

# 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.

**Süssmann Frigyes:** Közlemény a nagyszzebeni m. kir. bábaképző-intézetből. Az assistentia megszorítása nőgyógyászati műtéteknél. 639. lap.

**Ország Oszkár:** Közlés az Erzsébet királyné sanatorium (igazgatóorvos: Scharl Pál dr.) férfiosztályáról. A gümökóros beteg reakcióképességét jelző néhány tapasztalat. 642. lap.

**Ónodi A.:** A harctéri halló-, beszéd-, hángzavarok és légszomszettek osztályának működése. I. A mesterséges hangképzés és beszéd. 643. lap.

**Udvarhelyi Károly:** A koponyasérülések után jelentkező mutatósi eltérések és a nagy agyvelőkéregnek tonusgátló hatása közötti oki összefüggésről. 646. lap.

**Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosan. Martens:** Dysenteria. — **Sebészet. Brunzel:** A kizáródás tüneteinek megmaradása rövid ideig tartott sérvkizáródás sikeres megoldása után. — **Steinmann:** Nagy hassérvek or. erálása. — **Venerás betegségek. Vogel:** „Háború, házasság és nemibajok”. — **Gyermekorvosan. A. Hirsch:** A diphtheria mint hüvelyvérzések előidézője. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Fawestol.** — **Mesdag:** Pyoktanin a sebkezelésben. 649–650. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** 650. lap.

**Vegyes hírek.** 650–651. lap.

**Tudományos Társulatok.** 652–653. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a nagyszzebeni m. kir. bábaképző-intézetből.

## Az assistentia megszorítása nőgyógyászati műtéteknél.

Irta: *Süssmann Frigyes* dr., igazgató-tanár.

Amíg a műtéti eszközök nem érték el a tökéletesség mai fokát, érthető volt, hogy a műtő az operációhoz szükséges mindennemű segítséget segédek által végeztetett el. Azonban daczára annak, hogy manapság majdnem minden operateur ezeket az eszközöket — mondhatni automatikus assistenseket — használja, mégsem szűnt meg, talán szokásból, talán kényelemszeretettel, több segédnek az igénybe vétele. Sőt számos segéd foglalkoztatása annyira magától értetődőnek látszik, hogy még az új, sőt a legújabb műtét-tanok is, a melyek a műtét lefolyását a legapróbb részletig felölelve írják le (sterilizés, operációs szoba, asztal, ruházat, eszközök stb.), nem tartják említésre méltónak, hogy a kérdést csak távolról is érintsék. *Veith* nőgyógyászati kézikönyvében (1917) megemlíti *Franz*, hogy a laparotomiáknál az operateur, két assistens és egy ápolónő szerepel. *Döderlein-Krönig* operatív gynaekológiája számot nem említ, hanem csak assistensekről szól. *Tauffer-Tóth* nőgyógyászati kézikönyvében *Tóth* szintén nem sorolja elő pontosan a segédek szükséges számát, de egy képen, a mely a laparotomiához való készenléletet szemlélteti, operateur, négy segédet és két általót látunk.

Nézetem szerint az asepsis és így a beteg sorsa érdekében nem lehet közömbös, hogy a műtétnél 4, 8 vagy még több kéz működik. Absolute jól képzett segédszemélyzetnél ugyan a legtöbb esetben közömbös, hogy több-kevesebb kéz vesz részt a műtétben, bár néhanapján a kellemetlen véletlent itt sem lehet teljesen kizárni. Egészen más-ként állanak a dolgok nem egészen kifogástalan assistentiánál. Csak a klinika és közkórház közötti nagy különbségre mutatok rá. Míg a klinikákon hosszú ideig tart, míg a gyakornok assistáláshoz jut, addig a még gyakorlat nélküli, közkórházi alorvosnak gyakran rögtön a legnehezebb műtéteknél kell segédkeznie.

A mostani világháború ebben a kérdésben is nagy átalakulást hozott, még pedig, a mint már előzetesen megjegyezni kívánom, oly átalakulást, a mely sok jó és hasznos tapasztalattal gyarapítja ismereteinket.

A háború az orvosokkal szemben oly követelésekkel

lépett fel, hogy a klinikákon, kórházakban és más intézetekben megmaradt orvosszemélyzet száma a megengedettnél is sokkal kisebbre olvadt le. Ilyen helyzetbe kerültem én is mint a nagyszzebeni m. kir. bábaképző-intézet vezetője.

Mindjárt az általános mozgósítás kihirdetésekor 1914 augusztus 4.-én nekem és két assistensemnek hadi szolgálatra kellett bevonulnunk. A vezetésem alatt álló új intézetre, mely éppen 1914 februárjában nyílt meg és főnnállásának már első hónapjaiban örvendetes fellendülést mutatott, hárult az a feladat, hogy Nagyszeben és környéke szülészeti eseteinek nagy részét, az összes kóros szülési eseteket és az operatív nőgyógyászati esetek nagy részét ellássa. Ez utóbbi esetek száma a mai napig állandóan emelkedőben van, míg a szülészeti esetek száma a háború következtében lényegesen csökkent. A 12. hadtest itteni orvos-főnöke, a ki ismerte fényesen berendezett intézetemet, magához hivatott és hivatkozva a kórház-hiányra, a bábaképző-intézet egy részét a katonaság részére igényelte. Ellenvetésemre, hogy a fölttes ministerium beleegyezése előtt az intézetet nem adhatom át, azzal válaszolt, hogy a szükséges ágyakat egyszerűen requirálni fogja és mint orvost engem rendel ki. Így augusztus 8-a óta 70 ágy (a nőgyógyászati osztály és a bábanövendékek internátusának egy része) a katonaság szolgálatában állott és a nők részére csupán 50 ágy maradt fenn. Egyszersmind egy katonai rendelet szerint nekem kellett átvennem a bábaképző-intézetben az orvosi szolgálatot, tekintettel a nőosztályra, mely szintén megmaradt vezetésem alatt. Az első assistensemnek hadba kellett vonulnia, második assistensem Nagyszebenben kapott csapat-szolgálatot, úgy hogy egyszer-máskor rendelkezésemre állhatott. Arra nem gondoltam, hogy magamat és egyik assistensemét a hadi szolgálat alól felmentessem, mert mint mindenki, úgy én is meg voltam győződve, hogy a háborúnak még az év végével be kell fejeződnie és ezen idő alatt az intézet tevékenysége a legszűkebb körre kell hogy korlátozódjék. Augusztustól október végéig így is történt minden. Azonban három hó multával a nők is megszokták a háborút, előállottak betegségeikkel és orvosi segítséget óhajtottak igénybe venni. A női osztályon levő 50 ágy, valamint a 70 katonai ágy állandóan le volt foglalva. A sebesült katonákon előfordult könnyű műtéteket a két nővér segítségével könnyen elvégeztem, a nőgyógyászati műtéteket azonban arra a napra tűztem ki, a melyeken a II. tanársegéd állítólag rendelkezésemre állhatott. Azonban gyakran, sőt majdnem mindig az történt, hogy a megbeszélte időben a segédem nem szabadulhatott a katonai szolgálatából és akkor az előkészített beteggel, az összes a műtéthez szükséges előkészülettel egye-

temben ott állottam mint operateur egyedül egy instrumentáló és egy narkotizáló nővérrel, de assistens nélkül. Így kényszerültem a műtéthez segédlet nélkül hozzáfogni. Megvallom, hogy kezdetben kedvetlenül, kissé izgatottan kezdtem a műtétet annál is inkább, mivel tudtam, hogy a törvény szerint altatásos műtétnél legalább is két orvosnak kell jelen lennie. Bár nagy bizalommal viseltem a narkotizáló nővér altató művészetét iránt, be kellett ismernem bensőmben, hogy egy netalántán előforduló synkope — a mi ugyan gyakorlott altatóval is akármikor megeshetik — bűnügyi felelősségre sodorható volna. Közkórházi kollegáim is, a kik tudomással bírtak a két nővérrel együtt végzett munkámról, szintén óvtak az esetleg előálló kellemetlen helyzettől. Kibúvóm azonban nem volt és a remény a helyzet megváltozására és a rendkívüli viszonyok mérlegelése megerősített abban a hitemben, hogy a felelősséget magamra vállalhatom.

1914 december végével II. assistensemét szintén elvezényelték Nagyszébenből és így az intézetben egyedül maradván teljesen egyedül végeztem és végzem el a mai napig a szolgálatot. Naponta átlag 100 beteget kezeltem, felerészben sebesült katonákat, fele részben szülészeti és nőgyógyászati eseteket, az összes műtéti beavatkozásokat magam végeztem, évenként kétszer 5 hónapos háromnyelvű bábatanfolyamot tartottam, sőt az intézet adminisztratív ügyeit is magam láttam el irodakisasszonyommal, a ki a számvevő hivatalnok bevonulása után már hosszabb idő óta mint megbízható számvevő segítségemre szolgál. Természetesen ennek a sokoldalú és gyakran még az éjjeli nyugalmat is igénybe vevő munkának egyedül csak úgy felelhettem meg, hogy derék és tanult ápolószemélyzet állott a hátam mögött, a mely gyakran még orvosi teendőket is ügyesen és lelkiismeretesen végzett el.

A következőkben számszerű átnézetét akarom adni háborús munkálkodásomnak, azután a műtételnél követett általános eljárást fogom leírni és különösképp tárgyalom a segédlet nélkül végzett laparotomiáknál mutatkozó előnyöket és hátrányokat és a segédletnélküli munkálkodás szükséges feltételeit.

	Felvételek száma	Szülések száma	Műtétek száma	Laparotomiák száma
1914	703	412	413	62
3 évi háború alatt				
1914 augusztus hó 8.-ától	249	187	129	12
1915	701	400	461	108
1916 augusztus hó 30.-áig. 1916 augusztus 30.-ától 1917 január 12.-éig a román invázió miatt zárva	516	269	344	96
1917 augusztus 8.-áig	466	208	338	115
Összesen	1932	1064	1272	331

Ehhez a számhoz járul még az 1914 augusztus hó 8.-ától 1916 augusztus hó 1.-éig kezelt 750 sebesült katona, 475 különböző műtéti beavatkozással.

Az összes betegeket a következőképp készítjük elő a műtétre: A műtétet megelőző napon tisztító fürdő után, lehetőleg korán reggel a beteg hashajtót kap. Csak kivételes esetekben, midőn a beteget a kora délutáni órákban vettük

fel, adtuk a hashajtót délután, a mit a beteg éjjeli nyugalma érdekében rendesen kerülni igyekeztünk. Hashajtóul előszere-tettel ricinust nyújtottunk cognacban vagy fekete kávéban. Utóbbi időben, mivel ricinus-olajhoz csak nagynehezen vagy egyáltalában nem lehetett hozzáférni, karlsbadi só-t vagy természetes keserűvizet kezdtünk használni. Az operatio elő-estéjén a szeméremszőröket leberetválták és a beteg tisztító klysmát kap. Ideges betegeknek ritkán  $\frac{1}{2}$  gr. veronált szoktunk rendelni. A műtét előtt  $\frac{1}{2}$  órával egy  $\text{cm}^3$  mor-phium-, pantopon- vagy narcophin-oldatot fecskendezünk a bőr alá. A narcosishoz a Roth-Dräger-féle oxygen-készüléket alkalmaztuk chloroformmal és aetherrel. 1916 eleje óta azonban, minthogy oxygenhez a szállítási nehézségek miatt nehe-zen lehet hozzájutni, narcosisra Billroth-keveréket (chloroform 100, alkohol-aether aa 30) vagy tiszta aethert használunk. Az operatiót a beteg horizontális helyzetében kezdjük meg, majd meredek Terendelenburg-fekvésben folytatjuk a hasfal-varratig. Természetesen igyekszünk ezen meredek fekvés idejét a lehetőséghez képest megrövidíteni. Az operateur és az instrumentáló kefével és szappannal áramló, meleg vízben mossa kezeit 10 percig, azután körömtoiletet csinálnak, majd ismét 2—3 percig mossák kezeiket, azután leöblö-gezik 2%-os lysoform-oldattal és ledörzsölik alkoholban itatott szövetdarabkával. A ruházat: fehér vászonnadrág, batist-ing, gummiczipő, e fölé steril köpeny, hosszú begom-bolt ujjakkal, szájjvédő és fehér sapka. A kezekre gummi-keztyűt húzunk és e fölé fehér czérna-keztyűt. 1916 eleje óta le kellett mondanunk a gummikeztyűről is és csak fehér czérna-keztyűt használunk. Narcosisban a hüvelyt lysoform-oldattal átítatott gazedarabbal, azután két alkoholos gaze-darabbal kitöröljük. A hasfalat és főleg a köldököt aetherrel jól ledörzsöljük és végül 10%-os jodtincturával bekenjük. Ezután a beteget egy steril lepedővel, a melynek a közepén 30 cm.-es hosszanti nyílás van, oly módon takarjuk le, hogy a nyílás éppen az operációs területre essék. Azonkívül még a műtéti területet négy steril kendővel vesszük körül, melyeket Backhaus-csípőkkel a bőrhöz erősítünk. Hasmet-szésül majdnem mindig hosszanti metszést választunk. A hasüreg megnyitása után a peritoneumot mindkét oldalról csípőkkel megfogjuk és két meleg konyhasóoldatba mártott törölt borítunk a sebszélre úgy, hogy a törölt két széle a hasüregbe beleérjen. Azután az automatikus sebtörölközőt helyezük el, hogy a kanalak egyszersmind a hasüregbe érő két törölt is rögzítsék. Fenn és lenn a két törölt csípőkkel egymással összekötjük úgy, hogy az egész sebszél törölköz-vel van takarva. Erre meredek Trendelenburg-fekvésben az uterust előhúzzuk és a beleket physiologiás konyhasóoldatba mártott törölköz-vel úgy takarjuk le, hogy az egész kis medence sza-bad lesz a belectől és semminemű esetleges váladék sem folyhat bele a kis medencéből a hasüregbe. Különös súlyt helyezünk a beleknek ezen teljes elfedésére és a kis medenczének a hasüregtől való teljes elválasztására, úgy, hogy ha a beteg nem alszik mélyen, inkább várunk, sem-hogy ezt az előnyt elszalasszuk. Törlésre megszámo-lt száraz törölkendőket használunk, csupán a belekre fektetünk meleg physiologiás konyhasóoldatba mártott és kicsavart kendőket, mivel a tapasztalat azt mutatta, hogy a száraz kendők a beleket nagyon kiszáritják, a mi sokszor a peri-staltika hátrányos, késői megindulását vonta maga után. Nem akarom említés nélkül hagyni, hogy rossz szokásból meg-nem számlált kis törlöket is használtunk, ezeket azonban eszközbe szorítva, törlés után ismét rögtön el is dobtuk. Különben is a műtéti terület exact elhatárolása után töröl-bennmaradása úgyszólván kizárt dolog. Mégis erről a hibá-ról le kell még szólnunk. A hasfalat három rétegben (peritoneum, fascia, bőr) tova-futó catgutvarrattal egyesítjük. Egy ideig szükségesnek tartottam, hogy egynéhány biztosító selyemfascia-varratot is alkalmazzak, különösen azokban az esetekben, a melyek nem voltak egészen tiszták és a hol várni lehetett a peristaltika enyhe zavarait; újabban azonban ezt mellőzöm és csak catgutvarratot alkalmazok.

A háború tartama alatt, azaz három év alatt augusztus

8-áig mindössze 331 laparotomiát végeztem, 6 halálessel. Ezek közül 22 esetet le kell vonnom, minthogy ezeket egy nőorvos kollegám, a ki katonai szolgálatot teljesített Nagyszében és előszeretettel dolgozott saját szakmájában, az én assistentiám mellett végezte és a melyek közül egy esetben saját magam kívántam tanult assistentiát, a mint majd később erre visszatérek.

Conditio sine qua non minden assistentia nélküli operációnál a mély narcosis és a meredek Trendelenburg-fekvés; feltétlen szükséges ugyanis, hogy a belek a diaphragma felé visszaessenek és lehetővé váljék a belek tökéletes eltakarása. Természetesen mély alvás egyenletes légzéssel szintén elősegíti a célt, nehogy köhögés- vagy hányás-inger, vagy nyomás folytán a belek előtoluljanak. A mint már említettem, kell, hogy a belek teljes eltakarása által a kis medence teljesen elhatároltassék a nagy medenczétől és a hasüregtől, úgy, hogy az operációs terület szabadon kerüljön az operateur szeme elé. Természetesen ez nem lehetséges oly nagy tumoroknál, a melyek a kis medenczéből kinyúlnak és bélösszenövéséknél. Ezekben az esetekben betöméssel és az összenövések leválasztásának megfelelő lassankénti letakarással kell hogy segítsen magán a műtő. Gyakran egész könnyen oldható meg a kérdés, úgy, hogy a határt a hasüreg és a műtési terület közé — a mint az oly gyakori genyes adnexoperációknál kiterjedt bélösszenövésekkel — az összenőtt bélkacs-colon sigmoideum és annak a mesenteriuma alá helyezzük. Nagyon nehéz, sőt majdnem lehetetlen az operációs terület szabadrá tévése nagyon elhízott nőknél, a kiknek gyakran még hastypusú légzésük is van. Ez volt az indító ok akkor is, mikor egy ilyen 112 kgr. súlyú nőnél — fibroma multiplex és pyosalpinx — 1915 elején directe egy tanult assistenst kértem. Azóta azonban már számos erősen elhízott nőt operáltam egyedül, így többek között utóbb egy 125 kgr. súlyú beteget szintén fibromával és pyosalpinx-szal. Ilyen esetben természetesen az assistentia nélküli dolgozás nagyon nehéz, különösen a mélyben; jóformán csak a kilégzés alatti rövid szünetekben lehetséges, a mikor a belek visszasüllyednek, a mikor is egyes műtési fogásokat gyorsan és ügyesen kell végrehajtani.

Magától értetődik, hogy az instrumentáló nővér iskolázott nővér kell hogy legyen, a ki a legtöbb operatio menetét már ismeri, úgy, hogy sok mindent a műtethez elő tudjon készíteni és az operatio folyamata alatt a szükséges dolgokat készen tudja tartani. A műtétek sima és gyors végrehajtása érdekében egy ilyen képzett instrumentáló kívánatos, míg szükség esetén egy kevésbé képzett instrumentálóval is ki lehet jönni. Így például a hozzám beosztott tanult instrumentáló nővért 8 heti betegségre alatt egy az asepsisben jól képzett bába helyettesítette, a ki előbb sohasem instrumentált és ennek daczára megállapítottam, hogy hasonló jó eredmények mellett nagyobb különbség a műtét időtartamában nem mutatkozott. Az instrumentáló nővér iskolázott volta azonban különösen azon szempontból is fontos, hogy az instrumentálás mellett bizonyos assistáló fogásokat elvégez anélkül, hogy az operateur erre külön felszólítaná.

Azok a kellemetlenségek, a melyek az ilyen módon végrehajtott műtéteknél előállhatnak, ugyanazok, mint a melyek a nagy assistentia melletti munkánál is jelentkezhetnek: zavarok a narcosis körül, nemes részek megsértése és erős vérzések.

Az esetleges narcosis-halál veszélye volt még a legkellemetlenebb, mivel előre tudtam, hogy ebben az esetben bűnügyi vizsgálatnak lettem volna kitéve. Be kellett volna ismernem, hogy tudva törvényellenesen cselekedtem, a mitől kollegáim előre óvtak és a minek elhárítására felettes hatóságomnál semmit sem tettem. Mentségemül csakis a rendkívüli háborús viszonyokat hozhattam volna fel. Azonban az idő folyamán, mentől több kifogástalan narcosisot hajtottunk végre, annál nyugodtabb lettem és esetleg a simán lefolyt narcosisok százaival bizonyíthattam volna, hogy az altatást

nyugodtan bízhattam az ápoló nővére a törvény paragrafusaival ellentétben, annál is inkább, mert ezzel egy orvos-sal többet engedhettem át a hadseregnek a nehéz időben. És valóban az összes narcosisok között, a melyek közül egy-néhány 1½—2 óráig tartott, alig 6—8 esetben voltak kis kellemetlenségeim enyhébb asphyxiával.

A nemes részek sérülése közül hólyag- és ureter-sérülések jöhetnek tekintetbe. Nálam mindkettő egyszer fordult elő. Egy radikális Wertheim-műtétnél a hólyag éles leválasztása közben 1 cm. hosszú sebet ejtettem a hólyagon, a mit rögtön két rétegben bevarrtam; primaer gyógyult. Hasonlóképpen egyszer a már majdnem egészen kiproparált uretert bevágtam, azonban a mucosa nem sérült meg. Egy réteges varrat után hasonlóképp sima gyógyulás következett be.

Sokkal kellemetlenebbek lehetnek a vérzések. Gyakran egy nem is egészen erős gyűjtőeres vérzés a mélyben az operateurnek sok nehézséget okozhat, azonban ez mindig — bár néha jelentékeny idővesztéssel — csillapítható. Egy vérzés azonban előfordult gyakorlatomban, a melynél nagy volt az aggodalmam, hogy a beteg a kezeim között az operáló asztalon meghal. Egy meglehetősen súlyos, a parametrium infiltrálásával szövődött carcinoma-esetben megkísértem a Wertheim-féle radikális műtétet. Miután az egyik oldalt nagy fáradtsággal kiproparáltam, sajnos, az operatio folytatását mint lehetetlen vállalkozást be kellett szüntetnem; minthogy azonban fiatal, 32 éves, erősen megtermett asszony volt a beteg, legalább az élettartam meghosszabbításának a lehetőségét akartam megadni és elhatároztam, hogy a két arteria hypogastricát lekötöm. Az egyik oldali ér sima lekötése után azonban a másik oldalon a Dechamps-tű átvezetésekor megsértettem a vena hypogastricát. Óriás vérzést kaptam, úgy, hogy az egész nézőtér csupa vér volt. Szerencsére az uretert félretoltam volt és két szorítóval, a melyeket úgyszólván vaktában alkalmaztam, a vérzést elállítottam. Egy nehezítő körülmény volt, hogy a lekötést az arteria iliaca communis osztódása közelében végeztem úgy, hogy a leszorításkor és az azutáni átöltéskor a Dechamps-tűvel mindig az arteria iliaca communis vagy az arteria iliaca externa megsértésének veszélye állott elő. Ilyen súlyos vérzések azonban a ritkaságok közé tartoznak és a vérzés csillapítása ilyen vérzéseknél jó segédlet mellett is nehéz feladat. A szerencsés véletlennek tudom be, hogy akkor egyedül a vérzést oly gyorsan sikerült csillapítanom.

Nagy előnye a segédlet nélküli operálásnak, hogy csak négy kéz vesz részt a munkában. Minél több kéz tevékenykedik a műtétnél, minél több fej hajol a műtési terület fölé és minél többet beszélnek — szájkendő használata mellett is —, annál nagyobb az infectio veszélye, annál inkább lehetséges, hogy csirák jutnak a műtési területre vagy a hassebbe. És az én eredményeim csakugyan, a mióta assistentia nélkül operálok, jobbak. Sajnos, a hasfal-tályogok számáról pontosan nem számolhatok be, mivel a kórtörténetek, a melyekbe a leletet és az operációnak a lefolyását magam vezetttem be, a naponkénti hőmérséklet és pulzusát azonban a háború kitérése óta a két nővér írja be, a további esetleges zavarokról pontosabb adatokat nem tartalmaznak. A mint azonban visszaemlékszem, a hasfal-tályogok a ritkaságok közé tartoztak, s az okuk mindig eves pyosalpinx vagy egy jól le nem szorítható carcinoma, vagy miként egy utóbbi esetben előfordult, diabetes mellitus volt.

A hat halálesset története a következő. 1915-ben: 1. Placenta praevia centralis. Sectio caesarea. Halálok: Peritonitis, mely két elhalt uterusrészletből indult ki; az uterusfal helyi elhalása valószínűleg glanduitrin következménye volt (kórbonczani lelet). 2. Portio-carcinoma. Wertheim-féle radikális műtét. Halál az operációt követő hetedik napon. Halálok: Kétoldali tüdőgyulladás (kórbonczani lelet). 1916-ban halálesset nem volt. 1917-ben: 1. Sectio caesarea. Halálok: Tüdőgyulladás (klinikai diagnosis). 2. Pyosalpinx. Salpingo-ovariotomia lat. utriusque. A nő a műtét előtt 3 hónapig ágyban fekvő beteg volt. Halál az operációt követő második

napon. Halálok: Szívgyengeség (klinikai diagnosis). 3. Szűk medence, szülés az 5. napon, magas láz és bűzös magzatvíz. Transperitonealis császármetszés. Halálok: Sepsises peritonitis. 4. Carcinoma portionis cum infiltratione. Az operabilisnak mutakozó betegen a has megnyitása után kiterjedt mirigybeszűrődések miatt elállunk a műtét végzéséről. Halál az operatiót követő 11. napon. A beteg már fennjárt és jóllét közepette hirtelen összeesett és egy perc alatt meghalt. Halálok: Embolia (klinikai diagnosis). Az összhálozás tehát 1·8%.

Egy másik igen nagy előny természetesen az erőmegtakarítás. Ugyanis míg az operateur egyedül operál, addig az assistens egyebet csinálhat vagy hasonlóképp operálhat.

Sok kollega az assistentia nélkül való operálás elvével szemben a műtét időtartamának hosszabbodását hozza fel, a mi nagyon súlyosan esnék latba, mert a műtét elhúzódsával kapcsolatosan a narcosis is több ideig tartana és az altatószer fokozott használatával a szív is erősebben lenne károsítva. Ezzel szemben azt állítom, hogy ez az ellenvetés nem állja meg helyét, mert az assistentia nélkül való operálás hasonlóképp csak szokás és egyes fogások megtanulásában és gyakorlásában áll. Eleinte, mint említettem, nekem is nehezemre esett és én is valamivel lassabban operáltam, de hamarosan annyira hozzászoktam, hogy a műtét tartama egyáltalában nem volt hosszabb, sőt sok esetben rövidebb, mint egyébként. Ennek bizonyítására táblázatot állítottam össze, melyen az egyes műtét csoportok legrövidebb, leg-hosszabb és átlagos műtét időtartamát tüntettem fel. Ebből látható, hogy a műtét elnyúlásának hátránya valóban nem áll fenn.

Diagnosis és operatio	A végrehajtott műtétek száma	Legrövidebb műtét idő	Leghosszabb műtét idő	Átlagos műtét idő
Fibroma uteri. Amputatio supravag. sec. Chrobak	42	12	45	26·6
Fibroma uteri. Extirpatio uteri totalis sec. Doyen	26	21	80	31·8
Retroflexio uteri. Ventrofixatio	43	6	31	12·7
Graviditas extrauterina. Haematocele. Salpingo-ovariotomia	8	16	35	24
Cysta ovarii. Ovariectomia	7	13	32	19·2
Appendicitis. Appendektomia	44	11	75	21
Pyosalpinx. Salpingo-ovariotomia lat. utriusque. Amputatio uteri	48	22	120*	50·3
Cc. portionis. Wertheim	28	42	105	65·3
Sectio caesarea classica	8	12·5	23	17·6
Stenosis pylori. Gastroenterostomia	3	28	35	30

\* Bélresectio. Bélvarrat.

Egy valódi hátránya az assistentia nélküli operálásnak az, hogy a műtőnövendékek iskolázása így nem vihető keresztül. A ki operálni tud már, az oldalról is láthatja, hogy mint és hogyan operálnak. Nem úgy áll a dolog a műtőnövendéknél, a kinek a közelben kell lennie, hogy minden kis kézfogást megfigyelhessen. Azonban ezen is lehet segíteni. A műtőnövendék az instrumentáló nővér helyét kell hogy elfoglalja és magának kell instrumentálnia, akkor mindent közelről nézhet, a minek megvan még az az előnye is, hogy az egész operatiót át kell gondolnia, át kell dolgoznia, hogy mindent a kellő időben felszólítás nélkül átadhasson az operateurnek. Magam is szívesen emlékszem vissza arra az időre, midőn mint klinikai gyakornoknak instrumentálnom kellett. Akkor minden műtétet figyelemmel kellett kísérem és végigcsinálnom, úgy, hogy mondhatnám ez alatt az idő alatt tanultam a legtöbbet.

Eddig mindig csak a laparotomiákról beszéltem és a többi műtétet, mint például *Alexander-Adams*-, hernia-műtétet stb. nem említettem. Természetesen ezen műtéteknél sem segédkezett senki sem, kivéve a vaginalis úton végrehajtott operatiókat, a melyeknél egy az asepsisben jól képzett baba a tükörtartásban segédkezett.

Ha tehát végeredményben a mondottakat összefoglalom, akkor azt kell állítanom, hogy a segédlet nélküli dolgozás hátránnyal nem jár és hogy ebben az irányban a haború valóban kedvező tapasztalatok szerzésére nyújtott alkalmat.

Közlés az Erzsébet királyné sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) fertőosztályáról.

### A gümőkóros beteg reakcióképességét jelző néhány tapasztalat.

Irta: Ország Oszkár dr., osztályos főorvos.

A betegségek pathophysiológiájának ismeretéhez nemcsak az tartozik, hogy ismerjük az általuk előidézett jellegzetes kóros életjelenségeket, hanem az is, hogy tudjuk, hogy a betegségben szenvedő egyén egyéb behatásokkal es kóros ingerekkel szemben miképpen viselkedik.

Minthogy az irodalomban nem találtam adatokat arra nézve, hogy a tuberculosisban szenvedő betegek miképpen viselkednek erős tonsillaris infectióval szemben, másrészt miképpen reagálnak a himlőoltással szemben, ideiktatom azokat, a melyeket osztályomnál szerezni alkalmam volt.

I. *Tonsillitis*. 1915 augusztus 18-tól 28-ig bezárólag igen heves angina-járványt észleltem, a mely 114 beteg közül 36-án, tehát a betegek 31·57%-ában idézte elő a mandulák megbetegedését. A járvány nem volt emeletek vagy szobák szerint lokalizálva, az infectio lehetősége a fennjártó és fekvő betegek-nél egyformán fennállott. Ugyanis e betegek a sanatoriumban közösen laknak; tüdőbetegeknél ugyanis előfordulhat, hogy a fennjártó beteg néhány napot ágyban tölt, s hogy a fekvő ismét fennjártóvá lesz. A járvány alkalmával az összes betegek több ízben garatvizsgálatnak lettek alávetve. Az első alkalommal 1, egy nappal később 1, majd egy héttel az első megbetegedés után 21 megbetegedés volt megállapítható. A nyolczadik napon 8, a kilencedik napon 2 és a tizedik napon ismét 2. Fel-tűnő, hogy főleg a kezdeti, I. stadiumban levő betegek bete-gedtek meg, olyan egyének, a kik láztalanok voltak. A súlyo-sabbban (II. st.) megbetegedettek közül csak negyen kapták meg a toroklobot. Ezek közül kettő láztalan, kettő subfebrilis volt. A harmadik stadiumba tartozó betegek közül egy sem bete-gedett meg. A kezdeti stadiumban levő betegek közül három nem lett lazas, a többi igen magas lázzal reagált. A közép-súlyos stadiumban levők közül három lazas lett, egy láztalan maradt. Az a körülmény, hogy a köpetben *Koch*-bacillusok kimutathatók-e vagy nem, tehát nyílt vagy zárt-e a folyamat, nem mutatott összefüggést az anginás láz nagyságával. Csak ha tekintetbe vesszük, hogy beteg-anyagunknak aránylag nagy része középsúlyos (II. stadiumban levő), tűnik fel az a körülmény, hogy a megbetegedések főleg a kezdeti stadiumban levő betegeket érték (55 közül 31); szinte elenyésző a középsúlyos (42 közül 4) és III. stadiumban (17 közül 1) előfordult megbete-

gedések száma. Ha mindezt magyarázni törekszünk, azt hozhatnók fel, hogy a súlyosabb tuberculosisban szenvedők tonsillája a külső fertőzéssel szemben kevésbé fogékony és nem tud reagálni és így a lobosodást a kórokozó nem tudja kiváltani. A járvány alkalmával a tonsillitis megszűnése után semmilyen káros következményt, a betegek állapotának rosszabbodását nem észleltem, bár *Darembert* szerint a gümőkóros beteg törékeny szervezetét a mandulalob bizonyos körülmények között jelentékenyen gyengítheti. Ezidőben egy-egy betegen herpes zoster és száraz mellhártyalob (ez utóbbi igen enyhe alakban) volt található, e bántalmak a tonsillitisrel összefüggésbe azonban nem hozhatók.

II. *Himlőoltás.* A himlőoltás ellenségei azt állították, hogy a szervezetet annyira károsíthatja, hogy a tuberculosis elterjedését s a betegség súlyosbodását is elősegítheti. Annyira hangoztatták ezt, hogy Poroszországban a „Kön. wissenschaftl. Deput. für das Medizinalwesen“ kénytelen volt a kérdéssel behatóan foglalkozni. *Gerhardt* és *Leyden* véleményüket olyképpen fogalmazták meg, hogy a rosszul végzett oltás az egész testet károsíthatja, s így a gümőkóros betegségét is súlyosbíthatja, egyébként azonban semmi összefüggés a betegség és oltás között nem mutatható ki. *Landouzy*-nak, *Lopenak*, *Revilliod*-nak és *Sterling*-nek az volt a véleménye, hogy a himlő elszívódása fokozza a tuberculosis iránti hajlamot. Ha tehát oltunk és megakadályozzuk a himlő keletkezését, a tuberculosis alól jókora talajt tudunk elvonni.

Arra azonban nincsenek irodalmi adataink, hogy a tuberculosisban szenvedő betegek hogyan viselkednek az oltással szemben. *Mehring* ezért óvatosságot ajánl a gümőkórra gyanús betegek oltásánál. Az 1915. évi fenyegető himlőjárvány szükségessé tette, hogy osztályom betegeit beoltassam. Az első alkalommal 80 beteget oltottunk be, minthogy a többi aránylag rövid idővel azelőtt volt már oltva. Minden oltásunk revaccinatio volt, melyről *Pirquet* azt állítja, hogy abortív lefolyást mutat. *Bohn* szerint azonban az újraoltásnál is észlelhető 60–70 óra után láz, s ez ideális eredmény jelének tekintendő. Ez ellentétes adatok között nézetem szerint a tüdőbetegeken végzett vizsgálatok eligazíthatnak, dacára annak, hogy a tuberculosisban szenvedők általában sokkal érzékenyebbek a külső behatásokkal, beavatkozásokkal szemben, mint a normalis emberek.

A 86 oltás közül 15 nem fogamzott. Az első stadiumban 2 oltás eredménye kérdéses volt.

	beteg	nem fogamzott	lázás vagy lázásabb lett
I. stadium ...	44	3	2
II. stadium ..	22	2	1
III. stadium ...	20	10	1

Ez aránylag kis számok is azt mutatják, hogy a tüdőbetegek stadiumaik szerint különbözőképpen viselkednek az oltással szemben. Minél előrehaladottabb a betegség, annál több oltás nem fogamzott; a legfeltűnőbb e tekintetben a III. stadiumban levők viselkedése. Úgy látszik a reakcióképesség nagysága játszik ebben is szerepet. Általában a helyi reactio is enyhének volt mondható. A betegek objectiv és subjectiv állapotára az oltás semmi befolyással nem volt, a mi feltűnő, ha tekintetbe vesszük, hogy a tuberculosisban szenvedők legnagyobb része túlérzékeny természetű. A láz relativ ritkasága azt mutatja, hogy a betegek úgy viselkednek a revaccinatioval szemben, mint azt *Pirquet* egészségesekekről leírta.

Vizsgálatokat végeztem arra nézve is, hogy a himlőoltás mennyire befolyásolja az allergiát. Vizsgáltam azt, hogy a himlőoltó anyag a tuberculinnal együtt keverten más localis reactiót vált-e ki, mint a kettő külön-külön alkalmazva, másrészt változik-e a cutanreactio a himlőoltás után.

Az első esetben cutanreactiót végeztem tiszta tuberculinnal, tiszta himlővaccinnal és a kettő keverékével, melynek tuberculin-concentrációja megfelelt a tiszta tuberculinnak. E

vizsgálatok teljesen negativ eredményt adtak oly irányban, hogy a reakciók erőssége s megjelenésének időpontja között lényeges különbséget nem észleltem, így tehát a tuberculin és himlő-vaccina nem befolyásolta egymást.

Hasonlóképpen nem láttam lényeges különbséget a cutanreactio megjelenésében és nagyságában, ha azt a positiv himlőoltás után is megismétltem. Még inkább némi fokozódás volt megállapítható. Lehet, hogy a cutanreactio nem elég érzékeny módszer az allergia kisebb változásainak felismerésére, mint-hogy *Pincherle M.* és *Fini J.* azt tapasztalta, hogy 3 gyermekben az intradermoreactio görbéje az oltás alatt állandóan, de szabálytalanul emelkedett, a helyi reakcióképesség tehát növekedett, e szerint a tuberculosis elleni védanyagok mennyisége nőtt. Mindez adatok tehát megdöntik s alaptalannak tüntetik fel azon félelmet, hogy a himlőoltás a tuberculosis iránt dispositiót teremthet, vagy reá kedvezőtlenül hat.

Általában azt mondhatjuk, hogy a tonsillitis és a himlőoltás a tuberculosisos megbetegedésre semmi káros befolyással nincsen, minél súlyosabb a bántalom, annál kevésbé fogamzik az oltás, illetve fejlődik ki a tonsillaris fertőzés. E tapasztalatok semmi támpontot sem adnak arra, hogy a gümőkóros beteg érzékenyebben viselkedne minden egyéb fertőzéssel szemben, mint a normalis ember. A cutanreactio vizsgálata szerint a himlőoltás nem befolyásolja lényegesen az allergiát. A betegség előrehaladtával, a mikor a reakcióképesség természet-szerűen megváltozott, a beteg viselkedése már eltér a normalistól, épp úgy, mint minden súlyos, chronikus bántalomban.

**Irodalom.** *Darembert*: Les differ. formes cliniques de la tuberc. pulm. Paris, Masson, 1905. — *Gerhardt-Leyden*: Gutachten der königl. wiss. Deput. f. d. Med. Wes. betr. der Schutzimpfung und die Disposition für die Erkrankung an Tuberculose. Vierteljahrschrift f. ger. Med., 3. füz., XIV., 1897. — *Landouzy l. c. Chouvin*: La tuberculose chez les variolisés: Gaz. hebdomadaire, XLIV., 1897. — *Mering*: Inn. Medizin. Fischer, Jena, 1903. — *Pirquet*: Klin. Studium üb. Vakzin. u. vakz. Allergie. Deutsche med. W., 1907. — Handb. d. Vakzination. — *Vogel*: Leipzig 1875. — *Pincherle und Fini*: Über das Verhalten der tuberculinen Allergie im Verlaufe der Jenner'schen Schutzimpfung. Ref. Cbl. f. Tuberkuloseforschung, 1915, 5. szám.

#### Pótlás a correctura végzésekor.

*Karczag* vizsgálatai szerint (Orvosi Hetilap 1917, 26. szám) a himlőoltás az esetek többségében allergiafokozó hatásának bizonyult, a mi a fentebbi következtetéseket megerősíti. *Bredow* (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 27. sz.) újabban nyilvánított aggálya a tüdőbetegek oltására nézve a fenti dolgozattal megczáfoltnak tekinthető.

### A harcztéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légcsőmetszetek osztályának működése.

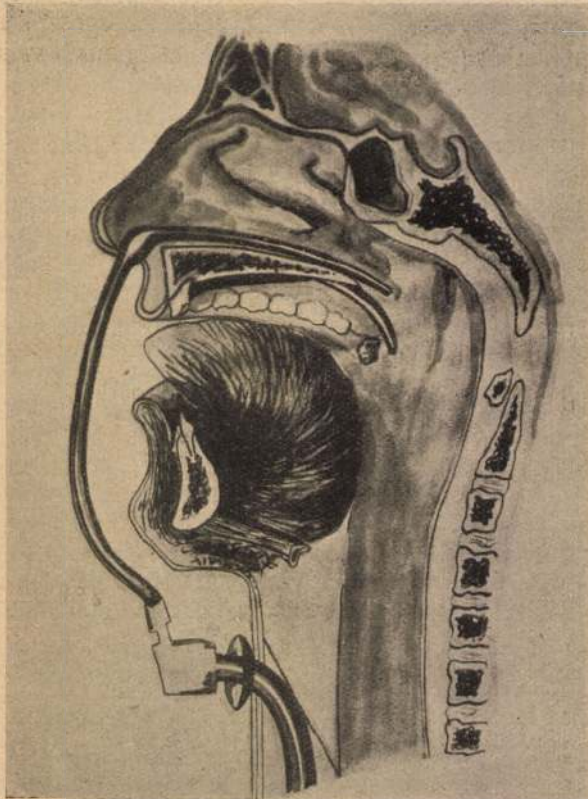
Közlő: *Ónodi A. dr.*, egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója és ezen specialis osztály vezetője.

(Folytatás.)

*Gluck* a be- és kilégzést szabályozó ventillel ellátott légcsőkanült összekötötte egy sippal ellátott és az orrüregbe vezetett csővel, melyen át a hangot az articulációs területbe vezette, mint azt a 9. ábra érzékíti. Ezen készüléken a cső egy fogprothesissel a szájban is elhelyezhető, de az intranasalis elhelyezés tisztább beszédet ad.

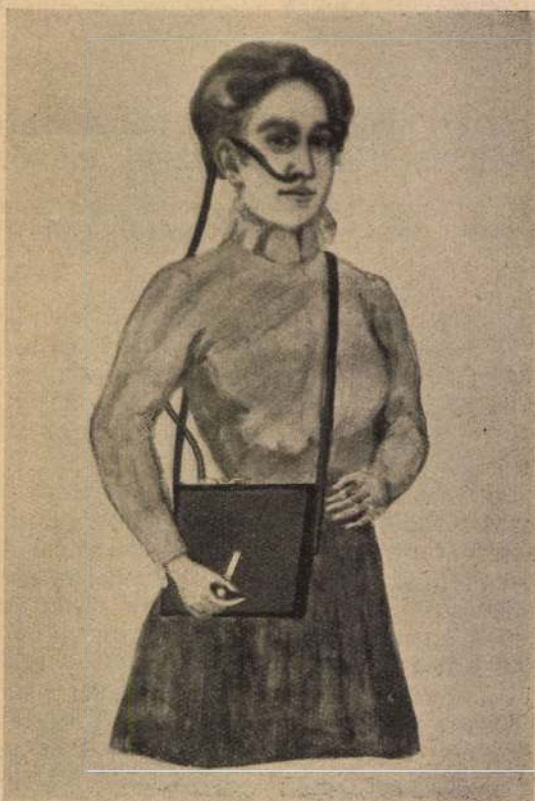
*Czermak* gondolatát előbb *Störk* valósította meg, úgy, hogy a légcső-kanült a szájüreggel kötötte össze és a sippal ellátott csövet a fogsorhoz erősítette oda. Később *Gluck* a gége teljes kiirtását úgy végezte, hogy a légcsövet a nyak bőréhez varrta. Az így operáltak számára olyan mesterséges beszélő készüléket szerkesztett, mely kis szekrényből áll, melyben forgató berendezéssel 4 kis fújtató szolgáltatja a komprimált levegőt, mely az orrüregen át vezetett és sippal ellátott csővön juttatja a hangot az articulációs területbe. A 10. ábra érzékíti ezt a hangkészüléket. Hogy a légáramot a tüdő vagy pedig egy készülék adja, az teljesen mindegy, a lényeg az, hogy az articulációs területbe jusson, a hol az articulációs mechanizmussal egy élettani actussá olvad össze, mely a hangzó és

érthető beszédet eredményezi. *Gluck* megkísérelte, hogy faszekrénybe egy electromotort és két száraz accumulatort helyezett el; az electromotor 2—4 fűjtatót hajt, melyek a levegőt egy légtartóba hajtják és így komprimálják. Ezen



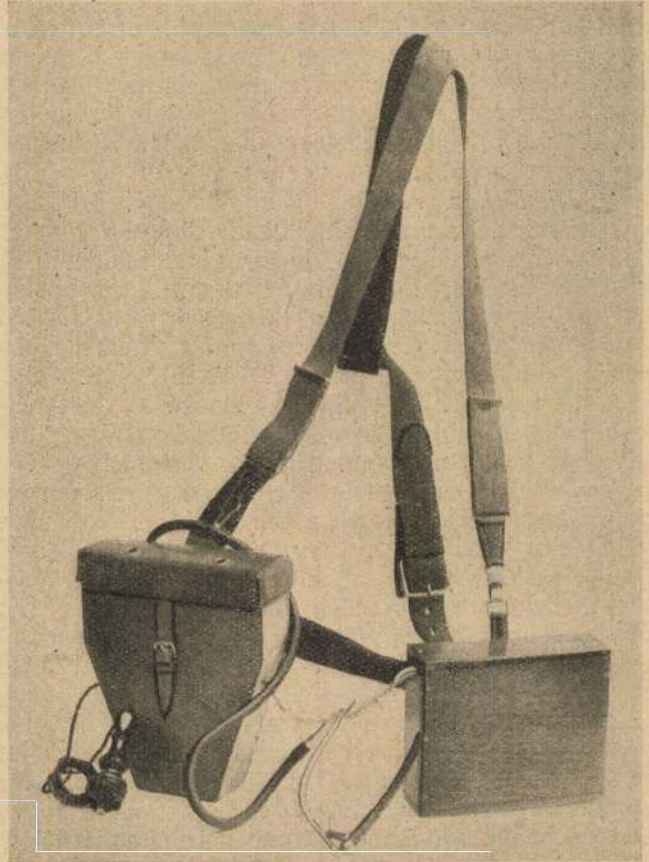
9. ábra. *Gluck*-féle hangképző-készülék.

komprimált levegő a készüléket gummicsovön hagyja el, melybe a síp van beiktatva; ezen elektromos úton keletkezett hang az articulációs területbe lesz vezetve intranasalisan vagy oralisan. Mint *Gluck* megjegyzi, ezen készülék hordása nehéz.



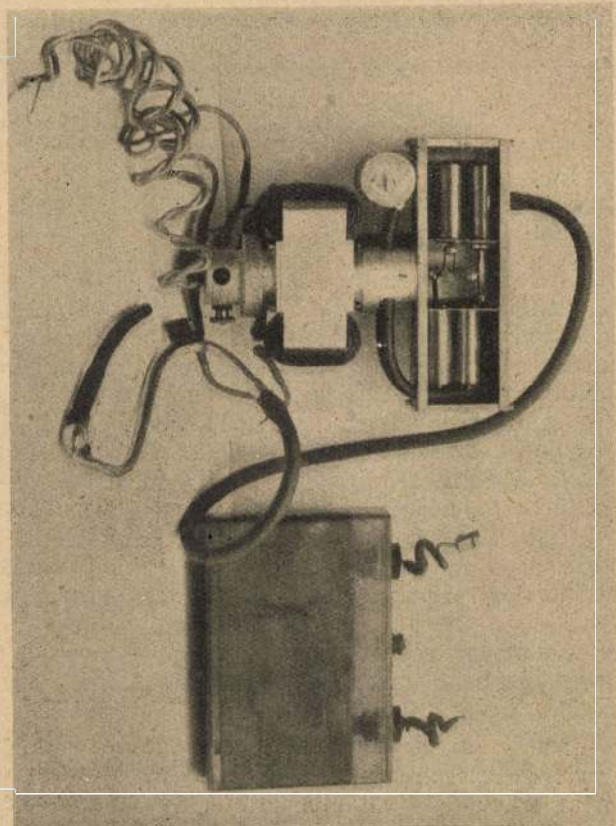
10. ábra. *Gluck*-féle mesterséges beszélő készülék.

A kanülös mesterséges gégeknek különböző árnyoldalaik vannak; ilyenek a beszéd fárasztó volta, a folytonos nyálka-elválasztás, a neheztett expectoratio, légzés-zavarok, reflex-köhögés, nyomás és szorongás érzete. A kéz-forgatással



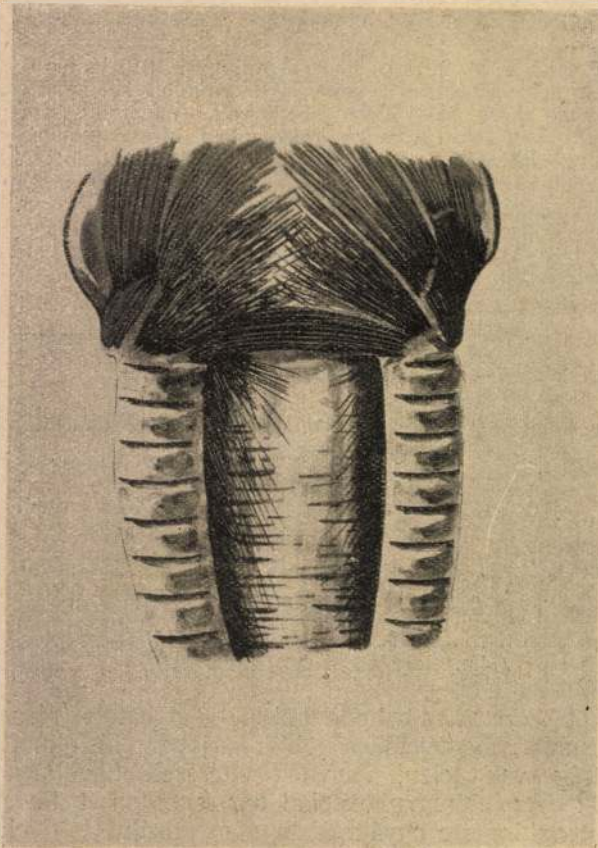
11. ábra. Elektromos beszélő-gépünk külseje.

működő szekrény feltűnő és zavaró, úgy, hogy emiatt nem használják.



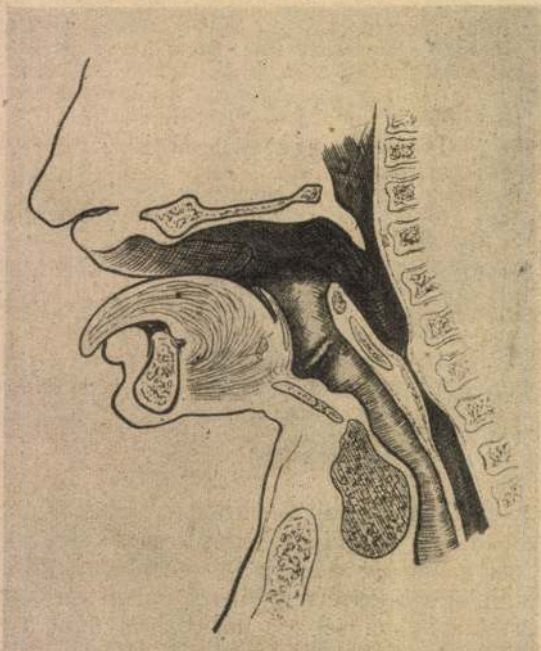
12. ábra. Elektromos beszélő-gépünk belső szerkezete.

Stockmann mérnökkel hosszú időn át kísérleteztem egy beszélő készülékkel, melyet a 11. és 12. ábra érzékít. A 11. ábra az egész készüléket mutatja; a nagyobbik részben van az electromotor elhelyezve, a kisebbikben csupán az accu-



13. ábra. Killian-féle izom.

mulator. Az accumulator áramával működésbe hozzuk az electromotort és az általa hajtott négyhengeres kis légsűrítőt. A légsűrítő négy hengere a levegőt egymásután juttatja egy tartányba, mely a lökésszerű fúvást egyenletessé



14. ábra. A nyelvcső záródott szájadéka Killian után.

teszi. Innen a sűrített levegő egy gummicsőben elhelyezett g-síp nyelvét hozza rezgésbe, a hang az orron át vezetett csövön az articulációs területbe jut. A 12. ábra az electromotor által hajtott négyhengeres kis légsűrítőt és a készüléket tokja nélkül mutatja.

A készüléket jól alkalmazhattuk két katonán, kiken a klinikai lelet és a mikroszkopi vizsgálat megállapította a gégerák diagnosisát és a kiken teljes gégekiirtás végeztetett. Készülékünk nagy előnye a tiszta hang és jól érthető beszéd mellett a készülék kicsiny és könnyű volta, úgy hogy a kabát által elfedhető és a zsebben hordható contactusa, melylyel elindítható és megszakítható a működése. Az egész készüléket jól rögzíti a törzsön harántul egy szij és mindkét vállon egy-egy tartó, mint azt a 11. ábra is mutatja.



15. ábra.

A nyelvcső nyitott szájadéka Killian után.

A mi a garathang és beszéd létrejöttét illeti olyan esetekben, midőn a hangképző szerv elpusztult vagy a gége teljesen kiirtatott és az összefüggés a tüdő és a garat között megszűnt, már említettük Czermak észleletét egy nőn, a kin a gégerés alatt teljes összenövés volt és az illető érthetően beszélt. Stoerk esetében egy öngyilkos, kin a hangszalagok teljesen összenőttek, érthetően beszélt. Egyes egyének ügyességük és gyakorlatuk folytán az articulatiónál működő izmok segítségével a lenyelt, valamint a garatban és a szájüregben levő levegőt az articulációs terület egy szűkített helyén kinyomják, miáltal a keletkezett garathang vagyis dörzs-zöreje a halk lehelettől mind élesebb és hallhatóbb dörzs-zöreijé fokozódik és érthető suttogó beszédet eredményez. A mesterséges géget viselésének említett árnyoldalai miatt több beteg elhagyta és igyekezett a garathangot megtanulni több-kevesebb eredménnyel, némelyik meglepő sikerrel. A beteg megtanulja a levegőt nyelni és a garatfűző izmok segítségével a nyelvcsőből kisajtolni. Classicus eset volt Schmidt betege, kin gégekiirtás után a tüdő és a szájüreg között az összeköttetés hiányzott és a beteg beszélni tudott. Landois ezt a dörzs-zörejes hangot pseudohangnak nevezte. Fraenkel úgy magyarázta, hogy a nyelvcsőbe lenyelt levegő a garatizomzat segítségével kisajtolva rezgésbe hozza a nyelvcső bemenetén levő heges redőket, melyek hangos suttogó beszédet eredményeztek. A lenyelt levegőt az alsó garatfűző-izom mélyebb kötege, az úgynevezett Killian-féle izom összehúzóda sajtolja ki. Ezen izomköteget érzékíti a 13. ábra.

A 14. ábra mutatja a nyelvcső szájadékának záródását és a 15. ábra a nyelvcső nyitott szájadékát. A lenyelt levegő a szájadék alatt kisebb-nagyobb légtartót alkot a nyelvcsőben.

Schmidt betegét Stettinben megvizsgáltam én is és a hangképzés leírt módjáról meggyőződhettem.

Egyesek a garathanggal való beszédet meglepően meg-

tanulták, másoknál hiábavaló minden igyekezet. Haszonnal járnak, mint *Gutzmann* észleletei mutatják, a beszédgyakorlatok és a levegő lenyelésének és explosioszerű kisajtolásának begyakorlása, szappanbuborékok készítése stb.



16. ábra.

Érdekes a természet pótlása, redők és heges kötegek járulékos hangrést alkothatnak, glottis accessoriát. *Störk-Gersuny* esetében a műtét után megmaradt nyálkahártya-redőkből glottis accessoria képződött, melynél az izommaradékok is működtek. Féloldali ál- és valódi hangszalagok kiirtása után hengerszerű heg képződik, mely a hangszalaghoz hasonlóan működik. A gége részleges kiirtásakor, midőn bőrlebennel gégeplasztika végeztetett, a bőrlebeny nyálkahártyás metaplaszián megy át, a bőrredők lécszerűen a a gége üregében előugranak és úgy működnek, mint a hangszalagok. A 16. és 17. ábra oly esetre vonatkozik, melyben



17. ábra.

adenoma miatt a gégefedő és hangszalagok területe irtatott ki. A 16. ábra mutatja nyeléskor a nyálkahártya-részeket, a mint elzárják a glottis accessoriát, melyet a 17. ábra érzékít; a nyálkahártya-redők által határolt glottison áthaladó légáram rezgésbe hozza a nyálkahártya-redőket és teljesen érthető suttogó hang keletkezését teszi lehetővé.



18. ábra. Glottis accessoria.

A 18. ábra egy heges redők által alkotott glottis accessoriát érzékít olyan betegen, kin gégelövés után a genyedő folyamat a gége hátulsó részletén kívül mindent elpusztított. A természet pótolta heges redőkkel a hangszalagokat és az így képezett glottis accessorián át rezgésbe hozott heges redők érthető dörzs-zörejes hangot adtak. A beteg helyi szolgálatát jól végezhette. Végül még bemutatunk



19. ábra.

a 19. ábrán gégelövés és genyedő folyamat következtében keletkezett heges redőket és hangrést; a beteg dörzs-zörejes hangon érthetően beszélt és helyi szolgálatát kifogástalanul végezte.

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

Irta: *Udvarhelyi Károly* dr., műtő-fülorvos.

(Vége.)

10. eset. T. M. 20 éves honvéd-gyalogos. 1916 június 6.-án gránátszilánk sebesítette meg a koponyáját. Allítólag két hétig eszméletlenül feküdt. Jobb karja 4 hétig béna volt. Június 29.-én Szegeden operálták, onnan került a m. kir. rokkantügyi hivatal Munkácsy-utcai továbbkezelő intézetébe. 1916 október 12.-én jelen állapot: A bal falcsont hátulsó szélénél, a nyakszirtecsont közelében, a középvonaltól 4 cm. távolságban, egy mogyorónyi koponyacsontdefectus van, melyen keresztül jobbról balra egy 8 cm. hosszú egyenes bőrheg húzódik (műtét helye). A jobb kéz szorító ereje gyengébb, mint a balé. Mindkét dobhártya ép. Hallása jó. Szemfenekék épek.

Vestibularis vizsgálat. Spontan: nystagmus nincs. Előrenyújtott karjai közül ( a jobb 5 cm. jobbra, tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül ( a bal 13 cm. balra ( a jobb 10 cm. előre és 5 cm. lefelé, mozog. ( a bal 20 cm. előre

Jobb hidegre: 1'30"-re nystagmus, 1'45"-re szédülés. Előrenyújtott karok közül ( a jobb 20 cm. jobbra, tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül ( a bal 5 cm. balra ( a jobb 5 cm. hátra és 13 cm. lefelé, mozdul el. Rombergnél a rendes irányban inog egy kissé.

Bal hidegre: 45"-re nystagmus, 1'-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül ( a jobb 10 cm. balra, mozdul el. Az oldalt nyújtott karjai közül ( a bal 48 cm. balra ( a jobb 8 cm. lefelé, ( a bal 10 cm. előre és 4 cm. lefelé tér el. Rombergnél a szabályos irányban inog.

A 10. esetben a bal parietalis lebeny hátulsó része sérült meg. Ennek megfelelőleg jobb karjában kisértékű hűdéses gyengeség van jelen, melynek eltéréseit figyelmen kívül hagyjuk. Az előrenyújtott bal kar spontan balra tér el. Vestibularis ingerre egyáltalában nem mozdul jobbfelé, csupán a balra térése csökkent erősen. Az oldalt kinyújtott balkar spontan tetemesen előre tér, viszont a megfelelő vestibularis ingerre hátrafelé nem mozdul.

11. eset. B. Gy. 27 éves cs. és kir. 6. ezredbeli gyalogos. 1915 november 11.-én gyalogsági fegyvergolyótól sebesült meg a koponya tetején. Sebesülése után körülbelül 5 perczig eszméletlen volt. Öt hétig nem bírta a jobb lábát. December 16.-án csontokat szedtek ki a sebéből a Munkácsy-utcai hadikórházban. Jelen állapot 1916 február 17.-én: A koponyatetőn a két külső hallójáratot metsző frontális sík mentén, egy 10 cm. hosszú és 3 cm. széles bőrheg alatt a koponyacsonton ujjat befogadó horpadás van. Ezen horpadásból 3 cm.-nyi a jobb, 7 cm.-nyi a bal oldalra esik. A bal oldalra eső részen egy krajczárnyi területen a csont teljesen hiányzik. A jobb lába most is gyengébb, mint a bal. Mindkét dobhártyája ép. Hallása jó.

Vestibularis vizsgálat. Spontan: nystagmus nincs. Előrenyújtott karjai közül ( a jobb 5 cm. lefelé, ( a bal 10 cm. balra és 5 cm. lefelé mozdul el. Oldalt nyújtott karjai mindenike 10—12 cm.-rel előre tér el. Romberg a jobb láb paresise miatt nem vizsgálható.

Jobb hidegre: 5"-re nystagmus, 5'27"-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül ( a jobb 23 cm. jobbra és 16 cm. lefelé, ( a bal 10 cm. jobbra és 13 cm. lefelé, tér el. Oldalt nyújtott karjai közül ( a jobb helyén marad, ( a bal 15 cm. előre mozdul.

Bal hidegre: 2'10"-re nystagmus, 2'50"-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül ( a jobb 17 cm. balra, tér el. Oldal nyújtott karjai közül ( a bal 27 cm. balra ( a jobb 15 cm. előre és 10 cm. lefelé, mozdul. ( a bal 23 cm.-rel lefelé

A 11. esetben mindkét parietalis lebeny megsérült, a bal erősebben. A karokban hűdés nincs. Spontan előre nyújtva csak a bal kar tér balra, ezenkívül mind a kettő lefelé. Vestibularis ingerre a jobb erősebben tér jobbra, mint a bal, viszont a bal erősebben tér balra, mint a jobb. Az oldalt nyújtott karok pedig, melyek spontan előtérnek, vestibularis ingerre nem mozdulnak hátra és felfelé.

12. eset. S. J. 24 éves közös gyalogos. 1915 február 12.-én srapnell-szilánk érte a koponyáját. Másnap csontszilánkot távolítottak el a sebből. Eszméletét nem veszítette el. Görcsei nem voltak. Három hónapig béna volt a bal karja. A Munkácsy-utcai rokkant-továbbkezelő intézetbe került. Jelen állapot 1916 október 24.-én: A koponyatető jobb oldalán, a jobb falcsonton, egy 7 cm. hosszú heg közepén egy 3 cm. hosszú és 3 cm. széles területen a csont erősen be van horpadva. A

horpadás közepén egy fillérnyi területen a csont hiányzik. Bal karja gyengébb. Szemfenekék épek. Mindkét dobhártya ép. Hallása jó.

Vestibularis vizsgálat. *Spontan*: nystagmus nincs. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 8 cm. jobbra, tér el. Az oldal felé nyújtott karjai közül (a bal 2 cm. balra (a jobb 2 cm. hátra és 6 cm. lefelé, mozdul el. Rombergnél nem inog. (a bal 12 cm. előre és 25 cm. lefelé

*Jobb hidegre*: 1'40"-re gyenge nystagmus, 4"-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 22 cm. jobbra és 4 cm. lefelé, tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül (a jobb 5 cm. hátra és 4 cm. lefelé, mozdul. Rombergnél szabályos irányban inog.

*Bal hidegre*: 1'15"-re nystagmus, 4"-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 12 cm. balra, (a bal 17 cm. balra és 6 cm. lefelé mozdul el. Oldalt nyújtott karjai közül (a jobb helyén marad, (a bal 5 cm. előre és 11 cm. lefelé tér el. Rombergnél szabályos irányban inog.

A 12. esetben a jobb parietalis lebeny sérült meg, főképpen a sulcus centralis előtt. A bal kar parietikus. A jobb kar spontan előrenyújtva jobbra tér el. Reactions mozgása jobbra sokkal nagyobb, mint balra. Az oldalt nyújtott jobb kar kissé hátra mozdul, ugyanennek reactions mozgása előre elmarad.

13. eset. B. Gy. 37 éves honvéd. 1915 július 20.-án gránátrobbanás alkalmával koponyája megsérült. Utána 2 $\frac{1}{2}$  óra hosszúság eszméletlenül fektült. Jobb keze és jobb lába 8 hónapig béna volt. Azonkívül Jackson-epilepsiában szenvedett. 1916 május 5.-én fillérnyi gránátzilánkot szedtek ki a fejéből a Munkácsy-utcai rokkantak továbbkezelő-intézetében. Ettől fogva megszünt az epilepsiája és a bénulása is hamarosan megjavult. Jelen állapot 1916 október 12.-én: A koponyatetőn, a két külső hallójárat között képzelt vonal mentén, a nyílvarrattól 1 cm.-nyire bal felé, fél diónyi csonthorpadás van, melyből kiindulva x alakban két egyenes, 6-6 cm.-nyi hosszú műtéti heg látszik. Szemfenekék épek. Jobb keze és karja gyengébb. Mindkét dobhártya ép. Hallásbeli eltérés nincs.

Vestibularis vizsgálat. *Spontan*: mindkét oldalra nézéskor horizontális nystagmus. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 7 cm.-re lefelé, (a bal 8 cm.-re felfelé, tér el. Oldalt nyújtott karjai közül (a jobb 13 cm. előre és 4 cm. balra (a bal 3 cm. hátra felé, tér. Rombergnél nem inog.

*Jobb hidegre*: 45"-re nystagmus, 60"-re szédül. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 8 cm. jobbra és 5 cm. lefelé, mozdul el. Oldalt nyújtott karjai közül (a bal 4 cm. jobbra és 7 cm. felfelé, tér el. Rombergnél igen kevés inog a rendes irányban.

*Bal hidegre*: 1"-re nystagmus, 2"-re szédülés. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 6 cm. jobbra és 5 cm. lefelé, mozdul el. Az oldalt nyújtott karjai közül (a jobb 21 cm. előre és 7 cm. lefelé, mozdul el. Rombergnél a rendes irányban inog.

A 13. esetben a bal parietalis lebeny sérült meg közel a koszorú-varrathoz. A jobb kar parietikus. A bal kar előre nyújtva spontan balra és felfelé mozog. A vestibularis reactions mozgás jobbfelé kisebbfokú, mint balfelé, stb.

IV. A halántéksontot, illetőleg a halántéklebenyt ért sérüléseknél aszerint változnak a viszonyok, hogy a két hallójáratot metsző frontális sík előtt vagy mögött van-e a sérülés; továbbá, hogy a sérülés mélyreható-e, vagy felületes. A nevezett vonal előtti sérüléseknél az előrenyújtott karok közül csak a homoeolateralis tér el ki- és lefelé, míg az ellenkező oldali rendszerint a helyén marad. Az oldalt nyújtott karok közül szintén csak a sérülés oldala felőli tér el spontan előre, míg az ellenkező oldali szintén mozdulatlanul marad a helyén. A vestibularis izgalomra, ha felületesebb a sérülés, csak az izgatott labyrinthus oldalán levő karban jelentkezik reactions mozgás, míg a másikra nincs hatása. Ha mélyebbreható a sérülés, akkor a spontan eltérés hasonló az előbbihez, de a vestibularis reactions eltérés egyáltalában nem jelentkezik egyik karban sem. Viszont ez utóbbi esetben a karizmok tonusa már spontan is fokozódott. Ha a sérülés helye a külső hallójáratokat szelő frontális sík mögött van, akkor az előrenyújtott karok mindegyike eltér spontan a sérülés oldala felé, ezenkívül főleg a sérülés oldala felőli kar lefelé is. Ezen esetben a vestibularis izgalom utáni reactions mozgások is pontosan előállnak azon szabályként

jelentkező módosulással, hogy a spontan elmozdulással ellenkező irányú reactions eltérés annyival kisebb lesz az ugyanazon irányú reactions eltérésnél, mint a milyen nagy volt a spontan eltérés.

A halántéklebeny sérülésénél gyakran találunk ideg eredetű nagyothallást.

Ezen fajta sérülésekhez tartoznak a következő esetek:

14. eset. S. I. 23 éves honvéd. 1915 május 25.-én srappell-szilánk érte a fejét, 12 óra hosszúság eszméletlen volt. Többször operálták. Hűdése nem volt. 1916 június 15.-én került a Rokkantügyi Hivatal Tavaszmező-utcai utókezelő-intézetébe. Jelen állapot. A koponya bal oldalán, a bal külső szemzúgtól hátrafelé 4 cm.-rel kezdődve egy 10 cm. hosszú, egyenesen hátrafelé a bal fül tapadása helye fölött 4 cm.-rel magasabban haladó, 3 cm. széles bőrheg alatt a koponyacsont jó részben hiányzik. Panaszokodik, hogy a bal fülére semmit sem hall s a jobb fülére is csak keveset. Mindkét dobhártya ép. Hallás-vizsgálat:

Jobb		bal
←	Weber	---
+	Rinne	---
6"	csontvezetés	1"
20"	"A"	0
22"	"C <sub>4</sub> "	2"
15 cm.	súgó beszéd	0
1.5 mm.	társalgó beszéd	0

Befúvásra hallása alig változik.

Vestibularis vizsgálat. *Spontan*: nystagmus nincs. Előrenyújtott karjai közül (a jobb helyén marad, (a bal 12 cm. balra és 5 cm. lefelé tér el. Oldalt nyújtott karjai közül (a jobb helyén marad, Rombergnél hátra esik. (a bal 15 cm.-rel leszáll.

*Jobb hidegre*: 1' 5"-re gyenge nyst. 2"-re gyenge szédülés. Előrenyújtott karjai közül (a jobb 15 cm. jobbra tér el, (a bal eleintén helyén marad, 5" mulva 6 cm.-rel balra tér ki. Oldalt nyújtott karjai közül (a jobb 10 cm.-rel hátra és 5 cm.-rel felfelé mozdul. Rombergnél hátra esik.

*Bal hidegre*: 1' 5"-re nystagmus, 2"-re erős szédülés. Előrenyújtott karjai közül (a jobb helyén marad, (a bal 15 cm.-rel balra és 15 cm.-rel lefelé tér el. Oldalt nyújtott karjai közül (a jobb helyén marad, Rombergnél minden fejtartásnál hátra esik. (a bal leszáll 20 cm.-rel.

A 14. esetben a bal halánték-lebeny sérült meg, főleg a hallójáratokat frontálisan metsző vonal előtt. Az ugyanazon oldali (bal) kar spontan balra és lefelé mozdul el, míg a másik (jobb) kar mozdulatlanul a helyén marad. Egyik-egyik karra csak a homoeolateralis vestibularis ingernek van reactions hatása, az ellenkező oldalnak nincs. (Csupán a jobb vestibularis ingerre van az előrenyújtott karban kevés reactio, késéssel).

15. eset. Sz. J. 24 éves gyalogos. 1915 október 21.-én gránátzilánk érte a bal halántékán. Eszméletlen nem volt. Bénulása nem volt. A Munkácsy-utcai rokkant továbbkezelő intézetbe került 1916 november 27.-én. Jelen állapot: A bal fül előtt a kagyló felső tapadási széle magasságában koronányi heges bőrterület alatt sekély csonthorpadás tapintható. Bénulása nincs. Szemfenekék épek. Mindkét dobhártya ép. Hallása jó.

Vestibularis vizsgálat. *Spontan*: Nystagmus nincs. Előre nyújtott karjai közül (a jobb helyén marad, (a bal 10 cm. balra, 5 cm. lefelé tér el. Az oldalt nyújtott karjai közül (a jobb 4 cm. előre, 4 cm. lefelé, mozdul el. Rombergnél nem inog. (a bal 10 cm. előre és 15 cm. lefelé

*Jobb hidegre*: 35"-re nystagmus. 50"-re szédülés. Előre nyújtott karjai közül (a jobb 15 cm.-rel jobbra, tér el. Oldalt nyújtott karjai közül (a bal 5 cm.-rel balra (a jobb helyén marad, (a bal 15 cm.-rel előre és 15 cm.-rel lefelé mozdul el. Rombergnél jobbra inog.

*Bal hidegre*: 40"-re nystagmus. 60"-re szédülés. Előre nyújtott karjai közül (a jobb 5 cm.-rel balra, tér el. Oldalt nyújtott karjai közül (a jobb 16 cm.-rel előre és 4 cm.-rel lefelé, mozog. Rombergnél balra inog. (a bal 15 cm.-rel lefelé

A 15. esetben a bal halánték-lebenyét érte felületes sérülés, a hallójárat-vonal előtt. Előre nyújtva, csak a bal kar tér ki spontan balra és kissé lefelé. Ugyanezen a reactions mozgás jobbfelé csekély. Oldalt nyújtva spontan előre és lefelé mozog mind a két kar. A reactions mozgás hátrafelé mind a két karban elmarad; a balkarban a reactions mozgás felfelé sem jelentkezik.

16. eset. B. I. 40 éves közös gyalogos. 1914 december 14.-én a jobb halántéka táján srappnell-lövés érte, mely után körülbelül 1 óra hosszáig eszméletlenül feküdt a harcstéren. Később az István-úti hadi-kórházba került, a hol 1915 január 15.-én Röntgen-átvilágításnál a jobb halántékon egy srappnell-szilánk extracranialisan, 3-4 kisebb darab pedig intracranialisan a jobb frontalis lebeny körül volt látható. A jobb facialis-redő el volt simulva, a jobb karja reszket, a jobb patellaris reflex élénkebb. A végtagok tonusa fokozódott, a jobboldaliaké erősebben. Január végén az extracranialisan fekvő srappnell-darab eltávolított a jobb halántékon levő csont-szilánkkal együtt, mely a jobb halánték-lebeny elülső széle fölött benyomta az agyat. 1915 március 9.-én áttétetett az új Szent-János-kórház fülészeti osztályára, hol mindkét oldali rossz hallása miatt 12-szer kapott diathermias átmelegítést és más kezelést, eredmény nélkül. Én *Török* magántanár szivességéből 1915 május 3.-án vizsgáltam meg először. Akkori jelen állapot: Jobb halántékán, a szemöldök külső vége és a jobb fülkagyló felső széle között képzelt vonal közepén kezdődve, felfelé egy 4 cm. hosszú, fordított c alakú heg van, mely hely a srappnell-szilánkok behatolási helyének felel meg. Ezen hegtől hátrafelé 2 cm.-re két egyenként 3 cm. hosszú egyenes heg találkozik derékszög alatt, mely a csont-depressio eltávolításakor készült műtéti sebnek felel meg. Mindkét dobhártya ép. Mindkét oldalon nagyfokú hypaesthesia nervi acusticiból eredő nagyothallás. Mindkét kar izomzat-tonusa fokozódott.

Vestibularis vizsgálat. *Spontan*: nystagmus nincs. Előre nyújtott karjai közül a jobb 30 cm.-rel jobbra és 30 cm.-rel lefelé tér el, a bal helyén marad. Az oldalt nyújtott karjai közül a jobb 30 cm.-rel leszáll, a bal helyén marad. A jobb kar kinyújtva reszket. Rombergnél jobbra és hátra inog.

*Jobb hidegre*: 45"-re erőteljes nystagmus. 50"-re szédülés. Előre és oldalt nyújtott karok teljesen úgy viselkednek, mint *spontan*. Romberg mint *spontan*.

*Bal hidegre*: 45"-re erőteljes nystagmus. 52"-re szédülés. Előre és oldalt nyújtott karok teljesen úgy, mint *spontan*. Rombergnél mint *spontan*.

*Forgási vestibularis inger* mellett a karok hasonlóképpen viselkednek, mint *spontan*, azon csekély eltéréssel, hogy balra forgatáskor az előre nyújtott bal kar 4 cm.-rel balra mozdul el.

1915 május 19.-én ismételt vestibularis vizsgálat pontról-pontra ugyanazon eredményt adta, mint az előbbi.

A 16. esetben a jobb halánték-lebeny elülső szélét érte mélyebbre ható sérülés. Az előre nyújtott jobb kar *spontan* jobbra és lefelé tér el. Oldalt nyújtva leszáll, mintha hűdve volna. Vestibularis ingernek a karokra nincs hatása, bár a nystagmus és szédülés pontos megjelenése jelzi a statikus labyrinthus épségét. A reakciók elmozdulás elmaradása és a karizmok tonusának fokozódott volta között oki összefüggés van.

17. eset. P. K. 29 éves cs. és kir. gyalogos 1915 május 5.-én srappnell-szilánk által sebesült meg a fején. 1 órai eszméletlenség után gyalog ment a segélyhelyre. Nem operálták. Sebesülése óta rosszul hall a bal fülére. Bőna nem volt. Látása jó. Sérülése óta gyakran szédül. A Munkácsy-utcai rokkant továbbkezelő-intézetbe került. Jelen állapot 1916 október 14.-én. A bal proc. mastoideus fölött, a linea temporalistól felfelé 2 cm.-rel, egy 2 cm. hosszú és 1 cm. széles, 6 mm. mély csonthorpadás van. Mindkét dobhártya ép, behúzódtott. A sugó beszédet mindkét oldalán 1,5 méterről hallja meg, mely távolság befűvás után 6 méterre javul.

Vestibularis vizsgálat. *Spontan*: balra nézéskor kisfokú nystagmus. Előre nyújtott karjai közül ( a jobb 4 cm.-rel balra és 9 cm.-rel felfelé, a bal 6 cm.-rel balra és 14 cm.-rel lefelé tér el. Oldalt nyújtott karjai közül ( a jobb 3 cm.-rel előre, a bal 3 cm.-rel előre és 10 cm.-rel lefelé tér el. Rombergnél minden fejtartás mellett hátra esik.

*Jobb hidegre*: 30"-re erős nystagmus. 40"-re erős szédülés. Előre nyújtott karok közül ( a jobb 21 cm.-rel jobbra, a bal 12 cm.-rel jobbra tér el. Oldalt nyújtott karjai közül ( a jobb 4 cm.-rel hátra, a bal 4 cm.-rel előre és 12 cm.-rel lefelé mozdul el. Rombergnél jobbra esik.

*Bal hidegre*: 35"-re erős nystagmus. 40"-re erős szédülés. Előre nyújtott karjai közül, a ( jobb 28 cm.-rel balra, a bal 37 cm.-rel balra és 33 cm.-rel lefelé tér el. Oldalt nyújtott karjai közül ( a jobb 10 cm.-rel előre és 12 cm.-rel felfelé, a bal 2 cm.-rel előre és 27 cm.-rel lefelé tér el. Rombergnél mindig hátra esik.

A 17. esetben a bal halánték-lebeny sérült meg a hallójárat-vonal mögött. *Spontan* mindkét előre nyújtott kar balra tér el, de míg a bal lefelé is sülyed, addig a jobb jelentékenyen emelkedik. Az oldalt nyújtott karok mindegyike kissé előre tér *spontan*, de míg a bal kar lefelé száll, addig a jobb a niveauban marad. Jobb vestibularis ingerre a jobb kar jól reagál, a bal gyengébben. Oldalt nyújtva a bal kar a helyett, hogy felfelé és előre mozdulna, lefelé és előre

mozdul. Bal vestibularis ingerre az előre nyújtott bal kar élénkebben tér balra, mint a jobb, és e mellett lefelé is száll. Az oldalt nyújtott bal kar hátra nem mozdul, lefelé annál erősebben. A jobb kar jól reagál. Hogy az előre nyújtott jobb kar *spontan* felfelé tér el, az minden valószínűség szerint azért van, mert a jobb homlok-lebeny hátulsó széle par contrecoup szintén megsérülhetett.

A közölt példák szerint tehát legkifejezettebbek a mutatósi eltérések a nyakszirt-lebeny, az oldal-lebeny és a halánték-lebeny sérüléseinél, legcsekélyebbek a homlok-lebeny sérüléseinél. Egyes tájékok sérülésénél mindig ugyanazon irányban történnek az eltérések. Jellemző rájuk, hogy az ellenkező irányú vestibularis reakciók eltérések vagy egyáltalában nem, vagy csak késve és kisebb fokban következnek be, mint az ugyanazon irányúak. A halánték-lebeny elülső részét ért sérülések kivételével minden más lebeny sérülésénél mind a két karban mutatkoznak a *spontan* félremutatások; épp úgy a reakciók eltérések is mindkét karban egyformán jelentkeznek (leszámítva természetesen a hűdéseket). Ezen jelenség azt bizonyítja, hogy a nagyagyvelőből jövő tonusgátló rostok épp olyan részleges kereszteszűréssel jutnak el az izmokhoz, mint a vestibularis ingerből származó tonusfokozódást közvetítő rostok.<sup>9</sup>

A tonus-gátló és tonus-fokozó rostok valóban együtt haladnak az izmokhoz. Tehát például az előrenyújtott karok jobb oldalán levő izomzathoz a jobb nyakszirt-lebeny kéreg állományából tonus-gátló rostok, a jobb vestibularisból tonus-fokozó rostok mennek. Ha a jobb gátló központ megsérül, akkor a jobboldali fokozó-hatás túlsúlyra jut — ezért jobbra tér mind a két kar. Ezen jobbra-térés természetesen fokozódik, ha a jobboldali tonus-fokozó központot a jobb vestibularis útján izgatjuk, és csökken vagy meg is szűnik, ha az ellenkező oldali — bal — tonus-fokozó központot a bal vestibularis útján izgatjuk.

Hogy a tonus-gátló és a tonus-fokozó rostok részleges kereszteszűrése a nagyagyvelő melyik részében van, arra nézve a halánték-lebeny elülső részét ért sérülések adnak felvilágosítást. Ezen tájék sérüléseinél ugyanis csak az ugyanazon oldali kar *spontan* eltérést észlelhetjük. Tehát például a jobb oldali halánték-lebeny elülső részének a sérülésénél csak a jobb kar tér el jobbra és lefelé, míg a bal kar mozdulatlanul marad a helyén. Sőt a jobb vestibularis izgalomnál is csak a jobb kar jelez reakciók mozgást — a mennyiben a *spontan* eltérés fokozódik —, a bal karban pedig vagy egyáltalán nincs, vagy csak nagyon csekély a reakciók mozgás. Viszont a bal vestibularis izgalomra csak a bal kar reagál, a jobb nem, holott a reakciók nystagmus mindkét oldali vestibularis izgalom alatt mind a két szemem egyenlően és pontosan jelentkeznek. Ebből az következik, hogy úgy a tonus-gátló, mint a tonus-fokozó rostok részleges kereszteszűrése a halánték-lebeny elülső részében van.

A halánték-lebeny elülső részének a sérülésénél tapasztalható *spontan* eltérések néha olyan nagyfokúak, hogy hűdésnek látszanak. Csakugyan tévedésekre is adott ez már alkalmat, minden valószínűség szerint ilyen tévedés forog fenn a *L. Roemheld*<sup>10</sup> által közölt két esetben is, melyekben fejsérüléseknél ugyanazon oldali hemiplegiát ír le.

### Összefoglalás.

A koponya-sérülések után észlelhető mutatósi eltérések meggyőző bizonyítékokat szolgáltatnak arra, hogy a nagyagyvelő kéregállományának egész területéről tonus-gátló rostok vonulnak az akaratlagos izmokhoz, mely gátló rostoknak a hiányos működése vagy kiesése az izmok működésében kimutatható elváltozásokat okoz. Az előre nyújtott karokra nézve például megállapítható, hogy az azoknak jobb oldalán levő izmokhoz a jobb oldali nyakszirt-, oldal- és halánték-lebenyből indulnak ki a gátló rostok. Míg az előre nyújtott karok bal oldalán levő izmok a bal oldali nyakszirt-, oldal- és halánték-lebenyből kapják a gátló-rostokat. A karok felső oldalán levő izmokat, a homlok-lebenyek felső és az oldal-lebenyek elülső részei; a karok alsó oldalán levő izmokat a

halánték-lebeny elülső része s a homlok-lebenyek alsó része látja el gátló rostokkal. A nevezett nagyagyvelőkéreg-részek sérüléseinek az azokból kiinduló gátló-rostok működése csökken, így az ugyanazon izomcsoportokhoz haladó tonus-fokozó rostok működése jut túlsúlyra, s az előre nyújtott karok azon irányban eltérnek. Az ilyen származású eltéréseket ellenkező oldali vestibularis izgatással, mely az ellenkező oldali izmok tonusát fokozza, ki lehet egyenlíteni. A tonus-különbözet — valószínűleg áttevődés útján — kiegyenlítődik akkor is, ha a vizsgált egyén a vizsgálat alatt szeméit nyitva tartja s az elmozdulást látja. A tonus-gátló rostok a halánték-lebeny elülső részében részlegesen keresztveződnek.

\* \* \*

Vizsgálataim és jelen munkám befejezése után jelent meg Szász Tibor dr. és báró Podmaniczky Tibor dr. dolgozata: „A homloklebeny szerepe a mutatósi kísérlet létrejöttében”. A homlok-sérülteken talált eredményeik némileg eltérnek az én eredményeimtől a félremutatás és a reakciós eltérések tekintetében. Ezek inkább azoknak az eredményeknek felelnek meg, melyeket én a halánték-lebeny elülső részének a sérüléseinek találtam. Az agyvelőnek aethylchloriddal való lehűtése után keletkezett mutatósi változásokat nem volt alkalmam észlelni, mert ily irányban vizsgálatokat nem végeztem. De a Szász és báró Podmaniczky által végzett vizsgálatok megerősítik azon állításomat, hogy az agyvelő kérgének a mutatósi kísérletekre vagy helyesebben az izomtonusra igenis van befolyása. Ők erre magyarázatot nem adnak, csak bizonyos pálya-összeköttetésre utalnak. Magyarázatot csak az én hipotesisem ad.

**Irodalom.** <sup>1</sup> G. Stiefler: Ergebnisse der Prüfung des Bárány'schen Zeigerversuchs bei Schussverletzungen des Schädels, bzw. des Gehirns. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol. XXIX. 1915 II. 5.) — <sup>2</sup> R. Goldmann: Das Hinterkopft trauma vom Standpunkt des Otologen und des Militär-Arzt. (Archiv f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 98. kötet. 1916.) — <sup>3</sup> Udvarhelyi: A vestibularis ideg inger szerepe az akaratlagos izmok működésében. (Orvosi Hetilap, LIX. 1915. évfolyam.) — <sup>4</sup> Schönborn: Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten. (Curschmann's Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1909. — <sup>5</sup> Sherrington: Decerebrate rigidity. (Journal of physiology, 1898. Átvéve L. Edinger: Über das Kleinhirn und den Statotonus című cikkéből.) — <sup>6</sup> Horsley and Thyle: Átvéve L. Edinger cikkéből, mint fent. — <sup>7</sup> L. Edinger: Über das Kleinhirn und den Statotonus. (Sechste Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nerven-Aerzte in Hamburg am 22–29. September 1912. — <sup>8</sup> Bárány: Functionelle Prüfung des Vestibular-Apparates. (Referat. Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft auf der zwanzigsten Versammlung in Frankfurt a/M. 2. und 3. Juni, 1911.) — <sup>9</sup> Udvarhelyi: A vestibularis ideg inger szerepe az akaratlagos izmok működésében. (Orvosi Hetilap, 1915. évfolyam.) — <sup>10</sup> L. Roemheld: Über homolaterale Hemiplegien nach Kopfverletzungen. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1915. Feldärztliche Beilage, 17. szám.) — Szász Tibor dr. és báró Podmaniczky Tibor dr. „A homloklebeny szerepe a mutatósi kísérlet létrejöttében.” (Orvosi Hetilap, 1917. évfolyam, 41. szám.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Dysenteria** azon eseteiben, a melyekben a gondos ápolás és észszerű kezelés ellenére az állapot nem javul kifejezetten, a *coecostomia* végzését ajánlja Martens, még mielőtt a végzetes cachexia beállana. Ilyen módon egyrészt a beteg bélszakasz nyugalomba jön, másfelől a létesített coecumfistulán át könnyen végezhető helybeli kezelés (öblögetés teshőmérsékletű physiologiai konyhasóoldattal, óvatosan, nyomás nélkül, végbélcső egyidejű alkalmazása mellett; utána esetleg gyógyszerek helyi alkalmazása: dermatol, bolus alba, ipecacuanha-infusum, esetleg Adam ajánlata szerint antitoxikus és bactericid dysenteria-serum valamilyen complementummal, például lóvérsavóval). A műtét helybeli érzéstelenítés mellett végezhető és teljesen veszélytelen; ha a műtét alkalmával a feregnyujtványt is betegnek találjuk,

okvetlenül távolítsuk el, mert reservoir-ja szokott lenni a dysenteria kórokozójának. A végső eredményekről a szerző még nem akar beszámolni; a javulás eddigi eseteiben mindenestre feltűnő volt. (Berl. klin. Wochenschr., 1917, 48. sz.)

### Sebészet.

**A kizáródás tüneteinek megmaradását rövid ideig tartott sérvkizáródás sikeres megoldása után észlelte Brunzel** (Braunschweig) négy esetben. Anatomicus jellemzi az ilyen eseteket az odavezető bélrészlet túltágultsága és tartalmának pangása a peripheriás kizáródási gyűrűig; ezen túl a bél éles határral összehúzódott és üres. Klinice a hányásnak továbbra fennállását vagy újból megjelenését találjuk a béltartalomnak a gyomor felé torlódásával. Ez az állapot súlyos esetekben halálra vezethet, de kezdeti nagyon fenyegető tünetek ellenére gyógyulással is végződhetik. A mi a kezelést illeti: rendszeres gyomornyomások végzendők, a szájon át még folyadékra a bevitelre is tiltandó, a végbélen át hashajtó-szerek adandók. Esetleg laparotomia is szóba jöhet a pangó béltartalom eltávolítása végett. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 140. kötet, 3. és 4. füzet.)

**Nagy hassérvek operálásakor** a sérvkapu fedésére használt anorganikus anyagokat sokszor nem tűri a szervezet; az autotransplantált fasciák pedig, ha be is nőnek, könnyen petyhüdté válnak s így recidivák állhatnak be. Ezért Steinmann szerint izomtonussal bíró fasciát kell használnunk. Ilyen a fascia lata a feszítőjével, a mely minden nehézség nélkül áthajtható a sérvkapura. Csak arra kell ügyelnünk, hogy ne sértsük a m. tensor fasciae latae idegét, a mi könnyen sikerül, ha a lebenyt lefelé valamivel hosszabbra szabjuk s az izom legfelső részét a helyén hagyjuk. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 140. kötet, 3. és 4. füzet.)

### Venerás betegségek.

„Háború, házasság és nemibajok” címen fejtegeti nézetét és tapasztalását Vogel (Breslau). Chotzen szerint a német katonáknak a breslaui helyőrségre vonatkozó része mintegy 3 pro mille arányban betegszik meg nemi betegségekben. Feltűnő, hogy ez az adat a tábori egészségügyi főnököknek a nyugati haderőre vonatkozó adataival teljesen egyezik. Mindkét adat örvendetesen bizonyítja, hogy a nemi betegségek terjedéséről szelvényben hirdetett rémitgető adatok igen túlzottak. Sajnos, csaknem valamennyi e kérdéssel foglalkozó szerző kiemeli, hogy a nemi bajosoknak nem csekély része nő ember. A szerző, csakúgy mint az eddigi szerzők valamennyije, körülbelül egyharmadára teszi a nemibajos házas katonák számát. A friss infectiók arányszáma a különböző harczterek szerint igen változó. Némely adat szerint gyakoribb a mögöttes országbeli infectio (Stern), más adat szerint viszont a katonák a fronton vagy közvetlenül a front mögött szerzik nagyobb számmal nemi bajukat. A nemi bajoknak egymás közötti számbeli viszonya sem egyezik mindenütt. Scholtz tapasztalása szerint a keleti fronton feltűnő sok a lágyfékély, holott az béke idején nem nagyon gyakori nemi baj. Vogel-nak a nyugati fronton nyert tapasztalása szerint a lágyfékély ritkán, mindössze 2%-ban fordul elő, ezzel szemben a syphilis 29%-ban, a gonorrhoea pedig 69%-ban fordul elő. Ezen adat értelmében az arány, sajnos, a syphilis javára növekszik. Béke idején ugyanis általában háromszor, sőt négyszer több volt a kankós, mint a luesses infectio. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy ez a kedvezőtlen aránytelődés Neisser statisztikája szerint Breslauban már 1913-ban is tapasztalható volt. Az eddigi háborús tapasztalásokat egybevetve a szerző a következő négy pontban foglalja össze nézetét: 1. A nemi betegségek száma nem sokkal lépi túl a békebeli adatok számát. 2. Feltűnő nagy a nemibajos katonák között a nő ember (körülbelül egyharmad része). 3. A syphilises infectiók a kankóval szemben megszorodtak, úgy, hogy 1:3 vagy 1:4 arány helyett csaknem 1:2 arány található. 4. Minden módot meg kell ragadni, hogy a nemibajok tovaterjedése lehetőség szerint megálljon.

(Az első három pontban foglalt nézeteket hazai viszonyainkra nézve már egy tavalyi közlésében vallotta a ref.) (Münchener med. Wochenschrift, 1917, 40. szám.)

Guszman.

### Gyermekorvostan.

**A diphtheria mint hüvelyvérzések előidézője** címmel értekezik A. Hirsch, két esetet ismertetvén, a melyekben diphtheria fejlődött magában a vaginában és ennek kapcsán vérzés állott elő, a mely az egyik esetben oly erős volt, hogy menstruatio praecox jellegét mutatta. A torokdiphtheriában a vérzés meglehetősen ritka, épp úgy, mint orrdiphtheriában is, vaginális diphtheriában ily vérzés egészen kivételes. Két esete közül az egyikben csak culturalisan lett a diphtheria kimutatva, a másik esetben a diagnoszt a bonczolás állapította meg a culturalis vizsgálattal kapcsolatosan. (Monatschrift für Kinderhelkunde 1917, XIV. k., 4. sz.)

Bókay Zoltán dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Fawestol** néven egy új kresol-készítményt hoztak újabban forgalomba, a mely szemben a kresol-szappan 50% kresol-tartalmával, 100% kresolt tartalmaz; 2%-os oldata a desinfectiós praxis minden követelményének megfelel (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 40. szám.)

**Pyoktanin a sebkezelésben.** A régebben sokaktól ajánlott, de már-már feledésbe ment pyoktantint Baumann-nak a mult évben megjelent közlése óta ismét kezdik használni. Így Mesdag közöl újabban eseteket, a melyekben feltűnő jó hatását látta a pyoktaninnak. A többi között a czombsont osteomyelitisének egy esetében erősen secernáló fistulákkal széles bemetszés után hetenként 2-szer fecskendezett 5%-os pyoktanin-oldatot a tályog-üregekbe; 10 nap múlva a genyedés már csaknem megszűnt. Erősen fertőzött nyílt csontlövés egy esetében az 5%-os oldatnak kétszeri befecskendezésére a hőmérséklet leszállott és a gyuladás tünetei visszafejlődtek. Bordaresectió empyema-műtét után 5%-os pyoktanin-oldatot fecskendezve be, az egy hét múlva végzett első kötésváltás alkalmával már alig volt geny. (Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1917, I. 21. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat,** 1917, 47. szám. Horváth Ferencz: A fül harctéri megbetegedései és sérülései.

**Budapesti orvosi újság,** 1917, 48. szám. Szily Pál és Vértes Sándor: A vérhas chemotherapiájáról. Angyalossy Ernő: A tüdőcsúcs és hilus tuberculosisanak Röntgen-diagnosisában előforduló tévedésekről.

**Orvosképzés,** 1917, 6-8. szám. Grósz Emil: A szemészet békében és háborúban. Hoor Károly: A sclera és a sugártest sérülései, azok prognosisa és orvoslása. Bálint Rezső: A tüdőbeteg katonák klimás és intézetekben való gyógyítása. Kollarits Jenő: A kifáradás és izgalom kóroki szerepe. Vas Bernát: A bakteriologia szerepe az endemiás fertőző betegségek elleni védekezésben, különös tekintettel a budapesti viszonyokra.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király Ángyán Béla dr. egyetemi rendkívüli tanárnak, a székesfővárosi balparti kórházak nyugalmazott igazgatójának a Ferencz József-rend középkeresztjét, Irsay Artúr dr. egyetemi rendkívüli tanárnak, a jobbparti kórházak igazgatójának és Wenhardt János dr. egyetemi magántanárnak, a székesfővárosi kórházak központi igazgatójának az udvari tanácsosi címet adományozta.

**Kinevezés.** Várady Miklós dr.-t a belügyministeriumhoz az orvosi szakra ministeri segédfoglalmazóvá nevezték ki.

**Személyi hírek külföldről.** K. Rabl, az anatomia tanára a lipcei egyetemen, betegség miatt e félév végén nyugalomba vonul. — O. Oesterle, a gyógyszerismeret tanára a strassburgi egyetemen, nyugalomba vonul.

**Meghalt.** Forvath József dr., országgyűlési képviselő, besztereci orvos november 20.-án. — Fábry Árpád dr., a borsodi bányatársulat bányorvosa 61 éves korában Rudobányán. — L. Lindemann, a belorvostan címz. rendk. tanára a müncheni egyetemen, november 24.-én 49 éves korában. — A. Winowarter, a sebészet tanára a lége-i egyetemen.

**A községi és körorvosok családi pótléka.** Az 1917. IX. t.-cz. 14. §-a értelmében 1917. évi július hó 1.-étől kezdve a községi és körorvosoknak családi pótlék jár. Ehhez képest a pénzügyministerrel egyetértőleg a következőket rendeli el november 14.-én kelt közzétételében a belügyminister: 1. A családi pótlék — az élvezett javadalma-

zásra való tekintet nélkül — a községi (kör-) orvosnak a törvényben megkívánt feltételeknek megfelelő minden egyes gyermek után egyenként évi 400 koronában állapítatik meg. 2. Családi pótlék csakis a véglegesen megválasztott községi (kör-) orvosoknak jár. 3. Az ideiglenesen alkalmazott községi (kör-) orvos-helyetteseknek ebben a minőségükben családi pótlékra igényük nincsen. Ellenben igényük van a családi pótlékra az 1908. XXXVIII. törvénycikk 24. §-ának utolsó bekezdése alapján egy év tartamára kinevezett községi (kör-) orvos-helyettesek közül azoknak a kik nem töltenek be más végleges minőségű és a családi pótlékra igényt adó közhivatali állást.

**A budapesti egyetemi klinikák betegforgalma a háború harmadik évében.** A budapesti egyetemi klinikák a háború harmadik évében 22.705 beteget ápoltak (közöttük 16.682 polgári egyént s 6'23 katonát). 159.118 új járóbetegnek nyújtottak segélyt és kezelést. A háború három éve alatt a klinikákon 400.000 beteget részesítettek segélyben, ezek közül 46.000 beteget kórházi ápolásban.

**A tüdővész elleni küzdelem szervezésének új részletét** tette ideiglenesen szükségessé az a körülmény, hogy a háború során az Országos Hadigondozó Hivatal részéről létesített többhelyű különleges gyógyintézetek felül egyelőre nem létesíthetők megfelelő újabb intézetek a nagyszámú fertőző tüdőbeteg katona ellátására és kezelésére, mivelből a Hivatal intézeteiben férőhely hiánya folytán el nem helyezhető e katonáknak megfelelő háziápolásban való részesítése, illetve otthonukba való bocsátása vált szükségessé. Az eljárás, a melynek a közönséggel való közlése fontos közérdek, nagyjában ez: a fertőző tüdőbeteg katona háziápolásba bocsátását nyomon az előzi meg, melynek célja megállapítani, vajjon a lakás, a környezet és az életmód, a melybe a beteg kerül, alkalmas-e a fertőzés megelőzésére és a helyes betegkezelésre? Ha a nyomon az eredménye megfelelő, a lakóhely szerinti közigazgatási hatóság útján értesítést kap a háziápolásba bocsátásról a tisztá orvos, a körorvos, a község, a legközelebbi tüdőbeteg-gondozó intézet és a munkáspénztár, a melyek a beteget nyilvántartják és megteszik a kívánatos óvintézkedéseket.

**Az anya- és csecsemővédő intézmény szervezése** tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: A háború közvetlen és közvetett emberpusztítása hazánk lakosságában fájdalmas és országunk jövőjét fenyegető hézagokat ütött. A katonai szolgálatban elhaltak nagy száma mellett a halálozási arányszám a polgári lakosság között is rendkívüli méreteket öltött, a születések száma pedig a közelmulthoz képest felénél is kevesebbre csökkent. A lakosságnak mindezekből származott megfoghatósága az államnak és a társadalomnak elsőrendű feladatává teszi, hogy sürgősen, erőlesen és széleskörűen vegyen kezébe minden olyan eszközt, a mely az emberéletben szenvedett veszteségek pótlására és meggyengült erőink helyreállítására vezethet. Ez eszközök között egyik legfontosabb a *küzdelem a csecsemő-halandóság ellen*. Erre annyival inkább szükségünk van, mert nálunk a csecsemőhalandóság már a háború előtt is rendellenesen nagy volt: 100 élveszülöttről 20 egy éven aluli elhalt gyermek esett. Ezen a téren — Oroszországot kivéve — Európa valamennyi államában kedvezőbbek voltak a viszonyok, még Románia és Szerbia is előttünk állt. Tudományos kutatások és gyakorlati tapasztalatok pedig egyaránt bizonyítják, hogy a küzdelem a csecsemőhalandóság ellen eredményesen fel lehet venni, ha ellensúlyozni tudjuk a baj két főokát: a *tudatlanságot és a szegénységet*. Ennek legcélravezetőbb módja, ha intézményesen biztosítjuk, hogy minden szülőanya, a ki alacsonyabb értelmisége vagy szűkösebb anyagi helyzete miatt felvilágosításra vagy segélyezésre szorul, ehhez a szellemi és anyagi támogatáshoz saját lakóhelyén hozzájuthasson. Mindenütt külön erre a célra kiképzett, megfelelő egyéneket kell tehát a közönség szolgálatába állítanunk. Ezek a *szakképzett anya- és csecsemővédők*, a kiknek az a rendeltetése, hogy az anyát már terhessége előtt, majd a szülésnél és a szülés után is felépüléséig vagy munkára képességének visszanyeréséig egészségi tanácsokkal, felvilágosításokkal, útbaigazítással lássák el, még pedig mind az anya, mind a csecsemő személyére vonatkozóan, továbbá, hogy számukra a szűköshez képest orvosi segítséget és anyagi hygienés támogatást közvetítsenek. Az anya- és csecsemővédő intézmény eme fontosságának és méltán várt eredményeinek ismeretében elhatároztam, hogy a *védőnői intézményt országosan fogom rendszeresíteni*. A védőnői intézmény megalkotását — mint általában az anya- és csecsemővédelem minden kérdését — állami feladatnak tartom. Sikeres megoldásához azonban — a tennivalók újszerűsége és sokasága folytán — a társadalomnak áldozatkészségére és munkálkodására is mulhatlanul szükség van. Az állam és társadalom együttműködését oly módon hoztam szerves kapcsolatba, hogy a védőnői intézmény országos megszervezésére társadalmi szövet, a *Zita királyné Ő Felsége legmagasabb fővédnöksége alatt álló Stefánia Szövetséget bízom meg*, a mely ezt a tevékenységet mintegy átruházott állami hatáskörben fogja végezni. Bizalommal ruházom rá ezt a feladatot, mert a Stefánia Szövetség az anya- és csecsemővédelem terén máris értékes gyakorlati tapasztalatokkal rendelkezik, eddig is tényleges eredményeket mutatott fel és szoros kapcsolatban áll azokkal az egyesületekkel és intézményekkel, a melyek különlegesen ezekkel a kérdésekkel foglalkoznak. Az állam részéről a Szövetséget a legteljesebb erkölcsi és nagyméretű anyagi támogatásban részesítem, évi munkaprogramját és költségvetését véglegesen én állapítom meg és működését állandó ministeri biztosaim útján támogatom, irányítom és ellenőrzöm. A *védőnői intézmény szervezete a következő*: A közvetlen érintkezést a közönséggel szakképzett helyi védők fogják végezni. Még pedig élethivatásos *közszégi védők* azokban a községekben és városokban, illetőleg községterületekben és városrészekben, a



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án.) 652. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

## Rendkívül súlyos szövődmények a carotis közlekedő vérömlenyének műtete közben.

**Makai Endre:** *K. P.* 27 éves gyalogos 1917 május 15.-én gránátsérülést szenvedett. Felvételnél, június 11.-én, genyerdő bemeneti nyílás a bal alsó állkapocs közepének megfelelően. A jobb submaxillaris tájon gombostűfejnyi pörk. Röntgen-lelet: A bal alsó állkapocs szilánkos törése, mogyrónyi fémszilánk a csigolyák előtt, az állkapocsszöglet magasságában, a középvonalától kissé jobbra. Június 14.-én dél előtt (T. 37-2) a jobb állalatti táj parányi sebéből az ápolónő szerint erős vérzés. Az orvosi vizsgálat eredménye negatív. Minthogy délután állítólag újból volt fecskendő vérzés (T. 38-4, p. 128), dacára annak, hogy tüzetes orvosi vizsgálatnál sem duzzanat, sem a pörk levétele után vérzés nem mutatkozik, azonnali műtét. Behatolás a jobb áll alatti tájon a mákszemnyi sebnek megfelelően vezetett 6 cm. hosszú harántmetszéssel. Jókora diónyi cruoros alvadék, melyet óvatosan eltávolítottunk. Azonnal colossalis vérzés a seb mélyéből. Provisorius tamponade, hogy a vérző eret centralisan lekötthessük. A beteg erősen cyanosisos, a légzés eláll, az orron-szájon át sötét vér bugyog. Azonnal tracheotomia. A légzés nem indul meg, az orron szájon át tovább bugyog a vér, a kanülön át hasonlóképpen. Rögtönös laryngotomia, a larynx szoros kitamponálása gázzal; a kanülbe katheret vezetünk, a légutakból kiszívjuk a vért, mesterséges légzés. A spontán légzés helyreállása után a haránt bőrmetszést a laryngotomia bőrszélével összekötve, a befelé domború lebenyt visszapræparáljuk és megleljük a carotis externán lévő lencsenyi defectust; fillérnyi defectus a pharynx-falon. A műtét sürgős befejezésére való tekintettel a carotis ligaturája a sérülés alatt és felett. A larynx tamponját eltávolítjuk, és 3 perichondralis catgut-varrattal egyesítjük a laryngotomiás nyílást. A garat sebet hasonlóképpen egyesítjük, a varrat fölé nyeles izomlebenyt rögzítünk. Tamponade. A pharynx és a carotis sebet időlegesen elzáró véralvadék kihúzása okozta a csaknem végzetes műteti complicatiót; e súlyos sérülés után több mint négy héttel jelentkezett csak az első tünet, a minimalis seben át való vérzés. A lefolyás súlyos, 40° fölé emelkedő lázzal járó, tüdőlobbal komplikált. Táplálás 3 hétig orron át vezetett gyomorcsövön. Július közepétől teljesen láztalan a beteg. Decanulement. Teljes gyógyulás.

**Cukor István:** Egy esetben az a. és v. subclaviát a clavicula felett lekötötte. A beteg tökéletesen jól volt 2½ hónapig, karját gyönyörűen mozgatta. 2½ hónap után hirtelen vérezni kezdett a feltárt aneurysma üregének a fenekéről és dacára, hogy a vérző helyet sikerült alálótni, a beteg meghalt. Sectio, sajnos, nem történni. Az eset annyiban érdekes, hogy dacára a kettős lekötésnek, addig, a míg a sebgyógyulás tart, el kell készülnie a súlyos utóvérzésekre, még hónapok múlva is.

**Makai Endre:** A tamponade alkalmazása érműtétek, még érleketések után is kétélű fegyver, mert átkoptatja az egyébként is rosszul táplált, lekötött ereket.

**A homlokcsont és lágyrészek anyagihiányának, továbbá az oldal-kamarával közlekedő agytömlőnek szabad zsír-, fascia-, csont- és nyeles lágyrésztáplálással műtett esete.**

**Makai Endre:** *B. J.* 26 éves honvéd 1915 július 3.-án homloka közepén lőtt sérülést szenvedett, mely miatt gyakrabban voltak traumás epilepsziás rohamai. Több kórházban való kezelés után 1916 május 20.-án került a bemutató Augusztá-barakk-kórházbeli osztályára. Ismételt műteti beavatkozások (csont- és lövedékszilánk-eltávolítás stb.) után 1917 május 24.-én műtét. A homlok közepén levő, a szemöldökívtől a hajas fejbőr alá nyúló, 6 cm. hosszú és széles koponyadefectust körülvágjuk s a pulzáló agyfelszínről a

zigarettapapírvékony bőrheget kiirtjuk. A csontdefectus széleit alápraeparálva, pereméből Luer-vel annyit csipünk le, míg köröskörül ép durarészletre bukkanunk. Finom késsel lehántva az agyfelszín borító kérges hegszövetet, az agyállomány félgömbszerűen előszik a koponyadefectusból. Próbapunctióra a mélyből tiszta liquor; a tű mentén bevezetett scalpellel 1 cm.-nyi mélyben jókora diónyi, szabálytalan alakú, de símafalú tömlőt tárunk fel, melynek mélyén a plexus chorioideus látható. A tömlő tartalmának kibocsátása után az agy teljesen a koponyacsont szintje alá süllyed. A jobb fascia lata s a megfelelő bőr alatti zsírszövetből most tenyérnyi fascia-zsírlebenyt vágunk ki. A bőséges zsírszövetből a lebeny közepe táján jókora hüvelykujnyi nyelvet szabunk ki s ezt az agytömlőn ejtett metszésen át annak belsejébe tolva, a nyulvánnyal mintegy eltömeszeljük az oldalkamra kiöblösödő tömlőjét. Magát a fasciazsírlebenyt pedig akként helyezük el, hogy a zsírszövetes oldal az agyvelő felé tekint, a fascia lata széleit pedig, melyek túlérnek az ép durarészleteken, a koponyacsont pereme alá toljuk. Most a jobb sípcsontból csontperiostlebenyt vésünk ki; a periost köröskörül 1 cm.-rel ér túl a csontlemezen; az előbbi csomós catgut-varratokkal a pericraniumhoz varrjuk s akként rögzítjük a csontlebenyt, hogy közte és a koponyacsont közt köröskörül ½ cm.-nyi, csak csonthátyával áthidalt csontdehiscentia van, a mivel legalább egy időre a koponyáür szellentyűs csontelzárását célozzuk. Végül a lágyrésztdefectus pótlására — úgy mint a Lexer-orrplastikánál — a lágyrésztdefectus felső zúgából kétfelé a fül mögé egy-egy körülbelül 35—40 cm. hosszú félkör alakú metszést ejtünk, a metszésből leskalpozzuk a koponyát s a skalplebenyeket elül a defectusnál eltolt lebenyplastikával T alakú varratban sikerül teljesen összehozni. Nyolcz nap alatt teljes prima sebgyógyulás. Jelenleg a transzplantált csont a környezetével teljesen szilárdan egyesült. A műtét óta a betegnek egyetlen epilepsziás rohama sem volt.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

A m. kir. állami ménesintézetnél azonnalra egy kiségitő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

A kiségitő orvos munkaköre a kilencz gazdasági kerületben polgári, gazdasági cselédek egészségügyi szolgálatának önálló ellátása és sürgős esetben a központban való segédkezés.

Ezen orvos javadalmazása 30 (harmincz) korona napidíj és egy bútorozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve azonnal az alatt feltüntetett parancsnoksághoz nyújtandók be.

Gyakorlattal bíró orvosszigorlók is pályázhatnak.

M. kir. állami ménes katonai parancsnokság  
Mezőhegyesen.

8104/1917. szám.

Trencsén vármegye puhói járásához tartozó és elhalálozás folytán megüresedett alsórétfalui körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdettek. A körbe osztott számszerint 8 község lakosainak száma 8422, a körorvos székhelye Alsórétfalu község.

A körorvos javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona évi törzsfizetés, négyszer 200 korona ötödéves pótlék, nemkülönben a törvényes háborús segély.

2. Évi 500 korona lakpénz és évi 800 korona útiutalvány, mely utóbbinak emelése iránt az eljárás folyamatban van.

3. A fizetni képes betegetől járó látogatási és rendelési díjak.

4. A munkásbiztosító pénztári orvosi állással járó javadalmazás.

5. A vágatási biztosító teendők ellátásáért a megállapított díjak.

6. Helyi pótlék engedélyezése iránt az eljárás legközelebb meg fog indíttatni.

Mejegyzem, hogy a teendők ellátása a székhely központi fekvése mellett nem jár különös nehézséggel és a kiterjedt gyakorlat tekintélyes jövedelmet biztosít.

A tót és lehetőleg a német nyelv bírása megkívántatik.

# 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.

**Friedrich Vilmos:** Közlemény a munkáskórház belgyógyászati osztályáról. A has-gümőkór kombinált belgyógyászati kezelése. 653. lap.

**Ónodi A.:** A harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légcsömetszettek osztályának működése. II. **Balassa József:** Beszéd gégefe nélkül. 658. lap.

**Somogyi István:** Anaphylaxia és IK. 660. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Schwalbe:** Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen. — **Lapszemle. Sebészet. Hochenegg:** A székrekedés jelentőségéről különböző

háborús betegségekben. — **Venerás betegségek. L. Merk:** A kenőkúra értéke. — **Szüléset és nőorvostan. Keller:** A gyermekági emlőgyulladás megelőzéséről, mint az anya- és csecsemő-védelem egyik legfontosabb feladatáról. — **Gyermekorvostan. J. Ritter:** A csecsemőknek a háború alatt táplálásáról. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wederhake:** Puerperalis sepsis. — **Tripold:** Idősült középfülgyulladás. — **Zumbusch:** Stomatitis. 661—663. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** 663. lap.

**Vegyes hírek.** 663. lap.

**Tudományos Társulatok.** 664—665. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a munkáskórház belgyógyászati osztályáról.

## A has-gümőkór kombinált belgyógyászati kezelése.

Irta: **Friedrich Vilmos** dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A gümős hashártyalob, miként ezt a kórbonczolóik igazolhatják, elég gyakori megbetegedés, mely részint önállóan látszó kórforma képében, részint mint valamely más szerv — a tüdő, mellhártya, szívburok, nemzőszervek, mirigy stb. — gümőkóros betegségének kísérője jelentkezik. Az a kérdés, vajjon a hashártya gümőkórja önálló megbetegedés-e, teljes bizonyossággal nincsen tisztázva. Ugyanis **Osler** 17 bonczolt esetéből a has-gümőkór önálló formájának létezését 5 esetre vonatkoztatja. Ezzel szemben **Stahr**<sup>1</sup> nemrég megjelent nagy dolgozatában saját és mások eseteinek átvizsgálása után arra a következtetésre jut, hogy emberben nincsen elsődleges hashártyagümőkór. Nem tartja kizártnak azt, hogy létezik a hashártyának látszólagos elsődleges, izolált, metastasisos gümőkórja, de ennek eredő helye valahol távolabb, még pedig a lélekzés útjain előforduló fertőzésnek gyakorisága szerint az orrsövény, a torok, a gége nyálkahártyájának talán már rég begyógyult localis gümőkóros góczában volt, úgy, hogy a hashártya-gümőkór voltaképpen a metastasisos folyamatnak az előtérbe lépő jelensége. E kórkép a háború második évétől kezdődően a gümőkór gyakoribbá válásával arányosan gyakrabban jelenkezik. Némelyek szerint nőkben gyakrabban fordul elő; tapasztalataim viszont amellettszólnak, hogy úgy férfiakban, mint nőkben egyenlő mértékben jelentkezik.

A gümős hashártyalob kórboncztanilag is sokféle alakot mutat; ehhez képest a klinikai kórkép is igen változó, minél fogva kórjelzése a tünetek sokfélesége miatt gyakran módfelett nehéz. Műtéttel való kezelése arra a diagnostikai tévedésre vezethető vissza, a melybe a kiváló hírv sebész és élesszemű diagnosta, **Spencer Wells** esett az 1862. évben, midőn genitális eredetűnek vélt hasdaganat miatt laparotomiát végzett s a baj has-gümőkórnak bizonyult. A hasfal műtéti sebének záródása után a „tumor“ a hasból eltűnt s a beteg annyira gyógyult, hogy négy év múlva férjhezment s 27 év múlva még egészséges volt, mivel a gümős folyamat vissza-

fejlődött, azaz meggyógyult. **Bum** egyik betegéből a has megnyitásával 3 liter folyadékot bocsátott ki. A műtét folyamán arról győződhetett meg, hogy a hashártya kis lencsényi göbökkel volt bőven borítva s e göbök a mikroszkop alatt jellegzetes tuberculomoknak bizonyultak. A 8 hét múlva újból megejtett hasmetszés után talált ugyan csomókat, de ezek a szomszédos szövetek hegesedése folytán zsugorodottak voltak s nem tartalmaztak óriás sejteket, sem bacillusokat. Ez azt bizonyítja, hogy gümős hashártyagyulladás egyes eseteiben a műtéti beavatkozással teljes klinikai gyógyulás érhető el.

A sebészi beavatkozásnak, illetőleg a laparotomiának sokféle módjával — miként ezt **König, Böhrsch, Höpfner, Birnbaum, Alapy, Frees, Chrobak, Mazzoni, Baumgarten, Zöppovitz** 33—94% gyógyeredményt feltüntető statisztikái igazolják — tagadhatatlanul a várható legszebb eredmények érhetőek el. A statisztikai adatok nagy különbségei és eltérései nem a technikának, hanem annak tulajdoníthatók, hogy 1. helylyel-közzel a csekélyszámú beteganyag feldolgozását számszerűen tüntették fel és hogy 2. nem különítették más és más csoportba a gümős hashártyalob különböző alakjait, melyek közül az izzadmányos a legjobb, míg a bélfekélyt követő gümős hashártyalob aránylag a legrosszabb eredményeket adja. Megpróbálták, hogy a hasüregnek a has középvonalában való megnyitását haspunctióval helyettesítsék, a többi között azért is, mert a laparotomiához gyakorlott sebészi kéz, betanított segédszemélyzet, jól berendezett műtőterem és kellő felszerelés szükséges, míg a punctiót a gyakorlóorvos is megcsinálhatja, akár úgy, hogy csak egyszerű punctiót végez, akár úgy, hogy a hasüregben levő folyadék egy részét punctió útján kibocsátva, utána csiramentes oxygént s levegőt vagy a punctio végeztével izgató hatású oldatokat (naphtol, carbol stb.) juttat a hasüregbe.

Való az, hogy egyes oly esetekben, a melyekben savós, genyes, véres vagy véres-genyes izzadmány volt a hasüregben, a has punctiójával igen jó eredményeket értek el, különösen akkor, a mikor azt kellő időközökben többször egymásután a szükséges rendszabályok betartásával megismételték. De a belgyógyász-szakorvos, még inkább a gyakorlóorvos ezen beavatkozás elvégzésétől is tartózkodott; egyrészt azért, mert a bél peritonealis összenövése esetén a punctio következtében súlyos szövödmény jelentkezhet, másrészt, mivel a punctio csakis peritonitis tuberculosa exsudativa eseteiben próbálható meg, míg a kis exsudatum, miliaris göbök, gümős összetapadások és összenövések képződésével járó hashártyalobokban, a sajtos vagy úgynevezett száraz

<sup>1</sup> **Stahr:** Ueber isolierte tuberkulose Peritonitis und Bursitis. Festschrift für Orth. Zeitschrift für Tuberkulose, 1917.

I. tábla.

Eset	A betegség kezdete a kórházba felvétel előtt	Kórházi gyógykezelés tartama	Férfi	Nő	Foglalkozás	Kor	Betegség neve	Csatlakozó gümös megbetegedés	Hőmaximum	Haskörfogat cm.	Gyógyult	Javult	Változatlan	Meghalt	Testsúly-gyarapodás kg.	Jegyzet
1	2 hét	május 20.-tól szept. 23.-ig	—		csiszoló	27	perit. tbc. exsud.	cal. ap. l. s. synechia pleurae l. d.	38·1	82, 83, 82—79, távozáskor 77—78		+	—	—	8	
2	4 hét	április 24.-tól június 29.-ig		—	szabótanonc	15	perit. tbc.	cat. ap. l. s.	37·8	84 72 távozáskor		—	—	—	6	
3	4 hét	május 6.-tól május 27.-ig		—	betonmunkás	44	perit. tbc. exsud.	cat. ap. l. s.	39·2	távozáskor 5 cm-rel kisebb		—	—	—	3	Kevés Koch-bac. a köpetben
4	10 nap	június 24.-tól augusztus 12.-ig		—	gyári munkás	37	perit. tbc.	lezajlott cat. ap. l. d.	38·0	97—87 távozáskor 83—80		—	—	—	4·5	
5	2 hét	május 6.-tól július 25.-ig		—	napszámos	19	perit. tbc. exsud.	—	39·1	78—77 távozáskor 73—71		—	—	—	3·5	
6	4 hét	november 8.-tól február 5.-ig		—	czipész	15	perit. tbc. exsud.	cat. ap. l. d. pleuritis l. d.	38·7	83—84 távozáskor 71—72		—	—	—	8	$\frac{1}{100}$ A. T. után 39·7° hőemelkedés
7	4 hónap	nov. 11.-tól nov. 26.-ig	—		háztartást vezető	39	perit. tbc. exsud.	exsudatum l. d. cat. ap. incip.			—		—	—	0·50	Fájdalom a hasban megszűnt. Étvágy javult, hasmenés megszűnt. Saját kivánságára hagyja el a kórházat
8	3—4 hét	február 5.-tól április 15.-ig	—		ápolónő	37	perit. tbc. exsud.	exsudat. pleur. l. d.		77—74 távozáskor 71—69		—	—	—	3	Kezelés alatt az exsud. is felszívódott
9	4 hét	január 2.-tól október 16.-ig		—	gépmunkás	20	perit. tbc. exsud.	pleurit. l. d. cat. ap. incip.		83—79 távozáskor 76—75		—	—	—	1	Távozáskor pleuritis és peritonitis nyoma sincs, apicitis lényegesen javult
10	?	márcz. 23.-tól április 13.-ig		—	gyári munkás	38	perit. tbc. exsud.	pyelonephritis tbc.	39·6	83 távozáskor 83	—	—		—	—	A has-fájdalom csökkent, a térfogat nem nagyobbodott, önként távozott

11	1 hónap	október 22.-től április 3.-ig		—	gyári munkás	19	perit. tbc. exsud.	pleurit. cat. ap.		76—75 márczius 1.-én 72 - 70	—	—	—		Koch-bacillus; márc. 2.-án testsúly-gyarapodás 3.5 kg., márcz. 2.-a után az apicitis hirtelen előtérbe lép, az ascit- es emelkedik. Sectio: tbc. universalis.
12	11 hónap	márcz. 2.-től április 14.-ig		—	asztalos tanoncz	17	perit. tbc. exsud.	apicit. utriusque	40.4	változatlan	—	—	—		Köpetben bacillus. Sectio: tbc. pulm., perit. tbc.
13	4 hét	november 1.-től márcz. 31.-ig		—	szabó tanoncz	17	perit. tbc. exsud.	exsud. d. pleurit.		80—76 78—69	—	—		—	Márcz. 4.-ig láztalan, hízott 5kg.-ot, haskerület normalis, erőbeli állapot kifogás- talan, márcz. 12.-én kezd betegeskedni, lázas, elesett lenni, bokái, lábszárai dagad- nak, bő köpet, köpetben bac- cillus. Sectio márczius 31.- én: „Has beszűrődött.“ „Be- lek a csepleszszel s hasfallal mindenütt szorosán össze- nöttek. Az összenövések kö- zött különösen a felső has- úrben 2-5 mmnyi vastag, összefüggő tömött s elég szivós egynemű fakósárga, sajtos szövetréteg van. A belek összenövése kö- zött itt-ott némi kevés vilá- gossárga savó van“, „mell- úrben 3/4 liter zavaros vör- henyes folyadék“. „Jobb tüdőben miliaris szemcsék.“ „Bal mellhártyán néhány ken- dermagnyi-borsónyi, göm- böldyed, élesen körülhatá- rolt fakósárga, tömött, egy- egynemű sajtos csomó.“
14	8—12 hét	február 25.-től április 12.-ig		—	pinzemester	36	perit. exsud.			39.6	változatlan	—	—		—
15	4 hét	decz. 5.-től április 20.-ig		—	tanuló	26	perit. exsud.	cat. ap. utr.	38.8	91—100 83—86		—	—	—	Decz. 10.-én 10 l. savó kibo- csátása után a has méretei: 89 95.5, 88 cm. Decz. 21.-én: 96, 100, 90. Jan. 5.-én: 98, 103, 94. A hashártya tele- szórva gombostűfejnyi göb- csével. Diónyi mirigyek. Febr. 3.-án bő savó a has- ban. Márcz. 7. körfogat, lásd tablázat. Febr. 3.-tól hő- emelkedés, mely 3 hét alatt megszűnt. Testsúly-gyara- podás 3.5 kg.

Eset	A betegség kezdete a kórházba felvétel előtt	Kórházi gyógykezelés tartama	Férfi	Nő	Foglalkozás	Kor	Betegség neve	Csatlakozó gümös megbetegedés	Hőmaximum	Haskőrfogat cm.	Gyógyult	Javult	Változatlan	Meghalt	Testsúlygyarapodás	Jegyzet
16	14	július 18.-tól október 20.-ig		—	asztalos	57	perit. exsud.		39·5	80, 85, 81 78, 80, 80					2·5	Bejövetelkor az alsó végtag erősen oedemás. Szeptember 1 óta oedema eltűnt. Augusztus 3.-tól a maximális hőmérsék 37·6, október 4.-től teljesen láztalan.
17	16	július 27.-től október 20.-ig		—	asztalos	21	perit. exsud.	cat. ap. l. d.	38·7	85, 84, 84 76, 76, 79					7	Július 30. óta a maximális hő 37·5. Szeptember 10.-től teljesen láztalan.
18	15	május 11.-től június 14.-ig		—	timár	42	perit. exsud.		38·0	84, 85, 86 72, 74, 75					9	Június 17.-től láztalan. $\frac{1}{1000}$ ATO próbaoltás után erős helyi s általános, 38·9 láztól kísért reactio.
19	36 nap	május 12.-től július 14.-ig			könyvkötőnő	26	periton. exsudativa	tbc. pulmonum	37·7- 38·7							1. jegyzet.
20	34 nap	május 8.-tól július 9.-ig			lakatos	57	periton. exsudativa	pleuritis exsudativa utriusque								2. jegyzet.

1. jegyzet. Felvételkor hasméretek 69, 73, 76, erősen lesóványodott, étvágytalan. Június 12.-én a hőmérsék alászáll, a maximum 38, a nap nagyobb részében subfebrilis, has nem fájdalmas, testsúly 1·5 kilóval gyarapodott. Június 26.-án jobb alsó végtag oedemás, ezen vizenyő néhány nap alatt felhúzódik a medenczetájékig. Július 5.-én már a bal lábon is van vizenyő felszálló tendenciával. Erőbeli hanyatlás, haskerület 73, 77, 82; magas hőemelkedések. Július 14. exitus. Bonczolat. (Johan tanársegéd): „Hasüregben az összes szervek egymással össze vannak nőve, az összenövés között, de egyebütt is, a hashártyán számos kölesnyi gümő van. A leg-erősebb az összenövés az alsó bélkacsok között. Ezek a kis medenczébe vannak benőve, melynek jobb oldalán a kis medence bemenetének tájékán köztük és a fossa iliaca hashártya-borítéka között szabálytalan tályogúr van, melyben bűzös béltartalom található. A tályogfalat alkotó bélkacsok számos nyílást mutatnak felszínükön. „Mindkét tüdő csúcsán odanőtt.“ „A baltüdő meglehetősen nagy . . . csúcsában jókora diónyi caverna van, melynek fala kérges, környezetében pedig elszórtan kisebb-nagyobb kölesnyi, legfeljebb babnyi sajtos góczokat találtunk.“ „Jobb tüdő ehhez hasonló, de a csúcsában levő caverna valamivel kisebb.“ „Belekben elszórtan, de leginkább a vékonybél legalsó részén számos mély fekély van, melyek közül több átfúródott.“ „A kürtök környezetükkel meglehetősen erősen összenőttek, . . . felmetszve bennük elég lágy, sajtos anyagot kapunk, mely a falat majdnem teljesen tönkretette. A kürtök hashártyái borítékán számos jókora kölesnyi sajtos gümős góczot találunk.“ Diagnosis: „Peritonitis tuberculosa cum concretionibus organorum abdominalium. Peritonitis ichorosa circumscripta ex perforatione ulcerum intestinalium. Thrombophlebitis purulenta cum thrombosi venae femoralis dextrae, venae iliaca sinistrae et venae caevae inferioris . . . . .“

2. jegyzet. Felvételkor legyengült, sápadt, nagy hassal, hasméretei 87, 84, 85 cm. Tüdők felett nincs kopogtatási eltérés, jobb tüdő felett a 6. bordától tompa kopogtatási hang. Hőmérsék felvételkor 37·3; 0,10 milligramm A. T. oltásra erős helyi reactio, 38·7. — Nap- + tuberculin-kezelés után május 18.-án a has körfogata 85, 83, 81; testsúlyban 1 kiló gyarapodás; hőcsökkenés. Május 30.-án maximális hő 37·7. Június 15.-től hőemelkedés, erőhanyatlás, has térfogata növekszik, a jobb tüdő felett az V. bordától tompult kopogtatási hang. Július 1.-én has kerülete 91, 94, 91. Vizenyő az alsó végtagokon. Július 2.-től láztalan. Július 10.-én exitus. Bonczolat (Entz tanár): „A hasürben 4 liter gyengén zavaros, vörhenyes folyadék. A hashártya általában kissé szürkés-fehéres, megvastagodott, úgy a zsigeri, mint a fali lemez mákszemnyi-kölesnyi gömbölyded, a felületről kiemelkedő s tömött szürkés szemcsékkel beszórt.“ „A jobb mellürben egy liternyi setétveres, zavaros folyadék. A bal tüdő egész terjedelmében a mellkas falához nőtt.“ . . . . . Diagnosis: „Peritonitis tuberculosa et pleuritis tuberculosa bilateralis. Tuberculosis caseosa nodulorum lymphaticorum retroperitonealium.“

(fibrosus) alakban meg sem kísérelhető. Ma már a sebészek sem tagadják, hogy a hasmetszés után is heteken és hónapokon át kórházi vagy sanatoriumszerű kezelés szükséges és így nem csodálható, ha *Hertel*<sup>2</sup> a sebészet legújabb eredményeit ismertető tankönyvének hatodik kötetében e bántalom kezeléséről úgy nyilatkozik, hogy ma socialis indicatio alapján még sok oly beteget kórházakban operálnak és kezelnek, kiken a baj conservativ kezelésével jobb és tartósabb gyógyulási eredmény érhető el. Erre vonatkozóan első sorban a svájci magaslati helyeken (St. Moritz, Leysin) elért jó eredményekre utal s kiemeli e helyek közül Samadent, hol legelőször próbálták ki a conservativ kezelést: a hygienés-diaetás gyógymódot napkúrával egybekötve.

Ha arra gondolunk, hogy 1½—2 évtized előtt a belgyógyász majdnem tehetetlenül állott e kínzó és legtöbbször halálos kimenetelű megbetegedéssel szemben: csodásnak tűnik a magaslati helyeken alkalmazott gyógyító eljárások eredménye.

*Bauer*<sup>3</sup> nagy munkájában a hasgümőkór kórboncz- és tünettanával igen kimerítően foglalkozik, a therapiáról pedig alig emlékezik meg. A gyógykezelés szerinte csak tüneti lehet s arra törekedünk, hogy a beteg állapota minél tűrhetőbb legyen és hogy szervezetének erejét fenntartsuk; még a húgyhajtókat sem javasolja, mert szerinte a gyomor e szereket nem jól tűri.

*Nothnagel*<sup>4</sup> is az 1898. évben megjelent művében a sebészeti beavatkozást ajánlja első helyen a gyógyító eljárások között. A belső kezeléstől — ágyban fekvés, nyugalom, vas, arsen stb. adagolása, éghajlatváltozás, a has borogatása *Priessnitz* szerint, konyhasó alkalmazása stb. — nem sokat remél, úgyszintén céltalannak tartja a húgyhajtó s izzasztó szerek adagolását is. Saját tapasztalatai szerint leginkább eredménnyel jár, ha a hasat a *Pribram* ajánlotta *sapo kalinussal* bedörzsölik, mert ennek használata folytán az exsudatum a hasban folyékonyvá lesz, felszívódik és a sajtos, lobos tömegek visszafejlődnek; de megjegyzi azt is, hogy ez a bántalom gyakran spontan gyógyul.

Az utolsó 15 év alatt, a tuberculin rehabilitása óta és a mióta *Rollier*<sup>5</sup> az 1905. évben megjelent első s azóta évente kiadott igen érdekes, tanulságos közleményeivel először hívta fel a figyelmet a gümős bántalmaknak a nap ultraviolett sugaraival való gyógyítására és gyógyulására, e bántalom belgyógyászati kezelése és gyógyítása lényegesen előbbrehaladt. Mindenütt megpróbálták a gümős hashártyalobnak belgyógyászati kezelését, felhasználva e célra a tuberculin különböző fajtáit is.

A gyógyítás e módjait *Ortner*<sup>6</sup> könyvében már igen jól összefoglalva találjuk. A belgyógyász feladata *Ortner* szerint az, hogy a betegnek teljes testi nyugalmat, a szabadban vagy jól szellőzött szobában ágyban való pihenést rendel s ezt kombinálja a tuberculin-kúrával. A gyógyulást elősegíti az is, ha a hasat száraz ruhával szorosan begöngyölik vagy alkohollal borogatják, illetve *sapo kalinussal* bedörzsölik.

A *Pribram-Kapesser* által javasolt *sapo kalinus*-bedörzsölésen kívül ajánlják a has bekenését jod-, jodkáli-

<sup>2</sup> *Payr-Hütner*: Ergebnisse der Chirurgie. VI. kötet, 1917.

<sup>3</sup> *Bauer*: Krankheiten des Peritoneums. Handbuch der speziellen Pathologie, 1875.

<sup>4</sup> *Nothnagel*: Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneums. Spezielle Pathologie und Therapie.

<sup>5</sup> *Rollier*: Le traitement des tuberculoses chirurgicales par la cure d'altitude et l'héliotherapie. Congrès internat. de la tuberculose 1905. — La cure solaire de la tuberculose chirurgicale. Congrès internat. de Rome 1907. — Die Sonnenbehandlung der Tuberculose. Vortrag auf dem II. Oesterr. Tuberculosestag, Wien, 1912. — Die Heliotherapie der Tuberculose, 1913. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopaedie von *Payr-Küttner*. — Sonnen- und Luftbehandlung nichttuberculöser chirurgischer Affectionen mit Einschluss der Kriegsverletzten, 1916.

<sup>6</sup> *Ortner*: Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten, 1912.

jodoform-, guajacol-kenőccsel és unguentum cinereum-mal; a diuresis fokozására kisebb-nagyobb sikerrel az ureapura-t (10—20 gramm 150 gramm vízre, egy-két óránként egy evőkanállal) s az aqua petroselina-t (két óránként egy evőkanálnyi) adják. A kezelés e módjai közül az egyik-másik tünetileg jól bevált, de a velük elérhető gyógyulási eredmény és ennek tartóssága teljesen eltörlőd és háttérbe szorul *Rollier* módszerének eredményeihez képest. *Rollier* kizárólag a napkúrát alkalmazza s — miként statisztikája mutatja — az ezzel a kezeléssel elért gyógyulási eredmények a sebészeti kezelés eredményeivel is kiállják a versenyt, még a gyógyulási eredmények tartóssága tekintetében is.

*Rollier*-nek heliotherapiával gyógyított és közölt esetei között a gümős hashártyalob legkülönbözőbb nemei különböző súlyossági fokozatokban fordulnak elő és olyan esetei is vannak, a melyeket előzőleg már sebészeti úton is kezeltek, de a melyekben azután az első megbetegedéshez hasonló súlyosságú vagy azt meghaladó recidiva állott be.

*Rollier* a magaslati sanatoriumok hygienés-diaetás kezelését összekapcsolja azzal, hogy az egész szervezetet a nap besugárzásának teszi ki, míg *Bernhardt* Samadenben hasonló esetekben a hygienés-diaetás gyógymódon kívül csak helyi napfénykezelést alkalmazott.

*Rollier* véleménye az, hogy a csont- és a hashártyagümőkór napfényvel célszerűen, hatásosan és folytonosan csak magaslati helyen kezelhető, mert a lapályon a napsugár nagy részét a por s a vízgőz elnyeli, továbbá a lapályon kevés a szélmentes nap, nedves a levegő, minélfogva a nagy hideg és a nagy meleg elviselhetetlen; ezért a lapályon könnyen előfordul, hogy a beteg télen meghül, nyáron pedig a hőségétől eltikkad. Egy másik ok, a melynél fogva *Rollier* csakis a magaslati helyet tartja a napfénykezelésre alkalmasnak, az, hogy a lapályon a nap vegyi sugarainak intenzitása az atmosphaera-rétegek befolyása következtében csökkent s hogy a síkságon nincs meg a levegőnek kellő tisztasága és bacteriumszegénysége, mert a füst, a korom s az organikus hulladékok szennyeznek.

*Rollier* szerint a magaslati napfénykezelésnek hatása nem csupán a magaslati helyzetből ered, hanem a nap ultraviolett sugarainak hatásával magyarázható. Ezek a sugarak fájdalomcsillapító és bacteriumölő hatást fejtenek ki, továbbá a bőrben folyó oxydatiós folyamatot élénkítik, ezáltal az egész szervezet anyagcseréjét fokozzák, emellett sclerogen tulajdonságuk is van, a mennyiben a kötőszövetet zsugorodásra ösztökélik; végül nem zárható ki annak a lehetősége, hogy a napsugár a savós folyadékok felszívódását s a phagocytosisos jelenségek létrejöttét segíti elő, bár e kérdés alapos ismerője, *Jessonek*<sup>7</sup> a fény ily irányú hatását tagadja, mert szerinte akár közvetlen, akár közvetett bactericid hatásról, miképp ezt *Finsen* képzelte, szó sem lehet.

A *Rollier-Bernhardt* által ismertett heliotherapiával, vagyis a napfény-besugárzással elért eredmények szolgáltatották az indító okot arra, hogy valamilyen a napfényt helyettesítő, mesterségesen előállított sugarakkal kísérletezzenek ezen betegségek kezelése céljából. Ilyen sugarakat produkál a *Finsen*-lámpa, a *Kromayer*-féle kvarzlámpa, a Röntgen-cső, a *Nagelschmidt*-féle lámpa, a Höhensonne. E kóralakoknak napfényvel való kezelése nem új orvosi vívmány, mert már *Galenus* kortársa, *Celsus Aurelianus* ajánlotta a hasüreg gümős megbetegedésében a napfürdőt mint hathatós gyógyító eszközt — igen helyesen —, mert hiszen a napfényvel való besugárzásnak, vagyis a napfürdőnek célja a helyi behatáson felül a szervezet általános átalakulását s kedvező átváltozását elősegíteni.

(Folytatása következik.)

<sup>7</sup> *Jessonek*: Richtlinien der modernen Lichtbehandlung, 1916. (Strahlentherapie, VII. kötet, 1916.)

## A harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légsömetszetek osztályának működése.

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

### II.

#### Beszéd gégefő nélkül.

Irta: **Balassa József dr.**

A hangos beszédet, a központi idegrendszer normalis működése mellett, a beszélőszervek három főrészeinek együttes működése hozza létre. Ez a három rész (a tüdő a hozzátartozó légsővel, a gégefő a hangszalagokkal és a garat, száj- és orrüreg) nagyjában megfelel a fúvó-hangszerek 3 alkotórészének: a fújtatónak, a sípnek és a toldalékcsőnek. Az ember beszélőszerveiben is a tüdő a fújtató, onnan tódul a levegő a hangképző részekhez; a gégefőben keletkezik a zöngé<sup>1</sup>, beszédünknek tulajdonképpeni hangos eleme, s a külső részekben módosul ez a zöngé vagy pedig a hangok bizonyos fajtáinál (zöngétlen mássalhangzók) ott keletkezik maga az illető hang. A beszélőszervek bármelyik részének betegsége vagy hiánya megnehezíti vagy lehetetlenné teszi a hangos értelmes beszédet.

Phonetikai szempontból különösen érdekesek az olyan esetek, midőn műtéttel az egész gégefőt ki kellett irtani s ezáltal az illető egyénen a beszélőszerv két fontos része, a tüdő és a gégefő, a működésből kikapcsolódott s csak a garat, száj- és orrüreg maradt meg a beszédműködés számára.<sup>2</sup>

**Ónodi A.** egyet. tanár klinikáján négy olyan egyént volt alkalmam megfigyelni, a kiken a gégefőt ki kellett irtani s a szájüreget a gégefő nyílásától teljesen elzárni. Mind a négy egyén kanülön vesz lélekzetet, tehát a tüdő és a szájüreg között minden közlekedés megszakadt. Ezeket az egyéneket pontosan megfigyeltem s e megfigyeléseim eredményéről s a belőlük levonható phonetikai tanulságokról akarok itt számot adni.

A megfigyelt esetek a következők:

1. N. J. 39 éves katona; műtét 1915 július havában; megfigyelés 1916 április és július havában. Egészségi állapota már teljesen kielégítő, mesterségét akadálytalanul folytatja.

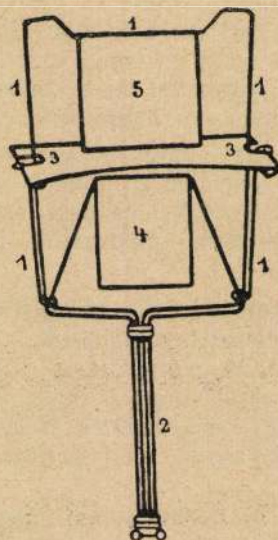
2. P. M. 40 éves katona; műtét 1915 október havában; megfigyelés 1916 április és július havában. A hosszabb beszéd fárasztja, mindamellett mesterségét folytatja.

3. Sz. Gy. 58 éves férfi; műtét 1915 augusztus havában; megfigyelés 1916 augusztus havában.

4. Sz. S. 51 éves férfi; műtét 1916 április havában; megfigyelés 1916 október havában.

Mind a négy egyén megfigyelése hónapokkal a műtét után történt, akkor, a midőn a betegség rég elmúlt, az egyén ismét egészséges s már hosszabb ideje gyakorolja magát abban, hogy teljesen megváltozott beszélőszervei segítségével igyekezzék magát környezetével megértetni. A műtét következtében a tüdő levegője nem jut el a szájba, a gégefő hiányzik, tehát zöngé sem képződhetik. A beszélőszervek három főrészből tehát csak egy maradt meg: a garat, száj- és orrüreg, s ennek kell az egész beszédműködést elvégeznie. Az egyén igyekszik úgy segíteni magán, a hogy tud, s a beszélőszervek megmaradt részének működése a változott viszonyokhoz alkalmazkodik. A hang létrehozásának elengedhetetlen feltételei: a levegő mozgásba hozása, hangképző rés vagy zár felállítása s a módosító részek működése. Ezeken az egyéneken mindez a működés

a száj- és orrüregben történik. Hang képzésére azt a levegőt használják fel, a mi a száj- és orrüregben van; ez szorul keresztül a felállított részen, s ez nyitja meg a szájüreg egyik vagy másik részén felállított zárt. A levegő pótlása az orr- és szájnyíláson keresztül történik, a hol azonnal betódul annyi levegő, a mennyi beszéd közben elhasznált. Ennek ellenőrzésére és pontosabb megfigyelésére szolgál a Rötzer-féle készülék (1. ábra).



1. ábra. A Rötzer-féle készülék.

Ez egy fogóval (2) ellátott drótkeret (1), közepén egy vízszintes celluloid-lemez van (3), felette és alatta egy-egy vászon-zászlócska (4, 5) lebeg szabadon. A készüléket úgy kell a száj elé illeszteni, hogy a celluloid-lemez elzárja egymástól a száj- és orrnyílást. A mint a levegő az egyik vagy a másik nyíláson ki- vagy beáramlik, ezt a zászlócska lebegése világosan megmutatja. Az illető egyéneken ezt a készüléket alkalmazva, azt tapasztaltam, hogy beszéd közben a levegő lökésenkint tódul ki a szájból; a kilengés annál nagyobb, tehát a levegő kilökése annál erősebb, minél közelebb van az illető hang képzése a szájnyíláshoz. Leg-erősebb a p, f ejtések, valamivel gyengébb, ha t, sz, s hangokat ejt, még gyengébb, de még mindig elég erős, ha k-t ejt. Az orrnyílás előtt a zászlócska csaknem mozdulatlan marad, csak ritkán vehető észre egy kis befelé lengés. Ez azt mutatja, hogy a felhasznált levegő mennyisége oly csekély, hogy pótlása erősebb légmozgás nélkül s részben a szájnyíláson keresztül történik.

Hogy az illető egyének beszédműködéséről világos képet nyerjek, megfigyeltem külön-külön az egyes hangok képzését, azután a hangok különböző kapcsolatait, végül az összefüggő beszédet.

Az egyes hangok képzésekor a következő megfigyeléseket tettem. A magánhangzókat egymagukban nem tudják ejteni. Ha azt kívánom, hogy egy bizonyos magánhangzót ejtsenek, a nyelvet és a szájüreget az illető magánhangzó képzésének megfelelő helyzetbe hozzák, de hang nem hallatszik, hiszen nincs zöngé, a mi a szájüreget hangzásra bírná. P. M. és Sz. Gy.-nél, ha erőlködik, s erősen löki ki a levegőt, susogó hangon mégis nagyon gyengén hallatszik az illető magánhangzó. A mássalhangzók közül legtisztábban hallhatók a zöngétlen explosivumok és spiránusok. A p, t, ty mindegyiknél világosan hallható s egymástól határozottan megkülönböztethető; a levegő erős lökással tódul ki a szájból. Könnyen és világosan ejtik a spiránusokat is: f, sz, s, s a német ich hang is világosan hallható, ezeket hosszabb ideig, egyfolytában is képezhetik. A német ach hang már nehezebben, kissé akadozva megy. A cs, cz hangok képzése jó és világos. Zöngés lágy mássalhangzókat nem tudnak ejteni, s ha azt kívánom, hogy mondják a b, d, gy, g vagy v, z, zs betűket, a megfelelő zöngétlen mássalhangzót ejtik ki. Az orrhangok (m, n, ny) nem hallhatók; a szájüreget a megfelelő

<sup>1</sup> A phonetikai irodalomban zöngének (Stimmton) nevezzük a hangszalagok rezgése által keletkezett zenei hangot.

<sup>2</sup> Hasonló esetet figyelt meg **Czermak** már 1859-ben: Über die Sprache bei luftdichter Verschlussung des Kehlkopfes. Wiener Sitzungsberichte 1859.) A kérdés irodalmát részletesen ismerteti **Gutzmann** (Sprachheilkunde, 524. s köv. l.). V. ö. még **Karl Nickel**: Wie erlernen Kehlkopflöse eine für Verkehr und Beruf ausreichende Sprache? (Die Stimme, B. VIII.)

# JOD-GLOMA

Dr. Wander

(Extr. malti sicc. cum. ferro jodato)

## diätetikus jodvas-készítmény.

Scrofulosis, lues, lymphosis gyógyításánál kitünően bevált.

Rp. Jod Gloma Dr. Wander  
lag. orig.

Ds. 3—4-szer naponta egy evőkanállal.

Egy evőkanálnyi Jod-Gloma (70 kaloria) felülmulja egy tojás tápértékét, hatószerül 0.12 gr. ferr. jodatumot tartalmaz.

### Külön tápszer használata felesleges.

A Dr. Wander részvénytársaság diätetikus gyógyszerei a következők:

Gloma Dr. Wander	aktiv diastase száraz malátakivonat.
Glycerophosphat Gloma Dr. Wander	aktiv diastase száraz malátakivonat. Ca. Fe. Magn. Na. glycerophosphat sókkal.
Guajacol Gloma Dr. Wander	aktiv diastase száraz malátakivonat guajacol carbonicummal.
Haemoglobin Gloma Dr. Wander	defebrinált sertésvérrel.
Kola Granulée Dr. Wander	"bevált hatásu magyar kola-kivonat.
Anacot formaldehyd-pastillák	belső használatra (1 pasztilla 0,01 gr. 40% formaldehydet, 0,005 acid. citric. és 0,001 gr. mentholt tartalmaz.)

Gyártja a

**Dr. WANDER Részv.-társ. gyógyszer- és tápszerkészítmények gyára, Budapest.**

**Gyártelep és irodák: X., Kereszturi-út 30-32. Telefon: József 24—03.**

# Orexin

Valódi stomachicum.

Bevált antemetikum.

Teljesen iztelen, étvágytalanságnál, a gyomor atoniájánál, hyperemesis gravidarum és chloroformaltatás utáni hányásnál biztosan hat.

Megakadályozza a felbőfögést és egyéb nehézségeket erős étkezések után. A gyermekgyakorlat részére melegen ajánlva.

Ered. csom: Orexintabl. à 0,25 gr. Nr. X; Orexin-csokoládétabl. à 0,25 gr. Nr. XX.

Kimerítő irodalmat küld: Kalle &amp; Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rhein.

## ARGOSAN

Colloid-ezüst steril ampullákban  
à 2 cm<sup>3</sup> 5 pro mille Ag-tartalommal

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

**nehéz (septikus) ízületi rheumánál.**

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

Próbák orvos uraknak díjmentesen.

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

Dr. 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 czikkek gyára

**BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.**

## Embarin

Energikusan ható

antisyphiliticum

intramuscularis és subcutan injectiók számára.

A kezelés kezdeténél azonnal a legtöbb syphilitikus jelenségek visszafejlődése tapasztalható. A befecskendéseket jól tűrik és fájdalmat alig okoznak.

6 ccm-t tartalmazó üvegek, dobozok 10 ampullával à 1,3 ccm.

## Collargol

nemcsak a legjobban bevált szer

általános fertőzéseknél, sepsis, pneumoniánál, acut ízületi csúznál, wolhyn. láznál stb.-nél,

hanem ingermentes, veszélytelen, fölötte hatásos

helyi antiseptikum

fertőzött sebek, daganatok, gonorrhoea, cystitis, pyelitis, endometritis, szem-, fül-, orr- és melléküregei fertőzésének kezelésénél.

Csövecskék 1 g. Collargollal.

Csövecskék 50 tablettával à 0,05 g.

## Tannismut

Kitünő symptomatikus hatás

bélhurutok esetén.

A Tannismut egyesíti magában a wismut- és tannin-hatását, az eledel számára a tolerantiát gyorsan helyreállítja, az alsó bélrészekre is hat és olcsón és könnyen szedhető.

10, 25, 50, 100 gr.-os dobozokban.

Csövecskék 20 jözü tablettával à 0,5 gr.

## Xeroform

Teljesen méregtelen sebhintőpor. Ingermentes, sterilizálható, kiszáritó, erős desodorans, gyorsan ható bőrtképző erővel. Különösen hatásos nedvező ekzemák, ulcus cruris és égési sebeknél.

Hintődobozok és hintőüvegek 5-5 gr.-al.

Bádogdobozok 25, 50, 100 gr.-al.

Heyden-féle acetyl-salicyl-t

csakis

## Acetylin

elnevezés alatt sziveskedjék rendelni.

Acetylin-tabletták vízben nagyon könnyen szétesnek, olcsók, kifogástalan minőségűek és hatásuk biztos.

Bádogdobozok 20 és 40, üvegcsövecskék 20 tablettával à 0,5 g.

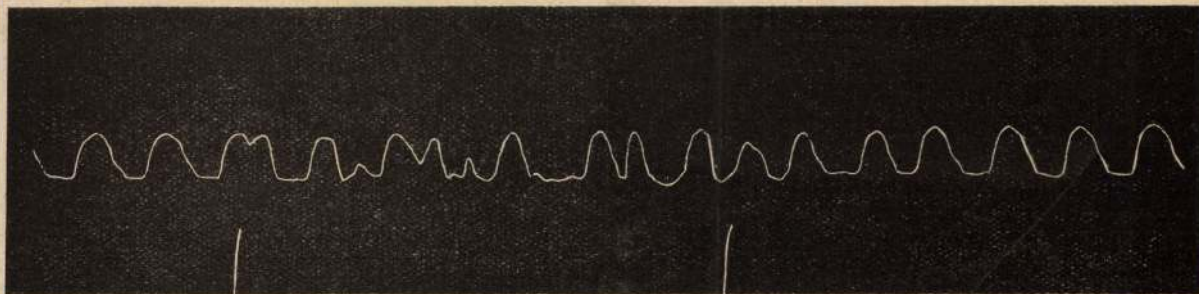
Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

helyen elzárják, de hang nem hallatszik; ha a zárt hirtelen megnyitják, p, t, ty hangzik. Nem tudják ejteni a h-t sem; P. M., ha nagyon erőlteti, susogó hangot tud létrehozni. Az l helyett zöngétlen bilaterális spirans hangzik; a nyelvet ugyanis beállítja az l hang képzésére, de zöngéje nincs, tehát a mögötte levő levegő szorul ki kétoldalt a nyelv mellett. Az r-t a nyelvnek több vagy kevesebb erős rezgésével ejtik, s mindegyiknél tisztán hallható.

Ezekből a megfigyelésekből tehát azt látjuk, hogy az illető egyének egész hangrendszerükből csakis a zöngétlen kemény mássalhangzókat s az l, r hangokat tudják ejteni, ez

resonator, a melyet bármely hang megszólaltathat. A normális beszédüeknél a zöngé szólaltatja meg a szájüreget, ezeken az egyéneken pedig vagy az elzárt szájüreg megnyitásával keletkező zörej (pa, te, ko stb.), vagy pedig a spirans hangok (fa, se, szi stb.) vagy a liquidák (la, re stb.) képzése közben keletkező surlódás okozta zörej. Ez a megfigyelés megerősíti a magánhangzókra vonatkozó azt a feltevést, hogy a szájüreg egyes részeinek (nyelv, ajak, állkapocs) helyzete és alakja döntő az egyes magánhangzók minőségére nézve, a zöngé csak hangossá és messzebbre hallhatóvá teszi a magánhangzót. A zöngét helyettesítheti bármilyen zörej, ez a

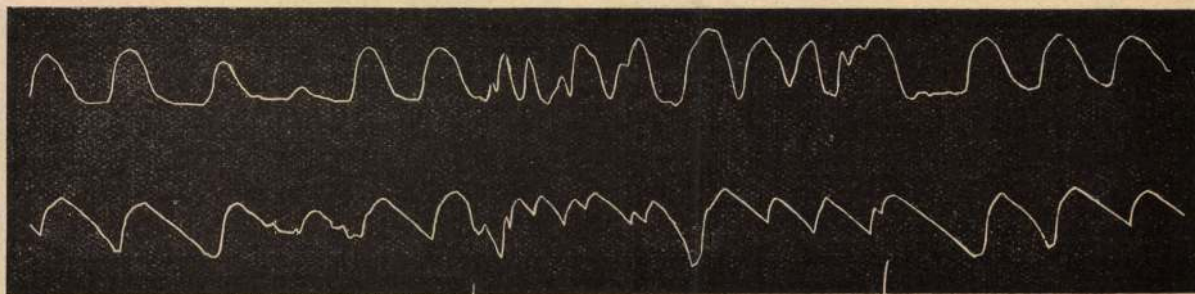


2. ábra.

pedig, azt kell hinnünk, semmikép sem elég arra, hogy értelmes beszéd jöjjön létre. Csak hogy az összefüggő beszédben ez a szegénység megváltozik. A szótagok ejtésére térve át, először az explosivumok összekapcsolását próbáltuk magánhangzókkal. Az ilyen szótagokat pa, pe, pi, po, pu vagy ta, te, ka, ke stb. könnyen ejtik ki s a magánhangzó tisztán és világosan hallható. Ugyanezt tapasztaljuk, ha spirans hanghoz vagy l, r-hez kapcsoljuk a magánhangzót (fa, fe, sza, sze, sa, se stb. la, le, ra, re stb.) Minél magasabb nyelvvállású a magánhangzó, annál erősebb dörzsolás hallatszik néha; pl. li majdnem lchi. A liquidák mellett már nem egyformán tiszta mindegyiküknél a kiejtés; Sz. Gy. leggyengébben ejti ezeket a kapcsolatokat. Az orrhangok mellett néma marad a magánhangzó; ma, me, na, ne stb. egyiknél sem hallható. Ha a kapcsolatot megfordítjuk s a magánhangzót követi a mássalhangzó (ap, ep stb., asz, esz stb.), a kezdő magánhangzó néma marad s csakis a mássalhangzó hallható.

magánhangzó minőségén nem változtat, csak a messzebbre hallhatóság, vagyis a hangzóság rovására van.

Ezután arra szólítottam fel őket, hogy ejtsék ugyanazeket a szótagokat zöngés (lágú) explosivákkal: ba, be stb., da, de stb., azután zöngés spiransokkal: va, ve, za, ze stb. A meglepő eredmény az volt, hogy mindegyikük igyekezett különbséget tenni a zöngétlen (kemény) és a zöngés (lágú) mássalhangzó között. Igazi zöngés mássalhangzó ejtéséről náluk szó sem lehet, hisz a zöngé teljesen hiányzik s ezeket a mássalhangzókat is csakis a szájüreg levegőjének felhasználásával képezik. Azonban az első három egyéneken azt tapasztaltam, hogy ha lágú explosívát (b, d, gy, g) akarnak ejteni, a zárlat gyengébb, a megnyitás könnyebb. A b-nél ez látható is. A p ejtésékor az ajkakat erősen összeszorítják s hirtelen megnyitják, a levegő erős lökessel tódul ki, ellenben ha b-t akarnak ejteni, az ajkakat gyengén helyezik egymásra, a megnyitás könnyebben történik s a kipattanó levegő kevesebb. Ugyanígy ejtik a d, gy, g-t is, s az acustikai



3. ábra.

Az a körülmény, hogy a magában állva néma magánhangzó hallhatóvá lesz a mássalhangzó mellett, igen érdekesen világítja meg a magánhangzók igazi természetét. Figyelembe kell vennünk, hogy a megfigyelt egyének mindegyike javakorában levő férfiu, a kinek beszéde, a míg a gégefőt el nem távolították, normalis volt, tehát a beszédet létrehozó ideg- és izomműködések szabályszerűen folytak le náluk. Ha valamely magánhangzót akarnak ejteni, a szájüreg felveszi az illető magánhangzó képzéséhez szükséges alakot, csak a zöngé hiánya miatt nem hallható a magánhangzó. De ha egy mássalhangzót ejtenek s e közben a nyelvvállás és a szájüreg alakja megfelel valamely magánhangzó képzésének, a magánhangzó is hallhatóvá lesz. Tehát a magánhangzók ejtésékor a szájüreg tulajdonképpen nem más, mint

hatás nagyjában megfelel a mi zöngés mássalhangzóinknak. Csak a k és g között hallható legkevésbé a különbség, mert a zár felállítása és megnyitása a szájüreg hátsó részében történik s a két működés közti finomság részben elvész, mire a levegő kijut a szájüregből. Azok a mássalhangzók, a melyeket ezek az egyének a b, d, gy, g helyett kénytelenek ejteni, úgynevezett zöngétlen mediák, s azt látjuk, hogy ezeknek acustikai hatása nagyon jól megfelel a zöngés explosiváknak. Sz. S. még alig tud különbséget tenni p—b, t—d stb. között; a kellő útbaigazítás nála is megkönnyíti ezt az igyekezetet. Ugyanily módon próbálják ejteni a zöngés spiransokat is: v, z, zs. Ekkor is kissé gyengébb izomműködéssel állítják be a rést s kisebb erővel hajtják keresztül a levegőt. Az eredmény az, hogy ha nem is ejtenek zöngés spiranst, tud-

nak valami különbséget tenni a kétféle mássalhangzó között, Ez a különbség körülbelül olyan, mintha susogó hangon ejtjük egymásután ezeket: fa-va, sze-ze, zsó-só.

A szótagok képzésének ez a részletes vizsgálata magyarázza meg, hogy az egyes hangok tökéletlen és hiányos képzése mellett az illető egyének beszéde mégis eléggé érthető. Beszédük nem hangos, de közvetlen környezetükkel jól érintkezhetnek. Legtöbb nehézséget az okoz, hogy a szó elején a magánhangzó, h és m, n, ny nem hangzik s az ilyen szókezdet zavarja a megértést. Azt a tanácsot adtam tehát nekik, hogy igyekezzenek mondataikat úgy szerkeszteni, hogy ilyen kezdetű szók ne jussanak a mondat elejére; a mondat belsőjében már nem okoz ez nehézséget, mert a magyar kiejtésben a szótagvégző mássalhangzó mindig a következő szótaghoz csatlakozik, tehát már világosabbá teszi a kiejtést. Egy kis figyelemmel és gyakorlattal meg lehet szokni a beszédnek ilyen alakítását. Másik tanácsom az volt, hogy lassú, szótagolt beszédhez szokjanak, ily módon az, a kivel beszélnek, könnyebben kiegészíti az ő beszédjükből kieső egyes hangokat (magánhangzók, orrhangok, h), *Gutzmann* (Sprachheilkunde) behatóan tárgyalja a módszeres eljárást és azokat a gyakorlatokat, a melyek segítségével az ilyen betegek beszédképességét sikeresen lehet fejleszteni.

A változó körülményekhez alkalmazkodó beszédműködés megfigyelése után az is érdekelt, hogy a tüdő hogyan működik náluk beszélés közben. Minthogy a lélekzés nem a szájüregben át történik s hangképzésre nem a tüdő levegőjét használják, azt kell várnunk, hogy a tüdő működése beszélés közben változatlan marad, vagyis épp úgy működhetik, mint ha az egyén nem beszél. Azonban *N. J.* és *Sz. Gy.* már az első vizsgálat alkalmával úgy nyilatkoztak, hogy a hosszabb összefüggő beszéd fárasztja őket. Egy-egy kérdésre adott felelet semmi nehézséget sem okoz, azonban folyékony beszéd vagy olvasás fárasztja a tüdőt, fáradságot, kimerültséget éreznek a mellkasban, *N. J.* ilyenkor köhögés-ingert is érez a légcsőben. *Sz. Gy.* és *Sz. S.* efféle kellemetlenségekről nem panaszkodik. Megvizsgáltam tehát a tüdő működését mindegyikükön a *Gutzmann*-féle pneumograph segítségével.\* Ez a készülék egy egyszerű hosszúkás gummitömlő, mely egy a test köré csatlakozó hevederhez van erősítve. A tömlőn gummicső van, melyet össze lehet kötni a *Marey*-féle írókészülékkel, s ez az írókészülék a toll kilengéseit a forgó kymographionra feszített kormozott papírlapra rajzolja. Belélekezéskor a tömlőből kiszorul a levegő és felemeli az író tollat, kilélekezéskor pedig a tömlő megtelik levegővel és a toll leereszkedik. Tehát a keletkezett hullámvonal minden hullámhegye a belélekezést, hullámvölgye a kilélekezést mutatja. E készülék segítségével mindegyik egyénen több kísérletet végeztem. S e kísérletek azt mutatják, hogy mihelyt beszélni kezdenek, a tüdő erősen dolgozik, szabálytalan erőltetett munkát végez, a mi természetesen fárasztja a tüdőt és a mellkas izmait. E felvételek közül kettőt itt bemutatok. Mindkét felvétel *P. M.*-en végzett kísérlet eredménye.

Az első felvétel (2. ábra) történt április 26.-án, tehát hat hónappal a műtét után. A felvétel két pneumograph segítségével történt; a felső vonal mutatja a mellkasi lélekzést, az alsó a has-lélekzést. A felvétel három részre oszlik, ezeket alul függőleges fehér vonalka választja el egymástól. Kezdetben nyugodtan vett lélekzést; az első függőleges vonalka jelöli, hogy mikor kezdett beszélni. A lélekzetvétel alakja teljesen megváltozik; rövid, szaggatott, szabálytalan és kilélekezést mutatnak a vonalak, sőt a mellkasi és a has-lélekzés sem vág egészen egybe. A második függőleges vonalka jelzi a beszéd végét; ezután még három nyugodt lélekzetvétel történt. Ugyanilyen erőltetett, szaggatott lélekzést mutatnak a többi egyénen végzett kísérletek is. A második itt közölt felvétel (3. ábra) 1916. július 16.-án, tehát csaknem három hónappal az előbbi után készült s csak a mellkasi lélekzést mutatja. Ezen is a két függőleges vonal közé eső rész mutatja a tüdő működését beszélés közben, előtte és utána

nyugodt lélekzetvétel. Ezen a rajzon is világosan látható, hogy a tüdő működése beszéd közben más, mint nyugodt lélekzetvételkor, de már nem olyan szaggatott és szabálytalan, mint három hónappal azelőtt.

Azt látjuk tehát, hogy a beszéd mechanizmusának szervezetünkkel összefüggő folyamata nem tud egyszerre megváltozni. Beszédünk a tüdő és a többi hangképző szerv együttes működésének eredménye s ha beszélni akarunk, a központi idegrendszer megfelelő centrumai egyszerre hozzák mozgásba és szabályszerű együttműködésben tartják a tüdőt és a többi hangképző szervet. Ha némely egyénen a gégefő eltávolítása feleslegessé tette a beszélésre nézve a tüdő működését, a központi szervek azontúl is a megszokott módon működnek s ha az illető egyén beszélni akar, az arcz és a nyelv izmaival együtt a tüdőt mozgató izmok is működésbe jönnek, tehát a tüdő is dolgozni kezd. De mivel nincs meg az a szabályos összefüggés és együttműködés a beszélés és a lélekzés között, mint normalis egyéneken, a tüdő működése szabálytalan és rendetlen, hogy úgy mondjam kapkodóvá válik s ez fárasztja a beszélőt. Az itt közölt két felvétel összehasonlításából is látjuk, hogy a tüdő működése lassankint javul, szabályosabb lesz s valószínű, hogy az illetők idővel mindjobban leszoknak a tüdő felesleges fárasztásáról.

E most ismertetett esetek további ellenőrzése fogja majd megmutatni, hogy mily mértékben fogják a gégefő nélkül beszélő egyének a tüdőnek rájuk nézve felesleges működését a beszédműködésből kikapcsolhatni.

## Anaphylaxia és IK.

Irta: *Somogyi István* dr.

A *Spengler*-féle IK-val, rövid pontokban foglalva össze észleleteimet, a következő hatásokat figyeltem meg:

1. Egyes esetekben az injectiót követő napon a hőmérséklet csökken, majd a 2.—3. napon ismét emelkedik. A hőcsökkenéssel karöltve az intoxicatiós tünetek enyhülnek.
2. Más esetekben, legtöbbször az előbbieket továbbkezelésének folyamán, az injectiót 20 órán belül hőemelkedés és intoxicatiós tünetek, vagy a már meglévő fokozódása kísérik.
3. A kezelés kapcsán legtöbbször javulást, sőt gyógyulást észlelünk.
4. Egyes esetekben előzetes kétségtelen javulás után az állapot ismét rosszabbodik.
5. Ha az előbb említett esetek kezelését idejében abba hagyjuk, az állapot spontán megjavul.
6. Az IK egyes esetekben hatástalan.

Látszólag tehát egymással ellenkező hatások észlelhetők. Az immunitástan eredményeinek felhasználásával azonban sikerült a fenti ellentéteket egymással szerves összefüggésbe hoznom.

A specifikus kezelés legfontosabb tünete a reactio. Ha tehát az IK hatástanához közelebb akarunk jutni, tisztában kell lennünk a reactio keletkezésének módjával. A legelfogadottabb álláspont *Friedberger*-é. *Friedberger* szerint az anaphylaxiás tüneteket, a reactiót, a toxin és antitoxin okozza, miután ezek egyesültek és complementumot kötöttek. Ezen complexumban ugyanis az antitoxin és complementum együttes hatása alatt fermentative elbomlik a toxin s az eközben szabaddá váló intermediaer bomlástermékek mérgezik a szervezetet. Ezeket az intermediaer bomlástermékeket nevezte el *Friedberger* anaphylatoxinoknak.

Ezen elmélet igen megkapó magyarázatát adja a reactiónak, de ellene szól az antitoxikus kezeléssel szerzett tapasztalat. Például diphtheria-serum injectiója után gyógyulás esetén a hőmérséklet leszáll a normalisra és a betegen euphoria áll elő. Lépfene-serum alkalmazásakor is a gyógyulást két tünet vezeti be: a hőmérséklet leesése s az étvágy és közérzet javulása, rendszeren 10—12 óra alatt.

Hasonlót tapasztaltunk IK alkalmazásakor is: *mindazon esetekben, hol hőemelkedések és intoxicatiós tünetek vannak,*

\* Részletes leírását *I. Gutzmann: Sprachheilkunde, 7. I.*

# Gelodurat

Acid. acetylosalycilic. 0·5

Ferrum carbonic. Blandii

Ferrum arsenicos. Blandii

Creosotal 0·5

Diuretin 0·5

Diuretin 0·25

**Gelocal 0·5** (Kal. jodat. 0·5+Hydrarg. bijodat 0·005)

**Gelocal 0·2** (Kal. jodat. 0·2+Hydrarg. bijodat. 0·002)

Kalium jodatum 0·2

Kalium jodatum 0·3

Kalium jodatum 0·5

Natrium jodatum 0·25

Natrium jodatum 0·5

**Oleum santali 0·3**

**Oleum santali 0·5**

eredeti gyári töltésekben ismételten kaphatók:  
a magyarországi főraktárban és  
minden gyógyszerertárban.

**Balla Sándor és Társa** gyógyszerészeti labororium **Budapest**  
VII., Wesselényi-utca 69.

„Pohl“

# TUBERKULIN

## „ROSENBAACH“

Kipróbálva és bevált  
a tuberkulosis  
összes alakjainál.

Eredeti csomagolások  
à 1, 2, 5 és 10 ccm.

### Neuronal

Bromtartalmú **hypnotikum.**  
Bevált **sedativum.**

### Acetiform „Kalle“

a hivatalos Liquor aluminii  
acetici szilárdalakú pótléka,  
poralakban, tabletták à 1 g  
5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os boluspuder, 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os kenőcs.

# PELLIDOL

Gyors bőrképző hatással, granuláló sebfelületekre.

Különösen bevált a hadi sebészetben.

Alkalmazás 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os kenőcsök, zinkpasta és 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os puder alakjában.

Kimerítő irodalmat küld:

**KALLE & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.**

Abteilung für pharmazeutische Produkte.

a kezelés első szakában az intoxicatiós tünetek javulását s a hőemelkedések csökkenését észleljük, tehát éppen az ellenkezőjét annak, a mit *Friedberger* felfogása szerint, az anaphylatoxinok nagyobb fokú képződése folytán, várhatnánk.

### I. Az anaphylatoxinok támadópontja.

*Galambos Arnold* a berlini gyógyszerintézetben végzett állatkísérleteiben arra az eredményre jutott, hogy az anaphylaxiás reactio megakadályozható:

1. atropinnal, mely a vagus végkészülékeire fejt ki bénító hatást;
2. adrenalinnal, mely a vagus antagonistájára, a sympathicusra fejt ki izgató hatást;
3. vagusátmetéssel.

*Galambos* ezen adatokból s *Friedberger* és *Gröbler* szóbeli közléseiből arra a következtetésre jutott, hogy az anaphylaxiás reactiót az anaphylatoxinoknak a centralis idegrendszerre gyakorolt hatása okozza; de az antitoxikus szerekek észlelt előbb felsorolt tapasztalatok ellene szólnak ennek a feltevésnek. Ebből azt kell következtetnünk, hogy ha az anaphylaxiás reactio keletkezése összefüggésben áll is a centralis idegrendszerrel, az anaphylatoxinok támadópontja mégsem lehet a centrumban.

*Römer* és *Joseph* állatkísérletei megmutatták, hogy az immunitas az allergiával függ össze, az allergiából folyó tünetenyeket pedig csakis ott észlelhetjük, a hol gümös gócz már kifejlődött, a miből önként következik, hogy az általános reactio előidézésében fontos szerepe van a gümös gócznak, vagyis itt kell keresni az anaphylatoxinok támadópontját.

Mindezek alapján az a gondolat érlelődött meg bennem, hogy az általános reactio tüneteit egy reflexív működése hozza létre, melynek centripetalis ága a góczból a centrumba vezet, centrifugális ágát pedig a vagus alkotja.

### II. Az anaphylaxiás reactio keletkezése gümőkórban.

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

A helyzet azonban nem így áll, a mennyiben *Bergeron* a tuberculosus betegek vérében az esetek 95%-ában complementum-kötéssel antigeneket mutatott ki, vagyis a gümőkóros betegek legtöbbje *toxaemiás* állapotban van.

Míg az intratubercularis toxinok meglehetősen állandósággal bíró intensitásuknál fogva reflexhatásokat nem idéznek elő, addig a tuberculumokból a nedvrendszerbe jutó immár extratubercularis toxin a toxaemiás állapot következtében (a vérben nincs antitoxin, mely útközben lekösse) eljut más góczokhoz; a góczok magukhoz vonják a toxinokat, a melyek a góczok peripheriáján képződő antitestekkel egyesülve, complementumkötés után peritubercularisan fokozzák a lobos folyamatot. A lobos folyamatnak az extratubercularis toxinok hatására bekövetkező ezen fokozódása már ingerként hat és általános tünetek képében kifejezésre jutó reflexhatásokat idéz elő. Eszerint tehát:

Az anaphylaxiás reactio reflexes következménye azon góczreactióknak, melyeket a góczok peripheriáján az extratubercularis toxinok hatására fokozódó lobos folyamatok idéznek elő.

### III. Az IK hatástana.

Az anaphylaxia góczreflexes elméletének felhasználásával szépen összhangzatba hozhatók egymással az IK-kezelésnél észlelhető ellentétes hatások.

Az első pontban említett hőmérsékletet csökkentő és subjectiv panaszokat megszüntető hatás a toxinkötés következménye. A bevitt antitoxinokkal csökkentjük a toxaemiát s ennek következtében enyhülni kell az extratubercularis toxinhatásoknak.

A reactiókat megmagyarázzák részben az IK-ban foglalt lysinek, melyek typosos góczreactiókat idézhetnek elő. Másrészt pedig a toxaemia csökkenése után az antitoxinok végül bejuthatnak a góczokba, ott toxinkötés és ezáltal góczreactiót kiváltó lobfokozó hatás jön létre. Ha a góczreactio a gócz reflextolerantiájának határán alul marad, akkor csak góczreactio keletkezik, ellenkező esetben működésbe lép a reflexív is s általános reactio is beáll.

A kezelés folyamán mind kifejezettebbé válik a szervezet autoimmunisatiója, a melynek előhaladásával végül a nedvrendszer el van árasztva a szervezetben termelt antitestekkel. Ekkor a beteg *antitoxaemiás* állapotban van, melyben — legalább az IK-t illetőleg — feladatunk be is fejeződött.

Az antitoxaemia teljes kifejlődésével ugyanis a szervezet összes góczai fokozatosan bevonattak az *intensiv* specifikus küzdelembe. Míg eddig a klinikai tünetekben is megnyilvánuló hatások attól függöttek, hogy mikor érjük el a gócz reflexingerlékenységének határát: addig most, mikor az antitestek túlsúlyba jutottak, a lytikus folyamatok az összes góczokban a maguk teljes intenzitásukban folynak le, a mi mindaddig, a míg az antitoxaemia tart, a csírák fokozatos pusztulása következtében fokozatosan csökken és így *acut intensitasváltozások nem jöhetnek létre*. Ennek következtében nem állhatnak be reflexhatásra általános tünetek, vagyis a *stadium antitoxicumban a szervezet tuberculosis-ellenes küzdelme teljesen a góczokra lokalizálódik*.

Ha tovább folytatjuk a kezelést, a beteg állapota ismét romlani fog. Ezt annak tulajdonítom, hogy a kifejlődött antitoxaemia folytán már nincs toxin, mely az IK hatóanyagait lekösse, ezek szabadon keringenek s mint fajidegen anyagok, *antigenhatásukat* érvényesítik s *anti-IK-teszt* képződésére vezetnek, a melyek esetleg nemcsak az IK hatóanyagával, hanem a szervezet által termelt antitestekkel is kötést adhatnak.

Az IK méregtelenítő és immunizáló hatásából önként folyik, hogy az IK hatása legkifejezettebben az intoxicatiós tünetek megszüntetésében nyilvánul meg. A gümös eredetű rheumatismus, dysmenorrhoea, hyperchlorhydria, fejfájás, szivdobogás, étvágytalanság, obstipatio, diarrhoea stb. nagyon szépen befolyásolható s a mennyiben a beteg meg tud maradni a *stadium antitoxicumban*, véglegesen meggyógyítható. Immár 2—3 éves eseteim vannak s ezek legtöbbje még mindig a teljes gyógyulás képét mutatja. Súlyosabb eseteket nehezebb befolyásolni, sőt volt néhány esetem, melyet IK-val kedvezően befolyásolni már nem tudtam, de a méregtelenítéssel a panaszokat enyhíteni itt is módomban állott.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen.** Herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe. Leipzig, G. Thieme, 1917.

*Schwalbe* a német orvosi irodalomban szinte fogalom; a mi nevéhez mint író vagy kiadó fűződik, kivétel nélkül minden kritikán felül áll. A megbeszélés tárgyát tevő munka a gyakorlóorvos részére az okvetlen tudnivalók gazdag tárháza; minden történeti bevezetés, minden irodalmi jegyzék nélkül, minden sallangtól menten adják a kiváló munkatársak a gyakorlatból merítettéket a praxisban munkálkodók részére. Oly munkát ajánlhatunk ez esetben kartársainknak, mely alkalmas arra, hogy nehéz munkájukat tetemesen megkönnyítse.

## Lapszemle.

### Sebészet.

**A székrekedés jelentőségéről különböző háborús betegségekben** ír *Hochenegg* tanár. A székrekedés a fron-ton szolgálatot teljesítők között különböző okokból nagyon gyakori; ilyen ok a táplálkozás módja, a rendes székelés-nek sokszor el nem végezhető, fokozott transpiratio csökkent vízfelvétel mellett stb. Ez a székrekedés különböző bajokban jelentős szerepet játszhatik. Gyakori tapasztalat az, hogy se-besültet magas lázzal hoznak, noha a seb viszonyai nem fejtik meg a lázat és a zavart általános állapotot; alapos székkürülés után a láz megszűnik s az általános állapot tete-mesen javul. Különböző fertőző betegségekre hajlamosító tényező gyanánt is szerepelhet a székrekedés. Az appendicitis neve alatt szereplő nem egy kórforma is székrekedésre vezethető vissza; ilyen a bélsárpangás okozta typhlitis; ilyen a rend-ellenes helyzetben rögzített féregnyujtványra gyakorolt vongáló hatása a bélsár:al túltöltött vakbélnek; ilyenek azok az appendi-cularis fájdalmak, a melyek a féregnyujtványban a székreke-dés következtében besűrűsödött bélsárral megtelődése folytán állanak be. Két esetben székrekedés okozta bélelzáródást ész-lelt a szerző; az egyikben megalocolon, a másikban előző bélcontusio okozta stenosis segítette elő az elzáródás kifej-lődését. Végül utal a szerző a végbélnek gyakori megbetege-désére a székrekedés folyamányaképpen; nagyon gyakoriak a haemorrhoidok, a fissurák, a periproctalis tályogok, stb. (Különnyomat, Wien, M. Perles.)

### Venereás betegségek.

**A kenőkúra értékéről** ír *L. Merk* tanár (Innsbruck). Azon kezd, hogy a háború alatt többszörösen tapasztalja, hogy a kenőkúrát az egyes katonai gyógyintézetekben erősen kezdik elhanyagolni. Széltében csakis az injectiókat alkalmazzák. Kérdés, megérdemli-e a kenőkúra az elha-nyagolást s miben áll a gyógyító értéke? A kenőkúra már kicsiny adagokban (napi 2 gr.) is tagadhatatlan hatással van a syphilisre. Tünetek gyógyulnak tőle s ez mindenestre az első és legfontosabb bizonyíték, hogy van hatása. A kéneső a bőrre kenve és bedörzsölve mindenkor kétféle módon jut a szervezetbe: belégzés és a bőrön való felszívódás útján. A felszívódás kétségtelenül csakis a kénesőgőzöknek osmosisával történik. Klinikai kísérletek bizonyítják, hogy a kénesőnek (például injectio útján) napi 5 milligr. mennyiség-ben a szervezetbe jutása már elegendő arra, hogy a syphilises tünetek visszafejldjenek. Ha csak 2 gr.-nyi a kenőkúra alkalmával felkent kéneső-kenőcsnek a napi mennyisége, a szervezetbe jutott kéneső jóval nagyobb mennyiségű, mint 0.005 gr. Általában aránytalanul több kénesőt szoktunk kúránkkal a testbe vinni, mint a mennyi a syphilis gyógyu-lásának megindításához szükséges. A szerző a kenőkúra elbírálásakor nem tekinti egyedül a rákent vagy bedörzsölt kénesőt, hanem magát a dörzsölés tényezőjét is. Az egyen-letes dörzsölési művelet a bőrt enyhén izgatja s annak sajátos működését fokozza, élénkíti. A bőrműködés fokozása úgy hathat, mint például a *leysin*-i meztelen kúra (idősült izületi gümösödés eseteiben), vagy a legkülönbözőbb vízkúrák. Az is lehetséges, hogy a bőr egyik funkciója védőanyagok ter-melésében áll. Lehetséges, hogy a védőanyagoknak legalább egy része oly fertőző bajok eseteiben termelődik a bőrben, a melyekben az általános infectio nagyrészt a bőrön nyilvánul. Feltűnő, hogy azok a fertőző bajok védik a szervezetet leginkább hasonló megisméltető bajtól, melyekben a bőr különösen kiveszi a részét (első sorban a variola). Az is feltűnő, hogy a bőrben székelő tuberculosis mennyivel gyen-gébben támadja meg a szervezetet akkor, a mikor a gümö-södés kevésbé védett szerveken helyezkedik el először. Régen ismert tapasztalat, hogy a tabes- és paralysis-esetek jó részében az előző syphilises infectio bőrtüneteket sohasem hozott létre. A bőr tehát esetleg védőanyagok termelésétől el

volt zárva. A szerző igen valószínűnek tartja, hogy a kenőkúra támogatja a bőrt abban a működésében, hogy védőanyagokat termeljen. (Medizinische Klinik, 1917, 41. szám.)

*Guszman.*

### Szülészeti és nőorvostan.

**A gyermekági emlőgyulladás megelőzéséről, mint az anya- és csecsemő-védelem egyik legfonto-sabb feladatáról** értekezik *Keller*. A csecsbimbó igen vékony hámmal borított, könnyen sérthető. A terhesség folyamán ürülő váladék többnyire ott szárad, bomlik és izgatja a vékony hámot, majd elpusztítva azt, apró kimaródások keletkeznek. A szopás megkezdésével a csecsemő a képződő pörköket lerántja, a kimaródások megnagyobbodnak. Egy-részt az ott lévő, másrészt a ruházattal és a gyermekági folyástól többnyire fertőzött kezekkel odavitt csirák már most a megtelepedésükre igen alkalmas kimaródásokba jutnak és innen a nyirokáramlás útján a mirigyállományba. A csecsemő szája csirátlan, később is csak az anya csiráit szokta tar-talmazni, kivéve ha a száját egész indokolatlanul mossák és ezzel idegen csirákat juttatnak belé. Az emlőgyulladás meg-előzésére szükséges teendőket a szerző három pontban fog-lalja össze: 1. Részesítsük az emlőkét kellő ápolásban már a terhesség alatt. 2. Akadályozzuk meg a váladék beszára-dását, pörkök, hámfosztott helyek képződését. 3. Távolítsuk el a bimbó és az udvar felületéről a genyesztő csirákat és óvjuk meg azokat újabb fertőzéstől. Már a terhesség alatt a váladék jelentkezésétől fogva utasítsuk az anyát szorgalmas langyos szappanos mosogatásra és a bimbónak lehetőleg steril gaze-zal fedésére. Az esetlegesen meglévő pörkök olajos borítással és szappanos lemosással távolítandók el, utána a kimaródások gyógyítására közömbös kenőcsöket használtsunk. Fertőtlenítő szereknek hozzákeverése a kenőcsökhöz tapasztalás szerint nincs előnyös hatással. A bimbóknak úgynevezett edzésétől alkoholos oldatokkal semmi különös eredményt nem látott: éppúgy sérülnek, miut a nem kezelték. A fejletlen bimbók elhúzását kézzel a már említett okokból vagy akár sterilizett szívókészülékkel is, különösen a terhes-ség utolsó hónapjaiban, egyrészt a bizonytalan eredmény miatt, másrészt a szülőfájdalmak előidézésének veszélye miatt is czélszerűtlennek tartja. Csökevényes bimbókat *Walcher* altatásban erőszakosan nyújt; szükség esetén ez megpróbálható. A bimbósérülések szoptatás közben igen gyakoriak, ennek meggátlására egyedül a gummiból készült bimbó-toldalékok használatát ajánlja, mert ezek kevésbé akadályozzák a ter-mészetes szopás módját, a légritkításon kívül az állkapcsok-nak a tejudvarokra gyakorolt nyomását. A tejelválasztás meg-indulását szorgalmazhatjuk korai kifejéssel. A kiürült emlők annál gyorsabban telődnek ismét, a tej csakhamar elveszti kora-tej jellegét és megindul. Az először szülők sokszor igen feszes emlőt tanácsos eleinte gyöngéd, a bimbó felé irányuló simogatással ürülésre bírni s csak ha már csökkent a fáj-dalmasság, szabad erősebben nyomni őket. A meglévő és szopás közben okozott sérülések gyógyítására elítél minden edző (pokolköves) és fertőtlenítő szert. Legczélszerűbb a szopást 1—2 napra beszüntetni, s a mellett akár kifejéssel, akár szívókészülékkel rendszeresen kiürítve 3 órai időközök-ben a sérült bimbót, egyszer 70%-os alkoholos kötésben, azután közömbös kenőcsös, az emlőket is alátámasztó kötés-ben tartani. A tejelválasztás illetéknépp nem csökken, vagy ha eleinte csökken is, a szoptatásnak újból megkezdésével csakhamar visszanyeri előbbi bőséget. A szoptatást csak akkor kezdjük meg újból, ha a bimbó felülete már ismét egyen-letes és fénylő.

A charlottenburgi szülészeti intézetben a felvételkor a bimbót langyos szappanos mosással, olajos kötéssel a piszoktól és a rajta beszáradt pörköktől megtisztították és az 1906-tól 1910-ig terjedő időben fertőtlenítő oldattal, leginkább 70%-os alkohollal megtisztítva, steril kötésbe tették a szo-pások közti időkben. Az eredmény 3.5% emlőgyulladás volt. Az 1910-től 1912-ig terjedő időben csak szappanos langyos

mosást használtak és steril fedést, szükség esetén eleinte 10%-os bőr-glycerines, később csak vaselines gaze-zal fedést; a kenőcsöt a szoptatás előtt mosással vagy letörléssel eltávolították. Az eredmény most csak 0.5% emlőgyulladás volt. Mindkét módszer mellett az emlőket felkötötték. 1906-tól 1910-ig az emlőgyulladás- eset 1.7%-ában állott be genyedés, míg 1910-től 1916-ig csak 0.10%-ban; ez utóbbi esetekben a lefolyás is sokkal enyhébb és gyorsabb volt. (Therapeutische Monatshefte, 1917, 10. füzet.)

### Gyermekorvostan.

**A csecsemőknek a háború alatt táplálásáról** értekeznek *J. Ritter*. Németországban a háború alatt minden 1 éven aluli csecsemő naponta  $\frac{3}{4}$ —1 liter tejet, valamint havonta  $\frac{3}{4}$  kgr. cukrot és  $\frac{1}{2}$  kgr. zablisztet kaphat. A mennyiség elég is lenne, de a minősége a tejnek nem megfelelő. Még rosszabb azoknak a csecsemőknek a helyzete, a kik főzelék-félékre, pépekre vannak szorulva. Nem is szólva arról, hogy a gyógyszerárakból alig, vagy csak nagynehezen lehet fehérje-tejet, ramogent stb. tejjegy ellenében beszerezni. A friss főzelék, a dara, a maláta-kivonat és más hasonló szükséges tápszerek vagy egyáltalában nem, vagy csak nagy nehézséggel szerezhetők be. Ezért a szerző első sorban is azt ajánlja, hogy az állam minden erejével hasson oda, hogy a szoptató nőket anyagilag oly mértékben támogassa, hogy a szoptatástól ne vonassanak el a lőszer-gyárak és más most kínálkozó munkaalkalmak által. Ha az állam a szoptató nőt olyan viszonyok közé helyezi, hogy munka vállalása nélkül épp oly jól tud megélni, mintha dolgozna, akkor egyrészt saját gyermekét szoptatván, annak táplálkozása biztosítva lenne, másrészt azonban tejfeleslegéből idegen gyermekeket is elláthatna női tejjel. Ezenkívül a nagy városok környékén termelt tejet tisztán a csecsemők számára kellene lefoglalni és csak miután ezek jogos igénye ki lett elégítve, szabadjon a tejet más célokra is felhasználni, forgalomba hozni. Gondoskodni kell, hogy friss főzelékeműek elegendő mennyiségben kisebb gyermekek számára mindig kaphatók legyenek. Csak ezekkel az intézkedésekkel lehetne elérni azt, hogy az állam legifjabb polgárai a háború miatt ne károsodjanak túlnagy mértékben. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1917, 44. szám.) *Bókay Zoltán dr.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Puerperalis sepsis** súlyos eseteiben *Wederhake* megkísérlendőnek tartja a következő eljárást: 0.3 gramm oleum terebinthinae 1.5 gramm oleum olivarumban befecskendezendő a glutaeusokba; ezután 3-óránként 5 cm<sup>3</sup> ol. camphor. forte fecskendezendő a bőr alá. A terpentinfecskendezés 5 naponként megismétlendő. 3-nál több befecskendezésre nem volt szükség. A befecskendezés folytán nem fejlődött tályog, csak duzzadás, a mely aluminium aceticumos borogatásokra néhány nap alatt visszafejlődött. (Zentralblatt für Gynaekologie, 1917, 34. szám.)

**Idősült középfülgenyedés** ellen *Tripold* nagyon ajánlja a 10%-os formalin-oldatot rákövetkező argéntum-bolus-befúvással. A külső hallójáratnak száraz steril tufferekkel megtisztogatása után formalin-oldat néhány cseppjével átítított tampont vezet a hallójáratba és 1 perc múlva eltávolítja. Most száraz tufferral eltávolítva az esetleg visszamaradt formalint,  $\frac{1}{2}$ %-os argéntum-bolus port fúj be. Az eljárás naponként végzendő. (Medizinische Klinik, 1917, 45. szám.)

**A stomatitis** megelőzésére kéneső-kúrák alkalmával *Zumbusch* tanár klinikáján jó eredménnyel használják a *rhodalcid* nevű rhodan-készítményt (a nyál rhodantartalma ugyanis a kéneső-kúra alatt rohamosan fogy). A nevezett szer tabletta-alakban kerül forgalomba; az 1. héten naponként 1, a 2. héten 2, a 3. héten 3 tabletta fogyasztandó el, mindig az étkezések után. (*H. Freyvogel*, Inaug. Diss. München, 1917.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1917, 48. szám. *Johan Béla*: Anaërob streptococcus által okozott sebfertőzésekről. *Horváth Ferencz*: A fül harcztéri megbetegedései és sérülései.

**Budapesti orvosi ujság**, 1917, 49. szám. *Reuter Camillo*: Adat a dementia praecox klinikai és histologiai képéhez.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Székely Béla* dr.-t a beregmezei közkórházhoz osztályorvossá, *Longauer Adolf* dr.-t apatini, *Weisz Gyula* dr.-t magyar-óvári járásorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Szelezsán János* dr.-t nagysomkúti körorvossá, *Birkenheuer Mihály* dr.-t Újradon községi orvossá választották.

**Személyi hírek külföldről.** *L. Jacob* (belorvostan), *W. Lobenhoffer* (sebészet) és *J. E. Schmid* (sebészet) würzburgi magántanárok rendkívüli tanári címet kaptak.

**Meghalt.** *Havas Adolf* dr. egyetemi rk. tanár. Legközelebbi számunkban bővebben emlékezünk meg az elhunytól és érdemeiről. — *Hantz Mihály* dr., Brassó vármegye tisztí főorvosa, 52 éves korában november 30.-án.

**A bajtársi szövetségek orvosi szakosztályai** 1918 január hó 9., 10. és 11.-én *Berlinben* ülést tartanak. A német szakosztály a következő tárgyakat tűzte ki megbeszélésre: A születések szaporítása és az újszülöttek megmentése. A fiatalság védelme és erősítése. A ragályos betegségek megelőzése és leküzdése. Magyarország részéről referensek: *Taufner Vilmos*, *Dollinger Gyula* és *Jendrassik Ernő* egyetemi tanárok. Azon orvosok, a kik a bajtársi szövetségbe belépni óhajtanak, az orvosi szakosztály titkárnál, *Győry Tibor* dr. egyetemi magántanárnál (IV., Veres Pálné-utca 34. sz.) jelentkezhetnek; a kik a berlini gyűlésen résztvenni óhajtanak, szíveskedjenek a szándékukat legkésőbb december hó 15.-éig a szakosztály irodájának (VIII., Mária-utca 39., I. sz. egyetemi szemklinika) bejelenteni.

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

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

**Dr. Doctor** orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égekészülékek, frigoriterapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

**TÁTRA-SZANATÓRIUM** Ótátrafüreden.

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

Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.

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

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

**Kopits Jenő dr.** orthopaediai intézete. VII., Nyár-utca 22. szám.

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

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

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

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

**Dr. SZONTAGH MIKLOS** gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

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

**RÖNGTEN-REINIGER**

és vill. orvosi készülékek GERBET és SCHALL R-T.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án.) 652. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Intramnsularis tejbefecskendezéssel gyógyított szemblennorrhoea-  
esetek.

ifj. Liebermann Leó: Körülbelül egy évvel ezelőtt történtek először közlések parenteralis fehérje-injectiókról, szem-bajokban. L. Müller mutatott be szembetegeket a bécsi orvos-egyesületben, kiket intramuscularis tejbefecskendezéssel gyógyított. Közléseit mások is megerősítették; legfontosabbak a szemblennorrhoea eseteiben elért eredmények. Ugyanabban az időben közölte Szily Pál, hogy typhusbacillus-emulsió befecskendezésével gyógyított meg szemblennorrhoeát. A hatás mindenesetre azonos mindkét eljárásnál, mert a dolog lényege idegen fehérje bevitele a szervezetbe, legyen az akár casein, akár bacillus-fehérje. A közvetlenül megfigyelhető reactio a magas láz, mely 4—6 óra múlva kezdődik s ugyanennyi idő alatt lezajlik; éppen a gonococcusra való tekintettel közelfekvő volna az a gondolat, hogy a lázas hőmérséknek tulajdonítsuk a hatást (úgy mint a forró fürdőnél), ez azonban nem nagyon valószínű, mert a tejbefecskendés oly szem-bajokban is hatásos, a hol a magas hőmérséknek semmiféle gyógyító hatás nem tulajdonítható.

A bemutató különböző szem-bajokban próbálta ki a tejbefecskendés hatását; eredményeiről más alkalommal részletesebben szándékozik beszámolni, most csak néhány szemblennorrhoeás beteget mutat be. A három beteg a blennorrhoea genyedő szakában kapta a tejbefecskendést (mindig 5—10 cm<sup>3</sup> steril tehéntejet a glutaealis izomzatba, ketten egyet-egyet, egy négyet, negyednapos időközökben), mindhárom súlyos eset, mert a szaruhártya is meg volt betegedve.

1. Blennorrhoea a genyedő stadium kezdetén, keskeny szaruhártya-fekélyvel, mely a tejkézelésre azonnal feltisztult. 2. 8—9 napos blennorrhoea mély széli szaruhártyafekélylyel, mely a befecskendés után nem terjedt tovább, de perforált; 6 héttel később conjunctivalis keratoplastikával könnyen pótolható volt a látás teljes megtartásával. 3. Egy hetes blennorrhoea teljesen elpusztult corneával, totalis irisprolapsussal, melynél a specifikus gyógyulás a látás tekintetében már nem hozhat eredményt.

Eddig valamennyi betegen a váladék-termelés hamar megszűnt, többnyire már 24 óra múlva, a conjunctiva duzzanata lelohadt; a hol szaruhártyafekély volt, ennek terjedése megállt, a fekély hamar feltisztult, gonococcus 24—48 óra múlva nem volt többé kimutatható. Tudjuk, hogy bármiféle helyi kezeléssel ilyen gyors és teljes eredményt legfeljebb csak kivételesen lehet elérni, különösen nem ott, ahol már szaruhártyafekély is van; a harmadik beteg esete mutatja, hogyan pusztul el a cornea, ha idejekorán nem történik oly beavatkozás, mely a folyamatot megállítja.

Barlay János: A budapesti II. számú cs. és kir. tartalékkórházban ez év júliusától 85 szemblennorrhoeás, illetőleg klinikailag blennorrhoeára gyanús betegen gyógyítás céljából 178 tejinjectiót végzett. A bakteriológiai lelet csak 19 esetben volt gonococcusra negatív. Mindig 10—10 cm<sup>3</sup> tejmennyiséget fecskendezett be az előirt szabályok betartása mellett. Kevés kivétellel a hatás feltűnően mutatkozott a duzzadság és váladékcökkenés képében. A befecskendést követő láz csak egy ízben volt 40.4° C., rendszerint 40° C.-ig emelkedett, de sokszor ezen alul maradt. 4—8 óra alatt érte el maximumát. Este a betegek subfebrilisek vagy láztalanok voltak. Csak elvétve esett meg, hogy az injectiót követő napon a beteg még lázas volt. 15 beteg 1 injectióra teljesen gyógyult. A többinek 2—6 injectióra volt szüksége. Gyakori jelenség, hogy az első injectio után már 3 nappal, de néha még 3 hét múlva is a szemhéjak újból megduzzadnak s a szemek erősen váladékosak lesznek, de ez sohasem olyan fokú, mint a milyen az első injectio előtt volt.

5 ízben látta, hogy 3—4 nappal az első befecskendezés után majdnem váladékmentes szem a dionin által okozott chemosishoz

hasonló duzzanat támadt a szaruhártya körül. Ezt mint subconjunctivitis gonnorrhoeát többen le is irták. Ezek közül 4 beteg teljesen meggyógyult a következő injectiókra, egyen azonban a sáncszerű duzzanat már sok hét óta még mai nap is fennáll, a nélkül, hogy a szaruhártya elfekélyesedett volna.

A tejinjectio a már meglévő szaruhártyás szövödményt megállítani nem tudja, de kétségtelen, hogy tejinjectióval kezelt betegeken a szaruhártya-fekélyedések ritkábban fordulnak elő; a végleges döntést még több tapasztalattól kell függővé tenni. 85 blennorrhoeás vagy arra gyanús beteg közül 11 félszemére gyógyíthatatlanul megvakult. Négyen megfelelő műtéttel a látást javítani lehet. 10 teljesen gyógyultan csapattestéhez bevonult; 27 trachomás osztágra osztatott be és 48 még kezelés alatt áll.

Nem tekintve a lázat, szövödmény csak egy esetben jelentkezett. 28 nappal a befecskendezés után a befecskendezés helyén, a mélyben tályog támadt; úgy látszik, hogy itt locus minoris resistentiae volt, mert nem valószínű, hogy direct fertőzésnek lett volna következménye; a betegnek torokgyuladása is volt. Megfelelő szabályok betartása mellett a tejinjectiót veszélytelennek tartja, így tehát mint hatalmas segítőszert áll rendelkezésünkre genyedéssel járó heves kötőhártya-bajokban. Természetesen a többi használatos és igen értékes gyógyító eljárást sem szabad figyelmen kívül hagyni. Más szem-bajokban beteganyaga egyoldalúsága miatt nem volt alkalma tejbefecskendezéssel kísérletet tenni.

Forbát Sándor: A tejinjectiók kedvező befolyását proteinhatásnak tartja. Rámutat az analogiára, mely a deuteroalbumose parenteralis applicatioja alkalmával a typhusban mutatkozik, továbbá egyéb tapasztalatokra, melyek idegen bacteriumfajoknak gyógyhatásában mutatkoznak bacteriomas megbetegedésekben, parenteralis adagolás esetén. A gyógyfolyamat lényegét, illetve physikalikus szempontból való érzékítését úgy lehetne vázolni, a hogyan azt Korányi, a typhus nem specifikus bacteriotherapiájáról szólván, supponálta: úgy látszik nem specifikus módon korbácsolja fel a protein-anyag a specifikus védőtesteket provokáló szervek működését. A proteintestek parenteralis adagolását követő shock nagyobb mennyiségű bacterium pusztulását okozza, a széteső anyagcsereproductumok specifikus védőtestek képződését váltják ki.

Donáth Gyula: Az eredmények a natrium nucleinicum hatására emlékeztetnek. A lényeg nézete szerint itt nem annyira a láz, mint a polynucleosis, melyet a fehérje parenteralis alkalmazása okoz, még ha a saját szervezetből származó fehérjéről van is szó. De egyszerűbb vegyi összeköttetések is eredményezhetik, mint ez legújában Klingmüllernek terpeninolajjal mindenféle gyenes folyamatban, de különösen blennorrhoeában és gonorrhoeában elért eredményei mutatják. A hatás valószínűleg úgy áll elő, hogy a leukocyták, melyeket a pathogen bacteriumok magukhoz vonnak, a bevitt izgató leukocytagag test által onnan eltérítetnek és a pathogen bacteriumok az alkalmas talajt a fejlődésre elveszítik.

ifj. Liebermann Leó: Barlay hozzászólásához megjegyzi, hogy éppen a cornealis szövödmények gyógyulására való tekintettel mutatta be a betegeit (az első kettőt). Tályogot a befecskendezés helyén sohasem kapott eddig, a localis hatás 1—2 napig tartó nem túlheves fájdalom, nagyobb kellemetlenséget eddigi körülbelül 60 befecskendezés után nem látott.

A sympathicus-idegrendszer viselkedése csecsemőkori megbetegedésekben. Az ekzema gyógyítása amylnitrit-belélelézésekkel.

Berend Miklós: Vizsgálatainak kiindulás-pontját azon kísérletek alkották, a melyeket az előadó és munkatársai, Tezner és Boschán végeztek a csecsemők sympathicus-idegrendszerének ingerlékenységére vonatkozólag. Az előadó most ezen vizsgálatokat folytatta és vizsgálta a csecsemők vasomotoros labilitását oly módon, hogy amylnitritet lélegeztetett be velük. Az adagokat óvatosan és fokozatosan emelte, épp úgy a lélegzés időtartamát is. Már ezen kísérletek megkezdésekor kiderült, hogy minél fiatalabb a csecsemő és minél jobb a bőr színe, annál intensivebben, s minél cachexiásabb, annál kevésbé reagál az amylnitritre. Az előadó több mint 600 csecsemőn csaknem 2000 esetben használta az amylnitrit-inhalatiót, anélkül, hogy annak káros mellékhatását tapasztalta volna. Kísérletei megkezdésekor azt tapasztalta, hogy ekzemas gyermekeken az amylnitrit-inhalatiót követő kezdeti kipirulást 1—1½ perc múlva erős elsápadás követte és hogy ezen gyermekek ekzémája 1—2 nap múlva nyomtalanul eltűnt. Ezekután kitérte az amylnitrit-adagot és az időt, a mely alatt a kifejezett hatás bekövetkezik. Kezdte 2 cseppel 5—10 másodpercig, majd néhány perc múlva folytatta, növelve az adagot és időt. Egy évi tapasztalatokról számol be. Amylnitrit-

kezelésben 74 ekzémás gyermek részesült. Kísérleti eredményeit, a melyeket különböző szempontokból összeállított táblázatokon demonstrál, abban foglalja össze, hogy oly gyors ekzema-gyógyulást, mint amylnitritre, még nem látott. Megemlíti, hogy az amylnitriten kívül semmi más adjuvanszt vagy ekzema-ellenes gyógyszert nem alkalmazott, Összefüggést keres a spontan ekzema-gyógyulás és az amylnitrit hatása között beállott ekzema-gyógyulás között. Végül kísérleti eredményeinek elméleti oldalát fejtegeti részletesen.

**Szontagh Félix:** Klinikai tapasztalatok szerint az *Eppinger-Hess*-féle tanok megszorítást igényelnek. Az előadó által ismertetett eredmények igen szépek, de az amylnitrit gyógyító hatásának magyarázatát adni nehéz. A hozzászóló az előadóval egy véleményen van a mikor azt tételezi fel, hogy — a mint ezt heveny fertőzések betegségei, például kanyaró folyamán is látni — a mikor az anyagforgalomban lényeges változások folynak le, az anyagforgalom megváltozása révén az ekzémában javulás következik be. A milieu megváltoztatása hatalmas gyógyító factor és az előadó sok esete ilyen eredményre emlékeztet. Kérdezi az előadót, vajjon asthma bronchiale, mint klasszikus diathesises betegség eseteiben nem kísérlette-e meg szintén az amylnitritet?

**Heim Pál:** Az előadó felszólítására utánvizsgálta az eljárást és teljesen azonos eredményekre jutott: 10 eset prompte gyógyult, oly szépen, a mint ez más eljárás mellett sohasem volt tapasztalható. Káros hatást nem tapasztalt. *Berend* eljárásának nagy elméleti jelentősége is van, belevilágít az ekzema pathogenesisébe.

**Justus Jakab:** Tanuszkodhatik *Berend* eredményei mellett. Az eredmények feltűnő jók és gyorsak. De nem szabad elfelejteni, hogy bizonyos fajtájú csecsemők ekzémájával van dolgunk, melyek más ekzémáktól különböznek. Ezért pontos leírása az eseteknek kívánatos, mert az ekzémák megkülönböztetése fontos. A seborrhoeás ekzémák gyorsan meggyógyulnak amylnitritre. A szülő nagyobb gyermekek alkalmazta az amylnitritet, 15—25 belégzést is végeztetett, de az ekzema nem mult el. Nem hiszi, hogy a mykosisos ekzémát befolyásolná az amylnitrit.

A hatás mechanizmusára nézve megjegyzi, hogy az ekzema lap szerinti megbetegedés, mely a hámban és a hámb alatti szövetekben székel, melyek capillarissokban bővelkednek és ezek befolyásolása megváltoztathatja a kórképet. Kérdés, hogy az elsápadást követte-e kipirulás?

**Berend Miklós:** Sohasem.

**Justus Jakab:** Akkor nem tudom magyarázni a hatást. Az ekzémák különböző fajtái különbözőképpen viselkednek.

**Berend Miklós:** Hangsúlyozta, hogy nem gyógyuló esetekben bizonyára nem diathesises az ekzema, Asthma bronchiale még nem kezelt amylnitrittel.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

A m. kir. állami ménesintézetnél azonnalra egy kiségitő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

A kiségitő orvos munkaköre a kilencz gazdasági kerületben polgári, gazdasági cselédek egészségügyi szolgálatának önálló ellátása és sürgős esetben a központban való segédkezés.

Ezen orvos javadalmazása 30 (harmincz) korona napidij és egy bútorozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve azonnal az alant feltüntetett parancsnoksághoz nyújtandók be.

Gyakorlattal bíró orvosok is pályázhatnak.

M. kir. állami ménes katonai parancsnokság  
Mezőhegyesen.

**UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI** nyilvános tehénhímlő-  
:: termelő intézete ::

A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.  
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.  
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

**Családi otthona**

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

## Máté Mihály és Társa

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

**IV., Mehmed szultán-út 31,**

Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: 63—33. Sürgőnyczim: Mátészerezsz Budapest.

Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

## Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézete  
**BALF** gyógyfürdőben,  
Sopron mellett. A nm. m.  
kir. belügyministerium

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. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyministeriumhoz 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.)

## 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 biztosítják a sikert chlorosis, anaemia és az általános gyöngeség eseteiben.

Minden gyógyszertárban kapható.

**Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!**



## Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjectiono.

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.




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

**Dr Thilo-féle  
Chloraethyl**

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

**MR. C. RAUPENSTRAUCH**

em. Apotheke, WIEN II., Castellezsg. 25.



## OPTOCHIN BASICUM

specifikus chemotherapeutikus szer  
**Pneumonia ellen.**

Ujabb közlések javalatok 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, mindenk 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, Przeglad 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 t. orvos urak tisztelettel kéretnek, hogy a 184. sz. hirdetésre hivatkozni szíveskedjenek.

# BAYERLAX

egy modern enyhe biztos hashajtó  
tablettaalakban.

## BAYER gyógyszer-tár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.  
FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.  
Orvos uraknak minta díjmentesen.



## Központi fűtésnél

száraz levegő ellen  
Briswel levegőnedvesítő  
szabadalmazva!

**Számos orvos által elismerve!**

Egyedárusítók

Magyarország részére:	Budapest részére:
„KARPATHIA“ áruforgalmi társaság Bpest, VI., Lázár-u. 22. Telefon: 49-48.	JÓNÁS ALBERT egészségügy berendezések vállalata VII., Nefelejts-utca 15. Telefon: József 28-02.

# 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 betegeknél és reconvalescenseknél.

**Ára dobozonként 2.50.**

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf“ gyógyszer-tára és gyógyvegyészeti laboratoriuma  
Budapest, IV., Váci-utca 1.  
Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

# Guajacetin

(brenzkatechin monoazetsavas natrium)  
a légutak hurutjainál, lázzal járó meghűlési eseteknél,  
rheumánál stb.

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

**Chemische Fabrik Fritz Kripke G. m. b. H. Berlin-Neukölln.**  
Képviseelő Ausztria-Magyarország részére: A. HRADEZKY, Wien XVIII/1. Währingergürtel 57.

# Migrol

(brenzkatechin monoazetsavas  
Dimethylamidophenyl dimethylpyrazolon)  
Sedativum és antipyretikum  
migrán és influenza ellen.

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

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Guszman József:** Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház bőr- és nemibajos osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.) Vizsgálatok a láznak a syphilisre és a lágyfekélyre való hatásáról. 667. lap.

**Friedrich Vilmos:** Közlemény a munkáskórház belgyógyászati osztályáról. A hasgümőkór kombinált belgyógyászati kezelése. 672. lap.

**Guszman:** Havas Adolf †. 674. lap.

**Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészet. Schultze:** Mellkasi lövésű sérültek. — *Venerés betegségek. Zliet:* A novasuroiról, mint új kénésősóról és a kénéső-kezelés alapelveiről. — *Gyermekorvostan. Birk:* A thymus-hyperplasiának Röntgen-besugárással gyógyításáról. 674—675. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* 675. lap.

**Vegyes hírek.** 675. lap.

**Tudományos Társulatok.** 676. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház bőr- és nemibajos osztályáról.** (Főorvos: Guszman József dr. egyetemi magántanár.)

### Vizsgálatok a láznak a syphilisre és a lágyfekélyre való hatásáról.

Irta: *Guszman József dr.*

Tagadhatatlan, hogy a syphilis-therapia az utóbbi évtizedben nagyot haladt. S mikor e kijelentést tesszük, nem gondolunk egyedül a salvarsan igen kielégítő hatására, hanem elsősorban arra is, hogy mai nap az egész antilueses gyógyítást sokkal erélyesebben alkalmazzuk, mint annakelőtte. Ezt az erélyesebb kezelést pedig *korábban* és *hosszasabban* végezzük. *Korábban*, mert a spirochaeta-vizsgálat mint biztos diagnostikai eljárás a legkorábbi kezelést engedi meg, és *hosszasabban*, mert a serologiai vizsgálat rendszerint tovább készíti az orvost a therapiás cselekvésre, mint azt a klinikai megfigyelés előírta. S mégis — nem volna őszinte az a vélemény, a mely tökéletesen beérné a mostani eredményt. Igaz ugyan, hogy a friss syphilisnek mostanában általánosan követett erélyes kombinált (kénéső és salvarsan) kezelése igen sok reménnyel kecsegtet, de azért határozott véleményt mondani, hogy az emígy gyógyított esetek valamennyien biztosan elkerülik a késői következményes bajokat, ma még nem lehet. Remélni ezt mindenesetre nagyon lehet és szabad, mert határozott véleményünk szerint a minél korábbi és minél erélyesebb első kezelés — ha szabad e kifejezést használnom — legalább is a fél gyógyulást jelenti. Igaz azonban az is, hogy mennél pontosabban halad a klinikai megfigyelés és bővül az újabb eljárások nyomán a tapasztalásunk, annál kritikusabbá válunk a tények elbírálásában. Csak emlékeztetek arra, hogy mily megelégedett volt még nemrégiben a legtöbb orvos, ha 20—30 kénésre vagy néhány injectióra a tünetek simán elmúltak s a beteg ideig-óráig egészségesnek látszott. Ha azután valamikor később a syphilis valamilyen komoly betegség képében újra jelentkezett, nagy volt a megdöbbenés, mert a baj váratlanul köszöntött be. Egészen más nézetet nyert a figyelő orvos azonban akkor, a mikor kiderült, hogy az éveken át tünetmentes és magukat egészségesnek érző egyének egy bizonyos részének a vére elég kiadónak látszó kúrát után is még positiv *Wassermann*-reakciót ad, oly reakciót, melynek kifejezett jelenléte a megfigyelések óriási száma szerint a

gyakorlatban a legnagyobb valószínűséggel a syphilisnek fennforgását jelenti.

Mindezekre csak azért tértünk ki futólagosan, hogy beigazoljuk, mennyire szükséges a syphilis-therapiát továbbfejleszteni s minden módot és eszközt megkísérteni, melylyel a végső cél: a biztos teljes gyógyulást elérni igyekszünk. Hogy e cél elérése annál könnyebb és valószínűbb, minél korábbi szakában a betegségnek avatkozunk be erélyes kezelésünkkel, az ma már bizonyosnak látszik.

A különböző irányú tapasztalások újabban a láznak gyógyító hatására terelik a figyelmet. A láznak a syphilis gyógyításában való szerepe több újabb vizsgálat alapján ismét szóba kerül s úgy látszik immár szilárdabb alapon, mint régente.

Régi és sokszoros ugyanis az a tapasztalás, hogy a (pathológiás) láznak határozottan van bizonyos hatása a syphilis nyilvánulásaira. Ha például *Neumann*-nak a syphilit tárgyaló nagy művében<sup>1</sup> lapozgatunk, azt találjuk, hogy ez a nagytapasztalású klinikus is már részletesen kitér e kérdésre. Felemlíti, hogy a hevenyészű lázas betegségek tartamára a syphilises kiütés kitörése kitolódik, vagy ha már fennáll a lueses kivirágzás, az a láz hatása alatt elhalványul, sőt teljesen el is múlik. *Neumann* más szerzők észlelésére is hivatkozik. Így *Petrowski*<sup>2</sup> syphilises maculo-papulás kiütést látott visszafejlődni typhus, himlő és orbáncz nyomán egy-egy esetében. *Mauriac*<sup>3</sup> és *Deahna*<sup>4</sup> észlelései is idevágóak. *Strach*<sup>5</sup> pedig erysipelas több esetében látott gummás folyamatokat javulni. A syphilises nyilvánulásoknak intercurrentes hevenyészű lázas betegségek által való időszakos legyöngülésének ténye tehát kétségtelenül fennáll (*Neumann*). Ezt a tényt minden nagyobb tapasztalású orvos észlelheti. Sajnos azonban, s ezt *Neumann* is hangsúlyozza, hogy a láznak a syphilisre való gyengítő hatása csak múló természetű.

Ezzel az utóbbi általános tapasztalással magyarázza *Fr. Luithlen*<sup>6</sup> egy a közelmúltban e kérdéstről szóló közlésében azt, hogy a lázat a legutóbbi időig még sohasem alkalmazták, illetőleg értékesítették a syphilis therapiájában. Pedig

<sup>1</sup> *J. Neumann:* Syphilis. Wien, 1896, 147—148. oldal.

<sup>2</sup> *Petrowski:* Centralblatt für Chirurgie, 1881.

<sup>3</sup> *Mauriac:* Gazette des hôpitaux, 1873 (ref.).

<sup>4</sup> *Deahna:* Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis, 1876.

<sup>5</sup> *Strach:* Prager mediz. Wochenschrift, 1882.

<sup>6</sup> *Fr. Luithlen:* Zur Kenntnis der Einwirkung fieberhafter Temperaturen auf den Verlauf der Syphilis. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 52. sz.

hiszen carcinoma, sarkoma, mycosis fungoides ellenében sokszorosán megkísérelték a lázas állapotnak hatását. *Luithlen* egyébként leírja egy esetét, melyben a syphilitis primaer-affectio kapcsán támadt typhus abdominalis a syphilitis exanthema kitörését annyira kitolta, hogy az a lueses infectio után csak 3 $\frac{1}{2}$  hónap után mutatkozott, a mikor a typhus már teljesen lezajlott.

A láznak a syphilitis therapiájába való bevitelének az érdeme kétségtelenül *Wagner von Jauregg* nevéhez fűződik. *Wagner* volt az, a ki iskolájával kidolgozta a paralysisnek gyógyítását a kombinált tuberculin-kénésös kezeléssel. Az eddigi tapasztalás amellett szól, hogy a kombinált tuberculin-kezelés — mely itt lényegében lázkezelés — biztató eredménnyel jár.

Ha való az, hogy a paralysis-esetek, melyeket ma már világosan lueses természetűeknek kell tartanunk, kombinált kénésös-tuberculin kezeléssel általában elég jól befolyásolhatók, közelekvő a gondolat, hogy a lues korábbi szakaiiban, elsősorban már a secundaer tünetes időben is, hasonló módon igyekezzünk befolyásolni.

Nyilván ez a gondolat vezette *M. Biach*-ot<sup>7</sup> is, a mikor friss secundaer lues-eseteken próbálta ki a tuberculin-injectiókat. Egyik friss foltos syphilitis esetében azonban semmi különös hatást nem észlelt. Feltűnő hatást látott ellenben papulás, papulo-pustulás és exulcerált papulás esetekben. A kiütések involutiója már az első injectio nyomán kezdett beállni. 3—4 tuberculin-injectióra s alig néhány (6—8) bedörzsölés nyomán a folyamat teljesen gyógyult. Az ilyen klinikai észlelés kétségtelenül sok subjectivitást rejt magában, de *Biach* oly gyors javulást látott („máról-holnapra“), hogy az észlelés helyességét nem lehet kétségbe vonni. A mesterséges lázkezelésnek a *Wassermann*-reactióra való kihatását nem találjuk e közlésben.

A tuberculin-injectióknak friss secundaer syphilitis-esetekben — természetszerűen tehát leginkább fiatalabb egyéneken — való alkalmazása nem tekinthető teljesen veszélytelennek. Ha *Wagner* és *Pilcz* nem is tartja valószínűnek, hogy beteganyagukon (főként paralysises betegek) a tuberculin-injectiók veszedelmet, nevezetesen egy rejtett gümős gócnak fellobbanását válthatnák ki, nagyon is közelekvő, hogy ez az aggodalom a fiatalabb secundaer syphilitis egyénekre vonatkozóan igen jogosult. Hiszen már *Donáth Gy.* és *O. Fischer* is nagyrészt e lehetőségnek fennforgása miatt nyúlt a natrium nucleicumhoz s ajánlotta azt a tuberculin helyett.

Legújabbán a láznak a syphilitisre való hatását *Kyrle* és *Scherber* vizsgálta. *Kyrle*<sup>8</sup> meggyőződve, hogy a kóros lázas folyamatok egymagukban általában lényegileg nem változtatnak a syphilitis lefolyásán, a láz hatását olyan syphilitis-esetekben tanulmányozta, a melyek előzetesen már bizonyos mérvű antilueses kezelésben részesültek. Több részletesen ismertettet esetében azután kimutatja, hogy antilueses kúrával kapcsolatban a láznak igen jelentékeny gyógyító hatást kell tulajdonítani. *Kyrle*-nek ez a megállapítása nemcsak rendkívül érdekes, hanem egyben újmutatásul is szolgál a syphilitis-therapia több kérdésében. Az antilueses kúrával egybekötött lázkezelés főbb eredménye klinikai és serologiai irányban mutatkozik. Klinikailag olyképpen, hogy a manifest lueses tünetek aránylag csekély antilueses kúrára gyorsan gyógyulnak, serologiai szempontból pedig oly módon, hogy a pozitív *Wassermann*-reactio a kombinált lázkezelés nyomán sokszor már oly kis mennyiségű antisiphilitis (kénésös és salvarsan) kúrától válik teljesen negatívvá, mely általános tapasztalás szerint egymagában csak igen kivételesen elegendő a kedvező serologiai eredmény eléréséhez.

Hasonló eredményre jutott *Scherber*.<sup>9</sup> Ez a szerző is

<sup>7</sup> *M. Biach*: Die Tuberkulinbehandlung der Frühluës. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 49. sz.

<sup>8</sup> *J. Kyrle*: Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilitis-therapie. Wiener klin. Wochenschrift 1917, 22. sz.

<sup>9</sup> *G. Scherber*: Über die Wirkung intramusculärer Milchinjectionen stb. Wiener mediz. Wochenschrift, 1917, 27. sz.

azt találta, hogy a mesterségesen felidézett láznak (tej-, illetőleg tuberculin-injectiók) csak akkor van kétségtelenül kedvező hatása a syphilitis folyamatokra, ha a syphilitis fertőzött szervezetre már bizonyos, egyébként egymagában elégtelen mennyiségű antilueses gyógyszerek hatottak.

Mindezek a tapasztalások tehát azt látszanak bizonyítani, hogy a magasabb hőemelkedések, legyenek akár pathologiai, akár mesterséges eredésűek, bizonyos gyógyító hatást fejtenek ki a syphilitis folyamatra.

E helyütt felemlítjük *Mattauschek* és *Pilcz*<sup>10</sup> érdekes megfigyelését, mely a kérdésnek gyakorlati oldalát is megvilágítja némileg. E szerzők 4134 katamnesis módon tanulmányozott syphilitis-eset átkutatásakor azt találták, hogy 157 nem paralysises egyének adataiban különböző oly betegség (malaria, erysipelas, pneumonia) fordult elő a syphilitis infectio első éveiben, mely magasabb hőemelkedéssel szokott járni. Ezzel szemben az oly syphilitis egyének anamnesisében, a kik később paralysisist kaptak, egyetlen esetben sem volt ily hevenyészű lázas betegség kimutatható.

Összefoglalásukban az 5. pontot ezért így formulázzák: „Eine fieberhafte Infektionskrankheit während der ersten Jahre nach der luetischen Infektion scheint bis zu einem gewissen Grade die Wahrscheinlichkeit einer späteren Erkrankung an Paralyse zu verringern“. Kétségtelen, hogy ha mások kutatásai ezt a tételt nem is találnák teljesen beigazoltnak, a szerzőknek ez a statisztikai adata oly feltűnő s magyarázatában is oly plausibilis, hogy merő véletlenről nem szólhatunk. Szükséges volna ezért a kérdés nagy gyakorlati fontossága miatt, hogy hasonló irányú vizsgálatokat minél szélesebb alapon mások is végezzenek.

Saját vizsgálataink a láznak a syphilitisre való hatása kérdésében két irányban mozogtak. Az egyik irányt észlelések útján követtük, melyek a syphilitis kezelése előtt, után s leginkább a kezelés folyamán intercurrentes módon támadt lázas betegségek által adódtak. Ezek az észlelések tehát pathologiás viszonyokra vonatkoznak. A másik irányt ezzel szemben kísérletek útján követtük, melyeket mesterséges úton támasztott lázzal végeztünk. A mesterséges láz felidézésére mi valamennyi esetünkben tejinjectiókat alkalmaztunk. Mesterséges lázat tudvalevően több módon idézhetünk elő. Syphilitis betegek legnagyobb része fiatal, egyébként teljesen egészséges nőkből állván, nem tudtuk magunkat a tuberculin-injectiós láz felidézésére elhatározni, mert nem zárkoztunk el attól az aggodalomtól, hogy egyik-másik esetben egy esetlegesen lappangó tuberculosist valahogyan fellobbanásra birhatnánk. Nem kell kitérnünk arra, hogy ez mennyire jogosult aggodalom. A *Donáth* és *O. Fischer* által ajánlott natrium nucleicummal, szintúgy a deuteroalbumoseval nem kísérleteztünk, ezekkel nincsen tapasztalásunk. Az utóbbifőként azért nem használtuk, mert *Scherber* észlelése szerint a tej alkalmasabb a mesterséges láz keltésére, mint a deuteroalbumose, a mennyiben magasabb lázas reactiót vált ki.

Tekintsük előbb azokat az eseteket, melyekben a pathologiás láznak a syphilitisre való hatását tanulmányozhattuk. A pathologiás láznak a syphilitisre való látszólag kedvező hatását már a közlésem bevezető részében említettem. Régebben ezek a megfigyelések természetszerűen mind a klinikai tünetek olykor észlelhető javulására vonatkoztak. Itt a bizonyos fokú subjectivitás nehezen zárható ki, illetőleg az észlelő subjectivitásának bizonyos fokú felvételét a bíráló olvasó csak nehezen háríthatja el magától. Azok az észlelések, melyeket elvéve tehetünk, mai nap természetszerűen csak kis számúak lehetnek, nagyrészt azért, mert a mostanában alkalmazott szereink és adagaink olyanok, melyek a tünetek igen gyors elmúlását idézik elő s így ha intercurrentes lázas bántalom áll be, a javulás csak nehezen tudható be egyedül, vagy akár részleteiben is a lázas állapotnak. Ezért erre nézve nem térek ki részletesebben, hanem csak megerősítem tapasztalásom alapján, hogy a pathologiás láz a syphilitis tünetek-

<sup>10</sup> *E. Mattauschek* és *A. Pilcz*: Beitrag zur Lues-Paralyse-Frage. Zeitschrift für die gesamt. Neurologie und Psychiatrie. 1912, VIII. kötet.

nek gyorsabb visszafejlődését látszik előidézni. Még inkább pedig tapasztalható az, hogy a lázas bántalom közbejötté kinyújtja az első általános eruptiónak (mely kezelés híján tudvalevően átlagosan a 9.—10. héten észlelhető) idejét. Ilyen esetet ismertetett *Luithlen* s ilyen az, a melyet feljegyzéseimből mint legfeltűnőbbet néhány szóval itt vázolólok.

X. Y. 29 éves férfi 1916 szeptember 10.-én jelentkezett először. Utolsó coitus 4 hét előtt. A sulcus coronariusban levő lencsényi, kissé hámfosztott papula miatt kerestt orvosi tanácsot. Jobboldalon babnyi kemény mirigy. + spirochaeta pall.-lelet. A vidékről való kissé lázas beteg ezután hazautazott, hogy a szükséges kúra vezetését orvosára bízva. A beteget november 30.-án láttam újból, a ki távollétében semmi nemű antilueses kúrát nem végzett, mert láza odahaza fokozódott s orvosa csakhamar b. o. pleuristit állapított meg rajta. E baja november elejéig tartott. Lázas állapota (38—39°) heteken át húzódtott. A beteg primaeraffectiójáról említést sem tett orvosának, annál kevésbé, mert az szemlátomást magától elmúlt. Feljövetele előtt egy nappal vette észre, hogy hasán kiütés támadt. Az akkor megejtett vizsgálat friss maculopapulák kiütést, általános adenitist állapított meg. A primaeraffectio helyén igen csekély beszűrődés tapintható.

Az esetből látnivaló, hogy az általános eruptio ideje az átlaghoz képest mintegy 4—5 héttel kitolódott.

A pathológiás láznak a syphilisre való kedvező hatásának kérdésében ki kell emelnünk, hogy igen megbízható indicatorunk az elbírálásban a *Wassermann*-reactio viselkedése. Kórházi nagy syphilises beteganyagunk (állandóan 120—130 lueses beteg) hozza magával, hogy hetenként 2—3 nagy sorozatban végezzük a reactiót. Állandóan egyforma gondos technikával és számos controll-esettel dolgozva, a serologiai vizsgálati eljárás igen megbízható eszköznek bizonyul. A reactio leolvasása pedig kevésbé esik a subjectiv érzés alá, mint a klinikai tünetek apró változása.

A pathológiás láznak a pozitív *Wassermann*-reactióra való hatását különösen oly esetekben észleltük, a melyekben a friss, kiterjedt tünetű, eddig nagyrészt kezeletlen betegek kúrájuk folyamán valamilyen intercurrentis lázas betegségbe estek. Ily esetünk nem ritka, mert anyagunknál fogva egyéb közönségesen előforduló lázas bántalmon kívül (tonsillitis, hevenyész gastritis stb.) aránylag gyakoriak az adnexa-gyulladások. Ez az észlelési csoportunk már eddig több mint 25 esetre vonatkozik. Általános tapasztalásunk az, hogy a pathológiás lázak friss lues eseteiben csak kivételesen okoznak lényegesebb változást a pozitív seroreaction. Átlagos kezelés után (például 30—40 bedörzsölés vagy 8—12 hydrarg. salicyl.-inject. és 1—2 salvarsan), mely a tüneteket nyom nélkül simán eltünteti, a pozitív *Wassermann*-reactio a legtöbb esetben éppen oly erős maradt pathológiás lázas állapotnak a közbejötté esetén, mint oly esetekben, a melyekben intercurrentis állapot nélkül folyt le a kezelés.

A pathológiás, rövid ideig tartó láz hatásának megkapó példáját látjuk következő esetünkben.

J. R. 20 éves cselédet 1917 július 5.-én vettük fel osztályunkra. Diagnózis: Urethritis gonorrhoea. Syphilis. Anamnesis a lues szempontjából negatív. A nagy ajkakon, valamint az intertrigósan elváltozott gáttájon számos kendermagnyi-lencsényi papula. A lágyékhajlatokban apró kemény mirigyek nagy számmal. A *Wassermann*-reactio igen erősen pozitív (+++). Therapia: Inunctio kúra (3 gr.), helyileg calomelpasta. Augusztus 2.-án a betegnek hevenyész gastro-enteritis tünetei mutatkoznak, mely alkalommal 4 napon át lázas volt, Legmagasabb láz augusztus 4.-én (38.4°). Idáig 20 kenést végzett. Augusztus 18.-án a *Wassermann*-reactio gyengén pozitív (+). A kedvező fordulat biztosítására augusztus 20.-án egy intraglutealis tejinjectiót (5 cm<sup>3</sup>) adunk. Hőmérséklet aznap este 40.4°, másnap még 38.6°. Augusztus 29.-én 40 kenést befejezett. *Wassermann*-reactio negatív.

Esetünk azt mutatja, hogy aránylag kevés kezelés intercurrentis hevenyész lázas folyamattal s egyetlen tejinjectióval párosulva azt a kedvező serologiai eredményt adja, a milyen hasonló mértékű kezelésre *egymagában* általános tapasztalás szerint nem érhető el. *Kyrlé*-vel egyetértően nem szükséges semmiféle távoli következtetést vonnunk, hanem elég, ha megállapítjuk, hogy láznak közbejöttével az egészen elégtelen kezelés egymagában is már az elérhető legjobb serologiai eredményt hozhatja.

Tapasztalásunk szerint azonban általában nem számíthatunk a pathológiás láznak a pozitív *Wassermann*-reactióra való kedvező hatására. Legtöbbször még oly esetben sem, a hol még leginkább vártuk volna a hevenyész lázas betegség

curativ hatását. Így nem régen kezeltünk osztályunkon egy nőbeteget (*R. E.*), a kit latens luesel (+++ *Wassermann*) vettünk át a sebészeti osztályról (*strictura recti*). Erélyes kezelésünk ellenére a *Wassermann*-reactio +++ maradt. A beteg a kórházból való távozása után a harmadik napon fej-orbánczban betegedett meg. Láza 12 napig tartott s állandóan 39°—40° között mozgott. Orbánczának gyógyulása után a beteg újra jelentkezett osztályunkon. A *Wassermann*-reactio akkor is változatlanul +++ volt. Hasonló észlelést tettünk egy az osztályon fekvő olyan syphilises nőbetegünkön (*U. P.*), a kit heteken át magas septikus láz (39—40.5°) gyötört. Positív *Wassermann*-reactója változatlanul megmaradt.

E helyütt arra is óhajtók néhány sorban kitérni, hogy néha a pathológiás lázas folyamat hatása a másik végletet is mutathatja, t. i. a régen szunnyadó, csaknem gyógyultnak látszó syphilist újabb eruptióra lobbantja. A láznak ez a hatása syphilis eseteiben talán még kevésbé ismert általában, mint a curativ, bár véleményünk szerint nem lehet vajmi ritka. Hiszen például lupus vulg., psoriasis eseteiben ez a jelenség nem megy ritkaság számba. Hogy a lappangó belső tuberculosis mint tud például egy morbilli nyomán disseminálódni, a minek kapcsán lupusos eruptiót látunk a bőrön, általában eléggé ismert esemény. A hevenyész lázas betegségeknek a syphilisre való ezt a hatását *Neumann* is említi néhány szóval s fölhozza *Bamberger* és *W. Boeck* néhány észlelését. Így *Bamberger* variola esetében a pustulák visszafejlődése helyén nedvező syphilises papuláknak kifejlődését írja le.

Igen tanulságos esetet észlelhetünk a közelmúltban.

B. Z. 22 éves férfi 1915 július 26.-án jelentkezett körülbelül 4—5 hetes 3 lueses primaeraffectióval, melyek a praeputiumon foglaltak helyet (+ spiroch.-lelet). Első kúrája 3 neosalvarsanból és 4 és 5 gr.-os 40 kenésből állott. 1915 december 22.-én a *Wassermann*-reactio negatív. 1915 január és február havában kenesés injectio kúra (14 Hg salicyl.). 1916 február végéig észleltem a beteget, mely idő alatt a primaeraffectio kívül soha más általános tünete nem volt. A beteg azután elmaradt, többé nem kezelte magát. 1916 augusztus elején magas lázzal járó gonorrhoeás j. o. mellékherelobot kapott. A láz egy héti tartott s 39°—40° között mozgott. Első láztalan napja augusztus 10.-én volt. Egy év után, 1917 augusztus 27.-én láttam ismét a beteget, a mikor fölemlíti, hogy néhány nap óta kiütései vannak s a torkát is fájjalja. A megejtett vizsgálat a következő tüneteket derítette ki: Bőséges plaque-ok a garat-iveken és a két mandulán, általános foltos syphilid a testen, papulák a két tenyéren és talpon.

Talán még tanulságosabb egy collegára vonatkozó esetem, melyet *Bérczi* S. dr.-ral, osztályom alorvosával együtt észleltem. A lueses infectio 4 év előtt történt. 4 éven keresztül semmi tünet. Erre hevenyész, magas lázzal járó betegségbe esik (a diagnosit szándékosan nem írom ki), melynek nyomán általános papulomaculák syphilid fejlődik ki.

Igen valószínű, hogy e két esetben a lázas állapot és az általános syphilises jelenségek hirtelen kitérése között szorosabb összefüggés van. E felvétel legalább is valószínűbb, mint az, hogy a hosszabb latens luesnek hirtelen a manifest stadiumba való átcsapása egyedül a véletlen műve. Úgy a saját régebbi vizsgálataim, mint egyéb észlelések alapján úgy magyaráznék ily esetet, hogy a szervezetben még a syphilis első idejében mindenüvé szétvitt s azután helyben veszteglő spirochaeták recrudescálnak s tüneteket fejtenek ki, talán a láz hatása alatt megváltozott immunitásos viszonyok következtében. Másfelől azonban magyarázhatók ily események a láz által mobillá vált spirochaetáknak újabb disseminációjával is.

Az olyan, mint a most felhozott két eset, véleményünk szerint nem is lehet ritka, s valószínűnek látszik előttem, hogy hosszabb latentia után való hirtelen recidiva vagy első eruptio eseteiben a recidivát vagy eruptiót közvetlenül megelőző, magasabb lázzal járó betegség utáni kutatás gyakran vezetne pozitív eredményre.

Vizsgálataink nagyobb és természetesen fontosabb csoportja az a kísérleti sorozatunk, melyben a syphilises egyének állapotát tejinjectiókkal létrehozott mesterséges lázzal igyekeztünk kedvezően befolyásolni. E sorozatot is két irányban állítottuk össze. Egyrészt specifikus kezelés nélkül,

csakis tejinjectiókkal iparkodtunk a lueses folyamatra hatni, másrészt antilueses kúrával kapcsolatos mesterséges hőemelkedéssel kísérleteztünk.

Egyedül mesterséges lázzal — antilueses kúra nélkül — eddig összesen 8 esetben kísérleteztünk. A szerzők régebbi és újabb tapasztalásai nyomán bár nem vártunk sok eredményt ettől a kísérleti módtól, mégis elég érdekesnek látszott a kérdéssel újból foglalkozni. Siker híján azután hamarosan reátérhettünk a rendszeres antilueses kúrára. Első két esetünk szétesett lábszár-gummákra vonatkozott. Mindkét esetben tenyérszerű exulcerált gummáról volt szó. A kezelés egy héten át csakis abban állott, hogy a fekélyes területet steril gazzal befödöttük, a beteget pedig tejinjectióknak vetettük alá. Mindkét esetben az első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>) nyomán már a következő két napon bizonyos fokú javulást tapasztaltunk. A javulás főként abban mutatkozott, hogy a fekély bűzös, lepedékes alapja megtisztult, egészséges sarjadzás indult meg, a fekély szélén pedig 2—3 mm.-es hámosodási szegély jelentkezett. Három nappal reá a második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>) ezt a látható javulást még kissé fokozta, ez azonban csakhamar teljesen megállott. Egy heti észlelés után azután reátértünk a rendszeres kombinált (kéneső + neosalvarsan) antilueses kúrára, a mi hamarosan gyógyulást hozott.

Ugyanaz volt a tapasztalásunk egy harmadik gummás esetünkben is, melyben a forintnagyságú fekély a garat hátulsó falán székelt. Itt is csakhamar a rendszeres antilueses kezelésre kellett áttérnünk.

Friss secundaer, tehát könnyen ragályozó tünetekben bővelkedő lueses esetekben nem kísérleteztünk ily módon, mert véleményünk szerint a fő kórházi elvet: a betegnek mielőbb való meggyógyítását ily esetekben, már csak a fertőző állapot miatt is, szigorúan kell betartani. Kivételt csak néhány izolált tünetű esetben tettünk. Ily módon első sorban oly felületes torok-plaque-okkal kísérleteztünk, melyeknek a tejinjectiók általi befolyásolását azért tartottuk eleve aránylag könnyebben elérhetőnek, mert ezek azok a syphilitikus tünetek, melyeket például a salvarsan is ugyszólván néhány óra alatt tud megszüntetni. Nyilván azért, mert aránylag minimalis a pathologiai elváltozásuk mértéke.

Egyik ilyen esetünk oly meglepő eredményt adott, hogy néhány szóval ide iktatjuk a rövid kórtörténetet.

H. G. 33 éves szolgálot 1917 október 2.-án vettük fel. Lueses tünetek miatt néhány hónap előtt kezeltük osztályunkon. Jelenleg polyadenitisen kívül a két mandulán és a szájpad-íveken felületes plaque-ok. Fájdalmas nyelés. Felvétele napján 5 cm<sup>3</sup> tej intraglutaalis injectio alakjában. Aznap este a hőmérséklet 39.8°-ig emelkedik. Október 3.-án, tehát másnap délelőtt a viziten a beteg kijelenti, hogy semmi nyelési fájdalmat nem érez. Legnagyobb meglepetésünkre a plaque-ok tökéletesen eltűntek.

Látnivaló ez esetből, hogy a tejinjectióval a felületes lueses tünet minden antilueses kúra nélkül is „máról holnapra” eltűntethető. Mondanunk sem kell, hogy a therapiás siker ellenére is a beteget a következő napon már antilueses kúrára fogtuk.

Hasonló esetben azóta több ízben kísérleteztünk s látunk is jelentékeny javulást, de ily gyors és tökéletes elmulását a torok-plaque-oknak azóta nem észleltük.

A legtöbb kísérletünkben syphilitikus betegeinket kombináltan kezeltük antilueses kúrával (kéneső + neosalvarsan) és tejinjectiókkal. Meg kell e helyütt jegyeznünk, hogy Kyrle több esetében hangsúlyozza, hogy a kiterjedt secundaer syphilitikus tünetek klinikai gyógyulását a láz jelentékenyen befolyásolja. Befolyásolja azután, a mikor már előzetesen bizonyos mennyiségű salvarsant és kenőcsöt kapott a beteg. E csoportban mi ezt az útát nem követtük, mert a tejinjectió megindítása előtt — csakúgy, mint maga Kyrle — mindig már bizonyos kéneső-mennyiséget és egy-két neosalvarsant adtunk a betegeknek. Ilyenképpen igen bizonytalan eljárásnak tartjuk annak a megállapítását, hogy a tünetek klinikai javulását mely gyógytényezőnek javára tudjuk be. Hiszen a bekebelezett kéneső hatása tovább tart. Egyéb-ként is mi a condyloma latum-okat állandóan helyileg is kezelvén (calomel-kenőcsrel), a klinikai tünetek rendszerint már el is multak, mire a tejinjectió reakciót előidézzük.

Véleményünk szerint objectivebb eljárás a tejinjectió reactio hatását a serologiai vizsgálat eredményéhez mérni, a mint azt Kyrle és Scherber is tette. Az esetek megbírálásának főtényezőjét ugyanis a Wassermann-reactio viselkedésében kell látnunk (Kyrle).

E vizsgálati sorozatunkat következőképpen rendeztük el: A kiszemelt syphilitikus betegek e nagy csoportja, mely most már az 50. esetet túllépte, rendszerint idáig kezeletlen esetekre vonatkozott. Az esetek csaknem kivétel nélkül elég kiterjedt korai secundaer tüneteket mutattak. Tehát vagy erős általános eruptív tünetekkel (például pupulomaculás syphilitid), vagy pedig nagyobb recidivákkal (például bőséges condyl. lat. tömegek) álltunk szemben. Ezeket az eseteket vagy kenőcs kúrára, vagy injectió kúrára fogtuk s átlagosan 10—15 kenés vagy 3—4 hydrargy. salicyl. injectio után alkalmaztuk az első tejinjectiót. A tejből első adagnak rendszerint 5 cm<sup>3</sup>-t vettünk, későbbi adagnak rendszerint 10 cm<sup>3</sup>-t. Voltak eseteink, a melyekben aránylag igen kevés kéneső-mennyiség és 1—2 neosalvarsan-injectio után már csak tejinjectiókat alkalmaztunk. A tejinjectiókból 3—5 napos időközökkel néha 6—7-t is adtunk, néhány ízben 8-at is. Más esetekben a többszöri tejinjectiók közé kéneső-, illetőleg neosalvarsan-kezelést iktattunk.

Általános benyomásunk a kezelés-módról ugyanaz, a mit Scherber és főként Kyrle hangsúlyozott, hogy t. i. a tejinjectió reakcióval való kezelés antilueses kúrával kombináltan elég sok esetben határozottan igen kedvező befolyást fejt ki a syphilitikus folyamatra. A kedvező hatás azonban nem egyenletes és távolról sem általános érvényű valamennyi kezelt esetre nézve. Elég bőséges tapasztalásunk szerint jóval gyakrabban elmarad. A tejinjectiók legföltűnőbb hatása abban nyilvánul, hogy kedvezően befolyásolható esetekben az erősen pozitív Wassermann-reactio aránylag csekély antilueses kúra nyomán teljesen negatívvá válik. A klinikai tünetek ez esetekben természetesen még előbb gyógyulnak meg. A szükséges antilueses kezelés mennyisége mindig aránylag oly csekély, mely mennyiséggel általános tapasztalás szerint negatív reakciót elérni még kivételesen is alig lehet. A negatív reactio tartóssága az eddigi tapasztalás alapján még alig bírálható el. Mindenesetre igen fontosnak tartjuk a vizsgálatokat főként arra nézve is folytatni, hogy az elért kedvező serologiai lelet mennyire mutatkozik tartósnak.

Sikerrel járt eseteink közül néhányat röviden itt ismertetünk.

1. eset. H. A. 24 éves szolgálot 1917 augusztus 30.-án vettük fel osztályunkra. Eddig még nem kezelték. Lueses tünetei a külső nemi szervein ad maximum elszaporodott és megnagyobbodott condyloma latum-okban nyilvánulnak. Ezenkívül kifejezett általános adenitis. A Wassermann-reactio igen erősen pozitív (+ + + +). Az antilueses kezelés augusztus 31.-én indult meg egy sublimat-injectióval. Helyi kezelés calomel-pastával. Szeptember 2.-án 1/2 cm<sup>3</sup> hydrarg. salicyl.-inj., szeptember 4.-én első neosalvarsan (0.45), szeptember 5.-én 1/2 cm<sup>3</sup> hydrarg. salicyl.-injectio. A condylomák nagyrészt visszafejlődtek. Szeptember 13.-án 1/2 cm<sup>3</sup> hydrarg. salicyl. A tünetek a genitálékon elmultak. Szeptember 14.-én Wassermann + + + +. Aznap első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Utána heves borzongás, fejfájás, hőmérséklet 39.7°-ig. Szeptember 19.-én második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés este 39.2°-ig. Szeptember 20.-án még 37.7°. Szeptember 21.-én a Wassermann-reactio + + + +. Második neosalvarsan (0.45). Szeptember 24.-én harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39°-ig. Szeptember 28.-án negyedik tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 38.3°-ig. Október 4.-én ötödik tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39.8°-ig, október 5.-én is még 38.3°. Október 6.-án a Wassermann + + + +. Október 13.-án 1/2 cm<sup>3</sup> hydrarg. salicyl. Október 16.-án a Wassermann-reactio negatív. Összes kúra, mely alatt a complette positiv Wassermann-reactio (+ + + +) negatívvá vált: 1 sublimat-injectio, 5.5 cm<sup>3</sup> hydrarg. salicyl. injectioja, azonkívül 2 intravenás neosalvarsan-injectio (à 0.45) és 5 tejinjectio (5, 10, 10, 5, 5 cm<sup>3</sup>).

2. eset. Cz. M. 16 éves cselédet 1917 augusztus 6.-án vettük fel. Néhány hét óta veszi észre, hogy nemi részén kiütései vannak. A fossa navicularisban lencsényi, élesen határolt fekély, melynek alapja és széle beszűrődött. A nagy ajkak belső felszínén számos papula. A bal nagy ajkon mérsékelt oedema induratum. Scleradenitis inguinalis. Wassermann-reactio igen erősen pozitív (+ + + +). Diagnosis: syphilitis. A kezelést augusztus 7.-én 1 sublimat-injectióval indítjuk meg. Kenőcs kúra. Augusztus 15.-én első neosalvarsan (0.3 gr.), augusztus 20.-án második neosalvarsan (0.45 gr.). Az oedema elmult, a papulák teljesen visszafejlődtek. Augusztus 31.-én. Eddig 20 injectio. Első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hőmérsék 40.2°-ig. Szeptember 1.-én még mindig 38.6°. Szeptember 11.-én. Eddig 26 kenést végzett. Hg beszüntetése. Második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>).

Hőmérsék 37<sup>60</sup>, szeptember 12.-én még 37<sup>20</sup>. Szeptember 18.-án Wassermann-reactio ++ Harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Borzongás; fájdalom az injectio helyén. Hőmérsék 38<sup>0</sup>. Szeptember 21.-én a Wassermann-reactio negativ.

Az összesen végzett kúra ezek szerint 26 kenésből, 1 sublimat-injectióból, 2 neosalvarsanból (0,3, 0,45 gr.) és 3 tejinjectióból (5, 10, 10 cm<sup>3</sup>) állott.

Egészen florid syphilsre vonatkozó kedvezően lefolyt esetünk a következő:

3. eset. Sch. E. 25 éves cselédet 1917 augusztus 1.-én vettük fel osztályunkra. A bal nagy ajak ökölnyire duzzadt. Az alsó commissurán 20 fillér-nagyságú primaerreactio. Kis diónyi kemény, fájdalmatlan mirigyek a lágyék-hajlatokban. Friss foltos syphillid az egész testen. A Wassermann-reactio igen erősen positiv (+++). Augusztus 2.-án bevezetésül 1 sublimat-injectio. Aznap kenőkúra megkezdése (à 3 gr.). Augusztus 14.-én 0,3 gr. neosalvarsan. Augusztus 22.-én második neosalvarsan-inj. (0,3 gr.). Augusztus 27.-én harmadik neosalvarsan (0,45 gr.). Kisebb stomatitis miatt augusztus 29.-éig csak 12 kenést végzett. A 3 neosalvarsan, kenések és helybeli calomel-kenőcs kezelés hatása alatt a tünetek visszafejlődtek. Aznap, tehát 29.-én, első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hidegrázás, erős fejfájás. Hőmérsék 39<sup>60</sup>. Hőemelkedés másnap is még 37<sup>50</sup>. Szeptember 7.-én a Wassermann-reactio ++++. Második tejinjectio (8 cm<sup>3</sup>). Kenések folytatása. Hőemelkedés 40<sup>10</sup>-ig emelkedik, mely szeptember 8.-án még mindig 38<sup>90</sup>. Augusztus 9.-én 37<sup>50</sup>. Szeptember 14.-én harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés estére 40<sup>30</sup>, mely szeptember 15.-én még 38<sup>50</sup>. Szeptember 18.-án negyedik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés estére 39<sup>90</sup>. Szeptember 19.-én is még 37<sup>60</sup>. A Wassermann-reactio +. Szeptember 21.-én a Wassermann-reactio negativ. Összes kezelés: 23 inunctio, 3 neosalvarsan (0,30, 0,30 0,45 gr.) és 4 tejinjectio (5, 8, 10, 10 cm<sup>3</sup>).

4. eset. V. L.-né 22 éves, gyári munkás neje. Fölvettük 1917 augusztus 9.-én. Eddig még nem kezelték. Negativ luesanamnesis. Lueses tünetei általános adenitisből és a genitalékon levő számos hypertrophiás papulából állanak. A Wassermann-reactio igen erősen positiv (+++). Az antilueses kezelés 1 sublimat-injectióval indul meg. Augusztus 10.-én a további kenés-kúra inunctiókból (à 3 gr.) és helybelileg calomelpasta alkalmazásából áll. Augusztus 27.-én első neosalvarsan (0,3). Augusztus 29. Eddig 10 kenést végzett. Első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39<sup>50</sup> ig, augusztus 30.-án még 37<sup>10</sup>. Szeptember 7.-én a Wassermann ++++. Második tejinjectio (8 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39<sup>60</sup>-ig. Másnap, szeptember 8.-án még 38<sup>40</sup>. Szeptember 14.-én harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39<sup>40</sup>-ig. Szeptember 18.-án a Wassermann ++++. Negyedik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39<sup>0</sup>-ig. Szeptember 21.-én második neosalvarsan (0,45). Szeptember 24.-én ötödik tejinjectio (6 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39<sup>60</sup>-ig. 30 inunctio befejezve. Szeptember 28.-án a Wassermann-reactio ++++. Október 1.-én hatodik tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 38<sup>30</sup>. Október 2.-án a Wassermann ++++. Október 6. án harmadik neosalvarsan (0,45). Október 8.-án hetedik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 38<sup>20</sup>. Október 12.-én a Wassermann ++. Október 13.-án nyolcadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 37<sup>60</sup>. Október 16.-án a Wassermann-reactio negativ.

Összes kúra, mely alatt a complet positiv Wassermann-reactio negativvá vált, 1 sublimat-injectióból, 3 intravenás neosalvarsan (0,3, 0,45, 0,45) injectióból s 30 kenésből (à 3 gr.) állott. Ezenkívül a mesterséges lázat 8 tejinjectióval érték el.

5. eset. K. J. 18 éves pinczérnőt 1917 augusztus 18.-án vettük fel osztályunkra. Urethritis gonorrhoeica. Ulcera mollia. Lueses anamnesis negativ. Idáig még nem kezelték. Lueses tünet nem található, de mérsékelt általános adenitis. A Wassermann-reactio igen erősen positiv (+++). Lues latens. Az antilueses kúrát 1 sublimat-injectióval indítjuk meg. Kenőkúra. Szeptember 1.-én első neosalvarsan-injectio (0,45 gr.). Szeptember 10.-én kis lágyfékelyei begyógyultak. Szeptember 11.-én első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Rázóhideg. Legmagasabb hőmérsék 40<sup>20</sup>. Másnap, szeptember 12.-én herpes febrilis a felsőajkon és b. szemhéjakon. Szeptember 15.-én második neosalvarsan (0,45 gr.). Szeptember 18.-án második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérsék 37<sup>60</sup>. Szeptember 19.-én a Wassermann-reactio +. Eddig 20 inunctio. Szeptember 20.-án harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39<sup>90</sup>-ig. Szeptember 26.-án a Wassermann-reactio ++. Szeptember 29.-én a Wassermann-reactio ++. Aznapon harmadik neosalvarsan (0,45 gr.). Október 1.-én negyedik tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 39<sup>80</sup>. Október 2.-án a Wassermann-reactio negativ. Összes kezelés 1 sublimat-injectio, 33 kenés, 3 neosalvarsan (à 0,45 gr.) és 4 tejinjectio (5, 10, 10, 5 cm<sup>3</sup>).

Az eset körtörténetében az a feltűnő, hogy az antilueses kezelés és két tejinjectio nyomán a +++ Wassermann-reactio +-re csökkent. A következő vizsgálat azonban, a mikor már negativ reactióra számíhattunk, váratlanul ++-es Wassermann-t mutatott, a mi a harmadik tejinjectio nyomán is jelentkezett. Erre analogiát Scherber<sup>11</sup> észlelésében találunk, a ki néhány latens syphils-esetnek tejinjectióval való kezelésétől a negativ Wassermann-reactiónak gyenge vagy közepérs pozitív reactióra való fordulását észlelhette. Az észlelés megfelel Thaller és Brauer tapasztalásainak, a

kik mesterséges lázzal (tejinjectio) latens malaria-esetet manifestté változtattak. Hogy a betegségnek ily megbolygatósa, illetőleg fölkavarása, végeredményben mégis csak kedvezően látszik hatni, az abból következtethető, hogy esetünkben az antilueses kúra folytatása és egy újabb tejinjectio (a negyedik) hamarosan negativ reactiót idézett elő.

Minden orvos, a kinek tapasztalása van e téren, láthatja, hogy a most leírt esetekben az antilueses kúra nem volt oly mértékű, hogy az egymagában negativvá tudta volna változtatni az igen erős positiv reactiót. Annak ellenére, hogy általánosabb tapasztalásról van szó, mégis controllvizsgálatokat is végeztünk e kérdésre nézve. Mintegy 20 esetben a friss lueses tüneteket mutató betegeket 30—40 kenéssel és 2—3 neosalvarsan-injectióval kezeltük. A kezelés befejeztével azután, a mikor a tünetek már jóval előbb teljesen elmúltak, vérvizsgálatot végeztünk. A Wassermann-reactio azonban kivétel nélkül erősen positiv maradt.

Eseteink tehát azt látszanak bizonyítani, hogy a positiv Wassermann-reactio, mely az általános tapasztalás szerint még korai syphils-esetekben is jóval resistensebb az antilueses kúrával szemben, mint a klinikai tünetek, aránylag nem erős kúrára teljesen negativvá válhat, ha az antilueses kúra folyamán tejinjectió reactiót iktatunk közbe.

Egyelőre más, távolabbi következtetésre egyáltalán nem vagyunk jogosítva. De viszont bizonyos, hogy ez a tapasztalás sok kilátást nyújt a syphils-therapia javítására, a miért is a kísérleteknek ezen az alapon való folytatása a legnagyobb mértékben indokoltnak látszik.

Eddigi tapasztalásunk szerint semmi módunk sincsen arra nézve, hogy előre sejtessük, melyik syphils-esetben várható siker a kombinált kezeléstől. Úgyszólván a legtöbb secundaer syphils-esetünk banális, de kifejezett tüneteket mutatott s az esetek legtöbbszörében előzetes kezelés nem ment végbe. A tünetek legnagyobb részben vagy az első általános eruptióra, vagy az első esztendőn belüli recidivákra vonatkoztak. A betegek életkora is nagyban egyezett. A külső feltételek nagyjában tehát egyformák voltak s a kezelés eredménye mégis elütő volt. Gyógyító kísérleteinknek ugyanis csak egy részében tudtuk a teljes sikert (negativ Wassermann-t) elérni.

Érdekes, hogy közepes eredmény, pl. az erős positiv Wassermann-reactiónak csak meggyöngyülése, de nem negativra fordulása, alig fordult elő. Tapasztalásunk szerint, mihelyt az igen erős positiv Wassermann-reactio (++++) megingott s ++ vagy +-sé vált, a következő 1—2 tejinjectio (olykor az antilueses kúrának még rövid folytatásával kapcsolatosan) a teljesen negativ reactiót hamarosan előidézte. Félúton tehát alig állnak meg az esetek, mert a fordulat csekély kitartás mellett hamar szokott bekövetkezni. A fontos s mondjuk a nehéz rész csak abban áll, hogy a positiv reactiónak gyengülése meginduljon. A másik véglet, mely eddigi tapasztalásunk szerint az eseteknek nagyobb részére áll, abban mutatkozik, hogy az erős positiv Wassermann reactio a tejinjectók (s a kísérleti, aránylag csekély antilueses kúra) hatása alatt változatlanul megmarad.

A tejinjectiók lueses egyénekben elég erős lázas reactiót szoktak fölidézni. 39<sup>0</sup>—40<sup>0</sup>-os hőemelkedések az injectiót követő 6—8. órában igen gyakran bekövetkeznek. Az egyes tejinjectiók ugyanazon egyéneken is különböző fokú reactiót okoznak. Teljesen hőemelkedés nélkül csak kevés tejinjectio jár. Olyan eset, mely többszöri tejinjectio esetén egyszer sem reagált volna lázzal, nem fordult elő.

Közelfekvő volt eleinte az a gondolat is, hogy a tejinjectiókkal kombinált antilueses kezelés talán leginkább azokban az esetekben jár a legjobb eredményre, a melyekben a lázas reactio a legmagasabbnak mutatkozott. Ez azonban nem áll, mert igaz ugyan, hogy kedvezően befolyásolt eseteink legalább egy-két ízben magas (39<sup>0</sup>—40<sup>0</sup>) hőemelkedéssel reagáltak, de mégsem tagadható, hogy a teljesen resistens esetek legnagyobb részében is találkoztunk magas lázas reactiókkal.

<sup>11</sup> Scherber: Wiener Dermat. Gesellschaft, 1917 április havi ülés.

Közlemény a munkáskórház belgyógyászati osztályáról.

## A has-gümőkór kombinált belgyógyászati kezelése.

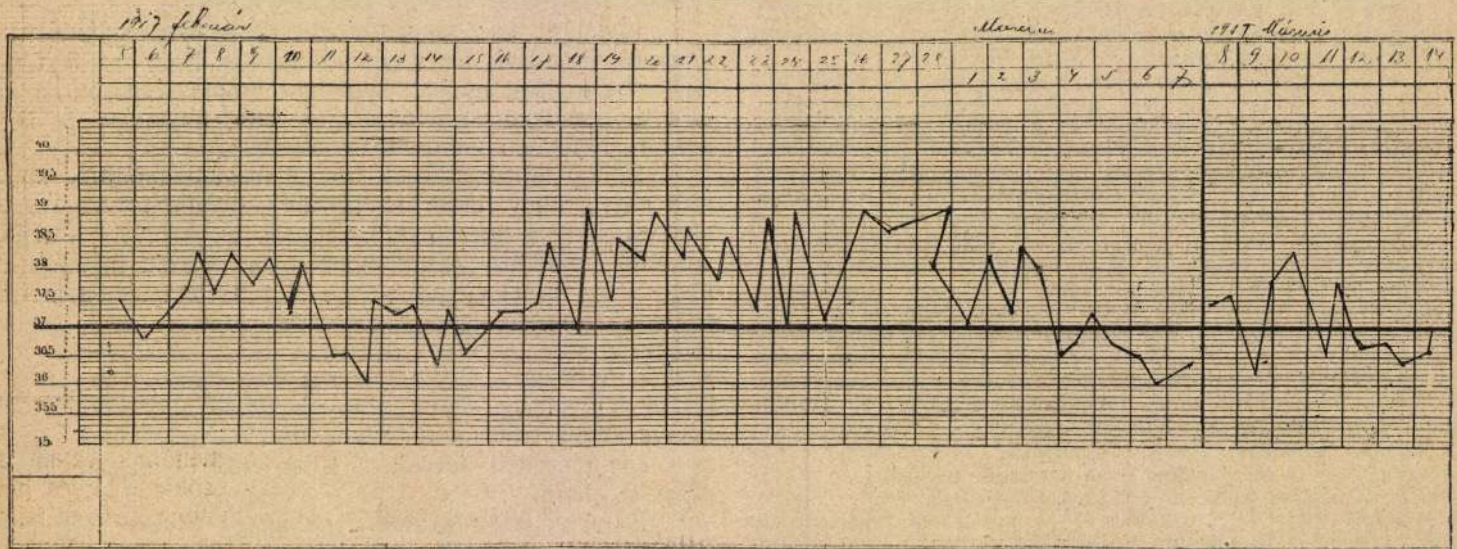
Irta: Friedrich Vilmos dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos.  
(Folytatás.)

Az utóbbi években közepmagasságú helyeken, úgyszintén a tengerszintjén, a tengerparton is a napfénybesugárzás hatásának tették ki a gümős hashártyalobban szenvedőket. Így például *Jerusalem*<sup>8</sup> a 768 méter magasságú grimmensteini sanatoriumban épp oly jó eredményeket ért el a napfénykezeléssel, mint a svájci magaslati helyeken. Az Adria-parti hospiciumokban gyermekeken értek el napkúrával csont-, mirigy-, bőr- s belsőszervi gümőkór esetében, főleg pedig gümős hashártyalob eseteiben igen jó eredményeket, noha ismeretes, hogy az igen magas helyeken nagyobb a fény ereje. Míg például Davosban (1500 m.) a napfény 3 óra alatt elpusztítja a Koch-bacillust, addig ehhez Wald-Zürichben (903 méter magasságban) már 4 óra s a tengerparton 5 óra szükséges.

igénybe, a beteget reggel és este eleinte enyhébb hatású jódform-, guajacol- vagy jódkáli-kenőccsel, esetleg a leg-erősebb hatású, gyorsan nagyobb fokú vérbőséget előidéző sapo kalinussal bedörzsölttem. Az unguentum cinereum-bekenésektől — a mellett, hogy bőrlobot okoztak — eredményt sohasem, vagy alig észleltem; épp így kevés, alig figyelembe vehető eredménnyel járt a jod-, jódkáli-, jódform-, illetve guajacol-kenőcs használata, úgy hogy az ezen kenőcsökkel való kenéseket abbahagyattam és csakis a sapo kalinus-bedörzsöléseket alkalmaztattam naponta egyszer. A bekenet hasterületet a szoba hőmérsékletén szárítottam  $\frac{1}{2}$ —1 órán át, hogy a betegek meztelen teste ezzel is megszokja a szabad levegőt. Két napi bedörzsölés után a beteget harmadnap a kórház terasse-ára tolták ki, hol eleinte félórán át, majd egy-két-négy órán át fektült a szabadban.

A szabad levegő megszokása után bekenettem a hasat oly sapo kalinus-kenőccsel, melyhez egy héten át naponta egy csepp, majd hetenként emelkedőleg egy-egy cseppel több tuberculint kevertek, de 6—8 csepp tuberculinnál többet tartalmazó adagot nem alkalmaztam. A beteg a bekenés után

II. tábla.



Ez a megfigyelés azonban korántsem gyengíti azt a tényt, hogy az 1200 méternyi és ennél magasabb helyeken az insolatio jobb hatású; ismeretes ugyanis, hogy e helyeken a szél kevesebb, a köd kevés és múló s a hő sugarak — különösen ha a hó-, a jég- vagy a gletscher-felületről visszaverődnek — intenzitása fokozottabb, miáltal a levegő radioaktivitása is nagyobb; továbbá a magaslati helyeken az esős időszak rövidebb, a napsugár állandóbb és hosszabb ideig tartó s a levegő tisztább. Kétségtelennek tartom, és ezt hangsúlyozom is, hogy a napfénnel való kezeléskor a magaslati helynek igen sok előnye van az alacsonyabb vagy a lapályos helyen alkalmazott napgyógyomóddal szemben.

A napfénykezelést lapályos helyen hashártyagümőkór eseteiben azért kíséreltem meg, mert socialis okoknál fogva igen kevés betegnek van rá módja, hogy gyógyulása érdekében magaslati helyet keressen fel és specialis klimatikus gyógytényezőket vagy magaslati sanatoriumot vegyen igénybe. Legkevésbé éppen azoknak van rá módjuk, a kik között a tuberculosis leginkább elterjedt; értem ezalatt a rosszul és fogyatékosan táplált, egészségtelen lakásban élő munkásosztályt.

Gümős hashártyagyulladásban szenvedő betegeimen a pestújhelyi munkáskórházban 119 méternyre a tenger színe fölött fekvő kórházi osztályomon az 1913. év vége és fokozottabban az 1914. év eleje óta a következő kombinált módszert használtam: a diagnosis pontos megállapítása után, a mihez a tuberculin-oltást minden esetben sikerrel vettem

a mellkasát s alsó végtagjait jól betakarva, meztelen hasát eleinte öt, majd 8—10, azután 15, s megszokva a procedurát, 30—60, sőt 120 perczen át a napon szárítja. Betegeim ezt a levegőkúrát kemény tél idején éppúgy, mint nyáron, aránylag igen jól tűrték úgy, hogy csak egyes, a hideg iránt túlérzékeny betegeknek tettem azt a concessiót, hogy az első egy-két héten át bekenet hasukat szobájukban fekvé, de azért a napon órákon át száríthatták.

Éjjelre a beteg hasát széles flanelpólyával nem túlszorosán bekötöttem s ugyanezt az eljárást követem egész nap oly időben, a mikor a nap nem süt; de azért a beteget ily napokon is a szabad levegőre fektetem. A flanelkötést illetőleg megjegyzem, hogy a betegek e kötést igen jól szívlelik, sőt dicsérik és kérik, mert alatta a peritonitis tbc. legkülönbözőbb alakjaiban a fájdalmak csökkennek s a betegek jobban érzik magukat.

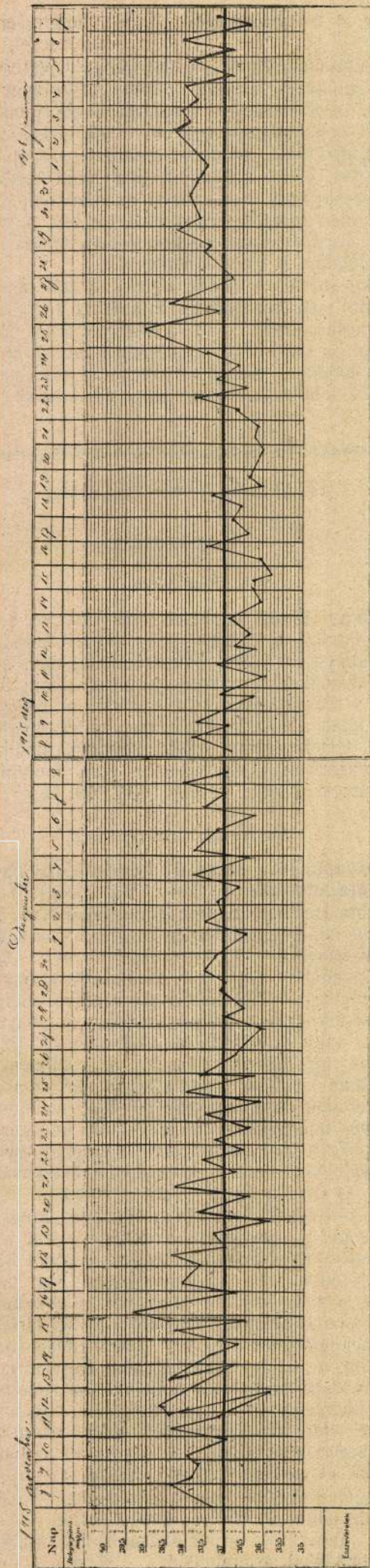
A diuresis elősegítése céljából mindig jó s pontosan beálló eredménnyel használtattam a kísérleteim alapján az irodalomba bevezetett s azóta mások által is kipróbált és használt urea pura<sup>9</sup> nagy adagjait (10—15 gr. 150 gr. vízre, két óránként egy evőkanálnyit), de csakis teljesen ép vesék esetén.

E módszerrel 20 beteget kezeltem. Az egyesek kórtörténetének felsorolása helyett ideiktatom a kórtörténetek kivonatát tartalmazó táblázatos áttekintést. (I. tábla a múlt számban.)

<sup>9</sup> Friedrich. Az urea húgyhajtó tulajdonságáról. Magyar Orvosi Archivum, 1892. — Ueber die diuretische Wirkung des Harnstoffes. Berliner klinische Wochenschrift, 1906.

<sup>8</sup> Jerusalem. Wiener klin. Wochenschrift, 1913.

III. tábla.



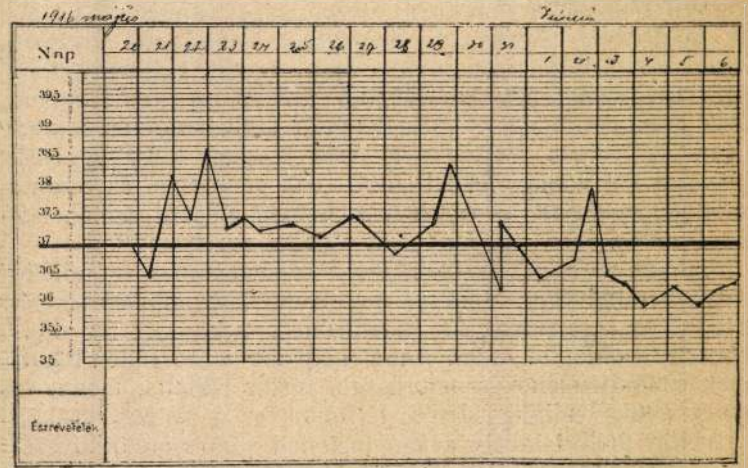
Ezen a hygienés-diaetás kezeléssel is kombinált gyógyító eljárás eredménye már az első hetekben abban mutatkozott, hogy a betegek testi ereje javult, a hasban érzett fájdalmak csökkentek, a feszülés kinzó érzése megszűnt, a hőemelkedés lassan, de fokozatosan csökkent, az étvágy javult, a testsúly gyarapodott, a has körfogata kisebbedett, a vizelet napi mennyisége emelkedett.

A javulás legszembeötlőbb első tünete a láztypus megváltozása, mert a hektikus vagy állandó jellegű lázak helyébe subnormalis, majd normalis temperatura lép, mint ezt például a 8. beteg láztablája mutatja. (II. tábla.)

A hőemelkedés csökkenésének még gyorsabb beálltát a napfénybesugárzás alkalmazására a 6. számú betegen észlelhettem. (III. tábla.)

De még ennél is gyorsabb javulást láttam az első számú betegen, a ki a megbetegedés 15. napján került észlelésem és kezelésem alá s a kinek nem magas láza (maximum 38.6) már a 15. napon megszűnt s többé vissza sem tért. (IV. tábla.)

IV. tábla.



Igen érdekesnek s feljegyzésre méltónak vélem a 11. számú betegen a hőemelkedés lassú csökkenését és heteken át való szünetelését. Amde a csúcspont hirtelen fellobbanásával (márczius 2.-án; V. tábla) a has körfogata növekedett, a lázas hőmérséklet jelentékenyen felszökött; e tünetek azután súlyosbodtak és folyton rosszabbodtak.

A subjectiv és objectiv tünetesoportokat, melyekhez a közérzet és a kedélyhangulat megváltozása társul, igen szembe-tűnő tünet kíséri: a hasfal bőrének szokatlanul erős festenyezettsége. A bőr festenyezettségének keletkezésével, ennek mikéntjével e helyütt foglalkozni nem akarok. Találunk erre elég magyarázatot az igen nagy és bő erre vonatkozó irodalomban. E helyütt csak azon észleleteimről óhajtok beszámolni, hogy a festenyezettség — tapasztalataim szerint — annál intenzívebbnek és tartósabbnak látszott, minél kedvezőbb volt a javulás s a gyógyulás eredménye. Heile<sup>10</sup> viszont a festenyezettség fokát a gyógyulás eredményétől függetlennek tartja s látott oly esetben is gyógyulást, a melyben alig volt festenyezettség. A festenyezettség a gyógyulásra való praedispositio jelének tekinthető oly értelemben, hogy a jelentkező erős testenyezettség Strahlmann<sup>11</sup> szerint az erősebb és nagyobb fokú egyéni ellenállóképesség jele.

A bőr e festenyezettségét a napsugár pótlására használt mesterséges fény is elűzi, de az sohasem oly intenzív, sem oly hosszú ideig tartó, mint az, a melyet a nap okoz. A festenyezettséget rendszerint a has bőrének pirja, erythemája előzi meg, de ez az én eseteimben egyszer sem akadályozta a további kezelést, mivel a természetes fénykezeléshez mintegy hozzászoktattam betegeimet, másrészt a kezelés első napjaiban óvatosan fogtam hozzá a bekenéssel kapcsolatos napsugár-

<sup>10</sup> Heile: Zur Strahlenbehandlung der chirurgischen Tuberculose. Zeitschrift für Tuberculose, 27. kötet.

<sup>11</sup> Strahlmann: Die Therapie der Peritonitis tuberculosa und die Bestrahlung mit Quecksilberlampe, 1916.

kezeléshez. Ha a már erősebben festenyezett és bekent hasbőrt hosszabb ideig tesszük is ki a napsugárnak, a bőr nem lesz erythemás.

(Folytatása következik.)

## Havas Adolf

A magyar dermatológiát nagy veszteség érte. *Havas Adolf* tanár e hó 5.-én rövid szenvedés után meghalt 64 éves korában. Meghalt teljes életterjedésének s munkásságának közepén, a mikor nagy tapasztalása és leszűródött tudása még sok gyümölcsöt hozhatott volna a tudomány, az orvosképzés és az emberiség javára.

*Havas* mintaképe volt a jó orvosnak. Nagy tudása egyesült nagy tapasztalásával, kitűnő emberismeretével s kedves modorával. Kevés oly megnyerő, lebilincselő modorú orvosa volt rendünknek, mint a minő ő volt. Lelki tulajdonságai oly szerencsés keverékből állottak a szívjóságnak, élénk gondolkodásnak s jó kedélynek, hogy mindenki, a kivel a sors összehozta, megszerette. Nem hiszem, hogy egyetlen ellensége lett volna. Annál több volt a barátja és őszinte tisztelője, nemcsak az országban, hanem messze annak határain túl is.

Sikereiben gazdag életpályája szerencsésnek mondható csaknem mindvégig. Büszkén mondhatta, hogy minden sikerét egyedül szorgalmának s kitartásának köszöni. Ez mindenre boldogító tudat. Annál nagyobb volt minden barátjának és tisztelőjének szomorúsága, mikor láthatta, mennyire fájt az addig mindig derűs férfiúnak az a súlyos családi veszteség, melyet tavaly a kéréhetetlen sors szerető hitvesének halálával reámért. Rövid időre úgy látszott, mintha a daliás megjelenésű férfiú elvesztette volna lelke szilárdságát, de csakhamar hivatására, tanári és főorvosi működésére gondolva, a melyhez annyira ragaszkodott, a fokozott munkában keresett vigaszt. A távolabb álló is örömmel láthatta, hogy azt meg is találta s hogy megnyugodott. Valószínű azonban, hogy betegségének első jelei már akkor mutatkoztak.

Tudományos pályája állandó emelkedést mutatott. Miután mint tanársegéd a kórbonczani tanszék mellett működött, a két éven át élvezett *Schordann*-féle ösztöndíjjal külföldre ment s ott a dermatológiában képezte ki magát. Határozottan az akkortájt nagy hírű bécsi dermatológiai iskola hívének vallotta magát. Visszaérkezve hazájába, a hol a dermatologia mint önálló disciplina még gyermekéveit élte, *Poór Imré*-n és a fiatalabb *Schwimmer*-en kívül ő volt főként az, a ki akkoriban, a nyolczvanas évek elején, a dermatológiai és venerológiai szakmát a magyar orvosok között tudományosan művelte.

Már korán jutott vezetőállásba, előbb mint a poliklinika bőr- és bujakórtani osztályának vezetője, később pedig a székesfehérvárosnak különböző dermatológiai osztályain mint főorvos. Végül 1910-ben mint a korán elhunyt *Róna Sámuel* utóda a Szent István-kórháznak nagy bőrgyógyászati osztályát vette át, melyet haláláig vezetett. E régi nagy osztályban találta meg azután hivatásának igazi helyét.

Irodalmi működése, mely egy szövettani munkával indult meg, a dermatológiának és venerológiának számos fontos ágára vonatkozik. Irodalmi működését nem annyira a nagy productivitás, mint inkább a nagy gyakorlati tudás és tapasztalás jellemezte. Irodalmi munkásságának egy részében sok sikerrel foglalkozott a prostitutio szanálásának nehéz kérdésével. Ezenkívül több kézikönyvnek és gyűjtőmunkának neves munkatársa volt. Mint kitűnő therapeuta évtizedeken át dominálta a praxist. Erős kartársi érzülete és szaktudományának szeretete a külföldi congressusok szorgalmas látogató-

jává tette s e minőségben gyakran vett részt a discussionokban.

Előadása mindig élénk, talpraesett volt, a hallgatóság figyelmét mindvégig teljesen lekötötte. Egyetemi előadásainak élénksége, szellemessége, valamint nagy gyakorlati értéke mindenkor sok hallgatót vonzott. Évek hosszú során át sok száz meg száz fiatal medikust tanított egyaránt lelkes hévvel és odaadással előbb a fiatal docens, majd később a meglett korú professor. És e sok fiatal medikusból megannyi, az ország minden részében működő orvos lett, a ki mind nagy szeretettel gondolt vissza egykori kedves tanárára. Valóban a legszebb jutalma a tanító orvosnak!

*Havas Adolf* elköltözött ugyan az élők sorából, de azért emléket mi visszamaradtak mindenha kegyeletesen fogjuk őrizni. Nincsen többé, — de a betegek iránti jóságos szíve, hallgatóival és tanítványaival szemben tanusított közlékeny és közvetlen modora, valamint collegialis érzülete túléli porhüvelyét és nem engedi meg, hogy elfelejtsük!

*Guszman.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Sebészet.

**Mellkasi lövési sérültek**, írja *Schultze*, kiknek a mellüregében maradt a lövedék, nem ritkán fájdmakról és a légzés akadályozottságáról panaszkodnak, úgy, hogy ily esetekben a lövedéket okvetlenül el kell távolítani. A löveg megtalálására a szerző hosszú tűt használ, a melyet Röntgen-átvilágítás alatt a lövegre reászúrva, ennek mentén keresi fel az idegen testet. Három esete kapcsán ajánlja ezen activ therapiát, azonban a beavatkozás nem mondható relative veszélytelennek. (Mediz. Klinik, 1917, 19. sz.) *M.*

#### Venereás betegségek.

**A novasurolról mint új kénesősórol és a kénesőkezelés alapelveiről** ír *Zieler* (Würzburg). A szerző több éves tapasztalása alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy a novasurol minden tekintetben megfelel azoknak a követelményeknek, melyeket a jó kénesőkészítménytől megkívánunk. A jó készítménytől meg kell kívánnunk, hogy vele nagy kénesőmennyiséget vihessünk a szervezetbe, mely erélyes és gyors hatást fejthet ki, a nélkül azonban, hogy nagyobb mellékhatások vagy károsodások történjenek. Ez a cél a novasurollal, úgy látszik, elérhető. A készítmény az asurolhoz hasonlóan kettősső. Tudjuk, hogy már az asurol is igen hatásos szer volt, de sajnos, sok mérgező mellékhatással bírt. *Zieler* 5 éves tapasztalása mintegy 5000 novasurol-injectióra vonatkozik. Ez alapon határozottan kiemeli, hogy a novasurol a legjobban eltűrt oldható kénesősó. Mellékhatásai aránylag gyérek és nem hevesek. Fontos, hogy az injectiók alig fájnak s beszűródéssel úgyszólván sohasem járnak. Ez érthető, tekintve, hogy a novasurol a fehérjét nem csapja ki. A novasurolnak átlagos adagja a 10%-os oldatból kétnaponként 2 cm<sup>3</sup>. Ily módon igen nagymennyiségű Hg vihető be a szervezetbe, a mely azonban elég gyorsan el is hagyja magát. A 10%-os oldatnak 2 cm<sup>3</sup>-ében a Hg-tartalom 0.068. A kénesőmennyiségnek aránylag gyors kitakarodása miatt a novasurolnak a hatása aránylag nem nagyon tartós. A hol tartós, igen kiadó kúrát kívánunk, ott ma sem nélkülözhető a calomel, illetőleg a tartós hatás dolgában hozzá legközelebb álló szürke olaj. A novasurolt a szerző ezért a következő módon alkalmazza és ajánlja: 1. Gyors és jó hatás elérésére kitűnően elviselhető oldható anyag az új készítmény, melynek segítségével igen magas kéneső-mennyiségeket tudunk a szervezetbe vinni. 2. Erélyes kéneső-kurák bevezetésére is igen jó a novasurol, a mely csakhamar szürkeolaj-, sőt calomel-injectiókkal kombinálható. Eképpen a novasurolnak

igen gyors és erélyes hatása az oldhatatlan készítmények (szürke olaj, calomel) kiválóan tartós hatásával összekapcsolódik. A szerző igen gyakran teszi azt, hogy hetenként háromszor ad novasurolt, egyszer pedig szürkeolaj-injecciót. A novasurolt kezelés természetesen jól kombinálható salvasan-kezeléssel is. (Münchener med. Wochenschrift, 1917, 39. szám.)

Guszman.

### Gyermekorvostan.

**A thymus-hyperplasiának Röntgen-besugárással gyógyításáról** számolt be *Birk* a „Kriegstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde“ Lipcsében tartott ülésén. Különbséget kell tenni az ú. n. status thymico-lymphaticus és az egyszerű thymus-hyperplasia között, mert míg az első nem veleszületett, hanem az idők folyamán fejlődő és az egész nyirokrendszerre kiterjedő megbetegedés, addig a második — a hyperplasia — veleszületett állapot. A míg a status thymico-lymphaticusban a halál szivhűdés folytán áll be, addig a hyperplasiában a halál mindig fulladás következménye; a mirigy nagysága miatt már a legzsegebb korban is az összenyomott légcső szűkebb nyílással bír, ha most valamely ok folytán a thymus még jobban megduzzad, akkor a fulladás elkerülhetetlen. A status thymico-lymphaticusnak gyógykezelésében csak a táplálkozás szabályozása jöhet szóba, a thymus-hyperplasiában ellenben sebészi eljárások vagy Röntgen-besugárzások teszik a terapia alapját. Őt esetéről számol be, a melyek besugárzásokra nagyon szépen és gyorsan gyógyultak és egynek kivételével hosszú, évekre menő megfigyelés dacára sem látta a mirigy regenerációját, a hyperplasiának újból kifejlődését. A besugárzásoktól semmi baj sem származott. A hyperplasia körjelzésére a három főtünet használható fel: a stridor, a thymus feletti tompulat és a Röntgen-képen látható nagy thymus-árnyék. A többi tünet közül felemlíthetők a dysphagia, a fulladás-rohamok és a kifejezett lymphocytosis. Egyik esetében familiaris hereditás volt kimutatható. (Wiener klinische Wochenschrift, 1917, 46. szám.)

Bókay Zoltán dr.

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1917, 49. szám. *Stein Lajos*: A Bruck-féle caviblen-therapia. *Horváth Ferenc*: A fül harcztéri megbetegedései és sérülései.

**Budapesti orvosi ujság**, 1917, 50. szám. *Doktor Sándor*: A tuberculosis tanának kiépítése. Aspecifikus gümőkóros megbetegedések a nőgyógyászat terén.

### Vegyes hírek.

#### Az Orvosi Hetilap, Gyógyászat és Budapesti Orvosi Ujság tisztelt előfizetőihez.

A nyomdaköltségeknek újévre bejelentett hallatlan emelése azon nyomasztó kényszerűség elé állítja az alulírt orvosi lapok kiadóit, hogy lapjuk előfizetési díját 1918 január 1.-étől az eddigi évi 28 koronáról 40 koronára emeljék. Reméljük, hogy a háború alatt utoljára vagyunk ilyen kényszerhelyzetben s hogy a békekötés után ismét a normalis színvonalra szállíthatjuk le az előfizetés díját.

Budapest, 1917, december hó 13.-án.

Az Orvosi Hetilap, Gyógyászat és Budapesti Orvosi Ujság kiadói és szerkesztői.

**Kinevezés.** *Magyar Samu* dr.-t Aradon tiszteletbeli városi tiszt, orvosá, *Longauer Lajos* dr.-t apatini járásorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Torday Béla* dr.-t Nagykőrös város ügyvezető orvosává választották.

**A Magyar Fogorvosok Egyesülete** a poliklinika fogászati osztályán állandó fogorvosképző-tanfolyam szervezését határozta el; a tanfolyam vezetését *Szabó József* dr. és *Salamon Henrik* dr. egyetemi magántanárokra bízta.

**Schächter Miksa**-emlékünnepet tart a Budapesti Orvosi Kör december 22.-én 1/27 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében. Az emlékezésedet *Prochnov József* mondja.

**A német bajtársi szövetség** orvosi szakosztálya által *Berlinben* rendezendő gyűlést 1918 január hó 9.-éről január hó 23.-ára halasztották. A részletes program még e hó folyamán megjelen.

**Közegészségügyi ministerium Ausztriában.** *Seidler* osztrák miniszerelnök legközelebb a parlament elé terjeszti a közegészségügyi ministerium (Ministerium für Volksgesundheit) szervezésére vonatkozó törvényjavaslatot. Az új ministerium ügyköre a következőkre terjed ki: 1. Az ember fertőző betegségei elleni küzdelem. 2. Részvétel azon állategészségügyi kérdésekben, melyek az ember egészségügyét is érintik. 3. Városok egészségügye. 4. Közlekedési higiéné. 5. A táplálkozás higiénéje. 6. Az ifjúság egészségügyi gondozása. 7. Ipari és baleseti egészségügy. 8. Betegápolás és gyógyítás. 9. Börtönegészségügy. 10. Gyógyszerészügy. 11. Hullaugyek. 12. Hadi rokkantak és károsultak egészségügye. 13. Az orvosi gyakorlat és egyéb a betegek körüli tevékenység kérdése. 14. Közegészségügyi statisztika. 15. Az egészségügyre vonatkozó egyetek, intézmények, alapítványok ellenőrzése és szervezése.

## Felette sürgős

az Orvosi Évkönyv kérdőíveinek visszaküldése, mert az Évkönyv a napokban már nyomás alá kerül.

A szerkesztőség ::  
Budapest, VII., Kertész-utca 16 szám.

**Dr. Doctor** orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

**TÁTRA-SZANATÓRIUM** Ótátrafüreden.

Dietetás-physikalás magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban. Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegék, anyagcserebetegék (cukor-baj, köszvény), nearastheniások, vérszegények, kimerültek részére. Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

**Dr. Batizfalvy-fele** Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógyászati, villamos kezelések. Hizlaló, soványító kurák. Bejáróknak is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.

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

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

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

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

**DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete** VIII., Mária-utca 31.

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

Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. **Dr. RAJNİK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

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

**Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet**

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.)  
Telefon. Iroda: József 91-47. Telefon. Orvosok: József 95-08.  
Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.

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

**Dr. Réh** Elektromagneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.  
Az összes modern villamos gyogymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — bennlások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

**Dr. SZONTAGH MIKLOS** gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Helietherapia.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIV. rendes tudományos ülés 1917 november 3.-án.) 676. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XIV. rendes tudományos ülés 1917 november 3.-án.)

Elnök: **Buday Kálmán.**Jegyző: **Molnár Béla.**

## Háborús himlőjárványok.

**Pécsi Dani:** A világháború alatt sikerült a hadseregben pusztító járványokat hamarosan elfojtani, a polgári lakosság azonban még ma is szenved a háború ajándékozta járványos betegségekben.

Az előadó a különböző fertőző betegségek közül a hólyagos himlő elterjedését ismerteti és statisztikai térképen demonstrálja, hogyan terjed járványszerűen a hólyagos himlő az ellenség déli és északkeleti betörése helyétől a különböző országrészekre.

1915-ben 1815 halottunk volt hólyagos himlőben, 1916-ban már 6200 és 1917 első hét hónapjában 2462.

Ha 1915-ben szigorú óvintézkedések történtek volna, meg lehetett volna gátolni a hólyagos himlő országos elterjedését.

Országrészek szerint kevésbé pusztított a járvány a Duna bal partján, nagyobb mértékben a Duna-Tisza közén, a Tisza jobb partján, a Tisza-Maros szögén, legnagyobb mértékben a Tisza bal partján, a Királyhágón túl és Horvát-Szlavonországban. A törvényhatósági városok közül pedig Budapesten, Debreczenben és Nagyváradon úgy 1916-ban, mint 1917 első két hónapjában.

Az országrészek közötti fertőzési különbséget az előadó szerint az egyik országrész jól és a másik országrész rosszul oltottsága okozta. Az előadó azután bemutatja a három háborús év himlő-statisztikáját hónaponként, melyből kiviláglik, hogy a járvány a meleg nyári hónapokon következetesen mindig csökkent, a hideg és hűvös hónapokban pedig mindig növekedett, majd azt ajánlja, hogy a járvány elfojtása céljából oltunk be mindenkit, a ki még nem, vagy már régen nem volt beoltva, még pedig oltunk jól, úgy, hogy az oltás legalább négy jól kifejtett pustulát eredményezzen.

Végre ajánlja az előadó, hogy a fertőző betegségek hallgatása egyetemeink orvosi karán mint külön tárgy kötelezővé és szigorlat tárgyává tétessék, mert a járványok elfojtásának első alapfeltétele, hogy az orvos a betegséget kellő időben felismerje. Az előadó azt hiszi, hogy nem túloz, ha feltételezi, hogy orvosaink kétharmada hólyagos himlőt még nem látott.

Hólyagos himlőre gyanu esetén megköveteli a laboratóriumi vizsgálatot, a *Paschen*-féle efflorescentia-váladék mikroszkopi vizsgálatát, vagy a *Paul*-féle inoculációs kísérletet.

**Entz Béla:** 1915-ben alkalma volt Zemplénben a himlőjárvány kitörését és elterjedését megfigyelni. Az első megbetegedések 1915 májusban voltak, de akkor néhány eset után a megbetegedések megszűntek. Az újabb járvány 1915 augusztusban tört ki, mikor S.-A.-Újhely közvetlen közelében egy cigánykaraván tagjain tört ki a himlő. A karavánt rögtön beszállították a megfigyelő-állomásra, a hol körülbelül 4 hét alatt megszűnt a járvány a cigányok közt, de a város lakossága közt a baj tovább terjedt. A járvány leküzdésére a vármegyei tiszt főorvos javasolta a kényszeroltásokat, de az alispán nem rendelte el az oltást imperative s a belügyministeriumhoz intézett felterjesztésre is csak facultativ oltást rendeltek el, ezért húzódtott tovább a járvány. A himlő felismerését illetőleg utal az oltások kifejlődésének megfigyelésére, a miből minden orvos ismerheti a himlő kifejlődését, még akkor is, ha himlőt nem látott megelőzőleg. Az oltások befolyását illetőleg megjegyzi, hogy nemcsak nem oltott, hanem egyszer-kétszer oltott egyének is megbetegedtek, de enyhébb formában (variolois). A himlő leküzdését illetőleg legfontosabb a hatóságok kioktatása a himlőoltás fontossága tekintetében. Természetesen fontos az is, hogy az orvosok lehetőleg ismerjék a himlőt épp úgy, mint a többi fertőző betegséget.

**Ország Oszkár:** A tuberculosist a himlőoltás contraindicációjá-

nak tartják, még a közelmúltban is jelentek meg erre vonatkozó, de nem experimentalis és klinikai alapú közlések. Tekintve a gümőkór nagy elterjedtségét, a szó a kérdésnek jelentőséget tulajdonít. Osztályán 1915-ben vizsgálatokat végzett, melyek szerint a tuberculin-cutanreactio a himlőoltással egyidőben, majd utána végezve, nem különbözött az oltás előtt végzett reactio nagyságától, az oltás az allergiát tehát nem csökkentette. Sőt *Pincherle*, *Fini* és *Karczag* szerint fokozhatja is. A betegek tüdőállapotát az oltás hasonlóképpen nem befolyásolta. Minél kevésbé előrehaladott stadiumban végezte az oltást, annál több esetben látott fogamzást. Mindezek alapján a tuberculosis nem tekinthető a himlőoltás contraindicációjának.

**Turán Géza:** A himlőellenes oltások szempontjából igen fontos a jó és biztos hatékonyságú oltóanyag. Rendkívül sok nehézség merülhet fel ennek megítélésében ott, a hol tömeges oltás történik s az oltottak az oltás után elszélednek. A himlőnyirktermelő intézetben megbízhatónak bizonyult anyag is, nem hűvös és sötét helyen tartva, hamar elveszti hatékonyságát. Mivel tehát az oltási eredmények exact megítélése a hegeképződés és az oltás óta lefolyt időtartam alapján bizonytalan, járványos esetekben ajánlatos az újraoltás mindazon esetekben, amelyekben friss heg nem látható.

Az oltóanyag hatékonyságának elbírálása azt kívánja, hogy a hatósági ellenőrzésen kívül állandó nexus álljon fenn az oltóanyag-termelő-intézet és az oltó-orvosok közt, hogy a gyengülő vagy hatástalan anyag azonnal kivonassék a forgalomból.

**Goldzieher Miksa:** Beszámol az 1915. évi lemergi himlőjárvány leküzdéséről, a mely az erélyes hatósági beavatkozás eredményességét illusztrálja. A hatósági beavatkozás feltétele a megfelelő törvényes alap a kényszeroltás imperatív elrendelésére és a fertőtlenítés, illetve quarantine körül felmerülő tárgybéli, illetve keresetbéli károsodás megterítésére.

Nagy anyagon konstatálhatta az oltásnak hatását a morbiditási és mortalitási statisztikára.

Megemlíti végül, hogy a himlőjárvány leküzdésében eredményes therapiás beavatkozásnak bizonyult a vörös fény alkalmazása, még pedig főleg a kaliumpermanganattal való beecsetelés alakjában.

**Szontagh Félix:** Kérde az előadótól, vajon a mortalitás-statisztikának, melyről beszámolt, micsoda morbiditási százalék felel meg? Érdekelne ez különösen a klinikusokat. A mi a himlő diagnózisát illeti, arra figyelmeztet, hogy néha, különösen ha kanyarjárvány van, a himlő mindaddig, míg a hólyagos szak nem fejlődik ki, könnyen összekeverhető kanyaróval. Enyhe himlő és súlyos varicella is nagyon hasonlíthat egymáshoz.

**Pécsi Dani:** A himlő elleni első oltás legalább 8–10, az újraoltás pedig 5–6 évre ad immunitást, feltéve természetesen, hogy a vaccina lefolyása typosus volt.

Az oltóanyag-termelőintézetek anyaga jóságának kipróbálása céljából az előadó már 6–8 évvel ezelőtt beadványban kérte a belügyministeriumtól oltókörtetek kiosztását az oltóanyag-termelőintézetek részére.

Az oltóanyag-termelőintézetek mindenkor igyekeztek abszolút biztos hatású nyirkot produkálni, mely az utolsó években különösen az asino-vaccinatörzs alkalmazása mellett fényesen sikerült is, úgy qualitative, mint quantitative, annyira, hogy ma a legmesszebbmenő kívánalmaknak is meg tudnak felelni.

Ha az első és az újraoltás is sikertelen maradt, a revisio alkalmával azonnal nagy gondossággal újra be kell oltani az illetőt; ha a revisio alkalmával az oltás vagy újraoltás csak részlegesen sikerültnek bizonyul, akkor a beoltott pustulájából vagy rendelkezésre álló új anyaggal a hiány okvetetlen pótlendő, mert az immunitás csak az oltást követő 11. napon kezdődik; nem tudja eléggé hangsúlyozni, hogy csak akkor teljes az immunitás, ha legalább 4 szabályos vaccina fejlődött ki.

A kényszeroltás elrendelésére van törvényünk, de az ennek alapján való eljárás hosszadalmas, a min rendelettel kellene segíteni, hogy az egyik-másik körzetben fellépett járványt azonnal elfojthassuk. Azonban minden rendelet nélkül is az előrelátó orvos, a ki körzetében

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Karczag László:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyet. nyilv. r. tanár.) A tabes dorsalis kezeléséről neosalvarsannal Leredde szerint. 677. lap.

**Guszmán József:** Közlés a székesfevárosi régi Szent János-kórház bőr- és nemibajos osztályáról. (Főorvos: Guszmán József dr., egyetemi magántanár.) Vizsgálatok a láznak a syphilisre és a lágycékélyre való hatásáról. 681. lap.

**Friedrich Vilmos:** Közlemény a munkáskórház belgyógyászati osztályáról. A hasgümőkór kombinált belgyógyászati kezelése. 683. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle.* Belorvostan. Dorendorf: A húsmérgezés (botulismus) gyógyításáról. — *Sebészet.* Hildebrand: Sequester-üregek kitelődésének elősegítése. — *Klapp:* A háborús sérülések prophylaxisos kezelésének új módja. — *Szülészet és nőorvostan.* Engelhorn: Újjajta sugaras gyógyításmód. — *Gyermekorvostan.* Gött: A csecsemők ruminatiójának (kérődzés) kórlényege. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Becker: A jodtinctura pótlása. — *Gaugele:* A végtagokon székelő ersyipelas. — *Kaupe:* Szamárhurut. 686–687. lap.  
*Magyar orvosi irodalom.* 687. lap.  
**Vegyes hírek.** 687–688. lap.  
**Tudományos Társulatok.** 689–690. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyet. nyilv. r. tanár.)

## A tabes dorsalis kezeléséről neosalvarsannal Leredde szerint.

Irta: *Karczag László* dr.

Leredde 1913-ban foglalta össze „Études sur le séro-diagnostic et le traitement de la syphilis“ (Paris, A. Maloine éditeur) című könyvében a syphilis salvarsan- és neosalvarsan-kezelésében szerzett tapasztalatait. A könyvnek a belgyógyászt érdeklő és fontos része a tabes dorsalis, a paralysis progressiva és a „syphilis nerveuse“ kezelése módja salvarsannal, illetőleg neosalvarsannal.

Leredde számos tapasztalat útján jutott azon fontos következtetésre, hogy a kezelés sikeres végrehajtásának egyik legfontosabb feltétele az arsenobenzol-vegyületek oxydatiójának megakadályozása, illetőleg lehető meggátlása. Statistikai adatokkal bizonyítja Leredde, hogy a kezelés folyamán beálló, sokszor halállal végződő complicatiók a vegyületek oxydatiójára vezethetők vissza, illetőleg a salvarsan-molekulából képződő, felette toxikus hatású oxydatiós anyagokra. Az oxydatióra a neosalvarsan sokkal kevésbé hajlamos, mint a salvarsan, és ezért Leredde a neosalvarsant általában előnyben részesíti. Fontos az oldat készítésekor a konyhasóoldat hőmérséke is, a mennyiben az oxydatio magasabb temperatúrán könnyebben bekövetkezik, mint alacsonyon, ezért Leredde hidegen oldja az injiciálendő arsenobenzol-sókat. Az oxydatio meggátlására csupán enyhén forgatja ide-oda a mérőhengert, mert a felesleges rázás folytán az anyag könnyen elbomlik.

Az oldat gyors elkészítése módja mellett még egy fontos momentum alkotja a Leredde-féle eljárás alapját, és pedig az oldat gyors injiciálása, mivel ezáltal is csökkentetik az oxydatiós folyamatok lehetőségét. Kellő gyakorlattal — a mi tapasztalataink szerint is — az oldat pontos elkészítése és injiciálása két-három perc alatt vihető keresztül. Leredde — helyesen — oly fontosnak tartja a friss oldat gyors injiciálását, hogy nem használja a kész oldatot akkor, ha technikai nehézségek miatt az infusio gyors keresztülvitele megakadályoztatott volna.

Az infusiót egyébként Leredde az ismert erős platintúvel felszerelt készülékkel adja a szokásos módon, a neosalvarsan-

oldatnak steril edényekben, redestillált vízzel történt elkészítése, a felkar vénáinak előző leszorítása és a bőr kellő desinfectiója után.

A therapia sikerének főfeltételei az absolut friss oldatnak gyors injiciálása, a dosisok szigorúan individualizált emelése, továbbá az injectiók közötti kellő (egy hetes) szünetek. Leredde ugyanis statisztikai tanulmányok alapján arra az eredményre jutott, hogy az injectiók folyamán beálló súlyos complicatiók arra vezethetők vissza, hogy az injectiók között nem volt elegendő nyugalmi szak, és hogy a therapia eredménytelenségét általában a dosisok szélszerűtlen alkalmazása okozta. Habár, mint említettük, a neosalvarsan adagolása szigorúan individualizált indicatiók alapján történik, mindazonáltal Leredde szerint bizonyos séma mégis útmutatóul szolgálhat a therapia keresztülvitelében.

Az első sorozat négy injectióból áll. Az első dózis 0.30 gr. neosalvarsan, majd egyhetes időközökben 0.60 gr., 0.60 gr. vagy 0.90 gr. és 0.90 gr. neosalvarsan. A második series általában három injectióból áll, a melyet azonban egyhónapi nyugalmi szak után kezdünk meg 0.60, majd 0.90 és 0.90 gr. neosalvarsannal egyhetes időközökben. A harmadik sorozat és a következők szintén három injectióból állanak, 0.90 gr. átlagos neosalvarsan-dosissal, szintén egy hetes időközökben adva.

Az a hatás, a melyet Leredde a tabes kezelése folyamán látott, és az az eredmény, a mely a kúra tervszerű kivitele után mutatkozott, meglepőnek mondható: a lancináló fájdalmak enyhültek vagy teljesen megszűntek, a krízisek hosszú időn keresztül elmaradtak vagy nem jelentkeztek többé, a főfájások, szédülések, álmatlanság, hólyagpanaszok hosszú időre vagy vélegesen javultak, illetőleg gyógyultak, az ataxia csökkent vagy megszűnt.

Meggyőződni óhajtván a Leredde által ajánlott és előírása szerint keresztülvitt therapia sikeres voltáról, 18 esetben alkalmaztuk tabes kezelésére a Leredde-féle neosalvarsan-kiírat.

Therapiánk alkalmazásakor — Leredde előírásának megfelelően — betegeink csupán bőséges reggelit kaptak és az infusiót délelőtt adtuk meg, hogy klinikai észleléseinket lehetőleg az egész nap folyamán vihessük keresztül. A betegnek, a ki a nap folyamán éhezett, az esti órákban levest adtunk, ha az infusio lázat vagy émelygést nem okozott. Pontosan észleltük a pulsus és temperatura viselkedését, az injectio napján két óránként, azután naponta négyszer. Több ízben vizsgáltuk a neosalvarsan kiválasztási viszonyait a vesén keresztül, általában óránként analizálva a frissen ürített

vizeletet. A neosalvarsan-hatás, illetőleg kúra eredményének objectiv megítélése céljából érzésvizsgálatokat végeztünk betegeinken a kezelés előtt, valamint a kezelés folyamán, összefüggésben a beteg subjectiv panaszaiával.

Komoly *complicatiókat* 18 eset közül egyszer sem észleltünk. Egy esetben átmeneti jellegű *endocarditist* láttunk beállani a kúra folyamán az egyidejűleg fennálló tonsillaris infectio után.

Az injectiókkal összefüggésben *hányást* és *hányásingert* egy esetben észleltünk, *hasmenést* két ízben.

*Herpes zooster* egy esetben jelentkezett.

A *pulsus* viszonyainak pontos kontrollja fontos eredményekre vezetett. A *pulsus* teltsége, feszessége, *rythmusa* számbavehetően nem változott, csupán frequentiája mutatott a rendestől eltérő viselkedést. Az injectiót követően ugyanis a *pulsus*-szám vagy nem változott, vagy pedig mérsékelten szaporodott és egyes esetekben 120—140-ig emelkedett. A *pulsus* ezen változása átmeneti jellegű volt és rövidesen az injectio után vagy legkésőbb 48 órán belül megszűnt, néhány esetben azonban továbbra is fennállott. Az előbbi esetekben, a mennyiben a temperatura is normalis viselkedést mutatott, a neosalvarsan dosisát a következő alkalommal az előírás szerint növeltük. Ez utóbbi esetekben a neosalvarsan további alkalmazásakor, illetőleg a dosis nagyságának megállapításakor különös gonddal jártunk el és a reactio foka szerint a dosist vagy megismételtük, vagy pedig ha a *pulsus* szaporasága a nyugalmi hét alatt is kisebb rendellenességeket mutatott, a neosalvarsan ismételt alkalmazásától elálltunk, vagy közben jodkalium- és kénésőkúrát alkalmaztunk, melynek befejezése után a neosalvarsan-kezelést óvatosan ismét megkezdjük.

A *pulsus* labilitása azonban az esetek többségében különösen járással kapcsolatban az egyhetes nyugalmi szakban is fennállott, úgyszintén a később említendő szívűti panaszok és az időnként jelentkező szívdobogás is. *Leredde* nem kívánja, hogy a beteg állandóan ágyban maradjon és csak az injectio napján követel ágynyugalmat: „Il reste couché á la maison de santé, ou est autorisé a rentrer chez lui en voiture, pour se coucher egalemeut. Le repos au lit est perscrit jusqu' au soir ou au lendemain matin.“ Pontos megfigyeléseink azt mutatták, hogy a *Leredde* által előírt ágynyugalom elégtelen, miért is mi azt kívánjuk, hogy a beteg az egész kúra alatt fekdjék és foglalkozását semmi esetre se folytassa, a mit *Leredde* az injectiók közötti egyhetes időszakban is megengedhetőnek tart.

*Szívdobogást* az injectiók napján négy ízben észleltünk, az azonban gyakran napokig, rendetlen időközökben, a szigorú fekvés daczára is jelentkezett.

*Szívűti szűrésokat* a szív és aorta kimutatható megbetegedéseinek két ízben észleltünk.

A szív felett egy ízben jelentkezett a neosalvarsan-kúra közben halk *systolés zörej*, egyébként a kopogtatási és hallgatózási viszonyok változatlanok maradtak.

Az *aorta* megbetegedéseinek (3 *ectasia aortae*) az injectiók napján szívűti panaszok állottak be (két eset), melyek azonban másnapra megszűntek, kivételesen azonban néhány napig is fennállottak. Majdnem minden injectióval kapcsolatban jelentkeztek ezen kellemetlen subjectiv sensatiók. Objective, az esetleges mérsékelt *pulsus*szaporulatot nem tekintve, organikus elváltozást nem észleltünk. Egy esetben az aorta tágulata a kezelés alatt visszafejlődött.

A *vérnyomás* az injectiók után  $\frac{1}{4}$ —1 óra múlva minimalis emelkedést mutatott.

A *hőmérsék* az injectiókkal összefüggésben átmenetileg néhány tizedet emelkedett, állandó jellegűvé az emelkedés sohasem vált. Néhány tizednyi hőemelkedést minden egyéb kísérő tünet nélkül nem tekintettünk a dosis-emelés contraindicatiójának.

A *vesére* a neosalvarsan nem gyakorolt káros hatást. Egy ízben hónapokkal a kezelés befejezése után albumen jelentkezett halvány nyomokban, egyébként a fehérje mennyisége — ha jelen volt — nem szaporodott meg a kúra folyamán.

A *salvarsan* kiválasztásának vizsgálatára az *Abelin*-féle reactiót használtuk, a melynek lényege a neosalvarsannak diazotálása nitrit-oldattal a megsavanyított vizeletben és kapcsolása resorcinnal azo-festékké, mely soda-oldatban vörös színnel oldódik. A neosalvarsan, *Abelin* észleléseivel egyezően, 5—10 perc múlva már kimutatható volt a vizeletben és kiválasztása 5—16 óráig tartott. Ezen ingadozó értékeket a hólyag-atonival, illetőleg a residualis vizelettel hozzuk összefüggésbe, hiszen a beteg a kiválasztott neosalvarsant hólyagjából tökéletesen kiüríteni nem tudja.

A kúra általános hatásáról általában ugyanazt észleltük, amit *Leredde*: a betegek erőbeli állapota sokszor jelentékenyen javult, testsúlyuk is tekintélyesen gyarapodott. Ezen általános jó hatást a subjectiv panaszok nagyfokú csökkenésének vagy megszűnésének is tulajdonítjuk az arsenhatás mellett. Az étvágy növekszik, az álmatlanság megszűnik, a fájdalmak elmaradnak és ezáltal teljes a beteg pihenése.

A *Leredde*-féle kúra hatását a *tabes dorsalis* subjectiv és objectiv symptomái szerint a következőkben ismertetjük.

*Lancináló fájdalmak, övérések* az injectiók napján rendszerint erősebbek voltak, 1—2 esetben közvetlenül az injectio után körülbelül  $\frac{1}{2}$  óra múlva kimondhatatlan hevesség fokozódott, azonban néhány órai fennállás után enyhültek és másnapra lényegesen szűntek. Általában minden injectio jótékonyan hatott a fájdalomra s a kífokú reactiókat leszámítva a sedativ hatás vagy egész héten át tartott, vagy időközönként megszűnt. A kúra előrehaladásával fokozatosan csökkentek a fájdalmak is, amelyek recidivák esetén sem érték el régi hevességüket. Sok esetben a beteg, fájdalmas panaszait tekintve klinikailag teljesen meggyógyult. Így egyik betegünk, a ki mint tüzoltó heves fájdalmai miatt képtelen volt foglalkozását folytatni, a kúra befejezése után rögtön szolgálatba állott, a melyet most már több mint fél év óta megszokás nélkül teljesít.

Ezen betegünk egyike volt azoknak, a kiknek legmaka-csabb lancináló fájdalmai csak erélyes kúrára javultak. A beteg kórtörténetéből a következőket emeljük ki:

D. S. 47 éves tüzoltó. Családjában örökléses baj nem fordult elő. Mérsékelt dohányos és alkoholista. 19 évvel ezelőtt sankere volt, melyet localisan kezeltek. Jelen baja körülbelül két és fél év előtt kezdődött mindkét lábszárában heves, nyiláló fájdalmakkal. Egy év óta járása bizonytalan. Másfél év óta vizelete nehezen indul, talpa és kezei gyakran zsibbadnak.

Idegstatus: Psyche, beszéd normalis. Brach-Romberg positiv. Ataxia járaskor és fekvőhelyzetben kifejezett. Pupillái kissé egyenetlen szélűek, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Patella-, Achilles-reflex nem váltható ki. Talp- és hasreflex kiváltható.

Wassermann-rectio +++.

*Körtefolyás*: 1916 december 14. 0:30 gr. neosalvarsan, 10 perc múlva hidegrázás, 39.3 fokos láz, rendkívül heves lancináló fájdalmak, főfájás, hányás.

1916 december 15. Láztalan, fájdalmak keveset csökkentek.

December 15.-től január 1.-ig lancináló fájdalmak tartanak, igen hevesek.

1917 január 3.-tól január 10.-ig. Inunctiós kúra. Fájalmak hevessége változatlan.

Január 11. Ismét 0:30 gr. neosalvarsant kap. Temp. max. 37.1. Kífokú lancináló fájdalmai vannak.

Január 14. Fájdalmentes.

Január 18. 0:45 gr. neosalvarsan. Temp. 37.5. Igen heves lancináló fájdalmak az összes végtagokban, főfájás.

Január 19. Fájalmak enyhültek. Főfájás megszűnt.

Január 19.-től január 24.-ig. Fájdalmentes napok, kífokú lancináló fájdalmak.

Január 25. 0:60 gr. neosalvarsan, kífokú fájalmak.

Január 26.-tól 30.-ig. Fájalmak változatlanok.

Január 31. 0:75 gr. neosalvarsan. Temp. 37.1. Igen heves fájalmak az összes végtagokban.

Január 31.-től február 21.-éig. Lancináló fájalmak időnként hevesek, majd csökkennek, időnként főfájás, szívdobogás, szívűtjékon szűrésok.

Február 22. Herpes zoster.

Február 23.-tól március 2.-ig. Lancináló fájalmak változatlanok.

Március 3. 0:60 gr. neosalvarsan. Temp. max. 37.2. Szívűti szűrésok, lancináló fájalom.

Március 10. 0:75 gr. neosalvarsan. Temp. 37.1. Közérzet jó.

Március 10.-től 17.-ig. Fájalmak nincsenek.

Március 18. 0:90 gr. neosalvarsan. Temp. 37.3. Közérzet jó, fájalmak nincsenek.

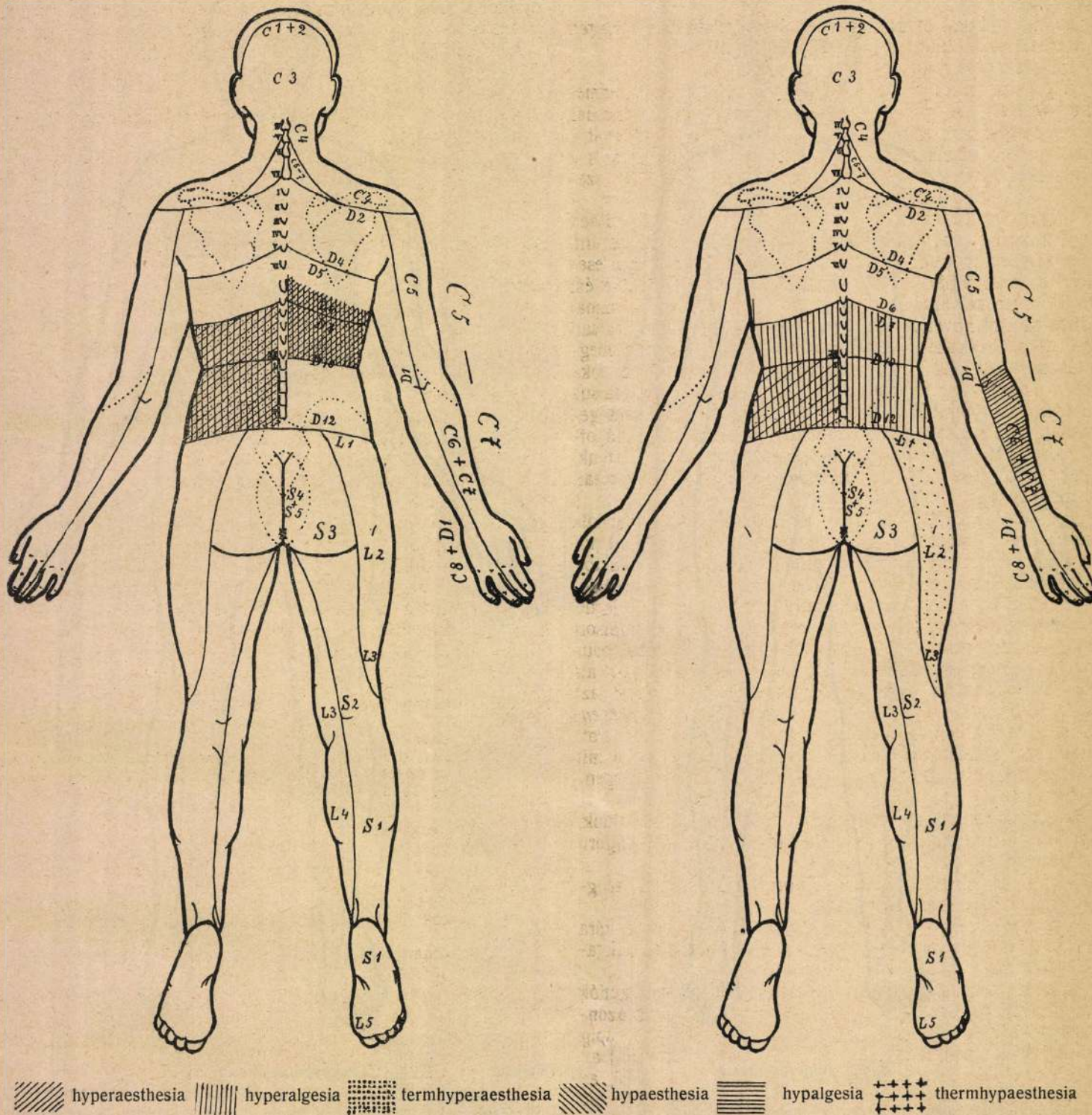
Március 19.-től 22.-ig. Fájdalmi nincsenek. A klinikát elhagyja.  
 Április 30. Újrafelvétel. Időnként jelentkező kífokú lancináló  
 fájdalmak, beteg foglalkozását állandóan folytatja.

\* \* \*

sáról, melyről *Leredde* a következőket mondja: „Le salvarsan  
 et le neosalvarsan ont une action curative indéniable sur les  
 phénomènes douloureux chez les tabétiques.

Il faut renoncer aujourd'hui à tous les agents sedatifs,

I. séma.



Érzésvizsgálat 1917 január 27.-én, a neosalvarsan-kúra megkezdése előtt. A betegnek a jobb lapoczkáján nyilató fájdalmi vannak. A hyperaesthesia igen nagyfokú ezen oldalon, bal oldalon kevésbé kifejezett.

Érzésvizsgálat február 28.-án. A beteg február 27.-én kapott 0.30 gr. neosalvarsant. A lapoczkájai spontan fájdalmak megszűntek. A kimutatható érzési eltérések kífokúak.

Az övérzések hasonló viselkedést mutattak. Megjegyezzük, hogy úgy ennél, mint a lancináló fájdalmaknál a javulással párhuzamosan az objectív érzésváltozások is javultak, a mint erre a későbbiekben még rá fogunk térni.

Lancináló fájdalmak és övérzések 14 esetben voltak betegeinken. 8 esetben feltűnő javulást, 4 esetben kielégítő javulást láttunk. A panaszok 2 esetben nem változtak lényegesen.

Meggyőződünk a neosalvarsan fájdalomcsillapító hatá-

morphines et autres, et employer exclusivement les agents anti-syphilitiques qui s'adressent à la cause du tabes, affection de nature syphilitique méconnue."

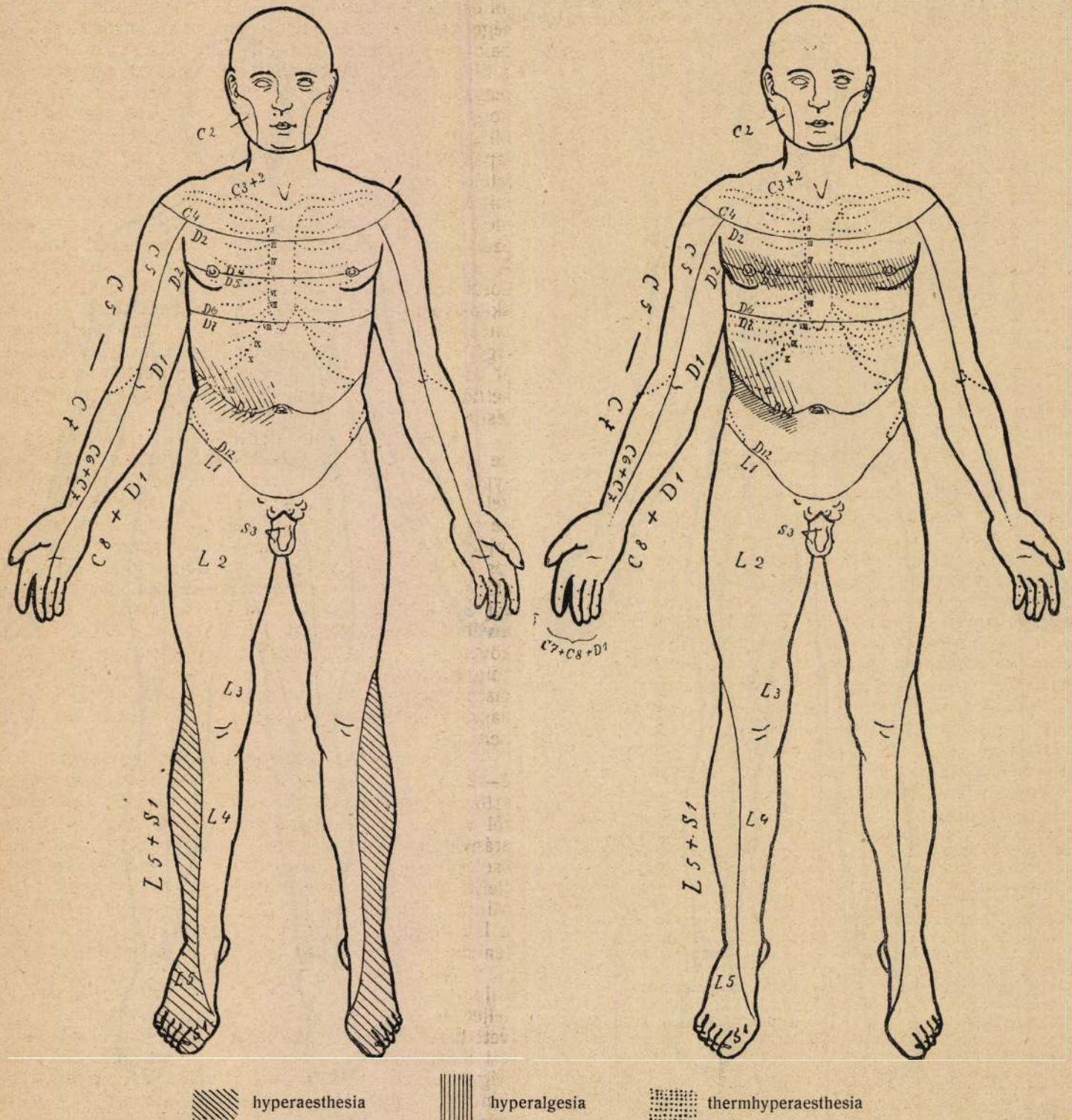
A neosalvarsan gyakran feltűnően meglepő sedatív hatását, a midőn a kínzó fájdalmak az első injectiókra már jelentősen és majdnem teljesen megszűnnek, a következő esettel igazoljuk, a melyben különben a fájdalmak recidiváltak ellentétben előző esetünkkel, hol a javulás állandónak bizonyult.

G. Gy., 48 éves fuvaros, családi terheltég nincsen, dohányos,

mérsékelt alkoholista. 20 év előtt gonorrhoea és lues. Jelen baja 7 év előtt kezdődött jobb alsó végtagjában lancináló fájdalmakkal. Azóta bizonytalan a járása. Vizelés-zavarai vannak. Másfél év óta a bal térd-izületben arthropathia tabetica.

Október 4. Lancináló fájdalmak teljesen megszűntek.  
Október 8. 0.60 gr. neosalvarsan.  
Október 9—11-ig. Fájdalmi nincsenek.  
Október 15. 0.90 gr neosalvarsan. Teljesen jó közérzet.

II/a séma.



hyperaesthesia

hyperalgesia

thermhyperaesthesia

Érzésvizsgálat 1916 október 8.-án, a neosalvarsan-kúra megkezdése előtt. A betegnek heves lancináló fájdalmi vannak és kífokú öv-érzése.

Érzésvizsgálat 1916 október 20.-án. A beteg október 17.-én kapott 0.30 gr neosalvarsant. A vizsgálat napján a betegnek öv-érzése van, lancináló fájdalmi megszűntek.

Idegrendszeri status. Beszéd normális. Brach—Romberg-tünet pozitív. Járás nem ataxiás, de sántító, megfelelően a baloldali térd-elváltozásnak. Fekvő helyzetben sincs ataxia. Pupillák szűkek, fényre nem, alkalmazkodásra gyengén reagálnak. Patella- és Achilles- inreflex nem váltható ki.

Wassermann-reactio: +

Körtefolyás: Augusztus 28-tól szeptember 15-ig. Naponta többször jelentkező igen heves lancináló fájdalmak.

Szeptember 24. 0.30 gr. neosalvarsan.

Szeptember 26. Subjective lényegesen jobban érzi magát.

Szeptember 28. Lancináló fájdalmak lényegesen enyhültek.

Október 1. 0.60 gr. neosalvarsan. Közérzet teljesen jó, temp. max. 37.4.

Október 16-tól november 15-ig. Teljesen fájdalommentes, közérzet jó, a klinikát elhagyja.

Ujrafelvétel 1916 december 21.-én. Betegnek két hét óta ismét heves, hasogató fájdalmi vannak.

Körtefolyás: Október 28. 0.45 gr. neosalvarsan, az éj folyamán heves lancináló fájdalmak, az eddiginél erősebbek. Temp. max. 37.5.

Október 29. Erős fájdalmak.

December 30. Fájdalmak kisebbek.

1917 január 3. Lancináló fájdalmak teljesen megszűntek.

Január 4. 0.45 gr. neosalvarsan. Utána teljesen jó közérzet.

Január 5-től 11-ig. Időnként kífokú hasogató fájdalmak, technikai akadályok miatt csak 0.30 gr. neosalvarsant kap.

Január 11-től 17-ig. Fájdalommentes.

Január 18. 0.60 gr. neosalvarsan. Másnap jó közérzet.  
 Január 18-tól 24-ig. Fájdalmak eltűnése jelentkezik, igen enyhék.  
 Január 25. 0.90 gr. neosalvarsan. Délután igen heves lancináló  
 fájdalmak, melyek egy-két nap alatt szűnnek meg.  
 Január 27-től február 24-ig. Általában fájdalommentes, időnként  
 enyhe lancináló fájdalmak. Távozik a klinikáról.  
 1917 május 7. *Ujrafelvétel.* 1 hónap óta ismét heves lancináló  
 fájdalmak. A jobb láb harmadik közép-phalanxán spontán haránttörés.  
 Május 7-től június 11-ig. Kiszokó lancináló fájdalmak.  
 Május 13. 0.45 gr. neosalvarsan. Utána közérzet jó, lancináló  
 fájdalmak megszűnnek.  
 Május 14-től 24-ig. Alig vannak fájdalmak.  
 Május 25. 0.75 gr. neosalvarsan. Hányásinger. Lancináló fájdal-  
 mak nincsenek.

(Folytatása következik.)

Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház bőr- és  
 nemibajos osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr. egyetemi  
 magántanár.)

### Vizsgálatok a láznak a syphilisre és a lágyfekélyre való hatásáról.

Irta: Guszman József dr.

(Vége.)

Mindezek a most közölt kórtörténetek korai syphilis-  
 esetekre vonatkoztak. Fontos volt a továbbiakban e vizsgálá-  
 tainkkal párhuzamosan oly észlelésekre szert tennünk, melyek  
 késői latens esetekre vonatkoztak. Ma már általánosabban  
 ismert, hogy a késői latens-szakban levő syphilises betegek  
 egyetlen kimutatható tünete, a pozitív *Wassermann*-reactio,  
 sokszor mily rendkívül resistens az alkalmazott antilueses  
 kúrákkal szemben. Minden orvos, a kinek e téren bővebb  
 a tapasztalása, tudja, hogy nem egy esetben végül abba  
 kell hagyni a kezelést, mert az ok, a miért a kúrák végre-  
 hajtottak — a pozitív reactio —, továbbra is változatlanul  
 fennáll, sokszor a legerélyesebb és legkitartóbb kúrák elle-  
 nére is. Szükségesnek tartottuk ezért, hogy ily esetekben is  
 kipróbáljuk az antilueses kezeléssel kombinált tejinjectiók  
 hatását. Tapasztalásunk erre vonatkozóan az, hogy általában  
 kevés kilátást nyújt a tejinjectiók kezelése. A késői latens lues-  
 esetek erősen pozitív *Wassermann*-reactiója a legtöbbször  
 változatlanul megmarad. Egyik esetünkben azonban a ked-  
 vező hatás olyannyira föltűnő volt, hogy az esetre vonatkozó  
 kórtörténetet röviden ideiktatjuk.

Sz. D.-né, 39 éves. Osztályunkra 1917 aug. 20.-án vettük fel.  
 Gyermekkorában 4 éven keresztül több ízben szemgyulladás volt, a  
 mikor állítólag atropin-cseppekkel s jódkáival gyógyították. 20 év előtt  
 ment férjhez. Terhes sohasem volt. 5 év előtt hashártyagyulladás volt,  
 bementése szerint azóta nem hall. 1917 május-június havában már fe-  
 kiüdt osztályunkon. Lelete akkor a következő volt: Teljes sükettség.  
 Anaesthesia acustica bilateralis e neurolabyrinthitide luetica (prof.  
*Krepuska* osztálya). Igen rossz látás. Mindkét corneán diffus homályok  
 (keratitis parenchym. residuumok). *Wassermann*-reactio: ++++.  
 Salvarsan-kezelés miatt küldték a kórházba. A kombinált kénésös-  
 salvarsanos kezelés végén a *Wassermann*-reactio még mindig ++++.  
 A mostani kórházi bejövetele után néhány nappal (szeptember 1.-én) a  
*Wassermann*-reactio ++++. Az antilueses-kezelés kenésekből áll  
 (3 gr.) Szeptember 4.-én első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Lázreakció nem  
 áll be. Második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>) szeptember 11.-én. Hőmérséklet  
 38.2°-ig. Szeptember 12.-én még 37.8°. Szeptember 15.-én neosa varsan  
 (0.3). Harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>) szeptember 18. án. Hőmérséklet  
 39°-ig. Másnap, szeptember 19.-én még 38.2°. Szeptember 22.-én. Eddig  
 24 inunctiót végzett. A szándékosan gyengére szabott antilueses kúrát  
 beszüntetjük. Aznap a negyedik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 37.9°.  
 Szeptember 26.-án a *Wassermann*-reactio negatív. Október 6.-án a *Wasser-*  
*mann reactio negatív*, úgyszintén október 31.-én is.

Osszes kúra: 24 kenés (3 gr.), egy neosalvarsan (0.3 gr.) és 4  
 tejinjectio (5, 10, 10, 10 cm<sup>3</sup>). A kezelés hatásaképpen 3½ hét alatt  
 a ++++ *Wassermann* negatívvá vált.

E most vázolt esetünkben az antilueses kúrával kom-  
 binált tejinjectiók kezelésnek hatása a syphilisre kétségtelen.  
 Itt nem kutatom, hogy miképpen kellene ily eseteket magya-  
 ráznunk, csak leszögezem azt az eredményt, melyet ily kis  
 arányú kúrával 3½ hét alatt elértünk. Azt nem kell külön  
 kiemelni, hogy általános tapasztalás szerint a késői latens  
 lues-eseteknek föltötte renitens pozitív *Wassermann*-reactiója ily  
 csekély antilueses kúrával egymagában jóformán sohasem be-  
 folyásolható ily feltűnő eredménnyel. S így elég, ha egy pél-

dával utaltam arra, hogy a legmakacsabb pozitív reactio el-  
 tüntetésére ezzel a kezeléssel a kilátások fokozódnak.

De az ilyen esetet kétségtelenül azért is figyelembe kell  
 venni, mert némi kilátást nyújt arra, hogy az eddig sokszor  
 olyannyira resistens latens lues-eseteket idővel talán mégis  
 jobban tudjuk befolyásolni, a mi, ha sikerülne, több lehető-  
 séget nyújtana arra, hogy a betegek bizonyos része a későbbi  
 bajoktól megmeneküljön. Mai nap csak kevés orvos akadhat,  
 a ki a minden eddigi kezeléssel szemben makacsul positive  
 reagáló, egyébként latens lues-esetekben nem tartana attól,  
 hogy a syphilis később valamilyen súlyos, esetleg irrepara-  
 bilis baj alakjában kitörhet. Mert mennél hosszabb e téren a  
 tapasztalásunk, annál inkább tudjuk, hogy kitörhet. A késői  
 latens esetekben állandóan jelenlevő pozitív reactiót ugyanis  
 mindig a meglevő syphilis egyik tüneteként kell tekintenünk,  
 mely zajtalanul fennáll, az egyént nem készíti panaszra, de  
 azért egyik tagja a syphilises folyamat egész láncolatának.  
 A syphilis therapiájának főfeladata, hogy a beteg bajának  
 korai szakában oly orvoslást nyerjen, mely lehetőleg meg-  
 akadályozza a késői latens szakba való jutást. De ha évek  
 múltán már úgy kapjuk az esetet, legyünk rajta, hogy a be-  
 teget kihozzuk a késői latens szakból, melynek hosszú időn  
 át az egyetlen tünete a pozitív seroreactio. Csak örvend-  
 hetünk, ha némi remény nyílik e tevékenységünk megkönnyí-  
 tésére.

E helyen nem mulaszthatjuk el, hogy néhány szóval  
 ne utaljunk azokra a nehézségekre, melyek ez idő szerint a  
 syphilisnek kombinált tejkézelése körül mutatkoznak. Be  
 kell vallanunk, hogy a kezelés elég kellemetlenséggel jár a  
 betegre nézve s hogy egy kúra folyamán 2—4, sőt több tejin-  
 injectiónak az elviselése bizonyos akaratot kíván a beteg  
 részéről. Az injectiók helyi reactiója a glutaealis izomzatban  
 eléggé kellemetlen, nem ritkán fájdalmas. De hiszen ugyan-  
 ez egy erősebb kénésös injectio is okozhatja. Kellemetlenek  
 továbbá a tejinjectiókkal járó általános tünetek. Az injectiót  
 követő 4.—6. órában akárhányszor általános levertség, bor-  
 zongás, rázóhideg köszönt be, a mit legtöbbször csakhamar  
 magas, egész 40.5°-ig emelkedő hőemelkedés követ. Más-  
 napra a láz rendszerint megszűnik, ritkábban kisebb mérték-  
 ben még fennáll.

Mindez sokkal könnyebben volna elviselhető, ha csak  
 1—2 injectióról s nem, mint az lues eseteiben legtöbbször  
 szükségesnek mutatkozik, 3—4—5, sőt több befecskendezés-  
 ről volna szó. Hozzájárul ehhez az is, hogy a tejinjectiók  
 aránylag kisebbarányú antilueses kezeléssel kombináltak az  
 eseteknek csak kisebb számában járnak teljes eredménnyel  
 (teljes klinikai tünetmentesség és negatív *Wassermann*-reactio).  
 Mindezt csakis oly betegeken alkalmazzuk a tejinjectiókat,  
 a kik maguk kívánják. A magángyakorlatban az eljárás vé-  
 leményünk szerint csak bajosan volna keresztülvihető.

Mindezek után a syphilis therapiájáról általánosan szólva,  
 sajnos, azt látjuk, hogy egyelőre a gyógyítás ideáljától, a gyors,  
 teljes és valódi sterilisatiótól — az egészen korán kezelésbe  
 vett némely esetet nem tekintve — még távol állunk. A mikor  
 ezt megállapítjuk, egyben azt is tapasztaljuk, hogy a beteg-  
 séggel szemben alkalmazott therapiás cselekvésünk sok te-  
 kintetben egyre nagyobbarányú, hosszabb s a betegre  
 nézve egyre terhesebbé válik. Erős a reményünk azonban,  
 hogy ez a betegek sorsára nézve mégis gyümölcsöt hajtó lesz.

\* \* \*

A syphilises betegeinken végzett kombinált tejinjectiók  
 kísérleteink közepette arra határoztuk el magunkat, hogy a  
 mesterséges lázkezelést más nemi betegség ellenében is ki-  
 próbáljuk. A gonorrhoeának hőkezelése most napirenden van  
 ugyan, de az eddigi tapasztalások, melyeket különösen tejin-  
 injectiókkal pl. *H. Hecht*<sup>12</sup> szerzett, egyáltalában nem nagyon  
 biztatók s így nem is kísérleteztünk ez irányban. A szem-  
 kankóra nem térek itt ki, az ebben a bajban tejinjectiókkal

<sup>12</sup> *H. Hecht*: Zur Fieberbehandlung der Gonorrhoe. Dermatolog.  
 Wochenschrift, 1917, 36. sz.

elérhető kedvező eredményről számolt be a közelmúltban L. Müller, a minap pedig ifj. Liebermann L. Másként áll a dolog az ulcus molle kérdésében. Itt a tejinjectiókkal rendszerint járó magas lázas reactio közvetlen hatására voltunk különös tekintettel. Ugyanis sok más tapasztalást nem tekintve, melyek arra utalnak, hogy a lágy fekély vírusa, a Ducrey-féle strepto-bacillus, elég labilis, nem ellenálló bacteriumfaj (az igen meleg helyi fürösztések régen ismert jótékony hatása): főként egy régebbi súlyos ulcus molle serpiginosum esetünk volt az, mely tejinjectiók kísérleteinkre birt s a melyet elsősorban röviden ismertetek.

R. A. 44 éves férfi, felvétetett 1913 október 4.-én az Új Szent János-kórházba (Rihmer sebészeti-urologiai osztálya). Két év óta beteg. Kórházi rendelésen is jelentkezve, azt látjuk, hogy a mons Venerisen, a penis tövében, a jobb lágyékhajlatban az alhasra és a jobb czombra reáterjedően, a bőr tenyérnagyságban heges. A heges terület peripheriáján, főként a czombon és a mons-on 1-2 cm. széles, 6-8 cm. hosszú serpiginosus, alávajt, járatos, kirágott szélű, genyes és igen fájdalmas fekélyesedés (1. ábra). A folyamat 2 év óta áll fenn s némi remissiókat leszámítva, állandóan terjed. A 2 év alatt több ízben kezelték antilueses kúrákkal (jóllehet Wassermann-ja is több ízben negatív volt), jodoformmal, égetéssel, Röntgen-sugarazással. *Diagnosis: Ulcus molle serpiginosum.* A fekély a betegnek félelmes kórházi tartózkodása alatt állandó észlelésünk alatt állott, mely az egész időben semminemű gyógyhajlamot nem mutatott. A rendszeres carbol-étetés, paquelinezés a legjobb esetben is csak múló javulást hozott.



1. ábra.

Ekkor 2½ éves betegség után, mely idő alatt az erős férfi erőben nagyon leromlott, 1914 márczius 21.-én hirtelen rázóhideget kapott, a fekély, valamint annak környéke pedig még fájdalmasabbá vált. Másnap a fekély környékén, főként a jobb tompor táján, többtenyérszerű típusos orbánczot találunk. Ez rövid idő alatt azután a jobb farra és a keresztájkra is húzódott. Ther.: chinin és olomvizes borogatások. Néhány napi kezelés nyomán az orbáncz simán meggyógyult. A fekély terjedése már a magas lázas állapot idejében megállt, sőt javult. Az orbáncz lezajlása után, legnagyobb meglepetésünkre, a fekély igen gyorsan megtisztult, hámosodik, úgy, hogy 2½ éves fennállás után most már alig 4 hét alatt teljesen begyógyul. A beteg 1914 április 29.-én gyógyultan távozott.

Az eset lefolyása, a mint az a kórtörténetből kiviláglik, rendkívül érdekes és tanulságos. Legmeggyőzőbben hirdeti, hogy a régi orvosok nézete az erysipelasnak esetleges curativ hatásáról bizonyos betegségekben mennyire jó megfigyelésen alapult. Az eset észlelése idején az orbáncznak kiválóan kedvező hatását elsősorban a fertőző betegség specialis folyamatával igyekeztünk magyarázni. Fölvettük, hogy az orbáncz által termelt toxinok talán alkalmatlanná teszik a streptobacillus számára a talajt. Oly felvétel, melyet bizonyítani természetesen nem lehetett. A tejinjectiók gyógyító ki-

sérleteink folyamán, látva a magas lázas reactiókat, arra a gondolatra kellett jutnunk, hogy az akkori esetben a gyógyulást voltaképpen nem az erysipelas mint kóros folyamat, hanem egyedül vagy legalább is főként a betegséggel járó magas hőemelkedés idézte elő. A túlfűtött bőrben a streptobacillus nem találja létfeltételeit s így egyszerűen elpusztul.

Ulcus molle-eseteinken végzett tejinjectiók kísérleteink e kérdésre hamar adtak választ s igazolni látszottak ezt a felvételünket.

*Már most, e helyen hangsúlyozzuk, hogy ulcus molle-esetekben a tejinjectiókkal létrehozott magas lázas reactionnak oly föltűnő, gyors és szabatos a gyógyító hatása, a minőt más eljárással sohasem tudtunk még megközelítően sem elérni. A fekélyek rövid néhány nap alatt meggyógyulnak, a fájdalom pedig rendszerint már az első 24 órán belül megszűnik.* Álljon példának a következő néhány eset.

1. eset. R. B.-né, 31 éves, háztartásbeli, osztályunkra 1917 szeptember 15.-én vettük fel, 2 hét óta érez fájdalmat a végbele körül. Fájdalmi székelés alkalmával fokozódnak. A végbél körül sugáralakban több kendermagnyi-lencsényi, genyes alapú, kirágott szélű, igen fájdalmas fekély. A bal lágyékhajlatban két babnagyságú mirigy. *Diagnosis: Ulcera mollia.* Semminemű helybeli kezelés. Szeptember 19.-én tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Aznap este és másnap lázas. Legmagasabb hőmérsék 39.5°. Szeptember 21.-én. A fekélyek lényegesen kisebbek, feltisztultak, széleik egymáshoz közelednek. A fájdalom teljesen megszűnt. *A fekélyek teljesen meggyógyultak.*

Látványos, hogy ebben az esetben a fekélyek egyetlen tejinjectio nyomán 2 nap alatt teljesen meggyógyultak.

2. eset. K. A., 15 éves himzönő. Osztályunkra 1917 október 5.-én vettük fel. Egy hét óta fájdalmat érez a jobb lágyékhajlatban. Status praesens: A fossa navicularisban fillérszerű, kirágott szélű, alig genyedő, nem infiltrált fekély. A jobb lágyékhajlatban kis ökölnyi fájdalmas mirigydaganat. Baloldalt mirigyek nem tapinthatók. *Diagnosis: Ulcus molle, bubo ingu. abs. l. d. Ther.:* Semminemű helyi kezelés. Október 6.-án a bubo fölött a bőr élénkpiros, kifejezett fluctuatio. Október 7.-én első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 38.6°-ig. Október 9.-én. A fekély egészen felületes, teljesen megtisztult, lényegesen kisebb. Fájdalom megszűnt. A bubo nyomásra is teljesen fájdalomtalan. Nagysága most lúdtölcsörszerű, erős fluctuatio. Október 11.-én második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőemelkedés 38.3°-ig. Október 12.-én. A fluctuáló bubo kisebb. A fossában levő fekély apró sárgadinnyemagnagyságú tiszta sebbé alakult át. Október 13.-án. A fekély egészen kicsiny. A bubo eredeti nagyságának a harmadára zsugorodott; már csak csekély fluctuatio. Aznap harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 38.9°. Október 14.-én. A bubo kis diónyi. A gyuladós jelenségek, fluctuatio eltűntek. A tiszta sebbé vált fekély alig látszik. Október 15.-én. Bubo és ulcus teljesen meggyógyult. *Az egész kezelés e szerint 3 tejinjectióból állott (5, 10, 10 cm<sup>3</sup>). Gyógytartam 8 nap.*

3. eset. Sz. M. 22 éves háztartásbeli nőt 1917 szeptember 17.-én vettük föl osztályunkra. Folyás és fájdalom fekélye miatt kelt felvétel. Urethritis és cervicitis kívül (neg. gonococcus-lelet) a bal glutealis tájék legbelsőbb részén, a gát szomszédságában koronagyságú, kirágott szélű, genyes alapú, élénkpiros udvarral körbezett fájdalmas fekély, melynek sem széle, sem alapja beszűrődve nincsen. A jobb lágyékhajlatban 2 cm.-es hegvonal, a bal hajlatban gyermekökölnyi, kissé fájdalmas mirigyduzzanat. A Wassermann-reactio negatív. *Diagnosis: Ulcus molle, bubo incip. l. s.* Semminemű helybeli kezelés. Másnap, szeptember 18.-án első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>). Hevesebb fájdalmak között a hőmérsék estére 39°-ig emelkedik. Szeptember 19.-én. Láztalan. A fekély alapja megtisztult, szélei kissé összehúzódnak. Fájdalmasság megszűnt. A baloldali lágyékmirigyduzzanat fölött a bőr lobos, centralis fluctuatio. Szeptember 22.-én a fekély tisztán sarjadzó felületű, igen felületes és csak lencsényi. A mirigyduzzanat fluctuál, de fájdalomtalan. Szeptember 23.-án második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hidegrázás, erős fejfájás. Estére a hőmérsék 40.1°. Szeptember 24.-én láztalan állapot. *A fekély teljesen gyógyult.* A mirigyduzzadt, lobossága lényegesen csökkent, a geny felszívódóban. Szeptember 28.-án. A mirigyduzzanat nagyrészt visszafejlődött. Fluctuatio nem mutatható ki. A mirigycsomó mogyorónyi nagyságban tapintható. Szeptember 30.-án. A mirigyduzzanat teljesen elmúlt. *Teljes gyógyulás 8 (ulcus), illetőleg 13 (bubo) nap alatt.*

Ez esetben az a figyelemreméltó, hogy a nagy lágy fekély és a kis ökölnyi genyedő, ellágyult bubo egyedül 3 tejinjectióból, minden egyéb helyi kezelés nélkül, alig 2 hét alatt tökéletesen meggyógyult.

Egyik legbizonyítóbb esetünk a következő:

4. eset. Sz. V., 17 éves cseléd. Osztályunkra felvettük 1917 szept. 27.-én. Fluor ellen már kezelték. Lueses tünet nincsen. Anamnesis negatív. Wassermann negatív. A jobboldali genit. cruralis hajlatban gyermektenyérszerű területen 8-10 kendermagnyi-lencsényi, alávajt szélű, genyes alapú, nem infiltrált fájdalmas fekély. A fekélycsoport közepén hasonló fekély, de koronagyságban. Azonkívül egy lencsényi fekély a bal nagy ajak belső felszínén. A fekély váladékában bőséges Ducrey-féle streptobacillus. *Diagnosis: Ulcera mollia.* Semmiféle helyi kezelés, egyedül vízzel, szappannal való tisztántartást rendelünk el. Szeptember 28.-án. Első tejinjectio (5 cm<sup>3</sup>), lázas reactio erre nem áll be. Szeptember 29.-én második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 39°-ig. Szept.

tember 29.-én, a délelőtti visit idején a fekélyek alapja teljesen feltisztultnak látszik. Egyben a fekélyek megkisebbedtek, összehúzódtak. Fájdalom megszűnt. *Ducrey*-bacillusok nem találhatók. Október 1.-én harmadik tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 38°. Október 2.-án. Az összes apróbb fekélyek teljesen begyógyultak. Egyedül a központi fekély legnagyobb áll még fenn, de tiszta sebbé alakult s csupán kendermagnagságú. Október 3.-án. Teljes gyógyulás. Tekintve, hogy az első tejinjectio reactiót nem váltott ki, a gyógyítást a második tejinjectiótól kezdve (szeptember 29.-én) kell számítanunk. A gyógytartam tehát — 2 tejinjectio nyomán — 5 nap volt!

A beteg urethritis gonorrhoeica miatt, további kezelés céljából, továbbra is osztályunkon marad.



2. ábra.

5. eset. *P. J.* 20 éves szolgálot 1917 november 11.-én vettük föl. A crena ani legelső részén, valamint a végbél körüli ránczok egyikén 20 fillérnyi, illetőleg lencsényi, kirágott, alávájt szélű, genyes-alapu, puha, fájdalmas fekély. Teljesen hasonló tulajdonságú koronánagságú fekély a bal fartájon, az ülőgumó fölött. Körülötte élénkpiros udvar (2. ábra). *Diagnosis: Ulcera mollia.* Ther.: Vizzel, szappannal való tisztántartáson kívül semminemű helyi kezelés. Első tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>) november 12.-én. Hőmérséklet 38°70 november 13.-án. A fekélyek teljesen megtisztultak, a fájdalom megszűnt. November 14.-én második tejinjectio (10 cm<sup>3</sup>). Hőmérséklet 39°30. November 15.-én a fartájéki fekély körülbelül felnyire kisebbedett s tiszta sarjadzó sebfelületté vált. A másik két fekélyke begyógyult. November 15.-én. A fartájéki fekély helyén lencsényi seb. November 17.-én. Teljes gyógyulás. *Összes kezelés: 2 tejinjectio (10 - 10 cm<sup>3</sup>). Gyógytartam: 6 nap.*

Ilyen tejinjectiókkal feltűnő sikerrel kezelt *ulcus molle*-esetek még nagyobb számmal ismertethetnének, de azt hisszük, hogy az elért eredmények oly világosak és meggyőzők, hogy felesleges volna a kísérleti esetek közlésének szaporítása. Csak megemlíthetjük e helyen, hogy oly kiterjedésű és nagyságú lágyfekélyek gyógyulása, mint a minők eseteinkben fordultak elő, szakszerű kezelés és síma lefolyás mellett is rendszerint több hetet szokott igénybe venni. Egyik-másik esetünkben complicatióképpen előforduló bubóknak ugyancsak gyors javulása és gyógyulása nem új észlelés, mert *R. Müller*<sup>13</sup> már egy tavalyi közlésében említi, hogy a lázkezelés nyomán a bubók resorptiója meggyorsul, a mi a kezelés tartamát lényegesen megrövidíti.

Már előzően felemlítettük, hogy az *ulcus mollenak* lázas reactióval való kezelésében az volt az irányító felvételünk, hogy a streptobacillus igen labilis természetű bacteriumfaj. Tudjuk, hogy a streptobacillus már 38°—40°-os hőfok mellett elég könnyen elpusztul s hogy azt a chemiai desinfectienek is igen könnyen és hamarosan tönkreteszik. Ezt a bio-

logiai észlelést valószínűvé teszi az is, hogy számos gyógyító kísérlet történt már régebben, a melyek bizonyos physikai behatásokkal tudtak több-kevesebb sikert elérni. Felidézem e helyen egyfelől a melegnek alkalmazását, például a *Holländer-féle* hőlégkezelés (*G. J. Müller*), vagy a *Weland*-féle melegirrigációs (42°-os víz) eljárás alakjában, másfelől a lényegileg ugyanúgy ható fagyasztási eljárást, például chloraethyllel (*Saalfeld, Poór F., Brandweiner*). Az ezekkel az eljárásokkal elért kétségtelenül jó eredmények mind a streptobacillus könnyű pusztulásán alapszanak.

A tejinjectiókkal kezelt *ulcus molle*-esetek feltűnően gyors gyógyulásának magyarázatát ezek után legnagyobb részben a szövetekben létrehozott magasabb hőmérsékletben kell keresnünk. A magasabb hőmérsék folytán úgy látszik a bőr nem alkalmas talaja többé a gyenge ellenállású bacillusnak, mely igen hamar eltűnik a fekélyből (l. 4. esetünk). Mihelyt a bacillusok elpusztultak, a fekélyből egyszerű seb válik, mely azután a sebgyógyulás törvényei szerint rövidesen spontan gyógyul. Kétségtelen előttem, hogy a magasabb hőfoknak delectaer hatását a szövetekben levő bacteriumokra az *ulcus molle* tejinjectiók kezelésével lehet a legvilágosabban demonstrálni. Hogy azután a parenteralisan alkalmazott tej kedvező hatását ezenkívül a lázzal összefüggő leukocytosison, az albumoseknek a vasodilatatorokra való hatásán, avagy az injectiót követő vérnyomáscsökkenésen is alapszik (*R. Müller*), azt nem tagadjuk. Mindezen felvételek mellett a legkimagaslóbb velejárója a parenteralis proteintest-therapiának mégis csak a láz, a melynek hatásával a kedvező eredmények jó részét plausibilis módon magyarázhatjuk. Emellett még különösen súlyt helyezhetünk arra a fokozott hyperaemiára és transsudatióra is, mely az injectiókat követően az emberi testben jelenlevő gyuladós góczokban létrejön. *R. Müller*<sup>14</sup> ebben látja a fajidegen fehérjeinjectiók hatásának legfontosabb mozzanatát. Nem mulaszthatja el azonban ez alkalommal sem, hogy reámutasson a keletkező láznak nagyfonságú hatására.

Ezek után távolról sem hisszük, hogy a mesterséges lázkezelésnek az *ulcus molle* általános gyógyító eljárásává kell válnia. De arra nem is lesz mindig szükség. Hiszen a lágyfekély, bármily kellemetlen s néha igen elhúzódó baj, helyi jelentőségű betegség lévén, a gyakorlatban az időnkénti fekvéssel (injectio napján) összekötött kezelésre nem fogjuk magunkat egykönnyen elhatározni. A hol azonban az elhúzódó folyamat, complicatiók (*bubo, phimosis*), vagy különösebb terjedési hajlam, sőt roncsozó elfajulás (*ulcus serpigin*) a beteg károsodását okozhatja, ott helyénvaló lesz a tejinjectiók kezelése. Csak még egyszer utalok arra, hogy kiterjedt, fillérnyi-koronányi lágyfekélyek 2—6 nap alatt egyedül 1—2 tejinjectiótól, minden helyi kezelés nélkül, tökéletesen meggyógyulnak. Teljesen ugyanaz a tapasztalásunk az el-lágyuló, sőt már erősen fluctuáló bubókra nézve is.

A kezelés elsősorban a kórházi praxisban alkalmazható, egyrészt, mert technikailag ott hajtható végre a legkönnyebben (a beteg amúgy is ágyban fekvő), másrészt, mert a mai nap nagyon is szükséges gyors kórházi forgalom céljából nem közömbös, hogy a lágyfekélyes betegnek csak néhány napig, avagy pedig több héten át kell a kórházban tartózkodnia.

Közlemény a munkáskórház belgyógyászati osztályáról.

### A has-gümőkór kombinált belgyógyászati kezelése.

Irta: *Friedrich Vilmos* dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

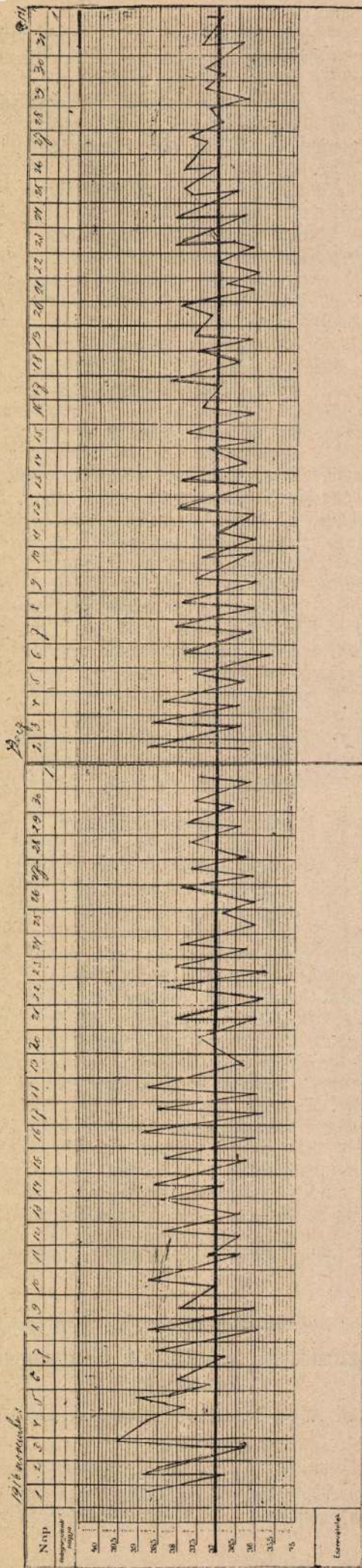
(Vége.)

*Rollier*, e kérdés legalaposabb ismerője, azt a nézetet vallja, hogy a festék lerakódása szükséges a nap sugarainak átalakulhatása céljából; t. i., hogy a rövid hullámú sugarak

<sup>13</sup> *R. Müller*: Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 27. sz.

<sup>14</sup> *R. Müller*: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1917—18, 1—2. szám.

V. tábla.



a felületen hosszú hullámúakká alakulhassanak át s így eljuthassanak a szövetek mélyébe is.  
 A festéklerakódást előidéző tulajdonság az ultraviolet sugarakban van meg; kísérletileg bebizonyult ugyanis, hogy a piros, sárga vagy kék sugár erre teljesen képtelen.  
 Az általam észlelt és gyógykezelt betegek a fent leírt gyógyításmód mellett elég gyorsan javultak s gyógyultak, miként ezt a VI. táblázat mutatja.

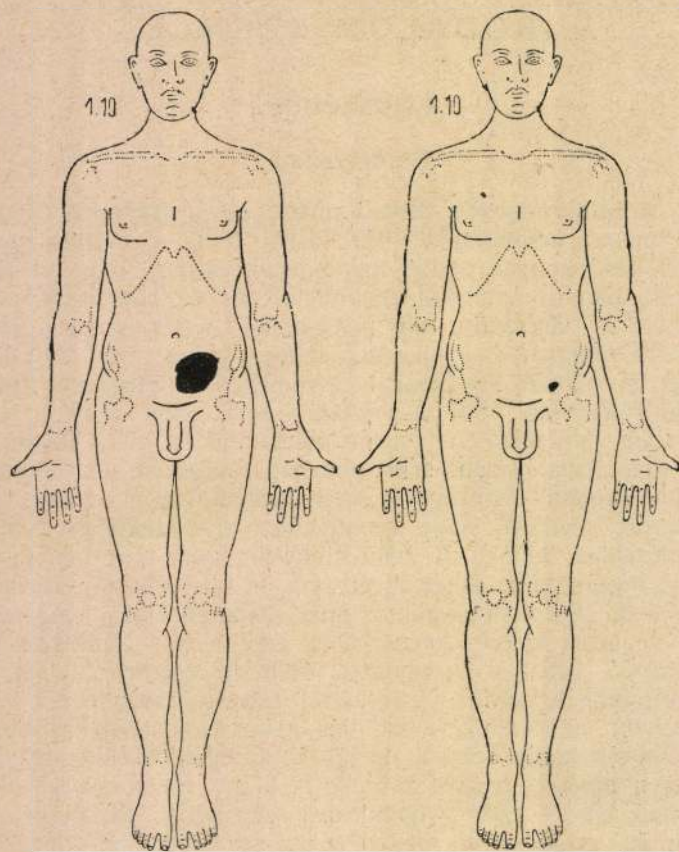
VI. tábla.

Szerző	Esetek száma	Gyógyult	Javult	Változatlan	Mehalt	Recidiva	Kezelés	Gyógyulás %-a		Halálesetek %-a		Javultak %-a		Változatlanok %-a		Jegyzet
								60	30	5	5	8-8	11	14	8-8	
Friedrich	20	12	1	1	6		Napfény, hasbekenés és tbc.-serum	60	30	5	5	8-8	11	14	8-8	
Rollier	45	32	5	4	4		Magaslati napfény-kezelés	71	8-8	8-8	11	14	4-3	4-3		
Birnbaum Alapy	14	8	2	2	—	2	Sebészeti	57	—	14	14	—	17-3	—	—	
Klatz Zóppvitz Baumgarten	23	16	—	1	4	1	Sebészeti	69-5	17-3	—	4-3	—	—	—	—	

Statistikailag bebizonyítottam vélem, hogy elért eredményeim nem rosszabbak, mint a sebészeti, vagy a magaslati helyeken végzett kezeléssel elért eredmények.

A kezelés annál sikeresebb, azaz a gyógyulás reménye annál biztatóbb az ilyen megbetegedésekben, minél korábban jutnak a betegek kezelés alá, minél kisebb a szervezet más helyén lévő gümös gócz, vagy minél kevésbé súlyos természetű a hashártya megbetegedését kísérő szövödmény. Természetes ugyanis, hogy ha egyéb szervekben — tüdő,

mellhártya, szívburok, mirigy, bél stb. — előrehaladt gümős folyamat van, eredmény alig várható; de felemlítendőnek tartom, hogy még ily esetekben is napfénykezelésre rosszabbodást vagy súlyosbodást, melyet e kezelésnek lehetett volna tulajdonítani, egy esetben sem észleltem. A rosszabbodás oka többnyire, illetőleg majdnem mindig a szervezet más helyén is fennálló gümőkóros folyamat előrehaladása volt.



1. ábra.

2. ábra.

Gümőkóros hashártyalob azon eseteiben, a melyekben a belek összetapadása, vagy a bélnek a hashártyával való összenövése, esetleg mind a két változat áll fenn — minek következtében a has megfelelő helyén állandó tompulati teret nyerünk —, szintén aránylag gyors javulást s ezzel karöltve a tompulati terület feltisztulását értem el, a mint ezt az 1. és 2. ábra mutatja. A 20 éves betegen 2 és  $\frac{1}{2}$  havi kezelés után a tenyérszíni tompulati területből alig kétfüllérnyi tompulat maradt vissza.

A napfénykezelésnél is előfordulhat, hogy a gyógyulás napokig, sőt hetekig stagnál; néha étvágytalanság vagy intercurrentis betegség okozza a visszaesést, de végeredményében ez rendszerint csak lényegtelen zavart jelent, mely a javulást vagy végleges gyógyulást nem befolyásolja.

A gyógyulást elősegíti a hygienés-diaetás kezelés, a tuberculin, a bőrlobot kiváltó kenőcs, a has nyugalomba helyezése pólázással, a gyógyszerrel előidézett diuresis; de mindezt nagy mértékben fokozza s mind e gyógytényezők hatását jelentősen növeli a napfény általi, hogy hatalmasan élénkíti az anyagcserét, kedvezően befolyásolja a bőr insensibilis perspiratióját, az ú. n. lélegzési anyagcserét. Mivel a sapo kalinus-bedörzsölés, vagy az egyéb említett gyógymódok egymagukban a heliotherapia nélkül javulást, illetve gyógyulást oly gyorsan és oly mérvben nem eredményeznek, a gyógyeredmény elsősorban a napfénybesugárzásnak tulajdonítható. Nem tagadható ugyan, hogy egyes esetek — miként ez a gümőkórban mindenkor tapasztalható — e kezelésmód nélkül is gyógyulhatnak, de az ilyenek valószínűleg minden kezelés nélkül, pusztán a nyugalom, a változott lakás és javult étrendi viszonyok folytán is javultak vagy gyógyultak volna.

Az ismertetett gyógykezelés néha heteket, sőt hónapokat

vesz igénybe. Ha tehát az elérhető eredmény nem is áll be oly gyorsan, mint műtéti beavatkozás után, mégis az az előnye, hogy mindenütt alkalmazható, a hol tiszta levegő s napfény van, a hol megfelelő a táplálkozás s megvannak a gyógyuláshoz szükséges egyéb alapfeltételek is. A napfény, megfelelő táplálék, jó levegő azok a tényezők, a melyek a gyógyulásnak fő- és alapfeltételei. Ily tapasztalatok indíthatták a sebészeknek elég tekintélyes részét arra, hogy peritonitis tbc. exsudatívában a folyadék-felhalmozódást csakis sürgős indiciók alapján bocsátják ki, míg egyébként a conservatív álláspontra helyezkednek. A norvég sebész *Borchgrevinck* a leghatározottabban állítja, hogy a műtét a hasgümőkór összes stationær alakjaiban nélkülözhető, az előrehaladó esetekben pedig veszélyes. *Borchgrevinck* úgy véli, hogy eseteinek 64%-ában a gyógyulás bekövetkezte a „hashártyagümőkór spontán gyógyulási hajlamára vezethető vissza”, míg *Rose* belklinikus a strassburgi klinikán conservative kezelt eseteiben 61,8% halálozást észlelt s tapasztalatai alapján a sebészeti kezelést „a különben szinte teljesen reménytelen betegség ellen az egyetlen hatásos fegyvernek tartja.” A sebész és belklinikus ezen egymással ellenkező nyilatkozata talán túlmerész, s a középutat e két szélsőséges álláspont képviselőinek véleménye között kell keresni. *Frank*<sup>18</sup> helyezkedik ilyen közvetítő álláspontra, a ki kedvező műtéti eredményekkel is dicsekedhető sebész létére elcsodálkozik a conservatív gyógyítás azon eredményein, melyeket az általa kezelt eseteknek hosszú sorában tapasztalt.

Ott, a hol eminens a veszély — tehát nehéz lélegzés, fuldoklás, nagy mértékű lefogyás, magas hőemelkedés, csillapíthatatlan hasmenés áll fenn —, a műtét igazolt, míg ott, a hol kezdődő folyamattal állunk szemben, a hol tehát a várakozás nem veszélyes, az általam jelzett gyógymód megkísérlendő, mert majdnem oly eredményekkel kecsegtet, mint a sebészeti kezelés, melynél a recidiva nem ritka. A recidiva elkerülése végett minden egyes operált esetben a műtétet követő néhány nap múlva a heliotherapia megkezdendő, mert ha túlsokat nem is használ, semmit sem árthatunk vele. Az általam javaslatba hozott eljárás nem azonos a *Rose*-féle conservatív eljárással, a melynél az eredmény úgyszólván nulla volt. Módszeremről bizvást elmondható az, hogy a ki gümőkór megfelelő eseteiben a természet e helyi s általánosan gyógyító, emellett ártalmatlan tényezőivel nem kísérletezik, hatalmas fegyvert ad ki kezéből a gümőkór elleni harcban.

Eredményeim alapján beigazoltnak vehető az a tétel, hogy a gümős hashártyalob kezelésében az eredmények elérésében a hely magaslati volta csak másodrendű szerepet játszik. Ez nemcsak a tudományos kutatás szempontjából, de a legtöbb beteg egyéni érdekeire nézve is fontos, mert ott-hon, saját lakóhelyén is kezelhető magát sikeresen; ezáltal a kezelés költségei jelentősen kisebbednek s elkerülhetők az utazás fáradaimai, valamint azok a kellemetlenségek, melyek a magaslati helyhez való hozzászokásnál (acclimatisatio) gyakorta előfordulnak.

E gyógymód természetesen nem panacea, s nem járhat kellő eredménnyel, ha a folyamat széteső, necrotizáló vagy súlyosan előrehaladt. Alkalmazásától csak ott várható siker, a hol a folyamat nem terjed gyorsan, ha a megbetegedés még csak a kezdeti stadiumban van s szövődményes folyamat nem gátolja a javulást. A gyógymód nem is új, hanem a mindennapi élet tapasztalatainak felhasználásával azokat a tudományosan kipróbált gyógyító tényezőket összegyűjtve veszi igénybe, melyeket e megbetegedési formára applikáltak. Miképpen a tuberculin-kezelés is csak gyógyító segédeszköz, úgy a napfénykezelés is csak hathatós adjuvansnak tekinthető.

A betegek nagy számának kedvezőtlen socialis viszonyait figyelembevéve, e gyógymód alkalmazása végett arra kell törekedni, hogy a meglévő kórházi osztályokat szélcsendes, szél ellen védett fekvő-csarnokokkal egészítsék ki, a melyeket a nap délelőtt s délután hosszabb ideig ér, továbbá, hogy a kisebb-nagyobb vidéki városokban is kellő számú

<sup>18</sup> *Bandelier-Röpke*: A gümőkór klinikája, 1916.

kórházat építsenek fekvő-csarnokkal vagy terasseokkal, erkélyekkel felszerelve, vagy esetleg a tetőt képezzék ki terasse-szerűen.

Sajnos, hogy úgy a főváros egyes kórházai, mint a legtöbb vidéki kórház is nélkülözik azokat az alkalmatosságokat, melyek az ideális kezeléshez s a naponta néhány óráig tartó napfénybesugárzáshoz szükségesek. Ily helyeken alkalmazzák a napfény helyettesítésére hivatott azon gyógymódot, melyet a legkülbőlőbb gümös megbetegedésekben használnak és a melyről már egész nagy irodalom szól (*Thedering*<sup>14</sup>).

A napfényt a hasgümőkór gyógyításában a Röntgen-, a quarcz-, illetve a kénzős-quarcz-lámpának fénye helyettesítheti. Mindezek alkalmazásával egyesek igen biztató és jó eredményeket értek el. Az utolsó évtized irodalmában elszórta találjuk leírva a mesterséges fényforrásokkal megkísérelt kezeléseket, úgyszintén a velük elért jó eredményeket. Így Böser 12 ily esetben conservatív kezeléssel és Röntgenbesugárzással az esetek felében gyógyulást ért el. Baich a Wilms klinikáján és Quervain is Röntgennel jó eredményt ért el, míg Hollerston ezen eljárásról elítélőleg nyilatkozik. A Röntgen-sugárral való kezelés főleg enyhe esetekben alkalmazandó s ott, hol a műtét nem javalt, tehát az adhaesiv alakban és cachexiás betegekben.

Van der Velde hasgümőkór ilyen eseteiben jó eredményt ért el azzal, hogy a hasat quarcz-lámpa fényével besugározta. Graeve és Thedering említi, hogy a quarcz-fény felszívó hatása a gümös folyamatokban, savós, savós-véres hasi és mellkasi izzadmányok eseteiben, szintúgy Kovács is gümös hashártyalob néhány esetében a quarcz-lámpafénnyel 3—30 percig tartó besugárzásokkal kedvező eredményeket ért el. Strahlmann<sup>15</sup> hashártyagümőkórban szenvedő 10 betegét 4—24 héten át 60—120 percig kénzős-quarcz-lámpával 15—75-ször besugározta s ezenfelül a betegeket Rosenbach-tuberculinnal is oltotta. Eredményei figyelemreméltók, a mennyiben 9 esetben a klinikai gyógyulás határáig terjedő javulás, egy esetben pedig teljes gyógyulás állott be.

Ezen észlelések figyelembevételével jól felszerelt s a szükséges eszközökkel rendelkező kórházakban kezeljék a hasgümőkórban szenvedőket borús, esős napokon a gyógyítás, illetve gyógyulás siettetése céljából ezen fentebb említett módszerekkel s eszközökkel is. Ugyanis a napfény, de szintúgy az ezt helyettesítő fénysugarak helyi alkalmazása és bõrizgató hatása folytán a betegek étvágya javul, szervezetük elveszti petyhüdségét, bágyadtságát, erősebbek, mozgékonyabbak lesznek, testsúlyuk növekedik s ezzel együtt jár a jobb arcszín és a psychés állapotnak javulása.

#### Összefoglalás.

1. A hasgümőkór conservatív kezelésével elért gyógyulási eredmények egyértékűek a sebészeti kezeléssel elérhető eredményekkel.

2. A conservatív kezelésnek jól bevált és kedvező eredményeket adó módja az a kombinált gyógyeljárás, mely a higiénés-diaetás kezeléssel és a szabadon való fektetéssel kapcsolatosan a has bõrének sapo kalinussal és tuberculinnal való bedörzsöléséből, ezt követőleg napfénybesugárzásból, éjjel és napfény nélküli borús napokon a hasnak flanelpólyával való bekötéséből és a diuresisnek fokozásából tevődik össze.

3. A higiénés-diaetás és egyéb conservatív kezelésmód egymagában nem ad oly jó eredményeket, mintha heliotherapiával kapcsoljuk össze.

4. Ez általam javaslatba hozott módszerrel az eredmények annál biztatóbbak, minél korábban került a beteg kezelés alá.

5. A heliotherapia nemcsak magaslati, hanem közép-magas helyeken, sőt sík vidéken, lapályon is jó eredménnyel

<sup>14</sup> Thedering: Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medizin. Oldenburg, 1917.

<sup>15</sup> Strahlmann: Die Therapie der Peritonitis tuberculosa und die Bestrahlung mit Quecksilberquarzlampe. Künstliche Höhensonne. 1916.

alkalmazható s így a legnagyobb mértékben rászoruló szegényebb betegeknek is könnyen hozzáférhető.

6. A kombinált kezelés sikeres alkalmazhatása céljából a kórházi osztályok fekvő-csarnokokkal vagy terasseokkal egészítendő ki.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A húsmérgezés (botulismus) gyógyításáról Dorendorf tanár a következőket írja: Első dolog az erélyes gymormosás, hogy a hűdött gyomorban esetleg még visszamaradt mérges táplálékot eltávolítsuk. Ez a gymormosás az esetben is végzendő, ha már napok teltek el a mérgező táplálék elfogyasztása után s a beteg esetleg már többször hányt is. A belet klysmákkal és tömeges beöntésekkel iparkodjunk kiüríteni. Ha hashajtószert is akarunk adni, a bélparesisre való tekintettel olyant válasszunk, a mely hosszabb bennmaradása esetén sem okozhat mérgezést. Garathúdes esetén szonda segítségével kell táplálnunk a beteget; a többnyire jelenlevő nagy szomjúságot klysmákkal és cseppbeöntésekkel oltjuk. A botulismus-toxinnak a vérben megkevesbitésére szóba jöhet az érvágás is rákövetkező subcutan infusióval. Botulismus-antitoxinnal emberen eddig még nem igen végeztek kísérleteket, noha az eredményes állatkísérletek indokoltá teszik a használatát. Néhány esetben a szerző megkísérelte a berlini „Institut für Infektionskrankheiten“-től beszerzett antitoxint; a szállítás nehézségei miatt azonban csak későn kapta kézhez, de így is az egyik esetben feltűnő gyorsan fejlődtek vissza a bulbaris hűdés tünetei s a reménytelennek látszó eset gyógyulással végződött. Minthogy az antitoxin ezidőszerint még nehezen szerzhető be, kísérletet lehet tenni diphtheriaellenes serummal, mint a mely *Kobs* állatkísérletei szerint a botulismus-toxint legalább részben ártalmatlanná teszi. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 50. szám.)

#### Sebészet.

Sequester-üregek kitelődésének elősegítése. Hildebrand (Berlin) az üreg felől a csont túlsó oldalából egy darabot eltávolít s ily módon a csontot hátulról beborító izmoktat szabadá teszi. Ezek részéről már most élénk sarjadzás indul meg s az üreg kitelődik. A sarjadzás még fokozható a szabadá lett lágyrészeknek jodtincturával, argentum nitricummal avagy paquelin-nel érintésével. (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 41. szám.)

A háborús sérülések prophylaxisos kezelésének új módjáról ír Klapp tanár. E módszer lényege az, hogy egy újabb antisepticumot használ, az isoctylhydrocupreint (egyelőre a *vuzin* nevet adták neki egy észak-franciaországi város után, ahol először használták) és ezt nem csupán a seb felületére juttatja, hanem infiltrálja vele a sebet és környékét jó mélyen azokon a helyeken is, a melyek látszólag még egészségesek, de a hová a fertőző bacteriumok már eljuthattak. Eddigi antisepticumainkkal ezt nem lehetett megtenni, mert protoplasmamérgek, vagyis a szervezet sejtjeit erősen megkárosítják, míg ellenben a *vuzin* a használt 1:10,000 hígításban nem károsítja meg a szöveteket, a bacteriumokra pedig erősen ölü hatású (még az 1:80,000 hígítás is biztosan öli a streptococcusokat). Ha a fertőzött seb kimetszése (a mit például gránát-sérülések után most általában tesznek) nem narcosisban történik, a *vuzin*-oldathoz kevés novocaint és suprarenit tehetünk s ily módon a mélyreható fertőtlenítés mellett még helybeli érzéstelenséget is érünk el. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1917, 44. szám.)

### Szülészeti és nőorvostan.

**Újfajta sugaras gyógyításmódról** ír Engelhorn tanár, a jeni gynaekologiai klinika helyettes igazgatója. A nap-sugarak gyógyító hatását akarta értékesíteni a kis gynaekologiaiban; minthogy azonban napfény nem áll mindig rendelkezésre: helyettesítésére a Zeiss-gyárban egy készüléket szerkesztetett, amely három részből áll: a világító készülékből, a speculumtartóból és a megfigyelőtükörből. Fényforrás gyanánt egy nitraizzólámpa szolgál, amelynek sugarai körülbelül 20 cm. távolságban egy 30 mm. átmérőjű kerek területre koncentrálnak; e területen a sugárzóhő a napéval körülbelül megegyező; ez a hő különben egyszerű módon csökkenthető is. A készülék kezelése nagyon egyszerű. Egy-egy besugárzás átlag 60 percig tart és naponként megismételhető avagy néhány napos szünetek tarthatók. Az eddig már több mint 100 esetben tett megfigyelések az eljárás teljes ártalmatlanságát és feltűnő hasznát bizonyították. Portio-erosio, fluor albus, prolapsus melletti decubitusos fekélyek, vaginitis eseteiben kivétel nélkül eredményes volt az eljárás, a melyet egyszerűsége és veszélytelensége miatt a gyakorló orvos is használhat. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 46. szám.)

### Gyermekorvostan.

**A csecsemők ruminációjának (kérődzés) kórlényegével** foglalkozik Gött (München). *Ylppö* közölt nemrégiben egy csecsemőkori kérődzés- esetet, melyben a kérődzést a neuropathias hajlandóság mellett főleg a bőséges levegőnyeléssel magyarázza és bonczani alap gyanánt a gyomor nagyfokú, Röntgen-vizsgálattal megállapított tágulatát tekinti. Habár ugyanezt veszi fel kóroktani tényező gyanánt öt eddig leírt esetben, általánosítania még sem lehetett, mivel más három esetben sem volt levegőnyelésről, sem pedig gyomortágulatról. Ezen utóbbi esetekhez hasonlót észlelt osztályán a szerző. Héthónapos, fejlődésében visszamaradt csecsemő a kérődzés típusos tüneteit mutatja, de a szokottnál nagyobb fokú levegőnyelést nem észlelhettek, továbbá gyomortágulatot sem lehetett kimutatni. Ideges jelenségek sem mutatkoztak, sőt inkább csendes gyermek volt. A gyógyításban azon célzt követte, hogy a gyermekek rossz szokását elfeledtesse. Ezért egyfelől a Mayerhoffer ajánlotta lisztpépet adta táplálék gyanánt, a melyet az ilyen csecsemők vegyi és erőművi okok folytán kevésbé hánynak ki, mint a folyékony tejkeverékeket, másfelől törekedett minden étkezés után a gyermek érdeklődését más tárgyra (játékszer) irányítani. Ezen eljárása eredményezte azt, hogy a gyermek testsúlyában rövidesen szépen gyarapodott és hogy nyolcz hét után a kérődzés teljesen elmaradt s akkor sem tért vissza, a midőn később tejkeverékekre tértek át.

A kérődzés kórlényegét illetőleg azt észlelte, hogy a kérődzés a csecsemőben bizonyos kellemes érzést vált ki épp úgy, mint a czuczulás is a legtöbb csecsemőn a kielégültség érzésével jár. Szerinte a csecsemőkori kérődzés nem lehet föltételes reflex, a mint azt egyesek állítják, hanem a gyomor-bélcsatorna működési gyengeségéből eredő, a kedvtelés elérése céljából szokássá vált kóros reactio. (Zeitschr. f. Kinderhk., 16. kötet, 177. l.) *Flesch*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A jodtinctura pótlására** Becker 5%-os vasvitriol- és 5%-os alkoholos tannin-oldat elegyét ajánlja 1% acidum carbolicum liquefactum hozzáadásával. Ez a tinctura egyébként nedvező ekzema és granuláló sebek kezelésére is nagyon ajánlható erős kiszáritó és fertőtlenítő hatása miatt. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1917, 45. szám.)

**A vétagokon székelő erysipelas ellen** Gaugele a következő eljárást használja feltűnő jó eredménnyel (gyógyulás 24 órán belül!): Kb. tenyéryni távolságban a beteg rész fölött *nem* mitigált pokolkövel körkörösen megérintjük a bőrt (a pokolkő ismételtelen megnedvesítendő és erősen

rányomandó a bőrré). Az ily módon készített övtől distalisan fekvő egész végtagrészt már most beecseteljük 20%-os lapis-oldattal. Óvatosságból másnap még egy ecsetelést végzünk 10%-os lapis-oldattal. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 49. szám.)

**Szamarhurut** ellen *Kaupe* jó eredménnyel használja a drosithymet (a drosera rotundifolia és thymus serpyllum dialysatuma). 2—3 óránként adandó a gyermek kora szerint 1—6 csepp evőkanálnyi vízben. Csecsemőknek is adható. (Medizinische Klinik, 1917, 46. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1917, 50. szám. *Wenckebach K. F.*: Szívbeteg katonák kezelése fürdő- és gyógyhelyeken.

**Budapesti orvosi ujság**, 1917, 51. szám. *Doktor Sándor*: A tuberculosis tanának kiépítése. Aspecifikus gümőkóros megbetegedések a növénygyógyászat terén.

**Magyar orvosi archívum**, 1917, 3. füzet. *Somogyi Rezső*: Kísérleti onkológiai tanulmányok. *Hann Fanny*: A hypophysis-elváltozások jelentősége a diabetes insipidus kórtanában.

### Vegyes hírek.

#### Az Orvosi Hetilap, Gyógyászat és Budapesti Orvosi Ujság tisztelt előfizetőihez.

A nyomdaköltségeknek újévre bejelentett hallatlan emelése azon nyomasztó kényszerűség elé állítja az alulírt orvosi lapok kiadóit, hogy lapjuk előfizetési díját 1918 január 1.-étől az eddigi évi 28 koronáról 40 koronára emeljék. Reméljük, hogy a háború alatt utoljára vagyunk ilyen kényszerhelyzetben s hogy a békekötés után ismét a normalis színvonalra szállíthatjuk le az előfizetés díját.

Budapest, 1917, december hó 13.-án.

*Az Orvosi Hetilap, Gyógyászat és Budapesti Orvosi Ujság kiadói és szerkesztői.*

*Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, a helybelieket is, hogy előfizetésüket a mai lapunkhoz mellékelt postautalvány felhasználásával megújítani sziveskedjenek.*

**Kinevezés.** A király megengedte, hogy a kolozsvári Ferencz József-egyetemen az orthopaediai sebészet számára rendes tanszéket szervezzenek és e tanszékre *Hevesi Imre* dr. egyetemi nyilvános rendkívüli tanárt nyilvános rendes tanárrá nevezték ki. — *Kardos Géza* dr.-t az aradi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosává, *Szini János* dr.-t, *Mezey Géza* dr.-t és *Hirsch Hugó* dr.-t Csikmegye tiszteletbeli főorvosává, *Holndonner Adolf* dr. högyéssi és *Vass Simon* dr. simontornyai községi orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Rapp Jakab* dr.-t jánoshalmi körorvossá választották.

**Személyi hírek külföldről.** *M. Neuburger* dr.-t, az orvostörténelem rendk. tanárát a bécsi egyetemen nyilvános rendes tanárrá léptették elő.

**Meghalt.** *Tanagl Ferencz* dr. egyetemi tanár december 19.-én 52 éves korában a mire már néhány éve el lehetünk készülvén, ime szomorú valósággá vált: *Tanagl Ferencz*, a budapesti egyetem kiváló, külföldön is ismert és nagyrebecsült physiologus-tanára, áldozatává lett annak a súlyos kórnak, mely szervezetét három év előtt megtámadta. Idő előtt kellett orvosi karunk e nagy szorgalmú, ernyedetlen búvárkodó munkásságú tagjának kidőlnie, pedig mennyit várhattunk még tőle, mennyi munkaterv forrt még agilis agyvelejében! Tanítványai, tisztelői mély megilletődéssel állják körül korai sírját. Az elhunyt tudományos érdemeinek méltatására visszatérünk. — *Nagel Sándor* dr. 65 éves korában december 11.-én Törökszentmiklóson.

**A budapesti tüdőbeteg gondozó intézetben** novemberben 162 új beteg jelentkezett; az ismételtelen jelentkezettek száma 1715 volt; köpetvizsgálat 198 esetben, lakásfertőtlenítés 6 esetben történt; a betegek között kiosztottak 360 kiló lisztet, 540 kiló kenyeret, 50 kiló darát, 2000 kiló burgonyát, 1440 darab tojást.

**A Magyar Fajegészségtani és Népesedéspolitikai Társaság** november 24.-én tartotta alakuló közgyűlését. *Teleki Pál* gróf elnöki megnyitójában reámutatott a fajegészségügy és népesedéspolitika óriási fontosságára, melynek tudatára főképpen a háború okozta embervesztéségre láttára ébredtünk. Nem a gazdasági veszteség a legnehezebben pótolható, hanem népünk mennyiségi és minőségi megfogyatkozása. Fajunk megerősödését kívánja az új társaság szolgálni oly közeg teremtesével, melyben a legkülönbözőbb szakemberek találkozhatnak tudományos munkálkodás és a gyakorlati tevékenység előkészítése végett. *Hoffmann Géza* berlini cs. és kir. konzul vázolta azután a fajegészségtan, eugenika és népesedéspolitika rendszerét. A természettudományok ébredése a múlt század második felében azokra az összefüggésekre terelte a figyelmet, melyek az emberek között a tovaszaporodás, átöröklés, származás és rokonság kapcsán fennállanak. A kutatók egyik csoportja az idők folyamán kialakult nagy egységeket, a fajokat vette szemügyre (*Gobineau iskolája, faji anthropologia*) és az emberi tulajdonságokat faji jellegnek tekintette. A másik csoport az egyént vizsgálta biológiai szempontból (*Galton iskolája, eugenika*) és oly eszközöket keresett, melyekkel az eljövendő nemzedékek vesztüllett, átöröklődő tulajdonságait javítani lehessen. Az eugenika mindenekelőtt az emberi tulajdonságok átöröklési törvényeiből igyekszik gyakorlati következtetéseket levonni. Ennek az iránynak Angliában és Amerikában több kutató intézet, számos társaság, sőt állami hivatal is áll a szolgálatában: messzemenő gyakorlati intézkedésekre is került a sor (satnyák terméketlenítése és házassági tilalma). Az eugenikának hibája, hogy az egyént mintegy tenyészállatnak tekinti és nem látja azokat a köteleket, melyek a kulturális embereket egymáshoz, a társadalomhoz, a környezethez fűzik. Helyes úton haladtak a németek (*Ploetz, Schallmayer*), a mikor a nagy egységeket választották ugyan a kutatás tárgyául, az embereket egymással származás és tovaszaporodás révén nemzedékről nemzedékre összefüggő összességét, de a rendszertani fajokat (turán, germán, zsidó stb.) ebben a vonatkozásban mellőzték. *Ploetz* ezt a biológiai egységet szintén fajnak nevezte, nem érte alatta turánt, germánt stb., hanem a népnek nemzedékről-nemzedékre továbbélő törzsét, és azt a tudományt, a mely ennek a fajfogalomnak lehető legjobb fejlődési körülményeit kutatja, elnevezte *fajegészségtannak* (*Rassenhygiene*). Ez az eugenikát mint legfontosabb alkatrészt magában foglalja, de a szorosan vett átöröklési kérdéseken kívül mindent figyelemre méltat, a mi a faj boldogulását vagy romlását okozhatja. Így a fajegészségtan súlyt helyez az utódok kellő számára csak úgy, mint kellő minőségére (*quantitativ és qualitativ fajegészségügy*), mert a megfogyott nép épp oly kevéssé állja meg a helyét, mint az elsatnyult. Más szempontból a fajegészségtan igyekszik célját elérni az értékes népelem gyarapításával és az értéktelenek visszaszorításával (*positiv és negativ nemleges fajegészségügy*). Mindkét irányban az intézkedéseknek hosszú sorára van szükség, mert a társadalmi tevékenységnek alig van ága, mely az eljövendő nemzedékre kihatással ne bírna. A *népesedéspolitika* nagyjában ugyanazon kérdésekkel foglalkozik, mint a fajegészségtannak gyakorlati része, csupán a szempont más, a mennyiben a népesedéspolitika gazdasági nézőpontból ítél. Téves az a felfogás, hogy a népesedéspolitika csak a népesség számával, a fajegészségtan meg csak a minőségével törődik. A fajegészségtannak legfontosabb alaptudománya az *élettan (biologia)* és az *embertan (anthropologia)*, melyeknek ismerete nélkül a fajegészségtanhoz helyesen hozzájárulni nem lehet. Az előadó óva intette az újonnan alakult társaságot a kellően elő nem képzettek és a szertelen túlzók (például szabadszerelmek) közreműködésétől, kiknek hivatalon munkája a külföldön is sok zavart okozott. Végül reámutatott annak szükségességére, hogy a gyakorlati népesedéspolitikai intézkedéseknek a tudományos fajegészségtantól kell függniök, mert a legdrágább kincsünk: népünk testével-vérével könnyelműen konfliktálni nem szabad. *Nékám Lajos* egyetemi ny. r. tanár, a nemi bajok elleni küzdelem kormánybiztosa, sürgős fajegészségügyi intézkedésekről beszélt. A fajvédelem sohasem volt fontosabb, mint napjainkban. A háborús embervesztés pótlására idegenek betelepítésével nem is szabad gondolnunk, mert a magyar fajt kell magából kifelé erősíteni. A feladat négyféle: a születések számát szaporítani, a gyermekek halálózását csökkenteni, az átlagos élettartamot emelni és az új ivadékok minőségét javítani kell. Eddig ily célokat humanitarius kísérletekkel akartunk elérni, ezek helyébe jövőre a célzatos népesedéspolitikának kell lépnie. Azzal, hogy megkivántuk a gyermekek iskolázását, jobb ruházását, ételmezését, a tisztán lakást, hogy a közlekedést megjavítottuk, tulajdonképpen megakadályoztuk a várható ivadékok nagy részének születését, mert régebben már a gyermek is keresett mint libapásztor, újságkihordó, házi iparos; az élelem faluhelyen olcsó volt, nem lehetett szállítani, ma azonban megdrágult, mert a városba viszik. Ma megbüntetik a szülőt, ha a fiút elvonja az iskolától, ha rossz ruhában járhatja és ha gyermekét nem gondozza. Ez magában véve mind igen helyes intézmény, a szegény ember azonban nem győzi költséggel és így zsebéhez arányosítja családját. Valljuk be azonban, hogy az anyagi képtelenséget nagyon is sietünk kimondani. A gyermek helyébe az igények léptek. Mindenki többet akar mutatni, mint a mennyi megilleti; ha nem képes erre, hamisítja a külszint. Inkább nyúlőr-chinchillát visel, csak mutasson. A középkorban megszabták, hogy ki milyen széles csipkét, milyen hosszú aranyláncot, milyen magas sarkú cipőt viselhet. Már-már ott tartunk, hogy társadalmunk rákfenéjének, a nagy igényeknek kiirtása céljából újra kimondjuk, hogy ne lehessen pénzért venni olyan előnyöket, a melyek csak az érdemnek járnak ki. A családalapítás elősegítésére nőtlenégi adót tervez a kormány. De nem úgy kellene a kérdést feltenni, hogy néhány fillért akar-e valaki fizetni, vagy a család nyűgét és örömeit magára venni, hanem úgy,

hogy a nyűgöt mindenesetre viselnie kell, akar-e tehát azonkívül még az örömeiben is részesedni vagy nem. Az egyke ellen csak egy intézkedés segítene, ha az állam racionálná a születéseket és a hiányzó gyermekek örökségét magának követelné. A családalapítás korábbá tétele is nagyon fontos lenne, a minek ma a katonai békeszolgálat a legnagyobb akadály. Ezt viszont el lehetne hátrítani úgy, hogy az állam a rokkant tiszték vezetése alatt szervezzen iskolai tanfolyamokat, a melyekben mindenki elsajátíthassa a rendes katonai ismereteket. Mikor azután a békeszolgálatra bevonult, tegyen felvételi vizsgát és az ott elárult ismeretek arányában rövidítessék meg a békeszolgálat. Mindez és ezernyi más kérdés együtt alkotja a gyakorlati fajvédelem feladatait. Ezeknek állandó tanulmányozása és a legjobb javaslatoknak rögtön megvalósítása az új egyesület hivatása. — A társaság munkakörét *Laky Dezső* dr. ministeri titkár ismertette. A társaság a magyar nép fajegészségtanának és népesedéspolitikájának tudományos művelését, az idetartozó ismeretek népszerűsítését és a leszárt tanulságok gyakorlati megvalósítását tűzte ki céljául. E végből a társaság feladata: a magyar nép törzsét fenyegető veszélyek tudományos vizsgálása, elsősorban a születések számának aggasztó csökkenésével kapcsolatban; azoknak az eszközöknek megállapítása, melyekkel a háború következtében is megfogyott és elsatnyult népesség számát emelni s minőségét javítani lehet; végre oly törekvések támogatása, melyek a meglévő emberanyag lehető leggazdaságosabb megőrzését célozzák. Első feladata a tudományos alapok (élettan, embertan, statisztika) ápolása, a családi és átöröklési kutatások istápolása. Gyakorlati tevékenységének irányító eszméje, hogy a jövő nemzedékre való figyelmét és a sokgyermekű egészséges család gondolatát beléoltsa az állami és társadalmi élet minden vonatkozásába. A család ne haljon ki! ez legyen minden testben és lélekben egészséges magyar embernek legfőbb óhaja. — Az új társaság elnökévé *Teleki Pál* gróf orsz. képviselőt, a Hadigondozó Hivatal elnökét, társelnökké *Lukács György* és *Szerényi József* b. t. tanácsosokat és *Nékám Lajos* egyetemi ny. r. tanárt választották meg. Az elnökség többi tagja: *Apáthy István, Bársony János, Buday László, Dessewffy Emil, Donath Gyula, Grósz Emil, Jendrássik Ernő, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály* és *Szana Sándor*. Főtitkár *Laky Dezső* dr. ministeri s.-titkár; az ügyvezető alelnök teendőivel hivatalos ittartózkodása idejére *Hoffmann Géza* berlini cs. és kir. konzul bízott meg. Az alakuló gyűlés előadásainak szövegét folyóirat közli, melyet a Társaság más szervezetekkel karöltve a közel jövőben megindít. A társaságra, valamint a fajegészségtan és népesedéspolitika elméletére és gyakorlatára vonatkozó bármilyen felvilágosításért *Laky Dezső* dr. ministeri segéd-titkárhoz (Országos Statisztikai Hivatal, II., Heltai Ferenc-utca 5-7. szám) kell fordulni.

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

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

**Dr. Doctor** orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sугaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-ékkészülékek, frigoriterapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

**TÁTRA-SZANATÓRIUM** Ótátrafüreden.

Diétás-physikalás magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (czukor-baj, kószvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.

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

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

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

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

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

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

**Dr. SZONTAGH MIKLÓS** gyógyintézete Egész éven át nyitva.

**UJTÁTRAFÜRED.** Heliotherapia.

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

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án) 689. lap. — (XV. rendes tudományos ülés 1917 november 10.-én.) 689–690. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 690. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1917 október 20.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

(Folytatás.)

Jegyző: Molnár Béla.

## A kulcscsont alatti verőér első szakaszának kettős aneurysmája.

**Makai Endre:** D. J. 35 éves gyalogos 1916 július 6.-án szenvedte el a bal mellkasfél átlövését. A bemenet nyílása a bal lapoczkaszöglettől 2 harántujnyira ki- és felfelé, a kimenet nyílása a bal sternoclavicularis ízület felett; begyógyultak. 1916 július 23.-án felvétel a bemutató Augusztia barakk-kórház-beli osztályára. A rendkívül kivérzett, elgyengült betegen a bal kulcscsont feletti és alatti tájon kifejezett érsurranás a felületes vénák hatalmas tágulásával és lüktetésével és a plexus axillaris hűdésével. Miután sérült összeszedte magát s a kellemetlen lüktetés, zibongás érzése nem szűnt, sőt ellenkezőleg fokozódott, 1917 április 23.-án műtetre szántuk el magunkat. Behatolás a bal kulcscsont felett vezetett 10 cm. hosszú metszéssel, mely a fossa jugularisnál kezdődik s a kulcscsont közepén túlterjed. A felületes bőrvénák Medusa-főszzerű gomolyagot alkotnak, hollótoll- vagy kisujjvastagok és erősen pulzálnak. Átvágjuk a fejbiccentő izom kulcscsonti részét, mire a hüvelykujjnál vastagabbra tágult kulcscsont-alatti gyűjtőérre bukkanunk, mely hatalmasan lüktet és 1½ cm.-nyire emelkedik a kulcscsont fölé. Az art. subclaviának a scalenus-rés előtti kpraeparálására gondolni sem lehet, annyival kevésbé, mert a hatalmasan tágult gyűjtőér hátulsó fala a löcsatorna által feltételezett kérges hegszövetbe megmozdíthatatlanul beleágyazott. Ezért a distalis érrészek kpraeparálásán kell kezdenünk az érsérülés helyének feltárását. A kulcscsontot közepén Giglivel átfűrészeljük; a haránt bőrszövetre merőlegesen egy 6 cm. hosszú metszést ejtünk s a nagy mellizom rostjai közt behatolva, előbb az axillaris ereket keressük ki. Utóbbiakat széles szalaggal provisoriusan lekötvén és a praeparálásban központi irányban haladva kiderül, hogy az erek közvetlenül a kulcscsont medialis harmada alatt egy tyúktójsányi tömegbe folytatódnak, melytől a szív felé a már előzőleg szabaddá praeparált vena subclavia vezet, de a hatalmas lüktetés alapján nyilvánvalóan megsérült verőér egyáltalában nem látható külön. A nyaki plexus oly erősen odanőtt e tömlőszerű képlethez, hogy leválasztása sérülés nélkül csak nagy fáradtsággal vihető ki; a tömlőnek alapjáról, az I. borda tájáról való felszabadítása a kérges összenövések miatt lehetetlen. Időközben a v. subclavia centralis része a peripheriás rész leköttetését követően annyira összelapad, hogy a m. scalenus ant. mégis szabaddá lesz, úgy hogy Küttner ajánlata szerint mégis sikerül az a. subclaviának a scalenus-résben való feltárása. Az izmot ¾ részben harántul átvágva, a medialis rostokat a rajta futó rekesszideggel erősen a középvonal felé húzva, könnyen hozzáférhetővé válik a centralis verőérrész s egy distalisan áthúzott széles szalaggal provisoriusan leköthető. A tyúktójsányi tömlőt alapjáról lepraeparálni nem sikerül, az elvékonyodott falzat egy helyen már a provisorius leköttetések kantárszerű megfeszítésére beszakad s dacára az art. és vena kettős provisorius leköttetésének, az ür mélyéből, nyilván collateralisokból elég bőséges vérzés támad. Most a 4 provisorius leköttést véglegesítve, hosszanti metszéssel feltárjuk a venát, mire kiderül, hogy az a verőérről egy fillérsnyi kerek nyíláson át érintkezik; az arteria ezen communication kívül hátulsó falán egy vérrel telt ürbe nyílik, mely nem végződik az I. bordának megfelelően, hanem medialisán és hátrafelé a scapula alá terjed 12 cm. mélyen. Ezen vérür nagysága és alakja nem tekinthető át teljesen, sőt ki sem tapintható, mert szájadéka alig forintnyi, de a bevezetett magfogó kilengéséből legalább ökölnyi nagyságúra, alakját tojásdadra becsljük. A topographiai viszonyoknál

fogva endaneurysmorrhaphia végzése technikailag lehetetlen, az ür nagysága miatt kellő szabad izommenyiséggel Küttner szerint nem tömhető ki. Ezért a nyakizomzat reconstructiója után az ürt csíkokkal kitamponáljuk s a T-metszés közepén vezetve ki a tampont, a bőrszövet egyébként teljesen összevarrjuk. Hogy a csíkokat ne kelljen a kulcscsont felett megtörve kivezetni, az átfűrészelt kulcsontrészeket nem varrjuk össze, hanem in situ egymástól hüvelykujnyira hagyjuk. Június 20.-án teljes gyógyulás. Jelenleg betegünk vállizületi mozgása tökéletes, a plexus-hűdés visszafejlődött, a radialis-pulsus kifejezetten tapintható.

(XV. rendes tudományos ülés 1917 november 10.-én.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Csiky János.

## Idősült genyes középfülgyulladás, labyrinthus-necrosis, extraduralis és sülyedékes tályog; radicalis műtét és labyrinthectomia után gyógyulás.

**Germán Tibor:** B. J., 37 éves gyalogos, gyermekkora óta jobboldali fülgyulladásban szenved, hallása fokozatosan rosszabbodott. Két hónap előtt az olasz harctéren szédülés- és hányás-roham kapcsán eszméletét veszítette, ekkor került kórházba. Azóta többé-kevésbé heves fejfájásai vannak, néha szédül. Három hét óta nem tudja jobb szemét lehunyni, arca ferde. Körülbelül 10 nap óta lázas. Felvételnél (1917 május 1.) következő a lelet: fekvő beteg, kissé zavart sensorium, hőmérsék 39.4° C., pulsus 130, elesettség. Teljes jobboldali peripheriás facialis-hűdés. A proc. mastoideus mögött férfiökölnyi, hátul a nyak középvonaláig terjedő, nem élesen elhatárolt duzzanat, mélyen érezhető fluctuatioval. A hallójáratban igen bő, bűzös váladék, maga a megszüklült hallójárat kisebb-nagyobb sarjakkal kitöltött. Spontan (rotatorius) nystagmus bal felé, mely hőmérsékkel nem befolyásolható. Fistula-tünet negatív. A beteg a jobb oldalon feküdni nem tud, mert szédülése fokozódik s hányásingere van. Hangvillahangokat levegőn át nem hall, csontvezetés nyomokban, Weber baloldalra lateralizált. Hallása beszédre vonatkoztatva (a másik fül Bárány-készülékkel kirekesztve) 0. **Diagnosis:** Otitis media suppurativa chronica granulosa, suppuratio labyrinthi.

Azonnal műtét chloroformnarcosisban. Retroauricularis metszés, a lágyrészek épek, a csacsnyúlvány corticalisa s az alatta fekvő réteg körülbelül 1½ cm.-nyi vastagságban eburneált, cellák nincsenek. Közel az aditushoz óriási nyomás alatt nagymennyiségű bűzös geny ürül. Tágítva a csont-rést, nagy elhalt csont részlet tűnik elő, melyet csak úgy sikerül szabaddá tenni, hogy hátul a sinusig, felül csaknem a tegmenig, elől a dobüregig elvési a csontot. Hallójárat-lebenykészítés. A porhanyósan szétesett, a sziklacsonntal csupán laza összefüggésben levő sequester hossza körülbelül 3 cm. s óvatos eltávolítása után kiderül, hogy magába foglalja medialis részletében az ívjáratokat, köztük a horizontális ívjáratot teljesen, a vestibulum lateralis falát, a csiga egy részét, a canalis facialisnak körülbelül 8 mm.-nyi részletét s a csaknem teljesen szétroncsolt tegmen tympanit. Ez utóbbi elvételekor körülbelül 5 cm<sup>3</sup>-nyi sűrű geny ürül, ennek megfelelően a dura koronányi területen sárgásan elszíneződött, megvastagodott. A canalis caroticus körülvevő csont részlet szürkés-sárga színű, kissé felpuhult, mozgatható, azonban az art. carotis megsértésének veszélye miatt in situ hagyatik. A nyakon levő duzzanatot megnyomva, itt jelenik meg a geny, ily módon a mély nyakizmok közt fekvő tályogüreg teljesen kiüríthető volt. A pyramis hátulsó megmaradt felszíne a meatus acusticus internusig az ívjáratok maradványaival vésővel, a cochlea elpuhult, még bennlévő részletei apró kanállal eltávolíthatóak; a sülyedékes tályogot külön nem nyitotta meg. A retroauricularis seb nyitva maradt, jodoformgaze-tamponade.

A beteg hőmérséke másnapra leesett, néhány napon át

subfebrilis volt, majd tartósan normalissá vált a hőmérsék. A sebüreg nagy mennyiségű bűzös váladékot termelt, a nyak-tályog nap-nap után megtelt genyvel, addig, míg a bennhagyott beteg csonttrészlet teljesen nem consolidálódott, a mi meglehetősen gyorsan, 18 nap alatt bekövetkezett. Az ezentúl a hallójáraton keresztül drainezett üreg gyorsan hámosodott be s most körülbelül 3 hónapja teljesen száraz a fül. A műtét után körülbelül két hétig fennállott, nem jellegzetes egyensúly-zavarok, kisebbfokú szédülések lassanként teljesen megszűntek, a betegnek jelenleg csupán a termékszerűleg megmaradt facialis-bénulás okoz panaszokat, főleg a jobb szem könnyezése miatt. Nystagmus eleinte még volt, később már csak bal extrem állásban; jelenleg nystagmus nincs, a hallás jobboldalt 0, hangvillát csontvezetésen át sem percipiál, a jobboldali vestibularis tevékenység sem calorikusan, sem forgatással nem mutatható ki.

A belső fül megbetegedései kapcsán jelentkező meningitisek és extraduralis agytályogok többnyire a cochleán, illetőleg a meatus auditorius internuson és a felső ívjáraton át terjedő folyamat következményei. Csak ritkán terjed a fertőzés a vestibulumon, illetőleg az aquaeductus vestibulin a kisagyvelő durájához. Ez esetben a tegmen tympani közvetítésével jött létre az extraduralis tályog. Ez a körülmény, a kiterjedt sziklacsontroncsolás, melyben résztvett csaknem az egész labirintus, a dobüreg előtt fekvő, a canalis caroticus övező csontképletek előrehaladt osteomyelitisének gyógyulása, valamint a hatalmas sülyedésszerű tályognak ezzel egyidejű megszűnése készítette a bemutatót az eset bemutására.

(Folytatása következik.)

#### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az eclampsia kezeléséről folyt a vita a berlini „Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie“ július 6-án tartott ülésén. Freund a Charité-beli nőbeteg-klinikán tett tapasztalatokról számolt be. 1905-től 1912-ig 501 esetben a szülés gyors befejezését végezték; a halálozás százaléka 17,2 volt. Az eredmények rosszasága miatt áttértek tehát a várakozó eljárásra és az érmetszésre, kapcsolatban Stroganoff módszerével (morphium-chloral használata). 213 ilyen módon kezelt esetben 14,3% volt a halálozás. Az eredmény az anyákra tehát nem volt sokkal kedvezőbb, a gyermekekre azonban sokkal kedvezőtlenebb: 36% halálozás az előbbi csoport 17%-ával szemben. A gyakorló orvos legjobban teszi, ha az eclampsias nőnt szülőintézetbe szállítja, de előzőleg eret vág rajta és morphium-chloral ad. — Ruge a berlini egyetem nőbeteg-klinikáján tett tapasztalatokat ismerteti. Itt is beszűntették 1911-ben a primaer-activ eljárást. A Stroganoff-eljárás 44% halálalással járt s azért csakhamar elhagyták és az érvágásra tértek át. 1906-tól 1917-ig 567 esetük volt 17,3% halálalással; a primaer-activ kezelésben részesültek halálalása 19%, az érmetszéssel kezelték 17%, a kezelésben nem részesítették (többnyire könnyű esetek) 9% volt. A gyermekek halálalása az érmetszéssel kezelt esetekben 40% volt a primaer-active kezeltéknek 24%-ával szemben.

#### PÁLYÁZATOK.

7638/1917.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye kalocsai járáshoz tartozó Kalocsa nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdettek.

Ezen állás javadalma az 1908. évi XXXVIII. t.-cikkben megállapított járandóságtól.

Évi lakáspénz a községtől 800 korona és ötször ismétlődő évtődös személyi pótlék 200 korona. Ezenfelül a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVII. t.-cikk 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket az alulírott főszolgabírónál **1918. évi január hó 15.-éig** annyival inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1918. évi január hó 18.-án délelőtt 9 órakor tartom meg Kalocsa községházán.

Kalocsa, 1917 december hó 16.-án.

Madarász, főszolgabíró.

899/1917. ikt. sz.

Békés vármegye közkórházának igazgatósága pályázatot hirdet a nevezett kórház sebészeti osztályán megüresedett egyik **segédorvosi állásra**. Ezen állás 1200 korona évi készpénzfizetés, 10 korona alkohol-váltás havonként, valamint természetbeni lakás, fűtés és világítás és elsőosztályú élelmezés élvezetével van egybekötve. Az állásra orvos-doctorok vagy szigorlók pályázhatnak.

Felkérem a pályázni óhajtókat, hogy kérvényeiket méltóságos **Füzesséry Géza** úr, Békés vármegye főispánjához címezve **hozzám 1918. évi január hó 5.-éig** benyújtani szíveskedjenek.

Megjegyzem, hogy a mennyiben orvos vagy szigorlóorvos mint pályázó nem jelentkeznek, magasabb évfjártatú orvosnövendék is alkalmazást nyerhet, elsőosztályú teljes ellátás és napi 6 korona díjazással.

Gyulaán, 1917 december hó 13.-án.

Békés vármegye közkórházának igazgatósága.

9667/1917. sz.

Besztercebánya sz. kir. rend. tan. város közkórházánál megüresedett, bennlakó **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi fizetés, a közkórházban egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és természetbeni élelmezés.

Felhívom mindazon nőtlen orvosudtor urakat, illetve hajadon orvosudtornököket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának második bekezdésében előírt képesítésüket igazoló és eddigi szolgálatukról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamódványaikhoz **hozzám legkésőbb 1918. évi január hó 20.-áig** nyújtsák be.

Az állás orvosszigorlóval vagy orvosszigorlónővel is betölthető, tehát ez utóbbiak is felhivatnak pályázatra.

A január 20.-a után beérkezett folyamódványokat figyelembe nem veszem.

Besztercebányán, 1917. évi december hó 11.-én.

Répsai Mátyás dr. s. k., alispán.

## Máté Mihály és Társa

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

**IV., Mehmed szultán-út 31,**  
Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: 63—33. Sürgőnyezim: Mátészerezsz Budapest.

Letelepőd orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

**UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI** nyilvános tehénhímző-  
:: termelő intézete ::  
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétválásos osztálya.  
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.  
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)



## Tabl. Ferri Protoxal.

**Dr. Deér**

**sine et cum arseno**

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tablettá üvegeben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban.

**Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!**

4437



## Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjectiono.

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

# 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.

- Benczúr Gyula:** Tüdőcsúcsshurutban szenvedő katonák minősítéséről. 691. lap.
- Jankovich László:** (Közlemény a Szt.-István-kórház prosecturájáról. Volt bonczoló főorvos; Entz Béla dr., egyet. cz. rk. tanár.) A májverőér lefutásának rendellenességei. 693. lap.
- Focher László:** Közlemény a mostari 26. számú cs. és kir. helyőrségi kórházból. (Parancsnok: Winter György dr., II. oszt. főtörzsorvos) Érelváltozáson alapuló foglalkozás-görccs (dyspraxia angiosclerotica brachii) esete. 695. lap.
- Karczag László:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyet. nyilv. r. tanár.) A tabes dorsalis kezeléséről neosalvarsánnal Leredde szerint. 695. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle. Belorvosstan. Behm:* A sajt és hús használata heveny hasmenés eseteiben. — *Salamon és Charnass:* A bélsár urobilinogentartalmának mennyileges meghatározása. — *Sebeszet. Braun:* Az asepsises és a nyílt sebkezelés. — *Orr-, garat- és gégebajok. Grossmann:* Az ozaena gyógyítása. — *Gyermekorvosstan. Yppó:* A vérzések, híg székek és görccsök, mint az újszülöttek kóroktanilag különböző betegségeinek tünete. — *Kisebb köztételek az orvosgyakorlatról. Wederhake:* Anaërob sebirtózás. 699—701. lap.

Magyar orvosi irodalom. 701. lap.

Vegyes hírek. 701. lap.

Tudományos Társulatok. 702. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Tüdőcsúcsshurutban szenvedő katonák minősítéséről.

Irta: **Benczúr Gyula** dr. egyet. magántanár, ezredorvos, az Országos Hadigondozó Hivatal beszercebányai különleges gyógyintézetének vezető főorvosa.

Csaknem fölöslegesnek látszik oly tárgyról, melyről már annyi szó esett és melyről annyit írtak, újabb szót vesztegetni. Tisztán a kérdés óriási gyakorlati fontosságánál fogva teszem ezt mégis, miután meggyőződtem, hogy az orvosok felfogása arról, hogy tüdőbeteg katona mily szolgálatra képes, még ma is igen különböző. Sem a polgári, sem a katonai egészségügy terén nincsen ma égetőbb kérdés a gümőkór rettenetes terjedésének meggátlásánál. A tuberculosis elterjedésének egyik főoka kétségtelenül az, hogy a közönség, de még sokszor maguk az orvosok is nem tulajdonítanak a kezdődő, úgynevezett „tüdőcsúcsshurutnak“ oly fontosságot, mint a melyet tulajdonítanunk kell, ha azt akarjuk, hogy a kis hurutból ne váljék az egész tüdőt elpusztító folyamat és a betegség ne vegyen fel oly méreteket, hogy minden más — sokkal félelmetesebben hangzó — járványos betegségnél százszorta több áldozatot kívánjon.

Midőn „tüdőcsúcsshurutban“ szenvedő katonát szolgálatilag minősítünk, természetesen teljesen tárgyilagosan kell eljárunk. Szem előtt kell tartanunk a hadsereg azon érdekét, hogy hiába katonát ne vonjunk el tőle, és ugyancsak a hadsereg azon érdekét, hogy csakis hasznavehető katonát minősítsünk szolgálatra, de másrészt kötelességünk szem előtt tartani az egyén érdekét is, a kivel szemben igazságtalanságot követnénk el, ha őt mint testileg kevésbé épét épp oly fáradalmaknak és nélkülözéseknek tennénk ki, mint az ép embert.

E szempontok látszólag nehezen egyeztethetők össze és a háború elején, nehogy valakit kisebb tüdőcsúcsshurut miatt a szolgálat alól fölös módon felmentsünk, sok oly egyént mondottunk harczképesnek, a kit ma szolgálatképesnek egyáltalában nem minősítenénk. De a tapasztalat azt mutatta, hogy a fentemlített érdekek egymást teljesen fedik. Az egyén azon érdeke, hogy őt, ha beteg, ne tegyük ki nagyobb veszélynek, mint az egészséges embert, azonos a hadsereg azon érdekével, hogy csak egészséges embert minősítsünk harczképesnek, és segédszolgálatosnak, hadtápszolgálatosnak is csak azt, a ki e szolgálatot egészségének veszélyeztetése nélkül emberi számítás szerint el tudja végezni.

A kérdés tehát ma már csak az, hogy a tapasztalat mire tanít, mily fokú elváltozások mily munkabírássra nyujtanak kilátást. A háborúban a tüdőgümőkórnak új alakját, új tüneteit nem láttuk. Mégis a háború alatt ismereteink a tüdőcsúcsshurutot illetőleg sokat bővültek. Számos más betegséggel is így vagyunk. Így például a szívbántalmak új formáját nem ismertük meg, de a szív munkabírásságának tömegkísérlete a szív munkaképességének megítélését illetőleg sok mindenre tanított. A háború elején csak következtettünk arra, hogy kisebbfokú gümőkóros elváltozásokkal bíró egyén mit bír el, ma pedig óriási tapasztalat alapján mondhatunk véleményt a tüdőbeteg munkabírássáról.

A háború első évében komoly oldalról is sokszor hallottuk, hogy kisebb, még activ tüdőcsúcsshurutnál is a harcztéri szolgálat sokszor még előnyös is lehet, a mennyiben az állandóan jó levegőn való tartózkodás sok különben ülő foglalkozást űző és szobában tartózkodó ember számára a békés foglalkozásnál előnyösebb körülményeket teremt. E felfogás, mely sajnos még ma is egyszer-másszor felüti a fejét és mely sok ember életébe került, csak azon valóban laikus felfogáson alapul, hogy a jó levegő a tüdőcsúcsshurutnak egyedüli gyógyszere. A ki ezt mondja, nem tudja, hogy a tiszta levegőn való tartózkodás is csak akkor válik a csúcsshurut gyógyszerévé, ha sok oly más tényezővel párosul, mely előnyösebb körülményeket teremt a beteg számára. A háború alatt sokszor volt alkalmam tapasztalni, hogy kisebb tüdőbántalommal bírók hetekig-hónapokig kitünően érezték magukat, a míg álló harczok voltak, de ily embernek elegendő egy 24 órai fáradalom, menetelés vagy harcz, hogy baja szemlátomást megújuljon. Innen van az, hogy a legnagyobb harczok napjain is rendszeren több beteg keresi fel az orvost hurutos bántalommal, mint sebesülten.

A tapasztalat már megtanított, hogy harcztéri szolgálatra semmiféle tüdőcsúcsshurutos beteg nem való. Még jobban megtanítottak erre ama tapasztalatok, melyeket másfél év alatt a vezetésem alatt álló intézetben tettem, melyben azóta közel 8000 gümőkóros beteg fordult meg, kiknek legnagyobb részét szolgálatképességükre kellett minősíteni. 1916-ban a betegek szolgálatképességét illetőleg nagyobb optimisták voltunk, mint ma. Így történt, hogy 2400 ágyas kórházunkból havonta 100—200 beteget bocsátottunk ki mint harcztéri szolgálatra alkalmasat és amellet még számos segédszolgálatost. Érdekes lett volna ezek sorsát követni. Ez nem állt módunkban, de mégis nagyon sokról közülük hírt kaptunk. Nagy része ugyanis ittmaradt társainak írt, a legtöbb azt, hogy újból megbetegedett; nagyon sok pedig rövi-

debb-hosszabb idő múlva visszatért kórházunkba. Pedig akkor is a harcztérre való minősítésben elég enyhék voltunk, mindenesetre enyhébbek, mint a legtöbb a csapatnál szolgáló orvos. E tapasztalat azok táborába kergetett, kik azt tartják, hogy oly katona, ki az elmúlt években heveny tüdőcsúcshurutban szenvedett, harcztéri szolgálatra többé nem való és ha segédszolgálatra minősítik is, nagyon meg kell válogatni a helyét. Ennek következménye, eltekintve attól, hogy kórházunk anyaga, mint minden tüdőbeteg-kórházé, folyton súlyosbodik, az, hogy ma, nem mint tavaly 100—200, hanem legfeljebb 10—20 katonát bocsátunk ki havonta harcztéri szolgálatra alkalmasan.

Német orvosi tekintélyek is egymástól teljesen eltérően ítélik meg a tüdőcsúcshurutos katonák szolgálatképességét. *Fränkel*, ki a hozzá tüdőbántalom miatt küldött katonák közül csodálatosképpen csak 40%-ot talált tuberculosusnak, csak igazán kifejezett esetekre mondja ki a szolgálatképtelenségét. A tüdőcsúcstól felett hallható zörejeket még nem tartja a csúcshurut bizonyító tünetének és abból indul ki, hogy a subfebrilis állapot sem mindig gümőkóros. Azt tartja, hogy még kiterjedtebb intenzív és kisebb activ folyamatok is néhány hónapi gyógykezelés után ismét harcztéri szolgálatra alkalmassá válhatnak. *Besold* ezzel szemben kiemeli, hogy a ki a jelenlegi háborúban a gümőkór aktivitásának tüneteit mutatta az harcztéri szolgálatra többé nem alkalmas. *De la Camp* a vezetése alatt álló intézetbe utalt betegek egyharmadát ismét szolgálatra képesnek minősítette, *Porges* pedig kiemeli, hogy sok orvos véleményével ellentétben is azt tartja, hogy a frontszolgálat activ, de kiterjedtebb inactiv folyamatoknál is káros hatású szokott lenni és aránylag rövid harcztéri szolgálat után hosszú kórházi ápolást és rokkantsági díjak fizetését vonja maga után.

A különböző vélemények hosszú sorát állíthatnók össze, anélkül, hogy egységes eredményre jutnánk. Gyakorlati kérdéssről lévén azonban szó, állást kell foglalnunk. Fogadjuk el azt, hogy a ki a harcztérről a tüdőcsúcshurut activ tüneteivel (vérköpés, hosszas láz, auscultációs tünetek) visszajött, vagy épp úgy az utolsó két esztendőben itthon ilyeneket mutatott, harcztéri szolgálatra nem való, mert nem gyógyulhat ki néhány hónap vagy 1—2 év alatt annyira, hogy a frontszolgálat különböző eshetőségeit valószínűleg egészségesen kibírná, hanem legfeljebb hadtáp-, őrszolgálatra vagy fegyver nélküli segédszolgálatra lehet újból alkalmas, mely szolgálatok bár sokszor szintén nehezek, mégis a harcztérinél sokkal könnyebbek, mert az illető nagy menetelésektől meg van kímélve, rendszeresen táplálkozhatnak és pihenhet és az időjárás szeszélyeinek sincsen annyira kitéve.

A kifejezetten súlyosabb, de a közép súlyos eset sem való semmiféle szolgálatra. A minősítésben nehézséget csak a könnyű esetek okoznak. Lényeges, hogy szigorú különbséget tegyünk activ és inactiv eset között. Elég kifejezett kopogtatási eltérésekkel bíró katonák, ha a bántalmuk inactiv, sokszor hosszú ideig jól bírják a háború fádalmait. Ezért csúcscrövidülés, sőt kisebb mellhártyavastagodás miatt a katonát harcztéri szolgálat alól felmentendőnek nem tartom. Ugyanezen oknál fogva a Röntgen-vizsgálat is, bármily értékes egyébként a tüdőtuberculosis diagnostikájában, a harczképesség megítélésére szempontjából egyedül mérvadó nem lehet. Mindennemű tuberculin-injectio pedig — és e tekintetben minden e tárgyról érkező orvos ugyanazon véleményen van — mint túlértékény, a harczképesség megítélésére nem alkalmas. Viszont azonban bármily csekély aktivitási tünetek állanak fenn, vegyük ki a beteget a harcztér sorából és óvjuk éveig minden fáradalomtól. Ha egy beteg vért köpött és ennek valódiságáról meggyőződünk, ne gondoljunk arra, hogy ebből még harcos válhatik. Ha igaza is van *Fränkel*-nek, midőn azt mondja, hogy a hosszabb ideig tartó subfebrilis állapot nem mindig gümőkóros eredetű, gyakorlatilag mégis azt mondhatjuk, hogy a legtöbbször az, és a katona minősítését szempontjából helyesen cselekszünk, ha annak fogjuk fel. Ha *Fränkel* azt tartja, hogy izolált szörcsölés a tüdőcsúcstól még nem bizonyít gümőkóros

eredet mellett, erre azt felelhetjük, hogy a most tárgyalt szempontból mégis leghelyesebb, ha ily eredetűnek minősítjük. Természetes, hogy a kinek köpetében 1—2 éven belül *Koch*-féle bacillus ki volt mutatható, szolgálatra nem alkalmas. Sok orvos előtt a mondottak magától értetődők; hogy újból hangsúlyozom őket, csak azért teszem, mert úgy tapasztalom, hogy sajnos, sokan másképp gondolkodnak.

Nehéz pontos adatot mondani arról, hogy a hadsereg mennyi ideig veszi hasznát a már gümőkórosan megbetegedett katonának. Hiszen ki tudná megállapítani, mikor kezdődik a folyamata. Némi tájékozódás céljából kiragadtam kórházunk nagy kórtörténet-anyagából tetszés szerinti ezret és oly szempontból állítottam őket össze, hogy ezen ezer, tüdőcsúcshuruttal és előrehaladottabb gümőkórral kórházunkba került katona közül ki mennyi időt töltött a harcztéren. Az eredmény a következő:

1000 közül a harcztéren nem volt 224,  
a harcztérről más bajjal visszaérkezett és itthon találtatott tüdőbetegnek 164,  
a harcztérről tüdőbajjal jött vissza 612.

Az első két hónapon belül	78
A második hó elteltével	40
A harmadik hó elteltével	53
A negyedik hó elteltével	43
Az ötödik hó elteltével	43
A hatodik hó elteltével	49
A hetedik hó elteltével	29
A nyolcadik hó elteltével	41
A kilencedik hó elteltével	34
A tizedik hó elteltével	15
A tizenegyedik hó elteltével	20
A tizenkettedik hó elteltével	23
A tizenharmadik hó elteltével	11
A tizennegyedik hó elteltével	19
A tizenötödik hó elteltével	12
A tizenhatodik hó elteltével	13
A tizenhetedik hó elteltével	8
A tizennyolcadik hó elteltével	15
A tizenkilencedik hó elteltével	8
A huszadik hó elteltével	5
A huszonegyedik hó elteltével	9
A huszonkettedik hó elteltével	7
A huszonharmadik hó elteltével	4
A huszonnegyedik hó elteltével	13
Huszonnégy hónál később	20

Ha e statisztikát nézzük, úgy eleinte úgy tűnik fel, hogy ebből az következik, hogy mégis sok az oly katona, ki tüdőcsúcshurutban vagy kifejezett gümőkórosan megbetegedett, de előzőleg elég sokáig bírta a harcztéri szolgálatot, úgy, hogy kár volna a gümőkór enyhébb tüneteit feltüntetett katonákat túlenyhén osztályozni. De e következtetés nem helyes. Azok ugyanis, a kik a későbbi hónapokban, a 2. vagy 3. évben tértek vissza, csak később betegedtek meg. Valószínű, hogy odakint elég sok ember fertőződik a gümőkór bacillusával, később több, mint eleinte, mert a bántalom nagy elterjedésénél fogva sok tüdőbajos társával érintkezik. Kétségtelen azonban, hogy a legtöbb katonának a harcztéren nyilvánvalóvá vált gümőkóros megbetegedése endogen eredetű. Némelyik régi gócz csak hónapok, évek múlva válik nyilvánvaló megbetegedés forrásává. Ezt megakadályozni nincs módunkban és minthogy bizonyára nagyon-nagyon sok régi gümőkóros góczból a harcztéri fádalmak alatt sem fejlődik új betegség, mint fent említém, régi anatómiai elváltozások alapján nem szabad katonát a szolgálat alól kivonni, ez sértené a haderő érdekét.

Azok, a kik az utóbbi években activ tüdőcsúcshurutban szenvedtek, bizonyára az első félév és főleg az első 3 hó alatt dőltek ki, legnagyobb részük pedig itthon betegedett meg a nélkül, hogy a harcztéren lett volna. A statisztikában feltűnik, hogy 1000 beteg közül 224, tehát közel egynegyed rész nem is került harcztérre. Eddig feldolgozott statisztikánk

szerint 4045 beteg katonánk közül saját bemondása szerint a harctéren megbetegedett 3115, a háború alatt itthoni szolgálatban 343, még a háború előtt a polgári életben 587. Utóbbiak igen nagy része szintén a harctér mögötti szolgálat alatt betegedett meg. Ha már most meggondoljuk, hogy úgy az itthon megbetegedett katonák, valamint azok is, kik csak néhány hónapot teljesítettek szolgálatot a harctéren, megbetegedésük folytán jogos igényt formálhatnak arra, hogy az állam ismét kigyógyítsa őket bajukból és így csaknem mindegyik hónapokig, de nagyon sok évekig is kezeltesse a hadsereg és a Hadigondozó intézeteiben, a mi az államnak óriási terhet jelent, akkor újból nyilvánvalóvá válik, hogy az az elv, mely szerint helyes, ha a beteget szigorúan ítéljük meg, szigorúan oly értelemben, hogy a ki az utolsó években a gümőkór aktivitásának tüneteit mutatta, azt könnyen haza bocsássuk, a hol a polgári életben még mindig hasznos munkát fejthet ki, nemcsak az egyén, de egyúttal a hadsereg és az állam érdeke is.

A kisebbfokú elváltozásokkal bírók szolgálatképességének megítélésének egyik módja az, hogy munkapróbákat végeztünk velük. A kórházunkba került tüdőbeteg földműveseknél mintegy önként kínálkozik, hogy az engedélyezett többhetes mezőgazdasági szabadságot tekintsük ily munkapróbának. *Schill* az Orvosi Hetilap 38. számában az O. Hadigondozó rózsahegy-i intézetének 60 mezőgazdasági szabadságról visszatért betegéről pontosan összeállított érdekes statisztikát közöl, melyből kiviláglik, hogy az ily szabadságról a legtöbben rosszabbodva érkeztek vissza kórházukba. Átnézve a mi kórházunk folyó évi augusztusában és szeptemberében 3 hetes mezőgazdasági szabadságot élvezett katonáinak kórlapjait, azt találtam, hogy:

298 ily szabadságos közül	
körülbelül változatlanul érkezett vissza	132,
rosszabbodva	53,
javultán	113;

a rosszabbodást vagy javulást a physicalis tünetek, a hőmenet és a testsúly alapján ítéltem meg. Bevallom, nem tartom e statisztikát sokatmondónak, mert nem tudjuk ellenőrizni, hogy a beteg otthon hogyan él. Az egyik igazán súlyos munkát végez, a másik otthon is csak pihen, hozzátartozói nem is engedik dolgozni. Sokan meghízva térnek vissza a kórházba, mert a földművesek egybehangzóan azt mondják, hogy otthon sokkal több az enni-alójuk. Végül az a pszichés tényező, hogy otthon családjuk körében nyugodtabbak és boldogabbak, oly lényeges, hogy a mezőgazdasági szabadságon töltött időt egyáltalában nem tekinthetjük próba gyanánt a szolgálati munkabírást illetőleg.

*Bence* azon gümőkórosokat, a kiken aktivitási tüneteket talált, de az állapot több hónapos kezelés alatt megnyugodott, fokozatosan 2-3 óra előbb egészen könnyű, a próba-idő leteltével esetleg súlyosabb szolgálatra osztatja be és ha a bántalom teljesen megnyugodott, talán még harctéri szolgálatra is. E fokozatos alkalmazás nagyon helyes, de mint többször említettem, az utolsó években activ tüneteket mutató katonát, még ha a folyamat teljesen megnyugodott is, frontszolgálatra mégsem minősítenék.

Hogyan akadályozhatja meg a katonáorvos, hogy tüdőcsúcshurutos beteg ne állíttassék a harcolók sorába? Ebben egyik főszerep a sorozóorvosnak jut. Ennek nagyon-nagyon alaposan meg kell vizsgálni a sorozandó egyént. Ez pedig — minden ellentétes véleménynyel szemben állítom — lehetséges. Idő van rá. A sorozóorvos naponta átlag 200 embert vizsgál. E célra sokszor az egész délelőtt, sokszor a délután is rendelkezésére áll. Saját tapasztalatomból mondhatom, hogy a sorozandónak szívét, a legcsekélyebb gyanúnál a tüdejét, sőt a vizeletét is meg tudjuk vizsgálni a sorozáson. Ha a sorozóorvos — minden idegen befolyástól mentesen — csak saját lelkiismeretére hallgatva és nem félve esetleges gyanúsításoktól sem, alapos vizsgálat szerint osztályoz, kétes esetben pedig a tüdőcsúcshurutra gyanúsítást szakvizsgálat végett kórházba küldi, a lehető legnagyobb szolgálatot

teszi vele a hadseregnek, az állam pénztárának és a gümőkór elleni védekezés ügyének. Természetesen sokat tehet a pótzászlóalj orvosa a jelentkező betegek pontos vizsgálata és a menetszázadoknak indulás előtt tüdőcsúcshurutra való átvizsgálása által. Sokat tehet a csapatorvos, legföbbit a kórházi orvos, kinek ideje és alkalmi van betegeit pontosan észlelni, valamint nagyon sokat tehet a lelkiismeretes vizsgáló felülvizsgáló orvos is.

A háború első idejében túlságosan optimisták voltunk a tüdőbetegek munkaképességének megítélésében. Fölfogásunkat, hogy csekély tüdőcsúcshurut nem elég arra, hogy az illetőt hazánk védelme alól felmentsük, keserűen megfizettük. Megfizettük azzal, hogy ezer és ezer ember életét megrövidítettük vele, megfizettük azzal, hogy bár a hadseregnek legjobb meggyőződésünk szerint hasznot akartunk hájtani, sokszor csak kárt és fölös munkát okoztunk, megfizettük azzal, hogy sok állami kórházat tüdőbetegekkel töltöttünk meg és megfizettük azzal, hogy akaratlanul hozzájárultunk a gümőkór terjesztéséhez.

Ezen őszinte vallomással tartozunk magunknak, mert csak beismerése által ítélünk most helyesebben. A gümőkórnak hazánkban való óriási elterjedése ellen a háború alatt ma még csaknem fegyver nélkül állunk. Temérdek munkába és áldozatba fog kerülni, hogy a gümőkórosok számát a háborúelőttire visszazsorítsuk. Intézetekre, sanatoriumokra, dispensaire-ekre, stb. lesz szükség, hogy ezen legádázabb ellenséggel megküzdjünk. Más alkalommal szándékozom közölni arra vonatkozó szerény tapasztalataimat, mit következtetek a vezetésem alatt álló intézet működéséből a jövőre négy munkájára. De meggyőződésem, hogy az első nagy lépés a gümőkór elleni védekezésben az, ha a katonák óvatos és nagyon lelkiismeretes minősítésével iparkodunk megakadályozni a begyógyult gümős göcczok újabb lángra-lobbanását és a betegségnek ezáltal való újabb terjedését.

(Közlemény a Szt.-István-kórház prosecturájából. Volt bonczoló főorvos: Entz Béla dr., egyet. cz. rk. tanár.)

### A májverőér lefutásának rendellenességei.

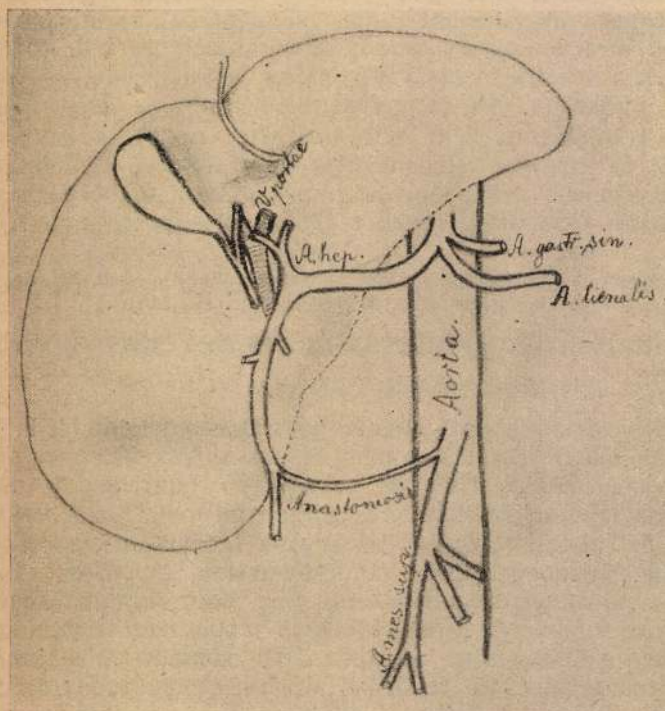
Irta: *Jankovich László* dr., egyet. tanársegéd.

Orvosi körökben széltében-hosszában elterjedt hit, hogy az anatomia befejezett tudomány és ha a szövettan még sok megfejtetlen kérdés előtt áll is, a leíró boncztanak már alig van fejezete, amelylyel részletesen ne foglalkoztak volna, pedig azt hiszem elegendő azoknak a sebészeknek a példájára hivatkoznom, a kik a rendestől eltérő, atypusos, vagy egészen új műtéttel próbálkoznak meg, hogy igazoljam, hogy mennyire hiányosak egyes régiókban a boncztani ismereteink és főleg a tájboncztan szempontjából sokszor mily kevés megbízható adat áll rendelkezésünkre, különösen a mi az egyes szervek egymáshoz való viszonyát, elhelyezkedését illeti és mennyire nincs még tökéletesen kidolgozva az anatomia azon szempontok tekintetében, a melyek a klinikust és gyakorló orvost érdeklik. Innen van, hogy a boncztan sokszor nem hivatásos buvárai, például a kórboncznokok is akadnak oly boncztani tényekre, a melyek még nem ismertek, vagy ha ismeretesek is, nem váltak az orvostudomány közkincsévé. Az alábbiakban ilyesféle eseteket kívánok közölni.

Sebészi és tájboncztani könyvek általában azt tanítják, hogy a ligamentum hepato-duodenale fontos képletei, a melyek elég gyakran tárgyai a sebészi beavatkozásoknak, úgy helyezkednek el, hogy a ligamentum-szélén, vagyis a foramen Winslowi felső részén fut az epevezeték, e mellett és mögött a vena portae, ezeken túl a máj verőere foglal helyet; ezért tehát nem kell egyebet tennünk, mint a ligamentum szélébe bevágnunk és rögtön megkapjuk az epevezetékét; hogy azonban ezen képletek elhelyezkedése akárhányszor nem ilyen és hogy eme tétel érvényesítéséből a betegre nézve esetleg kár származhatik, azt az alábbi esetek eléggé bizonyítják.

*Első eset:* *H. M.*-né (51 éves) a kórházba többszörösen megújult és szerfelett nagy fájdalmakkal járó epekő-rohamai miatt vették fel; a rajta végrehajtott műtét (cholecystectomy) után két nappal

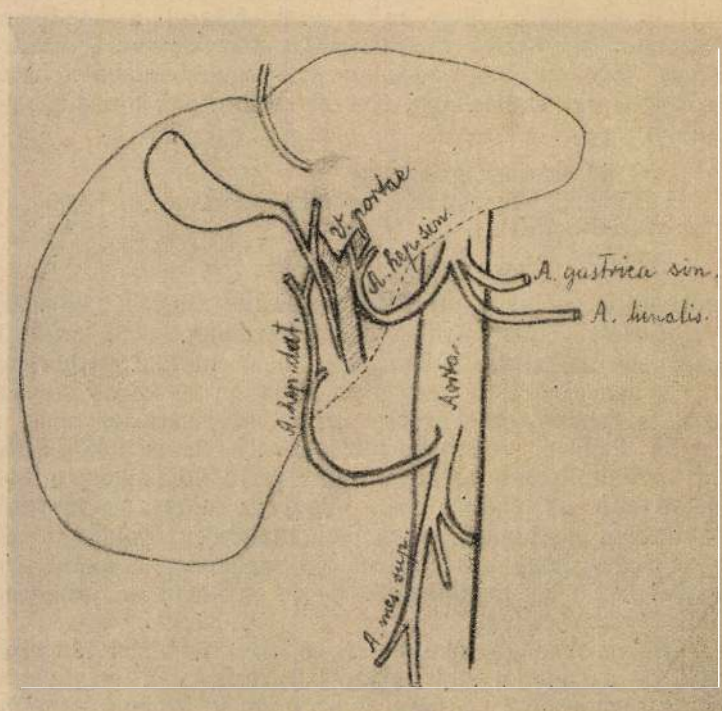
szívgyengeség és vérszegénység tünetei közepette meghalt. A diagnózis a következő volt: Cholelithiasis, cholecystectomy, szívgyengeség, anaemia. A bonczoláskor a következő kórjelzést állítottam fel: Peritonitis diffusa purulenta incipiens post cholecystectomiam ante mortem dies II factam, degeneratio perenchymatosa myocardii, renum et hepatis. Anaemia universalis majoris gradus. Ligatura arteriae hepaticae dextrae, inde infarctus anaemicus hepatis. Calculi duo mixti ductus eholedochi. Synechia ligamentosa pulmonum. A részletes jegyzőkönyvből a következő adatokat közlöm: A közepes termetű, jól táplált női hulla hasán a jobb borda-ív mentén varratokkal egyesített seb van, a melyből gaze-csik vezet a hasüregbe a máj alá, az epehólyag ágyának tájára, maga az epehólyag hiányzik, műtétileg távolították el. Közel a ligamentum hepato-duodenale széléhez megtaláljuk a ductus cysticus csontját, a melyből a szonda a ductus choledochusba siklik, de onnan ismét a szabad hasüregbe jut, mert az epevezeték kevéssel a ductus cysticus szájadzása alatt élesen át van metszve, úgy, hogy a vezeték epés tartalma a nyíláson keresztül kinyomható és a szabad hasüregbe ömlik. Az átmetszett epevezeték mellett, tőle lateralisan, tehát a ligamentum hepato-duodenale jobb szélén leköttést találunk, a melyet széjjelbontva, röggel kitöltött, tollszár-vastagságú verőérbe jutunk, a mely lefelé a nyombél alá az arteria mesenterica sup.-ba követhető, a leköttetés felett a verőér peripheriás teljesen üres része a máj jobb lebenyébe visz, a melynek elülső szélén narancsnagyságú terület kevéssé kiemelkedik, a környezetnél tömöttebb tapintatú és halvány-sárgásan foltozott. Bemetszve kitűnik, hogy az egész kiemelkedő részlet száraz, fakó, egynemű májállományból áll, a melynek éles határait élénk vörös udvar veszi körül (infarctus hepatis). Mikroskoppal e terület a máj szélének kivételével elhalt állományból áll, a mely teljesen vértelen és helyenként elég sok magtörmelékot mutat. Az epevezeték mögött találjuk a v. portae-t s ettől balra a tulajdonképpen art. hepaticát, a mely azonban csak a máj bal lebenye számára küld ágakat.



1. ábra

a műtési területet előntő vérnek köszönhetette a beteg, hogy epevezetéke nyitva maradt s ebből kifolyólag hashártyagyuladást kapott. A verőér átmetszésének, illetve utólagos leköttetésének még más súlyos és szokatlan következménye is lett, t. i. a máj jobb lebenyének elülső szélén narancsnagyságú, meglehetősen szabálytalan alakú infarctus képződött, a mi a májban tudvalevőleg igen nagy ritkaság és csak akkor fordul elő, ha a máj verőérének ágai záródnak el, míg magának az egész verőérnek az elzárása nagyobb bajt nem okoz. Hogy a máj verőere eredhet az art. mesenterica sup.-ból, ez ismeretes,\* magyarázata ugyanis az, hogy már rendes viszonyok között is anastomosis szokott lenni az art. gastro-duodenalis és a mesenterica sup. közt (1. ábra), a mely néha úgy látszik erősebben fejlődik ki s ezzel egyidejűleg erősödnek azok az accessorius ágak is, a melyeket elég gyakran az art. mesenterica küld a májhoz. Ez az eset felhívta figyelmet ezen rendellenességre úgy, hogy rendszeresen kezdtem vizsgálni a máj verőérének viszonyait, nevezetesebb eltérésre azonban sokáig nem akadtam, mígnem a véletlen nem juttatott egy második esetet a kezemre:

P. I. 35 éves férfi a következő kórjelzéssel került a bonczasztalra: Tumor hepatis, icterus gravis, laparotomia explorativa. Elvérzés. A kórbonczolási diagnózis a következőleg hangzott: Haemorrhagia ad cavum abdominis (1½ l.), anaemia universalis maximi gradus. Laparotomia horas nonnullas ante mortem facta (a máj szélén és a ligamentum hepato-duodenale jobb szélén néhány öltés van). Echinococcus hyda-



2. ábra

A bonczjegyzőkönyv fenti adataiból kitűnik, hogy a sebész, a ki a beteg hosszantartó erős, görcsös fájdalmait, epekő-rohamai miatt az epekövek és az epehólyag eltávolítását határozta el, egészen helyesen járt el akkor, a mikor a lig. hepato-duodenale jobb szélén kereste az epevezetékét, mert tudjuk, hogy rendes viszonyok között az csakugyan ott fut, tőle medialisan találjuk a v. portae-t s azon túl az art. hepaticát (1. ábra); ezuttal azonban a helyzet egészen más volt: a májat két verőér látta el, úgymint a rendes lefutású art. hepatica, a mely azonban csak a bal lebenyhez küldött ágakat, míg a máj jobb, azaz nagyobbik lebenyét egy másik verőér látta el, a mely a mesenterica sup.-ból eredt (2. ábra); ez az előbbinél vastagabb verőér futott a ligamentum jobb szélén és ez sérült meg műtét közben, valamint a közvetlen mellette levő epevezeték is, ennek pedig természetesen hashártyagyuladást lett a következménye. A verőér váratlan átmetszése a betegnek tetemes vérvesztést okozott a műtétkor, a mi ugyan magában véve nem lett volna halálos, de

tidosus lobi dextri hepatis magnitudinis capitis puerilis cum perforatione larga eius ad ductum hepaticum; obturatio ductus choledochi cum cystulis echinococci, inde dilatatio ductum biliferorum, cholangitis diffusa purulenta et icterus gravis. Intumescencia lienis. Az art. coeliacából jövő art. hepatica 2-3 cm.-re eredése alatt adja az art. hepatica propriát és ebből ered az art. gastrica sin. Az art. hepatica propria csak a bal lebenyét látja el, míg a folytatást tevő art. gastro-duodenalis egy második, de az előbbinél kisebb ágat küld a májhoz, a mely ettől lateralisan, de azért még a ductus choledochus bal oldalán halad fölfelé a máj jobb lebenyének irányában. A máj főverőere azonban mégis egy harmadik arteria, a mely körülbelül olyan vastag, mint a bal lebeny verőere. A harmadik máj-verőér az art. mesenterica sup.-ból jön, a hasnyálmirigyet és a nyombélet hátulról megkerülve a lig. hepato-duodenale szélén az epevezeték jobb oldalán fut a májhoz. A v. portae-t a rendes helyén a leírt képletek mögött találjuk meg. A lig. hepato-duodenale legszélsőbb képlete ez esetben tehát a harmadik art. hepatica volt, ez a próbapaparatonianál ugyan nem sérült meg, de az epevezeték megnyitáskor megszakadtak azok a kisebb mellék-ágak, a melyek a

\* Rauber-Kopsch: Anatomie III. k. 33. l. (VIII. kiadás) „Die Arteria hepatica entspringt manchmal aus der Art. mesenterica sup. oder aus der Aorta.“

második art. hepatica alatt eredtek, az art. gastro-duodenalisból és szintén a máj felé futottak, valószínűleg ezekből vérzett a beteg, sőt a súlyos sárgaság miatt fennálló vérszegénység folytán elvérzett.

Az eset tehát nem csak azt bizonyítja, hogy a májat ellátó vér két külön forrásból eredhet, hanem, hogy az ellátást végző verőér a lig. hepato-duodenaleban három, sőt esetleg még több ágra oszolhat, a mely körülmény minden- esetre megkívánja a sebésztől, hogy a lig. hepato-duodenale képleteinek átmetszésekor a legnagyobb óvatossággal járjon el.

**Harmadik esetem K. E.** 21 éves leánya vonatkozik, a kinek klinikai diagnózis a következő: Abscessus hepatis, incisio transpleuralis 35 dies ante obitum facta. Empyema thoracis, resectio costae 27 dies ante obitum facta. Peritonitis e perforatione, abscessus hepatis. *A kórbonczati diagnózis:* Peritonitis diffusa purulenta (41. geny) ex perforatione abscessus unius hepatis. Thrombo-phlebitis abscedens hepatis post appendicitidem chronicam. Resectio costarum 8-11 dextrarum. pleuritis adhesiva lateris eiusdem et chronica purulenta in super diaphragma. Infiltratio adiposa hepatis et anaemia universalis. A májban levő tályogok eredetét keresve kutaszolnom kellett a v. portae-t s eközben rájöttem, hogy az art. hepatica a rendes módon ered az art. coeliacából és a szokott helyén futva eléri a májat, az 1-2 cm. kerületű verőér ott két ágra oszlik ugyan, de csak a máj bal lebenyének irányában, a máj jobb lebenyének ellátásáról az art. mesenterica sup. gondoskodott, a mennyiben eredése alatt 2 cm.-rel 1 cm. vastag, tehát az előbbinél kétszeres vastagabb ágat küld a májba, ez az ág a hasnyál-mirigy alatt a lig. hepato-duodenale jobb szélén halad felfelé és a máj jobb lebenyében oszlik szét.

Ez esetben tehát a lig. hepatoduodenaleban futó képletek ismét olyanformán helyezkedtek el, hogy a szalag szélén futott a jobb art. hepatica, ettől balra az epevezeték, a melyen túl találtam meg a bal art. hepaticát, az epevezeték mögött pedig a v. portae-t. A képletek rendellenes elhelyezkedése a műtétkor nem okozott bajt, de könnyen megtörténhetett volna, hogy az epevezeték esetleges megnyitásakor a jobb máj-verőér megsérül.

A fentebbiekben ismertetett eseteim azt hiszem eléggé igazolják, hogy a májverőér lefutásának rendellenességei mégsem nagy ritkaságok és ennél fogva semmiképp sem tekinthetők olyan elváltozásnak, a melynek klinikai vonatkozásán egyszerűen túltehetnők magunkat.

Közlemény a mostari 26. számú cs. és kir. helyőrségi kórházból. (Parancsnok: Winter György dr., II. oszt. főtörzsorvos.)

### **Érelváltozáson alapuló foglalkozás-görcs (dyspraxia angiosclerotica brachii) esete.**

Közli: **Focher László** dr., tartalékos segédorvos, a budapesti gyógypaedagóg. psychol. m. kir. laboratorium assistense.

Az úgynevezett „időszakos sántítást” feltételező kóros elváltozások az ilyenmű megbetegedések túlnyomó többségében az alsó végtagokra, nevezetesen a lábszárakra lokalizálódnak.

Bár már régóta ismeretesek esetek, melyekben ugyanezen kórtani elváltozás más testrészek erein jelenvén meg, a felső végtagok, a zsigerek, a központi idegrendszer különböző részeinek időszakos „sántítását”, azaz működésük fennakadását okozta, mégis ez esetek ritkasága — azt hiszem — indokolja egy további ily ritka eset közlését.

**L. W.** 49 éves népfőlkelő gyalogos, *bormélymester.* Régebben legény nélkül dolgozott, de már 3 éve segítséget kellett fogadnia, mert eleinte csak estefelé, később a nap bármely szakában 1/4 órai munka után jobb felső végtagjában, főleg a kezében és a felkarjában húzó fájdalmat érzett, amely rohamosan fokozódott s a melyhez a baj későbbi folyamán a fájdalmakkal együtt jelentkező gyengeség is járult. Rövid pihenésre e tünetek visszafejlődtek, de dologhoz fogva ismét beállottak.

Nemi betegségeket tagad, kora ifjúságától fogva naponta 1/4—3/4 liter bort ivott és 10—14 cigarettát szívott. (5 gyermeke egészséges, első gyermeke eclampsiában, a negyedik és hatodik heveny fertőző betegségben halt el, a harmadik szerencsétlenül járt s felesége három utolsó graviditása kora abortussal végződött.)

A szív vizsgálata balkamra-hypertrophiát és dila-

tatiót, systolés aortazörejt, erősen ékelt, de tiszta második aortahangot mutat. A Röntgen-lelet balkamratágulaton s igen intenzív aorta- és carotis communis-árnyékon kívül negatív. E lelet supraavalvaris *aortastenosisra* mutat, melynek oka minden valószínűség szerint az *aorta sclerosisa*.

A peripheriás erek, nevezetesen mindkét felső végtag felületés erei kanyargósak, kemény tapintatúak; a jobb radialis kifejezetten rigidebb a balnál. A vérnyomás az arteria brachialisban jobboldalt 152, baloldalt 125 Hg mm (*Riva-Rocci*). A pulsus mindét oldalt egyenlő, telt, nyugalomban 68—72, rythmusos, jobboldalt talán valamivel kisebb, feszesebb.

A vér Wassermann-reactiója negatív.

A neurológiai leletből hiányzott a központi idegrendszer arteriosclerosisának minden tünete. Csupán a kinyújtott ujjak mutattak finomhullámú gyors tremort, a jobb kézfej tapintó köreinek átmérője pedig másfélszer nagyobbak mutatkozott a baloldalon találhatónál. *Vasomotoros zavarok* azonban az egész testfelületen mutatkoztak. Fájdalmas ingerekre, csipésekre a bőr elfehéredett s csak 1—2 percz múlva állott be az eredeti színeződés visszatérése reactiv hyperaemia nélkül. Csupán hőingerekre állott elő hyperaemia. Bármely végtagot compressióval vértelenítve (5 perczig), 7—11 másodpercczel a compressio megszüntetése után a végtag halvány márványozottságot mutat, mely lassankint reactiv hyperaemia nélkül a rendes színeződésnek ad helyet.

Huzamosabb ideig pihenő nélkül ütemesen folytatott „karelőrelökés” után a *jobb felkarban heves fájdalmak állnak be*, a végtag distalisan fokozódó anaemiát mutat, hideg, a *radialis pulsusa alig tapintható*, szapora (j. = b., 140), baloldalt telt, emelő. A fájdalmak 16 perczes pihenő után szűntek meg, 5 percczel a normalis színeződés és a pulsus visszatérte után.

A mint látjuk, a beteg a jobb felső végtag időszakos működést bénító görcsén kívül aortasclerosisban s a peripheriás erek diffúz sclerosisában szenved. A provokálható vasomotoros zavarok arra mutatnak, hogy az időszakos sántítás tünetcsoportjával analog működési görcsre való dispositio már az összes végtagokon kifejlődött. Hogy maga a betegség egyelőre (és talán véglegesen) csak épp e szokatlan helyen jelent meg, annak valószínűleg a beteg foglalkozása, mely elsősorban a jobb kezét dolgoztatja, lehet az oka.

Az időszakos sántítás kórképét először *Charcot* írta le *claudicatio intermittens* néven, *Erb* a *dysbasia intermittens arteriosclerotica*, *Walton* és *Paul* az *angina pectoris* nyomán az *angina cruris* elnevezést ajánlotta; *Oppenheim* a *dysbasia angiosclerotica* nevet pártolja, a melyet *Jendrassik* is használ.

Úgy hiszem, nem járunk el helyesen, ha — ahogy a szerzők nagyrésze teszi — az ilyen esetben is, a minőt fentebb írtunk le, ragaszkodunk a *claudicatio intermittens* kifejezéshez, s a *felső végtag időszakos sántításáról* szólnunk. Inkább választhatnók az *Oppenheim*-féle elnevezés analogiájára a *dyspraxia angiosclerotica* elnevezést, a melyhez a szerv szerint, melyben a rohamok jelentkeznek, hozzátehetnők a *cruris*, *brachii*, stb. kifejezést. Megengedhető volna az *angina pectoris* vagy *cruris* analogiájára az *angina brachii* elnevezés is.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyet. nyilv. r. tanár.)

### **A tabes dorsalis kezeléséről neosalvarsannal Leredde szerint.**

Írta: **Karczag László** dr.

A neosalvarsannak a *gyomor-bél- és larynx-krízisekre* gyakorolt hatásáról nem mondhatunk határozott ítéletet, a mennyiben mindössze 3 esetet volt alkalmunk észlelni. Eseteink általában jól reagáltak, a krízisek rendszeressége vesztített és nagyobb időközökben jelentkeztek újra. Egy esetben a neosalvarsan-kezelés kapcsán szokatlan hevesességű gyomor-krízis következett be.

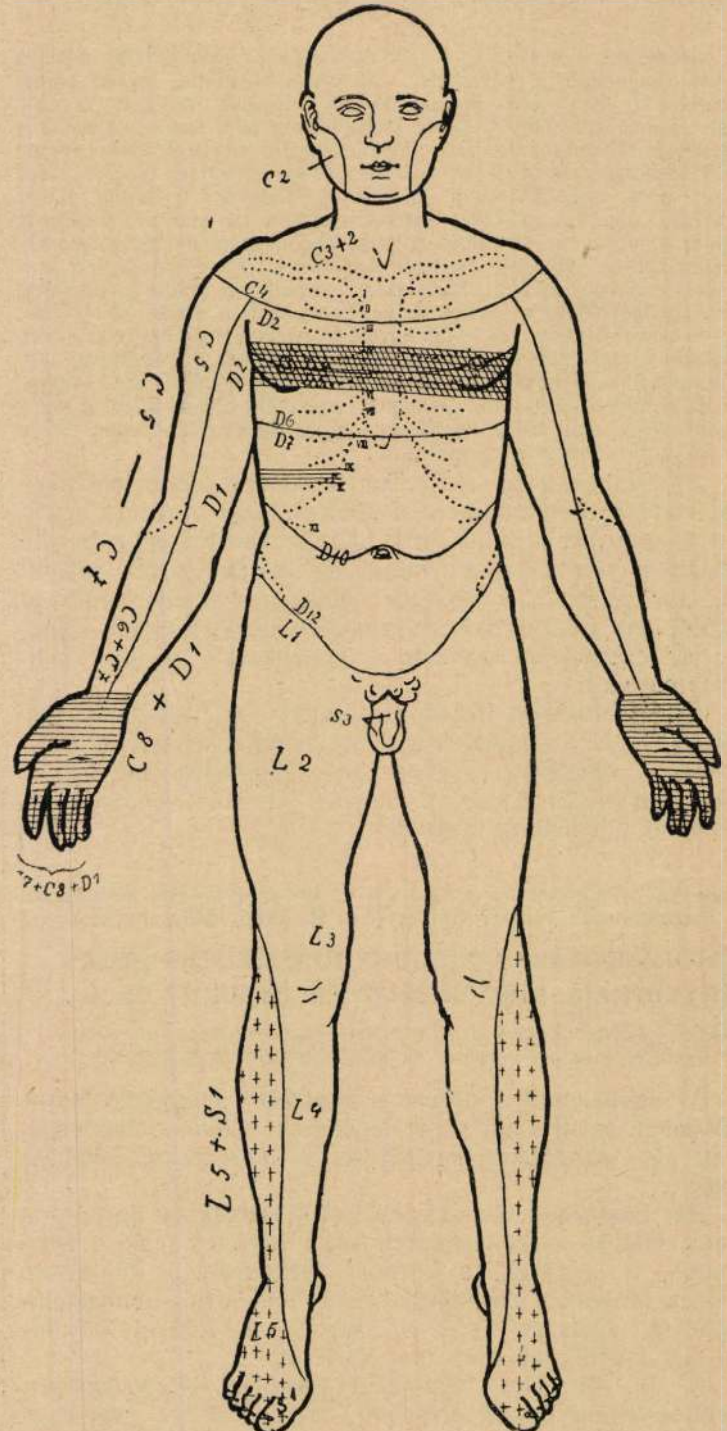
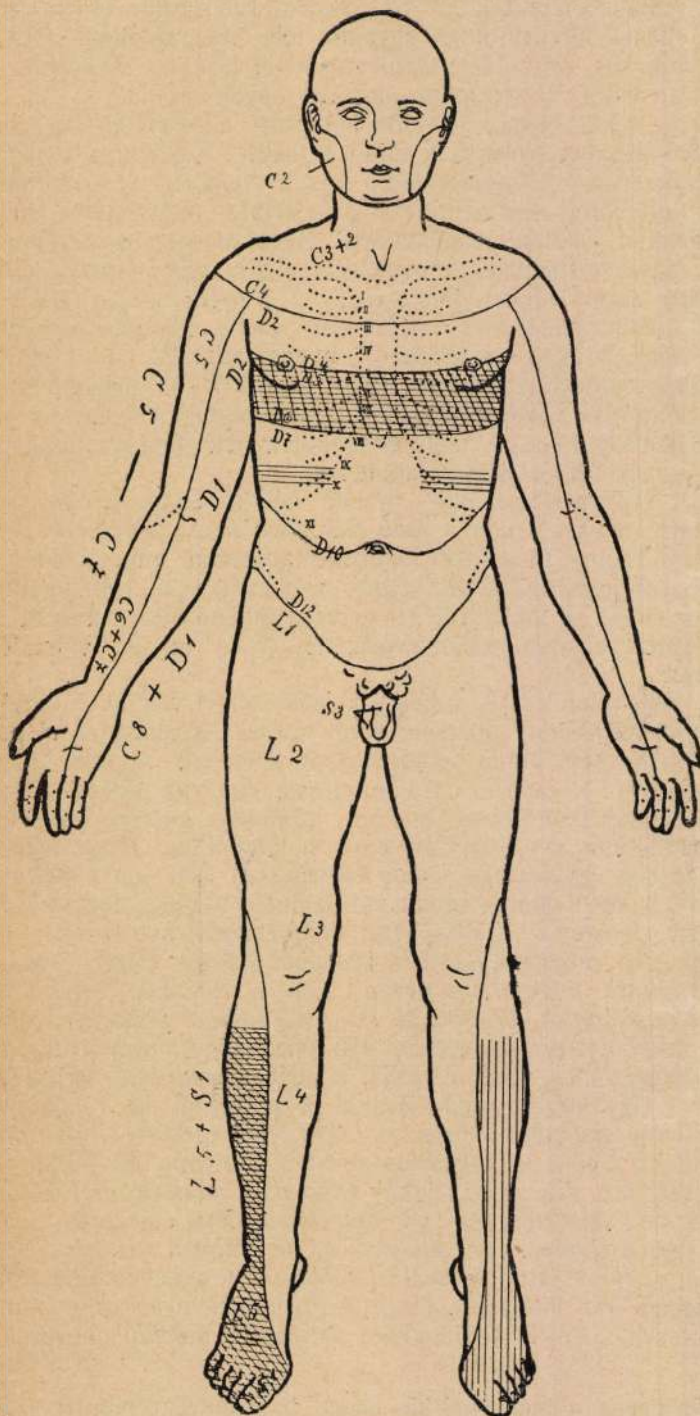
A *főfájások* az injectio napján néha fokozódtak, több-

nyire 1—2 nap múlva rendszerint megszűntek és csak elvétve jelentkeztek újra. Egy esetben, melyben különben endocarditis állott be mint complicatio, a főfájás kb. egy hónapig szünetelt, majd egy-két hónapos fájdalmas periodus után alig jelentkezett többé. Általában 13 eset közül 7 esetben volt feltűnő a javulás, 5 esetben kielégítő volt a kúra eredménye, 2 esetben lényeges javulás nem következett be.

Több ízben gonorrhoea. Nem dohányzik, szeszes italt nem iszik. Jelen baja 14 hó előtt gyakori vizelés-ingerrel kezdődött. Kb. egy év óta mindkét alsó végtagjában időnként lancináló fájdalmak, járása egy év óta ingadozó. Két hónap óta mellkasában, derekában vannak fájdalmi. Gyakran van főfájása, álmatlanságban szenved.

Idegrendszeri status: Psyche, beszéd normalis. Brach-Romberg positiv. Ataxia úgy fekvőhelyzetben, mint járáskor nagyfokú. Pupillák fényre nem, alkalmazkodásra jól reagálnak. Patella- és Achilles-inreflex nem váltható ki. Has- és talp-reflex élénk.

II/b séma.



hypoesthesia

hypalgesia

thermypoesthesia

Érzésvizsgálat 1916 november 13.-án. A beteg október 24.-én kapott 0.60 gr. és október 31.-én 0.90 gr. neosalvarsant. A vizsgálat napján a beteg övézérősről panaszkozik, bal lábában hevesebb, jobb lábában kismérvű lancináló fájdalmak vannak.

Érzésvizsgálat november 21.-én. A beteg a vizsgálat napján kismérvű övézérősről és hangyamaszásról panaszkozik a lábszárakon és talpakon. Lancináló fájdalmak nincsenek.

Az álmatlanság rendszerint 1—2 injectio után már javulást mutatott és az első turnus után rendszerint megszűnt. A főfájás és álmatlanság sokszor meglepő szűnésére érdekes példát nyújtott következő betegünk.

S. A. 33 éves vasesztergályos. Felvétetett 1916 december 28.-án. Családjában örökletes baj nem fordult elő. 15 éves korában typhus.

Wassermann-reactio + + +.

1917 január 5. 0.30 gr. neosalvarsan. Lancináló fájdalmak.

Január 6-tól 9-ig. Lancináló fájdalmak, főfájás fennállanak.

Január 10.-én. Fájdalommentes. Főfájás megszűnt.

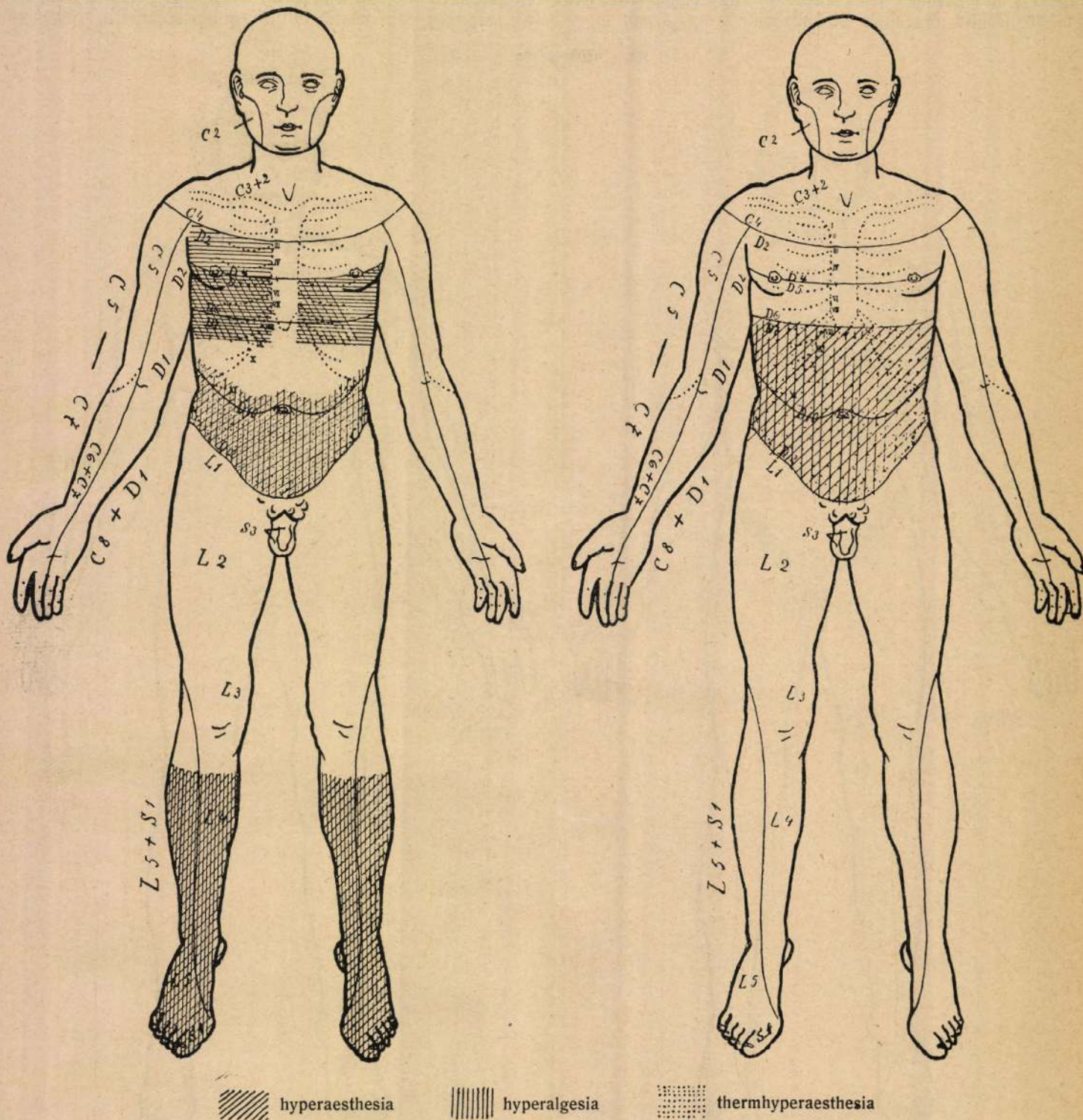
Január 11. 0.45 gr. Neosalvarsan. Jó közérzet, kismérvű lancináló fájdalom a jobb alsó végtagban.

Január 12-től 17-ig. Állapot változatlan. Időnként főfájások. Jobban alszik.  
 Január 18.-án. 0.60 gr. neosalvarsan. Lancináló fájdalmak mindkét lábszárbán és kézfőben.

lában a kezelés folyamán gyakran jelentkeztek erectiók és pollutiók.

Egyik betegünk, a ki erős potentia-csökkenése miatt

III/a séma.



Érzésvizsgálat 1916 december 13.-án a salvarsan-kúra előtt.

Érzésvizsgálat február 20.-án. A beteg 1917 január 11.-én 0.30 gr., január 18.-án 0.45 gr., január 25.-én 0.60 gr., január 31.-én 0.75 gr. neosalvarsant kapott.

Január 19-től 24-ig. Időnként lancináló fájdalmak. Főfájás elvéteve. Vizezés-zavar megszűnt. Jól alszik. Ataxia javul.

Január 25. 0.75 gr. neosalvarsan. Közérzet jó.

Január 26-tól február 5-ig Fájdalommentes napok, éjjel jól alszik. Időnként enyhe lancináló fájdalmak.

Február 5-től 28-ig. Néha álmatlan. Therapia: bróm. Kisfokú lancináló fájdalmak elvéteve. Főfájás megszűnt. Vizelési panaszai nincsenek.

A hólyagpanaszok gyakran javultak, sőt meg is szűntek. 12 eset közül 4 eset feltűnően javult, 8 eset pedig (1. erre vonatkozólag az előző esetet) kielégítő javulást mutatott.

A potentia növekedését két betegünkön észleltük. Által-

félév óta nem élt szexuális életet, a kezelés folyamán gyakran kapott erectiókat és pollutiókat. A klinikáról való távozása után néhány hónappal arról értesít, hogy feleségével ismét normalis szexuális életet él és hogy felesége gravid.

Az objectiv tünetek közül mindenekelőtt az érzésségi elváltozások érdemelnek említést. Az injectiók kapcsán változó tabeses öv- és lancináló-fájdalmakat rendszerint érzésségi elváltozások kísérték. Általában igen változatos képet nyújtottak az érzésségi eltérések, melyekre vonatkozólag néhány tipusos esetet óhajtunk közölni.

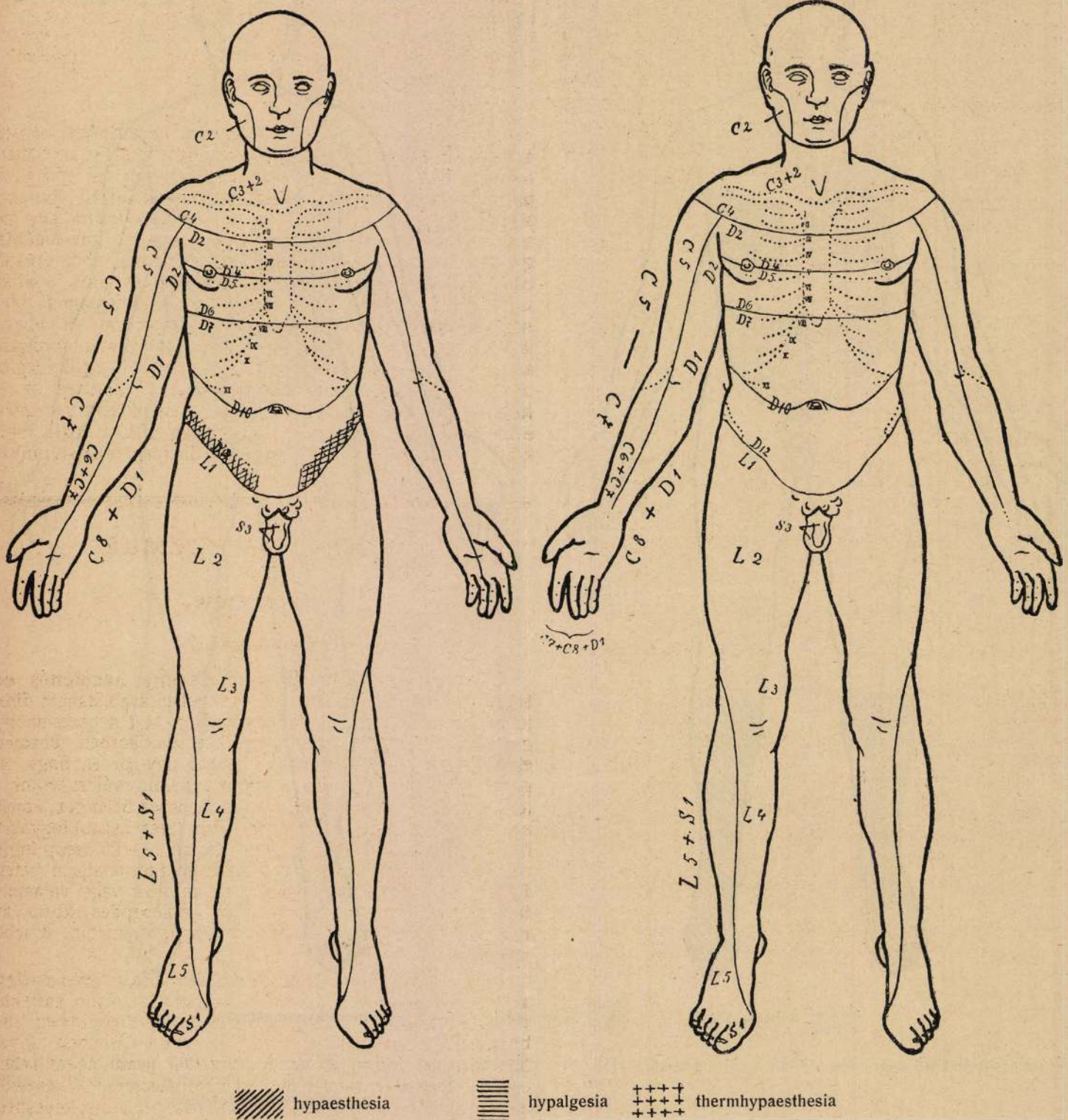
Az első esetben egy injectio után szűnt meg a beteg hátán lokalizálódó kínzó hyperaesthesia. (I. séma.)

A második esetben az injectio nyomán változó lancináló fájdalmakkal az érzésségi eltérés is változott, és pedig oly módon, hogy a fájdalmak csökkenésekor vagy megszűnésekor a megfelelő terület érzésségi elváltozásai is majdnem meg-

rések rendkívül változatos képe, melyek a kúra folyamán észlelhetők. (III. séma.)

Az ataxia szembetűnő javulást mutatott már gyakran a harmadik-negyedik injectio után is. 6 eset közül 3 eset feltűnően, 3 kielégítően javult. A betegek járása biztosabbá vált, lábukat nem nézték többé, a lépcsőjárás is sokkal könny-

III/b séma.



Érzésvizsgálat márczius 9.-én a második neosalvarsan-kúra megkezdése előtt.

Érzésvizsgálat márczius 3.-án. A beteg ezen érzésvizsgálat megejtése előtt 6 órával kapott 0.60 gr. neosalvarsant. Az érzési status márczius 19.-én még negatív.

szűntek és a fájdalom újrajelentkezésekor ismét kifejlődtek. (II. séma.)

A harmadik esetben látjuk az érzésségi eltéréseket az injectiós kúra megejtése előtt és után, midőn a beteg kiterjedt érzésségi elváltozásai a kúra után teljesen megszűntek. Ezen határesetek közé illeszkedik általában az érzésségi elté-

nyebben ment, és nem egyszer láttuk, hogy a beteg a járászavarok folytán elvesztett munkaképességét ismét visszanyerte. Nagyon makacs esetekben, melyekben a betegek már évek óta feküdtek ataxiájuk miatt, javulást elérni nem sikerült. A kezek ataxiája egy szintén nagyon progrediált súlyos esetben javulást nem mutatott, de megjegyezzük, hogy ezen

betegünk csak az első sorozatot kapta meg, és így nem tudjuk, hogy a kúra tervszerű folytatása folyamán — a mint *Leredde* előírja — nem érhattünk volna-e el javulást. *Leredde* még progrediáltabb esetekben is észlelt javulást, mely az intendált mozgások biztossá válásában nyilvánult meg.

A *Brach-Romberg*-tünet általában szintén lényegesen csökkent és alig kifejezetté vált, sőt egy esetben teljesen megszűnt. Az ataxia ezen teljes javulását egyik hadnagy-betegünkön észleltük, a ki a kúra megkezdése előtt behunyt szemmel erősen tántorgott, és az első series után már a legkisebb ingadozás nélkül állott meg behunyt szemmel egy helyben, úgy, hogy kaderéhez ismét bevonult, a hol már több mint félév óta állandó szolgálatot teljesít. Ezen betegünk, mint említettük, csak egy series neosalvarsant kapott. Körtörténetét a következőkben adjuk, megemlítve, hogy a beteg járási ataxiája teljesen megszűnt egyszeri kezelés után.

F. S. 30 éves hadnagy. Felv. 1916 október 6.-án. Családjában örökletes baj nem volt. Erős dohányos. 13 év előtt gonorrhoea, 10 év előtt sanker, melyet lokálisan kezeltek.

Jelen panaszai öt év óta állanak fenn, akkor jobb fele hűdött lett, szája félrehúzódott, beszéde dadogóvá vált, s ez azóta kisebb fokban fennáll. Jobb keze ujjában bizsergést érez. Egy év óta lancináló fájdalmak a jobb alsó végtagban. Dereka állandóan fáj, fejfájásokban szenved, álmatlan. Két-három hónapig kettős látása volt, mely azonban 6 hónap óta megszűnt. Vizelete nehezen indul és gyakran elcsepeg. Gyakran van tenesmus. Járása különösen sötétben bizonytalan.

*Idegrendszeri status.* Beszéd kisfokban dadogó. *Brach-Romberg* pozitív. Járáskor kiskókú ataxia. Jobb kéz szorítóereje valamivel gyengébb. Pupillák egyenlőek, szűkek. Fényre nem, alkalmazkodásra jól reagálnak. Patella-reflex és Achilles-inreflex nem váltható ki. Has-, cremaster-, talp-reflex kiváltható.

Wassermann-reactio negatív.

*Körlefoylás:* 1916 október 6-tól 16-ig. Derékfájás, lancináló fájdalmak az alsó végtagokban, főfájás, álmatlanság, vizelési zavarok, ataxia.

Október 17. 0:30 gr. neosalvarsan. Jó közérzet, jól aludt, derékfájdalom szűnik.

Október 19. Derékfájdalom teljesen megszűnt, lancináló fájdalmak szintén.

Október 23. Derékfájdalom nem jelentkezik, néha gyenge lancináló fájdalmak vannak.

Október 24. 0:60 gr. neosalvarsan. Főfájás, álmatlanság, lancináló fájdalmak.

Október 26. Főfájás, lancináló fájdalom, derékfájás megszűnt.

Október 30. Teljesen jól érzi magát, járása lényegesen jobb.

Október 31. 0:90 gr. neosalvarsan, teljesen jól van.

November 1. Nagyon jól érzi magát, panaszai nincsenek, jobban alszik.

November 8. 0:90 gr. neosalvarsan. Teljesen jól van.

November 9-től 12-ig. Főfájás, derékfájás, lancináló fájdalom megszűnt. Panaszai közül az álmatlanság és vizelés-zavarok vannak meg, de ezek is sokat javultak. Becsukott szemmel nem ingadozik, járása javult, sötétben is biztosan jár. Kaderéhez bevonul.

December 3.-án. *Újrafelvétel.* Távollétében teljesen jól érezte magát, állandó katonai szolgálatot teljesít, fájdalmak egyáltalán nincsenek. Potentiája lényegesen javult.

Mindezek folytán igazolva láttuk *Leredde* azon tapasztalatait, a melyeket a betegek ataxiájára nézve tett és általában mondhatjuk, hogy a neosalvarsan nem kevésbé jótékonyan befolyásolja az ataxiát, mint a fájdalmas jelenségeket és hogy ezek javulása gyakran állandó jelleggel bírhat.

A reflexek (pupilla-, triceps-, has-, patella-, Achillesinreflex) nem mutattak változást, de ezt nem is vártuk, a mennyiben *Leredde* legjobban észlelt és leghosszasabban kezelte eseteiben sem látott a reflexekben változást.

A *Wassermann*-reactio eseteink többségében negatív volt. Három esetben volt a betegek savójának reakciója +++ pozitív, a mi energikus kezelés dacára sem változott. Nem tudjuk megmondani, hogy ezen úgynevezett „Wassermannfest“ esetekben mennyiben befolyásolta a neosalvarsan-kúra a prognosist, de megemlítjük, hogy egy betegünkön a kezelés a tabo-paralysis kifejlődését nem késleltette, és hogy a kúra befejezése után a paralysis erősen progrediált.

Röviden a következő tabellában állítjuk össze neosalvarsannal elért eredményeinket:

Symptoma	Hány esetben volt meg	Feltűnően javult	Javult	Nem változott lényegesen	Roszsabodott
Lancináló fájdalmak	14	8	4	2	—
Krizisek	3	—	3	—	—
Főfájás	13	7	5	1	—
Álmatlanság	3	2	1	—	—
Hólyagpanaszok	12	4	8	—	—
Ataxia	6	3	3	—	—

*Összefoglalás.* Meggyőződünk a *Leredde*-féle neosalvarsan kezelés veszélytelen voltáról tabes dorsalisban, a mennyiben az oldat frissen és gyorsan készítették és injiciáltatik, ha a dosisok fokozása szigorúan individualizált indicióik alapján történik, és ha az egyes injectiók között egy heti, a seriesek között pedig egy hónapi nyugalmi szak van. Meggyőződünk tovább arról, hogy a neosalvarsan tabes dorsalisban kellő alkalmazással sokszor meglepő és más eljárások segítségével el nem érhető hatást fejt ki a fájdalmas jelenségekre, valamint az incoordinációs zavarokra, és hogy a javulás sok esetben tartósan látszik. Különös gond fordítandó a pulsus viszonyainak kontrolljára, a mi egyik legfőbb objectív irányítója a kúra folytatásának. Tekintettel az egy hetes nyugalmi szakban jelentkező pulsuslabilitásra, *Leredde*-től eltérőleg nem engedjük, hogy a beteg a kúra alatt foglalkozását folytassa és állandó pihenést, illetőleg fekvést irunk elő.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A sajt és hús használata heveny hasmenés eseteiben *Behm* szerint nemcsak nem ellenjavalt, hanem directe jó hatású, éppen úgy, mint a hogyan azt a csecsemőgyógyászok a fehérjedús táplálásról csecsemőkorbéli hasmenés eseteiben már régen tudják. A szerző úgy jár el, hogy friss puha fehér sajtot, esetleg finomra darált svájci sajtot ad tetszésszerű mennyiségben a hasmenéses betegnek, emellett elegendő folyadékot (tea, citromos víz, vizes cacao) fogyasztat. Nemsokára finomra aprított fehérhúst ad 15–20 csepp hígított sósavval, majd a szénhidratokhoz is hozzászoktatja a beteget. Elősegíti a diéta hatását bolus alba vagy valamelyes tannin-készítmény használata. Erős gázképződés okozta zavarokat jól enyhít az állati szén. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 46. szám.)

A bélsár urobilinogentartalmának mennyileges meghatározása fontos adatot szolgáltat olyan esetekben, amelyekben anaemia pernicioza és gyomorbélrák megkülönböztetéséről van szó. Anaemia pernicioza eseteiben ugyanis *Salamon* és *Charnass* szerint a bélsár urobilinogentartalma erősen megsaporodott, míg gyomorbélcarcinoma eseteiben az előhaladott szakban a bélsár urobilinogentartalma megkevesbedik, sőt el is tűnik. A gyomorbélrák és gyomorfekély megkülönböztetésére is felhasználható az urobilinogen meghatározása a bélsárban, amennyiben ulcus eseteiben az urobilinogen mennyisége normalis, sőt kissé nagyobb. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 50. szám.)

#### Sebészet.

Az asepsises és a nyílt sebkezelésről ír *Braun* egy a harcztérhez közel fekvő tábori kórházban szerzett tapasztalatai kapcsán. Közvetlenül a harcsvonalból pár óra mulva

kezelése alá érkezett sebesültjeinek igen nagy részét alkalma volt azoknak teljes gyógyulásáig végig kezelnie, tehát a sebek gyógyulásának legkülönbözőbb phasisait megfigyelhette.

A nyitvakezelés, írja a szerző, jöllehet a sebgógyulásnak csak bizonyos szakáiban ajánlatos, általában igen kiméletes eljárás, mely a gyógyulást igen jelentékenyen előmozdítja. A sebekre első kötésül a száraz, asepsises kötés, a mely a sebváladékot biztosan magába szívja, a legalkalmasabb. A nyitvakezelés a bő váladékot termelő sebeknél kívánatos, midőn a kötést naponta többször is kellene változtatni. A nyitvakezelés hatalmas fegyver a fertőződés tovatérjedésének megakadályozására. Igen jelentékeny szerep jut a napfény bacteriumölő hatásának, valamint a szabad levegőáramlásnak is. A szövetek szikkadása mintegy természetes drainezésnek felel meg, ezenkívül a nyitvakezelés a Bier-féle szívókezeléshez hasonló módon a mélyből nyirokáramlást okozva, mintegy kimossa a sebből a fertőző anyagokat. Nagykiterjedésű szövetroncsolással járó fertőzött genyes sérülések nyitvakezelve 2—3 nap alatt feltűnő kevéssé váladékot produkáltak s a gyulladás összes tünetei visszafejlődtek. Nem szükséges a nyitvakezelés akkor, ha már fibrinosus összetapadások jöttek létre és a fertőzés sikeres leküzdését jelentő egészséges sarjszövetsáncz megjelent. A nyitvakezelés putrid infectio eseteiben hasonló sikert hoz, ha előzőleg az összes tasakokat kiadós bemetszésekkel feltártuk. A nyitvakezelt sebek fájdalomassága hamar megszűnik s a beteg is láztalanává válik. Ellenjavalt a nyitvakezelés reakciómentes sebek esetén, mivel a másodlagos fertőzés eshetősége nem zárható ki teljes bizonyossággal. Hogy a kellemetlen pörkképződést elkerüljük, ajánlatos közvetlenül a seb felszínére egy réteg steril mult tenni. Naponta 1—2-szer hidrogensuperoxiddal vagy bórodattal mossa ki a sebet. Különös gondot fordít a sebüregek legmélyebb pontján felgyülemlő váladék levezetésére, amit drainezéssel, vagy ha ez lehetetlen, laza tamponálással ér el. A sebek éjjel-nappal nyitva vannak. Ha a betegnek nincsen magasabb láza, az egész testre kiterjedő besugárzásokat kap.

A nyitvakezelés különösen oly esetekben nagy jelentőségű, midőn a sebben levő idegen testek rothadásos fertőzést idéztek elő. Mihelyt lehetséges, az idegen testet el kell távolítani, kivéve a tüdő-, has- és fej-sérüléseket.

Lövés okozta törés eseteiben a rögzítő-és distraktió kötés kombinálja a nyitvakezeléssel. A periosttól megfosztott csontszilánkokat eltávolítja, míg a periosttal bírókat kiméli. Csontvarratot csak akkor végez, ha a törvégeknek kötéssel való összeillesztése nem vihető ki.

A fejlődéseket azonnal revideálja, az összes elérhető letört csontrészeket eltávolítja, de nyitva sohasem kezeli a sérülést, sem nem drainezi, sem nem tamponálja a sebet. A kisebb hiányokat a tibiából vagy a scapulából pótolja. Három esetben elegendő volt a periosttal való befedés.

Haslövés eseteiben szintén sohasem kezeli nyitva a sebet, kivéve bélsársipoly esetén, mikor a bőr védelmezése céljából a jó levezetésről gondoskodni kell.

Végül 30 ábrán mutatja be a különböző kezelésmódokat. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, CV. kötet, 1. füzet.)

M.

### Orr-, garat- és gégebajok.

**Az ozaena gyógyításáról** ír Grossmann tanár (Bécs). Már 25 évvel ezelőtt kezdte használni e baj ellen az ichthyolt, amelyet még ma is többet érőnek mond, mint bármely más szert vagy eljárást, beleértve a Röntgen- és a serum terapiát is. Következésképpen jár el. Mindenekelőtt langyos vízzel eltávolítja a pörköket és az esetleg jelenlevő váladékot s utána mindkét orrüregre 2—3 nagy fecskendőnyi 5%-os vizes ichthyol-oldattal átfecskendezi s ugyanezen oldatba mártott, szondára erősített vattával még beecseteli az orrüregket és a cavum pharyngonasale-t; végül 25—30%-os ichthyol-oldatba mártott nagyobb vattacsomót vezet mindkét ornyílásba és azokat 2—3 óráig bennhagyja. A kezelés

kezdetén ezt az eljárást lehetőleg naponként 2-szer végzi. E kezelés mellett a pörkképződés elég gyorsan csökken, a bűz kevesbedik és lassanként teljesen megszűnik, a szárazság érzése alábbhagy, a beszűrdött, részben excoriált, száraz nyálkahártya 4—5 heti kezelés után nedves, sima, excoriatio-mentes. Ilyenkor már csak kétnaponként, később még ritkábban kell a kezelést végezni. De már teljes tünetmentesség mellett is ajánlatos, hogy az orrüregek átöblítése 5%-os ichthyol-oldattal időnként megtörténjék. — A szerző még megjegyzi, hogy heveny nátha ellen is igen jó szolgálatokat tesz az ichthyol: mindkét orrüregbe 20—25%-os vizes ichthyol-oldattal átítatott tampon teendő 1—2 órára; ezt naponként megismételve, a lefolyás enyhébb és gyorsabb. (Medizinische Klinik, 1917, 49. szám.)

### Gyermekorvostan.

**A vérzésekkel, híg székekkel és görcsökkel, mint az újszülöttek kóroktanilag különböző betegségeinek tüneteivel** foglalkozik Ylppö (Charlottenburg). Az újszülöttek kórtanában gyakrabban akadunk nehézségekre, ha pontosan körülírt tünetcsoportokat alapján akarjuk az egyes betegségeket egymástól elkülöníteni. Sok tünet fordul elő közösen több betegségben s az ilyen tünet gyakoriságát vissza kell vezetnünk az újszülött-kor sajátosságaira, az egyes szervek tökéletlen voltára és az újszülöttnak ezzel összefüggő csekély ellenállóképességére.

A születés után a vérkeringésben nagy átalakulások történnek. A szív munkája megnövekszik, a méhen kívüli élet is nagyobb követelményeket ró a szívre az activ mozgások, sírás stb. révén, a vérnyomás is feltűnően csekély és bizonyos fokú kifáradása a szívnek az első napokban könnyen jön létre. A vér összetétele is sok tekintetben nagyobb követelményeket ró a szívre: a vörös vérsejtek száma 5—7.5 millió, nagyobb a vér fajsúlya és viscositása is. Mindezek folytán könnyebben jön létre pangás és különösen koraszülötteken gyakrabban észlelünk cyanosist. A pangásos cyanosistál pedig könnyen keletkeznek vérzések. Csakugyan régi tapasztalat, hogy egyetlen életkorban sem fordulnak elő olyan gyakran vérzések, mint újszülötteken. Az amerikaiak egységesen nevezik ezt az „újszülöttek haemorrhagiás megbetegedéseit”. Ezen vérzések oka elsősorban a pangás, aminőt látunk lábfejkvéses szülés után a lábon, normalis szülés után a fejen és a nyakon. Így látott a szerző koraszülötteken asphyxiás rohamok után a pangás folytán számos ecchymosist. Kérdéses, hogyan vált ki a pangás vérzést. Felvették, hogy a legkisebb capillarissok fala szenved a csökkent oxygen-odavitel folytán, de valószínűleg más tényezők is szerepelnek e tekintetben. Ezen pangásos vérzés létrejöttében jelentős szerepe van különösen koraszülötteken a lehülésnek. Tudjuk, hogy nagyfokú lehülés alkalmával a szövetekben és ereken hasonló elváltozások jönnek létre, mint gyulladásos folyamatoknál, miért is a hajszálerek átjárhatóvá lesznek és a vér is hasonló elváltozást szenvedhet, mint paroxysmalis haemoglobinuriában. De okozhatnak vérzést vegyi mérgek is, így súlyos sárgaságban, a midőn a vér alvadó-képessége alacsony. A világrahozott epeút-elzáródás eseteiben, az icterus neonatorum gravisban gyakran észlelhető vérzések okát is általában a súlyos sárgaságban kell keresnünk és nem a bujakkórban vagy a sepsisben. A szerző szerint ilyen vegyi mérgek okozhatja a melaena neonatorumot, és pedig részben a vérben keringő epe-alkotórészeknek, részben más kóros anyagcseretermékeknek a hajszálerekre és a vérré gyakorolt káros hatása folytán. A vérzések ezen okain kívül meg kell említenünk még a sepsist, a bujakkórt, egyéb bacteriumos fertőzéseket és végül a világrahozott szívbját. Láthatjuk ezekből, hogy a vérzés újszülötteken különböző betegségek közös tünete lehet úgy, hogy egyedül a vérzésből a körjelzést megállapítanunk nem lehetséges.

A gyomor és bél részéről is gyakran látunk egyező tüneteket különböző betegségekben. A hányás igen gyakori újszülötteken és általában magzatvíz nyelésére vezet vissza.

A szerző szerint ez nem valószínű. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a gyomornedvnek az első napokban feltűnő nagy az aciditása, a mit valószínűleg a gyomor nyálkahártyájának abnormis reakciója a női tejjel táplálásra vált ki. A gyakori hányás a fokozott savtartalommal könnyen hozható összefüggésbe. A bél részéről is gyakran látunk az első napokban ilyen izgalmi tüneteket. A meconium eltávolítása után a székletetek gyakran nyálkások, zöldek, hígak. Régebben ezt bacteriumos eredésű bélhurtnak tekintették, majd a tej-fehérjét okolták ezért. A szerző szerint ezen híg, nyálkás székletetek physiologiás izgalmi jelenségek a megkezdett női tejtáplálás után. A savanyú béltartalom női tejtáplálásnál akkora izgalmat fejt ki a bél nyálkahártyájára, hogy nyálkaelválasztással reagál. Nehéz azután a kóros bélfolyamattól a határt megvonni, a mennyiben hasonló székeket látunk enterális és parenterális fertőzés eseteiben is (furunculosis, pemphigus, sepsis, tüdőgyulladás). Természetesen ezen esetekben a körjelzés megállapításában egyéb kísérőtünetek lesznek irányadók.

A szerző ezután rátér a újszülöttkorban észlelhető görcsök tárgyalására, kifejti, hogy ezen korban a görcsök főleg organomos eredetűek. Koponyatüri vérzések, fejlődési rendelleneségek (porencephalia, maghiány stb.), genyes agyhártyalob a gyakoribb okok. A functiós eredetű görcsök oka lehet sepsis, tetanus, a midőn a görcsöt bacteriummérgek váltják ki, de okozhatják kóros anyagcsere-termékek is.

Végül foglalkozik a *Winckel*-féle kórral („cyanosis afebrilis icterica perniciosus c. haemoglobinuria”) s a *Buhl*-féle betegséggel („az újszülöttek heveny zsíros elfajulása”) és mindkettőt mai ismereteink alapján sepsises megbetegedésnek tekinti. (Zeitschr. f. Kinderhk., 16. kötet, 184. l.) *Flesch*.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Anaerob sebfertőzés** eseteiben *Wederhake* jó eredménnyel használja a cukrot, a melyből bőven fogyasztat belsőleg, ezenkívül helybelileg is használja egyenlő mennyiségű naphthalinnal elegyítve. Ebből bőven tesz a sebbe és a környező bőrre is 2—3 cm.-es övön vastagon alkalmazza; utána száraz kötés. Már az első kötésváltáskor eltűnt a bűz, nemsokára erős granulációs gát képződik, a váladéktermelés csökken. Ilyenkor 25%-os naphthalin-cukor-kenőcsös kötést alkalmaz vagy pedig tannin 10%-os alkoholos (90%-os) oldatával ecsetel. A nedves üszök cukor-naphthalin-kezelésre gyorsan megy át száraz üszkösödésbe. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 36. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1917, 51. szám. *Diósszilágyi Sámuel*: Különös öncsonkítás. *Fischer Ignác*: Epilepsiával társult tabes dorsalis.

**Budapesti orvosi újság**, 1917, 52. szám. *Péteri Ignác*: Az újszülöttek testhőmérsékéről. *Doktor Sándor*: A tuberculosis tanának kiépítése. Aspecifikus gümőkóros megbetegedések a nőgyógyászat terén.

#### Vegyes hírek.

#### Az Orvosi Hetilap, Gyógyászat és Budapesti Orvosi Újság tisztelt előfizetőihez.

A nyomdaköltségeknek újra bejelentett hallatlan emelése azon nyomasztó kényszerűség elé állítja az alulírt orvosi lapok kiadóit, hogy lapjuk előfizetési díját 1918 január 1.-étől az eddigi évi 28 koronáról 40 koronára emeljék. Reméljük, hogy a háború alatt utoljára vagyunk ilyen kényszerhelyzetben s hogy a békekötés után ismét a normalis színvonalra szállíthatjuk le az előfizetés díját.

Budapest, 1917, december hó 13.-án.

Az Orvosi Hetilap, Gyógyászat és Budapesti Orvosi Újság kiadói és szerkesztői.

**Kinevezés.** A király *Fáy Aladár* dr. közegészségügyi főfelügyelőt országos tuberculosis-ügyi felügyelővé nevezte ki és neki a ministeri tanácsosi címet adományozta. *Komáromi Dezső* dr.-t Bihar vármegye tisztelbeli főorvosává nevezték ki.

**Választás.** *Nitsch Dezső* dr.-t jákóhalmai körorvossá, *Simkovits József* dr.-t jászárokszállási II. községi orvossá, *Berente István* dr.-t Rákoskeresztúron községi orvossá választották.

**Schächter Miksa** emlékének áldozott az Orvosi Kör e hó 22.-én. Az ünnepélyen először is az elnöklő *Hainiss Géza* ismertette a Schächter nevével megörökíteni hivatott eddigi intézkedéseket (Schächter-díj, Schächter-alapítvány), majd *Prochnov József* tartotta meg az emlékbeszédet, a mely megkapó, érdekes részletekben dús voltával mindvégig lekötötte a nagy számmal megjelentek figyelmét.

**Meghalt.** *Daday Vilmos* dr., Háromszék vármegyei tisztifőorvosa, 61 éves korában december 21.-én. — *Binder Emil* dr. cs. és kir. vezértörzsorvos, 61 éves korában december 16.-án Budapesten. — *Krevenka Miklós* dr. 32 éves korában Gyergyószentmiklóson. — *Fuchs Ignác* dr. nyug. m. kir. honvédezedorvos, az államvasutak orvosi tanácsadója, Szarvason december 22.-én, életének 66. évében. — *F. W. Seiffer*, az idegkörtan cz. rendk. tanára Berlinben, 45 éves korában.

**Személyi hírek külföldről.** *O. Sdrinko* dr.-t a prágai cseh egyetemen a szövettan és fejlődés tan. r. tanárává nevezték ki. — *B. Schultze*, az ismert jenai nőorvos, december 29.-én ünnepelte teljes testi és lelki épségben 90. születésnapját.

**Hírek külföldről.** A nemzetközi sebésztársaság francia, angol, belga, amerikai és szerb tagjainak megbízottjai november 3.-án összejártak Párisban és elhatározták, hogy a társaságot feloszlatták, illetőleg a helyébe a háború után „Société Interalliée de Chirurgie” czímen új sebésztársaságot alapítanak, melyből a központi hatalmakhoz tartozó orvosok ki lesznek zárva, ellenben neutralisok beléphetnek. A német és osztrák-magyar tagoknak tagdíjukat visszafizetik, a többiét Belgium tudományos újjáépítésének céljaira használják fel.

Belső használatra alkalmas formaldehid-készítmény az **Anacot-pastilla Dr. Wander**; jó prophylacticum és desiniciens.

A **Laktolavol**, melynek prospektusa mai számunkhoz mellékelve van, egy specialis physiologikus módon ható antisepticum, mely azon követelményeknek felel meg, melyek a leghíresebb nőgyógyász orvos-tanárok, *Döderlein*, *Krönig*, *Menge*, *Zweifel* stb. vizsgálataiból következnek és hivatva van az eddig helytelenül alkalmazott desiniciáló szereket kiszorítani.

**Dr. Doctor** orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

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

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferenoz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

**TÁTRA-SZANATÓRIUM** Ótátrafüreden.

Diéta-physikalís magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukor-baj, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére. Fogasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

**DOLLINGER BÉLA** dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriatorcsa 34.

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

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

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

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

**Dr. SZONTAGH MIKLÓS** gyógyintézete Egész éven át nyitva.

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

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (XV. rendes tudományos ülés 1917 november 10.-én.) 702. lap. — Szemeivények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 703. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XV. rendes tudományos ülés 1917 november 10.-én.)

Elnök: **Herczel Manó** báró.

Jegyző: **Csiky János**.

(Folytatás.)

## Kisagytyályog-tünetekkel járó otogen sinus thrombosis műtett esete.

**Germán Tibor:** B. J. 30 éves sofför évek óta kétoldali fül-folyásban szenved. Egy hét előtt hidegrázása volt, azóta folyton lázas, jobb fülében heves fájdalmakat érez, kínzó fejfájásai vannak, többször van hányásingere, néhányszor hányt is, járnai nem tud, mert szédül s el akar esni.

Július 30.-án hozták a 16. számú helyőrségi kórház fül-osztályára igen magas (40<sup>o</sup> C.-os) lázzal, 140 érveréssel. Nagyfokú fejfájásról panaszkodik, egyébként inkább apathikus, aluszékony, ásítózik, a hozzáintézett kérdésekre csak többszöri felszólításra, hosszabb idő múlva s vontatottan válaszol. Mindkét hallójáratban kevés bűzös váladék, a dobüri lelet mindkét oldalon csaknem egyforma: többé-kevésbé ép, kissé fellazult dobhártya, Shrapnell-hártya perforatióval. A jobboldali proc. mast. nyomásra igen érzékeny, kopogtatásra főleg a tarkó felé jelez érzékenységet. A jobboldali jugularis tájék diffuse érzékeny, kisebb mértékben a baloldali is. Jobbra és hátrafelé fixált fejtartás. Rinné mindkét oldalt negatív, Weber végtelen. Hallás suttogó beszédre vonatkoztatva j. o. = ad concham, b. o. = 1 m. Spontan horizontális nystagmus jobbra tekintéskor. Calorizálásra a nystagmus a typosus változásokat mutatja. Spontan félremutatás a jobb karral jobbfelé. A félremutatás hol nagyobb, hol kisebb; ha a beteg figyelmét jobbra koncentrálja, kisebb. A jobb fül calorizálására a félremutatás nagyobbodik, a bal fül calorizálására csaknem teljesen jól mutat. A bal felső végtag spontan jól mutat, calorizálásra a typosus reakciós mozgások. Járáskor kifejezetten jobbra dől. Adiadochokinesis főleg a jobb kézen. Kisfokú pangásos papilla mindkét oldalt (*Mohr*).

Jobboldali sinus affectio és kisagytyályog diagnosissal azonnali műtét chloroform-aether-narcosisban. Retroauricularis metszés. Ép lágyrészek, vékony corticalis. Az első vésőcsapásra nagy nyomás alatt geny ürül, megnyílik a lateralisán és proximalisan fekvő, keskeny, de igen mély, üres sulcus sigmoideus, melynek mélyén szabaddá válik a szürkés-sárgás, vastagfalú, vértelen, resistens sinus sigmoideus. Jugularis-lekötés. A sin. sigm. szabaddá tétetik a sin. transv.-ig, a hol már ép részletek következnek. A sinusból a hátulsó fallal alig összefüggő, szétesőfélben levő thrombus távolíttatik el, melyben a később megejtett bakt. vizsgálat Fraenkel-féle diplococust mutat ki. Kisagyvelő durája koronári területen szabaddá tétetik, s minthogy mindenütt ép, további beavatkozás egyelőre nem történik. Dobüregben, atticusban, antrumban diónyi szétesett cholesteatoma. Jodoformgaze-tamponade.

Műtét után még 5—6 napig a délutáni órákban jelentkező, mind rövidebb ideig tartó hidegrázás, 38<sup>o</sup> C.-ig emelkedő hőmérsékkel. A bulbus felől még a 8. napon is ürülnek bűzös thrombus-foszványok; a bulbus s az alatta fekvő vena-részlet teljes kitarítása csupán a *Krepuska* által először s a vezetése alatt álló Rókus-kórházi fülosztályon rendszeresen alkalmazott és bevált módszerrel, a felső, kiproparált jugularis-csonkon át felfelé történő átöblítésekkel sikerül. Egyébként sima lefolyás, az üreg teljesen behámosodott, 3 hét óta teljesen száraz. A műtét előtt fennállott subjectiv tünetek teljesen megszűntek. Nystagmus, félremutatás nincs, hallás j. o. = 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> m., b. o. = 4 m. A bal fül conservatív kezelésre gyógyult.

E-szerencsésen végződött esetben sinus-tünetek mellett kisagy-laesióra utaló tünetek is voltak jelen. A mindkettőben előforduló tünetek közül: szédülés, fejfájás, hányás, hidegrázás volt. Az igen magas hőmérsék már kifejezett agyalyognál

ritka; az állandó magas hőmérsék *Oppenheim* szerint agyalyognál sohasem fordul elő. A felvételtkor mért 40<sup>o</sup> C. inkább sinus-complicatio mellett szólt, úgyszintén a jugularis menti érzékenység is, bár e tünet megbízhatóságából sokat levont a baloldalon is fennállott érzékenység. Pangásos papilla viszont inkább agyalyog eseteiben fordul elő. A *Goldstein* által leírt classikus kisagy-tünetcsoportból jelen volt a félremutatás, az esésre hajlam (*Fallneigung*) a beteg oldal felé járás közben és a *Babinski* által leírt adiadochokinesis. A beteg oldal felé tekintő nystagmus ugyancsak kisagy-laesio mellett szólt, mely felvétel téves volta csupán műtét közben s a későbbi lefolyás alatt derült ki.

A fenti tünetek megjelenését magyarázza részben a perisinusos tyályog által a sinusra, illetőleg a sinus által közvetítve a kisagyvelőre gyakorolt nyomás, részben a kisagyvelő valószínű részvétele a sinusfolyamatot kísérő periphlebitisben, bizonyára körülírt oedema alakjában.

## Kritikai megjegyzések a vaccina-therapia mai elméletéhez és gyakorlati alkalmazásának hibaforrásaihoz.

**Forbát Sándor:** A vaccina-therapia az utolsó években olyan gyakorlati eredményekre tekinthet vissza, melyekkel ennek a kérdésnek elméleti tisztázódása nem tarthatott lépést. A mit ezen a téren tudunk, úgyszólván csupa negativum. Tudjuk, hogy a kiváltott hatás nem egységes, számos componenstől függ, mint az alkalmazás optimalis időpontjától, az adag egyénenként megállapítandó pontos mennyiségétől és főképp a szervezet reagálóképességétől. Tudjuk továbbá, hogy a vaccina-hatás nem specifikus. *Korányi Sándor* a kir. orvosegyesületben 1915 januárjában a hastypus bacterio-therapiájáról szólván, kifejtette az okokat, melyek a vázolt körülmények ellenére szükségessé tették a vaccina-therapiával való szélesebb körű kísérletezést. Ugyanezek ez elvek állanak fenn a háborús járványok más csoportjaira is.

Ismerteti az egyéni immunitás tényezőire vonatkozó mai elmélet hiányosságait, majd a szövet- és sejt-immunitás hypothesisét, *Sella* és *Ascoli* vizsgálatait a bacteriumok szövetselctiójáról. Arra a következtetésre jut, hogy elsősorban magukban a szöveteket alkotó sejtekben vannak adva azok a feltételek, melyek a betegségre és elhárítására hajlamosítják őket és hogy ezek a feltételek nagyrészt physikai és chemiai természetűek.

Áttér a vaccina-therapia principiumaira. Targyalja a vaccina adagolása nyomán beálló hőemelkedés szerepét. A lázat nem tartja gyógytényezőnek, hanem a szervezet törekvésének a physikalis egyensúly helyreállítására. Az anaphylaxias elméletet sem tartja helytállóknak. Foglalkozik az opsonin-elmélettel és az opsonin-index jelentőségével, melyet elméleti értékűnek tart.

Külön-külön foglalkozik a vaccina hatására a vérben megjelenő immun-anyagok szerepével és jelentőségével, majd a therapiás oltások után a vérben észlelhető változásokkal, a vaccina készítmódjának befolyásával a védőanyagtermelésre. Behatóan foglalkozik a fehérvérsejtek szerepével.

Végeredményben megállapítható, hogy sem a specifikus antitestek, sem a fehérvérsejtek a vaccina gyógyító hatásában döntő szerepet nem játszhatnak. A hatás tényezőit tehát más körülményekben kell keresni. Vázolja *Liebermann* és *Acél* vizsgálatait a typhusimmunitás lényegére vonatkozólag és ismerteti *Aberhalden* és *Weichardt* felfogását a proteinhatás módjáról.

Mai ismereteink alapján az immuntheoriával szemben a physikalis-chemiai elméletnek kell előnyt adni.

Végül néhány gyakorlati kérdést fejteget és beszámol eredményeiről, melyeket különböző betegségekben a vaccina-therapiával elért.



BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM  
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára  
Budapest, VIII. Baross u. 23-25  
Telefon: 144-640.