

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.

Haberern Jonathan: Közlemény a Budapest székesfővárosi Rókus-kórház II. sebészeti osztályáról. Részleges orrplastika fülkagyló-részlet szabad átültetésével. 589. lap.

Kenéz Lajos: Közlemény a m. kir. Rókkantügyi Hivatal rózsahegy-i különleges gyógyintézetéből. (Vezető-orvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos.) Röntgenvizsgálattal diagnosztált hasátífúródás. 592. lap.

Lórencz Hugó: Közlemény a budapesti magy. kir. honvéd helyőrségi kórházból. (Parancsnok: Czako László dr., főorvos.) A háborús nagyothallás. 593. lap.

Fenyvessy Béla: Népegészségi országos nagygyűlés. 595. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — **Lapszemle.** Belorvostan. Glaessner: Az ulcus duodeni. — **Sebészet.** Lewis: Tonsillektomia. — **Geiges:** A húgyhólyag sérülései. — **Szülészeti és nőorvostan.** Sachs: A terhesség megszakításának jelei epilepsiában. — **Kisebb közlések az orvosi gyakorlatra.** Thoma: Vérzésekben a vérzofalzat hosszanti feszülésének szerepe. — **II. Martin:** Heveny tüdővízenyő. — **Leschke:** Köhögésinger. 596—597. lap.

Magyar orvosi irodalom. 597. lap.

Vegyes hírek. 597. lap.

Tudományos Társulatok. 598—599. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Budapest székesfővárosi Rókus-kórház II. sebészeti osztályáról.

Részleges orrplastika fülkagyló-részlet szabad átültetésével.

Közlő: **Haberern Jonathan Pál** dr., az osztály főorvosa.

A fülkagyló részeit orrhiányok pótlására szabad átültetéssel már többször felhasználták *Fritz König* erre vonatkozó közleménye óta, mely 1902 februárjában jelent meg. Ennek többek között az a nagyon kedvező kozmetikai jelentősége is van, hogy az orr-plasztikai műtéttel kapcsolatban létrejött kisebb nagyobb fokban torzító hegek nem éktelenítik el a beteg arcját, a szomszédos orr-részleteket, az arc többi részleteit s a homlokot. Azért ezen eljárást lehetőleg követni, fejleszteni a sebészeti műtéttan egyik fontos, s mint meggyőződhetünk, hálás feladata. Idősebb is, mert a *hadis sebészetben* sokszor szintén a legjobb sikerrel alkalmazható.

Előre bocsátom a következő eset kórajzát:

D. M.-né 18 éves, kecskeméti születésű asszony, 1915 február 16.-án vétetett föl a vezetésem alatt álló Rókus-kórházi II. sebészeti osztályra.

1915 év február 15.-én állítólag elesett s a kezében lévő késsel orrát megsértette.

A különben egészséges nő jobb orrszárnyának kb. a fele hiányzik, még pedig az orr hegye felé eső részen. Az orrszárny hiányának nagysága olyan, hogy az orrszárny széleinek megfelelő hiány 20 mm. hosszú, az orrgyök felé terjedő magassága pedig 13 mm. (Lásd az 1. ábrát).

Az orrszárny felé az orrhegyen széles, ferde heg látható, hátrafelé a hegfelület meredek, síma.

Az 1915 március 13.-án végzett műtét alkalmával a jobb fülkagyló felső részéből a defectusnak megfelelő alakú fülkagyló-darabot kimetszettünk és beillesztettük szabad transplantatio útján a defectusba, a defectus széleinek felfrissítése után. A fülkagyló-darab a jobb oldali fülszegélynek (helix) tuberculum auriculae fölött eső részéből vétetett, az ék hegye beterjed a fossa triangularis auriculae-ba. A műtétet a fülön éppúgy mint az orron helybeli novocain-adrenalin-érzéstelenítésben végeztük. A porcos s belső-külső bőrral fedett fülkagyló-darabot külső varrat-sorozattal erősítettük oda s azután néhány belső bőr-nyálkahártya varrattal is rögzítettük. Műtét után az orrnyílásba könnyű steril-gaze tampont illesztettünk, melyet naponta kétszer változtattunk.

Műtét után az orrszárnyba illesztett fülkagyló-darab elkékült, kissé duzzadt s hideg lett: bullák fölötté nem keletkeztek, csak a sebvarrat helyén volt észlelhető egész csekély



1. ábra.

savós szivárgás; ezáltal felszínes, vékony, finom pörk képződött. Harmadik napon kissé melegebb tapintatú lett az implantált részlet s a kékes-hamvas színe egy árnyalattal világosabbnak, vörösbe hajlónak látszott, míg az 5. nap reggelén az egész felülete cseresznye-vörös színt mutatott, mely a legközelebbi időben mindinkább normalis, a szom-

szédsággal egyező szint vett fel. A varratok egy részét műtét után a 8. napon távolítottam el. Március 23.-án, 10 nappal a műtét után a még bennmaradt varratokat is kiszedtem. Síma heggel per primam gyógyult.

1915 augusztus 9.-én a vele történt előzetes megbeszélésünk alapján a beteg ismét jelentkezett az osztályon, hogy az apróbb plastikai kialakításokat végezhessem rajta. A most már biztosan beilleszkedett s a szomszéd részletekkel egyforma színű fülkagyló-részlet ugyanis az orrsövény felé az orrcsúcon nem illeszkedett be elég formás körvonallakkal s így a másik oldali orrnyílás mintájára kellett alakítanom. Ez az orrcsúcs felőli csücsökből kimetszett kis ék eltávolítása által szépen sikerült. Természetesen előbb az orrszárnyat alkotó fülkagyló-részleten az orrnyíláson belül metszettem a bőrbe a porcig. A bőrt kissé felpraeparáltam és azután vágtam ki a porcból a megfelelő ékalakú sarokdarabot és a felfejtett bőrt visszavarrtam az orrszárny belső bőrrészletéhez.



2. ábra.

Ezen kis beavatkozás után az orrszárnyat alkotó transzplantált fülkagylódarab néhány órára kissé elkékült s hűvösebb tapintású volt; pedig a műtétet, kerülve minden erősebb érintést vagy nyomást a szövetrészletekre, csak a legfinomabb műszerekkel, a leggyengédebb érintéssel, fogásokkal végeztem, mire hasonló műtétek alkalmával nagy súly elyezendő. Másnap különben a transzplantált darab teljesen normalis tapintatú lett. A 6. napon távolítottam el a varratokat. Az orrszárnynak az orrsövényhez illeszkedő része ezután teljesen formás s a másik oldalnak megfelelő sarkot mutatott.

Az orrszárnynak a másik oldallal symmetriás finom kialakítása céljából az orrszárny szélén még háromszor (november 22, 1916 január 25.-én és február 20.-án) végeztem apróbb kis javításokat az előbb említett eljárás szerint, kozmetikailag is kitünő eredményt érve el. E mellett a fülon defectus alig látható. Hiszen betegünk gyógyulása után hajviseletét úgy alakította, hogy a plastikára használt, most már valamivel kisebb és karcsúbb alakú fülét hordta szabadon és az érintetlen másik fülét takarta részben hajzatával.

A már több mint 2½ évvel ezelőtt végzett műtét eredményét aránylag hosszú idő eltelte után véglegesnek s teljesen kielégítőnek jelenthetem. (Lásd a 2. ábrát).

A transzplantált és az orrszárnyba nőtt fülkagyló-darabot a műtét után kb. 26 hónappal, 1917 május 7.-én Donáth Gyula tanár úr volt szíves kérésemre idegműködés szempontjából megvizsgálni. A transzplantatum tapintási érzését pamutfonállal vizsgálta. Ezt ismételt vizsgálatok alkalmával a beteg csaknem kivétel nélkül pontosan jelezte. A Sieveking-féle aesthesiometer két hegyét 2 mm. távolságra is jelezte, úgy mint az ép oldal megfelelő helyén, azzal a különbséggel, hogy a műszer két hegyét a transzplantált oldalon tompábbnak érezte, mint az egészséges oldal megfelelő helyén. Egy mm. távolságra a beteg a transzplantált részen éppúgy, mint az ép részen a műszer csak egy hegyének az érzését jelezte. A meleget és hideget is teljesen pontosan jelzi a transzplantatumon, habár kissé leszállított mértékben. E szerint a transzplantatumon kétségtelenül kimutatható, habár kissé leszállított mérvben, a tapintási, a fájdalom-, a hideg- és a meleg-érzés. A transzplantatum e szerint, a mint a színe is mutatja, nemcsak vascularizált, hanem az idegvezetés is helyreállt benne. Ennek bizonyítására különösen jelentősnek kell tekintenünk a fájdalom- és hőérzést ezen esetben az ércapillarisoknak s idegrostoknak újonnan képződése, legalább is a határos hegsvetben, felveendő.

König említett közleményében az orrszárny hiányainak gyakoriságára utal. Főleg a lupust, a gümös folyamatokat és az ezek gyógykezelése közben thermocauter által okozott defectusokat érti, a mikor is az orrszárny teljes vastagságában látjuk létrejönni a hiányokat; itt pedig az egész kis hiányok is torzítók. A fülkagyló felhasználására az biztatta, hogy a sebészi tapasztalatok szerint teljesen lecsapott, illetőleg lemetezett fülkagyló-részletek, különösen pontos vissza-illesztés után, megint teljesen odagyógyulnak és így a véreerekkel bőségesen táplált orrszárnyon is odagyógyulhat a fülkagyló. A fülkagyló bőre, melyben alig van zsírszövet, igen alkalmas az átültetésre. Mint nyél nélkül való lebeny köz tudomású, hogy a porc jól átültethető és az átültetés helyén megmarad (Mangold).²

A porcnak nincsenek vérerei, csekély táplálás mellett is tovább élhet; csak pontosan adaptáljuk és a rögzítő varratok alkalmazásakor kerüljük a nyomást és a feszülést.

Különben a fülkagyló-részlet átültetése az orrszárny defectusába szerinte a plastika leghysiológiásabb formája, mert a 3 rétegben analog anyagot alkalmaz.

Itt emlékezzünk meg arról, hogy Bűdinger³ szemészeti műtéteknél alkalmazta 1902 júniusában, tehát 4 hónappal König közleménye után, a fülkagylót plastikai célból. Bűdinger eljárásának az a lényege, hogy a szemhéj kiirtott tarsalis részletét a fül kagylójának bőr-porclebenyével pótolja. A fül defectusát varratokkal egyesítette, miután a fülkagyló szélén végzett ék kimetszéssel a deformációt elhárította.

Birch-Hirschfeld a Bűdinger szerint végzendő tarsoplastika indicatióját a következőkben foglalja össze: különösen alkalmasak erre a szemhéjtumörök, melyek vagy a tarsus kötőhártyájából indulnak ki, vagy másodlagosan a tarsusra terjednek át; feltéve, hogy ezen esetekben nincs szükség a bulbus eltávolításával járó behatóbb műtétekre.

Jó szolgálatot tehet ezen műtéti eljárás még trachoma és tuberculosis azon eseteiben, melyekben a tarsus is a bántalom körébe van vonva. Torzképződményeknél (szemhéj-coloboma) és sérüléseknél, melyek a tarsus részleges vagy teljes pótlását kívánják, a Bűdinger-féle eljárás szintén jó szolgálatokat tehet. Ugyancsak Birch-Hirschfeld mondja, hogy a bonczani vizsgálatok szerint is a fülporc az ezt fedő bőrral alkalmas anyag a szemhéj tarsalis részének pótlására, mert a keskeny porczréteget sűrű tömött kötőszövet keskeny rétege köti össze a többretegű fedőhámval, mely hámsejtek hasonlítanak a tarsalis kötőhártya hámsejtjeihez. Hajszálak, mirigyek és egyéb egyenetlenségek csaknem teljesen hiányzanak.

Transplantációs kísérletek mutatták, hogy a porc relati-
 ve csekély követelményekkel van a táplálkozás iránt az új
 talajon és ezért könnyebben gyógyul, mint más szövet.

Birch-Hirschfeld házinyulakon végzett ilyen transplan-
 tációs műtét után azt tapasztalta a mikroskopos vizsgálat
 alapján, hogy a porc jól begyógyult, a normalis tarsustól
 keskeny kötőszöveti zóna által határolva. A porcsejtek és az
 epithel alakja és festhetősége a rendes maradt.

Sőt egy esetben, a melyben látszólag fertőzés történt,
 a műtét után két nappal a szemhéj megduzzadt és nyál-
 kás-genyes secretio jött létre; egy nagyobb szövetcszafat
 lelöködött, melyet a transzplantált porczdarabnak vélt. De
 a secretio szűnetelésekor, 12 nappal a műtét után végzett
 vizsgálat kimutatta, hogy a porc simán feküdt a defectus
 niveaujában, necrosisos tünetek hiányoztak, ellenben a közepén
 hámtól fosztott volt. A környezet epithelje azonban a szélek-
 től a porczfelületre húzódott. A mutatkozó lob daczára a
 porczdarab begyógyult és az epithelje a szomszéd kötőhártya
 epithelje által pótolatott. De ha még felvonnók, mondja
Birch-Hirschfeld, hogy a porc hosszabb idő múlva fel-
 szívódnék, mint például a májba való implantationál, mégis
 idővel egy erős kötőszövet által pótolatnék, a mely az operált
 szemhéjrészletnek nagyobb erősséget adna, mint a melyet
 bőr- vagy nyálkahártya-transplantatióval elérhetnénk.

Érdekesnek tartom megemlíteni, hogy *König* cikkének
 közlése után *Elter* és *Haass* szerint *W. Müller*⁴ sebész-
 tanár Rostockban alkalmazta a szabad átültetésnek ezt a módját
 egy 13 éves leányon, kin a lupus következtében elpusztult
 orrszárnnyhiányt pótolta a fülből vett lebenynyel. A kezdetben
 jó eredményt adó műtét területen a lupus terjedése követ-
 keztében új műtét vált szükségessé.

Ezt az esetet csak futólag említi meg s lényegesebb-
 nek tartja főnökének, *W. Müller*-nek egy másik esetét. Ez
 49 éves nőre vonatkozik, kinek alsó szemhéj-endotheliomája
 miatt csaknem az egész alsó szemhéját el kellett távolítani
 (1903 február 3). A szabad lebenyt 3.5 cm. hosszúságban
 a jobb fül helixéből vágta ki. A lebenyt teljes állományával
 a szemhéj hiányába ültette s a fül egyik felületének bőrét a
 szemhéj bőrével, másik felületének bőrét a megmaradt kötő-
 hártyával egyesítette; a fülporcz pótolja a tarsust. A lebeny
 jól tapadt meg. A kozmetikai eredmény, valamint a szemhéj-
 zárás kitűnő, sem ectropium, sem entropium nem fejlődött
 ki. Maga a fülkagyló alig mutat eltérést az ép oldalihoz
 képest. Véleményük szerint a szemhéj pótlására a műtét e
 neme idealisnak mondható, mert úgy a functionalis, mint a
 kozmetikai eredmény kitűnő; a szemet érintetlenül hagyja.
 Az első napokban a műtét után beállott kékes elszíneződése
 a műtét területnek csekély necrosisra vallott, a mi különben
König esetében is észlelhető volt. A *Müller*-féle plastikai
 műtét következtében nem jelentkeznek torzító hegek sem a
 szemhéjon, sem környezetében, az átültetett darab megtartja
 a bőr rendes színét, porcztartalma miatt pedig a szemhéj
 megtartja normalis feszültségét s ezért a szemhéjon utólag
 alakváltozások nem keletkeznek. Ideális szemhéj-szélt
 nyerünk, melyet a fülkagyló szabad széle ad. Ha az átültetett
 lebeny elhalna, még mindig vehető az érintetlen fülből lebeny
 s ezzel a két fül teljesen visszanyeri symmetriás voltát, bár
 az eltérés a két fülön enélkül is kistokú.

A szerzők egy másik esetben, mely 50 éves nőre
 vonatkoztk, mindkét alsó szemhéjon a lupus következtében
 jelentkező ectropium javítása vették igénybe e plastika
 előnyeit olyképp, hogy a jobb alsó szemhéjat nyeles lebeny-
 nyel pótolták, a bal alsó szemhéj pótlására pedig a fül-
 kagyló szélét vették igénybe. A jobb oldali alsó szemhéj
 plastikájára a pofa bőréből vettek nyeles lebenyt, viszont a
 pofa defectusának fedésére a *Thiersch*-lebenyt a jobb felkar
 hámlébenye szolgáltatta. Az ez oldalon létrejött eredményt
 azonban nem tartják kielégítőnek. Négy hét múltán a fülkagyló
 helix-antihelix közti darabjából vettek lebenyt és cutisától meg-
 fosztva, átültették a bal alsó szemhéj sebére olyképp, hogy
 a fülkagyló-görbületet illesztették az alsó szemhéj rendes gör-
 bületének irányába és a transzplantált darabot a bőséges

kötőhártyával borítható hiányba varrták. A füldefectus elvarrása
 fejezte be a műtétet.

Az eredményt a másik oldalihoz képest kitűnőnek
 mondják úgy kozmetikai, mint functionalis szempontból; a
 szemrés-zárás még álomban is tökéletes s a cornea állapota
 is lényegesen javult. Ajánlják a lehető gyors operálást s azt,
 hogy a fixáló varratok ne legyenek túlfeszések, mert ennek
 következtében a seb szélén necrosis jelentkezhetik. Kötésnél
 bőrvaselint alkalmaznak.

A szerzők későbbi közleménye⁵ szerint *Büding* 1902.
 évi cikke elkerülte figyelmüket. *Büding* két műtétét,
 melyeket 1901-ben végzett, a kötőhártya és tarsus pótlására
 a füllebenyt vette, mely elülső bőrészletből s porczból állott;
 a szemhéj külső bőrét pedig *Büding* a szomszédból vett
 nyeles lebenynyel pótolta. *Büding* tehát műtéténél nyeles
 és szabad lebenyt használt s a nyeles lebeny igénybevétele
 feltétlenül az arc és homloktájék bizonyos fokú eltorzulását
 eredményezte. Tehát a szerzők eredménye kozmetikailag jobb
 s a műtét maga is egyszerűbb.

*Lexer*⁶ szerint *König* szabad orrszárnny-plastikáját a
 fülkagylóból többen végezték. Említi, hogy a fülkagylóból
 kimetszették, melynek szabad széle az orrszárnny szabad
 széle kell, hogy legyen, egyes esetekben necrotizált. *Lexer*
 ezt részben sebfertőzés következményének tulajdonítja, mely
 az orrból eredhet, részben pedig a csekély táplálkozásnak,
 mely csak a defectus széléből történhetik. Ezért azt ajánlja,
 hogy a defectus szélének felfrissítését ne végezzük egyszerű
 sebfelfrissítéssel, hanem ezen felfrissített csíkot befelé hajlít-
 suk, hogy az orr nyálkahártyájával összeköttetésben maradjon.
 Ezzel szélesebb érintkező sebfelületet nyerünk.

Ilyen alátámasztást látunk az *Esmarch*-féle nyúlajk-mű-
 téténél; *Lexer* és *Wrede*-nek is vannak hasonló eljárásai. *Lexer*
 ugyan azt mondja, hogy a legszebb lesz az ilyen orrszárnny-
 plastica akkor, ha a sebész a részleges orrszárnny-defectust
 úgy nagyobbítja meg, hogy az egész orrszárnnyat normalis
 határáig kimetszi s mélyedéséig pótolja. Ajánlja ezt azért,
 mert így jól táplált anyagot nyer és alátámasztásra a fölös-
 leges maradékok használhatók. Így olyan orrszárnnyat kap,
 melyet hegek nem torzítanak. Csak ha ezek a hegek a
 normalis körvonalaknak felelnek meg, akkor teljes — fölfo-
 gása szerint — a kozmetikai eredmény.

Lexer-nek ezen ajánlata természetesen nézetünk szerint
 nem vonatkozhatik olyan esetre, amilyent mi közöltünk, a hol
 nem kóros folyamatok előidézte defectus pótlásáról van szó,
 hanem olyan trauma okozta sima szélű defectusról, melynél
 nem nyulnak át széles hegkötegek a peripheriába. Traumás
 defectusoknál hiba volna az egész orrszárnnyat eltávolítani a
 pótlás előtt, mert ilyen esetekben a teljesen ép szomszédos
 részletek a sikerült fülkagyló-átültetéssel alig látható heget
 eredményeznek, mint ez a mi esetünkben is tapasztalható.

Lexer egyik esetében, melyben a fülkagylóból vett ovalis
 részlettel pótolta a leharapott orrhegyet, az átültetett részletet
 a beteg éjjel nyugtalanodása közben a párnák közt ledör-
 zsölte. Ezért ajánlja, hogy ilyen esetekben a gyógyulás ideje
 alatt az orr védelmére *Klapp*-féle szívóharangot rögzítsünk
 ragtapasz-csíkokkal az orr fölé, természetesen szívó-ballon
 nélkül.

Ismétlem végül, hogy a hol kivihető, az orrszárnny vagy
 orrcsúcs defectusainak pótlására a fülkagylót használjuk, mint
 pótlására szolgáló kitűnő *physiologiai anyagot*, mely mód-
 szer mellett a fül kozmetikailag nem szenved s az arc
 maga teljességében és eredeti formájában minden hegtől men-
 tes marad.

Hogy a fül teljes leválasztása után is még órák múlva
 mennyire megtartja életképességét, a kezelésem alatt levő kö-
 vetkező eset bizonyítja:

G. Gy. 17 éves szijgyártó inas 1917 április hó 10.-én
 vétetett fel osztályomra.

Állítólag gépkocsi gázolta el este 8 óra tájban s a mentők
 hozták be az anaemiás, jól fejlett és táplált fiút jobb kulcs-
 csonttöréssel. A mellkas és has szervei épek. A bal falcson-
 t fölött körülbelül 40 cm²-nyi területen a bőr egy lebeny-

ben a galeáról levált (skalpozott) egészen a fül mögötti tájig. A bal fül a kettéhasított czimpának egy kis bőrrészletén lelóg. A helix és antihelix közt számos a porczig hatoló roncsolt sérülés; a tragus teljesen elroncsolt. A fülporczogó a helix és a fossa anthelialis közti repedésen teljesen luxálódott. Ideiglenes kötés, tetanus-antitoxin alkalmazása.

Április 11. Dél előtt 10 órakor az ideiglenes kötés felbontásakor, 14 órával a sérülés után láttam először a beteget. A teljesen levált és a fülczimpának kis bőrrészletével összefüggésben maradt egész fülkagyló barnás-szürkés utcai sáros piszokkal bevonva a pofán feküdt. A durva piszoktól letakarítva, a livid, teljesen hideg fülkagylót normalis helyére visszaillesztettük. A fülkagyló hátulsó bőrrészletét, mely részben zúzva volt, a fülkagyló porczára megint ráhúztuk és az elülső felszín bőréhez varratokkal rögzítettük. Ezután a helix és antihelix közti számos apróbb-nagyobb repedést, roncsolást egyesítjük varratokkal. Különös gondot fordítottunk a külső hallójárat-részletnek pontos visszaillesztésére és egyesítésére, hogy ha esetleg megmaradna a fül, a hallójárat-szűkületet elkerüljük. A fejsebet egy irányvarrattal láttuk el.

Másnap a beteg jól érzi magát, láztalan, kötésváltáskor elég bő és inkább savós váladék, a fülkagyló kevésbé livid. Harmadnap a fül jól megtapadt, a bőr érzékenysége növekszik, a kagyló színe normalis. Április 15.-én néhány fonál kivétele a helix és antihelix közt. Két hét múlva már csak a helixen és a fossa scaphoideán van egy-egy alig lencsényi sarjadzó sebfelület, a hallás kifogástalan.

Irodalom. ¹ Fritz König: Berliner klin. Wochenschrift, 1902, 7. szám. — ² v. Mangold: Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defekte. Verh. d. D. G. f. Chir., 1889, 613. és 1900. 460. oldal. — ³ Büdinger: Wiener klin. Wochenschrift, 1902, 6. szám. — Ref.: Birch-Hirschfeld: Zur Tarso-plastik nach Büdinger: Kl. Mobl. für Augh. Axenfeld-Uthoff, 1905, XLIII. évfolyam, I. kötet, 463. oldal. — ⁴ Neue Operationsmethode bei Liddefekten und Ektripum durch freie Plastik aus d. Ohrmuschel. Von Chir. Dr. Elter und Augenarzt Dr. Haass, Münchener med. Wochenschrift, 1905, 38. szám, 1821. oldal. — ⁵ Ibidem, 43. szám, 2080. oldal. — ⁶ Lexer: Zur Gesichtesplastik. Arch. für kl. Chir., 92. kötet, 3. füzet. — A később közölt esetek leírásakor e közleményeket vették alapul. — Hasonló tárgyú esetekről emlékeztek meg a Budapesti Orvosegyesület ülésein is. (Milkó, Réthi, Pólya). Ezen bemutatások az én esetemnél később operált betegekre vonatkoznak.

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

Röntgen-vizsgálattal diagnoskált hasátfúródás.

Irta: Kenéz Lajos dr., a Röntgen-laboratorium vezetője.

A has-perforatiónak Röntgennel való diagnoskálása nagyon ritkán áll módunkban. Ennek oka az, hogy a perforatio és annak következménye, a hashártya heveny általános gyuladása oly jellemző klinikai tünetekkel jár, hogy annak az esetek legnagyobb többségében való felismerése nem ütközik nehézségbe. Ha pedig már a perforatio diagnoskálva van, a betegnek akár a megmoczczantása, vagy még inkább a Röntgen-laboratoriumba való szállítása műhiba-számba menne. Csak a véletlen az, a mely bennünket is a has-perforatiónak Röntgennel történt körjelzéséhez segített.

A has-szervek perforatiója közül még az ulcus ventriculi perforatiója történhetik leggyakrabban. Ilyen ritka esetet észlelt az I. belklinikán Rosenthal dr. („Röntgen-vizsgálattal észlelt gyomorperforatio“, Orvosi Hetilap 1916, 37. szám), a ki a gyomorperforatiót annak legkezdetelesebb szakától a teljes gyógyulásig követhette.

Alább közölt esetünkben a diagnosis helyességét a kórbonczolási diagnosis is megerősítette.

1916 június 27.-én 19 éves közlegény került hozzánk haemoptoëval. Az akkor megejtett klinikai vizsgálat mindkét, főleg a bal csúcs infiltrációját baloldali időszült mellhártyalobosodással állapította meg. Hőmérséklet 37.3°. Pulsus 90. Köpetben Koch-bacillus vagy rugalmas rost nem találtatott. Vizeletben fehérje gyenge nyomokban. Az ekkor megejtett Röntgen-vizsgálat eredménye: A jobb csúcs gyengén, a bal

erősen homályos. A bal felső lebenyben számos széjjelszórt gócz. Mindkét oldalt dús hilus-rajzolat, jobboldalt erősen megnagyobbodott peribronchiális mirigyekkel. Baloldalt alul a tüdő kevésbé transparens, s míg a jobb rekesz jól tér ki, a bal rekesz alig végez kitérést. A szív és a nagyerek árnyéka rendes.

A beteg gyógyulását megzavarja a szeptember első felében kiállott diphtheria, mely után állapota romlani kezdett. Ugyanekkor jelentkező szívpanaszok miatt okt. 9.-én újból Röntgen-vizsgálatot végeztünk, a mely az előbbi lelettel majdnem teljességében megegyezett. A beteg romlása tovább halad előre, esteli 37.5—37.8°-ig menő hőemelkedések, testsúlyfogyás, éjjeli izzadás, gyengeség érzete jelentkeznek, a minek megfelelőleg megváltozott az objectiv lelet is és a destructiv folyamat megindult úgy, hogy az eddig több ízben vizsgált és negatív köpetben Koch-bacillusok voltak már találhatók, úgyszintén nagy számmal rugalmas rostok is. A betegnek elgyengülését még fokozza azon körülmény, hogy november közepétől erős hasmenés indult meg. (Több ízben véres szék.) A hasmenést, melynek okául tuberculosus fekélyesedést vettünk fel, alig tudtuk befolyásolni. Deczember második hetében a beteg állapotában olyan rosszabbodás következett be, hogy a már régóta észlelésünk alatt álló betegen azt a meglévő status praesens alapján megmagyarázni nem tudtuk. Ekkor a beteget ismét megröntgeneztük. A decz. 13.-i Röntgen-vizsgálatnál mindkét oldalra kiterjedő diffus disseminált folyamatot állapítottunk meg, főleg a bal felső lebenyre kiterjedőleg. Mindkét csúcson, különösen a bal kulcscsont alatti árokban több caverna. Emellett feltűnő, hogy a rekeszek igen magasan állanak, sőt a jobb rekesz, a mely azelőtt mindig jól tért ki, nyugalmi állásba került.

A rekesz magas állásának okaként szerepelhet a has tartalmának szokatlan megszaporodása, de az ismeretes okok közül (meteorismus, ascites, nagy has-tumor, stb.) egy sem volt megállapítható. Holzknicht 1901-ben, főleg pedig Eppinger 1911-ben megjelent dolgozatában („Allgemeine und spezielle Pathologie des Zwerchfells“) felemlíti, hogy a hashártya acut gyuladással megbetegedésénél a magasra feltolt rekesz mozgása nagyon korlátozva lehet. A subphrenikus abscessusnál is a megbetegedett oldalon a rekesz nagyon magasan áll, anélkül, hogy a rekesz boltosulása megváltoznék s emellett a megtámadott rekeszfél legteltesebb respiratorius nyugalma van jelen.

A rekesz magas állása és teljes respiratorius nyugalma mellett még egy feltűnő tünetet észleltünk.

A rekeszek alatt mindkét oldalon mintegy két haránt-ujjnyi kiterjedésben szabálytalan alakú légterületet kaptunk. E kép alapján fel kellett vennünk, hogy a hasürben szabad levegő van, mely a rekeszeket felnyomja és mindkét oldalon teljes respiratorius nyugalmat hoz létre. Tekintettel arra, hogy levegő a szabad hasürben valamely has-szerv perforatiója nélkül nem képzelhető el, ezen észlelt tünetek alapján a has-szervek részéről bekövetkezett perforatiót állapítottunk meg.

A Röntgen-diagnosis a klinikai képpel, a lefolyás egész mikéntjével sehogyan sem volt összefüggésbe hozható. A lefolyásban nem észlelhetők a perforatiónak ismert jeleit, sem annak következményes tünetét: a peritonitist. Hisz az átfúródásos peritonitist rendszeren az átfúródás pillanatában beálló, megsemmisítő érzéssel járó fájdalom és a kifejlődött átfúródásos shock jellemzi. E fájdalom ugyan súlyos, somnolens betegeken hiányozhatik is, de még ezen betegeket is többnyire felrázza soporjukból az átfúródás pillanatában a fájdalom. Utolsó perczéig eszméletén volt betegünk ilyenről egyáltalában nem tett említést. Nem volt meg továbbá a spontán meglévő fájdalom mellett a nyomás-érzékenység sem, nem észlelhetők a défenset, sem a bélhűdés következtében jelentkező meteorismust (lásd a bonczleletet), vagy ugyan-csak a bélhűdés folyamán létrejövő székrekedést; sőt ellenkezőleg, a betegnek állandó hasmenése volt. A pulsus sem mutatott semmi eltérést, s mint az utolsó hetekben mindig, kicsiny, puha, könnyen elnyomható volt. Öntudata az utolsó

pillanatig szabad, egy ízben sem volt rázóhidege. Mintegy 24 óra telt el az utolsó Röntgen-vizsgálattól, mikor is a beteg meghalt. A megejtett kórboncolás, melyet *Szegevári György dr.*, osztályos főorvos volt szíves elvégezni, a Röntgen-diagnózisnak adott igazat. A lelet ez volt: „Mindkét tüdőfél disseminált tuberculosisa, mindkét felső és a bal alsó lebenyre kiterjedőleg. A bal csúcsban alma-nagyságú, rongyos szélű, kevés váladékot tartalmazó caverna. Az egész pleura lapszerűen odanőtt, kivéve a rekeszi felszínét, főleg a bal felső lebeny pleurája callosusan megvastagodott. A pericardium a bal tüdő pleurájával, valamint a rekeszszel összenőtt. Mindkét rekesz magasra feltolt. A has alakja rendes, a vékonybelek részben összeesettek. A mesenterialis nyirokmirigyek nagyszámmal meggyorósi-, diónyinagyságúak, elcsúszkodtak. A vékony- és vastagbélben számos kölesnyi göbcs, körkörös és kiterjedtebb alávált szélű fekély. A féregnyúlvány mintegy 5 cm. hosszú, végén necrosis szegélyű, sajtos törmelék tartalmazó fekély, mely a hasürbe áttört. Az appendix a vastagbélhez könnyen leválaszthatóan fibrinosan odanőtt. Általános rostonyás-nyeres hashártyagyulladás. A belek convolutuma könnyen szétválaszthatóan egymáshoz tapad, szintúgy a cseplesz, a gyomor és a lép. A vékonybelek serosáján könnyen lekaparható zöldes-sárgás fibrin-réteg. Egyes helyeken az összetapadt belek között kisebb mennyiségben híg folyó geny. A lép erősen megvastagodott, sötét-piros pulpája könnyen kikaparható. A szív izomzatának, a májnak, a veséknek parenchymás degenerációja.“

Súlyos tuberculosissal szenvedett betegünknek tehát az utóbbi napokban észlelt állapotát a klinikai tünetek alapján megmagyarázni nem tudtuk. A Röntgennel nyert diagnózis alapján egy a has-szervek részéről bekövetkezett perforációt vettünk fel s ezzel akartuk megmagyarázni a beteg súlyos állapotát. Röntgennel a perforatio helyét természetesen nem tudtuk meghatározni. A kórboncolás alapján nemcsak a Röntgen-diagnózis helyességéről nyertünk felvilágosítást, hanem megtaláltuk a féregnyúlvány végén ülő, sajtos törmelék tartalmazó fekélyt, mely a hasürbe áttört.

A gümőkór a belekben igen gyakori, legalább is mint másodlagos betegség. A tüdőből felkőhögött és lenyelt bacillus-tartalmú köpet fertőzi a beleket. Az elváltozások fő szék-helye a legalsó csípőből. Már magában a féregnyúlványban észlelhető tuberculosissal fekély is a nagy ritkaságok közé tartozik, perforációjának irodalma pedig nagyon kicsiny. Ez teszi indokolttá, hogy a véletlenül Röntgennel felismert perforációt közöljük.

Irodalom. *Eppinger*: Allgemeine und spezielle Pathologie des Zwerchfells, 1911. — *F. Groedel*: Röntgen-Diagnostik in der inneren Medizin. — *Bandelier-Röpke*: Klinik der Tuberkulose. — *Rosenthal*: Röntgennel észlelt gyomorperforatio.

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

A háborús nagyothallás.

Irta: *Lórencz Hugó dr.*, főorvos.

(Vége.)

Régebben ismeretes különösen a baseli iskola: *Siebenmann*, *Joshii*, *Hossli*, továbbá *Wittmark* és mások vizsgálataiból, hogy acustikus ingerek a Corti-féle szervben degenerációra vezethetnek, ha hosszú időn át hatnak rá. Rövidebb ideig ható nagy intenzitású ingerek pedig apró vérzésekre és más mikroszkopos elváltozásokra vezetnek. De az idegdegenerációk mindig kétoldaliak voltak, reparációjuk sohasem állott be. A *Sarbo* által említett agyideglaesiót szintén nem sikerült kimutatnom (hacsak nem számítjuk ide a garat- vagy cornealis reflex hiányát, mely ismert hysteriás stigma), dacára annak, hogy kb. 20 betegemet erre nézve igen pontosan megvizsgáltam. Lehet, hogy az eltérő eredmény, ismervé ezen betegek rendkívüli suggestibilitását, a vizsgálat metodikájában van. Nem lehet itt újból eléggé hangoztatni azt a rendkívüli fogékonyságot a hysteriás psyché-

nek, melyre vizsgálódásainknál figyelemmel kell lennünk. Egy ártatlanul odavetett szót, meg nem értett mondatot tudatosan, de sokszor tudatlanul is értelmétől eltérően dolgoz fel és kiinduló pontját alkotja új tünetek egész láncolatának.

Sokan azt az ellenvetést hozták fel, hogy vannak betegek, kiknek semmiféle más hysteriás elváltozást nem találunk, hogy feltűnő, miszerint egy a békében a legnagyobb ritkaságok közé tartozó bántalom a háborúban ennyire elterjedt legyen. Ne felejtjük el, hogy a modern háború az idegrendszer legrettenetesebb erőpróbája s oly idegrendszerek is megrokkannak itt, melyek a polgári életben előforduló kisebb zavarokon minden nagyobb baj nélkül átsiklottak. Az ily idegrendszerek, melyeket nem tekinthetünk különösen disponáltaknak, nem is mondják fel rögtön a szolgálatot, szemben a praedisponált „minderwertig“ idegrendszerekkel, melyeknek latens hysteriája itt egy-kettőre kitör és melyek néhány nap alatt összeroppanhatnak. Az erősebb idegrendszer hónapokig bírja az insul-tusokat, míg egy nagyobb trauma a már lassan megörölt psychének megadja a kegyelemdőfést. A polgári életben sem oly ritka különben a functionális hallás-zavar mint gondolnók. A háború alatt kb. 1 esztendőig a M. Á. V. fülészeti rendelését is vezetem és ezen pénztár tagjain elég sok esetét láttam a legtipusosabb functionális bántalmaknak. Eredetüket kutatva kitűnt azután, hogy többnyire vonatosszeűtközés, kisiklás stb. szolgáltatta az okot. A civilpraxis más eseteiben is volt alkalmam megfigyelni e kórképet mióta nagyobb figyelmet fordítottam rá és itt is rendszeren egy nagyobb psychés traumát találtunk mint közvetlen okot. Hogy különben miért fordul elő oly sűrűn detonációknál, annak magyarázata talán részben abban keresendő, hogy az erős hanghullámok a Corti-féle szerv igen erős izgatásával bizonyos refractaer állapotot idéznek elő, mely alatt a detonációnál oly sokszorta gyengébb rendes hangok nem tudják a hang képzetét előidézni. Hasonlónak gondolom ezt az igen erős fényhatás után beálló néhány perczig tartó vaksághoz. Ezen állapotot rögzíti azután a beteg psychéje. De nincs kizárva, hogy az első időben csakugyan vannak bizonyos minutiosus elváltozások, melyek reparálódtak, de a beteg idegrendszer állandósította őket.

Az aetiologia eldöntésének punctum salientis különben a therapia. Ha functionális a betegség, akkor psychiés therapia meg kell gyógyulnia és valóban a helyesen alkalmazott psychiés eljárással oly fényes eredményeket érünk el, melyek maguktól beszélnek és minden ellenvetést meg kell hogy döntsene, a mint azt a következőkben látjuk.

Összegezve az elmondottakat azt kell mondanunk, hogy a háborúban megsiketültek túlnyomó részének siketsége functionalis eredetű; jellemző tünetei a kórképnek a typusos anamnesis, a dobhártya-lelet negatív volta, a hangvilla-lelet, az idegrendszer részéről alig hiányzó, részben igen jellemző elváltozások, mely tünetek segítségével a diagnózis a legtöbb esetben rendkívül könnyű. Nehezebb lesz a nagyothallás okát eldönteni ott, hol a robbanás következtében a dobhártya elszakadt és ehhez következményképp genyes középfülgyulladás társult. Itt kételyek merülhetnek fel, vajon a nagyothallás a középfülgyulladás következménye-e, vagy functionalis természetű. Ezen esetekben legjobb a középfülgyuladást annak rendje és módja szerint meggyógyítani és ha a hallás nem tér vissza a várható mértékben, utána a lejjebb leírt eljárással a functionalis nagyothallás gyógyítására törekedni. Nehézséget okozhat a diagnózis akkor is, ha nem nagyobb psychés trauma után állott be a hallás-zavar, hanem lassankint fejlődött és a beteg megfázást, fáradalmakat stb. okol. Szerencsére tapasztalatom szerint súlyos neurastheniasoknál fordul ez csak elő, a mi a diagnosist nagyon megkönnyíti. Régebben fennálló vagy a háborúban szerzett hallóideg-megbetegedésekre is kell gondolni, a milyenek különböző mérgek vagy gyógyszerek huzamosabb élvezete után fejlődhetnek vagy általános szervi megbetegedéseknél, így különösen luesnél vagy heveny fertőző bántalmaknál (typhus, influenza, meningitis). Nem zárkozzunk el annak lehetősége elől, hogy a fül közvetlen közelében történő robbanás vagy még

inkább a koponyát érő sérülés valóban fizikai elváltozásokat, vérzéseket vagy szövetroncsolásokat okozhat a hallószervben vagy hallócentrumban. Részemről azonban minél több esetet láttam, annál tartózkodóbb lettem ezen magyarázattal szemben. Kétségtelen, hogy vannak ily esetek s főleg ha a sérülés a pyramist érte, ez oly súlyos trauma, hogy természetesen a hallószervben repedésekre, vérzésekre stb. vezethet. De igen sok esetben kis tangentális lövéséknél is labyrinthus-rázkódást vesznek fel a nélkül, hogy pontos ideggyógyászati lelettel magyaráznák e feltevést. Minden esetben érvényes differentialis diagnosztikánk nincsen ugyan és sok esetben igen nehéz lesz döntenünk, de hosszabb megfigyelés, az általános és helybeli tünetek gondos mérlegelése mégis csak célhoz fog vezetni majdnem mindig, bár el kell ismerni, hogy sajnos, vannak esetek, a hol főleg a katonai tömegmunka mellett tévedésünk nincs kizárva. Éppen a legutolsó időben volt alkalmam megvizsgálni egy hadnagyot, kin a lövés a tragus előtt hatolva be, a nyakszirtráján hagyta el a koponyát. A betegnek ez a füle teljesen süket volt és az eset mint labyrinthus-rázkódást szerepelt. A vestibularis apparatus teljesen normalisan reagált, a mi bennem functionalis siketség gyanuját keltette és megfelelő terapiával valóban lényeges javulást értünk el.

Nehéz lehet a megkülönböztetés a simulatiótól is. A gránát-légnyomás, mint katonáink nevezik, ma már oly általánosan ismert, hogy néhány, igaz, hogy igen ritka esetben, simulatióra adott alkalmat. De fordítva, a neurosisban szenvedőket is könnyen tarthatjuk tettetőknek. Nemcsak a háború elején, mikor ezen kórkép még nem volt annyira ismert, mint most, de ma is még igen nagy nehézségekbe ütközik az elkülönítés, főleg azokban az esetekben, a hol a jellemző tünetek (hypoesthesia, analgesia, egyéb hysteriás stigmák, hangvilla-lelet) nem oly kifejezetten. Figyeljük meg ilyenkor pontosan a beteg fellépését, kérdezzük ki az anamnesisre vonatkozólag, ügyeljünk beszédmodorára: az igazi süket hangja hangos, a nélkül, hogy erőltetett volna, a simulans hanghordozása gyakran változik. (Fontos a vizsgált arczkifejezése, mely elárulja, igyekszik-e leolvasni beszédünket, vagy résen igyekszik-e lenni meglepetésektől, örömet, ha megért bennünket). Újabban néhány esetben sikerrel alkalmaztam *Nadoleczky* legújabbán közölt eljárását, melynél a szájról való leolvasást használja fel a simulatio leleplezésére, olyképpen, hogy hangos beszéd kíséretében megtanítja betegét a leolvasásra. Az igazi beteg, ha egyszer megtanulta ezt, hangtalan beszédet is megért, ha a szájmozgások kifejezők. A simulans ellenben torzított szájról is leolvas, de ha hangtalanul beszélünk, rendes szájjállással sem. Hasonló eljárást különben újabban többen követnek és a beszéd mind nagyobb szerepet játszik a simulatio megítélésében. Sokszor csak a hosszabb időn át való észlelés, a beteg ismételt vizsgálata vezethet célhoz, mely körülmények a katonai tömegvizsgálatnál, sajnos, nem vihetők mindig keresztül, és még jobban fokozódik a nehézség, ha idegen ajkú egyéneket kell vizsgálnunk, kiknek beszédjét nem értjük és tolmácsra vagyunk rászorulva.

A kezelést illetőleg eleinte sokan, látva, hogy a beteg legtöbbje idővel spontán is meggyógyul, a teljes abstinenciát ajánlották. Később kiderült, hogy mégis sokan maradnak gyógyulatlannak és így hozzáfogtak az általános ideggyógyászati fegyvertár eszközeihez, a psychés therapia, a különböző sedatív gyógyszerek, a hydrotherapia, a villanykezelés szokásos alkalmazásához. Mások a betegek foglalkoztatását ajánlják, így újabban *Mauthner* pártolja ezt a „Beschäftigungstherapie“-t. Mindezen eljárásoknak csakugyan van kisebb-nagyobb eredményük, de hosszadalmasak és mégis elég sok eset marad gyógyulatlan. Legjobb eredményekről referálnak azok, kik erős fáradós áramot alkalmaztak betegeiken, mely eljárást a traumás neurosisok gyógyítására különösen *Kauffmann* ajánlotta melegen általában a traumás neurosisok kezelésére. *Jendrassik* tanár iskolája nálunk szintén kifejezetten alkalmazta betegein, és pedig (mint közleményében kifejti) igen jó sikerrel. Ezen eljárás különben nem mondható újnak, mert már a neurologia atyá-mesterénél, *Charcot*-nál is leírva találjuk csodás hatásait.

Midőn 1916 év januárjában a honvéd helyőrségi kórházba kerültem és ott a bajuk megállapítása végett beküldött katonákon ezen baj rendkívül elterjedtségét láttam, tekintve, hogy osztályunk, melynek főfeladata a fülbajok megállapításának lehetőleg gyors lebonyolítása és terapiára egyáltalán nem volt felszerelve, érintkezésbe léptem a II. számú belklinikával. Az áthelyezett betegek — mind a súlyosabb alakokhoz tartoztak, nevezetesen süketnémaság, teljes sükettség vagy féloldali sükettség másik oldal nagyfokú nagyothallásával — kivétel nélkül meggyógyulva tértek vissza. A gyógyító eljárást *Jendrassik* tanár e lap hasábjain kifejtette; főpontjai a beteg teljes izolálása, beszédtilalom, sovány diéta, melyről tudja a beteg, hogy addig tart, míg meg nem gyógyul. Ezen hosszabb ideig tartó előkészítő kúra után a villanyozó helyiségbe kerülnek a betegek, hol a már meggyógyultak példája szintén nagy hatással van rájuk és ahol erős fáradós áramnak valamely közömbös helyen való alkalmazására (pl. a hason, az ulnaris felett) megfelelő verbal-suggestióval kísérve gyorsan gyógyultak. A II. számú belklinikai később erős elfoglaltsága miatt csak ambulans kezelésre vállalt betegeket, úgy, hogy egy részüket egy ideig még kísérelve átküldtük, de az ekként kezelt betegeken a kezelés, noha általában itt is elég jók voltak az eredmények, mégsem vezetett annyi esetben gyógyulásra, mint a klinika állományába felvetteken (a gyógyulás körülbelül 85% volt.) Az átküldéssel járó különböző nehézségekre való tekintettel elhatároztam, hogy osztályunkon megpróbálkozom a gyógyítással. Sajnos, megfelelő erősségű gép nem állt rendelkezésünkre, úgy, hogy meg kellett elégednünk 30—40 volt erősséggel. Eredményeink ennek dacára eléggé kielégítőek voltak, a mennyiben 60% teljes gyógyulást és 15% tetemes javulást értünk el. Mi is lehetőleg összehoztuk a betegeket a gyógyult esetekkel, azután megmagyaráztuk nekik, hogy a robbanás megzavarta fülüket és az áram ezt most helyre fogja zökkeníteni. Először lassan indítottuk meg az áramot, majd hirtelen erősítve azt, erőiesen felszólítottuk a betegeket, hogy az elmondott szavakat ismételjék. Az áramot ezután azon erősségben meghagyva, a beteget folyton bíztattuk és sok esetben az első ülésre teljes gyógyulást értünk el. Ellenkező esetben néhány nap múlva újabb villanyozásnak vetettük alá őket és most rendszeren sikert értünk el azon esetekben is, melyek az első villanyozásra nem mutattak gyógyulást. Összesen mintegy 45 esetet kezeltünk ezen elvek szerint. Később azonban a minősítő munka folytonos szaporodása és az orvosi kar változása miatt, tekintve, hogy ezen munka sok időt vett igénybe és eléggé fárasztó és kimerítő volt, abba kellett hagynunk a mind sűrűbben jelentkező betegek gyógyítását, s átengedtük ezt az arra hivatott ideggyógyászatnak.

Általában mondhatom, hogy legjobb eredményt ott láttam, hol süketnémaság, teljes sükettség mindkét fülön, vagy félsükettség az egyik és nagyfokú nagyothallás a másikon állott fenn, szóval a súlyos esetekben. Gyengébb volt az eredmény a kisebbfokú nagyothallásnál és itt főleg azon esetekben, a hol bizonyos fokú anatómiai elváltozás is társult a functionalishoz. Legrosszabb gyógyulást láttam azon esetekben, a melyekben a beteg bemozdása szerint a hallás azelőtt jó volt, de vagy a dobhártyakép engedett arra következtetni, hogy előző otitissal van dolgunk, vagy a beteg maga is emlékezett erre. Úgy látszik ezen esetekben a robbanás a beteg hallószervben valóban anatómiai elváltozásokra is vezet. Ezeket nem tekintve, inkább csak néhány súlyosabb hysteriás betegünk maradt gyógyulatlan; lehet, hogy itt is gyógyulást érhetünk volna el, ha megadhattuk volna a hysteriások gyógyítására fontos milieut, a mint azt az idegbetegek részére berendezett intézet teheti. Azonkívül gyenge volt az eljárásnál használt villany-készülék is arra, hogy igazi shockhatást idézzon elő. Mindezek figyelembevételével eredményeinket igen jóknak kell tekintenünk és tekintve az eljárás aránylagos egyszerűségét és az eredmények gyorsaságát, minden más eljárás fölé kell helyeznünk, annál inkább, mert leszámítva néhány tachycardiás rohamot, sohasem láttam rossz eredményt. Természetesen, mint minden

psychés kezelésben, úgy itt is igen nagy szerepet játszik az orvos egyénisége és ha valahol, akkor itt igaz a „si duo faciunt idem non est idem” mondás.

Az eljárásban természetesen semmiféle specifikus gyógyító tényező nincs, mint ezt némelyek felvenni akarták és kétségtelen, hogy más eljárással is célt lehet érni, de tapasztalataim szerint ezen út mindenestre a legrövidebb, a mi a mai háborús időkben, a hol minden emberre fokozott szükség van, kétszeresen fontos. Teljesen elvetendőnek tartom a betegeket a szájáról való leolvasásra tanítani, mert ez csak megerősíti bennük a betegség tudatát. Fontosnak tartom a bánthatom lényegét annál inkább kiemelni, hogy a nem szakorvos kollégák is megismerjék és betegeiket megfelelő gyógyintézetbe küldjék, mert sajnos, e téren még mindig meglehetősen tisztázatlanok a felfogások.

A gyógyult betegek további sorsára nézve a visszaesésektől nem kell nagyon tartanunk. Sok beteget láttam, kiket meggyógyítottunk és a kiknek javulása állandó maradt. Ahol visszaesés mutatkozott, vagy súlyosabb hystériával volt dolgunk, vagy pedig nem volt meg a betegnek a megfelelő nyugalma a gyógyulás után. Nem szabad ugyanis megfedkeznünk arról, hogy a siketség gyógyításával mi tulajdonképp csak egy tünetet gyógyítottunk meg, a mi természetesen az egész körkép gyógyulását is hatalmasan támogatja, de e mellett a beteg bizonyos kiméletet igényel. Ma a világháború közepén természetesen nem lehet ezt úgy keresztülvinni, mint békeidőben, a hadseregnek szüksége van emberekre és ezért gondosan meg kell válogatnunk az eseteket, kit vonjunk el végleg a harcztértől és kit bocsáthatunk oda vissza. A súlyosabb hystériás természetesen nem alkalmas erre, mert ilyenén már a menetszázadba való beosztás elegendő lehet, hogy baja kiujjuljon, ismét másokon azonban bizonyos idő múlva az idegrendszer teljesen visszanyerheti rugalmasságát. Hogy kit bocsássunk vissza s milyen hosszú idő múlva, annak elbírálása tulajdonképp már nem a fül-orvos, hanem az ideggyógyász működési körébe tartozik.

Összefoglalva az elmondottakat, mondhatjuk:

1. A háborúban megsiketültség legnagyobb része functionalis siketség.
2. Ezenkívül okozhat siketséget a középfül-genyedés, a fejsérüléssel járó direct trauma és a simulatio.
3. Ha nem tudjuk eldönteni határozottan, miféle siketiséggel van dolgunk, tekintsük az esetet neurosisnak.
4. A functionalis siketség legegyszerűbb és legbiztosabb gyógyszere az erős fáradós áram megfelelő psychés terapiával párosítva.

Irodalom. *Denker*: Ueber Kriegsverletzungen d. Ohres, d. oberen Luftwege u. deren Grenzgebiete. Archiv f. Ohrenheilkunde, 98. — *Friedländer*: Die Schädigungen d. Gehörorgans d. Schallwirkungen. Archiv f. Ohrenheilk. 98. — *Goldmann*: Oesterr. otolog. Gesellschaft. Monatschrift f. Ohrenheilk. 49. — *Hoffmann*: Münchener med. Wochenschrift, 1915. Feldärztl. Beilage. — *Hammerschlag*: Wiener med. Zeitung, 1904. — *Hoessli*: Weitere exp. Studien über die akust. Schädigungen des Säugethierlabryntes. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 64. — *Jendrassik*: Néhány megjegyzés a háborús neurosisok tanához. Orvosi Hetilap, 1916. — *Joshi*: Exp. Untersuchungen über die Schädigungen d. Gehörorgans d. Schallwirkung. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 58. — *Mann*: Ueber Granatexplosionswirkungen. M. klinische Wochenschrift, 1915. — *Mauthner*: Kurzer Bericht über eine einjährige kriegssohrenärztliche Tätigkeit, 1916. — *Meyer vom Gottesberge*: Kriegsvortrag in Lille, 1916. — *Oppenheim*: Berliner kriegssohrenärztliche Abende, 1916. — *Sarbo*: A gránát- és shrapnellrobbanás okozta siketnémaság kóroktana. Orvosi Hetilap, 1916. — *Urbantschitsch*: Hysterische Taubstummheit. Wiener med. Wochenschrift, 1916. — *Lange*: Über hyst. Funktionsstörungen des Ohrenapparates im Kriege. — *Wittmaak*: Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 58.

Népegészségi országos nagygyűlés.

A Budapesti Kir. Orvosegyesületnek ez év tavaszán tartott egyik igazgatósági ülésén merült fel a népegészségi kérdésekről tanácskozó értekezlet eszméje, melyet azután a *Müller Kálmán* báró elnöklete alatt alakult végrehajtó-

bizottság valósított meg. A nagygyűlés október 25.—28.-án folyt le a régi országház üléstermében.

A nagygyűlésre 800-nál jóval több résztvevő jelentkezett. Ott voltak és mint elnökök, előadók vagy hozzászólók részt vettek a tanácskozásban a jelenlegi és volt kormányok tagjai és politikai életünk egyéb kiválóságai, képviselve voltak szinte teljes számmal a törvényhatóságok és mindazon testületek és egyesületek, a melyek népegészségi és népjóléti ügyekkel foglalkoznak; fővárosi és vidéki, polgári- és katonatorvosaink mellett ott láttunk nemzetgazdákat és sociologusokat, paedagogusokat és közigazgatási hivatalnokokat, kulturális és jótékonyági egyesületek férfi- és nőtagjait. Már az értekezlet ilyen összetételében is kifejezésre jutott tehát az, hogy a népegészség gondozása és javítása nemcsak orvosi feladat, hanem épp oly mértékben gazdasági, sociális, sőt kulturális érdek is.

Azelőtt is, másutt is hallottuk azt, hogy szükség volna olyan összejövetelekre, a melyek kapcsolatot teremtenének azok között a szakemberek közt, a kik a közegészségügyi kérdések egyik vagy másik ágazatát specialisan, de egymástól többé-kevésbé elszigetelten művelik, a mely értekezletek összehoznák a tudomány és a gyakorlat embereit és alkalmat adnának arra, hogy a fontos kérdések minden vonatkozásban megvilágíttassanak. A mostani nagygyűlés még szélesebb köröknek volt szánva. Az összehívók abban a hitben voltak, hogy a világháború keserű tapasztalatai megérlelték a közvéleményt arra, hogy az egészség és jólét becsét megismerje és hogy a szakembereknek a közegészségügy érdekében annyiszor hangoztatott követeléseit most nagyobb fogékonysággal fognak találni. Nyilván ezért és nemcsak a nagygyűlés külső fényének növelése végett igyekezett a végrehajtó bizottság megnyerni az ország sorsát intező férfiak közreműködését és ezért appellált mindenkor a nagy nyilvánossághoz. A nagygyűlés ezen informáló, kapacitáló jellegének megfelelően a napirend összeállítása is olyan volt, hogy lehetőleg teljes képet nyújtson egészségügyi közállapotainkról és a jövő feladatairól. Az általános kereteket *Müller Kálmán* elnöki megnyitója rajzolta meg. *Liebermann Leó* az állam feladatairól szólott, *Szterényi József* a népesedési politikáról gazdasági, *Madzsar József* faji szempontból. Majd sorra következett az anya- és csecsemővédelem kérdése *Tauffer Vilmos*, a gyermekvédelem *Szana Sándor* előadásában. A közegészségügyi közigazgatás reformjának tervezetét *Katona József* ismertette, a városok egészségügyéről *Szabó Sándor*, a falvakéről *Filep Gyula* beszélt. Következett a népbiztosítás *Papp Géza* és a kórházügy *Grósz Emil* előadásában. A népélelmezés szervezetéről *Nagy Ferencz*, a lakásügyről *Pickler Gyula* tartott előadást. A tárgyalások a nagy népbetegségekkel, a tuberculosissal, a nemi betegségekkel és az alkoholizmussal fejeződtek be; előadók *Korányi Sándor*, *Nékám Lajos* és *Dienes Lajos* voltak.

Arra, hogy ez a sok, nagy kérdés minden részletében megvilágíttassék, ezen a nagygyűlésen sem idő, sem szükség nem volt. Ez szűkebb körű értekezletek feladata volt és lesz. Most az egyes témák a leghivatottabb szakemberek rövid előadásában tömören és élesen megvilágítva tárultak a hallgatóság elé. A tárgyalások nyomtatásban fognak megjelenni. Még főbb tanulságaikat is nehéz volna röviden összefoglalni. De azt hisszük, hogy a hallgatóság azt a meggyőződést vihette magával, hogy az ország egészségügye nagy krízis előtt áll; hogy a bajok, a melyeket a háború mérhetetlenül megnövelt, alapjában mégis régi mulasztásoknak következmenyei; hogy az országról az elnéptelenedésnek és a nemzet elsatnyulásának veszélyét kicsinyes eszközökkel elhárítani nem lehet, hanem ehhez bátor reformok, hatalmas alkotások és nagy pénzáldozatok szükségesek; hogy ezeknek a követelményeknek a megvalósítása első sorban az államnak a feladata; hogy a közegészségügy államosítandó intézése külön, önálló kormányzati ágra, ministeriumra kell, hogy ruháztassék; hogy a pheripheriás egészségügyi igazgatás is gyökeres reformra szorul, a melynek keretében az orvosnak mint szakértőnek vezető szerephez és végrehajtó hatalomhoz kell

jutnia. Kifejezésre jutottak ezek az elvek és követelmények az elnöki megnyitóban és azontúl szinte minden specialis kérdés tárgyalása során.

További ilyen értekezletek feladata lesz, hogy a felkel-tett érdeklődést ébren tartsa, az elhanyagolt követelések meg-valósulását sürgesse és egy erős, öntudatos egészségügyi közvélemény kialakulását biztosítsa.

Fenyvessy Béla dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten.

Herausgegeben von Fr. Kraus und Th. Brugsch in Berlin. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

A címbe jelzett nagy gyűjtőmunkára már ismételtelen felhívtuk olvasóink figyelmét. Daczára a háború okozta nehéz viszonyoknak, a munka egyes füzetei gyorsan követik egymást úgy, hogy már a 81.—88. hagyta el a napokban a sajtót. E legújabb füzetek tartalma méltóan sorakozik az elő-zőkéhez; a bennük foglalt monographiák kitűnő feldolgozás-ban adják kimerítő, a legújabb haladást is számbavevő képét az illető kérdésnek. *Friedberger* (Greifswald) dolgozata az anaphylaxiáról, *Peritz-é* (Berlin) az infantilismusról, *A. Kocher-é* (Bern) a Basedow-kórrol, az időközben elhunyt *H. Kehr-é* (Berlin) az epeköbetegségről, a melyek a mostanában meg-jelent füzetek tartalmát teszik, a legnagyobb érdeklődésre tart-hatnak igényt. Az egyes dolgozatokhoz mellékelt kitűnő ábrák és részben színes táblák csak emelik e minden tekintetben kiemelkedő irodalmi vállalat értékét.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az *ulcus duodeni* megkülönböztetésére *ulcus ventri-culitól* *Glaessner* a következő táblázatot állította össze:

Tünetek	Ulcus ventriculi	Ulcus duodeni
Hányás	gyakori (étel)	nagyon ritka (gyo-mornedv)
Periodusság	ritka	rendes
Fájdalom	rögtön az evés után, a táplálékfelvétel fokozza, éjjeli fájás nincs	2—4 órával az étkezés után, táplálékfel-vétel megszünteti, éjjeli fájás
Étvágy	zavart	jó
Nyomásra fájdalom	az epigastriumban	a középvonaltól jobbra
Haemetemesis	gyakori	ritka
Malaena	ritka	gyakori
Occult gyomorvérzés	gyakori	ritka
Occult bélvérzés	gyakori	nagyon gyakori
Mindkettő	gyakori	ritka
Pylorospasmus	gyakori (rögtön az étkezés után)	ritkán azonnal, több-nyire néhány órával az étkezés után
Hypersecretio	gyakori	ritka
Aciditas	változó	fokozott
Motilitas	lassúbbodott	fokozott
Alimentaris hyper-secretio	gyakori	nagyon ritka

A mi az *ulcus duodeni* gyógyítását illeti, ha csak élet-veszélyes szövődmények nincsenek, a belső kezelés kísérlendő meg és csak ennek eredménytelensége esetén végzendő műtét. A belső kezelés diaetás és orvosságos. A mi a diaetát illeti, a szerző az ú. n. zsír-hús-diaetát ajánlja (tej, tojás, sajt, főtt vagy becsinált hús, áttört fűzelék és sok zsír, vaj, szalonna; tésták és a gyomornedvelválasztást fokozó anyagok: leves, húsnedv, fűszerek kerülendő). Az orvosságos

kezelésben újabban az epesavnak, illetve a natrium glyco-cholicumnak ad előnyt azon tapasztalatok alapján, a melyek az epesavnak a gyomornedvet tompító, a pepsint elron-csoló, a gyomornedvelválasztást csökkentő hatására utalnak. A tiszta cholsav sokszor okozván bélkólikát, előnyösebb a natrium glycocholicum, a melynek nincsenek kellemetlen mel-lékhatásai. Naponként 3—9, egyenként 0.25 gramm natrium glycocholicumot tartalmazó capsula fogyasztandó el, 1/2 órá-val az étkezések után, 2—3 hónapon keresztül. Emellett esetleg még kevés belladonnát ad alkáliakkal (Rp. Extr. belladonnae 0.5, Natrii bicarbon., Magnesii citrici aa 25.0. M. f. p. Kávéskanalként) rögtön az étkezés után, 1—2 órával később pedig papaverint (Rp. Papaverini muriatici 0.8, Aquae destillatae 30.0. Néhány csöppet). Végül még nyomatékosan utal a szerző a belső kezelés fontosságára a recidivák megelőzése végett azokban az esetekben, a melyek-ben mégis műtétet kellett igénybevenni. (Zeitschrift für ärzt-liche Fortbildung, 1917, 19. sz.)

Sebészet.

A tonsillektomiát 2%-os novocain-tonogen anaesthe-siában végzi *Lewis*. Miután a műteti területet 10%-os cocain-nal beecsetelte, a tonsillába fecskendezi a novocaint. A cocainos ecsetelés a reflex-ingerlékenységet szünteti, a local-anaesthesia pedig azért is előnyös, mivel a műtét utáni nyelési mozgások, melyek a friss sebfelület környékének vongálása folytán vérzést váltanak ki, teljesen elmaradnak. (Med. Record, XC. kötet, 26. füzet, 1917. M.)

A húgyhólyag sérüléseire vonatkozólag 6 észlelt esete kapcsán a következő conclusiókat vonja le *Geiges*:

A hólyagsérülések általában a ritkább sérülések közé tartoznak, különösen az intraperitonealisak. A súlyosabb esetek, a melyek medenczesérüléssel vagy a hólyag szétron-csolásával járnak, rendesen nem kerülnek észlelés alá. Az extraperitonealis hólyagsérülések prognosisa nem nagyon rossz. Egyedül a löcsatorna irányából csak igen ritkán állít-ható fel a diagnosis; ugyanis a hólyag teltségi állapota igen nagy jelentőséggel bír a sérülés létrejöttében. A tipusos tüne-tek megtörtént hólyagsérülés esetén is hiányozhatnak.

Extraperitonealis sérülés esetén a várakozó állaspont-nak van helye. Óvakodni kell az azonnali nagyobb beavat-kozástól, és ha a beteg spontan vizel, az állandó kathetertől. Egyébként a lefolyás a sérülés minőségétől függ. Különös figyelmet igényelnek a melléksérülések (medence, végbél stb.)

Gyors beavatkozás szükséges, ha a hólyagsérülés 2 súlyos complicatioja közül akár a húgyphlegmone, akár a paravesicularis tályog fejlődik ki.

Sipoly csak ritkán képződik, kivéve a hólyag-végbél-sipolyt. Ez utóbbi, valamint a hólyagban levő lövedék mű-teti beavatkozást igényel. (Bruns' Beiträge z. klin. Chir. CV. kötet, 1917.) M.

Szülészet és nőorvostan.

A terhesség megszakításának javallatairól epilep-siában ír *Sachs* tanár, a königsbergi nőbeteg-klinika főor-vosa. Tapasztalatai szerint az epilepsia egymagában még nem ok arra, hogy a terhességet prophylactice megszakítsuk abbéli félelmünkben, hogy az epilepsia a terhesség lefolyása következtében rosszabbodhatnék. Csak az esetben szabad gondolnunk beavatkozásra, ha az epilepsia csakugyan rossz-szabbodik, még pedig 1. a rohamok nagyon erősen szapo-rodnak, 2. epilepsiás elmezavar áll be, 3. status epilep-ticus fejlődött. A rohamok megszorodása egymagában még nem indokolja a terhesség megszakítását, főleg akkor nem, ha epilepsia minorról van szó, de még a nagy rohamok szaporodása sem ok, ha emellett a psyche érintetlen és status epilepticus nem fenyeget. Epilepsiás természetű elmezavar fennforgásakor a terhesség megszakításának eredménye nagyon kétes, ugyanilyen status epilepticus esetén is. Mindamellett,

ha az elhülyülés veszélye forog szóban vagy nagyon súlyos psychés tünetek állanak fenn (öngyilkosság kísérlete, a táplálék visszautasítása), ajánlatos a terhesség megszakítása, status epilepticusban pedig a lehetőleg gyors szülés hystertomia (császármetszés) útján. A szerző azonban maga megjegyzi, hogy e téren még nagy szükség van további tapasztalatok gyűjtésére. (Medizinische Klinik, 1917, 42. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Vérzésekben a verőérfalzat hosszanti feszülésének szerepére hívja fel a figyelmet Thoma tanár. Azt hiszi, hogy a hosszanti feszülés megszüntetésével — a mi vérzés esetén a végtagokon a végtag összes izületeinek hajlított állásba hozásával, a nyakon székelő vérzés esetén pedig a fejnek lehajlításával érhető el — súlyos vérzések mérsékelhetők, sőt meg is szüntethetők. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 37. sz.)

Heveny tüdővizényő eseteiben H. Martin a következő eljárást használta, kivétel nélkül mindig jó eredményel. Az egyik felkar közepére calicot- vagy mullpólyával szorítókötezt teszünk, úgy, hogy a gyűjtőerek teljesen összenyomassanak, a verőerekben azonban átjuthasson a vér. Már néhány perc múlva tetemes megkönnyebbülést érez a beteg, a mi ha nem következne be, a másik felkarra is hasonló kötezt teszünk. Körülbelül $\frac{1}{2}$ —1 óra múlva, a mikor a beteg már meglehetősen megnyugodott, kissé meglazítjuk a kötelet. Ha erre az állapot rosszabbodik, ismét szorosabbá tesszük a kötelet és $\frac{1}{2}$ óra múlva megpróbáljuk újból a meglazítását. Ez eljárással időlegesen vért vonunk el a túlterhelt tüdőkeringésből. Nagy előnye, hogy az ápolószemélyzet is végezheti és előre begyakorolható szükség esetén való alkalmazására. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 29. sz.)

Köhögésinger csillapítására Leschke ezidőszert legjobban szernek tartja a *paracodeint*; hatásának tartóssága miatt előnyösebb mint a codein. Tablettá alakban használandó, ha azonban a gyomrot nagyon kímélni kell, vagy pedig gyorsabb és erősebb hatást akarunk elérni, bőr alá fecskendezzük a steril ampullákban is kapható *paracodein*-oldatot. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 40. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 43. szám. Bókay Árpád: A hadirokkantak fürdő- és gyógyhelyeken való kezelése Magyarországon.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 44. szám. Grósz Emil: A jövő feladatai a szemorvoslás terén. Horváth Ferencz: Az általános orvosi gyakorlatban legfontosabb, mindennapi fülbetegségek.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Rothauser Lajos dr.-t és Gárdos Andor dr.-t Győr-megye, Rédei Manó dr.-t Krassó-Szörénymegye tiszteletbeli főorvosává, Róna Móríc dr.-t szegedi alsótanyai orvosá neveztek ki.

Választás. Petrovits Milenko dr.-t Katyona község orvosává választották.

Meghalt. Schäffer Károly dr., a kaposvári közkórház szemész-főorvosa, 57 éves korában, október 25.-én. — Neumann Jákó dr., Kisbér község orvosa, október 23.-án.

Személyi hírek külföldről. Róna dr. hazánk fia, a berlini Urban-kórház laboratóriumának vezetője, tanári címet kapott. — A lapok híradása szerint a jenai nőorvostani klinika igazgatóját, M. Henkel tanárt fegyelmi úton állásának az elvesztésére ítélték, mivel a kórboncztan tanárának, Roessle tanárnak feljelentésére folytatott vizsgálat során kiderült, hogy műtéteiben gondatlanul járt el s különösen a születendő gyermek életét nem kímélte.

Psychopathia bellica. Ebbe a kóros állapotba esett az ismert leeds-i sebész, Sir Berkeley Moynihan is. A British Medical Journalban gyűlölettől izzó cikket tesz közzé, melyben sárba rántja a német sebészetet s a német tudományt általában. A sebészetben is, úgy mond, úgy áll az ügy, mint a tudomány többi ágában: a német csak compilator, mások ötleteinek és felfedezéseinek kiaknázója. A sebészet alapvető vívmányai mind angol, francia és olasz eredetűek. A tunya, gyá-

molatlan német szellem nem alkalmas arra, hogy valami újat találjon. Állításának a bizonyítására Moynihan a multba nyúl vissza. Az anatómiát a belga Vesal, a kórboncztant az olasz Morgagni, a vérkeringés tanát az angol Harvey reformálta; az aether- és chloroformbódítás Amerikából és Angliából indult ki. A német csak nyomorúságos „ramasseur de coquilles” — kőgyögyűjtő, a ki csak véletlenségből akad néha-néha gyöngyszemre.

Egy svájci német lap orvosi munkatársa megadja erre az elvakult angol sebésznek a feleletet. Utal arra, hogy az egész háború folyamán a német orvosi lapok soha egy szóval sem nyilatkoztak kicsinyítőleg az ellenséges népek tudományáról, sőt minden jelebből angol, francia, olasz tudós halála alkalmával elismerő nekrológot közöltek. Ha a piszkolódo cikket valami átlagos angol orvos írta volna, meg lehetne még valahogy érteni, számba véve az angol orvosoknak teljesen csak gyakorlati irányú, minden történelmi kapcsolat nélküli s már a sport túlbuzgánzással a nyelvismertek teljes hiánya miatt is egyoldalú és fogyatékos orvosi előképzetét; de olyan kiváló sebészről lévén szó, mint Moynihan, az eset csakis pathológiás lelkiállapotban lelheti magyarázatát. Csak így érthető, hogy az angol sebész quantité negligable-nak tekinti például Virchow érdemeit a daganatok tana körül, az Esmarch-féle vértelenítést, Koch Róbert szerepét a sebgényedések terén, a Thiersch-féle bőrátültetést, Billroth és tanítványainak alapvető munkálatait a gyomorsebészet terén, a Röntgen-sugarakat, Strohmeier, Langenbeck, Esmarch és Bergmann érdemeit a hadsebészet körül stb.

TÁTRA-SZANATORIUM Ótátrafüreden.

Dietás-physikalis magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Basedowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukorbeteg, köszvény), neurastheniások, vérérgények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízoló kurák.

Tuberkulózis teljesen kizárva.

Vezetőorvos: Dr. Gáman Béla egy. m.-tanár.

Égész éven át nyitva.

Frim-féle gyógyintézet

Alapítva 1875
Budapest, VII., Jókai-utca 9.
Telefon: 62-65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére:

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkészlőlekek, frigortherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Batizfalvy-féle

Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógyimód, villamos kezelése. Hízoló, soványító kurák. Bejárónak is.

sanatorium és vizgyógyintézet
Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM,

VI., Nagy János-u. 47.

Vizgyógyintézet, gyogymechanika, orthopédia, svédgyimnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. Grünwald sanatoria

Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

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

Dr. Forbát

bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratóriuma
VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121-02.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriator 34.

Orvosi laboratórium

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Égész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED.

Heliotherapia.

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

Dr. Réh

Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.
Az összes modern villamos gyogymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurostok, neuralgiák, tabes dorsalis. — benuások, 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 tüdőknak és rekonvalescenseknek. • Hízó-kúra.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.) 598—599. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Acromegalia gyógyulóban levő esete.

Erdélyi Sándor: A bemutatott eset több okból érdemi meg, hogy az orvosegyesület elé hozza.

A háborús izgalmak és testi fáradalmak szerepe a daganatok képződésére nem tisztázott dolog; jelen kórkép kifejlődését a háborús szolgálat és különösen a 17 hónapos ágyútűz az Isonzo-fronton kétségkívül előmozdította és siettetette.

A beteg W. J. 29 éves hivatalnok, tartalékos tüzérhadnagy. Családi terheltsége nincs; luesse nem volt; katonáskodása előtt mindig egészséges volt.

17 hónapos harctéri szolgálata alatt lassan kezdtek fejlődni tünetei: keze-lába fokozatosan nőni kezdett, állkapcsa, arca dagadni, ajkai megvastagodtak. 1914-ben magassága 184, 1916-ban 189 cm. volt. Tünetei 1916 szeptemberben hirtelen súlyosbodni kezdtek: gyorsan fokozódó látás-zavar a bal szemén; nehéz járás; óriási fájalmak a végtagokon 40%-os láz kíséretében; majd nehéz rágás, beszéd és egyre jobban fokozódó súlyos fejfájás állottak be. Igen súlyos állapotban került az Új Szent János-kórház sebészeti osztályára (Manninger főorvos).

A felvételi lelet a következő volt:

Magas (189 cm.), erőteljes, jól táplált beteg. Vaskos nagy nyelv, eltorzult arc, duzzadt, nagy néger-jellegű ajkak. Az alsó állkapocs a felső elé áll; a két fogsor közt elől 3 mm. rés van. A kezek vaskosak, igen nehezen mozgathatók; $7\frac{3}{4}$ -es keztyűje helyett 9-est hord; lábujjai is formátlanul vaskosak, régi cipői kicsinyek lettek.

Tüdő, szív ép; 80 pulsus, vérnyomás rendes. Haemoglobin 80%. 6,000.000 vörös, 5600 fehér véresejt. Az alsó végtagok epiphysisei igen fájalmak; járnál alig tud; merev térddel jár. Inreflexek alig válthatók ki, pupillák egyenlők, jól reagálnak; facialis rendes, idegrendszeren elváltozás nem mutatható ki. A térdek, gerincoszlop, bokák nyomásra igen fájalmak, minden végtag csontjában heves spontan fájalmak. Vizelete rendes. Szellemileg ép; igen nehezen, rosszul mozgó nyelvvel beszél. Hallás jó. Látás rohamosan romlott; bal szemén $\frac{5}{70}$, jobbon $\frac{5}{5}$; a balon nagy látótérkiesés alul és temporálisan, kistokú centralis scotomával; kezdődő baloldali sorvadás.

A Röntgen-vizsgálat gyönyörűen mutatja a hatalmasan megnagyobbodott sella turcicát, a nagy orrmelléküregeket s a megnagyobbodott Pacchioni-granulatiókat. Mivel hypophysis-tumor fennforgása biztos volt, a gyorsan fokozódó látásromlás miatt sürgős beavatkozást, és pedig conservativ kezelést terveztek.

1916 október 9.-én cocain-anaesthesiában a baloldali középső orrkagyló resectiója s a hátulsó rostasejtek kiirtása után az iköblöt megnyitotta és elülső falát körülbelül 1 cm² területen egészen eltávolította. A műtét után már némi javulás állott be a fejfájást illetőleg.

Október 14.-én 24 mgr. tiszta radiumsót helyezett be hosszú ólomtokban az iköblbe, jodoform-tamponnal rögzítve benne. 2×24 óráig 1152 mgr.-óra radiumbesugárzást kapott.

Utána néhány napig igen erős fejfájás állott be, melyet csak nehezen lehetett csillapítani.

November 21.-én újból 24 mgr. radium lett behelyezve. Besugárzás összege 1728 rad. mgr.-óra. Néhány hétig igen súlyos fejfájások győrtörték, mire december 20.-án lumbal-punctio mellett 25—30 gr. liquor bocsátatott le, lényeges könnyebbüléssel. A látás romlása még fokozódott néhány hétig, majd megállott.

Ezzel ellentétben a többi tünet szépen javulni kezdett, úgy, hogy a beteg 1917 január óta 4 hónap alatt nagy változáson esett át.

Jelenleg a járás igen megjavult, bottal, sőt anélkül is jól és sokat tud járni; az ízület-és epiphysis-fájalmak megszűntek; a kézcsontok formája javult, a bűtykök, bunkós ujjak visszafejlődtek. A kéz fogása és mozgása jó, a mire azelőtt gondolni sem lehetett, újra és jól zongorázik. A duzzadt, vaskos nyelv s az ajak nagy mértékben visszafejlődött; a beszéd újból jó. A csontos elváltozások, sajnos, nem igen változtak, bár a maximalis keztyű és cipő nagy lett újból; az állkapocs nem lett kisebb; az arc külső képe azonban igen megváltozott; mimikája jó, arc kifejezése nem olyan ijesztő. A fejfájások teljesen megszűntek, körülbelül 3—4 hét óta csak a tarkóban van néha csekély kisugárzó fájdalom. Szellemi frissessége és physikai ereje is megjavult; a teljesen eltűnt libido és erectio újból jelentkezett.

A látást illetőleg lehet legkevésbé positiv javulásról beszélni. A bal szemén a visus most is csak $\frac{5}{50}$.

A látóteret illetőleg, a jelenlegi látóteret rosszabb, mint 1916 októberében, de jobb, mint 1917 februárban, úgy, hogy dacára a nagy alsó és temporalis látótérkiesésnek, a további romlás elmaradását is már eredménynek kell felfogni.

Néhány szóval megemlíti a hypophysis-tumor kezelésére irányuló eljárásokat, melyek 10 éves multra tekintenek vissza.

Most is még eltérők a vélemények a tisztán endonasalis vagy a percutan nagy feltárással műtétet illetőleg. Egyben megegyeznek az összes szerzők: hogy csakis a gyorsan fokozódó látásromlás az, a mely feltétlen beavatkozást igényel, míg a többi tünetnél a várakozás legalább is jogosult.

Az 1913-as Hirsch-féle statisztika szerint az Eiselsberg-Schloffer-féle oldalsó orrfeltárást után transsphenoidalis behatolással operált esetek mortalitása 28%.

Cushing Ω alakú metszésével és supranasalis behatolással 14% a mortalitás.

Hirsch 29 endonasalis műtete után 11% a mortalitás.

A radicalis műtét megkísérlése tehát a legsikeresebb beavatkozással s a legtöbb gyakorlat mellett is elég kockázatos s így mindenesetre érdemesnek látszik a radiummal megpróbálkozás.

Az irodalom összegyűjthető adatai szerint Gramegna, Beclère 1909-ben és 1912-ben jó eredménnyel kezelt Röntgen-besugárzással hypophysis-tumort, nem a szájon, hanem a koponya felől; 1914-ben Gunsett (Strahlentherapie), 1915-ben Szily Aurél és Küfferle ért el jó eredményeket több heti és sok mezőre felosztott koponya felőli besugárzással.

A radiumot először Hirsch alkalmazta 1913-ban a megnyitott sellából kiburjánzó tumorra; igen kis mennyiséget, 100 egységet adott 5 ülésben; semmi eredményt sem ért el.

Esetében a radium vékony ólomtokban gummidrainnal körülvéve lett behelyezve az iköblbe. A beteg elég jól tűrte a beavatkozást; a rostasejtek megnyitása, a miben Kanavel a meningitis legnagyobb veszélyét látja, nem okozott semmi bajt, csak a kínzó fejfájások bántották néhány hónapig a beteget.

Az orrtüreg nem szorult hosszabb utókezelésre; néhány pokolkö-edzésre a csekély váladék teljesen eltűnt; jelenleg is teljesen békés.

Összefoglalva, az elért eredménnyel meg lehetünk elégedve; a processust, ha nem is teljesen meggyógyítani, de megállítani sikerült. Klinikai és szövettani vizsgálatok megállapították, hogy a radium jól befolyásolja az adenomák fejlődését és vissza is fejlesztheti őket; a hypophysis elülső lebenyének daganata pedig majd mindig adenoma.

A látás javulása nem kielégítő, míg a többi tünetét feltűnőnek mondható.

Nem akarja állítani, hogy ez a javulási processus csakis az alkalmazott nagy radiumdosisnak tudható be, de kétségkívül az eddigi eredmény biztató s a kezelés folytatása szükség esetén gyökeres műtét irányában lehetséges.

Az iköböl és a rostasejtek megnyitása után is jelentkezett már határozott javulás; sőt a mint ismertetes, minden kezelés nélkül vagy egészen indifferens kezelés mellett is hypophysis-daganatok lefolyásában javulások és remissiók előfordulnak. De jelen esetben a romlás oly gyorsan haladt előre, hogy valamelyes beavatkozásra okvetlenül szükség volt.

Tekintve a radicalis műtét súlyosságát, feltétlenül jogosnak tartja a conservativ kezelésnek ilyen megkísérlését.

Dollinger Gyula: Mivel a Röntgen-besugárzásnak ezen esetben olyan jó hatása volt, azt ajánlaná, hogy ezt, mihelyt a kórjelek ismét súlyosbodnak, újra alkalmazzák. Bár a bajt okozó kórbonczani elváltozást nem sikerült ezen esetben minden kétséget kizárólag megállapítani, még abban az esetben is lehetségesnek tartja a jó eredményt, hogyha sarkomáról volna szó, mert az utóbbi időben a vezetése alatt álló klinikán szemüregbeli sarkoma két esetben, a melyeket operatív úton nem lehetett eltávolítani, radium behelyezéssel feltűnő jó eredményt ért el.

Munkavégtag felkar-kiízesítés után vagy rövid felkarcsontknál.

Bakay Lajos akadályoztatása miatt **Fischer Ernő** mutatja be az általa szerkesztett s a pozsonyi rokkantügyi intézetben használatba hozott munkaövet. A tapasztalat azt mutatja, hogy azok az amputáltak, a kiknek csak rövid felkarcsontjuk van, nem tudják azt kellőleg felhasználni az eddig szokásos munkavégtag mozgására. Ha a mezei munkát végző embert megfigyeljük, szembeötlő, hogy mennyire használja az egyik vagy másik vállkúpját. Minden nagyobb erő kifejtése a váll segélyével történik, a karok csak mintegy emelői ennek az erőforrásnak, minden különösebb önálló tevékenység nélkül. Legtermészetesebb tehát, ha a rövid csont kihagyásával — enucleált karnál persze ez is fölösleges — pontosan illő bőrvet készítünk, a mely magában foglalja a vállövet, lenyúlik a mellkasra s rögzítjük a másik hónaljon át vezetett övvel. Közvetlenül a csont alá erős fémlémezt alkalmazunk a bőrvet, a mely viseli az izületet. Ez áll egy henger alakú rövid csőből, a melynek közepe ki van vágva s ezen át izesül a felkarrésznek megfelelő rövidebb s az alkar résznek megfelelő valamivel hosszabb fémrúddal. A közbeiktatott csavar az előbb említett hengert két kis fém-

lemez közé szorítja s olyan állásban rögzíti, a melyben a sérült akarja. Ha azonban még szorosabb rögzítésre van szükség, akkor újabban a henger falán át fűrt lyukakon keresztül vezetett peczket alkalmazza. Az alkarnak megfelelő részbe teszi be a rokkant a munka-illesztékeket. A bemutatott rokkant mindenféle mezei munkát elvégez, kapál, kaszál, és stb., nemcsak, hogy teljesen megfelelő módon, hanem a munkában való kitartása is meglepő. A szerszámok nyelét 30—40 cm-rel hosszabbra csináltatja, hogy így pótolja a rövidebb karokat. Kaszáláskor az öv mindig a rögzítő pontot képviseli, a lendítést az ép kar végzi, ezért, ha a jobb kar amputált vagy enucleált, bal kezes kaszát kapnak a rokkantak, melynek pengéje fordított irányban hajlik. A fenti módszert és eszközt jobbnak tartja, mint a *Pokorny-féle* övet, a mely a wieni rokkant-intézetben hasonló célt szolgál.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

223/1917. ig. szám.

A vezetésem alatt álló marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál folyó évi december 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 étellemezzel javadalmazott **másodorvosi állásra** Belügyminister úr Öngyméltóságának 118.916. 1917. x. b. sz. rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek. Ezen két évre betöltendő és ennek leteltével kétevenként meghosszabbítható 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 vételét nem fogjak.

Marosvásárhely, 1917. október hó 19.-én.

Hints Elek dr., igazgató.

630/1917. k.

Debreczen sz. kir. város közkórházánál **3 segédorvosi állásra** pályázat hirdetetik. Javadalmazás: 1600 korona fizetés és I. osztályú ellátás. A bentlakás kötelező. A pályázatnál szigorló orvosok is figyelembe vétetnek. Bővebb felvilágosítást a kórházigazgató nyújt. Ez állások betöltése a háború tartamára szól.

Debreczen, 1917 október hó 27.-én.

Somogyi dr., közkórház-igazgató.

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.

A jodtinktúránál jobb az **5°/o-os Providoformtinktura** (Prof. Bechhold szerint)

(D. R. P. No. 232948).

Méregtelen, színtelen és szagtalan, nem okoz eczemákat, foltokat stb. //

Irodalom és minták ingyen.

Kitűnően bevált és igen jól véleményezve. Használatban takarékos és praktikus.

Rendelés a cs. és kir. hadseregben megengedve.

Providol Gesellschaft, Berlin — Halensee.

Vezérképviselet Ausztria-Magyarország számára: **Th. Lindner, Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.**

I.

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 phtisikus betegeknél és recon-valescenseknél.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf” gyógyszerháza és
gyógyvegyészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-uteza 1.
Dí mentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

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 felvételi 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 római 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.

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

Biztos csillapítószer **nyugtalanossági- 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,

Dobozok 25 tablettával à 2,0 g.

= Kívánatra 50%-os oldat alakjában is. =

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Az eczetsavas agyagföld tömény pótléka

bőrpuhító hatás nélkül,

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Nádor Henrik: Közlés a budapesti egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár) Adatok az icterus haemolyticus ismeretéhez. 601. lap.
Sztanojevits Lázár: Adat az agy-aneurysmák repedésének diagnostikájához. 604. lap.
Miklós Jenő: Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal kassai intézetéből. Egy új radialis-gép. 605. lap.
Konrád Jenő: Közlemény a nagyváradi m. kir. bábaképezdekből. Kellemetlen mellékhatás az 5%-os providoform-tincturával végzett kézdesinfeció után. 606. lap.
Bókay Árpád: A hadirokkantak fürdő- és gyógyhelyeken való kezelésének szervezete Magyarországon. 607. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Handbuch der Krankenpflege. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosstan. Ornstein: Az arteriosclerosisban szenvedők szédüléséről. — Sebészet. Rosenthal: Az ízületek fertőzött lövés-sérüléseinek kezeléséről. — Venerás betegségek. W. Treupel: A salvarsannak a paralysisre és tabesre való hatása. — Gyermekorvosstan. Pirquet: Új táplálkozás-rendszer. — E. Moro: A habitus hyperthermiáról. — Löwenstein-Brill: Tuberculinnal kezelt gyermekek bonczoláseleiről. — Hügyyszervi betegségek. Rost: Az idősült kankorok és a hügycsőszűkíteteknek kezeléséről melegíthető szondákkal. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Aufrecht: Makacs malaria kezelése. 609—611. lap.
Magyar orvosi irodalom. 611. lap.
Vegyes hírek. 611. lap.
Tudományos Társulatok. 612—613. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti egyetem II. számú belklinikájáról.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.)

Adatok az icterus haemolyticus ismeretéhez.

Irt: Nádor Henrik dr., egyetemi tanársegéd.

A haematologiai megbetegedések még mindig egyik legzavarosabb részét teszik az emberi pathológiának. Kóroktani szempontból jórészt homályosak, pathogenésisük is alig ismert, s talán éppen ezért kevésbé hozzáférhetők therapiáknak is. Alig néhány akad köztük, a melyet teljesen gyógyítani tudunk, a legtöbbben csak múló javulást érünk el. Ez a javulás az ismeretlen aetiologiájú anaemia perniciosában múlólag jelentékeny lehet, épp így a leukaemiák különböző alakjaiban is, de tartós javulásról vagy igazi gyógyulásról a súlyosabb kórformákban sohasem hallunk, ha eltekintünk a botriocephalus okozta anaemia perniciosától és a lépkiirtással gyógyított ritka kórképektől. Teljes érdeklődésre érdemesek azok a törekvések, a melyek valamelyes több fényt hoznak be a vér-bajok még mindig zavaros chaosába. Egyes szerzők tisztára casuistikainak látszó közleményei bizonyos tekintetben atypusos haematologiai megbetegedésekről, más — velük rokon — esetek közlésére és megérdemelten új haematologiai kórformák keletkezésére vezettek.

Igy támadt a múlt század kilenczvenes éveiben Banti közlései kapcsán az úgynevezett Banti-kórkép, s így vezetett Minkowski-nak az 1900.-i wiesbadeni congressuson tartott bemutatása a néhány évvel később főképp francia részről közölt esetek után a körülbelül 12 év óta *icterus haemolyticus* neve alatt ismert kórképhez.

Jelen dolgozatunkban ezen utóbbival óhajtunk foglalkozni egy lefolyásában rendkívül súlyos, változatos képet nyújtó, s lépkiirtással teljesen meggyógyított eset kapcsán.

Az icterus hemolyticus csoportjába tartozó eseteket a francia szerzők, főképp *Chauffard* és *Widal*, két főtypusra osztják. Az első szerző irta le először részletesen az úgynevezett familiás formát, *Widal* pedig a szórványos előfordulású, úgynevezett szerzett formáját a haemolysises sárgaságnak. Mindkettőnek főtünetei: fokozódó, többé-kevésbé nagyfokú anaemia, kapcsolatban az úgynevezett acholuriás icterussal, tehát olyan sárgasággal, a mely nem jár epefesték kiürítésével a vizeletben. Mindkét typusban megtaláljuk az ezen betegségre annyira jellemző ingadozást az anaemia erősségében és ezzel parallel a sárgaság intenzitásában is.

Ezen két főtünethez mint harmadik állandó, sőt talán legállandóbb tünet a lép jelentős megnagyobbodása csatlakozik. A familiás formához tartozó esetek egy család több tagján, néha az egész családon fordulnak elő, enyhébb lefolyásúak és összehasonlíthatatlanul gyakoribbak, mint az úgynevezett szerzett esetek, a melyekben azonban a betegséget jellemző valamennyi tünet sokkal nagyobb mértékben fellelhető. A tanulmányunk tárgyát tevő esetet teljes részletességben az alábbiakban adjuk:

B. V. 40 éves vasesztergályost 1914 április 1.-én vettük fel a II. számú belklinikára. Családi anamnesisében semmi jelentős nincsen: atyja gégerákban, anyja előtte ismeretlen betegségben halt meg, három testvére él, egészséges. Tizenhat éve nő, felesége sohasem volt grávida. Tizenöt év előtt váltóláza volt, mely három hétig tartott mindennapos lázakkal. Tizennyolcz év előtt lueszt szerzett, melyet akkoriban 50 Hg kenőccsel és 30 Hg injectióval kezeltek. Négy év előtt salvarsant kapott subcutan.

Jelen bajáról elmondja, hogy nyolcz hónap előtt feltűnően kezdett gyengülni, s környezete figyelmeztette, hogy sárga a bőre és a szeme; a vizelete kissé sötétebb volt akkor a rendesnél, de székén nem vett észre változást és bőrvizketése sem volt. Egyre fokozódó vérszegénysége és sárgasága miatt az Izraelita-kórházba vétette fel magát, ahol erős arsenikúrán ment át, intravenás thorium-injectiókat kapott, sőt egy ízben vér-injectiót is intramuscularisan. Ezen erélyes orvoslásmódok ellenére állapota nem igen javult, sőt időnként rosszabbodott is; a relativ javulás időszakában hagyta el a kórházat 1914 február elején. Alig pár héttel a kórházból való távozása után hirtelen megint elgyengült, halványabb és sárgább lett, mint valaha, s ezért kereste fel klinikánk járóbeteg-rendelését.

Felvételi statusa a következő: Igen jól fejlett, de lesóványodott férfi. Csontrendszerében látható eltérés nincs. Csontok ütögetésre nem érzékenyek. Izomzata petyhüdt, közepes térfogatú. Bőre, köthártyája s a látható nyálkahártyák sárgás színűek. Nagyobbodott mirigyek nem tapinthatók. A tüdőkön sem kopogtatási, sem hallgatósági eltérés nincsen, a szív nem nagyobb, felette mindenütt halk systolés zöreje hallható; a vena jugularison erős doromb-zöreje, a nagy erek második hangja egyenlő erős, a pulsus rythmusos, száma percenként 94. A has domborad; a máj a jobb bordaív alatt két ujjnyira tapintható, tömött, egyenletes felszínű, nyomásra nem érzékeny. Léptompulat felső határa a 7. bordán, lefelé kitölti a Traube-teret és a bordaívet a lép alsó széle jókora tenyérvnyi szélességben haladja meg. A lép tömött tapintható, sima felszínű, szélei legömbölyödöttek. Szabad folyadék a hasban nincsen. Az idegrendszerben semmi kóros. Vizelet: barnás színű, 1012 fajsúlyú, savanyú, epefestéket nem tartalmaz, urobilin gyengén pozitív, urobilinogen szintén. Albumen nyoma; üledékben kóros alakelem nincsen. Belső rendszeren festett; Weber negatív.

A Wassermann-reactio igen gyengén pozitív (az összes későbbi vizsgálatokban már negatív volt).

A vérkép a következő volt:

Vörös vérszettek száma	760.000
Fehér vérszettek száma	13.200
Haemoglobin Sahli szerint	11%
Festődési index	0.825

A fehér vérszámok eloszlása a következő volt:

Neutrophil polynuclearis	60.7%
Kis lymphocyt	27.9%
Nagy lymphocyt	8.8%
Eosinophil	0.8%
Atmeneti alak	1.8%

A vörös vérszámok között igen erős *anisocytosis*, *poikilocytosis*, *polychromatophilia*, igen sok *normoblast* és *megaloblast*.

A beteg hőmérséklete felvételkor 37.6°, testsúlya 65.60 kgr.

A felvételt követő napokban többször hányt, a hányadékot vegyileg megvizsgáltuk, szabad sósav-tartalma 50 volt, összaciditása 65; a beteg gyengeségére való tekintettel előállítottunk a hányadék vizsgálatára folytan amúgy is feleslegessé vált próbaregelli-vizsgálattól. A szemfenéki vizsgálatkor vérzések nem voltak megállapíthatók.

A sajátos sárgaság, a kisfokú leukocytosis, a nagy lép, az 1-nél kisebb festődési index, az anaemia perniciosában megszokott achylia hiánya, a teljesen hiányzó csontérzékenység már a felvételt követő néhány napon kétségtelenné tette, hogy nem anaemia perniciosával, hanem a ritka — nálunk Magyarországon tudomásunk szerint még nem észlelt, illetve nem közölt — icterus haemolyticussal van dolgunk, és pedig annak ritkább előforduló *Widal*-féle úgynevezett szörványos vagy szerzett alakjával. A lueses anamnesisre és a bár nagyon gyengén — pozitív Wassermann-reactióra való tekintettel kényszerítünk kezünk bedörzsöléssel és a nagyfokú anaemia miatt egyidejűleg emelkedő dosisban *Pearson*-kúrát (natrium arsenic-injectiókat). A kényszerítést már április 8-án stomatitis miatt abbahagytuk, de ki kellett volna különböztetni is hagynunk, mert április 9-én a kényszer és arsen daczára hirtelen igen rosszul fordult a beteg állapota: úgynevezett „roham” támadt, a melyet már anamnesisében is említett: a hőmérsék felszökött 39°-ra, a pulsus 140-re, erős szívdobogás és fulladás érzése kínozták, a lép kifejezetten nagyobb lett, a lép táján kínzó feszülő érzés támadt, az icterus erősen fokozódott (most is epefesték nélkül a vizeletben), a vérkép pedig annyira rosszabbodott, hogy a legsúlyosabb anaemia perniciosában is csak elvétve találkoztunk hasonló lelettel. E napon t. i. a vörös vérszámok száma: 331,000, a fehér vérszámok száma 9,300; a haemoglobin oly kevés volt, hogy a *Sahli*-féle eszközzel nem volt mérhető. A vérképben még sokkal több normoblast és megaloblast, mint az első vizsgálatkor, s emellett igen sok basophil-szemcsékkel bíró vörös vérszám. A vérnyomás *Riva-Rocci* szerint 40-85.

Ezen súlyos rohamból — melyben gyors exitusra voltunk elkészülve — magához tért a beteg; persze bőségesen bántunk a coffein- s kámför-injectiókkal s az oxigen-belélegzéssel.

Április 14-én a subjectív tünetek már lényegesen javultak, a beteg csak subfebrilis, s nagyon javult a vérkép is: v. v. s. sz. 583,700, f. v. s. sz. 8,800, haemoglobin 21%. E napon végeztük el először részletesen azokat a vizsgálatokat, a melyeket a francia szerzők *Chauffard*-dal és *Widal*-lal élükön annyira döntő jelentőségűnek tartanak, t. i. a *resistentia*-vizsgálatokat. Utóbbiakat többféleképpen végeztük, részben konyhasós oldatokkal, részben saponinokkal szemben is, de mindig parallel más betegségekben szenvedők vérével; tekintetbe vettük mindig az úgynevezett „Resistenzbreite”-t, vagyis az oldás kezdete és teljessége közé eső távolságot. Az eredmények meglepően negatívak voltak, amennyiben igazán számba vehető különbségeket az ép vérekkal való összehasonlítások egyik vizsgálatnál sem találtunk.

A vizsgálat menete a következő volt:

I. 1-1 cm³ különböző koncentrációjú NaCl-oldathoz egyenként 0.1 cm³ a beteg véréből készült 5%-os vörös vérszám-emulsiót adtunk, mire a *resistentia* 0.46% NaCl és 0.40% között volt.

II. Különböző más betegségekben szenvedőknél ugyanezen beállítás mellett átlagban 0.46-0.38% között volt a *resistentia*; némelyiknél 1-2 századdal lejjebb, illetve feljebb. Nagy, értékesíthető különbségről tehát szó sem lehet.

III. és IV. A vérsav jelenléte fokozza a *resistentiát*; fenti kísérleteket tehát megismételtük úgy, hogy 1/10 cm³ vérsavot tettünk hozzá a kísérleti sorozathoz az icterus haemolyticusban szenvedő beteg, illetve a más betegségekben szenvedő véréből. A *resistentia* 0.38%-0.32% volt az icterus haemolyticusban szenvedő vérével, s ugyanennyi volt az átlagszám más betegéknél is.

A többi kísérletet igen híg saponin-oldattal végeztük, részben megint csakis vérszám-emulsióval, részben vérsav hozzáadásával, de itt sem volt számbavehető különbség a mi betegünk és más betegségekben szenvedők vére között.

Április 20-án a vérkép: v. v. s. sz. 1,288,000, f. v. s. sz. 8,600, haemoglobin 31%. A festődési index most tehát 1-nél nagyobb. A magtartalmú vörös vérszámok fogynak, a beteg láztalan, a vizeletben urobilin nincs, csak kevés urobilinogen. A sárgaság alig kifejezett.

Május 6-án az állapot tovább javult. A vérelet: v. v. s. sz. 2,122,000, f. v. s. sz. 6,800, haemoglobin 37%. E napon a beteg kissé sárgásabb, mint az előzőkén.

Május 11-én a kiújult stomatitis miatt a kényszerét abbahagytuk, a *Pearson*-t folytatjuk.

Május 25-én a vérkép: v. v. s. sz. 2,200,000, f. v. s. sz. 8,000, haemoglobin 45%. A vérképben még mindig akad számos magtartalmú vörös vérszám.

Június 10-én ismét erős a közben eltűnt sárgaság, de sem bőrvizsketés, sem bradycardia most sincs, a vizeletben sem epefesték, sem urobilin.

Június 16-án a beteg ismét gyengébb, láthatóan vérszegényebb és sárgább, a lépé újból nagyobb, s a vérkép lényegesen rosszabbodik:

v. v. s. sz. 1,140,000, f. v. s. sz. 9,660, haemoglobin 39%. 1-nél jóval nagyobb festődési index. A nagyfokú anaemiának megfelelően ismét igen sok magtartalmú vérszám.

Június 20-án újból megismételtük a *resistentia*-vizsgálatokat. Hasonlóan negatív eredménnyel, mint áprilisban. A beteg e napon ismét rosszul van; az állapot súlyosbodása most már végképp megérleli azon elhatározásunkat, hogy a lépét *exstirpáltatjuk*. A beteg, a kinek már a bejövételt első napjaiban szóba hoztuk a műtét beavatkozás lehetőségét, most már maga is kívánja az operálást, mert az újabb erős visszaesés a beteget végképp elkedvetlenítette. A beteg teljesen étvágytalan, erőtlenségben s igen nyugtalan lett.

Június 26-án, a műtétet megelőző napon v. v. s. sz. 1,428,000, a haemoglobin 37%, a sárgaság azonban még jóval erősebb, mint az áprilisi nagy roham idején.

A műtétet 1914 június 27-én *Verebely Tibor* professor végezte el az Új Szent János-kórházban; a mérsékelt összenövéseket mutató lépét alig 10 perc alatt *exstirpálta* általános narcosisban. A máj a műtét nyíláson át megtekintve teljesen simának mutatkozott. Az egyik leköltött lépvenéből kiürülő vért felfogtuk s vele ismét elvégeztük a *resistentia*-kísérleteket. Eredményük ugyanolyan negatív, mint az előzőké. A kivett lép súlya — a vér egy részének a vénák útján történt kifolyása után — 1300 gr. volt, legnagyobb hossza 21.5 cm., legnagyobb szélessége 17.5 cm., legnagyobb vastagsága 8.5 cm. A lép igen erősen vérral telt, vöröses barna színű, sima felszínű. Szövettanilag igen bővérű, kötőszövet mérsékeltenszaporodott, a folliculusokban semmi eltérés (*Becsey* dr.). A műtétet a beteg kitűnően tűrte. A két első napon konstálat apró hőemelkedések után teljesen láztalan lett, s a műtétet követő harmadik napon, június 29-én már nyilvánvaló javulást mutat a vérkép: v. v. s. sz. 2,600,000, haemoglobin 52%. Alig egy hét múlva a műtét után a vérkép már olyan jó, a milyen az egész betegségi idő alatt nem volt. V. v. s. sz. 2,700,000, haemoglobin 67%.

Július közepén már 2,800,000 v. v. s., 9,000 f. v. s. és 70% haemoglobin; a fehér vérszámok között körülbelül 12% eosinophilsejt. Eosinophilia volt egybként a műtétet követő valamennyi vizsgálatkor. A megaloblastok teljesen eltűntek; elvétve egy-egy normoblast, anisocytosis, poikilocytosis még, bár kis fokban, most is konstátálható.

A javulást 1914 július 11-én sajátos változás szakította meg, de csak látszólag. E napon t. i. a beteg hirtelen igen erős fájdalmat kapott a jobb bordaív alatt, a mely a hátba és a vállba is kisugárzott, s a melytől egyidejűleg újból icterusos lett a beteg. Már-már azt hittük, hogy hiábavaló volt az egész műtét, de csakhamar kitűnt, hogy nem az icterus haemolyticus újult ki, hanem a beteg typusos epekö-rohamot kapott obstruktív icterussal; a beteg vizeletében igen bőven volt epefesték, széke acholiás lett, pulsusa 60 alá ment és erős bőrvizsketés kínozták, jeleül annak, hogy itt már nemcsak epefesték, hanem epesavak is jutottak a vérbe; ez az icterus tehát már nem volt acholiás jellegű.

Ilyen rohamot már *Lichtwitz* is észlelt icterus haemolyticusban szenvedő betegen s így teljes joggal veti fel azt a kérdést, vajon az icterus haemolyticusban a sárgaságot okozó festék teljesen azonos-e a bilirubinnal, mert mégis csak feltűnik, hogy a még oly nagy sárgasággal járó icterus haemolyticusban soha sincs epefesték a vizeletben, míg ha — mint például a mi esetünkben — más természetű sárgaságot kap a beteg, azonnal megjelenik a vizeletben az epefesték, bizonyítékul annak, hogy a beteg veséje átereszt a bilirubint. Borogatásra, diétára s megkezdett karlsbadi kúrára rövid néhány nap alatt megszűntek az elzáródásos sárgaság összes tünetei. Mint fontos tény említjük meg, hogy ez az incidens semmiképpen sem zavarta meg a vérkép további javulását, tehát ez az obstruktív sárgaság nem járt olyan anaemiával, mint a melytől a haemolysissis icterusos roham alatt mindig észleltünk. *Lichtwitz* felvételével szemben *Kahn* megjegyzi, hogy az epefesték, illetve a sárgaságot okozó talán más festékanyag a lépkiirtás után nagy mennyiségben ürül a vesén keresztül s vele szűnik a sárgaság. De sem mások, sem magunk, sem a műtét után, sem pedig az icterus haemolyticus-rohamok után epefestéket a vizeletben nem találtunk, holott ez a rohamok multával épp így várható lett volna. A mi betegünk vérsavója épp úgy, mint más hasonló betegé, a roham alatt, illetve a sárgaság egész ideje alatt kifejezetten sárga volt s adta a *Gmelin*-féle bilirubin-reactiót, de a fenti szerzők ezzel nem látják bebizonyítottak, hogy ugyanazon festékanyaggal van dolgunk, mint más sárgaságban szenvedőknél.

Mint érdekes jelenséget megemlíthetjük röviden, hogy augusztus és szeptember havában több egészen typusos asthmás roham volt a betegnek, a mely rohamok csakis tonogen-injectióra szűntek meg. A beteg soha régebben asthmás nem volt s nem tudtuk a mostani rohamok keletkezését megérteni, de nem tudunk szabadulni attól a gon-

dolattól sem, hogy talán a lépkiirtásnak, illetve a lépkiirtásnak van része a rohamok előidézésében. A lépkiirtás után már régen leírt és a mi esetünkben is mindig kifejezett eosinophilia (10–12% körül) volt az egyetlen összekötő kapocs az asthma bronchialeval, a mely utóbbiban tudvalevően jóformán állandó tünet az eosinophilia. A kapcsolat esetleges erősítésére az azontúl a klinikánkra kerülő asthma bronchiale-esetekben therapiás célzattal adtunk Richter-féle lépextractum-injectiót a roham idején; némely esetben frapans eredménnyel (főképp az eosinophiliával járó esetekben), a mennyiben néhány percczel az injectio után még olyan rohamok is megszűntek, a melyek morphinra, sőt tonogénre is alig reagáltak. Tartós vételre belsőleg is adtunk lépextractum-tablettákat s azt a benyomást nyertük, hogy — bár nem minden esetben, de sok betegünkön — kedvezően befolyásolja, illetve ritkítja a rohamokat. Az erre vonatkozó kísérletek és vizsgálatok még nincsenek befejezve s így korainak tartanók ez irányban a végleges ítéletet.

Betegünk állapota a továbbiakban egyre közelebb jutott a normalishoz. A klinikát 1914 decemberben hagyta el véglegesen; távozásakor 4,000.000 volt a vörös vérsejtje, 12,000 a fehér vérsejtje (ezek között 12% eosinophil) és 96% a haemoglobin; sem polychromatophilsejt, sem anisocyt, sem magvas vörös vérsejt már hosszú hónapok óta nem volt található.

A beteget távozása óta állandóan figyelemmel kísértük. Röviddel a klinika elhagyása után mint vasesztergályos munkát vállalt, a melyet kitünően birt; semmiféle subjectiv panasz nem volt, sem icterusa, sem fájdalma, az asthmás rohamok nem ismétlődtek.

A sok vérkép között a következőket említjük: 1915 április 25.-én vörös vérsejt-szám 4,200.000, fehér vérsejt-szám 12,100, haemoglobin 115%. 1916 május 10.-én vörös vérsejt-szám 5,430.000, fehér vérsejt-szám 9700, haemoglobin 120%. Teljesen normalis vérkép. Ez időtájt mutattuk be a beteget a Kir. Orvosegyesületben is.

A bemutatás óta is többször láttuk a beteget a rosszabbodás minden jele nélkül s minthogy most már 3 év mult el a műtét óta s betegünk napi 14–15 órai nehéz hadimunkát végez mint vasesztergályos, végképpen gyógyultnak tekinthetjük.

Ha ezt a rendkívül változatos körlefolysást egybevetjük azokkal az esetekkel, a melyeket az icterus haemolyticus nem túlgazdag irodalmában találunk, még inkább nyilvánvaló a tünetek nagy gazdagsága, változatossága s magának az egész kórképnek esetenként való különbözősége mind a tüneteket, mind pedig a lefolysást illetően.

A leírt esetek túlnyomó többsége az úgynevezett *constitutionalis* vagy *familiás* icterus haemolyticushoz tartozik; ezek között jóval nagyobb a hasonlóság: *Benjamin-Sluka* egy esetét kivéve, mindegyikben nagy a lép, többé-kevésbé erős az icterus, de acholuriás jelleggel: a vizeletben hiányzik az epefesték, a szék bőségesen festett, nincs bradycardia, nincs bőrvizketés és mérsékelt fokú az anaemia; csak *Benjamin-Sluka* egyik esetében ment le 1.5 millióra, *Krannhals* esetében pedig 1 millióra a vörös vérsejt száma; ha nem is nagyon jelentős az anaemia foka, majd mindig vannak magtartalmú vörös vérsejtek, itt-ott myelocyták is. A festődési index lehet 1-nél nagyobb, de lehet kisebb is. A fehér vérsejtek száma nem jellegzetes, de leukopenia nem igen fordul elő az esetek között. A vérsavó sárgás, Gmelin-reactiót ad, a vizeletben epefesték soha sincsen, lefeljebb urobilin vagy urobilinogen. A betegség jóindulatú, abszolút jó prognózisú, a legtöbb esetben inkább a kozmetikai jelentőségű sárgaság révén jut orvos elé. A tünetek kisebbfokú ingadozása sokszor kifejezett, bár az icterusnak teljes eltűnése csak kivételesen fordul elő. Csak intercurrents betegségekben elhaltak kerültek sectio alá; a leletek nagyjából megegyezők, a mennyiben a máj nem mutat különös eltérést, a nagy lép bővérű és hyperplasiás; nagyon élénk vörös csontvelő. Egyes esetekben concrementumok voltak az epehólyagban, de az epelefolysás útja mindig szabad volt. Az

első eseteket *Hayem* és *Minkowski* észlelte. *Hayem* saját esetét az epeutak infectiójából eredőnek tartotta és „*L'ictère infectieux chronique splénomégalique*”-nek nevezte; *Minkowski* hangsúlyozta először az icterus acholuriás characterét és sectiós lelet alapján a máj és az epeutak ép voltát.

A szörványos megjelenésű úgynevezett szerzett icterus haemolyticus jóval ritkább, mint az előbbi. Az elkülönítés első pillanatra erőltetettnek látszik, de mindjárt jogosultabb lesz, ha az előfordulás különbsége mellett a tünetek intenzitását s ezzel együtt az egész lefolysást vesszük figyelembe. A lépmegnagyobbodás az idetartozó esetekben sohasem hiányzik, bár egyszer-másszor csekély fokú; a lép itt is meghaladja az 1 klgr.-ot. A sárgaság erőssége olyan, mint a családi formában, de jóval nagyobb is lehet és a velejáró anaemia majd minden esetben igen jelentékeny. A sárgaság és anaemia foka azonban, szemben a családi formával, egyazon betegen rendkívül ingadozó lehet s alig néhány nap alatt a sárgaság növekedésével együtt az anaemia is annyira súlyosbodhatik, hogy ily úgynevezett roham alatt a vörös vérsejt-szám 1 millió alá való sülyedése elég gyakori jelenség. A legkisebb vörös vérsejt-számokat találjuk *Fleckeder* (864.000) és *Widal* (850.000) esetében. A mi betegünk 331.000 vörös vérsejtjével a legsúlyosabb az eddig leírtak között. A vérkép maga alig különbözik a családi formában leírt vérvéptől, inkább csak fokozati a különbség; itt sincs leukopenia, a festődési index itt is ingadozik, akadnak megaloblastok, itt-ott myelocyták is. Az icterus acholuriás jellege épp olyan, mint a családi formában. Jellegzetes azonban a rohamszerű rosszabbodás, valamint az ezt rövid időre felváltó elég gyors javulás. Ezt a lefolysást persze alaposan megismeri a beteg szervezete; a rohamok alatt rendkívül leromlik, olyannyira, hogy a rohamközti időszakban is erőtlen s munkaképtelen, szemben a családi formával, a hol inkább csak kozmetikai zavart okoz a betegség vagy legfeljebb a nagy lép feszülése ad okot panaszra. Valójában tehát igen súlyos betegségről van szó s ha az eddig leírt esetek között alig szerepel még olyan, a melyben maga a betegség okozta a halált, ez részben magának a betegségnek ritka előfordulására vezethető vissza, részben pedig az utolsó években megkezdett lépkiirtásos therapiára.

Azokban az esetekben, a melyekben gyomorvizsgálat történt, egyik typusban sem találtak achyliát, épp így hiányoztak a retina-vérzések és a csontérzékenységi is, tehát azok a tünetek, a melyek anaemia perniciosában alig szoktak hiányozni. Haemolysint sem a *Donath-Landsteiner*-féle kísérleti beállításnál, sem egyébként nem találtak a betegek vérében. Az erre irányuló vizsgálatok a mi esetünkben is negatívak voltak. Csak *Chauffard* és *Troisier* talált egy esetben isolysint a vérsavóban; ezen esetnek az icterus haemolyticus hoz való tartozandósága azonban egyébként is kétes, úgy, hogy *Chauffard* maga is „*haemolysin-icterus*”-nak nevezi esetét.

Diagnostikai és differential-diagnostikai szempontból a jól észlelt esetek aligha fognak nagyobb nehézségeket támasztani, még akkor sem, ha nem találjuk meg azokat a haematologiai tüneteket, a melyeket, kivált a francia szerzők, annyira jellegzeteseknek tartanak, t. i. a vörös vérsejtek resistentiájának a csökkenését és a *Widal-féle autoagglutinációt*. Utóbbi tünetet (mely abban áll, hogy a beteg serumának 10 cseppjét ugyanazon beteg mosott vörös vérsejtemulsiójának 1 cseppjével óráüvegben összehozzuk, mire pár pillanat alatt már szabad szemmel is látható csomók támadnak, a melyek megrázáskor összetapadnak és az óráüveg fenekére ülepednek) *Widal* és tanítványai találták az icterus haemolyticus szerzett alakjában. Ez a tünet azonban azóta az úgyis csekélyszámú eset közül többen hiányzott, a mi esetünkben sem volt található. Ennek a tünetnek a jelentősége semmi esetre sem nagy. Ezzel szemben a vörös vérsejtek resistentiájának csökkenése főképp NaCl-os oldatokkal, valamint más haemolizálóan ható anyagokkal szemben jóval állandóbb tünetnek látszott s bár *Türk* maga is konstatálja, hogy nem minden esetben és nem mindig állapított meg,

elsiklik ezen kivételek mellett és azt mondja, hogy: „Diese Herabsetzung der Erythrozytenresistenz ist sonach das haematologische Kardinalsymptom aller Formen von haemolytischem Icterus“. *Türk* azonban még tovább megy, a mennyiben még *Chauffard* álláspontján is túltéve, a vörös vérsajt-resistentia-csökkenésben a betegség pathogenesisének a kulcsát is véli megtalálni. Ha csakugyan minden egyes esetben meg volna a resistantia-csökkenés és nem ismernők a lép-exstirpációs therapia eredményeit, talán elfogadhatnók a pathogenesisnek ezt a tetszetős teoriáját. Csakhogy mindkét formában — a szerzettben relative inkább — hiányzott már elvéve ez a tünet, így a mi esetünkben is, a mely pedig igen súlyos volt és minden egyéb tünetét és lefolyását illetőleg klasszikai példája az icterus haemolyticusnak. De talán még inkább szól ezen pathogenesis felfogás ellen a lépkiirtás frappans hatása, a mely sokkal inkább *Minkowski* álláspontjának ad igazat, a ki már első esetének bemutatásakor hangoztatta, hogy az elsődleges elváltozás a lépben van.

A lépmegegyesülés a legállandóbb tünet; egyszer hiányzott csak *Benjamin-Sluka* családi esetében s ha egy ideig tarthaták is a léptumort tisztán spodogennek (a vörös vérsajtszétválasztás természetes következményének), most már határozottsággal tagadásba kell ezt vennünk, mert valóban nem volna érthető, hogy miért gyógyul meg a beteg akkor, ha ezt a csak „spodogen“ léptumort eltávolítjuk. A lép-exstirpációs eredmények hatása alatt csakhamar *Türk* is magáévá tette az elsődleges lépmegegyesülés álláspontját.

Hogy a lép ezen megbetegedésének mi az oka, nem tudjuk. Ha egyes esetekben lues, más esetekben malariát találunk a kórelőzményben, ennek túlzott jelentőséget tulajdonítanunk nem szabad; a mi esetünkben lues is, malaria is biztosan megállapítható az anamnesisben, hogy azonban ezek volnának az aetiológiai factorok, ezt még más kóroktani támpont hiányában sem mernők állítani. A családi formában könnyebb a helyzetünk, mert itt elég plausibilis annak a felvétele, hogy a kórok endogen, vagyis degeneratív jelleggel van dolgunk; *Widal* a vörös vérsajt dystrophiájáról beszélt, de az előbbieknél alapján még sokkal inkább beszélhetünk magának a lépnek a dystrophiájáról.

Therapiáról jóformán csak a lépkiirtások óta lehet szó. Belső szereléssel (arsen stb.), röntgenzéssel próbálkoztak ugyan s láttak is néha múló eredményeket, a melyeknek azonban ilyen spontan ingadozásoknak alávetett betegségben alig ha lehet nagyobb jelentőségük. Tudatosan icterus haemolyticusban *Vaquez* és *Aubertin* végeztette az első lépkiirtást 1908-ban; a beteg azonban két nappal a lépkiirtás után meghalt. Tőlük függetlenül *Micheli* olasz orvos vétele ki 1911-ben szerzett haemolysises sárgaságban szenvedő beteg lépét s tartós gyógyulást ért el. Voltaképpen az első lépkiirtással meggyógyított icterus haemolyticusos beteg *Banti* egyik 1903-ban megoperált betege, a ki azonban ő akkor icterussal kombinált Banti-kórosnak tartott s csak 8 évvel később referálta el mint gyógyult icterus haemolyticust. *Banti* ezen esete bizonyítja egyben a gyógyulás tartós voltát. Azóta elvéve találunk az irodalomban műtett eseteket, mindet kitűnő eredménnyel (*Kahn*, *Eppinger* stb.). Az esetek többsége a családi alakra vonatkozik, bár természetesen a szerzettben sokkal jogosultabb a műteti indicatio, minthogy súlyos, sokszor életveszélyes betegségről van szó.

Összegezve esetünk tanulságait, a következőket mondhatjuk:

1. Az icterus haemolyticus szerzett formája olyan kivételesen nagyfokú anaemiával járhat, hogy az életet közvetlenül veszélyeztetheti; a mi esetünkben az egyik roham alatt 331.000 volt a vörös vérsajtek száma.

2. Még a legsúlyosabb anaemiával járó rohamok után is javulhat a beteg; ez a javulás spontán következik be, függetlenül a más anaemiákban olyan jól bevált arsen-adagolástól.

3. Ez a javulás azonban csak múló és nem nagyfokú. Tartós javulás, illetve végleges gyógyulás csakis a lép kiirtásától remélhető.

4. A lépkiirtást a rohamot követő napokban is jól tűri a beteg.

5. A lépkiirtás után előbb rohamos, majd fokozatos — hónapokon át tartó — javulás következik s végül kisfokú hyperglobulia, annak minden subjectív tünete nélkül.

6. Az annyira jellegzetesnek tartott vörösvérsajt-resistentia-csökkenés még a legsúlyosabb és egyébként legjellegzetesebb esetben is — mint a milyen a mienk — teljesen hiányozhatik.

Irodalom. ¹ Hayem-Levy: Thèse de Paris (Steinheil), 1898. — ² Minkowski: Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, 1900. — ³ Krannhals: Deutsches Archiv für klin. Medizin, 1904, 81. kötet. — ⁴ Vaquez-Aubertin: Archiv des maladies du coeur, 1908. — ⁵ Benjamin-Sluka: Berliner klin. Wochenschrift, 1907. — ⁶ Widal-Abrami-Brulé: Archiv des maladies du coeur etc., 1908. — ⁷ Chauffard: Soc. des hôp, 1907. — ⁸ Widal-Philibert: Gazette des hôp, 1907. — ⁹ Micheli: Wiener klin. Wochenschrift, 1911. — ¹⁰ Stejskal: Wiener klin. Wochenschrift, 1909. — ¹¹ Leuret: Arch. des mal. du coeur, 1910. — ¹² Chauffard-Troisier: Soc. méd. des hôp, 1908. — ¹³ Türk: Vorlesungen über klinische Haematologie. — ¹⁴ Türk: Deutsche med. Wochenschrift, 1914. — ¹⁵ Kahn: Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, 1913. — ¹⁶ Lommel, Bauer, Lichtwitz, Decastello: Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, 1913. — ¹⁷ Lüdke: Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, 1914. — ¹⁸ Szokalski: Zeitschrift für klin. Medizin, 1916. — ¹⁹ Lichtwitz: Deutsches Archiv für klin. Medizin, 2. kötet. — ²⁰ Aschenhein: Münchener med. Wochenschrift, 1910. — ²¹ Mühsam: Deutsche med. Wochenschrift, 1914. — ²² Eppinger-Ranzi: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1914.

Adat az agy-aneurysmák repedésének diagnostikájához.

Irta: Sztanofevits Lázár dr., ezredorvos.

Az agydiagnostikának egy fejezete sem részesül oly mostoha elbánásban, mint az agy-aneurysmák, illetve azok repedésének a körjelzése.

Az utolsó időben *Wichern*, *Langbein*, *Jaksch*, *Jagić*, *Reibmayr* és végre *Reinhard* adott néhány erre vonatkozó feljegyzést.

A klinikai symptomatologia és diagnosis szempontjából az én — a legutóbbi időben észlelt — egyöntetű eseteim, melyek még előzőn helyesen voltak körjelvezve, némi érdeklődést kelthetnek.

Első esetem 39 éves népfelkelőre vonatkozik, a ki „hörghurutja“ miatt lett a tábori kórházba felvéve és a ki előbb állítólag teljesen egészséges volt.

1917 február 13.-án a kórteremben hirtelen eszméletlenül összeesett és félóra múltán a következő lelet volt róla felvehető:

Halvány külsejű, középerős férfiú, Cheyne-Stokes-szerű légző-typus, érverés feszült, percenként 44. Külső ingerre semmiféle reactio! A koponyán nyomásra vagy kopogtatásra semmi érzékenység. Kifejezett nyakmerevedés. Mindkét szemteke egymástól divergáló állásban. Pupillák különbözök (j. > b.), fényre reagálók. A jobb oldali sulcus nasolabialis elsimult. Corneal-mandibularis-reflex mindkét oldalt +. Felső végtagok: spasmusos paresis a jobb felső végtagon, biceps-, triceps- és al-kari periost-reflex jobboldalt > mint baloldalt.

Hasfali reflexek: jobboldalt —, baloldalt +.

Cremasterreflexek hasonlóképp.

Alsó végtagok: a jobb alsó végtag felemelve élettelenül esik vissza.

Patella- és Achilles-inreflexek jobboldalt >, mint baloldalt.

Babinski-féle phaenomen mindkét oldalt +.

Vizelet minden kóros alkotórésztől mentes.

16 óra a gutaütés után halál.

A boncolás felderített 3 borsó-nagyságú aneurysmát a baloldali art. fossae Sylvii-n, a legdistálisabb aneurysmaszerű zsák repedését a baloldali előszarvba és vérzést a baloldali oldalkamarába.

Második esetem 39 éves segédmunkáson fordult elő, a kinek apja gutaütésben, anyja pedig méhrákban halt el.

Fiatal éveiben nem volt komoly beteg, 4 éves korában a fejére esett, a mikor rövid időre elalélt, de nemsokára magához tért. Ezután mindig egészséges volt, habár szeretett inni. Luesre semmi nyom. 13 éve nős, 5 gyermeke él, 2 fiatalon hunyt el; ezeken kívül felesége kétszer elvetélt. Három hét előtt teljesen egészséges volt. Ezen időben kezdett bálkarjában fájdalmakról panaszkodni. Tovább dolgozott.

Egy napon délben hazajövé, hirtelen a földre rogyott, felemelkedvén, másodszor is összeesett, eszméletét nem veszítette el (hozzátartozói megismerték), csak nehezen beszélt és bal testfelére békés lett. Az ágyba úgy kellett emelni.

Estefelé zavarodott lett, hallucinált és erőszakkal el akart menni,

Dr. WANDER R.-T. Budapest, X., Kereszturi-ut 30/32.
GYÓGYSZERÉSZETI ÉS DIÉTETIKUS KÉSZÍTMÉNYEK GYÁRA.



Belsőleges formaldehyd-kezelés Anacot-pastillák segítségével.

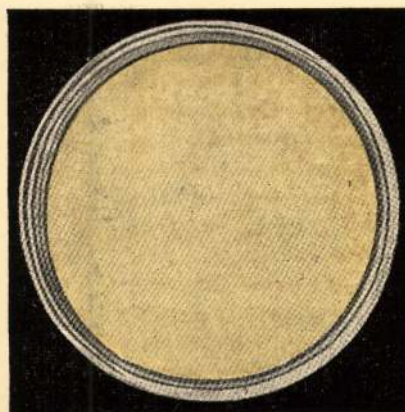
Specifikum infektios száj-, torok- és gége-betegségek ellen.

Stomatitis, angina catarrhalis, tonsillar-abszesszusok, scarlath-angina, diphtheria, influenza.

A formaldehyd-pastillák vizes oldata erőyes hatást fejt ki a streptococcusok, pneumococcusok, diphtheria és typhus-bacillusokkal szemben.



Táp-gelatina,
Anacot nélkül virulens streptococcus
kulturájával oltva.



Táp-gelatina, 20% Anacot (0.2% formal-
dehyd) tartalommal, virulens strepto-
coccus kulturájával oltva.
6 nap múlva steril!

Ha a pastilla a szájbán lassan olvad el, a szájnál határozottan baktericid hatásúvá válik. A megbetegedett terület ily módon hosszabb időre desinficiálódik, míg a formaldehyd Rosenfeld vizsgálatai szerint bejut a vérpályába és antipyretikus hatást fejt ki. — Az Anacot-pastillák mindenféle toroköblögető vizek legjobb pótszere. — A torokvizek alkalmazása sokszor nehézkes, különösen gyermekeknél, nem is szólva azon veszedelmekről, amelyek a torokvizek lenyelésével járnak. — Tonsilitis esetében, különösen szembeszökő eredménnyel mutatkozik a formaldehydnek Anacot-pastillák alakjában való belső adagolása. Diphtheria és scarlatina járványok idejében, az Anacot-pastillák prophylaktice is alkalmazhatók.

ADAGOLÁS. Minthogy az Anacot-pastillák, cukrot, acid. citric. és mentholt (0.001) tartalmaznak, melyek a pastilláknak üdítő és kellemes ízt kölcsönöznek, a ható anyagból, a formaldehydből, adagonként csak 0.01 gr. tartalmaznak, így az eset súlyossága szerint belőle óránként vagy félóránként 1 pastilla adandó.



Az első napon bal-, a másodikon jobboldali ptosis volt rajta észrevehető. Állapota napról-napra rosszabbodott, fejfájásról panaszkodott, az első napokban többször hányt, nagy szomjúságot érzett és sok folyadékot ivott. Motoros izgalom tünetei nem voltak észlelhetők rajta.

1913 január 13. Nagyon gyöngye, passiv hátontfekvésnél segélyre szoruló. Lassan, nehezen érhető, elmosódott hangon tud némi fölvilágosítást adni.

Személyi viszonyaiban tájékozódott, időlegesen zavart, azt hiszi, hogy otthon van, félreismeri az orvost, kijelenti, hogy már 9 napja bénult. Tagad minden fájdalmat. A beszéd nagyon könnyen elfárasztja, azután sok kérdésre adós marad a felelettel.

Magára hagyva, nemsokára élénk deliriumba esik, magába morog, kezével a levegőben hadonász, azt hiszi, hogy régi megszokott viszonyok közt van, időközönként feleségére kiabál, képzelte személyekkel mulat stb. Testileg: középnagy, mérsékelt erő testalkatú és közepesen táplált.

Erverése teljes, erőteljes, percenként 72. Baloldali keresztcsontfélen terjedelmes felületes decubitus. Vizenyőnek semmi nyoma.

A jobb koponyafél, a homlok és halánték, a két processus zygomaticus kopogtatásra érzékeny.

Tarkója merev. Minden mozdításra fájdalmat érez.

Bulbusok nyomásra mérsékelt érzékenyek.

Szemhéjrések különbözők (a jobb > mint a bal). A jobb szeme rendesen zárva van, felszólításra azonban active a pupilla felső széléig a felső szemhéj felemelhető és ebben az állásban meg is tartható. Magára hagyva, nemsokára lecsukódik a szemhéj, a szemtekét egészen befedi, csak kis nyílást hagy nyitva.

A pupillák középtágak, kevésbé kerek, a jobboldali valamivel tágabb, mint a baloldali. Fényreactio mindkét oldalt hiányzik. Convergencia baloldalt renyhén pozitív, jobboldalt negatív.

A látótér nem vizsgálható meg teljes pontossággal, de mégis úgy látszik, hogy baloldali hemianopsia áll fenn. A beteg nem veszi észre a baloldali látókörben lévő gyertyát, felszólításra nem nyúl utána, míg ellenben megteszi ezt, ha jobboldalról közelítenek gyertyával szeméhez. A bal irányból még a pislogató reflex is hiányzik mindkét oldalt, míg jobbról állandóan kifogástalanul kiváltatik. A jobboldali oculomotorius teljesen béna. A jobb szemteke nyugalomban lassan kifelé fordul. Felfelé egyáltalában nem, lefelé csak egyidejű forgatással és az orr irányában csak kevésbé a középvonalon túl mozgatható. Az associált mozgás jobbra nyomban történik, balra lassan és nem teljes mértékben, amellet úgy a jobb, mint a bal szem kevésbé visszamarad.

A n. trigeminus mozgató része nincs jelentékenyen zavarva. A bal arczfél tűszúrásokra hypaesthesiás, jobbról sokkal élénkebben reagál, mint balról.

A cornea-reflex balról feltűnően gyengült, jobbról megközelítőleg rendes.

Orr-reflex jobbról élénkebb, mint balról. A n. facialis bal szájára paretikus. Szemzárás balról kissé gyöngébb, mint jobbról. N. VIII. rendben. A nyelvét a beteg nehezen tudja előre nyújtani; kinyújtáskor a nyelv kissé balra hajlik. A nyelv csékély mértékben megnehezített; a beteg könnyen félrenyel. A torok telve nyálköpveggel, a mely kifelé csak nehezen távolítható el. Torokreflex gyöngén +.

Felső végtagok: A bal kar bénult, önkényesen egy cseppet sem mozdul. Kifejezett rigor a m. bicepsben. Reflexek kissé fokozottak, jobbról valamivel élénkebbek mint balról. Tűszúrás mindkét oldalon érez. Hasfal-reflexek nem válthatók ki.

Alsó végtagok: Bal láb bénult. Minden activ mozgás teljesen kizárva. Semmi említésre méltó spasmus. Reflexek (patellaris és Achilles-inreflexek) jobbról élénkebbek, mint balról.

Balról pozitív, jobbról negatív Babinski. Tűszúrás mindkét oldalt érez.

Vizsgálat alatt önkéntelenül maga alá bocsát vizeletet (sugarban). Január 15. Nagyon rosszul érzi magát, somnolens, nem ad többé felvilágosítást, mindent maga alá ereszt, könnyen cigányútra megy az étel.

Pupillalelet változó: a pupillák néha teljesen fénymerevnek látszanak, máskor meg a világosság némi szűkülést okoz, ami mindenestre nagyon csékély és csak renyhén következik be; azután ismét megállapítható az a lelet, hogy a pupillák hosszabb fénybehatásra egészen, majdnem észrevétlenül lassan összehúzódnak és a fényforrás eltűntetése után (a sötétségben) épp oly lassan kitágulnak.

Convergentia ezen időben nem vizsgálható. A Wassermann-reactio negatív.

Január 16. Általában a kép terminalis meningitisra vall. Mérsékelt tartós láz. Hőmérsék 38°. A beteg comatosus, légzése hörgő és erőltetett, erverése kicsi, nagyon szapora. Általános izomfeszültség. Kifejezett nyakmerevedés.

Has behúzódtott, feszült.

A Kernig-tünet pozitív.

Patella-inreflexek mindkét oldalt kiválthatók. A cerebrospinalis folyadék tiszta, citromsárga színű, bőséges vörös vérséjtel és lymphocytát (mikroszkopice) tartalmaz. 24 órai állás után fibrinfonak kis mennyiségben.

1913 január 17. A beteg comatosus, légzése stertorosus, manus ad genitalia, csónakszerűen behúzódtott has. Patella-inreflexek mindkét oldalt kiválthatók. Délután meghalt.

Bonczoláskor: a jobboldali arteria fossae Sylvii-n borsónagy-szerű aneurysmaszerű tágulás, a jobboldali agyféltekének törzsganglionjaiba való kiterjedt vérömleny és az oldalkamarába való áttöréssel. Részleges elpusztítása a thalamus opticusnak és a belső toknak, továbbá a jobboldali agykocsánynak összenyomása.

A két fent felsorolt esetben az anamnestikus momentumok, a klinikai lelet és nevezetesen a második esetben a lumbal-punctio igénybevételével kapott adat alapján minden valószínűség szerint meningealis izgalmi jelenségekkel együttjáró repedt aneurysma vérzésére következtethetünk.

A klinikai leletnek legfeltűnőbb jelenségei: a hirtelen, váratlanul bekövetkezett összeesés, somnolentia, eszméletlen állapot, bénulás-tünetek, hőmérsék-emelkedések, meningealis izgalmi tünetek (nyakmerevedés, a szemtekéknek nyomásra érzékenysége, pozitív Kernig-tünet, opisthotonus), izgalmi és kiesési tünetek az agyidegek körében, a cerebrospinalis folyadéknak csapadéknélküli volta xanthochromiával jelentékenyen megkönnyítették a fenti jelenségekre alapított diagnoszt.

Az irodalomban ilyen agy-aneurysmák diagnosztikájának megállapításakor — amint ez Nothnagel és Wichern munkáiból kitűnik — a lumbal-punctióra nagy súlyt helyeznek. Ha azonban az említett liquorlelet létrejöttét vizsgáljuk, kitűnik, hogy a liquorlelet egyedül a vérzés biztos megállapítására nem elegendő.

Jagić és Reibmayr aneurysmák vérzésekor a meningealis tünetcsoportot megjelenését emeli ki. Ezen jelenség bizonyára a legfeltűnőbb, de mégis hangsúlyoznom kell, hogy meningitisre emlékeztető tünetcsoportot nemcsak agy-aneurysmák repedéséből származó vérzéseknél, hanem közönséges agyapoplexiáknál is észlelhetők. Az említett meningealis izgalmi jelenségek minden ilyenmű esetben csakis a koponyatüregben előálló fokozottabb nyomásra vezethetők vissza.

Mindkét, még az élőben agy-aneurysmára tett diagnózis tehát nemcsak az egyes jelenségekre lőn alapítva, hanem tekintetbe vétetett mindkét esetben az anamnesis és a betegek életkora is.

Minthogy egyik esetben sem volt arteriosclerosis, nephritis vagy syphilis kimutatható, mindkét esetben csak testi megerőltetést (2. eset) és köhögést (1. eset) kell aetiologialag tekintetbe vennünk, a melyek azután okozói voltak a már lapangott, de subjectiv panaszok nélkül fennállott agy-aneurysmák hirtelen beállott repedésének.

Irodalom: Ohm: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906, 1694. oldal. — Wichern: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1912, 49. kötet, 3. szám. — Wichern: Münchener medizin. Woch. 1911, 51. szám. — Langbein: Münchener med. Wochenschrift, 1913, 1. szám. — Jaksch: Prager mediz. Wochenschrift, 1913, 35. szám. — Jagić und Reibmayr: Wiener med. Wochenschrift, 1913, 39. szám. — Reinhardt: Mitteilungen aus d. Grenzgeb. der Med. und Chirurg. XXVI. 3. füzet.

Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal kassai intézetéből.

Egy új radialis-gép.

Irta: Miklós Jenő dr., osztályvezető főorvos.

A háború eleje óta állandóan történtek kísérletek arra nézve, hogy az orsó-ideg sérülése által okozott funkciókiesést, a melynél az illető végtag aktivitásának igen nagy része áldozatul esik, valamely támasztó-készülékkel pótolják. Ennek szükségességét még az sem csökkentette, hogy a sérülésnek műtéti úton való gyógykezelése jó eredményeket mutat, mert hiszen az operatio előtt is, de különösen utána még hosszú hónapok telnek el, a míg az idegvezetés helyreállván, az általa ellátott izomzat ismét funkcióképes lesz. Ezen idő alatt okvetlenül szükség van arra, hogy az alkar feszítő inait a túlságos megnyúlástól, a hajlítókát pedig a következményes contracturáktól megóvjuk. Ebből természet-szerűleg következik az, hogy a sérültnek lehetőleg a sérülés kezdetétől kell viselnie támasztó-készülékét addig, a míg az izomzat működése teljesen helyre nem állott.

Az ezen célra ezideig forgalomba került készülékeket két csoportba oszthatjuk:

1. Merev rendszerűek, melyeknek alkotórészei egy az alkarra alkalmazott rögzítőtok és az abból kiinduló aczélsín, mely a tenyérre vezetve, a kézfejet alátámasztja, vagy pedig a kézháton vezetve, egy keresztcsín segítségével belekapaszkodik a kézközép széléibe és azoknál fogva a csuklóban lelőgő kézfejet felemelve tartja.

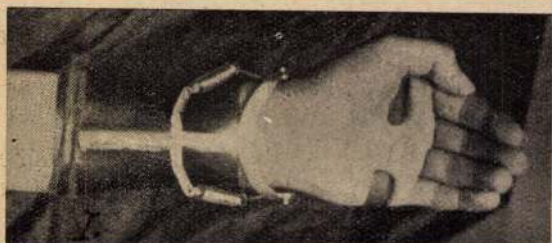
E készülékek ezen céljukat el is érik, hátrányuk azon-

ban az, hogy merevségüknél, illetőleg minimalis rugalmasságuknál fogva a csuklóizületet mozgásában nagy fokban korlátozzák, a mi bénulás által amúgy is csökkent funkciónak még inkább rovására megy, azonkívül a tenyeret támasztó sínek annak használatát úgyszólván teljesen lehetetlenné teszik.

A készülékek tehát eleget tesznek az orthopaediai követelményeknek, a functiót azonban hátráltatják.

2. A rugalmas rendszerűek lényege szintén egy alkar-tok, ehhez egy gummipántokból készített keztyű van rögzítve, a mely az ujjak alapizületein fejt ki „húzó” hatását, a mi által a kézfejet felemeli.

Ez a csukló működését lehetővé teszi ugyan, de nagy hátránya abban nyilvánul, hogy a készüléknek „emelő” ereje csak indirecte a hátrafelé való húzás által érvényesül, a mi a teljes effectus elérésére a gummipántokra túlságos megterhelést ró, következésképpen azok igen gyorsan el is szakadnak. Azonkívül az erős húzás folytán az ujjak alap-perceit strangulálják. Ezen készülékek tehát a fentiekkel szemben a functio szempontjából nem kifogásolhatók, de constructiójuk orthopaediai szempontból nem correct.



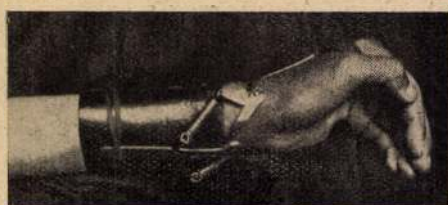
1. kép.

Az általam itt leírandó készülék megszerkesztésekor azon alapelvől indultam ki, hogy a fent vázolt két rendszernek az előnyeit kell egyesítenem, a hibáikat pedig ki kell küszöbölnöm. A készüléknek tehát a functió hiányát kell lehetőleg pótolnia, amellet azonban a meglevő functiót semmiképpen sem szabad akadályoznia, tehát biztosítani kell továbbra is a csukló mozgékonyágát, emellet a kéz-főn minél kisebb területet foglaljon el, nehogy azt a munkában akadályozza.



2. kép.

A készülék lényege egy merev karokkal bíró emelő-szerkezet (I. és II. kép), a mely a csuklónál levő forgópontján kétféle izülettel bír.



3. kép.

A hátsó karokra alkalmazott rúgók biztosítják az előlő karoknak azon szerepét, hogy azok a kézfej széleire alkalmazott kereszt-sín segítségével a kézfejt dorsal-flexióban felfüggeszék (III. kép).

A rúgók ellenállását a hajlító izomzat aktivitása könnyen legyőzi és így a csuklóizület a főtengelye irányában teljesen szabad (IV. kép).



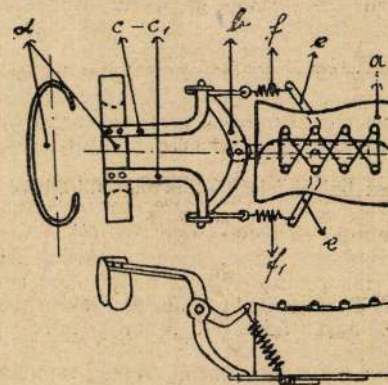
4. kép.

A latero-flexiót, a mely sajnos, a radialis bénulásoknál igen korlátozott, szintén lehetővé teszi egy másik, a csukló tenyér-oldalán alkalmazott külön izület.

A készülék a következő alkotórészekből áll (IV. kép):

Az alkar-tok (a), a mely bőrből készült; ennek alapjára van erősítve egy Y-alakú aczélpánt (b), a mely a közepén a latero-flexio részére izülettel bír és a két végén vájulat van az emelőkarok (c—c) támasztó pontjának befogadására.

Az emelőkarok körülbelül 140°-nyi szöget alkotnak egymással. Az előlő kart a kézfejt tenyéri oldalára nyúló kereszt-sín tartja össze (d). Ennek segítségével történik a kézfejt felemelése, melyet a hátsó karok végeitől a tok alsó részén levő aczélpánt kereszt-sínjéhez (e) húzódó két aczélrúgó (f—f) végez.



5. kép.

A készülék fémrészei igen vékony aczéllemezek és így az össz-súlya kicsiny. Az aczélrúgók — állandó megterhelésnek lévén kitéve — bizonyos mértékig természetesen veszítenek rugalmasságukból, de a tapasztalat szerint az 1 mm.-es drótból készített rúgók 3—4 hónapig majdnem teljesen változatlanul maradnak ezen megterhelés mellett, a kicserélésüket pedig a készülék szerkezete igen egyszerűvé teszi.

A mint ezek után látható, a készülék a kézfejt a csuklóban való mozgását úgyszólván tökéletessé teszi és ezzel a bénult kéznek a használhatóságára nézve már nagyon sokat nyertünk, mert a dorsal-flexióban levő kézfejt markoló ereje nagy mértékben helyreállván, az valamely könnyebb munka végzésére alkalmassá válik.

Ezzel természetesen még nincs megoldva a hüvelykujj abductiójának és a többi ujj alap-extenziójának igen fontos problémája. A kérdés kísérleti stadiumban van és remélhetőleg rövidesen ez irányban is megfelelő megoldást fogunk találni.

Közlemény a nagyváradi m. kir. bábaképezdeből.

Kellemetlen mellékhatás az 5%-os providoform-tincturával végzett kézdesinfectio után.

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

A mikor ez év február havában a gyors kézdesinfectio eljárásommal elért eredményeim közlésére vonatkozó adat-



OPTOCHIN BASICUM

specifikus chemotherapeutikus szer

Pneumonia ellen.

Ujabb közlések javallatok és adagolásról:

Mendel, Münch. med. Wschr. 1915, Nr. 22 und Deutsche med. Wschr. 1916, Nr. 18; Leschke, D. m. W. 1915, Nr. 46; Morgenroth, D. m. W. 1916, Nr. 13 und Berl. klin. Wschr. 1916, Nr. 24 u. 27. (Vereinsberichte); Lublinski, Berl. klin. W. 1916, Nr. 27; Becher, Med. Klin. 1916, Nr. 44; Fr. Meyer, D. m. W. 1916, Nr. 45; Rosengart, D. m. W. 1916, Nr. 46; v. Dziembowski, D. m. W. 1916, Nr. 52.

Optochin hydrochloricum

a szemészetben, mindenek előtt Ulcus cornea serpensnél.

Ujabb közlések:

Axenfeld u. Plocher, D. m. W. 1915, Nr. 29; Cavara, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 54, 1915; Cramer, Zschr. f. ärztl. Fortbildg. 1915, Nr. 14; Lehmann, Ugeskrift for Laeger 1915, Nr. 46; Rosenhauch, Przegląd Lekarski 1916, Nr. 1; Augstein, M. m. W. 1916, Nr. 15; Kraupa, Jahreskurse für ärztl. Fortbild. 1916, Nr. 11; Grüter, M. m. W. 1917, Nr. 2.

Irodalom rendelkezésre áll.

Minták megrendelésénél a f. orvos urak tisztelettel kéretnek, hogy a 184. sz. hirdetésre hivatkozni szíveskedjenek.

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, leromlott phthisikus betegeknek és reconvalescenseknél.

Ára dobozonként 2.50.

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

Guajacetin

(brenzkatechin monoazetsavas natrium)

a légutak hurutjainál, lázzal járó meghűlési eseteknél, rheumánál stb.

1 eredeti csomagolás	25 tabletta K	4.20
1 „ „	50 „ „	7.30
1 „ „	100 „ „	12.50

Migrol

(brenzkatechin monoazetsavas

Dimethylamidophenyl dimethylpyrazolon)

Sedativum és antipyretikum

migrän és influenza ellen.

1 eredeti csomagolás (10 tabletta à 0.5 g) K 2.50

Chemische Fabrik Fritz Kripke G. m. b. H. Berlin-Neukölln.

Képviselő Ausztria-Magyarország részére: A. HRADEZKY, Wien XVIII/1. Währingergürtel 57.

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.)

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

Mint a diót

csak kalapáccsal lehet a különböző vaspilulákat és a más készítésű tablettákat feltörni, míg

az új szelid nyomására hullanak szét a

Tabl. Ferri Protoxalati Dr. Deér

sine et cum arsen.

A készítmény tisztasága, szerencsés és állandó összetétele czélszerű alakban biztosítja a sikert chlorosis, anaemia és az általános gyöngeség eseteiben.

Minden gyógyszerárban kapható.

Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhimlő-
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.)

BAYERLAX

egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettaalakban.

BAYER gyógyszerár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

Természetes gyógyfürdők házi használatra!

úgy mint: **sós (Sole-)
szénsavas-
kén-
Abietin-Pinosal** (a fenyőtűkivonat pótlására)

**fürdők
fürdők
fürdők**

Dr. W. Sedlitzky-féle halleini szab. fürdő-tabletták és halleini anyalóg.

Az orvos uraknak minták és irodalom díjmentesen áll rendelkezésre.
Kapható minden ásványvízkereskedésben, gyógyszerárakban és közvetlenül az alanti cég által

Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.

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.



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

**Dr Thilo-féle
Chloroethyl**

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

MR. C. RAUPENSTRAUCH

em. Apotheke. WIEN II. Castellezg. 25.

Klimatikus gyógyhely

egész éven át
☐☐ látogatva ☐☐

1916 : 16.694 vendég 857.509 lakott nappal.

DAVOS

Schweiz, Graubünden, 1560 a t. sz. f.

Fő vasúti és postaállomások

Davos-Dorf és Davos-Platz.

Legjobb gyógysikerek idült-hurutos és in-
filtratív **tüdőaffectiók**, idült hörghurut,
pleuritis és annak következményei, **asthma
nervosum**, skrofulosis, chlorosis, neuras-
thenia, malaria, Basedow-betegség, reconva-
lescentiánál. Értesítések és prospektusokat
díjmentesen küld a Verkehrsverein Davos.

gyűjtést lezártam, máris észrevettem, és az Orvosi Hetilap folyó évi 42. számában megjelent közleményemben már jeleztem, hogy az 5%-os providoform-tinctura a kéz bőrt izgatja, és ezért inkább a műtői terület bőrfelületének desinficiálására ajánlhatom.

Mindazonáltal a providoform-tincturának a bőrre való különösen intensív szárító és cserző hatását nem akartam a kézdesinfeciónál nélkülözni, különösen a mostani gummi-keztütnél időben.

Először a segédem kezein jelentkezett — hosszabb használat után — bőrpírral, bőrduzzadással és igen erős viszketéssel járó ekzema, mely kenőcsös kezelésre csak napok múlva gyógyult meg. Ekkor a saját kezeimen az alkoholos lysochloroldatban mosakodás után végzett rövid providoform-bedörzsölésnek még semmi káros hatását nem észleltem. Ezért eleinte idiosyncrasiával magyaráztam a segédem kezein jelentkezett ekzemat, és még abból is, hogy a kezeim ápolására nagy gondot fordítottam és fordítok most is. Azonban néhány hónap múlva csekély bőrpír kíséretében a saját magam kezein is jelentkezett kellemetlen égő viszketőség, mely azonban kenőcsös kezelésre 2–3 nap alatt teljesen megszűnt.

Néhány napi szünet után újból kezdtem az 5%-os providoform-tinctura-bedörzsölést és akkor már rövidebb idő múlva erősebb ekzemas reactio jelentkezett, mely csak 4 napi kezelésre szűnt meg. Ezért kénytelen voltam az 5%-os providoform-tincturát a mindennapi kézdesinfecióból kikapcsolni, a mit annál inkább megtehettem, mert az alkoholos lysochloroldatban 5 percig mosakodással desinficiált kezekkel végzett 40 műtét kifogástalan gyógyeredményt adott.

Kétségtelen tehát, hogy az 5%-os providoform-tinctura főképpen a műtői terület bőrének desinficiálására alkalmas és ezen tekintetben, a mint azóta is tapasztalom, a jodtincturát messze felülmulja. És ez természetes is, mert az 5%-os providoform-tinctura csak bizonyos ideig tartó ismételt használat után okoz dermatitist, míg a jodtinctura egyszeri alkalmazása is már kisebb-nagyobb, de mindig kifejezett reakciót vált ki.

Kivételes esetekben, a mikor sürgős műtői beavatkozás szükséges és a mikor minden elvesztett perc életveszélyt jelenthet, a kéznek 5%-os providoform-tincturával 3 percig bedörzsölése egészen megbízható kéz-sterilitást fog adni. A mindennapi kézdesinfecióra azonban a providoformot kétségtelenül csak higabb alkoholos oldatban fogjuk használni.

Ezen irányban most folytatok kísérleteket, melyeknek eredményeiről bővebb tapasztalatok után fogok beszámolni.

A hadirokkantak fürdő- és gyógyhelyeken való kezelésének szervezete Magyarországon.

Bókay Árpád dr., egyetemi tanár a fenti címen előadást tartott a Bajtársi Szövetség orvosi szakosztályában Badenben, 1917 okt. 11.-én. A tágabb köröket is érdeklő előadást bő kivonatban az alábbiakban közöljük:

Három tényező működött közre, hogy gyógyító forrásaink és klimás gyógyhelyeink a hadisérültek és beteg harcosok gyógyítására áldásosan felhasználhatók legyenek: 1. az Országos Hadigondozó Hivatal, 2. a magyar Vörös-Kereszt Egyesület és 3. a hadsereg egészségügyi igazgatása.

1. Az Országos Hadigondozó Hivatal utókezelő intézetei között, a melyeknek száma eddig 18, összesen 16.146 ágy-számmal, 4 bérbevett gyógyfürdő van, ú. m. a budapesti Császár-fürdő, Tarcsa-fürdő, Alsó-Tátrafüred és Korytnicza, míg öt klimatoterapiás intézet, részben subalpin fekvéssel, előbb nem volt gyógyhely; ezek a besztérczebányai, rózsahegy, ikervári, alsószombatfalvi és királyhelmecezi gyógyintézetek; mindezek közül Korytnicza, Tarcsa és nagyrésztben Rózsahegy is belbetegek számára, a besztérczebányai, alsótátrafüredi, ikervári, alsószombatfalvi és királyhelmecezi

gümőkóros betegek számára van berendezve. A legelőbb említett császár-fürdői gyógyintézet thermalis kezelésre alkalmas sérültekkel és betegekkel van benépesítve. Mindezen felsorolt helyeken az ágysszám összesen 7676.

A Császár-fürdő volt az első intézet, melyet a Hadigondozó Hivatal rokkantak számára felhasznált és berendezett összesen 1296 ágygyal. A 60° hőmérsékű typusos akrotomermát egy másik 28° hőmérsékű thermalis vízzel 40° C.-ra beállítva a fedett, fűthető, télen-nyáron használható uszodába vezették be. Ebben az óriási medenczében, melynek folyton és rendkívül bőven felgyűlő vize van, egyszerre 200 ember fürdhetik. A legkülönbözőbb zuhanykészülékek és más, a thermalis kezelést kiegészítő berendezések majdnem ideális tömegkezelést tesznek itt lehetővé. Thermalis fürdőt vehetnek itt jární alig tudó, sőt fekvő betegek is ügyes készülékek és berendezések segítségével. Ha a Budapesten berendezett öt másik rokkant utókezelő intézet betegei egyéb kezelésük kiegészítéseképpen thermalis kezelést igényelnek, szintén ide járnak fürdeni. Természetszerűen be van rendezve ezen intézetünk mechanoterapiás, kinesiaterapiás, electrotherapiás és actinoterapiás berendezésekkel is. Bőven használják itt a localis iszapkezelést, a végtagok iszapfürösztését, a homok-fürdőket, a forró légfürdőket stb. Kiváló orvosi szakorok és tornatanítók biztosítják minden ápolat individualis kezelését, kiválasztván, a sebészeti intézetek sebészeivel consultálva, a sebészeti beavatkozásra alkalmas és csak ily beavatkozás segítségével gyógyítható vagy reparálható betegeket, kik azután más intézetekben nyernek elhelyezést. Viszont, ha szükséges, a sebészeti irányú intézetek ápolottjai kerülnek ide az esetleg szükséges utókezelés céljából.

Az 1915 július havában megnyitott császár-fürdői utókezelőben eddig 10,084 ápolat vétetett fel és 9900 bocsájtott el. 4% lett harcsképes; nem nagy szám, de megérthető abból, hogy nagyrészt igen súlyos sérüléssel vagy súlyos betegséggel kerülnek ide a katonák. Fegyveres segédszolgálatra 24% lett alkalmassá, rokkant maradt, de fegyver nélküli szolgálatra alkalmas lett 33%. Minden szolgálatra alkalmatlan rokkant, de a polgári életben többé-kevésbé keresetképes maradt 39%.

Az ápolat legnagyobb része — kb. 85% — sérülések következményei miatt állott gyógykezelés alatt, míg a többi rheumás, továbbá idegbaj és egyéb physikai gyógyításra alkalmas megbetegedés miatt kezeltetik. A munkát, melyet ezen intézet végez, legjobban mutatja, hogy a kezeléseik száma évenként eléri a 400,000-et. Ugyanitt rokkantak számára fürdőmester- és masseur-képzőtanfolyam is van; évenként 40 jól képzett fürdőmestert és masseurt bocsájthatnak ki az életbe. A Hadigondozó Hivatalnak ez az egyetlen thermalis gyógyintézete, de nem az egyetlen, hol hadisérültek és beteg katonák thermalis kezelésben részesülhetnek, mert részint a magyar Vörös-Kereszt Egyesület, részint a hadvezetőség más thermalis gyógyfürdőket is bőven igénybe vett.

Egy másik nagy intézete a Hadigondozó Hivatalnak a rózsahegy gyógyintézete, mely belbetegek és tuberculosisban szenvedők számára szolgál 2100 ágygyal. Rózsahegy subalpin, jól védett, kitűnően izolált fekvése 500 m. magasságban téli és nyári klimás gyógykezelésre kiválóan alkalmassá teszi. Ezen a nagy barakktelepen 100 ágy szív-, 100 gyomor-, bél- és anyagcsere-betegek, 200 vesebetegek és 500 idegbetegek számára van berendezve, míg a többi tüdőbetegeknek van fenntartva. Ez utóbbiak szigorúan elkülönítve helyeztetnek el s szigorúan külön vannak a nyílt és zárt tuberculosis-esetek is. A belbetegek kezelése klinikai pontossággal történik. Ez az intézet példája annak, hogy még nagy tömeg gyomor-, bél-, anyagcsere- és vesebeteg is lehet a diéta és konyha áldásaiban részesíteni, ha az orvosnak kellő az energiája s a fenntartó megérti az orvos követelményeit és van szíve azokat teljesíteni. A gümőkóros betegek részére 400 fekvőcsarnok áll rendelkezésre, úgy, hogy ezen intézet s a mindjárt említendő besztérczebányai intézet nagyarányú tbc.-népsanatoriumok berendezésére és üzemére a próbakövet szol-

gáltatta s ilyenek létesítésének lehetőségét és észszerűségét bebizonyította. Az 500 ágyas idegosztály betegeinek legnagyobb számát functionalis idegbajok teszik, de számos organikus, különösen lueses eredetű betegség is megfordul itt. A legnagyobb forgalmat a traumás neurosisok adják.

A rózsahegy-i intézetnek 1917 márczius 31.-éig 9576 betege volt, kik közül távozott 6904, még pedig gyógyultan a csapattesthez 10·5%, segédszolgálatra alkalmasan 10·1%, elbocsátásra és szabadságolásra ajánlatott 14·1%, további, részben sebészeti, orthopaediai vagy más kezelésre más intézetbe helyeztetett át 52%, meghalt 13% (főleg súlyos gümőkórosak, néhány szív- és vesebajos).

Ennek az intézetnek a filialis a korytniczai subalpin-gyógyfürdő 290 férőhellyel.

Parallel intézete a rózsahegyinek a 2400 ágyas *besztercebányai*, mely kizárólag gümőkóros-betegeknek szolgál. Egyelőre 530 helyre berendezett fekvőcsarnokkal bír. Az utolsó évben (1916 május 1.-étől 1917 augusztus 31.-éig) 7074 beteg hagyta el az intézetet s 7641 beteget vettek fel, közülük gyógyult 1868. A mi az ilyen természetű betegek diagnostikájához és terapiájához szükséges modern berendezés kívánatos, azt successive mind megszerezte és felhasználta az intézet közel két éves fennállása óta; tuberculosis-oltás, pneumothorax-kezelés, sebészeti és phototherapiás, diéta kezelés stb., mind be van itt vezetve s e mellett a beteg kitanítása is folyton folyik népszerű előadások alakjában, a mi jövőjük és családjuk védelme szempontjából igen áldásos eljárás.

Alsószombatfalván, Erdélyben, ugyancsak subalpin helyen egy 600 ágyas gümőkór-gyógyintézete működik a hadigondozónak, de ez még kialakulóban van s a román betörés is hátráltatta eddig fejlesztését. Megvette a hadigondozó *Alsó-Tátrafüred* klimás gyógyhelyét s 600 ágyas tiszti gyógyhelyé rendezte be gümőkóros betegek számára. Az átvétel alig egy éve történt meg, de már eddig is több száz beteg fordult meg ott.

A sátoraljaújhegyi utókezelőintézet gümőkóros betegek számára a szomszédos *Királyhelmec*-en rendeztek be egy kisebb intézetet, mely most 50 ágygal van felszerelve.

Mindezen intézetekben foglalkoztató, oktató műhelyek segítségével igyekeznek az arra való betegeket lelkileg is megnyugtatólag elfoglalni s a jövő életükre hasznos módon tanítani.

Kibérelte a Hadigondozó Hivatal a vasmegyei *kies tarcsai gyógyfürdő egy részét is*, a hol a nyári hónapokban 150, a téli hónapokban 420 legénységi állományú belbeteg nyerhet elhelyezést. Ez a subalpin fekvésű, vashydrocarbonatforrásokkal, hydrotherapiás intézettel és moor-fürdővel felszerelt intézet egy éves fennállása óta 662 beteget látott falai között, főleg könnyebb tüdőbetegeket és szívbetegeket, kik közül csak 97 lett katonai szolgálatra alkalmatlannak minősítve, míg a többi vagy teljesen szolgálatképes, vagy segédszolgálatra alkalmas lett.

Az országos Hadigondozó Hivatalnak *ikervári* gyógyintézetében, mely könnyebb természetű tüdőbetegek számára szolgál, 120 a férőhelyek száma. Alig egy éve, hogy megnyílt; eddig összesen 267 legénységi állományú beteget kezelt.

II. A Hadigondozónak császárfürdői egyedüli thermalis gyógyintézetét jól egészítik ki a magyar Vörös-Kereszt által hat kitűnő thermalis gyógyfürdőkben anyagilag fenntartott helyek. Ezek: *Pöstyén*, *Trencsén-Teplisz*, *Felixfürdő*, *Hévízfürdő*, *Stubnyafürdő* és a *budapesti margitszigeti fürdő*.

Pöstyén-ben 250 tiszti és 3400 legénységi helyen ápolás alatt állott 3818 tiszt és 47,128 legénységi állományú. Harczképesen távozott a tiszték közül 2773 és 33,720 legénységi állományú, felülvizsgálatra ment 293 tiszt és 3292 legénységi állományú, más intézetbe került 1150 tiszt és 2674 legénységi állományú. Ennek a bizonyára fényes eredménynek a természet adta áldásos forrásokon kívül a fürdőhely egyéb gyógyító berendezései, a kitűnő orvosi kar s a gondos és áldozatkész ellátás adja meg magyarázatát.

Méltán sorakozik *Pöstyén* mellé egy másik kitűnő és

nagyhirű thermalis gyógyfürdője Magyarországnak: *Trencsén-Teplisz*.

Trencsén-Teplisz-ben egyszerre 3600 katonai egyén nyerhet elhelyezést és kezelést. 41,702 harcos — köztük 2396 tiszt — ápoltatott itt a Vörös-Kereszt helyein; közülük 33,425 csapattestéhez vonulhatott be, 2161 felülvizsgálati javaslattal távozott s 4239 másnemű, leginkább operatív kezelés céljából más intézetbe tétetett át. Természetesen a thermalis kezelés mellett itt is igénybe vehette a működő orvosi kar a mechano- s electrotherapia minden modern berendezését. A betegek 40%-a rheumás természetű bántalomban szenvedett, a többi sérülések utókövetkezményében szenvedő volt. 8% sérüléses idegbántalomban és egyéb ideges megbetegedésekben szenvedett.

A Nagyvárad melletti *Felixfürdő*-ben, melynek akrotthermái 24 óránként 17 millió liter 40° C-ú vizet szolgáltatnak, 200 férőhelyen 2784 legénységi állományú harczost ápoltak, kik közül 691 teljesen meggyógyult, a többi vagy segédszolgálatra lett alkalmassá, vagy más kórházba tétetett át egyéb gyógyító beavatkozás céljából.

A keszthely melletti *Hévízfürdő* az ő régen nagyra becsült iszapos akrotthermái tavával 100 legénységi állományú és 15 tiszt számára állott 1915 nyara óta (mindig nyáron át) a magyar Vörös-Kereszt jóvoltából rendelkezésre. Évente körülbelül 400 legénységi és 30 tiszt fordult ott meg.

Stubnyafürdő 46° C hőmérsékű akrotthermáit 1676 legénységi állományú és 71 tiszt használta, kik közül 60% arcvonalképessé lett, 30% pedig segédszolgálatra lett alkalmassá. Budapest gyöngye, a *Szent Margitsziget* kénes hévízét és mechano- s electrotherapiás berendezéseit az ott fenntartott tiszti kórházban 581 tiszt élvezte, kik közül 493 távozott a harczterre és 88 segédszolgálatra lett alkalmassá.

A Magyar Vörös-Kereszt lobogója alatt dolgozott a budapesti *Szent Lukácsfürdő* is, a hol 475 tiszt részesült a fürdő által felajánlott díjmentes ellátásban és kezelésben. Ezenkívül minden jelentkező tiszt díjmentesen használhatja a gyógyfürdőt és a mechanotherapiás kezelés-módokat. 2243 tiszt vette igénybe ezen kedvezményeket 67,296 gyógyfürdőhasználattal. Legénységi állományú katona nem lakott az intézetben, de mint bejáró beteg eddig 20,240 állott gyógykezelés alatt.

A kezelték közül csak 8% lett minden katonai szolgálatra alkalmatlan, 68% arcvonalképes lett és 24% segédszolgálatra alkalmas. A Lukácsfürdő igazgatósága a szövetséges német, bolgár és oszmán hadsereg tisztjei részére is állandóan 10—10 szabad helyet tartott fenn s ugyanezen hadseregek legénysége részére korlátlan számú gyógyfürdőkezelést engedélyezett. Mindkét irányban a kedvezményeket bőven vették igénybe az érdekeltek.

A Magyar Vöröskereszt még két gyógyfürdőben tartott fenn helyeket. És pedig egyet *alpin* helyen: *Tátraszéplakon* és egyet egy gyógyforrású helyen, *Balfon*. Utóbbi helyen 150 legénységi és 20 tiszti helyen eddig 2384 beteg fordult meg, 2264 távozott gyógyultan, 120 más intézetbe tétetett át, főleg sebészeti kezelésre. Az *alpin Tátraszéplakon* 60 tiszt és 85 legénységi egyén számára van hely; összesen 1124 beteg fordult ott meg; 210 sebesült volt, 844 beteg, köztük sok basedowos és 780 gümőkóros.

III. Mindezekon kívül, mint már említettem, hadseregünk egészségügyi igazgatása is rendezett be gyógyfürdőinkben nagyszámú férőhelyekkel gyógyintézeteket.

Herkulesfürdőn nagyobb számú hadisérült és beteg volt egészen addig, míg a román betörés az evakuálást nem tette szükségessé.

A Nagyszében melletti *Vizakna* fürdőn 100 ágyas legénységi fürdőkórház áll fenn, melyben eddig összesen 620 legénységi beteget kezelték és 47 tisztet, kik főleg izületi és izomrheumatismusban és ischiasban szenvedtek. 10%-uk harcztéri szolgálatra alkalmassá lett, 50%-uk pedig segédszolgálatra.

A gömörmezei *Csizfürdőt* 250 tiszt használta.

A *balatonfüredi* szénsavas fürdővel a háborús évek

MEMENTO!

DIAGNOSIS	THERAPIA	DIAGNOSIS	THERAPIA
Anaemia:	Tab. ferri peptonat. c. ars. Balla Ferarsan tabl. „AUSTRIA“ Gelodurat Blaudi c. ars. „POHL“ Feolathan „GOEDECKE“.	Impotentia:	Rhome „AUSTRIA“
Angina:	Disphagin tabl. „GOEDECKE“	Influenza:	Magnospirin Balla Pyrenol
Angina pectoris:	Diujodin Szöllösi Dispnon „AUSTRIA“ Jodprothemin „GOEDECKE“.	Insomnia:	Neurolin Balla Gelonida somnifera „GOEDECKE“
Arterio- sclerosis:	Diujodin Szöllösi	Leucaemia:	Gelodurat Benzol 0.5 „POHL“
Asthma bronchiale:	Pyrenol Pill. kalii. jod. perennes Szöllösi	Meningitis:	Pill. kalii jod perennes Szöllösi
Blenorrhoea urethrae:	Arhovin capsulae et bacilli „GOEDECKE“ Gelodurat ol. santal „POHL“ Gelodurat Kawa-santal „POHL“	Menorrhagia et Metrorrhagia:	Haemostan
<u>Prophilactica:</u> Stagophor, Vaginol.	Vesicurin syrup et tablettae „AUSTRIA“ Gelonida aluminii subacetici „GOEDECKE“	Neurasthenia:	Neurolin Balla
Cystitis acuta:		Oxyuris vermicularis:	Gelonida aluminii subacetici „GOEDECKE“
Haemorrhoides:	Anorrhhal supp. ung. et puder „AUSTRIA“	Pertussis:	Pyrenol syrup
Hemikrania:	Magnospirin Balla Gelonida antineuralgica	Rheumatismus:	Magnospirin Balla Gelodurat acid. salicyl. „POHL“ Gelopol
Hysteria:	Neurolin Balla Gelodurat Tinct valerian. „POHL“ Valamin	Syphilis:	Gelodurat Kal. jod. 0.5 Hydr. bijod 0.005. Gelocal



Minden gyógyszerárban kaphatók.



Dormiol

Olcsó, megbízható altatószer.

Bevált az álmatlanság minden alakjánál, úgy egészséges, mint betegelműjeknél.
A Dormiolt szívbetegek is jól tűrik. Status epilepticusnál befolyással.

Keresk. készítmény: { Dormiol solut. 1 : 1.
Dormiolcapsulák à 0,5 gr. Nr. VI. } (ered. csomagolás.)
Dormiolcapsulák à 0,5 gr. Nr. XXV. } Dormiol pur.-tól.

Kimerítő irodalmat küld: Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich.



Sebesült katonákat kezelő
intézetek figyelmébe.

A korai funkcionális
kezelés

ma mindenhol keresztül vihető,

mert

9 darab gyógytorna-készülék

az újjak összes ízületeinek, a kéztő, könyök, váll,
csípő, térd, láb kontraktúráinak aktiv, passiv és
ellenállásos kezeléséhez **Korona: 1000.—**

Tessék prospektust kérni!

LOPOS GYULA tornaszer-gyáros

Telefon: 113-44. * Budapest, III., Lajos-utca 60.

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 ezikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

Ossal-ernyő

új átvilágító ernyő, kiválik igen nagyon
erős, világítóerő és a szemcsék nagy
finomsága által.

Nagy fényessége lehetővé teszi kisebb készülékek ered-
ményesebb felhasználását, úgy hogy az átvilágítási időtartam
megrövidíthető. Ez által a csövek kimélődnék és elhárí-
tódik a bőr megégetésének veszedelem.

Éles és kontrasztos képeket ad, érzéketlen a meleggel
és vegyi befolyásokkal szemben és évekig eltart.

Heyden-Folie

Erősítő ernyő Röntgen-felvételekhez,

ismert összehasonlíthatatlan erősítő hatásuk és a szem-
cséknek elgondolható legnagyobb finomsága által.

A Heyden-Folie nem veszti el erősítő hatását hosszabb
használatnál sem, a lemez nem mutat utólag elváltozást vagy a
legközelebbi felvételt megzavaró utófényt, azonkívül lemosható.

Nyomatványok első szakemberek véleményével díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Salit

Gyors fájdalomcsillapító és gyógyító szer
rheumatosisok és neuralgiák
külső kezelésére.

A bőr a Salitot higítás nélkül is tűri.

Javalatok: Izomcsúz, lumbago,
acut neuralgiák, alkoholikus polyneuritis,
tendovaginitis, rheumatikus pleuritis,
könnyű acut ízületi csúz.

SALITUM PURUM 25, 50, 100 gr.-os üvegekben.

Arsenohyrgol

Enesol pótlására.

Ugyanolyan alakban és mennyiségben tartalmaz higanyt és
arsént mint az Enesol. Befecskendezéseknél nem izgató és
jól tűrhető

Antiluetikum

a lues minden alakjának kezelésére, nevezetesen a rosszindu-
latu korai és későbbi alakoknál; különösen bevált metaluetikus
idegbetegségeknek.

Dobozok 10 ampullával à 2 ccm.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

alatt 326 tisztet és 1047 legénységbelit gyógyítottak a nauheimi ismeretes módszer szerint. A tisztek közül 283, a legénység közül 733 távozott hadiszolgálatra alkalmasan.

Bérbe vette a hadikincstár a Kassától nem messze fekvő *ránkfüredi* gyógyfürdőt, lábadozó katonák számára, kik a vashydrocarbonat, natriumhydrocarbonat, natriumchlorid tartalmú geysir vizét használhatták subalpin klímában erősítésükre. El van látva különben ez a fürdőhely physico-therapiás berendezésekkel is. E helyen 16.936 lábadozó katonára fordult meg, kiknek kétharmada szolgálatra alkalmassá lett.

A *klímás gyógyhelyek* közül a *tátralomniczi Palota-szállóban* 100 szoba állott tisztek, főleg magasabbrangúak szolgálatára.

Újtátrafüreden 1915 márczius óta helyez el a katonaság nagyobb részét tüdőcsúcschurutban szenvedő tiszteket. Eddig összesen 957 tiszt, köztük 730 tüdőcsúcschuruttal vette igénybe: 251 gyógyult, harctéri szolgálatra alkalmasan, a többi nagyobb részét javult, helyi szolgálatra alkalmasan távozott.

Az imént felsorolt adatokból kiderül, hogy a magyar gyógyfürdőket elég intensive használtuk ki hadisérültjeink és a háborúban megbetegedett harcosaink gyógyítására. Az országos hadigondozó, a magyar Vörös-Kereszt Egyesület s a hadi kincstár összesen 10 thermalis gyógyfürdőt, hét egyéb forrásokkal rendelkező gyógyfürdőt és kilencz klimatikus gyógyhelyet vett igénybe. A férőhelyek száma összesen 16.422, ezeken eddig 149,935.000 rokkant, hadisérült és beteg katonára nyert kezelést.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Handbuch der Krankenpflege. Unter Mitarbeit der Herren Prof. Tandler, Prof. Schwarz, Prof. Fröhlich, Dozent Adler, Prof. Knöpfelmacher, Prof. Raimann und Dr. Lamberg herausgegeben von Dozent A. Bum. Berlin—Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 12 korona.

A szerző, mint a bécsi egyetem épületében berendezett hadikórház vezetője, rendszeres tanfolyamokat tart ápolók számára. E működése közben merült fel a szükségessége annak, hogy egy a mai megváltozott viszonyokat tekintetbe vevő kézikönyvet állítson össze azok számára, a kik a beteg-ápolással akár önkéntesen, akár hivatásosan foglalkozni akarnak. E cél minél tökéletesebb elérésére előkelő szakembereket sikerült megnyernie, a kiknek közreműködésével elkészült az előttünk fekvő, minden ízében nagyon sikerült munka, a melynek megszerkesztésében vezető elv volt egyfelől az, hogy megadja az ápolónak az anatómiai, physiologiai és pathologiai alapot az észszerű munkálkodásra, másfelől, hogy könnyen érthető legyen, ne adjon sokat, de az okvetlenül szükségeset nagyon alaposan tárgyalja. Vörös fonalként húzódik át a könyvön a törekvés, hogy csak ápolókat képezzen, de ne neveljen kurzuslókat. A sok nagyon szép és jól megválasztott ábra nagyban hozzájárul a nagy hasznót hozni hivatott munka értékének növeléséhez.

Új könyvek.

H. Triepel: Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte. Leipzig, G. Thieme. 7.50 m. — J. K. Holzapfel: Hackenschmerz und Calcaneusenostosen. Würzburg, C. Kabitzsch. 1 m. — H. Schrottenbach: Studien über den Hirnprolaps. Mit besonderer Berücksichtigung der lokalen posttraumatischen Hirnschwellung. Berlin, J. Springer. 7.60 m. — H. Ziemann: Die Malaria. Leipzig, J. A. Barth. 32 m. — A. Bum: Handbuch der Krankenpflege. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 10 m. — J. Schwalbe: Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen. I. Band. Leipzig, G. Thieme. 12 m. — L. Nürnberger: Die sterilisierenden Operationen an den Tuben und ihre Fehlschläge. Leipzig, J. A. Barth. 3 m. — L. Teleky: Aufgaben und Probleme der sozialen Fürsorge und der Volksgesundheitspflege bei Kriegsende. Wien-Leipzig, W. Braumüller. 2 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az arteriosclerosisban szenvedők szédüléséről írott cikkében *Ornstein* közli, hogy a székesfővárosi Erzsébet-szegényház kórházának II. belosztályán szerzett tapasztalatai szerint e nagyon kellemetlen tünet ellen feltűnő jó hatású a papaverin, mint a mely nagyon jól csökkenti a magas vérnyomást, pedig éppen a magas vérnyomás az oka e szédülésnek. Naponként 3—4-szer ad 0.03—0.04 gramm papaverinum hydrochloricumot poralakban vagy *Hoffmann-La Roche*-, illetve *Knoll*-féle tabletta formájában. E kezelésre a vérnyomás néhány nap alatt 30—40 mm.-rel csökkent s ezzel karöltve járt a szédülés teljes megszűnése. 19 esetben e szer egyszer sem hagyta cserben a szerzőt. A hatás a szer használatának abbahagyása után is tovább tart, csak néhány esetben tért vissza hónapok után a szédülés, de papaverin újból való használatára ismét megszűnt. Kellemetlen vagy káros mellékhatást a szerző nem látott. — Állandóan magas vérnyomású arteriosclerosisos betegeken az apoplexia prophylacticuma gyanánt is jó szolgálatokat tehet a papaverin, a mely az eddigi tapasztalatok szerint hosszabb ideig is minden káros hatás nélkül alkalmazható. (Gyógyászat, 1917, 41. sz.)

Sebészet.

Az ízületek fertőzött lövés-sérüléseinek kezeléséről ír *Rosenthal* a darmstadti városi kórház sebészeti osztályán szerzett tapasztalatok alapján. Összesen 78, részint friss, részint régebbi ízületlövést észlelt, közülök 38 volt fertőzött. Eleinte a conservatív eljárással kísérleteztek, minthogy azonban rosszak voltak az eredmények, áttértek a lehető korai kíméletes resectióra.

Friss fertőzött esetén a térden lehetőleg mielőbb resectio végzendő, ha az egyszerű felmetszés nem vezet néhány nap alatt eredményre; a csipőn rögtön resectio hajtható végre; a vállon szintén lehetőleg azonnal resectio végzendő; a könyökön a csonttruncsolás csekély foka esetén ékalakú resectio a trochleából és drainezés; a csonttruncsolás súlyosabb foka esetén typusos, nem nagyon kiterjedt resectio.

Ha a genyedés már *régebben* áll fenn és a beteg lázas, ne próbálkozzunk sokáig bemetszésekkel; a rögtön resectio leggyorsabban vezet eredményre.

Igy járva el, fertőzött térdizület 8 sebesült közül egy sem halt meg s egyet sem kellett amputálni. Könyökgenyedéses 6 beteg közül szintén egy beteg sem halt meg s egyet sem kellett amputálni. A vállizület fertőzött sérülésében szenvedő 12 beteg közül egy az a. axillarisból történt vérzés folytán meghalt, a többi nem kellett amputálni. Fertőzött csipőizület 3 beteg közül kettő jó functionalis eredménnyel gyógyult, egyről még nem mondható végleges ítélet. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 105. kötet, 4. füzet.)

Venereás betegségek.

A salvarsannak a paralysisre és tabesre való hatását tanulmányozta *W. Treupel* (Jena) a jeni dermatologiai klinikán. Tapasztalása szerint a paralysis-esetek salvarsan kezelésre kezdetben igen feltűnően javulnak. Az elért eredmény azonban csak látszólagos, mert a kezelés folyamán végül beáll az az időpont, a mikor a javulást kisebb-nagyobb rosszabbodás váltja fel. Ez az időpont jele annak, hogy a mesterségesen előidézett remissiók vége bekövetkezett, a mikor egyuttal veszedelmes lehet (például apoplexiás rohamok esetén) a kezelés folytatása. A klinika tapasztalása szerint az ily viszonyok között beszüntetett kezelés után egy éven belül a betegek rendesen elhaltak. A szerzőnek az a véleménye, hogy az erélyes salvarsan-kezelés a paralysises egyének életét végeredményben inkább még megrövidítheti. Körülbelül ugyanez áll a tabo-paralysises betegekre nézve is. Ezzel szemben a tabes-esetekben a salvarsan-kezelés jelentékeny

javulást okozhat s fontos, hogy a javulás tartósnak szokott bizonyulni. A paralysis- és tabo-paralysis-esetek tehát csakis a legnagyobb körültekintéssel és gondossággal kezelhetők salvarsannal. A tabeses betegek salvarsan-kezelése viszont minél erélyesebb és minél korábbi legyen. (Berliner klinische Wochenschrift, 1917, 39. szám.)

Guszman.

Gyermekorvostan.

Pirquet új táplálkozás-rendszere. A táplálkozás rendszerének tudvalevőleg a caloria szolgál egységül. Pirquet tanár (Wien) egyszerűbbnek és célravezetőbbnek tartja, ha a caloriás számítás helyett mindenféle táplálékunk physiologiai értékét a női tejhez arányítjuk, mint a mely táplálék egymaga tartalmazza azon chemiai alkotórészeket, melyek szervezetünk felépítéséhez és fűtéséhez szükségesek, úgyannyira, hogy a tej egymaga, legalább átmenetileg, bármely életkorban mint kizárólagos táplálék is megfelel. A mértékegység tehát a caloria helyett a női tejnek 1 grammja volna. (Nem-nevezi: Nahrungs-Einheit Milch vagy Nutritionis elementum). 1 gr. női tej = 1 Nem, 100 gr. női tej = 1 hektone, 1000 gr. női tej = 1 kilone. Minden tápérték a női tejhez viszonyítva fejeződik ki Nemekben, például 1 gr. vaj tápértéke megfelel 12 gr. tejnek = 12 Nem; 1 gr. liszt = 5 Nem. Hogy mennyi táplálékra van az egyes individuumnak szüksége, azt a csecsemő és gyermekkorra vonatkoztatva kiterjedt észleléseiből, a felnőttekre vonatkozólag más szerzők adataiból vonja le a szerző. A számítás alapjául az szolgál, hogy minden embernél van egy maximum, melyet a gyomorbeltractus egy nap alatt még elbír, s egy minimum, mely csak arra elég, hogy nyugalom mellett a testsúlyt éppen fenntartsa.

A két véglet között van az optimum, mely kor, nem, foglalkozás szerint változik. A beltractust tulajdonképpen szűrőnek kell felfogni, melyre a táplálékot felszívódás céljából mintegy kiöntjük; minél nagyobb a szűrő-felület, minél egészségesebb állapotban van, annál többet tud resorbeálni. Az embernél ezen szűrő nagysága, tehát a bélhossz és szélesség és az ú. n. ülőmagasság között bizonyos állandó relatio van. (Ülőmagasság alatt értve egyenesen ülő emberen az ülőfelület és fejtető közti távolságot.) Az ülőmagasság ugyanis $\frac{1}{10}$ része a vékony-, és vastagbél hosszának, és 10-szer oly hosszú, mint a bél átlagos szélessége. A resorbeáló felületet tehát úgyis képzelhetjük, mint oly négyzetszűrőt, melynek oldalhossza az ülőmagasságnak felel meg. Egy felnőtt ember, a kinek ülőmagassága 90 cm., bélfelülete $90 \times 90 = 8100$ cm. négyzet és minthogy az észleletek szerint egy négyzetcentiméter maximalisan 1 gr. tejértéket tud resorbeálni, tehát az összes felszívódni tudó mennyiség 8100 gr. tejérték = 8100 Nem. Egy kétéves gyermek 50 cm. ülőmagassággal $50 \times 50 = 2500$ négyzetcm. felszívó felület mellett 2500 Nem-et tud felszívni maximalisan, illetve 25 adag hektoneket. A minimalisan szükségelt mennyiség tapasztalat szerint az, ha 1 négyzetcentiméterre $\frac{3}{10}$ gr. tejérték, illetve $\frac{3}{10}$ Nem esik. Ezen minimalis mennyiség meleg ágyban, nyugalomban elegendő azon energia-szükséglet fedezésére, mely a szív, a légzés-mozgások, a mirigy-működés végzésére okvetlenül szükséges, a nélkül, hogy a test saját tartalékát kellene igénybe venni, a nélkül, hogy a test súlyából veszítene. Tehát 90 cm.-es ülőmagasság mellett a minimum volna 2430 gr., 50 cm.-es ülőmagasság mellett (2 éves gyermek) 2500-nak $\frac{3}{10}$ része, vagyis 750 Nem. Az optimum a maximum és minimum között van. Egy typhus-betegnél, a kinek a beltractusát kimélni kell, a minimum egyúttal az optimum is lesz; egy súlyosan dolgozó munkásnál vagy egy több csecsemőt tápláló szoptatós dadánál a maximum lesz az optimum. Ezen kivételeket nem tekintve, az optimum $\frac{4}{10}$ és $\frac{7}{10}$ Nem közt váltakozik négyzetcentiméterenként. Például ülő foglalkozást űző felnőttnek $\frac{4}{10}$ álló, nem fárasztó foglalkozásának $\frac{5}{10}$, csecsemőnek, bár fekszik, szintén $\frac{5}{10}$ kell, mert a növekedéshez szükséges ez. Súlyosabb testi munkát végzőnek és játszó gyermeknek $\frac{7}{10}$ kell.

A táplálékszükséglet mindezekután könnyen állapítható meg Nemekben az ülőmagasságból és az egyén foglalkozásából. Vegyünk például egy ülő foglalkozású nőt, szükséglete — tekintve functóját — $\frac{4}{10}$ Nem lesz négyzetcentiméterenként; ha az ülőmagassága 80 cm, akkor $80 \times 80 = 6400$ Nem, ennek $\frac{4}{10}$ része, azaz 2560 Nem a szükséglete. A gyakorlatban 5×5 hektonekre, azaz 2500 Nemre kerekítjük a szükségletet, melyet bizonyos megállapított séma szerint osztunk el az egyes étkezésekre.

Ha például intézetben 100 különböző korú gyermeket kell élelmezni, akkor az összszükségletet úgy kapjuk, hogy minden egyes gyermek ülőmagasságának négyzetét összeadjuk és az összeget a functióból folyó tizednemmelle (az optimummal) sokszorozzuk. Mindezen számítások megkönnyítésére a szerző táblákat készített, valamint arra is, hogy az egyes tápszerek értéke Nemekben kifejezve könnyen leolvasható legyen. A szerző főleg intézeti s tömegtáplálásnál reámutat a zsír és fehérje luxuriosus voltára s kiemeli, hogy ezen anyagok a sokkal olcsóbb s ugyanolyan jól értékesíthető szénhidrátokkal pótolandók. Intézetében a fehérjével és zsírral való takarékoskodás mellett 100 különböző korú gyermeket napi egyenként 1 korona 42 fillérből eredményesen tudott táplálni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 16. szám.)

Vas S. dr.

A habitualis hyperthermiáról értekezik E. Moro, a mely értekezése mintegy kiegészítése a már 1912-ben közölt eredményeinek. Feltűnő ugyanis, hogy sok gyermeknek a végbél-hőmérséke magasabb, mint a rendes, és e miatt úgy a szülők, mint esetleg a gyakorló orvos nem egyszer zavarba jönnek és nem tudják okát adni a hyperthermiának, mert a kissé magasabb hőmérséket semmi klinikai kimutatható tünet nem kíséri. A hyperthermiának okai a végbélben lehetnek, ugyanis ugrálás, járás alkalmával az alsó testfél sokkal nagyobb izommunkát végez mint a felső, továbbá a végbél, a melyet sok vérbő szövet véd a külvilágtól, mintegy el van szigetelve s a benne kifejlődött magasabb hőmérséklet csak lassan egyenlítődik ki. Ezt a szerző tömeges kísérletekkel 25 gyermekben bizonyítja; azt az eredményt érte el 20 percnyi ugráltatással, hogy 25 gyermek közül 22-nek a végbél-hőmérséke a hónalj-hőmérsékkel szemben 1.4° C-kal is emelkedett. Ezt a fajtáját a hyperthermiának physiologiának lehet nevezni. Vannak azonban oly esetek is — a szerző hármát ismertet részletesen —, hol ilyen hyperthermia állandóan állott fenn, a melynek oka valószínűleg a vasomotorokban rejlik. Mindenesetre fontos egyes esetekben a habitualis hyperthermia megállapítása, mert a folytonos, kissé magasabb hőmérséklet fennállása nem egyszer hamis diagnózis (legtöbbször mirigy-tbc.-re gondol az orvos) felállítására vezethet bennünket. (Monatschrift für Kinderheilkunde, XIV. kötet, 4. szám.)

Bókay Zoltán dr.

Tuberculinnal kezelt gyermekek bonczolás-leleteit közli Löwenstein—Brill a wieni gyermekklinikáról. A tuberculin-kezelés javallata mind a gyermek, mind a felnőtt korban túlnyomóan kedvező kórjóslatú esetekben forog fenn. Ezért aránylag ritkán kerülnek bonczolásra tuberculinnal hosszabb időn át kezelt esetek. Kevés ilyen bonczolás-leletet ismerünk és azok is többnyire még 1890—91-ből, tehát röviddel a Koch R. közlése utáni időből erednek, súlyos esetekre vonatkoznak, melyek csak rövid ideig állottak megfigyelés alatt; a tuberculin-adagolással sem voltak akkoriban úgy tisztában, mint ma. Később Engel (Düsseldorf) közölt egy esetet, amelyben egy másfél éves, súlyos tüdőgümőkórban szenvedő gyermek bonczolás-lelete kétségtelenül mutatott kiterjedt folyamatokat, a minőket mi a gyermekkorban ilyen súlyos megbetegedés esetén sohasem látunk. A szerző három tuberculinnal kezelt esetet közöl; az egyikben gégegümőkór, a másikban bélfekélyződés és csontgümőkór, a harmadikban csont- és mirigygümőkór, továbbá az agy solitaer gümője volt jelen. Mindegyikben gyógyulási folyamatokat észleltek, s ezért azon következtetést vonja le, hogy a tuberculin a gümős góczokban természetes gyógyulási folyamatokat válthat ki,

támogathatja és elősegítheti azokat. Ez arra jogosítja fel, hogy a tuberculint, mint a természetes gyógyulást támogató szert, kedvező kórjólátú esetekben a gyermekkorban is ajánlja. (Zeitschr. f. Kinderhik., 16. kötet, 229. l.) *Flesch.*

Húgyszervi betegségek.

Az idősült kankónak és a húgycsőszűkületeknek kezeléséről melegíthető szondákkal ír *Rost* tanár (Freiburg). Idősült kankó 621 esetében használta az eljárást kitűnő eredménnyel. Hetenként 2—3-szor vezet be a húgycsőbe lehető vastag ilyen melegíthető szondát (a Stanger-cég Ulm-ban készíti) 20—30 percze (a közbeiktatott hőmérő átlag 50—55°-ot mutat). A hyperaemizáló hatás folytán a nyálkahártya mélyéből nedváramlás indul meg a felület felé, leukocytákat és bennük gonococcusokat hozva így ki (az utóbbiak előléséről természetesen gondoskodnunk kell bacterium-ölő befecskendőszereknek a szondakezeléssel kapcsolatban alkalmazása segítségével); ezenkívül kifejezett a hatás a nyálkahártya mélyében ülő beszűrődésekre, az elpusztult szövet regenerálódása is elősegített; a magas hőmérséknek végül nyilván van közvetlen károsító hatása is a gonococcusokra. Stricture eseteiben feltűnő a hegszövet megpuhulása és az újból való zsugorodásnak akadályozottsága; a néha mutatkozó kiskokú vérzés nem ellenjavallja a melegíthető szonda alkalmazását. Végül kiemeli a szerző, hogy a melegíthető szonda minden más provocatiós módszert messze felülmúl s ennél fogva a kankó gyógyult voltának megállapítására elsősorban az használandó. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 41. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Makacs malaria ellen *Aufrecht* tanár már több mint 20 évvel ezelőtt ajánlotta az alábbi gyógymódot, a melyre most, az ilyen esetek tetemes megszorodása idejében, újból felhívja a figyelmet. A következő pilulákat rendeli: Rp. Acidi arsenicosi 0.3; Chinini hydrochlorici 5.0; Pulv. rad. liquiritiae 4.0; Succ. liquiritiae qu. s. ut fiant pil. No. 100. E pilulákból naponként 3-szor veendő be 2—2 darab. Ha rendkívül nagy a lép és az erőbeli állapot tetemesen csökkent, a lázrohamok ennél fogva gyorsan szüntetendők meg: a lázas napokon a lázrohamot megelőzőleg 4 órával 0.6 gramm chininum hydrochloricum veendő be és ez néhányszor — összesen mintegy 6 alkalommal — megismétlendő még az esetben is, ha az első adag után nem jelentkezett többé lázroham. Azokon a napokon, a melyeken ilyen nagyobb chinin-adagot kap a beteg, az arsen-chinin-pilulákból naponként csak 2-szer szedendő 2—2 darab. (Berliner klinische Wochenschrift, 1917, 44. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 44. szám. *Reuter Camillo*: A háború szerepe az elmebajok kóroktanában.

Budapesti orvosi újság, 1917, 45. szám. *Zsakó István*: Adatok az izlési hallucinációk keletkezéséről. *Horváth Ferencz*: Az általános orvosi gyakorlatban legfontosabb, mindennapi fülbetegségek.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Nagy Géza dr.-t, Kassa város tisztí főorvosát az országos közegészségi tanács rendkívüli tagjává, *Rabstein Mátys* dr.-t Szabadkán tiszteletbeli főorvossá, *Kapolyi Vilmos* dr.-t (Barcs) és *Zakariás István* dr.-t (Alsócsernáton) tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Parché József* dr.-t Tesöldre körorvossá választották.

Meghalt. *Lorx Sándor* dr., Szepesmegye főorvosa, a szepesi orvos-gyógyszerész-egylet elnöke, 78 éves korában október 30.-án. — *Sigmund József* dr. gyalui járásorvos 75 éves korában október 27.-én. — *Vadász Leó* dr. Nyíregyházán. — *B. Krönig* tanár, a freiburgi egyetem ismert gynaecologusa, 60 éves korában. Az elhunyt tanár neve különösen az utóbbi években lett szélesebb körben ismertté a női nemiszervek daganatainak Röntgen-sugarakkal és radiummal való kezelése kapcsán.

A Nagyváradi városi tüdőbetegrendelő-intézet 1916. évi működéséről szóló jelentést most bocsátotta közre *Grósz Menyhért* dr. főorvos. A jelentkezett betegek száma 1015 volt, a kik közül gümőkórának találtatott 643. Köpetvizsgálat történt 298 esetben, lakásvizsgálat 1089 esetben (volt olyan lakás, a melyben egy személyre 3-6

köbméter levegő jutott!). Segélyezésre (tápszerek, tüzelőanyag, lakás) 9699 koronát fordítottak. Minthogy most volt 10 esztendeje, hogy hazánkban ezen talán első dispensaire-je megnyílt, a jelentés megemlékezik az egész tíz év munkásságáról is; az idevonatkozó adatok közül megemlíti, hogy az első év 191 betegével szemben a 10. év 1015 beteget tüntet fel; az első évben az orvosi rendelések száma 931, a 10. évben 7735 volt; az első évben egy rendelésre 13 beteg esett, a 10.-ben 54.

Katonaorvosi akadémiák felállítását tervezik Bécsben és Budapestben. A bécsi tulajdonképpen felélesztése lenne az 1874-ben feloszlott híres „Josefinum”-nak. Úgy hírlík, hogy csak az elméleti szakok számára rendszeresítenének tanszékeket és állítanának fel intézeteket. Pedig a tapasztalás szerint éppen a klinikai tanszékek azok, a melyeket a tömegtanítás nehézségei miatt kellene első sorban szaporítani.

Hírek külföldről. A Nobel-díj orvosi részét az idén nem adják ki. — Az új orosz koalíciós ministerium közoktatásügyi minisztere orvos: *Salaskin* tanár.

Lapunk mai számához *Dr. Wander r.-t.* Budapest X., Keresztúri-út, 30/32 „Anacot” című prospektusa van mellékelve.

ORVOSOK

kik kérdőívre és címük felvételére igényt tartanak, méltóztassanak becses kívánságukat egy levelezőlapon velünk tudatni. A 28. évfolyamot előkészítő kérdőívek szétküldése már folyamatban van.

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

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diéta-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukor-baj, köszvény), nearastheniások, vérszegények, kimerültek részére. Fogasztó- és hizlító 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-rákpárt 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égéskészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa

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

Diéta-diagnostikus gyógyintézet.

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

Felvételnek 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.

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.

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

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 (XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.) 612–613. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 613. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

A kézközép felhasználása ujjak készítésére.

Barla-Szabó József: A sebészeti inventiónak igen tág tere nyílik a rokkantak sebészetében. Az ily műtéteknél is a Révész-utcai utókezelő intézetnek Verebely tanár által vezetett sebészeti osztályán az a vezető elv, hogy egyfelől minél egyszerűbben operáljanak, másrészt, hogy a viszonyok figyelembevételével a műtét minél többet használjon a rokkant betegnek. Ezáltal a különben egészséges szervezetű, de psychés depressiókra hajlamos rokkantakon nemcsak a physikai, de a szellemi, illetve lelki állapot javulását is lényegesen előmozdítják.

Mindkét bemutatott beteg esete igazolja az előbbieket.

Mindketten a kárpáti téli háborúban lövéses sérülés után napokig a szabadban feküdve fagyás következtében vesztették el kezükön ujjukat.

Az I. sebesültnek lefagyott két lába, lábszára és két kezén minden ujja. Műlábainak elkészültével is összes kezűjái hiányában teljesen tehetetlen volt. Kísérletképen jobb első metacarpusából a musc. opponens pollicis és a musc. adduct. pollicis megtartásával csináltak egy új, pótló ujjat. A beteg ez ujjával gyógyulása után kiválóan kisegítette magát az öltözködésben, evésben, ivásban. Ugyanez időben Verebely tanár egy írásos munkával foglalkozó hivatalnok zászlósnak jobb metacarpusából készített pótló ujjakat, melyek igen jól beváltak. E körülmény folytán és Burkard gráci magántanárnak a „Metakarpalhand“-ról későbbben megjelent dolgozata alapján úgy ezen, mint a másik bemutatott betegen elvégezte a bemutatott az ujjak pótlását a metacarpusokból.

A két betegen a műtét némileg eltérő eredményt adott, a minek oka a kétféle kéz individualis anatomiai viszonyai-ban rejlik. Az eredmények erős ellentétképpen mutatják a várható javulás függőségét a kedvező vagy kedvezőtlenebb anatomiai viszonyoktól. Az eredmény, illetőleg javulás még kedvezőtlenebb viszonyok mellett is feltűnő nagy; e mellett a metacarpus-újjaknak aesthetikai értékük is van.

Az előbb említett I. beteg földműves, ennek megfelelőleg erősen izmos, munkás tenyere volt, melynek rövid, vaskos metacarpusai kizárták karcsu ujjak készítését. A kérges, kemény bőr lebenyek készítésére nem volt alkalmas s a varratok által okozott feszülés folytán a gyengén érzett bőr szélei elhaltak, másodlagosan gyógyultak.

A II. beteg — ki felkarának lövéses sérüléséből származó vérzése miatt 4 napig feküdt öntudatlan a fagyban — fagyás folytán 2 lábszárát és bal kezének összes ujjait vesztette el. Polgárilag építészeti mintázó volt s gracilis, nem eldurvult kezének metacarpusai sebészetileg könnyen izolálhatók voltak. A tenyér gyengén fejlett, puha lágy részei s a bőven érzett vékony bőr kiválóan alkalmas volt plastikai lebenyek készítésére. Az eredmény ezért nála szembetűnőbb. A hüvelyk és kis ujj oppositioja és adductioja ideális és megmaradt két másik metacarpusa is szép excursiókat tud végezni (adductio és abductio). Mint építészeti rajzoló bal kezének pótló ujjával oly jól használja a rajz-sínt, hogy bevallása szerint nem érzi bal kezűjainak hiányát.

A tenyér hasonló sérülései a háború első telén fagyás folytán, ma kézigránát sérülései után gyakoriak. Az ily módon ujjtalanná vált kéz magában mindenre hasznavehetetlen s a tapintása is durva, ezzel ellentétben a metacarpusokból készített kéz használhatósága a hüvelyk és kis ujj oppositioja, ad- és abductioja s a közbeeső metacarpusok segítő mozgása folytán igen kielégítő. Ranschburg tanár vizsgálata szerint a metacarpus-újjakon érzéskiesés nincs, sőt a tenyér

bőrének az ujjakra határolódása folytán a tapintó érzés nem elmosódottan, hanem élesen, pontosan, határolódva tájékoztatja tárgyak megfogásakor a beteget. Szóval az így készített pótló ujjak messze felülmúlják a prothesiseket.

Az egyszerű műtétet localis anaesthesiában és két ülésben végzi. Először eltávolítja a középső metacarpust periostjával. Az e helyütt visszamaradó bőrheg pár hét múlva elég puha és laza arra, hogy ne gátolja a második ülésben az izolált metacarpus-újjaknak bőrlebenyekkel való kényelmes fedését. E két-ülékes eljárás jobban biztosítja a feszülés nélküli sima gyógyulást. Mindenesetre megtartandó az ujjak készítésekor a musc. opponens poll., musc. adduct. poll., aztán a m. opponens dig. V.-i s a musc.-i interossei vol. et dors. Ha az I. és V. ujjon megvan az első phalanx, akkor a m. abd. poll. brev., m. flex. poll. brev. és m. abd. dig. V. sérülése is elkerülendő.

A bemutatott fényképfelvételek s a betegek demonstrálása különféle tárgyak fogásakor élénken igazolják a metacarpus-újjak használhatóságát.

Keratitis conjunctivae.

Mohr Mihály: Húsz évvel ezelőtt írt le Schein Mór-ral együtt egy kóralakot, melynek a fenti nevet adta és mely abban áll, hogy a kötőhártya felső rétegei elszarusodnak. Elkülönítendő a xerostól és a Bitot-féle plaqueoktól, melyek a kötőhártya beszáradásán alapulnak és a kötőhártya elfajulásával járnak. Ez a folyamat, a mely itt fennforog, valószínű elszarusodás, a mint első leírt esetük szövettani vizsgálata igazolta.

A bemutatott eset 20 éves cigány katona, a kinek mindkét szemteke-kötőhártyájának külső részén fehér, fél-négyszögcentiméternyi, szappanszerű habbal fedettnek látszó lemeze van, mely passive mozgékony, súrolásra hámlik. Kímetszést szövettani célból a beteg nem enged meg; de a folyamat azonos az általuk leírt keratosisal.

Öt bonyolult idegvarrat gyógyuló esete.

Ranschburg Pál: A bemutatott tudomása szerint a Kir. Orvosegyesületben eddig gyógyuló musculocutaneus-varrat esete nem demonstráltatott. Épp ezért tartja érdemesnek a következő, több szempontból érdekes esetek bemutatását.

1. B. J. Sérült 1914 december 8.-án. A műtétet a sérültön, kinek radialisa és musculocutaneusa teljesen hűdött volt, Holzwarth végezte a Révész-utcai gyógyintézetnek akkoriban Dollinger vezetése alatt állott egyik sebész osztályán.

A radialison lysis-t, a teljesen szétlőtt, 4 cm. defectust mutató n. musculocutaneuson felfrissítés után varratot végeztek. Az első javulást a bemutatott az osztályára került betegen 16 hónappal a műtét után észlelte.

Ma a radialis működése teljesen helyreállott, a m. biceps s főleg a m. brachialis könyökhajlító funkciója terjedelmét illetőleg 50%, erősségét illetőleg kb. 10%-a az ép oldalnak. Az érzékösség az ideg érző területén (cutan. antebr. lateralis) teljességgel hiányzik. A biceps és brachialis villamással directe nem izgatható, míg ellenben a műtét hegen át az ideg villamos ingerlésével a könyökhajlítás 100%-os kiterjedésben és erősséggel kiváltható.

Ez esetben tehát a varrott musculocutaneus funkciója a mozgást illetőleg igen későn, de minden kétséget kizáró világossággal megindult.

2. B. A. Sérült 1915 november 10.-én. Ezen esetben tökéletes karfonathűdés állott fenn. A 9 $\frac{1}{4}$ hónappal utóbb Verebely osztályán végzett műtétkor (Barla-Szabó) az axillaris kivételével az összes felső végtag-idegek, u. m. a n. radialis, ulnaris, medianus, a musculocutaneus és a cutaneus medialis teljesen kettőlöve találtattak, ezen felül az arteria és vena axillaris is el volt löve. Az előtti idegvégék oly távolságban

voltak egymástól, hogy csakis a *n. radialis* lehetett varrattal egyesíteni, míg a többi idegen a centralis csontokból lehajtott lebennyel *plastikát kellett végezni*. A gyógyulás kilátásait a lehető legcsekélyebbre becsülték. Az eset ma 11 hónapos s pár hét óta mutatja a meginduló gyógyulás első, de kétségbe nem vonható jeleit. Legkétségtelenebb ez a varrott *n. radialis* területén, hol a triceps könyökfeszítő működése igen gyenge erővel, de terjedelmileg kb. 30–40%-ban visszatért, a kéztő feszítése kb. 10–20 százalék (súly ellen) s a brachioradialis is megfeszíthető. — A könyökben azonban súly ellen az alkar kb. 100 fokig be is hajlítja, midőn a brachioradialison kívül a *m. brachialis* megfeszülése is érezhető. A brachialis azonban distalis részletében nem ritkán a *n. radialis* igen finom ágacskáit is beidegzik — a hogy azt bemutató is *Lenhossék* intézetében több esetben kimutatta — s nem zárható ki teljesen, hogy a könyökhajlítást ez esetben a varrat után gyógyuló *n. radialis* említett ágai is elősegítik, a miben különben a brachioradialis is segédkezik.

A musculocutaneus érző működése, villamos vezetőképessége ez esetben teljesen hiányzik, valamint a plasztikán átesett többi ideg valamennyi működése is. Ha a további észlelés folyamán beigazolódnék, hogy a könyökhajlítást csakugyan a musculocutaneus végzi, akkor ez volna az első eset, melyben plastica után a gyógyintézetben eredményt láttak.

3. J. T. Sérült 1915 október 3.-án. E sérültön is — az axillaris nem tekintve — klinikailag teljes karfonathűdés képe állott fenn. A 8 hóval utóbb Verebely osztályán végzett műtétnél a *n. cutan. medialis*on, az axillaris on és a medianuson lysis, a *n. ulnarison*, musculocutaneuson és radialison resectiót és teljes varratot kellett végezni.

A javulás első jelei a 7. hónap végén mutatkoztak. Ma az eset egy éves. A *n. radialis* területén a könyökfeszítés terjedelme 100, annak erőssége 50 százalék. Az alknak könyökben való hajlítása a biceps és brachialis segítségével 100, illetve erejében 70 százalék. A motilitás javulása a varrott musculocutaneus területén tehát közel áll a teljes gyógyuláshoz. Helyreállott a cutaneus medialis hiányzó működése is.

4. Kr. A. Sérült 1915 szeptember 6.-án. Klinikailag a *n. radialis* csaknem teljes, a medianus és ulnaris részleges, a musculocutaneus tökéletes hűdését mutatta. Az eset 7 hónappal utóbb került műtetre Verebely osztályán, midőn is a fasciculus medialis oldása, a fasciculus posterior és lateralis részleges resectiója és varrata végezett.

A javulás első jelei körülbelül 5 hó előtt mutatkoztak. Ma a *n. radialis* túlnyomólag gyógyult, a *n. musculocutaneus* motilitása terjedelmére s erejére is közel 100 százalék, az epikritikás érzés helyreállott (a lokálozás még téves), a villamos ingerelhetőség még hiányzik.

5. A legsúlyosabb a következő eset, melyben R. J.-n, ki 1915 május 24.-én a nyakán kapott lövést, teljes karfonathűdés képe állott fenn. Az eset klinikai vizsgálatát ez esetben — betegségem alatt — Csiky József végezte, a ki a Verebely osztályán 1916 január 24.-én végzett műtétkor is mint neurologus a biopsiában segédkezett. A biopsia a karfonatot alkotó összes gyökök teljes kettélövését mutatta. A bemutató osztályára került sérültön a javulás első jelei ezelőtt 4 hónappal mutatkoztak.

A *n. musculocutaneus* területén az alkar könyökben hajlítása terjedelmét illetőleg tökéletes, erejét illetőleg is elég tekintélyes; a *n. radialis* területén a *m. triceps* motilitása, a *n. cutaneus* antebr. dorsal. érzése, a tisztán érző *n. cutan. antibrachii* medialis területén az epikritikás érző functio javarészt helyreállott.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az autoplastikai és homoeoplastikai transplantatio összehasonlítására volt alkalma Perthes-nek egy esetben, melyet a tübingeni orvos-természettudományi egylet július 9.-én tartott ülésén ismertetett. A 20 éves leányt transmissió

gép teljesen skalpozta. A granuláló felületre a jobb koponyafélén a beteg két évvel idősebb nővérétől vett bőrlebenykeket, a bal koponyafélén pedig magából a betegből vett lebenykeket transzplantáltak Reverdin szerint. Valamennyi lebenyke megtapadt ugyan, epithelképződés azonban csak az autoplastikusan transzplantált lebenyekből indult meg, a homoeoplastikai lebenyek ellenben felszívódtak és körülbelül 3 hét alatt eltűntek.

PÁLYÁZATOK.

223/1917. ig. szám.

A vezetésem alatt álló marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál folyó évi december 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 ételmezéssel javadalmazott másodorvosi állásra Belügyminister úr Öngyméltóságának 118.916. 1917. x. b. sz. rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek. Ezen két évre betöltendő és ennek leteltével két évenként meghosszabbítható állást elnyerni óhajtok 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 nyujtsák be, mert később érkező folyamódványok figyelembe vételét nem fognak.

Marosvásárhely, 1917. október hó 19.-én.

Hints Elek dr., igazgató.

A budapesti állami gyermekmenhelyben a sebészeti osztály másodorvosi állása üresedett meg.

Fizetése a végleges betöltésig napi 6 korona, lakás és I. osztályú teljes ellátás.

Pályázók kérvényeiket a budapesti állami gyermekmenhely alulírott igazgató-főorvosánál nyujtsák be.

Budapest, 1917 november 6.

Szana Sándor dr., udvari tanácsos, igazgató-főorvos.

6300/1917. ki. sz.

Jász-Nagy-Kun-Szolnok vármegye jászágai felső járásában a jákóhalmi körorvosi állás megüresedvén, ezen állásra pályázatot hirdetek.

A kör Jákóhalma és Jásztelek községekből áll, együtt körülbelül 7300 lakossal, a két község közti távolság 3½ kilométer. A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés és 4-szer 200 korona ötödéves korpótlék; 2. 500 korona lakbér; 3. természetbeni fuvar Jásztelek hetenként kétszeri meglátogatására; 4. körülbelül 1000 korona telepórvosi díj; 5. 800 korona a jászberényi munkásbiztosító pénztárnál; 6. a vármegyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási, rendelési, halottkémlési, műtét, távolsági stb. díjak; 7. 800 koronája volt az előbbeni körorvosnak a pusztamizsei uradalomtól.

Felkérem a pályázni kívánó orvos urakat, hogy kérvényüket és esetleges okmányait hozzám folyó évi december hó 5.-éig adják be.

Jászberény, 1917 október hó 31.-én.

A fősztolgabíró.

SZIGORLÓ ORVOS

november 15.-ére a fővárosban alkalmazást keres. Leveleket „Szigorló” jelige alatt, a „Petőfi” irodalmi vállalatához, Budapest, VII., Kertész-utca 16. kér.



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.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

NOVOCAIN

minden izgató tünettől ment
helyi érzéstelenítő.

Legjobb cocain-pótlószer, mely legalább 7-szer kevésbé mérgező, mint ez és 3-szor kevésbé, mint annak pótlószerei. Vízben könnyen oldható, oldatai forralás által sterilizálhatók. Novocain intoxicatiót nem okoz, sem szöveti pusztításokat, vagy utó-fájdalmakat és kitűnő sikerrel alkalmaztatik a helyi érzéstelenítés minden alakjánál, valamint lumbal-, sacral- és visszer-anaesthesiánál.

Oldatok és tabletták különféle adagokban.

ALBARGIN

kitűnő

antigonorrhoeicum

prophylaxishoz és therapiához, erősen bactericid, de mégsem izgató hatású. Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagmosás, idült Hyghmor-üreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban 0,1—2% vizes oldatban. Használata olcsó.

Eredeti phiolákban

50 tabl. á 0,2 gr.

20 tabl. á 0,2 gr.

ALIVAL

sokféleképp használható

jódkészítmény.

Alival-t jól tűrik és úgy belsőleg, mint injectióban vagy kenőcs alakban rendelhető. Legtöményebb szerves jódkészítmény; igen könnyen oldható. Adagja: belsőleg 0,3 gr. többször napjában.

Intramuskulárisan: 1—2 gr. pro die.

Eredeti csomagolások:

10 ill. 20 tabl. á 0,3 gr.

5 ill. 10 amp. á 1 gr.

PYRAMIDON

legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum.

Különösen hatásos fejfájások, neuralgiák, különösen trigeminus-zsábák, hátgerinc-bajosok lancináló fájdalmainál; sikeresen alkalmaztatott asthmás rohamok megszüntetésére, scotoma-scintillánál és hőszámi zavaroknál, mindennemű láz ellen, különösen typhus, gümőkór, influenza ellen, stb.

Adagja felnőtteknél: 0,2—0,3—0,5 gr.

Gyermekeknél: 0,02—0,05—0,15 gr.

Eredeti phiolák: 10 tabletta á 0,3 gr.

Eredeti doboz: 20 tabletta á 0,3 gr.

Eredeti üvegcsé: 20 tabletta á 0,1 gr.

Eredeti üvegcsé: 100 tabletta á 0,1 gr.

Salicylsavas Pyramidon

Pyramidon salicylicum.

Zsábák, köszvény és csúsz ellen (0,5—0,75 gr.)

Eredeti üvegcsé: 21 tabletta á 0,25 gr.

Savas kámphorsavas Pyramidon

Pyramidon bicomphoricum.

A phthisikusoknál láz és izzadás ellen (0,75—1,0 gr.)

Eredeti üvegcsé: 25 tabletta á 0,25 gr.

Irodalom és minták az orvos uraknak rendelkezésére állanak.

NIRVANOL

iz nélküli

hypnotikum.

Mindennemű álmatlanságnál javalt. Könnyebb eseteknél, vagy tisztán ideges álmatlanságnál 0,25—0,5 gr. elegendő; csak makacs álmatlanságnál fokozandók az adagok 0,75—1 gr.-ig. Nirvanol lehetőleg forró folyadékokban adandó.

Eredeti csomagolás:

10 tabletta á 0,5 gr.

10 amp. á 4 ccm.

MELUBRIN

a salicyl javított pótlószere

annak mellékhatásai nélkül.

Különösen javalt polyarthrit, rheumatica acuta, valamint izületi- és izom-csúsz sub-acut és idült alakjainál, lumbago, ischiásnál. Nehéz eseteknél igen eredményes az 50%-os Melubrin-oldatnak intramuskuláris, illetőleg intravenosus befecskendezése.

Adagja 3—4-szer naponta 1—2 gr.

10 tabl. á 1 g. vagy 20 tab. á 0,5 g.

25 tabl. á 1 g. vagy 50 tabl. á 0,5 g.

10 amp. á 2 ccm.

5 ill. 10 amp. á 4 ccm.

HEXOPHAN

iz nélküli

antiarthritikum

köszvény és oly betegségeket, melyeknél a húgysav szerepet játszik, gyorsan és tartósabban befolyásolja, mint a phenylchinolincarbonsav és a salicylsav; Hexophant nagyon jól tűrik.

Adagja: 3-szor napjában 1 gr.

subcutan 0,5 gr.

Hexophan-tabletta, á 1 gr. dobozokban 10 ill. 20 darabbal.

Hexophan-nátrium vízben oldható injectióra.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markuszovszky 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 KÖZLEMÉNYEK

Makai Endre: Vérzéscsillapítás szabad izomdarabokkal. 615. lap.

Udvarhelyi Károly: A koponyasérülések után jelentkező mutatósi eltérések és a nagy agyvelőkéregnek tonusgátló hatása közötti ok-összefüggésről. 617. lap.

Leitner Fülöp: Közlemény a laibachi cs. és kir. 5. sz. kórház kórházából. (Kórházparancsnok: Zornáth Sándor dr., ezredorvos.) Új eseten egyenlő heveny gyomorhurutot társult súlyos cholaemiás intoxicatio és 4 hóval utóbb kezdődött heveny myelitis disseminata. 619. lap.

Somogyi Rezső: Közlemény az Országos Hadigondozó-Hivatal rózsahégyi gyógyintézetéből. (Vezető-főorvos: Róth Miklós dr., ezredorvos, belklinikai tanársegéd.) Adatok a benzol-therapiás alkalmazásához. 620. lap.

Péteri Ignác: A gyermekek zenei oktatásáról. 621. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosok. Bacmeister: A tüdőgümőkórosok lázának kezeléséről. — Sebészeti. Fogás: Dysenteria-recidiváról műtét után. — Koennecke: Az alkoholbefecskendezés a Gasser-dúcba. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatról: Jaeger: Laneps. — Friedmann: Dysenteria. — Szembőlcsök eltávolítása. 622—623. lap.

Magyar orvosi irodalom. 623. lap.

Vegyes hírek. 623. lap.

Tudományos Társulatok. 624—625. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vérzéscsillapítás szabad izomdarabokkal.

Makai Endre dr., kórházi sebész-főorvos.

A tamponálás a vérzéscsillapításnak nem éppen tökéletes, de egyes esetekben elkerülhetetlen módja. A lekötés, körülöltés sokszor egyáltalában nem vezet célhoz; a fonál átvág a tömött, de még sem ellenálló szövetállományon (parenchymás szervek, főleg máj, lép, lobosán infiltrált szövetek) mint a drót a szappanon, máskor hiányzik a szöveteknek megfelelő consistentiája, mely a lekötsést megtartani tudná (agy, friss sarjszövet) s az átvágó fonalak nyomán újabb szövetroncsolás, újabb erős vérzés támad. A vérző erek oly finomak lehetnek, hogy a lekötséskor a legnagyobb óvatosság mellett is kikerülhetetlen kis vongálás elegendő újabb érsérülés létesítésére (a fagy agyburkok erei). Máskor a vérző szövet állománya (csont) vagy a bonyolult viszonyok (agy, sinusok, mélyen fekvő vérzések) teszik lehetetlenné a lekötsést, illetve aláöltést.

A sebpattintással (gáze) való helyesen alkalmazott erős tömésel ügyességgel kivétel nélkül sikerül csillapítani a leg-erősebb vérzést is. A sebpattintat hálozata a reá lecsapódó vértörmelékekkel és fibrinrecézettel együtt provisóriusan elzárja a vérző erek ürítet, majd a fibrinrecézet lassankint felszaporodva befolytatódik az ér lumenekbe is és ezeknek később szervülő definitív thrombosisára vezet. Hogy azonban ez bekövetkezhesse, a tömőanyagának állandóan és közvetlenül kell érintkeznie a vérző felülettel; ha a tampon és a vérző felület közt rés van, akkor a vér ide ömlőve elsodorja a kicsapódó fibrinszálat; a sebpattintat a vér levezetésére fog szolgálni a vérzés-csillapítás helyett. A megfelelően alkalmazott, a vérnyomást ellensúlyozó tömésel mellett ez lehetetlen. Ha egyébként a nyomás alkalmazása kivihetetlen, attól sem kell visszariadnunk, hogy a tömésre szolgáló pattintat a lágyrészeknek feletté való összevarrásával elsüllyesz-
szük. 1915-ben volt alkalmam egy olyan esetet közölni, melyben anonyima-vérzést is sikerült ily módon csillapítani. A pattintattampon ilyen elsüllyesztése azonban természetesen azzal a kellemetlenséggel jár, hogy azt 4—5—8 nap múlva újabb beavatkozással kell eltávolítanunk s a visszamaradt ür telődése rendszerint huzamosabb időt vesz igénybe.

A legtöbb esetben természetesen teljesen elegendő a nyílt tamponálás, a melynek azonban a gyógyulási folyamat érthető elhúzódnán kívül egyéb hátrányai is vannak:

Egyik ilyen hátrány az, hogy a tampon a kívülről befelé való másodiklagos sebfertőzésnek tág teret nyit. Nem lényeges ennek a fontossága olyan helyeken, ahol néhány nap alatt a sebür egy sarjszövetfőv által elhatárolódik a közvetlen környezettől, például hasúri vérzés eseteiben stb.; másképpen áll a dolog például az agynál, vagy olyankor, mikor valamely műtetet a vérzéscsillapítás miatt kell felfüggeszteni s annak folytatása, illetve befejezése steril sebviszonyokat feltételez.

E probléma főleg a correctiv műtéteknél újabban mind gyakrabban alkalmazott szövetátültetéseknek bír különös jelentőséggel, mert ismeretes, hogy a transplantált szövet megmaradására elsőrangú fontosságú a vérzés előzetes tökéletes csillapítása; a szabad vérrel körülvevő átültetett szövet életképessége s a környezettel való összenövése tudvalevőleg nagyon is kérdéses.

Eiselsberg volt az, ki a német sebészársaság 1912. évi gyűlésén az elsüllyesztett vagy elvesztett tamponokat (verlorene Tampone) ajánlotta. Ha vérzés miatt az agyműtetet félbe kellett szakítani, a sebtől gaze- vagy fascia-darabakkal tömte ki, melyeket a második ülésen távolított el.

Élő szövet alkalmazása által adva van azonban annak a lehetősége, hogy az élő tömőanyagot véglegesen bennt-hagyhassuk a vérzés helyén s a gyakorlat megmutatta, hogy ez valóban biztos sikerrel, minden utólagos veszély vagy kellemetlenség nélkül keresztül is vihető.

A különféle kísérletek és közlemények dacára ez elv gyakorlati alkalmazása még nincs teljesen és fontosságához mért sokoldalúsággal kiaknázva, s e közlemény célja néhány lehetőségre különösen felhívni a figyelmet.

Definitív elsüllyesztendő tamponálás céljaira, mint könnyen hozzáférhető és a szervezet kára nélkül kölcsönözhető anyag, az izomszövet, zsírszövet és fascia jöhet szóba. A vérzéscsillapítás mechanikai componense, az ellennyomás alkalmazása látszólag mindháromnál egyforma. Grekoff, Ohkouchi szerint az izom is kizárólag így hat. De ebből a szempontból vizsgálva is főleg az izom az, mely sajátosságainál fogva a legfigyelemreméltóbb. A zsírszövet, melyet főleg Jaquin és Hulse ajánlott vérzéscsillapításra, puhább, kevésbé ellenállóképes, rugalmassági határa nagyobb lévén, nyomást kevésbé tud közvetíteni. Az iniszövet, helyesebben a bonye lapszerű képlet lévén, csak összegyűrve alkalmazható s az egyes felszínek közt helyet adhat a kiömlő vérnek.

Főntos jelentősége van a használt anyag fizikális sajátosságainak is; a zsírszövet felszíne tükörsima, tapadásra, összenövésre kevésbé alkalmas. A zsírnemű anyagok véralvadást

gátló tulajdonsága ismeretes, csak utalunk arra, hogy a vér-alvadás késleltetésére az üveg-edények falát zsír- és anyagokkal vonjuk be. A sima, fénylő bőnye is hasonlóképpen viselkedik, ellenben az izom tapadó volta lényegesen megkönnyíti a vérző erek provisorius elzárását.

Az izomszövetnek a zsírszövet feletti ezen előnyét a gyakorlat is bizonyítja. *Ohkochki* kísérletei szerint a zsírszövetnek vérzéscsillapító hatása jóval gyengébb az izoméénál. *Lexer* és *Rehn*, kik duradefectusok pótlására ajánlották a zsírszövet szabad transplantációját, utánvizsgálatoknál mint fontos előnyt azt találták, hogy a zsírszövet a felsebzett agyfelszínnel nem forrad össze, hanem sima felszínével mint különálló lemez marad meg. Újabban *Nieny* közölte egy esetét (*Centralblatt für Chirurgie*, 1917, 6.), melyben egy agydefectus kitömésére szabad zsírlebenset használt; 18 nap múlva a kitömés daczára másodlagos súlyos agyvérzés támadt, mely a beteg halálára vezetett és *Borchard* is kiemelte, hogy tehát a zsírszövet nem tudta a secundaer vérzést meggátolni.

Vajjon az izomszövet vérzéscsillapító hatásában szerepelnek-e *chemiai* illetőleg *biológiai tényezők*, az teljesen tisztázva nincs. *Pamperl* (*Schloffer*) azt tartja, hogy a véralvadási létesítő enzimek, thrombinok hatását elősegíti. *Schloffer* éppen a thrombokinetikai képesség fokozására még meg is zúzza az izmot, a mi által az izom mindenestre könnyebben megtapad. Lehet, hogy hasonló szempontok vezetik *Küttner*-t is akkor, midőn apró, körömnagyságú izomszeletek tömegét alkalmazza a vérzéscsillapításra. Részemről különös előnyét az izom *megzúzásának* nem láttam, apró darabcskák helyett jobban szeretem egy tömegben alkalmazni az izmot, még pedig azért, mert plasticitásánál fogva éppúgy alkalmazkodik a betöltendő űr alakjához, mintha darabokra szelik, másfelől a mechanikai, nyomó hatás egy tömegben jobban érvényesül. Hogy az izom vérzéscsillapító hatásának valamelyes vegyi-életani oka is lehet, azt két rendkívül érdekes észleletem bizonyítja. Mindkét esetben kivérzett hydraemiás egyéneken az elállítandó nagy vérzésen kívül egyidejűleg hatalmas tenyérszárjafelületekről is bőséges diffúz vérzés állott fenn. Az izomszövetnek kivágása és az elsősorban elállítandó nagy vérzés helyére való alkalmazása után ezzel együtt egyszersmind a sarjadzó felületek diffúz vérzése is egy csapásra megszűnt.

Kérdés, mi a vérzéscsillapítás céljából elsüllyesztett izomszövet további sorsa a szervezetben.

Tulajdonképpen hibás dolog vérzéscsillapítás céljából eszközölt izom-átültetésről beszélni. Transplantatio alatt *Marchand* correct definitiója szerint a szervezet valamely élő részének a szervezet más helyéhez, esetleg más szervezetbe való *odanövése*, illetve benövése értendő, más szóval a transplantatumnak, mint a szervezet most már integráló részének, tovább kell élnie.

Noha *Gluck* és *Helferich* szabad izomtransplantációs kísérletei klinikailag sikeresnek voltak mondhatók, az összes experimentalis vizsgálók (*Magnus*, *Volkman*, *Baldassari* és *Finotti*, *Brunn*, *Saltykow*, *Caminiti* és *Carere*, *Garré*) egyöntetűen nagyon skeptikusak az eredményekkel szemben. Igaz, hogy *Zielonko* már 1874-ben kimutatta, hogy az áthelyezett izomdarabokban a rostok magjai megszaporodnak, *Ribbert* nyirokmirigyek szűrési csatornájaiba átültetett izomdarabokon nem nekrosist, hanem visszafejlődést (*Rückbildung*) talált, végül *Saltykow* környezetével együtt átültetett izomdarabokban (patkányfarkrészekben) nekrosis mellett regenerációs jelenségeket állapított meg. De végeredményben az átültetett izom-lebeny minden esetben elpusztul, nekrotizál s hegszövettel helyettesítetik. *Jores* tanítványával *Schmid*-del együtt a *Roux*-féle functionalis ingerlés elvét kísérte meg izomtransplantációknál alkalmazni, *Askanazy* pedig tanítványával *Rojdestvensky*-vel együtt idegállomány közelébe, a koponyafübbe és agyba helyezett izomdarabkákat. Bár regenerációs formák kifejezettebben és nagyobb mértékben voltak konstatálhatók, az izomszövet életben maradását nem érték el.

Az áthelyezett izomszövet ezen feltartóztathatatlan pusztulása miatti aggályok készítették *Kocher*-t, *Wrede*-t és másokat

arra, hogy határozottan ellenezzék a szabad izomlebensnek a vérzéscsillapítás céljából való alkalmazását, illetve a vérzéscsillapítás után az izomlebensnek elsüllyesztését.

Hogy emberen a vérzéscsillapítás céljából alkalmazott izomszövet sorsa ugyanaz, mint a fenti állatkísérletekben, azt egy esetem bizonyítja,¹ mely kiválóan alkalmas arra is, hogy az izomáthelyezés használhatóságát illetőleg felvilágosításokat adhasson.

L. M., 22 éves honvéd, 1916 április 19.-én került Augusztai barakk-kórházbeli osztályomra a bal homlokcsont lövésű sérülés által okozott 7×3 cm. nagyságú csontdefectusával s kétoldali kétökölnyi sipolyos, elgenyvedt nyakmirigypaquetekkel. Miután az ismételt feltört genyvedő koponya-defectus teljesen begyógyult, a nyak-mirigyek *Calot* szerinti kezelésre jórészt visszafejlődtek s a sérült erőbeli állapota valamennyire helyreállt: 1916 október 31.-én a homlok spontán és érintésre is erősen fájdalmas csontdefectusának plastikai fedéséhez láttam.

A homloktáj közepétől kissé balra fekvő koponyanyaghiányt akként tártam fel, hogy a 6 cm. hosszú, 1½ cm. széles, lapos, behúzódt, erősen lüktető bőrheget babérlevél alakjában körülvágtam. A csontdefectus szélei egyenetlenek, ezeket Luer-rel felfrissítettem s egyszersmind számos apró lövedékszilánkot távolítottam el. A bal homloklebens elülső pólusán a dura teljesen hiányzik; az ezt helyettesítő heg erősen kifeszült s alatta egy jókora tyúktójsznyi, arachnoidalis cystára bukkanunk, mely víztiszta folyadékot tartalmaz. A tömlő elülső falzatát eltávolítjuk, mire a hegből, még inkább a tömlő mélyéből, a lamina cribrosa tájáról erős vérzés indul meg, melyet egyelőre gaze-tamponnal csillapítunk. Most a bal sipcsont belső elülső felszínéről a koponyacsontdefectus nagyságának megfelelő kétujjnyi széles, 6 cm. hosszú, 2—3 mm. vastag csontperiost-lebenyt vésünk ki.

Visszatérve az agyhoz, a gázcsik óvatos eltávolítása után újabb erős vérzés indul meg. Ennek csillapítására s egyszersmind a reszekált falu cysta helyén keletkezett holtűr megszüntetésére s a transplantálandó csontperiost-lebeny alapárnázására a lábikra-izomzatból 6 cm. hosszú, 3 cm. vastag, hengerded-lebenyt vágunk ki s a tömlő helyére teszszük, mire a vérzés kb. ½ perczig tartó nyomás után tökéletesen eláll. A csontperiost-lebenyt a csontthártyával kifelé néhány csomós catgut-varrattal a pericraniumhoz rögzítjük, a bőrszeleket alápraeparálva összetoljuk s csomós selyemvarrattal egyesítjük.

Négy napig 38.4 C°-ig emelkedő lázak daczára prima gyógyulás, a csontlebensnek teljes szilárd megtapadása és egyesülése. A beteg egészen 1917 január 20.-áig kifogástalanul, teljesen jól érezte magát, ekkor reggel ½6 órakor heves epilepsziás görcsei jelentkeztek, melyek délig megszakítás nélkül tartottak. A délelőtti órákban *Donáth* tanárral tartott consilium alapján a status epilepticus miatt az azonnali feltárára szántuk el magunkat. A transplantált csontlebens tökéletesen összeforrott a környezettel, kivésése meglehetősen erőfeszítéssel sikerült csak. Legnagyobb meglepetésünkre a három hónap előtt behelyezett izomlebens eltűnt, helyén az első műtétnél talált leletnek teljesen megfelelő cysta volt. A cysta elülső falát eltávolítottuk, helyére egy a bal czombból vett szabad fascia-zsírlebenset helyeztünk, a bőrt bevarrtuk. Prima sebgyógyulás, a sérült azóta rohammentes.

A második műtétnél eltávolított tömlőfalból készült szövettani metszeteken az izomszövet sorsa jól tanulmányozható. Regenerációs jelenségeknek, magfelszaporodásnak nyoma sincs, egyes területeken azonban még tökéletesen conservált izomállomány látható (3 hónap múlva!) jól kivehető struktúrával, harántcsíkolattal. Ezen legeripheriásabb zónától befelé az izomrostok megduzzadása, a harántmetszetnek 3—5-szörösére való megnövekedése látható, az izomrost-állomány egynemű, vagy finoman szemcsés. Ér- és sejt-dús sarjszövet túlul az egyes izomrostcsoportok közé, azokat

¹ Bemutatva a Budapesti kir. Orvosegylet 1917 jan. 20.-i ülésén.

kisebb szigetekre bontja s egyik-másik ilyen szigetben már alig van jelezve a harántcsíkos rostok típusos elrendeződése. A sejtdús sarjszövet sejtjes alakelemeit főleg epitheloid-sejtek és lymphocyták teszik, egyes helyeken gömbsejtes infiltratio is konstataható. Számos pigmentrögökkel telt nagy sejt és polynuclearis leukocytá is látható; óriássejtek és plasma-sejtek hiányzanak. Egy további zónában a sejtdús friss sarjszövet sejtiszegény kötőszövetbe megy át, míg a legbelsőbb zónát hyalin degenerációt mutató kötőszöveti rostok csaknem sejtmentes rétege alkotja.

Nyilvánvaló, hogy az átültetett izom lassankint lefolyó steril nekrosissal esett áldozatul s a felszívódási termékek okozták az első műtét utáni hőemelkedéseket. Különösen kiemelendő a *gényes szétesés*, a *colliquatio*s nekrosis teljes hiánya. Éppen az a fontos, hogy a szövetpusztulás *feltűnő lassú* s vele lépést tart a sarjszövet fejlődése, mely lépésről-lépésre eltakarítja a pusztulásnak indult részeket. Vérzés-csillapítás szempontjából tehát *nagyobb* izomrészek is bátran, aggály nélkül használhatók, ürpótlásra azonban az izomszövet nem alkalmas; nem pedig azért, mert successive felszívódhat a nélkül, hogy megfelelő mennyiségű hegyszövet által pótolatnák. E tulajdonsága azonban egyszersmind kiváló előnyt is jelent, mert *nem* kell félnünk attól, hogy a pusztuló izomszövet állandó nyomást okozó, nagyobb hegképződésre vezet s így aggály nélkül alkalmazhatjuk nyomás kifejtése mellett is pl. intracranialis vérzések csillapítására abban a tudatban, hogy a fokozatos szövethalál és felszívódás nyomán a túlnyomás is fokozatosan meg fog szűnni. E körülményt klinikai észleleteink is határozottan bizonyítják.

A klinikai észleletek megdöntik azt az elméletileg jogosult feltevést is, hogy az elhaló és széteső izomtömeg baktériumok számára igen kedvező táptalaj lévén, fertőzések, szövődmények veszélyével fenyeget.

Nagyszámú eseteink közül egyetlen egyszer sem volt alkalmunk ilyenmő complicatiókat észlelni, noha elvből mindig egy tömegű, nagyon sokszor hüvelykujnyi és annál nagyobb izomdarabokat alkalmaztunk. Sőt sajátosságoképpen olyankor sem láttuk az izomszövet gényes szétesését s e révén a fertőzés súlyosbodását, mikor a vérzéscsillapítás céljából egyenesen fertőzött területre helyeztük és súlyosztottuk el az izomszövetet. E tény okát illetőleg utalhatunk fent leírt esetünk szövettani elemzésére. Nincs tehát indokolva *Franke* azon javaslata, hogy az izomszövet specialis vérzéscsillapító hatása ellenére a fertőzés veszélyének elkerülése kedvéért *Eiselsberg*, *Unger* és *Bettmann* eseteinek megfelelően inkább fasciát alkalmazzunk, mint a mely szövet a baktériumokkal szemben ellenállóbb.

(Folytatása következik.)

A koponyasérülések után jelentkező mutatósi eltérések és a nagy agyvelőkéregnek tonusgátló hatása közötti oki összefüggés.

Irtó: *Udvarhelyi Károly* dr., műtő-fülvorvos.

A koponyát ért sérülések (srappell, fegyvergolyó, gránát-szilánk, kardvágás, lövőgolyó stb. által) legtöbbször kisebb-nagyobb mértékben az agyvelőt is sértették. Ezen agyvelő-sérülések a szervezet működésében sokszor durva (hűdések, reszketés, görcsök), de sokszor alig észrevehető elváltozásokat, kieséseket okoznak. Ilyen finomabb elváltozások közé tartoznak az úgynevezett mutatósi eltérések. Ezek abban állanak, hogy a valamely irányban kinyújtott karok, ha a betegek látását szemük behunyásával kikapcsolatjuk, nem maradnak meg eredeti helyzetükben, hanem helyzetükből kimozdulnak és a szándékolt iránytól eltérnek.

Ezen eltéréseket már többen megvizsgálták. Így például *G. Stiefler*¹, ki 55 koponya-sérültet vizsgált meg Przemyslben, közülök többet *Bárdny* ellenőrzésével. Ezen esetek jó része áthatoló lövési sérülés, melyek közül sokban a labyrinthus is ronesolva volt, továbbá az agykamarákba és a kis agyvelőbe is behatoltak a lövegek; e mellett olyanok is

lehettek közöttük, melyekben a gyógyulási folyamat még nem fejeződött be. Ez lehet a magyarázata annak, hogy sok esetben a *Stiefler* vizsgálata más eredményt adott, mint az enyém. Így például a homloklebenyt ért sérüléseknél egyáltalán nem talált *Stiefler* félremutatást. Továbbá a fülkagyló tapadási helyének a felső szélétől a protuberantia occip. ext.-ig húzott vonal közepén levő sérüléseknél, a melyek a nyakszirt-csontra esnek, csak az ugyanazon oldalon levő karon tapasztalt befelé irányuló félremutatást, s ezt azzal magyarázza, hogy ez a tájék a kisagyvelő lobus semilunarisával közlekedvén, ez utóbbiban vérzés jött létre, s miután a kar kifelé való mozgásának itt levő centruma ez által megbénul, a befelé való mozgás jut túlsúlyra. Én (és mint alább látjuk *Goldmann* is) az ugyanezen helyen levő és már régebben gyógyult sérüléseknél éppen ellenkezőleg kifelé láttam eltérni az ugyanazon oldalon levő kart, mely irányt a másik kar is követte. A koponya egyéb részeit, különösen az oldalfalcsontot ért sérüléseknél előforduló félremutatásokra nézve *Stiefler* véleménye az, hogy azok teljesen rendszertelenül és kiszámíthatatlanul bármely irányban jelentkezhetnek.

*R. Goldmann*² azt hiszi, hogy az egy- vagy kétoldali kifelé vagy fel- és lefelé irányuló félremutatás, vagy ezeknek a kombinációja, az affectio centralis helyzetét jelenti, legyen az a kisagyban, vagy a nyúltvelő mélyebb részeiben. Míg a koponya hátuljának vagy ritkábban más koponya-tájéknak a sérüléseinél előforduló azon félremutatásokat, melyek mindkét karban jelentkeznek, még pedig rendszeren a sérülés oldala felé, összekötve ugyanazon oldalra való esési hajlammal, a labyrinthus vagy általában a vestibularis pálya sérüléséből származottnak tekinti. Az ilyen eredetű félremutatások irányára a labyrinthus calorikus izgalomával befolyást gyakorolni nem lehet, s e mellett reactiós nystagmus sem jelentkezik. Ha azonban a calorikus izgalomra rendes nystagmus áll elő, akkor a kisagyvelő vagy a *Deiters*-féle magvak sérülését veszi fel. Ezen magyarázat sem áll ki minden kritikát, mert sokszor felületes sérüléseknél is találhatunk ezekhez hasonló jelenségeket.

Én már 1914 óta különböző budapesti és újpesti hadi kórházakban, legutóbb a m. kir. rokkantügyi hivatal Tavaszmező-utczai, illetőleg Munkácsy-utczai továbbkezelő intézetében, nagy számú (62) koponya-sérültet vizsgáltam meg. A mutatósi eltéréseket majdnem minden esetben megtaláltam. Tapasztalásom szerint a félremutatások a labyrinthus és a kisagyvelő sérülésein kívül tisztán a nagyagyvelő sérüléseinél is jelentkezhetnek. Különös céltom lévén a nagyagyvelő felületének az izomzat tonusára való hatását tanulmányozni, azon eseteket válogattam össze, melyekben a statikus labyrinthus és a kisagyvelő sérülését kizárhattam. Mivel pedig a szomszédos részeknek a lobos vérbőség vagy nyomás okozta működési zavarát is kiküldni óhajtottam, lehetőleg már régebben gyógyult eseteket vettem figyelembe, melyekben a localisatióra nézve tisztább képet nyerhettem.

Hogy a vizsgálataimban milyen szempont vezetett, azt a következőkben fejtem ki.

Az már tisztázott dolog, hogy az egyik statikus labyrinthus izgalomból származó félremutatások a karizomzat tonusának az egyenlőtlenségéből keletkeznek, még pedig úgy, hogy az izgatott labyrinthus oldala felé eső izmok tonusa fokozódik, és e miatt a kinyújtott karok ugyanezen irányban mozdulnak el. Azt is tudjuk, hogy a vestibularis izgalomból származó félremutatások csak akkor hívhatók elő, ha azokról nincs tudomásunk, vagyis nem látjuk azokat. Ellenben ha a vizsgálat alatt szemünket nyitva tartjuk, akkor kimaradnak.³ Ebből azt lehet következtetni, hogy az öntudatunk székhelyének, a nagyagyvelő kérgének olyan képessége van, a mely a vestibularis izgalomból származott tonus-különbözetet meg tudja szüntetni. Ez a hatás kétféle módon képzelhető el: vagy úgy, hogy a centralis gyirusokból a lobor-pályákon keresztül a gyengébb tonusú oldalra kiegyenlítő erejű izomösszehúzódat eredményező inger bocsátatik a megfelelő izmokhoz; vagy pedig úgy, hogy a nagyagykéreg ismeretlen

helyéről a fokozott tonusú izmokhoz tonus-csökkentő impulzus áramlik, és így történik a kiegyenlítés.

A nagyagyvelőnek tonus-csökkentő képességét már régen ismerjük. Így például Schönborn⁴ azt írja 1909-ben, hogy „Bestehen zwischen Grosshirn und Vorderhornen zweifellos auch hemmende Einflüsse, da bei Unterbrechung dieser Leitung der Tonus steigen kann“. Sherrington⁵ kísérletei közben azt tapasztalta, hogy ha valamely emlős állat nagyagyvelőjének a féltekéit eltávolította, kevés idő múlva annak a törzs-, nyak- és farok-izmaiban, továbbá végtagjainak a proximalis részeiben izom-merevség áll elő (decerebrate rigidity). Ezen merevség néha nem volt elég kifejezett. Ilyen esetekben a merevséget erősen fokozni tudta azzal, hogy az állat végtagjait behajlította. Ezen utóbbi erősödés nem váltódott ki, sőt a meglevő merevség is megszűnt, ha a gerincz-agyi hátulso gyököket átvágta. Horsley és Thiele⁶ azt tapasztalták, hogy ha a thalamusnak a legcaudalisabb részét harántul átmetszették, az már elég volt arra, hogy a Sherrington által a nagyagy-hemisphaerák kiirtása után észlelt merevséget létrehozzák, sőt a merevség legerősebb mértékben és késedelem nélkül akkor állott be, ha a hátulso ikerestet metszették át. A további metszések után is változatlanul fennmaradt az izmok merevsége addig, míg a Deiters-féle magvakat nem érte az átmetszés. Ekkor azonban azonnal megszűnt. Megszűnt akkor is, ha a Deiters-magvakból a gerincz-agy felé húzódó rostokat átmetszették. Thiele kísérletei alapján felvette, hogy az izom-tonus központja a Deiters-magvakban van, ide azonban egy frontális, valószínűleg a thalamus caudalisban levő centrumból gátló rostok jönnek. Edinger, Wallenburg és főképpen Schimanazono⁷ azt találta, hogy ezen gátló központ valahol az ikerestek alatt van, valószínűleg a sisak (Haube) ganglionában. Innen ugyanis degenerative egy hatalmas köteget tudtak a kisagyvelő kérgéig követni. Ha ezen köteget átmetszették, akkor a homolateralis tonus azonnal fokozódott.

Edinger⁷ 1912-ben galambokon végzett elmés és pontos kísérleteivel a következő eredményre jutott: a statotonus, a rendezett izom-feszülés, a mely a testtartásra és a járásra szükséges (megkülönböztetendő az egyes izmok tonusától, melynek a gerinczagy elülső szarvaiban is van központja), az inakból és az ízületekből jövő kisagyvelőbeli receptiókból keletkezik, melyekhez hozzájárulnak a labyrinthusból jövő receptiók. Ezen receptiók a kisagyvelői magvakból a közép-agyvelő és nyúltagyvelő magvaiba tételnek át, melyekben a magvaiból jövő rostok végződnek. A középagyvelői és a nyúltagyvelői magvakból az izom-magvakhoz új rostok mennek. A kisagyvelő működése a középagyvelőből jövő állandó gátló hatás alatt áll.

A fentebbi kísérletek és megfigyelések ismerete mellett a koponya-sérültek mutatói eltéréseinek a megfigyelésekor nem térhettem ki azon gondolat elől, hogy azok a nagyagyvelőből jövő gátló hatás csökkenéséből származhatnak; feltéve természetesen, hogy (emberen legalább) nem a hátulso ikerestekben van a tonus-gátló központ, hanem kiterjedten a nagyagyvelő kérgében, s a hátulso ikerestben vagy a sisakban csupán az ezen központból concentrice összefutó rostok kötege halad át, aránylag kis területre összeszorítva.

Ezen feltevésemet megerősítette azon tapasztalat, hogy a koponya-sérüléseknél jelentkező félremutatások eseteiben a labyrinthus izgatásából, tehát tonus-fokozásból származott azon reakciók eltérések, melyek szabály szerint az előbbiekkal ellentétes irányban jelentkeznek, vagy elmaradnak, vagy kisebb mértékben mutatkoznak, mint azok, melyeknek szabály szerint is ugyanazon irányban kell jelentkezniök. Eppen azért a koponya-sérülésekből származó mutatói eltéréseknek az ellenőrzésére a vestibularis ideg izgatásakor beálló reakciók félremutatások előidézése a legalkalmasabb módszernek bizonyult.

A statotonus előállítására nézve tehát a következő beidegzési folyamat vehető fel:

A nyúltvelőben levő azon magcsoportok, melyeket Edinger összefoglalva nucleus motorius tegmentinek nevez (ezekhez tartoznak: a vörös mag, a Deiters-féle magcsoport, a Bechterew-

mag), alkotják a statotonus központját. Innen az izmokhoz állandó és egyenletes, nagy feszültséget okozó impulzus áramlik folytonosan. Hasonlítani lehet ezen szerepet az órárugó szerepéhez. Ezen központ direct izgatására az izomzat görcsszerű állapotba jut. (Ez tulajdonképpen a Nothnagel-féle görcs-centrum.) A nucleus motorius tegmenti működését a kisagy-magvak szabályozzák, hol minden egyes mozgás-iránynak külön központja van.⁸ Az inakból, az ízületekből, a fejtartásból és főleg az ivjáratokból jövő ingerek a kisagy-magvak bizonyos irányú mozgást okozó sejtjeibe jutva, onnan a nucleus motorius tegmentihez haladó külön rostok útján, ennek megfelelő sejtjeiben tonus-fokozó izgalmat okoznak. Hogy ezen tonus-fokozódás a szándékolt mozgásra teljesen megfelelő erejű legyen és azt ne haladja túl, ezt a nagyagyvelőből kiinduló gátló rostoknak köszönhetjük. A gátló rostok nem az ikerestekből vagy a sisakból, hanem a nagyagyvelő kérg-állományából indulnak ki, még pedig annak egész területéről, úgy, hogy minden mozgás-iránynak más-más nagyagyvelő-részletben van a gátló központja. A gátló rostok a nagyagyvelő kérgéből concentrice haladva a thalamuson, ikeresteken és a sisakon át, ez utóbbi helyen aránylag kis helyen egy kötegben egyesülve, a kisagyvelői magvakban végződnek, melyekben — valószínűen külön sejtokban — olyan ingert indítanak meg, mely a nucleus motorius tegmenti magvaiban megindult tonus-fokozó hatást nagy mértékben mérsékelni tudja.

Ha a gátló rostokat ott éri sérülés, a hol egy kötegben haladnak, például a hátulso iker-testeknél, akkor a nucleus motorius tegmenti állandó feszültsége felszabadul a gátló hatás alól és a test izomzata görcsös állapotba jut. Ezen feszültség az izom-működés, például szaladás alkalmával nagyobb. Minden vadász-ember találkozott már olyan esettel, hogy az erős mozgásban levő nyúl a kapott lövés után az összeesés előtt óriási bukfcenczet vet. Ilyenkor minden valószínűség szerint a tonus-gátló rostok gyűjtő kötege pusztul el az ikeresteknél vagy a sisaknál, miáltal a tonus-központ felszabadult energiája óriási izom-rángásban nyilvánul. (A nagy agykéreg sérüléseinek beálló gátlás-zavarokat lásd alább).

A vestibularis inger a kisagy közvetítésével tonus-fokozódást okoz a homolateralis izmokban; mivel azonban a gátló hatás egyenlő marad mindkét oldali izmokban, az előre nyújtott karok az izgatott labyrinthus oldala felé térnek el. Az agysérüléseknél ellenkezőleg a tonus-központ feszültsége egyenlő marad, de a gátló hatás az egyik oldalon csökken s így a felszabadult gátlás oldalán a tonus erősebbnek mutatkozik, azért tér el ezen oldalra az előre nyújtott kar. Ezen hiányzó gátlást a másik, rendes gátlási oldal tonusának a növelésével lehet kiegyenlíteni, a mit demonstrative az ellenkező oldali labyrinthus izgatásával tudunk elérni.

A tonusnak úgy az izgalom következtében beálló növekedése, mint a gátló hatás befolyására beálló csökkenése nyilván az összes akaratlagos izmokat illeti. Könnyebbség czéljából azonban vizsgálataimat csak a karok izomzatára terjesztettem ki. Az ezeken tapasztalt eredmények eléggé meggyőzők arra, hogy a nagyagykéreg gátló szerepét mint tényt állítsák elélni.

Vizsgálati eljárásom a következő volt: A hallószerv állapotának a megismerése után, megállapítottam a sérült spontán (vagyis vestibularis inger nélküli) szem-mozgásait. Ugyanígy a karjaival való mutatást előre és oldalt, úgy nyitott, mint csukott szemmel; továbbá a Romberg-vizsgálatnál való magatartást. Megállapítottam továbbá nagyjában a karizmok tonusát. Ezek után vestibularis izgalmat hívtam elő, előbb a jobb, később a bal oldalon. Ezen izgalmak alatt szintén megfigyeltem a szemek és karok magatartását, valamint a Romberg-tünetet. A vestibularis izgalmat rendszerint calorice idéztem elő, azon okból, mert tudvalevőleg egyik-egyik vestibularis labyrinthust csak ilyen módon lehet teljesen elkülönítve izgalomba hozni, úgy, hogy a másik nyugalomban maradjon. Csakis azon esetekben alkalmaztam a forgó széket, a melyekben a calorias vizsgálatot tiltó körülmények

(száraz perforatio a dobhártyán stb.) voltak jelen. Különös figyelmet fordítottam arra, hogy úgy a spontan, mint a vestibularis izgalom alatti mutatói kísérlet alkalmával a beteg tökéletesen hűnyja a szemét, mert a hol ez nem történt meg, ilyen esetben vagy semmi, vagy megbízhatatlan eredmény mutatkozott.

Mint ismeretes, a hideg vízzel okozott vestibularis izgalom alatt a szemeken az ellenkező oldal felé vágó rotatorius nystagmus keletkezik. Az előrenyújtott karok mindegyike a nystagmus lassú mozgásának az iránya felé tér el. Az oldalt nyújtott karok közül az ugyanazon oldali 7—8 cm.-rel lefelé száll és ugyanannyival hátrafelé mozdul, az ellenkező oldali ugyanannyival felemelkedik, ezenkívül 8—10 cm.-rel előre mozdul. Ugyanezen idő alatt a törzs az izgatott labirintus oldala felé kisebb-nagyobb fordulatot tesz. A fejtartással a nystagmusnak a törzshöz viszonyított irányát megváltoztatva, ezzel a karok elmozdulásának az irányát is megváltoztathatjuk. Például ha az egyenes fejtartás mellett balra vágó rotatorius nystagmust, melynél az előre nyújtott karok jobbra térnek el, a fejnek a bal vállra hajtásával úgy változtatjuk meg, hogy a nystagmus lassú mozgása felfelé haladjon, ezen esetben az előre nyújtott karok is felfelé fognak eltérni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a laibachi cs. és kir. 5. sz. tartalékkórházból (Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.)

Lueses egyéni heveny gyomorhuruthoz társult súlyos cholaemiás intoxicatio és négy hóval utóbb kezdődött heveny myelitis disseminata.*

Közlő: Leitner Fülöp dr., kolozsvári egyetemi tanársegéd, osztályvezető-főorvos.

Egy a pathogenesis szempontjából érdekes, lefolyásában változatos jelenségekkel kapcsolatos esetet van szerencsém a következőkben ismertetni.

Érdemesnek tartom a körülbelül 1 év óta észlelt esetet az irodalomnak átadni, annyival is inkább, mert úgy vélem, tanulságos példáját nyújtja annak, hogy e'özö traumán, harctéri fáradalmakon és nélkülözéseken kívül még egy valószínűleg 4—5 évvel azelőtt szerzett lues folytán legyengült szervezet miképpen reagál egyébként aránylag enyhébb mérgezésre (icterus) súlyos idegrendszeri tünetekkel (cholaemiás intoxicatio); az ezáltal elszenvedett nagyfokú általános elgyengülés révén pedig miképpen jut érvényre a lues káros megbetegítő hatása éppen azon szervben (gerincvelő) és ennek is főleg azon részében (ágyék-keresztáj), a mely a traumát több hónappal azelőtt elszenvedte.

Az eset adatait a következőkben foglalhatom össze:

D. V. 25 éves nőtlen magyar baka 1916 június 23.-án került kórházunkba mint szabó.

Anamnesis: Atyja 98 éves, anyja 87 éves, él s egészséges. Hét testvére közül öt mint tiszt hősi halált halt a harctéren, egy fivére (kit személyesen is ismerem) és egy nővére él s egészséges.

Családjában semmiféle idegrendszeri megbetegedés nem fordult elő.

Ő maga komoly beteg sohasem volt. Gyermekkori betegségekre sem emlékszik.

1911 őszén vonult be a katonasághoz; Boszniában szolgált le 3 évét, közben kitört a háború és ő végigküzdötte a szerb hadjáratot, majd az orosz frontra, innen pedig a tiroli frontra került. Összesen 23 hónapig volt a fronton megszokás nélkül.

1915 december hónapban Tirolban egy skijárőr-vállalkozásban vett részt, a mikor is, hogy a hadi fogságba jutás elől meneküljön, körülbelül 30 méter magasságból leugrott egy hóval fedett sziklás völgybe; ekkor hanyatt esván, keresztájékát nagyon megütötte (ráesett a sziklára) s akkor „egy hónapig nem bírt a lábára állani“.

Ezen időt a tartaléknál töltötte el s csakhamar szolgálathépesé vált, de a megütött keresztájék állítása szerint állandóan fájt s most is nyomásra érzékeny. Körülbelül 6 hónap múlva vérköpése és mellfájdalmai miatt jelentett beteget.

Határozottan állítja, hogy fekélye nem volt a himtagján; ő legalább nem emlékszik, hogy volt volna. A szeszest italt sohasem szerette.

Status: 1916 június 22.-én vizsgáltam először a beteget. Akkor enyhe tüdőcsúcshurutos jelenségeket és tompa, nem egészen tiszta szívhangokat leszámítva, a betegen semmi rendellenesség nem volt megállapítható. Tüdőbaja gyorsan javult, úgy, hogy július 1.-étől körülbelül 6 héten át mint szabó végezte a dolgát, élénken, jó kedvvel, semmiféle panasza nem volt.

1916 augusztus 12.-én súlyos gyomorhurutal megbetegszik, ehhez 1—2 napon belül nagyfokú sárgaság és makacs székrekedés társul.

Augusztus 16.-áig állapota fokozatosan rosszabbodik, bőrének s kötőhártyájának sárgás színe fokozódik (kanárisárga színig).

Teljesen étvágytalan, úgy, hogy semmit sem bír s nem akar enni. Széke 4 nap óta nem volt, vizelete sötét sörbarna színű.

Délután sensoriuma zavarttá válik, bambán, egykedvű értelmetlenséggel néz maga elé, a hozzá intézett kérdéseket igen nehezen érti meg s azokra igen vontatottan reagál. Icterus gravis. Meteorismus. Érverése 44, puha, kicsiny, de szabályos. Nyelve szürkessárga lepedékkel vastagon bevont.

Makacs székrekedése semcalomel (3×0.30 gr.), sem senna-főzetre, sem rendes adag karlsbadi sóra nem enged.

Therapia: Belsőleg sok cognac fekete kávéval, bőr alá kámforolaj e napon 4×0.30 gr.

Augusztus 17.-én. Teljesen eszméletlenné válik (láztalan). Környezetét, kezelő orvosát nem ismeri meg, kérdésekre egyáltalában nem reagál. Száját erősen csukja, fogorát egymásra szorítja, időnként csikorgatja. Időnkint tonico-clonusos görcsök jelentkeznek, főleg a felső, de az alsó végtagjaiban is. Érverése excitansok adagolására 56, elég erőteljes; légzés 18.

Állandóan e két szót ismétli: „igaz“ vagy „igen“.

Vizeletét e napon katheterrel kellett lebocsátanom. Sötét sörbarna színű, Esbach szerint $\frac{1}{2}^{0/00}$ fehérjét tartalmaz. Üledékében mikroskoppal sok hámsejt, rövid cylindroid, 1—1 hyalin henger (sárgára festődve) s feltűnően sok finom tűalakú kristály (tyrosin?) látható.

Szája erőszakos kinyitása után tápláljuk cognac-kal és czukrozott erős fekete kávéval stb. Körülbelül 50 gr. cognac elfogyasztása után $\frac{1}{2}$ órával öntudata kissé feltisztul, de csak annyira, hogy felszólításra időnként kinyitja a száját. Ekkor 2 órán belül körülbelül 50 gr. karlsbadi sót (mintegy 4 deczi vízben feloldva) öntöttem szájába, minthogy már öt nap óta nem volt széke és a beöntés is eredménytelen maradt.

Erre éjjel 10-szer volt bőséges, nagyobbbrészt száraz rögökből álló, teljesen agyagszürke acholiás széke, melyben mikroskop alatt rengeteg sok tűalakú kristály volt látható.

Augusztus 18.-án reggelre öntudata teljesen feltisztul.¹ Tisztán, értelmesen beszél, nagyfokú gyengeségről panaszodik, de az elmúlt napokra egyáltalában nem emlékszik.

Augusztus 19.—31.-e közt állapota fokozatosan javul, bőre egyre világosodik, étvágya visszatér, de nagyfokú izomgyengeségről panaszodik.

Szeptember hónapot mint üdülő tölti el, naponta sétálgat, bár gyenge, de lassanként kezdi összeszedni magát.

Október 9.—10.-én lázassá válik és vért köp. (Tüdőcsúcsok felett sok ropogó szörtyözrej.) Vérköpése kellő beavatkozásra szűnik mulólag, de aztán utóbb újból beáll és tart csekély mértékben december 5.-éig. Ezen hosszú idő alatt természetesen ágyban volt.

¹ Jegyzet: Az éjjelre melléje rendelt ápolónő bemondása szerint a beteg állapota a székkürölések után fokozatosan javult, öntudata fokozatosan feltisztult.

* Bemutatás a laibachi orvosgyűlésen 1917 augusztusban.

December 5.—10.-e közt állapota újból hirtelen rosszabbodik; öntudata elhomályosul, környezetét nem ismeri meg. Beszéde dadogóvá válik (dysarthria), utóbb pedig teljes *motoros aphasia* áll be. Reszket egész testében, majd tonico-clonusos görcsök jelennek meg végtagjaiban, nyelési nehézségekről panaszkodik, vizeletét, székét maga alá bocsátja. Mindkét felső s mindkét alsó végtagja petyhüdt, bénult. Ágyában meg sem bír mozdulni, felső végtagjait nem tudja megmozdítani. Etetni, helyesebben kizárólag folyékony táplálékkal kell itatni, mert egy „falat” kenyeret, egy szeletke húst sem tud lenyelni, sőt még pépes ételeket is csak nagy fáradsággal.

Öntudatzavara öt napig tartott.

December 10.-én környezetét már megismeri, látszik, hogy meg is érti a hozzá intézett kérdéseket, felelni, beszélni azonban minden erőlködése dacára képtelen. Emellett petyhüdt tetraplegia totalis, a köldökig felterjedő teljes anaesthesia, analgesia, teljes areflexia. Pupillaris differentia, renyhén, illetőleg alig reagáló pupillák.

December 27.-én: Wassermann-reactiója erősen pozitív (+ + +).

December 29.-én kezdjük az erősen kombinált kezelést. Napi 3 gr. szürke kenőcsöt kenetünk fel 5 napos tourokbán, utána 1 nap pausa, 7. nap fürdő.

Öt hónap alatt összesen 20 ilyen tourt kent, ezenkívül kapott körülbelül 4 hetes időközökben négyszer à 0.6 gr. neosalvarsant intravenásan. (Az első intramuscularisan kapta.) Naponként 3 gr. jodkalium.

Január 15.-én: Két kénesőtour és egy neosalvarsan után állapota lényegesen javult, sensoriuma szabadabbá válik, az aphasia helyébe dysarthria lép, mely körülbelül újabb 3 hét alatt szintén szűnik. Felső végtagjait is kezdi már mozgatni.

Hat kénesőtour és két neosalvarsan után felső végtagjai mozgásképesége teljesen visszatér, nyelés-zavarai és panaszai megszűnnek.

Tíz kénesőtour és két salvarsan után Wassermann-reactiója csak gyengén pozitív. További javulás: most már alsó végtagjait is tudja kissé megmozgatni, ágyában segítséggel fel is ül, de nyújtott alsó végtagokkal még nem tud ülni.

Április 12.-én: Csontfájdalmakról panaszkodik (alsó végtagjaiban) és arról, hogy csak ülve tud vizelni. Vizelete „nehezen indul meg”. Székelés-zavar nincs. Ágyában fekve, vagy széken ülve dolgozgat, varr. Beszéde rendes. Mindkét térdét kissé behajlítja, de az alapról felemelni egyik végtagját sem tudja. A jobb öregujjat, valamint az egész jobb lábfejet kissé mozgatja. Villamos áramra (farados) prompt összehúzódás összes végtagizmaiban, úgy neuro- mint musculodirect ingerlésre.

Finom tapintás, érintés, nyomás, fájdalom, hőérzékenység mindkét csonbon rendes; mindkét lábszáron térdén alul teljes anaesthesia s analgesia. Lábszárizomzata petyhüdt, sorvadt.

Junius 26.-án: Húsz kénesőtour és négy salvarsan után további javulás. A beteg ágyában némi segítséggel (esetleg botja segélyével saját erejéből) felül. Széken ülve kifogástalanul dolgozgat, varr, vasal, felsővégtagjait kifogástalanul használja, akár a legfinomabb munkára is. Mindkét alsó végtagját valamivel jobban mozgatja, térdben hajlítja, a behajlított helyzetből kinyújtja.

Addukálni, abdukálni nem tud. Lábujjait sem tudja mozgatni, sem egész alsó végtagját az alapról felemelni. A lábait dorsalflectálni tudja. Érzés-zavara (anaesthesia) csupán lábszáraira szorítkozik, de mindkét lábtalpon, valamint a belbokák környékén a nyomást és szúrást is megérzi, azonban ez utóbbit is csak „nyomásnak” jelzi; talpreflexe visszatért. Térdreflex mindkét oldalon szintén kiváltható, bár nem mindig.

Székelés-zavar nincs. Vizelet-zavara (ischuria) időnkint olyan fokú, hogy $\frac{1}{2}$ —1 óráig is erőlködik, míg megindul a vizelete.

Említésre méltó még, hogy minden mozgási kísérletnél a bénult, illetve paresises izmokban spontan igen kellemetlen

s fájdalmas „rángatózások” állanak be. Ágyéktája érzékenységről állandóan panaszkodik.

Trophias zavarként említhető különösen lábszárizmai nagyfokú sorvadása, bőre szárazsága, valamint a betegség elején kezdődött keresztáji *decubitus*, mely azonban a kezelés folyamán gyógyult. *Vasomotoros zavar* az alsó végtagok hűvössége, szederjes volta. „*Lábai mindig fáznak*”. Secretiós zavar a lábfejek és talpak erős izzadása.

Érdemesnek tartom még kiemelni, hogy a *beteg állapota minden salvarsan-befecskendezés után mulólag* (előbb 5—6 napig, utóbb csak 1—2 napig tartó) *rosszabbodást mutatott*. Nagyfokú nyugtalanság, izgatottság, sensorium-zavar (környezetét nem ismerte fel, desorientált volt), dysarthria, valamint a hűdés fokozódása volt minden esetben észlelhető. Emellett igen kínos, hasogató, testszerte beálló csontfájdalmakról panaszkodott.

* * *

Betegünkön tehát a heveny gyomorhuruthoz társult cholaemiás intoxication kívül, melynek tünetei az igen erőlyes purgálásra, másrészt talán az excitansok erős adagolására nyomtalanul eltűntek, 4 hóval utóbb *heveny disseminált myelitisnek* megfelelő tünetek voltak észlelhetők.

Eleinte a cervicalis és lumbosacralis myelitis tüneteinek kívül még *bulbaris* jelenségek is voltak jelen (nyelés-nehézségek, beszédzavar, aphasia, anarthria, utóbb dysarthria) és görcsök.

Utóbb ezen magasabb gerinczvelői segmentumokban, illetve nyúltagyban fennállott elváltozások (talán circulatori zavar vagy vérzés) javultak, mire a nekik megfelelő klinikai jelenségek is teljesen visszafejlődtek.

A körülbelül nyolcz hónapi kezelés után már csupán olyan jelenségek maradtak vissza, melyekből ez idő szerint a *myelitis lumbosacralis* diagnosisa látszik jogosultnak.

Az a körülmény, hogy a betegen specifikus antilueses kezelésre bár lassú, de fokozatos javulás volt észlelhető, hogy munkabírását olyan fokig visszanyerte, hogy (bár járni nem tud) széken ülve foglalkozását (szabó) meglehetősen elfogadhatóan folytatni tudja; hogy a finomabb érzés-zavara is fokozatosan javult, *decubitus*a gyógyult és újabb nem képződött; hogy még alsó végtagjai bizonyos izomcsoportjai mozgásképeségét is visszanyerte; végül, hogy elfajulási reactio még a nagyfokban sorvadt és bénult lábszárizmokban sem állott be: jogosulttá teszik a reményt, hogy további kitartó specifikus és általános kezeléssel (fürdők, villanyozás) és gondos ápolással még további javulást, esetleg teljes gyógyulást sikerül majd elérni.

Közlemény az Országos Hadigondozó-Hivatal rózsahegygyógyintézetéből. (Vezető-főorvos: Róth Miklós dr. ezredorvos, belklinikai tanársegéd.)

Adatok a benzol therapiás alkalmazásához.

Irta: Somogyi Rezső dr.

Egy kísérlet-sorozat folyamán, melyben fehér patkányoknak benzol-oleum olivarum aa elegyet adtam, azt tapasztaltam, hogy míg a frissen elkevert benzol-olajat az állatok napi 0.2 cm³ mennyiségben igen jól tűrték per os, addig, ha az elegy körülbelül 2 hétig állott, egyrészt az addig a friss készítménnyel észlelt hatása nem mutatkozott, másrészt mérgezés-tünetek jelentkeztek, melyek többször az állat elpusztulására vezettek.

Néha már makroszkopice is színváltozást észlelünk kémlelőcsőben az állott benzol-olajelegyen. A friss elegy világos-sárga színe néha zöldes lesz. Lehet, hogy ez átalakulást az egyik productum nem teljes vegyi tisztasága vagy régi volta idézi elő. Ámde a mai nehéz előállítási viszonyok mellett, mint azt legutóbb Vámosy¹ közleményéből tudjuk,

¹ Orvosképzés, VII. évfolyam, 1., 2. szám.

nemcsak az áremelkedéssel, de a szerek chemiailag kevésbé tiszta voltával is számolnunk kell. E mellett az olaj nem mindig friss.

Mindezeket tekintetbe véve, ajánlatos a benzol-olajelegyet frissen készíttetni és a régebben készített elegyet kerülni, nehogy a várt hatás ennek következtében elmaradjon.

A gyermekek zenei oktatásáról.

Irta: Péteri Ignác dr.

Senki sem tagadhatja, hogy a gyermekorvoslásban az utolsó 10—15 esztendő folyamán jelentékeny haladás mutatkozott, új tanok, modern nézetek kerültek felszínre, melyek a régieket, clavulákat nagyrészt megdöntötték és a régi szorosra vont korlátokat lerontották. Ennek a modern irányban és széles látókörben való lázas munkálkodásnak eredménye az is, hogy a mai kor gyermekorvosa nemcsak a gyermek testi egészségének ápolását tartja feladatának, hanem beleszól lelki életének irányításába, szellemének fejlesztésébe és a nevelése körül felmerülő kérdésekbe is. Czerny berlini tanár volt az első, ki 1908. évben tartott és „Der Arzt als Erzieher des Kindes” cím alatt összegyűjtött előadás-sorozatában nagy körültekintéssel és kiváló szakértelemmel tárgyalja az orvost érdeklő gyermeknevelési kérdéseket a csecsemőkortól az iskolaköteles korig. Addig — mondja Czerny —, míg a gyermekek hasonló körülmények közt nőnek fel, mint melyek közt szüleik nevelkedtek, a nevelés kérdéseiben változásokról nem lehet szó, mert a szülők ugyanazokat az igényeket támasztják gyermekeikkel szemben, melyeket annakidején a nagyszülők velük szemben támasztottak; ellenben megváltoznak a viszonyok akkor, ha a szülők anyagilag kedvezőbb körülmények között nevelhetik gyermekeiket, mint a milyenek közt ők nevelkedtek. Ez az alkalom az, mikor az orvos, mint pártatlan, objektív szemlélő kell, hogy beleszóljon a nevelés egyes kérdéseibe.

Ma már mi orvosok hozzászoktunk ahhoz és el kell hogy készülvünk arra, hogy a szülő gyermekének nevelésére vonatkozó kérdéseket intéz hozzánk; egy ilyen igen gyakori kérdés az, hogy melyik az a kor, a melyben a gyermek zenei oktatását megkezdhetjük, hogy korán kezdjük-e vagy későbbben és mi módon, milyen irányban? Ezen kérdésre vonatkozólag, sajnos, igen eltérők a nézetek, sokan óva intenek attól, hogy korán, már a 6. év előtt kezdjük a zenetanítást, mások mennél korábban ajánlják, végül pedig egyesek teljesen feleslegesnek tartják, hogy a gyermek szellemi élete ezzel is „terheltség” legyen. Az utóbbi felfogásra vonatkozólag megjegyzem, hogy csupán a zenetanítás módszerétől függ az, hogy súlyos követelményeket ró-e és káros következményekkel jár-e a zenei oktatás a gyermek szellemi funkcióira, és ha tekintetbe vesszük azt, hogy valamely hangszert csak a gyermekkorban lehet — észszerű tanítási módszer segítségével — tökéletesen elsajátítani, és ha meggondoljuk azt, hogy a valamely hangszer kezelésében való jártasság mennyi örömet, mennyi élvezetes órát, szórakozást nyújt a mai lázas ideges életben, mily megnyugvást és pihenést szerez a későbbi korban az embernek, határozottan állíthatjuk, hogy, ha csak lehet, ne mulasszuk el a gyermek zenei oktatását. Kétségtelenül hangsúlyozandónak tartom azonban azt, hogy nem szabad ebben az irányban sem sablonoznunk, hanem az orvos megfigyelésére, tapasztalatára és érzékére van bízva annak a körülménynek megítélése, hogy orvosi szempontból nézve melyik gyermek alkalmas, vagy jobban mondva nem alkalmas — mert az utóbbi a kisebb százalék — a zenetanulásra. Vannak tudniillik gyermekek, idegesen terheltek, kiket minden zenei hang, minden zaj, de sőt a folyó, patak vagy tenger morgása is láthatólag kellemetlenül érint, mert a hang, hallási impressiók nyugtalanságot, álmatlanságot, ingerlékenységet váltanak ki rajta; szembe helyezem ezeket a gyermekeket azokkal az egészségesekkel, kiken minden zajos játékszer, minden zenei hang láthatólag kellemes érzést eredményez. Az előbbi kate-

goriába tartozó gyermekek nem alkalmasak a zenetanulásra, ismétlem azonban, hogy ez jelentéktelen töredékét teszi a gyermekeknek, mert általánosságban mondhatjuk, hogy csaknem minden gyermek tud zenét tanulni, vagy legalább is sokkal több zenei tehetség létezik, mint ahogy azt általában hinnők, és tudjuk azt, hogy módunkban van a zenei tehetséget a mai zenepedagógiai módszerek segítségével fejleszteni és a zenei hallást képezni. Sok esetben erre természetesen szükség nincsen, az istenáldotta tehetség minden körülmények közt utat tör magának. L. v. Beethoven 5 éves korában már szorgalmasan gyakorolt zongoráján és hegedűjén, 8 éves korában pedig már nyilvános hangversenyen játszott. Mozart 3 éves korában terzeteket keresett össze apja zongoráján és nagy örömet okozott neki ez a fülnek kellemes összhang. A feljegyzések szerint azonban trombitát képtelen volt hallgatni és „görcsöket kapott”, ha apja ehhez a hangszerhez akarta szoktatni fülét. Mozart 5 éves korában kész zongorajátékos volt és több zenedarabot komponált. Liszt 9 éves korában játszott első ízben nyilvános hangversenyen, stb. Csak néhány példáját hoztam fel azoknak a genialis tehetségeknek, kiknél sem hallásképzésre nincs szükség, sem pedig a zene megkedveltetését szorgalmaznunk nem kell. Mások a viszonyok azonban a — mondhatni — normalis gyermeknél, itt a hallást, főleg a zenei hallást és a rythmus-érzékét fejleszteni lehet, sőt kell is akkor, ha ez irányban eredményt akarunk elérni. E helyen leszögezhetjük azt, hogy ezeket a hallási és rythmikai gyakorlatokat nem lehet elég korán megkezdni. Azonban vonjuk meg itt is a szükséges határokat.

Vannak szülők, kik egyrészt azért, hogy a síró csecsemőt hallgatásra bírják, másrészt, hogy fülét zenei hangokra szoktassák (tudok olyan apát, a ki, ha zongorázott, pólyás gyermekét a zongorára fektette, hogy ezzel is fejlessze zenei hallását), mindenféle zajos játékszerrel, csörgőkkel, csengetyűkkel szórakoztatják az 1 éven aluli gyermeket. Ez teljesen hibás módszer. Az acustikai ingerek túlságos nagy mértékben veszítik igénybe a csecsemő psychés funkcióit, agyveleje erre a túlterhelésre még nincs berendezve. A fiatal csecsemőnél éppen azt kell szemünk előtt tartani, hogy psychés funkciói lehetőleg kis mértékben legyenek megterhelve, mert ellenkező esetben idegrendszerének túlingerlékeny állapotát idézzük elő. Az egy éven aluli csecsemőt tehát inkább hagyjuk békességben, minden acustikai és optikai ingert mellőzzünk és inkább a táplálás rendezésével, sőt tisztán tartott kifőzött szópóka segítségével iparkodjunk rá hatni, ha nyugtalan és sír. A második évtől kezdve azonban már foglalkozhatunk vele, hogy a gyermek fülét zenéhez szoktassuk; ne felejtjük el, hogy a hallást fejleszteni lehet, adjunk már a fiatal gyermeknek is bőven alkalmat arra, hogy otthon zenét hallgathasson. Ezt már a zenetanítás kezdetének mondhatjuk.

Czerny előadásainak sorozatában a következőket mondja:

„Die Musik hat mit dem Denkvermögen nichts zu tun. Wer mit »Geist« spielt, wird niemals gut spielen. Zur Ausübung der Musik ist nur die Entwicklung von automatischen Funktionen bestimmter Nerven und Muskelgruppen nötig, welche unabhängig von den Funktionen derjenigen Teile des Grosshirns sind, in welchen sich die geistige Arbeit abspielt”. Ez a tétel nézetem szerint nem állja meg helyét, mert éppen a zenetanulás és a muzikalitás egy bizonyos fokának elérése szempontjából hátrányos az, ha a kezdőket csak látási (visualis) és mozgási (motoros), nem pedig hallási (acustikai) felfogásra és elképzelésre szoktatják; ez alatt azt értjük, hogy a gyermeknek a zenetanulás kezdeteképpen ne a zongora billentyűit, a hangok megjelölését, az ujjak mozgásait stb. mutogassuk, hanem arra szoktassuk, hogy a zenét főként és elsősorban acustikusan képzelje és sajátítsa el, vagyis adjunk neki alkalmat arra, hogy zenét, éneket hallgathasson és hogy lassanként próbálja az egyszerű dallamokat utánmozni, kíséreljen meg egyes megadott, előzenekelt vagy zongorán megütött hangokat utána énekelni. Ez a módszer még egészen fiatal (3—4 éves) gyermekben is, és pedig psychés funkcióinak és idegrendszerének legkisebb túlterhelése nélkül gyakorolható és a hallás fejlesztése és a zene megkedveltetése

szempontjából rendkívül előnyös, mert egy ösztön vagy hajlam annál erősebben fejlődik, minél több alkalmat nyújtunk neki a működésre; az esetben, ha nem adunk neki ilyen alkalmat, kihál (Kovács). Ugyanily módon járhatunk el a későbbi években (4–6 éves korban) az ütem- (taktus) érzék kifejlesztése érdekében. Ezt a célt, nézetem szerint, legjobban szolgálják a rythmosus testmozgási gyakorlatok, torna- és táncgyakorlatok és a rendszeres ütem szerint és szakértelemmel tanított dobolási gyakorlatok, melyek egyike sem veszi túlságosan igénybe a gyermeknek psychés vagy testi funkciót.

Az egészséges gyermek rendszeres zenetanítását a 7. évben kezdetjük meg. Hangsúlyozni kívánom, hogy csak az egészséges gyermekét, mert a milyen üdvös hatása lehet a zenének csak kissé ideges gyermekekre, olyan káros lehet ez a hatás súlyosan neurastheniában terhelt gyermekekre; az esetben azonban, ha a szülők számolnak az eshetőségekkel és a technikai kiképzés korán *kell*, hogy megkezdődjék, idegesen terhelt gyermekeknél igen alkalmasnak látszik a hangszer tanuláshoz úgynevezett néma zongorán való megkezdése. A modern zenetanítás egyébiránt egyáltalában nem ró nehéz feladatokat a növendék psychéjére, idegrendszerére. A modern zenepaedagogia célja t. i. az, hogy a gyermek már a legelső kezdetől fogva a hallási (acustikai) felfogásra kényszerítetik és amíg ez az elképzelési mód nem vált teljesen szokássá, addig úgy a hangjegyekről, mint a hangszertől eltekint. A zeneművek acustikusan lesznek a tanítványnak bemutatva, addig, míg a tanítvány az egyszerű dallamot utána tudja énekelni, és csak, miután ezt elsajátította, nyúlhat a hangszerhez és próbálhatja a dallamnak megfelelő hangokat ott összekeresni, stb. Nem célom itt a modern zeneoktatás elveit, módszereit részletesen tárgyalni, csak röviden érintem a módszer lényegét, mely abban áll, hogy míg az eddigi tanításnál a lelket először látási (visuális: kotta-olvasás) és mozgási (motoros, az ujjak mozgatása, kezek tartása) benyomások érték és csak ezután következtek a hallási (acustikusok: egyszerű kis dallamok hallása, eljátszása), addig a modern zeneoktatás a hallási benyomásokkal kezdődik és ezekhez csak később csatlakoznak a motoros és visualis benyomások. Kétségtelen, hogy ez a zeneoktatási módszer a kezdet nehézségein játszva segíti át a gyermeket és kizárja azt a kelletlenséget, sokszor undort, a mit a növendékben a zeneórák eddig keltettek, sőt ellenkezőleg, táplálja a gyermek érdeklődését, kíváncsiságát, kedvét, és mindezek következtében alig terheli a gyermek psychés funkciót és idegrendszerét. A zeneoktatás akkor válik valószínű kinszenvedéssé és akkor hat károsan az idegrendszerre, ha a gyermekkel megutáltatják a zenét és ha ennek dacára kényszerítik a zenetanulásra.

Irodalom. Czerny: Der Arzt als Erzieher des Kindes, Leipzig-Wien, 1908. — Oppenheim: Drei Vorträge, Berlin, 1909. — Kovács Sándor: Hogyan kellene a gyermekeket a zenébe bevezetni.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkórosak lázának kezeléséről írt cikkében Bacmeister tanár mindenekelőtt azt a kérdést fejtegeti, hogy mikor kelhet fel a beteg. Véleménye szerint minden esetben a teljes ágyynyugalommal kell kísérletet tenni, még azokban az esetekben is, a melyekben a hőmérsék (mindig a végbélben mérve!) maximuma 37.5 és 38° között van. Csak ha ez nem vezet eredményre és a hosszas ágybanfekvés okozta zavarok nagyon is előtérbe lépnek, szabad kísérletet tenni óvatosan a felkeléssel és mérsékelt mozgással, feltéve, hogy a reggeli hőmérsék valamivel 37° alatt van, az esti pedig nem haladja túl a 38°-ot. Egyébként sohasem szabad

megfelekednünk arról, hogy a láz csak tünet és hogy a tulajdonképpeni betegség kedvező befolyásolásával szüntethető meg legjobban a láz. Vannak azonban esetek, a melyekben nem mellőzhetjük a lázellenes szerek használatát. Ilyenkor a szerző lehetőleg kis adagokkal lehetőleg sokoldalú hatást akar elérni, s ezt eléri oly módon, hogy a lázellenes szerek kis adagjait kombinálja. Legjobb 5 centigramm pyramidon 25 centigramm lactopheninnel naponként 2–3-szor. Ha gyorsan akarunk nagyobb hőesést létesíteni, 25 centigramm lactophenint adjunk ugyanannyi aspirinnel; ha azonban az aspirinnek az izzadást fokozó hatását kerülnünk kell, akkor a 25 centigramm lactophenint ugyanannyi diplosallal kombináljuk. Lázás tüdővész nők menstruatio-zavarai ellen 25 centigramm lactophenin vagy 5 centigramm pyramidon combinatioja 25 centigramm salipyrinnel bizonyult nagyon értékesnek. Erősen intermittáló jellegű láz esetén 5–10 centigramm chinin 25 centigramm lactopheninnel vagy 5 centigramm pyramidonnal ajánlható; ha pedig gyorsabb és erősebb hatást kívánunk elérni, a jelzett chininadagot 25 centigramm aspirinnel kombinálhatjuk; ha ügyelünk arra, hogy a chinin sohase jusson üres gyomorba, még hosszabb használata esetén sem látunk zavaró mellékhatásokat. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 42. szám.)

Sebészet.

Dysenteria-recidivát észlelt Foges néhány esetben hasműtét után. Egy esetben dysenteria után egy évvel jelentkezett a recidiva kétoldali herniotomia kapcsán, egy másik esetben pedig 2½ évvel a dysenteria átállása után Bassini-műtét kapcsán. A szerző azt hiszi, hogy a hasműtétet megelőző erőlyes hashajtás idézi fel a recidivát; ismeretes, hogy dysenteria átállása után senna adagolásával szokták kipróbálni, nem bacillusgazda-e az illető. Az említett esetek ismerete fontos lehet a sebészre nézve, mert laparotomia után magas láz és véres szék jelentkezése esetén gondolni fog arra, nem dysenteria-recidiva esete forog-e fenn s ezzel esetleg elkerülheti a felesleges újabb műtėti beavatkozást. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 41. szám.)

Az alkohol-befecskendezés a Gasser-dúcza, a melyet trigeminus-neuralgia ellen használnak, nem teljesen veszélytelen eljárás. Újabban a göttingeni sebklinikáról Koennecke közöl esetet, melyben amaurosis következett be, a melyet úgy magyaráznak, hogy a sinus cavernosus, illetve v. ophthalmica superior és v. centralis retinae thrombosisa fejlődött a sinus sérülése és alkoholnak a sinusba jutása következtében. A sinus sérülését bizonyára elősegítették az egy évvel előbb végzett első alkohol-befecskendezés után visszamaradt hegekésződések és összenövések. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 140. kötet, 3. és 4. füzet.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A laneps használatáról a csecsemőkórban ír Jaeger. Nem csupán nagyon jó kenőcs-alapanyagnak találta, hanem bizonyos fokban gyógyító hatással bíró szernek is. Intertrigo, kis sebések nagyon gyorsan gyógyultak a használatára. Szoptató nők kis emlőbimbőrepedései ellen is nagyon jónak bizonyult; nagyobb ilyen repedések ellenében a következő összetételű kenőcsöt találta nagyon jó hatásúnak: Rp. Acidi borici 5.0; Zinci oxydati 10.0; Naphthalani, Laneps aa 25.0. (Therap. Monatshefte, 1917, 10. füzet.)

Dysenteria eseteiben a fájdalmak leküzdésére Friedmann nagyon jó eredménnyel használja a calcium lacticumot napi 5–7.5 gramm mennyiségben. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1917, 20. szám.)

Szemölcsök eltávolítására a sokat használt füstölőgő légenysav helyett, a melynek több kellemetlen mellékhatása volt s mostanában nem is igen kapható, az *acetocaustint* ajánlják. Ez nem más, mint 50%-os alkoholos trichloreccetsav-oldat. Naponként 1–2-szer érintés után a szemölcsök 4–5 nap alatt eltűnnek. Célyszerű a szemölcsök körül kevés zsírt

felkenni, hogy az étetés tisztán csak a szemölcsöket érje. Az acetocaustin üvegpálczikával ellátott kis palaczkban kerül forgalomba; ára 1 márka. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1917, 20. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 45. szám. Hüttl-Hümér: Homokóragyomor műtétrel gyógyított esete. **Reuter Camillo:** A háború szerepe az elmebajok körkötésében. **Bródy Sándor:** Irányelvek a vörheny elleni védekezéshez.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 46. szám. Rihmer Béla: Adatok a húgycső- és hólyag lövés sérüléseinek sebészeti ellátásához. **Oláh Jenő:** Az Alföldi-féle körömgágytűnet polyneuritisnél.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király **Dumitreanu Agoston** dr.-nak, a székesfővárosi államrendőrség főorvosának a magyar nemességet, **Góth Lajos** dr. budapesti orvosnak a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. **Vás Jakab** dr.-t a Stefánia-gyermekkorház rendelőorvosává nevezték ki.

A budapesti tüdőbeteggondozó intézetben októberben 218 új beteg jelentkezett, az ismételtlen jelentkezettek száma pedig 1450 volt. Köpetvizsgálat 230 esetben történt. A betegek között kiosztott 360 kiló liszt, 440 kiló kenyér, 2050 kiló burgonya, 50 kiló dara, 1540 darab tojás; kölcsön adatott 2 Dettweiler-üveg, 5 hőmérő, 738 zseb-kendő, 5 köpöcsésze; fertőtlenítés történt haláleset miatt 4 esetben, más okból 2 esetben.

A kolozsvári „Karolina” országos kórházban és a vele kapcsolatos egyetemi klinikákon 1916-ban 12.333 kórházi, 600 szülőintézet és 688 elme-klinikai beteget ápoltak; egy-egy kórházi betegre 29, szülőintézet ápoltra 23-95, elmebetegre 128-78 ápolási nap esett. A kórházi betegek halálózása 3-5%, a szülőintézet ápoltaké 2%, az elmebetegeké 13-51% volt. A sebészeti műtétek száma fekvőbetegeken 1231; bejárókon 832 volt. A szemklinikán 324, a szülészeti klinikán 240 műtétet végeztek. A bejáró betegek száma 23.014 volt.

A „Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylete” pénztárába befizettek alapítványt: Turnovszky Jenő 100, Flóris Áron 100, Heinrich Kálmán 100, Justus Jakab 100, Doktor Sándor Pécs 50, Fleischmann Hugó 100, Pláner József 100, Magyar Károly Nagybecskerek 100, Csiky József 100, Schéda Gergely Facset 50, Hüvös Henrik Rahó 100, szentfűlői Kupferschmidt János Nagyszőlős 100, Zentai Dávid Kovászna 100, Bakay Lajos Pozsony 50, Bischitz Miksa 100, Purjesz Zsigmond 50, Kelen Gyula 100, Sóbányi Pál Ajtay Sándor dr. egyet. tanár nevére 100, Hugonay Vilma 50, Vámosy Zoltán, Komlósi Béla, Iovag Bergs Aurél, Molnár János, Thébus Béla, Molnár Antal, Neumann Salamon, Henszelmann Elek, Ditrói Gábor 20-20 kor. id. Glass Izor tr. kir. tan. úr útján Dán Viktor keresk. tanácsos 100, Nagel Marcel ker. tan. 500, Grauer Miksáné 100, Grosz Gyula tr. 100, Stroh Gottlieb és Finkelstein 100, Munk Mór és utódai 200 k.-t. — A Schächter-Miksa-alapra befizettek folytatálagosan: Munk Adolf Új-verbász 40, Berger Ferenc 100, Austerweil László Arad 100, Révész Vidor 30, Pester Lloyd útján 350, Sassy János 100 k.-t. **Katona József** dr. pénztáros, Budapest, Mester-utca 1. sz.

Közkórházi Orvostársulat. A Közkórházi Orvostársulat igazgatótanácsa folyó évi november hó 8-án tartott ülésén egyhangúan elhatározta, hogy a társulat mintegy 3 1/2 éves háborús szünet után működését újból megkezdi. E határozatnak megfelelően a társulat első beutató szünetét folyó évi november hó 21-én (szerdán) délután pont 6 órakor tartja meg a Szent Rókus-kórház 1. sebészeti osztályának műtőtermében. A társulat egyben tagjainak tudomására hozza, hogy az igazgatótanács határozata értelmében az 1915-17. évre szóló tagsági díj leróvása elesik. Új tagok belépési szándékukat folyó évi december hó 12.-éig a titkárnak szíveskedjenek bejelenteni. **Szontagh Félix** dr. elnök, **Gusztav József** dr. titkár (VIII., József-körút 65).

Meghalt. **Hegedűs János** dr., Budapest I. kerületének országgyűlési képviselője, nyug. honvéd-főtörzsorvos, november 8-án 86 éves korában, villamos-baleset folytán. Az elhunytat, a ki általános tiszteletnek örvendett, a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 1907-ben, orvos-doctorrá avatásának 50. évfordulója alkalmával diszoklevéllel tüntette ki. — **Üveges László** dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, 69 éves korában november 5-én Huszton. — **P. Krömer** tanár, a greifswaldi női klinika igazgatója, 43 éves korában, november 3-án. — **K. Jaffé** dr. Hamburgban, a „Soziale Medizin und Hygiene” cz. folyóirat alapítója és szerkesztője, 63 éves korában november 12.-én. — **Hoppe** dr. Königsbergben, igen ismert ideggyógyorvos. — **Reubold** dr., a törvényszéki orvostan nyug. rendk. tanára a würzburgi egyetemen, 91 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A Nissl tanár nyugalmába vonulásával megüresedett heidelbergi elmekórtani tanszékére **R. Gaupp** tünbingeri tanárt hívták meg. — A berni közegészségügyi tanszékére **O. Spitta** berlini rendk. tanárt, ugyanazon egyetem bőrkórtani tanszékére **O. Nägeli** berni magántanárt nevezték ki rendk. tanári minőségben.

Újtátrafüredi dr. Szontagh Sanatoriumok r.-t. czéggel a Magyar Általános Ingatlanbank vállalatot alapított, a mely megvette az újtátrafüredi sanatoriumot, valamint üzemben fogja tartani a most

épülő, a modern hygiene minden követelményének megfelelő új sanatoriumot. Az intézet vezetésében semminemű változás nem történik. **Szontagh Miklós** dr. igazgató-főorvos lesz továbbra is az egész telephelynek, valamint a most épülő új sanatoriumnak a vezetője. A részvénytársaság célja a telep fejlesztése, a befogadóképesség fokozása, úgy, hogy a magaslati klímára szoruló betegek könnyen elhelyezhetők legyenek. Ha az új sanatorium megnyílik, a mostani sanatoriumok átalakíthatnak a középosztálynak és olcsó árakkal lehetővé fogják tenni, hogy a társadalom minden rétegeiből kikerülő betegek anyagi viszonyaikhoz mért jó sanatoriumi ellátásban és kezelésben részesülhessenek és élvezhessék a Magastátra páratlan magaslati klimatikus gyógyerejét.

A szájjüreg, garat és torok desiniciálására az **Anacot-pastilla** (Dr. Wander) a legalkalmasabb. Elszopogatva, a szabadabb váló formaldehyd erőteljes bactericid hatást fejt ki.

ORVOSOK

kik kérdőívre és címük felvételére igényt tartanak, méltóztassanak becses kívánságukat egy levelezőlapra velünk tudatni. A 28. évfolyamot előkészítő kérdőívek szétküldése már folyamatban van.

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

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diaetás-physikalás magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukor-, baj, köszvény), neurastheniások, vrszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hizláló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

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

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugár gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkészlékek, frigidtherapia, fürdők. Schne-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa

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

Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. 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.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14-51.

Belbetegek részére. — Vízgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. **Dr. RAJNÍK PÁL.** — **Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

Dr. SZONTAGH MIKLOS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István út végén.) Telefon 120 69, 81-01.

Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.

Szabad orvosválasztás.

Igazgató-főorvos: **Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ** kir. tanácsos.

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 (XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.) 624. lap. — (LXXX. nagygyűlés 1917 október 17.-én.) 625. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 625. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XII. rendes tudományos ülés 1917 május 19.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Új rendszerű művégtag czomb-amputáltak számára.

Fischer Ernő: A czomb-amputáltak művégtagjainak tökéletesítése egyike azon sürgős megoldásra váró fontos feladatoknak, a melyeket a háború az orvosok és technikusok számára felvetett. Két dolgon múlik a czomb-amputáltak művégtagjainak problémája: 1. a művégtag támaszkodásának és 2. a térdizületnek megoldásán. A támaszkodás azon elvek és gyakorlati kivitel alapján, a melyeket Dollinger tanár az alsó végtag gipszkötéseinél, orthopaed-segédesszközeinél és művégtagjainál lényegében teljesen kiképezett, megoldottnak tekinthető. Nemcsak a régibb tapasztalatok, hanem több száz amputált katonai művégtagján való alkalmazásuk most is megmutatták, hogy ezen módszer a csonkot a terheléstől megkíméli és emellett a csonk izomzatának kitűnő kihasználását teszi lehetővé. Így ma a művégtag térdizületének a szerkezete az, a mi a művégtag használhatóságát eldönti. A mostani kivitelben a művégtag térdizülete nem felel meg a legfontosabb követelményeknek.

Legnagyobb hiánya a használatos térdizületeknek a berogyás veszélye; ezen veszély csökkentése céljából a művégtag térdizületének haránttengelyét hátrahelyezik; így nyújtott térdizület mellett rá lehet nehezkedni a művégtagra, de már kismértékű behajlításkor a térd berogy. Az izület hátrahelyezése csak korlátozott mértékben történhetik (mert minél nagyobb a hátrahelyezés, a művégtag a lábszár behajlításakor annál inkább meghosszabbodik, a mi járáskor nagyon hátrányos!), a szabad izülettel való járás tehát mindig a berogyás veszélyével jár. Ezen veszély a gyakorlattal sem kisebbedik, mert minél nagyobb a gyakorlat, annál kevesebb az óvatosság: a cipő fennakad az érdes talajon és nem engedi a térdet teljesen kinyulni; a rokkant egy vigyázatlan pillanatban megterheli a művégtagot, mielőtt az a térdizületben kiegyenesednék; így kellemetlen, esetleg súlyos következményekkel járó összeesés következik be. Morálisan mindig igen rossz hatású az ilyen összeesés; a rokkant ilyen balesetek után már csakis merevített térdizülettel mer járni.

Azon szerkezetek, a melyekkel az amputált a művégtag térdizületét járás közben rögzítetté teszik, a legszebb izületes művégtagból is botlábát (Stelzfuss) csinálnak, még pedig rossz botlábát: mert a régi fajta botláb legalább egyszerű, olcsó, szilárd és könnyű, míg az ilyen rögzített műláb komplikált, drága, romlékony és nehéz. A merevített térdizülettel való járás pedig nagyon nehézkes, minden lépésnél az egész testet emelni kell, egyenetlen vagy lejtős talajon egyáltalában nem lehet vele járni.

Ezért Dollinger, Lorenz és mások azt ajánlják, hogy a két rossz között válasszunk egy középutat: rögzítettessék a művégtag térdizülete úgy, hogy a rögzítés csak 25 foknyi behajlításnál érvényesüljön, így valamivel kevesbedik az összeesés veszélye. Lorenz maga bevallja és mindnyájan tapasztalhattuk, hogy ez sem tökéletes.

A bemutató által a Bakay tanár vezetése alatt álló pozsonyi hadigondozó intézetben szerkesztett szerkezet a művégtag térdizületének kérdését teljesen megoldja. A szerkezet a térdizületet teljesen szabadon hagyja; azonban a szerkezet minden egyes ponton azonnal *automatice* fixálja a térdizületet, mielőtt a láb megterhelhetik. Így járáskor a rokkant teljesen szabad izülettel lép, a lábszárát a csonkkal lendíti előre, a berogyás veszélye megszűnt, az amputált ránehezdedhetik a művégtagra annak bármely hajlítási foka mellett. Fel- vagy leléphet lépcsőre, járhat lejtős vagy egyenetlen talajon, állhat munkaközben tetszés szerint behajlított

térdizülettel. Azon pillanatban, mielőtt a művégtag megterhelése megszűnik, *automatice* megszűnik a térd fixálása is, valamint *automatice* megszűnik a fixálás akkor is, ha a rokkant a térdet ki akarja nyújtani; leüléskor a térd magától behajlik.

Maga a szerkezet igen egyszerű: a térdizület haránt tengelyének közepére egy félkör alakú tárcsa van beiktatva, a melynek szélét egy billenő-fogó azonnal szilárdan megfogja, mielőtt a térdizület és vele együtt a bokaizület is behajlítatik és megterhelhetik; a fixálás rögtön megszűnik és az izület szabadabbá lesz, mielőtt a megterhelés megszűnik. A szerkezet igen könnyű, emellett szilárd; tartósságát növeli azon körülmény, hogy rendes és síma talajon való járáskor egyáltalában nem vésztik igénybe. Előállítására alig kerül többbe, mint egy tolozárré, mert gyárilag állítható elő, beilleszthető akár a kozmetikai prothesisbe, akár a munkavégtagba, sőt a már kész művégtagba is.

Radialis-varratok bemutatása és a Révész-utcai utókezelő gyógyintézetben 1916-ban végzett teljes radialis-varratok gyógyulási statisztikája.

Ranschburg Pál: A gyógyintézet sebészeti osztályán az 1916. év folyamán összesen 101 totalis varrat végeztetett a n. radialisra. Ezek közül 40 esetben, tehát 39,7%-ban mutatkozott a mai napig a motilitásnak kisebb-nagyobb mértékben való helyreállta.

A valószínű gyógyulási gyakoriságot azonban a következő táblázat mutatja:

Észlelés időtartama a műtét után	Műtett idegek száma	Gyógyuló esetek száma	Gyógyuló esetek százalékszám
0 — 3 hónap	20	0	0%
3 — 6 "	26	5	19,2%
6 — 9 "	23	11	47,8%
9 — 12 "	20	14	70,0%
12 — 16 "	12	10	83,3%
	101	40	

Bemutató demonstrál egy a sérülés után a 14. hónapban varrattal műtett esetet, melyben a kéztő mozgékonyasága már tökéletesen, s egy a sérülés utáni 23. hónapban varrott esetet, melyben ugyanazon mozgás körülbelül 40 százalékban helyreállott. A táblázatban foglalt radialis-varratok átlagos kora a műtétkor 13 hónap volt.

(LXXX. nagygyűlés 1917 október 14.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő. Jegyzők: Holzwarth Jenő, Bence Gyula.

1. Jendrassik Ernő elnök a következő megnyitót mondja: Megvallom, hogy amikor tavaszi utolsó ülésünkről távoztam, azon gondolkodtam, hogy milyen ékes szavakkal fogom az őszi évadot a béke jegyében megnyitni s hangoztatni új feladatainkat a helyreállító tevékenységünk érdekében. Mint annyiszor, most is csalódottan kerülünk össze: a háború változatlan heveséggel tart tovább, s bár az ügyvivő politikai szónokok amúgy a kerítésen át tárgyalnak a békéről és a békefeltételekről, a zöld asztalhoz még nem akarnak leülni. Hozzászoktunk már ahhoz, hogy e hangos kijelentésekben mást mondanak a szónokok, mint a mit valóban akarnak s ellenségeink mostanában leginkább azt emlegetik, hogy Németországtól más kormányformát kívánnak. Az a mértéktelen gyűlölködés, a melylyel ellenségeink a németek iránt vannak, ezt a kívánságukat nagyon is gyanús színben tünteti fel, s nem csalódunk, ha azt gondoljuk, hogy e kívánság mögött a német szervezkedés irigylése rejlik. A németek kötelességérzése az az igazi alap, a melynek erejüket köszönhetik, ez az oka annak is, hogy náluk Európának e nagy betegsége, a mai háború, a belső ügyekben kevesebb ellentétet támaszt, mint másutt. De e háborúnak lehetősége vilá-

gosan bizonyítja, hogy a világ mai társadalmi és állami be-
rendezése beteg s sajnosan látjuk azt is, hogy a beteget
rosszul gyógyítják. Az entente javaslata, hogy a jövő hábo-
rúkat nemzetközi bíróság tegye lehetetlenné: a mai kormány-
formák mellett már önmagában képtelenség, s nem is java-
solná ezt az orvosságot, ha nem biznának abban, hogy a
jövőben is többségben maradnak s hogy az ítéletek akkor
sem lesznek igazságosabbak, mint ma. Pedig minden háború
lehetetlen volna, ha az államok mind megakadályoznák azt,
hogy egyeseknek óriási egyéni hasznuk legyen e szörnyű
időkből. Talán maradna még akkor is néhány fanatizált
ember, a ki a háborúért propagandát kezdene, de elmaradna
mellőle a legbefolyásosabb környezet. Az orvosokon kicsiben
megpróbálták ezt a módszert: mikor a háború elején külön-
féle kórházakhoz a belügyminisztérium jelentékeny napidíjjal
alkalmazott katonai szolgálatra addig alkalmatlannak talált
szakembereket. De alighogy ezek élvezték nagy munkájuknak
némi arányos jövedelmét, az állam kitalálta annak módját,
hogy e jövedelemtől őket egyszerűen megfosssa: az addig
alkalmatlant bevették katonának s a napidíj helyett a segéd-
orvosi illetményen jutalmazták. Ez az eljárás egészen helyes
lett volna, ha ugyanezt egyszersmind alkalmazták volna a
gyárosokra, a szállítókra is s ha az állam azonnal mindent
rekvirált volna, s így meggátolta volna az árdragulást, s
egyeseknek a háborús helyzetből való meggazdagodását, de
az *uni justum, alteri aequum* elvét nem alkalmazták. Így a hiva-
taltakok és némely más foglalkozásúak is nagy kárt szenvedtek
mások meggazdagodása miatt, sőt a mikor a gyárosok, iparo-
sok nagy része így anyagilag jutalomra talált, egyszersmind
foglalkozásuk címén a veszedelmeket is elkerülték.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Kézplasztika esetét mutatta be *Perthes* a tübingeni
orvos-természettudományi egyesület július 9.-én tartott ülésén.
A 8 éves gyermek egyik kezének összes ujjait leszelte a
szecskavágó gép. Használható kéz nyérése végett az 1. és 2.
metacarpus között mély bemetszést ejtve, ezt a mellkasról
vett bőrrel kibélelték. Az ilyen módon szabaddá lett hüvelyk-
metacarpus nagyon jól pótolja a hüvelykujjat, úgy hogy a
gyermek nagyon jól tudja kezelni az írót, a kanalat, a villát
stb. Megkísérlették hosszú alkaramputációs csont esetén is
hasonló módon bemetszéssel fogásra alkalmassá tenni a
csontot. *Walcher* elve szerint pseudarthrosist létesítettek az
ulnán és a radiuson és az ily módon mozgékonyvá vált
csontcsontokat alkalmas módon inakkal egyesítették. Az
eredmény azonban mindezekig nem kielégítő.

PÁLYÁZATOK.

1386/1917. sz.

Alulírott főszolgabíró az elhalálozás folytán megüresedett nagy-
kereseti **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni
kivánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesi-
téseiket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályá-
zati kérvényüket hozzám a **folyó évi november hó 19. napjának**
délután 5 órájáig nyújtsák be.

Kellően fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényt figye-
lembe nem veszek.

Az állás javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkedik.
2. Nagykereki községben 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás és kert hasznélvezete.

3. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az útiutak kérdése rendezés alatt áll, a háború tartama alatt az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. §-ában megjelölt esetekben igénybe
veendő fuvarokat a községek természetben tartoznak kiszolgáltatni.

A választást folyó évi november hó 29.-én délelőtti 10 órakor
Nagykereki községében fogom megtartani.

Biharkeresztes, 1917 november 7.

Frankó Endre, biharkeresztesi járási főszolgabíró.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megürese-
dett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása évi 1400 korona, lakás, fűtés és
élelmezés. A kinevezés egy évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelen-
tendő.

Más pályázók hiányában szigorlóorvosok is választhatók, ha
legalább két gyakorlati szigorlatuk van.

Magánygyakorlat nincs megengedve.

Pályázati kérvények *Kemény János* kir. tanácsos úrhoz, Gyöngyös
város polgármesteréhez, mint a kórház-bizottság elnökéhez **folyó évi**
november hó 25.-éig adandók be.

Az állás a választás megejtése után azonnal elfoglalandó.

Gyöngyös, 1917 október 18.-án.

Frindt F. József dr., igazgató-főorvos.

6300/1917. ki. sz.

Jász-Nagy-Kun-Szolnok vármegye jászági felső járásában a jákó-
halmi **körorvosi állás** megüresedvén, ezen állásra pályázatot hir-
detek.

A kör Jákóhalma és Jásztelek községekből áll, együtt körülbelül
7300 lakossal, a két község közti távolság 3 1/2 kilométer. A körorvos
javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés és 4-szer 200 korona ötödéves kor-
pótlék; 2. 500 korona lakbér; 3. természetbeni fuvar Jásztelek heten-
ként kétszeri meglátogatására; 4. körülbelül 1000 korona telepórvosi
díj; 5. 800 korona a jászberényi munkásbiztosító pénztárnál; 6. a vár-
megyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási, rendelési, halott-
kémlési, műtéti, távollási stb. díjak; 7. 800 koronája volt az előbbeni
körorvosnak a pusztamizsei uradalomtól.

Felkérem a pályázni kívánó orvos urakat, hogy kérvényüket
és esetleges okmányait hozzám **folyó évi december hó 5.-éig**
adják be.

Jászberény, 1917 október hó 31.-én.

A főszolgabíró.

HADMENTES ORVOS

négy évi kórházi gyakorlattal, sanatoriumban bentlakó
orvosi állást keres. Ajánlatokat „Állandó” jelige alatt
a „Petőfi” irodalmi vállalat, VII., Kertész-utca 16 továbbít.

KLINIKAI MÉRLEGET

veszek. Ajánlatok „Személmérleg” alatt a „Petőfi”
irodalmi vállalat, Budapest, VII., Kertész-u. 16 kéretnek.
(Esetleg telefonon is.)

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhimlő- intézet :: termelő intézete ::

A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétváló osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 46. szám.
És balparti ügyfelcink 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. 1810 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.)

PROVIDOFORMTINKTURA Prof. BECHHOLD szerint

(D. R. P. No. 232948).

SPECIFIKUM DIPHTERIA ELLEN. Irodalom és minták ingyen.

A díbacellákra még 1:400.000-es hígításban hat.

Rendelés a cs. és kir. hadseregben megengedve.

PROVIDOL-GESELLSCHAFT, Berlin – Halensee.

Vezérképviselőség Ausztria-Magyarország számára: **TH. LINDNER, Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.**

Méregtelen, szintelen és szagtalan, kitü-
nően bevált és jól véleményezett.

A hetedik magyar hadikölcsön.

A hosszan elhúzódó háború további nagy pénzügyi követelményeket támasztván az államhatalommal szemben, a hadi szükségletek zavartalan ellátása céljából új hadikölcsön kibocsátása vált szükségessé. A hadviselés költségeinek fedezésére a pénzügyminister ezúttal 6%-kal kamatozó adómentes járadékkölcsön kötvényeket, valamint 5½%-kal kamatozó adómentes járadékkölcsön kötvényeket bocsát nyilvános aláírásra. A pénzügyminister tehát ez alkalommal is közvetlenül fordul a közönséghez.

Az aláírás időtartama 1917 november 15.-étől december 14.-éig bezárólag terjed.

A kibocsátásra kerülő 6%-kal kamatozó járadékkölcsön kötvényei 50, 100, 1000, 5000 és 10.000 koronás címletekben, az 5½%-kal kamatozó járadékkölcsön kötvényei pedig 100, 1000, 5000 és 10.000 koronás címletekben fognak kiállítani.

A 6%-kal kamatozó járadékkölcsön kötvény kibocsátási ára voltaképpen 97 K 13 fillérrel van számítva. De arra való tekintettel, hogy a járadékkötvény kamatozása csak 1918 február elsején veszi kezdetét, s a jegyzéstől 1918 január 31.-éig járó kamatok az aláírási árba be vannak számítva, a kötvény aláírási ára minden 100 korona névértékért a következő összegekben van megállapítva:

1. arra az esetre, ha az aláíráskor az aláírt összeg egész ellenértéke befizetettik:

a) az 1917. évi november 15.-étől december 1.-éig bezárólag történő aláírás esetén 96 K 10 f.;

b) az 1917. évi december 1.-ét követő időben 1917. évi december 14.-éig bezárólag történő aláírás esetén: 96 K 32 f.; ha pedig az alább ismertetendő kedvezményes (részletekben történő) fizetési módokat vétetik igénybe, az aláírási határidő egész tartamára szörolag 97 K 20 f.

Az 5½%-os járadékkölcsön kötvény kibocsátási ára 1917 december 1.-én 91 K 25 f. Ehhez képest

1. arra az esetre, ha az aláíráskor az aláírt összeg egész ellenértéke befizetettik:

a) az 1917. évi november 15.-étől december 1.-éig bezárólag történő aláírás esetén 91 K 25 f.;

b) az 1917. évi december 1.-ét követő időben 1917. évi december 14.-éig bezárólag történő aláírás esetén 91 K 45 f.;

2. ha pedig a kedvezményes, részletekben történő fizetési módokat vétetik igénybe, az aláírási idő egész tartamára 92 K 25 f.

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: Üvegcsek à 25 drb.

Digitotal-tejczukorkeverék.

Klinikai csomagolások raktáron.

Moronal

(Basikus formaldehydkénsavas aluminium.)

Üvegek à 10, 25, 50, 100 g,

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

= Kivánatra 50%-os oldat alakjában is.

Dobozok 25 tablettával à 2,0 g.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Ferglobin-Örkény.

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

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

Olcsó medicatio!

Obstipatiót nem okoz!

Ferglobin-Örkény

cum arseno.

Tablettáknént 1/2 milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, le-
romlott phthisikus betegeknek és recon-
valescenceknél.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, "Nagy Kristóf" gyógyszerháza és
gyógyvegyészeti laboratoriuma
Budapest, IV. Váci-utca 1.

Dímentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

Nirvanol

(Phenyläthylhydantoin)

Mégbizható

Hypnotikum és Sedativum.

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

Nirvanol teljesen íztelen 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 injectiók számára:

Dobozok 10 ampullával à 4 ccm.

Klinikai csomagolások raktáron.

Az ecetsavas agyagföld tömény pótléka

bőrpuhító hatás nélkül,

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

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.

Ónodi A.: A harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légcsőmetszetek osztályának működése. I. A mesterséges hangképzés és beszéd. 627. lap.

Makai Endre: Vérzéscsillapítás szabad izomdarabokkal. 629. lap.

Udvarhelyi Károly: A koponyasérülések után jelentkező mutatósi eltérések és a nagy agyvelőkéregnek tonusgátló hatása közötti oki összefüggésről. 631. lap.

Kovács Zoltán: Az orbáncz gyógyítása. 634. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Lichtwitz: Az anaemia perniciosa gyógyításáról adszorbeáló anyagokkal. — Sebészet. Wiemann: A sérvkizáródás összefüggéséről a háborús táplálkozással. — Gyermekorvostan. Lapidus: A bárányhimlő elleni védoltás. — Kisebb közlések az orvostudományról. Schlesinger: Gerinczdaganat eseteiben fájdalomcsillapítás. 634—635. lap.

Magyar orvosi irodalom. 635. lap.

Vegyes hírek. 635. lap.

Tudományos Társulatok. 636—637. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légcsőmetszetek osztályának működése.

Közlő: Ónodi A. dr., egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója és ezen specialis osztály vezetője.

A közös hadügyminisztérium és a vöröskereszt lábba-dozó-otthonok bizottsága által létesített harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légcsőmetszetek osztályának eddig 1078 betege volt, ezek közül bevonultatott 739, más kórházakba helyeztetett 107, meghalt 8 és jelenleg kezelés alatt áll 224.

Az alábbiakban beszámolunk az elért eredményekről. A könyvalakban is megjelenendő munka előszava részletesen fogja ismertetni ezen specialis osztály létesítését és munkakörét.

I.

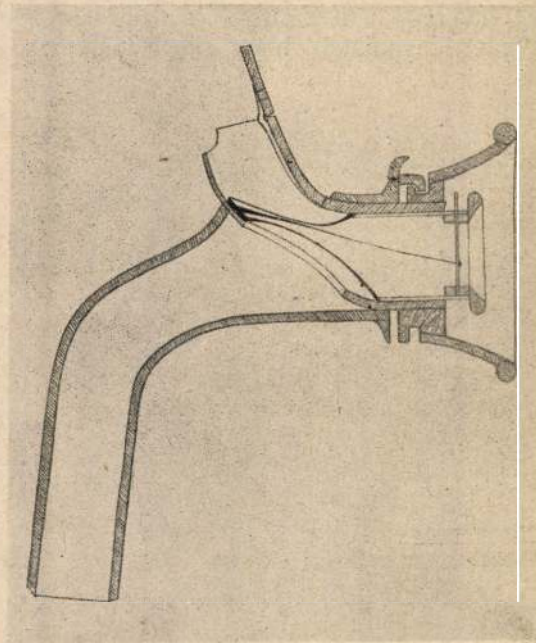
A mesterséges hangképzés és beszéd.*

A hang és beszéd elveszése a hangképző szerv kóros folyamatai és sebészi beavatkozása folytán hosszú idő óta foglalkoztatja a szakférfiakat. Az orvostudomány ezen épp oly fontos, mint érdekes fejezete megérdemli az általános figyelmet; a gége teljes kiirtásának eseteiben a hangképzés és a beszéd mesterséges pótlása lehetséges. A budapesti egyetem nagynevű tanára, Czermak, 1859-ben észlelt egy nőt, ki a hangrés alatt levő teljes összenövés dacára érthetően tudott beszélni. Czermak ennek helyes magyarázatát is adta, hogy tudniillik az elzárt gégevel bíró és kanülön át légző nő beszéde a garat és szájüregbe zárt kevés levegő ügyes felhasználásán (ritkítás és sűrítés) és az articulationis mozdulatoknál keletkezett zörejeken alapul; ezen alkalommal a mesterséges hangképzés és beszéd lehetőségéről is beszélt és azt a gondolatot fejezte ki, hogy lehetséges egy síppal ellátott csövön át a nyelvgyök mögötti üregbe levegőt fújni vagy erre a célra a kanülön át kilégzett levegőt is felhasználni.

A mesterséges hangképző- és beszélő-készülékek fel-találásának történetére nézve érdekes feljegyezni saját szavait: „Schliesslich erlaube ich mir zur Wahrung der Priorität hier die Nachricht niederzulegen, dass ich damit beschäftigt bin, auf künstlichem Wege zu einer lauterer Sprache zu verhelfen.

* Előadta a M. Tud. Akadémia III. osztályának 1917 február havi ülésén.

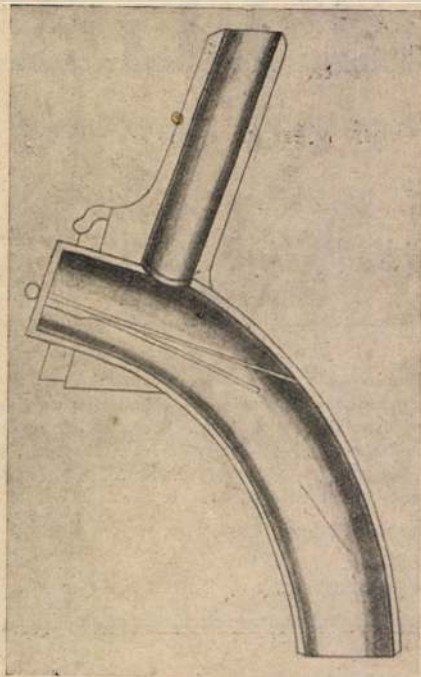
Ich beabsichtige nämlich durch eine dünne passend gekrümmte Röhre, welche die Artikulationsbewegungen nicht erheblich genieren darf und in welcher ein Zungenwerk eingeschaltet ist, Luft und Ton in den Raum hinter den Zungengrund zu blasen. Ich halte jedoch für möglich die eigene aus der Athmungskanüle hervorströmende Expirationsluft hierzu zu benützen.“



1. ábra. Mesterséges gége Gussenbauer szerint.

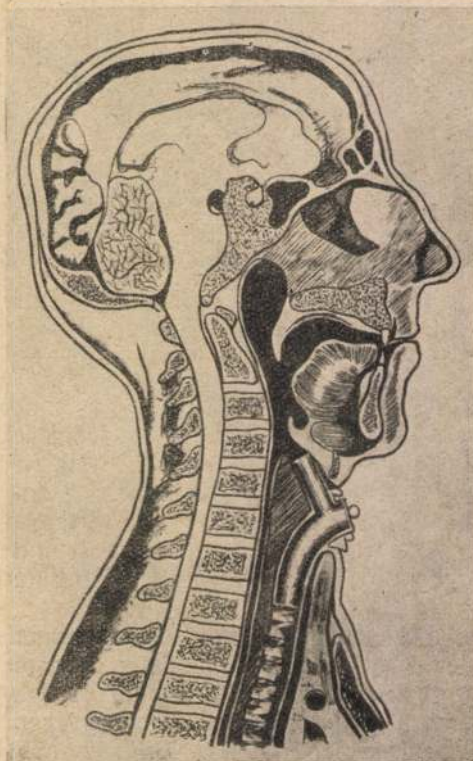
Az első mesterséges géget is ő szerkesztette 1869-ben és a befújt levegővel hangot produkált; még jobban sikerült ezen kísérlete emberi gégeken a hullán. Czerny 1870-ben kutyán kiirtotta a géget és azt egy mesterséges fémnyelvvel ellátott kaucsuk-kanüllel pótolta. Billroth 1873-ban irtotta ki emberen először teljesen a rákos géget és Brücke is szerkesztett egy készüléket, melylyel a beteg hangzókat és más-salhangzókat képezni tudott. Stoerk teljes gégeelzárással bíró betegeken egy nyelvsípval ellátott csövet helyezett a szájüregbe és a síp megszólaltatására egy ballont alkalmazott vagy a kanülön át kilégzett levegőt használta fel. A kanült egy golyó-ventil összekötötte a hangotadó csővel és azt a

beteg a fogai között tartotta, később az első és hátulsó őrlő fogak között erősítette meg.



2. ábra. Foulis-féle mesterséges gége.

Gussenbauer 1874-ben alkalmazta Billroth betegén az általa szerkesztett mesterséges géget, mely egy alsó és egy felső hangzó légcsőkanülből állott, ez utóbbiban elhelyezett ezüstnyelv, a kilégző légáramtól rezgésbe hozatva, adta a mesterséges hangot. Egy mesterséges gégefedőt is alkalmazott, melyet egy rugó nyitva tartott és nyeléskor a nyelvgyök és a falat által lenyomatott, hogy megakadályozza az ételek behatolását.

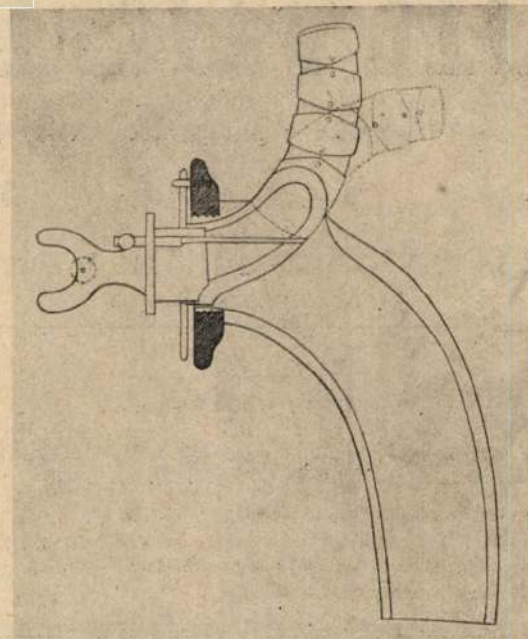


3. ábra. Foulis-féle mesterséges gége helyzetében érzékitve.

Az első ábra érzékíti Gussenbauer készülékét.

Hueter kemény kaucsukból konstruálta beszélő-készülékét fémnyelvvél; a légcsőkanül dugóval volt zárható és akkor a felső kanülon át hatolt a kilégzett levegő, rezgésbe hozva a fémnyelvet.

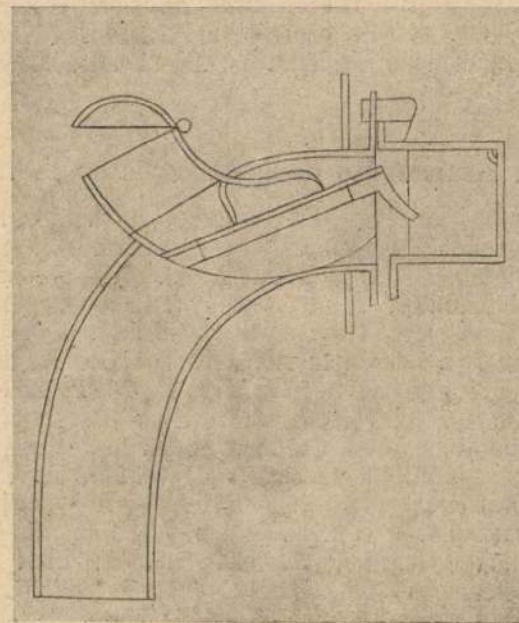
Foulis mesterséges gégáján, mint a 2. ábra mutatja, a fémnyelv a légcső-kanülben van elhelyezve. Vizsgálatai



4. ábra. Bruns-féle mesterséges gége.

alapján meggyőződött arról, hogy az emberi lágy hangot leginkább megközelítő hangot a fémnyelvek adják és pedig a réz és az ezüst vegyületekből készült nyelvek. Egy betege azzal mulatott, hogy különböző fémnyelvekkel más-más hangon beszélt. A 3. ábra a Foulis-féle mesterséges géget helyzetében mutatja.

Miután a Gussenbauer által alkalmazott mesterséges gégefedő nem vált be, azért Bruns készülékén azt elhagyta, mint a 4. ábra mutatja. Étkezéskor a felső nyílást dugóval zárta el. Bruns nyelvnek gummilemezt alkalmazott,



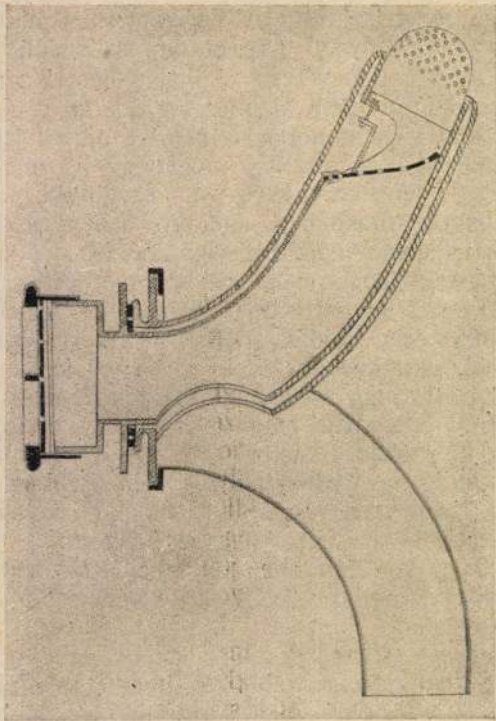
5. ábra. Labbé és Cadier-féle mesterséges gége.

melyet a beteg száncaszerű berendezéssel maga helyezhetett el.

Labbé és Cadier mesterséges gégeje a Gussenbauer-féle készülék módosítása, mint ezt az 5. ábra érzékíti.

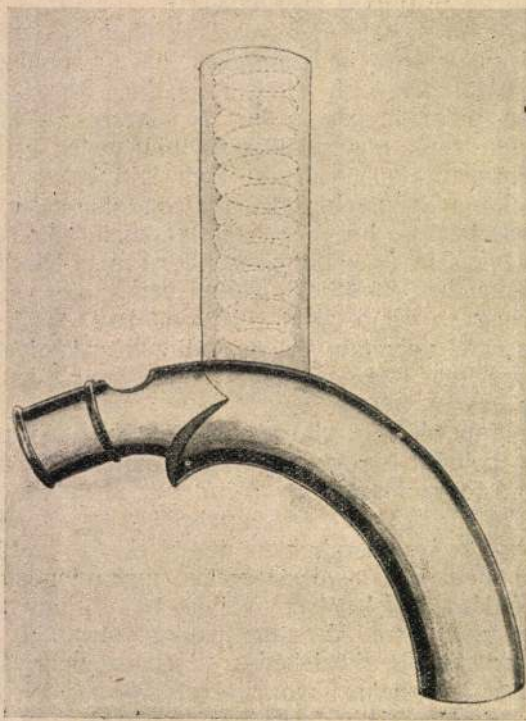
Wolf készüléke, mint a 6. ábra mutatja, a hangképző kanül felső végét finom ezüst hálóval látta el, hogy a nyálát a cső belsejétől távol tartsa. Gummiból készült a légző ventil és a nyelv. A fémnyelvet valami szerkezettel megrövidítheti, mi által a hangot magasabbá teheti. Készü-

lékével betege énekelni is tudott és érthetően szavalt, miről személyesen meggyőződtem.



6. ábra. Wolf-féle mesterséges gége.

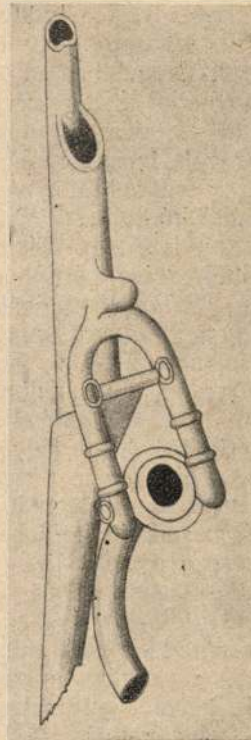
A 7. ábra *Kraus E.* beszélő készülékét ábrázolja. Az expectoratiót a szájon át is meg akarta könnyíteni és e célból a felső csövet ezüst spirálisból készítette, mely mozgékony volt.



7. ábra. *Kraus E.* beszélő készüléke.

Michael és *Péan* bonyolult készüléket szerkesztett, mint ezt a 8. ábra érzékíti. A bárzsingcső hátulsó részlete a choanákhoz vezet a légcsőkanülből a levegőt, és elülső részlete a garatba nyílik, úgy, hogy a folyadék a szájüregből egyenesen a bárzsingbe juthat. Megemlítendő még, hogy *Hochenegg* egy csövet nyelvcsípővel ellátva az orron át vezetett az orrgaratba és egy csővel összekötötte egy gummi-ballonnal, melyet a beteg hónaljában viselt és ott összenyomta a beszéd alatt.

Perier a légcsövet a nyak bőrébe varrta és a nyelvcsont alatt nyílást hagyott, mely a garatba vezet; ezen a



8. ábra.

nyíláson egy csövön megerősített sípot vezetett be, melybe kettős ballon segítségével levegőt fújt be, a ballont a beteg maga nyomta.

(Folytatása következik.)

Vérzéscsillapítás szabad izomdarabokkal.

Makai Endre dr., kórházi sebész-főorvostól.

(Vége.)

A következőkben az izomdarabokkal való vérzéscsillapításnak legfontosabb néhány javallatát és technikáját fogjuk megbeszélés tárgyává tenni.

A csontban futó erekből vagy a csontbélből történő vérzéseknél az izomszövet úgyszólván souverain eszköze a vérzéscsillapításnak. A gazetampon nyomásával való vérzéscsillapítás nem ritkán cserben hagy. Ismeretes, hogy a *Passov*-féle tompa véső csapásai, a *Luer*-féle harapófogóval való összeroppantás, a *Krause*-féle csontkampónak a vérző helyre való beakasztása, vagy elefántcsont-szegeknek beleverése az eljárások nehézsége mellett nem tudja mindig elállítani a vérzést, úgy hogy pl. a koponyacsontvérzéseknél *Frazier* nem átalította egyik vagy mindkét carotis leszorítását, vagy éppen időleges lekötését javasolni. *Horsley* steril viaszt ajánlott a vérző hely betömésére s ez az eszme valósul meg tökéletes formában a szabad izomlebeny alkalmazásakor.

Végtagok amputációjánál a harántul átfűrészelt csöves csont velőüregéből néha tetemes vérzés indul meg, a mely főleg akkor zavar, ha *Bier* szerint csonthártlya-csontlebenynyel akarjuk zárni a velőürt. Ilyenkor úgy járok el, hogy a velőürbe éles kanállal mogorónyi- kis diónyi ürt vájak s ebbe valamivel nagyobb izomdarabot préselek. Egy ízben a sipcsontból az egész elülső corticalist kivéstem, hogy a tenyérynivel distalisabban fekvő álizületet szabad csontékeléssel megszüntessem. A csont véletlenül az art. nutritivánál sérült meg és ebből igen tetemes vérzés indult meg. Egy 4 cm. hosszú, ugyanilyen széles és körülbelül $\frac{3}{4}$ cm. vastag izomdarabot hasítottam ki a lábikra-izomzatból s ezt úgy nyomtam rá a vérző helyre, hogy az izom mintegy lovagolt a vérző csontélen. A vérzés alig egy percnyi nyomás után teljesen elállott,

a műtét időpazarlás nélkül folytatható volt, a csontátültetés megfogant és a beteg meggyógyult.

A koponyacsontok diploëjából s nevezetesen a v. diploëticae-ből néha oly heves vérzés indul meg, hogy a műtét folytatása nagyon is kockázatos. Körülbelül 10 éve volt alkalmam esetet észlelni, melyben a koponyatető sarkomája miatt végzett trepanatiót a nagy vérzés miatt félbe kellett szakítani. A második ülésen folytatott műtét alkalmával azután a vérzés oly colossalis volt, hogy semmi módon sem sikerült urává lenni s a beteg a műtőasztalon vértett el. A bonczolás kiderítette, hogy a diploë lúdtoll-, sőt kisujjvastag erek, helyesebben sinusok egész rendszerével volt áthatva.

A szabad izomráhelyezéssel bármily nagy vérzés a diploëből prompte elállítható. Schloffer klinikáján Pamperl 3 esetben látta hasznát, nekem 6 esetről van abszolút kielégítő tapasztalatom. Rendesen úgy járok el, hogy az egyik czomb külső oldalán az izomzatból hüvelykujjnyi darabot vágok ki s belőle kisujj hosszú, 1 cm. széles és $\frac{1}{2}$ cm. vastag darabokat szeletelek le. E darabokat akként helyezem, illetve nyomom oda a vérző diploëra, a hogyan az üvegezéskor alkalmazzák a ragasztóanyagot a keret és az üveglap szögletébe. Most az egész koponyasebet szorosan kitamponálom gaze-zel s ellátom a czomb 4—5 cm. hosszú sebét. Mire ezzel készen vagyok, az izomdarabok kitűnően megtapadtak, a gaze-tampon óvatosan leemelhető róluk. Eleinte közvetlenül a műtét befejezte előtt eltávolítottam az izomdarabokat, minthogy azonban megessett, hogy az elállott vérzés újból megindult, újabban rendszeresen rajtahagyom, illetve elsüllyesztem. Egyetlen egyszer sem volt alkalmam a sebgyógyulás részéről a legkisebb szövödményt észlelni, sőt ha a műtét pl. a koponyacsont-defectusnak szabad csontperiostlebensnyel való fedésével végződött, a csontperiostlebensnyel a defectus szélének izomdarabokkal való szegélyezése daczára kivétel nélkül tökéletesen begyógyultak.

A koponyaűrbeli vérzések — melyeknél az izomszövet alkalmazását tudvalevően Horsley inaugurálta — a leghálabbabb terrenumai a szabad izom alkalmazásának.

Kétségtől legfontosabbak e részben az agyöblökből eredő vérzések. Aránylag ritkán jövünk abba a helyzetbe, hogy az agyöblöt praeliminarisan aláöltük, legtöbbször akaratlan vagy kikerülhetetlen műteti sérülésnek a következménye a sinusvérzés. A gazecsíkkal való tamponálásnak ilyenkor számos hátránya van. A hatalmas vérzés annyira előnti az egész műteti területet, hogy a gazecsík csúcsainak helyes applikálása igen megnehezített. A gazecsík nem ritkán belekerül a vérző sinussebbe, a tamponálással még jobban felszakítjuk azt. Mászor a sinust a durával együtt valóságos lepraeparálja a tamponade a koponya belfelszínéről, a benyomott és jókora tömeg gaze lényeges nyomást gyakorolhat az agyra. A tampon váltása vagy szellőztetésénem ritkán újból heves vérzést indít meg. Az izomtampontadenál mindezen kellemetlenségek elesnek.

Stieda, Pamperl (4 esetben Schloffer klinikáján) igen jó eredményt láttak tőle, s újabban Franke mint ismeretlen módszerre hívta fel rá a figyelmet. Részünkről 2 esetben alkalmaztuk, mindkettőben a sinus sagittalis sérülése miatt. A lényeges, hogy ne riadjunk vissza nagyobb izomdarabok alkalmazásától. Stieda $2 \times 2 \times 1\frac{1}{2}$ cm. nagyságú darabokat alkalmazott, én ennél kétszerre nagyobbakat is. Bal mutatóujjunkkal felkeresve a sérülés helyét, arra, illetve annak tájékára helyezük az izomdarabot, melyet jobb kezünk mutató-, középső és gyűrűsujjával 2 percig fixálunk. Ha a vérzés nem állna el, ujjunk mellett egy nagyobb gazetampont vezetünk az izomra, vigyázva, hogy az helyéből ki ne mozduljon, s vele az egész sebet szorosan kitömjük. Legkésőbb 10 perc múlva óvatosan eltávolítjuk a gazecsíkot s a műtét nyugodtan folytatható. Első esetemben, melyben az izomtampont alkalmazásáig a beteg igen sok vért veszített, úgy, hogy pulsus a alig volt számolható, a vérzés oly prompte csillapult, hogy feljogosultnak éreztem magam az eset megoldása — az agykérget borító régi hegek leválasztása — után még egy komplikált plastikát (zsír-, fascia-transplantatio) is végezni teljes sikerrel.

A háborús agykéreg- és agyhártyasérülések gyakran állítják a sebészt azon feladat elé, hogy az agyat nyomó, esetleg súlyos epilepsiás állapotot okozó kéreghegeket távolítsa el az agyfelszínről. A heges terület alatt sokszor törmelékeny, citromsárgán elszínesedett az agyállomány és a nem ritkán elég kiadós vérzés elállítása nem kis nehézséget okoz, mert a legfinomabb alálóltásokat sem tartja meg a kóros agyrészlet. Nyílt gazetampon alkalmazása annyit jelent, mint a kiírtott hegedést — esetleg még nagyobb mértékben — újból előidézni. Viszont utánvizsgált esetünkből azt láttuk, hogy a szabadon alkalmazott izomszövet lényegesebb pótló hegyszövet keletkezése nélkül lassankint felszívódhat. Ezért 2—3 mm. vastag izomszeletet a vérző agyállományra ráhelyezve bátran elsüllyeszthetünk. 6 esetben alkalmaztam a vérzéscsillapítás ezen módját anélkül, hogy a legcsekélyebb szövödmények mutatkoztak volna. Akár úgy jártam el, hogy az izomszelet fölé még zsírlebensyt alkalmaztam durapótlásul, akár úgy, hogy a szabad izomszelet fölé a koponyadefectus fedésére csak szabad csontperiostlebensyt alkalmaztam, az eredmény mindig zavartalan lefolyás volt. Újabban úgy járok el, hogy az ilyen vérző agyféltelet ellátása végett a suralis fasciából vágok ki megfelelő nagyságú darabot, melyen az izomzatból 2—3 mm.-nyi réteg jól tapad. Az izmos felszínt befelé fordítva, a fasciát a környező durához öltöm csomós catgut-varratokkal.

De nemcsak az agyállomány kisebb ereiből való vérzések csillapíthatók izomdarabokkal, hanem az agyburok ereinek vérzései is. Az erek főleg sérülések után pókhálóvékony fonatok alakjában feszülnek ki az agyburok s az agy között, sérülésük ellátása sokszor hosszantartó, technikailag is igen nehézkes, az alálóltások, lekötések egymás után kiszakadnak. Pamperl az art. meningea media vérzését csillapította izomtampontalással; részemről pia-venák vérzését szüntettem meg akként, hogy a vérző zúgba a dura alá egy babnyi izomdarabot ékeltem vagy krajczárnyi izomdarabot nyomva a vérzésre, néhány percig ujjammal rögzítettem.

A nagyobb erekből eredő vérzés csillapítása izommal különösen olyankor segít ki bennünket, ha a koponyacsont és agyfelszín között nagyobb hézag vagy üreg van; félős ilyenkor, hogyha pillanatnyilag szűnik is a vérzés: a koponyaűr bezárása után ismét megindulhat és mintegy ex vacuo tetemesebb vérömleny keletkezhetik. Fent leírt esetem mutatja, hogy ilyenkor mily megbízható az izomtömészelés. Okulva azon a tapasztalaton, hogy az izom lassankint tönkremenvén, az ür az agyfelszín és koponya csontközött újból létrejöhet, egy második esetemben körülbelül diónyi vérző agycystánál úgy jártam el, hogy a vérző cystát kis izomdarabokkal kikárpítoztam s ezekre nyomtam rá egy diónál valamivel kisebb, szabad zsírlebensyt. A gyógyulás folyamata zavartalan, az eredmény kifogástalan volt.

A vérző ür végleges kitömése válhatik szükségessé olyankor, mikor például egy aneurysmazsák kiírtása az anatómiai viszonyoknál fogva lehetetlen. Küttner (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 25. sz.) az art. vertebralis egy aneurysmáját körömnagyságú izomdarabokkal tömte ki s a tömlőt elsüllyesztette. Fent leírt agycysta-esetem ugyan jogosulttá teszi annak a kérdésnek feltevését, vajjon az izompusztulás és felszívódás után nem létesülhet-e újra olyan ür, mely a collateralisokkal való közlekedés révén az aneurysmatömlő megújódását jelenthetné; nem szabad azonban feledni, hogy esetemben az anyaghiány falzatának nagy része a koponyacsont volt, a mely az ürfalzat fokozatos összeesését lehetlenné tette. Különben mi sem állja útját annak, hogy az izomszöveten kívül zsírszövetet is helyezzünk az aneurysmatömlőbe.

Az üregek késői bevérvzésének ilyen módon való megakadályozására más helyeken is felhasználható lenne az izomszövet. Ismeretes, mily nehézkes a prostata-ág kitamponálása a prostata kiírtása után s tudvalevő, hogy bizony nem egyszer kellemetlen, sőt végzetes utóvérvzés is következhet be. Wilms módszere, melylyel a végbél felől igyekszik a prostata-ág compressióját elérni, nem mondható ideális meg-

oldásnak. Bár még nem volt alkalmam kipróbálni, az analog megfigyelések alapján melegen ajánlanám a vérző prostata-ágyba a behelyezett katheter köré egy megfelelő nagyságú izomgöngyöleg alkalmazását. Szükségtelen attól tartani, hogy a katheter jelenléte vagy a vizelet becsorgása a szabad izomlebens alkalmazását agályossá teszi.

Hímvesző-plastika egy esetében a *corpora cavernosából* oly copulens vérzés állott be, hogy kénytelen voltam babnyi izomdarabkák tömegével megszüntetni a vérzést, hogy az urethra körkörös varrata kivihető legyen. Noha csak egy rétegben egyesítettem a húgycsőcsontokat s így a hermetikussá húgycsőzárás meglehetősen problematikus volt, a beteg a műtét után azonnal a rendes úton vizelt, semmi sebszövődmény nem mutatkozott s a beteg tökéletesen meggyógyult.

Hogy nagyobb erekből, legalább is nagyobb vénákból eredő vérzés alkalomadtán szintén csillapítható izomdarabokkal, azt ugyanezen esetem bizonyítja. A hímvesző képzése céljából ugyanis a jobb czomb elülső belső felszínéről egy jókora tenyérszerű nyeles bőrlebenset vettem, melynek gyöke felől 20 nappal a penis-plastika után hatalmas vérzés indult meg. Nem akartam az eret feltárni, mivel ezzel esetleg az elfordított nyeles lebeny megmaradását kockáztattam volna, ezért a felszakadt varrat helye felől egyszerűen egy hüvelykujnyi izomdarabot toltam fel a vérzés helyére. Egy perc után varrattal rögzítettem az izomdarabot, mely a vérzést legott és véglegesen megszüntette.

Utóvérzéseket a lobos sarjszövetből különben nem ritkán látunk a mostani háborús sebészetben fertőzött lött sérülések kellő feltárása után. Tapasztalataim szerint főleg a térdalji árokban lefolyó phlegmonosus folyamatok hajlamosak ilyen meglehetősen copulens vérzésekre. A többnyire venosus vérzés elállítása nem mindig könnyű, a néha diffuze vérző szövetek körülötte átvág, az ércsípővel való lefogás ugyanazt eredményezi. Kitűnő sikerrel alkalmaztam e helyeken az izomszövetet akként, hogy a vérző helyre nyomva, fölötte egy-két catgut-öltéssel összehúztam a szöveteket. Az izmot a vérző sebből magából vettem, természetesen a sarjak megfelelő területen való letisztítása után. Az eredmény mindig frappans volt és különösen figyelemreméltó, hogy az oda-helyezett izom felett összehúzott sebtérület genyes retentióra vagy egyéb szövödményre sohasem vezetett.

Mint a lobos sarjszöveten, úgy gyakran a lobos zsírszöveten is átvág az átöltő fonál s a vérzés nagyobb lesz, mint eredetileg volt. Hájas egyének lobos féregnyúlványának kiirtásakor gyakran jár akár a mesenterium, akár a le-tapadt cseplesz lekötése ilyen irányú nehézségekkel, főleg hátrafelé csapódott appendixnél. Ilyenkor úgy járok el, hogy az aláöltést nem csomózom meg rögtön, hanem a fonalak közé egy mogyorónagyságú izomdarabot helyezek s a csomózást azon hajtóm végre.

Igy járt el Lāwen (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 1912) két szívsebzés ellátásakor, midőn az aláöltött fonál a törékeny szívizomzatot átvágott, s bár esetei ötöd-, illetve 31. napra elhaltak; a bonczolás beigazolta, hogy az izom teljesen megfelelt feladatának, a szívsebzés tökéletes ellátásának.

A parenchymás szervek vérzéseit illetőleg Rubaschow vesesézéseknél alkalmazta sikerrel az izomlebenset és kiemeli annak fölényét a zsírszövet fölött. Küttner tapasztalatai nem ilyen kedvezőek (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 6. sz.) s éppen ezért ajánlotta a vese aláöltésének egy új módját. Nekem magamnak a vesére vonatkozólag nincsenek tapasztalataim, a májvérzéseknél azonban, melyeknél már Lāwen ajánlotta az izomráhelyezést, nagyon jó hasznát vettem az eljárásomnak. Az epehólyag ágyának vérzése legott csillapodik, ha megfelelő nagyságú izomlebenset szorítunk rá, a májrepedésekből, zúzódásokból eredő vérzések hasonlóképpen prompte és véglegesen csillapíthatók. Rendesen úgy járok el, hogy gömbölyű nagy tűvel mélyen aláöltöm a vérző helyet, azután oly nagy izomdarabot helyezek rá, mely az aláöltés szűrési csatornáin túl ér s ezen csomózom meg a catgut-ölt. Izolált májsérülések ilyen ellátása után néhány percz várakozási idő után nyugodtan elzárható a hasúr.

Mindezek alapján joggal állítható, hogy a szabad izomlebens applikálása a vérzéscsillapításnak oly kiváló eszköze, mely helyesen alkalmazva úgyszólván sohasem hagyja cserben a sebészt, steril vagy fertőzött milieuban egyaránt agály nélkül használható s tisztán technikai kérdés az, mennyiben fogja a vérzéscsillapítás céljából eszközölt gazdátamponálást mind szűkebb és szűkebb térre szorítani. Tapasztalataink alapján jogosítva érezzük magunkat annak megállapítására, hogy megfelelő esetekben — nevezetesen koponyatörési műtétknél — a szabad izomlebens alkalmazása vérzéscsillapítás céljából nem csak ultimatum refugiumnak, hanem a szabad választás módszerének tekinthető.

A koponyasérülések után jelentkező mutatósi eltérések és a nagy agyvelőkéregnek tonusgátló hatása közötti oki összefüggés.

Irta: Udvarhelyi Károly dr., műtő-fülvizsgáló.

(Folytatás.)

Most lássuk, hogy fejsérüléseknél ezen tünetek miként módosulnak.

A fej különböző oldalát ért sérülések különböző mutatósi eltéréseket okoznak, azért azokat célszerűnek látom felosztani I. a nyakszirtecsontot, II. a homlokcsontot, III. az oldalfalcsontot és IV. a halántékcsonatot ért sérülésekre.

I. A nyakszirtecsontot ért sérüléseket az jellemzi, hogy ezeknél a spontan előrenyújtott karok mindegyike a sérülés oldala felé tér el. Ezen eltérések az ugyanazon oldali labyrinthusnak hideg vízzel való izgatása alatt fokozódnak mindegyik karban. Az ellenkező oldali labyrinthus izgatásakor pedig vagy változatlanul megmaradnak, vagy késve csökkennek, vagy csak annyival kisebb mértékben térnek át a karok az izgatott labyrinthus oldalára, mint a mennyire spontan, a sérülés oldala felé eltértek. Ha a sérülés a nyakszirtecsontot a középvonalban úgy éri, hogy úgy a jobb, mint a baloldali nyakszirtecsont megsérül, akkor az előrenyújtott karok úgy térnek el, hogy a jobb kar jobb felé, a bal kar bal felé mozdul el.* Ezen esetben a karokra nézve egyenként áll a vestibularis inger alatti magatartás fenntebb elmondott szabálya; vagyis a jobbra tért jobb kar a jobboldali vestibularis ingerre sokkal erősebben tér jobb felé, mint a bal; viszont a bal oldali vestibularis ingerre a spontan balra tért bal kar sokkal erősebben tér bal felé, mint a spontan jobbra tért jobb kar. A nyakszirtecsont középvonalán sérültek némelyikénél spontan nem tér el egyik előre nyújtott kar sem, ilyenkor a vestibularis inger alatti reakciós mozgás is elmarad. Ilyen esetekben a karizomzat tonusa általában fokozott, a mit már a pontos vizsgálat előtt is ki lehet mutatni.

Ezen fajta sérülésekhez tartoznak a következő esetek:

I. eset. H. J. 22 éves közös gyalogos, foglalkozására nézve vasuti kocsirendező. 1914 október 29.-én az északi harctéren srappell-szilánk érte koponyája hátuljának a bal oldalát. Sérülése után állítólag 4 napig fekvő eszméletlenül. Gondolatait egy hónapig annyira sem tudta rendezni, hogy levelet írjon. Az ungvári kórházban 3 darab srappell-szilánkot vettek ki a fejéből, azóta rohamosan javul. Később a Munkácsy-utcai hadikórházba került.

Jelen állapot 1915 november 3.-án. A nyíl-varrat és lambdavarat találkozási helyétől kiindulva bal- és lefelé egy 10 cm. hosszú bőrheg húzódik a bal fülcimpa felé, melynek közepén 3 cm. hosszú és 1½ cm. széles területen a csont 5 mm. mélyen be van nyomva. Idegrendszerében kimutatható eltérés nincs; olykor szédül. Szemfenekék épek.

Fülvizsgálat. Mindkét dobhártya ép. Hallásbeli eltérés nincs.

Vestibularis vizsgálat. Spontan: nystagmus nincs. Előre nyújtott karok közül { a jobb 19 cm.-rel balra tér el a vízszintes síkban. Oldalra nyújtott karok közül { a jobb 5 cm.-rel lejjár, a bal 20 cm.-rel előre mozog és 22 cm.-rel lejjár. Rombergnél hátra-balra esik.

* Az ilyen esetek bizonyítékát szolgáltatják azon általam már régebben kimutatott tények, hogy a tonus-fokozódást vezető rostok részlegesen kereszteződve jutnak el az izmokhoz, még pedig úgy, hogy az ugyanazon oldali izmokhoz haladó rostok jóval erősebbek, mint azok, melyek az ellenkező oldali izmokhoz mennek.

Jobb hidegre: 2'-re nystagmus, 2'15"-re szédülés. Előre nyújtott karok mindegyike kezdetben balra tér, később lassan visszafordul és a vizsgálat végével a jobb 15, a bal 10 cm.-rel tér el jobbra. Oldalt nyújtott karok közül { a jobb 10 cm.-rel hátra megy, azonkívül mind a kettő 10 cm.-rel leszáll. Rombergnél jobbra inog.

Bal hidegre: 2'-re nystagmus, 2'30"-re szédülés. Előre nyújtott karok közül { a jobb 25 cm.-rel, balra tér. Az oldalt nyújtott karok közül { a jobb 5 cm.-rel előre mozdul, Rombergnél balra-hátra inog. { a bal 10 cm.-rel előre és 25 cm.-rel lefelé tér,

Az első esetben tehát a bal nyakszirtlebens külső része sérült meg. A sérülés után körülbelül 1 év múlva az előre nyújtott karok spontán balra térnek. Jobboldali vestibularis ingerre az előre nyújtott karok a helyett, hogy azonnal jobb felé tértének, eleinte balra térnek s csak pár másodperc elteltével kezdenek lassan jobbra mozogni. A jobbra mozgásuk 15–10 cm.-t tesz ki, míg a bal vestibularis ingerre azonnal, még pedig 25, illetve 30 cm.-nyire mozognak balra.

2. eset. S. M. 19 éves gyalogos. 1915 novemberben az északi harctéren srappell-sérülést szenvedett a koponyája hátulsó részének jobb oldalán. Ugyanakkor a jobb lábszára is megsérült s e miatt jobb lábát nem használhatja. Status praesens 1916 március 15.-én: A nyakszirtcsont **jobb** szélénél 4,5 cm. hosszú és 3 mm. mély csont-horpadás tapintható a hasonló nagyságú bőrheg alatt. Idegrendszerben kimutatható elváltozás nincs. Szemfenékek épek. Izomtonus rendes. Mindkét dobhártya ép. Hallásbeli eltérés nincs.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** nystagmus nincs. Előre nyújtott karok közül { a jobb 14 cm.-rel, jobbra tér el. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 2 cm.-rel előre és 12 cm.-rel lefelé, tér el. Romberg a láb sérülése miatt nem vizsgálható.

Jobb hidegre: 5'-re némi nystagmus, szédülés nincs. Előre nyújtott karjai közül { a jobb 16 cm.-rel, jobbra tér el. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 2 cm.-rel, leszáll. { a bal 20 cm.-rel

Bal hidegre: 5'-re némi nystagmus, kevés szédülés. Előre nyújtott karjai közül { a jobb 3 cm.-rel, balra tér el. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 6 cm.-rel emelkedik, { a bal 24 cm.-rel leszáll és 19 cm.-rel előre mozdul.

A második esetben a jobboldali nyakszirtlebens külső széle sérült meg kisebb mértékben, mint az előbbi esetben a bal lebeny. Körülbelül 4 hónappal a sérülés után az előre nyújtott jobb kar spontán 14 cm.-rel, a bal kar 2 cm.-rel jobbra tér. Bal vestibularis ingerre az előre nyújtott jobb kar csak 3 cm.-rel, a bal kar 12 cm.-rel tér balra, kissé késve; míg jobb vestibularis ingerre azonnal eltér a jobb kar 14 cm.-rel, a bal kar pedig a helyett, hogy eltérne, a helyén marad (2 cm. eltérés nem sokat számít). Hogy a bal kar nem követi mozdulataiban a jobb kart, annak az az oka, hogy a bal kar még kissé paretikus. Ezt bizonyítja az, hogy oldalt nyújtva a bal kar spontán előre mozog s a jobb vestibularis ingernél a helyett hogy hátra mozdulna, a helyén marad. Különben a szorító ereje is jóval kisebb, mint a jobb kézé.

3. eset. L. K. 28 éves honvéd. 1915 szeptember 5.-én a Szereth folyónál gyalogsági fegyver lövegétől sérült meg a koponyája hátulsó részén. Sérülése után körülbelül 2 óra hosszáig eszméletlenül feküdt. Azonnal megvakult; 6 hétig siket és béma volt. Jelen állapot 1916 július 21.-én. A nyakszirt-csont közepén, a protub. occip. ext. fölött, egy ferdén haladó, 12 cm. hosszú, helyenként 1 ujjnyi széles heges bőrterület van, mely alatt a csont hiányzik. Itt-ott genyes granulatio van rajta. Tárgylátása semmi, fényérzése csekély. Jobb papilla decolorált, határai elmosódottak, a venák erősen kanyargósak. Bal papilla hasonlóképpen elmosódott, néhány vena kanyargós. Idegrendszerben kimutatható más elváltozás nincs. Mindkét dobhártya ép, csontvezetés rendes, hallásbeli eltérés nincs.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** nystagmus nincs. Előre nyújtott karok közül { a jobb 3 cm.-rel jobbra, tér el. Az oldalt nyújtott karok közül { a jobb 10 cm.-rel sülyed, Rombergnél nem inog. { a bal helyén marad.

Jobb hidegre: 28"-re nystagmus, 58"-re szédülés. Előre nyújtott karok közül { a jobb 49 cm.-rel jobbra, tér. Az oldalt nyújtott karok közül { a bal 20 cm.-rel jobbra, lefelé száll. Rombergnél nem inog; a nystagmus hamar múlik.

Bal hidegre: 25"-re nystagmus, 40"-re szédülés. Előre nyújtott karok közül { a jobb 9 cm.-rel, balra tér ki. Oldalt nyújtott karok közül { a jobb 4 cm.-rel, lefelé sülyed. Rombergnél nem inog. A nystagmus hamar múlik.

A 3. esetben a sérülés úgy a jobb, mint a bal occipitalis lebenyt érte. Ennek megfelelőleg spontán előre nyújtva a jobb kar jobbra, a bal kar balra tér ki; míg a vestibularis izgalomra mindegyik kar eltér ugyan az izgatott vestibularis oldala felé, de az, a melyik spontán az ellenkező oldalra tért el, sokkal kisebb mértékben.

4. eset. K. M. 33 éves gyalogos. 1914 október 2.-án Sabác elött srappell-szilánk ment a koponyája hátulsó részébe. Sérülése után 10 napig eszméletlen volt; látása, emlékező tehetsége leromlott; csak fényérzése maradt meg. Október 20.-án a vöröskereszt-kórház győri-úti fiókkórházában csontszilánkot vettek ki a sebéből. Ezen idő óta emlékező tehetsége, látása napról-napra javult. Jelen állapot 1915 január 25.-én: A koponya hátulsó részének középvonalában, a protub. occ. ext. fölött két centiméterrel, koronári csontihiány érezhető. Értelmesen beszél, járása, mozgása rendes, bár kissé lassú. A szemek mozgása is rendes. 10 méteren túl levő tárgyakat megkülönböztetni nem tud. Csak az ujság nagy betűit tudja elolvasni. Az izmaiban általában fokozott a tonus. Mindkét dobhártyája ép. Állandó fül-zúgása van. Csont-vezetés mindkét oldalon rendes. A mély hangokat kissé lefokozva, a magas hangokat jól hallja. Súlyos beszéd hallása jobbról 5,5 m., balról 4,5 m., mely távolság befúvásra 6 m.-re fokozódik mindkét oldalon. Garat-hurut.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** nystagmus nincs. Úgy az előre nyújtott, mint az oldalt nyújtott karjai helyükön maradnak. Rombergnél nem inog.

Jobb hidegre: 1'45"-re közepérs nystagmus, szédülés nincs. Úgy előre, mint oldalt nyújtott karjai helyükön maradnak. Rombergnél nem inog.

Bal hidegre: 1'30"-re nystagmus, nem szédül. Úgy az előre, mint az oldalra nyújtott karjai helyükön maradnak. Rombergnél nem inog.

Újabb vestibularis vizsgálat 1915 február 15.-én. **Spontan:** mint fentebb.

Jobb hidegre: 1'20"-re rendes nystagmus, 5'-re sem szédül. Előre nyújtott karjai helyükön maradnak. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 6 cm.-rel leszáll, Rombergnél nem inog. { a bal 6 cm.-rel felemelkedik,

Bal hidegre: 1'20"-re rendes nystagmus, 5'-re sem szédül. Előre nyújtott karjai helyükön maradnak. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 5 cm.-rel felemelkedik, Rombergnél nem inog. { a bal 6 cm.-rel leszáll.

A 4. esetben a beteg majdnem ugyanolyan helyen kapta a sérülést, mint az előbbi. Hogy ennek dacára sem spontán, sem vestibularis ingerre nem térnek el az előre nyújtott karok, az az általános tonus-fokozódásban leli magyarázatát.

II. A koponyasérülések második csoportjába a homlok-csontot ért sérülések tartoznak. Ezeket az jellemzi, hogy az előre kinyújtott karok, ha a homlok magasabb helyén van a sérülés, felfelé, ha mélyebben, közelebb a szemöldökhöz foglal helyet a sérülés, lefelé térnek el, míg az oldalt kinyújtott karok rendszeren le és előre mozognak. Azon esetben, ha a sérülés a halántékcsontról szomszédságában van, az oldalt nyújtott karok esetleg hátra térnek. Vestibularis inger alatt az előrenyújtott karok felfelé való emelkedése néha megszűnik. Ellenben az oldalt nyújtott karok előre mozgása legtöbbször megmarad, esetleg fokozódik. Az izomzat általános tonusa gyakran fokozódott; ilyenkor a vestibularis reakciók eltérések vagy hiányoznak, vagy csak kisfokúak.

Ezen csoportba tartoznak a következő esetek:

5. eset. K. A. 33 éves honvéd-gyalogos. 1915 július 28.-án Lublinnál fekvés közben golyó ment a homlokába. Azonnal elvesztette az eszméletét. Jelen állapot 1916 január 15.-én: Homlokának jobb oldalán, a jobb homlokdundor fölött lövési bemeneti nyílás. Ez alatt félkör alakban műtői heg. Jobb szemrés szűkült. Jobb szemgolyó kifelé néz, befelé csak a középvonalig tudja mozgatni. Jobb szemé vák, bal szemével jól lát, ennek a mozgása rendes. Idegrendszerében egyéb eltérés nincs. Mindkét dobhártyája ép. Hallása kifogástalan.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** nystagmus nincs, nem szédül. Előrenyújtott karjainak mindegyike 3 cm.-rel felemelkedik. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 16 cm.-rel leszáll, a jobb 10 cm.-rel előre is mozog. Rombergnél nem inog.

Jobb hidegre: 15"-re nystagmus (a bal szemén), 25"-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül { a jobb 28 cm.-rel jobbra tér el és mind- { a bal 12 cm.-rel jobbra

egyik 3 cm.-rel emelkedik. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 10 cm.-rel hátra és 20 cm.-rel lefelé, mozdul. Rombergnél a rendes irányban inog.

Bal hidegre: 18"-re nystagmus (a bal szem). 30"-re kevés szédülés. Előre nyújtott karjai közül { a jobb 28 cm.-rel balra tér el (felfelé nem). Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 10 cm.-rel előre és 5 cm.-rel lefelé mozog. Rombergnél a rendes irányban inog.

Az 5. esetben az előrenyújtott karok spontan felfelé mozdulnak, mely irányban az ugyanazon oldali vestibularis ingerrel megmaradnak és a reakciós mozgás jobbfelé kevesebb. Az ellenkező oldali vestibularis ingerre a karok felfelé mozgása megszűnik, de a reakciós mozgás balra több. Az oldalt nyújtott karok közül a sérülés oldala felőli — jobb — spontan 10 cm.-rel előre mozog. Ugyanannyival kevesebb a reakciós mozgása hátrafelé.

6. eset. Z. G. 32 éves honvéd. 1915 február 17.-én gépfegyvergolyó fúródott a homlokába, melyet még aznap eltávolítottak. Eszméletlen nem volt, de nagy főfájásai voltak és karjai sokszor megmerevedtek. 1916 április 29.-én még egy műtetet állott ki, a mikor a sebtől egy a sapkája ellenzőjéből származó bórdarabot távolítottak el. Azóta nem szédül és a karjaiban nem érez merevséget. Jelen állapot 1916 szeptember 20.-án: A homlok közepén féldiónyi csonthorpadás, melynek nagyobb része a homlok bal felére esik. A horpadás baloldali részén krajczárnyi csontiány van, mely helyen az agy pulsiója érezhető. Mindkét kar tonusa fokozódott. Mindkét dobhartya ép; hallásbeli eltérés nincs.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** Jobbra nézésnél nagyobb, balra nézésnél kisebb horizontális nystagmus van. Előrenyújtott karjai közül { a jobb 4 cm.-rel felfelé tér el. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 14 cm.-rel előre mozog. Rombergnél nem inog.

Jobb hidegre: 2"-re kis nystagmus 4'20"-re kis szédülés. Előrenyújtott karok mindegyike 15 cm.-rel jobbra. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 5 cm.-rel hátra mozdul. Rombergnél kissé balra inog.

Bal hidegre: 1'20"-re nystagmus, 1'30"-re erősebb szédülés. Előrenyújtott karok közül { a jobb 12 cm. balra és 4 cm.-rel felfelé mozdul. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 10 cm. balra és 4 cm.-rel felfelé mozdul. Rombergnél balra inog.

A 6. esetben az előrenyújtott karok felfelé mozdulnak, mely irányban a sérülés oldala felőli (bal) ingerre megmaradnak, az ellenkező oldalra megszűnnek. Az oldalt nyújtott karok mindegyike spontan előre mozdul, mely irányból a megfelelő vestibularis ingerre hátrafelé kisebb mértékben mozdulnak el.

7. eset. V. P. 21 éves honvéd. 1916 március 7.-én gránátzilánk csapódott a homlokába. Ekkor vesztette el a jobb szemét. Két hónapig nem tudott magáról. Béna nem volt. 1916 szeptember 7.-én operálták. Jelen állapot 1916 október 12.-én: A homlok közepén, a középvonaltól kissé jobbra egy 2 cm. átmérőjű kör alakú csontdefectus van, melynek közepén az agyvelő lüktetése látható. Ezen hely a középvonaltól jobbra 1 cm.-nyire van. Jobb szemteke hiányzik. Bal szemére jól lát. Mindkét dobhartya ép. Hallásbeli eltérés nincs.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** nystagmus nincs. Az előrenyújtott karok közül { a jobb 5 1/2 cm. jobbra és 4 cm. lefelé, tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 10 cm. előre és 4 cm. lefelé mozog. Rombergnél nem inog.

Jobb hidegre: 40"-re szédül. 55"-re nystagmus. Előrenyújtott karjai közül { a jobb 30 cm.-rel jobbra, tér el. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 3 cm.-rel hátra, tér. Rombergnél jobbra inog.

Bal hidegre: 55"-re szédül. 1'-re nystagmus. Előrenyújtott karok közül { a jobb 25 cm.-rel balra, tér el. Az oldalt nyújtott karok közül { a jobb 13 cm. előre és 6 cm. lefelé mozog. Rombergnél balra előre esik.

A 7. eset sérülése a hajzat határától kezdődve lefelé halad. Az előrenyújtott karok közül mindegyik jobbra és lefelé tér el. Oldalt nyújtott karjai pedig előre és lefelé mozognak. Vestibularis ingerrel a karok felfelé és hátrafelé nem mozognak.

8. eset. S. I. 30 éves népfelkelő. 1915 október 20.-án fegyver-

golyó ment a homlokába. Sérülése után állítólag egy hétig eszméletlenül feküdt. Egy hónapig egyik szemére sem látott. Sérülése óta feledékeny; ha gondolkodik, „görcsszerű” állapotba esik. Bénulása nem volt. Hallása mindig jó maradt. Jelen állapot 1916 október 19.-én: A homlokcsont felső határán, a középvonaltól balra 2 cm. távolságban egy 3 cm. hosszú és 1 1/2 cm. széles területen a koponyacsonton 8 mm. mély horpadás van (lövési bemeneti nyílás helye). A homlok jobb oldalán, a jobb szemöldök fölött 2 cm.-rel, egy vonalas, 1.5 cm. hosszú heg alatt sekélyebb csonthorpadás van (lövési kimeneti nyílás helye). Látása jó. Hidegben és erősebb fizikai munkánál szédül. Hallószervben elváltozás nincs.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** jobbra nézéskor kis nystagmus. Előrenyújtott karok közül { a jobb 5 cm.-rel felfelé, tér el. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 4 cm.-rel előre, a bal 8 cm.-rel előre és 12 cm.-rel lefelé mozog. Rombergnél hátra és kissé jobbra inog.

Jobb hidegre: 45"-re nystagmus, 1'-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül { a jobb 14 cm.-rel jobbra, tér el. Jobb vállra hajtott fej mellett az előrenyújtott karok helyükön maradnak (nem mozdulnak lefelé). Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 15 cm.-rel felfelé, a bal 11 cm.-rel felfelé és 17 cm.-rel előre tér el. Rombergnél hátra jobbra esik.

Bal hidegre: 35"-re nystagmus, 50"-re erős szédülés. Előrenyújtott karjai közül { a jobb 17 cm.-rel balra, tér el. Oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 11 cm.-rel előre és 5 cm.-rel lefelé, mozdul el. Rombergnél hátra balra esik.

A 8. esetben a homlok bal oldalának felső részén ment be a fegyvergolyó és a homlok jobb oldalának az alsó részén tavozott el. Az előrenyújtott karok spontan felfelé, az oldalt nyújtott karok előre térnek, a bal lefelé is eltér. Vestibularis ingerre az előrenyújtott karok lefelé nem mozognak, az oldalra nyújtott karok hátrafelé nem térnek el.

III. Az oldalfalcsontot ért sérüléseknél legtöbbször a centralis gyrusok egyik vagy másik része is sérülve van. Ezért az ellenkező oldali végtagok izmaiban hűdés vagy hűdéses gyengeség (parésis) van jelen. E miatt csak a sérülés oldalán észlelhető mutatósi eltéréseket értékesíthetjük. Ezekre jellemző, hogy a sérülés oldala felőli előrenyújtott kar, ha a sérülés a sulcus centralis előtt van, felfelé és kifelé; ha a sulcus centralis mögött van, lefelé és kifelé tér el. Az oldalt nyújtott homolateralis kar, ha a sérülés a koszorúvarrathoz közelebb esik, hátrafelé, ha pedig hátrább, a lambda-varrathoz közelebb van, akkor előre és emellett lefelé mozdul el. A sérüléssel ellenkező oldal felőli kar, ha csak paritikus, előrenyújtva ki- és lefelé, oldalt nyújtva előre és lefelé mozdul a hűdés nagysága szerint kisebb-nagyobb mértékben. A vestibularis izgalom alatt a spontan eltérések irányával ellenkező irányú szabályos reakciós mozgások vagy nem következnek be, vagy csak kisebb mértékben.

Ezen fajta sérülések közé tartoznak:

9. eset. U. T. 22 éves cs. és kir. 37. gyalogezredbeli katona. 1915 szeptember 19.-én srappell-darabtól sérült meg a koponyáján. Sérülése után 1 1/2 óráig eszméletlenül feküdt; felébredésekor bal karját és bal lábát nem tudta mozgatni. Tíz nap elmúltával megoperálták. A műtét után baloldali végtagjainak a mozgathatósága visszatért, de gyengébbek maradtak. 1916 május 26.-án került a m. kir. Rokkantügyi Hivatal Munkácsy-utcai továbbkezelő-intézetébe. Jelen állapot 1916 szeptember 2.-án: A koponyatetőn, a nyilvarrat és a koszorúvarrat találkozási helyétől kiindulva jobbra és hátrafelé a nyilvarrattól 45°-nyira eltérő irányban egy 9 cm. hosszú egyenes bőrheg húzódik. Ezen heg alatt, a nyilvarrat elülső végétől 1 cm. távolságban kezdődve 3 1/2 cm. hosszú és 2 cm. széles területen, egy 1 cm. mély árok tapintható a koponyacsonton. A bal kar jelentékenyen gyengébb, mint a jobb. Szemfenekek épek. Hallás jó.

Vestibularis vizsgálat. **Spontan:** mindkét oldal felé nézéskor nystagmus. Előrenyújtott karok közül { a jobb 9 cm.-rel jobbra és 5 cm.-rel felfelé, a bal 11 cm.-rel balra és 11 cm.-rel lefelé tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 10 cm.-rel lefelé és 5 cm. hátrafelé, mozog. Rombergnél kissé hátra és jobbra inog.

Jobb hidegre: 50"-re nystagmus, 1'20"-re szédülés. Előrenyújtott karok közül { a jobb 39 cm.-rel jobbra, a bal 12 cm.-rel jobbra és 4 cm. lefelé tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül { a jobb 8 cm. hátra és 20 cm. lefelé, a bal 10 cm. előre és 26 cm. lefelé mozog. Rombergnél jobbra és hátra inog.

Bal hidegre: 50"-re nystagmus, 1'20"-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 18 cm. balra, a bal 41 cm. balra és 20 cm. lefelé tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül (a jobb 10 cm.-rel felfelé, a bal 21 cm.-rel lefelé mozdul el. Rombergnél balra inog.

A 9. esetben a jobb centralis és főleg a procentralis gyrusok tájékán sérült meg az agyvelő. Ennek következtében a bal kar parietikus. Az előrenyújtott jobb kar jobbra és felfelé, az oldalt nyújtott jobb kar pedig hátra és lefelé mozdul el. Vestibularis ingerre az oldalt nyújtott jobb kar nem hajlandó előremozdulni. Előrenyújtva pedig kétszer akkora kitérést csinál jobbra, mint balra.

(Folytatása következik.)

Az orbáncz gyógyítása.

Közl.: *Kovács Zoltán* dr., Balassagyarmat.

Egy igen egyszerű eljárással már több esetben sikerült az orbánczot meggyógyítanom, megjegyezvén, hogy minden egyes eset feltűnő módon gyógyult, noha néha nagyon is kiterjedt volt a bántalom.

Az eljárás a következő: Az orbánczos területet vastagon bevonom collodium flexile-vel; ez magában is elegendő, de még gyorsabb a hatás, ha a collodiumozás előtt kétszer-háromszor bejodtincturázom, a mi magában alkalmazva ugyan közismert, de nem kielégítő eredményeket adó eljárás. Fontos, hogy úgy a jódtincturázás, mint pedig a collodiumozás legalább is két harántujjnyival túlterjedjen a megbetegedett területen az ép részre és hogy a collodiumon a legkisebb folytonosság hiány se támadjon. Az így praeparált kóros terület fölé puha száraz vászon-kendőket tétetek s ezek tetejére jégtömlőt.

Ezen eljárásomra azon gondolat vezetett, hogy, bár a streptococcusok a facultativ anaërob-mikrobák közé tartoznak, nem oly alkalmas a szaporodásukra a szabad oxygen hiánya, mint annak jelenléte.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az anaemia perniciosa gyógyításáról adsorbeáló anyagokkal ír *Lichtwitz* (Altona). Kiindulva abból, hogy az anaemia perniciosa-esetek egy nagy része gastrointestinalis antointoxicatióra vezethető vissza: a szerző már régebben kísérletezett a *Grawitz* ajánlotta gyomor- és bélöblítésekkel. Minthogy azonban ezekkel csak a gyomor-béltractus első és végső szakasza tisztítható meg a mérgektől, a közbelső bélszakasz méregtelenítésére egy esetben már 9 évvel ezelőtt a bolus alba adsorbeáló hatását vette igénybe, azzal az eredménnyel, hogy a beteg tartósan meggyógyult, tehát nem csak az e betegségben gyakori hosszabb remissióról lehet szó. Azóta több betegen használta adsorbeáló anyag gyanánt a *Merck*-féle állati szénét, többnyire gyomor-bélöblítésekkel kapcsolatban. Minthogy az adsorbeáló anyagok az étvágyra nagyon rossz hatásúak, úgy jár el, hogy az állati szénét este, 2—3 órával a vacsora után adja 20 grammos mennyiségben. Az adsorbeáló anyagok azonban csak a mérgeket kötik meg és ezzel a betegség terjedését akadályozzák, a vérképződésre ellenben semmi befolyásuk nincs; egyúttal arsenkezelést is kell foganatosítani, a többnyire jelenlevő achylia befolyásolása céljából pedig sósavat is kell használni. A szerző eredményei ezzel az eljárással feltűnően jók voltak, de azért nem meri állítani, hogy valamennyi esetben eredményes lesz az eljárás, mert hiszen vannak esetek, a melyekben talán nem a gastrointestinalis intoxicatio a lényeg, hanem malaria, lues stb. okozza az anaemia perniciosát. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 43. szám.)

Sebészet.

A sérvkizáródás összefüggéséről a háborús táplálkozással ír *Wiemann*. A marburgi sebészeti klinikán az utolsó két esztendőben a sérvkizáródások száma kb. 60%-kal nagyobbodott. Különösen a czombsérvek kizáródása szaporodott (az előző szám háromszorosára), még pedig főleg férfiakon. A megváltozott táplálkozással mindenestre nagy szerepe van ebben: a peristaltika fokozódott, egyes bélszakaszok nagyobb mértékben telődnek és tágulnak, a gyomor-béltractus kisebb-nagyobb részei tetemes térfogatingadozásoknak vannak kitéve, a hasprés gyakrabban vétetik igénybe; mindezen körülmények jelentőséggel bírhatnak a sérvkizáródás létrejöttében. Szerepet játszhatik az is, hogy mostanában előhaladott korban levők is még kénytelenek nagyobb testi munkát végezni, továbbá hogy a tápláltsági állapot is most redukáltabb, a szövetek petyhüdtébbek. Bélresectiót sérvkizáródás miatt 1916-ban az eseteknek 26,6%-ában kellett végezni, csaknem háromszor annyit, mint 1913 és 1914-ben összesen; ennek az a magyarázata, hogy a bélfalsérv-esetek száma 1916-ban feltűnően megszorodott, pedig éppen ebben a sérv alakban következik be nagyon gyorsan a bél elhalása. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 140. kötet, 3. és 4. füzet.)

Gyermekeorvostan.

A bárányhimlő elleni védoltásról értekezik *Lapidus*. A lundi gyermekkorház anyagán végezte kísérleteit. A jelentkezett varicella-esetek friss hólyagocskáiból oltottak egészséges gyermekekre. Az oltás technikai kivitelekor tigyelembe vették, hogy az oltó-anyagot szolgáltató gyermek máskülönben fertőző betegségben ne szenvedjen, lueses és gümőkóros gyermek szóba nem jöhetett, nehogy e bajok átvitessenek. Az oltás céljaira csupán egészen friss, tiszta termékű oly hólyagocskákból vett anyag alkalmas, a mely hólyagocskák körüli reakció gyűrű nem kifejezett; az igazi erős lobos gyűrű ugyanis esetleges mellékfertőzés jele lehet. Az oltás, a védhimlő-oltás módján 4, illetve 6 oltási helyen végezve, hatásos. A 9—12. napon jelentkező oltási hólyagok nagysága mutatja, hogy az oltó-anyagot adó egyén fertőzése milyen virulentiájú volt.

Az ily módon beoltott gyermekek vagy egyáltalán nem, vagy csak igen gyengén fertőződtek varicellával. Ha nem egészen friss hólyagocskákból vette az oltó-anyagot, vagy ha a hólyag tartalmát physiologiás konyhasóval hígította, az oltás hatástalan maradt. Ezzel a kísérleti sorozattal *Kling* kísérletei is megerősítettek, amennyiben beigazolódott, hogy a varicella directe inoculálható és hogy jól kiválasztott anyag és helyes technikai kivitel mellett a *varicella elleni praeventív oltás* jól alkalmazható (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1917, XIV. kötet. 4. szám.)

Bókay Zoltán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A gerinczdaganatok első sorban operálandók. Ha azonban a sebészeti beavatkozás már nem lehetséges és a Röntgen-therapia sem használ: *Schlesinger* tanár szerint a fájdalmak csillapítására kitűnő hatású a scopolamin dioninnal és morphiummal: Rp. Scopolamini hydrobromati 0.0025; Dionini 0.30; Morphii hydrochlorici 0.20; Aquae destill. steril. 10.0. Ebből az oldatból $\frac{1}{4}$ —2 cm³ fecskendezendő a bőr alá. Előnye az egyedül adott morphiummal szemben, hogy a fájdalom megszűnik a nélkül, hogy a beteg félálomba esnék, aránylag sokkal kevesebb morphium kell, huzamos használat mellett sem kell nagyon fokozni az adagot. A szerző közül eseteit, a melyekben már 30—40 centigramm morphiumot kellett használni a fájdalmak csökkentésére, míg az említett oldatnak már 2 cm³-ével sikerült néhány nap alatt fájdalomtanságot elérni. Zavaros oldatot ne használjunk, mert az ilyenben a scopolamin bomlásából eredő, rendkívül erősen mérgező hatású apo-atropin lehet jelen. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1917, 47. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917. 46. szám. *Bálint Rezső*: Tüdőbeteg katonák kezelése gyógyhelyeken. *Bródy Sándor*: Irányelvek a vörheny elleni védekezésben.

Budapesti orvosi ujság, 1917. 47. szám. *Zsakó István*: A pelagra a háborús években. *Henszelman Aladár*: Néhány újabb villamoszási eszköz ismertetése.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Rozsnyai Bertalan* dr.-t Szepesmegye főorvosává, *Parcher Félix* dr.-t Sárosmegye tiszteletbeli főorvosává, *Albeker Károly* dr.-t Kalocsán járásorvossá nevezték ki.

A fővárosi kórházak új vezetősége. A főváros megszüntette a Duna jobb- és balparti kórház-igazgatóságokat és helyükbe öt kórház-csoport-igazgatóságot állított fel, melyek élére egy-egy kórházi igazgató-főorvos kerül. A helyettes főpolgármester a fővárosi kórházainak igazgatásáról szóló rendelkezései alapján *Wenhardt János* dr.-t a fővárosi kórházak központi igazgatói tennivalóival és a Szent Rókus központi kórház és fiókjainak igazgató-főorvosi tennivalóival, *Hainiss Géza* dr.-t a Szent István-kórház és fiókjainak igazgató-főorvosi tennivalóival, *Gertlőczy Zsigmond* dr.-t a Szent László- és Szent Gellért-kórházak igazgató-főorvosi tennivalóival, *Irsay Artur* dr.-t az Új Szent János-kórház és fiókjainak igazgató-főorvosi tennivalóival, *Basch Imre* dr.-t a Zita-kórház igazgató-főorvosi tennivalóival, *Schmid-lechner Károly* dr.-t a Gyöngyösi-úti szülészeti osztály vezető-főorvosi és *Frigyess József* dr.-t a Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati osztály vezető-főorvosi tennivalóival megbízta.

A budapesti önkéntes mentőegyesület augusztusban 1199 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1245 szállítást végzett, 71-szer mint mozgórőrség szerepelt és 19-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. Az augusztus havi működés főösszege 2534.

Meghalt. *Pildner Gyula* dr. nyugalmazott vezértörzsorvos, 80 éves korában e hó 13-án Nagyszebenben. — *Kácsér Mór* dr. alsórétfalusi körorvos 54 éves korában e hó 12-én.

Hírek külföldről. Csak most lesz szélesebb körben ismertté, hogy a freiburgi (Baden) anatómiai intézet mult áprilisban egy angol-francia légi támadás áldozata lett. Az épület teljesen leégett, az összes felszerelési tárgyakkal, mikroszkópiumokkal s a nagy anatómiai, embriológiai és anthropológiai gyűjteménnyel együtt. Az intézetet a háború után azonnal fel fogják újra építeni. — A néhai Károly Tivadar bajor herceg alapította müncheni szemkórház, özvegyének áldozatkészségéből, ezentúl is fenn fog állani mint jótékony intézmény, melyben vagyon-talan szembajosokat ingyen fognak kezelni.

Személyi hírek külföldről. Münchenben, mint annak idején közöltük, az egyetemmel kapcsolatban nagyszabású elmekörtani kutató-intézet létesült. Ennek igazgatójává most *Fr. Nissl* tanárt, az ismert heidelbergi pszichiátert nevezték ki, a kinek helyébe Heidelbergben *R. Gaupp* tübingeni tanár lépett. — *G. Saar* (sebész, Innsbruck) és *O. Fischer* (elmekörtan, prágai német egyetem) magántanárok címzetes rendk. tanárok lettek.

Az országos hadigondozó hivatal a következő körlevelet bocsátotta ki: A hadigondozásnak nemcsak az a célja, hogy a most élő nemzedéknek háború okozta nyomorán enyhítsen, hanem feladata ama veszteségnek úgy mennyiségi, mint minőségi pótlása is, melyet a magyar nép egésze a háború alatt szenvedett. Mivel a nemzet színe-java elesett vagy nyomorékká vált, oda kell hatni, hogy a megmaradtaknak és ezek közül ismét a legjobbaknak minél nagyobb részüket legyen a jövő nemzedék felnevelésében. A kellő számú és kívánatos minőségű utódokra való tekintet tehát fontos kelléke az előrelátó hadigondozásnak. — Eme népessépolitikai és fajegészségügyi szempont érvényesítésére a magyar faj erősödése érdekében bő alkalom nyílik a hadigondozás terén. Elsősorban a rokkantakkal érintkező szervek kötelessége, hogy a fajegészségügyi követelményeket minden adott alkalommal kidomborítsák és a rokkantban egészséges nézeteket keltsenek. Ez elismerésre méltó módon eddig is megtörtént, egyöntetű és beható eljárás kedvéért hívom fel ezúttal az intézetek figyelmét a kapcsolatos szempontokra. — **A falusi lakoságnak a nagy városokba való öntelése** egyike azon veszedelmeknek, melyek országunk ipariassodásával karöltve járnak, mert a városi család a statisztika tanúsága szerint hamarosan korlátozza gyermekeinek számát, sőt átlagban véve néhány nemzedéken belül rendszerint ki is hal. Rokkantjainkkal szemben már csak azért is különösen szükséges a városba való kívánczóságnak ellensúlyozása, mert azt a háborúval kapcsolatos hányt-vetett élet és a nagyvárosokban való huzamos tartózkodás bennük mesterségesen felcsigázta. Ipari-kodnunk kell tehát a falusi élet előnyeinek és a nagyváros hátrányainak (nyomor, lakásínség, időnkénti munkanélküliség, családi élet meglazulása stb.) kidomborításával a falu szeretetét a rokkantban felkelteni vagy ébrentartani. Arra is lehet utalni, hogy a rendes nagyvárosi élettel korántsem jár az a gondtalanság, mely a laktanyában, lábadozó otthonban stb. eltöltött időt esetleg kísérté; hogy a háború után előreláthatólag nagy drágasággal, lakáshiánnyal és előbb-utóbb munkanélküliséggel is kell számolni, míg a mezőgazdaságra, különösen ha a termelést kellően fokozzuk, nagy jövő vár. Mindenképpen ellene kell dolgoznunk a sok egyénben felébredt kóborlási vágynak, elsősorban a családi élet, a házi tűzhely megkedveltetésével. — Az előbbivel rokon az a jelenség, mely a *szellemi foglalkozás* vagy ehhez hasonló

pályák utáni vágyakozásban nyilvánul. A máris túltengő szellemi proletariatus bizonyossága annak, hogy társadalmi rétegünk eme gyarapítására jelenleg semmi szükség nincsen. Népelessépolitikai szempontból ez a jelenség különösen káros, mert az átlagon valamivel felülemelkedő egyének lassú kihalását jelenti, lévén a család alapítása és fenntartása ezen a társadalmi fokon a legnehezebb. Az ily pályákra (vagy p. o. a polgári iskolai kiképzésre) való hajlandóság ellen tehát épp úgy fel kell lépünk, mint a nagyvárosba való tödulás ellen, elsősorban annak hangsúlyozásával, hogy a kézi, különösen a szakképzett vagy mezőgazdasági munka, a látszat dacára is jobb megélhetést nyújt a szellemi munkánál. — A rokkanttal való érintkezésben minden előmozdítandó, a mi a *családi élet* bensőségét fokozni alkalmas. A rokkant családi viszonyai iránti meleg érdeklődés, azoknak figyelembe vétele a pályaválasztásnál, szabadságoláskor, áthelyezésnél stb., a sok gyermekkel bíró rokkantnak előnyben való részesítése minden alkalommal; ezek oly körülmények, melyek a családi életet szilárdítják és a rokkantban annak tudatát érelik meg, hogy gyermekeinek felnevelésével közelsimérésre számíthat. A gyermekek számával egyaránt fontos azoknak testi-lelki fejlődése, tehát érdeklődésünknek ki kell terjednie a gyermekek egészségi állapotára is. A gyermekek számának megítélésénél figyelembe veendő természetesen a szülők életkora is. Alkalom keresendő annak megmagyarázására, mennyire veszedelmes *a nemi baj és a szesz italnak* mértéktelen élvezése nemcsak az egyén szervezete, hanem az utódok minőségére is. Ezzel az utalással lehet leghatásosabban az erkölcsök kívánatos tisztaságát elérni. Azt a néhol elterjedt *hamis nézetet*, hogy a rokkant *sebesülése hátrányosan befolyásolja az utódok minőségét*, el kell oszlatni, mert az élet folyamán szerzett tulajdonság, mint p. o. a sebesülés, a születendő gyermekre nem öröklődik át. Ellenben lehetnek belső betegségek, melyek hibás átöröklött szervezethez tanujel (p. o. a tüdővész, elmebaj), a mikor a házasságkötéstől vagy házasságból való további nemzéstől való óvásnak van helye, nehogy satnya utód szülessék; de ily tanácsadásra csupán szakképzett orvos hivatott a körülmények lelkiismeretes megfontolása után. A nőtlen rokkant házassági kedvét fel kell ébreszteni és a *házasságot elő kell mozdítani*, annál is inkább, mert a rokkantság magában véve megnehezíti a házasságot, mint a hogy hátráltatja a gazdasági boldogulást is.

Lapunk mai számához *Dr. Wander* r.-t. Budapest „Anacot” című prospektusa van mellékelve.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diéta-physikalis magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Basedow-kórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukor-, baj, kösvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízoló 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., Ferenc József-rakpart 26. Sugár gyógyítás, Röntgen. Aniontherapia, forró-ékezőszülékek, frigoriterapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyimód, villamos kezelések. Hízoló, soványító kurák. Bejárónak is.

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

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

Diéta-diagnostikus gyógyintézet.

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

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

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

Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoria VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121-02.

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 VIII. orvosi készülékek **REINIGER** **GEBERT és SCHALL R.-T**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (LXXX. nagygyűlés 1917 október 14.-én.) 636. lap. — (XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án.) 637. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(LXXX. nagygyűlés 1917 október 14.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő. Jegyzők: Holzwarth Jenő, Bence Gyula.
(Folytatás.)

Mi orvosok nem tettük le fegyverünket, hiszen a mi jelszavunk az emberiség szeretete, életének, épségének megvédése. Bennünk nincs gyűlölködés az ellenség iránt, s mi igazán szomorúan nézzük ez óriási küzdelmet, a mely Európa lakosságát már is igen megapasztotta, vagyonát elértéktelensítette s most már kultúrája végromlásának veszedelmét idézi fel. Azonban az anyagi romlás, sőt még az értékes emberanyag kipusztítása, a vigasztalan nyomor visszamaradása talán együttesen sem okoz oly nagy megütközést lelkünkben, mint az a megrázó családás, a mely civilizációnkba helyezett bizalmunkat érte. Mi sem lehet bizonyítóbb, mint ez az oktalan, nemtelen célokért küzdő háború, a melybe ellenségeink minket és szövetségeseinket belesodortak, arra, hogy a mai civilizáció alapja még mindig nem a helyes alap. Nem is csodálkozhatunk ezen; a mai fundamentum regnorum, a justitia teljesen téves alapokból indul ki. Az emberről, tetteiről akar ítélkezni mesterségesen alkotott szabályok alapján, a nélkül, hogy törekednék az emberrel, gondolkozásával természettudományi alapon megismerkedni. Lehetővé tesz parlamenteket, a melyeket olyanok választanak össze, a kik a jelölteknek nem ismerik, s együttesen olyan parlamentet alkotnak, a mely csaknem teljesen nélkülözi a szakembereket, a szaktudást, még az általános műveltséget is, ezek helyébe pártkereteket s párturalomra való törekvést, meddő politikai vitatkozást helyez. És ezzel a kerettel akar kormányozni embereket, országokat, a világot! Én ugyan nem tudom, hogy vajjon ezek a politikusok hiszik-e, hogy így lehet kormányozni, azaz lehet-e a legtöbb jót az országoknak juttatni, de azon mégis csak csodálkozunk kell, hogy a mai technikai és természettudományi előrehaladottság mellett az emberiség még mindig hagyja magát így kormányozni.

Néhány év előtt tartott előadásomban iparkodtam kimutatni, hogy a mai jogász-gondolkodás mennyire megmetelyezi a társadalmi gondolkodásunkat is s hogy mennyi igazságtalanságnak és szerencsétlenségnek okozója. De mi orvosok az egészségügy terén is érezzük, hogy mennyire lehetetlen közállapotokat teremtetni ez a rendszer, a mely sokkal inkább kerékkötője a haladásnak, mintsem vivője. Hivatkozhatom *Liebermann Leó* volt elnökünk múlt évi nagyjelentőségű megnyitójára, a melyben kifejtette, hogy a közegészségügyet így nem lehet megjavítani, s hogy ennek a legfontosabb intézménynek szakvezetése és megfelelő önálló intézkedési hatalomra van okvetlenül szüksége. Sajnos, szavai hiába hangzottak el s ha talán egyszer egy orvos-államtitkár lesz is, annak működése az adott keretben nem lehet eredményes. Épp oly kevésbé, mint a mai katonai rendszerben, a mely eléggé hasonlatos a jogász rendszeréhez, a keretek rosszsága sok szerencsétlenség okozója. A háború harmadik évében jött rá a katonai vezetőség arra a gondolatra, hogy voltaképpen szakorvosoknak kellene a megfelelő állásokban működni, s bár e természetes igazságot a papiroson kiadták: a realizálástól még ma is távol állanak. Elvonták sok kollégánkat olyan helyről, a hol nélkülözhetetlenek voltak és áldásos működést fejtettek ki s elhelyezték őket oda, a hol semmi hasznukat nem vették, vagy mert ahhoz, amivel őket megbízták, nem értettek, vagy mert egyáltalában dolguk ott nem volt. A hivatalos eljárások nehézsége, sokszor ügyefogyottsága az oka annak, hogy a kincstár terhére sok ezer embert, a kinek hadi szolgálatra való alkalmatlansága teljesen nyilvánvaló, évszámra tartogatnak tétlenül a kórházakban. A kincstár kára mellett még az a kár is háramlik az országra,

hogy ezeknek jó része otthon az egész országra hasznos munkát végezhetne, a helyett, hogy kórházzról-kórházra küldözgetik.

De ne rekrimináljunk. Ugy érzem, hogy ha egyszer mégis megszületik a béke: olyan kegyes, jó hangulat fog mindnyájunkat elárasztani, hogy felszabadulva a háború lidérce alól, mindent megbocsátunk. Reméljük azonban, hogy nem leszünk túlságosan fáradtak akkor arra, hogy a multak hiányosságán okulva, minden erőnkkel ne törekedjünk egy jobb jövő létesítésére. Ez a keserves háború a mi ifjúságunktól oly sokat vett el, soknak életét, soknak épségét, soknak tanulmánya folytatásának lehetőségét: hogy Európa nagyon is adósa ifjainknak, a kik megvédték az idősek, az ország életét, vagyonát. Tartozunk vele ennek az ifjúságnak, hogy ne hagyjuk reá a mostani világszervezetet, a mely ezzel a háborúval csődöt mondott.

A mi egyesületünk tudományos téren dolgozik, az orvosok is alig foglalkoznak politikával. Egyesületünkben ki is kell zárunk minden politikai diskutálást, de hibáztatnom kell, hogy a mi rendünk, a mely tanultságánál fogva nagyon is hivatott volna a közügyek terén befolyásának, tudásának érvényesítésére, nem eléggé foglalkozik a kormányzás ügyeivel. Ezen a téren való nagy izoláltságunk az oka annak, hogy rendünk méltányos érdekei háttérbe szorulnak. De ne feledjük, hogy a mi egyéni érdekünkön túl a közegészség érdeke kell hogy kényszerítsen minket az activ szerepre, hiszen látjuk és tudjuk, hogy a közegészségügyön aránylag könnyű szerrel és sokat lehetne javítani, ha a mai nemszakértő, nehézkes, más érdekeket szolgáló kormányzati közegek ezen javításoknak nem állanak útját. De nem csodálom, tisztelt Egyesület, hogy ebbe a rendszerbe beleilleszkedni nem a mi ínyünk szerint való, hiszen ezt másutt is érzik s a parlamentek szellemi foka mindenfelé süllyedőben van. Az én egyéni meggyőződéseim szerint ezen nem változtathat más, mint olyan választási törvény, a mely meghatározza, hogy a parlament hány tagja milyen foglalkozási rendből legyen, arányban a rendi tagok számával és intelligenciájuk fokával, úgy, hogy egyik se legyen abszolút többségben s aztán minden rend: az orvosok, az ügyvédek, a papok, a kereskedők, a munkások, az iparosok és mások, maga választja a maga tagjaiból a képviselőket. Tehát az egész ország valamennyi orvosa az orvosképviseleket s így tovább. Kétségtelen, hogy ez a választási mód igazságos, minden befolyásolástól csaknem mentes volna, hogy minden rend legelőkelőbbjeit küldené a parlamentbe, a mely igazán képviselné az országot s a mely minden pártpolitikától, pártérdektől mentes volna, a mely az üléseit nem prókátoros szónoklásokkal töltené, hanem sokkal eredményesebb munkát végezne kevesebb idő alatt, ügyeit illetékes szakértők megvilágításával intézné el.

Alapjában keveset, de mégis már túlsokat beszéltem a háborúról, a politikáról. Remélem elnézésüket talán túlsok szavamért, de a mostani napi életünket annyira e két factor uralja, hogy ez egyszer engem is elragadott. Vessünk fátyolt a jelen sivárságára s helyezkedjünk ünnepi hangulatba, nagy Balassánk emléke lebegjen közöttünk.

Szerencsés vagyok bejelenthetni, hogy Balassánk növényének hagyatékából, az ő kívánságának megfelelően, férje, *Torkos László* min. tanácsos közbenjárásával mintegy 21 darabból álló gyűjteményt kapott Egyesületünk; e gyűjtemény *Balassa* személyes tulajdonában volt tárgyakból áll s kétségtelenül orvostörténelmi múzeumunk díszére fog válni. E tárgyak legértékesebbjét: *Balassa* arcképét, a melyet életében *Kovács Mihály* jeles festőnk (akkor képirónk) ecsetje kitűnő képen örökített meg, e teremben már ez estére kiállítottuk. Méltóztassanak hozzájárulni ahhoz az indítványomhoz, hogy az adományozónak a nagygyűlés hálás köszönetét kifejezhessék.

Ezzel Egyesületünk nyolczvanadik nagygyűlését megnyitva, felkérem *Grósz Emil* tagtársunkat ünnepi előadásának megtartására.

2. *Grósz Emil Balassa*-előadása „A szemészet békében és háborúban” címmel.

Bevezetésében jellemzést nyújt *Balassa*-ról a tudósról, a művésztől és az államférfiről. Kifejti, hogy milyen hátrányokkal járt a köztigyekekre, hogy a tudomány embereinek befolyása megszűnt. Ezután megindokolja előadás-themájának választását.

Az előadás első részében a szemészet helyzetét ismerteti a multban, még pedig az egyetemen s az országban. Ezután a vezetése alatt álló I. számú egyetemi szemklinika munkásságát vázolja, a trachoma-ügy, a vidéki szemkórházak s a vakság statisztikájának ismertetése után a szemészet helyzetével foglalkozik a háború alatt. Ezen részben kimerítően ismerteti frontutazása tapasztalatait.

A befejezésben a jövő feladatairól nyújt képet.

(XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án.)

Elnök: *Jendrassik Ernő*.

Jegyző: *Molnár Béla*.

Hímveszőplastika nyeles zsírlebensnyel és szabad izomdarabokkal.

Makai Endre: G. Gy. 24 éves honvéd 1916 június 11.-én mindkét czomb lövési sérülését szenvedte, a herék és a hímvesző csaknem teljes szétroncsolásával s a jobb peroneus hűdésével. Miután több kórházban részesült sebészeti és urológiai kezelésben, 1917 június 28.-án a bemutatónak Augusta-barakk-kórházbeli osztályára került a következő jelen állapottal.

A herék hiányzanak, a penisből csak a dorsum hüvelykujj széles része van bőrrel fedve. A makk s a fityma dorsalis része épen van meg. A penis oldalsó és alsó része és az üres herezacskó közt harántirányban 10 cm.-nyi, hosszirányban 5 cm.-nyi szabálytalan, hepe-hupás területen részben lepedékes sarjfelülettel megszakított callosus-hegszövet. A húgycső distalis csomója 1 cm.-nyire a sulcus coronarius mögött, a proximalis csomó légvonalban 6 cm.-nyire ajkas sípolylyal szabadon nyílik. A sérült egy epicystotomia-nyíláson át bevezetett katheteren át üríti vizeletét, de a proximalis uretersipolyon is jön vizelet. Megfelelő előkészítés, fürdetés stb. után műtét 1917 július 24.-én aether-narcosisban. Minutiosan kiirtjuk a roncsolt penis ventralis és oldalsó felszínén levő kérges hegszövetet, miáltal egy harántirányban 15, hosszirányban 7 cm.-nyi sebfelületet nyerünk. A húgycső két sípolyát körülzárgva s mindkét, de főleg proximalis irányban szabaddá téve, sikerül a két húgycsőcsomót annyira mobilizálni, hogy a végek összekerülnek és 14 legfinomabb csomós selyemvarrattal körkörösén egyesíthetők. A kérges hegek kiirtása és a húgycső szabaddá praeparálása után igen bő vérzés a corpora cavernosából, mely alálötlésre sem csillapul, sőt minden beszúrás helye erősen újra vérzik. Időleges gazetamponade. A húgycső most egy 7 cm. hosszú vonalban kifeszített hűrként szabadon fekszik. A jobb czomb belső-elülső felszínéről egy 18 cm. hosszú, 10 cm. széles bőr- s bőr alatti zsírszövetből álló subinguinalis nyelvű lebenyt vágunk ki, úgy azonban, hogy a bőr alatti zsírszövet köröskörül 2 cm.-rel haladja túl a bőrszél s azonkívül még köröskörül 2 cm.-nyi sávban lepraeparáljuk a bőrről a 1½–2 cm. széles bőr alatti zsírszövetet. Minthogy a vérzés a gazetampon eltávolításakor újból nagy mértékben beáll, a czombfeszítőkből hüvelykujjnyi darabot veszünk ki s abból babnyi szeleteket vágva, ezeket a húgycső körüli vérző felületekre ráhelyezzük, úgy, hogy a corpora cavernosára alul körülbelül 1½ cm., felül körülbelül 1 cm.-nyi izomvagdalék kerül. Ezen izomvagdalékok gazetamponnal rányomva a felületekre, a vérzés azonnal eláll. Most a jobb czomb elülső-belső felszínéről kivágott 4/5 ovalis alakú lebenyt az óramutató irányával ellentétben 90° alatt elhajlítva akként teszünk a sebfelszínre, hogy a köröskörül szabad 3 cm.-nyi zsírlebensnyeket a szabadon álló húgycső, illetve alul és felül az izomdarabok köré csavarjuk s ezáltal a húgycsövet a

zsírszövetbe teljesen begöngyöljük. Csomós bőrvarrat. A czomb sebfelszínét csomós varratokkal szűkítjük. A lefolyás a nyilvánvalóan nem aseptikus műteti terület s az egyrétegben varrt urethrá körülvevő szabad izom- és nyeles zsírlebensnyek ellenére ideális. A sérült, kinek a húgycsővébe nem vezettünk be — elvi okokból — kathetert a műtét után, a műteti alvásból felébredvén, spontan vizelet rendes úton. Prima sebgyógyulás. A 10. naptól fogva az epicystostomia katheterét eltávolítjuk, további két hét alatt a hólyagnyílás teljesen zárul. A műtét utáni 18. napon, a penistől jobboldalt, a subinguinalis sebzúg egy helyen feltörik és bőséges venosus vérzés támad az elfordított lebeny nyele felől, nyilvánvalóan a vena saphena valamely ágából, hasonlóképpen diffuse parenchymásan vérzik a czombnak hámmal nem borított tenyérsari sarjfelülete is. Minthogy a bőrlebensnyelén a vérzés helyének feltárása a circulációs viszonyok kárával járna, a jobb felső-elülső csípőtővis alatt egy 5 cm. hosszú metszést ejtve, hüvelykujjnyi izomdarabot vágunk ki az izomzatból, azt a feltört sebnilyáson át felfelé és oldalt a lebeny-nyel alá toljuk s a feltört seb nyílását egy öltéssel zárjuk. A vérzés rögtön eláll és sajátságosképpen a vérző tasakkal semmi vonatkozásban nem álló sarjfelület vérzése is. Egy hét alatt teljes gyógyulás. Szeptember 4.-én kozmetikai correctiv műtét: a penis jobboldalán a subcutan fölös zsírszövetet eltávolítjuk, a bőrt két gombostűvel az alaphoz letűzzük. Az eredmény teljes.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása évi 1400 korona, lakás, fűtés és élelmezés. A kinevezés egy évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában szigorlóorvosok is választhatók, ha legalább két gyakorlati szigorlatuk van.

Magánygyakorlat nincs megengedve.

Pályázati kérvények *Kemény János* kir. tanácsos úrhoz, Gyöngyös város polgármesteréhez, mint a kórház-bizottság elnökéhez folyó évi **december hó 2.-áig** adandók be.

Az állás a választás megejtése után azonnal elfoglalandó.

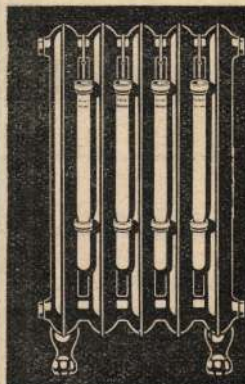
Gyöngyös, 1917 november 15.-án.

Frindt F. József dr., igazgató-főorvos.

SZIGORLÓ ORVOS,

ki kórházakban és mint körorvoshelyettes is működött, állást keres. Szíves ajánlatok „*Petőfi*” irodalmi vállalatához Budapest, VII., Kertész-utca 16 alá kéretnek.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhímlő-
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétkülönd osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)



Központi fűtésnél

száraz levegő ellen

Briswel levegőnedvesítő
szabadalmazva!

Számos orvos által elismerve!

Egyedárusítók

Magyarország részére:

„*KARPATHIA*”
áruforgalmi társaság
Bpest, VI., Lázár-u. 22.
Telefon: 49—48.

Budapest részére:

JÓNÁS ALBERT
egészségügyi berendezések vállalata
VII., Nefelejts-utca 15.
Telefon: József 28—02.

Máté Mihály és Társa

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

IV., Mehmed szultán-út 31,
Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: 63—33. Sürgőnycím: Mátészerezés Budapest.

Letelepülő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézet
BALF gyógyfürdőben,
Sopron mellett. A n. 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 n. m. kir. belügyminisztériumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a n. m. 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
672/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére

Sátoraljaújhely.



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

Dr Thilo-féle Chloroethyl

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

MR. C. RAUPENSTRAUCH
em. Apotheke, WIEN II., Castellezg. 25.

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.

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.

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyénys
SAVANYÚVIZ.

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 phtisikus betegeknek és recon-
valescenceknél.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf” gyógyszerháza és
gyógyvegyészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-utca 1.

Dímentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.