valamint a **belépési határidő megjelölésével** és rövid életrajzzal küldjék be *Ertl Lajos* mérnök címre Márkusfalvára.

HIRDETÉSEK.

TÁTRA SANATORIUMBA belgyógyászati előképzettséggel bíró **SEGÉDORVOS** kerestetik. Röntgenezésben jártasak előnyben részesülnek. Ajánlatok „TÁTRA” jelíggel a „Petőfi” irodalmi vállalatához VII., Kertész-utca 16 küldendők.

ALORVOS

fővárosi sanatoriumba azonnali belépésre kerestetik. Ajánlatok „Állandó” jelíggel a „Petőfi” Irodalmi Vállalatához VII., Kertész-utca 16 kéretnek.

Skabies Ebaga

(Dr. Matzenauer R. egyet. tanár szerint)

diskrét scabies-kuránál nélkülözhetetlen

szagtalan, láthatatlan

és

zsírtalan.

Dr. Bayer és Társa Budapest,

IX., Rákossziget 17.



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001–0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjection.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézete
BALF gyógyfürdőben,
Sopron mellett. A nm. m.
kir. belügyminisztérium
121.038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre
(negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III.
oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyminisztériumnak 1903. évi
9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A fel-
vételi engedélyért a nm. belügyminisztériumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával
a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf
gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr.,
örökös romai gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

ARGOSAN

Colloid-ezüst steril ampullákban
à 2 cm³ 5 pro mille Ag-tartalommal

mindoly esetekben, a hol colloid-ezüst ja-
valva van, nagy eredménnyel használtatik,
különösen

nehéz (septikus) izületi rheumánál.

Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók
megbetegedési tünetek, sem görcsök fellépése
észlelhető nem volt.

Próbák orvos uraknak díjmentesen.

Rich. Paul, Med.-chem. Industrie, Graz.

Ferglobin-Örkény.

(Tabl. ferr. glycerophosph. c. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr.
fémvasnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet
tartalmaz.

**Olcsó medicatio!
Obstipatiót nem okoz!**

Ferglobin-Örkény

cum arseno.

Tablettánként 1/2 milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, le-
romlott phthisikus betegeknél és recon-
valescenseknél.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf” gyógyszerháza és
gyógyvegyészeti laboratóriuma
Budapest, IV., Váci-utca 1.
Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

Digitotal

tartós Digitalis-készítmény.

a Digitalislevelek összes hatásos alkatrészeivel
természetes keverési arányban

a gyomorra károsan ható anyagok kizárásával.

A Digitotal állandó hatásértéke megfelel egy frissen elkészített
Fol. Digitalis titratumból készített 15%-os főzetnek.

Digitotal-oldat belső használatra:

Üvegek à 15 ccm pipettával,

Üvegek à 7,5 ccm. (Pénztári csomagolás.)

physiol. NaCl-oldatban, injekciókhoz:

dobozok 6 ampullával à 1,1 ccm.

Digitotal-tabletták: Üvegecskék à 25 drb.

Digitotal-tejczukorkeverék.

Klinikai csomagolások raktáron.

Nirvanol

(Phenyläthylhydantoin)

Megbízható

Hypnotikum és Sedativum.

Veszélytelen, miután a toxikus adag sokszorta nagyobb a
therapeutice hatásos adagnak.

Nirvanol teljesen **iztelen** és észrevétlenül adagolható. Hatásos
az álmatlanság valamennyi alakjainál, még oly esetekben is,
melyek erős testi fájdalmak által okoztatnak.

Biztos csillapítószer **nyugtalansági-** és **félelmi állapotoknál.**

Dobozok à 10, 25, 50, 100 g,

Dobozok 10 tablettával à 0,5 g,

Nirvanol-oldat intramuskularis injekciók számára:

Dobozok 10 ampullával à 4 ccm.

Klinikai csomagolások raktáron.

Moronal

(Basikus formaldehydkénsavas aluminium.)

Üvegek à 10, 25, 50, 100 g,

Csővecskék 25, dobozok 100 tablettával à 0,05 g,

= Kívánatra 50%-os oldat alakjában is. =

Az eczetsavas agyagföld tömény pótléka

bőrpuhító hatás nélkül,

eltartható, sterilizálható, inger- és szagmentes oldatok előállít-
ására, kenőcsök és hintőporok számára.

Dobozok 25 tablettával à 2,0 g.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

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.

Ónodi A.: A légcső és hörgő elsődleges rákja. 549. lap.

Báron Sándor: Közlés a II. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár, I. oszt. főorvos) Az orthopaed térdresectio technikájáról. 550. lap.

Szász Tibor és báró Podmaniczky Tibor: Közlemény a m. kir. Hadigondozó-Hivatal Bajza-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Parancsnok: Csiky József dr., egy. magántanár, tart. ezredorvos) A homokleány szerepe a mutatói kísérlet létrejöttében. 552. lap.

Erdős Adolf: Közlemény a nagyváradi cs. és kir. tartalék-kórház Röntgen-laboratóriumából. (Parancsnok: Fornét Miklós dr., I. osztályú főorvos) Egy évi tapasztalataim a mesterséges napfénykezeléssel. 554. lap.

Győry Tibor: Közegészségügyi állapotaink és intézményeink a 19. század első harmadában. 555. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. E. von Seuffert: Strahlen-Tiefen-Behandlung. — Lapszemle. Belorostan. Braun és Schaeffer: A hydrocuprein-származékok hatása a diphtheria-bacillusokra. — Bettke: Hirtelen hi lálesek sajátságos alakja a harctéren. — Sebészeti. Braun: Combexarticulat o. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Reinhard: A latens malaria provokálása. — Wolf: Nephritis haemorrhagica. — Kafemann: A felső légutakban székülő vérzések. 559—560. lap.

Magyar orvosi irodalom. 560. lap.

Vegyes hírek. 560. lap.

Tudományos Társulatok. 561—562. lap.

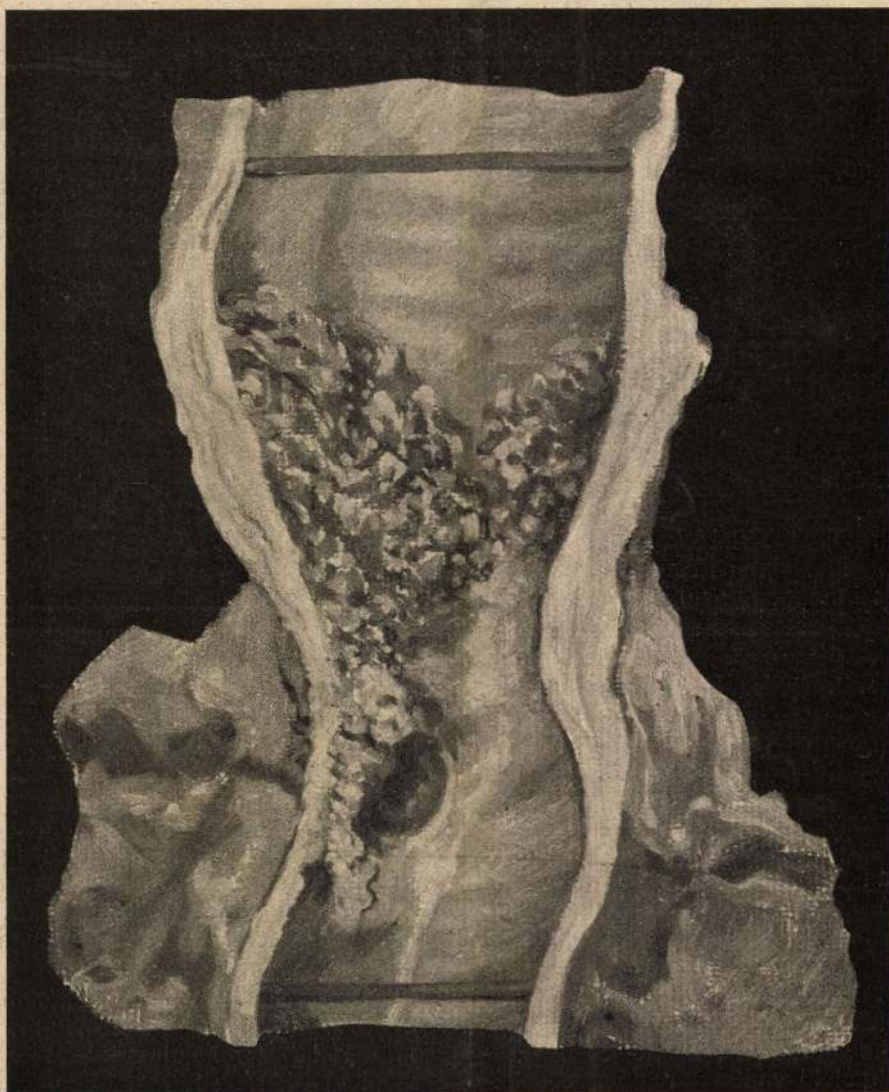
EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A légcső és hörgő elsődleges rákja.

Írta: Ónodi A. dr., egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

A légcsőben és a hörgőkben a rák elsődleges, másod-

az elsődleges alak. Egy esetünkben magasan ülő bárzsingrák tört át a légcsőbe. Az elsődleges légcsőrák leggyakrabban a légcső felső felében fordul elő; némelyik beszűrődéses alakban és mint kocsányos daganat is jelentkezik. Bruns 31 esetet állított össze az irodalomból, Schmiegelow pedig saját esetével együtt 40 esetet; ezt a számot a mi esetünkkel együtt 53-ra egészíthetjük ki. Ezek közül esetünkkel együtt



2. ábra.

lagos és metastasisos alakban szokott előfordulni; ez utóbbi a legritkább, gyakoribb a másodlagos alak, leginkább a bárzsing és a pajzsmirigyek terjeszkedése folytán, jóval ritkább

a bronchusban is jelentkező elsődleges rák-eseteknek a száma 8.

Betegünk 42 éves tizedes, kin már a háború előtt

megerőltető munkára nehézlégzés mutatkozott. 1915 szeptember havában katonai szolgálatra hívták be, de nehézlégzése miatt a klinikára küldték 1915 december 5.-én. A gége tükrözvígálata a géget épnek találta, a hangszalagok jól mozogtak, a légcső alsó harmadában szűkület volt megállapítható. Egy hét múlva alsó légcsőmetszést kellett végezni és a direct vizsgálat mutatta, hogy a légcső alsó területét sarjszerű tömeg foglalja el, mely a bal hörgőbe is folytatódik. A kimetszett szövetrész *Krompecher* tanár lelete szerint el nem szarusodó laphámráknak bizonyult. A rákos szövetet ismételtén kikaparták; cocain-tonogenspray és oxygen-belégzés ideiglenes javulást eredményezett. 1917 február 14.-én a beteg meghalt. A bonczoláskor kitűnt, hogy az erősen szűkült légcső falzata 1 cm. vastagságban rákosan beszűremkedett, a daganatszövet a szomszédos részeket, főleg az ereket mérsékelten infiltrálta. A bal főbronchust a daganat erősen szűkítette. Az elsődleges carcinoma scirrhusum már elhelyezése-nél fogva kizárta a gyökeres sebészi beavatkozást.

A mi a légcsőrák gyógyítását illeti, a gyökeres eltávolítás van helyén olyan esetekben, a hol a daganat a légcső felsőbb részében ül; határozottan ellenjavalt, ha a bifurcatio területe is beteg és a rákos beszűrődés a nyaki nagyerekre is ráterjedt. Tracheofissura igénybevételével is eltávolították a daganatot, végezték a légcsőporczok circularis resectióját, sőt két esetben a légcső teljes kiirtását is. Egy kocsányos polypszerű rák köhögéssel ürült ki. *Bruns* betege (a rákot 10 légcsőgyűrű hosszában távolították el) 6 évig élt a műtét után; *Schmiegelow* betege (a légcső circularis resectióját $5\frac{1}{2}$ cm. terjedelemben végezték) a közlés idején 6 éve jól érezte magát. *Gluck* és *Soerensen* két esetben végezte a teljes légcsőkiirtást és a légcső plastikai restructióját. A légcső alsó részében az oszlás területén időszaki könnyítés céljából a kikaparás eszközölhető, mint az esetünkben is megtörtént ismételtén. De a mint a bonczolás mutatta, a légcső falzata, környezete és a nyaki nagyerek is rákosan beszűremkedettek voltak, a gyökeres sebészi beavatkozás ki volt zárva, nem is szólva, hogy a rákos folyamat a hörgőt is erősen érintette.



1. ábra.

Az első ábra mutatja a tracheoskopos képeket: az egyik a rák által szűkített légcsövet, a másik a rák által szűkített bal hörgőt. A 2. ábra a készítményt ábrázolja a leírt elváltozásokkal.

Közlés a II. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár, I. oszt. főőrzsorvos.)

Az orthopaed térdresectio technikájáról.

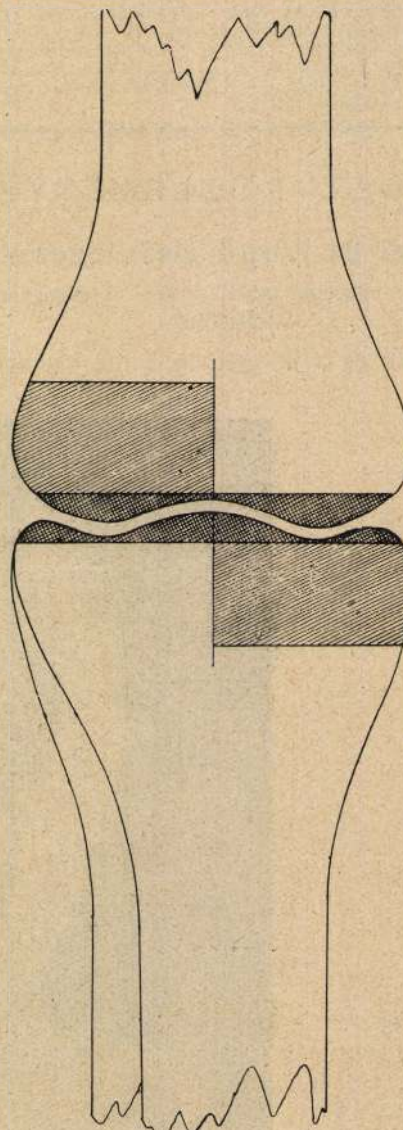
Irta: *Báron Sándor* dr., cs. és kir. főorvos, jelenleg a m. kir. hadigondozó hivatal sátoraljaujhelyi intézetének (vezetőorvos: *Balás Dezső* dr., ezredorvos) osztályvezető főorvosa.

Ha hajlított állásban ankylosis, illetőleg hajlító contracturás térdet egyéb eljárások sikertelensége vagy kilátástalansága miatt, az indicatio morbi és indicatio orthopaedica figyelembevételével a csontokon eszközölt beavatkozás révén akarunk kiegyenesíteni, akkor két eljárás: a térdresectio és a paraarticularis osteotomia jön számba.

A *térdresectio előnyei*: hogy tompa-, derék- és hegyesszögű ankylosis, illetőleg megfelelő contractura kiegyenesítésére egyaránt alkalmas, hogy az ízület széles feltárása révén esetleges kóros részek felismerése és eltávolítása lehetséges és hogy szükség, illetőleg lehetőség szerint egyrészt nyújtott

állásban merev térdet adhat (tulajdonképpen orthopaed térdresectio), másrészt pedig kiegészítő eljárások révén kiadós mozgásképességet (arthroplastica), amelyre való törekvés azonban a térdizületen, a főleg támasztóként szereplő alsóvégtag megszakításakor csak kivételes esetben javallott.

A *térdresectio hátrányai*: hogy fiatal egyénen nem kiméli kellőképp az epiphysis-porczokat és így a kiegyenesített végtag növekedésének zavarára vezet, hogy meg nem gyógyult, de nyugvó kóros folyamatot az ízület közvetlenül érő műteti trauma révén újból felkelthet, hogy esetleg megtartott kellő terjedelmű és erejű mozgás elvesztésére vezet, hogy nem ritkán utólagos hajlításos valgus és rotációs deformitás keletkezhetik (igaz, hogy ez többnyire a hiányos kezelés, t. i. a nem kellő ideig fenntartott rögzítés következménye) és végül hogy aránylag nagy beavatkozás hosszú gyógytattal.



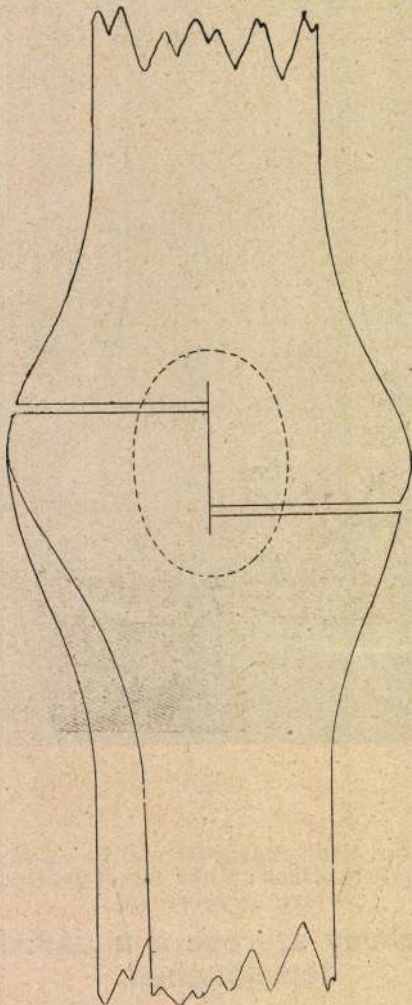
1. ábra a.

A *paraarticularis osteotomia előnyei*: hogy fiatal egyénen kiméli az epiphysis-porczot és így a végtag növekedését csak ezen porczok helyzetének megváltoztatása révén befolyásolja, hogy a kóros folyamat székhelyét, az ízületet nem érinti, hogy esetleg fennálló hasznos mozgást megtart és hogy aránylag csekély, gyorsan gyógyuló beavatkozás.

A *paraarticularis osteotomia hátrányai*: hogy csak olyan térdankylosist, illetőleg contracturát egyenlíthet ki, melynél a ccomb és lábszár közti szöglet legalább 150° , illetve legalább e szögig nyújtható; 150° -nál hegyesebb szögletű térdankylosis, illetve contractura esetében t. i. az átvésett csontok törésvégei a végtag kiegyenesítése után nem érintkeznek kellőképp (*Ollier*); a hátrányt kiküszöbölő az esetleg kivésett ék ellenkező írá-

nyú közbehelyezésével kapcsolatos ékes osteotomia, továbbá a kettős paraarticularis osteotomia (*Lorenz, Wendorff*) és az osteotomiával kapcsolatos diaphysis-transplantatio (*Wreden*), melyeknek kivitele azonban már bonyolultabb; hátrány továbbá, hogy a térdizület esetleges csekély terjedelmű és erejű és így a stabilitás szempontjából káros mozgását nem szünteti meg.

A térdresectio és paraarticularis osteotomia e felsorolt előnyeinek és hátrányainak, továbbá az arthroplastika javallatainak és ellenjavallatainak gondos mérlegelése után fogjuk tehát a csontrendszeren történő beavatkozást igénylő térdhajlító ankylosis, illetve contractura esetében a megfelelő beavatkozást megválasztani.



1. ábra b.

E közlés keretében azzal a kérdéssel foglalkozom, hogy a mennyiben a választásunk a tulajdonképpen orthopaed térdresectióra esett, miképpen kell a beavatkozást a legcélszerűbben végeznünk.

Orthopaed térdresectio alatt helyesen azt a beavatkozást értjük, melynek gyógyult ízületi folyamat esetén célja a csípőizülettől a bokaizületig terjedő, ezen ízületek viszonylagos helyzetét lehetőleg megtartó, elülső és oldalsó nézetből lehetőleg egységes támaszcsont létesítése (indicatio orthopaedica) a megfelelően alakított csomócsont és sípcsont összeillesztése és következményes csontos egyesülése révén.

Az orthopaed térdresectio helyes kiviteli módja a következő körülményeknek kell hogy megfeleljen:

a) a csomócsontnak és sípcsontnak a szögleteltérés szempontjából szükséges és a működés szempontjából is előnyös (*Ollier*) lehető csekély megrövidítése ($2\frac{1}{2}$ —3 cm.) biztosan jól megbecsülhetően legyen eszközölhető. Jelentékenyebb rövidülést megfelelő eljárással elkerülhetünk, illetve csak különleges esetben — így pl. ha a megfelelő oldali láb nagyfokú plantarflexióban rögzített — idézünk elő;

b) minél terjedelmesebben felsebzt csontfelszínek

együttmaradását lehetőleg biztosítsa, a mi az eltolódásmentes csontos egyesülés szempontjából lényeges;

c) lehetőleg egyszerű kivitel.

Olyan térdankylosis, illetve contractura esetében, melyben a csomócsont és sípcsont elválasztása az eredeti ízületvonalban vagy azt megközelítőleg sikerül — megbízható előzetes felvilágosítást erre vonatkozólag az oldalról eszközölt Röntgen-felvétel nyújt —, a felsorolt követelményeknek véleményem szerint a következő eljárás felel meg legjobban, melyet az ezidőszerint rendelkezésemre álló irodalomban leírva nem találtam.

Textor-féle metszéssel feltárjuk az ízületet, a térdkalácsot vagy eltávolítjuk, vagy pedig ha a csontvégekkel való



2. ábra.

egyesítésre alkalmas, a felső lebennyel összefüggésben megtartjuk. A csomócsontot és sípcsontot lehetőleg pontosan az ízületi vonalban, illetőleg e vonal helyének megfelelőleg egymástól késsel, illetve vésővel elválasztjuk; vésővel való dolgozás esetén nem vésünk át teljesen, hanem a hátulsó csonthidat betörjük (*Robert Jones*). Ezután pontosan eltávolítjuk a rövidült hátulsó tokszalatot és segédzsalagokat és ha szükséges, átvágjuk, illetve meghosszabbítjuk az erek és idegek kikészítése után a térdet áthidaló hátulsó izmok inait (*Helferich, Schede, Kummer*). Most fűrészszel sagittalis síkban kb. 4 cm. mélységben felezzük a csomócsontot és sípcsontot és horizontális fűrészmetésezzük a külső csomócsontcondylusból és belső sípcsontcondylusból $2\frac{1}{2}$ —3 cm. hosszú darabot távolítunk el, míg a belső csomócsontcondylust és külső sípcsontcondylust lehető csekély anyagvesztéssel csak felfrissítjük (1. ábra a).

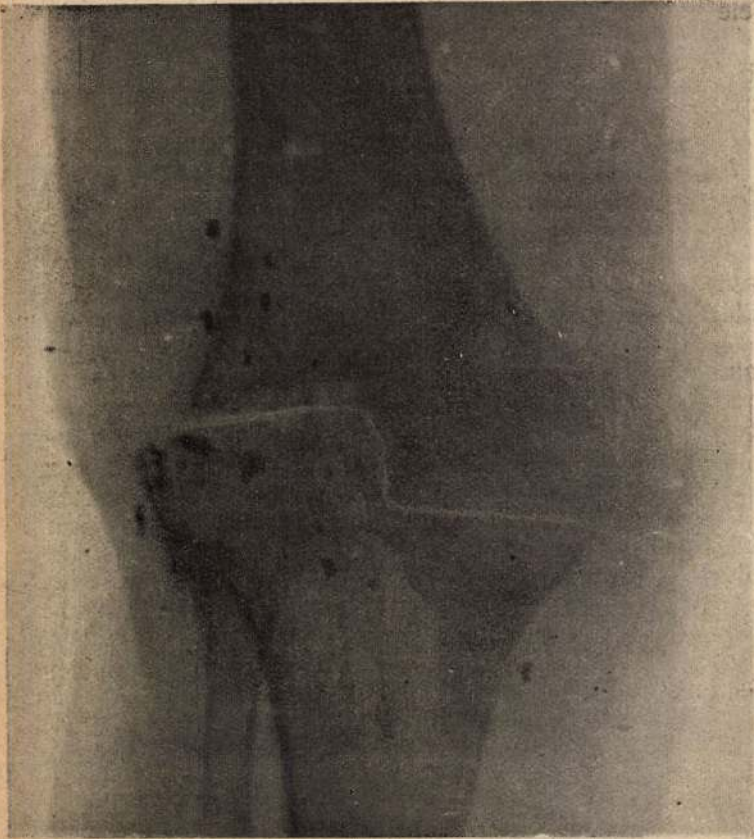
A sagittalis projectiában Z-alakú csontfelszínek összeillesztése után az esetleg felfrissített térdkalácsot az 1. ábrán b-vel megjelölt, vésővel felfrissített csontfelszínekhez rögzítjük és a megmaradt tokszalat- és segédzsalag-részeket, különösen elül és belül, egy hátul kivezetett drain kivételével, egyesítjük, illetőleg ránczoljuk. Bőrvarrat és rögzítőkötés.

E lépcső-resectio előnyei, hogy a csontok szükséges lehet csekély megrövidülését pontosan, jól mérhetően eszközölhetjük és hogy aránylag széles, frissen felsebzt csont-

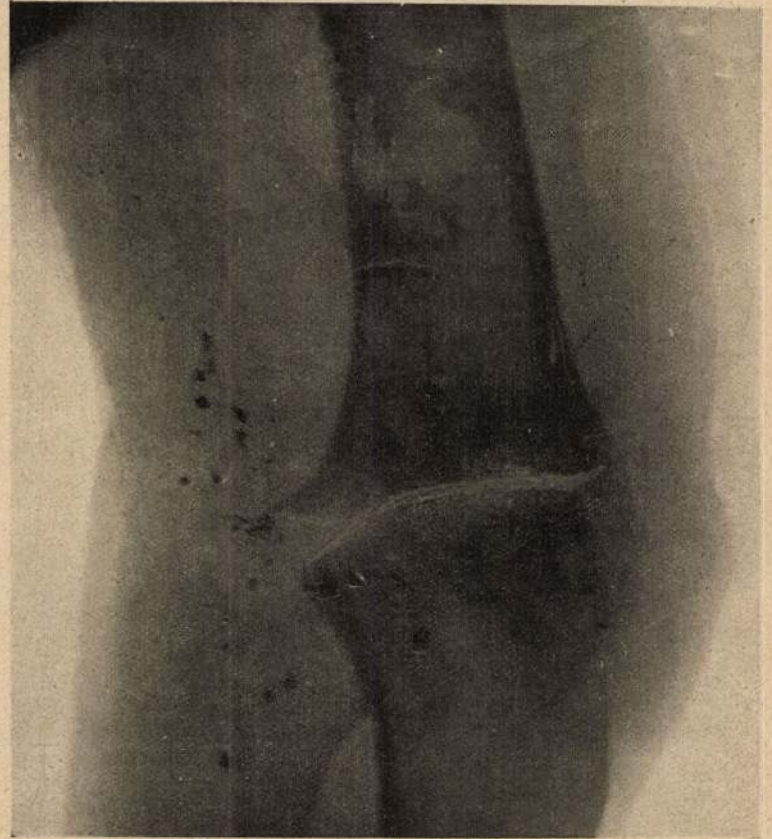
felszíneket illesztünk össze olyan módon, hogy legalább dislocatio ad latus és ad peripheriam ellen biztosítva vagyunk. Az eljárás tehát ugyanazt célozza, mint a *Helferich-Kummer*-féle ivresectio, de a kivitele megfelelő esetben talán könnyebb és a primaer stabilitása nagyobb.

Továbbá részben hasonló elveknek felel meg, mint a *Sultan* és *Fromme* által leírt eljárások, melyek friss sérülés, illetve térdtuberculosis esetén javallott térdresectio kivitelére vonatkoznak. Az eljárást a következő eset illusztrálja:

végeket fokozatosan erősen egymásnak nyomtam, mire néhány hét alatt consolidatio következett be. A nehezen gyógyuló, nem túlrégen keletkezett csontfelszínek esetén compressióját, mely egycsontú végtagrészeket fenyegető pseudoarthrosisánál, továbbá csapozott csontvégek egyesítésére megfelelő esetben jól bevált, a magam részéről is a legmelegebben ajánlhatom. Úgy gondolom, hogy az eljárás eredményességét a jó rögzítésen kívül a compressio által gyakorolt inger is elősegíti.



3. ábra a.



3. ábra b.

K. I. 31 éves gyalogos 1914 augusztus 30.-án sérült bal térdén harántul keresztülhaladó gyalogsági fegyverlövődék következtében. Mint sebesült, orosz fogságba esett, ahol sérülése különösebb kezelés nélkül, genyedésmentesen gyógyult. Intézetünkbe 1917 március 10.-én került a bal térd 100°-os csontos ankylosisával (2. ábra) és a balláb merev plantarflexiós contracturájával; a bal alsóvégtag izomzata erősen sorvadt volt.

A fentebb leírt módon eszközölt műtét minden tekintetben kielégítő eredményt adott, a mennyiben a beteg 10 nappal a műtét után alsó végtagját rögzítő kötés nélkül is emelni tudta és nyolcz héttel a műtét után a reszekált csontvégek megfelelő állásában teljes consolidatio állott be. A csontvégek tökéletes illeszkedését az elülső és oldalsó nézetben eszközölt *Röntgen*-felvételek jól mutatják (3. ábra a. b.). A bal alsóvégtag következményes rövidülése nem egészen 3 cm., melyet a láb equinus állása éppen kiegyenlít.

Jól végzett térdresectio után a reszekált csontvégek összeillesztése varrat, szög, csap és különleges készülékek segítségével többnyire felesleges. *Max Stolz* (Münch. med. Wochenschrift, Feldärztliche Beilage 1917, 21. sz.) egy általa szerkesztett készüléket ismertet, mely szabadon hagyott térd mellett egyrészt a reszekált csontvégek közelítését, másrészt pedig esetleges oldaleltérésük kiegyenlítését lehetővé teszi. Egy általam a csáktornyai cs. és kir. tartalékkórházban 1915 deczemberében műtett esetben (térdresectio, tuberculosis miatt hiányos consolidatio) hasonló eljárást alkalmaztam, t. i. a térd szabadonhagyásával a medenczére és csontra, továbbá a lábszárra és lábára alkalmazott gipszhüvelyeket *Hackenbruch*-klammerek segítségével összekötöttem és *Röntgen*-controll alatt a csont-

Közlemény a m. kir. Hadigondozó-Hivatal Bajza-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Parancsnok: Csiky József dr., egy. magántanár, tart. ezredorvos.)

A homloklebeny szerepe a mutatókísérlet létrejöttében.

Írta: *Szász Tibor* dr., ezredorvos (jelenleg egyik hadseregünk fülosztályának vezetője) és báró *Podmaniczky Tibor* dr., az intézet osztályos főorvosa.

A *Bárany*-féle vizsgálati módszerek nagy gyakorlati jelentősége és az azok által megkönnyített vagy egyedül lehetséges kisagyvelő-localisatiók általánosan ismeretesek. Az is ismeretes, hogy a mellémutatókísérletekkel elért diagnózisok nem egyeznek mindig a többi klinikai lelettel és hogy bizonyos hibaforrásokra tekintettel kell lennünk. Nem volna helyén való dolog ez alkalommal közelebbről ismertetni a mutatókísérletet más megbetegedésekben, inkább csak ama megfigyelések számát akarjuk néhány adattal gazdagítani, melyek a homloklebeny viszonyára a mellémutatókísérlet, illetőleg ezen az úton a kisagyra vonatkoznak.

A *Neumann* és *Beck* által ebben az irányban végzett vizsgálatokat — itt említendő *Rothmann* fogási kísérlete is — *Stiefler* igyekezett megdönteni, a ki fejsérülteken végzett vizsgálatai útján arra a következtetésre jutott, hogy a mutatókísérlet a kisagycentrumok sérüléseinél teljesen megfelel a már békében is alaposan tanulmányozott tumorlocalisatiós tüneteknek; ha azonban a homloklebeny sérüléséről volt szó, a vizsgálat *Bárany* szerint végezve sohasem adott pozitív eredményt.

Ezzel tehát be volna bizonyítva, hogy a kisagytüneteket

utánzó homlokkelebe-folyamatokat, a tévedésekre okot szolgáltatató mutatósi tüneteket nem direct homlokkelebe-centrum-működések, hanem a kisagyra gyakorolt távolhatások idézik elő.

Alkalmunk nyílt arra, hogy nagyszámú fejsérültön végezzünk mutatósi kísérleteket. Itt csak azokat az eseteket akarjuk ismertetni, a melyek homloksérüléssel állottak megfigyelésünk alatt.

Vizsgálataink eredménye kivonatosan a következő:

1. D. A. 1917 január 16. A jobb homlokfélén nem lüktető hiány. Cochlearis normalis. Spontan nystagmus nincs. Minden irányban jól mutat. A jobb fület hideggel kifecskendezve erős baloldali nystagmus és szédülés daczára mindkét felső végtaggal jól mutat. *A várt jobboldali mellémutatás nem áll be, még akkor sem, ha a bal fület meleg vízzel fecskendezzük ki.* Baloldalra mellémutatás prompte bekövetkezik megfelelő inger alkalmazására.

Ha a hiányt aethylchloriddal lehűtjük, néhány másodperc alatt mindkét felső végtaggal erős mellémutatás következik be balra. A baloldalon symmetriásan felvett homlokpont lehűtése ellenőrzésképpen hatástalan, a lehűtés tartama alatt a beteg jól mutat. Ha a jobboldali lehűtést megismételjük, a fent leírt mellémutatás gyorsan bekövetkezik és néhány perc alatt lefolyik.

1917 február 20. Ujlagos vizsgálat. A körülbelül egy hónap előtt megállapított tünetek ez alkalommal is változatlanul megvannak. A lehűtési kísérlet ekkor is a leírt mellémutatási mozgásokat eredményezi.

2. J. J. 1916 december 13. A jobb homlokfélén ökölnyi heggel fedett, lüktető hiány. Cochlearis normalis. Vestibularis tünetek nincsenek. Spontan helyesen mutat. Jobboldali hideg kifecskendezés után tipusos nystagmus, ennek daczára mindkét felső végtaggal helyesen mutat. *A remélt jobboldalra való mellémutatás nem következik be, még a bal fül meleg öblítésére sem.* A baloldali reakciókat a megfelelő inger prompte kiváltja.

Ha a nagy heget aethylchloriddal fagyasztjuk, azonnal erős baloldalra mellémutatás következik be mindkét felső végtagon. A symmetriásan megfelelő ellenkező homlokfélének lehűtése hatástalan.

A vizsgálatok megújítása

1917 január 9.-én,

1917 január 19.-én,

1917 február 20.-án

mindig az első ízben elért eredményeket adja.

3. L. A. 1917 április 25. A jobb homlokfélén pulzáló heggel fedett hiány. Cochlearis normalis. Vestibularis részéről semmi eltérés. Spontan mutatósi helyes. Jobboldali hideg kifecskendezés tipusos nystagmust idéz elő. Ellenben a várt jobboldalra mellémutatás nem következik be, még akkor sem, ha a bal fület meleggel öblítjük ki. Megfelelő ingerre baloldali reakciók mozgások azonnal bekövetkeznek.

Ha a heget aethylchloriddal lehűtjük, azonnal bekövetkezik mindkét kar balra mellémutatása. A symmetriásan megfelelő homlokfélének ellenőrző lehűtése teljesen hatástalan.

4. G. S. 1917 április 26. A jobb homlokfélén lüktető heggel fedett hiány, a symmetriásan megfelelő homlokponton egy impressio. Cochlearis normalis. Vestibularis tünetek nincsenek. Spontan mindkét karral kifelé mellémutat. Fejmozgások a mellémutatást nem befolyásolják. Jobb fül hideg öblítése után tipusos nystagmus, a karok kifelé mellémutatása változatlanul fennáll. Bal fül hideg öblítése után tipusos nystagmus, bal karral mellémutatás balra, jobb karral egyszer jobbra, egyszer balra, aztán helyes irányba. Bal fül meleg kiöblítésére: jobb karral mellémutatás jobbra, bal karral balra, vagyis a *spontan kifelé mellémutatás mindkét karon változatlan.*

A pulzáló defectus lehűtése mindkét karnak erős balra mellémutatását vonja maga után. A symmetriásan fekvő impressiónak lehűtése hatástalan.

5. T. A. 1917 április 5. A jobb homlokfélén a halántékra is ráterjedő lüktető heggel fedett hiány. Baloldalt labyrinthusjellegű hallászavar. Vestibularis tünet nincs. Spontan befelé mellémutatás a bal karral. A bal fül hideg kiöblítése után tipusos nystagmus, *jobb karral jól mutat, a ballal spontan mellémutatásnak megfelelően, jobbra valamivel mellé.*

Aethylchlorid-lehűtés hatástalan.

6. F. M. 1917 június 1. Jobb oldalt plastikával fedett nagy homloksérülés. Cochlearis-készülék normalis. Vestibularis jelenségek nincsenek. Spontan mutatósi jó. Jobb fül hideg befecskendezése tipusos nystagmust idéz elő, de a várt jobb félremutatás hiányzik és a bal fül meleg kiöblítése sem váltja ki. Reakciók mozgások bal oldalra prompte bekövetkeznek.

7. Cz. A. 1917 június 1. Áthatoló lövés, bemeneti nyílás a glabella, kimeneti nyílás a bal halántékon. Cochlearis normalis. Vestibularis jelenségek nincsenek. Spontan mutatósi jó. Jobb oldalt hideg öblítésre, tipusos nystagmus és tipusos mellémutatás. Bal oldalt hideg öblítésre nystagmus daczára baloldalra mellémutatás nincs. *Jobb fül meleg öblítésekor baloldalra mellémutatás szintén hiányzik.*

Valamennyi beteg hónapokkal azelőtt sebesült meg s így már kifejlődött és állandósult állapotokkal van dolgunk. A látható anatómiai elváltozások ugyan minden esetben a homlokkelebe sérülésére engednek következtetni, az

utolsó két esetben a sebészeti lelet alapján is meggyőződhetünk annak jelenlétéről. Mindazonáltal nem vagyunk abban a helyzetben, hogy a sérülés helyét pontosan lokalizálhassuk. Még az esetben is, ha a sérülésnek a helye hozzávetőleg már kiterjedésénél és nagyságánál fogva ismeretes előttünk, mégsem vagyunk tisztában, mennyire terjed a lágyulás, vérzés vagy esetleg genyedés az eredeti elpusztult gócz körül.

Hét esetünk közül öt spontan jól mutatott. Egy (4. eset) mindkét karral kifelé, egy másik (5. eset) bal karjával befelé mutatott félre.

E megfigyelést csak megemlíti a nélkül, hogy közelebb foglalkoznánk azzal a kérdéssel, mily viszonylatban van a spontan mutatósi a kisagy sérüléseinek eseteihez.

Valamennyi esetünk megegyezik azon tünetekben, melyeket vestibularis izgalom behatása alatt mutatnak, még pedig, *hogy semmiképpen sem lehet a homlokkelebe-sérülés oldala felé félremutatást előidézni.*

Bárány szerint a félremutatás az azonos oldalú kisagyfél hatásának eredménye; ha egy bizonyos oldal felé félremutatást előidézni nem lehet, akkor az azonos oldalú kisagyfélnek kiesését kell feltételezni. Eseteinkben a sérülés azonban az azonos oldalú homlokkelebeben van. Ha már most hypothesisekkel akarnánk dolgozni, fel kellene tételeznünk, hogy homlokkelebe és a kisagy a mutatósi kísérlet létrejöttét illetőleg bizonyos viszonyban áll egymáshoz — a félremutatás létrejöttéhez mind a homlokkelebe, mind a kisagy működésére szükség van. Ha az egyik a kettő közül bizonyos okoknál fogva nem működik, nem idézhetünk elő többé félremutatást. A két homlokkelebeben ez irányban működő összeköttetését is fel kell tételeznünk, melylyel megmagyarázhatjuk azt, hogy mindkét karon hiányzik a félremutatás.

Egy második fontos és eddig még nem észlelt tünetet figyelhetünk meg négy másik betegünkön.

A pulzáló s csak bőrrel fedett homloki agyfelület lehűtése mindkét felső végtagnak rögtön félremutatását idézi elő a sérüléssel ellenkező oldal felé.

Bárány, mint tudjuk, a kisagy egyes körülírt részeinek lehűtésével igyekezett bizonyítani félremutatási elméletének helyességét és vele együtt megállapítjuk, hogy a hideg behatása, mint azt Trendelenburg is bebizonyította, az agyra bénítólag hat. Ha már most, mint fentebb feltételeztük, a félremutatás a megfelelő homlokkelebebenyitájék sérülése és elpusztulása folytán nem jöhetett létre, ugyanazon hely lehűtése pedig az ellenkező oldal felé való félremutatást eredményezett, a két tünet létrejöttét nem vezethetjük vissza ugyanazon központ működésére. Inkább azt kell hinnünk, hogy a lehűtés nem magára a lehűtött helyre hat és hogy a félremutatás a sérülés közelében fekvő félremutatási központ időleges bénulásának eredménye. A félremutatást pedig az okozza, hogy a túloldali félremutatási központ van túlsúlyban. Betegeink spontan helyesen mutatnak, talán más, szomszédos és hasonló hivatású központok lépnek ilyen esetekben működésbe és ha betegeinket esetleg rövid idővel a sérülés után vizsgáltuk volna, talán spontan félremutatást találtunk volna a sérüléssel ellenkező irányban.

Összefoglalva megfigyeléseinket, megállapíthatjuk, hogy homloksérülteken egy jól körülírt tünetcsoportot észlelhetünk: *a betegek spontan helyesen mutatnak (egyes kivételekkel), vestibularis izgalom nem idéz elő félremutatást a sérüléssel azonos oldal felé. A szabadon fekvő és csak bőrrel fedett homlokkelebe lehűtése mindkét felső végtagnak a sérüléssel ellenkező oldal felé félremutatását idézi elő.*

Tőlünk nem függő okok folytán a vizsgálatokat nem folytathattuk tovább. További vizsgálatok és különösen autopsziák hivatottak arra, hogy e kérdések magyarázatát meg-hozzák, annyit azonban megfigyeléseink alapján most is megállapíthatunk, hogy a homlokkelebebenynek a mutatósi kísérlet létrejöttében bizonyos szerepe van. A homlokkelebebeny szerepét a statotonus létrejöttében mindenestre komoly megfontolás tárgyává kell tenni. A kérdés magyarázatát talán a következő pálya magyarázná meg: homlokkelebe-nucleus

rubro-tractus rubro-spinalis. A függőben maradt kérdések részletezésére más munka körében fogunk kitérni.

Vizsgálatainkból végül azt a gyakorlati következtetést vonhatjuk le, hogy a mutatósi kísérletet homloklebenysérüléseknél is vizsgáljuk meg, különösen kétséges esetekben, melyekben annak pozitív voltából az agy (homloklebeny) sérülésére következtethetünk.

(Közlemény a nagyváradi cs. és kir. tartalék-kórház Röntgenlaboratoriumából. (Parancsnok: Fornét Miklós dr., I. osztályú főorvosorvos.)

Egy évi tapasztalataim a mesterséges napfénykezeléssel.

Irta: Erdős Adolf dr., ezredorvos.

Az utóbbi években, de különösen a háború előtti időkben gombamódra szaporodtak a hangzatos elnevezések alatt forgalomba hozott különféle physikális gyógy módok. Mint minden más téren, itt sem hozott sok gyümölcsöt a tömegproductio. Nem pedig azért, mert az új gyógyeljárások legtöbbjét (különféle radium-italokat, vacuum-készülékeket) nem hozzáértők hozták forgalomba, hanem nyereszkeskedni vágyó gyógyszerészek és mechanikusok, a kik csak a közönség zsebére utaztak, nem törődve azzal, hogy értéktelen eljárásukkal az értékeseket is diszcreditálják. Ezért nem lehet csodálkozni azon, hogy a mikor a kékfény-kezelésről először jelentek meg közlemények, az orvosok legnagyobb része meglehetősen bizalmatlansággal fogadta az új gyógyeljárás híreit. A skeptikusok nem tudták elhinni, hogy pusztán fényhatással gyógyeredményeket lehet elérni. Azt még csak elhitték valahogy, hogy localis reakciókat el lehet érni a kékfénnyel, de hogy ennek valamelyes általános hatása is legyen, nem tudták elképzelni. Pedig Schulek tanár ezelőtt negyven évvel kimutatta, hogy a napfénynek is vannak mélyreható, penetráló hatásai. Ezt bebizonyította azzal, hogy fényérzékeny papírosból készült golyócskákat nyeletett le két beteggel, a kik közül az egyiket sötét szobában tartotta 24 órán át, a másikat pedig világos, napfényes szobában. Ekkor azt tapasztalta, hogy a napfényes szobában levő beteg emésztése élelőbben folyt le, s a fényérzékeny papíros az előhíváskor a bromezüstöt redukálta, azt mutatva ezzel, hogy a napfény a hasfalán keresztül hatott. Ugyanezt a kísérletet többször megismételte, s az eredmény következetesen az volt, hogy a napfény az emésztésre élénkítő hatással volt. Vagy vegyük a Röntgen fényt, a melyről eleinte szintén kétségbe vonták, hogy van-e gyógyító hatása? Ma már minden orvos meg van győződve arról, hogy a Röntgen-sugarakban hatalmas gyógytényezőt nyertünk, hiszen a favust, makacs eczemákat, lupust ma már bőrgyógyászati klinikákon meg sem kísérik drága kenőcsökkel kezelni, hanem csupán Röntgen-sugarakkal gyógyítják. Nőgyógyászati klinikákon a carcinomákat, a klimakteriumon túl levő nők myomáit szintén igen eredményesen kezelik a Röntgen-sugarakkal. Hogy némely esetben milyen feltűnő eredményeket lehet velük elérni, arra néhány héttel ezelőtt volt jó példám. Egy helybeli sebész küldött hozzám egy nőbetegét, a kinek 17 hónapos ekzemája volt a jobb tenyerén és a kéz hátán. Röntgen-kezelést alkalmaztam és pedig első ülésben a tenyerén. Öt nap múlva, a mikor az asszony jelentkezett a második kezelésre, a legnagyobb elragadtatással mutatta a tenyerét. Az azelőtt 17 hónapon keresztül nedvező, hólyagos-varas tenyér teljesen megtisztult, míg ennek kontrasztjaképpen a még nem kezelt kéz hátán változatlanul fennállott a kínzó viszketéssel, égéssel járó ekzema.

A mikor ilyen eseteket látunk, akkor elhihetjük, hogy másik fajta, más physikai eljárással létrehozott sugaraknak szintén lehetnek gyógyító tulajdonságai. És személyes tapasztalataim szintén arról győzték meg, hogy a kékfénynek igenis vannak értékes gyógyhatásai! Azt kérdezhetné valaki, a ki már látott kékfénykezelést, hogy a jó hatását nem a kékfény hő- vagy fényhatása mint olyan okozza-e? Erre vonatkozólag is történtek kísérletek, kezelték párhuz-

mosan (Kjeldsen, Brieger) lupusos betegeket kékfénnyel és váltogatva fénnnyel (ívfény) és forró levegővel; a míg a kékfénnyel teljes gyógyulást értek el, addig a forró levegővel és ívfénnyel kezelt esetekben alig volt valamelyes javulás. Ezen kísérletek bebizonyították, hogy a kékfénynek specifikus gyógyhatása van, és pedig localis és általános hatása. A localis eredményt erősen támogatja az általános hatás, a mennyiben a kékfénynek a közérzetet javító, az étvágyat előmozdító, a vérkeringést, anyagcserét fokozó hatása is van s így a szervezet ellenállását és gyógyhajlamát nagy mértékben növeli. De ezen felül van még a kékfénynek határozott baktericid hatása is, a minek a bőrtérapiában van fontossága, a mennyiben parasítás, bacteriumos eredetű bántalmakban (acne, furunculosis) egyéb hatások mellett a baktericid hatás is érvényre jut. Hogy a mesterséges napfénynek csakugyan van antibacteriumos hatása, azt a közegészségtan is elismerte; bizonyítja ezt az, hogy egyes városi vízműtelepeknél az ivóvíz sterilizálására (ozonizálással kapcsolatban) az ibolyántúli sugarakat igen jó eredménnyel alkalmazzák.

Ezek után nézzük, hogy voltaképpen mi is az a mesterséges napfény, anélkül, hogy a dolog technikai részébe belemélyednénk.

Körülbelül 20 évvel ezelőtt Rollier (Leysinben) és Bernhard (Samadenben) azt a tapasztalatot tette, hogy a magaslati napfénynek igen kedvező hatása van a gümös csontbántalmakra, rosszul gyógyuló, renyhén sarjadzó sebekre, torpid fekélyekre és izületi bajokra. Kutatván a magaslati napfény ezen jó hatásának okát, azt találták, hogy ez főképpen a napfény rövid hullámú, ibolyántúli sugarainak tudható be, a melyek sík területen a föld párákőre által absorbeáltnak és így csakis bizonyos magasságon túl juthatnak érvényre. Ez adta meg az impulsust bizonyos physikusoknak arra, hogy oly készülékeket szerkeszsenek, a melyek nagy mennyiségben tudnak ibolyántúli sugarakat szolgáltatni, hogy ezeket azután a gyógyászatban értékesíteni lehessen.

Az első eredményes kísérletek Kjeldsen dán physikus nevéhez fűződnek. Ő vaselectrodákat használt dermo-lámpájánál. Az így előállított vasfény bőven szolgáltatott kék, ibolya és látható és láthatatlan ibolyántúli sugarakat. A Kjeldsen készülékénél sokkal tökéletesebb volt az Arons-féle ívfény. Azonban az első, a célnak valóban megfelelő készüléket csak akkor lehetett megszerkeszteni, a mikor Cooper Hewitt angol mérnök 1901-ben a kénesező-gőzlámpát feltalálta. Ez igen gazdagon szolgáltat ibolyántúli sugarakat, azonban therapiiai célokra mégsem egészen alkalmas, mert ennél a készüléknél a fény üvegcsőben képződik, a mely az ibolyántúli sugarak nagy részét visszatartja, ezen felül az üvegcső a kénesezőgőzök nagy hőfokát sem igen bírja el. Ezért tovább kellett kísérletezni. A Heraeus-cégnek Hanau-ban sikerült kvarcüzvegéből olyan lámpát készíteni, a mely úgy a magas hőfokot (körülbelül 2000 Celsius) jól tűri, mint az ibolyántúli sugarakat igen könnyen bocsátja keresztül. Az első sikerült lámpát a cég 1907-ben hozta forgalomba. Azóta több modellt készítettek. A legutolsó és legkételesebb készülék az úgynevezett „Künstliche Höhensonne“ (mesterséges napfény), a melyet 1911-ben és egy még újabb modellt 1913-ban adtak át a forgalomnak.

A nagyváradi cs. és kir. tartalék-kórház Röntgenlaboratoriumában egy ilyen készülék van használatban 1916 január 1.-e óta. Kezelve voltak a következő betegségekben szenvedő betegek: lupus, bőrtuberculosis, mirigy-fistulák, sycosis, seborrhea capitis, renyhén sarjadzó sebek, fagyások, gümös csontbántalmak, gümös izületi megbetegedések, idősült makacs genyedések, empyemák stb.

A kezelés másodnaponként történik, és pedig növekvő időtartammal. Az első kezelés öt perczig tart, a második 8 perczig, azután 10, 15, 20, 30 perczig sugározzuk be a beteg területeket. Ilyen eljárás mellett, ha kaptunk is kisebb-fokú égéseket, azok 24—48 órán belül elmúltak, s lényegesebb subjectiv kellemetlenségekkel nem jártak, annál kevésbé okoztak objectiv jelenségeket. A betegek 40—80 cm. távolságban ülnek a fényforrástól, s mind szemüveget kap-

nak. Rendszerint egyszerre 4—5 beteget ültetünk a lámpa elé. A besugározatni nem kívánt területeket papírkötényekkel takarjuk le; természetesen empyemáknál, vagy a hol főként általános hatást akarunk elérni, semmit sem takarunk le a bőr felületéből, de a beteget ennek arányában távolabb helyezzük el a fényforrástól.

Nézzük már most a „mesterséges napfénnel“ elért gyógyeredményeket, és pedig elsősorban a *hadsebészeti szem-pontjából*.

1916 január 1-től 1917 február 1-ig rendszeres kékfény-kezelésben közel 300 ember részesült; ezeknek túlnyomó részét genyedő seb s az ezzel járó nagyfokú erőhanyatlás miatt küldték kékfény-kezelésre. Mindezen esetekben csaknem kivétel nélkül igen kielégítő, sőt igen sok esetben meglepően jó eredményeket értem el. A kéksugarak hatása alatt a genyedő sebek bámulatos gyorsan tisztultak, a legprofusabb genyedés is pár kezelés után láthatóan csökkent, a sebek a necrosisos részek (sequesterek) leöklődése folytán igen gyorsan tisztultak, a véres és savós beszűrődések a sebek környékén gyorsan felszívódtak, erős sarjadzás indult meg olyan kiterjedésben, a milyenről azelőtt álmodni sem mertünk volna, és ezen kedvező változásokkal karöltve csillapultak a beteg fájdalmai, javult az erőbeli állapotuk, közérzetük és külsejük.

A sebek sarjadzása a kékfény-kezelés legmeglepőbb és legbámulatosabb eredménye. Renyhén sarjadzó, torpid, fekélyes sebek két-három besugárzásra valósággal varázsszerű gyorsasággal hámosodnak be. Volt esetem, a melyben a sebész csak az én unszolásomra küldött egy beteget laboratoriumomba, mivel ő egyáltalában hihetetlennek tartotta, hogy a beteg szegycsontja felett levő tenyérsíri seb más módon, mint bőrtransplantációval legyen behámosítható. Ez esetben öt kezelésre a seb, a fistulás hely kivételével, teljesen behámosodott. Ezen a betegen, valamint a legtöbb betegen a gyors gyógyulással a láz csökkenése, az erőbeli állapotjavulása, a közérzet élénkülése és súlygyarapodás járt.

A mesterséges napfénynek a lázra gyakorolt hatását annyira szembeszökőnek találtam, hogy gondolkodóba ejtett, vajjon e jó hatást közvetlen a kékfény befolyásának tudjam-e be, avagy pedig a betegségre magára gyakorolt jó hatás folyamán? Ennek kiderítésére különös figyelemmel kísértem a hőmérsék magatartását, s azt tapasztaltam, hogy a hőemelkedés még olyan esetekben is esést mutatott, a melyekben a genyedés, illetve a lázat fönntartó betegség maga még változatlanul fönntállt. Ez mindenesetre a mellett szól, hogy a kékfénynek specifikus hatása van a lázra.

A gümös megbetegedéseket illetőleg tapasztalataim főként csak a sebészi tuberculosisra vonatkoznak; a tüdőbeli folyamatok kezelésével inkább csak kísérletképpen foglalkoztam, s ki kell jelentenem, hogy mindazokban a tüdőesetekben (nem phthisist értve), a melyekben a mesterséges napfényt alkalmaztam, az eredmények igen biztatók voltak arra nézve, hogy a kezelést rendszeresen alkalmazzam tüdőbetegeinken, azonban a jelenlegi viszonyok között, idő- és térhiány miatt erről le kellett mondanom, annyival inkább, mert a helybeli tüdősanatorium (tartálék-kórházunk VIII. osztálya) éppen most rendezkedik be a mesterséges napfénykezelésre.

Mindenesetre érdekesnek tartom egy empyema-esetről tett feljegyzéseim közlését. Ez esetben a fénykezelés megkezdésekor már a bordaresectio javallata állott fenn, de a beteg annyira irtózott a műtétől, hogy mint „ultimum refugium“-ot a fénykezelést alkalmaztuk, mint alább láthatjuk, kitünő eredménnyel:

F. Jánost 1916 július 18-án vették fel kórházunkba a következő állapottal: A jobb oldalon, a III. borda magasságában egészen a szegycsontra terjedőleg gyermek-tenyérsíri túlsarjadzott szélű seb, a melyből bőven ürült geny. A jobb mellkasfél csaknem egész terjedelmében tompa a kopogtatási hang és légzés alig hallható. A beteg igen leromlott, lesoványodott.

A mesterséges napfény-kezelést augusztus közepén kezdtük meg rajta, és pedig eleinte kétnaponként, később naponként 15—30 perc tartammal. A beteget a fényforrástól

80—120 cm. távolságban helyeztem el. Már az első hat kezelés után lényeges javulást észleltem a betegen; közérzete erősen megjavult, dyspnoéja lényegesen csökkent, étvágya, erőállapota fokozódott és némi súlygyarapodás is mutatkozott. A javulásnak objectív tünete is volt: a tompulat két bordával lejjebb szállt; a próbapunctio pedig az előbb sűrű genynek higabbá való válását mutatta. További tíz kezelés után a tompulat még egy bordával lejjebb szállt. Az erőállapot, közérzet annyira javult, hogy a beteg egész nap talpon volt és légzése teljesen nyugodt lett. Az izzadmány átalakult savóssá. Október elején beszüntettük a kékfény-kezelést s a beteget belső gyógyszerekkel kezelték tovább, a mi, mint értesültem, az izzadmány teljes felszívódásával járt.

Még jobbak az eredmények a sebészeti tuberculosiban. Általánosságban azt tapasztaltam, hogy a mesterséges napfény-kezelés igen szűkre szabja az operatív beavatkozás javallatait, különösen az olyan esetekben, a melyekben a kezelés hosszabb időtartama nem ellenjavallat a fénykezeléssel szemben.

Részletezve már most az eredményeket, úgy találom, hogy mesterséges napfény behatására a gümös ízületi oedémák, fungosítások csak igen lassan mutatnak valamelyes kedvező változást. A javulással karöltve az ízület működőképessége is határozottan kedvezően befolyásolódik. Láttam váll, könyök, kéztő és térdizületi merevségeket lényegesen javulni. *Gümös nyakmirigyekre* úgyszólván semmi hatása sincs a kékfénynek. Azonban elgenyedt és már megnyitott mirigyek igen szépen tisztulnak és sarjadzanak. *Mirigy-fistulák* aránylag rövid idő alatt, 10—15 kezelésre elzáródnak. Hideg tályogok a megnyitás után szintén igen szépen javulnak. A *caries* egyike a leghálásabb talajoknak a sugaras kezelésre. Alkalmam volt kezelésem alatt álló carieses betegeken a gyógyulást Röntgen-felvételekkel ellenőrizni. Ez esetekben a beteg csontokon 4—6 hét alatt igen kedvező változásokat észleltem. A sequesterek, nekrosisos csontdarabok leöklödtek és kiürültek, a csont-sebhez vezető fungosus sarjak megtisztultak, a caries helyén egészséges callus-képződés, a lágyrészek pedig élénk sarjadzás indult meg.

Fagyás eseteiben a renyhén vagy egyáltalában sarjadzani nem akaró sebek igen szépen és meglehetősen gyorsan bőrösödtek be. Különösen ki kell emelnem, hogy a mesterséges napfénykezeléssel megindított sarjadzásnál nemcsak ennek gyorsasága az, a mi várakozásunkat kielégíti, hanem a sarjadzás minősége is, mert ezen kezelési eljárás mellett túlsarjadzást alig látunk, mivel a mesterséges napfény a bőrnek azt a tendenciát kölcsönzi, hogy a puha sarjakat azonnal épp hámmal fedje be.

A mi a bőrbajok fénykezelését illeti, jöllehet meglehetősen számú esetben alkalmaztam, mindazonáltal az ezen téren szerzett tapasztalataimat nem tartom elegendőnek arra, hogy egyelőre ítéletet mondhassak a kezelés értékéről.

Közegészségügyi állapotaink és intézményeink a 19. század első harmadában.

Hazánk régi közegészségügyi viszonyairól nemcsak az egykorú magyar szerzőktől értesülünk, hanem külföldi szakemberek feljegyzéseiből is. Az utóbbiak objectivitása az előbbieké felett áll, mert mondandóikat a honszeretet vagy a helyi patriotismus nem befolyásolta. Rendszerint „útközben“ ismerkedtek meg velünk az utazók. A keresztes hadjáratok útja, nemkülönben a XVI. századig a közlekedés egyik vonala India felé, épp úgy vezetett Magyarországon keresztül, mint a Balkán-félsziget felé igyekvőké. A fennmaradt és kiadott útleírásoknak a száma elég tekintélyes. *Szamota István* harmincz és egynéhány ily útleírást tett közzé¹, melyekben a 10.—18. században közöttünk járt utazók

¹ Régi utazások Magyarországon és a Balkán-félszigeten (1054—1717). Összegejtötte és jegyzetekkel kísérte *Szamota István*. Budapest, Franklin-társulat, 1891.

számolnak be az itt talált természetrajzi, közéleti, culturalis stb. állapotokról, és pedig csaknem mindig fő tekintettel a magyar fővárosra, mely a mohácsi vész előtt még minden utazóra a modern nyugati város benyomását tette.

A 17. században két orvost is találunk, kik hazánk földjét bejárták s bő leírását hagyták hátra itteni tapasztalataiknak. Az egyik *Tollius Jakab* volt, egy utrechti születésű orvos, a ki 1679-ben a duisburgi egyetemen a történelem, latin és görög tanára lett s a ki két ízben is, először *Zrínyi Miklós* látogatására 1660-ban, majd pedig 1687-ben másodszor is felkereste hazánkat. Tapasztalatairól nagy körülményességgel és igen érdekes adalékokat szolgáltatva számol be 1700-ban megjelent könyvének: „*Epistolae itinerariae . . . cura et studio Henrici Christ. Hennini. Amstelaedami. Typis Franc. Halmae M.D.CC.*“ 5. és 6. úti levelében. A másik orvos-utazónk *Brown Eduárd* volt, ki mint Oxfordban végzett fiatal orvos, a londoni orvosegyesület megbízásából 1669–70-ben járt nálunk és feljegyzéseit 1673-ban szintén kiadta, még pedig a következő címmel: „*Account of several travels in Hungaria, etc. London.*“²

Természetesen *Tollius* és *Brown* idejében a főváros már nem volt többé az a ragyogó, gazdag nyugati város, a mely a hódítás ideje előtt volt. De látni és dicsérni való azért még mindig akad. Jóleső, csendes örömmel olvassuk például *Brown* könyvében, hogy „Buda és Pest közt van a legszebb hajóhíd, melyet valaha láttam s ha *Zsigmond* király elég hosszú ideig él és célját, azaz az itt létesítendő köhíd építését elrendelhetette volna, bizonyára nem léteznék Európában ehhez fogható híd“, azonban nemzetünk életenergiájának megtörhetetlen fennmaradásába vetett hitünk aczélozódik meg éppen most, az egyetemek sorra megnyíltának korában, ama másik passzusának olvastára, a melyben akkori elnyomottságunkat illusztrálva, azt mondja, hogy „mivel a törökök csaknem az egész ország urai és a lakosokat mindenkor végveszéllyel fenyegetik, nem remélhető, hogy Bécsen túl valaha egyetem létezzék“.

De ezt csak kitérőskép. Orvosi viszonyainkról, közegészségügyi állapotainkról a két említett orvos alig-alig emlékezik meg, legalább is nem bővebben, mint azt bármely nem-orvos utazó tette volna.

Annál többet ír, jelesen Pest és Buda közegészségügyi intézményeiről, *Horn Vilmos*, egy fiatal berlini orvos, a ki *Funk Adolf Frigyes* dr. nevű barátjával együtt bejárta a művelt országok főbb városait, hazánkban Pozsonyt, Budát és Pestet. Érdeklődésük mindenütt és mindenekfelett az orvosi és egészségügyi vonatkozások felé fordult.

1828 április 7.-én indultak el Berlinből s ugyanazon év október 1.-én hagyták el Bécset és jöttek át hazánkba. Közel 10 esztendő hijján tehát 100 éve, hogy itt jártak. Ha a chronologia szerint mérjük a 90 esztendőt: arasznyi idő. De ha a haladást nézzük, a melyet azóta tettünk, egy világ választ el látogatásuk idejétől.

Némi kihagyásokkal, de szószzerinti fordításban közöljük *Horn* dr. leírását, melyet könyvények „*Reise durch Deutschland, Ungarn, Holland, Italien, Frankreich, Grossbritannien und Irland in Rücksicht auf medizinische und naturwissenschaftliche Institute, Armenpflege u. s. w. Berlin, 1831. Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin*“ I. kötetében tett közzé.

„Pest lakosságának a száma az 1819-ben összeszámlált 47.188 lélekről 60.000-re emelkedett és Buda lakóinak a száma ennek a felét teszi ki. A születések számának jelentékeny emelkedése főleg a bevándorlásoknak köszönhető. Az egyetemi és polgári kórház jegyzékei szerint e két menedék-helyen évente 170 törvénytelen gyermek jő világra s ezenfelül mintegy 50 titokban születik; vagyis 10–11 gyermek közül 1 törvénytelen. Évente 1800 ember hal meg, tehát

körülbelül minden 26-odik; ezek közül a legtöbb az első életévben hal meg s a halandóság legnagyobb a törvénytelen gyermekek közt. A zsidók halálozási kimutatásai szerint, ha adataik helyesek, minden 37 emberre csak 1 haláleset jut. Az öngyilkosok évi száma 10 s ugyanannyi átlagban a vízben vagy tűzben elszerecsétlenedettek száma. 100 emberre 1 házasság esik s ilyformán a lakosság megszapordott ugyan, de nem a családok száma.“

A Pesten található intézetek közül a következők sorolhatnának fel:

„Az *Erzsébetrendi apácák kolostora* Budán van. Az apácák száma 39. Egy széles, de nem nagy kórteremben 45 ágy van elhelyezve s a konyha mögött egy lábadozóház áll 30 ágygyal. A berendezés igen czélszerű s az intézet igen jó hírnévnek örvend; csupán tisztaság tekintetében marad el a hasonló rendeltetésű intézetek mögött.

Az *irgalmasok kolostorában* is több szenny és tisztátalanság található, mint a mennyit rendesen lát az ember. Itt két betegosztály van, melyek közül az egyik az irgalmasrendi szerzeteseké és 31 ágygyal van felszerelve. A másik osztályon oly betegek fekszenek, a kiket a városi tanács küld át a kolostornak ápolásra; mindenféle beteg együtt van itt; voltak köztük lánczra vert emberek is. Az osztály 77 ágyas; sajnálatraméltó, hogy a betegek egy részének a földön kellett hevernie. Különös, hogy a kolostornak temploma nincs s a 38 szerzetes be kell hogy érje a betegek kápolnájával; kert sincs; azonban a lábadozók nagy előnyére szolgál, hogy a Császárfürdőt használhatják. A gyógyszer-tárat a városi lakók itt is használhatják.

A *pesti katonakórház* nagy épület s annakelőtte klastrom volt, a mit építéi módjáról még jól meg lehet ismerni, nemkülönben magas szobáiról, melyek a helyszűke miatt fele magasságukban ketté vannak választva s a karzatokon szintén betegek vannak elhelyezve; ez a beosztás 4 szobában van meg így. Különös, hogy az intézet főnöke egy lovaskapitány. Az épület elülső részének a nagy rokkantház van nekiépítve. Három emeletből áll; az alsó emelet a gazdasági hivatalé; az egyik emeleten „az externisták“, a másikon a belbajosok fekszenek, a kik azonban nincsenek túlsúlyban, mert a sebészet ugyancsak telhetetlen, a mennyiben a syphilises betegek is idekerülnek. A szobák összes száma 11; ezek közül egy távoleső szoba a női betegeké; van egy szoba, feltehetőleg az előbbi kolostor étkezőterme, melyben 54 beteg feküdt. A betegek összszáma 278 volt; ezenkívül még néhány beteg Budára utaltatott át, úgy, hogy egy 6500 főből álló helyőrséget tekintve, a betegek száma tekintélyesnek mondható. Az élelmezés az összes osztrák katonakórházakban ugyanaz. A konyha igen sötét. A gyógyszer-tár a rokkantak házának elülső épületében van elhelyezve és igen nagy, a mi már abból is következtethető, hogy két katonakórházat kell ellátnia, a melyekben, a mint mondták, a legdrágább gyógyszerekkel sem kell takarékoskodniok; ezenfelül még a városi lakosság is igénybe veszi a gyógyszer-tárat.

A *budai katonakórház* a pestinek fiókja s ezért csak szükséggyógytár felett rendelkezik; az eddig látott katonai lazarettoktól nagy barátságossággal és tisztasággal ékesen elüt. Három emeletje van 16 szobával, ezek közül egy szoba nők, t. i. a katonák feleségei részére való, a kik kérelmükre idejöhethetnek szülni . . . A kórház közel 300 betegre van berendezve és ennek daczára 274 sem fér el benne, úgy, hogy egy részük a földön feküdt . . . A kórház főnöke *Beschka* dr. ezredorvos, a ki mellett két segédorvos működik: az egyik a sebészi betegeket, a másik a belbajosokat látja el. A helyőrség legnagyobb része olasz katonákból állván, itt is követik a szabályt, hogy különösebb ellenjavallat hijján rögtön a beteg felvételekor eret vágnak rajta.

A *rokkantak háza*³ nagyszerű stílusban épült és igen szép, a szobák úgy vannak berendezve, mint a katonakórházai és 2000 embert fogadnak be; gazdasági szervezete olyan, mint a bécsi rokkantházé. Az épületek és a mögötte

² A munkának később német fordítása is megjelent: „*Durch . . . Hungarn . . . gethane gantz sonderbare Reisen (1669–70). In die hoch Teutsche Sprach uebersetzt. Nürnberg, 1711. Lásd a közelebbiekkel*“ Győry. *Morbis hungaricus*. Budapest, 1901, 15. lap.

³ A mai Károly-kaszárnya, ill. központi városháza.

levő katonakórház közt egy nagy, szép udvar foglal helyet. A szép épület megalapítója VI. Károly.⁴

A polgári kórház⁵ mindössze 40 év óta áll fenn és sok jó mellett sok rossz is van benne. Az igazgatója Windisch dr. Van két segédorvosa, egy fő- és egy alsebése és egy gyakornoka. A betegállomány 170, egy harmadában nők. Több beteg nem vehető fel; rossz berendezés az Magyarországon, hogy a városok szabad városok lévén, sehol sincs általános közkórház; ilyenformán sok utánjárást igényel, a míg a sok aláírást beszerzik a betegek és kórházba juthatnak. Idegeneket — s ez igen kegyetlen álláspont — egyáltalán nem vesznek fel. A jól és tisztán berendezett szobákon kívül még nyolcz külön szoba van fizetők részére, melyek egy része egy-, másika többágyas s ezzel arányban változik az árak is. Az árnyékszékcek cél-szerűek. Fürdőhelyiség nincs; szükség esetén fürdőkádát visznek a szobába. A sebészi betegek száma kisebb, úgy, hogy a harmadik emeletre részben belbajosok is kerülnek, a kik egyébként az első emeletet birják. Külön szoba áll a szüléset rendelkezésére 8 ágygyal; a terhes nők csak akkor jönnek be, a mikor már-már érzik a szülőfájdalmakat és néhány nappal a szülés után, mely csaknem mindig művi beavatkozás nélkül folyik le, már el is hagyják a kórházat. Egy kicsiny udvar a lábadozók üdülésének van szánva, de ezeket is mihamarább kibocsátják, mert a nagy várososhoz képest kicsiny intézet felé természetszerűleg nagy a beözön-lés. Az udvaron egy hullaház áll; bonczolatot csak akkor végeznek, ha valaki különösebb érdeklődéssel viseltetett a beteg iránt. Ugyancsak az udvaron áll egy őrzőgöck háza, melyben 6 sötét ketrecz van elrekesztelt és elzárt ajtókkal; egy nagy piszkos és utálatos bödöny szolgál árnyékszék gyanánt. A friss elmebetegeket a kórszobákban helyezik el, a hol egy hónapon át gyógyszereket kapnak; ha addig meg nem gyógyulnak, megint kibocsátják őket! El lehet gondolni, milyen következményei vannak ennek az eljárásnak. *Egy külön e célra szolgáló elmeegógyintézet egész Magyarországon nem létezik!* A syphilis nincs elterjedve a polgárság közt... Egy igen érdekes himlőbeteget is láttunk, rend-kívül erősen confláló arasnyi területű hólyagokkal. Arra a kérdésre, vajjon ezeket nem szűrik-e fel? az volt a válasz: no hisz akkor ugyancsak sok dolgunk lenne! Ez a beteg, a kit az orvosok igazi himlősnek jelentettek ki, legalább 20 más nővel egy szobában feküdt.

A polgári kórház mellékpületeiben még két *elaggottak háza* van elhelyezve pesti polgárok részére: egyik fent, egyik alul, mindenik 25—30 mindkét nembeli egyén részére; az egyiket a városi tanács, a másikat Binder úr alapította, a ki öröklött vagyonának egy részét fordította erre a jótékony célra. Itt minden keresztül-kasul volt, vezetőnk sem igen ismerte ki magát. Az élelmezést a kórházi konyha látja el. De minden csak Pestnek van szánva; messzibbre ható emberszeretetnek nyoma sincsen. Minden hiányos. Egy a táblázatcsinálásba beleörült orvosdoctor, az intézet másod-orvosa, a ki néha szavalni szokott és krétával számokat ír, nagy lánczczal az ágyhoz van bilincselve. Erkölcsi el-fajulás és lelki gyögmód! Syphilises leányok gyógyítására szolgáló külön intézet a polgári kórház közelében van, de nem tekinthető meg.

A zsidókórház, melynek Jakobowicz (!) dr. az orvosa, egy magánház felső emeletén van elhelyezve; lent ugyan valóságos piszokfészek, de fenn meglepő a rend és tisztaság. 15—20 beteg fér el benne, kik épp úgy, mint azt Bécsben tapasztaltam és leírtam, többnyire az idegenből valók; ilyenformán Pesten is (a hol nagy zsidó hitközség van) az odavalók az idegenek után következnek. Az ágyak igen jók s miként a polgári kórházban, letűzött takarókból, szalmazsákból, matráczból és két párnából állanak. Az egyik szoba nők, a másik férfiak részére való. Egy assistens benn lakik a házban. Ezen két nyilvános közszobán kívül (mind-

össze 4 nő feküdt benne) még két- és egyágyas külön szobák is vannak, melyekért fizetni kell.

A nem egyesült görögök és oláhok szegények házának egy mocskos szobájában 7 ágy áll. Hét hosszúszakállú em-ber feküdt bennük és hortyogott. Egy asszony eteti az em-bereket a leányával. Ha megbetegszenek, orvost hívnak hoz-zájuk. Egy görög pap a mellette álló templom előtt ült papi ruhájában, igen érdekes látványt nyújtva.

Egy 1817 márcziusában alapított nőegylet a szegények sorsának javítására alakult és nyilvános számadásokat mutat be. Vagyona 1820-ban meghaladta a 100.000 forintot. Egy másik szegénygyámoltó egylet évente 5000 forintot oszt ki készpénzben.

Van még egy nőegylet szegény hályogvakok részére, kiknek Sotpapay (!) dr. és Fabini professor ingyen kezelést nyújt. 1819 április 1-től 1820-ig 18 szembetegét vettek fel iften, kik közül 11 teljesen meggyógyult, 5 gyógyulva, 2 mint gyógyíthatatlan lett elbocsátva.

A törvényszéki orvostan, melynek terén a tiszteletre-méltó Lenhossék, Magyarország protomedicusa, még keveset működhetett, de rövid idő múlva már annál többet remél működhetni, még igen gyenge lábon áll. Egy esetet, melyet velünk közölt, feljegyzésre érdemesnek tartok: Valamelyik városban egy tanonc haragosa volt az egyik társának s egy korcsmából kijövet megkéselte őt úgy, hogy a belei előestek. Hazavitték, de a belek még jobban kifelé nyomultak; sebészért mentek, a ki melegboros borogatásokat alkalmazott; a beteg meghalt, a sebész a sebet feltétlenül halálosnak minősítette, a bűnöst halálra ítélték. Így áll a dolog a törvényszéki bonczolatokkal is: a sebész felületesen, anélkül, hogy megnyitná a hullát, megtekinti ezt, kimondja a halál okául az agy-gutát vagy a sérülést s e szerint történik találmra az íté-lkezés is.

Rendes és Európa többi művelt országainak arányához mért *börtönök* a királyság területén nem léteznek s némely helyen (többnyire pinczék ezek) a foglyokat kötelen kell le-bocsátjani.

A mi a vesztegzár-intézeteket illeti, ilyenek itt egyáltalán nincsenek; de vannak az ország keleti határain, tehát innen körülbelül 70 mérföldnyire. Ilyen vesztegzárakat állítanak fel Magyarország határán az Erdélyben jelentkező járvány vagy pestis ellen, továbbá Erdély határán Oláhország és Moldva ellen, ha itt jelentkeznek, vagy ha — teljes joggal — félni kell e járványok felbukkanásától, mint például háború idején. A vesztegzárakat nemcsak állatok, hanem árúk és emberek ellen állítják fel s rögtön agyonlövők azt, a ki a fennálló törvények ellenére a határon átlép. Ha nincs járvány, akkor az állatokat mindössze alaposan megvizsgálják, az embereket egy időre feltartóztatják, az árúkat kifüstölik, szóval a véde-kezés első fokát léptetik életbe s csak a veszély nőttével fokozzák a rendszabályokat. A contumacia felett katonai sze-mélyek örködnek s két munka az, melyek közelebbi hivatalos tájékoztatást tartalmaznak: Die Gesundheitspolizei des Kai-serlich österreichischen Staates von Joseph Freiherrn von Kotz. Wien, 1821, 2. kötet. Kilenczedik fejezet. — Die militärische Gesundheitspolizei, von Isfording. Wien. 2. kiadás.

A bordélyházak ügye a következőképpen áll: Bordély-házak soha nem voltak engedélyezve, sőt egy nemrég meg-jelent legfelsőbb parancs megtiltotta a felállításukat. Isfording, mint legmagasabb rangú katonaeorvos, panaszkodott is a katonák közt gyakran előforduló syphilis miatt s ezért az összes sebészek azt a parancsot kapták, hogy a ledér életű nőszemélyeket vizsgálják meg. Pesten össze is fogták őket s azok közt, kik iparszerűleg foglalkoztak a ledérséggel, száma nézve több mint 200, öt százalék syphilisesnek bizonyult; a katonákat üldöző második csoportja e személyeknek csaknem végesvéig nemibajos volt, ezeknek száma a 80-at meghaladta; a legveszélyesebb azonban a harmadik csoport, a mely alkalmasszerűleg kínálkozó dilettáns nők, cselédek-ből és varrónőkből áll, mert ezek sem a maguk baját, sem a férfiakét nem ismerik. Ostorverés, kiutasítás az eltitkolt betegségek ellen mitsem használt. Erre a sebészek felügye-

⁴ Nékünk magyaroknak: III. Károly.

⁵ = Rókus-kórház.

lete alá helyeztettek, azonban pénzzel, megvesztegetéssel sikerült a vizsgálat alól kibujniok. Így mentek a dolgok jó ideig, most pedig úgy mennek, hogy a sebészeknek kell a vizsgálatokat végezni, azonban feladatukat nagyon rosszul végzik. Mindamellett a syphilis Pesten nem túlságosan harapózott el. Különös, hogy itt mindenki erkölcs ellen valónak tartaná, ha rendszeresített bordélyházakat állítanának fel rendőri felügyelet alatt; csakis a titkos kéjelgés szigorú megbírságolása s a szentesített intézetek pontos ellenőrzése volna alkalmas, hogy némi biztonságot teremtsen ezen szükséges rossz terén.

Az idevaló *Bregard* nevű gyógyszerész által felállított *hasonszenvi gyógyszerár* megérdemli, hogy legalább megemlítsék. A 174 szer egy külön, elegáns szobában áll. Ugyanitt vannak a főtincturák is több szekrényben elhelyezve higításaikkal együtt; jelzésük rajta áll úgy az üvegeken, mint a dugókon; Pestről még Konstantinápolyba is visznek belőlük, a hol *Burckhardt* dr. ezen iskola híveként működik.

Pesten 2 orvos rendel *Hahnemann* elvei szerint: *Forget* dr. és *Balogh* dr.; egyikük állítólag 8 hónapot töltött *Hahnemann* mellett. A hozzájuk forduló betegek mind chronikus bajban szenvedtek (hysteria, mell- és méhrák stb.), sok orvost megjárta és kétségbe vannak esve. Az elért eredményekről semmit sem lehet megtudni.

Az *egyetemi klinika* a szünidők alatt üresen áll; összesen 72 beteg részére van hely benne. A betegszobák világosak, barátságosak és tágasak. Az ágyak szalmazsákkal, matráczzsal, fejkánkossal, két lepedővel és takaróval vannak felszerelve. A szülész osztály 13, a szemészeti 9, a belorvostani 16 és a sebész 14 ágyas. Hely azonban 72 ágy részére van. A közelebbi viszonyokról egy ápoló felvilágosítást adni nem tudott. — A negyedéves hallgatók, minthogy a tanulmányi rend teljesen az osztrák minta szerint készült, a házi állatok járványait és megbetegedéseit is kötelezve vannak hallgatni. 20—30 hallgató van, aki teljesen az állatgyógyászatra készül, ezekhez jó még átlagban 40—50 orvostan- és sebész-hallgató, a kik mind negyedévesek. — A szünidők miatt estünk el a híres két tanár: *Bene* és *Gebhard* ismeretségétől; az utóbbi két kötetben adta ki magyar nyelven gyógytani művét. *Fabini* tanár szemészeti tankönyve is épp akkoriban jelent volt meg latin nyelven.

A *kórhonczani kabinetben* számos viaszkészítmény van, teljesen hasonló a bécsi gyűjteményeihez, de ezeken sem látni már többet, mint azokon. Itt is sok szárított és firnáz-szolt edénykészítmény van. A csontpraeparatumok közt egy igen nagy, a tibia és fibula közt levő spina ventosa látható. Egyébként kevés említésre méltó van: egy végtag nélküli magzat, egy hemicephalus cum encephalocoele, kettős nyulajakkal; egy a tubában lévő már kifejlődött magzat burkai-ban; egy kétfestű egyén, olyformán összenőve a medenczén, hogy az egyik test felső végtagjaival felfelé, a másik lefelé fordult; mindkét test alsó végtagjai a közös medencze előtt oldalt foglaltak helyet.

A *pesti és pestkörüli városi fürdők* meglehetősen jók; a budaiaik rendkívül bőven vannak felszerelve.

A *Gamgerl-féle vasas fürdő* 1817 óta áll fenn s a következő jelmondat van rajta: „Baden macht eine lange Jugend. Hufeland.“ Vastartalma csekély. Berendezése igen elegáns, a belépti díjak aránylag csekélyek. A hozzátartozó kertben ivókúrárt is lehet tartani. A forraló-készülék épp oly egyszerű, mint a minő czélszerű.

A *Duna (Diana) fürdő* is igen szép. 28 elegáns és különböző árak szerint berendezett fürdőszobája van 40 káddal, melyek közül 8 rézből van. A forraló-készülék nagy

üstök segítségével rendkívüli vízmennyiséget tud befogadni, a mi szükséges is, mivel a fürdőt, mely az egyedüli jó folyó-vízfürdője Pestnek, igen sokan látogatják.

Rumbach dr. vasas fürdője a városon kívül fekszik. Egy elhanyagolt, izléstelen parkban áll ez az igénytelen, könnyedén épített fürdőház. A 18 fürdőszoba egy folyosóról nyílik jobbról és balról, közülök 14 csak 1,4 pedig 2 kádas. A szobák nem nagyon hívogatók, sőt talán piszkosnak mondhatók. A meleg és a hideg vizet két csövön át vezetik be. Egy lóval hajtott szivattyúcső emeli a vizet, mely egy nagy tartányban gyülik össze, a honnan szelepekkel zárt csöveken át megy a forraló-üstbe, a hol felmelegítik s ezután a fürdőszobákba vezetik. A vizet isszák is; ize szerint nem túlságosan vastartalmu. Egy melléképületben esetleges fürdővendégek számára lakások is vannak. A fürdő 1807 óta áll fenn.

Magyarország rendkívüli gazdagságát részben még teljesen ismeretlen ásványvizekben ismerteti a „*Neuester Wegweiser durch das Königreich Ungarn u. s. w., verbunden mit einer ausführlichen Beschreibung aller Mineralbäder, Gesundbrunnen und Heilquellen, hinsichtlich ihrer chemischen Bestandtheile, medicinischen Wirkung, Unterkunft, Lage, Umgebungen, Lebensart, Zerstreuungen, Theurung oder Wohlfeilheit u. s. w., von C. v. Szepesházy und J. C. v. Thiele. Kaschau. 1827. 8. 240 S. — E helyütt röviden csak a budai fürdőről beszélhetünk.*

A *Sárosfürdő*, mely a Gellérthegy tövében fekszik, főleg vasat tartalmaz nagy mennyiségben és kevesebb kén, a mellett nagy a sótartalma; a forrás a hegyből való kilépése helyén 44° R. meleg. Vidékiek sokan keresik fel, főleg köszvényes és csúzos betegek, de mint izzasztófürdőnek is nagy a híre az egész országban, a mely még nagyobb lenne, ha a fekvése nem volna hátrányára. 3 kőfürdő található benne, kádfürdője egyáltalán nincs, s van egy közös fürdője, mely egészen megtelt volt.

A *Rudasfürdő*, mely 320—30 év óta ismeretes és van használatban, amannál sokkal nagyobb és nagyobb a kántartalma. 500 személy fér el közös fürdőjében, melyet hat oszlopon nyugvó nagy kupolaboltozat fed be; a templomszerű helyiséget egy deszka válaszfal osztja két részre, a férfiak és a nők oldalára; vasléceit a nedves levegő és a só egészen kimarta. Ezenkívül 10 kőfürdő van benne (sajnos, hogy a megfelelő előszoba hiányzik, mert magában a fürdőszobában a nagy nyirkosság miatt nem lehet a ruhákat letenni), azonkívül 32 kádfürdő, melynek vize Dunavízzel van keverve, melyet külön csapokból eresztenek be; vannak 1, valamint 2 kádas szobák. Ez a fürdő a leglátogatottabb és általánosságban kedvelt. A belépti díj a közös fürdő néhány krajczárnyi árától 1 forintig emelkedik.

A *Ráczfürdő*-nek még magasabb a kántartalma; hőmérséke 50° R.; jelentékeny fürdő. Itt is van egy közös, továbbá 8 kőfürdő, de kád nincs s a kalauzoló szolgál be-mondása szerint itt nem betegek fürdenek, hanem mulatságból az egészségesek, a kik gyakran a jelenlevő sebészszel a sajátmaguk jószántából megköpölyöztetik és dörzsöltetik magukat. A levegő oly párás benne, hogy csak az orosz gőzfürdők hasonlíthatók e tekintetben hozzája, éppen csak a leöntések és az utóizzasztás nincsenek alkalmazásban, a mi azonban könnyű szerrel berendezhető lenne.

A budai vízárosban álló *Királyfürdő* nemrégiben új épületet kapott. A főépület a legújabb, izléses stilusban épült. Az első udvarban 3 kőfürdő van és egy közös fürdő, melynek levegője rendkívül erősen telített gőzzel. A második udvar új; a 13 fürdőszoba egy négyszegletes csarnokból köröskörül nyúlik; a felső és az alsó emeleten néhány butorozott szoba áll a fürdővendégek rendelkezésére. A fürdőszobákban kádad állanak; némelyikük egy elzárható ajtóval közlekedik a szomszédos szobával. A berendezés, stb. elegáns. A második udvar közepén van a kert. A forrás hőmérséke télen 34, nyáron 36° R., s a 24 óra alatt lefolyó víz mennyisége 800 akó. A vizet lehűtik; a kádakba szolgáló csöveken át folyó hideg víz az, melylyel a hőmérséket le tudják szállítani.

A Császárfürdő az irgalmasrendi szerzetesek tulajdona; forrása kétségtelenül a legbővebb. Van benne egy igen nagy, szintén deszkafallal kettéválasztott, közös és 10 kőfürdő, melyek közül egy a nádorfőherczegé s a többi közül kiválik eleganciájával. Ezeket a fürdőket török fürdőknek nevezik; bejáratuk mellett egy török felírásokat tartalmazó kőtábla látható. Még ezeken kívül 32 kádfürdője van az intézetnek. Az egyik forrás 44—46° R. melegségű, ezt sokan isszák is. Egy másik 48½° R., és egy harmadik 48° R. télen és 50° R. nyáron. A harmadik forrás egy malmot hajt, mely a folyó víz ereje által hajtva, a fürdők felé tereli a vizet.

Fürdőorvosok, valamint a források tartalmának pontos vizsgálata híján nem lehet megmondani, hogy mely betegségek azok, a melyek ellen a budai gyógyfürdők különösen hatékonyak; a szolgák és fürdőmesterek azonban sokat meséltek köszvényes és csúzos betegekről, nemkülönben bőrbajokról és fekélyekről, melyek a fürdőkben meggyógyultak; az odaseregltők persze még nem külföldiek, hanem első sorban magyarok és galicziaiak, mert érthetetlen módon a budai fürdők még teljesen ismeretlenek.

* * *

Itt végződik *Horn* dr. magyarországi tapasztalatainak leírása.

Nincs mit hozzáfűznünk az eleven, közvetlen leíráshoz. Jelenlegi állapotaink fokmérőjét lássuk benne, mely alkalmas rá, hogy örvendetes színben mutassa be közegészségügyi intézményeink fejlődését s a magunkét megbecsülő kedvre hangoljon mindnyájunkat. Ne az anyagilag s politikailag megszilárdult nagy európai nemzetek alkotásaihoz mérjük a magunk eredményeit, hanem ahhoz, hogy hol tartottunk még a XIX. században, *Horn* dr. utazása idején. Ha pedig azt vesszük, hogy akkoriban még az összes egyetemi klinikai ágyak száma 72 volt, s ha viszont visszaemlékezünk arra is, hogy a 8 év előtt tartott nemzetközi orvosi congressus német, francia és minden egyéb nemzetbeli tagjai mekkora, nem is minden irigységtől ment, csodálattal szemlélték pompás egyetemi klinikáinkat és intézeteinket, úgy méltán elmondhatjuk, hogy a mit alkottunk, az sokkal több, mint a mennyit a latin mondás ír elő, hogy „in magnis et voluisse sat est.”

Ezért tartottam érdemesnek *Horn* dr. leírását a magunk sikerein örülni tudóknak bemutatni.

Györy Tibor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. von Seuffert: Strahlen-Tiefen-Behandlung. Experimentelle und kritische Untersuchungen zu praktischen Fragen ihrer Anwendung in der Gynäkologie. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 30 korona.

A tekintélyes kötet első sorban a nőorvost fogja érdekelni, a mennyiben a müncheni nőbeteg-klinikán a sugaras gyógyítással végzett kísérleteket és ezek eredményeit ismerteti. 179 esetnek részletes táblázatokba szedett, kimerítő történetét találjuk a könyv legnagyobb részét kitevő klinikai részben, de ezek az esetek csak egy részét teszik annak a gazdag anyagnak, a melyen a vizsgálódások történtek. De nem csupán a nőorvos érdeklődésére számíthat a nagy szakismerettel és nem kevesebb gondnal megírt munka; a sugaras gyógyítással más téren foglalkozónak is melegen ajánlható a beható tanulmányozása, mert nagyon sok érdekes adatot és megfigyelést fog találni benne, melyet működése körében haszonnal értékesíthet, talán főleg abban az irányban, hogy a sugaras gyógyítás ártalmait lehetőleg elkerültesse. Talán legkevésbé ajánlható a munka az általános gyakorlatot

folytató orvosnak, mert a sok részlet között csak nagyobb munka árán találja meg azt, amire okvetlenül szüksége van; de azért a tárgyalt klinikai esetek tanulmányozása jó bepillantást fog nyújtani neki abba, hogy mely esetekben nyújthat kilátást gyógyulásra ez a manapság oly kiterjedt alkalmazásnak örvendő eljárás, és még inkább abba — pedig ezt nagyon kellene tudnia betegei érdekében —, hogy ez az eljárás tulajdonképpen mily nagy elméleti és gyakorlati tapasztalatot igényel!

Lapszemle.

Belorvostan.

A hydrocuprein-származékok hatását a diphtheria-bacillusokra tanulmányozta *Braun* és *Schaeffer* a frankfurti egyetem közegészségtani intézetében. Legerősebb hatásúnak bizonyultak az amyl-, heptyl-, octyl- és decylhydrocuprein, főleg ezeknek chinavasavassal összekötöttései. Használatuk diphtheriás betegeken, valamint diphtheriabacillus-gazdákon mindenestre megkísérleendő. Kezdeményező lépések egyébként már történtek is e téren. Így *Pfeiffer* diphtheriabacillus-gazdákat kezelt eucupinnal (amylhydrocuprein). Eucupinum bihydrochloricum ½—1% oldatával a mandulák lacunáit, valamint az orr-garatüreget naponként reggel és este kiöblítette és az orrot is szintén reggel és este 1%—s oldattal kispayezte. Néhány esetben 0.015—0.02 gramm eucupint tartalmazó czukorkákat is szopogattatott (naponként 6 darabot). Orr-diphtheria eseteiben ½—3%—os kenőcs alakjában is alkalmazásba jött az eucupin. Az eredmények eléggé kedvezők voltak. *Sommer* diphtheriás betegeket kezelt eucupinnal és előzetes közlésében jelzi, hogy a súlyos esetek e kezelésmód mellett kedvezőbben folytak le. Előnye a jelzett készítményeknek, hogy érzéstelenítő hatásuk is van s a streptococcusokra is öltető hatásúak. Kémlelőcsőben végzett vizsgálatok szerint az eucupin chinavasavassal összekötöttései erősebb hatásúnak bizonyult, mint a kettedsósavas eucupin; előnye az is, hogy vízben jól oldódik és gyengén alkális hatású, míg ellenben a kettedsósavas só nehezen oldódik és savanyú kémhatású. (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 37. sz.)

Hirtelen halálesetek sajátságos alakjáról a harcztéren ír *Beitzke*. Hasonló eseteket már *Dietrich* is közölt néhány hónappal ezelőtt. A szerző 11 esete 21—57 év között levő, a harcztéren szolgálatot teljesítő katonákra vonatkozik, a kik — még pedig kivétel nélkül a hideg évszakban — egészen rövid ideig tartott rosszullét után elvesztették eszméletüket s többé nem is tértek magukhoz. A boncoláskor mindig friss vesebetegséget találtak, a mely néha már makroszkopice zavaros duzzadás gyanánt volt felismerhető, sokszor azonban csak a mikroskopi vizsgálat derítette ki a jelenlétét. A legtöbb esetben a húgycsatornákban bőven volt fehérje, néha vörösvérsejtek is mutatkoztak, emellett a glomerulusok sejtűsége volt. A szervezet más helyein talált különböző elváltozások (bronchialis hurut, pleuraösszenövés, gyomorhurut stb.) lényegtelenek voltak. Oedemák hiányoztak. Heveny mérgezés (methyloalkohol!), heveny fertőző betegség, felismeretlenül maradt diabetes stb. kizárható volt, úgy, hogy a halál oka gyanánt vesegyuladást kellett felvenni. Az azonban felderítetlen, hogy anatómice a kezdő szakban levő vesegyuladás milyen módon okozhatja a gyors halált. Sok szól ugyan uraemia mellett, a mely mintegy előkészített hetigan gyorsabban fejthette ki a hatását. Az eseteknek csaknem mindegyikében kimutatható volt ugyanis elváltozás az idegrendszerben: idősült leptomeningitis (6 eset), elmeszesedett cysticercus a lágy agyvelőburkon, epilepsia, gyengeelméjűség, granátcontusio. De még így is eddigi tapasztalatainkkal ellentmondásban áll az uraemia egészen friss vesegyuladás mellett. (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 37. sz.)

Sebészet.

Czombaxarticulatio eseteiben *Braun* tanár a vérzés-csillapítás tökéletesítésére, hogy a végtagot lezorító gummi-

cső lecsúsztatását megakadályozza, egy körülbelül 10 cm. hosszú aczélszeget ver be a csomócsont trochanterébe, a trochanter csúcsa alatt 1—2 cm. rel ejtett bőrmetszés után, tompaszögben a csomócsont hossz tengelyére, mialatt a csomó nyújtva és addukálva van. A szögnek kiálló végét mull-pólyával veszi körül, hogy a feje a gummicsovét el ne vágja. Ha nem végzünk kiízesítést, a szöveget fogóval távolíthatjuk el. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 27. szám.)

M.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A latens malaria provokálására Reinhard az ultraibolya fényt kísérte meg. Ez eljárással 38 eset közül 24-ben (63%) sikerült elérnie a malaria-plasmodiumok megjelenését a vérben, míg a kontrollnak hagyott 34 eset közül csak 10-ben jelentek meg plasmodiumok a vérben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 37. szám.)

Nephritis haemorrhagica több esetében Wolf feltűnő jó eredménnyel használta a *thrombosint*. Steril ampullákban kerül forgalomba; naponként fecskendezhető be egy-egy ampullányi intramuscularisan. (Therapeutische Monatshefte, 1917, 9. füzet.)

A felső légutakban székelő vérzések ellen Kafemann tanár kitűnő eredménnyel használja a *clauden-t* (e néven kerül most forgalomba a *Fischl-féle haemostaticum*) helybelileg, *clauden-oldatba* (egy ampullányi 20—25 cm³ vízzel eldörzsölve) mártott tamponok alakjában. (Mediz. Klinik, 1917, 31. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 40. szám. *Unterberg Jenő*: A váltóláz kórismézéséről.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 41. szám. *Torday Árpád*: A gümőkóros rheumatismusról. *Ifj. Johan Béla*: A typhus-bacillusnak előzőleg védoltott betegek véréből való kimutatására vonatkozó kísérleti vizsgálataik.

Magyar orvosi archivum, 1917, 2. füzet. *Gottfried Géza*: Az idegsejtduzzadásról és kísérő jelenségeiről. *Báró Podmaniczky Tibor*: A glia szerepéről a nagyagykéreg megbetegedéseiben. *Neuschlosz Simon*: Újabb nézőpontok a tropusi malaria terapiájában.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Kalledey Lajos dr.-t* a kassai bábaképző-intézet igazgató-főorvosává, *Neumark Béla dr.* keszthelyi orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Unger János dr.-t* a németújvári II. kör orvosává választották.

Meghalt. *Kocsis Alajos dr.* nyugalmazott székesfővárosi kerületi orvos 87 éves korában. — *Schlesinger Ottó dr.* 49 éves korában október 4.-én Pozsonyban.

Személyi hírek külföldről. *Zuntz tanár*, a kiváló berlini physiologus, betöltötte 70. évét. — *Orth tanárt*, ki legutóbb visszavonult a berlini egyetemen elfoglalt kórbonczolástani tanszékétől, a berlini Charité-kórházon létesített rákintézet igazgatójává nevezték ki. — *S. Exner tanár*, a jeles bécsi physiologus, elérve a korhatárt, nyugalomba ment. Ez alkalommal lovag-címmel tüntették ki.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár most bocsátotta nyilvánosságra 1916. évi működéséről szóló jelentését. A jelentés kiemeli, hogy a pénzügyi eredmény eloszlatta a munkásbiztosítás körében a háború kezdetén hangoztatott ama feltevést, hogy a háború a pénztárak összeomlását fogja okozni. Ezzel szemben azonban a jelentés megismétli az előző évben is már kifejezésre juttatott ama aggodalmát, hogy a háború utáni feladatok erős próbára fogják tenni a munkásbiztosítás intézményét, mert számolnia kell azzal, hogy a harctérről visszatérő munkások a kiállott lelki és testi fáradalmak miatt sokat veszítettek ellenálló képességükből és hajlamossá lettek különböző betegségekre. A taglétszám a háború kezdetén 236.314 volt, a mely az 1916. év végéig 211.108-ra csökkent. Nemek szerint megkülönböztetve, a férfi taglétszám a háború kitörése óta 66.114-gyel (32%) csökkent, ellenben a női tagok száma ugyanez idő alatt 25.981-gyel (56%) emelkedett. A keresetképtelen betegek száma a háború kitörésének idejében kimutatott 4253-ról 1916. december hó 31.-éig 3638-ra csökkent, a mi 14.46% apadásnak felel meg. A betegségi statisztika szerint a táppénzes és kórházi megbetegedési esetek száma 56.668 volt, a melyhez még 1234 gyermekágy-eset járult. Keresetképeséssel járó esetekben 292.523 tagot kezeltek a pénztár orvosai, ezenfelül pedig 169.169 családtag vette igénybe a pénztár orvosi és gyógyszerügyi szolgáltatásait. A megcsappant orvosi létszám házilág és ren-

delőintézetileg 527.123 kezelést nyújtott a pénztár tagjainak és azok családtagjainak. A fertőző betegségek között 23.183 tüdővész és 15.695 veneréas beteg szerepelt. A pénzügyi részből a következőket emeljük ki. Táppénzekre 2.450.786 koronát (27.70%), gyermekágyi segélyekre 87.720 koronát (1%), temetkezési segélyekre 206.914 koronát (2.3%), orvosi költségekre 1.331.258 koronát (15%), a rendelőintézetek fenntartására 93.158 koronát (1%), gyógyszerekre 786.298 koronát (8.9%), gyógyfürdőkre 75.677 koronát (0.9%) fordított a pénztár. A személyzeti költségek 960.759 koronát (10.10%) igényeltek.

Lapunk mai számához a **Friedr. Bayer & Co. Leverkusen bei Cöln a. Rh.** gyár „**Adalin-Tabletták**” című prospektusa van mellékelve.

ORVOSOK

kik kérdőívre és címük felvételére igényt tartanak, méltóztassanak becses kívánságukat egy levelezőlapon velünk tudatni. A 28. évfolyamot előkészítő kérdőívek 1—2 héten belül szétküldetnek.

Az ORVOSI ÉVKÖNYV szerkesztősége
Budapest, VII., Kertész-utca 16 sz.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diétás-physikalis magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukor-baj, köszvény), neurastheniások, vérésegyének, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hizlaló kurák.

Tuberkulózis teljesen kizárva.

Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár.** Egész éven át nyitva

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.”

Sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti-fasor 9.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Frim-féle gyógyintézet

Budapest, VII., Jókai-utca 9. Telefon: 62—65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére: Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kiténő ellátás. Kivánatra prospectus.

Dr. Batizfalvy-féle sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44—35.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

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.**

Dr. Forbát

bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

Dr. Widder Bertalan

operateur orthopéd-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Kopits Jenő dr.

orthopaediai intézete, VII., Nyár-utca 22. szám.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED.

Heliotherapia. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án). 561. lap. — (XI. rendes tudományos ülés 1917 május 12.-én.) 562. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(X. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Fizikai beavatkozások hibás alkalmazásáról.

Dalmady Zoltán: Az előadó fölhívja rá a figyelmet, hogy a fizikai gyógyítómódok számos beavatkozását sokszor helytelenül alkalmazzák. Hibás lehet úgy az indicatio, mint a beavatkozás technikája.

Közömbös hőmérsékletű fürdőnek gyakran 27° R. fürdőt rendelnek; ez legtöbbször a hideg s a hűvös fürdők hatását adja. A gyakorlatban sokkal jobban megfelel a 35–36° C. (29° R.) fürdő, s vízágyban ez is alkalmazandó. A közömbös hőmérsékletű fürdő használatos indicatióit — megnyugtató, altató, viszketést szüntető, görcsoldó stb. hatás — sokkal jobban szolgálja a valamivel melegebb, 37° C. langyos fürdő. A hatást gyakran lerontja s az egész procedura értékét veszi a hideg ingerhatás, mely kellő óvintézkedések nélkül a beteg testét a fürdő után éri. A fürdőszoba levegője kellő hőmérsékletű és nedvességű legyen, melegített fehérneműt kell használni, a beteg melegített ágyba fekdjék.

Ugyane körülményekre kell figyelemmel lenni vesebajosok gyógyításában, nehogy a meleg fürdő által elért vesehyperaemiát a hideg inger megszüntesse.

Az oxigenes fürdőket nem tekinthetjük a szénsavas fürdőkkel rokon s azok alkalmazását előkészítő kiméletesebb beavatkozásoknak. A szénsavas fürdőben a szénsav mint olyan hatásos és másféle gázzal nem helyettesíthető. A sós fürdők helyes alkalmazásában az a törekvés, hogy a bőr hámját vízszívó sókkal impregnáljuk; hiba tehát sósfürdő után tiszta vizes lemosásokat vagy fürdőket használni.

Izgató és frissítő proceduráknak nem célszerű a túlságosan közömbös hőmérsékleteket használni, mert sokkal kedvezőbb az igen rövid, de kifejezetten hideg beavatkozások hatása, különösen ha kellő mechanikai inger is kíséri. Tartós beavatkozásokkor, melyek nem csak hideg ingert, hanem az egész szervezetet érintő hőelvonást is jelenthetnek, mindenkor hozzávetőleges számítást kell vetnünk a hőelvonás nagyságáról. Így különösen a nem lázas betegek alkalmazott tartós borogatások alkalmazásakor. Főleg a kereszkötések sok betegnek elrontják az éjszakáját. Ha nincs hurut és nincsenek fájdalmak, nincs állandóan szükség a kereszkötésre és nincs szükség rá, hogy egész éjszakán át a beteg legyen. Fáztékony és vérszegény betegek melegvizes kereszkötések is alkalmazhatók.

A szívtájékra csaknem kizáróan hideg borogatásokat, jégtömlőt szokás alkalmazni, pedig számos esetben éppen a meleg borogatás javalt. Anginás rohamok ellen már *Skoda* ajánlotta a meleg fürdőket és *Leube* óta a meleg szívborogatás általánosan használatos. A meleg görcsoldó hatása sokkal közvetlenebbül szünteti a rohamot, mint a hideg okozta inger.

Gyuladós folyamatoknak meleggel kezelésére gyakran túlságosan magas hőfokot túlságosan hosszú ideig használnak. *Schaeffer* vizsgálatai óta tudjuk, hogy száraz meleg alkalmazásakor 46° C., nedves meleggel 42° C. az a határ, melyen a meleg hatásában változás áll be. Magasabb hőmérsékletek másképpen és a gyuladások lefolyására hátrányosan módosítják a vér és nyirok keringését. Főleg a meleget megszakítás nélkül túl hosszú ideig alkalmazni. Legcélszerűbb meleg borogatásokat borszeszes kompresszekkel váltogatva használni.

A különböző beavatkozásokkor alkalmazott hőmérsékletek értékelése sok esetben hibás. A hőmérő adata nem

mértéke a test fölmelegedésének. Különösen a forró levegő- és sugárzó hő-fürdőben egyáltalában értéktelennek mondható a hőmérő adata. Gyakori hiba, hogy erőteljes thermosterapiás beavatkozásokat alkalmaznak hibás hőérzésű betegen.

Sugárzó energiák alkalmazásakor sokszor hibás a fény-sűrűk értékeinek megítélése. Piros fényre csak ott van szükség, ahol a rövidhullámú sugárzásokat kiküszöbölni akarjuk. Egyszerű fölszívódást elősegítő besugárzásokhoz a villamos lámpák teljes spectrumba használható.

A kvarclámpát nem szabad a napfényvel egyenértékűnek tekinteni. Hatása lényegében és intenzitásában más. A kvarclámpának megvannak a maga specialis indicatiói, de a tuberculosis különböző alakjainak, az izületi bántalmaknak és a sebészeti megbetegedéseknek kezelésében a természetes napfény — még a síkságon is — abszolút előnyben van. A kvarclámpa fényének túlnagy adagja a hámosodást akadályozza.

A mechanotherapiában nem szokás kellően számításba venni, hogy az erő milyen hosszú emeltyükaron hat, s hogy a súlyok okozta erő hatásos componense mekkora. A manialis mobilizálás és a svéd torna méltatlanul szorult háttérbe a géptorna szereplésével. Számos készülék akadályozza a megterhelt végtag vérkeringését. Sokszor nem veszik kellően figyelembe a több izületet áthidaló izmok relativ rövidségét.

A hasmassagenak túlnagy jelentőséget szokás tulajdonítani a székrekedés elleni alkalmazásban, míg a fokozott vérnyomással járó arteriosclerosis állapotokban nem méltatják kellő figyelemre. Spasmusos állapotokra és contracturára hajló végtagok masszálásakor igen óvatosan és izmok szerint individualizálva kell dolgozni. Az ataxia kezelésére szolgáló gymnastikában kerülni kell a fölösleges ügyességek gyakorlását s állandóan kell figyelni az elfáradás objectív jeleire.

Az elektrotherapiában sokan hibáznak piszkos és kopott elektrodok alkalmazásával, melyek különösen galvánozáskor komoly kellemetlenségek okai lehetnek. Mindenkor tiszta és vastagon párnázott elektrodokat kell használni. A hordozható egyenáramhoz való kapcsolókészülékek használatában sokan hibáznak azzal, hogy a galvanáram alkalmazásakor a polusokat nem határozzák meg. A készüléken látható fölírás nem irányadó, mert az áram iránya attól függ, miként van a készülék contactusa az utcai áramhoz csatlakozva.

Nem szabad a fáradós vagy hozzá hasonló áramokat spasmusos bénulások kezelésére használni. Olyan idegbetegségekben, melyekben a mozgató szervek kiméletet, nem pedig edzést kívánnak, nem szabad rángásokat okozó áramokat alkalmazni.

A diathermia alkalmazásában hiba vízzel nedvesített elektrodokat alkalmazni, helyesebb a kellően előkészített és vezetőképpé tett bőrre hozzásimuló fémelektrodokat használni.

Sümei József: Az elmondottakat alig lehet megjegyzés nélkül hagyni.

A fürdőkádak constructiója és anyaga olyan legyen, hogy az elkészített fürdő le ne hűljön, hanem a víz hőmérséke lehetőleg csökélyet emelkedjék, fontos ez különösen a szénsavas fürdőknél.

A légfürdő szó talán mégsem helyes kifejezés arra a néhány pillanatra, amely eltelik, míg a beteg kiszáll a fürdőből és magára teríti a lepedőt. Nedves testtel nem légfürdőznek. Bármennyire jól esik is a meleg lepedő, nagyobb veszedelem abból nem származik, ha annak rendes szobahőmérséke van. A bőr maga gondoskodik, hogy erős reactio ne váltódjék ki; minél melegebb, annál inkább húzódik össze a vér és zárja magába a meleg vért, erős lehülés nem jöhet létre; holmi vegyi reakciónál beszélni, a mi ezalatt a néhány pillanat alatt létrejöhet, erősen túlzottnak látszik.

Az előadó nélkülözhetőnek tartja a magas hőmérsékű lég- és

villanyfürdőknél a hőmérőt; ezt éppenséggel veszedelmesnek tartja. Ha a hőmérő nem is mutatja pontosan a szekrény levegőjének hőmérsékét, mutatja az átlagos hőmérsékét és még egészséges vérkeringéssel bíró egyéneknek sem közömbös, hogy 100 vagy 160 fokos meleg levegőben ülnek-e. Ezen fürdőknél a hőmérőt fontos irányító eszköznek tartja.

Épp oly merész állítás, hogy a habitualis obstipatiót, az atonia gastro-intestinalist hasmassage-zsal nem lehet gyógyítani.

Százados tapasztalatokat akar az előadó megdönteni. A szóló kijelentheti, hogy a jól végzett has-massage-ra — és ez a fontos — igenis sikeresen és végérvényesen gyógyulnak a béltoniák. Hogy a has-massage a vérnyomást csökkenti, szintén annak tulajdonítható, hogy az arteriosclerósisos eredetű béltonia megjavul, az egyes ülésekben pedig a stercorális és meteorismusos pangás megszűnik, a vérkeringés szabályozódik, a peristaltika élénkül. Ha ez bekövetkezik — a mit az előadó sem fog tagadhatni —, akkor meggyógyul a béltonia.

Nagyon helyes az előadó azon kijelentése, hogy a rokkantak kezelésében a manuális orvosi kezelésnek — massage és svéd gymnastika — nagyobb teret kell juttatni. A szóló ezt már a háború kitörésekor hangoztatta. Sok gép helyett a mesteremberek egyszerű eszközei használtassanak a manualis kezelés mellett az izületek mozgására, az izmok erősítésére. Az eredmények és gyógyulások jobbak és gyorsabbak lesznek, mint ma.

(XI. rendes tudományos ülés 1917 május 12.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Csiky József.

A nyelőcső teljes pótlása.

Bakay Lajos: Ritka esetben tűri a beteg a nyelőcső átjárhatatlansága miatt végzett gastrostomiát panasz nélkül. Legtöbb esetben évek múltán annyira hat ez az állapot az idegrendszerre, hogy mindenképpen szabadulni iparkodnak betegeink tőle. Tekintve, hogy a nyelőcső mellkasi részén végzett resectio, de a nyelőcső körkörös varrata sem vezetett eddig sikerre: nemcsak a nyelőcső traumás szűkülete, hanem daganatok eltávolítása esetén is gondolnunk kell arra, hogy a táplálék levezetésére új utat keressünk a garat és gyomor közt. Az előadó röviden ismerteti *Bircher, Roux, Wullstein, Leser, Kelling, Tiann* törekvéseit, a kik különféle módon vékonybélből, bőrcsőből, vastagbélből vagy gyomorfalából iparkodtak a mellkason kívül, a bőr alatt új nyelőcsövet készíteni. Bemutat egy teljesen befejezett *Roux-Leser* szerint végzett nyelőcső-plastikát. Ezt az esetet négy év előtt demonstrálta a magyar sebész-congressuson, a mikor az összeköttetés a bőr alá vezetett vékonybélrészlet és a nyelőcső közt még hiányzott. A teljes szűkületet úgy ebben az esetben, mint a bemutatott másik kettőben lúgmérgezés okozta. A második eset egészen hasonló a plastica keresztülvitelét illetően az elsőhöz, csak hiányzik még a nyelőcsövet a vékonybéllel összekötő bőrcső egy része. A harmadik bemutatott betegnek a jugulumtól a gastrostomia nyílásáig egy bőrcsövet készített, a mely rövid gummicső segítségével összeköthető, részben a gyomorral a gastrostomia nyílásán át. Ez utóbbi beteg plastikáját úgy fogja befejezni, hogy a bőrcső alsó részét a jejunum egy részletével köti össze s így a jelen esetben nagyon zsugorodott és fájdalmas gyomor meg lesz kímélve a táplálék-felvételtől.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A szepességben egy bányarorvosi állás van üresedésben; okleveles orvosok kérvényeiket a fizetési igények, a családi állapot és vallás, valamint a belépési határidő megjelölésével és rövid életrajzzal küldjék be *Ertl Lajos* mérnök címre Márkusfalvára.

A Zsófia Országos Gyermeksanatorium-Egyesület ez év november hó 1.-étől pályázatot hirdet egy alorvosi állásra a *balaton-szabadi-i gyermeksanatoriumban*. 250 korona havi fizetés, természetbeni lakás és teljes ellátás biztosított. Gyermekgyógyászati gyakorlattal bírók előnyben részesülnek. A folyamodásokat a Zsófia Gyermeksanatorium-Egyesülethez, Budapest, VIII., Stáhly-utca 15 november 20.-áig kell benyújtani.

HIRDETÉSEK.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

A magy. kir. belügyminiszter által 672/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére
Sátoraljaújhely.

ARGOSAN

Colloid-ezüst steril ampullákban
à 2 cm³ 5 pro mille Ag-tartalommal

mindoly esetekben, a hol colloid-ezüst javalva van, nagy eredménnyel használtatik, különösen

nehéz (septikus) izületi rheumánál.

Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók megbetegedési tünetek, sem görcsök fellépése észlelhető nem volt.

Próbák orvos uraknak díjmentesen.

Rich. Paul, Med.-chem. Industrie, Graz.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle OLTÓINTÉZET BUDAPEST, VI., TERÉZ-KÖRÜT 31.

HIMLŐNYIROK

biztos fogamzással és enyhe reakcióval.

Magas titerű védő- és gyógyítósavók:

DYSENTERIA Tetanus, Diphtheria, Meningitis és Streptococcus-fertőzések (Skarlát) ellen.

VACCINÁK

Praeventiv oltásra:
Typhus, Cholera, vegyes
Typhus-Cholera (combinált)
oltóanyag.

Telefon: 20-19. — Sürgőnycim: PÁPAY OLTÓINTÉZET.

Curativ oltásra (Wright szerint):
Gonococcus, Streptococcus,
Staphylococcus
oltóanyag.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Borbély László: A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú szemklinikájának közlése. (Igazgató: Hoór Károly dr., nyilv. rendes tanár.) Koch-Weeks-bacillus okozta ophthalmia-járvány. 563. lap.

Konrád Jenő: Közlemény a nagyváradi m. kir. bábaképezdeiből. A gyors kézdesinfektio és gyors desinfectio gyakorlati eredményeiről. 565. lap.

Révész Ernő: Közlemény egy tábori kórházból. (Parancsnok: Roediger Jenő dr., törzsorvos.) Hygienés berendezések egy kis városban kiütéses typhus-epidemia leküzdésére. 568. lap.

Grósz Emil: Balassa János. 570. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosstan. Neuschloss Simon: A tropusi malaria gyógyítása. — **Sebészet. Franz:** Parasacralis anaesthesia. — **Venerés betegségek. A. Perutz:** A kénesóhatásnak elmélete syphilitis eseteiben. — **Közegészségstan. Saxl:** Az ivóvíz sterilizése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Saudek:** A pollakisuria és enuresis nocturna gyógyítása. — **Kutka:** Dysenteria. 572–573. lap.

Magyar orvosi irodalom. 573. lap.

Vegyes hírek. 573. lap.

Tudományos Társulatok. 574–576. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú szemklinikájának közlése. (Igazgató: Hoór Károly dr., nyilv. rendes tanár.)

Koch-Weeks-bacillus okozta ophthalmia-járvány.

Irta: **Borbély László** dr., klinikai I. tanársegéd.

Különösen ennek az évnek május hava óta ambulantiánkon mindennap újabb egy, két és több, rendszerint súlyosabb természetű, egyszer-másszor igen heves és súlyos subjectiv és objectiv tünetekkel járó ophthalmia catarrhalis esetet látunk. A megbetegedettek eleinte főleg a VIII. és IX. kerületnek a klinika körzetében fekvő város-részeiből kerültek ki; a bajt inkább a szegényebb néposztály között látjuk, életkorra tekintet nélkül, de azért mégis a gyermekek és serdülők szolgáltatják a legtöbb esetet. A napokban egy aszsony két gyermekét hozta be ilyen ophthalmiával a VII. kerületi Grassalkovich-utczából és azt állította, hogy ebben az utczában majdnem mindegyik gyermeknek van szemgyuladása. Május havában egy fővárosi internátus növendékei közül gyors egymásutánban körülbelül 30-an betegedtek meg, egyik-másik elég súlyosan, és úgy értesülünk, hogy azután is még sokkal többen betegedtek meg, kik más szemészi intézetet kerestek fel, minthogy a mi klinikánk akkor alapos tatarozás miatt egy darab ideig nem foglalkozhatott ambulans betegekkel.

Betegek most már minden kerületből kerülnek és nem lehet kétség, hogy *elégge kiterjedt* és egyben *elégge heves ophthalmia-járvánnyal* van dolgunk, még pedig *Koch-Weeks-bacillus* okozta ophthalmia-járvánnyal, melyre a klinikai képből azonnal következtethettünk; a diagnosist azután az ismételt bakteriologiai vizsgálat és tenyésztési eljárás kétségtelenül megerősítette. A bejelentés kötelezettsége nem terjed ki erre a szembajra.

Hat hónap alatt annyi *Koch-Weeks-ophthalmiát* láttunk a klinikán, mint az előző hat év alatt nem, bár kétségtelen, hogy ebben az időben az ambulantián jelentkezett catarrhalis ophthalmiák között voltak *Koch-Weeks-fertőzések*, de bacteriologice megállapítva ezek nem voltak, minthogy rendszeresen csak hályog-extractióra kerülő hurutosok kötőhártyáját vizsgáljuk meg bacteriologice. Volt 1913-ban a pestmegyei Mende községben egy kisebb kiterjedésű *Koch-Weeks-járvány*, onnét akkor körülbelül 20 beteg jött a klinikára. Valameny-

nyinek váladékát ismételten megvizsgáltuk és minden esetben a *Koch-Weeks-pálczika* volt kimutatható. A háború alatt már eddig is több kiterjedtebb és kevésbé kiterjedt ilyen epidemiát láttak; az egyiket tanársegéd-társam ismertette az „Orvosi Hetilap” tavalyi évfolyamában.¹ Ez a közlés azért is tanulságos, mert ebben a járványban már készülöben volt a haditörvényszéki vizsgálat, gonorrhoeával történt autoinfectio gyanúja miatt, a mikor *Nestlinger* megállapította, hogy *Koch-Weeks-járványról* van szó.

Ezeknek előrebocsátása után, tekintettel arra, hogy jelenleg kétségtelenül mégis kiterjedtebb *Koch-Weeks-járvány* van, melynek eseteivel a gyakorló orvos is sűrűn találkozhatik, és tekintve, hogy a mi, a 300-at jóval meghaladó eseteinket különös figyelemmel követtem, röviden elmondom, mit tudunk e mikroorganizmusról, az általa okozott ophthalmiáról és mit tapasztaltunk eddigi megfigyeléseink során.

Az 1–2 μ hosszú, állandóan 0.25 μ széles, fuchsin, gentiana-violet és methylenkék vizes oldatával jól festődő, geny-sejtben vagy geny-sejten kívül elhelyezett, Wertheim-serum-agaron elég jól tenyészthető stb. stb. apró pálczikát, melyet a kötőhártyán heveny conjunctivitis eseteiben ismételten ki lehet mutatni, *Koch* és *Gaffky*² ismertette először, midőn 1883-ban a cholérának Indiában és Egyiptomban tanulmányozása közben, Egyiptomban tartózkodásukat arra is felhasználták, hogy az ott előforduló szemgyuladások mikro-organismusaikat kutassák. Az időszakonként ott endemiás módon jelentkező kötőhártya-gyuladás egyikében, mely rendszerint nem genyes, hanem jóformán tisztán savós külsejű váladék termelésével jár és klinikailag is minden más kötőhártya-gyuladástól jól megkülönböztethető, mely kevésbé ragályos ugyan, de azért mégis fertőző bántalom, a nyálkás váladékban állandóan a fentjelzett apró pálczikát találták. *Koch*³ ezt a pálczikát nem csupán az említett jelentés keretében, hanem külön közlés alakjában is ismertette. *Koch* és *Gaffky* vizsgálatait azután *Kartulis*⁴ Alexandriában folytatta és minden hasonló megjelenésű és külsejű acut conjunctivitis esetében, de egyik-másik chronikus esetben is ugyanazt a bacillust mutatta ki; a bacillus tenyésztése is sikerült neki

¹ *Nestlinger Miklós* dr.: „Az ophthalmia militaris aetiologiájához.”

² Bericht über die Tätigkeit der zur Erforschung der Cholera im Jahre 1883 nach Egypten und Indien entsandten Commission.

³ Wiener mediz. Wochenschrift, 1883, 1550. oldal.

⁴ Zur Aetiologie der egyptischen catarrhalischen Conjunctivitis. (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, 1887, Jena, I., 289. oldal.)

és a szintenyészetnek ép emberi kötőhártyára oltásával, igaz ugyan csak egy esetben, minden tekintetben pozitív eredményt ért el, amennyiben 3 nap múlva tipusos acut conjunctivitis fejlődött, sok analog bacillussal genyesejteken kívül és genyesejtekben.

1887-ben Weeks⁵ Philadelphiában több acut conjunctivitist vizsgált bacteriologic és az itt majdnem állandóan talált bacillus morfológiai és biológiai sajátosságait, kulturális magatartását, továbbá az ojtási kísérleteket stb. részletesen és behatóan ismertette. Weeks közlése végén úgy nyilatkozik, hogy azt hiszi, hogy ez a bacillus azonos azzal, melyet Koch 1883-ban talált és le is írt. Azóta ezt a bacillust általánosan és jogosan Koch-Weeks bacillusának nevezik és mindenestre indokolatlan egyik-másik szerző, mint például Giffort,⁶ Gasparini,⁷ Wibo⁸ látszólag czélzatos önkénykedése, melylyel ezt a mikroorganizmust Weeks bacillusának mondja. Tagadhatatlan ugyan, hogy Weeks igen szép, érdemes és kimerítő munkában ismertette a szóban forgó bacillus minden sajátosságát és magatartását, de azért mégis csak Koch volt az első, kitől ennek a bacillusnak létezéséről értesültünk. Legalább ugyanakkora igényt és jogot, mint Weeks, Kartulis is tarthat az apaságra, mert neki is sikerült, még pedig valamivel előbb mint Weeksnek, a bacillus izolálása, tenyésztése, és sikerült, a mint már mondtuk, egyik oltási kísérlete is. És ha el kell ismernünk, hogy nincs igaza Weichselbaum-nak és Müller-nek,⁹ hogy ők voltak az elsők, kik a szintenyészet-oltásokkal a szóban forgó bacillus aetiologiái jelentőségét minden kétségen felül tisztázták és ha el kell ismerni, hogy Morax-nak¹⁰ meg igaza van, mikor Weichselbaum-nak és Müller-nek ezt az állítását arra való utalással utasítja vissza, hogy ennek a mikroorganizmusnak aetiologiái vonatkozásait úgy ő maga, mint Weeks már sokkal régebben megállapította, akkor viszont nem lehet kétségbe vonni azt sem, hogy tulajdonképpen sem Weeks-t, sem Morax-ot, sem Weichselbaum-ot, sem Müller-t nem illeti meg ebből a tekintetből az elsőség, hanem Kartulis-t. Munkája talán kevésbé részleges, nem oly sokoldalú, mint a többi szerzőé, de a prioritás mégis csak az övé.

Egyes szerzők különben úgy vélekednek, hogy a Koch-Weeks-bacillus tulajdonképpen azonos Pfeiffer influenza-bacillusával. Így főleg Rymovitsch¹¹ azt állítja, hogy a fertőző conjunctivitisekben talált ú. n. Koch-Weeks-bacillus morfológiailag feltétlenül azonos Pfeiffer influenza-bacillusával, fejlődési feltételei, kulturáinak külseje is absolute megegyező, egyforma viszonyok között teljesen megegyező fejlődési alakokat mutat, más hasadó gombákkal való symbiosisát illetőleg a kettő között semmiféle különbség nincs, hatása és befolyása az állati szervezetre teljesen egy és ugyanaz. Jundell¹² is a csecsemők influenza-conjunctivitisét okozó bacillust minden tekintetben azonosnak mondja a Koch-Weeks-bacillussal. Pes¹³ nyomatékosan utal arra, hogy a Koch-Weeks-bacillus morfológiai és biológiai tekintetben

egészen azonos Loeffler diptheria-bacillusával. E szerző egyszerű acut hurut képében jelentkezett kötőhártya-megbetegedés 76 esetében 30 szemén 22-szer találta a diptheria-bacillust. Szintenyészetének oltásai a diptheria-serummal nem immunizált tengeri malacot megölték, míg az immunizált állatra az oltások semminemű káros befolyással nem voltak.

A Koch-Weeks-bacillus okozta conjunctivitis az esetek túlnyomó nagy többségében súlyosabb természetű acut conjunctivitis alakjában és kisebb-nagyobb kiterjedésű járvány keretében mutatkozik. A szem rendszerint fénykerülő, könnyező, a beteg égető, viszkető érzésről panaszkodik. A szemhéjak puffadtak, kötőhártyájuk duzzadt, kivörösödött, de sima, a bulbaris kötőhártya is kivörösödött, belövelt, ismételtelen lényegesebben duzzadt, chemosisos, apróbb vérzések, ecchymomák, itt elég gyakoriak. A váladék nyálkás, vagy genyeczafatokkal kevert nyálkás váladékot találunk, melyet a szem a könnyekkel együtt bőven választ el. Esetenként és a járvány súlyossága szerint, mint például a jelen járvány rendén is, igen sokszor nem apróbb vérzéseket látunk a sclerális kötőhártyán, hanem kiterjedt ecchymomákat és a váladék genyennel bőven kevert, úgy, hogy inkább gennyesnek, mint nyálkásnak mutatkozik.

A felsorolt objectív változások és a baj megjelenésének körülményei miatt a német szemorvosok „Epidemischer Schwellungs-Katarrh“-nak nevezik.

A szaruhártyának másodlagos fekélyek alakjában mutatókövetkezményes megbetegedéséről általánosságban azt mondhatjuk, hogy az ilyen aránylag ritkább és semmi szín alatt sem tartozik a Koch-Weeks-bacillus okozta conjunctivitis körképéhez. Ez természetesen nem zárja ki azt, hogy súlyosabb jellegű epidemia alkalmával ne jelentkezzen több esetben cornealis fekély. Hasonlót különben minden más természetű járványszerűen jelentkező fertőző bajban tapasztalhatunk, egyik járvány alkalmával kellemetlen és veszélyes szövődmények alig fordulnak elő, a másik alkalmával meg az ilyenek napirenden vannak. Ilyen cornealis fekélyeket látott Müller¹⁴ ismételtén Egyiptomban, főleg gyermekeken, látott Morax¹⁵ és láttak mások is.

Annak ellenére, hogy eseteink között elég szép számmal voltak igen súlyosnak látszó, mi nem láttunk cornealis fekélyt és így nyugodtan megállapíthatjuk, hogy a Koch-Weeks-ophthalmia csak nagyritkán ad alkalmat szaruhártyafekély kifejlődésére.

Nem szabály az álhártyák képződése sem a tarsalis conjunctiván, de azért súlyos esetekben ilyenek is képződnek. (Müller és mások.) Mi is láttuk.

A baj, a mint mondtuk, rendszerint acut módon jelentkezik, de azért chronikus alakban is jelentkezhet. Így például Meyerhof¹⁶ azt találta, hogy a Koch-Weeks-bacillus okozta conjunctivitis specialisan Egyiptomban a chronikus endemiás fertőzés jellegével bír. A téli hónapokban lappang, a nyári hónapokban exacerbál. A bacillus a kötőhártyában kitelel. A baj exacerbálását és ezzel kapcsolatosan az epidemiának gyors megjelenését a szerző nézete szerint csupán a meleg okozza és nem a nedvesség (a Nilus áradásakor), sem a por, sem más egyéb körülmény.

A baj elterjedtségéről mondhatjuk, hogy körülbelül az egész világon elterjedt, Meyerhof,¹⁷ Müller,¹⁸ Laka és Khonei¹⁹, Koch és Gaffky,²⁰ Kartulis²¹ és mások Eryp-

⁵ Der Bacillus des acuten Bindehaut-Catarrhs. (Archiv für Augenheilkunde, 1887, XVII. kötet, 318. oldal.)

⁶ Der Fränkel'sche Diplococcus als häufiger Erreger des acuten Bindehautkatarrhs. (Archiv für Augenheilkunde, 1897, XXXIV. kötet, 134. oldal.)

⁷ Bakteriologia delle congiuntivite acute. (Annali die Ottalmol, 1895, XXIV., 11. oldal.)

⁸ Une épidémie de conjonctivite contagieuse à bacilles de Weeks à Bruxelles. (Presse méd. belg., 1905, május, 14. szám.)

⁹ Ueber den Koch-Weeks'schen Bacillus der acuten Conjunctivitis. (v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. 1898, XLVIII. kötet, 1. füzet, 108. oldal.)

¹⁰ Bemerkungen zum Artikel der Herrn Weichselbaum und Müller „Ueber den Koch-Weeks'schen Bacillus der acuten Conjunctivitis. (v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. 1899, XLVII. kötet, 3. füzet, 673. oldal.)

¹¹ Der Bacillus der acuten infectiösen Conjunctivitis und seine Beziehungen zum Influenza-Bacillus. (Refer. az orosz nyelvű eredetiből.)

¹² Einige klinische und bakteriologische Beobachtungen über die Influenza-Conjunctivitis bei Säuglingen. (Mitteil. aus der Augenlinik des Karol. mediz. Institutes zu Stockholm, 1902, 4. füzet, 9. oldal.)

¹³ Osservazione cliniche e batteriologiche dal catarro acuto della conjunctiva. Torino 1901. Referat. Jahresbericht über die Leistungen etc.)

¹⁴ Ueber die aegyptischen Augenentzündungen. (Archiv für Augenheilkunde, 1899, XL. kötet, 13. oldal.)

¹⁵ Recherches bacteriologiques et cliniques sur la conjonctivite catarrhale. (Annales d'oculistique, 1892, CVII. kötet, 393. oldal.)

¹⁶ Sur la persistance des agents infectieux dans la conjonctivite et son rôle dans les conjonctivites épidémiques d'Égypte. (Annales d'oculistique, 1906, CXXXVI. kötet, 368. oldal.)

¹⁷ L. c.

¹⁸ L. c.

¹⁹ Sur la fréquence relative des différentes infections conjonctivales aiguës à Alexandrie (Égypte). Comptes rendus de premier congrès égyptien de médecine. (III. Ophthalmologie. Le Caire, 1907, 307. oldal.)

²⁰ L. c.

²¹ L. c.

tomban, *Wibó*²² Bruxellesben, *Elmassian*²³ Paraguayban, *Schmidt*²⁴ Westpháliában, *Márkus*²⁵ a München melletti Bitterfeldben, *Kamen*²⁶ Czernowitzben, *Weichselbaum* és *Müller*²⁷ az alsó-ausztriai Ziersdorfban, *Weeks*²⁸ Philadelphiában, *Morax*²⁹ Párisban stb. figyelte meg, hol sporadikusan, hol többé-kevésbé kiterjedt és súlyosabb, kevésbé súlyos jellegű járvány alakjában és hogy nálunk is elég sűrűn fordul elő, azt *Scholtz* és *Vermes*³⁰ szép vizsgálataiból tudjuk és bizonyítja ezt az általunk már régebben megfigyelt két járvány.

Járványszerű jelentkezésének ideje az esetek túlnyomó nagy többségében a meleg nyári hónapokra esik; a ragályozás emberről-emberre *direct contactus* útján történik ujjak, törölközők vagy más használati tárgyak közvetítésével; Egyiptomban *Meyerhof* vélekedése szerint talán a legyek is viszik a ragályt. Főnököm nézete szerint ennek és minden más ragálynak terjesztésében Egyiptomban igen nagy szerep juthat a legyeknek. Elbeszélése szerint az európai embert meglepi a bennszülötteknek az az érzékelése és indolentiája, melylyel a legyekkel szemben viseltetnek. Néhány lépésnyi távolságból egészen olyan, mintha a bennszülöttek szeméi körül vastag fekete keretek volnának és ha közelebb kerülünk, azt látjuk, hogy legyek nagy tömegben veszik körül a szemet és annak váladékát élvezik, a bennszülötteknek pedig eszükbe sem jut azokat onnét elzavarni.

Nestlinger a bacillus ellenállóképességét vizsgálva, azt állapította meg, hogy a pálczika a száradással szemben felette érzékeny és csakhamar elpusztul, ellenben a vízzel hígítást, a vízzel kezelést aránylag igen jól tűri. Ebből a gyakorlatra nézve az következik, hogy valószínűleg különösen közös mosdótálak, a váladéktól még nedves törölközők, zsebkendők, fehérneműk útján terjed leginkább a ragály. Hogy az mostanában sűrűbben jelentkezik itt a fővárosban is, annak bizonyára a víz szűke, a szappan hiánya, általában a tisztálkodás nehezebb volta az oka.

A *Koch-Weeks*-bacillus okozta conjunctivitis *prognosisa* az elmondottak értelmében kedvezőnek mondható, a baj megfelelő orvoslásra könnyebb esetekben 8–10 nap, súlyosabb esetekben 2–3 hét alatt meggyógyul, a kötőhártya teljesen ép lesz újból. Hosszabb természetesen a gyógyulás-idő azokban a ritkább esetekben, melyekben a tarsalis kötőhártyán álhártya képződik, valamint azokban az ugyancsak ritka esetekben, melyekben a kötőhártya-gyulladás cornealis fekélyekkel szövődik.

Az orvoslás az acut kötőhártya-hurutnak ismert orvoslása. 2%-os argumentum nitricum-oldattal naponként egyszeri ecsetelés, utána közömbösítés konyhasó-oldattal, majd öblögetés sterilis vízzel. A beteg szemét naponként ismételtén bórsav 3%-os vagy kalium hypermanganicum híg vizes oldatával mossa ki; később, ha a váladék-képződés elmúlt, zincum sulfur. 1/4%-os oldatának naponként egyszeri becsepegtetése. A becsepegtetést a baj javultával minden harmadnap végezzük vagy végeztetjük, azután elmaradnak a becsepegtetések. Ajánlják a protargol 5%-os oldatának becsepegtetését is. Ha a baj kezdetén álhártyák vannak, vagy az argumentum nitricummal ecsetelés közben ilyenek mutatkoznak, nem fogunk az ecseteléshez, illetőleg felhagyunk

vele és csak langyos bórsav- vagy kalium hypermangan-oldattal öblögetünk háromszor-négyszer naponta.

Ha cornealis fekély jelenkezik, atropin, nedves meleg borogatás. A fekély nem contraindikálja a lapissal ecsetelést és azért folytatjuk a fekély ellenére a lapissal ecsetelést, ha a kötőhártya állapota ezt megkívánja, csak pontosabban és kiadóbban közömbösítünk és öblögetünk az ecsetelés után.

Ezt az orvoslást követtük eleinte, s nagyjában mi is arra a tapasztalatra jutottunk, hogy a legszebb eredményeket mégis a kalium hypermanganicum gyenge vizes oldatával történő mosogatásokkal lehet elérni. Nincs kényszerítő szükség sem összehúzó szerekre, sem causticumokra. Ez utóbbiak több esetben egyenesen elvetendőnek bizonyultak.

Ezekben igyekeztem a *Koch-Weeks* bacillusára és a bacillus okozta kötőhártya-megbetegedésre vonatkozó ismereteinkről rövid áttekintést nyújtani. A kit ez a kérdés különösen érdekel, részletes adatokat talál *Axenfeld* közlésében a *Kolle* és *Wassermann* szerkesztette „Handbuch der pathogenen Mikroorganismen“ című gyűjtőmunkában (II. vermehrte Auflage, 46. Lieferung, Band 6, Cap. XXIII., S. 555).

Közlemény a nagyváradi m. kir. bábaképezdéből.

A gyors kézdesinfectio és gyors desinfectio gyakorlati eredményeiről.

Irta: *Konrád Jenő* dr., igazgató-tanár.

Még 1910 őszén ismertettem egy kézdesinfectió eljárását, mellyel a megelőző bakteriologiai kísérletek eredményei után ítélve, 3 és fél percznyi kézmosással az operáló kezeknek bakteriumszegénységét még tökéletesebben lehet elérni, mint a *Fürbringer*-módszerrel.

Már akkor, minthogy önálló osztállyal azon időben még nem rendelkeztem, az időközben elhunyt *Jeney* dr. ezredorvos volt szíves a XVI. sz. helyőrségi kórházban a módszer hasznavehetőségét gyakorlatilag is kipróbálni. Ezen eredményeket, melyek igen jóknak mondhatók, ő részben élőszóval (a kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályában), részben a szakirodalomban közölte.

Az alábbiakban közlöm azon eredményeket, a melyeket az általam kidolgozott desinfectió rendszerrel 1913 óta elértem. Maga az eljárás a *Herff*-féle alkohol-aceton kézdesinfectió módszerből fejlődött a chlormetakresol-nak, a *Richter* által lysochlornak elkeresztelt desinfectiensnek hozzáadásával, mert *Laubenheimer*-rel majdnem egyidejűleg nekem is feltűnt a chlormetakresolnak különösen a genykeltő mikroorganizmusokra való igen erős, electivnek mondható ölhatalma.

Előnyéül tartottam már akkor azt a tulajdonságát is, hogy szappanos víz hozzájutása az oldat bakteriumölő képességét nem befolyásolhatja. Ez pedig a sublimáttal szemben szintén nagy előnynek volt tekinthető.

Ezért a desinfectiálásra a *Herff*-féle oldathoz (2:1 alkohol-aceton) 1% lysochlort, azaz 1/2% chlormetakresolt adtam.

A kézdesinfectio előtt a szappan-kefe mosakodást mellőzve csak az ujjhegyeket áztattam be a körömtoilette megkönnyítésére. Ezután következett a kezek desinfectiója az alkohol-aceton-lysochlor keverékben 3 1/2 perczig. Kefe helyett nagyobb gaze-törölt használtam.

Ezen kézdesinfectió módszert alkalmaztam a nagyváradi baba-képezdében is és csak az utolsó 3 hónapban tértem el tőle annyiban, hogy az oldat, melyet a kézdesinfectióra használunk, ezen idő óta csupán alkoholos lysochlorból áll, mert az aceton jelenleg hadiczelokra igénybe vétetvén, igen ritkán és csak kis mennyiségben kapható. Az aceton bakteriumölő és arretáló hatásának hiányát úgy pótoltuk, hogy az alkoholos lysochloroldatban 3 1/2 percz helyett 5 perczig mossuk kezünket. Ezen eljárás mellett eredményeink jósága semmit sem szenvedett. Nem volt szembe-tűnő hatása azon körülménynek sem, hogy az entente-hatalmak blokádja következtében a gummikeztyűk is elfogytak és csak czérna-kezttyűvel fedett kézzel operáltunk ugyancsak

²² L. c.

²³ Des conjonctivites aiguës contagieuses et subaiguës a Paraguay. (Annales d'oculistique, 1902, CXXVIII. kötet, 48. oldal.)

²⁴ Ueber das Vorkommen infectiöser äusserer Augeneitzündungen im westphälischen Industriebezirk. (Archiv für Augenheilkunde, 1902, XLV. kötet, 79. oldal.)

²⁵ Ueber eine durch *Koch-Weeks*'sche Bacillen hervorgerufene Epidemie von Schwellungskatarrh. (Münchener med. Wochenschrift, 1901, 2137. oldal.)

²⁶ Zur Aetiologie der epidemischen Bindehautentzündung. (Centralblatt für Bakteriologie stb., 1899, XXV. kötet, 12. sz.)

²⁷ L. c.

²⁸ L. c.

²⁹ L. c.

³⁰ A kötőhártya-gyulladásokat okozó bacteriumokról 500 vizsgálat alapján. (Szemészet, 1907, 44. évf., 2. sz., 133. oldal.)

3 hónap óta. Különben a fejlápok áttekintése alkalmával megállapíthattam azt, hogy a különösen a medenczeürben mélyebben való preparálással és öltögetéssel járó műtétek véghezvitele után a gummikeztyűk átlag 50%-ban sérülteknek mutatkoztak. Ezzel korántsem akarom azt mondani, hogy a béke beköszöntése után gummikeztyűk nélkül akarnék operálni, mert a mint *Doederlein* és mások is megállapították, egy kis szűrés a gummikeztyűn nem sokat jelent. A gummikeztyűk bizonyos ideig abszolút biztonságot nyújtanak és addig is, míg rajtuk nagyobb sértés nem esik, megvédi a műtő kezeit a szövetnedvek puhító és duzzasztó behatásától, ez pedig eléggé nem értékelhető nagy előny. Továbbá a sterilitást nem követelő vizsgálatok stb. végzésére is jobb a kezét gummikeztyűvel védeni, hogy lehetőleg tiszta legyen, mert egy védett és ápolat kéz feltétlenül könnyebben és rövidebb idő alatt desinficiálható, mint azé, ki a kezeit nem ápolja és nem védi a műtőtermen kívül is.

A műtői terület desinficiálása, kivéve az utolsó 60 műtétet, előzetes 2 percig tartó alkohol-aceton-lysochlor oldattal ledörzsölés után a *Grossich*-féle jódtincturával bekenésből állott. A hüvelyi műtéteknél pedig ezeket megelőzőleg a hüvelyt hydrogenhyperoxyddal töröltük ki. A hydrogenhyperoxyd előnyére újabban *Kubinyi* hívta fel a figyelmünket. Az ő észleléseit én is megerősíthetem, mert a hydrogen-superoxyd legalább is kitűnően tisztít és némi bakteriumölő hatása is van, a mit a friss oldat hőfejlésztése kétségen kívül csak fokozhat. Magukra az erősen virulens genykelő bakteriumokra legfeljebb gyengítő hatása van és inkább csak a saprophytákat tudja teljesen ártalmatlanná tenni. Ezen gyengén baktericid hatásán kívül főképpen oldó és tisztító ereje miatt tartom a hydrogenhyperoxydot a hüvely desinfekciójánál kiválóan hasznos segéd-desinficiensnek, de egyedül a hydrogenhyperoxyd kitörlesztésében bízni nem mernék.

A jódtinctura helyett néhány hónapja egy új vegyszert használunk a hasfalak és a hüvely műtői előkészítésére. Ez a szer a tribrom-B-naphtol, melyet a feltalálója (*Bechhold*) providoform-nak nevezett el. A tribrom-B-naphtol azaz providoform 95%-os alkoholban, ha gyengén megmelegítjük, kitűnően oldódik. Az oldat színe sárgásbarna, de a bőrt és fehérműt nem festi meg, s meg sem támadja. A szaga kellemes, gyengén aromás. Mérgező hatása *Bechhold* szerint felette csekély, bakteriumölő hatása pedig olyan hatalmas, hogy az 5%-os providoform-tinctura hatása egyenértékű a 10%-os jódtincturáéval, sőt azt felülmúlja. A mahagónibarnára festett bőrhöz szoktatott műtő szeme először kissé bizalmatlanul tekint a *Bechhold*-féle providoformmal desinficiált, teljesen színtelen műtői területre, de az eredmények igazolják azt, hogy a providoform-tinctura valóban jobb, mint a jódtinctura és e mellett a használata kellemes is.

Jelenleg éppen eddigi gyors desinfekciós módszerünknek a módosításán dolgozom a providoform-tinctura felhasználásával. Az ezen irányban folytatott kísérleteink eredményei igen jóknak mondhatók és emellett saját kezeimen is konstatálhatom, hogy a providoform-tincturának a bőrre a jódtincturához hasonló kellemetlen hatása egyáltalán teljesen hiányzik, ha rövid ideig és nem állandóan alkalmazzuk.

Meggyőződhettem néhányszor még arról is, hogy a hasürben gennyel szennyezett műtői területnek providoform-tincturával való megecsetelését a hashártya szembetűnő reakció nélkül jól elviselte. Azon néhány esetben, a hol a genyesen szennyezett hashártyarészleteket providoform-tincturával tisztítottuk le, a gyógyulás lefolyása zavartalan volt. Mivel az eddigi, igen csekélyszámú (3) esetben a betegek előzetesen láztalanok voltak és a geny mikroszkopi vizsgálata csupán *b. coli*-t és más pálczikákat mutatott ki, a gyógyulás zavartalan lefolyását egyedül a providoform-ecsetelésnek betudni nem merném. Mindenesetre figyelemre méltó, hogy a hashártya az alkoholos providoformmal való letörlesztését minden szembetűnő reakció nélkül elviselte. Ugyancsak az utóbbi időben az intrauterin-befecskendésekre jódtinctura helyett providoform-tincturát használtak, valamint a szülészeti műtétek után, vagy

a lochiometrák gyógykezelésére alkalmazott alkoholos méhüri öblítések alkalmával is. A méhüri öblítések alkalmával 2 liter 50%-os alkoholhoz 30 cseppet adatok. Mindezen alkalmazásában a providoform-tinctura csakugyan pótolja, sőt eddigi tapasztalataim szerint felül is mulja a jódtincturát. Egyéb előnyei pedig (kellemes szag, az izgató-maró hatás elmáradása, színtelenség a bőrön, a fehérműt kimélése) kétségen kívül kedvelt és kiterjedten használt antisepticummá és desinficienssé fogják avatni a providoformot.

Az először ismertetett gyors desinfekciós eljárás igénybevételével operált szülészeti esetek közül csak azokat vettem számításba, a melyeket kizárólag keztyűtlen kézzel végeztünk. Ezen műtétek a fordítások, a daraboló műtétek és a lepényleválasztások, a melyek véghezvitelét a gummikeztyű viselése csak nehezítené.

A számadatok 2000 szülésre vonatkozólag értendők. Az a körülmény, hogy ezen aránylag nem nagy szülészeti anyagban viszonylagosan nagy a műtétek száma, abban találja magyarázatát, hogy a szülészeti eseteinknek 40—50 százaléka kívülről beszállított kóros szülési eset. Ezeknek nagyobb részét Biharmegye különböző, sokszor eléggé távol fekvő községeiből szállítják be, kisebb része jön a városból. A saját észlelésünk alatt álló háziterhes anyagban csak a legutóbbi 1 $\frac{1}{2}$ év óta kezd szaporodni azon nők száma, kik egyenesen medenczeszűkület miatt jelentkeznek már idejekorán felvételle, vagy az orvosok által utaltattak be.

Nálunk még csak fejlődőben van annak a megismerése, hogy milyen áldás a jól berendezett szülőintézet. Hogy ez a megismerés lassacskán köztudattá fog fejlődni, azt a szülészeti osztály forgalmának emelkedése örömdetesesen mutatja. Sajnos, gyakran illetéktelen egyének oktan és vészthozó beavatkozása gátolja meg a szülőnőknek idejekorán való beszállíttatását. Igen jellemző erre a következő eset. A Nagyvárad városától bizonyos távolságban fekvő X községben a szülésznő egy nön szűk medenczét állapított meg és a háború okozta orvoshiány miatt a nőnek a bábaképezdébe való azonnali beszállíttatását javasolta. Ebbe azonban az aszszony hozzátartozói, a falu pópája által felfogásukban megerősítve, nem egyeztek bele, mindaddig, míg az éppen odaérkezett körjegyző tekintélyének latbavetése végre érvényt szerzett a baba rendelkezésének; sajnos, már későn, mert a beszállíttatás a méhrepedés (complet) már bekövetkezett és a szerencsétlen nő úgy ki volt vérezve, hogy néhány percczel a beszállíttatás után, mielőtt a szülés befejezéséhez hozzáfoghattunk volna, már kisenvedett.

Egyáltalán a szülésznők, főképpen az idősebbek részéről az észlelőképeség, helyes szülésznői gondolkodás, valamint gyakran a szülésznőktől feltétlenül megkövetelendő elemi igazságok tudásának oly fogyatékosságával találkoztam lépten-nyomon, hogy a kötelező ismétlő bábakurzusok mielőbbi rendszeresítését égetően sürgősnek kell mondanom.

Sajnos, nem egyszer az orvosok részéről is szomorúan kell megállapítani azt, hogy a szülészeti tudásuk, főképpen gyakorlati szempontból, alapos felfrissítésre szorulna. Az egyetemek túlsúfoltsága miatt a gyakorlati évben kötelező szülészeti gyakorlati idő hozhatna némi javulást, ha a szülészeti gyakorlati idő tartamát legalább is 3 hónapban állapítanák meg. Nézetem szerint a szülészeti gyakorlati elsajátítása a vidéki, főképpen a községi és körorvosokra talán még fontosabb, mint a sebészet, mert falun, bármily jelesen képzett sebész legyen az az orvos, nagyobb műtétet úgy sem végezhet, mert sem arra való helyisége és felszerelése, sem pedig segédlete nincs és nem is lehet. Ezzel ellentétben a szülészeti műtéteket, a császármetszést és a medenczetágító műtéteket leszámítva, a parasztkunyhóban is elvégezheti az orvos a baba segédletével is, csak tudnia kellene, hogyan végezze azokat, s mikor és meddig várhat és tartózkodhatik a műtői beavatkozástól az anya és magzat veszélyeztetése nélkül. Ezért a gyakorlati év szülészeti szaka időtartamának meghosszabbítását feltétlenül kívánatosnak tartom.

Ezenfelül igen hasznos volna, ha az állami szülőintézetekben gyakorlati szülési továbbképző kurzusokat tartanának,

meghatározott, korlátozott számú, a kurzus tartama alatt az intézetekben lakó orvosok részére, a kik ezeken a kurzusokon kizárólag gyakorlati szülésszel foglalkoznának, részben phantomon, részben az intézet szülőanyagán. Együttal ezen kurzusok tartama alatt a szülészeti operatív technika begyakorlása mellett a szülési észlelő és ítélőképesség fejlesztése lenne a főfeladat, míg az elmélet a lehető legszűkebb korlátok közé volna szorítandó.

Azt hiszem, hogy ezen néhány önkéntelenül is előtűlő reflexióm nem egy, hivatott szaktekintélyként ismert kartársam helyeslésével fog találkozni.

A 2000 szülés közül 59 esetben végeztünk fordítást. Az ezen műtéteket kiállott szülők gyermekágyának lefolyása 12 esetben volt lázas, tehát $20\frac{3}{4}\%$ -ban, meghalt 5, tehát $8\frac{4}{7}\%$. A halálozások oka minden egyes esetben sepsises fertőzés volt, mely már a felvételkor megállapított lázas hőemelkedésben is jelezte magát. Közvetlenül a műtét következtében egyetlen halálesetünk sem volt.

Az 59 fordítással befejezett szülés közül egyetlen egy sem került vizsgálatlanul a bábaképezde szülőosztályára, hanem a falusi szülésznek és az általuk odahívott orvosok ismételtén végzett belső vizsgálata után. A fordítás után gyermekágyi lázban elhalt öt nő között van pl. egy, a kít B. községből lázasan szállítottak be harántfekvéssel, de csak azután, hogy előzőleg a faluban lakó három baba consiliumot tartott fölötté és csak miután mindhárman ismételtén megvizsgálták és a harántfekvést kétségtelenül megállapították. Álló burokkal mindössze 10 eset került műtetre, a többiben részben otthon, részben a beszállítatás alatt repedt a burok.

Ha már most tekintetbe vesszük, hogy ezen nőket a tanczélnak megfelelőleg a bábatanulókkal is vizsgáltattuk, az elért eredménnyel meg lehetünk elégedve. Ha csak külső vizsgálattal megállapított indiciókkal és belsőleg vizsgálatlanul kerülnének a szülők műtetre, azt hiszem, hogy még sokkalta jobb eredményeket tudnánk felmutatni. Éppen a fordításra került esetek halálozási arányszáma, viszonyítva a daraboló műtétek és a lepényleválasztások megbetegedési és halálozási arányszámához, újból beigazolja azt, hogy menyire veszélyezteteti a gyermekágy lefolyását az, ha a szülőt ismételtén belsőleg megvizsgálják.

A daraboló műtétekre került esetekben az előesett kar már lényegesen megkönnyíti a baba részére a diagnoszt és ebből érthető meg az, hogy ezen esetekben a belső vizsgálatok száma is kevesebb. A lepényleválasztásos esetekben is a szülés legtöbbször a lepényi időszakig normálisan halad és nem ad okot a bábának ismételt belső vizsgálat végzésére. De még egy körülmény játszhatik szerepet.

A harántfekvéseknél, mindaddig, míg a váll magasabban áll, előlfekvő méhlepény esetében, a mikor az előlfekvő rész is magasabban áll, a vizsgáló kéznek is magasabban kell behatolni és ezen vizsgálatoknál a bábák, a mint azt ismételt kikerdezéssel tapasztaltam, sokszor nem elégszenek meg a méhszáj nyitott kerületén belől való tapintással, hanem a méhszájon belül és oldalt vezetett ujjaikkal a méhfal és a burok közé furakodnak, hogy minél szélesebb körletet tapintassanak végig. Hogy ez a vájkálás, mely a deciduát is sértheti és a nem jól desinficiált ujjról a kórokozó csírákat mintegy belédörzsöli, nem lehet közömbös a gyermekágy lefolyására, egészen bizonyosnak tartom.

Mindenesetre a bábák ellenőrzésének intensivebbé tételével majd érvényt lehet szerezni a bábakönyv azon bölcs utasításának, hogy a baba egy szülés vezetése alatt csak kétszer vizsgáljon belsőleg, a bábakönyvben megállapított módon és időben.

Daraboló műtétet végeztünk 13 esetben. Ezen esetek közül lázas gyermekágya volt kettőnek $= 15\frac{3}{4}\%$. Halálozás a daraboló műtétet kiállott gyermekágyas nők között egy sem volt $= 0\%$.

A lepény művi eltávolítását 26 esetben végeztük, az általában elfogadott szigorú indicatio alapján.

Hozzáteszem még azt is, hogy mielőtt a lepény művi eltávolításához fogunk, mély narcosisban, a hólyag előzetes

kiürítése után még egyszer megkísértjük a lepénynek a Credé-féle műfogással való expressióját és csakis ennek az eredménytelensége esetén végezzük a műtétet.

26 esetünk közül 5 esetben találtunk accretio totalist, ezen 5 eset közé tartozik az egyetlen halálesetünk is. A többi 21 esetben csak részleges erősebb tapadás mellett bekövetkezett atonia volt a műteti ok; ezen esetekben a műtetre kényszerítő helyzet előidézésében kimutathatólag nagy szerepe van a lepény-expressio időelőtti és teljesen indokolatlan erőszakolásának. Ebben pedig, ha a szülésznek alaposan kivallatjuk, nagyon sokat fogunk hibásnak találhatni.

Nagyon kevés azon szülésznek száma, a kikben megmarad a kötelességérzet és a kik képesek a magzat megszületése után a lepényi időszakot előírászerűen kezelni. Igen hamar, a lepénynek a méhfalról való leválása előtt már exprimálnak, a mivel a lepénynek részleges leválását érik el és hozzá még a méhfenék ellazulása és a méhszáj görcsös szűkülete az eredmény. Ezen méhszájgörcs mély narcosisban majdnem mindig megszűnik és ilyenkor, ha a lepény retentiójának ez az egyedüli oka, a narcosisban alkalmazott Credé-féle műfogás elegendő a lepény eltávolítására.

Utólagosan nehéz volna megmondani, hogy azon 21 eset közül, melyben a lepénynek csak részleges erős tapadása miatt végeztük a lepényeltávolítást, hányszor sikerült volna ezt a minden szülésznek legnagyobb fokban ellenszenves műteti beavatkozást elkerülni, ha az egész szülés a mi vezetésünk alatt állott volna. Minthogy a 26 eset közül egyetlen egy volt, melyben a nő már a szülés kezdetekor került észlelésünk alá, joggal gondolható, hogy a születek lepényi időszakának szabályszerű kezelésével évenként elég sok lepényleválasztástól lehetne megkímélni a szülőnőket.

A mi az eredményeinket illeti, azok meglepően jók, mert a 26 eset közül lázas lett 8 $= 30\frac{6}{10}\%$, meghalt 1 $= 3\frac{8}{10}\%$.

Ezen eredmények kiállják a versenyt akár a Baisch, akár a Guttman statistikájával is.

A könnyebb áttekinthetés végett még egyszer összegezve eredményeinket:

1. Fordítás 59 esetben

lázas lett a gyermekágyban --- 12 $= 20\frac{3}{4}\%$
meghalt --- 5 $= 8\frac{4}{7}\%$

2. Daraboló műtét 13 esetben:

lázas lett --- 2 $= 15\frac{3}{4}\%$
meghalt --- 0 $= 0\%$

3. Lepényleválasztás 26 esetben:

lázas lett --- 8 $= 30\frac{6}{10}\%$
meghalt --- 1 $= 3\frac{8}{10}\%$

Ezen adatok annál élénkebben mutatják az alkohol-aceton-lysochlórral végzett gyors kézdesinfekció jószágát és megbízhatóságát, mert az összeállításban mellőztem a statisztika-készítés minden olyan eszközét, a mely még a megengedett határok között is a „corriger la fortune“ legkisebb látszatát kelthetné.

Mert éppen az egyetlen halálesetben, mely a lepényleválasztási statistikát terheli, a nő 22 órával p. partum $39\frac{8}{10}\%$ temperaturával került felvételre. A teljes accretióban levő, már a kezdődő bomlás tüneteit mutató lepény leválasztása igen nehéz volt itt; a műtét befejezése után végzett igen bőséges méhüri öblítés, a méhür providoformos kitömése, mind hatástalannak bizonyult; a nő a gyermekágy 5. napján a legsúlyosabb sepsis tünetei között meghalt.

Ezt a halálesetet, mint a mely a desinfekciós eljárásunkat tulajdonképpen nem terheli, bizonyos jogosultsággal levonásba hozhattuk volna.

Mindazonáltal jobbnak tartottam a bruttó-stadistikát alkalmazni annak eldöntésére, hogy differenciált statisztika nélkül mit tudunk elérni a gyors kézdesinfekcióval.

Mindenesetre a kézdesinfekció mellett az elért jó eredményekhez hozzájárulhatott az is, hogy az összes olyan

műtétek után, melyek a kéznek a méhürbe való behatolásával járnak, a méhürt előbb 10–20 liternyi hideg lysoformos vízzel és végül 2 liter jódozott, utóbb providoformozott 50%-os alkohollal mossuk ki és egyidejűleg a méh tartós és erélyes contractióját elősegítendő, 1 secacornin- és 1 glanduitrin-injectiót adunk.

A nőgyógyászati műteti anyag, a melyen a gyors kézdesinfekciós eljárás használhatóságát kipróbáltam, 286 műtét, a melyek közül 172 volt a laparotomiák száma és 114 a vaginális műtéteké.

A 172 laparotomia közül hasfali abscessusképződést találtunk 3 esetben, a mi 1.72%-nak felel meg. Minthogy ezen 3 eset közül az egyik üszkösödésnek indult myoma kiirtása volt, a másik kettő pedig méhnyakrák radicalis abdominális műtete után következett be, ha csak a tiszta eseteket vennők a számítás alapjául, nekünk is 100% prima intentiánk volna. Itt azonban méhrák-, pyosalpinx-esetek stb. mind együtt szerepelnek a számítás alapjául és nézetem szerint éppen ennek a nem differenciált statisztikának a számadata beszél legjellemzőbben a gyors kézdesinfekciós módszer használhatósága és megbízhatósága mellett.

A vaginális műtétek közül a statistika alapjául csakis a plastikai műtéteket vettem. Ezek ugyanis köztudomásulag a prima intentio százalékaival még érzékenyebb fokmérői a desinfekciós eljárás hasznavehetőségének.

A mi 43 plastikai műtétünk közül p. primam gyógyult $39 = 90.70\%$, p. sec. egyesült $4 = 9.30\%$. A p. sec. gyógyult, illetve újabb varrattal gyógyult 4 eset közül a varratvonal lepedékességét és egyúttal hőemelkedést csak 2 esetben találtunk, míg a másik 2 esetben (idősebb nők voltak) a reactionmentes sebszélék a műtét utáni 10. napon szétváltak. Itt tehát a szövetek rossz tápláltságát lehetne okolni a prima intentio elmaradásáért.

Külön megemlítendőnek tartom azt, hogy az utolsó 61 műtét alkalmával egyfelől providoform-tinctura-desinfekcióval készítettük elő a műteti területet, másfelől a gummikeztyűk hiánya miatt a műtéteket csupán czérnafehér ruhával fedett kezekkel végeztük.

Ezen 61 műtét között 32 laparotomiát végeztünk. Az operáltak közül egy emboliában (a műtét utáni 5. napon) halt el a kapocskiszedés előtt. Így csak 31 hasvarrat jöhetett számításba és ez a 31 varrat kivétel nélkül p. primam egyesült. Kevésbé jó eredményeket értünk el a vaginalis műtéteknél, mert ezek közül p. sec. gyógyult $2 = 6.66\%$.

Ezen eredményt azonban sikerülni fog még inkább megjavítani, úgy, hogy a vaginális desinfekcio alkalmával a hüvelyt mindig hydrogensuperoxyd-kitörles után desinficiáljuk az alkoholos providoform-oldattal. Nem akarok a nőgyógyászati műteti anyag részletezésébe és a halálozási esetek százalékos, műteti eljárások és megbetegedések szerinti kimutatására kiterjeszkedni.

Röviden csak azt mondhatom, hogy a 18 abdominalis radicalis méhrák-műtét levonásával 154 laparotomia összmortalitása 6.49% . Ezen halálozási rovat alá vették az összes hasúri műtétek, a genyartalmú adnextumok stb., mert az ú. n. tiszta műtétekre vonatkoztatva, ez az arányszám lényegesen csekélyebb volna. Olyan halálesetünk, melynek oka kimutathatólag tiszta műtét, zavartalan műteti lefolyás után a műtő vagy segédletének kezei által okozott sepsis lett volna, egy sem volt, reméljük, hogy ezután sem lesz.

* * *

Az eddig közöltek alapján rövid összefoglalásban mondhatjuk, hogy:

1. Az alkohol-aceton-lysochlor gyors kézdesinfekcióra egészen megbízható eljárás, mely időt kimélt s a kezet sem támadja meg.

2. Aceton hiánya esetén az alkoholos lysochlor-oldatban 5 perczig tartó kézmosás, a kezeknek ezután providoform-tincturával bedörzsölése ugyanolyan jó eredményeket ad.

3. Az 5%-os providoform-tinctura igen hatásos desin-

ficiens, mely a jódtincturát teljesen pótolja, sőt annál előnyösebb, mert nem fest, nem mar, a használatban erős reakciót nem okoz és kellemes szaga van.

4. Ismételt kísérletek azt mutatják, hogy a providoform-tinctura, egyedül használva, szintén igen hatásos és megbízható kézdesinficiens, melyet a körömtoilette után ugyancsak törölve vagy flanelldarabbal bedörzsölve, $3\frac{1}{2}$ perc alatt a bőrfelületet csiramentesítheti, de viszont a kéz bőrt huzamosabb használat után izgatni tudja. Ezért inkább a műteti terület bőrének desinficiálására használandó.

5. Kétségtelen, hogy a csak alkoholos kézdesinfekcio megbízhatóbb a szappan-melegvíz-sublimatdesinfekciónál, különösen a kézdesinfekcio technikájában sohasem absolute megbízható bábák kezében, a mint azt már Ahlfeld olyan régóta hangoztatja.

Meg vagyok győződve, ha a bábák kézdesinfekciós utasításából a sublimatot és a keféket kiküszöbölnék és pld. körömtoilette után 10 percznyi alkoholos lysoform-oldatban flannellel vagy gazetörölve való mosakodást rendelnének el, a szülés alatti infekciók és a gyermekágyi megbetegedések száma a falvakban is csökkenést mutatna. A tiszta alkoholt, a mely nem mindenütt kapható, a denaturált szesz igen jól pótolhatná. Németországban az alkoholt és a kresolszármazékoknak a sublimat fölötti fölényét sokan elismerték.

Azt hiszem, hogy az anyavédelem szempontjából is nem lenne felesleges, ha a bábák kézdesinfekciós utasítását revideálnák és nemcsak még hatásosabbá, de gyorsabbá is tennék. Különösen a providoformot tartom oly szernek, mely még denaturált szesz-oldatban is kitűnő, megbízható kézdesinfekciót eredményez, a miért is már többször részletezett kitűnő tulajdonságai alapján ezt a szert a kézdesinfekcióra, esetleg 5%-osnál higabb oldatban, a szakkörök és szaktársak figyelmébe legmelegebben ajánlhatom.

Közlemény egy tábori kórházból. (Parancsnok: Roediger Jenő dr., törzsorvos.)

Hygienés berendezések egy kis városban kiütéses typhus-epidemia leküzdésére.

Irta: Révész Ernő dr., tart. ezredorvos.

A kiütéses typhus hatalmas szerepet játszik különböző harcztereink mögöttes terepén. Nem lesz tehát érdektelen, ha leírom, hogyan lehetett egy kis városkában megfelelő intézkedésekkel ezt a járványt gyorsan elfojtani.

1916 december elején parancsot kaptunk, hogy kórházunk egy részével egy kis mezőváros polgári lakosságát orvosi segítségben részesítsük. A városkában a téli hónapokban, főleg januártól április végéig, a kiütéses typhus járványos. Működésem tartama alatt ott nagyszámú katonaság és egy magasabb parancsnokság tartózkodott.

Eminens érdek volt tehát az epidemiát megszüntetni, illetve az útját állani. A betegség már emberemlékezet óta szedi áldozatait ebből a városkából. Az idei hosszantartó kemény tél arra kényszerítette a szegényebb polgári lakosságot, hogy úgyszólván minden tulajdonukban levő ruhadarabjukat állandóan testükön hordják. Ez persze nagyon elősegítette a járványt terjesztő tetűk szaporodását. A benszüllött különben is fölös munkának, időtékozlásnak tartja a mosakodást. Jobbmódú nők kicsinyléssel, tapasztalatlanságomat megvető vállvonogatással hallgatták azt a véleményemet, hogy a fejtetőt ki lehet irtani, hogy a ruhatető nem okvetlen elmaradhatatlan élettársa az embernek. Beleszülettek, belenyugodtak abba a tudatba, hogy a bőrparaziták elkerülhetetlenek, el nem távolíthatók, épp úgy, a hogy a nyugat-európai kultúrer ember belenyugodott a bélbacteriumok állandó jelenlétébe.

A polgári lakosság egy része (a frontról elmenekültek, az úgynevezett „evakuáltak”) a tél folyamán nagy nyomorban sanyalódott. Nyomora, szűk, piszkos tömeglakása állandó forrása a ragálnak.

Ezek voltak a járvány terjedését leginkább előmozdító

körülmények. Ezekkel kellett elsősorban megküzdenem. Legnehezebb volt a küzdelem a lakosság rossz nevelésével, fegyelmetlenségével, indolentiájával. A betegségtől a benszülött orosz nem fél annyira, mint mi. Olyan szükséges rossznak tekintik, mint a mi szegényebb sorsú városi lakosságunk a kanyarót, melyről sokszor hallani, hogy „minden gyereknek át kell egyszer esni rajta.” Igaz, hogy a mortalitás az itteni lakosság közt jóval kisebb, mint az ebben a bajban megbetegedett katonáink közt. És a betegség lefolyása is enyhébb az előbbiekben.

Ha a járvány alatt itt megbetegedett civilek életkorát összehasonlítjuk, azt találjuk, hogy 43 polgári beteg közül csak 6, tehát 14% volt 30 évesnél idősebb. Ebből első pillantásra azt lehetne következtetni, hogy az öreg korban bizonyos immunitás áll be a kiütéses lázzal szemben, úgy mint kanyarónál, vörhenynél, diphtheriánál stb. Ha azonban megbetegedett katonáink életkorát vizsgáljuk, nem találjuk meg az öregeknek ezt a látszólagos ellenálló képességét a betegséggel szemben. Az oka ennek egyszerűen az, hogy a benszülöttek már gyermekkorukban átérték a bajt és az öregek ennél fogva már nagyrészt immunisok.

A mortalitás kicsinységének is ugyanez az oka. Az exanthematicus áldozatait leginkább az öregebb betegek közül szedi, kik gyengébb szívükkel nem bírnak a hatalmas intoxikációnak ellenállani, míg a fiatal, elastikus, resistens vérkeringés könnyű szerrel győzi le a bajt. Mindezek a tényezők hozzájárulnak ahhoz, hogy a volhyniai orosz ne tartsa olyan nagyon súlyosnak a bajt. Ez magyarázza meg azt is, hogy míg egyfelől a himlő ellen való beoltásért még anyagi áldozatokat is hoznak, addig másfelől az exanthematicust gátló intézkedéseknek szívesen ellenállnak. Itt persze az is szerepel, hogy az igen egyszerűen keresztülvihető oltás értéke évtizedes jó eredményei miatt már átment a köztudatba, ellenben az egész megszokott életmódot felforgató tisztálkodási rendszabályoknak még nem lehet meggyőző erejük.

A kiütéses typhus elleni védő intézkedéseim három csoportja tagolódtak. Először megfelelő kórházat rendeztem be exanthematicus-betegek részére, azután megszabadítottam a lakosságot bőrparazitáitól és végül tisztább életmódra kényszerítettem őket.

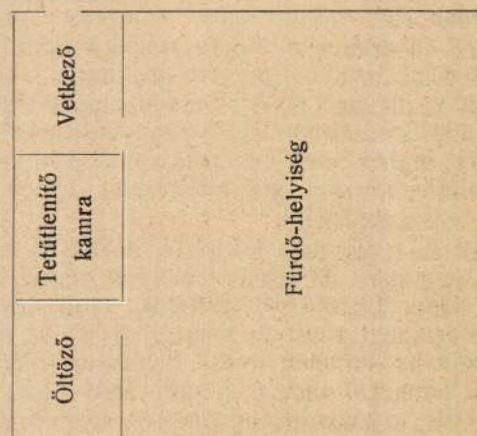
A kórház helyének kiválasztásában szerencsém volt. Találtam egy házcsoportot a városka peripheriáján, melyet egy tó és egy folyó teljesen elválaszt a többi emberi lakóhelytől. A házcsoport közepén levő orosz templomot és paplakot könnyen alakíthattam át 40—50 beteg részére kórháznak. A többi házban az exanthematicus-betegek fertőzésre gyanús hozzátartozóit izoláltam és pedig családonként külön-külön. Okvetlen szükség volt egy a kórházhoz szervesen kapcsolódó fürdő építésére, hol a betegeket és izolált hozzátartozóikat alaposan tetűtleníthetem. Hogy ezt exacte keresztülvihessük, először egy helységet kellett berendezni, hol a beteg levetkőzik és haját lenyírják, azután egy másik helyiséget, hol levetett ruháit áramló gőzben desinficiálják. Ezekhez járult, mint harmadik, a tulajdonképpeni fürdőhelyiség, hol a betegeket douche segítségével alaposan lemossuk. A lázas betegeket fürdetés és doucholás közben lefektetjük megfelelő asztalra.

Csak úgy kerülhetjük el, hogy az ápoló-személyzet és a betegek egymást befertőzzék, ha a vetkőző-, nyíró- és fürdőhelyiség talaja olyan anyag, melyről a tetveket és tojásaikat könnyen el lehet távolítani. Erre a célra legjobb és egyszerűsmind legkönnyebben megszerezhető a cement. A tetűtlenítéssel megbízott személyzet megfelelő, teljesen zárt ruhában működjék és ha lehet, kiütéses lázt már kiállott, tehát immunis emberekből álljon.

A kórház applikálása csak pár napig tartott. Ha azonban a járványt meg akartam előzni, nemcsak a kórházba felvett betegeket kellett tetűtlenítenem, hanem a város többi lakóját is. Majd minden volhyniai városban van egy izraelita fürdő. Ezt igen könnyű úgy átépíteni, hogy a fürdőben kívül tetűtlenítés céljait is szolgálja. A mi városkánkban ez a fürdő egy négyszögletes helyiség, megfelelő kályhával és kat-

lannal ellátva. Ez utóbbira a helybeli bádigos könnyű szerrel alkalmazott néhány douchet. A berendezésnél nagyon kell ügyelni arra, hogy a már megfürdetett, tiszta egyén ne ugyanott öltözködjék, a hol tetves ruháit levetette. Különben az eredmény illusorius. Ezért az egész 4-szögletű helyiséget fallal egy kisebb tetűtlenítő és egy nagyobb, a fürdés céljait szolgáló részre osztottam.

Bemenet



Kimenet

A folyosószerű ruhatetűtlenítőrész közepén áll a tetűtlenítő kályha, mely ez utóbbi helyiséget ismét két külön félre, egy öltözőre és egy vetkőzőre választja. A tetűtlenítő kályhát a helybeli kőműves építette megfelelő utasítások után. Lényegében duplafalú kamra, mely úgy a vetkőzőből, mint az öltözőből hozzáférhető és mely alatt egy tüzelőhely foglal helyet. Hogy a kamra gyorsan átmelegedjék, a tüzhelyből kiáramló füst és meleg levegő a kamra keftős falai közt vonul a szabadba. A ruhákat a 110°-ra melegített kamrában lazán függesztjük fel. 1/2 óra elegendő a tojások és tetvek elpusztítására.

A lakosság 10-es csoportokra osztva jelent meg a vetkőzőben. Ruháik a tetűtlenítő kamrába kerültek, ők maguk pedig a fürdőhelyiségbe, hol orvosi felügyelet mellett alaposan megtisztálkodtak. Az öltözőben aztán megkapták tetűtlenített ruháikat és egy külön kijáraton távoztak.

Természetes, hogy a tetűtlenítés értéke minimális, ha a lakosság a fürdőből ismét visszatér a piszkos lakásába. Ha eredményt akartam elérni, a lakóhelyeket is meg kellett tisztítanom a parazitáiktól. Ezt lehetett volna úgy csinálni, mint a hogy az exanthematicus-betegek házaiban most is tesszük, t. i. mozgó desinfectorral és megfelelő iskolázott személyzettel minden házat alaposan tetűtleníteni. De csak egy desinfector és csekély számú személyzet állott rendelkezésemre és így az egyszeri tetűtlenítés is több hónapig tartott volna. És ha el is végeztem volna egyszer, rögtön újból kellett volna kezdeni. Hiszen a tetves szomszédokkal való érintkezés és a minden tisztálkodás iránt való legyőzhetetlen ellen-szenv már régen visszaállította volna a status quo antet.

Az exanthematicus-járvány ideje már itt volt. Minden nap vártuk az első esetet. Ha én tehát a járványt meg akartam előzni, olyan módszert kellett alkalmaznom, melynek segítségével a házakat gyorsan és egyszerre tetűtleníthetem.

Ezért tisztálkodási rendszabályokat adtam ki, melyekkel főczélom a lakosság tisztaságra való nevelése volt. Hogy a rendelkezéseket csakugyan megtartsák, egészségügyi rendőrséget kellett szerveznem és úgy kellett intézkednem, hogy ez utóbbi a rendeletek végrehajtóját könnyen ellenőrizhesse. Ezért valamennyi rendelet keresztülvitelét bizonyos meghatározott nap-hoz és órához kötöttem.

Reggel 8 óráig mindenki meg legyen mosakodva, fésülködve, ruhái ki legyenek kefélve. Kéthetenként meg kell a fürdőben fürödni, hol egyúttal ruháit desinficiálják. A fürdésről igazolványt kap.

Hétfőn déli 12 óráig minden család tartozik a hét folyamán bepiszkolódott fehérneműt kimosni, tetűtlenítés

végezt ki főzni és azután szárítás céljából látható és *ellenőrizhető* helyen kifüggeszteni. A piszkos fehérnemű halmozása tilos.

Minden péntek déli 12 óráig a házakat és környéküket meg kell tisztítani, illetve fel kell mosni.

Ha az ellenőrző rendőr valakit piszkosan, rendetlenül talál, azt szigorúan megbünteti.

Az ellenőrzést végző egészségügyi rendőrség egy egészségügyi altisztból és három intelligens közemberből áll, egy orvos vezetése alatt. Eleinte kissé nehézkesen ment a dolog, később azonban csak igen ritkán kellett valakit megbüntetni. A tisztálkodás és tetűtlenítés már megindult volt, mikor a járvány kitört. Az első pozitív exanthematicus-esetet január 26.-án konstatáltuk. A fent leírt rendelkezéseket ezután még intenzívebben igyekeztünk keresztülvinni. Azonkívül azonban különös intézkedésekkel gondoskodnom kellett a fertőzés forrásainak elszigeteléséről.

A betegeket rögtön a kórházba hoztuk és tetűtlenítettük. Így parazitamentesen az ápolószemélyzet veszélytelenül érintkezhet velük. Az igaz, megtörtént, hogy egy orvosunkat vérvétel közben egy eltört tű megsértette és az illető néhány nappal ezután exanthematicusban megbetegedett. Ezt az esetet azonban nem tekinthetem a tetűk közvetítése nélkül való vérfertőzés kifogástalan bizonyítékának, mert a fent említett orvos a betegeket lakásaikban is meglátogatta, minélfogva a normális módon, a tetűk útján létrejött fertőzés sem zárható ki.

A betegek hozzátartozóit és azokat, kikről megtudtuk, hogy a megbetegedettekkel érintkeztek, előzetes tetűtlenítés után contumáltuk a kórházba. És pedig először csak két hétre, azonban előfordult, hogy néhány ember, kit két hét múlva elbocsátottunk, csak a harmadik héten betegedett meg. Azóta több kifogástalan eset bizonyította, hogy az incubatio ideje két hétnél hosszabb is lehet. Ezért a quarantaine idejét három hétre hosszabbítottuk meg.

A betegek és quarantainebe tett lakásaikat bezártuk, beszögeltük és figyelmeztető tábláskákkal láttuk el. Három hét múlva, mikor a tetvek már elpusztultak, a házat még alaposan diszinficiáltuk.

Azonban a járvány, mindezen intézkedésekkel dacolva, mindjobban terjedt. Voltak napok, mikor 3—4—5 beteget is hoztak a kórházba. A járvány a városkában elhelyezett katonaságra is elharapódzott. Két katona megbetegedett.

Hogy a járvány a katonaság soraiból több áldozatot ne szedhessen, a katonaságot tüstént elkülönítettük a polgároktól. Katonának nem volt szabad civillel egyazon fedél alatt lakni. Azonkívül ismételtén megfürdettük a katonákat. Megtiltottuk nekik, hogy a kereskedéseket, vendéglőket látogassák.

Ezen rendelkezések következtében újabb megbetegedés a városkában elhelyezett katonaság körében nem fordult elő.

Városkánkban békeidőben 1200 ember lakott. Ehhez járult most a meglehetősen nagy helyet elfoglaló katonaságon kívül még 1000 menekült. A járvány a menekültek közt uralkodó nagy nyomor, következményes leromlásuk és a nyomorral karöltve járó piszok miatt leginkább közöttük terjedt el. Olyan zsúfoltan laktak, hogy úgyszólván lehetetlen volt mindazokat izolálni, kik a betegekkel érintkeztek. Ehhez járult még, hogy a betegeket hozzátartozóik eltitkolták, sőt sokszor el is rejtették padlásra, szalma közé stb., mert féltek a quarantainától.

A nyomor enyhítésére a katonai hatóság szervezte a szegényebb lakosságnak tápszerrel és tüzelőszerekkel való ellátását. Hogy a betegeket el ne titkolhassák, összeállították a lakosok névjegyzékét. Ennek segítségével azután többször egymásután megvizsgáltunk minden személyt és minden házat.

Mindez sokat használt. De igazán nem remélhettem, hogy a menekültekkel túlszűfolt városkában prophylaxisos intézkedéseimet exacte keresztülvihetem. Ezért a menekültek nagy részét, megfelelő cautelek igénybevétele után, elszállítottam olyan hátrább eső helyekre, hol elhelyezésük és ellátásuk könnyebb.

A városka fellélegzett. A fürdetés, tetűtlenítés, tisztálkodási rendszabályok prompte keresztülvitettek. A betegek eltitkolása megszűnt. Ellenkezőleg a kereskedők maguk jelentettek fel minden új megbetegedést. Ők ugyanis azt remélték, hogy az epidemia megszűntével üzleteiket ismét látogathatják katonáink. Ezeknek a körülményeknek köszönhetjük, hogy a városka lakói között február 22.-e óta új megbetegedés nem fordult elő.

A járvány első pozitív eseteit január 26.-án konstatáltuk és már február 22.-én, vagyis kevesebb, mint egy hónap alatt, meg is szüntettük a járványt.

A betegkezelés eredménye is kedvezőnek mondható. 47 betegünk közül csak 2 halt meg, mi 4.2%-nak felel meg.

A fent leírt eredmények megmutatják a módját annak, hogy hogyan lehet egy kiütéses typhus-járványt gyorsan és biztosan elnyomni.

Röviden összefoglalva, a következő intézkedések ajánlhatók akkor, amikor valamely városban, hol katonaság is van elhelyezve, exanthematicus-epidemia üt ki.

Katonaság.

1. A katonaság és polgári lakosság elkülönítése feltétlen szükséges. Legjobb, ha a katonaság a városnak valamely teljesen elkülönített részében lakik. Semmi esetre sem szabad azonban a határnak és civileknek egy fedél alatt lakni.

2. A katonaságnak tilos az üzletek és korcsmák látogatása.

3. Az összes katonákat ismételtén meg kell fürdetni, tetűtleníteni. Szigorú orvosi kontroll alatt kell őket tartani.

Polgári lakosság.

1. A fent leírt tisztálkodási rendszabályokat ki kell hirdetni és keresztül kell vitetni.

2. Egészségügyi rendőrséget kell szervezni.

3. A lakosságot ismételtén meg kell fürdetni és tetűtleníteni.

4. Orvosok többször egymásután vizsgálják meg az összes lakosokat és házakat névjegyzék segítségével.

5. A helység peripheriáján egy jól izolálható és megbízható tetűtlenítővel ellátott kórház állíttassék fel. Itt kell izolálni a betegeket és hozzátartozóikat.

6. A betegek és contumáltak házait 3 hétre be kell zárni, figyelmeztető táblákkal kell ellátni. Használat előtt a házak deszinficiálandók.

Balassa János.*

Irta: Grósz Emil egyetemi tanár.

Balassa János 1843-ban, 28 éves korában foglalta el a budapesti egyetemen a sebészet tanszékét. Ezt elsősorban, a mint Jendrassik Jenő a magyar tudományos Akadémiában 1870 május hó 28.-án mondotta, „kitűnő képzettségének, erényes jellemének, fáradhatatlan kitartásának és meggyerő magaviseletének” köszönhetette. De útját tanárain kívül hatalmas pártfogók — nemeskéri Kiss Pál, gróf Esterházy Károly és Lónyay János — is egyengették, a miről a puritán philosophus Jendrassik azt mondja: „a hol a pártfogás ily alapon nyugszik, ott díszére válik egyaránt a pártfogónak, mint a pártfogoltnak.”

Azóta nagyot változott nálunk a pártfogás alapja.

Balassa az egyetemi tanár hármass feladatát: a gyógyítást, a tudomány művelését s az oktatást egyaránt gondozta.

Sikerei a betegeket az ország minden részéből hozzá vonzották. Balassát az orvost, a mint Korányi Frigyes

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1917 október hó 14.-én „A természet háborúban és békében” címmel tartott Balassa-előadás bevezetése.

mondja, bizalmával egyaránt megajándékozta a föld népe — s a királyi család.

Balassa tudományos munkásságának eredményeit magyarul és németül közölte, ennek köszönheti, hogy neve az ország határán túl is ismert és becsült volt. Tudományos munkáinak megbecsülését jelenti, hogy két ízben nyert meghívást bécsi tanszékre, először a *Josephinum*, majd az egyetem sebészeti katedrájára. Egyiket sem fogadta el. Jelentőségét azon idők egyik legnagyobb sebésze, *Billroth*, az egyetemen tartott előadásában következőképp méltatta:

„Wenn wir den Dahingeschiedenen beklagen, dass es ihm nicht lange vergönnt war die Früchte seiner Arbeit zu genießen, so ist er doch auch wieder zu beneiden, auf der Mittagshöhe seines Ruhmes abberufen worden zu sein, geliebt von seinen Schülern, geliebt von seinem Volke und seinem Fürsten.“

Hebra pedig így emlékezett meg róla:

„Sein Name war gefeiert, wie der eines *Deák* und so wird auch die Trauer um ihn vom ganzen Lande und ausserhalb desselben, von seinen vielen Freunden und Verehrern eine allgemeine, tiefempfundene werden.“

Wattmann nyilatkozatában azt mondotta, hogy

„als Chirurg und Operateur ganz gleichstehe und jeder Universität zur Ehre und zur Zierde gereichen müsse.“

Mint tanárt tanítványai nemcsak tisztelték, hanem szerették is, ez 25 éves tanári jubileumán kifejezésre is jutott. A tanítványok által rendezett ünnepen *Eötvös József* személyesen vett részt, felejtethetetlen *Erzsébet királynénk* ajándékkul gyűrűt küldött, utolsó útján a koporsójára helyezett koszorúk szalagjait *Lónyay Menyhért* és *Horváth Boldizsár* miniszterek tartották.

Azóta nagyot változott nálunk a világ.

Balassa hármastanári feladatának fényes betöltése nem merítette ki munkaerejét. Résztvett az „Orvosi Hetilap“ megalapításában s kezdeményezte, majd alelnöke lett a Magyar Orvosi Könyvkiadó Vállalatnak.

1848-ban báró *Eötvös József*, az első független magyar kormány vallás- és közoktatásügyi minisztere az egyetlen magyar egyetemen az orvoskari tanügyek igazgatásával bízta meg. E működését jóformán meg sem kezdette, börtönbe került, tanári állásától megfosztották, de betegei még börtönében is felkeresték, hol gróf *Batthyány* miniszterelnök sebét is kezelte. Betegei csakhamar kinyitották börtöne ajtaját is; tanszékét visszanyerte s 1867-ben az alkotmány helyreálltával újból ő lett *Eötvös* legmeghittebb, legbefolyásosabb tanácsadója. Programját saját szavai jellemzik legjobban, a midőn azt mondja: „Nemzeti jólétünk és boldogulásunk egyik főtényezőjét a tudományban és ismeretekben való haladás és otthonosság képezik, melyek csupán ernenyedetlen munka és ihlett szorgalomnak gyümölcsei“ (1863).

1867 márciusában *Balassa, Jendrassik Jenő, Korányi Frigyes* és *Markusovszky* emlékiratot nyújtottak be, mely az ország közegészségi és orvosi ügyeinek rendezéséről szól. Ez emlékirat oly programot tartalmaz, mely ma is bátran szolgálhatna a ma annyit emlegetett közegészségügyi ministerium munkaköréről. Ezen emlékiratban található az országos közegészségi tanács létesítésének terve, melynek megvalósításakor ő lett annak első elnöke.

Az orvosi rend sorsát szívén viselte. Már 50 év előtt azt mondotta, hogy „magyar orvost sem a szokásos közérületi irány, sem a törvény nem helyezik azon polczra, melyen a tudományoknak áldozatokkal járó ápolásához és műveléséhez lehetne járulni.“

Balassa 1868 december 9.-én 56 éves korában hirtelen halt meg.

Programja megvalósulatlan maradt.

Balassa tudós, művész és államférfi volt.

Balassa az operateur, a tudományos munkás, az oktató tanár az egyetemi tanszékeken tovább él, — Balassa az államférfi közéletünkben eltűnt. Halála után barátai s első sorban *Korányi Frigyes* még egy ideig jelentékeny befolyást gyakoroltak a közügyekre, de azután a tudomány képviselői-

nek irányítását igyekeztek áttörhetetlen mesterséges akadályokkal elhárítani. Az akadályok emelésében buzgón közreműködtek a hivatalok, a tudományos körök és a közvélemény.

A hivatalokban azt a tételt állították fel, hogy a tudomány munkása eo ipso elfogult és teljesen képtelen az élet szükségleteinek megítélésére, az egyetemen pedig tért hódított az a felfogás, hogy a tudományos munkásnak nem is illik szakmáján túl a közügyekben szót emelni. A közvélemény hitelt adott e két elfogult kaszt-felfogásnak s ennek az a következménye, hogy a tudományos befolyás Magyarország közéletéből kiszorult. Bátran kimondom, sok nyomorúságunknak ez a forrása!

A külföld példája másra taníthatott volna. *Humboldt*-nak, a tudósnak, Poroszország ujászületésében döntő szerep jutott. *Virchow* érdeme a közegészségügy terén vetekedik tudományos búvárkodásának eredményeivel. *Pasteur* élénken résztvett hazája közügyeiben s nagy része van abban, hogy a közvélemény belátta, hogy az 1870/71 háborúban a német tudomány aratta a győzelmet s hogy ennek consequentiáit le is vonták, a minek gyümölcseit máris élvezik.

Misem bizonyíthatja jobban a tudomány hatalmának elismerését, mint hatalmas német szövetségünk, a németek nagy császárijának a berlini egyetem jubileumán bejelentett ama elhatározása, hogy *Humboldt* programjának végrehajtásaképp kizárólagosan tudományos búvárkodásra szolgáló intézeteket alapít. A Kaiser Wilhelm-Stiftung intézetei rövid fennállásuk alatt máris nagy szolgálatokat tettek a hazának, melyeknek óriási jelentősége csak a háború után fog közismertté válni.

Austriában, Németországban a tudomány képviselőinek a törvényhozás felső házaiban ülést adnak — nálunk még azon tudósok helyét sem töltik be a tudomány munkásaival, a kik jobb időkben ezen a réven nyertek helyet.

Még egyszer mondom:

Balassa az államférfi meghalt, megölte az egészségtelen politikai irány, megölte az elfogultság, de a háború tanulságainak súlya alatt a közvélemény ébredszik s talán nincs messze az idő, a mikor a közügyek vezetésére és irányítására a képesség, a tudományos ismeret s egyéni függetlenség nem lesznek mellékes tulajdonságok.

Nagy Frigyes 1784 február hó 1.-én, a midőn arról értesült, hogy a Collegium Medicum élén jogász s nem orvos áll, miniszterének a következőket írta: „Wie schickt sich ein Justizmann zu dem medizinischen Fach, davon versteht er ja nichts und soll auch keiner der gleichen wieder dabei gesetzt werden. Vielmehr gehört dazu ein guter und vernünftiger Medicus und muss man suchen einen solchen dazu vorzuschlagen; der schickt sich eher dahin als einer von der Justiz; welches Ich Euch also hierdurch zu erkennen geben wollen, um Euch hiernach zu achten. Ich bin Euer gnädiger König.“

Tisztelt Egyesület!

Tíz év előtt *Tauffer Vilmos* e helyen a Balassa-előadás tartásakor azt mondotta: „Magamba szállásra int a kitüntetés, hogy Balassa-előadást tarthatok és buzgón kerestem szellemi életem rejtekében a legjobb részt, melylyel Balassa szellemének hódolni méltó lehetek.“

E példa hatása alatt én is gondosan mérlegeltem, mily tárgyat válasszak, hogy kifejezésre juttassam, mily mélyen meghatott a tisztelt Egyesület bizalma. Úgy érzem, ilyen alkalommal valóban azon munkakörből kell merítenünk, mely életünk célját alkotja. Felvettem magamban a kérdést, milyen tárgyat választott volna halhatatlan *Semmelweis*-ünk, melyet felejtethetetlen emlékeztető tagtársunk *Korányi Frigyes*. Nem kételkedem, hogy *Semmelweis* a puerperalis lázról, *Korányi Frigyes* a tuberculosissról szólott volna. Ilyen megfontolás alapján választottam tárggyul azt a munkásságot, melyet 30 év óta a most vezetésem alatt álló I. sz. egyetemi szemklinikán, 15 éve mint trachomatügyi kormánybiztos, békében és háborúban a szemklinikára, szemkórházak és szemosztályok érdekében kifejtettem.

Már Balassa megmondotta: „...kórház és kórtanoda tudományunk temploma, melyben a roppant természet örök törvényeit hirdeti s betegágy a csoda jóshely, hol a bűvár előtt mely titkait felfödözi.

Az élet s valót kell látnunk, vizsgálnunk s megfigyelnünk, a természet nagykönyvéből kell tanulnunk, hogy tudományunk tiszta forrásból eredjen.“

Helmholtz is azt mondotta:

„...látni kell a haldokló üvegesedő szemét, hallgatni kell a kétségbeesett család jajjait, fel kellett magunkban vetnünk a kérdést, hogy mindent megtettünk-e, mit lehetett s hogy a tudomány előkészített-e minden ismeretet és segédeszközt, a mit elő kellett készíteni, hogy az ember megérthesse a tudományos kutatás jelentőségét.“*

Megvallo, themám választásában az is vezetett, hogy az alkalmat, mely az élet folyamán egyetlen egyszer kínálkozik, megragadjam arra, hogy eszméimet szélesebb körben hirdethessem. Tudományos részletkérdések megvitatása az egyesület tudományos üléseire való, ahol azok bírálat és megbeszélés tárgyai lehetnek. Egy operatio-methodus részletei, az aetiológiai kutatás eredményei, a histológiai leletek értelmezése megvitatást igényelnek. Ma e podium szószék, melyről nemcsak specialis kollegáimhoz, nemcsak az orvosi kar tagjaihoz, hanem az ország közönségéhez is szólni óhajtok. Reményem, evvel nem jutok ellentétbe Elnökünk szigorúan tudományos felfogásával, hiszen nem kisebb tudósok, mint Victor Cousin, Guizot, Villemain a restauratio alatt a Sorbonne katedráját használták szószékül. Nekünk orvosoknak, egyetemi tanároknak a mi viszonyaink között nem is nyílik alkalom másutt, mint ilyenkor, hogy eszméinknek az államot és társadalmat megnyerjük. Egyesületünk nem is zárkózott el a világtól. A contactust Balassa, Markusovsky, Korányi Frigyes számos kezdeményezésével állandóan fenntartotta.

30 év óta az a törekvésem, hogy a szemészet a belgyógyászat és sebészet egyenrangú társaként az őt megillető helyet foglalja el. Ez nem prestige kérdése, hanem a tudományos haladásé s a humanizmusé. Réczey Balassa-előadásában azt az évezredes mondást idézte, mely szerint „a sebészet belgyógyászat nélkül olyan madár, melynek egyik szárnyát levágták.“ Bátran mondhatjuk, a belgyógyászat szemészet nélkül olyan madár, melynek szemét kiszúrták. Helmholtz mondása, hogy a szemészet az orvosi tudományok között azt a helyet foglalja el, mint a csillagászat a természettudományok között, ma is megdöntetlen igazság.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tropusi malaria gyógyítására vonatkozó vizsgálódásainak eredményét Neuschlosz Simon a következőkben foglalja össze:

1. A kizárólagos chinintherapiával, főleg injectiós módszaraival, tropusi malaria friss eseteiben jó eredmények érhetők el. Minél régebbi esetekkel van azonban dolgunk, illetve minél hosszabb idejű kezelésben volt már részük, annál gyengébbek a chinintherapia eredményei.

2. A chinintherapiának időszült malaria-esetekben tapasztalható hatástalansága a szervezetnek a chininmegszokás által feltételezett fokozott chininelbontására vezethető vissza.

*Man muss dem brechenden Auge des Sterbenden und dem Jammer der verzweifelnden Familien gegenüber gestanden haben, man muss sich die schweren Fragen vorlegen haben, ob man selbst alles gethan habe, was man zur Abwehr des Verhängnisses hätte tun können, und ob die Wissenschaft auch wohl alle Kenntnisse und Hilfsmittel vorbereitet habe, die sie hätte vorbereiten sollen, um zu wissen, dass erkenntnis-theoretische Fragen über die Methodik der Wissenschaft auch eine bedrückende Schwere und eine fruchtbare praktische Tragweite erlangen können.

3. A kombinált neosalvarsan-chininkezeléssel olyan esetek nagy részében is gyógyulás érhető el, a melyekben a kizárólagos chinintherapia teljesen hatástalan. A neosalvarsan-chinincombinatio e hatékonyságának az a magyarázata, hogy a neosalvarsan a szervezet chininelbontó képességét ismét leszállítja.

4. A neosalvarsanéhoz egészen hasonló hatást fejtenek ki a szervezet chininelbontó képességére más vegyületek, nevezetesen a natrium kakodylicum és a natrium arsenicosum is. E vegyületek, különösen pedig a natrium arsenicosum, chininnel való combinációjukban a neosalvarsan teljes értékű pótlóinak bizonyultak.

A natrium kakodylicum-chinintherapia sémája a következő: Bevezetőül 4 napon át natrium kakodylicum befecskendezése naponként 0.04, 0.08, 0.12 és 0.16 gramm adagban; az ötödik naptól kezdve a natrium kakodylicum napi mennyisége 0.20 gramm s ezzel együtt oldva 1.0 gramm chininum bihydrochloricum fecskendezendő be intramuscularisan 12 napon át; ezután a chinin elhagyandó és egyedül natrium kakodylicum fecskendezendő be az emelkedéshez hasonló leszálló adagokban. Az ily módon kezelt esetek száma 95 volt, közülük 83 (87%) gyógyult.

A natrium arsenicosum hasonló séma szerint kombinálható a chininnel; az adagok is ugyanolyanok. Az e combinációval kezelt esetek száma 62, közülük 59 (96%) gyógyult.

Dolgozata correcturája alkalmával a szerző megjegyzi, hogy az azóta sokkal nagyobb anyagon kipróbált natrium arsenicosum-chinintherapia teljességgel beváltotta a hozzáfűzött reményeket, a mennyiben több mint 300 eset közül a második kúra után csak körülbelül 1% mutatkozott refractaernek. (Magyar orvosi archivum, 1917, 2. füzet.)

Sebészet.

Parasacralis anesthesiát alkalmaz Franz a sacralis műtėti sebből oly esetekben, a midőn a végbélresectio lumbalis érzéstelenítésben ennek rövid tartama miatt nem volna kivihető.

E kombinált eljárás kivitele a következő: A beteg 1/2 órával a műtétet megelőzőleg 2 cm³ morphint kap subcutan, majd erre a lumbalis érzéstelenítés következik a szokásos módon. A keresztcsont resectiója után a végbél hátulso falát leválasztja és kiemeli a keresztcsonti mélyedésből. Mihelyt a lumbalanaesthesia hatása szűnni kezd, mutatóujjával kitapintja a III., vagy — a resectio kiterjedéséhez képest — a IV. sacralis forament a kis medence felől s ez irányban mindkét oldalon minden lejjebb fekvő nyíláshoz 5—10³, a legfelsőkhöz pedig 20 cm³ 1%-os novocain-suprareninoldatot fecskendez s ezzel teljes érzéstelenséget ér el.

Hangsúlyozza, hogy a rectumot környezetétől jól el kell választani s az injectióknak asepsises viszonyok között, tehát a végbél megnyitása előtt kell történniök. Igen csekély fájdalmat jelez a beteg néha a flexura sigmoidea vöngálásakor.

Eljárása 6 esetben igen kielégítő volt. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 14. szám.) M.

Venereás betegségek.

A kénesóhatásnak elméletét syphilis eseteiben tárgyalja A. Perutz (Wien). Jóllehet a kénesót mint specificumot a syphilis ellenében már századok óta alkalmazzák, hatásának pharmacológiai mechanizmusa mindmáig nem tisztázott tökéletesen. Még mindig nyílt kérdés, hogy a kénesó közvetlen vagy közvetett, primaer vagy secundaer antisiphiliticum-e. Valószínű, hogy legfeljebb csak részben hat úgy a spirochaeta pallidára, mint például a chinin a malaria-plasmodiumokra. Lehet, hogy csak közvetve működik a szervezetben, a mennyiben az antitesttermelést megindítja. Mindenesetre a klinikai és kísérleti vizsgálatok egész sora amellet szól, hogy a kénesónek közvetlen hatása a spirochaetákra vajmi kevés. Finger véleménye szerint a

kénésőnek kettős a hatása: 1. megjavítja a szervezetnek általános állapotát; 2. megindítja a szervezetnek védőerőit. Nem ritka klinikai tapasztalat, hogy a kúra folyamán vagy nyomban annak befejezése után újabb friss syphilises tünetek jelentkeznek. Az ilyen esetek a mostani rosszabb táplálkozási viszonyok közepette gyakrabban fordulnak elő. Nem látszik erőltetettnek tehát az a magyarázat, hogy a leromlottabb szervezetben a kénéső-kúra nem tudja a védőanyagok termelését megindítani. Tapasztalat szerint az ilyen tünetek a további kezeléssel szemben igen makacsok. A szerző eléggé tanulságos esete is a most említett körülményeket bizonyítja. 42 éves rosszul táplált férfinak friss általános syphilises tünetei erős szétérésre hajlanak. A Wassermann-reactio az erős tünetek ellenére negatív. A megindított erélyes kénéső-kúra teljesen hatástalan marad. Erre a beteg jódot kap rövid időre és erősebb táplálást. Két klgr. súlygyarapodás egy hét alatt. A Wassermann-reactio most pozitívvá válik, az újra megindított kénéső-kúra pedig a tünetek gyors eltűnését idézi elő. A míg az első kúrának első injectiója nyomán *Jarisch-Herxheimer-reactio* nem állt be, addig most az első injectio kifejezett ilyen reactiót létesít. A leírásból látszik, hogy az észlelés elején a leromlott szervezet sem antitesteket, sem complementumkötő anyagot nem termelt. Felvehető tehát az is, hogy a korai tertiarismus, a complementumkötő anyagok hiánya és a kénésőkezelés hatásának kimaradása, tehát mind a három kimagasló körülmény egymással oki összefüggésben állott.

Ha a kénéső közvetlenül hatna a spirochaetákra, a most leírt eset nem volna magyarázható. A kénésőt nem lehet tehát egyszerűen desiniciensnek tekinteni. (*Dermatologische Zeitschrift*, 1917, 36. sz.) *Guszman.*

Közegészségtan.

Az ivóvíz sterilizálásának alábbi egyszerű módját ismerteti *Saxl*. A módszer azon tanulmányokon alapszik, melyeket a fémek bacteriumölő távolhatására vonatkozólag végeztek. Ha üvegpalczot vízzel megtöltünk és ezüstdrótot teszünk belé, 14 napig szobahőmérséken állás után a palaczk aktiválva van, vagyis ha a tartalmát kiöntjük, kiöblítjük és sterilizandó vizet teszünk belé, s ebbe ismét ezüstdrótot mártunk, ez a víz 8 óra múlva már nem tartalmaz pathogen bacteriumot, a nem pathogen bacteriumok pedig erősen megkevesbedtek benne. A palaczk bacteriumellenes hatása huzamosabb használat mellett még fokozódik. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1917, 31. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A pollakisuria és enuresis nocturna gyógyításában *Saudek* (Brünn) jó eredményeket ért el a következő eljárással: Puha katheterrel lebocsátja a vizeletet s azután fokozódó mennyiségben testhőmérsékletű, gyenge hypermangan-oldatot fecskendez a hólyagba. A betegnek ezt a mennyiséget, a veséből hozzájutó vizelettel együtt, lehetőleg sokáig vissza kell tartania. Az első befecskendezett mennyiség 30—50 cm³ és 100—150 cm³-ig emelkedik fel. Sokkal előnyösebb a mennyiséget lassan fokozni s inkább a folyadék visszatartásának idejét növelni. Némely esetben a jelzett kis mennyiséget sem tudja visszatartani a beteg; ilyenkor néhány napra állandó kathetert vezet be a szerző, azzal az eredménnyel, hogy néhány nap múlva a beteg már vissza tud tartani kisebb folyadékmennyiséget, úgy, hogy a jelzett therapia most már rendszeresen folytatható. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1917, 41. szám.)

Dysenteria eseteiben *Kulka* kiterjedt tapasztalatai alapján a következő gyógyítást ajánlja: a szénhydrátok megkevesbítése, esetleg teljes megvonása; naponként $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ liter yoghurt 2—3 részletben; naponként 2—3 klysma állati szén-nel, egy-egy klysmához tetézt evőkanálnyi szent véve $\frac{1}{2}$ liter közönséges vízre vagy physiologiai konyhasóoldatra. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1917, 41. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 41. szám. *Ornstein Lajos*: Az arteriosclerosis szédülés és gyógykezelése. *Unterberg Jenő*: A váltóláz kórmézéséről.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 42. szám. *Sellei József*: Sajátos keratosis follicularis-alakok.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Teichner Lipót* dr.-t Szepesmegye, *Donoszlovits Vilmos* dr.-t Bácsmegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Pápay Lajos* dr.-t Rákospalota község II. orvosává választották.

A budapesti önkéntes mentőegyesület júliusban 1273 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1309 szállítást végzett, 97 esetben mint mozgóórság szerepelt és 22-szer vakláma és téves jelentés folytán vonult ki. A július havi működés főösszege tehát 2701.

Meghalt. Abrudbányai *Nagy János* dr. Kisújszálláson 71 éves korában. — *Holz Antal* dr. újaradi tiszteletbeli járásorvos 49 éves korában. — *A. Froriep*, az anatomia tanára a tübingai egyetemen, ismert anatomus, 68 éves korában.

Személyi hírek külföldről. Az innsbrucki anatómiai tanszékre *F. Siegelbauer* dr. lipcsei magántanárt nevezték ki. — *K. Majewski* dr. magántanárt a szemészet rendes tanárává nevezték ki Krakóban. — A prágai cseh egyetem belorvostani tanszékét *J. Pelnár* dr. magántanárral töltötték be. — *Schjerning* vezértörzsorvost, a német hadi egészségügy vezetőjét szülőhelye Eberswalde díszpolgárává választotta.

Hírek külföldről. A porosz belügyminister s Berlin főkapitánya mindegyik a maga részéről kérdőíveket küldött szét a kórházakhoz, klinikákhoz, szakorvosokhoz stb., hogy milyen gyakran fordulnak elő a salvarsan-kezelés kapcsán halálesetek, bénulás, megvakulás, megüketülés stb.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diétás-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Basedowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukor-, baj, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hizláló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.

Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva

Frim-féle gyógyintézet Alapítva 1875 Budapest, VII., Jókai-utca 9. Telefon: 62—65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére:

Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitérő ellátás. Kivánatra prospectus.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

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

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

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

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriator 34.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

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

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

Dr. Eckwert és Murányi

orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-

LABORATORIUMA

Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134—40.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1917 május 12.-én.) 574—576. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XI. rendes tudományos ülés 1917 május 12.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Csiky József.

Otogen kisagy-tályog operált és gyógyult esete.

Grósz Gyula és Fischer Aladár.

Grósz Gyula: A kisagyban székelő otogen abscessust diagnoskált; a diagnosis alapján a gyermek megoperáltatott és meggyógyult. A kisagy tályogjainak diagnosisa, a tályog pontos localisatiója nem tartozik a gyakoriságok közé. Ezen szempontból tartja érdekesnek az eset bemutatását.

A 12 éves leányka múlt év december 18.-án vétetett fel a Bródy-gyermekkorház belgyógyászati osztályára azzal az anamnesissel, hogy 3 hét óta beteg, lázas, fejét és fülét fájdtja. Fül-folyása már néhány hó előtt volt, jelenleg fül-folyása nincsen. A fejfájás nagyon kínos, időnként hányás és székrekedés.

Felvételkor a következőket találta: A gyermek lázas (hőmérsék: $38^{\circ}8'$ C), kínzó fejfájás, szédülés. Öntudatnál van. Kérdésekre pontosan válaszol, beszédzavar nincsen. Apathia. Szemvizsgálat: Mindkét szem mozgása kifelé lehetetlen; a többi szemmozgás rendes. A pupillák a közepesnél tágabbak, kissé renyhén reagálnak. Mindkét szemfenéken pangásos papillitis. A facialis részéről semmi elváltozás.

A pulsus eléggé telt, rhythmusos; sz. p. 110. Trousseau-csíkok.

A belső szervek épek; a vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz.

A felvétel utáni napokon a gyermek állandóan panasz-kodik fejfájásról, szédülésről; többnyire aluszékony, kephalikus hányás, székrekedés. A táplálék-felvétel csekély, a pulsus retardálttá válik. December 23.-án lumbal punctióval 10 cm^3 víztiszta liquor bocsátatik le. A punctio után némi javulás. Nagyfokú cerebellaris ataxia. A térd-reflexek kissé fokozottak. Az összes mozgások renyhék.

Fülvizsgálat: a bal fül ép; a jobb fülön otitis media chronica purulenta, perforatio membr. tympani.

A gyermek állapota december 28.-ától január 5.-éig változatlan, azután rosszabbodik, az aluszékonyság fokozódik, a pulsus gyengül, a táplálék-felvétel csekélyebb.

A cerebellaris abscessus mellett szólt: a gyermek főfájása, szédülése, a n. abducens kétoldali paresise, a pangásos papilla, a legnagyobb fokú cerebellaris ataxia, a patella-reflex fokozottsága, a pulsus retardatioja, a pozitív füllelet, a láz, aluszékonyság, folytonos gyengülés. Mindezt egybevetve szükségesnek tartotta a bemutató az operatív beavatkozást. A műtétet Fischer Aladár dr. január 9.-én végezte.

A lefolyásból csak annyit említ fel, hogy a gyermek állapota folytonosan javult. Január 17.-én: a sensorium tiszta, fejfájás nincsen, a pulsus rhythmusos; január 21.-én az abducens-hűdés javult. A végtagok mozgásai élénkebbek. Február 10.-én a gyermek felkel; a cerebellaris tünetek közül egyetlen egy sincsen meg. Március 8.-án teljesen gyógyultan távozott.

Fischer Aladár: Az otogen eredetű agytályogok operálásának legbiztosabb útja, ha az a középfül üregeinek feltárása után a halántékcsonton át történik, minthogy ily módon sok esetben lehetséges a kórfolyamat útját az agy felé követni. Tudjuk, hogy a mint azt Körner és mások nyomtalanul hangsúlyozták, az otogen agytályog a primaer genyedés közelében fekszik. Ez okból a középfül üregeinek feltárással való operálás ma már az otogen agytályogok operálásakor típusos eljárásnak tekinthető. Az osteoplastikai lebenyekkel való feltárást a középfülön kívül sokkal kevésbé biztosan vezet célra és ma már túlhaladott. A bemutatott esetben kisagy-tályog volt jelen. Az otogen kisagy-

tályogok elhelyezése olyan lehet, hogy vagy a sinus sigmoideus mögött, vagy a sinus sigmoideus előtt fekszenek. Ez utóbbiaknál ismét különbséget tehetünk azok között, a melyek labyrinthus-genyedés útján jöttek létre, és azok között, a melyek enélkül keletkeztek. Legegyszerűbb az eljárás, ha sinus-thrombosis is van jelen. Akkor a tályog a medialis sinusfal közelében van és minthogy a sinus már ki van rekesztve, a medialis fal egyszerű bemetszésével a beteg kisagyrészhez juthatunk. Nem nehéz a tályog megnyitása a sinus mögött sem, minthogy a sinus feltárása után megfelelő csontrészt el távolítva, a kisagyat könnyen feltárhadjuk. Nehezebbek a viszonyok a sinus előtti tályognál. Ha labyrinthus-genyedés is volt, először a labyrinthus tárandó fel és azután tovább haladunk befelé, egészen a porus acusticusig. Természetesen ez a műtét technice nagyon nehéz. Ha labyrinthus-genyedés nincs, akkor a facialis-sarkantyú és a hátulsó ívjáratok által elülről és a sinus által hátulról határolt területen hatolunk a durához. Szükség esetén, hogy teret nyerjünk, mint Passow is ajánlja, a sinust két körülöltés között átmetszhetjük. A bemutatott esetben a középfül üregeiben cholesteatoma volt jelen és ezen üregek, mint ilyen esetekben az rendszeren előfordul, nagy mértékben ki voltak tágulva és a csontos falak el voltak vékonyodva. A cholesteatoma-tömegek kitakarítása után a középfül-üregek radicalis feltárást végezte a bemutató. Mivel a sinus sigmoideus és a facialis-sarkantyú közti területen a csont genyesen infiltráltnak mutatkozott, a bemutató az említett területen tovább haladt befelé mindaddig, míg a durára jutott. Ez nagyon szűk területen sikerült, anélkül, hogy a facialis vagy a hátulsó ívjárat megsérült volna. Már a dura feltárásnak utolsó momentumában a sinus felől erős vérzés indult meg, a mely azonban tamponálással könnyen csillapítható volt. A dura feltárása után végzett punctio positiv. A tűt a bemutató fekvé hagyja és azután a durát felhasítva, a tű mentén a tályogot megnyitja. Nagy nyomás alatt legalább két kávéskanályi geny ürül. A tályogüregbe vékonyfalú gummidraint vezet be, a mely tapasztalatai szerint agytályog eseteiben legjobban felel meg. A lefolyást illetőleg az első kötőszálaskor nagyobb mennyiségű geny ürült még a draincsőből, majd a váladék mind kevesebb lett és a draincsövet fokozatosan rövidítve, három hét múlva távolították el teljesen. A fül mögötti metszés is gyorsan gyógyult; a középfül üregeinek epithelizálása még nem fejeződött be, jelenleg még sarjak vannak.

Ascaris a hasüregben hatszoros traumás bélperforatio után.

Fischer Aladár: C. J. 8 éves fiút 1917 február 18.-án vették fel a Bródy Zsigmond és Adél kórház sebészti osztályára. Fölvétele előtt 36 órával játék közben egy töltény robbant föl kezében, a tölténnyről közelebbi fölvilágosítást adni nem tud. Fölvételekor a gyermek rendkívül elesett, szeméi alakarikázottak, vizsgálat közben többször hány, pulsusa 140, filiformis, hőmérséklete 38° . A jobb regio hypochondricában és mesogastricában a hasfal kiterjedtebb véraláfutásokat mutat és a bőrön több vonalszerű, 1—2 mm. hosszú, beszáradt pörkkel fedett sebecske látható. A has puffadt, nyomásra érzékeny, főleg jobb oldalon és ugyanitt igen kifejezett izom-rigiditas. A leírt tünetek alapján valamely hasi szerv sérülése bizonyos volt, még pedig tekintettel arra, hogy feltűnőbb külső sérülés a hasfalon nem volt, valamely subcutan sérülésre lehetett gondolni. Dacára, hogy a sérülés óta már 36 óra múlt el és ennyi idő után a műtét beavatkozása legtöbbször már késő szokott lenni, a bemutató a beteg mégis rögtön műtétre határozta el magát, támaszkodva azon tapasztalataira, a melyek azt mutatják, hogy a gyermekkorban a szervezet a peritonealis infectiókkal szemben nagyon ellenálló.

Minthogy az izomrigiditas a jobb oldalon van, a bemu-

tató a hasüreget a jobb rectus külső szélén vezetett metszéssel nyitja meg. A has megnyitása után nagyobb mennyiségű folyékony és alvadt vér ürül. A peritoneum sima és fénylő, úgyhogy elsősorban máj- vagy vese-rupturára gondol, ilyen azonban nem található.

A hasüreg átvizsgálása közben egyszerre egy 20 cm.-nél hosszabb ascaris lumbricoides tűnik fel a szabad hasüregben. Most más biztos volt a bélperforatio. A vékonybél közepe táján csakugyan egy 30 cm.-nyi béldarabon egymás közelében 6 akár lencsényi bélperforatiót talál a bemutató. A perforációs nyílások zárása után hasfal-varrat. Egészen bizonyos, hogy a perforációkat a hasfalon keresztül behatolt, a töltény fémhüvelyéből származó apró szilánkok hozták létre, minthogy a subcutan bélsérüléseknek más a karakterük, ezek tudniillik ott szoktak létrejönni, a hol a bél fixált és rendszeren nagyobb kiterjedésűek. Míg jelen esetben éppen a vékonybél legmobilisabb helyén keletkezett a többszörös sérülés. A lefolyást illetőleg az első napok súlyosak voltak, a peritonitis tünetei lassan fejlődtek vissza, a negyedik naptól kezdve a javulás állandó, úgy hogy beteg a kórházat április 18.-án gyógyultan hagyja el.

A szóban lévő esetben figyelmet érdemel, hogy a sérülés és a műtét ideje között eltelt hosszú idő dacára a beteg életben volt tartható, a minek magyarázata az, hogy a nyílások kicsinyek voltak. Ilyen perforációknál pedig, mint azt már 20 év előtt Klemm vizsgálatai kimutatták, a nyálkahártya gombszerűleg benyomul a nyílásba és a muscularis körülötte szorosan összehúzódik, úgy hogy ilyenformán a szervezet védekezni igyekszik a béltartalom kilépése ellen. Ez a védekezés azonban az esetek legnagyobb részében nem elegendő. Mindazonáltal a peritonitis kifejlődése lassabban történik. Az ascaris jelenléte a hasüregben, úgylátszik, az infectio súlyosságát nem növelte.

Bókay János: Fischer kartárs érdekes esete kapcsán felemlíti, hogy az irodalomban vita tárgya volt, hogy ascaris átfurthatja-e az ép bél nyálkahártyáját. Apostolis operált is két esetet, hol az ascaris a vékonybelet, illetőleg a colon ascendenst perforálta s hashártyalobot okozott. Fischer esete hasonlít azon esetekhez, a melyekben appendicitis perforativa útján jut az ascaris a peritonealis ürbe.

Ulcus pepticum perf. gastroenteroanastomosis retrocolica posterioriánál.

Ádám Lajos: K. J., 37 éves földműves esetét annak bizonyítására tartotta érdemesnek az Orvosegyesület elé hozni, hogy némelykor a legszigorúbb javaslat alapján véghezvitt műtét mellett is előfordul, hogy háromszor is kénytelenek a beteg hasát megnyitni tulajdonképpen egy ugyanazon alapbaj miatt.

1904 március 19.-én előzetes hosszas gyomorpanaszok után kifejezett stenosis pylori miatt helyeztetett át a beteg az I. sz. belklinikáról az I. számú sebészeti klinikára, a hol Dollinger tanár gastroenteroanastomosis antecolica anticát végzett rajta. A hányás rögtön megszűnt s a beteg 3 évig teljesen jól érezte magát. Ekkor újból fájdalmak jelentek a gyomortájon, melyek állítólag függetlenek voltak az étkezéstől. Három évi szenvedés után 1910 november hó 7.-én újból felvettette magát a klinikára, mikor is az epigastrium-ban a régi heg közepetáján körülbelül ökölnyi fájdalmas resistentia volt tapintható. A gyomor functionális vizsgálatakor kitént, hogy az összaciditás 110, a szabad sósav 60. Tejsav negatív. Ulcus pepticum jejuni volt a diagnosis és 1910 november hó 17.-én Dollinger tanár újból meglaparotomizálta s a jejunumon a gastroenteroanastomosis helyén a szájadékkal szemben lévő falon callosus fekélyt talált, miért is a bélkacs ezen részét reszekálta, a gyomor nyílását bevarrta, a bélvégeket end-to-end egyesítette s azután gastroenteroanastomosis retrocolica posteriort végzett közvetlen a flexura duodeno-jejunalisnál.

Ugyanis egyes statistikák szerint a különböző elülső gastroenterostomiáknál kétszer oly gyakran fordul elő ulcus pepticum, mint a hátulsóknál, sőt Van Roojen statistikája

szerint három és félszer. A beteg csakugyan vagy hat évig jól érezte magát, négy hó előtt azonban újból erős fájdalmak jelentkeztek a gyomortájon különösen evés után s majdnem naponta hányt néha $\frac{1}{2}$ —1 liter savanyú folyadékot. Az erősen lesóványodott beteg gyomorvizsgálatakor kitént, hogy összaciditása 36, szabad sósav 28. A Röntgen-átvilágítás azt mutatta, hogy a gyomor 4 óra múlva teljesen kiürül. Röntgen-felvétel, sajnos, technikai okokból nem készült. A beteg széketételeben vért állandóan lehetett kimutatni. Dollinger tanár megbízásából 1917 április 19.-én harmadszor is meglaparotomizálta a bemutató s azt találta, hogy a gyomor elülső falán lévő gastroenterostomia antec. ant. összevarrt helye lineárisan egyesülve jól látható még. A gastroenterostomia retroc. post. helyéhez az elvezető kacs közel az enteroenteroanastomia helyéhez mintegy 30 cm.-nyi hurkot alkotva visszahajlott s odatapadt. Ezt a visszahajlott kacsot óvatosan leválasztotta s ekkor kitént, hogy az egy a gastroenterostomia varrata felső részén levő ulcus pepticum által okozott occult perforatiót fed, mely a leválasztás következtében megnyílt. Ez a körülmény meglehetősen káros helyzetbe juttatta a bemutatót. A fekélyt callosus széle miatt összevarrni lehetetlenség volt, nem maradt más hátra, mint újból az egész béldarabot reszekálni; a nehézséget főleg az okozta, hogy a gastroenterostomia annak idején természetesen feszes kacson közvetlen a flexura duodeno-jejunalisnál végeztetett, tehát ott, hol a duodenum retroperitonealis része kezdődik. Úgy járt tehát el, hogy az elvezető kacsot kétszeresen lefogva átvágta és vakon bevarrta. Az odavezető kacsot szintén kétszeresen lefogva átvágta s azután a közti béldarabot a gyomorról való anastomozált helyével együtt jól az épből kivágta. Ezen gyomornyílást a vakon bevarrt elvezető kacs csatlakozásán egyesítette, majd a duodenum retroperitonealis részét mobilizálta és az elvezető kacsba Roux szerint end to seid egyesítette. A beteg a műtétet legkisebb hőemelkedés nélkül zavartalanul állotta ki s jelenleg ismét jól érzi magát. A bemutató szerint a műtét jelenleg segített ugyan a betegben, de hogy újabb ulcus pepticum nem fog-e fejlődni, azt annál kevésbbé lehet tudni, mert a jejunalis vagy gastrojejunalis ulcus pepticum oka még mindig nem tisztázott. Felveszik, hogy némely esetben az ulcus pepticumot az anastomosis szűk volta folytán előálló sűrűlódás, vagy az anastomosis alkalmával létrehozott zúzódások, bélfal-haematomák, vagy ha a nyálkahártyát nem felszívódó fonállal egyesítették s az nem tud teljesen leválni, a fonál állandó sűrűlódása, rángatása okozná. Ily esetet 3-at valóban észleltek is, az előbbi eshetőségek pedig magyaráznák a műtét után rövid idő múlva fejlődő ulcus pepticumokat, de nem magyarázzák az anastomosis helyétől távolabb fejlődő ulcusokat, sem az évek múlva fejlődő ulcus pepticumot. Hogy ezek oka a túlságban jelenlevő sósav és a vérkeringési zavarok által előidézett bélfalelhalás, avagy mint Moynihan állítja, a szájból, a borból, vagy a béltractusból kiinduló fertőzés, annak taglalásába egy bemutatás keretén belül nem bocsájtkozok, azt azonban leszögezheti, hogy az ilyen beteget nem kell sorsára hagyni, hanem mindenesetre belgyógyászati kezeléssel igyekezni kell újabb ulcus pepticum kifejlődését megakadályozni.

Epehólyag-átfúródást okozó szokatlan alakú epekő.

Ádám Lajos: Sch. A. 46 éves címfestőt 1917 január 16.-án vették fel az egyetemi I. számú sebészeti klinikára, a hol előadta, hogy mindig egészséges volt. 3 nap előtt este hirtelen görcsös fájdalmak keletkeztek hasában, majd többször hányt, a mihez az éjjel folyamán csuklás is társult. Később a görcsök megszűntek ugyan, de azóta az egész hasa fáj. Sem széke nem volt, sem szelek nem távoztak. Fájdalmi ellenmorphium-cseppeket szedett. A különben jól táplált igen elesett férfi-beteg légzése igen felületes, szapora. Hőmérséke 37.4, érverése 120, alig tapintható. Rendkívül puffadt, mindenütt feszes, nyomásra érzékeny has, különösen jobboldalt. A diagnosis gangraenás perforált appendix-ből származó diffus peritonitis volt. A hasüreg kinyitása után azonban kitént, hogy

a szabad hasürből nagy mennyiségben ürülő zavaros folyadék erősen epés. A diagnoszt tehát vagy a duodenum, vagy az epeutak perforációjára kellett most már tennie. Az epehólyag normalis nagyságu, mérsékelttel telt, összenövések körötte nincsenek, úgy, hogy az első pillanatban majdnem elállott ezen feltevéstől, mikor is nem messze az epehólyag csúcsától, a hátulso falon gombostűfejnyi, szürkés-zöld lepedékkel körülvett nyílást látott meg, melyből genyes- epés váladék ürült. A nyílásban tüskeszerű képlet tapintható. Cholecystectomy s kellő tamponade után a hasseb egy részét egyesítette. A felvágott epehólyagban két különös alakú, ágas-bogas követ talált, melyről Buday tanár a következőket írja:

A beküldött két epekő ágas-bogas csillagalakú, amennyiben egy központból, a mely maga is elég karsu, majdnem sugárirányban mennek ki nyulványok, a melyek általában keskeny hosszasa, hosszúságuk 4—10 mm. közt váltakozik, szélességük 2—3 mm.-t tesz ki, némelyeken rövid másodlagos elágazódás van. Ezen csillagalakú kövek ágai göbös, varicosus felületűek, az egyiknek 9, a másiknak 12 ága van. A kövek sötét fekete színűek, összeállásuk elég tömött, de kés fokával szétnyomhatók. A metszslapjuk is sötét fekete. A szétnyomott kő szemcséi elég éles szélű fekete darabocskákból állanak, úgy, hogy a nyulványok köz- ponti részei is sötét színűek. Cholesterinre jellemző csillogás nem látszik, s mikroszkop alatt sem lehet cholesterin-jegeceket találni. Sósav hozzáadására a kő szemcséi nem kisebbednek és nem pezsegnek. Tekintettel ezekre valószínű, hogy a kövek sem cholesterint, sem mészsókat számbavehető mennyiségben nem tartalmaznak, hanem majdnem tisztán epefesték-kövek, a melyek kivételesen csillagalakot vettek fel. Az ily kövek rendszeren kicsinyek, szederalakúak.

A kiirtott epehólyag kisebb a rendesnél, zsugorodott, fala valamivel vastagabb. A hólyagfal egy helyen kicsiny kölesnyi nyílással átfuródott, ezen nyílás szélein a nyálkahártya erősen zöldes és szemölcsös, a savós hártya vérbő, zöldesen színezett. A nyálkahártyán vérteltség erősebb fokban nincs, éppígy elhalás, diphtheriás lepedék, fekély nem található. A szöveti kép cholecystitis catarrhalisnak felel meg.

Tekintve, hogy a beteg előzetesen beteg nem volt, tekintve, hogy az epehólyagban és az epehólyag körül valami súlyosabb elváltozások nem voltak, fel kell vennünk, hogy az epehólyag perforációját a kő egy ágának szúrása, illetőleg nyomása folytán keletkezett decubitus okozta, mely éppen azért, mert a mechanikai behatás oly kicsi területre szorítkozott, idézte elő, hogy az epehólyaghoz nem tapadtak oda a szomszéd szervek és így nem occult perforatio keletkezett, mint az epehólyag-perforációk legnagyobb részében történni szokott, hanem közvetlenül a szabad hasüregbe történt az átfuródás. A három nap alatt kifejlődött általános hashártyagyulladás következtében a beteg a műtét után való napon meg is halt. Az esetet a kőnek különös, szokatlan alakja és consistentiája s a kő által mintegy mechanikusan okozott perforatio teszi érdekessé.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A szepességben egy **bányaorvosi állás** van üresedésben; okleveles orvosok kérvényeiket a fizetési igények, a családi állapot és vallás, valamint a **belépési határidő megjelölésével** és rövid életrajzzal küldjék be **Ertl Lajos** mérnök címre Márkusfalvára.

A **Zsófia Országos Gyermeksanatorium-Egyesület** ez év november hó 1.-étől pályázatot hirdet egy **alorvosi állásra** a **balaton-szabadi-i gyermeksanatoriumban**. 250 korona havi fizetés, természetbeni lakás és teljes ellátás biztosított. Gyermekgyógyászati gyakorlattal bírók előnyben részesülnek. A folyamodásokat a Zsófia Gyermeksanatorium-Egyesülethez, Budapest, VIII., Stáhl-utca 15 november 20.-áig kell benyújtani.

ORVOSNŐ

fürdő- és belgyógyászati praxissal, **sanatoriumba állást keres**. Szíves megkeresések „**Orvosnő**” jelige alatt a „Petőfi” irod. vállalatához, VII., Kertész-u. 16 intézendők.

HIRDETMÉNY.

A **Charité poliklinikán** a nőgyógyászati, ideggyógyászati és röntgenológiai

főorvosi állás

betöltendő lévén, az ezen állást elnyerni óhajtók kellőképpen felszerelt pályázataikat az igazgatósághoz címezve, a VI., Csengery-utca 69 szám alatti poliklinika irodájában **f. é. október hó 31.-éig** nyujtsák be.

Engel Gusztáv dr., igazgató.

Ő cs. és kir. fensége József főherczeg udv. szállítója

NEUMANN H. orthopaediai gépek gyára
BUDAPEST, VIII., József-körut 33.
Telefon: József 136.

Gyártelep: VIII., Mária-u. 2.

Ajánlja orvosi utasítás szigorú betartása mellett készülő **orthopaed-gép, műláb, műkéz, haskötő** és egyéb **orvosi bandage** készítményeit az orvos urak szíves figyelmébe. Felvilágosítással és árajánlással a legnagyobb készséggel szolgál. Megrendelések a leggyorsabban és legpontosabban lesznek elintézve személyes felügyelettem mellett.

Hazánk legnagyobb ilyenmű gyára.

Nöhring B. IV

Tuberculosis elleni gyógyszer.

St. I: könnyebb eseteknek } Közelebbit a használati utasításon.
St. II: súlyosabb eseteknek }

Subkutan-injektio számára 1 ampulla=4—10 heti adagnak.

Eredeti csomagolások: St. I: 1 ampulla K 7.50, St. II: 1 ampulla K 5.—,
5 ampulla K 35.—, 5 ampulla K 23.50.

Dr. med. Nöhring B. IV-Werk, Coswig (Sa.)

Főképviselet Ausztria-Magyarország és a balkánállamok számára: Th. Lindner, Wien VIII, Hamerlingplatz 7.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON
EGYET. TANÁR
SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Issekutz Béla: Közlemény a kolozsvári m. kir. tud. egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr., egyet. ny. r. tanár.) Az intrasol pharmacologiai vizsgálata. 577. lap.

Antic D. és Neumann S.: Közlemény a kragujeváci cs. és kir. tartalékkórházból és az I. hadsereg egy tábori kórházából. A maláriáról és az urobilinogenuria diagnostikai jelentőségéről maláriában. 578. lap.

Lórencz Hugó: Közlemény a budapesti magy. kir. honvéd helyőrségi kórházból. (Parancsnok: Czákó László dr., főtörzsorvos.) A háborús nagyothallás. 581. lap.

Schill Imre: Közlemény a m. kir. Rokkantügyi Hivatal rózsashegyi különleges gyógy-

intézetéből. (Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos.) Mellkasi folyadékfelhalmozódást utánzó májtályog esete. 583. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Economo:* Encephalitis lethargica. — *Kuhn és Steiner:* Sclerosis multiplex. — *Sebészet. Böhrer:* Nyálkatömlőgyulladás. — *Születés és nőorvostan. Winter:* A terhesség mesterséges megszakításáról anyagszerebetegségekben és a belső elválasztás zavarai. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hayek:* Arsamon. — *Franz:* Erodium cicutarium. 584—585. lap.

Magyar orvosi irodalom. 585. lap.

Vegyes hírek. 585. lap.

Tudományos Társulatok. 586—588. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári m. kir. tud.-egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr. egyet. ny. r. tanár.)

Az intrasol pharmacologiai vizsgálata.

Irta: *Issekutz Béla* dr., egyet. magántanár.

Az intrasol összetett kéneső-só, mely phenoldisulfosavas natrium és ecetsavas kéneső forralásakor válik ki. Vegyi szerkezete még nincsen pontosan megállapítva. A vegyület 55% Hg-t tartalmaz, vízben nem oldódik, de succinimid segítségével vízben oldhatóvá tehető.

A Chinoin-gyártól pharmacologiai megvizsgálás céljából rendelkezésemre bocsátott intrasol-oldat 1—1 cm³-e 0.03 gm. kénesőt tartalmazott. Az oldat világos rózsaszínű, közömbös kémhatású, vízzel tetszés szerint hígítható, anélkül, hogy Hg-só válnék ki belőle. A legtöbb Hg-ion-reactiót nem adja: így nem keletkezik NH₃-tól fehér, KJ-tól, NaOH-tól sárga csapadék, az utóbbitól kissé megzavarodik az oldat. Kénhydrogen ugyan kicsapja belőle is a Hg-t, de sokkal lassabban, mint a szervetlen Hg-sók oldatából. Ha például 0.1% Hg-tartalmú intrasol-oldatba vezettem kénhydrogent, az kissé megsárgult, de még 1 órai átáramoltatás után is egészen tiszta, átlátszó maradt; csak ezután kezdett kissé megzavarodni, sárgás-barna csapadék vált ki, mely lassanként mind tömegesebbé lett és megsötétedett; 2½ órai átáramoltatás után bő fekete csapadék keletkezett. 0.1% Hg-tartalmú sublimat-oldatban 1—2 perc alatt keletkezik ilyen csapadék.

Az intrasol-oldatból rézlemezen is sokkal lassabban válik ki Hg, mint a sublimatból: 0.1% Hg-tartalmú oldatok összehasonlításakor azt tapasztaltam, hogy a sublimatba mártott rézlapon már 1 perc alatt tömött szürke Hg-lepedék vált ki, az intrasolba tett rézlap ellenben még 3 óra múlva is teljesen tiszta maradt. 1% Hg-tartalmú intrasol-oldatból 24 óra alatt sokkal vékonyabb lepedék vált ki, mint a 0.1%-os sublimat-oldatból 1 perc alatt.

Az intrasol nem csapja ki a fehérjéket, még a 3% Hg-tartalmú oldat is csak gyenge zavarodást okoz tojásfehérje-oldatban, de olyan bő csapadék nem keletkezik, mint 0.1%-os sublimattól. A vérsavóban sem okoz csapadékot.

Az intrasol ezen tulajdonságai mind arra mutatnak, hogy a Hg nem szabadon, könnyen disszociálódó ion-alakban van benne, hanem meglehetősen szilárdan megkötve, úgy, hogy oldata vagy egyáltalában nem tartalmaz Hg-iont vagy

csak keveset. Ezért nem csapja ki a fehérjét, ezért nem adja a Hg reakcióit, vagy csak olyan erőyes kémszerekkel, amelyek hosszabb ideig tartó behatásokra a Hg-t vegyületéből lassanként kiszabadítják s azután lecsapják.

Ezzel magyarázható az is, hogy az intrasol az egysejtű élőlényekre sokkal gyengébben hat, mint az erősen disszociálódó sublimat. Hiszen *Paul*, *Krönig* stb. vizsgálataiból tudjuk, hogy a Hg-sók bacterium-ölő hatása a Hg-ionok mennyiségével arányos.

Széna-maceratumon tenyésztett colpidiumokon hasonlítottam össze az intrasol és a sublimat hatását. A függő cseppben vizsgált colpidiumok igen élénken mozognak keresztül-kasúl, ez a mozgás 0.005% Hg-tartalmú intrasol-oldatban csakhamar meglassódik, majd megszűnik s az egyhelyben álló colpidiumok egy ideig hossz tengelyük körül forognak, majd ez a mozgás is megszűnik, úgy, hogy 15—20 perc alatt a colpidiumok mind elpusztulnak. 0.0025% Hg-tartalmú oldatban is hamar megszűnik a gyors mozgás, de később lassanként az egysejtű élőlények helyrejönnek, úgy, hogy a legtöbb még 24 óra múlva is él. A sublimat hasonlóan hat, csak 4—5-ször erősebben: a colpidiumok már 0.001% Hg-tartalmú oldatban rövid idő alatt elpusztulnak.

Magasabb rendű szervezeteken a két anyag mérge- sége között nem találtam igen nagy különbséget:

Fehér egereken a sublimatból a legkisebb halálos adag 1 gm. testsúlyra számítva 0.005 mg. Hg; az intrasol ilyen adagától 4 egér közül csak egy pusztult el. 0.0075 mg.-ot adva belőle, 4 közül 2 maradt életben. 0.01 mg.-tól pedig mind elpusztult.

Ezen nem nagy különbségnél sokkal fontosabb a mérgezés lefolyásának időtartamában mutatkozó igen nagy eltérés. A legkisebb halálos adagok mérgezés-ideje sublimatnál 50—80 óra, intrasolnál 120—150 óra; a halálos adagok kétszeresének pedig az előbbinél 20—24 óra, az utóbbinál 80—90 óra.

Izolált béka-szíven is a sublimat sokkal hamarabb okoz systolés szív megállást, mint a hasonló Hg-tartalmú intrasol-oldat.

Az intrasol sokkal lassabban fejt ki mérgező hatást, mint a sublimat. Ennek nyilván az az oka, hogy az intrasol a Hg-t nem tartalmazza közvetlenül mérgező állapotban, hanem a szervezetben el kell bomlania, a Hg-nak fel kell szabadulnia belőle s csak azután hathat. E folyamatot jól szemléltetik a kénhydrogen átáramoltatásakor tapasztaltak:

A sublimat-oldatban a Hg azonnal reagál, azonnal kicsapódik, az intrasol-oldatban ez a folyamat hosszú ideig

tart, mert előbb a Hg-nak fel kell szabadulnia, reakcióképes ion-állapotba kell jutnia. Így történik a szervezetben is: ott is csak a Hg-ion hat, csak az lép összeköttetésbe a sejtek előprotoplaszmájával; ezért az intrasol csak annyiban fejtheti ki az orvosló, illetve mérgező hatását, amilyen mértékben Hg-ionok válnak szabaddá belőle. Minthogy pedig ez lassan, egyenletesen történik, a hatása is lassúbb, mint a sublimaté. Ha csak éppen annyi Hg jut az intrasol adagával a szervezetbe, amennyi szükséges az állat elpusztítására, akkor még mielőtt teljesen elbomlanék az intrasol, a Hg mind felszabadulna belőle: a Hg-nak egy része kiválasztódik s így a mérgezéshez szükséges Hg-concentratio a szervezetben nem érődik el: életben marad az állat. Ezért látszik valamivel kevésbé mérgesnek az intrasol, mint a sublimat.

Ha a vegyületben a Hg még erősebben van megkötve, úgy hogy például a kénhydrogen sem tudja azt leválasztani belőle, akkor többnyire a szervezetben sem szabadul fel a Hg; az ilyen vegyület nem mérges, de természetesen bujakkor ellenes hatása sincsen. Ilyen vegyület például az *E. Fischer* és *J. Mering* előállította β -Hg dipropionsav, a *Blumenthal*-tól vizsgált diamidophenylmercuridicarbonsavas natrium $\text{Hg} = [\text{C}_6\text{H}_3(\text{NH}_2)\text{COO Na}]_2$, a melyekben a Hg mindkét vegyértéke C-atomhoz van kötve. Hasonlóképp hatástalan a *Lumière*-féle hermophenyl nevű francia készítmény, a mely valószínűleg oxyhydrargyrum phenylanhidrid disulfosavas natrium. Mindezek a vegyületek kénhydrogennel nem reagálnak, a Hg nem csapható le belőlük (*Schoeller* és *Schrauth*).¹

Azok a vegyületek, melyek a Hg-t az intrasolhoz hasonló erősséggel megkötve tartalmazzák, az utóbbival egyenlő mérgeességet is mutatnak; például a Hg-salicyl halálos adaga fehér egeren 0.01—0.012 mg. p. gm.

A szervezetbe bevitt Hg egy része a vizelettel, másik része a bélsárral ürül ki, jelentékeny mennyiség azonban hosszú időn át visszatartatik a májban.

A Hg kiválasztódását intrasol adagolása után nyulakon figyeltem meg.

A vizeletben *Salkowsky* módszerével mutattam ki a Hg-t: A só-savval és kalium chloricummal elroncsolt vizelet maradvékát alkoholban oldtam, szűrtem és aetherrel összekevertem. A keletkező csapadékról leszűrtem aether-alkoholos oldatot bepárologtattam, a maradékot vízben oldottam, szűrtem s annyi lúgot csepegtettem hozzá, hogy csak gyengén savanyú kémhatású legyen. Az így kapott tiszta vizes oldatba vékony rézlemezeket (rézlamellát) tettem, s 1 $\frac{1}{2}$ —2 óráig digereztem. Ezután a rézlemezeket vízzel, alkohollal s aetherrel mosva és megszáritva, száraz kémlemezre tettem és melegítettem. A keletkező Hg-gőz a kémlemez falára lecsapódott. A Hg-tükröt úgy tettem jobban láthatóvá, hogy a rézlemez a kémlemezről kivéve, kis jód-szemet tettem a helyére és a vízfürdő melegítettem, az elszálló jód-gőzöktől a Hg-tükröt vörös színű Hg-jodiddá alakult át. Az így keletkezett vörös lepedék nagyságából következtettem a vizelet Hg-tartalmára. Ugyanis 0.1 mg. Hg nagyon csekély, alig látható lepedéket, 0.2 mg. erősebb, 0.4 mg. pedig igen széles és intenzív vörös lepedéket okozott.

5 mg. Hg-tartalmú intrasol befecskendezése után a nyúl vizeletében 10—14 napig tudtam Hg-t kimutatni: az első 3—4 nap erős lepedéket kaptam, mely körülbelül 0.4 mg. Hg-nak felelt meg, a következő napokon mind gyengébb lett a reactio és az utolsókon csak éppen nyomokat találtam.

A könnyen disszociálódó Hg-sók a fehérjéket kicsapják, helyileg izgatólag, edzőleg hatnak, ezzel szemben azok a vegyületek, a melyekből a Hg-ion nem válik szabaddá, a fehérjéket nem csapják ki s helyileg izgató, gyuladást, thrombus-képződést okozó hatásuk sincsen.

A sublimat és intrasol helyi izgató hatását igen érzékeny tárgyon, nyúl szemén hasonlítottam össze:

Ha nyúl szemébe 1% Hg-tartalmú sublimat-oldatot csepegtettem, már néhány perc múlva erősen belövelt lett a kötőhártya; később nagyfokú duzzanat fejlődött ki, a gyuladás folyton fokozódott, ráterjedt a szaruhártyára is úgy, hogy a szem teljesen elpusztult. 1—3% Hg-tartalmú intrasol-oldat szembecsepegtetése alig okozott valami elváltozást: a kötőhártya kissé megvörösödött, de már 1—2 óra alatt ez a vérbőség is teljesen megszűnt, úgy hogy ekkor vizsgálva,

az ép és intrasollal kezelt szem között semmi különbséget sem találtam.

Fokozatosan hígabb sublimat-oldatot hasonlítva össze a 3%-os intrasol-oldattal, azt találtam, hogy csak a 0.05—0.1%-os Hg-tartalmú oldatnak van olyan enyhe hatása, mint a 3%-os intrasolnak, tehát az utóbbi helyi izgató hatása legalább 30-szor gyengébb.

A sikeres Hg-orvoslás feladata a szervezetet Hg-mal telíteni, benne a mérgezés nélkül elviselhető legmagasabb Hg-concentratio létrehozni s azt hosszabb időn át egyenletesen s állandóan fenntartani. A tapasztalat szerint ugyanis a Hg csakis úgy fejtheti ki bujakkor ellenes hatását, ha hosszabb ideig lehető magas concentratioiban hathat a spirochaetákra.

A vízben könnyen oldódó disszociálódó Hg-sók kevésbé alkalmasok az orvoslás céljának elérésére, mert ezek, eltekintve a befecskendezésük fájdalmasságától, gyorsan felszívódva a szervezetben, hamar érnek el magas concentratiót s ekkor könnyen okoznak mérgezést, de nagy részük hamar kiválasztódik és így a szervezet Hg-tartalma hamar az orvosláshoz szükséges concentratio alá esik. Éppen a szervezet Hg-tartalmának ez a nagy fokú ingadozása tapasztalat szerint a spirochaetákra kevésbé ártalmas, ellenben a beteg szervezetére igen veszélyes, mert mindegyre mérgezés fenyegeti. A szervezet Hg-tartalmának állandó magasságban való tartására már sokkal célszerűbb a nehezen oldódó Hg-vegyületeknek, például a Hg-salicylnak használata. Ezekből ugyanis a befecskendezés helyén Hg-raktár létesül, melyből a Hg lassan szívódik fel. Csakhogy az ilyen raktár körül gyakran keletkezik gyuladás, a mi kiszámíthatatlanul megváltoztatja a Hg felszívódását, egyszer gyorsíthatja s ezzel mérgezést okozhat, máskor a raktár körül hegszövet keletkezik, azt egészen betokolhatja és ezzel a felszívódást meggátolhatja.

A bedörzsölő Hg-kúrával lehet még legbiztosabban a célt elérni, de ennek nehézsége, kényelmetlensége könnyen magyarázza a törekvést olyan Hg-készítmények előállítására, a melyek befecskendezhetők s az előbbi hátrányokkal nem bírnak.

Ezeket tekintve, az intrasol a Hg-orvoslás céljaira alkalmasnak ígérkezik. Egyrészt vízben oldva a befecskendezés helyéről könnyen felszívódik, ott helyileg nem izgat, fájdalmat alig okozhat. A Hg lassanként válik le belőle, ezért lassan, egyenletesen fejtheti ki hatását. A szervezet Hg-ion tartalma lassan fog nőni és csökkenni s így a befecskendezéseknek kellő időközökben való ismétlésével sikerülhet állandó Hg-concentratio fenntartani mérgezés veszélye nélkül.

Közlemény a kragujevaczi cs. és kir. tartalékkórházból és az I. hadsereg egy tábori kórházából.

A malariáról és az urobilinogenuria diagnostikai jelentőségéről malariában.

Irták: *Antic D. dr.* és *Neumann S. dr.*

I.

Mint a Balkán minden államában, Szerbiában is endemiás és a leggyakoribb megbetegedések egyike a malaria. A mennyire a viszonyokba betekintést nyerhettünk, megállapíthattuk, hogy a lakosság legnagyobb része előbb vagy utóbb már átesett malariás fertőzésen. Míg azonban Maczedóniában és Albániában, a mint ott működő orvosaink jelentéseiből kitűnik és a miről számos eset megfigyelése alapján magunk is meggyőződhattunk, a váltóláz nemcsak mint tropica, hanem mint tertiana is a legtöbb esetben hosszantartó, recidivákra hajlamos, gyakran mindenféle terapiával dacoló és így az egészséget mindenkorra megkárosító súlyos megbetegedést jelent, addig Szerbia középső részében többnyire enyhébb, a végleges gyógyulás számára könnyen hozzáférhető formában jelentkezik. Azokon a katonákon, a kik megbetegedésük alkalmával rögtön az első roham alatt vagy közvetlenül utána jelentkeztek nálunk, kivétel nélkül a ter-

¹) Ther. Monatshefte, 1909, 631. lap.

tiana, nagyrítván a quartana típusos alakjait láttuk; tropicát mint heveny megbetegedést egyetlen egy esetben sem, mint recidivát olyanokon észleltünk, a kik Albániában vagy Macedóniában fertőződtek.

Katonáink, a kik malariamentes vidékről kerülnek Szerbiába, feltűnően nagyobb számmal betegednek meg frissen váltólázban, mint a bennszülött lakosság. Ezt a megfigyelést csak annak a felvételével magyarázhatjuk meg, mely szerint egy valószínűleg hosszabb ideig tartó malariafertőzés — hasonlóan ahhoz, a mint azt Koch Délnyugatafrikában megfigyelte — bizonyos fokú immunitást von maga után. Ez az állítás ellenkezik ugyan az Olaszországban tett tapasztalatokkal, a hol egyszeri megbetegedés tudvalevőleg újabb fertőzésre disponál, ámde Celli¹ ott is látott néhány ritkább esetben enyhébb, gyakrabban súlyos, cachexiával járó váltóláz nyomán következményes immunitást. Hasonlót tapasztalt Biedl² Boszniában és Herzegovinában.

A tertia a atypusos, elhúzódó és ezért gyakran meglehetősen súlyos alakját, mely rendszerint többé-kevésbé komoly consecutív anaemiával és cachexiával, valamint a lép és máj állandósult elváltozásaival jár, csak a polgári lakoságnál észleltük. Malariás eredetű splenomegaliák, májcirrhosis, Banti-féle betegség sem ritka ezen a vidéken. Az itteni viszonyok természetében rejlik, hogy sok, különösen a falusi lakosság körében jelentkező malariamegbetegedés csak elkésve vagy egyáltalában nem kerül az orvos elé részben azért, mert a betegek önmaguk kezelik bajukat chininnel, vagy pedig, mert a fertőzés egy vagy több roham után spontán meggyógyul. Szerbiában szerzett tapasztalataink után nem csatlakozhatunk ahhoz a felfogáshoz, mely szerint az önként gyógyuló malariaesetek a legnagyobb ritkaságszámba mennek. Arról, hogy a váltóláz az esetek nem csekély számában spontán meggyógyulhat, sok polgári betegnek az anamnesiséből győződhetünk meg, a kik valamilyen más természetű megbetegedés miatt kórházi ápolás alá kerültek és a kiken egy kezeletlenül kigyógyult malaria maradványaként csak kis, chronikus léptumort találtak. Ezenkívül magunk is kifogástalanul megfigyelhetünk néhány heveny tertia esetnek spontán meggyógyulását. 1—2 roham jelentkezett, a vérben plasmodium vivax volt kimutatható és a betegen, a kit külső okokból nem vettünk kezelés alá, a várt következő roham hónapokig tartó megfigyelés után sem jelentkezett, vére minden következő vizsgálat folyamán, a későbbben alkalmazott provokáló tej-, marha- vagy lóserum subcutan injectiója után is, állandóan élősdimentesnek bizonyult.

Dieulafoy³ a spontán gyógyulást a phagocytosinak tulajdonítja. Ez a magyarázat azért bir sok valószínűséggel, mert a malariás vérben rázóhideg után nemcsak a lymphocyták száma szaporodik meg jelentékeny mértékben, a melyek Zweig és Matko⁴ vizsgálatai szerint élénk phagocytás működést fejtenek ki, hanem sok esetben a vérben számos valódi phagocytá megjelenése is észlelhető.

A katonák heveny megbetegedései peroralis chininmedicatióra gyorsan meggyógyultak. Az első ízben 4—6 órával a várható roham előtt félórás időközökben adott 3-szor 0.5 gr. chinin minden esetben megakadályozta a paroxysmus létrejöttét. A beteg még 10—14 napon keresztül kapott naponta 5-ször 0.20 gr. chinint és ez az adagolás majdnem kivétel nélkül tökéletes gyógyulásra vezetett. A betegek nagyrészt ez okból csak ambulansan kezeltük és a kezelés idejére könnyű szolgálatra alkalmaztattuk.

Ezekből a kedvező eredményekből éppenséggel nem akarjuk azt a következtetést levonni, hogy ez az aránylag rövid kezelés acut megbetegedésekben általában elegendő volna. A recidivák viszonylagosan nagy száma, a melyet ez év tavaszán más vidékről érkező katonákon megfigyelhet-

tünk, bizonyítja, hogy sok helyütt még mindig nem gyógykezelik eléggé erősen a malariát. A relative oly rövid idő alatt elért tökéletes gyógyeredmények főleg annak voltak köszönhetők, hogy a fertőzést a chininnel szemben igen érzékeny törzs okozta. Ehhez járult, hogy katonáink valamennyi megbetegedése heveny volt és a chinint már oly időben adhattuk, mielőtt még érett makrogameták kifejlődhetek volna.

Néhány a lakosság köréből származó betegünk, különösen azok, a kik a chininnel való önkezelést rendszertelenül és elégtelenül vitték keresztül, a per os adott chininnel szemben refractaer módon viselkedett. Ezeken a Baccelli által ajánlott módon a rázóhideg kezdetén 1.0 gr. chinin. hydrochlor.-ból, 0.075 gr. natr. chlorat.-ból és 10.0 gr. aqua destillatából álló oldatot fecskendeztünk be a vena cubitalisba. Az első betegeken az injectio után azonnal jelentkező és néhány perc múlva elmúló „chininrészegség” tüneteinek kívül, mint fülzúgás, fejfájás, szédülés, könnyű bódulat, keserű szájjal, más kellemetlenséget nem észleltünk. Egy eset azonban megtanított arra, hogy 1.0 gr. chininnek mint kezdeti dosisnak intravenás applicatiója egyáltalán nem az a veszélytelen beavatkozás, mint a milyennek a megelőző tapasztalatok után várható volt.

A kérdéses esetben szereplő beteg plasmodium vivax-szal fertőzött 19 éves földmíves, a kin mérsékelt lépmegnagyobodáson kívül a többi szerv részéről kóros elváltozás nem volt kimutatható. A második roham kezdetén a fent vázolt módon 1.0 gr. chinint adtunk intravenásan. Ügyszólván még be sem fecskendeztük az egész oldatot, a tü még a vénában volt, midőn a beteget általános görcsök fogták el, a melyek néhány pillanatig tartottak. Ezt követték a legsúlyosabb colapsus tünetei: teljes öntudatlanság, a légzés kimaradása, tapinthatatlan pulsus, tág, nem reagáló pupillák, ki nem váltatható inreflexek, nagyfokú sápadtság és cyanosis. Azonnal mesterséges légzéshez folyamodtunk, a melyet félóránál tovább kellett folytatnunk, míg nem önként következett be a légzés. A beteg egyidejűleg több coffein-, kámfor-, digalen-injectiót kapott. Körülbelül egy óra múlva vált a filiformis, még meg nem számlálható pulsus tapinthatóvá, az öntudat azonban csak órák múltán tért vissza teljesen. Ekkor a beteg nagyfokú elesettségről, kimerültségről, valamint kínzó fejfájásról, fülzúgásról, siketségről és oppressio érzéséről panaszkodott. Néhány napon keresztül a végtagok bénulása, látászavar és súlyos dyspnoe állott fenn. A beteg testének minden részén, a mely az ágygyal érintkezett, már az injectiót követő harmadik napon decubitus fejlődött: mélyreható, széles decubitalis fekélyek keletkeztek az occiputon, a hátán, a sacralis tájon, a farpofákon, mindkét könyökön és sarkon. A fekélyek rossz gyógyulási tendenciát mutattak és három hónapba telt, míg a beteg a kórházat elhagyhatta.

Ez esetben sem az injectio technikája, sem a praeparatum tisztasága vagy friss elkészítése nem volt kifogásolható és az életveszélyes complicatio létrejöttéért nem ezek tehetők felelőssé. Itt súlyos chininmérgezéssel állunk szemben, chinin iránt túlérzékeny egyénen, mert az általános görcsök, a collapsus, a légzési központ, a szív és a környéki idegrendszer bénulása, a siketség és látászavar tudalevőleg ennek a tünetei, a melyek ilyen túlérzékenységek esetén per os adott nagy chinin-adagoknál is, bár enyhébb formában, jelentkezhetnek. A decubitalis fekélyek keletkezése a környéki idegek chinin-laesiója folytán létrejött trophiás zavarral magyarázható.

Midőn Stejskal⁵ 1916 nyarán a malariának intravenás chininkezelésével elért feltűnően kedvező eredményeiről beszámolt és tapasztalatai alapján azt a nézetet vallotta, hogy ez a módszer friss megbetegedésekben még sikeresebb lesz, mint az általa kezelt chronikus, részben igen súlyos tropusi malariákban és 1—2 injectióval valószínűleg teljes gyógyulás lesz elérhető, mi is előző rossz tapasztalatunk ellenére elhatároztuk, hogy acut eseteinkben az intravenás thera-

¹ Celli: A malaria a legújabb kutatások nyomán.

² Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 14. sz.

³ Dieulafoy: Manuel de pathologie interne.

⁴ Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 42. sz.

⁵ Wiener klin. Wochenschrift, 37. sz.

piát alkalmazzuk. Lehetőleg az észlelt legelső roham kezdetén *Stejskal* előírása szerint chinin. bisulf. 6·0 gr., natr. chlor. 2·0 gr., aqua destillata 30·0 gr. oldatából 3 cm³-t fecskendeztünk a könyökgyűrűtérbe. Ezen kis adagolás mellett nem történt kellemetlen incidens, de valamennyi esetben 1—2 injectio után a vérben gameták voltak kimutathatók. Az esetleges túlérzékenység miatt nem akartuk megkockáztatni, hogy első ízben 3 cm³-nél nagyobb adaghoz folyamodjunk, másodszor 4, harmadízben 5 cm³-t fecskendeztünk be. Ily adagolásra a legtöbb betegen recidivák jelentkeztek, a kezelés hetekre terjedt.

Az előbb leírt eset bizonyossága annak, hogy az intravenás chinin-therapia éppenséggel nem mondható ártalmatlan eljárásnak, mert chinin-idiosynkasiánál életveszélyes beavatkozássá válhatik. Nem teljesedett be *Stejskal*-nak az a vártatása sem, hogy az általa ajánlott adagolással az acui megbetegedések gyorsan és biztosan lennének meggyógyíthatók. Ezeket erőlyes peroralis chinin-adagolással gyorsabban és tökéletesebben tudjuk leküzdeni. Ennélfogva nincs értelme annak, hogy heveny malariában úgy a betegre, mint az orvosra nézve kellemetlenebb, komplikáltabb és nem veszélytelen intravenás chinin-therapiát alkalmazzuk.

II.

A malaria korai diagnosisa azért bir a legnagyobb fontossággal, mert minél hamarabb ismerjük fel e betegséget, annál korábban kezdhetjük meg aetiologiai therapiáját, és minél korábban adunk chinint, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy elegendő chininmedicatioval a parasiták gyors és teljes elpusztítását érjük el és ezzel elejét vesszük hosszadalmas latentianak, utána következő, therapeutice már nehezebben befolyásolható recidiváknak.

Néha az atypusos váltóláz korai diagnosisa a nehéz feladatok közé tartozik. Mindenki, ki e téren nagyobb tapasztalattal rendelkezik, tudja, hogy a malaria a legkülönbözőbb lázas megbetegedések kórformáit utánozhatja és így összevetészhető endocarditis ulcerosával, sepsissel, irregularis cholelithiasissal, májabscessussal, febris recurrenssal, azután dysenteriaival, főképpen azonban typhussal oly vidéken, a hol a vérhas, typhus és váltóláz endemiás. Néha a typhus abdominalis, paratyphus-A és -B is, épp úgy, mint a malaria, rázóhideggyel és magas lázzal kezdődik, másfelől atypusos malaria, tertiana és tropica, continuus láz képében folyhatik le. *Carducci* paratyphus számos esetét írta le, a melyet tapasztalt orvosok váltóláznak tartottak. Van dysenteriaszerű tropus malaria, mely, mint olyan, nehezen ismerhető fel, mert ugyanazokkal a tünetekkel jár, mint a vérhas: rendetlen lázakkal, nyálkás-genyes, véres ürülékkel és tenesmussal.

Különösen akkor okoz nagyobb nehézséget a malaria diagnosisa a felállítása, a mikor valamely más fertőzőbetegséggel kombinálódik. Ezáltal teljesen elmosódhatik a klinikai kép és a malariainfertőzés lehetősége egyáltalán nem, vagy csak későn jön számításba. *Celli* például kimutatta, hogy Szardiniában 1908-ban malariának megdiagnoskált quotidianaláz 75%-a valójában malaria volt, 10%-a paratyphus és maltaláz, 15%-a malaria más fertőzőbetegséggel társulva. *Wiener*⁶ malaria-dysenteria eseteit írja le, a melyek kórokozója az esetek egy részében kizárólag a tropica plasmodiuma volt, másik részében vegyes fertőzés állott fenn malaria-, Shiga-Kruse-, Flexner- vagy Y-bacillussal.

A malaria diagnosist rendszerint plasmodiumnak a peripheriás vérben való kimutatása biztosítja, de negatív vérelet egyáltalában nem zárja ki malariás fertőzés lehetőségét. Az atypusos esetekben, a melyekben a lázmenet semmiféle törvényszerűséget nem tüntet fel, sokszor még több-ízben is megismételt vizsgálattal, a vastag csepp módszerével sem tudunk parasitát találni. Ennek vagy az lehet az oka, hogy csak kevés plasmodium van a peripheriás vér-

ben, vagy pedig fejlődésük egyes belső szervek szöveteiben — ez mindenesetre csak hypothesis — megy végbe.

Azon esetekben, midőn a megbetegedés typusosan kezdődik és csak a továbbiak folyamán ölt atypusos jelleget, pontosan felvett anamnesis hozzásegíthet a malaria megdiagnoskálásához. Malariával fertőzött vidéken, a hol az emberek megszokták, hogy minden lázas megbetegedéskor válogatás nélkül szedik be a könnyen hozzáférhető chinint, a mivel a lázmenetet megzavarják, az anamnesis diagnostikailag sokszor nem értékesíthető.

Gyakran a lépnek a nagysága sem bir nagyobb diagnostikai jelentőséggel. Nagy, resistens léptumor atypusos láz mellett is malariára hívja fel figyelmünket, de sok esetben, különösen tropicában, nincsen lépnagyobbodás, a melyet viszont találhatunk a többi fertőző betegségben.

A váltóláz a vérkép gyökeres megváltozását idézheti elő: a vörös vérszettek basophil punctatióját, a *Schüffner*-féle szemcsézettséget, poikilocytosist, anisocytosist, polychromatophiliát, azután leukopeniát mononucleosissal és eosinophiliával. A polychromatophilia, az aniso- és poikilocytosis, az erythrocyták basophil punctatiója az anaemiának jele és csak több roham után jelentkezik. A mononucleosis gyakran igen jelentékeny, számos esetben 60—70%-ig találtunk kis és nagy lymphocytaikat, néha phagocytaikat, *Türk*-féle izgalmi alakokat („Reizzellen“) és nagyon ritkán myelocytaikat. Eosinophil leukocytaikat egészen 12%-ig voltak kimutathatók. Ilyen vérkép a legnagyobb differential-diagnostikai jelentőséggel bir, csak hogy ez nem állandó tünet. Van malaria, a melyben kezdetben leukocytosist találunk, vagy pedig sokáig normalis marad a vérkép, úgy, hogy csak a fenti értelemben vázolt positiv lelet szól váltóláz mellett, a negativ azonban nem zárja ki a malariás fertőzés lehetőségét.

Abból a feltevésből indulva ki, hogy a parasiták nemcsak az őket befogadó vörös vérszettet teszik tönkre, hanem toxikus anyagcsereforgalmi productumaikkal az összes erythrocyták ellenálló erejét lefokozzák, a mi talán osmosis resistentiájuk csökkenésében jut kifejezésre: *Liebermann*⁷ módszere szerint vizsgálat tárgyává tettük a malariabeteg vörös vérszetteinek osmosis resistentiáját. A vizsgálatok lázmentes időszakban vett vérrel normalis értékeket szolgáltatottak és csak roham közben vett 0·5%-os konyhasóoldattal két percze elkevert vérrel volt kisfokú haemolysis kimutatható, a melyet azonban a parasiták által megtámadott vörös vérszettek feloldására kell vonatkoztatni. Ennélfogva az erythrocyták osmosis resistentiájának meghatározása malariában diagnostikai jelentőséggel nem bir.

Sokféle módszert ajánlottak, hogy ezekben a negativ vérelettel járó atypusos esetekben az exact diagnosist lehetővé tegyék. Így *Deblasi* a malariások vérében specifikus haemolysineket talált, a melyek azonban nem mindig mutathatók ki, mert megjelenésük sokféle mellékkörülménytől függ: a serumhígítás fokától, a vérvétel pillanatától, chinin használatától stb. Ezenkívül módszere sokkal komplikáltabb, semmint a gyakorlatban hasznát lehetne venni.

A váltóláznak egy állandó tünete óhajtjuk a figyelmet irányítani, mely egyszerű differential-diagnostikai segédeszközként értékes szolgálatokat tehet és ha heveny fertőző megbetegedés kezdeti szakában találjuk, arra hivatott, hogy figyelmünket a malariainfertőzés lehetőségének mérlegelésére felhívja. Ez az *urobilinogen-kiválasztás malariások vizeletében*. Már *Plehn* vizsgálatai óta ismeretes, hogy malariabeteg vizeletében urobilin jelenik meg, azonban ennek a tünetnek értékelésére eddig csak kevés súlyt fektettek. Ámbár az urobilinogen az urobilin előfoka és mint szintelen substantia az utóbbival együtt válik ki a vizeletben, hol a napfény hatása alatt urobilinné oxydálódik, tudunkkal eddig a malariások urobilinogenuriájának semmiféle diagnostikai jelentőséget nem tulajdonítottak. Az *Ehrlich*-féle aldehydreaction segítségével sikerült kimutatnunk, hogy malariabetegek vizeletében kivétel nélkül urobilinogen jelenik meg. Az urobilinogenuria csak

⁶ Orvosi Hetilap, 1917, 16. sz.

⁷ Orvosi Hetilap, 1912.

lázás maláriásokon jelentkeznek; például tipikus esetekben a reactio az első roham alatt negatív, körülbelül 12 óra múlva pozitívvá válik, hogy 24 óra múlva a legnagyobb intensitást érje el; 48 óra múlva, ha újabb paroxysmus nem következik be, a reactio tűnni kezd; kivételes esetekben, például perniciosus tropicában, az utolsó rázóhideget követő 10–12. napon is még fennállhat. Ez a tünet minden újabb lázroham után megismétlődik, de magában a rázóhideg idején a reactio negatív, vagy csak gyengén pozitív akkor is, ha még csak röviddel előtte erősen pozitívnak mutatkozott. Az állandóan lázas betegeken az urobilinogenuria constans tünet. Latens, hosszabb idő óta láztalan maláriában nem válik ki urobilinogen.

Ezzel szemben a többi heveny fertőző betegségben kimutathatjuk, hogy a máj-parenchyma épsége mellett a betegség kezdetén urobilinogen nem választatik ki. Typhosus megbetegedésekben, a melyek differential-diagnostikai szempontból leginkább jöhetnek tekintetbe, a reactio többnyire csak a betegség harmadik hetében válik pozitívvá. Rendszerint a diazoreactio eltűnésével lassanként urobilinogen jelenik meg a vizeletben. Oly esetekben tehát, a hol negatív vizelet mellett typhosus malaria és typhus, paratyphus között kell differential-diagnosztikát felállítanunk, az urobilinogen-kiválasztás ezen viselkedése annál is értékesebb segédeszközként lesz felhasználható, mert a védőoltás folytán a typhus sok esetben atypusosan folyik le, a *Gruber-Widal*-reactio diagnostikai értéke csökkent és a bacteriologiai vérvizsgálat is cserbenhagy az esetek egy részében.

E reakciónak előnyére válik még rövidebbé és egyszerűsége, úgy, hogy kivitele még a fronton levő orvos elé sem gördít nehézséget. Az *Ehrlich* által ajánlott oldatból: dimethylamidobenzaldehid 2·0, acid. hydrochlor. conc. 20·0, aqu. dest. 80·0 néhány cseppel adunk a frissen ürített vizelethez, mely urobilinogen jelenléte esetén néhány másodperc alatt, legkésőbbben 3 percen belül szép vöröstre festődik. Hasonló módon, ugyanazzal az eredménnyel használjuk a *Schmidt R.*⁸ ajánlotta módosított reagenst: dimethylamidobenzaldehid 2·0, acid. hydrochlor. conc. 100·0. Szigorúan kell ügyelnünk arra, hogy a reakcióhoz használt vizelet teljesen friss legyen, mert az erősen pozitív reactio is néhány perczig állni hagyott vizeletben negatívvá válhatik.

A maláriások urobilinogenuriája következőképpen magyarázható meg: okozati összefüggésben áll a vörös vérsejtek szétesésével, a melyeknek haemoglobinjából haemosiderin és a parasiták emésztési terméke gyanánt melanin képződik. A melanin mint fekete pigment jut a vérpályába és vagy szabadon van a vérben, vagy pedig a fehér vérsejtekben halmozódik össze. A haemosiderin — ockersárga pigment — eltekintve attól, hogy szabadon a vérben nem található, a továbbiak folyamán épp úgy viselkedik, mint a melanin. Könnyebb megbetegedésben a pigment két lázroham között eltűnik, de még súlyos esetekben is a melanaemia 5–6 napnál tovább nem áll fenn. A pigment eldugaszolja a capillariseket, infiltrálja a lépét, csontvelőt és májat. Az agyban, vesében, tüdőben és izmokban a pigment intravascularisan marad. A májban hyperaemia és duzzadás támad, a máj capillaris hálózatát a pigment eltömi, a májsejtek zavarosan degenerálódnak, az epeutak érintetlenül maradnak, az epe bővebbé és sűrűbbé válik (*Kelsch és Kirner* nyomán).

Valószínű az is, hogy a parasiták anyagcsereforgalmi termékei a máj-parenchyma toxikus laesióját okozzák. A melanaemia következtében nagyobb mennyiségben termelt bilirubint a vastagbélben rothasztó bacteriumok urobilinogenné redukálják, a mely itt resorbeálódik és a vena portae útján a májba kerül. A fentemlített ártalmak által megtámadott májsejtek a hozzájuk nagyobb tömegben vezetett urobilinogent megkötni nem tudják, minek folytán annak nagyrésze a májsejtek mellett haladva el, a nagy vérkörbe jut, a

honnan a vesék választják ki. A fokozott urobilinogen-kiválasztás oka tehát részben a májsejteknek a parasiták és a melanaemia által okozott reversibilis laesiója, részben a bilirubin túlproductiója.

Mindezeket egybevetve, mondhatjuk, hogy az urobilinogenuria a lázas maláriának állandó tünete és a vizeletnek pozitív urobilinogen-reactiója alkalmas arra, hogy oly vidéken, ahol a váltóláz endemiás, vagy oly betegeken, akik ily vidékről jönnek, minden lázas megbetegedés kezdetén már idejekorán figyelmünket felhívja arra, hogy atypusos lefolyású malaria lehetőségére gondoljunk. Oly esetekben, midőn a kórokozó kimutatása bármely okból nem sikerül, egyéb tünetek tekintetbevételével mellett e reactio atypusos maláriában, typhosus megbetegedésekben, vérhasban stb. mint differential-diagnostikai segédeszköz felhasználható. Negatív diazo-, pozitív urobilinogen-reactio egyébként egészséges máj mellett lázas megbetegedés kezdetén kizárja a typhust és paratyphust és malaria mellett szól, ha differential-diagnostikailag ez jön tekintetbe. Negatív urobilinogen-reactio kizárja a malariát, typhus és paratyphus mellett szól, pozitív diazo-, negatív urobilinogen-reactio mellett annál inkább. A betegség harmadik hetétől kezdve az urobilinogen megjelenése diagnostikailag nem értékesíthető, ámde ebben az időben a typhus körképe rendszerint annyira kifejezett, hogy atypusos malaria differential-diagnostikailag már nem jön tekintetbe.

Más heveny fertőző betegségben a negatív reactio a betegség kezdeti szakában kizárja a malariafertőzés lehetőségét.

Közlemény a budapesti magy. kir. honvéd helyőrségi kórházból.
(Parancsnok: Czákó László dr., főorvossorvos.)

A háborús nagyothallás.

Irta: *Lórencz Hugó* dr., főorvos.

A harctéren megsiketültek és ezek gyógyítása körül oly terjedelmes irodalom indult meg a háború alatt, hogy talán feleslegesnek is látszik ezen kérdés újabb megvitatása. A számos közlemény dacára azonban még mindig nincs meg a kívánatos egység a baj lényegének felfogásában, mely pedig ez esetben a követendő therapiával a legszorosabb összefüggésben van és ezernyi ember további sorsa felett dönt. Minthogy 1916 januáriusa óta a honvéd helyőrségi kórház fülészeti rendelését csekély megszakítással egy éven keresztül vezetem, tekintve, hogy a honvédség kötelékébe tartozó katonák, kik a háborúban súlyosabb insultust szenvedtek, többnyire idekerülnek bajuk megállapítása végett, megfigyeléseimhez igen nagy anyag állott rendelkezésre.

Az 1916. év folyamán kiadott körülbelül 4000 orvosi leletből 1130 esik oly betegekre, kiket nem csupán amlutanter intéztünk el, hanem rövidebb-hosszabb időt is töltöttek az osztályon, úgy hogy róluk bővebb feljegyzéseink vannak. Ezen betegek közül 208 vagyis 19% vezette vissza fülbajának eredetét a háborúra. Ezen 208 eset közül 4, vagyis körülbelül 2% esik a fülkagyló és külső hallójárat bántalmaira. 23 esetben, vagyis 11%-ban a középfül hurutos vagy genyes gyuladása volt a beteg panasza, a mivel természetesen rendszeren kisebb-nagyobb fokú nagyothallás is járt. Végre az esetek túlnyomó részében, 163 esetben, 87%-ban, vagyis az összes fülbetegek 14·5%-ában hirtelen beállott nagyfokú nagyothallás, illetve sükettség volt a betegek főpanasza. Ezen utóbbi esetekkel kívánok foglalkozni, melyekben vagy nem volt található semmiféle anatómiai elváltozás, vagy pedig ezen elváltozás nem állott arányban a nagyothallás súlyosságával. A határt természetesen nehéz itt szigorúan megvonni és ezért a fenti adatok nem tekinthetők abszolút számoknak.

A bántalom keletkezését feltűnő egyöntetűséggel mondják el a betegek. Legtöbbje azt állítja, hogy azelőtt kifogástalanul hallott. Miután rövidebb-hosszabb időt a harctéren töltött, gránát vágott le közvetlen közelében, mely messze eldobta, vagy akna robbant fel mellette, mely eltemette fedezékében. A betegek majdnem kivétel nélkül elvesztették

⁸ R. Schmidt: Interne Klinik der bösartigen Gebilde der Bauchorgane.

eszméletüket és csak perczek, órák, sokszor napok múlva tértek magukhoz. Sokan vannak, a kik egyáltalán nem emlékeznek már a velük történetekre és csak környezetük előadásából tudják azt. Így egy kollega, hajdani évtársam, ki hozzámmal került bajának megállapítása céljából, elmondta, hogy éppen egy orosz fogoly kötözésével volt elfoglalva, mikor egy gránát vágott le mellette. E pillanattól kezdve semmire sem emlékszik. Csak 3 nap múlva tért magához és ekkor hallotta meg, hogy a gránát légnyomása úgy őt, mint a bekötendő betegét feldobta a levegőbe. Betege szörnyet halt, ő maga pedig egy szénakazalra esett és így megmenekült.

Az eszméletlenség elmúltával a legtöbb beteg rendkívül bágyadtnak és összetörtnek érzi magát, alig tud mozogni. Rendesen erős fejfájást, kábultságot, fülzúgást éreznek. A fülzúgást a kitóduló vízgőzhöz vagy a vizeses zuhogásához hasonlítják, ritkábban bűgáshoz vagy csengéshez. Igen gyakran ezen zúgás a betegek főpanasza, mely a legtöbb esetben a hallás javulásával sem mulik el és még a vizsgálatkor is oly erős lehet, hogy a betegek állítása szerint sokakat főleg ez akadályoz a beszéd megértésében. Több betegemnek vizsgálatkor ez volt már csak az egyetlen panasza. A hallászavart természetesen szintén az eszméletlenség elmúltával veszik észre. Az eszmélet visszanyerése utáni első időben a betegek sokszor mindkét fülükre süketek, máskor csak az egyikre, később azután gyakran javul a hallásuk vagy esetleg teljesen vissza is tér. Sokszor szédülésről is panaszkodnak. Figyelemmel kikutatva mit értenek ezen kifejezés alatt, kiderül, hogy itt nem labirintaer szédülésről lehet szó, melyet a külvilág tárgyainak velemozgása jellemez, hanem a legtöbb esetben bizonyos kábultságról, bizonytalanságról. Hányásról, egyensúly-zavarokról jóformán sohasem hallunk. Gyakori panasza főleg olyanoknak, kiket a felcsapott föld darabjai vagy a löveg apró szilánkjai értek, hogy félarczuk érzéstelen, mintegy „halott” mint mondják. Sokaknak a dobhártyája légnyomás következtében megrepedt, a mit a fül szelelésén éreznek meg. A repedés később begyógyul, vagy középfül-genyedésre vezet, mely rövidebb-hosszabb idő múlva begyógyul vagy esetleg a vizsgálatkor még változatlan. A betegek tekintélyes része azelőtt is szenvedett középfül-genyedésben, de hallásuk elég jó volt, míg a gránát-légnyomás óta egyszerre megrosszabbodott.

Az esetek kisebb részében közvetlen sérülés is történt, vagy gránát-szilánkok, vagy kézfegyverek lövegei révén. A sérülés természetesen a test bármely részét érheti, de az arc és koponya sérülései adják a nagyothallók legnagyobb konkingensét. A sérülés iránya a legváltozatosabb lehet, de részemről oly esetet nem láttam, hol a löcsatorna a labirinthust érthette volna. Ezek az esetek valószínűleg nincsenek az élők közt. Betegeink közt 142 esetben semmiféle sérülés sem volt kimutatható. Ezen esetek közül 104 bajának keletkezését gránátrobbanásra vezeti vissza, 22 egyéb robbanásra (akna stb.), 16 másféle bántalmakra (megfázás, fagyás stb.); a 24 sérülés közt 17 volt koponyasérülés. Ezek közül 7 esetben a sérülés a közép- vagy külső fület érte, 2 eset a szikla-csontot, 8 a koponya többi részét.

A betegeket megvizsgálva, a legtöbb esetben, vagyis a tipusos esetekben a dobhártyát teljesen épnek találjuk, rajta sem homály, sem belöveltség nem látható. Az esetek kisebb részében, hol perforációt látunk, az utóbbi többnyire a hátulsó alsó negyedben látható, körülbelül a háromszögletű fénykúp helyén, aminek az a magyarázata, hogy itt a dobhártya rostjai merőlegesen a külső hallójáratra és így a hanghullámoknak leginkább ki vannak téve. Az átfúródás többnyire egyenes vagy lebenyes alakú, ritkábban ovalis. Néha láthatunk kisebb, gombostűfejnyi átfúródásokat a dobhártya felső részében. Található még egyes esetekben nagy vese- vagy félhold-alakú átfúródás is, melyet a beteg a balesetre vezet vissza, de tekintve, hogy ezen esetekben rendesen középfül-genyedést és sarjszövetet találtam, bizonyos fenntartással fogadom a betegek ezen bemondásait. A béke-praxisból is tudjuk, hogy a középfül-genyedések kezdetének megjelölésében mily megbízhatatlanok még az intelligensebb betegek bemondásai is.

Typusos friss esetekben, hol az átfúródás piros belövelt széle éles ellentétben van a promontorium falának halványságával, sohasem láttam ily nagy átfúródást.

A hangvilla-leletet illetőleg a Webert a jól halló fülbe lateralizálják, a Rinne pozitív, a csontvezetés megrövidült, a magas hangokat egyáltalán nem, vagy igen rosszul hallják, míg a mély hangok aránylag kevesebbet szenvedtek. Szóval a belső fül megbetegedésének tipusos képét kapjuk. Elég gyakran előfordul az is, hogy úgy a magas, mint a mély hangok szenvedtek erősen és aránylag legkevesebbet a hangterület középső része.

Ha a nagyothallás igen nagy fokú, negatív Rinnét kaphatunk a rosszabbul halló fülön. Ez az úgynevezett imaginær negatív Rinne, melynek oka a túloldalról való áthallás a csontvezetés útján. Ilyen esetben az is előfordul, hogy a betegek a mély hangvillát nem hallják, a magas hangút pedig meghallják erős megütéskor. Oka ennek is az áthallás, minthogy a magas hangok hasonlíthatatlanul nagyobb távolságra hallhatók, mint a mélyek. Elég gyakran fordul elő, hogy a betegek a beteg fül csecsnyujtványára helyezett hangvillát egyáltalán nem hallják. Ezen tapasztalatot, melyre már *Hammerschlag* is figyelmeztetett, fontos szem elől nem téveszteni, nehogy tettetőnek tartsuk a functionális nagyothallásban szenvedőt. A *Stenger*-féle kísérlet, melynek máskor igen jó hasznát vettem, vagy más a simulatio leleplezésére szolgáló eszköz szintén felmondhatja a szolgálatot. Általában a legtöbb esetben, tapasztalatom szerint, a hangvillákat aránylag sokkal jobban hallják a betegek, mint az emberi beszédet, melyet másnemű hangokat még elég jól percipáló betegek is igen rosszul értenek meg, úgy, hogy ezen tünetet egyenest jellemzőnek kell tartanom a functionális hallás-zavarra. Szintén jellegzetesnek találtam, hogy itt fordul elő a legteljesebb siketség, mely az emberi hallószerv hangterületének teljes egészére terjed ki és a máskor majdnem sohasem hiányzó hallásmaradványokat (Hörrreste) itt nem mutathatjuk ki. Igen gyakran jól észlelhető a hallásváltozása a betegeknek úgyanynya, hogy egyszer az egyik, máskor a másik lehet a jobban halló fül. Így egyik betegem, ki egyik fülére süket volt, a másikkal jól hallott, kezelés után rossz fülével teljesen jól hallott, ellenben eddig jó fülének gyengült meg a hallása.

Nystagmus csak igen kivételes esetben található. Előfordul néha a szemgolyó extrem állásánál előforduló úgynevezett physiologiai nystagmus, melyet többnyire neurastheniás egyénekben látunk, a mely mindkét oldal felé üt. Amennyiben mégis vestibuláris nystagmus volna jelen, a bántalomnak valamely complicatiójára kell gondolni. Hőmérséki vagy forgatási (szögsebességi) ingerekkel szemben a legtöbb beteg normalisan reagál. Néha túlérzékenységet találunk, mely erőteljesebb, hosszabb ideig tartó nystagmusban nyilvánul és melyet erős subjectív rosszullét kísér. Ily fokozott labirinthus-érzékenységet kb. 8 esetben (5%) volt alkalmam kisebb-nagyobb fokban észlelni. Erősen fokozott labirinthus-reactiót ír le *Zange*. Érdekes volt e tekintetben egyik betegünk, kin nem robbanás után, hanem állítólag a folytonos ágyútüzelés következtében fejlődött ép dobhártya és hallás mellett a baloldali nervus vestibularis izgalmi állapota. A betegen spontán nystagmus állott fenn balfelé, hőmérséki és mechanikai ingerekkel szemben rendkívül érzékeny volt. Csukott szemmel való járáskor balra tért. Bárány mutatókísérlete tipusos eltérést adott. Vannak azonban olyan esetek is, hol az érzékenység csökkent, sőt két betegemen sem hőmérséki, sem mechanikai ingerekre nem reagált a labirinthus. Betegeimen (hasonló kórképet ír le *Goldmann*), dacára a nystagmus hiányának, járáskor erős szédülés állott be, a miért az egyiken ideggyógyászati oldalról cerebelláris tumorra gyanakodtak. Ezen betegnek még egy másik érdekes panasza az volt, melylyel rajta kívül csak még egyszer volt alkalmam találkozni. A beteg tájékozódó képességének rendkívüli hiányáról tett említést, mely főleg este mutatkozott, mikor szemével nem ellenőrizhette magát és oly erős volt, hogy sötétben ismeretlen helyen járva, képtelen volt az utat megtalálni. Ezen 2 esetet, melyekhez hasonlóan ír le különben *Hoffmann* is, más helyen részletesen referálok.

Typusos esetekben azonkívül majdnem sohasem hiányzik a hypaesthesia, illetve hypalgesia vagy analgesia, úgyanyira, hogy oly esetekben, a hol ezen tünetet nem találjuk, a functionális nagyothallás diagnózisának felállításában nagyon óvatosnak kell lennünk. Az analgesia majdnem mindig kiterjed a külső hallójáratra és a fülkagylóra. Ezen jóformán sohasem hiányzó analgesia, mely az egész arcra, nyakra, vállra, sőt az egész féloldalra kiterjedhet, egyik legbecesebb differentialis diagnostikai tünetünk és különösen tettetett nagyothallás gyanujánál egyik legbiztosabb segédeszközünk a tü.

Más ritkán hiányzó tünet a külső hallójárat csiklandozás iránti érzéketlensége (*Fröschels*-féle tünet) és a concentrikus látótér-szűkület. A reflexek többnyire fokozottak, de gyakran normalisak. A beszéd zavarai közül a dadogás egészen a beszédképtelenségig fokozódhatik, a rekedt hang egészen a teljes hangtalanságig. Gyakori a kéztremor, esetleg az egész test remegése, nem egészen ritka az astasia, tic, pillá-rezgés, facialis-tünet stb.

Az esetek aetiológiáját illetőleg, mint említettem, a legkülönbözőbb magyarázatokat keresték. A háború elején, mikor még új volt a fentvázolt kórkép, sokan tettetőknek tartották a modern háború ezen áldozatait. Később a szerzők látva a folyton szaporodó eseteket, melyek úgy keletkezésük módjában, mint tüneteikben annyira hasonlítottak egymáshoz, behatódiban kezdtek velük foglalkozni. Legtöbbször az anamnesisben előadott trauma rendkívüli súlyosságától befolyásolva hajlandók voltak az okot organikus elváltozásokban keresni, még ha teljesen negatív volt is máskülönben az objectív lelet. Így oly tekintély, mint *Denker*, egy hosszabb időn keresztül igen pontosan észlelt esetet mint labyrinthus-rázkódást írt le. Éppen így *Friedlander* is organikus változást vett fel eseteiben, dacára, hogy a vestibuláris apparátust normalisnak találta. *Meyer vom Gottesberge* 105 esetet írt le, melyekben szerinte csak 25-ben volt ép a dobhártya. A többiben a belső fül bántalmazottsága dobhártya-sérüléssel járt együtt, míg néhányban egyedül az utóbbi volt bántalmazva. Eseteit, melyekben teljes süketiséget sohasem tapasztalt, neuritiseknek tartotta. *O. Mauthner* 240 esetet figyelt meg. Szerinte a folyamat mindig kétoldali, az okot szintén a peripheriás készülék organikus elváltozásaiban keresi. Mások centrális elváltozásokkal magyarázták a kórképet. Így *Oppenheim*, a ki bizonyos finom agyszövetbeli laesiót vesz fel, mely akadályokat hoz létre a megszokott pályák használatában azáltal, hogy ezen apró elváltozások a rendes összeköttetéseket megbontják, másokat eltorlaszolnak. Nálunk különösen *Sarbo* foglalkozott e kérdéssel. Érdekes elméletében abból indult ki, hogy a robbanás mintegy contrecoupszerűen hat a koponya tartalmára, az agyvelőre. Ez által a nyultvelő az öreglikba szorul és így elsősorban ezt éri a bántalom. Beszorulása akadályozza a cerebrospinális folyadék eloszlását és így elsősorban a negyedik agykamara feneke kerül erősebb nyomás alá és az ennek alapján kiinduló agyidegek sérülnek legerősebben, főleg a legexponáltabb lefutású halló- és arc-ideg. Ehhez csatlakozhatik a bolygó-ideg bántalmazottsága, mely a gyakori gyors pulzusban, recurrens-bénulásban nyilvánul. A glossopharyngeus bántalmazottsága az ajkak és nyelv működésének zavarában, légyszájpad-bénulásban, az íz-érzés és a vasomotoros ellátás változásaiban nyilvánul. *Sarbo* ugyan elismeri, hogy betegeinek nagy része idővel meggyógyult, de tekintve, hogy ez csak lassanként, hosszú idő alatt fokozatosan történt, másrészt sok betege nem is gyógyult meg, a süketnémák tanításában használt szájról való leolvasásra taníttatta őket. Előadásán több ily beteget be is mutatott.

Ezen szerzőkkel szemben, kik kisebb-nagyobb organikus elváltozást vesznek fel, sokan már az első időben is a tünetek functionális eredete mellett nyilatkoztak. Így nálunk *Szász*, Bécsben *E. Urbantschitsch*, ki 14 esetet közöl és gyógyításukra az erős farados áramot használta, melylyel kitűnő eredményeket ért el. A hatást shockhatásnak tartja, melylyel a gátló képzeteket legyőzi. Ezen felfogást vallják az újabb szerzők: *Mann*, *Zange*, *Hoffmann* stb. Nálunk főleg *Jendrassik*

hangsúlyozta a kórkép functionális voltát, részint a jóformán sohasem hiányzó hysteriás stigmákra, részint a psychés terapiával elért kiváló eredményekre hivatkozva.

A kórkép functionális természetét mellett szól a beteg anamnesise; legtöbbje ugyanis nem említi előadásában egyáltalán hogy szédülést érzett volna, pedig tudjuk, hogy a hallószerv már kis fokú bántalmazottságra is heves subjectív vestibuláris tünetekkel, szédüléssel, hányással, egyensúlyzavarokkal reagál. Ha valóban apró vérzésekről vagy más ilyen elváltozásokról volna szó, akkor ezek sohasem hiányozhatnának és lehetetlen volna, hogy a trauma tisztán a ramus cochlearist érje. A mit a betegek néha szédülés alatt értenek, az inkább kábultság-féle állapot. Nem tagadható, hogy egyes ritka esetekben valóban találkozunk az egyensúly-szerv túlérzékenységgel, de ezek kivételek. Utóbbi izoláltan is jelentkezhetik, mint egyik esetben, hol teljesen ép hallás és sértetlen dobhártya mellett nagyobb felindulásnál erős szédülés lépett fel és a calorikus megforgatási reactio igen erősen fokozott volt, de mindez ideges alapon is előfordulhat. Nystagmust, a labyrinthus-bántalmak rendes kísérőjét, szintén nem találunk. Ellenben megtaláljuk a hysteriás süketiségnek nagyrészt már a háború előtt ismeretes tüneteit: az analgesiót, a *Fröschels*-tünetet, a concentrikus látótér-szűkületet, a kezelés gyors váltakozását és a többi fentjelzett tünetet. Feltehető volna különben, hogy organikus elváltozás az esetek ily nagy százalékában féloldaluan álljon be, holott a sérülés mindkét oldalt egyformán érte. (A centralis magyarázatnak különben a pályák részbeni kereszteződése is ellentmond.)

(Folytatása következik.)

Közlemény a m. kir. Rokkantügyi Hivatal rózsahegy-i különleges gyógyintézetéből. (Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos.)

Mellkasi folyadékfelhalmozódást utánzó májtályog esete.

Írta: *Schill Imre* dr.

A májtályogról sémás képet adni nem lehet, ezért diagnózis egyike a legnehezebbeknek, különösen ha előző megbetegedések a diagnózist nem támogatják, pl. appendicitis, dysenteria vagy bármely hasúri, genyeddéssel járó folyamat. Nagyon könnyen összetéveszthető még a típusosabb esetekben is echinococcussal, az epehólyagnak és a szomszédos szerveknek genyeddéssel járó megbetegedéseivel, eltokolt pleuraempyemával, primaer tropusi májtályoggal stb., annyival is inkább, mert a physicalis diagnostikai jeleknek egyike sem pathognostikus a májtályogra és a diagnózis csak az összes jelek kritikai egybevetése alapján lehetséges.

Az ismertetendő esetben a mellkasi folyadékfelhalmozódásnak úgyszólván összes jellemző tünete megvoltak, még a *Korányi-féle paravertebrális háromszög* is. Hasonló tünetcsoport májtályognál tudomásom szerint az irodalomban nem ismeretes, ez bátorít fel az eset közlésére.

A kórtörténetből a következőket emelem ki:

23 éves gyalogos, harctéren volt, 1916 januárjában állítólag typhuson ment át; intézetünkbe áthelyeztetett 1916 június 27.-én tüdőcsúcsshurut és jobboldali pleuritis diagnózisával.

Anamnesis: (A csak bosnyákul beszélő beteg rossz állapota miatt az anamnesis hiányos.) Hónapok óta köhög, jobb oldalában és lábában fájdalmakat érez.

Status praesens: Középtermetű, elég jól fejlett, gyengén táplált; a csontrendszer ép, az izomzat erősen megfogyott, petyhüdt. A bőr színe halvány, az alsó végtagokon, a medence táján és a hason, úgyszintén a bal kézfejen is az ujbenyomatot megtartja. A köthártya és a látható nyálkahártyák halványak; az ajkak, körömök cyanosisosak. A mellkas domborad, részarányos, légzőskor a jobb mellkasfél kissé visszamarad; a légzés mellkas-hasi jellegű, sz. p. 16.

A szív kopogtatási és hallgatódzási viszonyai normalisak. A pulzus gyengén telt, kevésbé feszes, könnyen elnyomható,

rythmusos, sz. p. 80. A jobb kulcscsont és tövis felett rövidült, hátul az interscapuláris tér közepétől lefelé tompult a kop. hang; ezen tompulat felső határa ív-alakban megy előre és lefelé, a hónaljvonalban az V. bordát eléri, legmagasabb pontja nem a gerincoszlop mellett van. Bal felé a tompulat áthalad a középvonalon és egy a gerincoszlop mellett fekvő háromszöget alkot. A tompulat intenzitása lefelé nő, felső határa légzési kitérést nem mutat, felette a légzés gyengült, a bronchophonia és pectoralfremitus szintén. A köpet kevés, Koch negativ. A has feszes, kissé előredomborodó, a hasfal oedemás. A has jobb oldalán homályos resistentia, mely nyomásra érzékeny. A vizeletben $12\frac{0}{100}$ fehérje, a csekély mennyiségű üledékben pár finoman szemcsés cylinder, fehér vörsejtek, pár vörös vörsejt. Az idegrendszer normális. Hőmérsék: 37.2° .

A fennálló oedemákból és a vizelet-leletből a veséknek megbetegedése, és pedig amyloid-vesére következtettünk, egyúttal felvettük, hogy a jobb tüdő hátulsó-alsó része felett nyerhető tompulatnak oka hydrothorax, mert úgyszólván az összes kritériumok amellelt látszottak szólni, hogy a jobb pleura-ürben folyadék van. Ezen kritériumok a következők voltak: A tompulat nagysága (az interscapularis tér középeig), a tompulat intenzitásának lefelé való növekedése, a tompulat felső határának alakja, mely megfelelt a *Damoiseau*-féle vonalnak, a légzési kitérés teljes hiánya a tompulat felső szélén, a pectoralfremitusnak és bronchophoniának gyengült volta és a hallgatódzaskor észlelhető gyengült légzés, valamint a *Korányi*-féle paravertebrális háromszög, a mely egyike a legfontosabb differential-diagnostikai momentumoknak. A fenti megfontolások alapján valószínű volt, hogy a tompulatot okozó elváltozás a rekesz felett van, noha erről a jelen esetben egyedül felvilágosítást adható Röntgen-vizsgálattal, mely különben minden esetben megtörténik, a beteg nagyfokú gyengesége miatt nem volt alkalmunk meggyőződni; a *Litten*-féle tünet, tekintettel a beteg mellkasfél csökkent mozgására, nem nyújthatott támpontot.

A tompulat felső határa azonban *gyenge és erős kopogatáskor* ugyanabban a magasságban maradt és a próbapunctio negativ eredménnyel végződött; abban a hiszemben, hogy a punctio eredménytelensége esetleges összenövések, vagy a folyadék sűrű consistentiája által van feltételezve, a punctiót másnap más helyen és tág lumenű tüvel megismételtük, de szintén negativ eredménnyel, csak pár csepp vér ürült.

Harmadnap a beteg meghalt s a sectio eredménye a következő volt: A máj jobb lebenyében emberfőnyi, sűrű, sárga, pépesdarabos tartalommal telt tályog, mely áttört a jobb tüdőbe és a jobb vese tokjába; a hashártya ép maradt. A tüdők, még a csúcsok is, teljesen épek, a pleurákon pár kölesnyi sajtos gümő. A lépben és májban amyloidosis.

Esetünkben a májtályog tünetei közül jelen volt a májtáji fájdalom, melyet azonban a pleurára vonatkoztattunk, és jelen volt a máj megnagyobbodása és érzékenysége, a hasfal feszessége és oedemája azonban a finomabb tapintást megakadályozta, tehát esetleges helybeli elődomborodás és fluctuatio sem lett volna kimutatható; hiányzott az icterus és az intermittáló magas láz, ezért a leukocytosist nem is vizsgáltuk. A májtompulat felső határának helybeli kidomborodása megvolt ugyan, ez azonban a tompulat nagysága és magasra való terjedése miatt megfelelt a *Damoiseau*-féle vonalnak, de ugyancsak a tompulat nagysága és a tüdő nagyfokú compressiója miatt, valamint esetleg a rekesz reflexes immobilisatioja miatt légzési kitérés nem volt, ezért első sorban a pleura-ürben elhelyeződött folyadékra kellett gondolnunk, annyiival is inkább, mert a paravertebrális háromszöget is ki lehetett mutatni.

A *Korányi*-féle paravertebrális háromszög kimutatható mellkasi folyadékfelhalmozódás minden oly esetében, melyben a folyadék mennyisége bizonyos fokot ért el, kivételesen az alsó lebenyre kiterjedő pneumonia cruposának egyes eseteiben is kimutatható, ha a tüdőnek gyulladásos infiltratioja igen nagyfokú és a lebenynek erős térfogatnagyságával és

ezáltal az illető mellkasfél tartalmának szaporodásával jár. (*Grandier*-féle splenopneumonia.)

A mint esetünk mutatja, egy megfelelő nagyságú májtályog a mellkasi folyadékgyülemnek úgyszólván összes tünetei mellett a paravertebrális háromszöget is létrehozhatja, ha elhelyeződése olyan, hogy egy része a *gerincoszlop közelébe* vagy *elé* esik.

A mi a tályog létrejöttét illeti, legvalószínűbbnek kell tartanunk a bél útján történt fertőzést, mert a szervezetben más helyütt hasonló elváltozás nem volt, noha a bőr sebzésén át vagy retrograd úton történt fertőzés sem zárható ki.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Encephalitis lethargica néven *Economo* új kórképet ír le, melyre a változó cerebrális és meningeális tünetek mellett jellemző az egyszerű apathiától a súlyos comáig fokozódó álom. Ilyen esetek Bécsben és környékén nagyobb számmal fordultak elő az utóbbi időben s endemiás jellegükük folytán fertőzőes eredetre utaltak. *Wiesner* a bécsi egyetem kórbonczani intézetében egy diplostreptococcust mutatott ki ily esetekben kórokozó gyanánt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 30. sz.)

Sclerosis multiplexben szenvedő betegek vérével és liquor cerebrosplanialisával *Kuhn* és *Steiner* tengerimalacokon és házinyulakon hűdéses tünetek között halálra vezető betegséget tudtak előidézni. A megbetegedett állatok vérében egy spirochaetát találtak, a mely nagyjából a Weil-betegség okozójához (spirochaeta icterogenes) hasonlít, de bizonyos sajátosságai alapján mégis elkülöníthető tőle. (Mediz. Klinik, 1917, 38. sz.)

Sebészet.

Nyálkatömlőgyulladás epidemiás előfordulását észlelte *Böhler* a harcztéren, még pedig egy időben vesegyulladások tömeges előfordulásával. A könyök táján levő tömlő gyulladásának helyes diagnosisát ritkán állították fel; a betegek többnyire alkar-phlegmone-kórjelzéssel jöttek; térdtáji tömlőgyulladás eseteiben pedig többnyire térdizületi gyulladás, néha erysipelas volt a diagnosis. Pedig a helyes diagnosis a kezelés szempontjából nagyjelentőségű. Az olecranon felett levő elgenyedt nyálkatömlőt, ha nem nyitjuk meg, sohasem tör át kifelé, hanem mindig az alkar radialis feszítő oldalának szívós fasciája alá, súlyos, mélyre terjedő phlegmonét okozva; ha már most az alkar phlegmonéját véve fel operálunk, mely bemetszéseket kell ejtenünk, a melyek később erősen befolyásolhatják a kar működését; ha azonban helyesen állítottuk fel a diagnosist, akkor többnyire elegendő az elgenyedt nyálkatömlő megnyitása, hogy a következményes alkargyulladás is megszűnjék. A praepatellaris nyálkatömlő elgenyedésekor többnyire áttörést találunk a czomb külső oldala felé és a fascia lata alá. A szerző látott esetet, a melyben a phlegmone felkúszott a trochanter majoris az egész fascia lata elhalt. Természetesen a praepatellaris nyálkatömlő elgenyedése esetén is meg fogjuk nyitni a tömlőt; gondolnunk kell azonban arra is, hogy dacára a magas láznak, néha nem genyes, hanem csak savós a gyulladás, a mely a térd nyugalomba helyezésére is már megszűnik. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 42. szám.)

Szülészet és nőorvostan.

A terhesség mesterséges megszakításáról anyagcserebetegségekben és a belső elválasztás zavaraiiban ír *Winter* tanár (Königsberg). Fejtegetéseinek eredménye a következőkben foglalható össze:

1. *Basedow-kór.* Ha a belső orvoslás eredménytelen marad és a súlyos szívelégtelenség jelenségei (igen nagyfokú tachycardia), nehéz légzés, komplikáló nephritis, nagyfokú izgalmi állapotok, fokozódó elerőtlenedés (akkor is, ha komplikáló hyperemesis okozza) a kedvezőtlen végződést a lehetőség terébe hozzák: elsősorban a strumektomia jön szóba, s csak akkor, ha a beteg állapota olyan, hogy ezen beavatkozás ellenjavalt, tegyük kísérletet az életveszély elhárítására a terhesség mesterséges megszakításával.

2. *Struma.* Tekintettel a strumektomia kitűnő eredményeire a terhességben és csekély ártalmasságára a terhességnek további fennállására, a terhesség mesterséges megszakítása azokra az esetekre korlátozódik, a melyekben a strumektomia primaer eredményességének feltételei valamelyes okból nincsenek meg.

3. *Diabetes mellitus.* E betegség egymagában sohasem teszi szükségessé a terhesség megszakítását; a cukorkiválasztás fokozódása, a fokozódó soványodás nem javulja. Megszakítandó azonban a terhesség, ha acidosis áll be, és belső szervekkel, valamint a diaeta megváltoztatásával nem küzdhető le; megszakítandó továbbá toxikus nephrosis jelentkezése esetén. Ha a magzat elhalt, középsúlyos esetekben is legjobban a méh mielőbbi kiürüléséről gondoskodni. Az a remény, hogy élő gyermek születhetik, sohasem tartson vissza a mesterséges koraszülés megindításától, ha ez egyébként javult. A terhesség prophylaxisos megszakítása sohasem indikált.

4. *Tetania.* A terhesség művi megszakításának javallata csak a legsúlyosabb esetekben áll fenn, a melyekben a görcsök a belső orvoslás ellenére nem csupán szaporodnak és súlyosbodnak, hanem a gége és a törzs izomzatára ráterjedésük folytán a légzést nagy mértékben nehezítik és ezzel életveszedelemben döntik a beteget. A terhesség prophylaxisos megszakítását a szerző nem tartja jogosultnak, még ha az illetők az előző terhességeikben súlyos tetaniában szenvedtek is. Minthogy a méhösszehúzódások tetaniás rohamokat válthatnak ki: súlyos esetekben a cervix bemetszésével együlésben fejezendő be a szülés, a szülőtevékenység kizárásával.

5. *Osteomalacia.* Az osteomalacia gyógyításának célzattal a terhesség mesterséges megszakítása sohasem javult; a belső kezelés kísérleendő meg, szükség esetén pedig castratio végzendő. (Medizinische Klinik, 1917, 35. sz.)

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

Arsamon. A másodlagos anaemiák kezelésében manapság már általánosságban előnyben részesítik az arsen, még pedig bőr alá fecskendezés alakjában, mert belsőleg az emésztő szervekre káros hatású lehet. A bőr alá adható készítmények azonban szintén nem kifogástalanok: részben helybeli izgató hatásuk van, részben kellemetlen mellékhatásokat váltanak ki; ilyen készítmények az atoxyl, az arsaacetin, a natrium kakodylicum, az arrhenal. A Heyden-czég újabban *arsamon* néven egy új készítményt hozott forgalomba, a mely nem más, mint natrium monomethylarsenicum 5%-os oldata. 1 cm³-es steril phiolákban kapható, a melyeknek tartalma a felkar vagy a mellkas bőre alá fecskendezendő. Hayek nagyszámú esetben használta és eredményeivel nagyon meg van elégedve: helybelileg semmiféle izgató hatása sincs, kellemetlen mellékhatásokat nem okoz és a gyógyító hatása is kielégítő. Hetenként 4–5 befecskendezés adandó, összesen 20–30. (Allgem. mediz. Central-Zeitung, 1917, 33. sz.)

Az *erodium cicutariumot* ajánlották újabban stypticum gyanánt a hydrastis canadensis pótlószere gyanánt. Franz vizsgálatai szerint azonban, a melyeket a bécsi egyetem III. sz. szülészeti klinikáján végzett, az erodium méhvézés eseteiben teljesen hatástalan. Nagyon jó hatásának bizonyult ellenben — eddig ugyan még csak kevés esetben — a baryumchlorid, a melylyel Meyer tanár ajánlatára kísérleteznek. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 39. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 42. szám. *Geszti József:* Skoliosis és tüdőcsúcsmegbetegedés.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 43. szám. *Horváth Ferencz:* Az általános orvosi gyakorlatban legfontosabb, mindennapi fülbetegségek. *Sellei József:* Sajátságos keratosis follicularis-alakok.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Wenhardt János* dr. egyetemi magántanárt a székesfővárosi balparti kórházak igazgatójává, *Nappendruck Kálmán* dr.-t Torda-Aranyosmegye, *Waisbecker Gyula* dr.-t és *Geiger Frigyes* dr.-t Bereg megye tiszteletbeli főorvosává, *Wirtzfeld Béla* dr.-t Pöstyénben és *Radó János* dr.-t Hajdusoboszlón járásorvossá nevezték ki.

Személyi hírek külföldről. *Kocher* tanár utódja a berni egyetem sebészeti tanszékén *Fr. de Quervain* baseli sebész-tanár lett. — *E. Babak* dr., az élettan rendk. tanára a prágai cseh egyetemen, rendes tanári címet nyert.

Meghalt. *Turnovszky Frigyes* dr. bécsi fogorvos hazánkia, e hó 20.-án 53 éves korában Budapesten. — *Medveczky Károly* dr., Léva város főorvosa, 67 éves korában október 22.-én. — *Steiner Lipót* dr. 65 éves korában Kassán október 14.-én.

Lapunk mai számához a „Laktolavol“ című prospektus van mellékelve.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Dietetikus-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Basedow-kórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukorbeteg, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére. Fogasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. **Vezetőorvos: Dr. Gáman Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“

Sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti-fasor 9.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkészlékek, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhiensonne. Quarzlámpa.

Frim-féle gyógyintézet

Alapítva 1875 Budapest, VII., Jókai-utca 9. Telefon: 62–65. gyengeelméjűek és epileptikusok részére. Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitiűnő ellátás. Kivánatra prospectus.

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

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

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

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121–02.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14–51. **Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNÍK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium. Budapesti **ZANDER** —intézet. Semmelweis-utca 2. medico-mechanikai Kossuth Lajos-utca sarkán Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

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.

Igazgató-főorvos: Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ kir. tanácsos.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1917 október 15.-én.) 586. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1917 május 12.-én.) 586. lap. — (XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.) 586—588. lap.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1917 október 15.-én.)

Elnök: id. Entz Géza.

Titkár: Fröhlich Izidor.

Orvosi érdekű előadás volt a következő:

Schaffer Károly I. tag: „Az agybarázdálódási folyamat tényezői”. Az előadó kimutatja, hogy az agybarázdálódás tényezői a következők: 1. Az agynövekedésből származó agyfelfeszítés, ez a *mechanikai tényező*. 2. Az agykéreg legfelszínebb rétegének, az ú. n. kéregfátyolnak cselekvő módosulásaiban megnyilvánuló és a kéregfelszínnek barázdálódására vezető *szöveti* vagy *alakító tényező*, melyet a felszínfeszítés mint ingertadó tényező hoz működésbe. 3. Az átöröklésben rejlő *biológiai tényező*; ez utóbbi egyes agykéregterületeknek — melyek különleges működési jelentőséggel bírnak — különleges kialakulására és így bizonyos irányú tehetségeknek kifejlődésére vezet.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XI. rendes tudományos ülés 1917 május 12.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

Vesemedenczek patkóvesében.

Ádám Lajos: K. S. 42 éves irodatisztnek körülbelül 4 évvel ezelőtt kétszer-háromszor véres volt a vizelete, majd egy évre reá, s azóta folyton 3—4 naponként ismétlődő, a jobb vesetájékra, a jobb hasfélbe lokalizált igen heves, néha órákig tartó görcsös fájdalmak voltak. A görcsök idején többször hányt is. Ezen panaszai miatt vétette fel magát a II. számú belklinikára, honnan 1917 április hó 2.-án jobboldali vesekő diagnossal tették át az I. számú sebészeti klinikára. A kőképződésre vonatkozó semmiféle aetiológiai momentumot sem sikerült nála kimutatni. A diagnoszt a betegnek szinte tipusos panaszai mellett kétségtelenné tette a jobb veséről készült Röntgen-kép, mely az I. ágyék-csigolya proc. transversuma mellett jókora mogoró mekkorású kő árnyékát mutatta. Tudjuk, hogy pozitív irányban a Röntgen-kép kevés kivétellel biztosítja a diagnoszt, meg kell azonban említenem, hogy körülírt nephritisés góczok, perinephritis fibrosa, mint *Illyés* eseteiben, vagy elsajtosodott góczok, mint *Gergőnek Dollinger* tanár megbízásából az I. sebészeti klinikáról bemutatott esetében, téves diagnossra vezetnek. Ebben az esetben is kissé gyanús volt, hogy a kő olyannyira a proc. transv.-nak mintegy folytatása, azonban az újabb, más irányból felvett Röntgen-kép s a beteg panaszai kétségtelenné tették a diagnoszt.

1917 április 14.-én paravertebralis anaesthesiában ferde lumbalis metszésből hatolt be. Rögtön feltűnt, hogy a vese felső polusa alig hogy a bordaívét elérte, az alsó pedig hátrántul a gerincoszlop felé kanyarodott, s egy erősebb, jól látható behuzódás után kb. 3 cm. széles tapadással átment a tulsó oldali vesébe. A jobb vese a normalisnál valamivel nagyobb volt, zsíros tokjával több helyt régi hegekkel összenőtt. Vesemedenczéje tágult, a tulsó oldalról elkülönített, s benne szabadon mogorónyi kő. Minthogy kellően kikutatni nem lehetett, s így hátulról a vese medenczéjéhez nehéz volt a hozzáférés, pyelotomia anterior útján távolította el a követ, s tekintettel arra, hogy a vizelet teljesen tiszta volt, 2 etageban a vesemedence sebét elzárta. Majd rétegesen a hasfal sebét is.

A gyógyulás teljesen reactio-mentesen folyt le, igazolva ebben az esetben is azok álláspontját, kik, a mikor csak lehet, pyelotomiát végeznek nephrotomia helyett. Ha jól meg lehet varrni, nincs szükség sem zsír-plastikára, sem a saját tokból készített lebennyl való fedésre (Payr), hogy vizelet-sipoly ne keletkezzék.

A patkóvesék nem tartoznak a nagyon ritka fejlődési

rendellenességek közé; *Küster* szerint körülbelül 1100 sectióra esik 1. *Kümmel*-nek nagy veseanyagán 4-szer volt alkalma patkóvesét konstatálni. *Illyés* 349 operált vese-esete közül kettőben követ távolított el patkóveséből.

Borszéky Károly: Felhívja a figyelmet a gastroenterostomia utáni jejunalis fekélyek gyakoriságára; a panaszoknak nagy része az anastomosis után jejunalis fekélyek fejlődésére vezethető vissza; szerencsére legtöbbször a fekélyek egészen felületesek maradnak és csak erosioszerű kimaródások. Hátulso anastomosis után két esetben, *Eiselsberg*-féle kirekesztés után egy esetben észlelte jejunalis fekély keletkezését 6 hó — 1½ év után; egy esetben jejunostomiát, két esetben gastroenterostomiát készített, egy esetben a fekélyes jejunumnak a fekélytől orailisan végzett lekötésével fascia-csíkkal.

Minden ilyen operált eset a műtét után belgyógyászatiilag kezelendő.

(XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

Rendkívül kiterjedt izomsarkoma esete.

Erdélyi Sándor: Az izomsarkomák, a melyeknek primaer keletkezését hosszú ideig vitatták, nem tartoznak a gyakori megbetegedések közé. Különösen azok a tumorok, a melyek valóban harántcsíkt izomrostokból erednek, ellentétben azokkal, melyek mint malignus myomák illetve a kötőszövetből eredő sarkomák vagy a fasciákból, vagy a bőr alatti kötőszövetből nőnek bele az izmokba.

A bemutatott eset a következő:

Sz. M.-né, 24 éves, 1915 ősze óta vette észre, hogy daganata nő a jobb lábszára hajlító oldalán. Ezt kis metszéssel kiirtották, de néhány hónap múlva kiújult.

A felvételnél a triceps surae izomhasában, az Achilles-ín felett, egy körülbelül emberfej nagyságú, kemény, durva, egyenetlen tapintatú, a bőrhöz rögzített daganat tapintható; mirigyek nincsenek.

1916 június 3.-án *Manninger* műtétet végzett a beteg. Igen hosszú bőrmetszésből, a mely a beteg bőrrészletet oválisan magába foglalja, feltárták az egész triceps-izomzatot és eredésétől körülbelül 8 cm.-t hagyva meg, a gastrocnemius, soleus és plantaris, valamint az összes hátul futó ereket és idegeket kiirtották, úgy, hogy egészen a csontig s a membrana interosseaig a lábszár le lett csupaszítva. Drainézéssel végzett utókezelés után a seb szépen begyógyult; június 30.-án már jár *Scarpa*-cipővel; a járás sokkal jobb, mint remélték; a flexiót a feszítő izmok antagonizmusa és rugalmassága végzi. A sebkezelést szabad levegő kezeléssel folytatva, gyors hámosodás után kis defec-tussal távozik.

A kiirtott daganat szövettani diagnossisa sarkoma fusocellulare (I. kórbonctan). A beteg hazautazván, időnként controllra és Röntgen-besugárzásra bejárt. 7 részletben 6 hónap alatt 1 és 3 mm. filterrel összesen 35 *Holz-knecht*-egységet kapott.

Az utolsó besugárzás után recidivának nyoma sincs; a bőrről kis ulcus; a járás igen jó.

A vérkép január 27.-én: 3,600,000 vörös vérséjt, 6100 fehér vérséjt; 70% haemoglobin; 80% leukocyta, 19% lymphocyta, 0.5—0.5% átmeneti és eosinophil fehér vérséjt.

Ugyanekkor a műtétet nyert antigennel végzett meiotagmin-reactio positiv volt.

Két hónappal később, március 22.-én: 4,500,000 vörös vérséjt, 7200 fehér vérséjt; 77% haematoglobulin; 72% leukocyta, 26% lymphocyta, 1—1% átmeneti és eosinophil fehér vérséjt. Ugyanekkor a meiotagmin-reactio az eredeti antigennel negativ eredményt adott.

A beteg jelenleg jól van; meghízott; járása kitünő, úgy-szólván észre sem vehetően sántit csupán

Rövidesen még 3 más általa operált izomsarkoma-esetet említ fel:

V. D. 18 éves messenger boy, a kinek a bal combon

a spina anterior alatt ülő, szintén recidivált tumora volt, a melyet 1916 július 8.-án a fascia latával s az alatta levő nagy darab sartorius és quadriceps femorissal, valamint az összes regionális mirigyekkel együtt irtott ki; dacára a kiterjedt izomkiirtásnak, semmi functio-zavara nincsen, úgy hogy foglalkozását (kerékpározni kell) könnyen teljesítheti. Recidivája nincs. A daganat alveolaris sarcoma volt; a meio-stagmin-reactio 10 hónappal a műtét után itt is negatív volt.

O. M. 72 éves beteget egy év óta növe jobb oldali gluteális daganata miatt 1916 június 19.-én operálta először a gluteus medius és maximus teljes kiirtásával. Sajnos, a tumor, a mely az os coccygisig nőtt már, recidivált s a második műtét (mikor is az os coccygist reszekálta) s az alkalmazott radiumkezelés ellenére fokozódó cachexia és tüdő-metastasis tünetei között meghalt. Szintén sarkoma fusocellulare volt a daganat.

A negyedik eset H. M.-né 58 éves beteg, a kinek hátán emberfejni sarkoma nőtt, a melyet szintén az ileocostalis és longissimus dorsi nagy darabjával együtt szélesen reszekált. Itt functio kiesés természetesen nem jött tekintetbe.

Az első és második eset tanulságaiból levonhatjuk azt, hogy a részleges kiirtás az izomból nem elegendő, a recidiva körülbelül biztosra vehető; ha a tumor csálóka módon jól eltokoltnak látszik is, a környezetébe mikroszkoposan már bele van növe.

Felhívja a figyelmet két tényre.

Először is a primaer izomsarkoma elég sokáig nem lépi túl a maga izmának, esetleg izomrendszerének határait, lokálizálódik egy izomcsoportra és lassan nő, igen későn okozva csak metastasist; megmarad a hajlító vagy feszítő oldalon.

A második fontos tény, hogy elég jóindulatúak e daganatok a „széles izomkiirtás” (myectomy large) után, mind a recidiva, mind a végtag functióját illetőleg.

Francia szerzők leírnak eseteket, a melyekben a betegek a triceps brachii, quadriceps femoris teljes kiirtása után egészen jól használták végtagjaikat.

Igy nem fogadható el azoknak a szerzőknek az állítása, a kik primaer izomsarkoma eseteiben is rögtön az egész végtag feláldozását ajánlották az élet megmentése céljából.

Nem is képzelhető el, hogy milyen kiterjedt izomkiirtás végezhető anélkül, hogy a végtag valamennyire használható ne maradna; s úgyszólván jobb mindig egy ilyen félig le csupaszított végtag az amputációs csomknál; a csontos támasz s az antagonistá izomrendszer elernyedése pótolja a hiányzó izmokat. A bemutatott beteg is kifogástalanul jár egyetlen lábszárhajlító izom nélkül.

Lecène statisztikájában végtag-izomsarkomák hasonló széles kiterjedt izomkiirtással operálva, 4, 6, sőt 8 év múlva is recidiva-mentesek voltak.

A műtét technikáját illetőleg fontos tudni, hogy 1. nagy feltárással, nagy terület kibontásával fogjunk hozzá; 2. ha csak kivihető, ha nem is hosszban, de mélységben az egész izmot kiirtjuk; a bemutatott esetben csakis a triceps eredő fejecsei és ina maradtak meg.

Manninger, valamint a bemutató is, a műtéteket Paquelin-égetővel végezte, melyet különben is majdnem minden daganat-műtétnél alkalmaznak. A műteti terület, a menyire lehet, bőrrel fedés és drainezés után, 5—6 napig bőven váladékos, azután a bevarrott seb rövid idő alatt úgyszólván prima gyógyulásra hozható.

A vérvizsgálat jó eredménye, a recidiva-mentesség s a teljesen jó functio felbátorítja, hogy az ilyen kiterjedt izomsarkoma-esetekben — támaszkodva a kevés hasonló irodalmi adatra — az ilyen bőséges izomkiirtást a végtag conserválásával ajánlja, a mely műteti beavatkozás sikerét utólagos prophyaxisos Röntgen-besugárzással növelhetjük.

Gyógyult retinitis albuminurica.

Mohr Mihály: A 16. helyőrségi kórház felülvizsgálati anyagában feltűnt a következő kórkép: F. S. 30 éves, rokkantellátásban részesülő hadkötelestnek mindkét pupillája tág, reagál, a fénytörő közegek tiszták. A jobb papilla külső szélén kékes-szürke hártyszerű képződmény, mely áttetsző és sugáralakú fonálnyúlványokat bocsát. A hártya mögött a papilla

tisztán látható. A belső papillaszálon félpapillányi festékrög. A centrumban és szétszórva a retinában kisebb-nagyobb sárga és atrophias góczok és festékrögök. Hasonló elváltozások a bal szemfenéken. V = 1 m.-ről olv. ujjakat. A látótérben vannak hiányok, de pontos látótér a rossz visus miatt nem vehető fel.

A kórkép lefolyt retinitisre utalt. A proliferáló szürkés-kék hártya és annak nyúlványai előző vérzések maradványai, míg a centrumbeli festékrögök az ott lezajlott folyamatnak jelei. Befejezett állapot, mely csekély látást hagyott vissza. Albuminuriás folyamatra gondolt és kérdésére kiderült, hogy a betegnek vesebetegsége volt, még pedig 1915 februárjában a lövészárokban szerelte és ehhez szegődött a szembaj. Torday-hoz utalta át veséjének megvizsgálása végett, a ki a leletről maga fog referálni. Diagnosisa helyesnek bizonyult.

A retinitis albuminurica Bright-kór kapcsán szokott fejlődni; az acut vesegyulladások közül a terhesek és scarlatinások veselobájához szokott társulni. Rendesen a „vég kezdetét” jelenti. Goldzieher azt írja, hogy az esetek 10%-ában, Korányi Sándor szerint pedig az esetek 20—30%-ában szokott fejlődni. Jelentkezése után 1—2 évvel szokott a halál beállni, de az előadó véleménye szerint sokkal hamarabb, hetek, néha hónapok múlva. Az bizonyos, hogy a gyógyulás ritka, leginkább az acut vesemegbetegedések kapcsán fejlődőkben szokott bekövetkezni. Szóla a maga részéről csupán javulást látott a vesegyulladás megjavulásával kapcsolatban. Gyógyult esetet még nem látott, csak ezt és ezért méltó a bemutatásra.

Torday Árpád: A harmincz éves, katonai állításra kötelezett egyén előadja, hogy 1915 februárjában meghűlés következtében a harc-téren heveny vesegyulladásban megbetegedett. Akkor végtagjai meg voltak dagadva s a vizelete véres volt, hőemelkedései is voltak, a feje gyakran fájt, vesetáji fájdalmakról panaszkodott. Látás-zavarai is voltak. A betegség elején a vizelet mennyisége meg volt fogyva, később polyuria jelentkezett, a mely jelenleg is fennáll. Oedemái négy hónapig állottak fenn.

A közepertmetű, jól fejlett és táplált egyén szíve haránt irányban megnagyobbodott, kivált balfelé. A szívhangok tiszták, a pulsus 80, a maximalis vérnyomás 100.

Röntgen-átvilágítás szerint (Biró dr.): mindkét szív mérsékelten megnagyobbodott s az aorta-ív is. A vizelet fajsúlya 1018, fehérjét egy ízben nyomokban tartalmazott, későbbi vizsgálatok alkalmával fehérjét nem lehetett kimutatni.

A functionális vesevizsgálatokkor kintűnt, hogy egy liter víz itatása után a kiürített vizeletmennyiség 1040 cm³, tehát fokozott vízkiválasztás áll fenn. A fajsúlyingadozás 1007—1029. A konyhasókiválasztás értékei 0.2-től 1.16-ig ingadoznak. Az ureuméi 0.24%-tól 0.63%-ig. A jodkáli-próba 24 óra múlva +, 48 óra múlva —. Konyhasó megterhelési próbánál 4 tejből, 2 tejes ételből, 2 tojásból és 2 kenyérből álló diéta mellett az első napon a beteg 1660 cm³ vizeletet ürített. 1020 fajsúly, 12.69 NaCl kiürítés és 6.72 ureum mellett. Másnap ez ételekhez 10 gr. konyhasó lett hozzáadva, a mikor is a beteg 1525 cm³ vizeletet ürített 1021 fajsúllyal s ekkor 19.88 gr. konyhasót választott ki (1.3%) és 6.6 gr. ureumot. A következő napon a vizelet mennyisége 1300 cm³ volt 16.0 gr. konyhasóval. Ezekből látható, hogy a veséknek konyhasókiválasztóképesége teljesen jó. A körlelményben előadott adatokból azonban kétségtelennek látszik, hogy a beteg a mult évben vesegyulladás ment keresztül, a mely akkor szemtüneteket okozott, de a mely jelenleg gyógyult, és hogy a vesebántalmának a szemtüneti lelet alapján való felvétele, mint azt Mohr tagtárs diagnoskálta, teljesen helyes volt.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

223/1917. ig. szám.

A vezetésem alatt álló marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál folyó évi deczember hó 1.-én megüresedő 1600 korona évi fizetéssel, a szabályszerű pótlékokkal, háborús segély címén 1917 november hó 1.-től évi 1500 korona, havi 125 korona van kilátásban (s esetleg ma még ismeretlen összegű más pótlékok is lesznek), továbbá egy szobából álló lakás, fűtés, világítás s I. osztályú étellemezéssel javadalmazott másodorvosi állásra Belügyminister úr Öngyméltóságának 118.916. 1917. x. b. sz. rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek. Ez állást elnyerni óhajtó okleveles, gyakorló éves vagy szigorló orvosokat felhívom, hogy születési bizonyítvánnyal, elméleti és gyakorlati képzettségükről szóló okmányokkal, esetleg csak indexükkel szabályszerűen felszerelt pályázati kérésüket Belügyminister úr Öngyméltóságához címezve s pedig az alkalmazásban levők felettes hatóságuk útján, az alkalmazásban nem levők közvetlenül hozzám folyó évi november hó 15.-éig annál is inkább nyújtsák be, mert később érkező folyamodványok figyelembe vételni nem fognak.

Marosvásárhely, 1917. október hó 19.-én.

Hints Elek dr., igazgató.

SZIGORLÓ ORVOSNŐ,

ki klinikai gyakorlattal bír, keres alkalmazást.
Leveleket kér „Szigorló orvosnő” alatt a „Petőfi” irodalmi
vállalathoz Budapest, VII., Kertész-utca 16.

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.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézet
BALF gyógyfürdőben,
Sopron mellett. A nm. m.
kir. belügyminisztérium
121.038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre
(negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III.
oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyminisztériumnak 1903. évi
9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A fel-
vételi engedélyért a nm. belügyminisztériumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával
a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf
gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr.,
örökös romai gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

A magy. kir. belügyminiszter által **Sanatorium**
672/10936. szám alatt engedélyezett

kedély- és idegbetegyek részére
Sátoraljaújhely.



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjectiono.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

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.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti cikkek gyára
BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

Aureollámpa Quarzlámpa

(Művi magaslati napfény).

Felvilágosítás

Az „Aureollámpa” nem egyéb, mint egy **év-
tizedek óta ismert** u. n. fénymásolóívlámpa
csukott fényívvel, az ezen rendszer összes hibáival:

háromszor nagyobb áramfogyasztás, mint
a Quarzlámpánál (magaslati-napfény), állandó szénpótlás
és kezelés. A védőh. rang bevonása, megrepedése, nitron-
gázok keletkezése, egyenlőtlen fény és gyakori kialvása
a lámpának.

Az „Aureollámpa” mint újítás, vagy mint kon-
kurrenzia a Quarzlámpa (magaslati napfény)
gyógyhatásával szemben épp oly kevésbé jöhet
számításba, mint az ugyancsak évtizedek óta
ismeretes szénívfényszórók, vagy sugárzási ív-
lámpák, melyek csak ott használnak, ahol egy
gyenge ultraviolett hatás, a szűrött quarzlámpa-
fénynek megfelelő, elegendő.

Az „ujdonságon” nincs egyéb új, mint az el-
nevezés. Ez magában épp oly kevésbé érdemel
figyelmet, mint magasabb árat. **Hasonló ér-
tékű fénymásoló ívlámpák bármely
villanyszerelőnél — és nálunk is —
lényegesen olcsóiban beszerezhetők.**

Orvosoknak, a kik szénívlámpák iránt érdeklődnek, mint
legolcsóbb forrás ajánlható a villanyszerelő. Minden
„Quarzlámpát helyettesítő” csakis próbára szerezhető
be, a visszavétel határozott kikötéssel azon esetre, ha
a Quarzlámpával való összehasonlítása után a lénye-
gileg csekélyebb hatóképessége felismertett.

További felvilágosításokkal szolgál:

Quarzlampenfabrik Linz A. Donau, Stammhaus Hanau.

Egyedüli előállítója a

Quarzlámpa „Künstliche Höhensonne”-nek, fontos min-
den orvos, kórház, lazarett számára, kb. 4000 darab használatban.

„Jesionek-Quarzlámpa”-nak. Csarnoki quarzlámpa Prof.
Jesionek után. 1916-os ujdonság. Fontos a tüdővész leküzdésére.

„Kromayerlámpa”-nak, nélkülözhetetlen minden bőrgyógyász
számára. 1500 darab használatban.

„Solluxlámpa”-nak, kiegészítője a quarzlámpának. Sokatigérő
ujdonság, különösen gazdag hőszugárzást ad.

Számos könyvirodalom.

Több mint 400 közlés.

Áttekintés ingyen.