

# 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.

- Poór Ferencz**: A székesfővárosi Szt. István közkórház V. osztályáról. A testfelület kiterjedt eczemáiról (eczema generalisatum) és gyógyításukról. 165. lap.
- Frigyesi József**: Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri női fiókkórházából. A helyi érzéstelenítésnek a nőgyógyászati nagyobb műtéteknél való alkalmazása. 168. lap.
- Pólya Jenő**: Közlemény a Szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról. A lövéses aneurysmákról. 171. lap.
- Makai Endre**: Megjegyzések Ranschburg Pál dr. egyetemi magántanárnak az Orvosi Hetilap I. évi 12. számában közölt válaszára. Az izomműködésnek oldalpályák útján való helyreállításáról. 173. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Arvo Ylppö**: Neugeborenen-, Hunger- und Intoxicationsacidosis. — **F. Fischler**: Physiologie und Pathologie der Leber. — **Lapszemle. Belorvosan. M. Levy**: Haemorrhagiás diathesis. — **Meyerstein**: A Wassermann-reactióról malariában. — **Sebészet. Schantz**: A rázódás (Schüttelkrankheit) kór- és gyógytanáról. 174. lap.

Magyar orvosi irodalom. 175. lap.

Vegyes hírek. 175. lap.

Tudományos Társulatok. 176—177. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A székesfővárosi Szt. István közkórház V. osztályáról.

### A testfelület kiterjedt eczemáiról (eczema generalisatum) és gyógyításukról.

Irta: **Poór Ferencz** dr., egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

Kénytelenek vagyunk bevallani, hogy a mikor a dermatológiában eczema-ról szólunk, még ma is szorosabban definiálnunk kell, hogy voltaképpen mely betegségfolyamat is az, a mit e fogalom alatt értünk, minthogy annak felfogása még mindig eltér egymástól a különböző szerzők és iskolák szerint. Differenciálódott ugyan a néhány évtized előtti „eczema“, de az egységes felfogás még mindig hiányzik.

Anélkül, hogy e helyütt az eltérő felfogásokat részletesen ismertetni óhajtanánk, megjegyezzük, hogy jelen dolgozatunkban az *eczema-betegség* (az autorok „*eczema constitutionale*“-ja) alatt nem értjük sem a seborrhoeás folyamatokat (= *Unna* „*eczema seborrhoicum*“-ja), sem a bőr redőiben a zsírsavak bomlási termékei izgatató hatásától előidézett *intertrigo*-kat, épp oly kevéssé a *dyshydrosist*, melyet a verejtékmirigyek excessive fokozott működése okoz, vagy a minden valószínűség szerint egy önálló *hyphomyceta*, az *epidermophyton* okozta „*eczema marginatum*“-ot (= *epidermophytiasis*), vagy azokat a normalisoknál erélyesebb ingereket alkotó chemiai vagy physikai hatások alatt keletkezett és a *hatás helyén bárkin és bármikor* kiváltható banális reakciós bőrgyulladásokat, *dermatitis artificialis*-okat (= *Hebra-Kaposi* „*eczema*“-ja), hanem az utóbbiakkal ugyan *morphologiai tekintetben egyező, de egész lefolyásukban merőben eltérő* valószínűsége betegségfolyamatokat. Ezeknek oka tehát nem valamely *excessiv* külső ingernek helybeli hatása, hanem *azokat a normalis körülmények között a bőrt reactiv tevékenységre egyáltalán nem izgató, tehát bőrgyuladást sem okozó, de a szervezet táplálkozási, illetőleg anyagcsere viszonyainak megváltozásával különböző chemiai összetételeknek a szervezetbe való jutása, vagy egyenest a szervezetben — s lehetséges, hogy nem egy esetben éppen a bőr saját sejtesoportjaiban — pathológiásan képződő anyagok által sensibilizált köztakaróra provokálóan ható külső anyagok váltják ki, illetőleg minden ily külső provokáló befolyások kizárásával az autointoxicációnak, szerves pathogen anyagok (endotoxin) felszívódásának, az anyagcsere részben ismert (pl. diabetes, arthritis), de nagyrészt még telje-*

sen ismeretlen chemismuson alapuló zavarainak, „*diathesis*“-eknek következményei.

*Eczema* alatt tehát a bőrnek endogen, chemiailag még nem definiálható complex aetiológiai tényezők következtében kifejlődött túlérzékenységen alapuló, vérbőségben, savós kiizzadáásban s hámszavakban nyilvánuló oly gyuladást értjük, melyet az ugyanolyan anatómiai képet nyújtó, azonban bárkin bármikor előidézhető s a normalis bőr reakcióját tevő banális bőrgyuladástól (*dermatitis artificialis*) éppen ez az endogen aetiológiai factoroktól feltételezett túlérzékenység, valamint a betegség támadásának és lefolyásának többé-kevésbé eltérő volta különböztet meg. A kórosan túlérzékeny bőrön természetesen külső ingerek (*causae efficientes*) is kiválthatják az *eczema* kórképet.

Ismeretes az ilyen, a testfelület nagyobb, nem egyszer túlnyomó részét elfoglaló, rendkívüli makacsságával beteget és orvost szinte kétségbeejtő, minduntalan ki-kiújuló eczemának nehezen befolyásolható volta s szinte kiszámíthatatlan tényezőktől függő gyógyulása.

A *dermatitis artificialis* (= a *Hebra-Kaposi*-féle „*eczema*“) gyógyítása egyszerű. Az ok eltávolításával az okozat is megszűnik s az alkalmazott szerek, a beteg résznek nyugalomba helyezése, külső ártalomtól való óvása mellett, a természetes gyógyfolyamatot siettetik, míg a fentebb kifejtett értelemben vett *eczemabetegség*-nek, az „*eczemás diathesis*“-nak, a francia „*eczème vrai*“-jének, vagy a mint *Besnier* hangsúlyozta, az *eczemás betegek*-nek a gyógyítása az előbbivel ellentétben komplikált, ámbár az empiriás tapasztalat számos kiváló szert bocsátott rendelkezésünkre. Azonban ezek a szerek is csupán fakultative hasznosak. Ugyanaz a szer, a mely az egyik esetben gyors és feltűnő jó eredményt ad, más alkalommal hasonló esetben is cserben hagy, a mi könnyen érthető, ha számbavesszük, hogy e betegségben *aetiológiai therapia*-t alkalmazni nincs módunkban, hisz azok a szervezetben lefolyó, minden valószínűség szerint komplex chemiai folyamatok, melyek a bőr physiologiai tevékenységét módosították s így a kórképet determinálják, még merőben ismeretlenek.

Az *eczema* egész lefolyása — tehát nem az egyes laesiók localis genesisise, mely a dermatitisekével azonos — arra utal, hogy a szervezetnek e betegségében a bőr sejtjeinek ama anyagcsere-zavarát, mely morphologiailag 1. a hámképződés sajátos zavarában (*parakeratosis*), 2. a stratum germinativum sejtjeinek burjánzásában (*acanthosis*) s 3. a hám-



nak s részben az irhának a kiizzadási folyamat következtében beálló vizenyős — „spongoid“ — elváltozásában nyilvánul, nem, vagy legalább *nem csupán* a külső, excessiv chemiai és physikai hatások idézik elő, a mint azt az artificialis bőrgyuladásokban látjuk, s annál kevésbé a fölötté problematikus „trophias“ idegek vagy idegrostok anomaliáinak tudható az be, a mint azt a neuropathologiai aera alatt hitték („reflex-eczema“), hanem a nedvkeringés révén az illető sejtsoportokhoz jutott, összetételükben megváltozott, illetve merőben idegen (fajidegen vagy részben csupán a vérre idegen) anyagok, esetleg az ily tényezők hatása alatt a bőr sejtsoportjaiban keletkezett mérgek, mely anyagok azután nemcsak a bőr normalis ellenállóképességét csökkentik, hanem egyenesen mint gyuladástkeltők szerepelhetnek.

Ezt bizonyítják a többi között pl. ama feltűnően makacs és *nem* seborrhoeás anomaliák révén keletkezett *csecsemőkori eczemák* is, a melyeknél többnyire egyedül a táplálkozás megfelelő megváltoztatásával, diétaival sikerül az anyagcserének kedvező befolyásolása s ezzel egyúttal a betegség meggyógyítása minden chemiai értelemben vett „gyógyszer“ adagolása nélkül is. A csecsemőkori eczemák anyagcserezavaraival lefolyó chemiai folyamatoknál még többet tudunk az *arthritis*-esek és *diabetes*-esek anyagforgalmi zavarairól. Arthritisben a nuclein-anyagcsere körében lefolyó chemiai zavarok, még pedig a nucleinokban meglevő purinbázisok bomlásában és kiválasztásában beállott változások (a húgysavak), míg a diabetesben a szénhydrat-anyagcsere egyik intermedialis terméke, a cukor az az anyag, mely az illető betegséget kiváltja; de azt még ezekben a bántalmakban sem sejtethetjük, hogy milyen az összeköttetés ezek közt az anyagcserezavarok és a bőr elváltozásai között, ámbár nem szenved kétséget, hogy ily összefüggés valóban létezik.

Ha azonban az eczemát nem csupán egyszerű banalis bőrgyuladásnak fogjuk fel, önként adódik, hogy természetesen nem is elégedhetünk meg bizonyos gyógyszereknek tisztán külső, a bőrre való alkalmazásával, hanem bizonyos oly anyagokat törekszünk a szervezetbe juttatni, a melyek a tapasztalás szerint alkalmasak lehetnek arra, hogy a megzavart anyagcsere-egyensúlyt ismét helyreállítsák. Annál is inkább törekedhetünk erre, mert hiszen ismeretes, hogy a külső kezelés sem vonatkozik kizáróan a bőrre s tudjuk, hogy bizonyos, a bőrre alkalmazott vegyszerekből a belégzésen kívül még az ép bőrfelületen keresztül is több-kevesebb hatóanyag jut a szervezetbe, a mire mindennapi példa a kátránytartalmú kenőcsök után a vizelet sajátos szaga, kátránytartalma, a pyrogallus-savat tartalmazók után a keletkező albuminuria stb., s még nagyobb mennyiség jut be a szervezetbe a hámlástól fosztott bőrön, illetve az epithelnek összefüggésükben meglazult sejtjei között levő hézagokon keresztül.

A külső kezelés mellett az eczema kimondottan belső, gastrointestinalis kezelése is újra tért hódít, a mi — ámbár új megismerések alapján — a régi humoralis hagyományokhoz való visszatérést jelenti, ellentétben a túlhaladott „idiopathias“ fogalomhoz mereven ragaszkodó s az eczema minden belső kezelését fölöslegesnek tartó *Kaposi*-féle bécsi iránnyal. Egymásután kerülnek alkalmazásba a régi, elődeink által alkalmazott szerek: az arsen, a chinin, a glaubersó karlsbadi kúra formájában s a különböző hashajtó szerek (keserűvizek, rheum stb.), s mindezeknek a szereknek sokszor feltűnő is a kedvező hatása, míg máskor a készítmények egész sorát kell végigpróbálnunk, míg egyiknél a betegség végleges gyógyulása beáll.

Különösen a régi autorok közül némelyek az említett szereknek az eczemára való előnyös hatását egyenesen fajlagosnak tartották, de mi a tagadhatatlanul kedvező eredményt, mely e szereket nem egyszer kíséri, ez idő szerint inkább akképpen gondoljuk el, hogy e szerek nem specifikusak ugyan, de az általános anyagcserét — s ezzel a bőr szöveteinek anyagcseréjét is — azzal befolyásolják, hogy a megzavart anyagforgalmi egyensúly helyreállításában közreműködnek. Valószínű, hogy hasonló „in melius“ való befolyásolást sikerül

majd a jövőben elérni bizonyos diéta kezelésével, a mi nek tudományos előfeltételei, t. i. a megfelelő s ily eczemások anyagcseréjét megvilágító chemiai kutatások azonban még a kezdet kezdetén vannak s nagyon is hézagosak.

\* \* \*

Mint minden dermato-syphilidologiai osztályon, a vezetésem alatt álló Szt. István kórház V. osztályán is a leírt diathesises értelemben vett eczema-esetek nem ritkák s azokban, természetesen a külső kezelés elhanyagolása nélkül, az említett szereket alkalmazom a régi empiriás előírások szerint: belsőleg karlsbadi kúrát, arsen Fowler-oldat vagy az ősi, ú. n. „ázsiai pirulák“ formájában s fölötté gyakran a chinint (ch. hydrochloricum 3 × 0.30 p. die) egymagában vagy aa rheummal. Újabban azonban kiindulva azon már említett feltevésből, hogy e szerek jó, ámbár nem minden esetben *egyformán* megbízható hatása eczemánál elsősorban az anyagforgalom megváltoztatásában áll, megkísértem, hogy mennyiben lehetséges e célnak elérése *minden, a szó általános értelmében vett gyógyszeres beavatkozás igénybevételével*, még pedig sterilizált physiologiai konyhasó-oldatnak a gyűjtőerek közvetítésével a szervezetbe való bevitelével útján. Hangsúlyozom, hogy az intravenás beavatkozást egyelőre csupán csak olyan, a testfelület tetemes részét elfoglaló súlyos eczemában szenvedő betegeken gyakoroltam, a kiken a szokásos külső gyuladás-ellenes és a fentemlített szerekkel való gastrointestinalis kezelést előzőleg már propagáltuk, a nélkül azonban, hogy e szerekre a *végleges* gyógyulás bekövetkezett volna. A gyűjtőeres konyhasós infúzióval kezelt eseteimben külsőleg csupán egyszerű hűtő-kezelést (cink, ólom, timsós, mésvizes borogatások, illetőleg linimentumok, kenőcsök, rizspor stb.) alkalmaztam, a beteg bőrrészeknek a külső hatások ellenében könnyű kötéssel való óvása mellett, de megjegyzem, hogy az az esetleg felmerülő feltevés, hogy a gyógyulást infúziós eseteimben is főképpen ezek a külső applicatiók idézhették volna elő, már azzal megczáfolódik, hogy ugyanazok a szerek az illető betegeken már előzőleg is huzamos időn keresztül alkalmazva voltak tartósabb eredmény nélkül.\*

A physiologiai CINA-os infúziót eddig a testfelület tetemes részét elfoglaló, illetőleg eczema universale 16 esetében alkalmaztam. Ezek közül 10 esetben értem el eredményt, még pedig 8-ban teljes gyógyulást későbbi recidiva nélkül (van már 3 év óta gyógyult és nem recidivált esetem is), 2 betegnek pedig, ki idő előtt hagyta abba a kezelést (2—2 infúzió után), javult ugyan a bőre állapota, de nem gyógyult tökéletesen; 3 esetben az infúziót idő előtt kellett elhagynom, mivel a bőrlaesio a cubitalis tájékon is jelentkezett s így egyrészt az infúzióra alkalmas gyűjtőer megtalálását nehezítette, másrészt félő volt, hogy az eczema bőrterületről esetleg fertőző anyag vitethetnék be az érbe s a beszűrés helyének előzetes desinfectiója is izgatón hatna a bőrre. 3 esetben 5—10 infúzió után sem mutatkozott érdemleges eredmény, de hogy ezeket az eseteket is kedvezően befolyásolta a therapia, azt abból következtetem, hogy visszatérve a szokásos „per os“ és külső, kenőcsös kezelésre, az előzőleg minden ily kezeléssel makacsul dacoló bőrelváltozás feltűnő gyorsan gyógyulásnak indult. A 8 teljesen gyógyult eset közül e helyen csupán kettőnek a kórtörténetét közlöm, mivel a többi eset lényegében hasonlóan viselkedett.

\* Azzal az ellenvetéssel, hogy a gyűjtőeres alkalmazás már technikájánál fogva veszélyes, a mit az antiluceses therapiában a salvarsannál is eleget hallottunk, feleslegesnek találok ma már foglalkozni, mivel éppen a salvarsan-injectiók győztek meg arról, hogy a balsikerrel járó esetekben, melyeket az irodalom említ, a katasztrófaért az esetek túlnyomó részében vagy egyenesen a túlادagolás, vagy a cumulativ hatású arsennek a szervezet tolerantiáján túlmenő alkalmazása, illetőleg egyes szervezeteknek arsen-intolerantiája okolható, de semmiesetre sem az alkalmazásnak ez a módja. Természetesen a legpontosabb sterilizés s a technikában való jártasság előfeltétele a veszélytelenségnek és a sikernek, de végre is ezek a kautelák minden beavatkozásnál joggal megkövetelhetők az orvostól.



1. J. Mária, 28 éves tanítónő felvettük az osztályra 1913 márczius 21.-én. A beteg előadta, hogy körülbelül két év óta testfelülete különböző részein egymásután erősen viszkető kiütések támadtak, melyek mind nagyobb területre terjedtek át, míg 1912 decemberben egyik fővárosi kórházba vétette fel magát. Állapota azonban nem javult s 1913 márczius 21.-én osztályomra kérte felvételét. *Felvételkor* a beteg egész testén, a tenyér és a talp kivételével, bővérű, élénkvrös, helyenként sárga pörkkel fődött, máshol nagy, több tenyérnyi területeken nedvező kiütés, a széleken jellemző papulovesiculás jelleggel. A szemén conjunctivitis catarrhalis. A hallójárat nagyfokú szűkület nem engedi meg a betekintést a dobüregbe. D.: *eczema universale*. A belek állapota és működése semmi rendellenességet sem mutat, ámbár gyakori obstipatio van jelen. Épp úgy a vizeletben sincs sem fehérje, sem pedig cukor. Hőmérséke napközben normalis, esténként azonban 37° fölé emelkedik 38.4° maximummal.

*Therapia*: hűtő kezelés. A testre ólmos Lassar-pasta, a mire azonban semmi javulás sem észlelhető. Épp úgy teljesen hatástalannak bizonyul a belső arsen-kúra s a rendszeres klyzma 2-szer naponta glicerinézett vízzel, a miért is a külső kezelés meghagyása mellett június 12.-én a physiologiai konyhasós oldat gyűjtőeres alkalmazására tértem át.

Június 12.-én I. infusio 80 cm<sup>3</sup> phys. NaCl-oldattal. Három órával az inf. után 39.1° hőemelkedés, rázóhideggel. A hőmérsék este 36.7°-ra esett le.

Június 14.-én II. infusio 80 cm<sup>3</sup> oldattal. Hőmaximum 3 óra múlva 38.6°. Hidegrázás alig mutatkozik. Semmi subjectiv panasz.

Június 16.-án III. infusio ugyanolyan mennyiséggel. Hőmaximum 38.9°. Feltűnő javulás, a nedvezés szűnik. Az arcz előbb éktelenítő duzzadása alábbhagy. A beteg maga is kívánja már az infusiót.

Június 18.-án IV. infusio. A javulás áttekered a mellkasra, törzsre, czombokra. Nedvezés csupán a bőrredőkben, különösen a lágyékban, hónaljban, tarkón van még. A pörkők leválása megkezdődik s alattuk a bőr hyperaemiája láthatóan csökkent.

Június 22.-én V. infusio. Hőmaximum: 38.6°. A javulás tovább tart.

Június 25.-én VI. infusio. A bőr színe normalis úgyszólván az egész testen; a hátán s a fejbőrön — melyből a hajszálak azonban már előbb kihullottak —, valamint a czombokon pikkelyes hámlás. A nedvezés a bőrredőkben is megszűnt.

Június 27.-én VII. infusio. A bőr teljesen meggyógyult, csupán a normalisnál nagyobb fokú hámlás van még jelen. A beteg elhagyja a kórházat s mintegy 1½ év óta kapom értesítését, hogy baja nem ujult ki.

2. L. Mária, 18 éves gyári munkásnő. Felvételt 1915 május 9.-én. Voltaképpen lues-szel (papulae ad labia, plaques tonsillae) kereste fel a kórházat s osztályomon 20 drb 3.0 gr.-os szürke kenőcsös inunctiót s közben május 18.-án 0.60 neosalvarsant kapott gyűjtőerbe, anélkül, hogy a kenőkéra alatt bőre a kénéső iránt különös érzékenységet tanúsított volna. (Az inunctióknál még szörtüszögyuladása sem volt.) Egy héttel a kenőkéra befejezése után, június hó 11.-én, minden megelőző panasz nélkül bal felsőkarján és vállán hevenyész papulovesiculás bőrgyuladása támadt, mire plumbumoz cinkpasztát alkalmaztunk, a beteget könnyű diatára (tej, tejes étel, becsinált csirke, aszalt szilva stb.) fogva. A kiütést 37.6°—38.6° hőemelkedés kísérte. A vizeletben fehérje nem mutatható ki. A következő napokban a bőrlaesio folyton terjed, nemcsak peripherice, hanem a testfelület egyéb részein is kisebb-nagyobb foltokban jelentkezik s már 3 nap múlva úgyszólván az egész törzset, a lábszárakat ellepi, két nappal később az arcz is duzzad s ott is hasonló kiütés támad, mely áttekered a hajas fejbőrre. A fentjelzett hőemelkedés esténként mutatkozik. Június 13.-ától külsőleg cinkolaj-linimentumos és talcumos kezeléssel kívül áttértünk a szokásos arsen („ásziai“) pirulák fokozatosan emelkedő adagolására, azonban július 6.-áig semmi eredményt sem érve el, elhagytuk s helyette a phys. konyhasó gyűjtőeres alkalmazását kezdtük meg, mellette a külső kezelést (cinkolaj, amyllum) folytatva.

Július 7.-én 30 cm<sup>3</sup> phys. NaCl-oldat gyűjtőeresen, 8.-án 40 cm<sup>3</sup>, utána kis borzongás, 37.9° hővel, 16.-án 50 cm<sup>3</sup>. Szeptember 18.-áig 16 ízben kapott mindenkor 50 cm<sup>3</sup>-nyi oldatot, anélkül, hogy némi borzongáson és kiskökű hőemelkedésen kívül egyéb, az infusiónak tulajdonítható tünetet észlelhettünk volna. A javulás a 12. infusio után kezdett mutatkozni. A nedvezés feltűnő gyorsan, fokozatosan megszűnt, e részleteken lemezes pikkelyekben hámlott a diffuse bővérű bőr. A pikkelyek fokozatosan kisebbek lettek s a hyperaemia is folyton csökkent, majd először a hátán, majd a testfelület egyéb részletein is normalis színű lett a bőr s a pikkelyes hámlás korpájának adott helyet. Legtovább maradt meg a betegség az arczon s az alsó lábszáron, de szeptember 25.-ére a beteg teljesen meggyógyult. Mint üdülő még két hónapig maradt megfigyelésünk alatt, de semmiféle recidiva nem mutatkozott.

A physiologiai konyhasóoldat gyűjtőeres infusióját vérbocsátással kapcsolatosan már évek előtt ajánlotta Sahlí mint a „szervezet kimosását (Organismus-Auswaschung)“ s egyes autorok a hevenyész fertőzőbetegségekben lényeges eredményt is értek el ezzel az eljárással. A mióta Magnus Möller vizsgálataival igazolta, hogy a konyhasós infusio alatt

a vérpályából a folyadéknek a szövetekbe való fokozott áramlása áll be, míg később a diuresis emelkedését kísérően az utóbbiakból a folyadék ismét visszaáramlik a vérpályába, az organismus ily „kimosása“-ként ismertetett eljárás szilárdabb tudományos alapot nyert s midőn C. Bruck azt 1911-ben a dermatoterapiába bevezette, azt mint a szervezet anyagcsereforgalmának megváltoztatására alkalmas eljárást ajánlotta. Bruck s nyomban utána Simon (1911) is az infusiót hevenyész és időszült bőrbántalmakban alkalmazták, azonban — s ebben eljárásuk eltér az enyémtől — venaesectio (250—500 cm<sup>3</sup> vér kibocsátása) után 3—700 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségben adták a körülbelül physiologiai konyhasóoldatot. En részéről az előzetes vérbocsátás elhagyása mellett az oldatból is lényegesen kisebb mennyiséget — 50—120 cm<sup>3</sup>-t — alkalmaztam a vena medianán keresztül a salvarsannál szokásos módon. Tehát oly mennyiséget, melyet, mint a salvarsan-infusio adásánál naponta észleljük, a szervezet minden esetben könnyen tűr. Annál is inkább meglepődtem a kisebb adagolással, mivel nézetem szerint az eredmény az anyagcsereforgalom megváltoztatásának tudható be s nem az oldat mennyiségének a szervezet vértartalmához való arányától függ. Bruck az eljárást jó eredménnyel alkalmazta pruritus universalis, urticaria, erythema exsud. multiforme, dermatitis herpetiformis eseteiben, míg psoriasis és universalis eczema eseteiben a bőrbántalom legcsekélyebb befolyásolását sem észlelte. Simon a legkülönbözőbb pruritusok (universalis, localis, senilis), urticaria, oedema fugax, pemphigus és eczema chronicum összesen 50 esetében alkalmazta sikerrel s a többi közt egy időszült, kiterjedt, viszkető, „kétségbeesett“ eczema esetében, olyanban, a hol előzőleg már minden elgondolható kezelést eredmény nélkül kíséreltek meg, kielégítő eredményről referál, ámbár az esetet részletesen nem ismerteti.

A mint a közölt kórtörténetekből s az azokkal egyező többi esetemből kivehető, észleléseimből az alábbiakat vélem következtethetni:

A physiologiai konyhasóoldat gyűjtőeres infusióban alkalmazva a makacs, az egyéb szokásos külső és belső kezelésekkel daczoló, a testfelület tetemes részét elfoglaló eczemaeseteket, melyeket „diathesis“-es alapon létrejöttek foghatunk fel („eczema constitutionale“), a legnagyobb valószínűség szerint a szervezet anyagcsereforgalmának megváltoztatása révén sok esetben kedvezően befolyásolja.

A testhőmérsékleten tartott gyűjtőeres infusiót 50—120 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségben alkalmazva, a betegek többnyire könnyen tűrik, azonban az infusióra gyakran 38.5°-ig, sőt néha 39.5°-ig is emelkedő hőemelkedéssel reagálnak s ez utóbbi hőmérséknél rázóhidegek is tapasztalhatók. Abban az esetben, ha már az első, kismennyiségű (körülbelül 50 cm<sup>3</sup>) s így mindig ártalmatlan infusiók után nagy hőemelkedés és rázóhideg mutatkozik, tanácsosabbnak tartom elállni az eljárás folytatásától.

Az infusiót, ha a beteg jól tűri, harmad-negyednaponként alkalmazhatjuk 7—15-ször, sőt többször is egymásután, a mi természetes is az oly időszült intoxicatióknál, mint a milyen az eczema, a hol a gyors hatásra nem is számíthatunk, a méreg nem jutván a szervezetbe vagy képződván benne egyszerre és egy alkalommal, mint a hevenyész fertőző betegségekben, hanem folytonosan újból produkálódik az ismeretlen anyagcserezavar folytán.

Megjegyezzük, hogy nem minden esetben számíthatunk sikerre, a mi nem is várható oly terapiától, melyet magunk sem tekintünk aetiologiai terapiának, hanem csupán az anyagcsereforgalmat befolyásoló beavatkozásnak, s ezért a gyűjtőeres physiologiai konyhasó-infusiót sem tartjuk még kiterjedt eczema minden egyes esetében alkalmazhatónak; ez idő szerint csupán az igen makacs, folytonosan kiújuló, nagykiterjedésű oly súlyos esetekben tartom megkísérelhetőnek, a melyekben a külső és a gastrointestinalis therapia eddig következetesen cserbenhagyott.



Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri női fiókkórházából.

### A helyi érzéstelenítésnek a nőgyógyászati nagyobb műtéteknél való alkalmazása.\*

Irtó: *Frigyési József* dr., törzsorvos, egyetemi magántanár, a kórház vezető főorvosa.

(Folytatás.)

Már ebben az első csoportban szereplő nagyobb műtéteknél is meggyőződhettem, hogy a parasacralis anaesthesia-ival könnyen elsajátítható technikával, a betegnek lehető legkevesebb incommódálásával a plexus sacralis által ellátott területnek teljes érzéstelenségét tudjuk elérni. Ez az érzéstelenítés egyszerűbb, könnyebb, hatása nagyobb területű, eredményében biztosabb, mint az ugyanerre a célra eddig ajánlott másik két érzéstelenítési mód, nevezetesen úgy a *Franke* és *Posner*, mint a *Thaler* módszere.

*Franke* és *Posner* külön végzi a nervus pudendus érzéstelenítését ott, hol az ülőtövis (spina ischiadica) külső oldalát keresztezi. És külön érzéstelenítik a nervus pelvicust, melyhez egy 15 cm. hosszú tűvel a végbélnyílástól oldalt behatolva, a végbél és prostata között igyekeznek jutni. A tű vezetését és haladását a végbélbe vezetett ujjal ellenőrzik. Ennek a módszernek mind a két részlete eredményében bizonytalanabb és kivételben nehezebb, mint a parasacralis anaesthesia, a melylyel, mint láttuk, egy beszúrási pontból nagyobb területnek idegtörzseit érzésteleníthetjük. Helyesen jegyzi meg *Töllken*, hogy *Franke* és *Posner* módszere híjján van a szükséges bizonyosságnak, mert nincs megvalósítva benne *Braun*-nak az a sokszor hangoztatott tétele, mely szerint a typosos és megbízható vezetési érzéstelenítésnek elengedhetetlen kelléke, hogy a fecskendő tűjét a csontrendszer bizonyos meghatározott pontjai mentén vezessük.

Könnyebben keresztülvihető és már az előző tapasztalások szerint megbízhatóbb módszert ajánlott *Thaler*, a ki a parametrium infiltrációs módszerét tökéletesítette és így a hüvelyen át való *Schauta*-féle radicalis teljes méhkiirtást végezte több esetben ezzel az érzéstelenítéssel. *Thaler* a műtét előtt külön-külön fecskendez be novocain-suprarenin-oldatot a gátba, a nagy és kis szeméremajkakba, a hüvely és végbél közti kötőszövetbe, a bal oldalon a hüvely körüli kötőszövetbe és ugyancsak a bal oldalon az ischio-rectalis zsírpárnába.

Majd a külső nemi szervek, a gát és hüvely érzéstelenítése után magát a méhet és közvetlen környezetét érzésteleníti akként, hogy a mindkétoldali hüvelyboltozatnak oldalsó tapadási helyéről a medenczefal felé irányított tűvel 5 cm.-nyire hatol fel és itt 10—10 cm<sup>3</sup> novocain-suprarenin-oldatot fecskendez be. Ezután 10 cm<sup>3</sup> érzéstelenítő oldatot fecskendez a hólyag és méh közé, ugyanannyit a *Douglas*-ürbe. Ezzel a részben körülfecskendezés, részben vezetési érzéstelenítéssel *Thaler* öt vaginalis teljes méhkiirtást végzett. Az érzéstelenség eseteiben jó volt; feljegyzése szerint „mérésékelt, kífokú, jelentéktelen” fájdalmakat a függelékek lekötésekor és a méhnek levágásakor jeleztek a betegek. A függelékeket egy esetben és csak az egyik oldalon távolították el.

*Thaler* a méh függelékeinek műtét számára érzéstelenítését még nem érte el és nem is végezte; egyébként azonban ezzel a körülményes, de inkább körülfecskendezés, mint vezetési érzéstelenítésen alapuló eljárással, mint az várható is volt, ugyanannyit, vagy csaknem ugyanannyit ér el az érzéstelenítés szempontjából, mint a parasacralis érzéstelenítéssel. Tűjét lehetőleg oldalt vezeti, hogy az idegeket lehetőleg centralisan, elágazódásaiktól távol érzéstelenítse.

A parasacralis érzéstelenítéssel az összes keresztcsonti idegeket közvetlenül a gerinczsatornából való kilépésük után, mindegyik oldalon egyetlen beszúrási pontból érzéstelenítjük. Az elért érzéstelenség felső határa úgy a parametrium infiltrációjával, mint a parasacralis érzéstelenítéssel úgy látszik nem terjed magasabbra a medenczefenek hashártyaborítékánál. Láttuk *Thaler* feljegyzéseiben a bár kisebbfokú fájdalom-

nyilvánításokat a műtétnek abban a phasisában, a mikor a függelékekkel, a méh szálagjaival foglalkoztak.

Ugyancsak látjuk *Töllken* eseteiben, a ki két ízben végzett vaginalis totalexstirpációt parasacralis érzéstelenítésben, hogy mindkét esetben teljes érzéstelenséget ért el, s meggyőződött róla, hogy a medenczefenek hashártyaborítéka is érzéstelen, de a méh kibuktatásához, a másik esetben a függelékek előhúzásához felületes narcosist kellett igénybe vennie. Ezt tapasztaltam én is csaknem minden esetben.

Minden esetben, a hol a műtét a méhtest kibuktatásával, vagy még inkább a méh függelékeinek előhúzásával és kiirtásával, szóval a méhtestet borító hashártyának és az ugyancsak hashártyával borított szálagos készülékeknek vongálásával járt, a műtétnek egy része fájdalmas volt. Ez a fájdalom a betegek egyénisége és érzékenysége szerint különböző méreteken nyilvánul és különböző ideig tart.

*Siegel* (*Krönig* klin.), a ki először közölte e fájdalmak elkerülésére a paravertebralis és a *Braun*-féle parasacralis érzéstelenítés együttes alkalmazásával nőgyógyászati műtétek alkalmával szerzett tapasztalásait, azt ajánlja, hogy azoknál a műtéteknél, a melyek a méhre és függelékeire is kiterjednek, a parasacralis érzéstelenítésen kívül a két utolsó háti és három első ágyékideg paravertebralis érzéstelenítését is végezzük, mert a méh szálagainak beidegzésében részben a n. ilioinguinalis, a n. iliohypogastricus, a n. genitofemoralis és a n. cutaneus femoralis lateralis résztvesz. Így jártam el én is a következő IV. csoport hat esetében.

#### IV. csoport. Paravertebralis és parasacralis anaesthesiában végzett hüvelyi műtétek.

Műtét	Esetek száma	Teljes	Részleges	Semmi	Megjegyzések
		eredmény			
A méh és függelékeinek teljes kiirtása a hüvelyen át ...	3	2	1	—	Egy esetben a kibuktatástól kezdve mérsékelt fájdalom-nyilvánítások
A méh teljes kiirtása	1	—	1	—	Egy esetben a kibuktatástól kezdve mérsékelt fájdalom-nyilvánítások
Interpositio ...	2	2	—	—	Egy esetben a kibuktatáskor mérsékelt fájdalom-nyilvánítás
Összesen ...	6	4	2	—	

E csoportban a méh és függelékek teljes kiirtását méhnyakrák miatt egyszer, adnextumor miatt kétszer, a méh teljes kiirtását myoma miatt egyszer, interpositiót méhelőses miatt kétszer végeztünk.

Itt már nem volt minden esetben a méhnek és függelékeinek kibuktatása fájdalmas és a kibuktatással, illetve a vongalással járó fájdalomnyilvánítások határozottan kisebb fokúak voltak, mint azokban az esetekben, a melyeket paravertebralis érzéstelenítés nélkül csak parasacralis érzéstelenítésben operáltam. A fájdalomnyilvánításban mutatkozó ezen különbségeket jól megfigyelhettük, mert a parasacralis érzéstelenítésben végzett operációknál a műtétnek csak ezen mozzanatai jártak fájdalommal és a hüvelyi műtéteknél a paravertebralis érzéstelenítést csak a műtét ezen részleteinek érzéstelenítése végeztet. A hatás azonban, mint a IV. csoport eseteiben láttuk, itt sem volt teljes. Ez irányban való kísérleteimet azonban ezután nem minden nagyobb hüvelyi műtétnél folytattam, mert úgy találtam, hogy a méhtest kibuktatása által előidézett, tehát átlag egy-két percig tartó fájdalom megszüntetésével nem áll arányban a 10—12. háti, illetve ágyéki idegnek minden esetben rendszeresen végzett érzéstelenítése, nem áll arányban 50 gr. egyszázalékos novocain-oldatnak, tehát 1/2 gr. novocainnak a betegbe való

\* A budapesti kir. magy. orvosegyesület 1916 december 9.-iki ülésén tartott előadás.



befecskendezése. Egyelőre abba hagytam a paravertebralis érzéstelenítésnek hüvelyi műtéknél a parasacralis érzéstelenítés kiegészítéseképpen rendszeresen való alkalmazását, azért is, mert közben rájöttem, hogy ha a ligamentumokat a méh két oldala mentén egyenként 4—5 köbcentiméter  $\frac{1}{2}^0/0$ -os novocain-oldat befecskendezésével duzzasztom, a fájdalom-érzés minden esetben azonnal megszűnik és a további manipulációk, átmetszések, körülöltések is teljesen fájdalomtalanul végezhetők. Ugyanezt tapasztaltam a méh függelékének kiirtásakor is, megszűnt az adnexumok előhúzásával, körülöltésével járó fájdalom abban a pillanatban, mihelyt a ligamentum infundibulo-pelvicum lemezei közé fecskendezett 4—5 köbcentiméter  $\frac{1}{2}^0/0$ -os novocain-oldattal duzzasztottam azt. Erről a körülményről sokszor szereztem meggyőződést ugyanazon betegen is, ha a műtétnek e részében az egyik oldalon megduzzasztottam a ligamentumokat, a másik oldalon nem. A műtétek egész sorozatában szereztem azt a tapasztalást, hogy a parasacralis érzéstelenítéssel és a ligamentumok secundaer infiltrációjával a legnagyobb hüvelyi műtétek is tökéletes érzéstelenségben végezhetők. Ha a méh kibuktatása előtt nem juthatunk fecskendőnk tűjével a ligam. latumhoz, ez esetben a műtétnek egyetlen momentumja, a méh kibuktatása az, a mely ez eljárással még nincs érzéstelenítve. A betegtől, ennek narcoticumokkal való előkészítésétől, a belső nemi szervekben levő elváltozásoktól függ, hogy ez a fájdalom kisebb vagy nagyobb fokú,  $\frac{1}{2}$ —1 percig, vagy 3—4 percig tart és e viszonyoktól függ, hogy mit tegyünk annak megszüntetésére. Ha a méh nincs megnagyobbodva, ha az adnexumok nincsenek lenövésekkel rögzítve, ha a kibuktatás igen rövid ideig tart, nem érzékeny betegek nem nagy mértékben reagálnak rá, az olyan betegek, a kik a műtéthez scopolamin-morphin „Dämmerschlaf“ ban kerülnek, alig jelzik a kigördítéssel járó fájdalmat. Nagyobb vagy rögzített méhnek, lenőtt függeléknek felváltása, kibuktatása nagy fájdalommal jár. Ilyen esetekben czélszerűbb már előre a parasacralis érzéstelenítésen kívül a megfelelő paravertebralis érzéstelenítést is végezni. Bár ennek a minden esetben rövid ideig tartó fájdalomnak a megszüntetésére a *Kulenkampf* által ajánlott „Aethylchlorid-Rausch“ is jó szolgálatot tesz; 50—60 csepp, néha több, de sokszor kevesebb aethylchlorid adagolására, legtöbbször a nélkül, hogy a beteg közben elaludna, beáll az analgesia, mialatt a belső nemi szerveket előhúzzhatjuk, kibuktathatjuk és elvégezvén a ligamentumok secundaer infiltrációját, teljesen zavartalanul és fájdalommentesen végezhetjük a műtétet. Gyakran megessik, hogy különösen izgatott beteg már az első néhány csepp aethylchlorid adagolására teljesen elcsendesedik, elegendő már e néhány csepp arra, hogy desorientálódjék, megnyugodjék és — fájdalmai nem lévén — teljesen csendben, vagy velünk közömbös dolgokról beszélgetve, esik át az egész műtéten. A méhkiirtásoknál, még a méh kibuktatása előtt a parametrium felső részletének körülöltése alkalmával, ha ujjunkkal a Douglas-ür nyílásán át a méh testéig hatolunk, meg tudunk győződni, hogy elegendő lesz-e a secundaer infiltratio, vagy lesz-e szükségünk aethylchlorid adagolására a méhtest és a függelék előhúzásakor. Újjabban gyakrabban járok el így nagyobb hüvelyi műtétek helyi érzéstelenítésénél. A parasacralis érzéstelenítést a műtét alatt alkalmazott secundaer infiltrációval egészítem ki és minden esetben, a hol a műtétnek a hasürben levő szervekre való kiterjesztésekor a legkisebb érzékenységet találok, vagy a hol már a secundaer infiltrációhoz is szükséges a méhtest kibuktatása, néhány csepp aethylchloriddal bódítom a beteget.

Parasacralis anaesthesiával és a ligamentumok secundaer infiltrációjával a következő műtéteket végeztük. (L. V. csoport.)

E műtéteket háromszor méhnyakrák, egyszer sarcoma uteri, egyszer adnextumor, háromszor myoma és egyszer méhelőésés miatt végeztük.

A parasacralis anaesthesiával ebben a csoportban szereplő nagy műtétekben is a legjobb tapasztalásokat szereztem. Egy esetben az érzéstelenítés nem volt teljes, a mennyiben a beteg az egész műtét alatt érzett fájdalmakat; utólag e

V. csoport. Parasacralis anaesthesiával és a lig. infiltrálásával végzett hüvelyi műtétek.

Műtét	Esetek száma	Teljes	Részleges	Semmi	Megjegyzések
		eredmény			
A méh és függelék teljes kiirtása... ..	6	5*	1	—	* 1 esetben a kibuktatáshoz aethylchlorid-bódítás
A méh teljes kiirtása a hüvelyen át... ..	2	2*	—	—	* 1 esetben a kibuktatás pillanatában mérsékelt fájdalom
Interpositio Schauta-Wertheim szerint...	1	1	—	—	
Összesen — — — —	9	8	1	—	

részleges eredménytelenség oka nem állapítható meg, de a többi esetnek teljes sikeréből ítélve, úgy látszik, hogy a befecskendezés kivételében követhettünk el hibát. Meggyőződünk róla, hogy a műtéteknek az a része, mely a méh testének, a függeléknek, a ligamentumoknak vongálásával, sőt a legtöbb esetben a ligamentum infundibulo-pelvicumnak nagyobb fokú vongálásával és feszülésével jár, a ligamentumok secundaer infiltrációjával, esetleg közbeiktatott aethylchlorid adagolása után, legalább is éppen olyan bizonyossággal érzésteleníthető, mint ha e czélra már előzetesen a parasacralis érzéstelenítésen kívül a paravertebralis érzéstelenítést is végezzük. Az így általam rendszeresen végzett secundaer infiltratio mindenestre a betegnek sokkal kevesebb incommodalásával, kevesebb és kevésbé koncentrált novocain-oldatnak elhasználásával jár, mint a paravertebralis érzéstelenítés végzése. A műtétnek ez az egész részlete nem tart addig, míg az e czélból végzett két utolsó háti és három első ágyékcsigolya paravertebralis érzéstelenítése. Olyan esetekben, melyekben a méh nincs megnagyobbodva, a függelék nincsenek összenövésekkel rögzítve, a beteg nem érzékeny természetű, a hüvelyi műtétekhez a paravertebralis érzéstelenítés teljesen felesleges, mert a parasacralis érzéstelenítés és a ligamentumok secundaer infiltrálása tökéletes érzéstelenséget idéz elő. Viszont eddigi tapasztalásaim szerint a ligamentumoknak erős vongálásával járó fájdalmat némely esetben a paravertebralis érzéstelenítéssel sem tudjuk teljesen megszüntetni, úgy, hogy néha a műtét e szakaszában még a paravertebralis érzéstelenítésen kívül is kell néhány csepp aethylchloridot adagolnunk. Vannak azonban esetek, a mikor a méh kibuktatása, esetleg darabolása (morcellement), az adnexumok felváltása, összenövéseiből való kihámozása, előreláthatóan nem másodperczekig, perczekig, hanem hosszabb ideig tart és ez a manipulatio a medenczefenek és a hátulsó hasfal hashártya nagymértékű és hosszantartó vongálásával jár; ezekben az esetekben rendszeresen a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítést végzem.

Tudom, hogy a parasacralis érzéstelenítésnek ez a secundaer infiltrálással vagy paravertebralis befecskendezéssel való kiegészítése rendszeresen csak a műtét egy rövid részének érzéstelenítésére való; ha ezzel a részlettel mégis talán túlsokat foglalkozom, teszem ezt azért, mert célunk annak az elérése, hogy az érzéstelenítésben végzett műtétek a műtét elejétől végéig egyaránt teljesen fájdalom okozása nélkül legyenek végezhetők. A ki helyi érzéstelenítéssel operált, sokszor tapasztalhatta, hogy ha a beteg a műtét alatt csaknem az egész idő alatt semmi fájdalmat sem érzett, közben azonban egy-két percig tartó fájdalom volt, utólag természetesen csak erre a rövid, de fájdalmas részletre emlékszik. Ezt a körülményt nem veszik figyelembe azok a szerzők, a kik eddig néhány helyi érzéstelenítésben végzett hüvelyi méhkiirtásról számoltak be. Megemlítik, hogy az érzéstelenítés teljes volt, csak a méh kibuktatásakor jeleztek a betegek kisebb fokú fájdalmat (*Thaler*) vagy „csak a megnagyobbodott méh előhúzásához és a függelék ki-



irtásához kellett némi felületes narcosist alkalmazniok" (Tölken). Ha a beteg nem teljesen fájdalom nélkül állotta ki elejétől végig a műtétet, ha a műtétnek csak elenyésző kis idejében szenvedett fájdalmat, az a beteg később discreditalja az eljárást és károsan befolyásolja a többi beteg bizalmát. Hogy ez ne történjék meg, azt helyi érzéstelenítésben operált betegek gyógyulásával szerzett tapasztalásaim alapján a műtetre kerülő betegek érdeke szempontjából rendkívül fontosnak tartom.

A parasacralis érzéstelenítés felfedezésével a hüvely felől végzett nagy műtéteknek helyi érzéstelenítésben való végzése tökéletesen megoldott probléma; ma már így operálom nemcsak az összes kórházi betegeket, hanem a magánbetegek közül is azokat, a kiken a legkisebb contraindicióját látom a narcosis alkalmazásának. A különbség csak az, hogy a kórházi betegeket a többi operált tájékoztatja és náluk semmiféle rábeszélésre nincs szükség, míg ma még a magánbetegek, kik ez új eljárásról nem hallottak, többnyire félnek a narcosis nélkül való operálástól. Csak ez, és nem az érzékenység vagy az intelligencia közti különbség ennek az oka; ezt látom abból a körülményből, hogy a kórházba kerülő intelligensebb, különszobás betegek rendszeren épp oly nyugodtan engedik magukat narcosis nélkül operálni, mint a többiek. Ezt tapasztaltuk más műtéteknél is. Ma már azt hiszem, hogy a legtöbb gynaecologus az egyszerű, hüvelyi plastikus műtéteket a magángyakorlatban is helyi érzéstelenítéssel operálja, mert ennek a lehetősége már elterjedt és már átment a köztudatba.

Meggyőződésem, hogy így lesz ez előbb-utóbb a parasacralis érzéstelenítéssel végzett összes hüvelyi műtétekkel. A magángyakorlatban különben már többször tapasztaltam, hogy olyan betegek, kiken a narcosisnak valamely contraindiciója áll fenn és erről a defectusokról tudomással bírnak, szívesen, nagy megnyugvással veszik tudomásul, hogy narcosis nélkül is lehet már őket bajuktól megszabadítani. Tulajdonképpen pedig ezeknek a betegeknek helyi érzéstelenítésben való operálása egyelőre a legfontosabb.

A Braun-féle parasacralis érzéstelenítés megismerésének köszönhetjük nemcsak a hüvelyi műtéteknek, hanem a nőgyógyászati laparotomiáknak is helyi érzéstelenítésben való végzhetőségét.

A II. csoport eseteiben láttuk, hogy paravertebralis érzéstelenítéssel egyedül csak a műtétek kis részét végezhetjük helyi érzéstelenítésben és hogy ezekben az esetekben is csak kis százalékban értünk el teljes érzéstelenítést. Mióta azonban a hasfal és hasfalhashártya borítékának érzéketlenségén kívül a női nemiszervek nagy részét ellátó plexus sacralis vezetését is fel tudjuk függeszteni, hozzáfoghatunk, hogy a nőgyógyászati laparotomiák közé tartozó bármilyen műtétet helyi érzéstelenítésben végezzünk. Előrelátható volt, hogy ha az öt utolsó háti és három első ágyékcsigolya paravertebralis érzéstelenítésén kívül a parasacralis érzéstelenítést is végezzük, minden nőgyógyászati laparotomia terrenumát érzésteleníthetjük.

E két módszer együttes felhasználását a következő VI. csoportban összefoglalt 23 esetben végeztük: méhjáráshajlás két esete, lobos méh-függelék-daganat egy esete, petefészekdaganat három esete, méhen kívüli terhesség két esete, myoma három esete, genyes méhfüggelék és tuberculosus méhfüggelék-daganat egy-egy esete és végül a méhnyakból kiinduló rák tíz esete.

Ebben a csoportban már abban a véleményben fogtunk a műtétet, hogy a nőgyógyászati laparotomia terrenumához tartozó valamennyi ideg vezetését felfüggesztettük; azt hiszem, nem lesz felesleges az eredménytelen esetekre vonatkozó néhány megjegyzés felemlítése.

Az egyik ventrofixatio rossz érzéstelenítésének oka technikai hiba lehetett, mert a beteg már a hasfal bemetszésekor fájdalmat érzett. Kővér egyén volt. Supravaginalis amputatio két eredmény nélkül érzéstelenített esete közül az egyik erős összenövés és kérégek közé rögzített genyes

adnextumor volt, melyet az egyik segéd operált; a nehézségek könnyebb megoldhatása és a beteg türelmetlensége miatt narcosisra térünk át. A másik esetben kísérletképpen  $\frac{1}{2}\%$ -os novocain-oldattal végeztük az érzéstelenítést és hogy magát az eredményt jobban megítélhessük, előzetesen a beteg semmi narcoticumot sem kapott.

#### VI. csoport. Paravertebralis és parasacralis érzéstelenítésben végzett laparotomiák.

A műtét neve	Esetek száma	Teljes anaesth.	Részleges anaesth.	Semmi eredmény	Megjegyzések
Méh helyzetváltozását javító műtétek	2	1*	—	1	* chloraethyl-adagolás
Függelékek kiirtása	4	2*	2	—	* egy esetben chloraethyl is
Supravaginalis amputatio	6	4 <sup>1</sup>	—	2 <sup>2</sup>	<sup>1</sup> egy esetben chloraethyl is <sup>2</sup> $\frac{1}{2}\%$ -os novocain
Méh és függelékek teljes kiirtása (Wertheim)	10	6*	1	3	* 2 esetben scopolamin-morphin „Dämmer-schlaf“
Laparotomia explorativa	1	—	—	1*	* $\frac{1}{2}\%$ -os novocain
Összesen	23 eset	13 56·5%	3 12·6%	7 30·4%	

Ugyancsak  $\frac{1}{2}\%$ -os novocain alkalmazásával végeztük az utolsóként szereplő próbapaparotomiát; az anaesthesia azonban itt is rossz volt.

A Wertheim-féle teljes kiirtások között 3 eredménytelenül érzéstelenített eset szerepel; két esetben nem tudjuk okát a sikertelenségnek. A harmadik rendkívül izgatott, félénk beteg volt, a ki már a befejeződések alatt és utána az egész műtét tartama alatt fájdalmakat jelzett, de a műtétet azért narcosis nélkül lehetett befejezni, a mire, tekintve a nagy beavatkozást és a beteg nagyfokú gyengeségét, nagy súlyt helyeztem.

Teljes érzéstelenítést a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítés együttes alkalmazásával e csoport 23 esete közül 13-ban, azaz az esetek 56·5%-ában értünk el; ezek közül három a műtét előtt adagolt scopolamin-narcophin által előidézett „Dämmer-schlaf“-ban került a műtőasztalra és utólag sem tudott semmit az egész műtétről.

Ha tekintetbe vesszük, hogy az e csoportban szereplő műtétek közül éppen a legnehezebb műtétek nagy részében értünk el jó eredményt, úgy ez a helyi érzéstelenítésnek e műtéteknél a jövőben való alkalmazhatóságát bizonyítja. Megfontolandó azonban az a körülmény, hogy a paravertebralis érzéstelenítéshez, mely a nőgyógyászati műtéteknél természetesen mindkét oldalon végzendő, 90 cm<sup>2</sup>, és a parasacralis érzéstelenítéshez szintén 90 cm<sup>2</sup> 1%-os novocain-suprarenin-oldatot használunk fel, azaz 1·8 gramm novocaint. Braun maga nem említi, hogy ennyi 1%-os novocain-oldatot használt volna egy betegen; könyvében Axhausen-t említi, a ki 1·7, sőt 2 gramm 1%-os oldatot is adagolt egy-egy betegnek. Magam az itt tárgyalt betegeken e nagy adagok felhasználásának semmi veszedelmes következményét nem észleltem, sőt ellenkezőleg, állíthatom, hogy minden esetben újra és újra meggyőződtem arról a nagy különbségről, a mely az operált betegek állapotában a helyi érzéstelenítésben és a narcosisban végzett műtétek után az előbbieknél nagy előnyre fennállott. Hangsúlyozom ezt annál is inkább, mert e sorozatban nagyon legyengült, öreg, kivértett betegek is voltak, a kik nagy beavatkozásokat állottak ki. Így az e dolgozatban szereplő abdominalis totalexstirpációk és Wertheim-féle abdominalis radicalis műtétek mind gyógyulással végződtek.

(Folytatása következik.)



Közlemény a Szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról.

### A lövéses aneurysmákról.

Irta: Pólya Jenő dr., közkórházi főorvos, egyetemi cz. rk. tanár.

(Folytatás.)

Mivel a collateralisok és a vénák összenyomatásának veszedelme a haematoma nagyságával fokozódik, természetes, hogy éppen a nagy haematoma communicans-esetek azok, melyekben a beljük vezető arteria leköttése a végtag elhalásával fenyeget. Viszont éppen ilyen nagy haematomák esetében fordulhat leginkább elő, hogy a beteg a vérvesztés, az előző lázak, fájdalmak miatt annyira elgyöngült, hogy behatóbb műtétet, mint az arteriának a haematoma felett való leköttését nem lehet megkockáztatni, annál kevésbbé, mert a radikális beavatkozás épp ilyen nagy haematomák esetén, különösen ha az előzetes vértelenítés nem történhetik egyszerű Esmarch-pólyával való leszorítással, aránytalanul súlyosabb. Ilyen esetekben aztán a beteg életének megmentése érdekében magunkra kell vennünk a végtagelhalás kockázatát, s az egyetlen végtagelhalást, melyet eseteim közt megértem éppen egy ilyen esetben tapasztaltam, melyben az adott körülmények közt nem tehettem mást, mint hogy a verőeret a haematoma felett lekössem.

Emberfejnji hónalji haematoma communicansról volt szó. Az aneurysma 7 hetes, a beteg rendkívül vérszegény és elgyöngült volt. Mivel az aneurysma a kulcsfont alatti árkot is feszesen kitöltötte, a kulcsfont felett kellett a subclaviát biztosítani praeventiv vérzécscillapítás céljából. Az arteriához a kulcsfont átfürészélése után birtunk csak hozzáférni. A műtét e szakaszában a beteg, dacára annak, hogy aetherrel narkotizáltunk és hogy semmi vérvesztéség nem volt, súlyosan collabál, az art. subclavián már csak undulatio volt látható, a műtétet tehát rögtönösen be kellett fejezni; az axillaris-haematoma kitakarítására a betegnek úgyszólván moribund állapotában gondolni sem lehetett, ezért gyorsan leköttük a kpraeparált art. subclaviát. A beteg 160-as alig érezhető filiformis pulsussal került ágyba, excitansokra, infusiókra lassan magához tér. A műtétet követő napon a beteg még igen elesett, pulsusa 130-140, a már a műtét előtt is teljesen érzéstelen, béna és erősen oedemas, a normalis kétszeresére megdagadt felső végtag duzzanata nőtt, az ujjak azonban melegek. Harmadnapra a beteg általános állapota javult, azonban az alkaron már az elhalást jelentő bullák jelentek 9 nappal az első beavatkozás után a felkart felső harmadában amputálnunk kellett. Közben a növekvő axillaris-haematoma felett is necrotizált a bőr s az elülső hónaljvonal táján egy koronányi defectuson át kikandikált a véralvadék. A midőn a felkar-amputatio alkalmával kitakarítottuk a hónalji véralvadékat, az art. axillarisból, dacára a subclavia leköttetésnek, hatalmas süvítéssel tör ki a vér. Tehát a subclavia-leköttetés egyáltalában nem akadályozta meg a vérnek az axillarisba s az axillaris lyukán át a haematomába való ömlését; a végtag elhalására pedig nyilvánvaló módon a végtag ereinek a növekvő haematoma által való összenyomatása vezetett. Az amputatio után különben a beteg összeszedte magát és meggyógyult.

Küttner,<sup>16</sup> a ki egy esetben hasonló indicatio alapján végezte az arteriának a haematoma felett való leköttését, szerencsésebb volt és sikerült nemcsak a beteget, hanem a végtagját is megmentenie. Egyébként ő is az arteriának a haematomától centralisan való leköttését csak egészen kivételes esetekben tartja megengedhetőnek, nevezetesen:

1. ha olyan arteriából származó, súlyosan inficiált vérömlenyről van szó, a mely arteriának a leköttése a végtag elhalása szempontjából különösen veszedelmes;

2. ha nagy haematomáról van szó, a mely oly fokú anaemiával jár, hogy az elesett betegől nem várható, hogy a véralvadék kitakarítását és a verőerek ellátását elviselje, a mi az arteriának a daganattól centralisan való leköttésénél sokkal nagyobb műtét.

Mindenesetre csak a legvégső szükségtől kényszerítve szabad haematoma communicans esetében ehhez a veszedelmes eljárásához folyamodnunk s a magam részéről az első pontban jelzett esetben inkább az arteriának pontosan a sérülés helyén, a collateralisok lehető kimelésével végzett leköttése mellett volnék. Az esetek második kategóriájában azonban, a melynek példája az előbb említett esetem, a hol a beteg kétségbeesett állapota nem engedi meg sem a műtét radikális kivételét, sem a további várakozást, mégis csak ehhez az egyszerű

eljárásához kell folyamodni, melynek kiállítását a betegől inkább remélhetjük s a mely, ha veszélyezteteti is a beteg végtagját, de legalább mégis valami módot nyújt arra, hogy a beteg életének megmentése érdekében valamit tegyünk. Az egyetlen, a mit még talán meg lehetne kísérelni ilyen esetben, az a haematomába vezető ér megszüktítése volna, a melyet Moszkovitz<sup>17</sup> minden olyan esetben ajánl, melyben a collateralisok functio-képessége nem tekinthető biztosítottnak; ez mindenesetre több vért biztosítana a collateralisok számára, ha mindjárt a haematoma növekedésének még kevésbé vet gátat s így a collateralisok compressióját a végtagnak a haematoma által elfoglalt keresztmetszetén még kevésbé gátolja. A legjobb, legcélravezetőbb eljárás mindenesetre az, mely nem engedi, hogy a haematomák ilyen collossalis nagyra megnőjjenek, s ez a korai műtéves.

A lövéses aneurysmák operatív megszüntetésére szolgáló direct eljárásokat két csoportba osztjuk, aszerint, a mint az ér lumenét a műtét után helyreállítják avagy nem. Azok a műtétek, a melyek varrattal vagy transplantatióval a sérült ér lumenét és átjárhatóságát helyreállítják, kétségtelenül sokkal inkább megfelelnek a modern sebészet irányelvének, a mely lehetőleg mindig teljes anatomiai és physiologiai restitutio ad integrum-ot óhajt elérni, mint azok, melyek leköttetéssel vagy egyéb módon a sérült eret, illetve helyesebben az ér sérült részét a keringésből teljesen kiiktatják. Azonban ezen restituiáló, Lexer által „ideális“-nak nevezett aneurysma-műtétek számára éppen lövéses sérülés eseteiben a legtöbbször hiányoznak az ideális feltételek, nevezetesen pedig nincsenek meg azok az absolut asepticus sebviszonyok, melyek az érvarrat és még inkább az értransplantatio számára kívánatosak s a melyek hiánya nemcsak az által kockáztatja a műtét sikerét, hogy varrat-insufficienciára, vagy a varratok teljes szétválására s így secundaer vérzésekre vezethet, hanem az által is, hogy a varrat helyén thrombosis jöhet létre, mely a művileg helyreállított érlument eldugaszolja és azt újra átjárhatatlanná teszi s azonfelül emboliás tova-vitele révén is veszélyeztetheti a végtag táplálkozását. Az érvarrat azonfelül specialis, ha nem is túlságosan nehéz, de mindenesetre külön begyakorlandó technikát, jó assistentiát és oly felszerelést igényel, mely nem áll mindenkinek rendelkezésére, a kinek a háborús viszonyok között lövéses aneurysmákat kell ellátnia és mindenesetre kényesebb, több időt igénylő munka, mint a leköttetés. Azért a most folyó háborúig, a míg Bier energikusan nem lépett fel az érvarratok mellett, lövéses aneurysma eseteiben ha végeztek is egyszer-másszor érvarratot, a leköttést tartották a normának; így nyilatkoztak még az 1913. évi német sebészcongressuson is egyhangúlag a balkán háborúban résztvett német sebészek (Lotsch, Kirschner, Fritsch, Colmers), csak Bier állásfoglalása óta vallja a szerzők egész sora azt az elvet, hogy a lövéses aneurysmák alkalmával az eret, ha csak lehet, varrni kell, és nem is csoda, hogy az érvarrat technikájának szépsége, eleganciája s azok a kiváló eredmények, melyeket Bier, Küttner, Haberer elért vele, csábítják a sebészeket. De nem mindenki dolgozhatik olyan kedvező külső körülmények között, mint ezek, s hogy ezeknek a külső körülményeknek mily jelentékeny befolyásuk van a technikára, az a sepsisre és így az eredményekre, azt felesleges fejtegetnem. Küttner maga mondja, hogy ha saját klinikáján operál, sokkal inkább határozza el magát érvarratra, mint ha nincs módja ily kedvező körülmények közt dolgoznia. És különösen vérzés, de egyéb körülmények is hányszor kényszerítenek háborús viszonyok közt lövéses aneurysmák operálására nemcsak kedvezőtlen külső körülmények közt dolgozókat, de olyanokat is, a kik csak nagyon korlátolt előzetes sebészi gyakorlattal bírnak, s a kiktől szép, ha egy érlekkötést megcsinálnak, de a kiktől érvarrat nem várható el. Bier maga is különösen hangsúlyozza, hogy a varrat technikája olyan, hogy nem állhat mindenkinek rendelkezésére, a ki hadisebészettel foglalkozik. S éppen ezen viszonyokra való tekintettel

<sup>16</sup> Berl. Klin. Wochenschrift 1906.

<sup>17</sup> Beitr. z. Klin. Chir., 97. kötet, 586. l.



kell különös vizsgálat és megfontolás tárgyává tennünk azt a kérdést, mennyivel áll föllette az elért eredmények szempontjából a varrat a lekötésnek. Kétféle veszedelemtől van itt szó, melyet a lekötéssel felidézni s a varrattal elhárítani vélnek. Az egyik a végtag elhalása, a másik a végtagnak hiányos vérellátás folytán beálló tartós gyengesége.

Ez utóbbira *Korotkow*-nak olyan végtagok vérnyomására vonatkozó vizsgálatai utaltak, melyeken közönséges, tehát nem varrattal, hanem nyilván lekötéssel járó aneurysma-műtét történt. 17 ilyen eset közül 7-ben a vérnyomás több mint a felével kisebb volt, mint az egészséges végtagon, 4-ben körülbelül elérte az egészséges végtagon uralkodó vérnyomás felét, 4-ben meghaladta azt, és 2-ben az operált végtag vérnyomása az ép végtagéval egyenlő volt.<sup>18</sup> Klinikai megfigyelések alapján pedig *Frisch* azt a benyomást szerezte,<sup>19</sup> hogy az a vérmennyiség, mely egy végtagot éppen hogy életben tart, nem elegendő arra, hogy azt mint functionáló organumot kielégítően táplálja és ha az ideiglenes keringés a főarteria lekötése után gyorsan helyre is áll, annál lassabban történik a vérkeringés definitív helyreállása, addig pedig amíg az meg nem történik, a végtag funkcióképessége gyenge marad s mindennemű traumás behatásra erősen reagál. Azt találta, hogy 15 ilyen lekötéssel operált eset közül, melyeket 1—8 év múlva vizsgált, a végtag csak 5 esetben volt normalis, a többiben paraesthesiák, könnyű fáradás, némelyeken fájdalmak, oedemák, továbbá hűvösség, atrophikák voltak észlelhetők. *Hotz* is figyelmeztet arra, hogy míg némely esetben a lekötés után semmi zavart sem látott, addig többször a végtag hűvös maradt, a betegnek abnormis sensatiói voltak benne s a végtag hamar elfáradt. *Haberer* szerint is az érvarrat után hamarabb áll be a szolgálatképesség, mint lekötés után, mely után kis cyanosis, hűvösség szokott visszamaradni. Ezzel szemben *Küttner* különösen hangsúlyozza, hogy ilyenféle kárt a lekötéstől sohasem látott, sőt tapasztalása szerint a functio többnyire hamarabb állott helyre, mint ott, a hol érvarrás miatt izületeket behajlított állásban kellett fixálni. Ezekre az izületi rögzítéssel járó circularis érvarratok után beálló izületi contracturákra *Lexer* is nyomatékkal utal. Saját tapasztalataim alapján azt mondhatom, hogy lekötés után visszamaradó hűvösséget, atrophiat majdnem kizárólag csak oly esetekben láttam, a hol ideglaesio is volt, a mi a felső végtagon, sajnos, elég gyakori; de ugyanazt a hűvösséget és atrophiat akkor is látjuk, ha az ideglaesio nem jár érsérüléssel, sőt akkor is, ha ideglaesio hijján a végtag hosszabb ideig inactiv volt, például gypskötésben volt rögzítve, sőt olyankor is, ha a végtag hosszabb inactivitását relative jelentéktelen sérülések idézték elő, pl. ujsérülések, melyek miatt azonban hosszú ideig volt a kéz kötözve, esetleg sínben fixálva.

A szövetek functiója az, a mi a vér fokozottabb oda-tululását előidézi, s a functio kiesése bármely okból arra vezet, hogy a keringés hitványabb lesz. A vérkeringés alkalmazkodása a functionalis követelményekhez pedig éppen a végtagokon — mint arra éppen *Bier* figyelmeztetett — igen jelentékeny, úgy, hogy már theoretice is valószínű, hogy ha a végtag egyáltalán kibírja főverőerének lekötését, hogy az ennek működését átvevő collateralisok ne volnának képesek későbbi, a végtag functionalis igényeit kielégítő táplálásra.

Ehhez azonban kétségtelenül idő kell. *Korotkow* vérnyomásos vizsgálatai is azt mutatják, hogy az idő haladtával a vérnyomáskülömbőség az operált és operálatlan végtag közt csökkent s az a bizonyos két eset, melyben a vérnyomás a 2 végtagon közel egyenlő volt, éppen az, melyben a vérnyomás-vizsgálat 1½ hónappal, illetve „bizonyos idővel“ a műtét után történt; egy további esetben, a hol a végtag vérnyomása a műtét után 40 mm., 1½ hó múlva 95 mm. volt. Kétségtelen azonban viszont az is, hogy bénulások s

a functiót korlátozó egyéb körülmények, a melyek közé nemcsak törés, izületi merevség, genyedés miatt szükségessé váló hosszas kötözés, hanem a sérült végtagnak mindenféle melléktekintetekből való túlságos kiméltése is számít, nem mozdítják elő a collateralisoknak a teljes functio szükségleteihez mért kifejlődését. Hogy megfelelő functionalis kezeléssel mit lehet itt elérni és hogy az érvarratok után mennyivel lesz különb a végtagok végleges funkcióképessége, mint a ligaturák után, azt majd csak a további tapasztalatokból lehet megállapítani.

A *Frisch*-féle esetekben visszamaradó panaszok és atrophikák elbírálása alkalmával azonkívül figyelembe kell venni azt is, hogy ezen esetek mindegyikében nagyobb terjedelmű érresectio, illetve *Philagrius*- vagy *Antyllus*-féle műtét történt, tehát a collateralisoknak sokkal nagyobb része iktattott ki, mint az in loco való lekötés alkalmával. Ennek a körülménynek nyilván nemcsak a műtét után közvetlenül észlelt elhalások (19 eset között 2 tovaterjedő gangraena, 4 feleületes bőrelhalás) létrejöttében jutott szerep, hanem a definitív vérkeringés kialakulásában is, melynek a functio igényeihez mért kifejlődését késleltethette, illetve meggátolhatta.

Másfelől az is bizonyos, hogy az érvarrat sem garancia arra nézve, hogy az arteria átjárható marad, különösen akkor nem, ha az arteria-lumen oldalvarrattal tetemesen — felére, sőt egyes irodalmi adatok szerint harmadára — megszükitetik. Az intimának és mediának a lyuk szomszédságában való, repedések alakjában mutatkozó súlyos sérülései, melyekre *Lexer* figyelmeztetett s melyeket egész szabályszerűen megtalált ott, a hol a löveg explosiv ereje nagyobb darabokat szakított ki az arteria folytonosságából, erre a thrombosisra kétségtelenül szerfelett disponálnak s azért nem is csodálkozhatunk azon, ha ilyen oldalagos érvarratok után a műtét után kimutatható periferiás pulsus rövidebb-hosszabb idő, esetleg csak hetek múlva (*Makai*) eltűnik; de nemcsak oldalvarratok, hanem körkörös varratok és transplantiók után is bekövetkezhetik a thrombosis, hisz nem egyszer észlelték gangraenát ilyen műtéti eljárások után is (*Zahradnicky*, *Subbotich*, *Küttner* stb.) s *Bier* is egyik transplantált esetében súlyos keringési zavarokat észlelt, melyeket a transplantált venadarab gyorsan fejlődött thrombosisának tud be.

A mi már most az érlekötések után beálló gangraenákat illeti, kétségtelen, hogy, különösen a régiebb statistikákban, ezek száma elijesztő.

*Lexer* egy tanítványának, *Wolff*<sup>18</sup>-nak összeállítása szerint, mely 2043 érlekötésre vonatkozik, 233 esetben (11·4%) következett be gangraena, és pedig az alsó végtagokon történt érlekötések 14·8, a felső végtagokon történtek 4·9%-ban vezettek gangraenára. Az egyes erek közül az iliaca comm. lekötése után 50%, az iliaca ext. lekötése után 11·2%, a femoralisnak a profunda eredése felett való lekötése után 25%, a profunda eredése alatt való lekötése után 12·7%, a poplitea lekötése után 14·9%, a subclavia lekötése után 4·8%, az axillaris lekötése után 15%, a brachialis lekötése után 4·8%-ban következett be a gangraena.

Még nagyobb a gangraenák száma *Herzen* statistikájában,<sup>18</sup> mely az orosz-japán háborúban észlelt lövéses aneurysmákra vonatkozik. Ha eltekintünk a halálesetektől, 67 esetre 9 gangraena, vagyis 13·4% esik; ezek közül 20 *Hunter-Anel*-ligaturára 3=15%, 16 *Antyllus*-féle műtetre 1=6·2%, 31 kiirtásra 5=16·1%; viszont az intracapsularis lekötés 19 esetre 2 gangraenát adott.

*Saigo*-nak ugyancsak az orosz-japán háborúból származó lövéses aneurysmákra vonatkozó statistikája<sup>19</sup> szerint 7 subclavia-lekötés közül 2 és 7 femoralis-lekötés közül 1 vezetett gangraenára, 18 a felsővégtagon eszközölt lekötés közül 2=11%, 12 az alsó végtagon eszközölt lekötés közül 1=8·3% hozott létre gangraenát. *Bonin*<sup>20</sup> gyűjtőstatistikája

<sup>18</sup> Cf. Tscherniachovski : Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 123, p. 24, 1913.

<sup>19</sup> Arch. f. Klin. Chir., 79.

<sup>18</sup> Beiträge zur Klinischen Chirurgie 58.

<sup>18</sup> Orosz munka, citálva Tscherniachovski munkájában.

<sup>19</sup> Cit. Wolff-nál, l. c. p. 781.

<sup>20</sup> Beiträge zur Klinischen Chirurgie 97, p. 174.



(Saigo, Kikuzi, Brentano, Bornhaupt, Zoega v. Manteuffel, Frisch, Subbotich, Oschan bey, Goldammer, Coenen, Vollbrecht és Wieting adatai alapján) a lövéses aneurysmák alkalomával végzett lekötések után beálló gangraenára nézve a következő számokat mutatja:

subclavia	12 eset	4 gangraena	30%
axillaris	17 "	2 "	11.9%
brachialis	24 "	0 "	0%
iliaca ext.	2 "	1 "	50%
femoralis profunda	eredése felett 11 "	3 "	27.2%
"	" alatt 47 "	6 "	12.8%
poplitea	22 "	3 "	23.6%

Zahradnicky<sup>20</sup> összeállítása 475 lövéses aneurysma-esetre vonatkozik, melyeket 44 szerző (1–88 eset) közölt.

Ligatura	242,	meghalt 8,	gangraena 28
Varrat	182,	" 14,	" 7
Oldalvarrat	105,	" 12,	" 4
Circularis varrat	64,	" 2,	" 1
Venatransplantatio	13,	" —,	" 2

Lexer háborús tapasztalatai szerint is a Wolff-féle számok inkább alacsonyok mint magasak és Küttner is ijesztő számokat közöl azoknak az érlekedéseknek az eredményeiről, melyeket a harctéren vagy tábori kórházban eszközöltek és a melyek utólag az ő észlelése alá kerültek.

4 femoralis-lekötés közül a felső harmadban 3 gangraena  
 8 poplitea- " 8 "  
 4 subclavia-axillaris " 2 "  
 3 brachialis-lekötés " 2 "  
 2 cubitalis- " 1 "  
 3 femoralis-lekötés a középső harmadban és 2 tib. post.-lekötés simán gyógyult.

Liek közlése szerint<sup>21</sup> tábori kórházban ellátott 14 femoralis- és poplitea-sérülés közül 11-ben lépett fel gangraena és 25 érsérülés közül 13=52%, az alsó végtagokat illető 14 érsérülés közül pedig 12 = 85% halálosan végződött.

Ezekkel az ijesztő adatokkal szemben állnak azután olyan eredmények, hogy Frisch 15 intracapsularis-lekötéssel kezelt esete közül egyben sem észlelt gangraenát, Küttner 67 lekötéssel operált esete közül szintén egyetlen egyszer sem kapott gangraenát; Mutschenbacher 65 ligatura között 2, Fromme 46 ligatura között 1, Bier 25 ligatura között szintén 1 gangraenát látott.

Kétségtelen, hogy ebben a különbségben nemcsak a véletlennek van része. A harctérhez közel történő lekötések ezen feltűnően rossz eredményeit részben az odakerülő sérültek általános rossz állapotával (Küttner), kimerültségével, általános vérszegénységével, a sérült végtagnak sokszor végzett több óras lezorításával, súlyos primaer inféctiójával (Lexer) lehet magyarázni, részben nagy szerep jut kétségtelenül annak is, hogy a sérülés és az érlekedés közti rövid időben collateralisok képződése, az oldalágak kitágulása nem következhetik be. Wolff statistikája érdekesen mutatja, hogy aneurysmák miatt végzett lekötések sokkal kevesebbszer vezetnek gangraenára, mint a vérzések miatti lekötések, pedig itt az aneurysmák sorában nemcsak traumás aneurysmák, hanem beteg falzatú ereken és idősebb egyéneken fellépő spontán aneurysmák is szerepelnek. Az alsó végtagon 887 aneurysma miatt végzett lekötés az asepticus időben 14, az aseptis előtti korszakban 13%-ban vezetett gangraenára, 345 vérzés miatt végzett lekötés után a gangraena 37.5%, illetve 23%-ot tesz ki. A felső végtagon 690 aneurysma miatti lekötés 5.6, illetve 4%-ban idézett elő gangraenát, 57 vérzés miatti lekötés 13.5, illetve 25%-ban. Kétségtelennek tartom azonban azt is, hogy az eredmények

<sup>20</sup> Cit. Bresler: Ader- u. Nervnaht. Marhold, Halle a. S. 1916, p. 12. Zahradnicky maga 49 esetet operált (20 ligatura, 20 varrat, 1 plicatio), ezek között 6 haláleset (12.3%) és 8 amputációra vezető gangraena (16.3%) esett. Pótlás a 144. l. II. hasábjában levő táblázathoz.

<sup>21</sup> Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1916, 690. l.

különbözőségében a műtévesre kevésbé alkalmas külső viszonyoknak s a lekötési hely megválasztásának is része van. Mert lekötés és lekötés közt nagy különbség van.

A statistikában a collateralisok működését megnehezítő vagy éppen kirekesztő Hunter-Anel-féle eljárás épp úgy lekötésnek számít, mint a collateralisok gondos kimélésével pontosan a sérülés helyén történő lekötés; de hogy a kettő közt mily különbség van, azt klasszikusan demonstrálja Ulrich<sup>22</sup> egy esete, a hol a czomb közepén átlótt arteria femoralist a Poupart-szalag alatt kötötték le és pedig kétszeresen, vastag selyemmel; a láb halvány, hideg, vértelen, a lábön pulsatio nincs. 8 órával ezután a sérülés helyén kötötték le az arteriát s megoldották a Poupart-szalag alatt a 2 ligaturát, mire a láb jó színe és pulsusa visszatért.

ÉS ha Zahradnicky közleményében az olvassuk, hogy 7 érlekedés után 5 végtagelhalást látott, ezen egy cseppet sem csodálkozhatunk, ha az esetek közt azt olvassuk, hogy 3 tib. post. haematoma esetében a popliteát kötötte le, mire mind a 3 esetben elhalás állott be.<sup>23</sup> Későbbi eseteiben Zahradnicky eredményei jobbak lettek, mert fennebb említett közleményében 28 lekötéssel operált esetről számol be 6 amputatiót igénylő gangraenával, melyekhez még egy felületes bőrgangraena csatlakozik, a 21 utóbb végzett lekötésre tehát már csak 1 gangraena esett.

Midőn az első néhány lövéses aneurysmát operáltam és Frisch és Kikuzi munkáinak hatása alatt a sérült arteriáknak és vénáknak pontosan a sérülés helyén való lekötését végeztem, megvallom, aggódva lestem a műtétet követő napokban az operált végtag táplálkozási állapotát; az eredmények azonban, a melyeket ezen eljárással elértem, annyira jók voltak, hogy manapság már igazán nem félek a kellő körültekintéssel és megvalogatással véghezvitt lekötések után a gangraenától.

(Folytatása következik.)

## Az izomműködésnek oldalpályák útján helyreállításáról.

(Megjegyzések Ranschburg Pál egyetemi magántanár múlt heti válaszára.)

Makai Endre dr.-tól.

Nem szándékozom Ranschburg-ottudományos discussiókban a „suaviter in re, fortiter in modo“ elvével követni s e sorokkal kizárólag tudományos reputációmát óhajtom megvédeni Ranschburg azon beállításával szemben, mintha én Herzog azon közléséből, mely szerint 4, „mondj négy“, radialis-varrat közül egy sem gyógyult, mint statisztikai anyagból akarnék következtetést levonni.

Való az, hogy Ranschburg az orvosegyesület 1917 február 3.-án tartott ülésén, a zárszóban, a mely után az ügyrend szerint senki fel nem szólalhat, mint álláspontomat végleg elintéző ütőkártyát hozta fel, hogy a gyógyulás Cassirer elegendő hosszú ideig észlelt eseteiben „100%“. Óvatosan elhallgatta, a mit én tudtam, de már el nem mondhattam, s a mit mostani válaszában is csak a sorok alatt apró betűkkel közöl, hogy a nevezett szerzőknek „a kilencz hónapnál tovább észlelt 3, „mondj három“, esete mind gyógyulásnak indult“. Tapintatosan figyelmeztetni akartam Ranschburg-ot, hogy ilyen érvelés talán mégsem engedhető meg s azért azt írtam, „ha Ranschburg az orvosegyesületben Cassirert idézte 100% radialis-gyógyulással, én Herzogot idézhetném. Ebből azt a fegyvert kovácsolni, hogy én támaszkodom tudományosan megengedhetetlen, labilisan kicsiny statisztikára, talán még sem szabad. Épp oly kevésbé, mint Herzog ezen mondatát: „Die Beobachtungszeit der Patienten, bei denen eine Nerven-naht vorgenommen worden war, betrug 8–10 Monate, dann erst wurde gegeben Falls die Behandlung als erfolglos auf-

<sup>22</sup> Zentralblatt für Chirurgie 1917, p. 29.

<sup>23</sup> Acseh eredeti kivonata: Zentralblatt für Chirurgie 1915, 30. szám, 531. lap.



gegeben“ — nem szabad következőképpen visszaadni: „Hogy e varratok mennyi ideig voltak észlelés alatt, azt *Herzog* nem mondja, csak azt említi, hogy az összes általa kezelt idegvarratos idegek átlagos észlelési kora 8—10 hó. E szerint lehettek a radialis varratok akár valamennyien ezen koron aluliak is.“

Teljesen egyetérték *Ranschburg*-gal abban, hogy az érdeklődőkre bizzuk a kérdés eldöntését. Úgy az ezen válaszában, mint az esetleg ezután közlendőkben foglaltakra vonatkozólag — melyekre nem szándékozom már reflektálni — csak azt szeretném, ha pontosan elolvassák *Ranschburg* fejtegetéseit és mellettük mindjárt az enyéimet s az idézeteket különös figyelemmel kontrollálnák. Mindenki előtt világos lesz többek közt, hogy eszem ágában sincs tagadni azt, hogy radialis-varratok elég gyakran gyógyulnak, épp oly kevésbé, mint a hogy eszem ágában sincs lemondani még ezen „túlkomoly időkben“ sem arról, hogy gondolkodjam, hogy klinikai észleletek tudományos okait kutassam, még ha ezt *Ranschburg* „spekulatív okoskodásnak“ minősíti is, melylyel „megzavarom a felelősséggel járó cselekvés embereit“. Ezek sokkal szilárdabb alapon állanak, semhogy *Ranschburg*-nak így kellene nyugalmukról gondoskodnia.

#### Befejező válasz Makai Endre dr. megjegyzéseire.

A ki orvosegyesületi előadásomon jelen volt, emlékezni fog, hogy *Cassirer* statisztikáját nem „óvatosan elhallgattam“, hanem táblázatom nyomán beszámoltam a *Cassirer*-féle 55, azaz ötvenöt radialis varrat gyógyulási eredményeiről, melyek közül már fél éven belül 56·4%, a háromnegyed évig észleletekből 78·6%, az ezen túl észleletekből 100%, s az összes 55-ből, melyek közül 17 hat hónapnál rövidebb ideig észleltetett, 56·4% indult gyógyulásnak. *Herzog* összesen 4 esetet észlelt.

*Cassirer* bármelyik számát tesszük is tehát a 100 százalékos kicsiny csoport helyébe, ez nem változtat a vita mérlegén. Egyik oldalon áll a klinikai tény, a radialis-varratok hatalmas gyógyulási arányszáma, másikon az anatómiai tény, hogy a radialisba más idegből belépő motoros anastomosisok száma 0. Az anastomosisokon alapuló gyógyulási magyarázat tehát a radialisra (s ugyanez áll az ischiadicusra) egyáltalán alkalmazatlan. Már pedig ez volt a ténykérdés.

Ezzel a vitát részemről is befejezettek tartom.

*Ranschburg Pál dr.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Arvo Ylppö: Neugeborenen-, Hunger- und Intoxicationsacidosis.** J. Springer, Berlin, 1916.

90 eset kapcsán foglalkozik szerző a modern csecsemőkórtan e felette érdekes s úgy elméleti, mint gyakorlati szempontból nagy horderejű kérdésével. A szerző acidosiszt észlelt újszülötteken, éhezés folyamánként és intoxicatio eseteiben. Az acidosis azon állapot, melynél organikus, el nem égő savak és azok sói, esetleg anorganikus savak fokozott mennyiségben keringenek a szervezetben. A szerző vizsgálati módszere következő mozzanatokból áll:

- „CO<sub>2</sub> Regulationsbreite“ megállapítása.
- „CO<sub>2</sub> Dissoziationskurve“ megállapítása.
- „Wasserstoffionen-Stoffwechsel“ megállapítása.
- Egyes szervek valódi reakciójának megállapítása rögtön a halál bekövetkezése után.

Az eredmények megbeszélése rövid ismertetés keretében nem illeszthető, de úgy kórtani, mint therapeutikai értékűknél fogva az áttanulmányozásra érdemesek.

*Deutsch Ernő.*

**F. Fischler: Physiologie und Pathologie der Leber.**  
J. Springer, Berlin, 1916.

A rövid összefoglaló ismertetésre nem alkalmas, de minden tekintetben mély szántású munkáról a szerző önmaga találóan jegyzi meg: „Vajha a mai időben is (a világháborúra czélez), a mikor a tisztán gyakorlati szükségletnek annyira az előtérben kell állania, kedvezően fogadnák, mert hiszen a gyakorlat igazán hasznoshozóan csak a legjobban elkészített elméleti alapokon épülhet“. Röviden és velősen vezeti be a tudós szerző olvasóját a máj élet- és kórtanába, ismerteti a máj összefüggését a szénhydrat-, zsír és fehérje-anyagcserével, a máj külső secretióját, a máj méregtelenítő működését és az urobilin klinikai horderejét.

*Deutsch Ernő.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Haemorrhagiás diathesis** négy esefében *M. Levy* staphylococcus albus talált a vérben. Egy esetben a tonsilla, egyben pedig a fül volt a betegség kiinduláspontja gyanánt kimutatható, a másik két esetben nem sikerült kideríteni az elsődleges betegség-gócot. (Zeitschr. f. klin. Medizin, 83. kötet, 5. és 6. füzet.)

**A Wassermann-reactióról malariában** ír *Meyerstein*. Tapasztalata szerint malaria tertianában a lázroham utáni időben gyakran positiv a Wassermann-reactio; legkedvezőbb idő az 5.—8. nap, a mikor 70—80%-ban kapható positiv reactio; a 10. nap után már ritkán kapható reactio, akkor is csak főleg makacs esetekben, a melyek recidivára hajlamosak, valamint malaria tropica eseteiben. A szerző valószínűnek tartja, hogy a positiv reactio eltűnése a malaria végleges meggyógyulását jelenti; lues kizárása mellett tehát a meddig positiv a reactio, a kezelés folytatandó. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 11. szám.)

#### Sebészet.

**A rázódás (Schüttelkrankheit) kór- és gyógytanáról** szóló, körülbelül 50 sikeresen gyógykezelt eseten alapuló dolgozatában ama rendkívül meglepő felfedezését közli *Schantz*, hogy ezen eddig teljesen homályos aetiologiai megbetegedés oka és lényege a gerincoszlop physikai munkabíróképességét meghaladó túlságos igénybevétele, azaz ennek túleröltetése.

A betegség, melyet a szerző *insufficiencia vertebrae*-nek nevezett el, jellemző tüneteinek kívül a legkülönbözőbb idegrendszeri zavarokkal együttesen jelentkezhetik. A rázódás lehet részleges és általános, miként ez a hadi fáradalmaknak kitett harcosok között gyakran előfordulás folytán ismeretes. Bárminő súlyos is a kórkép, a beteg — kivéve, ha valamely más specifikus megbetegedés egyidejű jelenléte erre nem ad okot — csak igen ritkán panaszkodik arról, hogy a gerincoszlopa, vagyis a háta fáj, pedig kivétel nélkül minden esetben meg lehet találni a csigolyák tövisnyúlványainak ütögetésével, vagy a csigolyák testére gyakorolt nyomással ama csigolyákat, a melyek fájdalmasak. Az *insufficiencia* tüneteinek a gerincoszlopon levő más kóros elváltozások — például spondylitis tuberculosa, törés stb. — jelenléte esetén is előfordulhatnak; ezen esetekben azonban az *insufficiencia* csak melléktünet, míg amott egyedüli, önálló kórképet adó elváltozás.

A beteg subjectiv panaszai: has-, mellkas-fájdalmak, kar-, láb-, fejfájás, álmatlanság, kedélybeli lehangoltság, rossz emlékezőképesség stb. Az objectiv tünetek: a gerincoszlop izomzatának spasmusos contracturája, a törzs mozgás-zavarai, ferde testtartás, a melyek arra mutatnak, hogy a gerincoszlopnak mintegy megtámasztásra van szüksége. Ezenkívül a reflexek fokozottak vagy hiányzóak lehetnek, valamint spasmusos és petyhüdt paresisek és bénulások is előfordulhatnak. A reflex-ingerlékenység oly nagyfokú lehet, hogy a beteg



takarójának megérintése vagy egy hangosabb szó az egész testre kiterjedő hosszantartó rázóást vált ki.

Az insufficiencia vertebrae legfontosabb tünete a kopogtatásra beálló fájdalmasság, a mely a gerincoszlopnak mindig pontosan ama csigolyáira lokalizálható, a melyeknek megfelelőleg a rázódo testrészekhez haladó idegek lépnek ki a gerincvelőből. Ha tehát a fej rázódik, akkor a legfelső nyakcsigolyák, ha a karok rázódnak, akkor az alsó nyak- és legfelső hátcsigolyák, ha a lábak, akkor az alsó hátcsigolyák fájdalmasak. E rázódoás intenzitása mindig párhuzamos az insufficiencia többi tünetével.

A gyógykezelés a megzavart egyensúly-viszonyok helyreállításából áll, azaz a csökkent hordképességű gerincoszlopot tehermentesíteni kell, a míg a korábbi hordozóképességét visszanyeri. Súlyosabb esetekben a tehermentesítésen kívül teljes rögzítés szükséges. Ez pedig fűzőkkel vagy gipsz-ágygyal érhető el. Oly betegek törzsére, a kiknek végtagjai rázódnak, gipszkötést kell tenni, mely az álltól kezdve a medenczére is ráterjed. Ha a beteg feje rázódik, akkor a szerző e célra a nyakra külön vatta-kötést ajánl, mely azt a vállhoz rögzíti. A gipszkötés a betegség szerint 4-6-8 hétig 14 naponként megújítandó. Ha a rázódoás megszűnt, fejtámasztóval ellátott tehermentesítő fűzőt készíttet a betegnek, a míg a törzs hordozóképessége helyreáll. Ekkor massage és enyhe testgyakorlat következik. E kezeléssel minden esetben kifogástalan jó eredményt sikerült elérnie. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 12. szám.)

M.

### Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 12. szám. Schein Mór: A fagyás kezelése quarzlámpaténnyel.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 13. szám. Friedrich Vilmos: Distoma okozta hepatitis.

### Vegyes hírek.

Kinevezés. Török Béla dr.-t a szabadkai Mária Valéria-kórház főorvosává nevezték ki.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület 1917 februárban 960 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1280 szállítást végzett, 65-ször mint mozgóórszolgálat szerepelt és 20-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A február havi működés főösszege tehát 2325.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete április 2-án, hétfőn este 7 órakor tartja évi közgyűlését a Bristol-szálló dunaparti termében.

Meghalt. Malomhegyi Gebhardt Ferenc dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos, honvéd törzsorvos, márczius 21.-én 45 éves korában. — Heller Simon dr., cs. és kir. I. oszt. nyug. főtörzsorvos Budapesten, márczius 25.-én 56. évében. — Molnár Hugó dr., sárosszabasi városi orvos, 43 éves korában. — A. Einhorn dr., chemikus Münchenben, a kokain szintetikus előállításának, továbbá az orthoformnak, nirvaninnak és novokainnak felfedezője. — I. Courmont, a közegészségtan tanára Lyonban, ismert bakteriologus, 52 éves korában.

Személyi hírek külföldről. H. Virchow dr., berlini rendk. tanár (anatomia) és F. Heiderich bonni rendk. tanár (anatomia) prof. ord. honorarius lett. — P. Stenger dr., a fülorvostan rendk. tanára Königsbergben, hasonló minőségben Marburgba költözik át. — E. Rieche dr., lipcsei magántanár, a bőrkórtan rendk. tanára lett Göttingában, Fr. Bering dr. Essenben ugyanazon tárgy rendk. tanára Greifswaldban. — F. Heimann dr. magántanár Boroszlóban (nőorvostan) tanári címet kapott.

Hírek külföldről. A kölni gyakorlati-orvostani akadémián a belorvostani tanszékre Fr. Küllbs dr. strassburgi rendk. tanárt nevezték ki.

Országos Közegészségügyi Tanács. A belügyminister Szabó Sándor dr.-t, Budapest székesfőváros tiszti főorvosát az Országos Közegészségügyi Tanács rendes tagjává, Czirfusz Dezső dr. kir. tanácsost, Feleki Hugó dr. és Hajós Lajos dr. egyetemi magántanárokat, Hegedűs János dr. sz. áll. honvédfőtörzsorvos, budapesti gyakorlóorvost, Vadnay Szilárd dr.-t, Veszprém vármegye tiszti főorvosát, Véghe János dr.-t, Budapest székesfőváros helyettes tiszti főorvosát és Tüdős Kálmán dr., Debreczen város tiszti főorvosát pedig e tanács rendkívüli tagjaivá kinevezte.

A pellagra-betegek bejelentése, nyilvántartása, orvosi felügyelete, ápolása és segítése tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: A pellagra ezideig a lakosságnak főképpen tengerivel táplálkozó részében, nevezetesen az erdélyi és az ezzel határos törvényhatóságokban mutatkozott enyhébb tájkör alak-

jában. A háború, különösen pedig a romániai hadjárat következtében előállott viszonyok miatt tartani lehet attól, hogy a pellagra az ország említett területén szélesebb körben és erősebb mértékben fog mutatkozni, sőt számot kell vetni azzal a lehetőséggel is, hogy a betegség esetleg az ország más részeiben is jelentkezni fog. — Ez okból szükségesnek látom Czimed figyelmét a pellagra elleni védekezés tárgyában 9354/1899. B. M. sz. alatt az erdélyi és szomszédos vármegyékhez intézett rendeletre felhívni s egyúttal utasítom Czimet, hogy az abban foglalt rendelkezéseknek törvényhatósága területén való végrehajtása iránt haladéktalanul intézkedjék. — A szóban levő rendelet kiegészítéseképpen a következőket rendelem: a) Az idézett körrendeletre való utalással hívja fel Czimed a törvényhatósága területén orvosgyakorlatot folytató magánorvosokat, hogy a tudomásukra jutott pellagra-eseteket az illetékes elsőfokú egészségügyi hatóságnak jelentésük be. Ezt a bejelentést a köresetek pellagrás természetének gyanuja esetén is meg kell tenni. b) Tömeges megbetegedés vagy ilyenek gyanuja esetén, nemkülönben akkor is, ha pellagra-esetek egyszerre feltűnőbb számban mutatkoznak olyan helyeken, a hol eddig hasonló esetek nem észleltek, Czimed tegyen hozzám részletes jelentést. c) A törvényhatóság területén levő (köz-, nyilv. jellegű- és magán-) kórházak vezetői a kórházban ápolás alatt volt és még ápolás alatt levő, úgyszintén a kórházi járóbetegkezelésen jelentett pellagrásokról a 9354/1899. számú körrendeletre csatolt nyilvántartási minta szerint minden év július hó végén lezárt névszerű évi kimutatást kötelesek a törvényhatóság első tisztviselőjéhez beterjeszteni. — E kimutatások a törvényhatóság részéről minden szeptember hó 1.-én felterjesztendő nyilvántartásokhoz csatolandók. A hol a pellagra-esetek szokatlanul nagy számmal mutatkoznak, erről a kórház vezetője az illetékes törvényhatóság első tisztviselőjéhez és egyúttal a belügyministerhez a kórszarmazásra vonatkozó ki-nyomozható adatok lehető részletes megjelölésével jelentést tegyen.

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

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. SUGARAS GYÓGYÍTÁS. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészítők, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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.

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

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

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

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

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

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

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

Művégtagok járó és támasztógépek, egyenestartók, rugónélküli sérvkötők, műcipők stb. modern kivitelben készülnek Orthopaedia-Részvénytársaságnál Budapest VI., Nagymező-u. 4. Telefon 11-08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

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

Hüvösvölgyi Park Szanatorium Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90. Ajánlatos bel-, Ideg- és szívbetegeknek, üdülőknek és rekonvaleszcenseknek. • Hízó-kúra



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1917 február 3.-án). 163. lap.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1917 márczius 19.-én.)

Elnök: id. Entz Géza.

Titkár: Fröhlich Izidor.

Orvosi érdekű előadás volt a következő:

Lenhossék Mihály r. tag: A fogszerű hajdan és ma.

Jung-gal szemben, a ki szerint fogszerű azóta van, a mióta ember él a földön, az előadó azt hiszi, hogy a legősibb emberek mentek voltak a fogszerűtől. A jégkorszak régebbi szakaszából megmaradt koponyák (Mauer, Pittdown) fogai mind csodálatosan épek, erősek s hasonlóképpen ilyenek a most már szép számmal ismert neandervölgyi típusú koponyák és állkapcsok fogai is, egynek, az 1908-ban talált La Chapelleaux-Saints-inak kivételével, melynek nagymérvű foghiányai azonban Choquet szerint nem fogszerűtől, hanem valamely köszvényes bántalomtól (polyarthritís alveolo-dentalis) származnak. Épfogúak a diluvium végső szakaszából származó nem-neanderi típusú koponyák (Aurignac-, Cro-Magnon, Grimaldi-típus) is. A legrégebbi koponya, melyen eddig fogcaries volt kimutatható, a budapesti embertani intézetben levő nagy-sápi koponya, melynek egykori tulajdonosa a jégkorszak végén (postglaciale) Európában felbukkanó brachykephal emberfajta képviselője volt. Erre az időre — a diluvium végére — tehetjük tehát eddigi ismereteink szerint a fogszerű megjelenését és elterjedését földrészünk lakossága körében s tekintve, hogy az anthropologusok zöme a rövidfejű ember megjelenését Európában Ázsiából való bevándorlásból magyarázza, nem lehetetlen, hogy a fogak romlása Ázsiából behurczolt s azóta állandósult járvány. A neolith-, bronz- és vaskorszakra vonatkozólag már számos adatunk van, mely azt bizonyítja, hogy a fogszerű e praehistorikus korokban már nagyon elterjedt volt Európában. Az előadó ezen adatok számát gyarapíthatja egy 9 koponyából álló megbízható bronzkori lelet (tököli lelet) fogainak a leírásával: a 9 koponya közül csak kettő épfogú. A korai történelmi korra nézve az irodalomban csak Mummery (1870) és Schwerz (1913) adatait találjuk; az előbbieket az előadó szerint csaknem teljesen értéktelenek, mert hibás módszeren alapulnak, az utóbbiak csak az 5.—10. századbéli alamanokra vonatkoznak, s még hozzá kizárólag fiatal férfiakra: harcosokra, a miből érthető, hogy eredményei a fogszerű gyakoriságára nézve feltűnően jók. Az előadó a budapesti egyetem embertani intézetének nagy és különböző korokból származó fossilis anyagán vizsgálta meg azt a kérdést, hogy csakugyan kimutatható-e a fogszerű gyarapodása a régmúlt idők napjainkig, s ha igen, milyen fokban. Négy sorozatot használt fel e célra, összesen több mint másfélezer koponyát: 1. római koponyák, leginkább az aquincumi telepről (első századok Kr. u.); 2. népvándorláskori koponyák a Kr. u. IV. századból (Keszthely és Nemesvölgy); 3. magyarországi koponyák a XI.—XIII. századból (rákospalotai lelet); 4. a budapesti „régiváczi temető” (1777—1848.) exhumált anyaga. A vizsgálat nagy gondnal történt, a hibaforrások lehető elkerülésével. Eredménye, hogy a fogak romlása már a régmúlt időkben is nagyfokú volt, de hogy a cariesnek határozottan némi szaporodása mutatható ki napjaink felé, a mely szaporodásnak az okát nem tudjuk. A szúvasfogú koponyák százalékszámát a pannoniai és IV. századbéli népvándorláskori koponyákon 83—84%, a XI.—XIII. századbéli magyarországi koponyákon 86%, a váczi temetőbelieken (XIX. század első fele) 90%. Ha a fogak között a romlott és még az életben elpusztult fogak számarányát vesszük, a következő számokat kapjuk: római koponyák 29.48%, népvándorláskoriak 34.25%, XI.—XIII. századbéliek 32.89%, jelenkoriak 42.41%. Az előadó végül anyagára vonatkozólag a következő statisztikailag

kimutatott tényeket állapítja meg: 1. férfiak és nők közt nincs különbség a fogszerű gyakorisága tekintetében; 2. a felső állkapocsban több a fogszerű, mint az alsóban; 3. baloldalt 2—3%-kal több a fogszerű, mint jobboldalt.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület

(III. rendes tudományos ülés 1917 február 3.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

Vita Jendrassik Ernő „A syphilisről általában, különösen az ideggyphilisről” című előadása felett.

(Folytatás.)

Donáth Gyula: A mi a gyors és lassú idegsectiós gyógyulásokat illeti, ezeknek megítélésére biztos alapot a végtag-idegek közül csak a n. ischiadicus nyújt, mert a végtagok szakaszai közül csak a lábszár és a láb az, mely egyetlen idegtől, a n. ischiadicustól innerváltatik. Itt pedig tudjuk, hogy a n. ischiadicusnak közvetlenül a bifurcatio fölötti teljes resectiója és varrata után az első érzések és mozgások 2—3 hétre az operatio után mutatkozhatnak és a teljes functio 10 hét alatt beállhat. Ilyen esetet közölt Thiemann; ezen eredmény valószínűleg a korai operatióknak volt köszönhető. A felső végtag idegein 1½—3½ hónap mulva jelentkezhetnek az első mozgások. Sajnos, hogy az operatio többnyire késleltetik az által, hogy a csonttörések gyógyulását, a genyeredések megszüntését és a seb záródását be kell várunk, mielőtt az operatiohoz foghatunk és az idegvarrat nyugodt és asepsises lefolyását biztosíthatjuk. Ha Verebely tagtársnak szép idegsectiós eredményei aránylag későbbben mutatkoztak, úgy, hogy ő eleinte inkább a neurolysisbe vetette bizalmát, úgy ennek okát a szülő főleg rokkantanyagában látja, mely csak későn kerül operatióra. Ezért nem oszthatja Ranschburg tagtárs véleményét, hogy az operatio ideje vagy a resectio magassága a gyógyulás tartamára nézve közömbös. Véleménye szerint különbséget tesz, vajjon a n. radialisnak még jól megtartott peripheriás csontjába varrjuk-e a másik végét, vagy pedig egy csontcallusból kivésett, hegesen megvastagodott radialisal van dolgunk, melynek peripheriás vége már atrophiasan elvékonyodott és megszükkült. A degeneratio és regeneratio kizárólag vagy nagyobbára a centralis csontból a peripheria felé halad előre és így a peripheriás csontnak hossza számottevő tényező. Lehetséges azonban, hogy régóta fennálló súlyos elváltozás esetén ez kevés jelentőséggel bír. A vezetési félbeszakításának tartama kétségkívül befolyással lesz a degeneratio fokára és ez szerepel a gyógyulás hosszabb vagy rövidebb tartamában. A hosszantartó állatkísérleti gyógyulások egyrészt, másrészt a közönséges refrigeratiós facialis-bénulásoknak, vagy a n. radialis compressiós bénulásainak néha 6—8 havi tartama, a hol pedig biztosak vagyunk, hogy a continuitás egyáltalán nem volt félbeszakítva, indított kiváló neurologusokat még a háború elején arra, hogy az operatiót csak 6—8 hónappal a sérülés után ajánlják. De a súlyos elváltozások, melyeket ily feltárt idegek mutattak, rációltak a hosszabb várakozásra, és szülő már 1915 elején állást foglalt teljes elfajulási reactio esetén amellet, hogy 2—3 hónappal a sérülés után operáljunk, mihelyt az operatiós terület asepsise meg van adva. Szülő ezen állásfoglalását megerősíti A. Herzog-nak imént megjelent, 150 idegoperatiót felölelő statisztikája, mely szerint az idegvarratoknak annál kedvezőbb a prognosisa, minél korábban végeztetnek; ha 4 hónapnál későbbben végeztetnek, már rosszabb a prognosisa, ellenben neurolysisnek még 8 hónap után is sikerrel kecsegtetnek. Az állatkísérleti resectióknak gyógyulástartama az emberre nem alkalmazható, elsősorban valószínűleg azért, mert a sebkezelési és egyéb viszonyok az állaton kevésbé kedvezők.

Még az anastomosisok kérdését akarja a szülő itt annyiban érinteni, mert Ranschburg tagtárs ezeket a medianus és ulnaris közt az október 21.-i ülésen, a Makai tagtárs és szülő által bemutatott gyorsan javuló ulnaris-resectio esete alkalmából, igen gyakorinak mondotta, úgy, hogy az ő vizsgálati szerint 5 hulla közül két esetben, tehát 40%-ban találta. A mult ülésen azonban ezeket elég ritkának mondja s azt állítja, hogy inkább csak a bőrágakat illetik. Az igazság azonban a középen lesz, a mennyiben ezen anastomosisok, a mióta a mostani háború alatt a neurologusok és sebészek figyelme ez irány felkeltetett és ez irányú anatomiai vizsgálatok megindultak, gyakoribban fordulnak elő, mint az anastomosisok eddig fölvettek. Azonban az anastomosisok felvétele még nem hárit itt el minden nehézséget, mert akkor a medianusnak a heg alóli felszabadításakor supponálni kellene, hogy a heg csak ezen anastomosis bántalmazta és nem a medianus többi részét is, mert hiszen a többi medianus-ág jól működött. A szülő azért mégis plausibilisnek tartja Makai tagtárs ama felvételét, hogy az ulnaris-csont felszabadítása által centripetalis ingerek szüntettek meg, melyek ezen anastomosisos ág működését gátolták.



*Ranschburg* tagtárs azon nézetét sem oszthatja a szóló, hogy idegvarrat esetén az utókezelés fölösleges, ámbar igen helyesnek tartja a Rokkantügyi Hivatal azon intézkedését, hogy az operált betegeket időnként hazabocsátják, mire hosszabb szabadságolás után maguktól javulva visszatérnek. A szóló ennek üdvös hatását részben abban látja, hogy míg ily egyének a kórházban tétlenkednek, addig otthon iparkodnak a munkában résztvenni és így akaratlagosan bőven küldenek motoros impulsusokat a peripheriás idegcsomókhoz és izomzathoz. Azért azonban az izomzatnak hyperaemizálással, massage-zsal, meleg fürdővel diathermiával kezelése, összehúzóadásba hozása galvanárammal mindenki által elismert hasznos adjuvans. Sajnos, hogy elegendő orvosi erő a kellő kivitelükre nem áll rendelkezésünkre.

Teljesen osztja azonban a szóló az első előadó azon meggyőződését, hogy sebész és neurologus együtt dolgozzék, s akkor oly szép eredmények érhetők el, minőket itt láttunk.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

473/1917. ki. sz.

Ugocsa vármegye tiszántúli járásához tartozó Halmi (járási székhely) székhelyvel rendszeresített

körorvosi állásra

ezenel pályázatot hirdetek. Az egészségügyi körhöz a kör székhelyéhez közelfekvő 10 község tartozik. A körorvosi állás javadalma a következő: az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 kor. fizetés, 600 kor. lakáspénz, 1000 kor. fuvarátalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak élvezete.

A körorvos a körhöz tartozó községeket havonta egyszer tartozik a megállapított terv szerint meglátogatni.

Felkérem a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeket folyó évi április hó 30.-áig hozzám nyújtsák be.

A választás határideje iránt a pályázati kérvények beérkezése után fogok intézkedni, miről a pályázókat külön értesíteni fogom.

Halmi, 1917 márczius hó 24.-én.

Morvay Zsigmond dr., főszolgabíró.

Diplomás orvos vagy orvosnő kerestetik a lipótmezei állami elmeógyógyintézetben.

Az állás javadalmazása 2200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellemezés. Az állás lehetőleg azonnal elfoglalandó. Budapest, 1917 márczius 20.-án.

A budapest-lipótmezei állami elmeógyógyintézet igazgatósága.

**Első Magyar Általános Biztosító Társaság.** A társaság szombaton tartotta évi rendes közgyűlését gróf *Csekonics Endre* belső titkos tanácsos elnöke alatt. Az 1916. üzletéről szóló zárszámadásokat és mérlegkimutatásokat, az igazgatóság és felügyelőbizottság jelentései kapcsán *Ormody Vilmos* főrend, vezérigazgató terjesztette elő. Az igazgatóság az összesen 7,157,087 korona 54 fillér évi nyereségre vonatkozóan indítványozza, hogy abból az alapszabályszerű levonások és tartalékolások után 3,200,000 korona minden egyes egész részvényre 800 korona osztalékot számítva, a részvények osztalékára fordítottassék, a még fennmaradó összegből pedig 1,439,077 korona 77 fillér a külön tartalékot és 250,000 korona a tisztviselők nyugdíjalapját gyarapítsa. A közgyűlés az összes számadásokat, mérlegeket és javaslatokat elfogadta s a felmentvényt az 1916. üzletévre minden irányban megadta.

## Fürdőorvosi

állást keres orvosnő.

Czím Blockner hirdetőjében, Semmelweis-utcza 4.

## Gőzfertőtlenítő gépeket

stabil és kocsira szerelt kivitelben gyárt:

Szántó és Beck mérnök gépgyára,  
IX., Viola-utcza 7.

# Tüdőbeteg-ambulatoriumok

a mai kor követelménye.

Prof. Hagemann, Marburg, Prof. Vulpus Heidelberg és Prof. Jesionek, Giessen kezelési alaptörvényeinek és tapasztalatai szerint, a kvarzlámpa által való teljes besugárzása eddig elérhetetlen kedvező hatást eredményezett skrofulózis, tüdőbaj, gyanított tuberkulózis és elerőtlenedésnél, nevezetesen gyermekeknél és ifjaknál is. Ujdonságunk 1916-ról, a csarnoki kvarzlámpa Prof. Jesionek, Giessen után, új erősebb fényű kvarzégők által minden beteg-pénztárnak, hatóságnak lehetővé teszi,

hogyan besugárzásonként nagyon csekély költséggel ambulatoriumot (besugárzási csarnokot) egy időben számos beteg besugárzására, Prof. Jesionek szerint berendezzen. Költségvetés és irodalom díjmentesen. Quarzlampe Gesellschaft, Fabrik Linz a. D. Stammhaus Hanau.

A budapesti VI. és VII. kerületi betegsegélyező pénztár rendelőintézetéből, (Főorvos Dr. Friedrich Vilmos, egyet. m. tanár), Dr. Schein M. a „Gyógyászat” 1915. 25/27. számaiban azt írja: Még feltűnőbb a Quarlámpa besugárzás hatása az egész szervezetre. Sok beteg étvágyat kap, jobban néz ki, élénkebb, mozgékonyabb lesz, erősebbeknek éri magát és testsúlyban gyarapodik. Ezen hatást felnőtteken is tapasztaltam, de főleg gyermekeken. A végül ható sugaraknak a szervezetre számos esetben gyakorolt hatása kell, hogy az orvosnak imponáljon! A skrofulózis és tuberkulózis kiváltképpen a szegény néposztály betegségei. Ezek azon betegségek, melyek a társadalmi nyomort leghebbe követik. Ha az ultraviolettsugarak az egész körülméletet elérik, egy olyan gyógymódot képviselnek, mely az egész szervezetre hatással kell hogy legyen.

## A szegényebb néposztálynál ezen fénysugárzás módja pótolja a klimatikus gyógyintézeteket.

Elegendő, ha a bőrfelület naponta 5—10 percig lesz az ultraviolettsugaraknak kitéve. Nem túlzok, ha mondom, hogy az általános besugárzás — nem minden — de sok esetben hasonló eredményt hoz az egész szervezetre és a tuberkulózis lokális természetű megbetegedéseknél, mint a tengerpart vagy magaslati levegő. Néhai Prof. Albert sebészstanár Wien-ben, kinek a szegényebb néposztály betegai számára mélyen érző szíve volt, sokszor esett búskomor hangulatban, ha felolvasásai alkalmából a skrofulózisban és tuberkulózisban szenvedő gyermekek egész sorát mutatta be. Nem tudta eléggé ismételni: Tej, tojás, hús és friss levegő. Ma hozzátehetné még, hogy: fény. És ezen utóbbit könnyen nyújthatjuk a szegény betegeknek, mert

**egy ambulatoriumot „mesterséges magaslati napfény”-nek elnevezett lámpával való kezelésre, minden munkásbetegsegélyező pénztár, kórház, vagy intézet tüdőbetegek számára könnyen berendezhet.**



# ELBON-CIBA

Cinnamoilparaoxyphenylhugyananyag.

Fahéjsavkészítmény a tuberculotikus láz és a légutak fertőző hurutai leküzdésére.

Eredeti csomagolások:

10 tableta à 1 gr. K	2.—
20 „ „ 1 „ „	3.25
100 „ „ 1 „ „	12.50.

Adagolások:

1—3 tableta, jól megrágva, a főétkezések után. Az adagok veszély nélkül fokozhatók.

Minták és irodalom díjmentesen.



„CIBA“ Chemische Industrie Gesellschaft m. b. H.,  
Wien VII, Westbahnstrasse 27/29.

Magyarországi képviselő: **JAKITSCH JÁNOS**  
BUDAPEST, V., WAHRMANN-U. 13.



## Natrarsen ERI

Pears (n-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjection.

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

## Családi otthona

A magy. kir. belügyminiszter által  
67/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátorajújhely.** ☐☐



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

## Dr. Thilo-féle Chloroethyl

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

**MR. C. RAUPENSTRAUCH**  
em. Apotheker. WIEN II. Castellezg. 25.

# Nervoplast-Örkény

(Elixir vanadii comp.)

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY igen hatásos **sedativum**  
enyhe **hypnotikum**, **roborans** és **tonicum**.

**Javalva:** Neurasthenia, hysteria, epilepsia traumás neu-  
rosisnál, ideges phobiánál és egyéb ideges  
megbetegedéseknél.

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY indikált a **nőgyógyászat-**  
**ban**, olyan **dysmenorrhoeánál**, melynek oka ideges  
megbetegedés, továbbá a klimakteriumban előforduló  
ideges zavaroknál.

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY indikált az **urologiában**  
sexuális neurastheniánál.

**Adagolási módja felnőtteknél:** naponta 3 evőkanállal.  
**gyermekeknél:** naponta 3 kávékanállal.

**Ára üvegenként K 3.50.**

# 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, leukemia eseteiben, le-  
romlott phtisikus betegeknél és recon-  
valescenseknél.

**Ára dobozonként 2.50.**

Készíti: **ÖRKÉNY HUGÓ** „Nagy Kristóf“ gyógyszertára és gyógyvegyészeti laboratoriuma, Budapest, IV., Váci-utca 1.

Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.



# 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.

- Bálint Rezső:** Tympanismus vagotonicus. 179. lap.  
**Koleszár László:** Lebegő gipszjelő-asztal. 184. lap.  
**Pólya Jenő:** Közlemény a Szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról. A lövéses aneurysmákról. 185. lap.  
**Frigyesi József:** Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri női fiókkórházából. A helyi érzéstelenítésnek a nőgyógyászati nagyobb műtéteknél való alkalmazása. 188. lap.  
**Tárca. Szana Sándor:** A gyermekkor közegészségügyének bajai. „A Gyermekért” Országos Gyermek-Közegészségügyi Társulat alakuló közgyűlésén elmondott beszéd. 191. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schmidt:** Klinik der Magen- und Darmerkrankungen, einschliesslich Röntgendiagnostik. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvosan. Zuelzer:* A dysenteria gyógyítása. — *Sebészet. Anton és Schmieden:* Folyadékfelhalmozódás okozta agy nyomás csökkentése. — *Börkórta. Galewsky:* A cignolinról mint syntesis chrysarobinról és a lanepsről mint új kenőcsalapanyagról. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Gundrum:* Piócza a garatban. 193—194. lap.

**Vegyes hírek.** 194. lap.

**Tudományos Társulatok.** 195—196. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Tympanismus vagotonicus.\*

Irta: **Bálint Rezső dr.**, egyetemi ny. r. tanár.

Ezen elnevezéssel egy kórképet akarok megjelölni, melyet a lefolyt két év alatt több esetben volt alkalmam észlelni, s melyet az irodalomban eddig leírva nem találtam. A tympanismus vagotonicus elnevezés tulajdonképpen a kórképeknek csak egy tünetét jelöli meg, csak egy tünetét egy eléggé gazdag tünetcsoportnak, a mely azonban valamennyi között leginkább előtérben áll, leginkább felhívja az észlelő figyelmét, s leginkább ad okot — a mint már eddig is látom — a legkülönbözőbb, néha nem egészen közömbös összetévesztésekre. Ezen tünet, mint elnevezéséből látható, a hasnak erős megpuffadásából áll, a mely — miként viszont a „vagotonicus” elnevezés jelezni akarja, a n. vagus fokozott beidegzésén alapul, a mint azt egyrészt az egyéb klinikai jelenségek, másrészt a betegek véghezvitt therapiás és egyéb kísérletek bizonyítják. Hogy a kórképpel kissé bővebben óhajtok foglalkozni, annak jogosultságát igazolva látom egyrészt azzal, hogy a leírandó tünetek ily csoportosulásban — mint mondtam — ismertette még nincsenek, de másrészt főként azért is, mert a tünetcsoportban oly momentumok is játszanak szerepet, a melyek nemcsak pathologiai, hanem physiologiai szempontból is nagy jelentőséggel bírnak.

A tünetcsoport leírásában szabadjon chronologikusan eljárnom, betartva azon időbeli sorrendet, a melyben az egyes esetek, illetve jelenségek észlelésem alá kerültek.

Körülbelül 2 évvel ezelőtt, 1914 október havában, az egyik fővárosi kis sebészeti hadikórházba hívtak consultatio céljából. Mielőtt a beteget láttam volna, a kórház orvosai előadták, hogy egy myocarditises betegről van szó, a kinek nagyfokú arhythmiaja és rendkívül nagy ascitese van. A beteget megtekintve, csakugyan elsőnek tűnt fel a beteg hasának rendkívüli mértékben való elődomborodása és megfeszülése, azonban hamarosan kitűnt, hogy a hasban folyadék nincs, a mint hogy pangásos tünetek (végtag-oedemák stb.) egyébként is teljesen hiányoztak. A has erősen puffadt volt, mindenütt dobos kopogtatási hangot adott, a májtompulát feltölt és kicsiny, a betegnek kiscsokú lélekezési nehézsége volt. Megvizsgálva a betegnek szívét, azt találtam, hogy

a szíven nagysági elváltozás nincsen, a szívhangok tiszták; a pulsus bradycardiás (52) és oly kifejezett lélekezési arhythmia van jelen, a milyen egyáltalában csak nagyon ritkán észlelhető. A betegnek részletesebb átvizsgálására sem az idő, sem a hely nem volt egészen alkalmas, de meg egyrészt az előzmények kikérdezése, a melyek azt mutatták, hogy a betegnek gyomor- és bélműködésében functionalis zavar nincs, a mi a has puffadtságát megmagyarázná, másrészt a bradycardia és igen kifejezett lélekezési arhythmia azt a gondolatot támasztotta bennem, hogy esetleg a vagusnak erősebb izgalmi állapotával állunk szemben s éppen azért a betegnek tüzetesebb észlelése, valamint gyógyítása céljából a vezetésem alatt álló klinikára vettem át. Már az első napi észlelet megerősített feltevésemben. A betegnek egy milligramm atropint adtunk subcutan, s egy óra leforgása alatt a beteg állapota mintegy varázsütésre megváltozott. Bradycardiája megszűnt, pulsusa a rendes számra emelkedett, a lélekezési arhythmianak éppen csak nyomai voltak észlelhetők, s a mi legfeltűnőbb volt, hasa kisebbfokú csikaró fájdalmak kíséretében tökéletesen lelappadt. 3 nap múlva az összes tünetek újra megjelentek, hogy atropinra újból teljesen megszűnjének. A tünetcsoport az észlelés hosszú hónapjai alatt még igen sokszor állott elő, de az atropinnak hatása, hogy úgy mondjam, törvényszerűnek mutatkozott.

Mielőtt már most az eset részletesebb ismertetésére térnék, pár szóval meg akarok emlékezni a többi hasonló észlelt esetről is, hogy azután a kórképről egyszerre s együttesen értekezhessek.

A második eset folyó év márczius havában került a szemem elé. Mint a belgyógyászati rokkantügyi bizottság tagja, rokkantvizsgálaton vettem részt a Mária Valéria-kórházban. E rokkantak között került vizsgálatra egy egyén peritonitis tuberculosa diagnosissal. A betegnek hasa igen erősen előre volt domborodva, az impressio azonban, a melyet rám tett, nem egy peritonitise volt. Lefektetve vizsgálván a beteget, kitűnt, hogy hasa egyáltalában nem fájdalmas, functionalis gyomor- és bélzavarai nincsenek, ascitese nincs, viszont kisebbfokú bradycardiája és légzési arhythmiaja van. Erős volt a gyanúm, hogy az előbbihez hasonló beteggel van dolgom, annál is inkább, mert a beteg maga elmondotta, hogy a hasa időnként fájdalmak kíséretében magától lelappad, hogy bizonyos idő múlva megint magától megpuffadjon. Ezt a beteget is kikértem a klinikán való észlelés céljából.

A harmadik beteg az esetek duplicitása, vagy mondjuk,

\* Orvosegyesületi előadás.



triplicitása alapján véletlenül került a klinikára. Egy bécsi hadikórházban feküdt gyomorsülyedés és tympanites diagnossissal. Azután rövid időre az Új Szt.-János-kórházba jutott, a hol — nyilván haspuffadtsága akkor nem volt — gyomorhurut diagnossissal vezetett. Mindkét esetben törvényszerűen bekövetkezett az, a mit az első esetben is kiemeltem, hogy atropin az összes tünetek megszűnésére vezetett; e körülmény méltán erősítette meg bennem a gondolatot, hogy az egész tünetcsoport a vagus neurosis, a mit — mint látni fogjuk — még egyéb körülmények is beigazoltak.

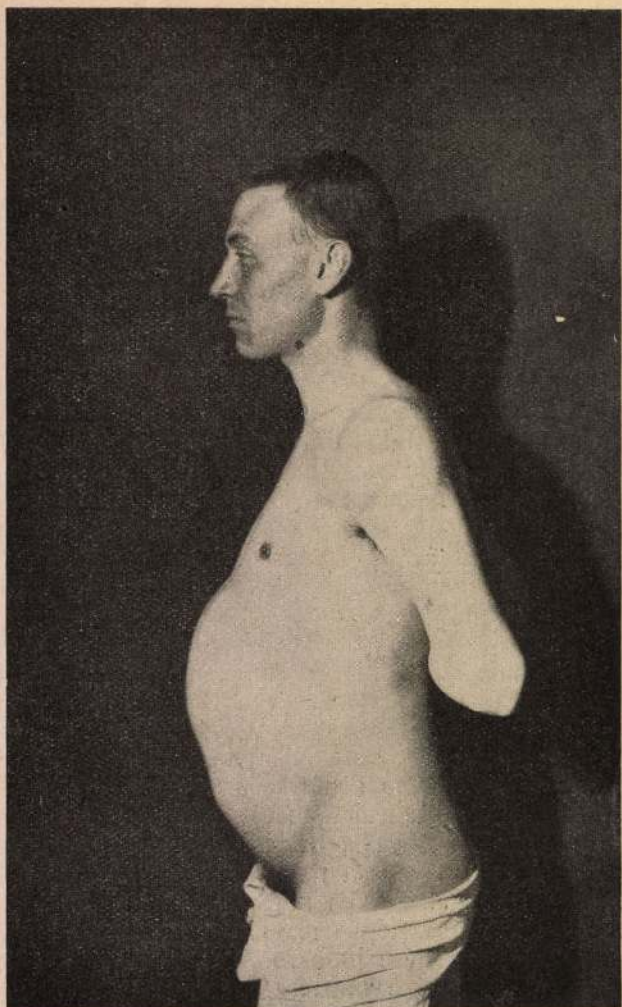
E három eset az, a melyben e tünetcsoportot teljességében volt alkalmam észlelni — mint látni fogjuk — még számos jelenségtől kísérve, a melyek tárgyalására rögtön rátérek.

Áttérek már most az esetek ismertetésére. Az első eset H. A., 30 éves kertész; anamnesisében lázas polyarthritiss fordul elő. Luest tagad. Alkohol-abusust nem vall be, de ez az észlelés alatt kétségtelenné vált. 1914 október 19.-én vétetett fel a klinikára. Baja 3 évvel ezelőtt vette kezdetét. Ekkor minden előzmény nélkül hasa igen erősen megpuffadt, annyira, hogy hasfala egészen feszes lett, kisebbfokú deréktáji és szív táji fájdalmak és szívdobogása jelentkezett. Majd észre vette, hogy szemei kissé elődomborodnak, általában nyugtalan, idegesnek érzi magát. A vizsgálatkor kitűnik, hogy valóban kistökű exophthalmusa van, positiv Graefe- és Stellwag-tünettel; a pupillák középtágak, szabályosak, időnként az egyik pupilla tágabb a másiknál. Mély belézkéskor mindkét pupilla kissé tágul (Korányi-féle vagotoniás pupilla-reflex). A szív-nagyságban eltérés nincs, a szívhangok tiszták, a szív működés időnként bradycardiás (52—54), máskor (specialisan, ha a hasa is lelapad) 62—74-ig megy fel, állandóan, de különösen bradycardiás időben, rendkívül kifejezett lélekezési arhythmia-ival. A tüdőben eltérés nincs. A lélekezés puffadt állapotban kissé szaporább. A rekesz állása rendes. A has (puffadt állapotban) erősen elődomborodik, a hasfalak rendkívül feszesek, az elődomborodás a has felső részén valamivel erősebb, mint közvetlenül a symphysis felett. Nyomásra a has nem érzékeny. A has lelapadásakor jól áttapintható, benne sem fájdalmasság, sem rendellenes resistentia nem érezhető. A gyomor és belek működésében sem puffadt, sem lappadt állapotban zavar nem észlelhető. Kistökű hyperaciditást nem tekintve, a secretio normalis, hasonlóképpen a kiürülés is, széket — akár puffadt, akár lappadt a has — naponként rendszeresen bekövetkezik. A Röntgen-vizsgálat azt mutatja, hogy puffadt állapotban a gyomor alakja nem mutat változást, a gyomorhólyag nem nagyobb, úgy, hogy a puffadásban a gyomor nem vesz részt, a gyomor rendszeren ürül, s a bismut akadálytalanul jut el a coecumig, a hol nagyon hosszú ideig stagnál, úgy, hogy még napok mulva is ürül bismut töltés. A végbélen át történt bismut-beöntés után a töltés a coecum felett megakad s onnan nem jut tovább. A beteg vérének vizsgálata azt mutatta, hogy a fehér vérszámok száma 8900, a miből 52% a polynuclearis neutrophil, 13% az eosinophil, 29% a lymphocyt, 1% a nagy mononuclearis és 5% az átmeneti sejt. Wassermann-reactio negativ. A vizelet világos-sárga, savi, 1016 fajsúllyal, kóros alkotórész nélkül. A vizelet mennyiségének változását ez esetben pontosabban nem kísértük figyelemmel, s így arról, úgy mint a következő két esetben, pontosabb feljegyzéseink nincsenek. A betegnek ezen leírt állapota klinikai tartózkodása alatt nem volt állandó, a mennyiben a puffadt állapotot spontán is felváltották 2—3 napos lappadt stadiumok, a melyekben a betegnek állapota annyiban változott, hogy hasfeszülése megszűnt s pulsus-száma a normálshoz közeledett. A lappadt stadiumból a puffadtba való átmenet lassanként jött létre, a mely idő alatt a beteg nem érzett egyebet, mint hogy hasa lassanként megfeszül. A puffadtból lappadt állapotba való spontán átmenet valamivel gyorsabban — néhány óra alatt — jött létre, elég erősnek jelzett görcsös has-fájdalmaktól kísérve. Atropin-injectióra a puffadás jóval rövidebb idő alatt — egy órán belül — engedett, szintén fájdalmak kíséretében. Az atropinra a betegnek meglehetősen gyakran volt szüksége, mert erősebb feszüléskor a beteg már követelte az injectiót.

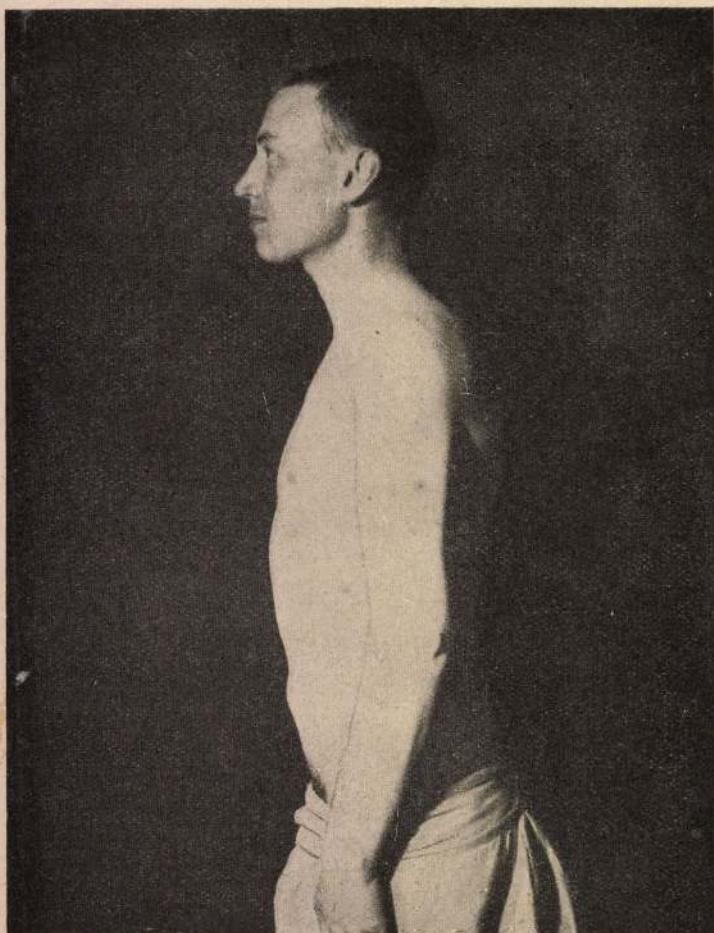
Eleinte 5—6 tizedmgr. atropin prompt hatásának mutatkozott, később nagyobb dosishoz kellett folyamodnunk (de 1 mgr.-nál nagyobbhoz ritkán), a hatás azonban minden alkalommal teljes törvényszerűséggel bekövetkezett. A beteg észlelését, sajnos, meg kellett szakítanunk, mert rakoncátlan viselkedése, többszörös szökése és ittassága miatt a klinikáról el kellett helyeznünk.

A második eset: M. V., 29 éves katona. Előzőleg sohasem volt beteg, nemi baja nem volt, mérsékelt ivó, mérsékelt dohányos. 1914 decemberében a harc téren mindkét lába megdagadt és fájt. Néhány nap mulva egy gránát robbanása következtében egy hegyoldalról legurult és megütötte a derekát. 3 nappal utána hasa erősen megpuffadt, majd hasmenés állott be, erős fájdalmak kíséretében. Széke időnként véres is volt. A hasmenés később megszűnt, a puffadás azonban nem fejlődött vissza és oly nagyfokú volt, hogy az ágyból is alig tudott felkelni. Egy idő mulva a hasa magától lelohadt, de két hét mulva újból puffadás állott elő, a nélkül, hogy beleinek funkciójában valamelyes zavar állott volna be. Ezen idő óta puffadt és lappadt stadiumok különböző hosszú tartammal váltogatják egymást; hasának felpuffadásakor a feszülés érzésén kívül egyéb panaszja nincs, csak általában nyugtalan, izgékony, idegesnek érzi magát. Ezen állapot a teljesen lelapadt állapotba rendszeren lassanként, minden tünet nélkül megy át, máskor egy vagy többszörös hányás jelzi az átmenetet, miközben a hányadékkal — mint mondja — bőséges mennyiségű gáz távozik. Teljesen lappadt állapotban a közérzése rossz, étvágyát elveszíti, ha eszik, gyakran kihányja; ez az állapot néha több napig is eltart, miközben alig eszik valamit, úgy, hogy testsúlyából ilyenkor több kilót veszít, míg ezen állapotot spontán felváltja a puffadás állapota, vagy a kettő között levő közép-állapot, mely utóbbiban — mint mondja — legjobban érzi magát. Néha nyelőcsövében égető-fojtogató érzést érez. Feltűnik neki azonkívül, hogy lappadt állapotban vizelete megcsökken, sőt néha egy-két napig alig vizek valamit. A beteg közepes termetű, elég jól táplált, mellkasi szerveiben eltérés nincs, a rekesz állása normalis, pulsus 60—66 között, időnként légzési arhythmia-ival. A has erősen elődomborodik, különösen annak köldök feletti része, a hasban — ha lelapadt stadiumban áttapintható — sem érzékenység, sem resistentia nem tapintható. A próbaregeli adatai: puffadt állapotban 70 cm<sup>3</sup>, 64 szabad sósav és 84 összaciditás, lappadt állapotban 100 cm<sup>3</sup>, 53 szabad sósav és 63 összaciditás. A bélműködés kifogástalan úgy a lappadt, mint a puffadt stadiumban, naponként rendes székürítése van. A széket normális, formált, dysenteria bacillust nem tartalmaz. A Röntgen-vizsgálat, mely puffadt állapotban végeztetett, azt mutatja, hogy a gyomor Rieder-typusú, igen jó tonusú, a gázhólyagja nem nagyobb, alsó polusa a köldökig ér, peristaltikája közepes, teljesen végighalad a nagy és kis görbületen, a gyomor 5 óra alatt kiürül. 5 óra mulva a contrast anyag egy része még az alsó ileum-kacsokban látható, másik része a vastagbélben foglal helyet és egyes részek a flexura lienalison túl a descendensben is megjelennek. 8 órával a contrast anyag elfogyasztása után a töltés alig haladt tovább, 10 óra mulva csak egy-két vékonybélrészletben látható még töltés, a descendensben a töltés nem haladt. 22 óra mulva töltés a vékonybélben nincs, ellenben a vastagbélben annak teljes lefutása mentén, a coecumtól az ampulláig látható. 32 óra mulva a colon descendens töltésének egy része kiürült, a vastagbél más részében töltés látható. 44 óra mulva a colon descendens további részeiből is kiürült a töltés, a vastagbél többi részében még mindig látható töltés. 1 mgr. atropin alkalmazására a puffadás épp úgy, mint az első esetben, teljesen prompte szűnik meg (1. ábra), viszont 1 mgr. physostigmin adagolására a lappadt stadiumból egész törvényszerűen puffadt stadium áll elő, annak minden kísérő tünetével. A beteg vérképe: fehér vérszám 6100, még pedig 61% neutrophil polynuclearis, 5% eosinophil, 25% kis lymphocyt, 6% nagy lymphocyt és 3% átmeneti sejt. Rendkívül érdekes és változatos képet ad a betegnek vizeletkiválasztása. Már ő maga beszámol arról, hogy



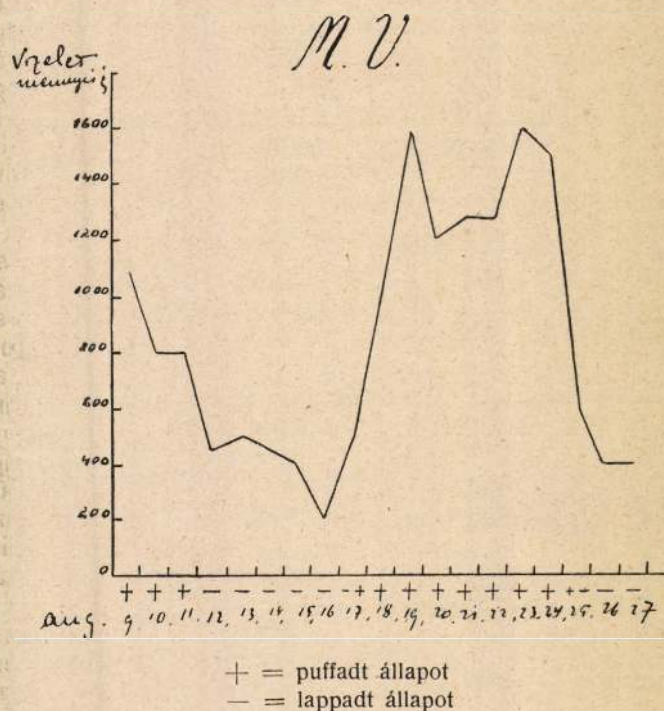


I. ábra a. Atropin-injectio előtt.



I. ábra b. Atropin-injectio után.

vizelete a lappadt stadiumban lényegesen megcsappan; az észlelés ennek valóságát csakugyan bebizonyította. Míg a puffadt stadiumban vizeletének mennyisége 1000 és 1600 cm<sup>3</sup> közt ingadozik, sőt néha még magasabbra is emelkedik, addig a lappadt stadiumban hosszú ideig nem vizek, annyira, hogy némely napon vizelete 200-ra megy le, sőt volt olyan nap, a mikor egyáltalában nem vizek. Tekintve azt, hogy a lappadt stadiumban étvágytalanná lesz, néha alig táplálkozik, s vízfelvétele is csökkent, eleinte arra gondoltunk, hogy a vizeletmennyiség csökkenése a csökkent vízfelvételnek következménye. Az erre irányított vizsgálatok azonban ezen felvételt nem igazolták. A vesefunctio megállapítására irányított vizsgálatok tudniillik kétségtelenné tették azt, hogy a vese secretiója lappadt állapotban lényegesen mögötte marad a puffadt állapotban mutatkozó secretiónak. E vizsgálatok közül csak néhányat akarok itt közölni. Mindenekelőtt a beteg vízkiválasztásának vizsgálata céljából a beteget állandó mennyiségű vízfelvétellel állítottuk be, a mely vízmennyiség 24 óra alatt 1500 cm<sup>3</sup> körül mozgott, kevesebb alig volt, gyakrabban valamivel több. Ezen állandó vízfelvétel mellett pontosan mérve a kiürített vizeletet, azt láttuk (ábra), hogy



a lappadás beálltával a vizelet mennyisége teljes törvényszerűséggel hirtelen megcsappan, úgy, hogy néha 200 gr.-ig, sőt az alá süllyed, ilyen kicsiny marad mindaddig, a míg a has lappadt állapotban van, hogy a puffadság beálltakor ismét törvényszerűen hirtelen emelkedjék. Különösen érdekesek az észlelés azon napjai, a melyeken a lappadt állapotból a puffadt állapotba megy át a has; ha ez pl. este 7 órakor történik, akkor a reggeltől este 7 óráig ürített vizelet mennyisége 100–150 cm<sup>3</sup>, a puffadás bekövetkezte után hirtelen megindul a vizelés, úgy, hogy másnap reggelig 800–1000, sőt több cm<sup>3</sup>-t is ürít. A mi a sókiválasztást illeti, arra vonatkozólag érdekes képet ad a mellékelt táblázat. A betegnek sószegény (2.5 gr. NaCl-ot tartalmazó) táplálékot adunk, a melyhez a vizsgálat napján in substantia 15 gr. NaCl-ot kap. Ha ez puffadt állapotban történik, akkor az egész bevitt konyhasót egy nap alatt kiüríti. Lappadt állapotban a sónak egy részét retineálja, s csak a 4. napon, a mikor a lappadt állapot a puffadt állapotnak kezd helyet adni, indul meg kissé erősebben a sókiválasztás, hogy az 5. napon, a melyen a puffadás teljes lesz, teljesen kiválassza a retineált konyhasót.

Hasonló viszonyok mutatkoznak az N-tartalmú anyagok kiürítésében is. A betegnek kb. állandó N-tartalmú diéta mellett 20 gr. ureumot adunk. Puffadt állapotban ezt másnapra kiválasztja; lappadt állapotban N-t retineál és csak a 4. napon, mikor a lappadt állapotból az erősen puffadt álla-



potba megy át, kezdődik meg a retineált N-nek tömeges kiválasztása (1. táblázat).

I. táblázat.  
M. V.  
I.

Datum	Bevitt NaCl (gr.)	Kiürített NaCl (gr.)	Állapot
Aug. 18.	17.6 (2.6 + 15.0)	17.8	++

II.

Datum	Bevitt NaCl (gr.)	Kiürített NaCl (gr.)	Állapot
Aug. 5.	17.5 (2.5 + 15.0)	6.43	--
6.	3.0	5.21	--
7.	3.8	3.23	--
8.	1.8	5.44	-+
9.	6.9	10.04	++
Összesen	33.0	30.35	

III.

Datum	Bevitt N (gr.)	Kiürített N (gr.)	Állapot
Aug. 23.	23.8 (14.4 + 9.4 Ur-N)	16.0	++
24.	14.6	23.3	++
Összesen	38.4	39.3	

IV.

Datum	Bevitt N (gr.)	Kiürített N (gr.)	Állapot
Szept. 19.	23.7 (14.3 + 9.4 Ur-N)	17.8	--
20.	11.7	7.2	--
21.	11.7	8.1	+
22.	12.7	19.6	++
Összesen	59.8	52.7	

+ = puffadt állapot  
- = lappadt állapot

Phloridzin-injectio után a vizeletkiválasztás a lappadt és puffadt stadiumban egyforma. Megjegyzem itt, hogy miként a has állapotát befolyásolni tudtuk atropinnal, illetőleg physostigminnel negativ, illetve positiv irányban, úgy ezen anyagok hatása a vizelet-eltávolításra is oly módon érvényesült, mintha a puffadás, illetve lappadás spontan következett volna be.

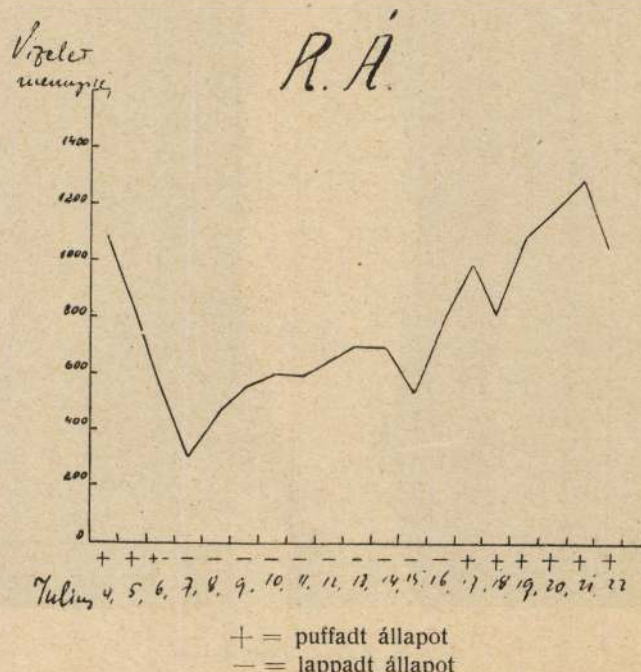
A mi végre a beteg idegrendszerét illeti, reflexeinek fokozottságán, nyugtalan, izgékony, kissé labilis psychéjén kívül egyéb eltérést nem találtunk. Vagotoniás pupilla-reactio ezen betegen nem volt található.

Végre a harmadik eset R. Á., 32 éves katona. Hereditásos terhelttség nincs, gyermekkorában hypospadiasisa volt, mely miatt operálták, mérsékelten dohányos, alkoholt nem iszik. 5 évvel ezelőtt gyomorbetegségei jelentkeztek: görcsös fájdalmak az étkezés után 1/2—1 órával 1 órai tartammal napokon át, majd hetekre-hónapokra kiterjedő szünetek. Gyomorégés, felbőfögés. Több ízben vizsgálták gyomrát, s egy ízben gyomorsúlyedést és hyperaciditást, más ízben csak hyperaciditást állapítottak meg rajta. Több ízben megtörtént vele, hogy eszméletét hányásinger kíséretében elvesztette. Gyermekkora óta székrekedésben szenved. Ez év januárjában egy hadikórház orvosa lett figyelmes arra, hogy hasa erősen puffadt és feszes. Ez alkalommal a puffadás 3 hétig állott fenn, majd

fájdalmas görcsök kíséretében egy éjjel át lelappadt. Azóta hasának puffadt és lappadt állapota hosszabb-rövidebb (1—14 napos) időközökben váltakozik. A puffadás bekövetkezését előre érzi. Néha éhgyomorral bőfögni vagy csuklani kezd. A lelappadást rendszeren derekában kétoldalt görcsös fájdalom kíséri. Legjobban érzi magát akkor, ha hasa félig puffadt állapotban van. Étvágya, székletéte mindkét állapotban egyenlő. A mikor hasa puffadt, nyugtalanabb a rendszeren. Általában könnyen és sokat izzad.

Közepesen fejlett, kissé lesorványodott férfi-beteg. A mellkasi szervekben eltérés nincs, a pulsus inkább gyéribb (60—66), respirációs arhythmia alig található. Vérnyomás 80—120. A rekesz állása rendes. A has erősen előredomborodó, feszes, nem érzékeny. Lappadt állapotban a hasban resistentia nem található. A próbareggeli puffadt állapotban 60—84, lappadt állapotban 64—90. Röntgen-vizsgálat (puffadt állapotban): Rieder-typusú, kissé jobbra helyezett, közepes tonusú gyomor, alsó polusa a köldökig ér, a peristaltika teljesen végighalad a nagy és kis görbületen, a gyomorhólyag nem nagyobb. 5 óra múlva az eredeti töltésnek kb. 1/6 része látható a gyomorban, ugyanezen idő múltán a töltés egy része az ileum alsó kacsáiban látható. A colon ascendens kb. feléig mérsékelten telt. 8 óra múltán a gyomorban kb. 2 ujjnyi töltés látható, a jejunalis kacsokban kevés töltés van. Az ileum-kacsok erősen teltek. A colon asc. a flexura hepaticáig telt meg. A flexura lienalis erősen tágult. 10 óra múlva a gyomorban töltés nincs, a contrast anyag az alsó ileum-kacsokban, valamint a colon asc.-ban a flexura lienalisig látható. 22 óra múlva a vékonybélben töltés nincs. A vastagbél csaknem teljesen contrast-nyaggal kitöltött, kivéve a transversum bal harmadát és a descendens alsó felét. 32 óra múlva a vékonybelekben töltés nincs. A colon asc. közepén telődés látható, a transversum, desc. és sigmabél töltése többszörösen megszakított, cseresznyéyi — kis diónyi baryum-részecskékből áll. A töltés legnagyobb része az ampullában látható. Székürítés szempontjából a puffadt és lappadt stadium között különbség nincsen. Rendszeren spontan van székletéte, néha gyenge hashajtóra szorul. A bélsár teljesen normális.

Miként az előbbi betegen, úgy ezen is atropin-injectióra a puffadás megszűnik (néha 2 mgr.-ra volt szükség), physostigmin-injectióra előáll. A vérképben eltérés nem mutatható ki; az eosinophil-sejtek száma 20%. A vizelet kóros alkotórészeket nem tartalmaz. A vizeletkiválasztás egészen hasonló ingadozást mutat, mint az előbbi betegnél, és pedig úgy a vizeletkiválasztást, mint az oldott molekulákat illetőleg. Ugyancsak állandó vízfelvétele hozva puffadt állapotban bőven, lappadt állapotban keveset vizelet. (3. ábra.) Puffadt állapotban a sószegegy diéta-hoz adott 15 gr. konyhasót egy nap alatt





kiüríti, lappadt állapotban retineál. Egy nap alatt kiüríti a 20 gr. ureumnak megfelelő N-t is puffadt állapotban, míg lappadt állapotban 5 napig retineál N-t és csak a 6. napon, a mikor puffadt állapotba megy át, kezdi a retineált N-t bővebben kiüríteni. (2. táblázat.) Phloridzinre puffadt és lappadt stadiumban egyformán reagál.

## II. táblázat.

R. Á.

I.

Datum	Bevit NaCl (gr.)	Kiürített NaCl (gr.)	Állapot
Aug. 7.	16.9 (19 + 15.0)	15.06	++

II.

Datum	Bevit NaCl (gr.)	Kiürített NaCl (gr.)	Állapot
Aug. 1.	17.4 (2.4 + 15.0)	6.88	—
2.	3.0	9.17	—
Összesen	20.4	16.05	

III.

Datum	Bevit N (gr.)	Kiürített N (gr.)	Állapot
Aug. 18.	23.9 (14.5 + 9.4 Ur-N)	23.8	++

IV.

Datum	Bevit N (gr.)	Kiürített N (gr.)	Állapot
Szept. 2.	24.1 (14.7 + 9.4 Ur-N)	12.7	—
3.	14.7	15.1	—
4.	14.3	11.3	—
5.	14.3	12.7	—
6.	14.3	10.3	—
7.	12.3	18.3	— ++
Összesen	94.0	80.4	

+ = puffadt állapot.  
— = lappadt állapot.

Idegrendszeri eltérés nincs. Kisfokú vagotoniás pupillareactio.

\* \* \*

Összefoglalva már most a három betegen észlelt kór-képet, legszembetűnőbb, s mindhárom betegen előforduló jelenségként a hasnak puffadása áll előtérben, a mi mellett a gyomor és bél szokásos funkciójában, a hyperaciditást leszámítva, eltérés nincs. A puffadás minden esetben atropinra megszűnt, két esetben physostigminra előállott. (A harmadik esetben a physostigmin-próba nem eszközöltetett.) A puffadás lappadt stadiummal spontan is váltakozik, a lappadt állapotba való átmenet mindháromban görcsös deréktáji fájdalmak közt megy végbe. Ezen tüneten kívül két esetben a vizelet-elválasztásnak egészen egyértelmű zavara mutatkozik, a mely abban áll, hogy lappadt állapotban a víz-, konyhasó- és N-kiválasztás csökken, puffadt állapotban fokozódik, a mikor a beteg a retineált anyagokat hirtelen kiüríti. A harmadik, illetőleg elsőnek említett betegen a vizelet-elválasztás ezen zavarát nem észleltük, de lehet, hogy jelen volt és csak elkerülte figyelmünket. Az egyéb somatikus tünetek két utóbbi betegünk-nél háttérben állanak, szív működésük inkább gyér, respiratorius arhythmiájuk kevésbé kifejezett, az egyiknek vagotoniás pupillareactiója, a másiknak eosinophiliája van. Annál kifejezettebbek az egyéb somatikus tünetek az első esetben, a

melyben a nagyfokú has-tünetek mellett erős bradycardia, rendkívül kifejezett légzési arhythmia, igen nagyfokú eosinophilia, Graefe-tünet és vagotoniás pupilla-reactio van jelen. Ezen ú. n. egyéb somatikus tünetek mind olyanok, a melyek a vagus-tonus fokozódásakor szoktak előtérbe lépni. Csak két tünettől találkozunk tehát a kórképben, a mely eddig ismeretes nem volt és a melynek provenienciáját pár szóval tárgyalnunk kell.

Mindenekelőtt kérdés, hogy a tympanismust tulajdonképpen mi okozza. A hasnak a gyomor- és bélfunció zavara nélküli hasonló elődomborodását régebben mint hysteriás tympanismust írták le. Ezen tympanismus, nem beszélve most a hysteriás pseudoperitonitis- és ileus-esetekről, sok esetben hasonlóképpen folyt le, mint a leírt három esetben. A régebbi szerzők, kik ezen jelenségekkel foglalkoznak — leginkább csak régebbi szerzőknél találunk ily esetekről említést, így *Briquet*, *Talma*, *Bernheim*, *Binswanger*, stb. —, kiemelik, hogy a tympanismus mellett a gyomor- és bélfunció gyakran rendes, a betegnek fájdalmai alig vannak, s hogy a tympanismus oldódik anélkül, hogy nagyobb mennyiségű gáz távozása magyarázná azt. Épp ez utóbbi okból is ütközött oly nehézségekbe a tympanismus mechanizmusának magyarázata. A szerzők egyrésze levegőnyelésre, aërophagiára vezeti vissza a tympanismus keletkezését, a mi mellett azonban a pylorus insufficienciáját tételezi fel, a melynek folytán a levegő nem távozik ructusok útján a szájon keresztül, mint a közönséges aërophagiánál, hanem a belekbe jut be s azoknak tágulását hozza létre. Tekintve azonban az előbb említett körülményt, hogy a tympanismus lezajlását nem kíséri gázok távozása, ezen felvétel nem látszott kielégítőnek, s így inkább fogadtak el egy másik magyarázatot, a mely szerint e tünet nem egyéb, mint a rekeszizom görcse, a melynek következtében a rekesz a has felé erősen előre domborodik, s a petyhüdt hasfalakat kifelé feszíti. Ez a magyarázat még a Röntgen-aera előtt állítottatott fel, s így a valódiságáról meggyőző észleletek nincsenek. A mi eseteinkben hasonló dologról nem lehet szó, a mennyiben puffadt állapotban a rekesz állása normalis volt, a mint különben a pylorus insufficienciája sem volt kimutatható.

Hogy mi volt tehát a mi eseteinkben a puffadás mechanizmusa, azt csak kizárás útján véljük eldönthetni. A Röntgen-vizsgálat kétségtelenül mutatta, hogy puffadt állapotban a gyomor levegőtartalma nem nagyobb; így hát a gyomor nem volt oka a puffadásnak. A puffadás helyét tehát a belekben kell keresnünk, a hol is a gázfelhalmozódás okát, tekintve a belek normalis peristaltikáját, a mely a bél paralisist kizárni látszik, a bélfal spasmusos összehúzódásában s az összehúzódás helye mögött felhalmozódott gáztömegekben kell keresnünk. Ezen magyarázatot a Röntgen-vizsgálat is támogatni látszik, a mely azt mutatta, hogy a passage-vizsgálatnál a töltés helyenként hosszabb időre stagnál; ez azonban néha normalis körülmények közt is előfordul. De támogatni látszik a spasmusos összehúzódás felvételét az, a mire rögtön reá fogok térni, hogy a tympanismust vagus-izgalom következményének kell tekintenünk; kétségtelen t. i., hogy másféle vagus-izgalommal járó megbetegedésekben is — spasmusos obstipatio, colica mucosa — a beleknek spasmusos görcsével van dolgunk. Ez a felvétel természetesen még mindig nem magyarázza meg azt a kérdést, hogy miért oldódik a puffadás gyakran gáztávozás nélkül, de erre vonatkozólag a következőket kell megjegyeznem. Ha a puffadás hirtelen oldódik, akkor a betegek bemondása szerint nagyobb-mennyiségű gáz szokott eltávozni, még pedig bőfögés útján, a melyet néha hányás kísér. Más esetekben, specialisan, ha több óra, esetleg egy egész éjszaka alatt jön létre a visszafejlődés, gáztávozást nem észleltek. Ezen esetekben talán a gázok elosztódásának egyenletessé válása, talán lassú távozása, esetleg részleges felszívódása jöhet szóba.

Kérdés már most, hogy a tympanismus beálltának mi az oka?

Tekintve azt, hogy katonákon észleltük az eseteket, meg kell emlékeznem arról, hogy typhus és dysenteria után



észlelhetők nagyobb fokú tympanismusok. Ennek felemlítése annál is fontosabbnak tűnik fel, mert egyik esetünk anamnesisében csakugyan benne van a dysenteriaszerű hasmenés. Ezen aetiologiai momentum azonban nem igen jöhet számba. Egyrészt, mert a másik két esetben hasonló megbetegedés nem volt, másrészt azon esetben is, a melynek anamnesisében a dysenteria előfordul, a beteg még traumáról is megemlékezik (szikláról való legurulás); de különben is a dysenteria és typhus után beálló meteorismusok, a melyeket magunk is észleltünk, a mi eseteinkkel ellentétben állandók és rendszeren a bélműködés súlyos zavaraival — hasmenés, szék-szorulás — állanak összeköttetésben. Hysteriásnak e tympanismusok nem mondhatók, ha megjelenésükben a leírt hysteriás tympanismusokhoz hasonlóak is; valószínűnek tartom különben, hogy ezek sem voltak mind igazi hysteriás eredetűek. A mi betegeinken semmiféle más hysteriás tünet nem mutatható ki, a tympanismus suggestióra nem szűnik és nem áll elő. Ellenben szűnik és előáll oly hatóanyagokra (atropin, phystigmin), a melyek teljesen kétségtelenül a n. vagus csökkenti, illetve fokozott izgalmi állapotát, tonusát hozzák létre.

E tényből tehát arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a tympanismus vagus-izgalom következménye. S e felvételben nagyon is megerősítenek bennünket a betegek észlelt egyéb jelenségek, a melyek mind kétségtelenül a bolygó idegnek, illetve az autonom idegrendszernek izgalmára vallanak. Legszembeszökőbb ezek között a különösen az egyik betegen a puffadással egyidőben mindig észlelhető bradycardia és lélegzési arhythmia. Az autonom idegrendszer izgalmára vall a két esetben mutatkozó nagyobbfokú eosinophilia, az egyik esetben a kisfokú Graefe-tünet, a vagotonias pupillareactio, az izzadásra valló hajlam, s a minden esetben jelenlevő hyperaciditas.

Szándékosan nem emlékeztem meg e jelenségek között a vizeletelválasztás sajátos zavaráról, a melyet eseteinkben észleltünk, minthogy ezzel néhány szóval specialisan óhajtok foglalkozni, annál is inkább, mert e jelenség mindeddig észlelés tárgya nem volt. A vizeletelválasztás zavarai abban állottak, hogy a has puffadt állapota idejében, tehát a vagus-izgalom fokozódásakor, a vizeletkiválasztás rendes, vagy fokozott volt, és pedig úgy a víz, mint az oldott molekulák kiválasztása szempontjából. Viszont a has lappadt stadiuma idejében, tehát a vagus-tonus csökkenésekor, a vizeletkiválasztás megint úgy a vízre, mint az oldott molekulákra vonatkoztatva nagyfokú csökkenést mutat. A vizeletkiválasztás csökkenése atropinnal, fokozódása phystigminnel következetesen kiváltható. Ez esetek tehát azt látszanak bizonyítani, hogy idegingereknek, specialisan a vagusnak a vizeletelválasztásra befolyása van. Ezen észlelet a pathológiában új, ha a vizeletelválasztás centralis befolyásolása ismeretes volt is. Az idegrendszernek, specialisan a n. vagusnak a veseműködésre való hatásával physiologusok sokat foglalkoztak. A kísérletek eredményei azonban nagyon ellentmondók voltak, a mely ellentmondásnak okát az ily beidegzés komplikált voltánál fogva a methodikának tökéletlenségében lehet talán megtalálni. Legújabbban *Asher* és *Pearce* teljesen kifogástalan methodikával decortikált macskákön vizsgálták a kérdést, s arra az eredményre jutottak, hogy a vagus izgalma úgy a víz, mint az oldott molekulák kiválasztását fokozza. E kísérletek alapján ők a vagust a vese secretiós idegének tartják. Hogy a vesének secretiós idege van, azt *Smyrnov* anatómiai úton már előzőleg valószínűvé tette, kimutatván azon idegszalakat, a melyek a vesében a secernáló parenchymasejtekig követhetők. *Asher* és *Pearce* kísérletük eredményének ezen magyarázatát azon kísérleti eredmények támogatásával állítják fel, a melyeket *Bradford* állapított meg, a ki azt találta, hogy a vagus izgatásakor a *Roy*-féle oncometer a vese nagybodását nem mutatja, a mi azt bizonyítja, hogy vagus-izgalomkor a veserek tágulása nem jön létre, a mely értágulás megmagyarázhatná a vese secretio fokozódását. Ezzel szemben azonban *Gottlieb* és *Magnus*, valamint *Loewy* kimutatta, hogy a vesének vérrel való erősebb átáramoltatása

consecutiv diuresis-fokozódással létrejöhet a nélkül is, hogy a vese térfogata megnagyobbodnék, s így az oncometer kilengést mutatna. Ilyenformán tehát kétségtelenül bebizonyítva még az *Asher* és *Pearce* kísérletei alapján sincs, hogy a vagus a vesének valószínű secretiós idege, ellenben bebizonyítottnak látszik a régebbi ellentmondó adatokkal szemben az, hogy a vagus izgalma — bármi úton áll is be — úgy a víz-, mint a molecularis diuresist fokozza. E mellett szólnak a pharmacologusok kísérletei is, a melyek szerint az atropin a vizeletelválasztást csökkenti (*Thomson*, *Loewy*, *Policart*), a pilocarpin azt fokozni látszik (*Loewy*). S ezen tételt támogatják a mi eseteink is, a melyekben akár spontán beálló, akár gyógyszeresen előidézett vagus-izgalom a diuresis fokozódására, ezen izgalom csökkenése a diuresis csökkenésére vezetett. E tény therapiás értékesítése céljából a klinikámon kísérletek folytak, a melyek eredményei azonban még nem érettek a közlésre.

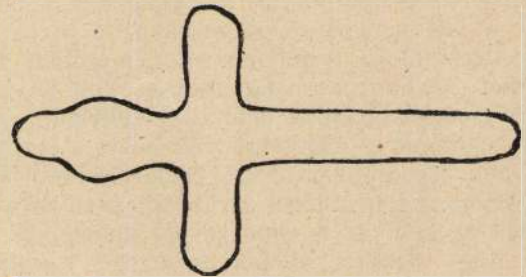
A leírt kórkép tehát a vagus-idegrendszer neurosisának mondható, s lényege talán bizonyos belső secretiós eltérésekben kereshető, a mi a therapiás beavatkozásunknak irányát is megszabja. Ezen therapia főeszköze az általános neurosis ellenes eljárásokon kívül a vagus izgalmát csökkentő gyógyszerek adagolásában áll.

Végezetül csak azt akarom kiemelni, hogy ezen esetek, úgy látszik, nem klinikai curiositások, s valószínűnek tartom, hogy a reájuk fordított figyelem nagyszámú többé-kevésbé kifejezett eset felismerésére fog vezetni. A minek gyakorlati fontosságát annál is inkább ki akarom emelni, mert diagnostikai tévedések folytán ezen betegek czélszerűtlen beavatkozásoknak objectumává válhatnak. Így az egyik betegünket egy bécsi kórházban meg akarták pungálni. Egy másik hasonló esetben történt is laparotomia májchincoccus-diagnosissal egy budapesti kórházban. A műtétkor a hasban nem találtak semmit, a hasat bevarrták és bizonyos idővel azután a puffadás magától elmúlt, majd később újra visszatért. Hallomásból ismerek egy esetet, a mely talán szintén ilyen volt, s a melyben a has nagyfokú feszülése miatt háromszor is végeztek laparotomiát, minden alkalommal teljesen negativ lelettel. Az esetek és a kórkép klinikai érdekességén kívül ez is ok volt, hogy ezen előadást az igen tisztelt Orvosegyesület előtt megtartsam.

### Lebegő gipszelő-asztal.

Közli: *Koleszár László* dr., ezredorvos, kolozsvári egyetemi klinikai mütő, az I. hadtest foglyokórházának sebésze.

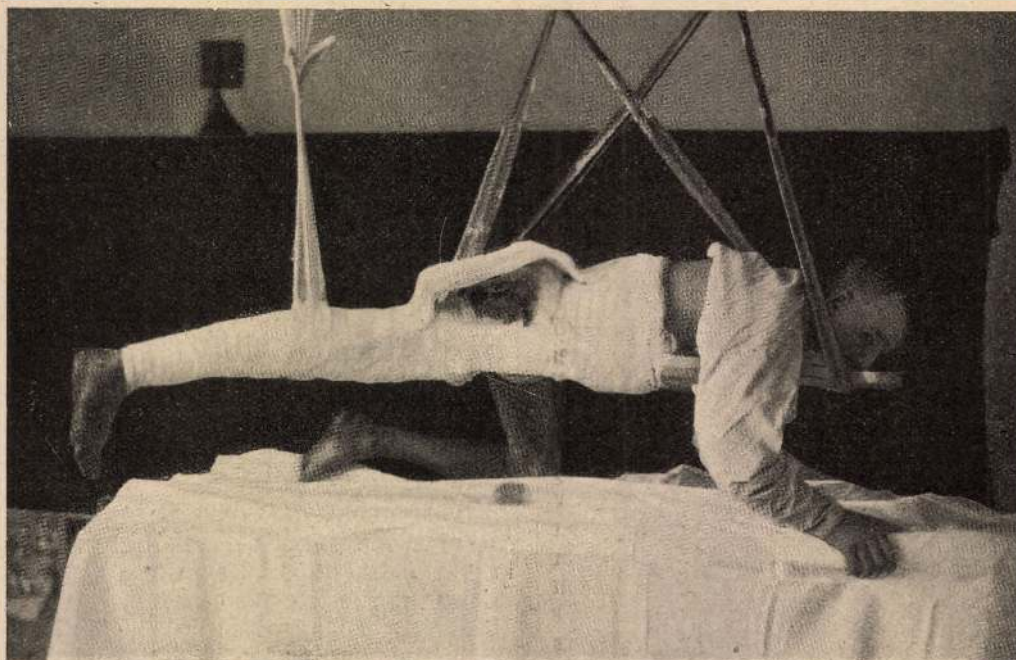
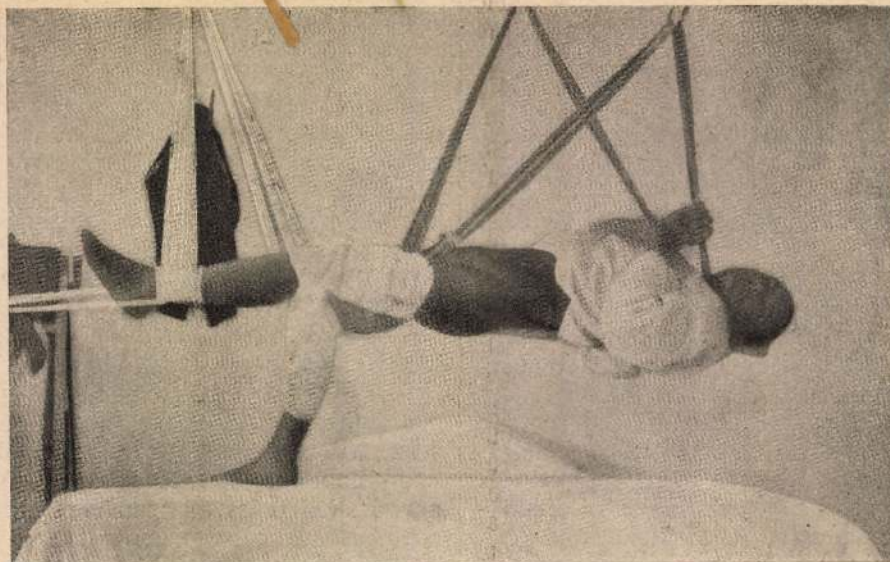
A jó gipszelés technikájához jó gipszelő-asztal szükséges, mert bármily fejlett technikával rendelkezék is a mütő, ha a beteg nincs úgy elhelyezve, hogy kényelmesen és okszerűen lehessen dolgozni, akkor az eredmény nem ad gyönyörűséget a mütőnek, a gipszelés alatt meg a beteg szenved.



A vezetésem alatt álló kórházban nagyon nélkülöztem a jó gipszelő-asztalt, annyival is inkább, mert ezelőtti beosztásomban, mikor *Hevesi* tanár mellett működtem, a gipszeléshez minden technikai készség rendelkezésemre állott.

A katonaság által adott előírásos medence-támasztó nem felelt meg igényeimnek, személyzetem sem volt olyan, a mely segítségemre lehetett volna, úgy, hogy jó gipsz-kötések alkalmazása csaknem lehetetlen volt az adott viszonyok mellett.





Akkor támadt az a gondolatom, hogy a *Hevesi* tanár gipszelő-termében látott és nyújtásokra használt csigák segítségével olyan asztalt szerkesztsek, a mely helyettesíteni van hivatva a legkomplikáltabb gipszelő asztalt is.

Csináltattam egy a mellékelt ábrán látható keresztet, a melynek alsó hosszabb része 70 cm., felső része 35 cm., a kereszttrész 50 cm. Az egymástól egy méterre lelógó drótkötelekkel egy hordágy-vívó heveder segítségével a keresztre fektetett beteget csigák segítségével az asztalról kb. 35—40 centiméterre felemeljük.

Ily helyzetben a beteg minden része könnyen hozzáférhető a gipszkötés feltétele céljából.

Az eltört végtagot sohasem rögzítetem segéddel, hanem pólyák és csigák segítségével.

Így a horizontális síkban lebegő beteghez nagyon könnyen lehet hozzáférni. A kötés elkészítése után a gipszelés befejeztével a beteget leengedjük az asztalra és a tartó keresztet kihúzzuk alóla.

Az első felvétel egy nyílt czombtöréshez való gipszelésre való előkészítést mutat, a második felvétel egy már felített gipszhidat csipőlövésnél érzékeltet.

Azért közlöm a lebegő gipszelő-asztal leírását és képét, mert a kórházamban megfordult sebészek alkalmazásában látva a legnagyobb tetszésüknek adtak kifejezést.

Közlemény a Szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról.

### A lövéses aneurysmákról.

Irta: *Pólya Jenő* dr., közkórházi főorvos, egyetemi cz. rk. tanár.

(Folytatás.)

Ezért a magam részéről csak kivételesen varrtam; részben a műtési terület nyilvánvalóan inficiált vagy infectióra gyanús volta, részben az érnek erősen zúzott, roncsolt volta, szakadékonysága, az arterián levő nagy defectus, mely az érsebnak hosszirányban való egyesítését egyáltalán nem engedte meg, avagy varrótű-kötőtű vékonyságú eret eredményezett volna, néhány esetben az arteria szemközt levő 2 falának sérülése tartott vissza a varrástól. Circularis arteria-varrattal pedig nem akartam hiábavaló módon megnyújtani a műtétet ott, a hol a collateralisok nyilvánvaló módon kielégítő működése a circulatio integritását amúgy is garantálta. Különben is azok a nehézségek, melyekbe a vér áramlása a sérült arteria-darabon át a lövéses aneurysma különböző formáiban ütközik, már a priori azt a meggyőződést keltették bennem, hogy a vérkeringés ilyenkor különösen az arteriovenosus-közlekedések és nagy közlekedő haematómák eseteiben főleg a collateralisok révén történik, abban az arteria sérült része csak kevéssé, vagy egyáltalán nem vesz részt, úgy, hogy a keringésből való kiiktatásából kár nem



származhatik és hogy a nagy haematoma eltávolítása s az arteriovenosus-közlekedés megszakítása a keringésben csak javíthat. Ilyen megfontolások alapján történt, hogy eseteimben legtöbbször a sérült ereknek pontosan a *sérülés helyén való leköttését végeztem*. Ez összesen 37-szer történt, 29 haematoma communicans, 7 arteriovenosus-fistula és 1 aneurysma arteriale esetében; 16-szor csak az arteriát, 21-szer arteriát és venát kötöttem le; ha hozzávesszük azt az 5 esetet, melyben az aneurysmák kiirtását a belé és elvezető erek leköttésével fejeztük be, összesen 42 esetünk, s ha hozzávesszük a carotis-varrat esetét, a hol utóvérzés miatt leköttést kellett végezni (l. alább), 43 esetünk van, a hol a műtét a verőérnek a sérülés helyén való leköttésével végződött; ehhez hozzászámítva még a 2 endoaneurysmorhaphiát, összesen 45 esetünk van, melyben a sérült arteria folytonosságát a sérülés helyén műtételeg megszüntettük. Ezen 45 eset közül periferiás táplálkozási zavart csak egyetlenegy esetben (aphasia a carotis communis leköttése után) észleltem és egyetlenegy végtagot sem veszítettem el. Ha most eltekintünk a kisebb erekől (ideszámítva a tibialisokat, a prof. femorist s a radialist) és csak azokat az eseteket nézzük, melyekben páratlan fővégtagerek sérüléséről volt szó, és ezekből is leszámítjuk azt a két esetet (1—1 axillaris és femoralis), mely röviddel a műtét után shock, illetve sepsis folytán halálosan végződött s melyekben nincs módunkban biztosítással megmondani, hogy a végtag megmaradt volna-e vagy sem, összesen 26 eset marad (5 axillaris, 10 brachialis, 6 femoralis, 5 poplitea), melyben leköttés, illetve endoaneurysmorhaphia obliterans (1 brachialis, 1 poplitea) történt s ezen esetek egyikében sem állott be a műtét után gangraena, sőt még a legcsekélyebb bőrelhalás sem.

Az idő, mely ezen erek lumenének teljes műtéti elzárása s a sérülések között eltelt, 11 és 127 nap között ingadozott.

Sérült ér	Sérülés és műtét között eltelt idő napokban:					összesen
	11—20	21—30	31—40	41—50	51-en felül	
axillaris	1	1	1		2	5
brachialis		7			3	10
femoralis	2	1	1		2	6
poplitea		1	1	1	2	5
összesen	3	10	3	1	9	26

Ha e szám nem is nagy, annyi következtetést mindenestre megenged, hogy kellő óvatossággal végzett leköttés a sérülés helyén legalább is a harmadik héten túl a végtag táplálkozási zavart csak kevéssé veszélyezteti; *Fromme* ugyanerre a conclusióra jut s az ő, valamint *Küttner* és *Mutschenbacher* eredményei megerősítik ezt a következtetést.

Ez az óvatosság pedig első sorban a collateralisok, az oldalágak kiméltetésére vonatkozik, melyek közül egyet sem, a legkisebbet sem szabad szükség nélkül feláldoznunk, mert különösen fontos szereppel bírnak úgy a műtét előtt, mint a műtét után ezen lövéses aneurysmák által meglátogatott végtagok keringésében. Minél számosabbak, minél fejlettebbek ezek a collateralisok, annál kevesebb kár háramlik a végtagra a sérült ér darab functionalis kieséséből. A collateralisok száma és fejlettsége pedig függ az illető egyén érendszerének individualis sajátosságain kívül, a melyek természetesen kiszámíthatatlanok, első sorban a sérült arteria-darab topographiai helyzetétől.

Az egyes ér darabok topographiai praedispositióját collateralisok képződésére az oldalágak száma és vastagsága adja

meg. Minél több és minél nagyobb ágat ad az arteria valamely helyen, annál könnyebben fejlődik ki ezen tájék sérülése alkalmával a collateralis keringés, legkönnyebben tehát ott, a hol az arteriának nagy izomtömegeket kell ellátania (például: vállöv) s legkevésbé könnyen ott, a hol az izomzat inakba megy át s a hol az arteriának csak inakat és szalagokat kell ellátnia, még pedig *Hotz*<sup>24</sup> szerint nemcsak azért, mert ezen ágak lumene kisebb, hanem mert kevésbé képesek tágulásra, mint az izomarteriák. Az izmok ugyanis nemcsak sokkal több vért igényelnek, mint az inak, de a beléjük áramló vérmennyiség a munka fokozódása alkalmával lényegesen nagyobbodik is s így arteriái inkább képesek fokozódott igények ellátására, mint az ilyen igényekhez nem szokott inak és szalagok ellátására szolgáló arteriák.

Előmozdítja a collateralisok kifejlődését, a mint azt már kifejtettük, az aneurysma hosszabb ideig való fennállása s az arteriának az aneurysma által való, fokozatosan erősödő compressiója, továbbá bizonyos mértékig a venosus pangás. Régi tapasztalat, melyre újabban épp a lövéses aneurysmák kapcsán többen mutattak rá, hogy a szomszédos vena leköttése csak kedvezőbbé teszi az arteria-leköttés chanceit és csökkenti a periferiás táplálkozás zavarait.

*Wolff* statisztikája szerint, míg az arteria izolált leköttése a felső végtagon 78, az alsón 20·4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban vezetett gangraenára, addig az arteria és vena egyidejű leköttése a felső végtagon egyszer sem, az alsón csak 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban vezetett gangraenára. Az oka ennek úgy látszik csakugyan az, hogy a szövetekbe ömlő vért a venosus áram nem szívja túlságos gyorsan magába.

Vizont kiterjedt roncsolás, mely nagyszámú oldalágat elpusztít, valamint a haematoma túlságos nagysága, mely a végtag keresztmetszetének jelentékeny részére nagy nyomást gyakorol, a collateralisok kifejlődését gátolja; épp úgy gátlólag hathat erre a vérnyomás csökkenése és a szervezet reakcióképességének gyengülése nagy vérszegénység, súlyos infectiók folytán.

Annak megállapítására, hogy a collateralisok eléggé fejlettek arra, hogy a főverőér leköttése után a keringést fenntartsák, több körülményt használhatunk fel.

#### A) Műtét előtt:

1. *Monod* és *Vanwerts*<sup>25</sup> ujjal leszorítja az aneurysma fölött a verőeret, ha ennek daczára periferiás erekben (például a brachialis leszorítása után a radialison, a femoralis leszorítása után a tib. post.-on, a belső bokatájon) érezzük a pulzust, a collateralisok jól kifejlődöttek. Ha nem, a végtag elhalását leköttés után valószínűnek tartják.

Ez a *Monod-Vanwerts*-féle jel már csak azért sem igen használható fel, mert a periferiás pulzus a sérült végtagon rendszerint már ab ovo hiányzik s így a periferiás pulzus ilyen változásairól a verőérnek az aneurysma feletti compressiójával szó sem lehet. *Haberer* éppen abból következtet a collateralisok kielégítő működésére, hogy a végtag táplálkozási zavara periferiás pulzus hiányának daczára jó.

2. *Korotkow*<sup>26</sup> az érnek az aneurysma feletti lenyomása után a distalis végtagrésztben Riva Rocci apparátusával a vérnyomást méri; ha ez leszál 0-ra, akkor keringés nincs, ha 30 mm.-t elér, a collateralis-képződés elegendő.

3. *Moszkovitz*<sup>27</sup> azt vizsgálja, hogy az aneurysmába vezető arteria compressiója daczára mennyire képes a végtag activ hyperaemiára. Ha például a femoralison van az aneurysma, akkor a végtagot az aneurysmától distalisan feltett gummipóllyával anaemizálja. 2 percz múlva, miközben a femoralist ujjával leszorítja annyira, hogy az aneurysmában minden pulsatio megszűnik, leveszi a gummipóllyát; a végtag, ha a collateralis keringése jó, ilyenkor az art. femoralis leszorítása daczára a gummipóllyával való leszorítás helye alatt egészen az ujjakig hyperaemiássá válik. A reactiv hyper-

<sup>24</sup> Beiträge zur klinischen Chirurgie, 97. kötet, 187. l.

<sup>25</sup> Revue de Chirurgie. — Cit. Zentralblatt für Chirurgie, 1912, pag. 343.

<sup>26</sup> Cit. *Coenen*: Zentralblatt für Chirurgie, 1913, p. 1913.

<sup>27</sup> Beiträge zur klinischen Chirurgie, 97, p. 571, 1915.



# DOMOPON

Az opium összalkaloidait vízben oldható és tiszta állapotban tartalmazó készítmény. A morphin és opium-készítmények helyett az orvosi gyakorlat összes ágaiban alkalmazható.

## Eredeti csomagolások.

<b>Domopon-tabletták</b>	<b>2% Domopon-oldat</b>	<b>Domopon-injekciók</b>
1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.01	10 g-os csepegtető üvegben	1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=
Ára: K 3.—	Ára: K 2.50	1 ccm.=0.02      Ára: K 3.60

Rendelhető továbbá bármely más gyógyszerrel összetéve.

# NOVATROPIN

Az összes atropin hatású gyógyszerek közül a legkevésbé mérgező (dr. Issekutz szerint halálos adag 4.80 g). Therapeutikus hatása az atropinéval egyenlő, alkalmazása azonban nem okoz kellemetlen központi izgalmi tüneteket, nyugtalanságot stb. Gyermekeknél is alkalmazható. Indikált úgy a bel-, valamint szemgyógyászatban, atropin, homatropin, illetve ezek vegyületei helyett. Rendelhető tabletták, cseppek és injekciók alakjában eredeti csomagolásban, szükség esetén pedig más gyógyszerekkel összetéve.

<b>Novatropin-tabletták</b>	<b>0.2%-os Novatropin-oldat</b>	<b>Novatropin-injekciók</b>
1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.0025	20 g-os csepegtető üvegben	1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=
Ára K 3.—	Ára: K 2.50	1 ccm.=0.0025      Ára: K 3.60

# ARSOTONIN

A monomethylidinatriumarsenat **isotoniás oldata** steril ampullákban, subcutan injekciókhoz. 1 doboz 20 ampulla, 1 amp.=0.05 g monomethylidinatriumarsenat.

Ára: K 6.50.

# SULFOTIN

Egy 7.5%-os Kalium sulfoguaajacol szörp. Rendelhető az országos betegápolási alap, valamint a legtöbb betegsegélyző-pénztár terhére, 1 üveg 200 g.

Ára: K 2.—.

# CADOGEL

colloidális kátrány-készítmény, acut és chronikus bőrbántalmak souveratin gyógyszere.

**CADOGEL PURUM,**      **CADOGEL 66%,**      **CADOGEL 33%,**      **CADOGEL 10%.**

**Orvosi mintát és irodalmat kívánatra készséggel küld:**

**„CHINOIN“** gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf)  
**UJPEST, Tó-utca 5.**



## Dr. EGGER-féle orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények.

**Syr. Hypophosphit comp. Dr. Egger** legjobb tonicum (neurasthenia, anaemia) testi, szellemi kimerültség pótolhatlan szere.

**Injectio Natr. Kakodyl Dr. Egger** leghathatósabb organikus Arsen-kúra befecskendezés útján.

**Injectio Natr. Arsenicos Dr. Egger, 0·005, 0·01, 0·02** fokozott Arsen-hatás elérésére.

**Sal-Tabulae polybrom. effervescent. Dr. Egger** a Bróm-adagolás legkellemesebb formája.

**Verobromal Dr. Egger** 0·25 Veronal kombinációja 0·50 Brómsókkal és pezsgősókkal: sedativum hypnoticum.

**Hypnodon** kiváló ártalmatlan hypnoticum Veronal-, Phenacetin- és Codeinből.

**TABLION Dr. Egger** használatra kész magyar gyártmányú gyógyszer formák.

**STROPHANTUS STROPHANTIN TABLETTAE Dr. Egger** kiváló szívstimuláns.

**KOLA GRANULAE TABLETTAE Dr. Egger.** Ezen készítmények a Koladió hatatos alkotórészeit előnyösen juttatják érvényre.

**SPECIES DIURETIC. Dr. Egger, I., II.** figyelemre méltó sikerrel használt Diureticum.

**LYCETOL Granulat. Dr. Egger** Antirheumaticum Diureticum.

**ERGOTINA STYPTICA Dr. Egger** a nőgyógyászatban, valamint agyvérkeringési zavaroknál jól vált be.

**CORROSOL** Higany, Arsen-injectió Lues kezelésre.

**Novocain Metanephrin-injectiók** fogászati és sebészeti célokra.

**Tablettae Nitroglycerin Dr. Egger; Theobromina Dr. Egger.**

Mintákat szivesen küld az orvosoknak

Dr. Egger Leó és Egger J., vegyészeti gyára Budapest, VI.



aemiát nemcsak a gummipólyával való muló leszoritással, hanem meleg fürdővel, aetherrel való ledörzsöléssel, *Klapp*-féle szívóharanggal, sőt a végtag egyszerű emelésével és sülyesztésével is elő lehet idézni.

B) Műtét alatt:

*Coenen*<sup>28</sup> egy már előzőleg *Henle*<sup>29</sup> és *Lexer* által is felhasznált jelre tett figyelmessé. A közvetlen az aneurysma felett fekvő érrészt, haem. communicans esetében az érsérülés feletti helyet *Höpfner*-féle puha érszorítóval összenyomja és nézi, hogy az ér periferiás része jól vérzik-e s hogy egyszersmind a végtag periferiás részei normalis színezetűek-e, beszűrásra véreznek-e? Ha igen, a collateralis-keringést kielégítőnek s az eret leköthetőnek tartja, ha nem, az ér lumenét varrattal helyreállítandónak.

2. *Frisch*<sup>30</sup> a fenti jeleken kívül fontosnak tartja azt, hogy a verőérnek a laesio felett való leszoritásával egyidejűleg a főgyűjtőér is leszoritassék. Ha ez a gyűjtőér a leszorítás helye alatt megduzzad, ez a periferiának a collateralisok részéről vérrel való kielégítő ellátását sokkal megbízhatóbban mutatja, mint a periferiás arteria-csonkból való vérzés. Mert ez utóbbi csak azt mutatja, hogy ebbe az arteriarészletbe, mely közvetlen a műtét területébe esik, jut a collateralisok útján vér, de mint arra szerinte *Wieting* és *Kirschner* is utalt, azt, hogy a végtag végig el van látva vérrel, korántsem bizonyítja, viszont a vena megduzzadása azt is mutatja, hogy távollevő capillaris-területekbe is, melyekből a gyűjtőér vére származik, kerül vér.

*Moszkovitz* viszont arra figyelmeztet, hogy ha a vena megtevése bizonyítja is, hogy valamely capillaris-terület el van látva vérrel, azt egyáltalán nem bizonyítja, hogy ez a capillaris-terület a végtag periferiáján van, s azért azt ajánlja, hogy a (természetesen nem esmarchozott) végtag periferiáját nézzük, vajjon az arteriának a sérülés felett és alatt való leszoritása dacára megtartja-e színét, illetve hogy az Esmarch-pólya levétele után hyperaemiássá válik-e; oly jel, melyre már *Henle* felhívta a figyelmet. *Moszkovitz* ezt a hyperaemiát különösen akkor látta feltűnőnek, ha a végtagot a műtőasztal színe alá sülyesztette. Ujabban *König* figyelmeztetett e jelre, mely szerinte különösen olyankor értékes, ha a végtag a sérülés helyétől periferice egészen az ujjak végéig be van pólyázva elasticus kötéssel; ha már most az arteriának közvetlen a sérülés helye felett és alatt való temporaer compressiója után levesszük a komprimáló pólyát, a hyperaemia prompt beállta a leszorított végtagrészletben garantál a collateralisok kielégítő kifejlődéséről. *Hotz* az arteria provisorius leszoritása után bemetszést végeztet egy ujja, ha e seb az Esmarch levétele után nem vérzik, a collateralis-képződés nem kielégítő. *Dreyer* az arteriának az aneurysma felett és alatt való leszoritása után azt nézi, hogy a periferiás arteriarészletbe torkolló collateralis ág bemetszés után fecskend-e, és ha ez így van, jogosultnak tartja az arteria lekötését. *König*-gel egyértelműleg egy collateralisnak ily célra való feláldozását helytelennek tartom. Minden egyes collateralis fontos lehet a későbbi circulatio érdekében. *Bier* említi, hogy axillaris-resectio egy esetében a periferiás-arteria-csonk mobilizálása kedvéért néhány oldalágot lekötött. Amíg ezt nem tette, a periferiás csonk erősen vértett, az oldalágak lekötése után csak néhány csepp jött belőle.

A magam részéről azt hiszem, hogy úgy a vena teltségének, mint a periferiás végtagrészletek színének, bemetszés után való vérzésének vizsgálata csak felesleges elnyújtása és komplikálása a műtétnek, mely az utóbbi esetekben az aseptis szempontjából sem egészen közönyös. A periferiás arteriarészletből való jó vérzés az arteriának a lyuk feletti leszoritása s az Esmarch-cső megoldása után a collateralis circulatio kielégítő voltának elég biztos jele, mint azt *Küttner*, *Guleke*, *Fromme* és *Subbotich* is hangsúlyozza, annyival is inkább, mert, mint *Hotz* igen helyesen mondja és mint az anatómiai

meggondolások alapján alig is képzelhető másképp — a collateralisok feladata nem az, hogy a vért a mellékutak egy hosszabb systemáján át a periferia felé vigyék, hanem az, hogy az akadály helyének lehető rövid megkerülése után a főtörzs felé vigyék vissza.

Röviden összefoglalva az elmondottakat, azok corollariumát olyképp foglalhatjuk össze, hogy bizonyos, nem túl-hosszú idővel, körülbelül két-három héttel a sérülés után a collateralisok gondos kimelésével végzett érlektések pontosan a sérülés helyén távolról sem járnak azzal a veszedelemmel a végtag életére nézve, mint a hogy azt különösen a régebbi statistikák alapján hitték s hogy az arteria periferiás csonkjából való bőséges vérzés az arteriának a sérülés helye felett való leszoritása után kielégítő garantianak tekinthető a collateralisok kifejlődésére és megengedi az arteriának a sérülés helyén a fentemlített kautelák mellett való lekötését.

Másfelől koncedálni kell azt is, hogy a jelen háborúban szerzett tapasztalatok azokat az aggodalmakat, melyeket az érvarratok technikai nehézségeivel és különösen az infectio iránt való érzékenységgel szemben méltán lehetett táplálni, nagy mértékben csökkentették és hogy a thrombosis s az érvarratok szétválásából származó utóvérzések sokkal ritkábban következtek be, mint azt a lövéses aneurysmáknak az aseptis szempontjából kedvezőtlen sebviszonyai mellett várni lehetett volna.

Az infectio veszélyét különbözőképp értékelik. *Fromme*, *Hotz*, *Bonin* csak absolut aseptises körülmények közt ajánlja a varratot. *Bier* és *Küttner* szerint is infectio esetén a lekötés sokkal biztosabb eljárás, mint a varrat. Viszont *Haberer*, *Lexer* az infectio bizonyos kisebb fokánál nem lát contraindicatiót a varratra, sőt *Makai* bűzös, genyesen szét-eső poplitea-haematoma esetében is végzett oldalvarratot.

A varrat módjára nézve is eltérők az ajánlatok. Vanak, akik lehetőleg oldalvarratok végzését ajánlják, még akkor is, ha az oldalvarrattal az érlumen  $\frac{1}{3}$ -ára szűkülne (*Hotz*); mások, tekintettel az érsérülés széleinek szakadékonyságára, az intima-beszakadásokra (*Lexer*) lehetőleg circularis varratra törekszenek; az értransplantatiót némelyek bizonytalannak (*Haberer*), mások egyszersmind helyes technika mellett feleslegesnek is tartják (*Bier*, *Küttner*), viszont *Lexer* megfelelő aseptises körülmények közt melegen ajánlja, úgyszintén *Bonin*, *Fromme* és *Hotz* is.

Általában pedig az irodalom átnézéséből azt az impressiót nyerjük, hogy az érvarrat principialis hívei is aránylag gyakran folyamodnak az érlektetéshez. Nem is szólva *Fromme*-ről, a ki dacára annak, hogy teoriában az érvarrat híve, azt 49 esete közül csak 3 ízben végezte, *Bier* 102 esete közül 74-ben, *Haberer* 72 eset közül 37-ben, *Küttner* 93 eset közül 24-ben és *Lexer* 60 eset közül 26-ban végzett érvarratot, e két utóbbi tehát eseteinek 73,6, illetve 56,7%-ában végzett érlektést.

Arra nézve, hogy mikor kell varrni és mikor kell lekötni, a vélemények nem teljesen egybevágók, bizonyos elvek azonban kezdenek kialakulni, melyeket a következőképp lehetne összefoglalni.

Lekötés végzendő 1. minden nyilvánvalóan inficiált esetben;

2. minden olyan arteria sérülése esetében, melynek lekötése táplálkozási zavarokkal nem fenyeget (carotis ext. és ágai, a páros végtagverőerek).

Varrat végzendő olyan asepticusnak tekinthető esetekben, melyekben az arteria lekötése végtagelhalással vagy egyéb működési kieséssel fenyeget, ha a collateralisok kifejlődéséről nem vagyunk meggyőződve, különösen friss esetekben és nevezetesen ott, a hol a műtét alatt a *Coenen-Henle-Lexer*-féle „collateralis jel“ (Collateralzeichen) negatívnak bizonyul, vagyis, a hol az arteria centralis leszoritása után a periferiás csonk nem, vagy csak igen gyengén vérzik.

A kétes esetek e két csoport közötti meggyén mozognak, vagyis a nagyobb erek sérüléseinek olyan asepticusnak tekinthető eseteire vonatkoznak, midőn a collateralis keringés részben az anatómiai állapotból (arteriovenosus közlekedés

<sup>28</sup> Verhand. D. Ges. f. Chir., 1912, I., 134. l.

<sup>29</sup> Centralbl. f. Chir., 1913, 50. sz.

<sup>30</sup> Centralbl. f. Chir., 1914, 89. l.



vagy hosszabb ideig fennállott nagy haematoma communicans), részben a műtét alatt kipróbált és pozitívnak bizonyult collateralis jelből következtethetőleg jól kifejtettnek látszik. Ilyenkor lehet lekötni és lehet varrni; hogy melyikhez fog valaki folyamodni, az részben a sérült értől s a sérülés milyenségétől, részben a beteg állapotától, részben azonban a műtő egyéni izlésétől és gyakorlatától, valamint a felszereléstől és a külső viszonyoktól is függ. Egyszerű kis résnek oldalvarrattal való ellátására inkább lehet vállalkozni, még enyhe infectio gyanúja esetén is, mint körkörös varratra, vagy értranszplantációra. Hacsak a viszonyok megengedik, varratot kell végezni a carotis communison és internán, melyben az áramlás megszakadása az agynak a vérkeringés kisebb zavarával szemben is megnyilatkozó nagy érzékenységénél fogva súlyos funkciókiesésekkel fenyeget (halálozás 39·8% Pitz, 43% Lefort, 31% Zimmermann, 37% Vetere, 37—59% Klemm, 21% Albertin szerint,<sup>31</sup> agyi zavarok az eseteknek  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ -ban, 25% Reis, 32% Pitz,<sup>32</sup> 27% Albertin szerint).

A femoralis kezdeti részének, valamint a popliteának sérüléseit is, ha csak lehetséges, varrattal kell ellátni, ha a periferiás arteriárisból való bőséges vérzés nem biztosít a collateralis circulatio kielégítően kifejtett voltáról és még ilyen esetben is indokolt a varrás, ha a viszonyok arra különösen kedvezők. Viszont minél nyomatókosabb az infectio gyanúja, minél komplikáltabbnak látszik az érsérülésnek varrattal való ellátása (nagy defectus, szakadékos érfalak) és minél kevésbé engedi meg a beteg általános állapota a műtét elnyújtását, annál kevésbé ajánlatos a collateralis jel kielégítő volta esetén a varrattal bibelődni.

Újból hangsúlyozzuk, hogy lekötés alatt a sérülés helyén (a zsák bensejében való, intracapsularis) a collateralis minutiosus kimelésével való érlekötés értendő.

Különben a collateralisok kimelésére az érvarrat principialis hívei is (Bier, Haberer, Lexer, Jeger stb.) nagy súlyt helyeznek, mert a thrombosisnak s a varrat helye eltömődésének veszélyével mindig számolni kell s a varrat helyének eltömődése, különösen ha hirtelen következik be és nem lassan, fokozatosan, a vétagot gangraenával fenyegeti. Az oldalvarratnak az az előnye kétségtelenül megvan a körkörös felett, hogy a collateralisok jobban kimélhetők, míg körkörös varrat alkalmával, különösen midőn nagyobb defectusok át-hidalásáról van szó s az arteriát ki kell praeparálni, hogy a csonkok mobilizáltassanak s egymással érintkezésbe legyenek hozhatók, a collateralisok inkább sérülhetnek, és a collateralisok sértésével végzett varrat, ha thrombosis csatlakozik hozzá, nagyobb veszedelemben hozza a vétag életét, mint a collateralisok kimelésével való lekötés.

Ebből a postulatumból, hogy a collateralisok kiméltessenek, folyik egy másik szabály, hogy nevezetesen érresectióktól, zsákképzéstől lehetőleg tartózkodjunk, a mit Bier hangsúlyozott különösen és a mihez Küttner is csatlakozott szemben Lexer-rel, a ki kész aneurysma eseteiben a zsák eltávolítását a normalis anatómiai viszonyok helyreállítása szempontjából idealisabbnak tartja. Moszkovitz-czal egyetértve, nem tartom valószínűtlennek, hogy azokban a kiváló eredményekben, a melyeket Bier elért, az ezen principiumhoz való ragaszkodásnak legalább annyi jelentősége van, mint az érvarratnak. A magam részéről a zsákokat csak kis arteriákon (radialis, tib. post.) távolítottam el, a melyeken ennek semmi kellemetlen következményétől tartani természetesen nem lehetett, továbbá 2 mogyorónyi arterialis aneurysma-zsák esetében az art. axillarison, a hol az arteriának a zsákról való lepraeparálása után a zsák már majdnem teljesen ki volt szabadítva s a hol collateralisok sértése a zsák kiirtása folytán ki volt zárható, és egy a femoralis kezdeti részén ülő art.-venosus közlekedés esetében, a hol a zsákból való hatalmas vérzés a zsákba nyíló profundából kényszerített erre. Egy további esetben a carotis oszlási helyét

kellett secundaer vérzés miatt a carotis comm., ext., int. és a thyreoidea sup. lekötése után kiirtani. Valamennyi esetben a legcsekélyebb zavar nélkül állott be gyógyulás. A többi esetben az aneurysmazsákokat bennhagytuk, a nélkül, hogy ebből egyetlen egy esetben is kár származott volna, illetve 2 esetben (1 brachialis, 1 femoralis) Matas-féle endoaneurysmorhaphia obliterans végezvén, az arteriavarrat erősítésére használtuk fel. Ezt az eljárást, melyről Hotz és Lexer elítélőleg nyilatkozik s melyet Manninger melegen ajánl, kész arterialis aneurysmák bizonyos eseteiben igen jónak tartom, nevezetesen olyankor, ha nagy zsák van, melynek egyik oldalához van növe az arteria. Ha a zsákokat kiirtjuk, ezzel collateralisok esnek áldozatul (9. ábra a 110. lapon), míg a zsák megnyitása után könnyű elzárni azt a nyílást, mellyel az arteria a zsákkal közlekedik s a zsák megmaradt részei nagyon alkalmasok arra, hogy az első varratokra reáborítva, azokat biztosítsák, a collateralisok sértése pedig ezen eljárás mellett kizártnak tekinthető. Ha a nyílás, melyen át az arteria a zsákkal közlekedik, széles és hosszú, akkor az arteria centralist és periferiás benyílását az aneurysmazsákba külön-külön kell elzárni (endoaneurysmorhaphia obliterans), ez történt a mi két esetünkben; ha a lyuk kicsiny, résszerű, akkor úgy is össze lehet varrni, hogy az arteria lumene megmarad (endoaneurysmorhaphia reparativa), a mi természetesen kívánatosabb, de csak akkor érdemes végezni, ha a varratok túlságos feszülés nélkül alkalmazhatók és utána számbavehető arterialumen marad vissza. Arteriovenosus aneurysmára is alkalmazható ez eljárás elve, ha a venát a közlekedő nyílás felett és alatt lekötjük s a 2 lekötés között visszamaradó venadarabot az arteriával összefüggésben hagyva reszekáljuk, azután ezt a venadarabot hosszában felhasítjuk s az arteria sebet oldalagosan bevarrva, azt a visszahagyott venafallal kétszeresen fedjük (10—14. ábra a 110. lapon). Különben Küttner és Öhlecker is ajánlja a vena felhasználását az arteriavarrat fedésére és erősítésére.

A fentjelzett eljárást carotis communis-vena jug. int. közlekedés esetünkben kísértettük meg. Sajnos, éppen ebben az esetben inficiálódott a seb (visszamaradt borsónyi lövedék-szilánk, mely a Röntgen szerint a 4. nyak-csigolya jobboldali harántnyúlványja táján fekszik), a miert aztán a műtétet követő másodnapon az egész sebet ki kellett bontanunk, midőn is  $1\frac{1}{2}$  deczi zavaros nyirok távozott a sebből. A láz erre rögtön leesett s az eleinte lepedékes seb szépen felisztult, a midőn 23 nappal a műtét után hirtelen vérzés állott be a carotisvarrat helyén, a mely digitalis-compressióra csillapult fugyan, a mely azonban, midőn a fedő véralvadékok eltakarítottam, újra megindult, úgy, hogy végleges csillapítása csak a carotis comm., ext., int. és thyreoidea sup. lekötése után a beteg érdarab kiirtásával volt lehetséges. Ezután sima gyógyulás, semminemű agyvelő-tünet nem állott be.

(Vége következik.)

Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri női fiókkórházából.

### A helyi érzéstelenítésnek a nőgyógyászati nagyobb műtéteknél való alkalmazása.\*

Irta: Frigyesi József dr., törzsorvos, egyetemi magántanár, a kórház vezető főorvosa.

(Folytatás.)

Mindennek dacára egyelőre még nem általánosítanám minden egyes esetben a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítés együttes alkalmazását a szükséges 170—180 cm<sup>3</sup> 1%-os novocain-oldatban lévő nagy adag novocain miatt. A jövő tapasztalataitól függ, hogy ez az aggodalmam indokolt-e, vagy nem.

Paravertebralis és parasacralis érzéstelenítést eddig az esetek nagy sorozatában, 1000 esetben csak Siegel végzett a Krönig-klinikán. Ő azonban csak  $\frac{1}{2}$ %-os oldatot használt. Sokszor fogyasztott a mieinknél nagyobb adagot, két, sőt három gr.-ot is, de hígabb oldatban.

Én a  $\frac{1}{2}$ %-os oldattal nem értem el jó eredményt és nem is tartom valószínűnek, hogy olyan vastag idegtör-

<sup>31</sup> Cf. Wolff: l. c., p. 803.

<sup>32</sup> Cf: Handbuch der praktischen Chirurgie II. rész, 42. 1., 4. kiadás.

\* A budapesti kir. magy. orvosegyesület 1916 december 9.-iki ülésén tartott előadás.



zseknek érzéstelenítéséhez, mint például a plexus sacralis törzsei, a  $\frac{1}{2}$ -százalékos töménység elegendő lenne.

Siegel eredményei nagyon figyelemre méltók: az összes műtétek 94%-át paravertebralis érzéstelenítéssel végzik és e műtétek 90,7%-ában teljes érzésteleniséget értek el!

Meggyőződésem, és ezt saját tapasztalásaim is megerősítik, hogy ezt a jó eredményt a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítésen kívül annak köszönhetik, hogy minden esetben scopolamin-narcophin „Dämmerschlaf“-ban végezték a műtétet. A scopolamin-morphinnal előzetesen elkábított beteget nemcsak a psychés izgalmaktól kiméljük meg és az amnesiás állapotban a műtétnek és előkészületeknek nemcsak a kellemtelen benyomásai nem jutnak öntudatára, hanem az érzékenységet is nagy mértékben csökkentjük. Sok olyan eset, melyben a műtét egyik-másik momentumja kisebb fájdalomnyilvánítással jár, scopolamin-morphin- vagy scopolamin-narcophin-kábításban teljes érzésteleniségben operálható.

Kérdés azonban, hogy ha már a betegeket scopolamin-morphinnal rendszeresen kábítjuk, nem felesleges-e minden a gynaekologia körébe tartozó laparotomiánál a paravertebralis érzéstelenítésen kívül még a parasacralis érzéstelenítéssel az összes belső és külső nemi szerveket érzésteleníteni?

Hiszen tudjuk, hogy azok a sebészek, a kik a laparotomiákat a hasfal helyi érzéstelenítésével és közbeiktatott felületés bódítással végzik, azt tapasztalták, hogy a scopolamin-morphinnal vagy scopolamin-narcophinnal előkészített betegeken ez a bódítás a hasfal megnyitása után sokszor feleslegessé válik és a vongálással járó fájdalmakat maga az alkaloida-adagolás is sokszor megszünteti. Nem felesleges-e minden esetben a parasacralis érzéstelenítést is végezni? Eddigi tapasztalataink szerint, és pedig úgy Siegel, mint a magam adataira hivatkozva, azt mondhatom, hogy kárát ennek a rendszeresen adagolt, rendkívül nagy adag novocainnak nem láttam. Mindazonáltal azt hiszem, hogy kétségtelenül nagyon üdvös és hasznos volna, ha a laparotomiák nagy részében nem kellene a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítés együttes alkalmazását végezni.

Úgy vélem, hogy annak az egy-két percnyi működésünk érzéstelenítésének előnye, mialatt egy hátrahajlott méhet felemelünk és előhúzzunk, vagy mialatt egy mobilis tumort kiemelünk, nem áll arányban 80–90 cm<sup>3</sup> novocain-suprarenin-oldat elfogyasztásával.

De nem áll arányban azzal az idővesztéssel és a betegnek azzal az incommodálásával sem, a melyet a parasacralis érzéstelenítés végzése okoz. Igazat adok Siegel-nek abban, hogy ha valaminek elvégzése a betegnek érdekében áll, akkor az nem discutabilis, hanem végzendő feltétlenül, tekintet nélkül a műtétnek vagy segédjeinek idővesztésére. Ha a nőgyógyászati laparotomiáknál más módja nem volna a helyi érzéstelenítésnek, mint a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítés együttes alkalmazása, akkor ezt tartanám minden esetben végzendőnek. Azonban azt hiszem, találtam már reá módot. Azoknak a tapasztalásoknak alapján, melyeket a hüvelyi műtétek végzésekor a parasacralis érzéstelenítéssel és secundaer infiltrálással végeztem, határozottan el, hogy laparotomiáknál, nevezetesen azoknak egy bizonyos, erre alkalmas körében, a paravertebralis érzéstelenítésen kívül nem a parasacralis érzéstelenítést, hanem az összes ligamentumok secundaer infiltrálását fogom végezni, szükség esetén felületés bódítás igénybevételével. A közbeiktatandó felületés bódításra, melyre — mint már említettem — az aether és még inkább az aethylchlorid nálunk nagyon alkalmasnak bizonyult, a betegek érzékenysége és narcoticumokkal való előzetes elkábítása szerint többször vagy kevesebbszer, de általában ritkán van szükség. Másrészt annál is inkább indokoltnak tartottam laparotomiáknál a paravertebralis érzéstelenítésen kívül a ligamentumok infiltrálásával való kísérletezést, mert — mint láttuk — éppen a feltárás, a belső nemi szervek kiemelésének idejére, tehát éppen a vongálás által előidézett fájdalom megszüntetésére, a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítés együttes alkalmazása sem volt mindig elegendő. Így az előbbi csoport 13 teljes anaesthesiában operált esete

közül 2 scopolamin-narcophinnal volt kábítva, a többi tíz eset közül három esetben átmenetileg még felületés aethylchlorid-bódításra is szükség volt.

E kísérleteim eredményéről a következő táblázat számol be:

VII. csoport. Laparotomiák. Paravertebralis érzéstelenítés és secundaer infiltrálás.

Műtét neve	Esetek száma	Teljes anaesth.	Részleges anaesth.	Eredménytelen anaesthesia	Megjegyzések
Ventrofixatio	3	2	1	—	
Függelék kiirtása	8	4*	1	3	* 2 esetben aethylchlorid-adagolás
Supravaginalis amputatio	9	8 <sup>1</sup>	1 <sup>2</sup>	—	<sup>1</sup> 3 esetben aethylchlorid-adagolás <sup>2</sup> 1 esetben aethylchlorid-adagolás
Exstirpatio totalis per laparotomiam	3	1	—	2	
Összesen	23	15 65,2%	3 13%	5 21,73%	

Az e táblázatban levő műtéteket három esetben méhjátrahajlás, egy esetben időült salpingo-oophoritis, három esetben adnex-tumor, két esetben genyes adnex-tumor, öt esetben petefészek-daganat, hat esetben a méhből kiinduló myoma, egy esetben a méhnyakon fejlődött carcinoma, egy esetben osteomalacia és egy esetben öt hónapos terhességgel komplikált súlyos, előrehaladott tüdőtuberculosis miatt végeztük.

Mint e táblázatból látszik, valóban sikertül a nőgyógyászati laparotomiák nagy részében a paravertebralis érzéstelenítéssel és az összes ligamentumok secundaer infiltrálásával jó érzésteleniséget és az esetek egy másik, kisebb csoportjában részleges eredményt elérni. Az eredmény csaknem teljesen azonos az előbbi, a VI. csoport eredményével, a mely csoportban minden esetben paravertebralis és parasacralis érzéstelenítést végeztünk.

A belső nemi szervek feltárásához, a belek visszahelyezéséhez itt sem kellett többször felületés bódításra folytani, mint az előbbi csoportban; és azt hiszem, bizonyos nem nagyszámú esetben erre a jövőben is szükség lesz, különösen olyan betegek operálásakor, a kik nincsenek alkaloidokkal elkábítva.

Láttuk azonban, hogy különösen adnex-betegségek miatt végzett operációk és totalexstirpációk eseteiben sokszor nem vált be az érzéstelenítésnek ez a módja; nyolcz adnex-operatio közül három volt teljesen eredménytelen és három totalexstirpatio közül kétszer kellett a műtétet narcosisban befejezni.

E kevés eset ugyan nem volna elegendő messzemenő vagy végleges következtetés vonására, de egyelőre azt hiszem, helyes úton járunk, ha a hasfalon át való teljes méhkiirtásokkor, valamint a lenőtt, széles adhaesiókkal rögzített adnex-tumorok vagy intraligamentaris kifejlődésű daganatok operálásakor az itt kipróbált módszerem helyett továbbra is a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítést alkalmazzuk. Ezeknél a műtéteknél a medenczefenek hashártya-borítékának és a parametriumoknak erősebb és esetleg hosszabb ideig tartó vongálása, a hüvelyboltozat megnyitása, a hüvelyconk erős húzása indokoltá és szükségessé teszi a plexus sacralis érzéstelenítését, de indokolja ezt az is, hogy ezekben az esetekben a ligamentumok infiltrálása nemcsak nem elegendő, hanem nem is viheto keresztül mindig, illetve nem viheto keresztül mindjárt a hasfal megnyitása után.

Azokban az esetekben ellenben, a hol a belső nemi szervek mozgékonyak, a ligamentumok szabadok, hozzáférhetők, a ventrofixatióknál, az egy- vagy kétoldali adnex-kiirtásoknál, valamint a méhnek supravaginalis amputációjánál,



tapasztalásaim szerint a paravertebralis érzéstelenítésen kívül a parasacralis érzéstelenítés helyett az összes ligamentumoknak általam ajánlott rendszeres infiltrálása jó eredménnyel végezhető. E célból mindegyik ligamentum lemezei közé, mindegyik oldalon lehetőleg lateralisán, 5—6 cm<sup>3</sup> 1/2%-os novocain-oldatot, supravaginalis amputációk esetében ugyanannyit fecskendezek a parametriumokba. Így ez esetekben módszeremmel ugyanannyi eredményt érünk el, kevesebb idővesztéssel, a betegnek kevesebb bolygatásával, 30—40 cm<sup>3</sup> 1/2%-os novocain-oldattal, mint a parasacralis érzéstelenítésnél alkalmazott 90 cm<sup>3</sup> 1%-os novocain suprarenin-oldattal.

Az összes ligamentumoknak általam itt ajánlott rendszeres infiltrálását tudtommal eddig senki sem végezte. Braun könyvében találtam a ligamentumok infiltrálására vonatkozó, egyáltalán nem biztató megjegyzést. A hasúri műtétek helyi érzéstelenítésének tárgyalásakor megemlíti, hogy *Schleich* megkísérelte a hasúr megnyitása után a széles szálagokba való secundaer infiltrálással való érzéstelenítést, ettől azonban Braun szerint „lényeges eredmény nem várható”. És ez így is van, ha valaki, mint azt *Schleich* tette, egy-egy ligamentumot érzéstelenít, mert csak az az egy ligamentum latum lesz érzéstelen, annak lekötése, átvágása in situ nem jár fájdalommal, ellenben a méhnek, a függelékeknek minden vongálása, minden megmozdítása, a mi pedig elkerülhetetlen, természetesen fájdalommal jár. A *Schleich*-féle kísérlet és az én itt ismertetett módszerem az alap gondolat, a kivétel és elhasznált oldat mennyisége tekintetében merőben más és ezért más az eredmény is.

Két némileg, vagy sokban hasonló módszernek egymástól teljesen eltérő eredményére a helyi érzéstelenítés tanában sok példát találunk. Ilyen a gynaecologia körébe vágó példa a parametran infiltrációk története. *Wernitz* végezte a parametran infiltrációt először Braun szerint „elégtelesen és célszerűtlenül”, ilyen érzéstelenítéssel nagyobb műtétet nem is végzett. *Ruge* és *Thaler* ellenben ugyancsak a parametriumok infiltrációjával, de más módszerrel és más adagolással, már teljes méhkiirtásokat, sőt az utóbbi a *Schauta*-féle radicalis méhkiirtást is végezhetette jó helyi érzéstelenítésben. *Schleich* egy-egy ligamentumot akart érzésteleníteni, én az összes ligamentumok rendszeres duzzasztásával a méhhez és a függelékekhez haladó minden ideg vezetését függeszttem fel és ez magyarázza jó eredményeimet. Az e dolgozat megírása óta végzett műteteinkben e módszer szintén bevált és az itt körülírt határok között megfelelő esetekben, laparotomiáknál a paravertebralis és hüvelyi műtétéknél a parasacralis érzéstelenítés mellett, mint könnyű, veszélytelen és megbízható módszer előnyösebb, mint a paravertebralis és parasacralis érzéstelenítés együttes alkalmazása.

Az e dolgozatban szereplő különböző csoportok eredményének tárgyalása után még néhány kérdést kell megbeszelnünk az egész anyagon szerzett tapasztalás alapján. Az összesen 132 műtét közül, leszámítva a hasfali érzéstelenítéssel és az egyedül paravertebralis érzéstelenítéssel végzett nem megfelelő kísérleteket, összesen 79 esetben végeztünk nőgyógyászati nagyobb műtétet paravertebralis és parasacralis érzéstelenítéssel, illetve az egyik vagy másik érzéstelenítési módszernek a ligamentumok secundaer infiltrálásával való kombinálással és e műtétek közül 56 esetben: 70·8%-ban értem el teljes érzéstelenséget; 9 esetben: 11·3%-ban részleges érzéstelenséget; 10 esetben: 12·6%-ban átmenetileg, a műtét bizonyos phasisában, rövid ideig tartó aethylchloriddal való kezdeti bódítást végeztünk. Azokban az esetekben, amelyekben az érzéstelenítés nem járt eredménnyel, narcosisban fejeztem be a műtétet. Az eseteket minden válogatás nélkül, a mikor csak lehetett, azaz a mikor az egyik segédorvosomnak ideje volt az érzéstelenítéshez, operáltam helyi érzéstelenítésben. Mint a táblázat mutatja, a legnagyobb és nehezebb beavatkozásokat is így operáltam.

Valamelyes *contraindicatióját* a helyi érzéstelenítés alkalmazásának eddig nem találtam. Ellenkezőleg, éppen a nagyon leromlott, kivérzett betegek, a tüdő- vagy szívbetegek operálásakor tanultam megbecsülni e módszernek nagy előnyeit.

Scopolamin-morphinnal, illetve scopolamin-narcophinnal való előzetes kábítást rendszeresen szándékosan nem végeztem, hogy így az érzéstelenítő módszerek teljesítőképességének igazi értékéről valódi képet kapjak. Az egész sorozatban háromszor, *Wertheim*-féle radicalis műtéténél operáltam „Dämmerschlaf”-ban levő betegeket, ezek a betegek a műtét legnagyobb részét átaludták.

Természetesen a scopolamin-narcophinnal előkészített betegek operálásakor az eredmények még sokkal jobbak és azt hiszem, ennek tulajdoníthatók *Siegel*-nek a mieinknél sokkal jobb, valóban nagyszerű eredményei, a ki az összes műtéteknek 94%-át végezte paravertebralis érzéstelenítéssel és az összes megoperált esetek 90·7%-ában ért el teljes eredményt, azaz ennyi esetben nem volt szüksége sem a beteg fájdalmi miatt, sem az érzéstelenségnek a műtét vége előtt megszűnése miatt arra, hogy narcosist is alkalmazzon.

Magam a scopolamin-befecskendezéseket most már több mint három éve, a mióta osztályom vezetését átvettem, sok száz esetben, naponta több betegen alkalmazom, soha kárát nem láttam. A helyi érzéstelenítésben való operálásoknál, a mint kísérleti sorozatomat lezárom, rendszeresen fogom ezután is végezni. Annál is inkább, mert újabban, a mióta a scopolaminnak mannit-sója: az úgynevezett „scopolamin haltbar” került forgalomba, a scopolamin alkalmazásának módja különösen megkönnyítettett, mert ez a készítmény teljesen feleslegessé teszi a mindig friss oldatoknak a készítését.

A novocain-suprarenin-oldatnak készítéséhez a *höchst* festékgyáraknak „A” tablettáit használom, melyek 0·125 novocain-chlorhydratot és 0·00012 suprarenin. syntheticumot tartalmaznak; 1%-os oldat készítésére 100 gr. 0·9%-os sterilis langyos sóoldatba 8 drb tablettát adunk.

Az érzéstelenítő hatás időtartamának fokozására *Hochmann* ajánlatára az oldathoz 4% kalium sulfuricumot is szoktunk tenni.

A novocain-suprarenin-oldat alkalmazásának káros mellékhatásait nem észleltem. Legfontosabb mellékhatása, mit magam is gyakran észleltem, hogy a befecskendezések után a beteg érverése szaporább és kisebb lesz. A befecskendezések alatt hirtelen emelkedő érverés-szám azonban már a műtét kezdetéig eltelt 15—20 perc alatt lényegesen csökken és a műtét végén legtöbbször annyira, vagy csaknem annyira száll, mint a befecskendezések előtt volt. Bár néha átmenetileg percenként 130, sőt 140 érverést is számolhattunk, kárát vagy káros következményét eme érverésszaporaságnak sohasem láttam; valószínűleg annál ritkábban áll be és annál kisebbfokú, minél kevesebb és minél hígabb novocain-suprarenin-oldat alkalmazására van szükségünk.

A többi mellékhatás olyan lényegtelen és múló természetű, hogy róluk pontos adatgyűjtést a mai megfigyelt között számú személyzet mellett végezni nem tudtam. Ehhez minutiosus megfigyelések, pontos, megbízható feljegyzések szükségesek. *Siegel* minden betegéről külön e célra szerkesztett „anaesthesia-ívet” vezet, melyen megfelelő kérdések rovatait tölti ki. Tapasztalásai a következők: 600 eset közül 555 esetben (92·5%) semmi melléktünet,

26	esetben,	az	esetek	4·5%-ában	könnyű	izzadás,
16	„	„	„	2·5%-ában	múló	hányásinger,
15	„	„	„	2·5%-ában	hányás.	

A mi eseteinkben olyan káros mellékhatást, mely a gyógyulást zavarta volna, vagy éppen valamelyik eset halálos kimenetelével lett volna összefüggésbe hozható, egyáltalán nem észleltünk. Összesen e 132 beteg közül a következő 5 eset végződött halálosan: két eset carcinoma peritonei univ. explorativ laparotomia után peritonitisben; egy carcinoma cervicis *Schauta*-féle vaginalis radicalis műtét után a paravaginalis metszéstől kiinduló sepsisben; egy hónapok óta lázas, és lázas állapotban operált elgenyedt ovarialis tumor tot. extirpatio után peritonitisben; végül egy myoma supravaginalis amputatio után ismeretlen okból származó peritonitisben.

A gyógyfolyást thrombosis két esetben zavarta: az egyik



# Hadikórházi orvosok

hadisebesülések  
kezelésének tetemes  
megrövidítését érik

el, nevezetesen genyes, piszkos, bűzös sebeknél és elerőtlenedés  
esetében quarzlámpabesugárzás által „mesterséges magaslati  
napfényvel“. Különösen fontos: fájdalomcsillapító hatás.

# Elhanyagolása

Prof. A. Jesionek

a Grossh. Universitätsklinik und Lupusheilstätte, Gies-  
sen igazgatója a *Münchener Medizinische Wochen-*  
*schrift* 1915, márczius 2.-iki 9. számában azt írja:  
„Mindenekelőtt annak a gyorsaságnak örültünk, a mely  
a sebek kitisztításánál és egészséges hámképződésnél  
mutakozott, olyan esetekben is, mikor lövés által okozott  
valamely sérülésnél nemcsak a lágyrészek, hanem a  
széjjelroncsolt, elhalt lágyrészek alatt lévő csontok is  
érintve lettek; a szilánkok eltávolítása és resorptiója a  
fényvel való kezelésnél hamarabb beállt, mint ceteris  
paribus a nem fényvel kezelt esetekben.

a fénykezelésnek a hadikórházakban  
hátrány az orvos számára,  
hátrány az állam részére,  
hátrány a beteg számára.

Kezdetben „éles“ (szüretlen) quarzlámpasugárzás használandó,  
jól granuláló sebeknél ellenben csak szűrött fény (kékfény).

Kérjük, szíveskedjék az új brosurát kérni:

„Die neue Wundbehandlung mit Quarzlampen“. Szétküldés  
ingyen. Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Linz a. D. Stammhaus Hanau.

## Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

**Arsorobin.** 0.05 és 0.01 Natr. Methylarsenat-oldat. Arzén-  
kurára.

**Argosol.** Isotoniás kolloid. ezüst-oldat: sepsis, pneumonia,  
endocarditis stb. Intravenosus, intramuscularis  
infectio.

**Hydarsol.** Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esetében; intra-  
vénás vagy intramuscularis befecskendezésre.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak  
MARBERGER GYULA, orvos-gyógyszerészeti laboratoriuma, UJPEST.

## Narsodil Dr. Szelényi

A szakkörök egyhangú véleménye szerint a subkután alkal-  
mazásra szolgáló legtökéletesebb magyar arsenkészítmény. Köb-  
centiméterenként 0.05 gramm, illetve 0.10 gramm dimethyl-  
natrium arsenatot tartalmaz ampullákban.

**Teljesen steril.**  
**Mellékhatásoktól mentes.**  
**Legerősebb arsen gyógyhatás.**  
**Nem mérgező.**  
**Sohasem bomlik, tartós.**

Dr. Szelényi-féle Narsodil-injectio a vörös vércetek számát  
szaporítja. Különösen indikáltak anaemia, kezdő tuberculosis,  
chlorosis, malária, neufalgia, neurasthenia, stb. stb. eseteiben,  
továbbá idült bőrbajoknál: psoriasis, ekcema, lichen ruber stb.

Kis doboz 3 korona. Nagy doboz 4 kor. 50 fill.

Gyártja: Dr. Szelényi Árpád, vegyészeti gyára, Debreczen.

## Nervoplast-Örkény

(Elixir vanadii comp.)

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY igen hatásos sedativum  
enyhe hypnotikum, roborans és tonicum.

**Jalvalva:** Neurasthenia, hysteria, epilepsia traumás neu-  
rosisnál, ideges phobiánál és egyéb ideges  
megbetegedéseknél.

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY indikált a nőgyógyász-  
ban, olyan dysmenorrhoeánál, melynek oka ideges  
megbetegedés, továbbá a klimakteriumban előforduló  
ideges zavaroknál.

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY indikált az urologiában  
sexuális neurastheniánál.

Adagolási módja felnőtteknél: naponta 3 evőkanállal.  
gyermeknek: naponta 3 kávéskanállal.

**Ára üvegenként K 3.50.**

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf“ gyógyszerháza és  
gyógyvegyészeti laboratoriuma  
Budapest, IV., Váci-uteza 1.

Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.



## Néhány előkelő tudományos vélemény a Lysoform baktericid hatásáról.

**Seydewitz**

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

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

**Symanski**

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

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

**Schneider**

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

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

**Generalarzt Pfuhl**

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

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

**Professor Dührssen**

*Gynaecologisches Vademecum.*

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

**Prof. Dr. Robert Koch**

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

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

Ausztria és Magyarországon a Lysoformot egyedül gyártja:

**Dr. KELETI és MURÁNYI vegvészeti gyára Ujpesten.**



narcosisban befejezett Wertheim-műtét után fordult elő, a másik placenta praevia miatt végzett sectio caesarea után. Bronchitist három esetben észleltünk (2·2%). Hasfali abscessus 8 esetben fordult elő, kétszer genyes adnex-műtét után, háromszor Wertheim-féle műtét után (carcinoma cervicis) és háromszor asepsisek műtét után.

Bár az itt felsorolt complicatiók sem közvetlenül, sem közvetve nem hozhatók összefüggésbe azzal az eredménnyel, hogy a műtéteket helyi érzéstelenítésben végeztük és az eredmények, különösen az előforduló sok nagy beavatkozást tekintve, nagyon kedvezők, mindazonáltal az eredmények értékelése szempontjából nem tartom feleslegesnek annak a megjegyzését, hogy a műtétek legnagyobb részét már a háború tartama alatt végeztük, az orvosi személyzet nagy részének távollétében, ápolónők helyi assistentiája mellett és olyan viszonyok közt, a mikor a noninfectio elvét magam is csak a legnagyobb nehézséggel vihettem keresztül, háborús elfoglaltságomban mindennap lévén fertőzött sebekkel dolgom. De még e viszonyok között és a helyi érzéstelenítés kivitele által okozott munkatöbblet dacára sem hagynám el ezentúl a helyi érzéstelenítéssel való operálást. *Az e műtétek folyamán szerzett számtalan itt fel sem sorolható jó benyomás és a megbeszélte jó eredmények alapján meg vagyok győződve arról, hogy a helyi érzéstelenítéssel való operálás a nőgyógyászati műtéttanban rövidesen polgárjogot fog nyerni. A magam részéről e tan legnagyobb haladásának tartom.*

*Ha bármely okból a belegeket scopolamin-morphin, illetve scopolamin-narcophin előzetes adagolása nélkül kellene operálnom, akkor csak azokat az eseteket operálnám helyi érzéstelenítéssel, melyekben a narcosis alkalmazása ellenjavalt.*

Mivel azonban a scopolamin megfelelő adagolásának legtöbbször semmi akadályja sincs, *ma mindent helyi érzéstelenítéssel operálok; a narcosist, mint a műtétnek nélkülözhető és káros tényezőjét, elhagytam.*

Az a körülmény, hogy operáltjainkat már a műtét napján per os táplálhatjuk, hogy nem gyötörjük őket nagy szomjúságuk dacára az itálnak teljes megvonásával, hogy megkíméljük attól a nagy fájdalomtól, mit laparotomizáltaknak a narcosis után a hányás és hányásinger okoz, valamint a scopolamin-morphin fájdalomcsillapító hatásának legtöbbször az egész első napra való kiterjedése, mind olyan előnyök, a melyekről már nem szívesen mondanék le. Mind ezen kívül megszabadítjuk operáltjainkat azoktól a veszedelmektől és károsító hatásoktól, melyeket a narcosis okoz. *A helyi érzéstelenítéssel való operálással úgy látszik igazán nagy mértékben közelítettünk a „shock-mentes“ operatio fogalmához, nemcsak veszélytelenebb, de sokkal humánusabb, kíméletesebb is, mint a narcosisban való műtét.*

**Irodalom.** <sup>1</sup> Hohmeier und König: Sammelforschung über Lumbal-Anaesthesia. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1910. — <sup>2</sup> Siegel P.: Die paravertebrale Leitungsanaesthesia. Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 28. sz. — <sup>3</sup> Kehrer E.: Erfahrungen über Sacralanaesthesia, besonders bei gynaecologischen Operationen. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie, 1915, XVII. kötet, 2. füzet. — <sup>4</sup> Finsterer: Geburtshilflich-gynaecologische Gesellschaft, Wien. Sitzung 1916 14. März. Centralblatt für Gynaecologie, 1916, 16. sz. — <sup>5</sup> Eckel Alfred: Kritische Beiträge zur Localanaesthesia der Bauchhöhle. Wiener klinische Rundschau, 1914, 30. sz. — <sup>6</sup> Siegel P.: Grundlagen und Technik der paravertebrale Leitungsanaesthesia. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie, LXXIX. kötet, 1. füzet. — <sup>7</sup> Müller V. B.: Ein Handbuch der Wissenschaft über allgemeine und locale Schmerzbetäubung. Berlin, 1908. — <sup>8</sup> Ilmer W.: Ueber Nervus pudendus-Anaesthesia. Centralblatt für Gynaecologie, 1910, 21. sz. — <sup>9</sup> Sellheim: Ueber die Anaesthesierung des Pudendus in Gynaecologie und Geburtshilfe. Centralblatt für Gynaecologie, 1910, 28. sz. — <sup>10</sup> Bollag R.: Klinische Erfahrungen über Novocainanaesthesia bei normaler Geburt. Münchener med. Wochenschrift, 1915, 8. sz. — <sup>11</sup> Frigyesi J.: A szeméremtest viszketése és gyógyítása. Orvosképzés, 1913, 8—10. füzet. — <sup>12</sup> Braun H.: Localanaesthesia. Harmadik kiadás. — <sup>13</sup> Kratz B.: Die Localanaesthesia der Behandlung von Endometritis und Abort. Centralblatt für Gynaecologie, 1910, 22. sz. — <sup>14</sup> Wernitz J.: Ueber die Localanaesthesia bei Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen. Centralblatt für Gynaecologie, 1909, 31. sz. — <sup>15</sup> Ruge E.: Localanaesthesia in der Gynaecologie. Centralblatt für Gynaecologie, 1912, 18. sz. — <sup>16</sup> Thaler H.: Zur Anwendung der Localanaesthesia etc. Centralblatt für Gynaecologie, 1912, 24. sz. — <sup>17</sup> Mann J.: Ueber die Sensibilität der weiblichen Geschlechtsteile. Centralblatt für Gynaecologie, 1911, 5. sz. — <sup>18</sup> Sellheim H.: Verhand-

lungen der 11. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynaecologie in Kiel, 1905. — <sup>19</sup> Finsterer: Zur Technik der paravertebrale Leitungsanaesthesia. Centralblatt für Chirurgie, 1912, 18. szám. — <sup>20</sup> Kappis: Ueber Leitungsanaesthesia an Bauch, Brust, Arm und Hals durch Injection ins Foramen intervertebrale. Münchener med. Wochenschrift, 1912, 15. sz. — <sup>21</sup> Dollinger Gy.: A helybeli érzéstelenítés alkalmazása és hatásai. A magyar sebészársaság munkálatai, 1913. — <sup>22</sup> Dollinger Gy.: A helybeli érzéstelenítés mint a narcosis helyettesítője. Orvosi Hetilap, 1914, 4. sz. — <sup>23</sup> Dollinger Gy.: A helybeli érzéstelenítés mint a narcosis helyettesítője az általános sebesztelenítésben. Orvosképzés, 1914, 1. sz. — <sup>24</sup> Holzwarth J.: In welchem Masse kann die Local- und Leitungsanaesthesia die Allgemeinnarcose in der Chirurgie ersetzen? Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 132. kötet. <sup>25</sup> Adam L.: Ueber die Anaesthesierung der Bauchhöhle. — <sup>26</sup> Thaler: Zur Anwendung der Localanaesthesia bei grösseren vaginalen Operationen. — <sup>27</sup> Siegel P. W.: Ergebnisse bei weiteren 600 paravertebrale Anaesthesien. Medizinische Klinik, 1916, 2. sz. — <sup>28</sup> Schmied H. H.: Ueber vollständigen Ersatz der Narcose und Lumbalanaesthesia bei Bauchoperationen durch die paravertebrale und parasacrale Anaesthesia. Centralblatt für Gynaecologie, 1916, 48. sz.

(Vége.)

## A gyermekkor közegészségügyének bajai.

„A Gyermekért“ Országos Gyermek-Közegészségügyi Társulat alakuló közgyűlésén elmondta

Szana Sándor dr., az állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

A nagy seb, a melyből a nemzet teste vérzik, sürgős és alapos gyógykezelést igényel. A gyógyítás munkájában mi is részt akarunk venni, mint szervezett társadalom. A harctéri veszteségek még nem ismeretesek, de a németek hivatalosan is közzétett becslései alapján félmillió emberre tehető a háború végeig veszteségünk. De a harctéri veszteségektől egészen eltekintve, kizárólag az elmaradt szülések és az első évben fokozódott polgári halandóság folytán veszteségeink az elmúlt év végeig 600.000 embert tesznek ki. Így tehát, ha a folyó év végéig tart a háború, másfél millió embert kell pótolnunk.

De súlyosak azok az ártalmak is, a melyeket a harctérről visszatérők és az itthonmaradtak minőségi irányban, vagyis qualitative elszenvedtek. A harctérről visszakérültek majd mindegyike testi épségében megrokkant. A nemi bajok, a rheumatismus, a tüdőcsúcsok gyengülése, az idegrendszer gyengülése a teljes megrokkantakon felül is az emberek óriási tömegét teszi minőségileg gyengévé. De gyengítette minőségi értéküket az erős dohányzás, a fekete kávé, a szesz italok megszokása is.

Az itthonmaradt szegénysorsú néposztály, elsősorban a hadbavonult munkások gyermekei, nagyon sokat szenvedtek. Az érzékeny gyermekvilág ezt legjobban érzi, legjobban szenvedni el. Németországban az iskolás gyermekeken végzett mérések a test növekedésének csak a legutolsó időben csak egészen mérsékelt visszamaradását mutatják. De ha a gyermekorvosi rendeléseken a gyermekanyagot figyeljük, a hiányos táplálkozás sok ártalmát állapíthatjuk meg. Objektiv statisztikai adataink nincsenek. De a testi és lelki fejlődés együtt jár és a gyermekvilág lelki életének súlyos ártalmait a háború folytán statisztikailag meg tudjuk állapítani. A háborúban résztvevő összes államok fővárosaiból a hivatalos adatok azt mutatják, hogy a bűnbe keveredett, a kriminalis gyermekek száma nálunk és minden más fővárosban is az azelőttinek kétszeresére, sőt annak többszörösére emelkedett. A bíróságok elé került esetei a fiatalok bűnösöknek megsokszorosodtak. Ezen megdöbbentő emelkedése a gyermekvilág erkölcsi züllésének bizonyítéka a gyermekek erkölcsi elhanyagolásának, már pedig, a kik a züllött gyermekekkel foglalkoztunk, tudjuk, hogy az erkölcsi elhanyagolás s a testi elhanyagolás az esetek túlnyomó többségében együtt jár.

De a háború bajai tulajdonképp csak tetőzték a már meglévő bajokat. Magyarország gyermekegészségügye már a háború előtt is igen rosszul állt. Kifejezést nyerne e nagy bajok nagy halandóságunkban. Értsük meg jól!! A nagy halandóság a gyermekkor bajainak nem egész összességét fejezi ki. Mindig arra kell gondolnunk, hogy ha egy gyermek



valamely betegségben, például bélhurutban meghal, legalább ötször annyi gyermek ugyanabban a betegségben szenvedett, de meggyógyult belőle. Tudnunk kell ugyanis, hogy olyan betegség alig van, a melyben mindenki, a ki azt megkapja, meghalna. A betegségek túlnyomó száma olyan, hogy az abban megbetegedettek közül csak bizonyos százalék hal meg.

A midőn tehát azt mondjuk, hogy Magyarország halálózása nagyon rossz, rosszabb mint másutt, akkor azzal is tisztában kell lenni, hogy akkor Magyarországon a megbetegedések száma is sokkal nagyobb, mint másutt. Már pedig a megbetegedések először is nagy nemzetgazdasági kárt jelentenek, de nagyon sok betegségből s főleg gyermekbetegségből a meggyógyult csak elcsenevésesedve, életerejében, ellentállóképességében megtörve került ki.

Fájdalom, azt a szomorú ténytet kell közölnöm, hogy valamennyi európai állam között csak Románia s Oroszország az, a mely mögöttünk áll a halálózások gyakorisága tekintetében.

Magyarországon ezer lakosra évente 25 haláleset esik, ezzel szemben a Skandináv államokban már annyira javult a halandóság, hogy ott körülbelül csak félannyi hal meg, mint Magyarországon. Ezekben az államokban, mint *Kovács Alajos* kimutatta, körülbelül 100 év előtt volt a halálózási arányszám azon a fokon, a melyen most nálunk áll. Ha tehát Magyarországnak olyan halandósága volna, mint a Skandináv államoknak, úgy *évente egy negyedmillió emberrel kevesebb halna meg Magyarországon.* Szédítő egy gondolat, kiszámítani, hogy egy negyedmillió embernek évente való elvesztése mily óriási nemzetgazdasági kárt jelent. Ha még hozzávesszük, hogy ezen negyedmillió ember halálózása legalább egymillió, de valószínűleg kétmillió ember felesleges megbetegedésével jár, ha ennek is a közgazdasági kárát kiszámítjuk, azt kell mondanunk, *hogy jövedelmezőbb befektetése ennek az országnak nem lehet, mint óriási halandósága ellen küzdeni.*

Hangsúlyoznom kell itt, hogy nem csecsemőkről beszélek most, hanem az összlakosságról, tehát a csecsemőkörön túl levők s így a felnőttek, tehát már sokkal értékesebbek közül is feleslegesen elpusztuló emberletekről van itt szó.

Azt fogja erre talán valaki mondani, mi nem ismerjük a skandináv viszonyokat. Ott talán a *klima* egészen más és talán épp a klimatikus befolyások döntők abban, hogy ott ily kevés ember hal meg. Fájdalom, abban a helyzetben vagyunk, hogy kimutathassuk, hogy nem a klima dönti el a dolgot, hanem a *kultura*. Hogy átérzhessük — szeretném mondani átszényelhessek — azt, hogy Magyarország halandósága mily szégyenletesen nagy, hogy a mi hiányos kulturánk s nem a természeti viszonyaink okozzák, hogy évente *egy negyedmillió ember feleslegesen pusztul el nálunk,* azt nem is kell a skandináv államok halálózásával megállapítani, hanem megállapíthatjuk még sokkal szomorúbban magyar példákkal.

Magyarország halálózása az 1906—1910. évek átlagában ezer lakosra 25. Nézzük már most azt, hogy Magyarország törvényhatóságai között hol a legkisebb halandóság? A Kárpátok bércei alatt, a Duna-Tisza közti alföld virányos rónáin? Hol hal meg az országban a legkevesebb ember? A válasz meglepő. A legkevesebb halálózás Budapesten történik! Budapesten, ha a vidékről feljött és kórházban elhalt idegenek számát levonjuk, ezer lakosra csak 15 ember hal az országos 25-tel szemben. Tehát Budapest halálózása közel jár a skandináv államok halálózásához.

(A vidéki járások között közel jár Budapesthez két zalavármegyei járás és pedig: a zalavármegyei novai és a zalavármegyei alsó-lendvai járás. Ezek halandósága 17.) Ebből az a tanulság következik, hogy a poros, füstös, túlszűfolt lakásokkal telt Budapest, a mely túlnyomóan ipari lakosságból áll, a kik füstös, poros, egészségtelen gyárakban dolgoznak, ennek a lakosságnak a halandósága kisebb, mint az Isten szabad természetében dolgozó földműves lakosság

halandósága. Tehát nem a klima, nem a szabad természet, nem a természet előnyei döntik el a nagy halandóságot, hanem a *kultura*.

De ezt még fokozottabban is tudjuk bizonyítani.

Magyarországon vannak járások, mint a Biharmegyei béli járás, a melynek halandósága 45. Tehát ott minden ezer ember közül háromszor annyi ember hal meg, mint Budapesten. A Bihar vármegyei belényesi járásban, a Bihar vármegyei tenkei járásban a halandóság 37, illetőleg 36 — a budapesti 15-tel szemben.

Ezekkel az óriási halálózási számokkal szemben nézzük most már Budapest halandóságát egyes kisebb területein és akkor a következő meglepő dolgokat fogjuk találni.

Osszuk a budapesti V. kerületet, a Lipótvárost, három részre, és pedig a Lipótvárosnak a körúton belül eső részére, a Lipótvárosnak a beltelekhez tartozó, de a körúton kívül eső részeire és a Lipótvárosnak kültekére. Tudjuk mindannyian, hogy a Lipótváros körúton belüli részét túlnyomóan gazdag emberek lakják, kültekét pedig a legnyomorúságosabb, legszegényebb proletár lakosság lakja.

Nézzük most már ezen három rész halandóságát.

A Lipótvárosnak a körúton belül eső részében (a melyben 28.000 ember lakik) a halandóság nem több, mint 10%, tehát az országos 25-tel, a biharmegyei béli járás 45-ével szemben itt ezer lakos közül évente csak 10 hal meg. Ha Magyarország halandóságát le tudnánk szorítani a Lipótváros belsejének a nivójára, évente *315.000 emberrel kevesebb halna meg Magyarországon,* mint a mennyi ma valójában meghal.

Uraim, ezek hatalmas nagy számok!

De a Lipótváros példájából még egy rendkívül tanulságos következtetést kell levonnunk és ez az: a míg a Lipótváros körúton belüli részében a halálózás 10, a kültekén a halálózás 23, tehát több mint kétszer akkora.

Tehát a vízvezeték, a csatornázás mellett is a lipótvárosi kültelek proletár lakóinak nyomora, vagyis a lakás-túlszűfoltosság, a kellő táplálkozás hiánya a halálózást megkészezi. Hasonlítsuk most már azonban össze a Lipótváros legszegényebb kültekéi proletár népségének a halálózását a falusi nép halálózásával, a mezőgazdasággal, őstermeléssel foglalkozó lakosság halálózásával s akkor azt látjuk, hogy a legszegényebb budapesti kültekéi lakosok halálózása *23, míg az őstermelőké 27,* tehát a pesti legszegényebb lipótvárosi kültekéi emberek halálózása még mindig jobb, mint a nemzetfenntartó, egészséges munkaviszonyok között az Isten szabad ege alatt dolgozó őstermelő, mezőgazdasági lakosság halálózása.

Nézzük most már a halálózást különböző *korosztályok* szerint. Nézzük külön a csecsemőkort, külön a 7 éven aluli gyermekeket és külön a felnőtteket. A hét éven felülieket is a felnőttekhez sorozhatjuk, mert a 7 éven felüliek 86%-a felnőtt. A csecsemőkori halandósága, fájdalom, Magyarországon Ausztria és Oroszország után Európa összes államai között a legnagyobb. A csecsemőkori viszonyaira itt részletesen kiterjeszkedni nem akarok. A csecsemőkori védelmére megalakult a Stefánia-Szövetség, a mely rövid egy évi fennállása óta oly hatalmas szép munkát produkált máris, a melynek Magyarország kulturális történetében kétségtelenül nyoma lesz.

A csecsemőkori védelmével tehát itt e helyen foglalkozunk nem kell. De éppen támaszkodva a Stefánia-Szövetség munkájára, ki kell jelentenünk azt, hogy feladatunknak akarjuk tekinteni, hogy azt a munkát, a melyet a Stefánia-Szövetség a csecsemőkori számára oly mintaszerűen végez *gróf Apponyi Albert, Sztéryni József és Tauffer Vilmos* vezetése mellett, azt a munkát a csecsemőkori túl levő *gyermekek számára folytatni akarjuk.* Nem lehet és nem szabad akkor, mikor nemzetmentő munkát akarunk végezni, belenyugodni abba, hogy a csecsemőt megmentettük, azontúl pedig a gyermek védelmével többé ne foglalkozunk. A csecsemőkorból kilépő gyermekek védelméért



„A gyermekért“ jelszó alatt meginduló társaságunk akar harcolni.

Ezen kor, vagyis a csecsemőkori túli gyermekkor főveszélyét a *fertőző betegségek* teszik.

Túl sok számmal terheltem meg már Önöket, de azért még egy nagyon szomorú számra kell felhívnom figyelmüket. Ez a szám oly lesújtó, oly megdöbbentő, hogy maga ez a szám adja meg társaságunk alakulásának a jogosultságát.

Magyarországon, ha a fertőző betegségek csak oly mértékben dúlnának, mint Poroszországban, évente **70.000** emberrel kevesebb halna meg. Nem csecsemőről van itt szó! A csecsemő csak igérvény, itt azonban túlnyomóan a csecsemőkorból már kilépett nagyobb gyermekekről s felnőttekről van szó. 70.000 embert tudnánk évente megmenteni, ha a fertőző betegségek elleni óvintézkedések nálunk oly színvonalon állnának, mint Poroszországban, a mely pedig keleti részeiben szintén sok a magyar viszonyokra emlékeztető primitív kultúrájú résszel bír még.

A fertőző betegségek között legelől jár a *tüdővész*. Tüdővészben Magyarországon több mint kétszer annyi ember hal meg, mint Németországban.

Még szomorúbb a viszony, ha a négy legfontosabb heveny fertőző gyermekbetegséget nézzük, a kanyarót, vörhenyt, diphtheriát és szamárhurutot.

100.000 lakosra e négy betegségben esik halott:

Franciaországban	29
Németországban	82
Magyarországon	175

Egyedül Oroszországban rosszabbak a viszonyok. Gondoljunk most arra, hogy heveny fertőző betegségben meghalt egy gyermekre átlag 10 ugyane betegségben megbetegedett esik, akkor tisztában kell lennünk a betegségek okozta károkról, melyeket jelentőségükben *Pfaundler* a csecsemőhalandóság okozta károk mellé tesz.

Hogy Magyarországon mily irányban kell küzdeni a fertőző betegségek ellen, egyetlenegy adat mutatja és ez az, hogy Magyarországon évente **42.000 ember hal meg fertőző betegségben** s a betegséget **nem orvos állapította meg**. Méltóztassék most már elképzelni, hány gyermek kell, hogy egy községben elhaljon, míg az a nem orvos halottkém rájön arra, hogy talán ezek vörhenyben haltak meg.

Társaságunk egyik *főfeladata lesz tehát a fertőző betegségek elleni rendszeres harcot sürgetni*. Meg kell teremtenünk a legkisebb falutól a legnagyobb városig a védelmet a fertőző betegségek ellen. A fertőző betegségek gyors felismerése, a fertőzött beteg lehetőleg tökéletes elkülönítése s a fertőzött lakások legmondosabb fertőtlenítése az eszközök, melyekkel a fertőző betegségek ellen küzdeni lehet.

A heveny fertőző betegségek mellett a *tüdővész* az, a mely a gyermekkorban nagy ellensége. A felnőttek *tüdővészének* csirái a csecsemő- és gyermekkorban rakatnak le. A *tüdővész* elleni harcban résztvenni, a *tüdővész* elleni harcot már a gyermekkorban fokozott eréllyel vinni, lesz társaságunk egyik *főfeladata*. Követelnünk kell, hogy az iskolaorvosok, községekben a községi orvosok, körorvosok évenként legalább kétszeri vizsgálattal a rosszul táplált, *tüdővészre* hajlamos gyermekeket megjelöljék. Ezen gyermekek *socialhygienés* védelme kell, hogy azután társaságunk egyik legfőbb gondját tegye. A *tüdőbeteggondozó* intézetekkel egyetemben, ott, a hol ilyenek nincsenek, azokat pótolva, vagy azok életbeléptetésén fáradozva, ezen gyermekeknek különleges erősítését kell követelnünk. Lakásuk *hygienéje* szervezendő, iskola-idejük megrövidítendő. Pormentes kertben, közeli erdőben fekvő kúra rendezendő számukra. Nemcsak az ezen betegségre hajlamos, de valamennyi gyermek számára követelnünk kell, hogy iskolai kirándulások szervezessenek, az iskola-hygiene javíttassék.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Schmidt: Klinik der Magen- und Darmerkrankungen, einschliesslich Röntgendiagnostik.** Urban u. Schwarzenberg, Wien-Berlin, 1916.

A gyomor és bél legfontosabb megbetegedéseinek változatos klinikai képeit demonstrálja a szerző érdekes megfigyeléseinek hosszú sorozatán, s munkája méltán megérdemli a gyakorlóorvosok, és pedig nemcsak a belorvosok, hanem a gyomorbélműtétekkel foglalkozó sebészek figyelmét is. Különösen azok, a kik szeretettel foglalkoznak diagnostikai kérdésekkel s a kik már a maguk tapasztalatából ismerik az elkülönítés nehézségeit és finomságait ezen a téren, fogják méltányolni tudni a jeles prágai klinikus jól beállított tanulságos kórtörténeteit s a hozzájuk fűzött, főleg a tünettanra és diagnoszisa vonatkozó rövid, markáns, instructiv megjegyzéseket. Nagy súlyt helyez a Röntgendiagnostikára, mellyel igen részletesen foglalkozik s melyre vonatkozó megjegyzéseit 70 tanulságos ábrán demonstrálja. A kórképek, melyek a tárgyalás anyagát teszik: *ulcus ventriculi* és *duodeni*, *carcinoma ventriculi*, *pylorus-stenosis*, *constitutionalis* és *neurogen* *gastropathiák*, *crises gastriques*, *gastritis*, *tuberculosis bélfekélyek*, *bélrák*, *bélszűkítések*, a különféle *constitutionalis-neurogen enteropathiák*, *bélhurut*, az *appendix* és *coecum* betegségei, *bélparaziták* és idegen testek. Bevezetésül a gyomor- és béltartalom *chemiai* és *mikroszkopos* vizsgálatáról, valamint a gyomor és bél Röntgen-vizsgálatáról szól. A könyvet melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe.

Pólya.

### Új könyvek.

*O. Hezel, H. Vogt, O. Marburg und W. Weygandt: Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems. Praktischer Leitfaden zu ihrer Untersuchung, Beurteilung, Behandlung.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 8'60 m. — *A. Krecke und F. Lange: Chirurgische und orthopaedische Nachbehandlung der Verwundeten.* München, J. F. Lehmann. 1'60 m. — *K. Hannemann: Der Verwundetentransport im Stellungskrieg.* München, J. F. Lehmann. 1'60 m. — *G. Sticker: Heilwirkungen der terpentinhaltigen Oele und Harze.* Wien und Leipzig, A. Hölder. 1'80 m. — *N. R. Ortner: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. I. Band, 1. Teil. Bauchschmerzen (Schmerzhafte Bauchaffektionen).* Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 18 m. — *Plotz, Olitzky und Baehr: Die Aetiologie des Fleckfiebers.* Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 4 m. — *W. Schlesinger: Vorlesungen über Diät und Küche.* Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 6'50 m. — *W. Stekel: Onanie und Homosexualität.* Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 15 m. — *J. Schaeffer: Albert Neisser. Lebenswerk. Persönlichkeit. Erinnerungen aus seinem Leben.* Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 2 m. — *G. Pick: Die Zukunft des Arztstandes und der Ausbau des Gesundheitswesens.* Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 3 m.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A *dysenteria gyógyítása*. *Zuelzer* nemrégiben a heveny dysenteriát annak alapján, hogy az első 3—4 napon rendszerint csak nyálka és vér ürül a székélskor, tulajdonképpen *foeculens* ürülés ellenben nincsen, *colitis spastica acutissimának* jelezte. E felfogás alapján kísérletet tett a hormonállal. Mintegy 40 súlyos esetben használta részben nagyon jó, részben nagyon kielégítő eredménnyel. Hatása módját következőképpen értelmezi. Mindenekelőtt megszünteti a *spasmusos összehúzódásokat*, normális *peristaltikás hullámokká* változtatva át őket. Egyidejűleg megszünteti a *székrekedést* (ennek eredményeként sokszor tömegesen ürül *foeculens* béltartalom), a minek bizonyára van befolyása az általános állapotra, a mi a rendszerint beálló érverés-meglassábbodásban is megnyilvánul. További hatása a hormonálnak az, hogy a vérfalzatnak vérrrel átáramoltatását javítja, ennek következtében az ott felhalmozódott *dysenteria-toxinok* gyorsabban eltávolíttatnak és a vastagbél nyálkahártyájának *necrosis*a kedvezően befolyásoltatik. A jelzett kedvező hatások elérésére természetesen fontos, hogy a kezelés mielőbb tör-



ténjék, még a súlyosabb nyálkahártyaelhalások bekövetkezte előtt. A szerző mindig 20 cm<sup>3</sup> neohormonalt fecskendezett be intravenásan. A régi hormonal használatokor észlelt veszélyes mellékhatások, a melyek a szernek vérnyomás-csökkentő hatásán alapultak, a neohormonal alkalmazásakor nem észlelhetők. (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 1. sz.)

H. Scholtz a már mások által is ajánlott atropint használta nagyobb számú esetben az erős kólika megszüntetésére, még pedig bőr alá fecskendezés alakjában naponként 1—2-szer 1/2 milligrammot. Eredményeivel nagyon meg van elégedve. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 12. szám.)

### Sebészet.

Folyadékfelhalmozódás okozta agy nyomás csökkentésére a Bramann-féle „Balkenstich“ helyett a suboccipitalis beszúrást ajánlja Anton és Schmieden. Ennek kivitele a következő: A gondosan előkészített tarkótájon localanaesthesiában, miközben a beteg fejét előrehajlítva tartja, bemetszünk pontosan a középvonalban a protuberantia occipitalis externa alatt 2 harántujjal a II. nyakcsigolya tövisnyujtványáig. E metszés kb. 8 cm. hosszú. Az atlas tövisnyujtványát kitapintva, e felett látható az elődomborodó ligamentum atlanto-occipitale. Ha ezt a középvonalban megnyitjuk, a liquor azonnal kezd ürülni. Tompa görbített kutató bevezetésével a kisagy alapján levő cisternába és ezen át a 4. agykamrába juthatunk. A nyílást nyitva kell tartani és pedig legcélszerűbben egy 1/2 cm.-nyi ablakocska készítésével. E felett az izmot s a bőrt egyesítjük s a kiszivárgó liquort a bőr alatti sejtszövet ill. az izomzat juttatja vissza a keringésbe. A beteg 8 nap mulva felkelhet, de erősebb mozgásoktól óvakodnia kell. (Münchener med. Wochenschrift, 1917, 6. szám.) M.

### Bőrkórtan.

A cignolinról mint synthesises chrysarobinról és a lanepsről mint új kenőcsalapanyagról számol be Galewsky (Dresden). A cignolinról már többen nyilatkoztak dicsőően az utolsó esztendőben. Előállítja a Farbenwerke vorm. Friedr. Bayer u. C. in Leverkusen. Az oxyanthranolok csoportjába tartozik. A cignolin por, mely többek között chloroformban, benzolban, aetherben, alkoholban oldódik. A szernek alkalmazása legjobban benzolos oldatban vagy kenőcs alakjában történik. A cignolin színe csaknem olyan, mint a chrysarobiné. Hatása azonban jóval erősebb, mint az utóbbié. Erélyes hatást, például psoriasis eseteiben, már 1—2%-os kenőccsel észlelünk. Körülírt, inveterált psoriasisos góczok kezelésében egészen 5%-ig felmehetünk. Eczema marginatum, pityriasis rosea s pityriasis versicolor eseteiben pedig már igen gyöngye koncentrációk, 1:1000, 1:2000 is jól beválnak.

A laneps nevű kenőcsalapanyagot ugyancsak a fenti gyár állítja elő. Sárgás, szagtalan kenőcs, mely indifferens, neutralis reakciójú s a lanolintól alig különböztethető meg. Viscositása magas s 40% vizet tud felvenni. Mindennemű kenőcs készítéséhez alkalmas s a bőrt igen jól fedi. Teljes értékű kenőcspótlóanyagának tekinthető. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 8. sz.) Guszman.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Piócza a garatban. Gundrúm (Krizewci) a következő érdekes esetet írja le. Erőteljes férfi forrás vizéből hasonfekvésben ivás után némi kellemetlenséget érzett a torkában, melyet a hideg víz okozta meghűlésnek tulajdonított. Másnap azonban köpete véres volt s ezért orvoshoz ment, a ki azt állapította meg róla, hogy tüdőbajos. Minthogy azonban az állapota folyton rosszabbodott, állandóan köpött vért, a nyelése a legnagyobb fokban nehezített volt, sőt néha a légzése is: 13 nap mulva a szerzőhöz ment, a ki azután a garat bal oldalából magfogó segítségével egy 6 cm. hosszú, vastag, vérrel teleszárt pióczát távolított el. (Medizinische Klinik, 1917, 8. szám.)

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** A katoniorvosi tisztikar főnökének ügykörével Kunze Erik dr. vezértörzsorvost, eddig a közös hadügyminisztérium 14. osztályának főnökét bízták meg, s a 14. osztály vezetését Frisch János dr.-ra, eddig a bécsi katonai parancsnokság egészségügyi főnökére ruházták.

**Kitüntetés.** A király Bogdán Aladár dr.-nak, a balassagyarmati közpórház igazgató-főorvosának a harmadosztályú vaskorona-rendet. Sándorfi Miksa dr. veszprémegei főorvosnak a Ferenc József-rend lovagkeresztjét adományozta.

**Meghalt.** K. A. H. Mörner gróf, az életvegytan és gyógyszerészet tanára a stockholmi orvosi egyetemen, 63 éves korában. — C. Boeck, a bőrkórtan rendes tanára a christianiai egyetemen, ismert búvára a leprának és bőrdaganatoknak, 70 éves korában.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat igazgató-tanácsa legutóbb tartotta ülését elhatározta, hogy a Bandelier-Roepke „A gümőkór klinikája“ című kiadványából még rendelkezésre álló csekély számú példányt nem-tagoknak is hozzáférhetővé teszi. A közel 800 nagy lapra terjedő, 45 színes táblát tartalmazó, az összes gümős betegségek klinikáját felölelő jeles munka, a mely néhány hét előtt jelent meg, 25 koronáért rendelhető meg a Társulat I. titkáranál (Székely Ágoston dr., IX., Knezsits-utca 15. sz.).

A Budapesti Gyakorló Orvosok Segélyező Egyesülete márczius 28.-án tartotta XXVIII. évi közgyűlését. Mohr Mihály elnök „Az orvosok és a háború“ címen tartott elnöki megnyitót, melyben kiemelte az orvosi rend nagy szerepét a háborúban, az orvosi tudomány haladását a sebészet, belgyógyászat és különösen a fertőző betegségek megelőzése és gyógyítása terén. Pfeifer Gyula titkári jelentése után Patai Samu pénztáros jelenti, hogy az egyesület vagyona 116.141 kor. 86 fillér, és hogy 30 tagnak napi 8 kor.-val összesen 7040 kor. táppénzt fizettek ki. Medvei Béla másodpénztáros jelenti, hogy a B) osztály 8 halálzási járulék címén 6000 K-t fizetett ki. A B) osztály vagyona 12.478 kor. 82 fillér. Végül a választást ejtették meg, melynek eredménye: Elnök: Mohr Mihály; alelnökök: Diescher Ferenc, Medvei Béla; titkár Pfeifer Gyula; titkárhelyettes: Frankl Oszkár; főpénztáros: Patai Samu; másodpénztáros: Fischer Mór; ellenőr Szikszay Sándor. — A budapesti gyakorló orvosok segélyező egyesülete évi 30 kor. tagsági díj ellenében 60 napon át napi 8 kor. táppénzt fizet.

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

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

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

**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 34.

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

**Művégtagok** járó és támasztógépek, egyenestartók, rugónélküli sérvkötők, műcipők stb. modern kivitelben készülnek  
**Orthopaedia-Részvénytársaságnál** Budapest VI., Nagymező-u. 4. Telefon 11-08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

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

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

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

**Dr. Eckwert és Murányi** orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-  
**LABORATORIUMA** Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. \* Telefon: 134-40.

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



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Pozsonyi orvos-természettudományi egyesület. (Orvosi szakosztály ülése 1917 márczius 7.-én.) — Budapesti Kir. Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1917 február 3.-án). 195. lap.

## Pozsonyi orvos-természettudományi egyesület.

(Orvosi szakosztály ülése 1917 márczius 7.-én.)

Schütz János: *Leukaemia lymphatica kiterjedt bőrvérzéssel.*

K. D. 20 é. gyári munkás 1917 február 6.-án jelentkezett felvételre. 2 hét óta arcán és mellén kék foltok vannak, a melyeket traumára vezet vissza, a mennyiben akkoriban verekedés közben arczul ütötték és mellén megmarkolták. Később azonban azt mondotta, hogy az arcán levő foltok már előbb is megvoltak. Különben azelőtt jól érezte magát, csak 2 hónap óta a lágyéktájon csomók nőnek, melyek a járásban kissé akadályozzák.

Felvételkor az arczon, a mellkas és a hát felső részén, a felkarok külső oldalán, a lábszárak elülső és külső felületén a bőrben sok lencsényi, koronásnyi szabálytalan alakú, szederjes színű, éles határú vérzések folt. Ezeknek megfelelően a bőr leginkább az arczon, mellen és háton erősen megvastagodott, a foltok szélén a vérfesték-átalakulás különböző szakainak megfelelő (zöldes és sárgás) elszíneződés. Azóta a vérzések foltok lényegesen megnagyobbodtak, egymással részben összefolytak, a hajas fejbőr szélén, a mellen, a háton, a felkarokon s alkarokon újabb foltok keletkeztek. Az alkarokon levő foltok csak részben vaskosak s egyenletes színűek, az ujonnan keletkezett foltok szederjes színű márványozottságot mutatnak. A nyaki, hónaljji és inguinális nyirokcsomók babnyi-, mogyorónyi-, diónyira megnagyobbodtak, nem fájdalmasak és jól mozgathatók. A lép tomputata a 7. bordánál kezdődik, lefelé hatalmasan megnagyobbodva, majdnem a középvonalig, illetve a spina ilei magasságáig ér. A máj 3 harántujjnyival meghaladja a bordaívet. A vizelet rendes, a hőmérséklet subfebrilis.

Vörös véresejt	II. 7. 2,400,000	III. 6. 1,100,000
Haemoglobin	45%	29%
Fehér véresejt	260,000	240,000

Qualitativ vérvékép: anisocytosis, néhány erythroblast. Neutrophil leukocytá 38%, eosinophil leukocytá 02%, basophil leukocytá 02%, átmeneti és nagy mononuclearis 08%, lymphocytá 95%. A lymphocyták legnagyobb része nagy lymphocytá, nagy, rosszul festődő maggal bir. Az esetet a betegség tartama (a mely már most hosszabb 3 hónapnál), az aránylag jó közérzet és erőbeli állapot, a rendkívül nagy léptumor miatt idősült leukaemia lymphaticának kell tartanunk; a qualitativ vérvékép nem szól ez ellen, mert idősült leukaemia lymphatica is lehet nagysejtű. Míg acut leukaemia lymphaticában a vérzés rendkívül gyakori — hiszen a betegség gyakran morbus maculosus Werlhofii vagy scorbut képe alatt folyik le —, addig idősült leukaemia lymphaticában sokkal ritkábban fordul elő, legalább ily nagy kiterjedésű bőrvérzést nem említ az irodalom. Nem dönthető el bizonyossággal az a kérdés, hogy a leírt foltok tisztán vérzések-e, vagy véresen beszűrődött leukaemiás infiltratumok. Utóbbi feltevés ellen szól az, hogy egyrészt a foltok egyenletesen szederjes színűek és az ujonnan keletkezett vaskos foltok is vérzések, másrészt pedig olyan vérzések is vannak, melyeknek megfelelően a bőr nincs megvastagodva.

Herzog Ferencz: *A reflex-időről és az inreflex fokozódásának egy eddig nem ismert okáról.*

Az izom működés-áramának regisztrálásával végzett mérés szerint sem a hypertonia, sem a hypotonia nem változtatja meg a patella-reflex-időt; a reflex-idő olyan, mint az egészséges embereknél. A Babinski-tünet reflex-ideje lényegesen hosszabb, mint a normális talpreflexé, a mi összhangban van azzal a felfogással, hogy a Babinski-tünet nem módosult talpreflex, hanem más, ettől független reflex. Környéki trauma, régóta fennálló idegbénulásban nem ritkán élénkebb

valamely inreflex ugyanazon a végtagon, a melynek pályáját a bénulás nem érinti. Ez a reflexfokozódás létrejött akkor is, ha a bénult ideg magva az illető reflex pályája feletti segmentumban volt, és akkor is, ha ezen pálya alatt levő segmentumban volt. E reflexfokozódásnak oka nem fokozott reflex-ingerlékenység, hanem az, hogy a reflexrágással reagáló izomnak magvához nagyobb ingerület jut, mint rendesen. Ugyanis minden inreflex pályája nemcsak az illető rendszerint reagáló izomnak magvával függ össze, hanem a szomszédos segmentumokban fekvő izommagvakkal is. Esetekben a környéki ideg régi bénulása nyilván visszahatott a bénult idegnek magvára olyképpen, hogy ez a mag nem vette át a hozzáérkező ingerületet (ez a feltevés azért valószínű, mert környéki idegbénulás idővel anatómiai elváltozást is okoz az elülső szarv sejteiben), és azért több ingerület jutott a reflexpályával összeköttetésben levő többi izommaghoz, tehát a rendszerint reflexrágással reagáló izomnak magvához is. Mivel az ideérkező ingerület a rendesenél nagyobb volt, a reflexrágás nagyobbá lett, az illető inreflex élénkebbé vált. Inreflexfokozódás tehát környéki okból is támadhat.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület

(III. rendes tudományos ülés 1917 február 3.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

Vita Barla Szabó József „Műtét rosszul gyógyult törés eseteiben“; Verebely Tibor „Műtett állizületek“; Schreiber Vilmos „Mozgósított merevizületek“; Horváth Mihály „A cholin hegoldó hatásáról“; Ranschburg Pál „Az idegvarrat gyógyulása“ című bemutatásai és előadása felett.

(Folytatás.)

Csiky József: *Ranschburg* tagtárs előadásához hozzászólva, megjegyzi, hogy saját észleletei is azt bizonyítják, hogy minél előbb történik az operatio, annál gyorsabb a gyógyulás. A gyógyulás első tünetei az érzés (tapintás, fájdalom, hő), azután a motilitás visszatérése (*Erb*). Az érzésvisszatérésnek felhasználása abból a szempontból, hogy az az idegvezetés helyreállításának első tünete, csak abban az esetben jogosult, ha régi sérülésről van szó és kizárható, hogy a szomszédos idegek ismeretes módon látják el a kérdéses bőrtérületet.

Teljesen egyetért az előadó azon felfogásával, hogy a villamozás és massage csak akkor javalt, ha az ideg ingerlékenysége már visszatért.

Igen érdekesnek tartja az előadó azon észleletét, hogy még két évi funkció-képtelenség esetében is „ha a 2 csont között restitutio már a műtét előtt megindult kötőszövetes összenövés által“, a peripheriás csont izgatható volt, még ha az összeköttetést reszekálta is. Véleménye szerint ez amellől szól, hogy a gyógyulás már annyira előrehaladt, hogy az ideg ingerlékenysége visszatért. Röviddel a sérülés után operált esetekben gondolni kell azon ismert *Ritter-Walley-törvényre*, mely szerint a peripheriás ideg a proximalis résztől a distalis felé elfajul, a mit *Mott* szövegtanilag is kimutatott.

Ismeretes az is, hogy az ideg ingerlékenysége megszűnhetik, míg a vezetőképessége hosszú időn keresztül megmarad. Pl. idegzúzódás eseteiben az ideg a zúzódás helyéről nem ingerelhető, fölötte levő helyről azonban még hosszú ideig igen.

Az anastomosisot illetőleg megjegyzi, hogy az nem egyéb, mint késői plexusképződés, mikor egy bizonyos izomhoz vezető idegrost más ideghez csatlakozva halad le a megfelelő izomhoz. Ez az idegkötég más ingerületet nem vezethet. Ez az anastomosis nem hasonlítható össze az erek között fennálló összeköttetésekkel. Éppen ezért a *Hofmeister-féle* műtéttől eredményt nem várhatunk.

Makai Endre: *Ranschburg* az anastomosis-elmélet ellen azt a két érvel hozta fel, hogy először a gyógyult idegvarratok ezekre rúgnak, míg az anastomosisok csak csekély számú esetben ismeretesek, másodsor bármely magasságban végzett varrat után beáll a gyógyulás, a mi azt tételne fel, hogy idegrostok minden nibeában kicserélődnek. Az első ellenérvre azt hozza fel, hogy míg a most végzett idegvarratok óriási számra rúgnak, addig ehhez képest elenyésző kevés esetre vonatkoznak azok az anatómiai vizsgálatok, melyek az



igen nehéz és fáradságos praeparálások révén az anastomosisokat kimutatni iparkodnak. Az sem lehetetlen, hogy ezen anatómiai praeparálások alkalmával igen finom idegszálak esetleg elkerülhetik a vizsgálók figyelmét. Talán ez lehet a magyarázata annak, hogy az ülő- és orsó-idegen ily anastomosisokat eddig nem mutattak ki.

Nem ért egyet az előadóval abban, hogy ennek dacára — főleg az előbbi idegre nézve — „szerfölött sok“ gyógyulással rendelkezünk. A gyógyulásoknak nem abszolút, hanem relatív száma a fontos itt, s csak mellékesen utal pl. *Herzog* legújabbban megjelent statisztikájára, mely szerint varrott ülőideg egyetlen esetében sem látott gyógyulást. Csak mellékesen említi, hogy *Ranschburg* 10 vizsgált eset közül 4-ben talált anastomosisokat — az összes statisztikák és *Verebély* tanár átlagos statisztikája is 36—40% idegvarrat-gyógyulást tüntetnek fel —, oly nagy aránytalanság tehát nem áll fenn.

A másik ellenérvre vonatkozólag megjegyzi, hogy az ideganastomosis helye felett bárhol végezve a varratot, a kompenzáló működés helyreállhat. Nem akar kitérni arra, hogy az idegsérülések mely magasságban a leggyakoribbak, s hogy különféle magasságban végzett varratok után egyformák-e az eredmények, vagy sem; csak utal arra, hogy bizonyos helyeken végzett idegvarratok igen rossz prognoszt nyújtanak, pl. a szárkapocs-idegen, a szárkapocs feje táján. *Verebély* tanár anyaga a műtéti kivétel, az ideggyógyászati észlelés, a pathológiai értékelés szempontjából oly tökéletes, hogy mindenki csak a legnagyobb várakozással tekinthet a statisztikának részletes közlése elé, mely a mily szabatos felvilágosításokat fog adni fontos kérdésekre, épp oly érdekes újabb problémákra fog rávilágítani.

Szólok az a meggyőződésen, mint az előadó, hogy az eddigi histológiai és anatómiai tények a gyógyulások megértéséhez „bőséges alapot nyújtanak“. Óvakodnunk kell attól, hogy a regenerációra utaló szöveti képet a megfelelő szövetek tökéletes élettani funkciójával azonosítsuk, vagy ez utóbbi megdönthetetlen érvének tekintsük. Sárga vagy vörös májsorvadásban az epeutak hatalmasan burjánzó hámja nem jelenti azt, hogy a pusztult májszövet helyére kifogástalanul működő új mirigyszövet lépett. Utal az elméleti megfontolások és szövettani vizsgálatok alapján ajánlott *Edinger*-féle csővekre, melyek alkalmazása után megbízható szerzők irtak le javulásokat, de legújabbban egy eltávolított *Edinger*-féle cső szöveti vizsgálata száználmas eredményét mutatta az oly nagy bizalommal fogadott idegprothesiseknek.

A tengelyszálegyesülés nem adja magyarázatát annak, hogy miért csak az esetek egy részében gyógyulnak az idegvarratok, dacára annak, hogy az anyag az elképzelhető legegyszerűbb. A gyógyulási arányszám a legkülönbözőbb szerzőknél, gyűjtőstatisztikákban stb. 35—40% közt ingadozik. Nem teszi érthetővé, hogy miért gyógyulnak egyes esetek gyorsan, mások lassan; hogy tökéletes gyógyulás még 9 hónap múlva is beállhat, azt *Verebély* tanár egy gyönyörű esetében láttuk. A kétségbevonat korai gyógyulásokat illetően, melyeket némelyek részint nem megfelelő észlelés, részben pótmozgás gyanánt értelmeznek, még mindig válaszolatlan az a kérdés, hogy miért állanak be e pótmozgások csak a műtét után és miért hiányoznak a műtét előtt. Érthetetlen tengelyszálegyesülés felvétele esetén az, hogy az idegkeresztmetszet egy bizonyos részének tengelyszálai korábban, mások később, vagy egyáltalában nem egyesülnek; már pedig mindennapi tapasztalat, hogy a varrott idegtörzs funkciója extensitását vagy intenzitását illetően csak részben áll helyre. Példának hozza fel *Verebély* tanár azon esetét, melyben a medianus és ulnaris varrata után a carpalis flexio helyreállott, az ujjak mozgása azonban nem.

Végül tengelyszálegyesülés esetén érthetetlen az, hogy egyes idegek miért mutatnak nagyobb hajlamot varrás után a funkció helyreállítására, mint mások.

Az e pontokban kifejezett kételyek vezették a szót arra, hogy a tengelyszálegyesüléssel szemben más lehetőségek után kutasson. Ha e pontokra elfogadható magyarázatot nyerhetne, nem lenne értelme annak, hogy teoriáját fentartsa, még ha minden esetben kimutathatók volnának is anatómic praeformált anastomosisok. Viszont míg e — nézete szerint — igen fontos kérdések megoldatlanok, s míg az elmélete ellen felhozott érvek meggyőződése szerint nem döntők, fentartja az elméletet. Ha elmélete nyomós érvek folytán megdőlné, gondolkodás nélkül feladná azt, de új magyarázat után kutatna, mert az idegvarratok után észlelt jelenségek a tengelyszálegyesülés elméletével ma még nem magyarázhatók.

(Folytatása következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pangásos papilla kezeléséről látóideg-transplantációval tartott előadást *L. Müller* docens (Bécs) a „K. k. Gesellschaft der Aerzte“ január 19.-i ülésén újabb 4 eset bemutatásával. Az eljárás röviden az, hogy a külső szemüregfal időleges resectiója után a látóideg hüvelyéből egy kis darabka eltávolítatik. Az eredmény az eddig ily módon operált 19 esetben az volt, hogy a pangásos papilla visszafejlődött, még pedig a nem operált oldalon is s az agynyomás általános jelenségei (szédülés, fejfájás) jórészt eltűntek. Az erősen veszélyeztetve volt látóképesség nem rosszabbodott, sőt sokszor javult.

## HIRDETÉSEK.

### 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 engedélyt 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.)

## Dr. Erényi Jenő kir. tanácsos

## Diätetikus gyógyintézete Karlsbadban

gyomor-, bél-, epekő- és cukorbeteg részére.



## Natrarsen ERI

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

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

PHOSPHAT

FUNK  
ÖSSZETÉ-  
TELÜ

KAPHATÓ  
GYÓGYTÁR ÉS

SZÉTKÜLDÉS: SZT. HERMINA GYÓGYTÁR-BUDAPEST, TÖKÖLYI-ÚT 28.



ANYATEJ-

SZERÜ  
GYERMEK-  
TÁPLISZT

MINDEN

DROGERIÁBAN

## Gőzfertőtlenítő gépeket

stabil és kocsira szerelt kivitelben gyárt:

Szántó és Beck mérnök gépgyára,  
IX., Viola-utca 7.



# 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.

- Obál Ferencz:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár.) A rekesz sérveiről. 197. lap.
- Winkler Mór:** Egy albániai cs. és kir. mozgó-tartalékkórházból (malaria-kórház). (Parancsnok: Ronta dr., törzsorvos.) A tropuszi lázról és kezeléséről. (Malaria tropica, febris tropica, malaria perniciosus.) 200. lap.
- Torday Árpád:** Közlemény a cs. és kir. 16-os számú helyőrségi kórházból. (Kórházparancsnok: Karowski dr., főtörzsorvos.) Az interlobaris mellhártyagyuladásról. 203. lap.
- Pólya Jenő:** Közlemény a Szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról. A lövéses aneurysmákról. 205. lap.
- Tárca. Szana Sándor:** A gyermekkor közegészségügyének bajai. „A Gyermekért” Országos Gyermek-Közegészségügyi Társulat alakuló közgyűlésén elmondott beszéd. 206. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Pesti Atfréd:** Magyarország orvosainak évkönyve és címintára az 1917. évre. — **Bandelier és Roepke:** A gümőkór klinikája. — **Lapszemle. Belorvostan. Minarik és Schopper:** A tropuszi malaria gyógyítása. — **Vorpaht:** A kiütés nélküli himlő. — **Sebészet. Linser:** A gyűjtőértágulat conservatív kezelése. — **Klapp:** A sarokra, valamint a lábtöcsontokra terjedő gangraena egy esete. — **Börkörtan. Obermiller:** A Vlemingx-oldat mint rüh- és tetűellenes szer. — **Th. Fahr:** A herpes zoster kérdése. — **F. Winkler:** A bőrbajoknak Röntgen-toxinnal való kezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Fr. Meyer:** A pneumonia terapiája. — **Appel:** Serpiginosus lágyfékély. — **Favre és Dreyfuss:** Vincent-angina. 208—210. lap.

Magyar orvosi irodalom. 210. lap.

Vegyes hírek. 210. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár.)

## A rekesz sérveiről.

Irtta: *Obál Ferencz* dr., egyet. tanársegéd.

Legrégibb idő óta a rekeszsérvek közé sorozzák azon eseteket is, midőn egyes hasüri szervek a rekesz valamely meglévő, de tágult, vagy traumás eredetű nyílásán keresztül csupán előesnek a mellkasba, a nélkül, hogy a peritoneumot maguk előtt tolnák. A sérv elnevezés csak annyiban jogos, a mennyiben klinikai szempontból a folyamat nagyjából megegyezik a valódi rekeszsérvekével, midőn a rekeszen keresztül a mellkasba jutott hasüri szervnek fali hashártyából, pleurából vagy mindkettőből álló borítéka van.

Az összes statisztikák szerint a valódi rekeszsérvek sokkal kisebb  $\%$ -ban észlelhetők, mint az álrekeszsérvek, így *Schmidt* összeállítására szerint 282 eset közül 28 valódi és 254 ál, *Grossers* szerint 433 eset közül csak 40 valódi.

Gyakoriak a rekeszsérvek gyermekeken, mint tisztán veleszületett fejlődési rendellenességek, midőn a sérvek a rekesz valamely abnormis tág természetes nyílásán, vagy az izomnyalábok között lévő kisebb-nagyobb réseken jönnek létre. Hiányozhat a rekesznek egyik vagy másik fele, s legritkábban az egész rekesz. Nagyobb rekeszsérv esetén többnyire életképtelen a gyermek, s elhal asphyxia és emésztési zavarok következtében. A legnagyobb ritkaságok közé tartozik *Klebs* és *Thoma* esete, a hol teljes rekeszhiány mellett a gyermek 6 éves koráig élt.

A határozottan kimutatható congenitalis sérvek között is ritkább a valódi mint az álrekeszsérv, az arány 13.25%: 86.75% (*Lipmann*); gyakoribb a bal- mint a jobboldali (98:19), a mi a rekesz fejlődéséből magyarázható (*Cadiat*).

A veleszületett rekeszsérvektől a traumásokhoz átmenetet alkotnak az úgynevezett spontán rekeszsérvek, melyek kimutatható ok nélkül fejlődnek. Ezeknél is fel kell vennünk a congenitalis alapot, mely akár a természetes nyílások tágasságában, akár az egyes izomrostok kisebb fejlettségében nyer kifejezést. Ezen sérvek kifejlődhetnek a természetes nyílásokon: a for. oesophageumon, a sternocostalis, a sympathicus (for. *Morgagni*), a lumbális hasadékon (for. *Bochdalecki*) (*Merkel*), az aorta, a vena cava kilépése helyén, az ezen nyí-

lásokat környező laza kötőszövetben vagy ezen természetes nyílásoktól távol, midőn a kapút izomhiány jellemzi a rekesz izmos részében, melynek szélein az izom és inak kóros okok folytán gyöngültek vagy engedékenyebbek lettek, de hashártyával borítottak. Ezen spontán sérvek gyakran éveken keresztül lassan fejlődnek ki, a hasüri nyomás fokozódása közben, úgy mint a test egyéb tájain fejlődő sérvek, melyek évtizedeken keresztül fennállhatnak tünetek nélkül, vagy csak muló kólika-tüneteket okoznak, súlyosabb tüneteket pedig csak kizáródás esetén.

A lassú fejlődés és a tünetek szempontjából ezen csoportba sorozhatók azon esetek, amelyekben az egyik vagy másik rekeszfél igen nagy fokban kitágul; ide tartozik az először *Laennec* által leírt kórkép, a hol a rekesz a II. bordáig felért, s a hasüri szervek az egész mellkas alsó  $\frac{2}{3}$ -át kitöltötték (eventeratio diaphragmatica seu relaxatio diaphragmatica diffusa, *Petit*, *Cruveilhier*).

Amióta a Röntgen-vizsgálati eljárások elterjedtek, több hasonló esetet észleltek (*Wiedmann*, *Glaser*, *Hirsch*, *Hildebrandt*, *Hess*, *Herz*, *Lotze*, *Arnsberger*). A folyamat pathogenesisére nézve eltérők a nézetek s még kérdéses, hogy tisztán congenitalis okok (*Thoma*, *Hess*, *Hirsch*, *Hildebrandt*), izom-lipomatosis (*Benda*), állandóan emelkedett hasüri nyomás (*F. A. Hoffmann*), phrenicus-hűdés vagy primaer izomdegeneratio játszsák-e a főszerepet (*Tennant*). *Bramann* diverticulumot észlelt a rekeszen, melyen nagy lipoma volt, *Bohn* tölcészerű diverticulumot, melyben a lép, vékonybelek és a vakbél voltak.

A szerzett rekesznyílások nagy része, mely később sérvre vezet, subcutan vagy percutan traumától ered.

A percutan traumából eredő rekeszsérülések legtöbbször szúrás, lövés, ritkábban metszés, kardvágás, kivételesen nyársalás, szarvalás folytán jönnek létre, midőn a nyílás helye, nagysága, alakja és szélei a hevenyen észlelés alá kerülő esetekben magukon viselik a trauma jellegét.

A subcutan izolált rekeszsérülések ritkaságszámúak mennek. Nagyerejű tompa erő folytán jönnek létre, így gerendára esés, vagy súlynak a hasra vagy mellkasra esése folytán, midőn a trauma a mellkast vagy hasüreget hirtelen összenyomja. A sérülés repedés, mely a centrum tendineumon, mint legkevésbé rugalmas és tágulni legkevésbé tudó rekeszrészén jön létre, alakja a rostok irányával párhuzamos, nagysága kisebb nyílástól az egész rekeszre kiterjedő lehet. Ezen sérülések leginkább akkor jönnek létre, ha a trauma belég-



zési helyzetben éri a mellkast vagy a hasat, midőn a rekesz megfeszül.

Subcutan repedések kívülről ható traumákon kívül ritkábban hányás (*Lacher, Banga, Taxenberger*) vagy szülési fájdalmak alatt állhatnak be (*Percy*), amely esetekben valószínűleg a rekeszen székelő kóros okok játszanak fontos szerepet.

Az elmondottakon kívül folytonosságmegszakítások és perforációk előállhatnak a rekeszen mellüri és szívburokempyémáknál, rekesz alatti és májtályogoknál, mely esetekben azonban már az alapbántalom természeténél fogva a sérvek és előesések a lobos összenövés miatt igen ritkák.

Úgy a percutan sérüléseknél, mint a subcutan rupturáknál a sérülés ritkán incomplet, mint *Schlatter* esetében, a hol a szúrásból csupán csak a rekeszizom és annak pleuralis borítéka sérült s a peritoneum ép maradt. Ezen és hasonló sérülések után később fejlődnek a sérvek, midőn a rekesznyílást borító peritoneum lassan betüremkedik a mellkasba tömlőszerűen.

Traumás esetekben a sérv vagy előesés kapuja természetesen bárhol lehet, a hol a trauma folytán nyílás vagy csekélyebb ellentállású hely keletkezett, de az esetek többségében a folyamat baloldali (*Lacher* szerint 19:5, *Thoma* szerint 50:15, *Iselin* szerint 31:2 arányban), mert a jobb oldal még a rekesz sérülése esetén is a máj nagy tömegénél fogva kevésbé alkalmas arra, hogy ott sérv keletkezzék.

A sérv tartalmát az összes hasüri szervek alkotják; *Lacher* és *Dietz* nagy gyűjtőstatisztikája szerint: gyomor 164, colon 150, cseplesz 101, vékonybél 85, lép 60, máj 46, duodenum 35, pancreas 27, coecum 21, vese 2 esetben volt a sérv tartalma.

Azon traumás eseteket nem tekintve, melyek a sérülés után azonnal okoznak tüneteket, az esetek nagy részében nem határozható meg a sérv keletkezésének ideje. Előző mellkasi és hasi traumák után súlyosabb tünetek esetén gondolhatunk rekeszsérv lehetőségére, ha az erőt mérlegelve, ezt az adott esetben elegendőnek tartjuk arra, hogy a rekeszen olyan sérülést hozzon létre, mely, ha nem is azonnal, de később sérvképződésre szolgálhat alapul.

A kórkép változatossága megérthető a rekesz physiologiai szerepéből, a sérv tartalmát tevő és a szomszédos szervek helyzetváltozásából, vongálásából, összenyomatasából, táplálkozási zavarából vagy azoknak más ok következtében létrejövő megbetegedéséből. A kórkép változatosságából s egyéb kórképekhez való hasonlatosságából következik, hogy a Röntgen-eljárások elterjedte előtt igen kevés rekeszsérvet körjeltek s hogy azok leginkább csak más okból végzett műtétek alkalmával vagy bonczoláskor fedeztettek fel.

Úgy congenitalis, mint szerzett rekeszsérv eseteiben súlyosabb panaszok hosszú időn keresztül hiányozhatnak, s csak akkor jelentkeznek, ha a dislocatiók nagysága zavarja a szerveket normális funkciójukban. A beteg évtizedeken keresztül szenvedhet kisebb, gyakran aaptalannak látszó panaszokban, melyek rekeszsérvből eredhetnek, így *Petit* esetében, a hol egy 40 éves férfi évtizedeken keresztül szenvedett kisebb kólikákban és hányás-ingerben, a melyek végre halálát okozták, s csak a bonczoláskor derült ki, hogy régi rekeszsérv volt jelen. Máskor a tünetek igen csekélynek látszó okokra állanak be, így tánczra (*Monro*), megerőltető menetelésre (*Lawrence*), hirtelen lesoványodásra (*Doering*).

Diagnostikai szempontból különös gyakorlati fontossággal bír, hogy a hasüreg a rekesz kúp alakú voltánál fogva bedomborodik a mellüregbe, s a bordák hátul tekintélyes kiterjedésben körülveszik a hasüreget, miáltal a két serosus üreg olyan szoros viszonyba lép egymással, hogy úgy a rekesz megbetegedései, mint sérülései mindkét serosus üreggel szoros vonatkozásban vannak.

A rekeszsérvek speciális tüneteik nincsenek, a bordaív alá lokalizált fájdalmak mellett a tünetek az incarcerált, vongált s keringésükben megzavart mellkasi és hasi szervek működés-zavarában összegeződnek. Gyakran a rekeszszel együtt sérült zsigerek perforatiója (legtöbbször szúrásnál, 90

eset közül 76 esetben, *Iselin*), vagy incarceratióknál azok gangraenája, vagy a stercoralis fistulák hívják fel a figyelmet a rekeszsérvre. A tüdő összenyomatasása és a szív dislocatiója folytán előálló légzési és szív működési zavarok arányban állanak a sérv nagyságával. A diagnosis szempontjából számbaveendő, hogy pneumothoraxnál a rekesz lelapul, miáltal a has előredomborodik, míg rekeszsérvnél ez fordítva van. Ritkák az oesophagus megtöretéséből és összenyomatasából eredő tünetek (*Trail*). A minden szövetisérülésnél természetesen meglevő vérzés alig észlelhető, nemcsak a vérzés rejtett volta miatt, hanem leginkább azért, mert a vérző rekesznyílást tamponálja a sérvtartalom. Nagyobb mellkasi sérüléseken át létrejövő rekeszsérülés esetében a sérvtartalom megjelenhet a mellkasi sebben, amikor a diagnosis kétséges nem lehet. Leginkább látható ez a mellkas szúrásai sérülése után előálló cseplesz-előesés esetében. (*Iselin* szerint 90 eset közül 56 esetben.)

A kórkép változatossága és egyéb kórképekkel való hasonlatosságából következik, hogy megállapítása gyakran ütközik nehézségbe, de a tapasztalat mutatja, hogy pontosan végzett Röntgen- és egyéb vizsgálati eljárásokkal a körjelzés legtöbbször lehetséges.

A prognosis szempontjából a folyamat mindig súlyosnak tekintendő. A kórkép súlyossága megérthető abból, hogy az összes mell- és hasüri szervek nemcsak szoros anatómiai vonatkozásban vannak a rekeszszel, hanem azok egynémelyikének physiologiai működése majdnem nélkülözhetetlen összefüggésben van a rekesz funkciójával. Ebből önként folynak azon súlyos vitális következmények, melyek úgy a has, mint a mellkas szervei részéről előállnak a rekesz sérülésénél. De ezt nem is tekintve, a kórkép súlyosságát magyarázzák azon veszélyek, a melyek a nagy savós üregek megnyitásával járó fertőzésben és életfontosságú zsigerek sérülésében rejlenek.

A heveny traumás esetekben, vagy a rohamosan növekedő sérvknél a halál hirtelen állhat be a tüdő compressiója, a szív dislocatiója, vagy később a zsigerek összenövése és incarceratiója folytán.

Pathologiai adatok szerint spontan gyógyulás létrejöhet ugyan (*Repetto, Neugebauer*) a rekesznyílás összetapadása vagy a szomszédos szervek, leginkább a cseplesz oda- vagy benövése által, de az eredmény bizonytalan, mert az összetapadások a rekesz mozgása folytán ismét felszabadulnak, a heg tágul, s később chronikus sérvekre (*Popp, Lacher*), előesésekre és incarceratiókra vezetnek (*Faulhaber, Vetter, Fucras, Joessel*).

A rekeszsérvek egyedüli gyógymódja a műtéti beavatkozás. A sérülés ellátásának ki kell terjednie a vérzésre, a has illetve mellkas szerveinek ellátására és a rekesznyílás elzárására. Ezen hármas cél elérhető transpleuralis vagy abdominalis úton. Mindkét eljárásnak van előnye és hátránya s ezért bizonyos esetekben kettős út követendő. Transpleuralis úton a rekeszsérülés jobban egyesíthető ugyan, de nem nyújt elég betekintést főleg a melléksérülések felismerése és ellátása szempontjából. Jobb betekintés nyerhető több borda resectiójával vagy osteoplastikai lebeny készítésével (*Permann, Potemski*), hosszú intercostalis metszéssel (*Wilms, Merwedel*), mely utóbbi eljárás mellett a bordaív felkampózása után a bejutás a rekeszhez lényegesen könnyebb. *Kelling* a könnyebb hozzáférhetőség céljából a műtétkor vízszintes felsőtestfekvés mellett az alsó végtagok lógatását ajánlja, mely eljárás lényegesen megkönnyíti a rekeszhez való hozzájutást. Legtöbb szerző az abdominalis utat ajánlja, mely természetesen nagy és jó betekintést nyújt a vérzések és melléksérülések ellátására. A thoracalis utak mellett kisebb rekeszsérülés, így leginkább lövés sérülés eseteiben, a hol a rekesznyílás nem nyújt elegendő betekintést a rekeszhez, a thoracalis út mellett még laparotomia is végzendő.

A most folyó világháború változatos sérülései között lövés által okozott rekeszsérülés esetét is volt alkalmunk észlelni. Az eset, sajnos, az utolsó órában került az egyik hadikórházból a budapesti I. sz. belklinikára, midőn a beteg állapota



pontosabb vizsgálatot nem engedett meg, s onnan sürgős műtét kivitele céljából tétetett át a II. sz. sebészeti klinikára, hol a laparotomia derítette ki az előző súlyos rekeszsérülést és a hasüri szerveknek a mellkasba történt nagyfokú dislocatióját.

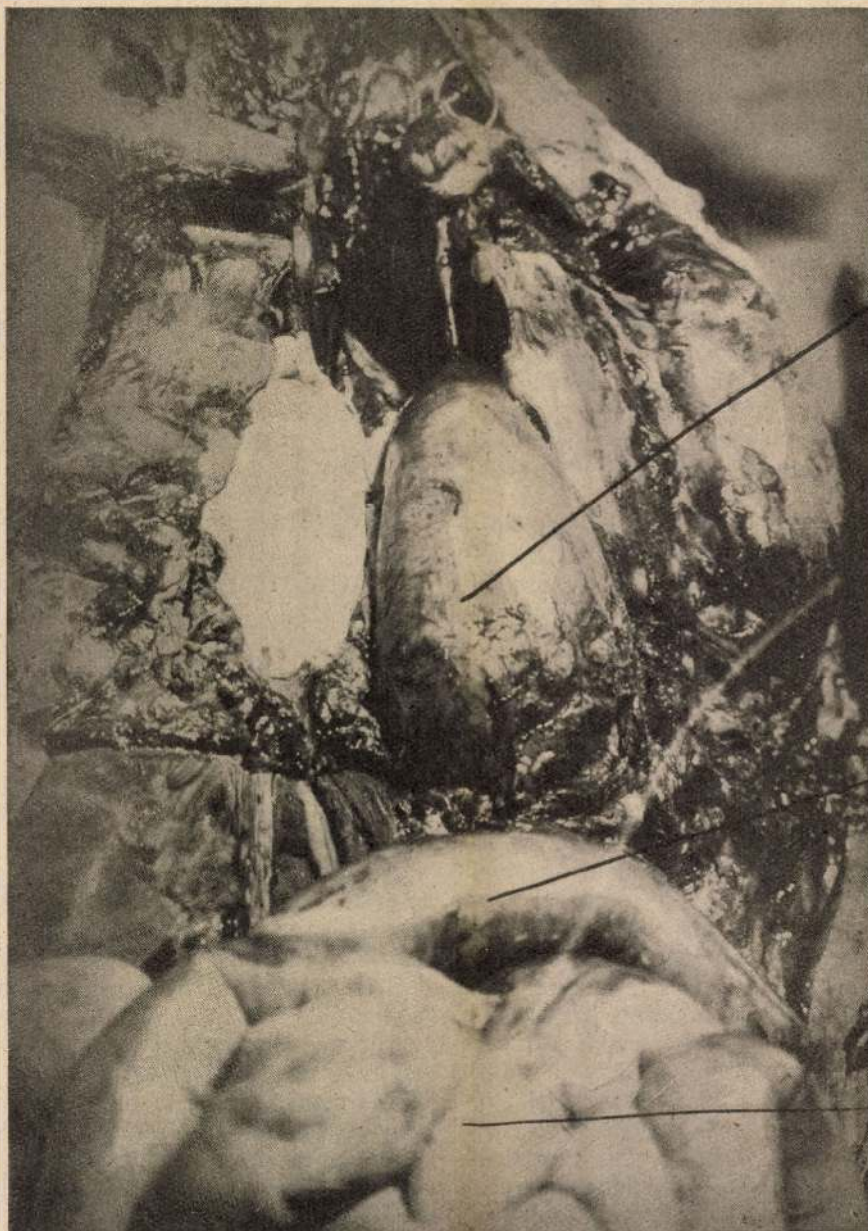
Bár *Weitting* és *Makins* kimutatásai szerint a háborúban keletkezett mellkasi és hasi lövés-sérülések között elég gyakoriak a rekeszsérülések (15—30%), érdekes, hogy a gazdag külföldi irodalomban a most folyó háború kapcsán eddig alig közöltetett néhány rekeszsérülés esete. Minthogy valószínűnek tartjuk, hogy a háború befejezése után ezen sérülések is összegezés és feldolgozás alá kerülnek, ezen munkához legalább egy esettel óhajtunk hozzájárulni.

W. I., 24 éves közvitéz, 1914 október 16.-án sérült meg állítólag fegyvergolyó által. Sérülése után a tábori kórházig hosszabb utat tett meg gyalog könnyű szerrel, különös panaszok nélkül. Innen 5 nap múlva elszállítatva, 1914 október 27.-én egy budapesti hadikórházba érkezett, a hol december 3.-áig ápoltatott. Az ezen hadikórházból nyert kórtörténeti adatok szerint különös körjelző tünetek nélkül a beteg hőmérséke enyhe antipyreticumok adagolása mellett állandóan 37,1—38,8° között ingadozott. December 2.-án 37,8 hőmérsék mellett a beteg hirtelen súlyos collapsusba esett. Pulsus sz. p. 130. Az alkalmazott cardiacumokra a collapsus csupán enyhült s december 3.-án a beteg peritonealis tünetekkel,

gyomorperforatio körjelzéssel az I. sz. belklinikára tétetett át, s innen sürgős műtét kivitele céljából azonnal a II. sz. sebészetre.

Felvételkor a nagyfokban elesett beteg hasa erősen meteorismusos. Sokat csuklik, pulsusa szabálytalan, könnyen elnyomható, sz. p. 130, a légzés felületes, szapora, a betegnek súlyos abdominalis arczkifejezése van.

Az általános súlyos benyomás, melyet a beteg az észlelőben keltett, behatóbb vizsgálatot nem engedett meg, de minthogy kétségtelennek látszott, hogy a súlyos kórkép okát a hasürben kell keresnünk, rögtönös laparotomiára határoztuk el magunkat. Minthogy kétségtelennek látszott, hogy a beteg a narkosist nem bírja ki, localis anaesthesiában végeztünk median laparotomiát a kardnyujtványtól a köldökig, a midőn feltűnt, hogy a gyomor és colon nincsen a helyén, sőt egyáltalában nem lelhető meg. Tüzetesebb vizsgálatra látjuk, hogy az erősen feszülő colon ascendens és descendens egymással felfelé konvergálva, az összehúzódott bal rekeszfélhez vezet, illetve azok körülbelül 3—4 ujjnyi kocsánnyal a rekesznek egy nyílásán a mellkasba folytatódnak. Midőn nyilvánvaló volt előttünk, hogy rekeszsérvvel van dolgunk, mely magába foglalja az egész gyomrot, megkíséreltük a rekesz nyílásának tágításával a mellkasba áthelyezett zsigerek kihúzását. Midőn ez nem sikerült, az erősen feszülő rekeszt az abnormis nyílásból kiinduló, oldalt néhány bordán át ve-



Rekeszsérv készítményének fénykép-felvétele: a) a mellkasba áthelyeződött gyomor, b) vastagbél, c) vékonybelek.



zetett metszéssel felhasítjuk. Ezután láttuk csak világosan, hogy a rekesznek előbb említett nyílásán keresztül az egész gyomor, cseplesz és colon transversum, továbbá a colon as- és descendens egy része bejutott a bal mellkasfélbe, a jobb felé tolt szív és a hilusa felé ökölnyi tömeggé összenyomott tüdő helyére; úgy a gyomor, mint a colon nagyfokban puffadt, egymással összetapadt, hátulsó felszínével a mellkas hátulsó falához erősen rögzített. Az említett összenövések következtében a mellkasba jutott zsigereket a hasüregbe visszahelyezni nem lehetett, így meg kellett elégednünk a rekesz sebszéleinek szűkítésével s a hasüregnek Mikulicz-tampon felett történt zárásával. A beteg ezen súlyos beavatkozást novocain-anaesthesia mellett elég jól tűrte, s a műtét után lényegesen megkönnyebbült objektíve észlelhetően is, s a légzése és szív működése javult. Sajnos, ezen javulás csak mintegy 6 órán át tartott s a beteg a műtét után 8 óra múlva súlyos collapsus tünetei között meghalt.

A bonczjegyzőkönyv kivonata szerint: A has középvonalában a köldöktől felterjedőleg 18 cm. hosszú laparotomiás seb, mely felül egy másik 13 cm. hosszú, majdnem a bal mellbimbóig terjedő műteti sebbel tompa szögletet alkot. A varratokkal egyesített két seb találkozási helyén, a proc. xiphoides alatt gaze-zal tamponált. A mellkas bal felén az említett bőrmetszés bal szárának megfelelőleg 10 cm. hosszú thoracotomia végeztetett. A hát bal felén, körülbelül 12 cm. nyíra a lapoczká csúcsától lefelé, a bőr régebbi vérzés folytán kékes feketésen elszíneződött, de hámosodott. E helynek megfelelően a bőralatti kötőszövet körülbelül babnyi terjedelemben elhegesedett. E helynek megfelelően a pleura semmi különösebb reakciót nem mutat. A belek puffadtak, elődomborodók. A vékonybelek a műteti területen mintegy 5 koronányi terjedelemben zöldesen elszíneződtek, s mintegy gyermektenyényi terjedelemben vékony fibrinosus hártálytól borítottak. A rekesz jobboldalt a IV. borda alsó, baloldalt a VH. borda alsó szélénél áll. A rekeszen kéz számára átjárható, harántirányban lefutó nyílás van, melyen keresztül a gyomor úgy látszik egész terjedelmében, sőt a colon egy része is a bal mellkasba hatolt, úgy, hogy a sternum kivétele után a bal tüdő helyét az erősen elődomborodó gyomor foglalja el, mely körülbelül 20 cm. hosszú és 10 cm. széles tömlőszerű képlet alakjában domborodik elő. Ettől balfelé a vastagbél foglal helyet, mely mintegy karvastagságú és a gyomorral összefügg, s épp úgy mint a gyomor és szív, a mellkas fala felé szabadon mozgatható.

Tüzetesebb vizsgálatra kiderül, hogy a baloldali rekeszen egy körülbelül 3—4 ujj számára átjárható, elhegesedett és legömbölyödött szélű nyílás foglaltatott a műtétet megelőzőleg, mely azonban a műteti beavatkozás folytán tetemesen tágult. E nyílás környezetének vizsgálata, nevezetesen a rekesznek, illetve a centrum tendineumnak nem túlságos káros elhegesedése amellől szól, hogy a nyílás pár hét előtt lövés folytán támadt. A nyíláson keresztül bujt a mellkasba a gyomor a pylorusig, a colon descendens kis része, a colon transversum egész terjedelmében és az utóbbinak a flexura hepaticától valamivel lejjebb eső része. A bal tüdő kisökölnyi képlet alakjában a tüdő hilusa felé retrahálódott, teljesen légtelen, izomtáptatott. A jobb tüdő puffadt és jóval bővérbűbb. A lép mérsékelten megnagyobbodott, mindenek szerint a rekesz szárának, vagy talán a mellürbe vonzott colon illetve mesenterium nyomása folytán közepe táján mély befűződést mutat, melynek megfelelőleg a tok kifejezetten vastagabb. A vena lienalis körülbelül 3 mm. átmérőjű ága thrombotizált, s a lép felének valamivel nagyobb részlete véresen beszűrődött. A szív a középvonaltól jobbra fekszik, a többi parenhymás szerv részéről kóros elváltozás nem észlelhető.

Kórboncz-tani vélemény: Lövés okozta baloldali rekeszsér. A löveg mindenek szerint a bal hátfél alsó részén a 12. bordának megfelelőleg hatolt be s további lefutásában a bal rekesz bal szárán ejtett nyílást. A löveg további lefutásában már nem volt követhető. Következésményes rekeszsér az egész gyomornak, cseplesznek és a colon nagy részének a bal mellürbe való áthelyezésével. Következésményes teljes baloldali

atelectasia. A lépnek nyomás okozta véres infarctusa. Jobboldali tüdőtagulat. Laparotomia és baloldali thoracotomia; e helynek megfelelőleg egészen körülírt fibrinusz peritonitis (*Krompecher*).

A beteget, sajnos, a sérülés után nem észlelhetjük s nem figyelhetjük a kórkép kifejlődését. Kétségtelen azonban, hogy a lövés, mely a rekesznyílást ejtette, a belső szervek súlyosabb sérülését nem okozta, mert a beteg a sérülés után hosszabb gyalogutat tett meg, s még napokon keresztül jól érezte magát. Állapota a beszerzett adatok szerint is némi hőemelkedésen kívül súlyosabb tünetet nem mutatott.

Az elmondottak szerint lövésű sérülés okozta tulajdonképpen ál-rekeszsérvel volt dolgunk, mely a rekesz traumás nyílásán keresztül lassan jött létre s fokozatosan érte el a leírt nagyságot.

Kétségtelen, hogy a rekesznyíláson keresztül a gyomornak és a colonnak a mellkasba történt áthelyeződése csak lassan jött létre, s a lassan, fokozatosan kifejlődő tüdőcompressio és szívdislocatio súlyosabb tüneteket nem okozott. Súlyosabb tünetek csak a sérülés után 46 nappal jelentkeztek, midőn a zsigerek nagyfokú dislocatiója és összenyomtatása folytán súlyosabb keringés-zavarok állottak elő.

Minthogy a beteg állapota, midőn a klinikára hozatott, exactabb vizsgálatot már nem engedett meg, a hashártyagyulladás felvétele mégis jogos volt, mert a hasüri szervek dislocatiója és strangulatiója folytán előállott meteorismus, hányás, csuklás, szív működési zavarok s a beteg általános állapota alapján jogosan állíthatuk fel a hashártyalob diagnózisát.

A beteg a műtét után néhány órára megkönnyebbült, a mi érthető abból, hogy a rekesznyílás tágítása után a mellkasban lévő gyomor és colon óriási puffadtsága megszűnt, miután annak tartalma kiürült, s ezáltal a szív és mediastinum dislocatiója némileg csökkent.

Bár betegünk életét nem sikerült megtartani, az esetet mégis érdemesnek tartjuk ismertetni, mert éppen ez az eset is alkalmas annak megállapítására, hogy a mai tökéletes egyéb vizsgálati eljárások mellett is mennyire nélkülözhetetlen eszköz a Röntgen-átvilágítás, a mely eljárással a helyes diagnózis és műtét kellő időben kivihető lett volna.

Egy albániai cs. és kir. mozgó-tartálékkórházból (malaria-kórház).  
(Parancsnok: Ronta dr., törzsorvos.)

### A tropusi lázról és kezeléséről.

(Malaria tropica, febris tropica, malaria pernicioosa.)

Irta: *Winkler Mór* dr., segédorvos.

Az alábbiakban oly kórról akarok megemlékezni, mely itt Albániában járványszerűen dúlt, nálunk otthon azonban csak kevéssé ismeretes, pedig alkalmasint sok ilyen beteg fog kezelés alá kerülni s azért talán nem felesleges, ha egyet-mást elmondok itt szerzett tapasztalatainkból, melyeket bőven szereztünk közel kétezer malariás beteg kezelése közben.

A kórokozó a malaria tertiana és quartana kórokozójával rokon plasmodium, „a plasmodium immaculatum“, de attól már fejlődése korai szakában lényegesen eltér, a protoplasmájának alig észrevehető, gyenge kialakulása és az úgynevezett „kis tropica-gyűrű“ miatt. Ezen gyűrű alig  $\frac{1}{6}$ -od akkora, mint egy vörös véresejt, de a láz növekedésével megnő eredeti nagysága kétszeresére körülbelül 36—40 óra alatt, ez a közepes tropica-gyűrű, a mely a lázroham végéig vagy annak megszűntéig az úgynevezett „nagy tropica-gyűrű“-vé lesz. Nagyon jellegzetesek a sexualis alakulatok, a gameták, melyek akár kétakkorák, mint egy vörös véresejt, félhold-alakúak, concav oldalukon rendszerint egy vörös véresejttel; röviden egyszerűen „félhold“-aknak nevezik, ezek már magasabb fejlődési productumok s a betegség, illetőleg lázroham későbbi szakában észlelhetők, az acut rohamban rendszerint még nem találhatók. Osztódási alakulatokat a vérben nem találunk; az osztódás a belső szervekben (agy, lép, máj, csontvelő) történik. A plasmodiumok jóval kisebb mennyiségben fordulnak elő a vérben, mint tertiana vagy



quartana esetében, mennyiségükből bizonyos mértékben a fertőzés súlyosságára következtethetünk; egy vörös véresejt többszörös fertőzése itt ritka, míg tertianában elég gyakori.

A tünetek lényegesen eltérnek a közönséges malariáétól; míg itt a lázmenet jellegzetes, addig a tropusi malariában épp a szabálytalan, rendetlen láz az ismertető és a súlyos toxikus jelenségek uralkodnak a kórképen.

A betegség beállhat minden előzetes jelenség nélkül, de sohasem oly acutan és hidegrázással, mint például a tertiana; a legtöbb esetben főfájás, étvágytalanság, derék- és végtagfájdalmak, ritkábban hányás és hasmenés előzik meg. A láz nem állandó tünet, észleltünk néhány esetben súlyos tropicát egész lefolyásában láz nélkül; mégis az eseteknek túlnyomó többségében láz van, mely vagy lassan emelkedik, vagy borzongástól kísérve hirtelen fokozódik, egyszer tertiana-jellegű, máskor meg állandó; a szabálytalan intermittáló típusú még a leggyakoribb; a rohamok oly gyorsan változhatnak, hogy közben normalisra nem is tud a hőmérséklet süllyedni; a lázmenetnek épp e rendszertelensége, szabálytalansága a legjellemzőbb a tropicára.

Elég gyakori, hogy a lázmenet teljesen hasonló a typhus recurrens lázmenetéhez. (Egy ilyen lázas tropicán estem át magam is s ha nem volt volna a vérvizsgálat eredménye tropicára pozitív, könnyen lehetett volna recurrensnek tartani. Ábra.)

jobban van. Éjjel felkeltenek, állapota rosszabb, eszméletlen, pulsus szapora, gyenge. Coffein-, majd kámfor-befecskendezés, ennek daczára mély coma és csakhamar halál (24 órával az első lázroham kezdete után).

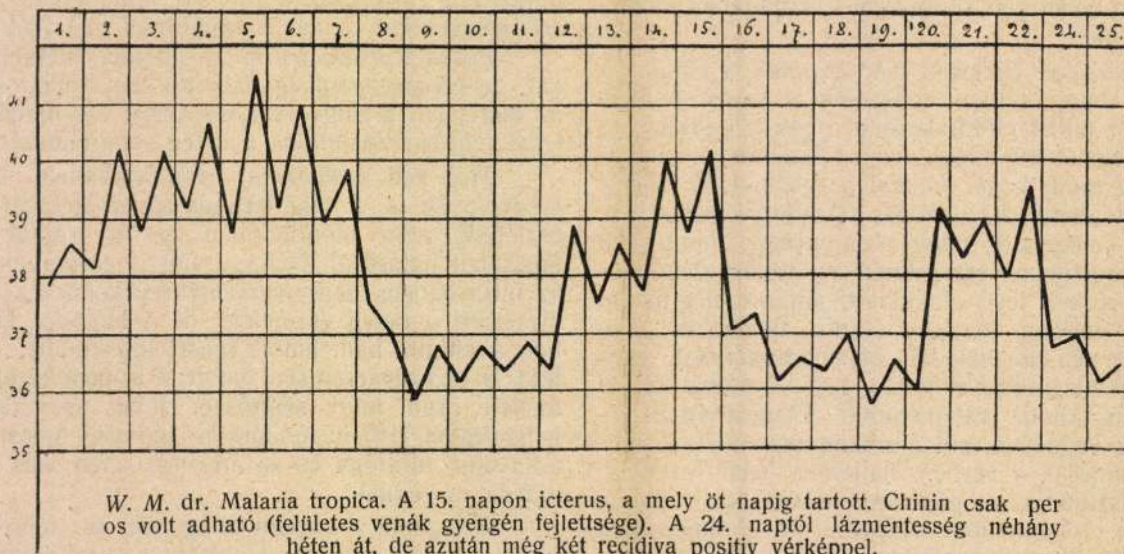
H. K. M. határvadász azzal a panasszal jön, hogy éjjel láza volt; megvizsgálásakor a nyelv száraz voltán és bevontságán kívül semmi kóros jel; délben a hőmérsék 38,4°, azután 0,5 gr. chinin; fél órával utána jelentik, hogy rosszul van, mire odaérek (alig 10 perc), meghalt. A vérben mindkét esetben tropica-parasiták.

Az ilyen és hozzájuk hasonló esetek nem éppen ritkák.

Más esetekben láz mellett fokozódó hasmenés, rizslé-szerű ürülék, lábikragörcs, beesett szemek, cyanosisos hegyes orr, hideg végtagok, szapora, gyenge pulsus észlelhetők, vagyis teljesen az ázsiai cholera-hoz hasonló a kép, vagy láz mellett tenesmussal járó nyálkás-genyes-véres gyakori ürülések a dysenteria-hoz hasonlóvá teszik a képet. Megjegyzem, minden ilyen esetben bakteriologiai székvizsgálatot végzünk; a fertőzés lehetősége ugyanis nincs kizárva, egy esetben csakugyan találtunk cholera-vibriókat, egy esetben pedig dysenteria-bacillust, s így közös fertőzés állott fenn.

A kisebb gyomor-bélrendszerbeli zavarokról, melyek mindennaposak, nem is szólok, ezeknek az oka vagy étrendi hiba, vagy talán a tartós chinin-szedés is. Lehet az egész megbetegedés typhosus jellegű, nem ritkán recurrensre emlékeztető.

A lépduzzanat nagyon gyakori, de nem állandó tünet; körülbelül 30%-ban nem tapintható a lép.



A klinikai tünetek igen változók, nem sok eset van, hol a lefolyás egyforma. Az egész keringési rendszer hajszálerei telve vannak élő és fejlődő parasitákkal, a kezelés folytán elpusztult parasiták és tönkrement véresejtek törmelékével, capillarisk endotheljével stb.; ezen okból súlyos keringészavarokat észlelünk különösen a nemesebb szervekben s ha ezekhez még a súlyos toxikus hatás járul, a betegség súlyossága könnyen érthető. A szerint, hogy ezen hatás mely szervcsoportot támad meg erősebben, változik a kórkép.

A nagymértékben pusztuló véresejtek miatt az anaemia, hydraemia korai tünet, a vér haemoglobin-tartalma süllyed, a 35–40% haemoglobin-tartalom mindennapos.

Különösen a központi idegrendszer megtámadott volta súlyosbítja sokszor a kórképet; ilyen esetekben eleinte erős főfájás, álmatlanság áll fenn, azután nyugtalanság, mely deliriummá fajulhat, majd somnolentia, eszméletlenség, tarkómerevség tág merev pupillákkal (kifejezett meningismus), végül coma és súlyos comában szívgyengeség folytán halál. Sok esetben eszméletlen állapotban kerül a beteg megfigyelésre, a diagnosis ilyenkor nem mindig könnyű; sok eset volt, hogy az ilyen beteget szállásán halva találták vagy a kórházba szállítása közben halt meg. Két ilyen általam a zászlóaljnál észlelt súlyos eset a következő:

I. S. L. 25 éves határvadász, fő-, derék- és végtagfájdalmak miatt jelentkezik, hőmérséklete 39°, a mellkasi szervek épek, a lép nem tapintható, a nyelv erősen bevont, száraz. 0,5 gr. chinin, estére

A portarendszerbeli keringési akadály miatt elég gyakori a májduzzanat, icterus, sok esetben súlyos icterus, a mely azonban legtöbbször hamar javul.

A vesék részéről acut gyuladást nem észleltünk; ha albuminuria állott is fenn, az febrilis eredetű volt, de úgy látszik az időszült és recidiváló esetekben nagy a hajlandóság a veseizgalmakra; ez irányban azonban határozott véleményt mondani még nem lehet.

A légzési rendszer részéről, úgy mint más heveny fertőző betegségekben, a bronchitisek gyakoriak; pneumoniát nem észleltünk; egy esetben került megfigyelés alá empyema. Hydrops, ascites, oedemák a nagyon súlyos esetekben a nagyfokú hydraemia és szívgyengeség miatt keletkeznek.

A diagnosis igen sok esetben nehéz, de nálunk nem, mert ismeretes, hogy járvány alkalmával a figyelem mindig az illető betegségekre terelődik, nálunk tehát malariára, ezért minden esetben megvizsgáljuk a vért, mert csak ez szolgálhat támpontul; a hátrább fekvő kórházakban azonban nem egy esetben kerülhet a kezelőorvos nehéz helyzetbe, főleg ha eszméletlen állapotban vagy comában kerül eléje a beteg; ha az illető Albániában volt, okvetlen csináljunk vérvizsgálatot, sok zavaros esetben fog ez felvilágosítást nyújtani.

Tropica mellett más fertőző betegség is fennállhat, különösen a harcztéren, hol a különböző fertőzések lehetősége állandóan fennáll; ilyen lehet a typhus, cholera, dysenteria



stb. Utóbbi két fertőzéssel való kombinációt mi is észleltünk, mint már előbb jeleztem.

Miként a könnyebb malaria-fajokban, itt is észleltünk tipusos neuralgiákat láz nélkül, egy esetben infraorbitalis-, egy esetben ischias-neuralgiát.

A prognózis lelkiismeretes felállítása nem könnyű, mivel a recidivákról, utóbetegségekről egyelőre nem sokat tudunk. Általában annál jobb a prognózis, minél korábban kerül a beteg szakszerű kezelésbe. Egyébként a prognózis jóval rosszabb, mint például a tertianaé. Úgy gondolom, a recidivák nem lesznek ritkák, s ha tekintetbe vesszük a kór súlyos toxikus voltát, számos utóbetegségre lehetünk elkészülve. A cerebrális s még inkább a gastro-intestinalis alakban, sajnos, rossznak mondható a prognózis. Néhány adat statisztikánkból talán figyelemre érdemes: kezeltünk mindössze közel 2000 beteget, ezek közül körülbelül 600-nak volt tropusi láza, a többi tertiana volt és csak néhány quartana. Halálos eset volt: 15, mind tropica; ha leszámítom a choleraival és dysenteriával kombinált köresetet, a százalék körülbelül 2.

8—10%-ra tehető azok száma, a kiket chronikus lefolyás, súlyos anaemia, cachexia miatt az ország belsejébe szállítottunk. Meg kell említenem, hogy kórházunk távol a fertőzések székhelyétől, anopheles-mentes helyen áll; a fertőzött helyekhez közelebb eső kórházakban, hova a legsúlyosabb esetek kerülnek, melyek szállításra nem alkalmasak, biztosan nagyobb a halálozási arányszám. Tertianában nálunk nem pusztult el senki.

A betegség kezelése. Biztosan ható szerünk a chinin. A hatása függ attól, hogy mikor adagoljuk s hogy hogyan adagoljuk. Alapelv: minél előbb kezdeni nagy adagokkal és állandóan adni huzamosabb ideig. Azon általánosan elfogadott, Koch ajánlotta mód, hogy órákkal a roham előtt lehetőleg nagy dosisokat adunk, bár hatásos a tertiana kezelésében, a tropicában nem elegendő; nagy mennyiségű chinin kell ahhoz, hogy a parenchymás szervekben az oszlási alakulatokat elpusztítsa. A vérben levő alakulatok chininre elég hamar elpusztulnak, ha a vérben keringő chinin találkozik azon időponttal, mikor a vér elárasztódik plasmodiumokkal, ezen időpont tertianában a lázroham előtt van, az 5—6 órával ezelőtt szedett chinin elpusztíthatja valamennyit. Tropicában a lázroham alatt, annak vége felé, sőt a roham után kell a chininnek hatnia s nemcsak a vérben, hanem a belső szervekben is el kell pusztítani a plasmodiumokat, ezt állandó chininezéssel érjük el leginkább. Nagyon jó eredményeink vannak a chininnek „Koch-Nocht“ egyesített methodusa szerint adagolásával; ezen methodus elve, kis dosisokban állandóan adni a chinint, így a beteg is jobban tűri.

Az adagolás sémája a következő:

7 egymásután következő napon naponta  $5 \times 0.2$  gr. = 1 gr. chinin, ezután 3 nap szünet, 3 napig ismét  $5 \times 0.2$  chinin, 4 nap szünet és így tovább mindig 3 napos chinin-használat után mind hosszabb szünet 7 szünetnapig.

Míg tertianában majdnem mindig elég volt, tropicában még ez a chinin-adagolás sem bizonyult elégnek; tehát úgy segítettünk, hogy ha közben mégis mutatkozott láz, eleinte subcutan vagy intramuscularisan adtunk 1 gr. chinin-t, függetlenül a szájon át adagolástól. Az ilyen chinin-injectiókkal azonban csakhamar felhagytunk a helybeli fájdalommal s a nem ritka infiltratio, sőt necrosis miatt, s áttértünk a chininnek intravenosus adagolására. Eredményeink így a legjobbak voltak. Injiciálásra került két chinin-só: a chininum bihydrochloricum és a chininum bisulfuricum 20%-os oldatban (Rp. Chinini bihydrochl. 10.0, Aquae dest. 50.0; vagy Rp. Chinini bisulf. 6.0, Natrii chlorati 2.0, Aquae dest. 30.0), mindannyiszor friss és steril állapotban. A kezelés menete következőképpen alakult: az említett (Koch-Nocht) peroralis adagolás keretén belül, ha láz mutatkozott, annak kezdetén az asepsises kautelák szigorú betartásával a vena medianaba  $2 \text{ cm}^3$  oldatot = 0.4 gr. chinint, újabb roham esetén  $4 \text{ cm}^3$  = 0.8 gr., majd  $6 \text{ cm}^3$  = 1.2 gr.-ot fecskendeztünk s ezen adagnál megmaradtunk, a míg csak láz jelentkezett. 4—5

befecskendezésnél több még a makacsabb esetekben is ritkán kellett; alig néhányra tehető azon esetek száma, amelyekben 8, sőt 10 injectio kellett a tartós láztalanításra. Az injectio ellenére a láz még 12, sőt egyes esetekben 24 óráig tartott s azután hirtelen esett. Két injectio között legalább egy nap szünetet tartottunk. Az injectióknak valami különösebb káros mellékhatását nem észleltük. A fülzúgás, mérsékelt szédülés, köhögés-inger, igen ritkán émelygés, hányás, alig egy perczig tart és elkerülhető, ha nagyon lassan fecskendezzük a folyadékot a vénába. A két említett só között hatásában különbséget nem észleltünk, mindkettőnél azonban óvatosságnak kell lennünk, mert ha nem intravenosusan adjuk, hanem subcutan, helybeli necrosist, infiltratiót okozhatnak és úgy látszik, hogy erre a bisulfuricum hajlandóbb, mint a bihydrochloricum; ez elkerülhető, ha pontosan a vénába kerül a tű s ezt addig vissza nem húzzuk, míg el nem folyt a chinines vér, nehogy a szűrőcsatornán kis mennyiség visszafolyhasson. Különös, hogy a legtöbb beteg, a mint az első csepp chinin a vérébe kerül, a szájban keserű ízről s a gégében gyenge csipésről és emiatt köhögés-ingerről panaszkodik. Kellemtlenebb tünetet a tömeges injectiók ellenére sem láttunk.

Kezelésünk lényege tehát röviden a következőkben foglalható össze: Állandó peroralis adagolás (Koch-Nocht módszer szerint) s esetenként a peroralis adagoktól függetlenül, emelkedő dosisban 0.4—0.8—1.2 gr. chinin intravenosusan, mindaddig, míg csak újabb láz mutatkozik. Határozottan jó eredményeinket ennek a kombinált eljárásnak köszönhetjük.

Próbálkoztunk peroralis adagolás nélkül csak injectiókkal, de eredményeink így távolról sem voltak olyan jók, a minek az oka talán a túlgyors kiválasztás. De a túlsok injectio sem lehet teljesen közömbös a beteg venarendszerére.

Meg kell említenem neosalvarsannal tett kísérleteink eredményeit is. A míg tertiana eseteiben határozott jó hatását észleltük, nem mondhatnám ezt a tropica kezelése terén tapasztalt hatásáról. Néhány súlyos cerebrális esetben ugyan az intravenosus neosalvarsan-befecskendezés után csakhamar visszatért a beteg eszmélete, de a legtöbb esetben, a melyben a chinin nem hatott (gastrointestinalis, choleriform-esetek), a neosalvarsan sem hatott; a tropica kezelésében a chinin mellett csak mint segítőszert jöhet számításba, egyúttal a betegséggel járó anaemiára is kedvező hatású lehet, de mint adjuvans túldrága és az anaemia ellen más arsen-készítményeink is vannak.

Betegeink a chinint átlag jól és nagy mennyiségben tűrik; sokban hozzájárul ehhez az a körülmény, hogy hónapokon keresztül prophylactice szedték.

Csak egyetlen egy esetben észleltem a németek által „Schwarzwasserfieber“-nek nevezett complicatiót: betegünkön, ki már 3 hétig szedte per os a chinint, egy injectio után ( $2 \text{ cm}^3$  = 0.4 gr.) hirtelen rosszul lett, hidegrázás, majd hőemelkedés  $40.3^\circ$ -ig, csakhamar haemoglobinuria és 4 órával a kezdet után súlyos icterus állott be, a vizelet olyan, mint a vörös bor, benne sok fehérje és vesehám, de csak itt-ott egy-egy vörös véresejt. A további chinin-adagolást beszüntetve, az állapot óráról-órára javult, a láz megszűnt s két nap múlva már csak alig észrevehető icterus volt még, a vizelet színe rendes, fehérje csak nyomokban. Újabb két nap után már jól tűrte a chinint, sőt egy hét múlva újabb láz miatt 0.8 gr. chinint intravenosusan, minden mellékhatás nélkül adtak. E vázolt kórkép rendszeren csak malariás betegeken fordul elő; némelyek a chininnel szemben túlzott érzékenységgel tudják be, mások pedig valamelyes haemolysises folyamattal magyarazzák; a kérdés még nyílt, nincs tisztázva; de alkalmasint az utóbbi nézet a helyes, mert ha csak a chininnel szemben érzékenység volna az ok, sokkal több esetben kellene előfordulnia, tehát valamelyes más körülménynek is közre kell játszania; e mellett szól az is, hogy ugyanazon betegünk a roham előtt és után is jól tűrte a chinint.



Közlemény a cs. és kir. 16. számú helyőrségi kórházból. (Kórházparancsnok: Karowski dr., főorvos.)

### Az interlobaris mellhártyagyuladásról.

Irta: *Torday Árpád* dr., egyetemi magántanár, népfelkelő ezredorvos, osztályos főorvos.

Interlobaris mellhártyagyuladásról akkor beszélünk, ha a folyadékfelhalmozódás, a mely serosus, fibrosus vagy genyes lehet, az interlobaris hézagban gyülemlik fel. Ez csak úgy lehet, ha az interlobaris hasadékok közelében kisebb vagy nagyobb területen előzetes összenövések keletkeztek. A tompulat, a melyet az exsudatumnak az interlobaris térben való felhalmozódása következtében nyerünk, ugyan megfelelő nagyjában ezen hézagok anatómiai lefutásának, minthogy azonban a tüdőlebenyek anatómiai határa nem mindig egyenlő, a tompulatot sem fogjuk ezért mindig ugyanazon helyen kapni. Különösen a jobboldali barázda fut le sokszor két bordaközze mélyebben, úgy, hogy hátul a gerincoszloptól a tompulat sem fog ennek következtében oly meredeken a hónalj felé haladni, mint a hogyan rendszeren szokott, hanem inkább vízszintes helyzetet fog elfoglalni. A nyert tompulat különböző lesz, aszerint, a mint a folyadék a barázda hátulsó, középső vagy elülső részében halmozódott fel. Ha a folyadék az interlobaris tér hátulsó részén gyülemlött meg, akkor a folyadék mennyiségének és a folyamat kiterjedésének megfelelőleg vagy keskenyebb, vagy szélesebb szalagszerű tompulatot kapunk, a mely felett a légzés és a hörghangzás gyengült, míg a körülötte fekvő részek felett a kopogtatás hangja mélyebb vagy dobos, hörghi légzéstől és gyakran ropogó szörcsörejektől kísérvé. Minthogy a pleurális folyadékfelhalmozódás eltokolt, mert az interlobaris tér felett és alatt a pleura-lemezek egymással összetapadtak vagy adhaesiók folytán egymással összenöttek, a folyadék egyik irányban sem terjedhet szét, hanem a szomszédos szerveket fogja eltolni, nevezetesen a tüdőt kell nyomnia vagy a szívet fogja áttolni, feltéve, hogy a mediastinum előző összenövések miatt nem fixált. Az intenzív tompulat tehát nem csupán az exsudatum által okoztatik, hanem részben a közte és a mellkas közt levő összenyomott tüdő által, a mennyiben a folyadék nem terjed egészen a parietalis pleuráig. Ennek következtében könnyen megesik, hogy a próbapunctio negatív eredménnyel jár. A próbapunctiót ezért ilyenkor nem a mellkas hátulsó falán, hanem oldalt a IV.—VI. bordaközben kell végezni, lehetőleg hosszú tűvel, mint a hol legközelebb lehet a pleura-ürhöz férközni. Az interlobaris folyadékfelhalmozódás diagnózisát a nem komplikált esetekben a suspendált tompulat alapján fogjuk megállapítani, a próbapunctio és a Röntgen-átvilágítás pedig ki fogja egészíteni. Megjegyzendő, hogy a jobb interscapularis térben a kopogtatás hangja rendszerint rövidebb és resistensebb, a jobboldali izmok erősebben kifejtett volta és a gerincoszlopnak már normális körülmények között is kissé jobbfelé hajlása miatt. Ezért az interlobaris tér esetleg rövidebb kopogtatási hangot adhat normálisan is, mint az angulus scapulae alatt levő rész, anélkül, hogy ott eltokolt folyadék volna. A tévedéstől a többi physikalis vizsgálat igénybevétele fog megóvni. Nehezebb lesz a kórjelzés, ha fennálló mellhártyafolyadék mellett jelentkezik interlobaris exsudatum avagy már lefolyt és pleura-vastagodásra vezető folyamat mellett áll fenn az interlobaris-folyadékfelhalmozódás. Az első esetben a folyadék lecsapolása daczára sem fognak a betegnek a tüdőcompressio és szíveltolás által okozott panaszai javulni, míg a második lehetőségénél a próbapunctio teljesen negatív eredménnyel jár a szokott helyen és ennek daczára mégis folyadék jelenléte lehetséges, a mely a fent vázolt kellemetlenségeket okozza. Ilyen esetekben a diagnosis biztosítására a punctiókat nem a szokott helyen, a mellkas alsó részén, hanem a folyadékfelhalmozódás, illetve a tompulat felső határához közelebb tanácsos végezni. Fennálló folyadékfelhalmozódás esetén a gyanú akkor fog eltokolt mellhártyaürbeli folyamatra irányulni, ha a folyadék lecsapolása daczára a közérzet nem javul, a láz nem enged és a betegek nehéz légzés mellett intenzív melltáji fájdalmakról panaszkodnak.

Különösen genyfelhalmozódás esetén panaszkodnak a betegek heves fájdalmakról. Ez utóbbi esetekben a lázmenet intermitáló jellegű és a láz rendszerint rázóhideggel kezdődik. A mellkas alsó részén kapott tompulatot olykor nem a szabad mellhártyaürbeli folyadék, hanem a comprimált tüdő szolgáltatja. Baloldali folyamat esetén a Traube-tér szabad voltát szokták az elkülönítő kórjelzésre felhasználni, a mi azonban nem minden esetben segít ki, mert ezen tér szabad mellhártya-izzadmány daczára is adhat dobos kopogtatási hangot. Az interlobaris exsudatum alatti tüdőrézlet légtelenségét esetleg bronchostenosis, vagy álképlet illetve aneurysma által okozott nyomás is létesítheti, ilyenkor azonban egyéb klinikai tüneteket is fogunk találni. Az interlobaris exsudatum mellett a mellkas elülső részében kapható dobos kopogtatási hangot is fel lehet használni *Fränkel* szerint támpontul.

Az exsudatum és a tüdőgyulladás között klinice elég megkülönböztető jelet ismerünk ugyan, mégis sokszor meg- esik, hogy nem tudjuk határozottan eldönteni, vajjon az adott esetben folyadékfelhalmozódással, vagy pneumoniás tüdőbe- szűrődéssel állunk-e szemben, a mint hogy számos esetben a folyamat tüdőgyulladás, tüdőabscessus, tüdőgangraena, vagy bronchoectasia következtében áll elő. Ha a genyes vagy éves folyadékfelhalmozódás, a melynek mennyisége 100—200 cm.<sup>3</sup>-tól félliterig is emelkedhetik, hörgőbe tör át, a betegek bűzös, genyes köpetet ürítenek telt szájjal és ilyenkor már a genyáttörés előtt sajátságos szagú leheletük van. Általában ezen interlobaris empyemák prognosisa kedvezőtlen, ha nem sikerül idejekorán a geny jelenlétét és a geny helyét meg- állapítani és a genyet eltávolítani, mielőtt a beteg erőbeli állapota nem csökkent annyira, hogy a műtéti beavatkozás daczára az exitus bekövetkezik.

*Dieulafoy* a putrid pleuritiseket pleuresies ozeneuses név alatt foglalta össze és három, bakteriologailag is elkülönít- hető kórképüket különbözteti meg. A legjobb alak a foetid forma, a mely sem gázfejlődéssel, sem a pleurának üszkös leválásával, sem a tüdőnek gangraenájával nem jár. Ezen eltokolt pleuritisek prognosisa bár nem absolute jó, mégis eléggé kedvező. A betegek bűzös, piszkos-szürkés, folyós köpetet ürítenek, a mely köpet foetid természetét a thoracotomia után elveszíti és a hőmérséklet a rendszerre tér vissza.

A második megjelenési alak a putrid pleuritis, a mely már súlyosabb és kevésbé kedvező prognosist nyújt. A pleu- ritis itt nem eltokolt, hanem szabadon kitölti a pleuraüret. A váladék híg, genyes és a benne levő anaëro-bakteriumok gázt fejlesztenek, úgy, hogy physikalisan légmell-tünetei álla- nak elő, a nélkül, hogy a pleuraür a bronchusokkal közle- kednék. Néha a folyadéknak genyessé válását olyan időszak előzi meg, a mikor a folyadék, a mely leukocytákban dús, még seroso-fibrinosus.

A betegség klinikai tünetei kezdetben a mellhártya- gyuladásaival egyeznek, később azonban a gázfejlődés meg- indulásával heves oldalfájás kíséretében a klinikai kép is megváltozik és a betegek sepsises beteg benyomását keltik. A kórkép súlyos és exitus következik be, ha a beteget ideje- korán radikálisan meg nem operálják. A bántalmat előidéző kórokozó *Dieulafoy* szerint a vérpályákon keresztül juthat a pleurához távolfekvő helyekről, a hol putrid folyamatok zaj- lanak le, vagy a nyirokereken útján. Vannak azonban olyan esetek is, a melyekben az aetiologia homályos marad.

A harmadik csoportba a gangraenás alak tartozik, a melyben vagy csak a pleura, vagy egyúttal a tüdő parenchymája is elüszkösödik; ez utóbbi esetben az empyemás genyben elhalt szövetrészeket találunk.

A putrid és gangraenás pleuritisnek klinikai kórképe egymással megegyezik, kivéve, hogy utóbbinál parenchymás rezsetek ürülhetnek ki a köpettel.

*Dieulafoy* ezen beosztása kissé mesterkélte, mert a kór- okozó mikroorganizmusok szerepe nincsen eléggé tisztázva. Továbbá kissé önkényesnek látszik a putrid és gangraenás alak között a megkülönböztetést arra alapítani, vajjon a mell- kascapaláskor szövetczafatokat találunk-e a genyben vagy nem.

Az üszkös tüdőczafatok ugyanis hosszabb ideig tartó



bakteriumos vagy fermentatív hatás következtében eltűnhetnek a genyből és tüdőgangraena esetén is elmaradhat a bűzös köpet, ha a bronchusba való áttörés előzetesen nem történt meg.

*Ortner* a szabad és interlobaris mellhártyaizadmányok elkülönítő kórjelzése céljából a paravertebralis háromszöget ajánlja, a mely interlobaris mellhártyagyülem esetén is kimutatható, csakogy ilyenkor nem a tüdőbasion ül, hanem feljebb, az interscapularis térben.

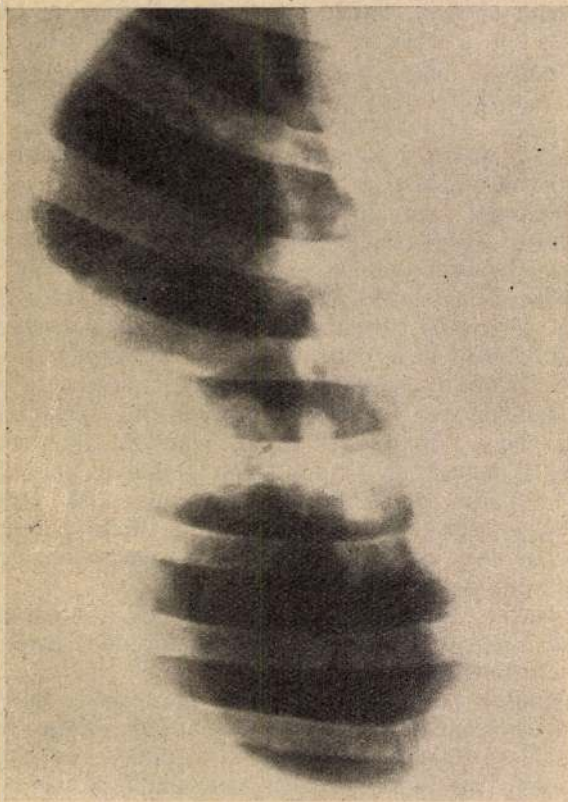
\* \* \*

Eseteim nem tartoznak a súlyos és komplikált interlobaris pleuritisnek közé, úgy, hogy a kórjelzést a physikális elváltozások alapján és a Röntgen segítségével fel lehetett állítani.

Az első esetben tüdőcsúcsbeszűródés és bronchiektasia tünetei állottak fenn bő genyes köpettel és intermittáló lázakkal. Emellett azonban az interscapularis térben megvolt a jellegzetes tompulat, a melyet a Röntgen-kép is szépen mutatott. Később azután a lázak és a köhögés-inger csökkenésével egyidejűleg a tompulat terjedelme is kisebbedett. Kérdés, vajjon ezen esetben nem volt-e az eltokolt pleuritisnek az oka a tüdőben lefolyt gyulladás, a mely üszkösödésre vezetett. E tekintetben gyanút kelthet a nagymennyiségű köpet és a lázmenet, továbbá a klinikai tünetek javulása a kiürülés megindulása után. Ellene szól, hogy a köpet nem volt túlságosan bűzös és elhalt szövetzafatokat nem tartalmazott. Másfelől később a jobb mellürben alul serosus exsudatum keletkezett, úgy, hogy az interlobaris exsudatum is valószínűleg gyorsan felszívódó serosus folyadék volt. A második esetben régebbi tüdőcsúcsbeli folyamat mellett lehetett eltokolt pleuritisnek nyomait látni az interlobaris térben. Azóta még néhány esetben észleltem specifikus tüdőcsúcsbántalom mellett ilyen eltokolt pleuritist, úgy, hogy az ilyen eseteknek előfordulása gümőkór mellett úgy látszik gyakoribb, mintsem gondoljuk.

Eseteim a következők:

*I. eset.* B. H., 32 éves, 1916 június havában mellhártyagyuladással betegedett meg és augusztus végéig volt lázas. A szeptemberben eszközölt vizsgálat a következő eredménnyel járt: A beteg magas termetű, jól fejlett egyén (adipositas). Testmagasság 183 cm., testsúly 103 kg., mellbőség 107 cm., hasbőség 118 cm. A jobb tüdőcsúcson a kopogtatási hang rövidült. Ezenkívül jobboldalon a IV. és V. borda magasságában egy szalagszerű, harántul húzódó tompulat észlelhető, a mely

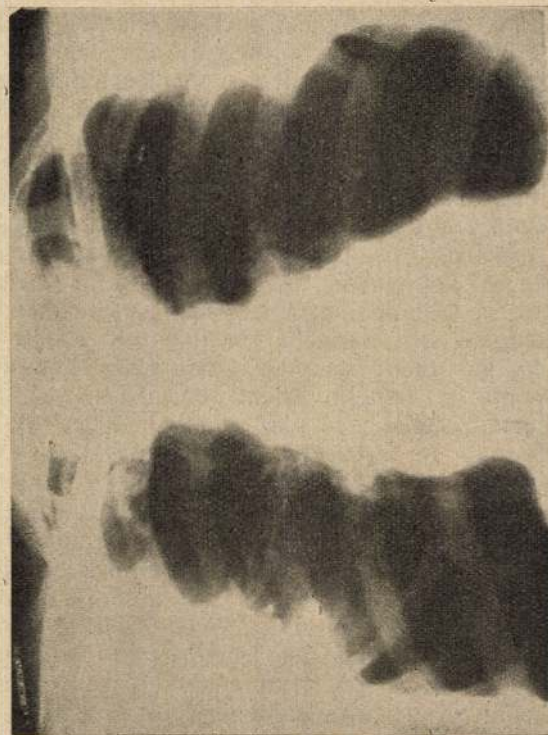


1. ábra.

a scapula basisáig vonul. Jobboldalon hátul a subapicalis részen és a felső scapularis térben a légzés érdes és majdnem hörgei a kilégzés. A megjelölt tompulatnak megfelelően még gyöngült a légzés. A tüdő egyéb részeiben érdes légzés hallható száraz szörtyzörejekkel. A beteg erős köhögés-inger kíséretében, különösen a reggeli órákban, bő, kissé bűzös köpetet ürít, a melyben rugalmas rostok találtak. A szívtompulat harántirányban megnagyobbodott és jobbfelé a sternum középig, balfelé a bimbóvonalig terjed. Pulsus álló helyzetben 140, fekvő



2. ábra.



3. ábra.

helyzetben 104, kevés testmozgás után igen gyorsá válik az érverés és légzési nehézség áll be. A has erősen előredomborodott, de nyomásra nem érzékeny. Mindkét lábon gyűjtőerek csomók nélkül. A beteg rekedt, a jobb vállizületében fájdalmi vannak, ugyanott ropogás hallható. A passív mozgatókor fájdalom áll be és az aktív mozgató előre korlátolt.

1. Röntgen-lelet: 1916 augusztus 3.-án. A jobb felső és középső tüdőlebeny között egy belülről kifelé szélesbedő 4 ujjnyi széles-



seget elérő intenzív légtelen sáv látható. A jobb tüdőhilus megnagyob-  
bodott. A bronchusok tetemesen tágultak.

2. Röntgen-lelet: 1916 szeptember 26.-án. A jobboldali interlobaris  
izadmány előző szélességének harmadára csökkent. A folyamat jelen-  
leg intenzív, kötegalakú bőrkeszerű sávnak felel meg. (1. és 2. ábra.)

3. Röntgen-lelet: 1916 november elején. A régebben látható inter-  
lobaris sáv átvilágításkor egyáltalán nem, felvételen alig látható. A jobb  
sinus costophrenicus kitöltött.

*II. eset.* M. F., 22 éves, magántisztviselő, családjában terheltség  
nincs. 1915 májusban a katonai kiképzés alatt betegedett meg meg-  
hűlés következtében lázzal, minek folytán jobboldali mellhártyagyul-  
adással hat hónapig kórházi kezelésben állott. November 1.-én önként  
kiment a harczterre, hol 7 hónapig teljesített szolgálatot, de a fáradal-  
mak következtében vércöppe volt és betegen jött vissza. Jelenleg is  
véres köpete és esténként láza és általános bágyadsága van.

A beteg magas termetű, jól fejlett egyén, erős izomzattal. A jobb  
tüdőcsúcson a kopogtatási hang rövidült, a Krönig-féle tér keskenyült  
és felette egyes ropogó szörtyözörejek hallhatók. Ezenkívül a jobb tüdő-  
félben az interscapularis tér közepének megfelelőleg egy szalagalakú,  
kétujnyi széles tompulat észlelhető, mely felett dörzsjellegű zörejek  
hallhatók. A beteg láztalan. (3. ábra.)

Közlemény a Szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. seb-  
zeti osztályáról.

### A lövéses aneurysmákról.

Irta: Pólya Jenő dr., közkórházi főorvos, egyetemi cz. rk. tanár.

(Folytatás.)

A műtét menete különbözőképpen alakul a lövéses  
aneurysmák különböző félesége szerint. A műtét célja is más  
és más ezen különféle esetekben: haematoma communicans  
esetekben a kifelé, illetve a szövetek közé történő vérzés  
végleges csillapítása és a compressiók tüneteket okozó vér-  
alvadék eltávolítása, kész arterialis aneurysma eseteiben az  
aneurysmazsák eltüntetése, arteriovenosus közlekedés esetei-  
ben ennek a közlekedésnek a megszüntetése.

A főelv a műtétek alkalmával a *kímélet* kell hogy le-  
gyen, a mi egyaránt vonatkozik a vér kímelésére, az aneurys-  
mával szomszédos fontos képletek, különösen idegek kímé-  
lésére és mint azt már annyiszor hangsúlyoztuk, a collatera-  
lisok kímelésére.

A mi a vércímélést illeti, ez a végtagokon legczélzsér-  
rűbben Esmarch-pólyával, a medenczében s a czomb leg-  
felsőbb részén székelő aneurysma eseteiben Momburg-  
vértelenítéssel történhetik. Sovány egyének felső végtagjain  
az Esmarch alkalmazása kellemetlen bénulásra vezethet, a  
milyet én is észleltem első eseteim egyikében. Ebben e bé-  
nulás 6 hétig teljes volt és csak hónapok mulva jött teljesen  
rendbe, úgy, hogy a beteg azután harczképes lett. Arterio-  
venosus aneurysma eseteiben az Esmarch-pólya megnehe-  
zítetheti a közlekedés megtalálását, mindenesetre azonban kü-  
lönösen nagyobb haematoma eseteiben és főleg az alsó  
végtagokon jobb Esmarch-vértelenítéssel operálni. Ott, a  
hol nem tudunk (például carotis, axillaris, brachialis leg-  
felső része stb.), vagy nem akarunk Esmarch-pólyát alkalm-  
mazni, ott az aneurysmától periferice és centralisan bizto-  
sítani kell úgy az arteriát, mint a venát és a tipusos helyen  
kikeresve, óvatos kiproeparálás után megfelelő szorító  
csipeszszel (*Höpfner-féle*), illetve vékony vázson-csíkkal  
(*Köpper-szalag*), avagy gazecsíkkal leszorítani; vérzés a  
leszorítási helyek között kiinduló collateralis ágakból ilyen-  
kor is létrejöhet, azonban ezzel mégis könnyebb boldogulni.  
Mindenesetre arra kell törekedni, hogy ez az előzetes ki-  
praeparálás az aneurysma helyéhez közel történjék, azonban  
vigyázni kell, hogy ezen előzetes biztosítás előtt ne jussunk  
be a haematomába.

Mivel a szorító csipeszek sok helyet foglalnak el és könnyen le-  
csúsznak, a vékony vázsonszalaggal való leszorítást jobbnak tartom. Axil-  
laris haem. comm. egy esetében az arteria a temporaer compressio he-  
lyén valamiképp megsérült s a leszorításra használt szegett pólya levé-  
tele után a leszorítás helyén vérezni kezdett. A sérülést bevarrni nem  
sikerült, mert az arteria zúzott helyén, mely az arteriának a mellkas felé  
néző oldalán feküdt, a fonalak átvágtak. Mivel az arteria e részlete egy-  
szersmind magasan is, a pect. minor. felső széle felett feküdt, csak a  
kulcsont temporaer átfűrészelésével vagy a subclaviának a kulcs felett  
való kiproeparálásával bírtam volna a vézést az arteria resectiója és  
varrata számára biztosítani, de ezt a lázas és meglehetősen súlyos állapot-  
ban levő betegen, a kinek az aneurysmát okozó lövésű sérülésen kívül

még az aneurysma oldalán levő kezének összes ujjai is össze voltak  
roncsolva s lött sebei voltak fején, egyik lábán és mindkét lábszárán,  
nem mertem megkockáztatni s az arteriát a temporaer compressio he-  
lyén lekötöttem. Szerencsére épp ebben az esetben az axillaris lövésű  
sérülése helyén oldalvarratot végeztem; a végtag megmaradt, a beteg  
meggyógyult.

A centralis arteriarészlet biztosítása a czomb legfelső  
részében s a medenczében az iliaca ext. extraperitonealis,  
illetve az iliaca comm. vagy hypogastrica transperitonealis  
felkeresését teheti szükségessé. Az axillaris mélyebben fekvő  
haematomája eseteiben a kulcs alatt, az axillaris felsőbb részén  
levő, magasabb haematomája eseteiben a subclaviát a kulcs  
felett kell biztosítani. Nagy axillaris-haematomák esetén a pec-  
toralis maj. izomrostjainak (*Kölliker*), illetve a spina tub. majoris-  
hoz való tapadásának átmetszése (*Guleke*), a pect. min. át-  
metszésével, illetve a proc. coracoideus-ról való leválasztásával,  
az axillaris magasabb részletének, valamint a subclaviának  
sérülése alkalmával a kulcsont medialis harmadának tem-  
poraer kiizelése (*Ruediger, Lexer*) válhatik szükségessé. *Kütt-  
ner* bizonyos subclavia-vezérek csillapítására a sternocleido-  
mast. és a scalenus ant. átmetszését ajánlja. Az anonyma, a  
subclavia és carotis kezdeti részén székelő sérülések ellátá-  
sára a sternum periodusus resectiója is szóba jö. *Tilmann* a bal  
carotis communis sérülése alkalmával a VII. borda periodu-  
sus resectiójával megnyitotta *Shoemaker*-féle túlnyomósos nar-  
kosis alatt a bal pleura-üreget s az assistens egyik kezének a  
pleuraürbe vezetett és másik kezének kívülről a jugulum felől  
nyomást gyakorló ujjával nyomta össze a carotist az aortából  
való kilépése helyén, a míg annak sérülése el volt látva.

Csak gondos praeventív vérzéscsillapítás mellett lehet  
szó nyugodt, tiszta áttekintést biztosító, anatómiai dolgozáról  
és felesleges mellésérüléseket csak ilyen dolgozás mel-  
lett kerülhetünk ki.

Ha már most akár Esmarch-csővel, akár a nagy erek  
biztosításával a praeventív vérzéscsillapításról a lehetőség  
szerint gondoskodtunk, akkor haematoma communicans ese-  
teiben reá kell metszeni lehetőleg az illető ér lefutásának  
irányában futó metszéssel a haematomára. Ha a verőér a  
haematoma felületén fut, a mi nagyon megkönnyíti a műtét-  
tet, akkor praeparáljuk ki, óvatosan elemelve a haematomá-  
tól; ha megtaláltuk rajta a lyukat, szorítsuk le az eret köz-  
vetlen a lyuk felett és alatt két puha ércsípővel s ha lekötés-  
re előzetesen is el vagyunk határozva (kisebb ér, infectio),  
mindjárt 2 Kocherrel. Nézzük meg a szomszédságában futó  
venát, nincsen-e azon is lyuk, s ha igen, csípjük le ezt két  
Kocher-féle csípővel és vágjuk át két lekötés között a venát;  
ha a vena ép, nem bántjuk, Most takarítsuk ki a vér-  
alvadékot. Ha ez megtörtént, le kell venni először az Es-  
marchot, azután az arteria periferiás csonkjáról a provi-  
sorius érszorítót, hogy lássuk, jól vérzik-e; ebből, az  
arteriadeffectus nagyságából s az infectio viszonyainak mér-  
legeléséből következtetünk a további teendőkre és neve-  
zetesen arra, vajjon lekötéssel, avagy varrattal és milyen  
varrattal lássuk el az arteria sérülését. Ha az arteria nem  
fekszik a haematoma felületén, akkor behatolunk a haema-  
tomába s kitakarítjuk. Rendszerint a fenekén találjuk meg  
az arterián s esetleg a kísérő venán a lyukat s azt a  
fentiek szerint látjuk el. Ha az arteria teljesen szét van löve,  
akkor legnehezebb a csonkok megtalálása; ha a haematoma  
kitakarítása után nem tűnnének fel, akkor vagy felülről és  
alulról, az ép részletből kiinduló óvatos praeparálással, vagy  
kisebb ér esetében az Esmarch csekély meglazítása után  
tudjuk őket legjobban megtalálni és ellátni. Az Esmarch eltá-  
volítása után esetleg vérző kisebb ereket lekötjük, inficiált  
esetekben szélesen drainezünk, asepsises esetekben is jobb  
1—2 napra draint betenni.

*Arteriovenosus* közlekedés eseteiben közvetlen a közle-  
kedés felett és alatt kell szabaddá tenni az arteriát és venát.  
Ha lekötést szándékozunk végezni, akkor közvetlen a lyuk  
felett és alatt eszközöljük a lekötéseket, ha varratot, akkor  
megfelelő biztosítás után a lyuk felett és alatt, szét kell  
választani az összenövéseket az arteria és vena közt s az ereken  
levő nyílást egyenként elvarrni, vagy a venát a lyuk felett és



alatt lekötve, az arteriával összefüggésben hagyottvenadarabot a fent leírt módon az arteria-varrat erősítésére felhasználni.

*Arterialis aneurysma* eseteiben a zsák felett és alatt kell kipraeparálni és biztosítani az arteriát. Kisebb arteriakon, ha a kiírtás könnyűnek ígérkezik, végezzük ezt. Ha az arteria nagyobb, de könnyen sikerül lepraeparálni a zsákról collateralisainak sérelme nélkül s a zsák kicsi, ezt is kiírhatjuk. Az arteriát azután az adott viszonyok szerint lekötjük vagy varrjuk. Ott, ahol a zsák nagyobb s lepraeparálása az arteriáról nehéznek látszik, jobb abba bele sem fogni, hanem az arteriának a zsák felett és alatt való megbízható temporaer compressiója után hasítsuk fel a zsákot és végezzünk endo-aneurysmorraphiát.

Kész aneurysmák műtévése után, hacsak különös okunk nincs az ellenkezőre, zárjuk lehetőleg primára a sebet.

Az aneurysma-műtéteket mindig narcosisban végezzük, csak ezzel tudunk magunknak a sokszor kényes és mindig nagy figyelmet és lélekjelenlétet igénylő műtét tartamára abszolút nyugalmat biztosítani.

Az utókezelés a lehető legegyszerűbb. Hacsak egyidejű törés másféle kezelést nem kíván, a felső végtagot háromszögű kendővel, az alsót pléhcsizmában, lehetőleg vízszintes helyzetben fixáljuk, periferiás részeit meleg kendővel, vattával borítjuk s felszólítjuk a beteget, hogy active gyakran mozgassa lábát, kezét, ujjait. Massaget, a mit *Kikuzi* ajánl, esetleges thrombusok miatt nem tartanék czélszerűnek. Fenyegető gangraena esetében *Unger* azt ajánlotta, hogy egy megnyitott periferiás arteriába állandóan 37–39° os Ringeroldatot infundáljunk, a folyadék lefolyásáról incisiókon át kell gondoskodni. Egy femoralis-lekötés után 48 órával, midőn gangraena jelei mutatkoztak, tett kísérletet ezen eljárással s azt tapasztalta, hogy a demarcatiós vonal tenyérnyivel lejjebb húzódott, az amputatio azonban nem volt elkerülhető, épp úgy *Fromme* esetében sem, a ki szintén megpróbálkozott ezzel az eljárással. Hogy mások több szerencsével alkalmazták-e, arról nem olvastam.

A postoperativ complicatiók közül legtöbb dolgot adnak a genyedések és genesülyedések, melyek inficiált haematoma communicans kapcsán elég gyakoriak. A genyedéseket csontsequesterek hosszú időn át fenntarthatják, ilyenek eltávolítását is több esetben kellett utólag végezni. Az utóvérzés szintén inficiált esetekben fenyeget. Eseteim közt háromszor fordult elő (1 brachialis, 1 tib. post. haem. comm. esetében 13, illetve 10 nappal p. op. és a többször említett carotisoldalvarrat esetében). Mindháromszor urai tudtunk lenni a vérzésnek s a betegek meggyógyultak. Az utóműtétek közt szerepelnek idegműtétek is. Természetes, hogy már az aneurysma-műtét alkalmával is a szomszédos idegeket, a mennyiben hegebe volnának ágyazva, kiszabadítjuk s ezzel, valamint az idegnek a haematoma vagy aneurysmazsák nyomása alól való felszabadításával az esetek egy részében sikerül az ideg funkcióját lényegesen megjavítani vagy teljesen helyreállítani, a mint azt több esetünkben (egy ulnaris-, két medianus- és egy peroneus-bénnlás) láttuk. Sajnos azonban ez nem történik mindig így, a javulás nem egyszer csekély vagy semmi s az eleinte tapasztalt javulás után is, a hegesedés előrehaladtával, újra rosszabbodás állhat be, az esetek nagy részét pedig elveszítjük szem elől, mielőtt a javulás beálltáról vagy mértékéről végleges véleményt alkothatnánk magunknak, mert a betegek hazájukhoz közelebb eső kórházba kívánkoznak. Secundaer neurolysis két esetben végeztem, egy femoralis haem. comm. után fejlődött ischiadicus-bénnlás esetében jó eredménnyel, egy brachialis haem. comm. esetében beállott medianus-bénnlás mellett pedig legalább a megfigyelés tartama alatt minden látható eredmény nélkül.

Ezekben számoltam volna be a lövéses aneurysmákra vonatkozó tapasztalataimról s azon impressióról, melyet néhány idevágó fontosabb kérdéssel szereztem. A végleges választ a még függőben levő kérdésekre csak akkor fogjuk megadhatni, ha eljövendő nyugodtabb idők módot fognak nyújtani a világháború óriási materialisának teljesebb feldolgozására s a különböző műtéti eljárások eredményeinek, nevezetesen végső

functionalis eredményeinek behatóbb kutatására, valamint arra, hogy az irodalom szélesebbkörű tanulmányozása alapján, mint a hogyan az a jelen viszonyok közt lehetséges, a különböző tapasztalatokat és felfogásokat alaposabban összehasonlíthassuk. A mostani idő tulajdonképpen az adatgyűjtés kora, melyhez mindenkinek hozzá kellene járulnia a maga friss tapasztalataival. Ennek a kötelességnek akartam elsősorban eleget tenni a magam szerény megfigyeléseinek ismertetésével.

(Vége.)

## A gyermekkor közegészségügyének bajai.

„A Gyermekért“ Országos Gyermek-Közegészségügyi Társulat alakuló közgyűlésén elmondta

*Szana Sándor* dr., az állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

(Folytatás.)

*De fertőző betegség elleni harcz nem létezik orvosok nélkül* és így az orvosi kérdésbe kapcsolódik be a fertőző betegségek elleni harcz épp úgy, mint a nagy halandóság ellen irányuló küzdelem. Törvénnyel büntetni azt, a ki orvost nem hív, értéktelen, itt nem ér semmit. 40 év óta bünteti elég szigorúan a közegészségügyi törvény azt, ki hét éven aluli korban meghalt gyermekét nem gyógykezelte. Mégis azt látjuk, hogy még az utolsó években is a 7 éven alul elhalt gyermekeknek közel a fele nem volt gyógykezelve. De az az 50%, a ki gyógykezelte, arra is csak inkább azt lehet mondani, hogy orvos látta, de nem gyógykezelte. Nem lehet gyógykezelésnek nevezni azt, ha egy beteg gyermekhez két hétben egyszer kerül el a körorvos, vagy a már haldokló gyermekhez hívják az orvost.

A gyermek közegészségének bajait tehát ebben a két adatban foglaljuk össze:

a) Magyarországon 70.000 ember hal meg évente feleslegesen fertőző betegségekben és b) a Magyarországon elhalt gyermekeknek közel a felét orvos nem gyógykezelte.

A gyermekkor halálozásának csökkentése s a gyermekkor egészségügyének emelése céljából követelnünk kell tehát elsősorban, hogy Magyarország orvosainak a száma lényegesen szaporíttassék, és a mi talán még fontosabb, el kell érni azt, hogy az orvosok egyenletes eloszlása város és falu között biztosíttassék. A nagy városok orvosokkal talán túlbőven vannak ellátva, viszont vannak orvosi köreink, a hol 15–20.000 emberre egy orvos jut. Nagyon szavahihető tanuk bizonyítják, hogy Magyarországon vannak községek, a melyekben évek óta orvos nem járt. Ezen a súlyos bajon segíteni kell.

És a segítség nem is nehéz, a segítség könnyű.

Magyarországon mindent, a mi pénzbe kerül, az államtól szoktak várni. Ime, az orvosi kérdés megoldásához semmiféle anyagi áldozat vagy legalább számbavehető anyagi áldozat nem kell az államtól. Nem új dolgokat akarunk felfedezni, nem új dolgokkal, ki nem próbált dolgokkal jövünk, nem akarunk ugrást a sötétbe javasolni. Az orvosi kérdések megoldására csak azt akarjuk javasolni, a mit Németország csodálatos eredménnyel már véghez is vitt. *Kérjük a betegség elleni biztosítás kiterjesztését a mezőgazdasági munkásokra is.*

Mélyen tisztelt uraim! Majdnem hihetetlennek fog látszani, hogy Magyarországon, a mely agrár állam, a hol agráriusok a nemzet vezetői, agráriusok birják a politikai hatalmat, a mezőgazdasággal, az őstermeléssel foglalkozó népesség egészségügye érdekében nem történik semmi. Ezzel szemben a kereskedelemmel és iparral foglalkozó munkásság egészségügye aránytalanul jobban, sőt egyes helyeken, mint a fővárosban, kitünően van megoldva.

Egészen sajtárságos a helyzet. A socialis lelkiismeretet fejlesztő és ébren tartó „Az Est“ hasábjain nagyon sokszor olvassuk, hogy egy ipari munkás gyermekéhez elhívták a pénztári orvost; az orvos nem jött el kellő időben, vagy nem csinált helyes diagnosit, s egy *gyermek* meghalt. Fegyelmi



vizsgálat indul meg az orvos ellen, a lapok hasábokat írnak az ítéletről, az orvost elcsapják. A közvélemény tapsol. Egy helytelenül kezelt gyermek halála meg van *bosszulva*.

Ezzel szemben szíveskedjék tudomásul venni, hogy Magyarországnak ezer lakosnál kevesebb lakossal bíró községeiben — ilyen községekben 4 millió ember lakik — *száz elhalt közül 80-at orvos nem gyógykezelt*. Száz ember közül tehát 80 hal meg anélkül, hogy orvost egyáltalán látott volna. Ez pedig történik Magyarországon évről évre és e felett a közvélemény nyugodtan napirendre tér, ezzel nem foglalkozik senki, ezzel nem törődik senki.

Ezen áldatlan állapot azonnal megváltoznék, ha Magyarország őstermelő lakossága, napszámossai, házicselédjei is úgy, mint Németországban, a Munkásbiztosító Pénztár keretébe bevonatnának s így mindezeknek s családtagjaiknak is járna betegség esetén ingyen orvos, ingyen gyógyszer s a családfő keresetképtelensége esetén napi táppénz.

Az ipari munkások biztosítása az államnak egy fillérébe sem kerül, csak az ellenőrzés kerül évente nem egészen két millió koronába. Hasonló alapra fektetve, a mezőgazdasági munkások biztosítása sem kerülne az államnak semmibe. Társaságunk tehát a gyermekek közegészségének javítása okából erős harcot fog indítani az irányban, hogy a munkásbiztosítás kiterjesztessék a 4 millió iparral és kereskedelemmel foglalkozó lakosról a 11 millió mezőgazdasági munkásra is. Így azután minden faluba jut ingyen orvos, ingyen gyógykezelés minden mezőgazdasági munkás s napszámoss gyermekekének.

Magyarország közegészségügyének a nemzeti néperő megújodásához szükséges mérvre való felemelése *kizárólag a munkásbiztosításnak az őstermelő lakosságra való kiterjesztésétől várható*. Ezenkívül állást foglalnék az egészségügyi minisztérium s a Liebermann által propagált egészségi rendőrség mellett.

Magyarországon közel *egy és fél millió nő jár munkába*. A munkába járó anyák gyermekei a legnagyobb veszélyeknek vannak kitéve. A nép már tudja is, hogy aratás idején, midőn az anyák nagyobb tömege megy munkába, a gyermekek nagyobb számmal halnak meg. Midőn egy gazdag járszági faluban a csecsemőhalandóság okát tanulmányozva, megkérdeztük egy anyától, hogy miért halt meg viruló öt hónapos csecsemője, azt válaszolta — mint a világ legtermészetesebb dolgát — „*elvitte az aratás*”.

Már pedig nem szabad, hogy az anya szorgalma gyermekének sirt ásson. Nem szabad, hogy épp a szorgalmas, lelkiismeretes anya gyermeke pusztuljon el, a munkától húzódozó anya gyermeke megmaradjon. A Stefánia-Szövetség a munkába járó anyák csecsemőgyermekei védelmének kérdését gondos tanulmány tárgyává teszi. Társaságunk feladata lesz ezen tanulmányok eredményét a csecsemőkori túllevő gyermekekre átvenni.

Kétségtelen már ma, hogy a megoldás úgy a csecsemőkre, mint a csecsemőkori túllevő gyermekekre nézve nem intézetek felállítása lesz. Bármilyen hasznosak is a szoptató-szobák, a bölcsődék, ezek nem fogják a gyermekek legnagyobb tömegét befogadni, több más ok között épp a fertőző betegségek miatt. A legfontosabb védelmi eszköz lesz mindig *a védőnő*, vagyis a gondosan, alaposan és lelkiismeretes kioktatott hivatásos úrinő, a ki elmegy a családba és ott tanítja meg a családot, hogy hogyan kell a gyermeket gondozni, hogyan kell a gyermeket ápolni, táplálni akkor, ha munkába jár az anya.

A *védőnői rendszer* kiépítése a csecsemőkori túllevő társaságunknak ugyanazon fontos feladata. A védőnőknek a Stefánia-Szövetség által Magyarországon kezdeményezett és remélhetőleg csakhamar az egész országot behálózó intézménye alkotja meggyőződésünk szerint a gyermekvédelem és embervédelem alapját is.

Minden községben kell hogy legyen hivatásos közeg, a mely az egészségügy, az egészséges és beteg gyermek és ember gondozásában jártas, a melynek ily irányú tudását állami vizsga ellenőrizte, ismétlőtanfolyamok erősítik. Ennek feladata a védelemre szoruló csecsemőket, gyermekeket, bete-

geket meglátogatni, mindenütt terjesztve elsősorban az orvosi beavatkozás szükségességét, sürgetve az orvos jövetelét, terjesztve a hygienés gondozás és ápolás tudását s ügyelve, hogy az orvos rendelései végrehajthatassanak.

Hogy ez az intézmény mily áldásosan tud működni, arra nekünk nem is kell külföldi példákra hivatkozni. Főtra kell csak hogy elmenjünk. Ott *gróf Károlyi Lászlóné* genialis embervédelmi alkotásában ezt a szép gondolatot teljességében megvalósítva láthatjuk.

Ismerek egy előkelő urat, kinek apja alispán volt. Elszokta mondani, hogy 13 testvére született, ebből hárman maradtak meg. Meg voltak ők szokva, hogy minden évben jön egy gyerek, meghal egy gyerek s ezt ők mindig igen természetesnek találták, sem a szülés, sem a halál nagyobb lelkiizgalmat nem keltett. Fájdalom, a halálnak ez a megszokása még ma is a magyar vidék túlnyomó részében fennáll. Nem csoda, oly gyakran találkoznak a halállal. Ezzel szemben tessék Főtra menni és ott nézni azt az ideges nyugtalanságot, ha egy gyermek meghal. A kegyelmes asszony munkatársaival odasiét, kutatják, ki a hibás, mi történt itt, mi mulasztatott el. De nem elégszik meg a grófnő ezzel sem. A fővárosból többen szoktunk évente többször is kimenni és minden egyes haláleset részletes körülményeit átkutatni. Kutatjuk, kellett-e ennek a gyermeknek meghalni, nem lehetett volna-e ezt a halálesetet megakadályozni.

Ha *gróf Károlyi Lászlóné*-t nem is tudunk minden faluba adni, de a gondolat minden faluban végrehajtható. Védőnő kell minden faluba, a ki az egészség, az embervédelem gondolatát ott képviseli.

A védőnő fogja keresztülvinni a newyorki közegészségügy igazgatójának gondolatát, a mely Amerikában már 6 év óta végre van hajtva és a mely az „életmehosszabbító intézet”-ben bírja középpontját. Ez a gondolat abban áll, hogy minden egyes ember, bármily egészségesnek látszik is, időnként orvosilag megvizsgáltatik, megvizsgáltatik a lakása és orvosi meg hygienés tanácsokkal láttatik el. Meglepők ezen életmehosszabbító intézet eredményei. A kereskedelmi alkalmazottak világából megvizsgáltak közül teljesen egészséges csak 3% volt, valamelyes betegsége volt 96%-nak és erről közülök csak 3% tudott. A megvizsgáltak 1/3-a cukorbeteg vagy vesebajos volt, anélkül, hogy ezt sejtette volna.

Ezen célt kell hogy szolgálják védőnőink is. A falu minden egyes gyermeke a védőnő közvetítésével az orvos egészségügyi ellenőrzése alatt kell hogy álljon. Az orvos feladata nemcsak a beteg gyógyítása, de elsősorban a betegségek megelőzése. Hogy ezen régi-régi elv minél tökéletesebben vitessék át az életbe, lesz egyik legfontosabb feladatunk!

De a védőnői intézmény szükségessége Budapesten is fennáll. Budapesten a beteg gyermekek ambulans gyógykezelésére sok alkalom van, bár még mindig nem elegendő. Gyermekkorház, főleg fertőző betegek számára, nagyon kevés van. Budapesten tehát gyermekrendelőintézetekre és főleg gyermekkorházakra nagy szükség van. Ezek építését Budapesten és vidéken sürgetni, és a mennyire a társaságnak módjában lesz, saját hatáskörében fel is állítani, lesz további feladatunk.

De társaságunk szükségesnek tartja a szenvedő gyermekek érdekében, elsősorban itt a fővárosban, más irányban is működni. A Budapesten és vidéken működő nyilvános és betegpénztári gyermekorvosi rendeléseket kivétel nélkül kitűnő, lelkiismeretes orvosok vezetik. Az orvos gondos vizsgálat után az aggódó anyának megadja az orvosi tanácsot. A gyermeknek rendszerint, ha csak heveny betegségről nincs szó, azt a tanácsot adja, hogy jobb és bővebb táplálkozásban részesüljön a gyermek, hogy sokat legyen szabad levegőn, otthon is gondos, jól szellőztetett szobában tartózkodjék. Azután kap még egy receptet.

Ha nem a Munkásbiztosító Pénztárnak tagjáról van szó, akkor már a recept — a vény — nagy gondot okoz. Felejthetetlen marad előttem egy újpesti eset. Egy hadbavonult felesége beteg gyermekét az újpesti kitűnő gyermekkorház rendelésére vitte, ott receptet kapott. Mint jó anya, a receptet megcsináltatta s a recept ára felemésztette az egész napi hadisegélyét, úgy hogy azért, hogy beteg gyermeke



gyógyszert kapjon, ő és három gyermeke azon a napon nem ehetett semmit. Midőn azután megnéztem a receptet, melynek kedvéért az egész család egy napig éhezett — az *étvágygerjesztő szer* volt. És ez ismétlődik, fájdalom, nap-nap után, sok száz meg száz esetben Budapesten s az egész országban.

Társaságunk már a megalakulás előtt ezen némileg változtatott, a mennyiben hadbavonultak számára oly rendelőtintézetet nyitott, melyben hadbavonultak gyermekeinek ingyen rendelnek, de egyúttal ingyen adják a gyógyszereket is. A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár socialis érzékű igazgatója, *Kiss Adolf* és socialis érzékű főorvosa, *Friedrich Vilmos* dr. jóindulatából nagyon rövid idő alatt a Budapesti Munkásbiztosító Pénztár összes rendelőtintézetei a hadbavonultak gyermekeinek rendelkezésére fognak állani, olyképp, hogy ott társaságunk költségén ingyen gyógyszereket fognak kapni.

De az ingyen-gyógyszerrel a gyermek védelmének kérdése még nincs megoldva.

Az orvosi rendelőtintézetek kell, hogy védő intézménnyé, gondozó intézménnyé alakuljanak át, vagy ilyennel egészítessenek ki. Nem szabad, hogy egyszerűen azt mondjuk az anyának: adjon a gyermekének jobb táplálékot, adjon meleg ruhát, küldje nyáron *falura*, a midőn tudjuk, hogy az anya mindezt nem teheti. Ezzel a szenvedő szegény anya boldogtalanságát még fokozzuk. Oda kell állnunk a szerencsétlen anya mellé és meg kell neki mindezeket, a gyógyszerreknél rendszerint aránytalanul fontosabb dolgokat *szerezni*. Budapesten a társadalom nagyon sok jótékony intézményt tart fenn. A ki ezekről az intézményekről tud, sok esetben már ma is boldogulhat. Ingyen ruha, ingyen czipő, ingyen ebéd, ingyen tej, ingyen kenyér, ingyen nyaralás, ingyen Balaton melléki fürdőzés, minden létezik annak, a ki tud róla. Társaságunk vállalni akarja, hogy a szegények beteg gyermekeit mindehhez hozzájuttatja.

A Népjóléti Központ, a Stefánia-Szövetség s az *Országos Gyermekvédő Liga* bevált és fényes sikerrel működő közbenjárásával akarja társaságunk e czélt elérni. *Be akarja vinni minden egyes gyermekorvosi rendelésbe a gyermekvédelem gondolatát*. A beteg gyermek rendelőtintézetét a beteg gyermek védelmi gondozó intézetévé fog válni.

A gyermekorvosi egészségügyi védelmének kérdéséhez tartozik a *sokgyermekű családok védelme*. Az állam érdeke a sok gyermek, az egyénnek éppenséggel nem érdeke az. Körül kell csak nézni és látjuk, hogy mennyivel jobban él az, a kinek nincs gyermeke, vagy csak egy-két gyermeke van. A nemzet azonban — ha ezen önzés általános lesz — el fog pusztulni. Ha minden házaspárnak három gyermeke lesz, akkor a nemzet mai nagyságában megmaradhat, de hogy a nemzet szaporodjon, ahhoz kell, hogy minden családnak legalább négy gyermeke legyen. Nyilvánvaló tehát, hogy a sokgyermekű családoknak védelme a nemzetvédelem egyik legfontosabb eszköze. Ha az állam, a törvényhatóság, a község, a társadalom a sokgyermekű családokat nem védi, életharcukban nem támogatja, akkor pótolhatlan mulasztást követ el. Társaságunk tehát a gyermek érdekében mindent el fog követni, hogy a sokgyermekű családok védelmét a socialis fejlődés minden egyes mozzanatába belevigye, a jogalkotásba, a közigazgatásba, a vasúti s közvasúti tarifapolitikába, mindenhová bele kell vinni azt a gondolatot, hogy gazdasági védelemben részesüljön az, a kinek több gyermeke van.

A Stefánia-Szövetség megismeri a székesfőváros összes védelemre szoruló csecsemőit. A mint ezek a csecsemőket túllépi, társaságunknak fogja további védelemre átadni a gyermekeket. *Tauffer Vilmos*-nak ezen kitűnő gondolatát, hogy a Stefánia-Szövetség védőnői által veszélyeztetettnek talált gyermeket tovább kell védeni, társaságunk fogja végrehajtani. Viszont ha társaságunk gondozó intézményeiben különösebb védelemre szoruló csecsemőket talál, a Stefánia-szövetség figyelmét fogjuk erre felhívni. Azzal tehát, hogy a csecsemőkori túli gyermekek egészségügyének minden kérdésével behatóan foglalkozik, az e korú gyermekeket fokozott egészségügyi védelemben részesíti és a társadalom már létező

intézményeinek socialis védelmét nekik megszerzi, hézagot pótol társaságunk. Ezek azok a módok, melyekkel társaságunk erős harczosa akar lenni annak a mozgalomnak, a mely a magyar nemzeti néperő megújhdását, megszapordását és megnemesülését czélozza.

(Vége.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Bandelier és Roepke: A gümőkór klinikája.** Harmadik bővített és javított kiadását fordította *Parassin József* dr. A Magyar orvosi könyvkiadó társulat kiadása. 1916, 768 oldal.

Ha tekintetbe vesszük azt a nagy érdeklődést, melyet a német orvosok az utolsó évtizedben a gümőkór kérdései iránt tanúsítottak, feltűnőnek kell találnunk, hogy aránylag kevés oly kézi- vagy tankönyv hagyta el a sajtót, mely az összes szervek gümőkórjára vonatkozó ismereteket foglalja össze. A tüdőgümőkórról írt könyvek nagy részével a kritika elégedetlen volt s nagyobb számú kiadást nem is érték el. Még legnagyobb sikert ért el *Bandelier* és *Roepke*, bár könyvüknek első kiadása még igen sok hiányt mutatott. El kell azonban ismernünk, hogy e szerzők a későbbi kiadásokban a hiányokat pótolták s a tudomány e specialis ágának minden haladására figyelemmel voltak, úgy, hogy a III. kiadás nemcsak terjedelemben, hanem belső értékben is felülmúlja az előzőket. A könyv legértékesebb részét a tüdőgümőkórról szóló II. fejezet alkotja, a mely a gümőkórnak vázlatosan ismertetett oktatást követi. Érthetőnek találjuk ezt, minthogy *Bandelier*, valamint *Roepke* is sanatoriumban működő orvos, a hol főleg a tüdő- és mellhártya, valamint a gége gümőkóros megbetegedését észlelhetik s aránylag kevés alkalmuk van a többi szerv megbetegedéseiről oly tapasztalatokat gyűjteni, melyek hivatottá tennék a specialis bántalmak ismertetésére.

A tüdőgümőkór diagnostikájában kissé túloznak a tuberculin-reactio értékét illetőleg, melyet uralkodó körjelző eljárásnak tartanak a felnőttek kezdődő activ tüdőtuberculosisának felismerésére. Hasonlóképpen túlzásba esnek a tuberculingyógyítás nézetem szerint nagyon kérdéses gyógyértékének megállapításában. Hangsúlyozzák a hygienés-diaetás kezeléssel való kapcsolás szükségességét, azonban az ambulans kezelést is feltétlenül szükségesnek tartják, ha azt bizonyos körülmények megengedik. A *Spengler*-féle IK-ról azt írják, hogy felesleges vele foglalkozniok, minthogy terjedelmes klinikai munkálatokban annak teljes értéktelenségét állapították meg. A kik a tüdőgümőkór gyógyításának legújabb haladását nem kísérelték elég figyelemmel, hálásan fogadhatják a sebészi kezeléssel írottakat, melyekből kitűnően áttekinthető e kezelés különböző módjainak mindegyike. Kár, hogy például a pneumothoraxkezelés magyarázásakor oly logikai ellentmondás akad, hogy a fokozott légzési tevékenység előny, hogy az apró gümős góczok gyógyulhassanak, néhány soral feljebb azonban a tüdőösszeesés, illetőleg nyugalomba jutás gyógyító értékét hangsúlyozzák (160 oldal). Nagyon megszívlelendő a kórházi kezelésre vonatkozó az az óhajtásuk, hogy a kórházvezetők a tüdőbetegápolttal törődjenek s ne bízzák azok kezelését a gyakran változó segédorvosokra, a kiknek egyike-másika talán nem rendelkezik a tüdőgyógyásztól megkívánható tulajdonságokkal, a milyen például az is, hogy jó psychologus legyen (*Cornet*.)

A többi szerv gümőkórjáról szóló fejezetek szintén elég részletesen foglalkoznak a diagnostika és gyógyítás kérdéseivel. A kórbonczati elváltozásokat mutató szép színes ábrák élénkítik a munkát. Az a német mondás, hogy a ki sokat hoz, mindenkinek hoz valamit, *Bandelier* és *Roepke* e könyvére is vonatkoztatható és épp ebben van a munka legfőbb értéke. Feltétlenül hasznos és érdemes munkát végzett tehát *Parassin*, midőn a fáradságos fordítás segélye-



vel nemcsak a Magyar orvosi könyvkiadó-társulat könyvtárát hanem a magyar orvosi könyvirodalmat is gazdagította és lehetővé tette, hogy a tuberculosis iránt érdeklődő magyar orvosok és orvostanhallgatók együtt egy helyen egybegyűjtve találják meg mindazt, ami e sokféle localisatiójú betegségre nézve megállapítást nyert. A könyv kiállítása a kiadó-társulat áldozatkészségét és izlését dicséri.

Ország Oszkár dr.

**Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára az 1917. évre.** 27. évfolyam, 384 lap, szerkeszti *Pesti Alfréd*, kiadja a „Petőfi” irodalmi vállalat. Bolti ára 8 korona.

Örömmel fogadjuk az orvosi kar ezen nélkülözhetetlen és joggal közkedveltségű segédkönyvének megjelenését. A már majdnem három éven át dúló világháború következményei nem csupán a papiros és a nyomdai munka árának igen tetemes emelkedését okozták, hanem az adatgyűjtés elé is nagyon sok és néha bizony leküzdhetetlen akadályokat gördítettek. Ilyen körülmények között kiváló érdeme *Pesti Alfréd*-nek, az évkönyv buzgó szerkesztőjének, hogy mindezt a sok nehézséget legyőzve, művének idei évfolyamát is a kellő időben és a szokott terjedelemben, az eddigi ár mellett bocsátotta az orvosok és az orvosi ügyek iránt érdeklődő közönség rendelkezésére.

Megtaláljuk az évkönyvben a hazánk orvosi rendjére vonatkozó részletes statisztikát, az egyetemi orvostudományi intézetek, az összes polgári és katonai kórházak, a sanatoriumok, a nyilvános rendelőintézetek, a munkásbiztosító pénztárak, valamint a különböző hatóságok orvosi személyzetének névjegyzékét. Fel vannak sorolva továbbá a különféle szakintézetek, az orvosi szaklapok és az orvosi tudományos megfigyelési egyesületek képviselői, illetőleg vezetői. Az évkönyv czimtári része közli ezután a budapesti és vármegyék szerint csoportosítva az összes hazai orvosok személyes adatait, függetlenül pedig Horvát-Szlavonország és Bosznia-Hercegovina orvosainak névjegyzékét.

Ugyancsak közli az évkönyv a magyar orvosi szakirodalom múlt évi összes termékeinek czímjegyzékét tizenhárom szakban. Ez a jegyzék örvendetes bizonyítéka annak, hogy noha az orvosi rendre a rendes munkáján kívül a súlyos hadi szolgálat is nehezedett, amellett a tudományos és irodalmi munkássága sem szünetelt, hanem serényen folyt tovább.

A magyar orvosi rend jóleső megnyugvással és fokozott önértéssel utalhat arra, hogy a háború pusztításai közepette minden tekintetben megtette a kötelességét. Ha a győzedelmes, tisztos béke, amely már nem késhetik soká, ismét meghozza majd az áldásos, alkotó munkának tartós időszakát, az orvosok még fokozottabb mértékben fogják hasznosíthatni az évkönyvben összegyűjtött értékes és megbízható adatokat.

Tihanyi Mór dr.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**A tropusi malaria gyógyításáról** írt dolgozatukban *Minarik* és *Schopper* nagy anyagon tett tapasztalataik alapján a chinin glicerin oldatának befecskendezését ajánlják. Vizsgálataik szerint a szájon át avagy intravenásan adott chinin hatása már 15—16 óra múlva csökken, 24 óra múlva pedig megszűnik. Ha ellenben az említett glicerin oldatot fecskendezzük a bőr alá, ezzel mintegy subcutan chinin-raktárt létesítünk, a honnan hosszabb ideig jut a keringésbe chinin s ily módon állandóbban befolyásolhatók a malariaplasmódiumok. A szerzők használták oldat chininum bisulfuricumnak 50%-os oldata glicerin és physiologiai konyhasóoldat egyenlő mennyiségéből készült folyadékban, még pedig forralással készítve. Minthogy azután ez az oldat is kihűlt állapotban fájdalmakat okozhat a kicsapódó chinin-kristályok miatt: úgy kell eljárni, hogy használat előtt felfőzzük és testhőmérsékre lehűlése után (előzőleg kissé megmelegített fecskendőbe felszívva) használjuk. Ily módon eljárva, nagyobb fájdalomosság avagy felületlen bőrelhalás sohasem észlelhető. A befecskend-

ezett mennyiség átlagban 5 cm<sup>3</sup>, vagyis 2.5 gr. chinin; az első befecskendezés után 36—48 órával történik a második injectio, ezt követi 2—3 nap szünet után újból két befecskendezés 36—48 órás időközben. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 14. sz.)

**A kiütés nélküli himlőről** ír *Vorpahl* a lübecki kórház belosztályán észlelt 7 eset alapján. Ez esetekben himlős beteggel részben közvetlen, részben közvetett érintkezés után 8—9 nappal 39 és 40° között ingadozó láz állott be minden más feltűnőbb jelenség nélkül; 1—2 nap után a láz csökkent és csakhamar teljes gyógyulás állott be. — Véleményünk szerint az adatok ugyan nem teljesen bizonyítók a mellett, hogy csakugyan himlős fertőzésről volt szó; a kérdésnek szöbáhozása azonban mindenesetre indokolt, mert az irodalomban található, a kiütés nélkül lefolyó himlőre vonatkozó gyér közlések némelyike (*Tomaskin* és *Carrière*, *Immermann*) megemlékezik arról, hogy az ilyen kiütés nélküli esetekből kifolyólag újabb megbetegedések történhetnek. (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 13. szám.)

### Sebészet.

**A gyűjtőértékgulat conservativ kezelésére** *Linser* 1%-os sublimatoldatnak befecskendezését ajánlja. Igen vékony tűvel ellátott fecskendővel — nehogy a tű kihúzása alkalmával a sublimat az ér körüli szövetbe jusson ki — 1—2 cm<sup>3</sup> 1%-os sublimatoldatot juttat az álló helyzetben levő beteg megteleődött vénájába. A befecskendezés helyén a vénában jókora darabon azonnal szilárdan tapadó thrombus keletkezik. Néhány nap múlva a befecskendezés a távolabb eső vénákon folytatható. E kezelést a szerző igen nagyszámú betegen ambulánsan jó eredménnyel végezte s csak túlságosan kitágult vénák esetén nem volt a befecskendezésnek kellő sikere, de kellemetlen mellékhatást ez utóbbi esetekben sem észlelt. Eljárását, mely rendkívül egyszerű, ajánlja kipróbálásra. (Mediz Klinik, 1916, 34. sz.) M.

**A sarokra, valamint a lábtöcsontokra terjedő gangraena egy esetében** általa *amputatio pedis mediotarsea*-nak elnevezett műtétet végzett *Klapp*. A sarokcsontból csupán annyit hagyott meg, a mennyi közvetlenül az ugrócsonttal való ízületnek felelt meg; elül pedig a Chopart-izületben izesítette ki a lábtöcsontokat. Jóllehet az összes inak támpontjukat elvesztették, a műtégi seb gyógyulása után a csont kissé mégis mozgatható lett s jelenleg az egész testsúlyt jól viseli. A műtét előnye, hogy a csontkitott láb hossza egyenlő az egészségesével. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 9. sz.) M.

### Bőrkórtan.

**A Vlemingx-oldatot jó rüh- és tetüellenes szernek** mondja *Obermiller*. A bizonyos gyógyszerek dolgában mostanában tapasztalt szűkös viszonyok arra kényszerítik az orvost, hogy lehetőleg oly szerekekkel gyógyítson, melyek egyrészt olcsók, másrészt könnyen beszerezhetők. A szerző felhívja a figyelmet a régen ismert, igen olcsón előállítható solutio *Vlemingx*-re (solutio sulfo-calcaria), amelynek kitűnő rühellenes hatását évek előtt a strassburgi bőrklinikán volt alkalma észlelni. Az oldat, mely tudvalevően égetett mésszel és kénvirággal készül, bárhol a legnagyobb könnyűséggel házilag is előállítható. A gyógytárban egyébként *Vlemingx*-oldat néven ismerik. A szert oly módon használjuk, hogy sörteecsettel az egész testre (nyak és fej kivételével) kenjük s reászáradni engedjük. A bekenést a 2. és 4. napon ismételtetni kell. Friss ágy- és fehérműváltás s a használt ruhának kifőzése szükséges. A szerző igen jó tapasztalatokat tett ezzel a szerrel, mely ötvenszer-százszor olcsóbb a perubalsamnál. A scabieses jelenségek, genyedések gyorsan gyógyulnak. Igen jól alkalmazható tetveség esetében is. Nagy előnye a szernek, hogy többszöri beecsetelésre a testen előforduló peték is elpusztulnak. Izgató, gyuladást okozó hatása alig van a bőrre. (Ref. a háton előforduló erősen



genyedő acné ellenében már évek óta használja a legjobb sikerrel.) (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 8. sz.) *Guszman.*

**A herpes zoster kérdéséhez** nyújt kórbonczolástani adatot *Th. Fahr* (Hamburg-Barmbeck). *Bärensprung* alapvető vizsgálata és *Curschmann*, *Eisenlohr* s mások dolgozatai óta általánosan megerősítettnek látszik, hogy a herpes zoster keletkezésében az alapot a megfelelő idegelemeknek (centralis vagy peripheriás) megbetegedése szolgáltatja. A szerző esete nem hoz e tekintetben újat, de viszont teljesen világos betekintést nyújt az anatómiai viszonyokba. 82 éves férfiről van szó, a kinek jobb mellkasán a 6.—7. borda lefutásának megfelelően kiterjedt zosteres eruptiója volt. Egy héttel később beállott halála után a bonczolás kiderítette, hogy az illető a retroperitonealis mirigyeknek kiscsömbsejtes sarcomájában szenvedett. A gerincvelő 6.—8. mellkasi segmentumának, valamint a megfelelő jobb oldali spinalis dúcoknak szöveti vizsgálata kiderítette, hogy ott a sarcoma metastasisokra vezetett, melyek az ereket köpenyszerűen sarcomás szövettel vették körül. (Dermatologische Wochenschrift, 1917, 12. szám.) *Guszman.*

**A bőrbajoknak Röntgen-toxinnal való kezelését** kísérelte meg *F. Winkler* (Wien). *Winkler* Röntgen-toxinnak azt a *Merck* által előállított készítményt nevezi, melyet a gyár *röntgenin* névvel látott el s a mely igen hosszú időn át röntgenezett állatok savójából és szerveiből (lég, mellékvese, csontvelő) készül. A röntgeninnek néhány cm<sup>3</sup>-e szövetbe fecskendezve, csakhamar ellágyítja azt. A szerző állítása szerint a szervek néhány csöppje tuberculosis verrucosa cutis vagy condyl. acuminat. szövetében már oly lágyulást teremt, hogy a kóros képletek 1—2 nap múltán vattatamponnal mintegy letörölhetők. Ugyanezt a hatást észlelte melanosis naevus és lupus tumidus eseteiben is. Többé-kevésbé hasonló elváltozást tapasztalt *Winkler* még néhány egyéb bőrbajban szenvedőkön is. Magyaráztatul a *Ribbert*-féle felfogást használja, mely szerint a lymphocyták szétesése alkalmával bizonyos hámlóanyagok képződnek. (Dermatologische Wochenschrift, 1917, 10. sz.) *Guszman.*

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A pneumonia terapiájában** *Fr. Meyer* tanár nagyszámú észlelete alapján a kombinált eljárást ajánlja, vagyis a pneumococcusra specifikusan ölt hatást gyakorló *optochin*, egybekötve a specifikus serum használatával. A mi az *optochin* illeti, a kellemetlen, sőt veszedelmes mellékhatások elkerülése végett az *optochinum hydrochloricum* kámforolajos oldatának bőr alá fecskendezése ajánlatos. Ez oldat készítmódja a következő: 0.3—0.6, legfeljebb 0.75 *optochinum hydrochloricum*ot egyenlő mennyiségű absolut alkoholban steril kémlecsőben feloldunk s az oldatot 5—10 cm<sup>3</sup> 20%-os kámforolaj-oldattal hozzuk össze. A jelzett mennyiség egy befecskendezésre való; naponként reggel végzendő egy befecskendezés; többnyire 5—6 befecskendezés szükséges; nagythallás vagy fülzúgás jelentkezése esetén a további befecskendezés tilos. E tünetek egyébként a kámforolajos oldat használata mellett rendkívül ritkák. Nagyon súlyos pneumococcus-sepsis esetében 0.1—0.3 gr. *optochinum hydrochloricum* 10—20 cm<sup>3</sup> *physiologiai konyhasóoldatban* intravenásan fecskendezendő be s utána a kámforolajos oldat subcutan befecskendezésével folytatandó a kezelés. A per os kezelés *optochinum hydrochloricum*mal okvetlenül mellőzendő. A lassan oldódó *optochin*-készítményeknek (*optochinum basicum*, *optochin-salicylsavester*) a szájon át adása kellő diéta mellett ugyan szintén nem okoz látás-zavarokat, a jelzett kámforolajos oldat azonban mégis előnyben részesítendő, mert használatakor nem vagyunk kitéve a szájon át adás mellett teljesen kiszámíthatatlan felszívódás létesítette esélyeknek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 45. sz.)

**Serpiginosus lágyfekély** egy makacs esetében *Appel* gyors javulást látott bekövetkezni, a mikor az illető beteg malaria tertianában megbetegedett. Ezen tapasztalata alapján azután három más makacs esetben mesterségesen létesített a

malariát malariás betegekből, a lázroham tetőfokán vett vérnek intravenás befecskendezésével. Az eredmény ezekben az esetekben is nagyon kedvező volt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 12. szám.)

**Vincent-angina** gyógyítására *Favre* és *Dreyfuss* a következő eljárást ajánlja, a mely a salvarsan-kezelést is felülmulja a hatás gyorsaságával, s e mellett olcsó. A beteg helyeket vattatamponnal megtisztogatásuk után beecseteljük 10%-os *argentum nitricum*-oldattal és utána bőségesen 10%-os *methylenkék*-oldattal. Az eljárás naponként ismétlődő azzal a különbséggel, hogy a 2. vagy 3. naptól kezdve, a mikor már észrevehető a javulás, gyengébb (1:30) *argentum nitricum*-oldatot használunk. (Presse med. 1916, nov. 2.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1917, 13. szám. *Auszterveil László* és *Kollár József*: A Bruck-féle sero-chemiai syphilis-reakcióról. *Biró Ernő*: A tápcsatorna Röntgen-diagnostikája. — 14. szám. *Sarbo Artur*: Peroneus- és radialis-bénulás esete tabeszes egyéneken.

**Budapesti orvosi újság**, 1917, 14. szám. *Bartók Imre*: A harcztéri szem- és szemhéj-sérülések utókezelése. — 15. szám. *Gergely Jenő*: A typhus-szivről.

**Magyar orvosi archívum**, 1916, 6. füzet. *Baráth Irén*: Gaucher-féle splenomegalia újabb esete. *Csikó József*: Kísérleti adatok az asthma kérdéséhez. *Iffy Johan Béla*: Rhabdomyosarkoma chondromyxomatousum a felkaron.

#### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Wasserstrom Adolf* dr.-t Désen tiszteletbeli kórház-igazgatóvá nevezték ki.

**Meghalt.** *Laurovics János* dr., nyugalmazott járásorvos Nagylakon 73 éves korában márczius 30.-án. — *Vizi Henrik* dr., Körmen város főorvosa, 71 éves korában. — *Schöffler Ernő* dr., tesöldi körorvos, 55 éves korában. — *Szabó Sándor* dr. Nagysurányban. — *Papp László* dr. lajosmizsei körorvos, 30 éves korában Ujaradon. — *Russay Gábor Lajos* dr. Ungvármegye tb. főorvosa és Szobráncz-fürdő orvosa 62 éves korában Ungvárott. — *Eisner József* dr., felsővízközi járásorvos, Sárosmegye tb. főorvosa, 61 éves korában. — *Suhay Artur* dr. nyugalmazott tengerész főőrzorvos 59 éves korában Temesvárott. — *Engel Sándor* dr. nyugalmazott járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, 74 éves korában Temesvárott. — *Markovits Vilmos* dr. feketeadói körorvos 45 éves korában.

**A marienbadi orvosi üdülő-otthon** („Aerzteheim“) májustól szeptemberig 65 helyet ad magyar, német és osztrák orvosoknak egy-egy hónap tartammal. A folyamodások „Vorstand des Vereines Aerztliches Erholungsheim in Marienbad“ címre küldendők, megjelölésével annak, hogy mely hónapban kívánja az illető igénybe venni a helyet. Orvosok nejei csak férjük ápolása céljából vétetnek fel. Az egyesület tagjai (legalább 5 kor. évi járulék) előnyben részesülnek, úgyszintén azok, a kik betegségüket a mostani háborúban ténykedésük folytán kapták.

**A Budapesti Orvosi Kör** folyó hó 2.-án tartotta XLIII. évi közgyűlését *Cs. Papp Samu* dr. elnöklété alatt. Az elnök megnyitójában csüggedéssel vallja be, hogy az összes eszmények és erkölcsi rúgók alig észrevehetően befolyásolták az ember ősi természetét. A köz- és magánéletben az ember nem arra törekszik, hogy kellemessé tegye az életét, hanem, hogy minél több kellemetlenséget, szenvedést és nyomorúságot halmozzon fel ezen a földön. A háború csak tetőpontja az ember végzetes tévedésének. De ha felismertük az élet ferde irányait, iparkodjunk szabadulni a sok lelki nyügtől, melyet magunkkal czipelünk. Olyan világnézetre van szükség, mely nemcsak a jogi, hanem az erkölcsi igazságot is védi, mely a rideg jogállamot melegséggel telt erkölcsállammá alakítja át. Ennek a megváltó világnézetnek felülről lefelé kell terjednie és a művelt emberből kell kiindulnia. Az orvosrendnek nagyobb tekintélyre van szüksége, mint bármely más társadalmi osztálynak és ezt úgy szerezheti meg, ha nemcsak magas tudományos színvonalon áll, hanem arra a magas ethikai polczra is emelkedik, a hol megszűnik a kicsinyes torzsalkodás és a hol a fenköltébb gondolkodás kezdődik. — *Rákosi Béla* alelnök jelentése szerint a Budapesti Orvosi Kör országos segélygyűletének vagyona az 1916. év végén 252.600 korona. — *Mohr Mihály* titkár jelentése után *Hainiss Géza* pénztáros tett jelentést a pénztár állásáról. A Budapesti Orvosi Kör vagyona 15.626 korona 23 fillér. — *Kiss Gyula* a hiteles tejről tett jelentést, mely a hatósági intézkedések következtében kénytelen 1917-ben működését beszüntetni. — *Rákosi Béla* volt alelnököt, az Országos Segélygyűlet elnökét a Kör és a Segélygyűlet körül szerzett érdemeiért a Kör tiszteleti taggá választotta. Végül a választásokat ejtették meg. Elnök lett: *Cs. Papp Samu*; alelnök: *Prochnov József*; titkár: *Mohr Mihály*; pénztáros: *Hainiss Géza*. Választmányi tagok: *Id. Glass Izor*, *Fischer Ármin*, *Kiss Gyula*, *Ungár Gyula*, *Pártos Henrik*.

**A Budapesti Orvosi Kör Országos Segélygyűlete** folyó hó 2.-án tartotta évi közgyűlését a lemondó *Rákosi Béla* elnök helyett *Prochnov József* dr. elnöklété alatt. *Pauer Károly* dr. titkári jelentésé-



ben elsősorban *id. Glass Izor* dr.-nak mondott hálás köszönetet a Segélyegylet választmánya nevében, mert számos és jelentékeny összegű alapítványt szerzett. Majd *Rákosi Béla* elnök érdemeit ecseteli, a kinek működése alatt az egylet vagyona és a kiosztott segély háromszorosára emelkedett. Az ez évben kiadott segély 13.570 korona. Az egyesület fennállása óta 232.439 koronát osztott szétorvosok özvegyei és árvái közt. *Katona József* pénztáros jelentését tudomásul vették. Végül a választásokat ejtették meg. Elnök: *Prochnov József*; titkár *Pauer Károly*; pénztáros: *Katona József*. Választmányi tagok: *Id. Glass Izor*, *Högyes Ferencz*, *Mutschenbacher Béla*, *Pártos Henrik*, *Schächter Miksa*, *Schrodt Antal*, *Rózsavölgyi Mór*, *Verebély László*. (Tagsági díj 4 kor., alapító tagsági díj 80 kor., mely *Katona József* pénztárosnak, IX., Mester-utca 1.sz. küldendő be.)

**Behring tanár halála.** Március 31.-én halt meg 63 éves korában korunk egyik legkitünőbb orvostudományi buvára, *Behring* tanár Marburgban. Habár már évek óta betegeskedett és munkaeje sem volt már a régi, halála mégis széles körben részvétet fog kelteni; mert munkálataival korának buvárai közt a legelső helyek egyikét vívta ki magának s az emberiség valóságos jötevőjének nevezhető. *Behring* volt megalapítója a serum-therapiának s nagynevű munkatársával, *Ehrlich*-hel együtt, a kit csak másfél évvel élt túl, a serológának általában. Két nagy alkotása, mely nevét örökéletűvé teszi: a diphtheria-gyógyserum és a prophylaxisos tetanus-serum-injectio.

**Hírek külföldről.** A Heubner-alapból rendszeresített gyermekorvostani jutalomdíjat *Pfaundler* müncheni tanárnak ítelték oda „Körpermassstudien an Kindern“ című munkájáért.

**Személyi hírek külföldről.** *O. Wagener* tanár Greifswaldban elfogadta a meghívást a marburgi egyetem fülészeti tanszékére. — *L. Zumbusch* tanárt, a müncheni bőrkórtani poliklinika igazgatóját ugyanazon egyetem bőrkórtani tanszékére nevezték ki. — *R. Salus* dr., a prágai német egyetemen a szemészet magántanára, rendk. tanári címet nyert.

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

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

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schöné-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa

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

**Therápia sanatorium** Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14-51. Belbetegek részére. — Vízgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KÓVÁCS ALADÁR.

**Dr. FORBÁT** bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigének, haemolysin, vaccínák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

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

**Művégtagok** járó és támasztógépek, egyenestartók, rugónélküli sérvkötők, műcipők stb. modern kivitelben készülnek

**Orthopaedia-Részvénytársaságnál** Budapest VI., Nagymező-u. 4. Telefon 11-08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

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

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

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

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

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

**UJTÁTRAFÜRED.** Heliotherapia. 1010 méter magasan a tenger felszínén felel. Röntgen-laboratorium.

## PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménesintézetnél a külső gazdasági majorokban nyári munkások egészségügyi szolgálatának ellátására **f. évi május hó 1.-étől október hó végéig egy kiegészítő orvos** lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

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

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve a hirdetés megjelenése után a lenti parancsnokhoz mielőbb benyújtandók.

Gyakorlattal bíró orvoszigorlók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménes katonai parancsnoksága, Mezőhegyes.

## HIRDETÉSEK.

### Segédorvos kerestetik

(diplomás) Ótátrafüred gyógyfürdő és sanatoriuma részére. Ajánlatok „Szép Jövő“ jelige alatt Petőfi irodalmi vállalat Budapest, VII., Kertész-utca 16 kéretnek.

### Kapsulae Sangonor

sec. Kormos

a Gonorrhoea gyógyításának legjobban bevált hazai készítménye.

(Tartalmaz: Tiszta keletindiai sandalfa-olajt és Kawa-mézzat.)

**Előnyei:** Könnyen emészthető, a gyomor igen jól tűri, mellékhatások nem lépnek fel. A helyi kezelést előmozdítja, a betegség heveny és idült stádiumában.

Ezen kitűnő Antigonorrhoeicumból orvos uraknak mintadobozzal készséggel szolgál:

**Kormos Aladár**

Magyar királyi gyógyszerháza

Budapest, V., Fürdő-utca 12.

**Dr. Erényi Jenő kir. tanácsos**  
**Diätetikus gyógyintézete Karlsbadban**  
gyomor-, bél-, epekő- és cukorbeteg részére.

**Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:**

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

**EGGER EMULSIÓ**  
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY



# MEMEMENTO!

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



Minden gyógyszerárban kaphatók.





# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

- Kopits Jenő:** Zsugorodott ujjak kiegyenesítése sinnyújtókötéssel. 213. lap.  
**Wiener Imre:** Közlés a meljinei cs. és kir. várkórház belgyógyászati osztályáról. (Parancsnok: Latzel Albert dr., főőrzsorvos) Malaria tropica. 215. lap.  
**Cholnoky László:** Közlemény a székesfőv. Szt. István-kórház V. orvosi osztályáról. (Főorvos: Poór Ferencz dr., egyet. magántanár.) Morvan-tünetcsoport esete, körömgátyünettel. 218. lap.  
**Fabinyi Rudolf:** Közlemény a budapest-lipótmezei állami elmeegógyintézetből. A Pándy-féle carbol-próba diagnostikai értéke a liquor cerebrosinialis vizsgálatában. (Megjegyzések: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár. „A vérnek és cerebrosinialis folyadéknek összehasonlító vizsgálata, különös tekintettel a sulfosalicylsav értékére” című közleményére.) 219. lap.  
**Tárca. Pekaňovich István:** Az Országos hadigondozó hivatal ikervári különleges gyógyintézete. 220. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés.** W. Prausnitz: Grundzüge der Hygiene. — Weiss Emil: A venereás betegségek elleni védekezés új rendszeréről. — Schäffer: Albert Neisser, Lebenswerk, Persönlichkeit, Erinnerungen aus seinem Leben. — Lapszemle. Belorvos-tan. Böttner: A háborús táplálkozás befolyása a gyomor sósavválasztására. — R. Steiner: Elsődleges gége-erysipelas. — Sebészlet. Struck és Eden: Sikertelen Edinger-féle idegplastika. — Exner: Idegvarrat után a működőképesség szokatlanul kora helyreállása. — Küttner: A veseerülésekből eredő vérzés. — Ritter: A sinus-sérülésekből eredő vérzés csillapítása. — Kisebb közlések az orvostudományról. Göppert: Gyermekkorú asthma. — Munk: Scarlatina. — G. Hirsch: Helybeli érzéstelenítés. — Morgenstern: Postdiphtheriás nyelés- és légzés bénulás. — Zweig és Hecht: Paroxysmalis tachycardia. — Kranz: Arteriosclerosis. — Schlenzka: A női gonorrhoea kezelése. 221–223. lap.

Magyar orvosi irodalom, 223. lap.

Vegey hírek, 223. lap.

Tudományos Társulatok, 224. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Zsugorodott ujjak kiegyenesítése sinnyújtókötéssel.

Közli: **Kopits Jenő** dr., egyetemi magántanár,  
a Magy. Kir. Rokkantügyi Hivatal Márvány-utcai utókezelő gyógyintézetének igazgatója.

A hadisérültjeink utókezelésére szolgáló orthopaediai intézetek legnehezebb feladata a kézsérülések következtében fejlődött ujj-deformitások: merevségek és zsugorodások gyógyítása.

A mozgásszervek legfontosabb része a kéz, mely rendkívül komplikált szerkezetével csodás finomságú mozgásokat tud produkálni. A nagyszámú csontból és ízületből alkotott kézen nemcsak az alkarizmok összehúzódását mozgásra váltó hosszú inak futnak, hanem ezeken kívül magán a kézen erednek és tapadnak a csontok közti hézagokban helyet foglaló rövid izmok, melyek kifogástalan működése az ujjak finomabb mozgásainak a kivételére rendkívül fontos. Könnyen érthető, minő, sokszor helyrehozhatatlan functionális zavarokat okoz az ilyen finom szerkezet-complexumon az ezt átjáró lövedék, mely úgy a mozgást közvetítő inakon, mint a mozgást produkáló izmokon és az egyes csontokat összekötő ízületeken végez pusztításokat és okoz maradandó elváltozásokat. A kéz sérüléseinek kívül az ujjak mozgás-zavarait okozhatják még az alkar különböző izomcsoportjainak és csontjainak a sérülései. A mozgás-zavarok ilyenkor lehetnek vagy a pusztulás közvetlen következményei, vagy a használatlanság, sőt a seb gyógyulása közben elkövetett mulasztásokból származó másodlagos elváltozások. Végül az ujj-deformitásokat okozhatja az ujjakat mozgató egyes izomcsoportok bénulása, midőn a mozgást végző bénult izmon beálló elváltozások (atrophiák) s a működéshiányból származó mozgáskiesések, kombinálva az antagonisták izomcsoportok egyirányú működésével, adják meg az egyes izomcsoportok bénulására jellemző kóros ujj-állásokat.

Az ujjak legegyszerűbb funkciója azok behajlítása és kinyújtása; ez a mozgás teszi lehetővé tárgyak megfogását és eleresztését. Érthetően e legfontosabb funkciójában épp úgy akadályoztatik a kéz, ha ujjai kinyújtott helyzetben merevek, mint midőn behajlított helyzetben zsugorodtak, mert egyik positio a fogásra épp oly alkalmatlan, mint a másik. Ez

adja már meg az ujj-zsugorodások gyógyításának általános indikációját. Bizonyos esetekben az ujjak zsugorodásának megszüntetésére törekvés nem indikált. Ez az ujjak olyfajta zsugorodása, midőn azok a perccsközi ízületekben félig behajlított helyzetben kampószerű állásban merevek, míg az ujjtő-izületek szabadon hajlíthatók. Az ilyen kéz durva fogásra nagyon alkalmas, mezőgazdasági munkásnál például teljesen munkabíró. Ilyen esetben, ha a perccsközi ízületek nem is teljesen merevek, de nincs garantiánk rá, hogy az esetben, ha azokat redresszáljuk, az ujjak nem maradnak-e nyújtott helyzetben merevek, helyesebb azokat félig zsugorodott helyzetükben megtartani, mert ily állapotban a kéz sokkal használhatóbb, mint merev nyújtott ujjakkal. Mindazon esetekben azonban, midőn az ujjak ízületeinek az állapot reményét nyújt, hogy az ujjak redresszálása után azok mozgathatósága is helyreállítható, a zsugorodást mielőbb meg kell szüntetnünk, mielőtt még a hajlító oldalon levő szövetek zsugorodása és az ízületek másodlagos elváltozása a kiegyenesítést lehetetlenné nem teszi. Feltétlenül indikált az ujjak kinyújtása, midőn a zsugorodás oly nagyfokú, hogy az ujjcsúcsok a tenyeret érintik. Ilyenkor, ha valamennyi ujj zsugorodott, az ököbe szorított kéz majdnem egyenértékű, használhatóság szempontjából, a kéz teljes hiányával. Használhatatlan a kéz akkor is, ha nem valamennyi ujj, csak a harmadik, negyedik és ötödik ujj van zsugorodva, mint azt nagyon gyakran singidegbénulás következményeként is látjuk. Ekkor a meglévő jómozgású mutató és hüvelykujjat csak kis tárgyak megfogására tudja használni a sérült, de szerszámok nyelésére a megfogására nem, mert marka a zsugorodott ujjakkal van tele. Ha csak egyetlen ujj zsugorodott ilyen nagy fokban, akkor azt ugyenezen okból helyesebb eltávolítani, mert ha kinyujtva merev marad, a többi mozgékony ujj között egyetlen merev, nyújtott helyzetben levő ujj szintén nagyon alkalmatlan a kéz használatában. Indikált az ilyen nagyfokban zsugorodott ujjcsorogat kinyújtása már csak azért is, mert ilyenkor az ujjak tenyéri felülete és a tenyér a felhalmozott izzadságtól és piszoktól kipállik, a mi miatt sokszor undorítóan büdös.

Az ujjak kinyújtása elé leküzdhetetlen akadályt gördít az ízületek csontos merevsége és a tenyér bőrének a mélybe nyúló nagyobb kiterjedésű merevsége. Ez elváltozások jelenlétében a kinyújtás mechanikai eljárásokkal nem sikerülhet. Más esetekben azonban mindenkor eredménnyel foghatunk hozzá leirandó módszerünkkel az ujjak kinyújtásához.



A zsugorodott ujjak kinyújtásának a célja, azokban az esetekben, midőn a mozgást feltételező passiv és activ képletek nagyobb pusztulást nem szenvedtek, a zsugorodott képletek feszülésének mielőbbi megszüntetése, hogy azután gymnastikai eljárásokkal az ízületeket mobilizálva, az ujjak funkcióját ismét helyreállítsuk. Itt tulajdonképpen a redresszállás csak eszköz a gyógyulás céljának elérésére. Tagadhatatlan a béke-praxisban jó eredményeket érünk el csupán a gymnastikai kezeléssel. Gymnastizálva fokozatosan, lépésről-lépésre haladva, redresszálltuk a zsugorodásokat is. Ilyenkor nagy segítségünkre volt, hogy az egyes ülések közben a pácienst mindennapi megszokott foglalkozását folytatta s az egyes kezelések alkalmával elért eredményt saját érdekében a legnagyobb ambícióval igyekezett fenntartani. Az egyes kezelések kis eredményéből tevődött össze azután a gyógykezelés jó végeredménye. A tapasztalás azt mutatja azonban, hogy hadisérültjeinken ez az eljárás nem megbízható s csak ritka esetben érünk vele célra. Valamennyien, a kik hadisérültek ízületi gyógyításával foglalkozunk, rájöttünk, hogy *célszerűbb előbb a zsugorodott ízület fokozatos vagy együlésben kinyújtásával a kinyújtást akadályozó képletek ellentállását teljesen kikapcsolni, az ízület redresszállt helyzetben való tartásával megvárni, míg a redresszállás fájdalmai teljesen elmúlnak s azután a korrigált helyzetből kiindulva, hozzáfogni mobilizálással az ízület funkciójának a helyreállításához.* Ezzel a módszerrel sokkal biztosabban és gyorsabban érünk célra, mint a gyakorta megújuló, hosszabb-rövidebb ideig tartó, szintén fájdalmas redresszállással, mely után a sérült a másnapi redresszállásig ismét conserválja contracturáját.

Ilyen tapasztalásból kiindulva, ajánlatos, épp úgy, mint a nagy ízületeknél, az ujj-zsugorodásoknál is, melyeknél a kéz funkciójának teljes helyreállása várható, a gymnastikai kezelés megkezdése előtt a zsugorodásokat redresszállni.

Olyan ujj-zsugorodásoknál is, a melyeknél az ujjak funkciójának helyreállása nem várható, indikált az ujjak kinyújtása, mert a fent kifejtett okokból, úgy a hygienés követelmények, mint a használhatóság szempontjából, ezzel a kéz állapota javul. Itt a redresszállás maga a cél. Kinyújtott vagy félig kinyújtott ujjú, szabadon hozzáférhető kezek a *Karlovitz* tanár által szerkesztett szerszámnyél-tartó-szíjjal mezőgazdasági munkára majdnem teljesen munkabírónak mondhatók. Ez egyszerű, de kiválóan praktikus szerkezetű, a tenyéren fekvő, a kézközépet körülfogó, a kéztőn megerősített munkaprothesis jó alkalmazhatósága is indikáltá teszi, hogy a tenyeret is megszabadítsuk a hozzászoruló ujjaktól.

Az ujj-zsugorodások redresszállásának a javaslati és szükségességének a beigazolása után rátérhetek azon eljárás ismertetésére, melyet a vezetésem alatt álló intézetben már múlt év tavasza óta gyakorlunk s a melynek alkalmas voltáról ez idő alatt számos esetben volt alkalmunk meggyőződhetni.

Az ujjnyújtás módja eljárásunkkal állandó és fokozatos s akként történik, hogy a kéz háti oldalára fektetett kezét fixálva, a behajlított ujjakat distalis végükön megragadva, állandóan lefelé húzva tartjuk. Ily módon a zsugorodott ujjizületek a kézháti oldalukon fix támaszpontot nyernek, s az ízületekre ható nyújtóerő elől oldalt nem térhetnek ki.

A nyújtókötéshez használt eszközök nagyon egyszerűek:

1. A kéz és az alkar körvonalának megfelelő falap, melynek a kéz többi ujjától különálló hüvelykujj-része az abduktált hüvelyknek megfelelően eláll; a sínen az ujjak végének megfelelő helyeken  $\frac{1}{2}$  cm. átmérőjű lyukak vannak fúrva. (L. ábra a)

2. A falap kipárnázására szolgáló filczlap vagy avult pokrócz (l. ábra b) és ugyanezen anyagból készült, az ujjpercnek húzására kivágott elnyúlt ovális lapocskák, melyek hurokszerűen a tenyéri oldalukon fogják körül az ujjakat. (L. ábra c)

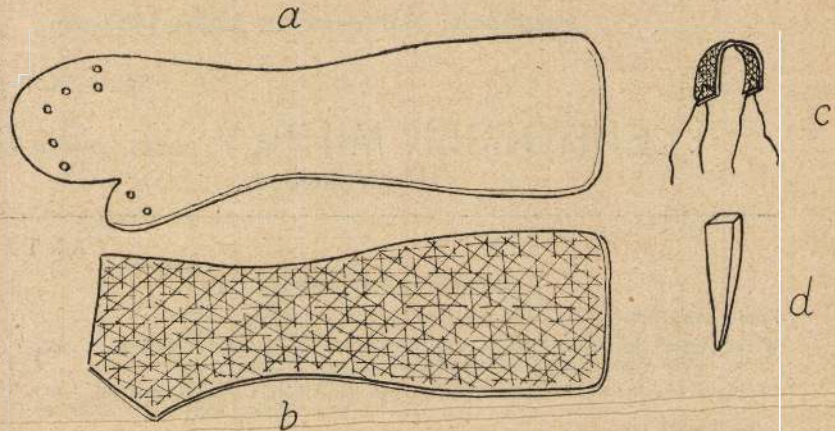
3. Csomagoló zsinag, melyből 15—18 cm. hosszú da-

rabkákat vágunk s azokat az ujjakat húzó pokróczdarabkáknak végén áthúzzuk.

4. Faékecskék, melyek a lyukakon áthúzott zsinagcsok megfeszítésére szolgálnak.

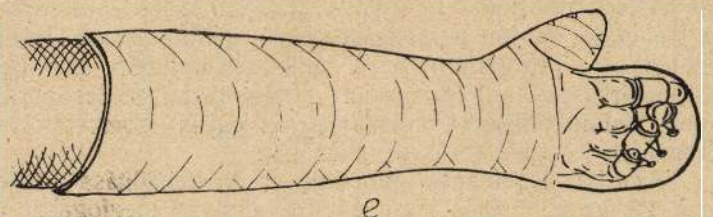
5. Organtinpólya.

6. Dextrin-pép.



A kezét a sínre úgy szereljük fel, hogy először a pokróczból a fasinak megfelelő nagyságú és alakú darabot vágunk ki, melynek az ujjak hegye felé eső végét egyenesen levágjuk (l. ábra b) a sín végén fúrt lyukakat szabadon hagyva; az így kivágott pokróczot a dextrin-péppel bekent fasinra ragasztjuk. Az ekként kipárnázott sint rövid időre félretesszük, míg a ragasztás teljesen megszárad, a mi gyorsan szokott bekövetkezni. Feleslegesnek is tartom megjegyezni, hogy a párnázást a fasinak arra az oldalára ragasztjuk, mely oldala a kézhát és az alkar feszítő oldalával érintkezik, tehát a sint ennek megfelelően úgy kell fordítanunk, hogy a hüvelykujj-nyúlványa a megfelelő oldalra essék. A kipárnázott sínre az alkart teljes supinációban feszítő oldalára és a kezét kézháti oldalára, középpálásban tartott kéztő-izülettel ráfektetjük, azokat a helyeket, a hol az alkarcsontok kéztő-izületi kiálló csontrészei és a kézközépcsontok bütkei támaszkodnak, megjelöljük s itt körülírt helyeken megfelelő nagyságban kivágott pokróczdarabkákat felragasztásával kétszeres, háromszoros vastagságban gondosan kipárnázzuk. A kezét is megfelelően elő kell készíteni a nyújtásra, különösen olyankor, midőn a tenyér és az ujjak tenyéri felülete kipállott, az ujjak hajlásainak bőrredőiben kis bepedések vannak. Ilyen kis bőrrepedések ezeken a helyeken nyújtás közben is, de már vizsgálat alkalmával, az ujjak nyújtásának megkísérlésekor könnyen támadnak s kötőszöveti gyuladások, sőt orbáncz kiindulási helyéül szolgálnak. Az ilyen feszülő bőrön támadt repedések égést, viszketést okoznak, a mi miatt a pácienst, ha hozzáfér, vakarja, piszkálja a kezét s érhetően könnyen inficiálja. Ezért a kezét már napokkal előbb fürösztyük, a kipállott helyeket xeroformmal vagy tannophennel bőven beporozzuk, ha pedig az ujjhajlások redőiben repedések vannak, bőrkenőcsös kötéllel látjuk el.

Az ekként előkészített kezét a kipárnázott sínre háti oldalával fektetjük rá, előzetesen azonban az alkart vékonyan bepólyázzuk enyves vattával. Az így elhelyezett alkart, és ha a hüvelykujj szabadon mozgatható, a mi nagy előny, a hüvelykujjat is, melegvízbe mártott keményítő pólyával a sínhez pólyázzuk. Ha lehetséges, a pólyával a tenyéren is átmegyünk, a zsugorodott ujjakat azonban szabadon hagyjuk.



Ezután egy napig nem bántjuk a sínhez pólyázott kezét, mely idő alatt a pólya teljesen megkeményedik. (Lásd ábra e.)



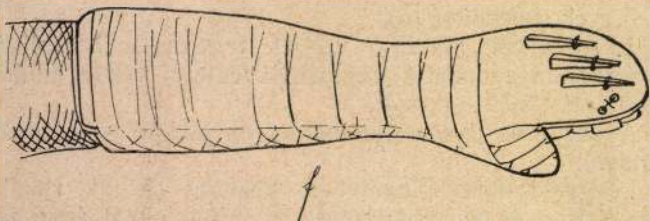
Az alkar és a kéznek nem deformált része ilyenképpen fixálva lévén, a zsugorodott ujjak a nyújtásnak teljesen ki vannak szolgáltatva, a kinyújtás alól nem térhet ki a sérült az alkar vagy kéztő elmozdításával.

Ekkor kezdődik az ujjak fokozatos nyújtása. Ha nem minden ujj zsugorodott, akkor előbb az akadálytalanul vagy kevés ellentállás legyőzésével kinyújthatókat teljesen kinyújtjuk, illetve egy darab elnyúlt ovális alakú kivágott pokróczdarabbal kinyújtva a sínhez kötjük.

Az ilyen nyújtóhurkok előkészítése és alkalmazása a következő: az ujjak vastagságának megfelelően 5—6 cm. hosszú, 2 cm. széles, letompított sarkú pokróczdarabkákat vágunk ki, melyeknek mindkét végén mintegy  $\frac{1}{2}$  cmnyire a szélről lyukat bökünk át és ebbe zsineget húzunk. A pokróczhurkot az egészen kinyújtható ujj körömperczének a tenyéri oldalára helyezve, a zsinegeket a deszkasín megfelelő két lyukán áthúzzuk és a sín mögött szorosan megcsomózzuk.

A kinyújtható ujjak pontos fixálása után, most már a zsugorodott ujjakra kerül a sor. Ha az ujjak oly nagy mértékben zsugorodottak, hogy az ujjcsúcsok a tenyeret érik, akkor egyelőre hurkot nem alkalmazhatunk, hanem fokozatosan mind vastagabb filczdarabkákat igyekszünk a tenyér és az ujjcsúcsok közé helyezni és így lassanként mind jobban tágitani a tenyér és az ujjcsúcsok közötti rést. Ha az ujjak a tenyértől már valamennyire emelhetők, akkor megkezdjük az előbb leírt hurkok alkalmazásával a nyújtást. A hurkok alkalmazásának a helyét az határozza meg, hogy mennyire vannak már az ujjak nyújtva; midőn az ujjak az ujjtői, valamint a perczközti ízületekben is zsugorodottak, akkor előbb a basalis ízületet igyekezünk kinyújtani s ilyenkor a hurkot az első, esetleg a második perczre helyezzük; a körömperczet csak akkor fogjuk meg a hurokkal, midőn már az első-második perczközti ízület támaszkodik háti felületével a sínre.

A nyújtás sohasem végzendő erőszakosan, csak fokozatosan, naponta egy-egy lépéssel előrehaladva. A fokozódást legkiméletesebben a következő módon eszközöljük: A hurok zsinegeit áthúzza a fásín lyukain, a zsugorodott ujj megfeszítése mellett a sín mögött csomózzuk. Úgy hagyjuk másnapig, harmadnapig, míg az állandó nyújtás hatása alatt a szövetek engednek s az ujjra gyakorolt kis nyomással is a sín lyukain áthúzott megcsomózott zsineg-kacs már nem feszül annyira, sőt úgy meglazul, hogy egy kis faék (l. ábra d) hegyét könnyen befogadja, a melyet betolunk a meddig lehet. Az ujjra gyakorolt nyomást megszüntetve, az ék a fásín mögött rögzítve marad. (L. ábra f.) Ezt ismételjük azután naponta, az éket basisa felé mindinkább elretolva. Ha az ék már teljesen áttolható, akkor a zsineg-kacsot szorosabbra kötjük és ismét előlről kezdjük az ék betolását a hegyén.



Azokban az esetekben, midőn gyorsabban haladhatunk, ék nélkül is megy a nyújtás a zsinegkacsnak naponta szorosabbra kötésével. A naponta továbbnyújtást, mint már fent említettem is, tulajdonképpen mindig manualisan végezzük s az elért állást rögzítjük az által, hogy az ujjat distalis végén a fásínhez közelebb hozott helyzetben a pokróczhurkok segítségével a sínhez kötjük.

A zsugorodott szövetek nyújthatóságát a nyújtás állandóságával érjük el, a mi által a szövetek felpuhulnak, succulensek lesznek, a nyújtott ujj sokszor kissé oedemássá válik. Épp ezért nagyon kell ellenőriznünk a kezét, s már mint fentebb is említettem, védeni apróbb kis berepedésektől, melyek ha jelentkeznek, bőr-kenőccsel befedendők, mert könny-

nyen válnak fertőzésnek a kapujává, mely a hajlító inakon inihüvelygyuladásra és az ín elhalására vezet. Részből az infectiót okozó piszkálás elkerülése végett, részből, hogy maga a beteg a nyújtózsineget meg ne lazíthassa, naponta a kezelés után az egész kezét a sinnel együtt bepólyázzuk. Miután a nyújtás legenyhébb mértékben fokozódó módja is bizonyos fájdalommal jár, megbízhatatlan betegek a hurkok zsinegeit meglazítják. Ha erre rájövünk, legjobb a napi kezelés után az egész kezét organtin-pólyával kemény kötésbe tenni, hogy a beteg a kötés alá ujjaihoz egyáltalán hozzá ne férhessen.

A nyújtást, amennyiben lehetséges, az ujjak teljes kinyújtásáig fokozzuk s nyújtott helyzetben 5—6 napig a fájdalomnak teljes megszűnéséig a kezét a sínre tartjuk. Ha már bízhatunk benne, hogy az esetben, ha a kezét a fásínről levesszük, az ujjak nem pattannak vissza rugószerűen a zsugorodott helyzetbe, a sánt eltávolíthatjuk s a kezét a nyújtott ujjakkal volaris gypszsínre helyezzük.

A zsugorodások kinyújtásának az időtartama természetesen nagyon különböző, mert attól függ, minő elváltozások okozzák azt.

Könnyebb esetekben két-három hetet vesz igénybe, macsabb esetekben többet is.

A sinnel kinyújtott ujjú kéz további sorsa attól függ, minő kilátások vannak a kéz használhatóságának a helyreállítására. Oly esetben, midőn az ujjak ízületeinek és a kézen futó inaknak az elváltozásai nem oly mélyrehatóak, sőt ha csak másodlagosak s ezért jó functionális eredmény várható, a nyújtás befejezésével azonnal hozzá kell fogunk mechanoterapiás kezeléssel az ujjak mobilisatiójához és functiójának begyakorlásához. A kezelést naponta kétszer végezzük, az azok közti időközökben azonban eleinte mindig visszatesszük a kezét a gypszsínre, később pedig csak éjszakára.

Azokban az esetekben, midőn a zsugorodásokat a mozgató készülék nagyobb pusztulásai okozzák, igyekezünk az ujjakat kinyújtott vagy félig behajlított helyzetben mereven megtartani s megfelelő segédprothesis alkalmazásával a kezét a használatnak mielőbb átadni.

Ilyen módon rokkantjaink egy nagy részének a munkaképességét visszaadhatjuk vagy legalább is kezüket munkára ismét alkalmassá tudjuk tenni.

Közlés a meljinei cs. és kir. várkórház belgyógyászati osztályáról. (Parancsnok: Latzel Albert dr., főorvos.)

### Malaria tropica.

Irta: Wiener Imre dr., főorvos, osztályvezető.

A fertőző megbetegedésekre vonatkozó ismereteink a gazdag háborús tapasztalatok révén eddigéig nem sejtett módon bővültek s bizonyos tekintetben lényeges átalakulásokon is mentek keresztül. A gazdag háborús irodalomban azonban alig találunk utalást a balkáni harctéren oly nagy fontosságúvá vált megbetegedésre, a malaria tropicára vonatkozólag. Az alábbiakban tehát néhány ezer eset kapcsán óhajtánék röviden beszámolni e fontos megbetegedés változatos klinikai symptomatológiájáról, kórboncztanáról és terapiájáról.

A malaria, mint ismeretes, typusa a sejtfertőzésnek.

A felszabadult gymnosporák, a melyek behatolnak a vörös vérséjtbe, a vörös vérséjt haemoglobinját megbontják s készítik a malariára oly jellegző melanotikus pigmentet. Ez a pigment, a mely pigmentszemcsék alakjában rakódik le a malaria-plasmodium protoplasmájában, a plasmodium feloslása után szabaddá lesz, belekerül a véráramba, onnan a különböző szövetekbe s főleg azon szervek sejtjei kötik meg leginkább a festékanyagot, a mely szervek a parasitának oszlási telepei (lég, máj, csontvelő és agy).

A plasmodium szétesésével parallel szétesik maga a vörös vérséjt is s az el nem használt haemoglobin ugyancsak pigment alakjában lerakódik a bőrben és a parenchymás szervekben (máj, csontvelő és vese).



A malaria tropica oly változatos klinikai és kórboncztoni tünettánának előidézésében az említett két pigment-féleségen kívül maguk a plasmodiumok mint bakterium-, illetve plasmodium-emboliák, valamint a plasmodiumok mérge anyag-cseretermékei szerepelnek mint kórtényezők.

Ha már most egy malaria tropicában szenvedő beteget rohammentes időben szemlélünk, a klinikai elváltozásoknak leírását, mint az elváltozások típusát, röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

A látható nyálkahártyák halványak, a bőr piszkos, sárgás-barna, pastosus, az arc puffedt. A tüdők felett diffus hurut, a szív majdnem kivétel nélkül mindig nagy, a szív felett accidentalis zörejek. A has felfújt, nagy a máj, rendkívül nagy a lép, tömött és kemény. Az epigastrium többékevésbé érzékeny, a vizeletben gyakran fehérje. A qualitativ vérkép megszaporodottnak mutatja a lymphocytákat és az eosinophileket (postinfectiosus eosinophilia). Itt-ott myelocytákat látunk.

Az esetek 50%-ában gyomor- és bélzavarok, az egyszerű katarrhalis tünetektől egészen a dysenteriaszerű elváltozásokig észlelhetők.

A vázolt tünetek kórboncztoni okait a következőkben találjuk:

A bőr piszkos, szennyes, sárgás-barna, színét részint a bőrben lerakódott vérfestény (haematoidin), részben pedig a különböző fokban jelenlevő vérszegénység magyarázza.

A nagy szívtágulatot a minden esetben bekövetkező parenchymás degeneratio, más esetekben a szívizomnak heveny gyuladása (myocarditis) idézi elő (toxinhatás). Az esetek kis %-ában fogunk csak a parenchymás degeneratió mellett festenyzettséget találni a szívizomban.

A máj térfogatnagyságát a májsejtek zavaros duzzadásával és a kötőszövet gyuladása okozta gömbsejtes beszűrődésével és hyperaemiájával magyarázhatjuk (toxinhatás).

A máj feketés-barnás színét a májsejtekbe és a kötőszövetbe történt pigment-lerakódás okozza.

A nagy lép (súlya  $1\frac{1}{2}$ —2 kg.) a gyuladással bővéssé és a szövetszaporodás idézi elő. A színbeli eltérést (barnás-fekete) a malaria-pigment okozza. Úgy a gyuladás, mint a színbeli eltérés kiváltó oka tehát a lerakódott és megkötött malaria-pigment, a melyet a fehér vérszövetek és a lépben meglehetősen nagy számmal megjelenő vándorsejtek, makrophagok vesznek magukba.

A nagyfokú vérszegénység és a malariában található qualitativ vérelváltozás okát a malaria-pigment, valamint a plasmodium toxin-hatása okozta csontvelő-izgalom (a csontvelő sárgás-barna), a malaria későbbi szakában pedig az embryonalis csontvelő (vörös) kóros működése magyarázza.

A vesék funkciós zavarát a zavaros duzzadásból értjük meg, a mit részint a toxinhatás, részint pedig a lerakódott vérfestény (haemochromatosis) idéz elő.

A gyomor- és bélzavarokat a malariában oly specifikus kórboncztoni elváltozások idézik elő; ezen elváltozásokra később még részletesebben visszatérünk.

A mi már most a malaria-rohamokat illeti, az ismert legkülönbözőbb formákat észleltük. Könnyebb esetekben a láztypus teljesen a tertianára emlékeztet. A súlyosabb esetekben a lázrohamok naponként jönnek és a lázroham 36—48 órán át fennállhat. Differential-diagnostikai szempontból a legnagyobb nehézségeket a *perniciosa-typhosa* okozta. A betegek heteken át magas lázban fekszenek, öntudatlanság, görcsök, convulsiók és súlyos gyomor- és bélzavarok főtünetei e kórfórmanak. A *perniciosa-algidat* mi ritkábban láttuk. A betegek hirtelen collabálnak és néhány óra alatt meghalnak. A *perniciosa-biliaris*, a cholaemia minden súlyos következményével, ugyancsak a ritkábban észlelhető kóralakok közé sorolható.

Ezen egyes megjelenési formák keretén belül a szerint, hogy melyik szervnek megbetegedése van az előtérben az általános megbetegedés különben is oly komplikált tünetcsoportjában, a következő három szervnek megbetegedését említhetjük:

1. vese,
2. szív,
3. agyburok és agy.

A vesék heveny megbetegedései eredményezik az oly gyakran észlelhető acut uraemiát a láz-paroxysmusokban.

Az acut szívgyengeség, valamint az acut serosus meningitisek és *haemorrhagiás enkephalitisek* az esetek kisebb százalékában észlelhetők.

Az acut szívparalysis kórboncztoni oka: az acut myocarditis, előrehaladottabb chronikusabb esetekben a chronikus myocarditis (myocarditis interstitialis).

Az acut haemorrhagiás meningo-enkephalitisekben azt látjuk, hogy az agykéreg szürkés-barna és bővérű, a fehér állomány pedig, a mely a pigmentet nem köti, telve van túsűrűsnyei, kerek, a metszslapláról kiemelkedő, vízzel le nem mosható rozsdabarna vézses göcczokkal. (Pigment- és plasmodium-embolia okozta capillaris emboliás vézések.)

Ilyen emboliás vézéseket más savós hártályokon is találunk, sőt nyálkahártyákon is, így a gyomor- és bélnyálkahártyán.

A gyomor- és bélzavarok egyik legfontosabb oka éppen ezen emboliás vézésekben keresendő. Ezen esetekben azt látjuk, hogy saját szerűen főleg a pyloruson és a duodenumban apró, túsűrűsnyei vézses göcczok szakítják meg a pigmentált, de különben ép nyálkahártya-felületeket.

A göcczok felszíne itt-ott kikopásokat mutat és a sósavnak leginkább kitett helyeken kisebb-nagyobb fekélyzödések, néha typosus peptikus fekélyeket találunk.

A bélzavarok másik fontos oka a vastagbél dysenteriaszerű elváltozásaiban keresendő. A vastagbél, mint kiválasztó szerv, fokozottabb mértékben köti a melanotikus pigmentet.

Az egész vastagbél sűrű pigmentatiót (melanosist) mutat, a nyálkahártya heveny bővésségével. Egyes helyeken diptheriás felrakódásokat látunk tarkítva ulceratiókkal. Erre a *malaria-dysenteria*ra tehát, a bacillaris dysenteriatól eltérőleg, a melanosison kívül jellegző, hogy a dysenteria három szakja (katarrhalis, diptheriás és ulcerosus szak) együttesen fordul elő.

Összegezve tehát a mondottakat, azt látjuk, hogy a malaria-méreg elsősorban azon szerveket támadja meg, a melyek a plasmodium fejlődési települ szolgáltnak (lép, máj, csontvelő és agy), másodsorban a parenchymás szerveket (szív és vese) s végül a gyomor- és béltractust, főleg a vastagbelet, mint a malariás melanotikus pigment kiválasztó szervét.

Ezen vázolt tiszta malariás sepsisekhez az esetek nagy részében más természetű vegyes fertőzések is társulnak.

A vegyes fertőzéseknek, a kiindulási pontot véve tekintetbe, 3 csoportját különböztetjük meg:

1. bél,
2. tüdő,
3. vér (haematogen).

1. A bélből kiinduló vegyes fertőzések komplikálják leggyakrabban a malaria tropicának fentebb vázolt, amúgy is bonyolódott tünetcsoportját.

A bacillaris dysenteria mindegyik alakja szövődhetik a malariával.

Leggyakrabban Flexnert és ypsilont láttunk, ritkábban Schiga-Kruset és amoebadysenteriat, utóbbiaknál áttéti tályogokkal a májban és a vesékben.

Ezen szövödmények fennforgásakor rendszeren a vesék súlyos zavara mutatkozik a klinikai kórképben, lévén a dysenteria-toxin praevaleálóan veseméreg. A szív funkciózavarai ezen esetekben csak másodsorban jönnek szóba.

A dysenterian kívül mint társfertőzések szerepelnek: paratyphus B. (3 esetben) és typhus (2 esetben).

Az esetek egy másik nagy részében coli- és különböző coccusok, elsősorban streptococcusok az előidézői a bélből kiinduló súlyos általános vegyes fertőzésnek.

A lobos nyálkahártya sebfelületein keresztül (malaria-dysenteria vagy bacillaris dysenteria) a nyirok- és véráramba kerülnek a fentebb említett kórokozók, létrehozva így a



streptococcus-sepsis, illetve septicopyaemia minden elképzelhető tünetét (verrucosus és ulcerosus endocarditisek, bőrvérzések és tályogok, nephritis apostematosa, meningitis haemorrhagica vagy convexitatis purulenta). Mint a legtöbb bélbeli fertőzés eseteiben gyakran látunk tüdőbeli szövődeményeket, úgy ezen bélfertőzéseknél is nagyon gyakran találkoztunk bronchopneumoniákkal, a melyek nagy hajlamot mutatnak a gyuladós területeknek genyes, illetve eves beolvadására (tüdőtályog, tüdőgangraena).

2. A tüdőből származó vegyes fertőzésekhez számítjuk a pneumococcus-sepsist és a tuberculosist.

Tapasztalataink azt mutatták, hogy a gyenge ellenállóképességgel bíró malariás szervezet primaer módon különös affinitással bír a mellkasi szerveknek különböző természetű megbetegedéseire.

Ezek közül első helyen kell emlitenünk a croupus pneumoniát. Ezek a pneumoniák a legrosszabb természetű formák közé sorolandók. Rendesen többlebenyűek, s nagy hajlamot mutatnak a genyes vagy eves beolvadásra.

A láz típusa a pneumonia megszokott típusától rendesen eltérő, remittáló, sőt néha intermittáló jellegű, marasmusos egyéneknek pedig teljesen láz nélkül folyhat le a pneumonia (astheniás formák).

A pneumoniákhoz gyakran társulnak pleuritisek (pleuropneumonia), ezeknek izzadmánya is feltűnő nagy számmal genyes.

Ezen plemopneumoniákból is már most szintén általános vegyes fertőzés indulhat ki és létrejön így a pneumococcus-sepsis, nephritis apostematosa és meningoenkephalitis purulenta pneumococcia. (A lumbalis folyadékban pneumococcusok!)

A malaria-méreg mintegy sensibilizálólag hat a tuberculosist vírusára is. A florid tuberculosist minden formájával találkoztunk a malaria tropicánál — fájdalom — igen gyakran. Egyes kivételes esetekben társulva láttuk a florid tuberculosist malariában a már vázolt vegyes fertőzési sepsisekkel (tuberculosis miliaris pulmonum, renis et hepatis, meningitis basilaris tuberculosa, verrucosus endocarditis, bőrvérzésekkel s bőrtályogokkal).

A 3. csoportba tartozó fertőzések között (haematogen) első helyen a polyarthritist rheumatica acutát kell megemlítenünk. A malaria mint olyan előidézhet arthritiseket, sőt polyarthritiseket is.

Gyakrabban látjuk azonban a malariát társulva a tulajdonképpeni rheumás polyarthritissel, valamint a savós hártáknak különböző természetű megbetegedéseivel.

A polyarthritist rheumatica acuta különösen kellemetlen complicatioja a malariás fertőzésnek s főleg a kezelés szempontjából ütközik nehézségbe ezen kétségkívül nem is oly ritka szövődménye a malariának.

A savós hárták megbetegedéseinek kívül sajátságos módon relative elég gyakran találkoztunk pericarditisekkel. Egyetlen egy esetünkben volt genyes peritonitis; ez esetben a bonczoláskor sem a hasban, sem máshol az egész szervezetben, kiindulási kapu fellelhető nem volt s magyarázatul az ismeretlen haematogen fertőzésmódot kellett felvennünk.

Ezen vázolt acut perniciosus sepsisektől különválasztandók a chronikus tropikus malariának már kevésbé változatos megjelenési alakjai.

A chronikus perniciosánál azt látjuk, hogy a lázmenet teljesen elvesztette a jellegzetességét. Minden elképzelhető típusú lázgörbe észlelhető. Majdnem mindig fokozódik a léptumor, még tömöttebbé és még keményebbé válik a lép. Esetenként növekszik az anaemia, a secundaer anaemiából gravis (perniciosus) anaemia lesz, a vérképben poikilocytosist, anisocytosist, polychromotophiliát, normo- és megaloblastokat találunk, kifejlődve így lassacsán az a kórkép, a melyet malaria-cachexia néven ismerünk a gyomor- és béltractus részéről elég gyakran súlyos functiozavarokat észlelünk. Ezeknek okai részint a már említett peptikus fekélyekben, részint pedig a gyomor- és bélnyálkahártya súlyos atrophijája miatt előálló kóros bél-fermentációban keresendők.

Trigeminus-neuralgiák, kétoldali ischias, neuritisek, valamint időseult hemiplegiák (enkephalomalaciás góccok) ugyancsak a chronikus tropusi malariának jellegzetességei.

Végül chronikus nephritisek, myocarditisek (myocarditis interstitialis chronica), máj- és pancreas-cirrrosis, haemorrhagiás diathesis, általános cachexiás savóshártya- és bőroedemák egészíthetik ki a chronikus perniciosának, illetve a malaria-cachexiának oly szomorú tünet-complexumát.

Mielőtt a malaria tropica terapiájára rátérnénk, röviden érinteni akarnám a malaria tropica után néha hirtelen jelentkező súlyos megbetegedésnek, az ú. n. „Schwarzwasserfieber-nek” rövid leírását.

Ezen kórforma hosszan fennálló perniciososa után jelentkezik hirtelen magas lázzal, hányással, hasmenéssel, icterussal és haemoglobinuriával.

Ama felvételt, hogy e megbetegedést a túlságos chinin-éves váltaná ki, teljesen megdönteni nem tudom, azon néhány eset kapcsán azonban, a melyet észlelni alkalmam volt, annak a gyanúmnak merek kifejezést adni, hogy ezen megbetegedés tulajdonképpen egy a malariához hozzátársult ismeretlen secundaer infectio.

Az infectiosus felvétel mellett bizonyítanak: klinice a magas láz, haemolytikus icterus, nagyfokú leukocytosis (25.000-ig), qualitative 85%—90% polynuclearis; kórboncztanilag: a sepsises savóshártyavérzések, a sepsises haemorrhagiás enteritis és az acut haemorrhagiás enkephalitis.

Differential-diagnostikai szempontból a betegség felismerése néha nehézségeket okozhat.

Egyéb fertőző megbetegedéseken kívül itt lenn délen főleg az infectiosus icterusok, különösen az általam leirt *albániai icterus* jöhet elsőben is szóba. Icterus infectiosusnál azonban nincs haemoglobinuria, másrészt a lumbalis folyadékban nem fogunk melanotikus pigmentet tartalmazó vándorsejteket találni, a melyek egyébként a „Schwarzwasserfieber”-ben — legalább az általam észlelt esetekben — mindig láthatók voltak.

A malaria tropica gyógykezelésében nagy szerepet játszik a chinin-ek intravenás alkalmazása. Az intravenás chinin-kezelésnek indicatiói a következők:

I. A tropicának azon acut formái, a melyek súlyos általános tünetekkel és imminens életveszedelemmel járnak (perniciososa comatosa et syncopalis), továbbá a typho-malaria fentebb vázolt kórképe.

II. A chronikus lefolyású esetek, a melyek a per os adott chininre nem reagálnak.

Az intravenás chinin-injectiók a perniciosának azon alakjaiban, a melyek súlyos általános tünetekkel járnak, kétségtelenül életmentő hatásúak, míg az elhúzódóbb, chronikusabb esetekben hatalmasabb segédeszköz a rohamoknak gyors coupirozására, mint a per os alkalmazott chinin.

A rohamok megszűntével azonban a tropusi malaria — mint súlyos általános megbetegedés — még nem tekinthető gyógyultnak. A teljes gyógyuláshoz a hosszú időn át keresztül vitt rendszeres, kombinált chinin- és arsenkezelésre van szükség.

Tapasztalataim révén állítom, hogy arsen nélkül malaria tropica nem gyógyul. Az arsen alkalmazása történhetik per os, vagy injectiók alakjában (intravenás neosalvarsan).

A gyógykezelés sémája tehát az alábbiakban foglalható össze.

1. A könnyebb és középsúlyos esetekben per os chininezés „Nocht” szerint, kombinálva arsennel; ha contraindicatio nincs, lehetőleg rögtön 0.45 intravenás neosalvarsannal.

Utóbbi dosis 10-naponként 4-szer megismétlendő.

2. A súlyos, életveszedelemmel járó heveny alakokban a chinin-t 1 grammos dosisokban intravenásan adjuk.

Az injectiókat naponként megismételjük mindaddig, míg a rohamok teljesen megszűnnek. A rohamok megszűntével következik a chininezés per os secundum „Nocht”, párosultan arsenkezeléssel.

3. A chronikus elhúzódó esetekben, a hol a per os chininezés párosultan az arsenkezeléssel célhoz nem vezet,



mint hathatósabb segédeszközhez megint csak a chinin-nek intravenás alkalmazásmódjához folyamodunk, karöltve arsenkezeléssel (lehetőleg intravenás neosalvarsan).

A malaria tropica heveny alakjainak gyógykezelésekor azonban a komplikáló megbetegedéseknek befolyásolását sem szabad szem elől téveszteni. Mint fentebb láttuk, e complicatiók gyakoriságuk szerint a következők:

1. az *acut uraemia*,
2. az *acut szívgyengeség*,
3. az *acut serosus meningitis*.

Ha egy acut malaria-rohamban az acut uraemiának tünetei praevaleálnak, akkor természetesen az intravenás alkalmazás mellett a chinin-injektión kívül, a venaesectiót és a hypodermoklystist is kell alkalmaznunk, hogy a kívánt gyógyhatást elérjük. Heveny szívgyengeség esetén a cardiotonicumok, meningitis esetén pedig a lumbal punctio alkalmazása javasolt az intravenás chinin-injektión kívül.

Egyszerű serosus meningitisben a meningealis izgalmi jelenségek egy-két lumbal punctióra visszafejlődnek. A meningoenkephalitisekben az általános agnyomásos tüneteket befolyásolja kedvezően a lumbal punctio.

A malariához társult egyéb infectiosus megbetegedésekben, így elsősorban a bacillaris dysenteriaiban, igen jó eredményeket látunk a polyvalens dysenteria serumnak intravenás alkalmazásától, kombinálva az intravenás chinin-injektiókkal. — A közönséges malaria-dysenteriaiban pedig, főleg súlyos bélvérzések esetén, a lóserum subcutan alkalmazása (20 cm<sup>3</sup>) fog igen jó szolgálatokat tenni. „Schwarzwasserfieber“-ben, ha az agyi izgalmi jelenségek uralkodnak a kórképen, lumbal punctiót, egyébként egyszerűen hypodermoklystist alkalmazunk.

#### Összefoglalás.

1. A malaria tropica, mint általános sepsises megbetegedés, elsősorban azon szerveket támadja meg, amelyek a plasmodium fejlődési települései szolgálnak (lép, máj, csontvelő és agy), másodsorban a parenchymás szerveket (szív és vese) és végül a gyomor- és béltractust, főleg a vastagbelet, mint a melanotikus pigment kiválasztó szervét.

Az acut rohamokban gyakoriságuk szerint a következő szövödmények jönnek szóba:

- a) *acut uraemia*,
- β) *acut szívgyengeség*,
- γ) *acut serosus meningitis*,

A gyomor- és bélelváltozások kórbonctani alapját teszik az acut esetekben:

a) az emboliás alapon létrejött peptikus fekélyek, s  
b) a dysenteriaszerű elváltozások a vastagbélben. A chronikus esetekben pedig

c) teljes gyomor- és bélatrophia.

2. A tiszta malaria-sepsishez más természetű vegyes fertőzések is társulnak. Ezeknek kiinduláspontját véve tekintetbe, 3 csoportját különböztethetjük meg a fertőzéseknek:

a) Bél-fertőzés (bacillaris és amoeba-dysenteria, paratyphus B., typhus- és streptococcus-sepsis).

b) Tüdő-fertőzés (pneumonia, pneumococcus-sepsis, tuberculosis)

c) Haematogen fertőzések (polyarthritisek és különböző serositisek).

3. A malaria-cachexia végeredményben perniciosus anaemia, az ú. n. „Schwarzwasserfieber“ pedig minden valószínűség szerint nem chinin-anaphylaxiás jelenség, hanem ismeretlen természetű secundaer fertőzés, amelynek lényege súlyos haemolysis.

4. A malaria tropica terapiájában a chininen kívül az arsen játszik nagy szerepet. Arsen nélkül a malaria tropica nem gyógyul.

Az arsen lehetőleg intravenásan neosalvarsan alakjában adagoljuk a fentebb vázolt eljárás szerint, mindig kombinálva a rendszeresen keresztülvitt chininkezeléssel (Nocht).

Közlemény a székesfőv. Szt. István-kórház V. orvosi osztályáról.  
(Főorvos: Poór Ferencz dr., egyet. magántanár.)

### Morvan-tünetcsoport esete, körömágytünettel.

Irta: Cholnoky László, segédorvos-helyettes.

1883-ban Morvan<sup>1</sup> egy új betegséget vélt felfedezni, melyben az analgesia, thermanaesthesia és tactilis anaesthesia, főleg fájdalomtalan panaritiumokkal társulva, játszsza a főszerepet. Morvan: „Parésie analgésique avec panaris des extrémités supérieures“-nek nevezte e tünetcsoportot és ettől kezdve a francia szerzőknél a „maladie de Morvan“ elnevezés volt használatos, de hozzáfűzték: „avec panaris analgésique“. Németországban Langhaus<sup>2</sup> és Steuderer<sup>3</sup> esetei után, kik a syringomyelia azon eseteit, melyekben az ujjak csontkulása is előfordult, mint „lepra mutilans“-t írták le. Későbbi vizsgálatok kimutatták, hogy a gerinczvelő elsődleges megbetegedései fájdalomtalan panaritiumokban, sőt az ujjak mutilációjában is nyilvánulhat. Ettől kezdve a Morvan-betegség syringomyelia-ként szerepelt. Zambaco<sup>4</sup> Bretagneban végzett vizsgálatai alapján kimutatta, hogy több esetben a lepra mutilans-t tévesen diagnoskálták Morvan-betegségnek. Végre Schlesinger a moszkvai congressuson a kérdést teljesen tisztázva kimondja: 1. Anatomiaiban az a feltevés nem igazolható, hogy a syringomyelia aetiologiájában a lepra szerepet játszik. 2. A két betegség jelentékenyen hasonló némely tünetének klinikai lefolyásából nem lehet még következtetni ugyanilyen anatomiai hasonlatosságra, sőt a klinikai tüneteket fontolóra véve, valószínűtlen, hogy a lepra üregesedést hozhatna létre. 3. A „Morvan-betegség“ elnevezés elvetendő, helyette a megfelelőbb „Morvan-tünetcsoport“ elnevezést használjuk jelzőül, mely úgy centrális (syringomyelia), mint peripheriás (leprás természetű) megbetegedésekben nyilvánulhat. 4. Lepra mutilans tiszta eseteiben a gerinczvelőben üregesedést még nem találtak (Saxer<sup>5</sup>). Ma tudjuk, hogy a „Morvan-tünetcsoport“ nem önálló betegség, a mint azt Morvan, Jolly<sup>6</sup>, Dejerine<sup>7</sup>, Charcot<sup>8</sup> és mások hitték, kik azt a hátulsó közegek és a peripheriás idegek megbetegedésére vezették vissza, hanem Hoffmann-nal együtt azt valljuk, hogy a „Morvan-betegség“ és a syringomyelia azonos (Bawli<sup>9</sup>).

A közlendő esetben a Morvan-tünetcsoport tiszta képét látjuk. Úgy ez, mint az a körülmény indít az eset közlésére, hogy benne az Alföldi tárgyalta „körömágytünet“ is észlelhető.

H. Zs., 39 éves hajadon, kaszír. Osztályunkra ulcus molleval vettük fel. Más panasza nem volt. Feltűnt a jobb kezén levő elváltozás, a mely a III-IV-V. ujj körömén volt a legkifejezettebb.

Közelgő: Hozzá tartozói között idegbeteg nem volt, bár ő is, mint fitestvére, erős alkoholist. A kéz ezidőszerű elváltozásának első tünetét ez előtt 4 évvel vette észre; erős, fájdalmas rohamai voltak, melyek néhány hónapon át többször ismétlődtek, majd megszűntek. Az első roham után keze teljesen megváltozott, a legfeltűnőbb volt, hogy a meleg tárgyak iránt kevésbé volt érzékeny. Hidegben keze feltűnően megkékült. A köröm növekedése a jobb kézen teljesen megváltozott: „Ritkán kell vágni a körömet“. Majd a jobb kéz ujjainak csúcán fájdalomtalan daganatok képződtek, melyek rendkívül lassan gyógyultak, mélyre terjedők voltak és sebészi beavatkozást igényeltek (panaritiumok).

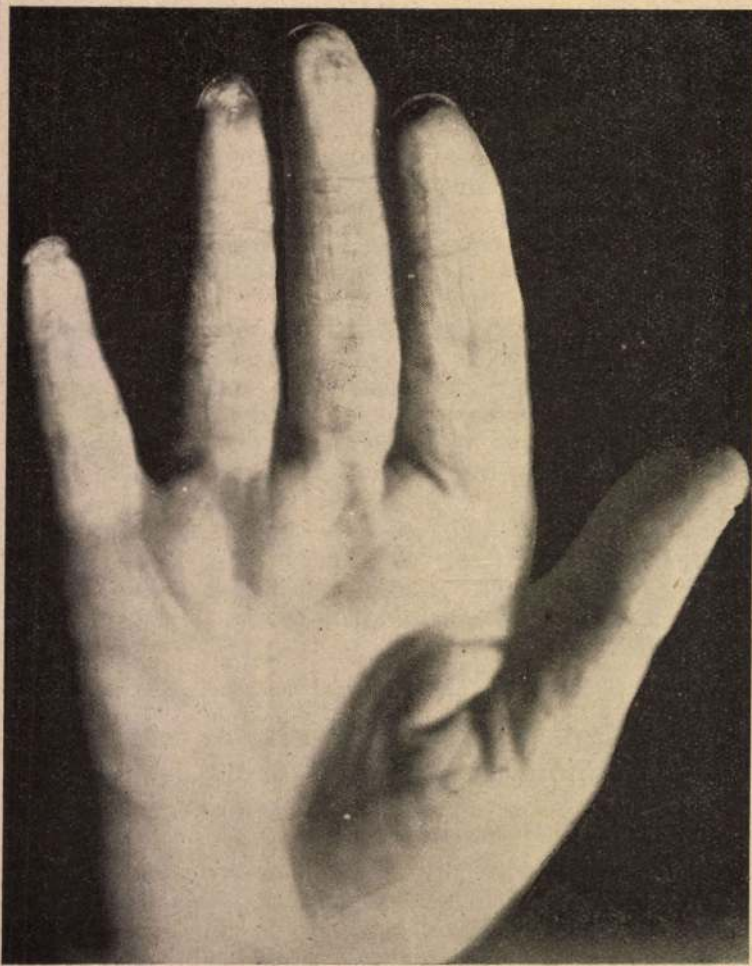
Status: Közepesen fejlett, jól táplált hajadon. A belvizsgálat elváltozást nem mutat. Wassermann-reactio a vérben negativ. Az idegvizsgálat, melyet Sarbó professor volt szives osztályán elvégezni, a következő eredményt adta: „A jobb kéz III. és IV. csontközötti izmai vékonyodottak. A III., IV. és V. ujj harmadik végperce sorvadott. A háti felszínen a bőr ránczai elsimultak. A köröm a körömágygyal összenőtt (Alföldi-tünet). A volaris oldalon hegek. (Panaritiumok heges maradványai.) Tapintó érzés mindenütt rendben. Fájdalomérzés mindkét kézen és alkaron felfüggesztett. Hideg- és melegérzés az alkaron, kézen csökkent. Semmi egyéb idegrendszerbeli kiesési, sem izgalmi tünet nincs. Kórjelzés: Morvan-féle betegség. Javallat: Észlelendő, hogy mikor fejlődnek ki a syringomyelia egyéb tünetei.

A syringomyelia classikus alakjának első tünete a felső végtagok gyengülése, mihez a felső végtag izomzatának a sorvadása csatlakozik. Ezzel egyidejűleg érzés-zavarok is jelentkeznek a fájdalom- és a hőérzés laesiójával, majd a trophiás bőrzavaroknak legkülönbözőbb alakjai (Schlesinger<sup>10</sup>). Az izmok ezen sorvadása a gerinczvelő szürke állománya elülső szarvának elroncsolásából magyarázható, mert az elülső szarv mozgató idegsejtjeinek rendes működéséhez van kötve az izom táplálkozása, és minthogy ezen



idegsejtek syringomyeliában elpusztulnak, a velük összefüggésben levő izmok is tönkremennek. Annak az oka, hogy az izmok atrophíája rendszerint a felső végtagon fordul elő, abban leli magyarázatát, hogy a kórokozó folyamat (neurogliaszaporodás és ennek szétesése után fejlődő üregesedés) a gerincvelő nyaki szelvényében játszódik le. Esetünkben tekintettel arra, hogy dissociált érzés-zavar van jelen az alkaron s a kezeken, feltehető, hogy az üregeképződés a hátulsó szarvakban is a nyaki gerincvelőben székel.

A körömágy-elváltozásokat külön véljük kiemelendőnek. Ezeknek centrális eredetét illetően, szemben Alföldivel, a ki eseteinek környéki idegelváltozásai mellett írja le „körömágy-tünetét”, felemlítésre méltó, hogy az irodalomban már Hoffmann<sup>14</sup> kiemeli egy syringomyeliás beteg körmének sajátos elváltozását, s azt a köröm csőrszerű (schnabelartige) elváltozásának nevezi. Részletesen nem tér ki rá, de kétségtelen, hogy az Alföldi-től „körömágytünet”-nek nevezett elváltozásokat érti ezen elnevezés alatt. Ranschburg, említi Alföldi, látott két esetet, hol a körömágytünet gerincvelői centrális bántalomra vezethető vissza; de ebben az esetben a bántalom külerőszak következménye volt s a körömágytünet az alsó végtagon észlelhető. Alföldi érdeme, hogy a tünetet pontosan és kimerítően leírta.



A „körömágytünet” legkifejezettebben a III.—V. ujjon látható.

Visszatérve esetünkhöz, a jobbkez ujjcsúcsai megnyúltak, hosszirányú redők húzódnak előre s az egész körmöt annak alsó végéhez tapadva kísérik. „Hegyes alakot mutatnak ellentétben a normális párnaszerű puha és gömbölyded ujjpárnákkal” (Alföldi). A lunula eltűnt és csak a hüvelykujjon látható. Alföldi a köröm ezen jellegzetes elváltozását a körömnek a körömágytól való elválásában beállott zavarnak tekinti, mely a „körömágyat ellátó trophiás idegek megbetegedése folytán áll elő”. „A körömágytünet csak azokon az ujjakon jelentkezett, melyeknek idege sérült, míg a singideg sérülése esetén a IV. és V. ujjon, a középidég sérülése után az I.—III. (4.) ujjon, a tenyeret átfúró lövések után csak

azon egy vagy két ujjon, melynek trophiás idegei sérülést szenvedtek, míg a többi ujj percrei normálisak maradtak”. „A körömágytünet mindenkor mutatkozik, valahányszor a trophiás rostokban a vezetés bárhol a periphéria és központ között meg van zavarva.”

Ennek kiegészítéseképp jelen esetünk világosan mutatja, hogy nem csupán peripheriás, hanem centrális zavar esetén, is jelentkezhetik ez a trophiás eltérés.

Irodalom. <sup>1</sup> Morvan: Gaz. hebdomad. 1883. — <sup>2</sup> Virchow's Arch. LXIV. kötet. — <sup>3</sup> Beiträge zur Pathologie d. Lepra mutilans. — <sup>4</sup> Zambaco: Les lepreux de la Bretagne. Maladie de Morvan, 1892. — <sup>5</sup> Saxer: Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anat. — <sup>6</sup> Jolly: Charité-Annalen, 1892. — <sup>7</sup> Déjérine: Compt. rend. de la Société de Biol. — <sup>8</sup> Charcot: Wiener med. Woch., 1890. — <sup>9</sup> Bawli: Syringomyelie und Trauma, 1896. — <sup>10</sup> Schlesinger: Die Syringomyelie. — <sup>11</sup> Duesing: Inaug.-Dissert. — <sup>12</sup> Anna Bäumer: Inaug.-Dissert., Zürich. — <sup>13</sup> Orvosi hetilap, 1916. — <sup>14</sup> Hoffmann: Klinische Vorträge 20. sz., Leipzig, 1891. — <sup>15</sup> Virchow's Arch., 119. kötet.

Közlemény a budapest-lipótmezei állami elmegyógyintézetből.

### A Pándy-féle carbol-próba diagnostikai értéke a liquor cerebrospinalis vizsgálatában.

(Megjegyzések Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár „A vérnek és cerebrospinalis folyadéknek összehasonlító vizsgálata, különös tekintettel a sulfosalicylsav értékére” című közleményére.)

Irta: Fabinyi Rudolf dr., főorvos.

Hudovernig Károly fenti közleményében — melyben főleg a liquor cerebrospinalisnak sulfosalicylsavval való vizsgálatával foglalkozik — többek között kiterjeszkedik a Pándy-féle carbol-reactióra is. A sulfosalicylsav-reactióval — mely értékes eljárással látszik gazdagítani diagnostikánkat — tapasztalatok híján nem óhajtok ez alkalommal foglalkozni. Nem hagyhatom azonban szó nélkül Hudovernignak a carbol-sav-próbáról tett kijelentéseit. Vizsgálatainak összegezeképp erről a próbáról ugyanis a következőket írja:

„A Pándy-féle carbol-próba paralysis 69<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában volt pozitív, 31<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában negatív. Utóbbiak közül mindkét Wassermann pozitív volt 21, az egyik 7 és mindkettő negatív 3 esetben. A sulfosalicylsav-reactio közül pozitív volt ezen 31 negatív carbolpróba-esetben: a 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os 8, a 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os 13, az 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os 10 esetben, etc.”

Ezek az eredmények lényegesen különböznek úgy a Pándy által közöltektől, mint az enyéimtől, melyeket Selig Árpád társaságában a lipótmezei áll. elmegyógyintézet beteganyagának vizsgálatakor nyertünk. De különböznek mindazon külföldi szerző eredményeitől is, kik a Pándy-reactióval hatóbban foglalkoztak.

Pándy — nem tekintve eddig nem közölt több száz liquorvizsgálatát — carbolsavval paralysis 117 esetében 106-szor kapott élesen pozitív, 7-szer bizonytalan s 4-szer teljesen negatív eredményt. Tehát erősen pozitív a reactio a paralytikus liquorok 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában.

Vizsgálatainak folytatásaképpen a háborút megelőző két évben összesen 234 lumbalpunkciót s ezzel kapcsolatosan ugyanannyi liquorvizsgálatot ejtettünk meg az intézetben. A klinikailag paralysisnek bizonyult 122 esetből kifejezetten pozitív volt 4. Minthogy, a mint később látni fogjuk, az opaleskálás pozitívnak nem vehető: a paralytikus liquorokból 91·8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> reagált positive és csak 8·2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> negative.

Hasonló eredményeket ért el Obregia és Urechia is Bukarestben — kiket pedig bizonyára nem lehet részrehajlással vádolni —, a mennyiben paralysis 120 esetéből ők is 109 esetben = 90·8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kaptak pozitív carbolreactiót.

Grahe és Zalozieczki erre vonatkozó megjegyzésain kívül főleg Grete Herrensneider—Gumprich és Karl Herrensneider közleményét óhajtom kiemelni. E szerzők ugyanis 200 vizsgált eset kapcsán arra az eredményre jutnak, hogy a Pándy-reactio a „legminimálisabb pathologikus elváltozások legérzékenyebb indicatora”, mely rendszerint egyezik a Wassermann-reactióval.

Hogy a nevezettek nemcsak organikus, hanem functionális megbetegedésekben is kaptak pozitív Pándy- és Nonne-Appelt-



reactiót — mint azt *Hauptmann* kimutatja —, valószínűleg diagnostikai tévedésekre vezethető vissza, de a Pándy-reactio bizonyos túlérzékenységet ez utóbbi is hangoztatja.

A Pándy-reactio nagyfokú érzékenységet a fentebbi vizsgálatok is eléggé mutatják, úgy, hogy alig lehet megmagyarázni, hogyan kapott Hudovernig paralysisnek csak 69%-ában pozitív eredményt, holott látjuk, az az eseteknek több mint 90%-ában határozottan pozitív.

Összehasonlítva a már általánosan elismert *Nonne-Appelt*-féle kémléssel — a melyet szintén minden esetben végeztünk —, azt tapasztaltuk, hogy mindkét reactio teljesen negatív volt 3 esetben és csak 1 esetben volt a negatív Pándy-val szemben a *Nonne-Appelt* gyengén pozitív.

Azokban az esetekben, melyekben a carbol-próba csak bizonytalan opaleskálást mutatott, a *Nonne-Appelt*-reactio szintén vagy teljesen negatív eredményt adott, vagy csak hosszabb állás után mutatott olyan alig észrevehető zavarodást, hogy azt pozitívnak venni nem lehetett. Így tehát 113 esetben = 92.6%-ban adott a *Nonne-Appelt* pozitív reactiót. Bizonytalan vagy gyengén pozitív carbol-reactióval szemben 3 esetben volt a *Nonne-Appelt* kifejezettebben pozitív, míg fordítva a Pándy-reactio 8 esetben volt erősen pozitív kevésbé kifejezett *Nonne-Appelt* mellett.

Tehát akármilyen oldalról is tekintjük a két reactio viszonyát, az eredmények majdnem egészen fedik egymást s így a Pándy-reactiót a *Nonne-Appelt*-reactióval teljesen egyenrangúnak kell tekintenünk.

A *Ross-Jones*- és a főzési próbával való összehasonlítások is éppen így megállja a carbol-próba a helyét. Helyszűke miatt ezekre most nem óhajtok kiterjeszkedni, úgyszintén az esetek nagy részében végzett *Nogouchi*- és *ninhydrin*-reactiókra sem.

Fájdalom, a *Wassermann*-reactióval összehasonlítást az esetek nagyobb részében nélkülöznünk kell. Segédeszközök hiányában a reactiót aránylag csak kevésszámú esetben tudtuk végrehajtani. Az eredeti *Wassermann*-eljárást követtük, kibővítvé néhány esetben a *Hauptmann*-féle kiértékelési methodussal.

A Pándy-féle reactióval való összehasonlítások kiderül, hogy mindkét reactio pozitív 33 esetben, a W. pozitív s a carbol negatív 1 esetben, míg a W. negatív és a carbol-próba pozitív 11 esetben. A kiértékelési eljárással még 5 liquor vált *Wassermann*-positívá, úgy, hogy még mindig 6 olyan liquor marad, melyben a pozitív carbolal szemben a *Wassermann* negatív volt. Ezekben az esetekben pozitív volt a *Nonne-Appelt* is.

A *Wassermann*-reactiók összeredménye a paralyticus liquoroknál (70 eset) az eredeti eljárás szerint különben 77%o positivitást mutatott, a mi a kiértékeléssel 85%o-ra emelkedett. A *Nonne-Appelt*- és Pándy-próba tehát a liquorban érzékenyebbnek látszik, mint a *Wassermann*-reactio. Ez irányban azonban határozott véleményt mondani, részben a vizsgált esetek csekély száma miatt, részben pedig azért nem lehet, mert a vizsgált esetek nagy részében atypusos lefolyású vagy előzőleg hydrargyrum natrio-nucleinicummal kezelt paralytikusokról volt szó.

A nem paralytikus 112 liquor-vizsgálatból: *lues cerebri* közül a carbol és *Nonne-Appelt* 1 esetben pozitív, 2 esetben mindkettő negatív, 1 esetben pedig a carbol opaleskált, szemben a teljesen negatív *Nonne-Appelt*-tel.

Positív Pándy és egyszersmind pozitív *Nonne-Appelt*-reactiót kaptunk, azonkívül *alkoholismus*, *epilepsia*, *senilis dementia*, *idiotismus* és *imbecillitas* 1—1 esetében, a melyekben az előző lueses fertőzés kimutatható vagy nagyon valószínű volt.

Némi opalescentiát kapunk azonban többféle psychosisban a carbol-próbával főképp akkor, ha eltérőleg a reactio rendes végrehajtásától, 2 cseppnél több liquort használunk és a kémlőcsövet összerázzuk vagy hosszabb ideig állni hagyjuk. Ezek közül több esetben a *Nonne-Appelt* is mutatott hosszabb állás után némi bizonytalan zavarodást, anélkül azonban, hogy ezt az előírás szerint pozitívnak tekinthetjük volna. Így 19 praecoxos beteg közül 7 esetben mutatott a carbol-próba opalescentiát, úgyszintén ilyet láttunk 2 alkoholistánál, 2 paraphreniánál és 1 epilepsiánál is. Megjegy-

zem, hogy az ezekben néhány esetben végrehajtott *Wassermann*-reactio mindig negatív volt.

Ezek az eredmények kétségkívül a Pándy-reactiónak már fentebb jelzett bizonyos fokú túlérzékenysége mellett szólnak. Úgy látszik, hogy a carbolsav a liquorból már a legminimálisabb mennyiségű globulineket is kicsapja. A lues diagnoskálására azonban csakis a határozottan pozitív eredményeket használhatjuk fel. Egy kis gyakorlattal, főképp, ha a reactiót pontosan hajtjuk végre, a bizonytalan opaleskálást a legkönnyebben meg tudjuk különböztetni a carbolba becsepegtetett liquor körül keletkező füstszerű zavarodástól. Természetesen olyan átmeneti eredmények is előfordulhatnak, a midőn nem tudunk határozottan dönteni a felől, hogy pozitív-e, vagy negatív a reactio, de hangsúlyoznom kell, hogy ezek az esetek nagyon ritkák.

Fontos, hogy a reactióhoz túltelített carbol-oldatot használjunk. Pándy eredetileg 1 rész acidum carbolicumot old fel 15 rész vízben; mi később 15 gramm acidum carbolicumot tettünk 100 rész vízhez. A carbol egy része, éppen úgy, mint az ammonium-sulfat a *Nonne-Appelt* kémlőszerében, oldatlanul az üveg fenekén marad. Ebből az egészen víztiszta carbol-oldatból töltünk kis, 2—3 ccm-es kémlőcsövekbe s ebbe csepegtetünk be 1 vagy rendszerint 2 csepp liquort. Ha a becsepegtetett liquor mentén néhány másodperc alatt többé-kevésbé vastag kékes-fehér felhőszerű vagy füstszerű zavarodás áll elő, akkor a reactio pozitív. Ha ellenben zavarodás nincs, vagy csak több cseppre és később áll elő, főleg összerázás után, akkor az eredmény negatív. Lehet a reactiót fordítva is csinálni és a liquorba csepegtetni carbol, az eredmény azonban így sokkal bizonytalanabb vagy legalább is nem olyan szembetűnő.

Hogy *Hudovernig* miképpen végezte a reactiót, arról közleményében nem tesz említést. A Pándy-féle carbol-próbáról csak annyit jegyez meg, hogy „akkor pozitív, ha füstszerű vagy nagyobb csapadékot kapunk.“

Nem tudom, hogy a füstszerűnél áttetszőbb „felhőszerű“ zavarodást (de nem opaleskálást) is beleértette-e, úgy, hogy talán az eredmények leolvasásakor nem járt el helyesen, másképpen alig tudnám megmagyarázni az ő eredményeit.

Azt hiszem, hogy a fentebbiek alapján a Pándy-féle carbol-próbát a liquor-cerebrospinalis vizsgálatára mint igen könnyen végrehajtható s megbízható eljárást bárkinek is ajánlhatom. A carbol-próba a *Nonne-Appelt*-féle kémléssel egyenértékűnek látszik, sőt vele szemben még az az előnye is van, hogy végrehajtásához elegendő egy-két csepp liquor és hogy a reactio rendszerint gyorsabb és szembetűnőbb eredményt ad.

### Az Országos hadigondozó hivatal ikervári különleges gyógyintézete.

Közlő: *Pekánovich István* dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos, az intézet igazgatója.

A háború abnormis hosszú tartama folytán természetesen a betegek és rokkantak száma is állandóan növekedőben van. Az Országos hadigondozó hivatal a fokozott igényekkel szemben szintén hatványozott mértékben igyekszik céljának megfelelni s egyre-másra nyitja meg az ország különböző részeiben gyógyintézeteit és rokkantiskoláit. A Hivatal ma már 18.200 beteget tud elhelyezni és ápolni, ezek közül 5800 a belbeteg. E betegek igen nagy számát tuberculosusok teszik ki, a kiknek elhelyezése és már most a háború alatt való elkülönítése a Hivatal egyik legfontosabb feladata.

Soha Magyarországon a tüdőbetegek ügye oly melegen nem volt felkarolva, mint van most. Ma már nyílt titok, hogy az Országos Hadigondozó Hivatal tuberculosis-actiója a jövő békés idők országos tuberculosis ellenes küzdelmének az alapja. A Hivatal tüdőbetegeket gyógyító „különleges gyógyintézetei“ állandóan szaporodnak s a rózsahegy, besztercebányai nagy intézetek után rövidesen az inkább sanatorium



jellegű alsótátrafüredi és ikervári gyógyintézetek is megnyitáltak. Számos más hasonló irányú intézetnek a szervezése és berendezése pedig folyamatban van.

A belbetegek, főként tuberculosusok gyűjtőállomásaként tekinthető a rózsahegy (1600 ágy) és a besztercebányai (2400 ágy) intézet, a melyekből kellő megfigyelés után az arra alkalmas betegek a Hivatal kisebb intézeteiben helyeztetnek el.

Az ikervári intézetbe főként zárt gümőkór-esetek (negatív bacillaris lelettel) és kezdődő csúcsfolyamatban szenvedő betegek kerülnek.

A betegek Ikerváron egy 30 holdas ősrégi remek szép parkban lévő kastélyban vannak elhelyezve. A kastély déli fekvésű s így betegek elhelyezésére már fekvésénél fogva is kiválóan alkalmas.

Teljesen zárt területen van úgy, hogy noha a község közepén fekszik, az egész telep elkülönített egészet alkot.

Az intézetbe való felvétel hasonló elvek szerint történik, mint a Hivatal más intézeteiben, legnagyobbbrészt azonban a besztercebányai testvérintézet válogatott betegei kerülnek hozzánk.

Ápoltjaink könnyebb betegek lévén, egyik vezérelvünk az, hogy lehetőleg minden beteget foglalkoztassunk. Beteglétszámunk aránylag csekély volta miatt ezen elv könnyen keresztül is vihető úgy, hogy ma már betegeink 90%-a naponta 2—3, sőt 4 órai munkát végez a mellett, hogy rendszeres kúráját is folytatja. Fontosnak tartom ezt, mert különösen a katonákon tapasztaltam, hogy a henylés nem csak egészségi szempontból, hanem pszichikailag is ártalmukra van. Az egész nap semmit sem tévő katona — a ki titokban egyébként is ritkán tartja magát betegnek — unalmában a nap legnagyobb részét kártyázással tölti el, hacsak lehet „ellóg“, követelő, elégedetlen s nem érzi jól magát a kórházban. De meg a gyógyintézetben eltöltött idő (a mely tüdőbajokban leggyakrabban elég hosszú) kihatással van a beteg jövő életmódjára is. Ha a hosszú időn át való kényelmes semmittevő életet megszokja: dologkerülő, iszákos és kártyás lesz odahaza is. Ezért már az intézet berendezése és szervezése alkalmával gondoskodtam arról, hogy minden lehető munkát az intézet betegeivel végeztessünk.

*Az országos hadigondozó hivatal ikervári gyógyintézete az egyedüli, a melyet legnagyobb részben a betegek maguk rendeztek be.*

Minden beteg 8—10 napi megfigyelés után polgári hívatásának megfelelő munkabeosztást kap. Szigorúan ügyelünk arra, hogy a gyengélkedő, esetleg subfebrilis betegek minden munkától meg legyenek kímélve. A munkaidő beosztása pedig olyan, hogy napi 2—4 óránál többet ne dolgozzanak. Az intézeti napi- és házirendet oly módon állítottam össze, hogy a beteg lehetőleg egész nap el legyen foglalva valamivel (inspectiók, kihallgatás, parancskiosztás stb.) s így unatkozni ne legyen ideje. Az intézetnek van asztalos, lakatos, villanyszerelő, szabó, cipész, borbély műhelye, villanyerőre berendezett körfűrésztelepe, gyümölcs- és konyhakertészete. Van tanfolyamunk az analfabéták részére, továbbá kertészeti iskolánk. A kik pedig dísznövények kertészetével akarnak foglalkozni, azok részére több fűthető virágház és egy pálmaház áll rendelkezésre. Az elméleti előadások nyáron a szabadban folynak, míg a gyakorlatiakat télen is lehetőleg a szabadban tartjuk meg.

A betegek saját tetszésük szerint választják meg a foglalkozásukat, mi őket ebben tanácscsal segítjük, az egyes iparágaknak a betegségükre való befolyásáról felvilágosítjuk, sőt a rosszabb természetű eseteket eltiltjuk a reájuk nézve káros foglalkozás üzésétől.

Az intézet orvosi berendezése az igényeknek megfelelően valamivel szerényebb mint a nagyobb kórházaké, mindazonáltal minden szükségessé el vagyunk látva. Így van jól felszerelt laboratóriumunk, a hol köpet-, vizelet-, bélsár- és vér-vizsgálatokat végezhetünk. Az egyéb orvosi felszereléshez tartoznak: a phototerapiai laboratórium, a mindennapi sebészethez való felszerelés, a vízgyógyintézet, a hol a hetenkénti tisztasági fürdőn kívül enyhe vízkúraban részesülnek betegek.

ink. A kastély nyitott terrasse-a fekvőcsarnokká van átalakítva. Itt a kijelölt betegek fekvő kúrát tarthatnak.

A betegeket általában sanatoriumszerűen kezeljük. A hygienés-diaetás és tüneti kezeléssel kívül specifikus therapiában is (tuberkulin stb.) részesülnek.

Felvételkor minden beteg általános orvosi vizsgálat alá kerül (körtörténet kiállítás). Vizsgálat után testsúlymérés, köpetvizsgálat, vizeletvizsgálat, 8—10 napi hőmérőzés és megfigyelés, a mely után meghatározzuk az állandó therapiát és esetleg a foglalkoztatást. Minden beteg 3—4 hetenként automatásan orvosi vizsgálatra jön, míg a fekvő vagy lázas betegeket a mindennapi orvosi viziten vizsgáljuk meg. Hőmérőzés naponta kétszer, subferiliseken négyszer és lázasokon két óránként történik. Hetenként testsúlymérés és tisztasági fürdő. Az első köpet-vizsgálat után négy hetenként újabb vizsgálat, ha nincs bacillus, antiforminnal. Hosszabb láztalanság, testsúlygyarapodás után a beteg csapattestéhez kerül vissza.

A kezelés lehetőleg egyéni. A kinek baja a mi éghajlati viszonyainkat nem tűri, azt a magasabb fekvésű testvérintézetbe küldjük (Alsótátrafüred).

Legnehezebb feladatunk közé tartozik az ételmezés, a melyet házilag kezelünk. Nemcsak a mai általános ételmezési viszonyok, hanem Ikervárnak a fővontól meglehetősen távol (7 kilométer) eső volta különösen megnehezíti munkánkat. Mindezekkel szemben mégis bizonyos étrendi formákat tartunk be. Van I., II. és III. étrend és ú. n. különrendelés, továbbá hizlaló étrend.

A III. étrendben kb. 3500 caloriát (fennjáró dolgozó betegek), a II.-ban 3000 caloriát (fekvő betegek) és a hizlaló étrendben 4500 caloriát nyújtunk a betegeknek. Az I. étrend folyékony lázas betegeknek, a különrendelés pedig más (pl. vese, gyomor stb.) betegek részére szolgál naponta külön előírva, mint az a klinikán szokásos. Sajnos, az utóbbi időben ezen étrendek pontos betartása lehetetlenné vált.

A köpöcsészéket naponta sterilizzük. Minden beteg hordozható zsebköpöcsészével (Dettweiler) van ellátva, a mely nélkül az épületet elhagynia nem szabad.

A betegek szórakoztatásáról egy társalgó helyiség útján gondoskodunk, a hol néhány napi- és hetilap s egyelőre csak egynéhány jó könyv áll rendelkezésükre. Rendezünk színi- és cabaret-előadásokat. Időnként csoportos kirándulásokat a környék ipari telepeinek megtekintésére. A vidék, sajnos, nem bővelkedik természeti szépségekben s nem oly vonzó, hogy gyakori kirándulások rendezhetők volnának.

Az Országos Hadigondozó Hivatal intézeteiben leiszűrt tapasztalatok útján kialakult véleményünk az, hogy különösen a tüdőbetegek kezelésére a kisebb intézetek lényegesen alkalmasabbak, mint a nagy, több ezer beteget befogadó intézetek. Jobban érvényesül ugyanis az egyéni kezelésmód, a mely a tuberculosiban nagyon fontos. De kisebb (400—500 ágyas) kórházban az orvos helyzete is könnyebb, mert kisebb segítséggel tökéletesebb munkát végezhet, nagyobb áttekintése lévén a betegekről. Míg nagy kórházban, ha kellő orvosi személyzet áll is rendelkezésre, a tiszta áttekintés tagadhatatlanul hiányosabb. Nem szólva arról, hogy az administratív teendők kellő áttekintés híján nehezebbé teszik az orvos munkáját.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**W. Prausnitz: Grundzüge der Hygiene.** J. F. Lehmann, München, 1916.

„Az élet legkitünőbb és legkellemesebb fűszere az egészség“ (Plutarchos), ez állítás helyessége ma, midőn az emberiség színe-java oktalan öldöklés áldozata, fokozott mértékben bir érvénnyel s van értéke az olyan munkának, mely a betegség megelőzésének, illetőleg az egészség biztosításának van szen-



telve. „Egy tankönyv tizedik kiadásában alig kell már kifejteni és megokolni az alapelveket, a melyek a megírásában döntők voltak” — mondja a szerző s ugyane joggal mondhatja a könyv bírálója, hogy oly munka, mely tizedszer lép a szakkörök színe elé, minden bizonyára értékes, s kelendőségét a multban, jelenben s jövőben megérdemli.

*Deutsch Ernő.*

**A venereás betegségek elleni védekezés új rendszeréről.** Irta: *Weiss Emil* dr., a venereás betegségek elleni országos védőegyesület főorvosa. Budapest, 1916.

E kis monographia szerzője párját ritkító idealizmussal és szívós kitartással küzdő előharczosa a népbetegségek, elsősorban a venereás betegségek elleni mozgalomnak. Az előttünk fekvő munka is ezen lelkes buzgalmának gyümölcse.

A tárgy teljes tudományos ismeretével és nagy gyakorlati érzéssel ismerteti az eddigi eljárásokat, bebizonyítja azoknak nem kielégítő voltát. A kötelező prophylaxisnak híve, kiindulva abból, hogy nagyobb szolgálatot teszünk a „tapasztalatlan ifjúnak”, ha a fertőzés lehetőségének pillanatában sublimátos vagy benzines pamacsos, meleg protargolos becseppentéssel előzzük meg a baj keletkezését, mintha szépen és hosszasan nemileg felvilágosítjuk. Ehhez képest védőállomásokot kíván felállíttatni, melyeket részint orvosok, részint erre megfelelően kitanított segédszemélyzet látnak el.

Ajánlatainak gyakorlati kivihetőségét részletesen tárgyalja, és ha nem is lehetünk a szerzővel mindenben egy véleményen, kétségtelen, hogy munkája alaposságánál, gondolateltő voltánál és a benne felhalmozott adatok sokaságánál fogva e nemű nem éppen gazdag irodalmunknak pillanatnyi actualitásán túl is értékes gyarapodása. *R—i.*

**Albert Neisser, Lebenswerk, Persönlichkeit, Erinnerungen aus seinem Leben.** Vorlesung, gehalten in der Breslauer Dermatol. Universitäts-Klinik von Prof. J. Schäffer. Mit dem Bilde Neissers. Urban und Schwarzenberg, 1917.

Ára 2 kor. 40 fillér.

Nagy orvosok életrajzából mindig sokat tanulhatunk. Minden ilyen életrajz voltaképpen a fáradhatatlan és becsületes munka diadalát és dicsőségét zengi. Így van ez *Neisser* biographiájával is, a melynek olvasását minden orvosnak, különösen minden kezdő orvosnak ajánljuk. *Neisser* egyik kedves tanítványának, *Schäffer*-nek ez az előadása mesterének nemcsak külső fényes pályafutását tárja elénk, hanem nagy gonddal és szeretettel belevilágít abba a harmoniás életbe, a melynek szépségét csak azok csodálhatták, a kik anagy orvoshoz közel állottak. Meg tudja ebből az olvasó, hogy *Neisser* korának nemcsak egyik legnagyobb orvosa, hanem egyik legkiválóbb embere is volt. Szép és nemes emberi tulajdonságai még magasabba helyezik a kiváló tudós nagy emlékét.

*Guszman.*

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A háborús táplálkozás befolyását a gyomor sósav- elválasztására** vizsgálta *Böttner*, a köningsbergi belklinikai segédje. Anyaga 64 egészséges, illetőleg nem gyomorbeteg, az alsó polgári osztályhoz tartozó egyénre vonatkozik. A szabad sósav, valamint az összaciditás értékét a normalis érték  $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{3}$ -ának találta. A háborús táplálkozás tehát határozottan hypaciditást okoz, sőt néha teljes anaciditást. Ez annál feltűnőbb, mert a lelki izgalmakat általában a hyperaciditás okozói között emlegetik, mostanában pedig a lelki izgalmak bizonyára nagy szerepet játszanak s ennek ellenére mégis az ellenkezőt, a sósav- elválasztás megkevesbedését találjuk. (Medizinische Klinik, 1917, 15. sz.)

**Elsődleges gége-erysipelas** esetét észlelte *R. Steiner*. Az eset addig teljesen egészséges, 24 éves ujonczra vonatkozik, a kit meghűlés után beállott rázóhideggel, magas lázzal (41.5° C) és nagyfokú nehéz légzéssel hoztak a kórházba. Vizsgálatkor a gégeben és a tracheában a nyálkahártya erős

oedemás duzzadtságát és sötétpiros színét találták. A gégeből vett anyag mikroskopi és tenyésztéssel való vizsgálata streptococcus pyogenes jelenlétét állapította meg. Serumkezelés (höchsti antistreptococcus-serum) és mély scarificatiók daczára a folyamat lejjebb terjedt, pneumoniás beszűrődések fejlődtek mindkét alsó lebenyben és a 6. napon collapsus közben beállott a halál. (Medizinische Klinik, 1917, 15. sz.)

## Sebészet.

**Sikertelen Edinger-féle idegplastikáról** számol be *Struck* és *Eden*. — *Struck* a 8 hónap előtt per primam gyógyult, de functióképtelen idegtörzset újból felkeresve, azt találta, hogy a pontosan *Edinger* szerint borjú-arteriával végzett egyesítés daczára az idegvégék között 2 cm. távolság van és mindkét idegvég az arteria falával hegesen össze van növe, tehát a ganglionsejteknek az agartömegben való növekedése, ill. egyesülése nem jött létre.

Ugyanezt tapasztalta több esetben *Eden*, jöllehet agar helyett friss vérrel töltött arteriába varrta be az idegvégeket. Állatkísérleteinek hasonló balsikerein okulva, óva int *Eden* mindennemű tubulisation alapuló ideggyesítési eljárástól. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 6. sz.) *M.*

**Idegvarrat után a működésképeség szokatlanul kora helyreállításának** két esetét írja le *Exner* tanár. Állatkísérletek azt mutatják, hogy a teljesen kettéválasztott idegtörzs az egyesítés után csak 4–6 hónap mulva nyeri vissza ingervezetőképességét. Emberen nem ritka a 8–12 hónap mulva jelentkező eredmény, kivált az alsó végtagokon.

A szerző egyik betege jobb felkarjának felső harmadán fegyvergolyó hatolt át két hónap előtt s kettészakította a medianust, ulnarist és musculocutaneust. A kiterjedt hegesedés miatt oly módon egyesítette a szerző a 3 ideget, hogy a heges részek kimetszése után a periferiás részt kettéhasítva, áthidalta a távolságot, majd az egyesítés után mind a három ideget fasciával varrta körül. Gyógyulás per primam. A műtét után 3 hét mulva a beteg bicepse működni kezdett. Ez esetben a gyors gyógyulást a felkar jó keringési viszonyai nem idézhették elő, mert ugyanezen karon az arteria brachialis teljesen obliterálódott volt a sérülés következtében. Nem tartja azonban kizártnak a szerző, hogy ez esetben a bicepsnek kettős innervatiója volt jelen.

Egészen mások voltak a viszonyok a másik betegen, a kinek két hónap előtt a radialisát szakította ketté felkarján egy fegyvergolyó. A hegesedés miatt körülbelül 2 cm.-es darabot kellett eltávolítani az idegből, azonban mégis sikerült a direct egyesítés. Az egyesített ideget egészséges izmok között sikerült elhelyezni. 4 héttel a műtét után a kéz fő dorsalflexiója active kivihető volt és egy év mulva a normalis működésképeség teljesen helyreállott.

Ezekből, valamint másoknak hasonló tapasztalataiból azt a fontos, de már ismert következtetést vonja le a szerző, hogy a vezetőképesség annál hamarabb áll helyre, minél korábban történik meg az idegnek a szétválasztás utáni egyesítése. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 8. sz.) *M.*

**A vesesérülésekből eredő vérzést**, ha például a sérülés a vese egyik polusán van, oly módon csillapítja *Küttner* tábornok-orvos, hogy az illető szabaddá tett polust a sérüléstől centralisan jó vastag selyemfonállal lekötve, körkörösön strangulálja. A lekötésnek azonban nem szabad túlságosan feszesnek lennie, mert ez esetben a lekötött veserészlet elhal vagy pedig a selyemfonál a veseállományba bevág, ezért a fonalat igen lassan, kiméletesen húzva, csomózza addig, a míg a vérzés teljesen megszűnik. A fonál szabad végeit jó hosszúra kell hagyni, hogy utóvérzés esetén ezen — a bőrből kiálló — fonalakat enyhén meghúzva, vagy enyhe húzás után a bőrbehez kivarva, a vérzést teljesen megszüntethessük.

A fentebbi kautelákkal eszközölt lekötés sem pangásos vérbőséget, sem necrosist nem idéz elő a lekötött poluson. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 6. szám.) *M.*



**A sinus-sérülésekből eredő vérzést** — ellentétben a Ritter ajánlotta falemezzel való befedéssel — izomlebeny-átültetéssel szüntette meg Franke tanár egyik betegén oly módon, hogy a musc. tibialis anteriorból vett vékony lebenyt a sinus nyílására 3—4 percig reányomta. Ez az „élő szövettel való tamponade“, szemben a Ritter-féle eljárással, annál is inkább rationalis, mert a falemezt, mint idegen testet, később úgyis el kell távolítani, de különben is, minthogy a szöveteket állandóan ingerli, csak a legkritikább esetekben engedi meg a per primam gyógyulást. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 6. szám.) M.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A gyermekkori asthma** gyógyításában Göppert tanár nagyon fontosnak tartja a kilégzés gyakorlását, a mi egyszerűen úgy történik, hogy az álló helyzetben levő gyermek mögött állva, két tenyerünket rátesszük a gyermek mellkasának oldalsó részletére és megakadályozzuk így a mély belégzést és elősegítjük a mély kilégzést. Némely esetben jó hatású a calcium-chlorid, napi 2 gramm mennyiségben hónapokon át adva. A roham alatt urethant ad, 4 éves korig 2½ grammot, 4 éven felül 2½—3 grammot; ha nem teljes a hatása, egy óra múlva még ad 1½—2 grammot. Hogy e szer mindig kéznél legyen, a következő nem romló alakban rendelendő: Rp. Urethani 6·0; Aquae destill. 30·0; Chloral. hydr. 0·5; Sir. rub. id. ad 600. Az acut szak lezajlásaig célszerű a roham utáni naptól kezdve valamilyen jódkészítményt is adagolni. (Therap. Monatshefte, 1917, 2. füzet.)

**Scarlatina** azon eseteiben, a melyekben a mandoláról vett anyagban és a vizeletben streptococcusok voltak kimutathatók, Munk natrium salicylicumot adott (4—6 grammot naponként; betegek felnőttek voltak) azzal az eredménnyel, hogy ezekben az esetekben sohasem fejlődött vesegyulladás, még akkor sem, ha előzőleg némi fehérjevizelés már volt. Az a benyomása, hogy a salicylkezelés egyébként is kedvezően befolyásolja a vörheny lefolyását. (Medizinische Klinik, 1917, 8. szám.)

**Helybeli érzéstelenítésre** G. Hirsch az acoin combinatióját novocain-suprareninnel ajánlja. Külön egyiknek sincs elegendő hatása a teljesen ártalmatlan koncentrációban, együttesen azonban a cocainéval teljesen egyenrangú hatást fejtenek ki, anélkül, hogy mérgező hatástól kellene tartani. A berlini „Schweizer-Apotheke“ hozza forgalomba a jelzett combinatiót, a mely sötétben jól eltartható, s acointartalma miatt erős antisepsis hatása van. Kiemelendő az is, hogy igen tartós lévén a hatása, az utófájások szempontjából is előnyben részesítendő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 8. szám.)

**Postdiphtheriás nyelés- és légzés-bénulás** két nagyon súlyos esetében Morgenstern nagyon jó eredményt látott pituitrin, illetve pituglandol bőr alá fecskendezésétől. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 14. kötet, 4.—6. füzet.)

**Paroxysmalis tachycardia** eseteiben Zweig és Hecht szerint megkísérelhető ½—1 gramm chinin intravenás befeckendezése. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 6. szám.)

**Arteriosclerosis** ellen Kranz jódkali kis adagainak (naponként 0·1—0·2 gramm) évenként 3—4-szer 4—6 héten át használatát ajánlja. A jódkali helyett valamilyen szerves jódkészítmény kis adagai is használhatók. Ezt az eljárást Fr. Müller is ajánlotta volt. (Therapie der Gegenwart, 1917, 2. füzet.)

**A női gonorrhoea** kezelésében Schlenzka jó eredménnyel használta a cholevalt, még pedig traganthával készült oldatban, mint a mely sokkal hosszabb ideig marad érintkezésben a nyálkahártyával s azért tartósabban fejtheti ki a hatását. E tulajdonsága alapján az ilyen oldat talán prophylaxisos célokra is hasznos lehetne, a mennyiben az időszült gonorrhoeában szenvedő prostituáltakban időnként szabadbá váló gonococcusok hamar tönkremennének, ha az illetők rendszeresen használnák a hatásukat hosszú ideig ki-

fejtő choleval-tragantha-injectiókat. Az oldat összetétele egyébként a következő: Rp. Traganth. alb. sub. pulv. 1·5; Spiritus 3·0; Cholevali 0·5—1·0; Aquae destill. ad 100·0. D. ad vitr. flavum. Az elkészítésmód a következő: a traganthaport összedörzsöljük a borszeszszel és kb. 75 gramm vízzel vízfürdőn megmelegítve, gaze-on átszűrjük; a szüredékhez azután hozzáteszünk a kevés vízben oldott cholevalt s az egészet vízzel 100 gramm mennyiségre kiegészítjük. (Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 17. kötet, 8. füzet.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1917, 15. szám. Bardachzi Ferencz és Barabás Zoltán: Belsőregeknek feltűnően gyakori előfordulása a háborúban résztvevőknél.

**Budapesti orvosi ujság**, 1917, 16. szám. Verebély Tibor: A háborús áizületekről. Barla-Szabó József: A rosszul gyógyult csonttörések sebészeti kezelése.

#### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** Vertán Emil dr., a szabadkai Mária Valéria-közkórházhoz sebész-főorvossá, Radó Samu dr.-t ugyanoda műtőorvossá nevezték ki.

**Választás.** Szóke Andor dr.-t Ungvárt városi ügyvezető orvossá választották.

**Meghalt.** Szombathelyi Gábor dr., Kolozsvár város tiszteletbeli főorvosa, 43 éves korában április 13.-án kiütéses typhusban — Hanny Ödön dr., keszthelyi járásorvos, 62 éves korában — Bikfalvi Máté Lajos dr. székesfővárosi fogorvos 53 éves korában a mármaroszigeti honvédtartalékkórházban április 12.-én. — Oswaldó Cruz, egy bakteriologiai intézet alapítója és vezetője, különösen a sárga láz elleni küzdelemben érdemesült tudós, Rio de Janeiroban 44 éves korában.

**A marienbadi orvosi üdülő-otthon** („Aerzteheim“) májustól szeptemberig 65 helyet ad magyar, német és osztrák orvosoknak egy-egy hónap tartammal. A folyamodások „Vorstand des Vereines Aerztliches Erholungsheim in Marienbad“ címre küldendők, megjelölésével annak, hogy mely hónapban kívánja az illető igénybe venni a helyet. Orvosok nejei csak férjük ápolása céljából vétetnek fel. Az egyeslet tagjai (legalább 5 kor. évi járulék) előnyben részesülnek, úgyszintén azok, a kik betegségüket a mostani háborúban ténykedésük folytán kapták.

**Személyi hírek külföldről.** A giesseni egyetem közegészségtani tanszékére F. Gottschlich dr.-t, a saarbrückeni közegészségtani intézet igazgatóját nevezték ki. — A. Froriep tanár, a tübingeni egyetemen az anatomia tanára, nyugalomba vonul.

Halperth Ákos dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban megkezdette.

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

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

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

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

**DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete** VIII., Mária-  
utoza 34.

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

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

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

**Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete** Egész éven át  
nyitva.  
**UJTÁTRAFÜRED.** Heliotherapia.  
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1917 február 3.-án). 224. lap. — (IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én). 225. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület

(III. rendes tudományos ülés 1917 február 3.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

Vita Barla Szabó József „Műtét rosszul gyógyult törés eseteiben“; Verebely Tibor „Műtett állízületek“; Schreiber Vilmos „Mozgósított merevizületek“; Horváth Mihály „A cholin hegoldó hatásáról“; Ranschburg Pál „Az idegvarrat gyógyulása“ című bemutatásai és előadása felett.

(Folytatás.)

**Fischer Ernő:** A rokkantoknak igen nagy százalékát adják a rosszul gyógyult törések, elsősorban is a rosszul gyógyult csombtörések. Rendkívül kívánatos volna, ha a *harctéri csombtöréseknek* — ma igen rendszertelen és többnyire észszerűtlen — *kezelésében a teendők egységes irányban állapíthatnának meg.* Három szakasza van ezen kezelésnek: 1. A *fronton* való első segély, a betegnek transportra való ellátása: *a hol csak kivihető, ott Dollinger-féle gipszkötés készítendő a Dittlerudak segítségével;* a hol gipszpólya nincs, ott akad két sin (a melyek közül a külső egész a hónaljig érjen fel) a tört csomb fixálására. 2. Az *első kórházban* való kezelés: *ez határozza meg a sérültnek további sorsát,* mert itt telik el azon idő, a mely alatt a törés még jól repónálható: az első két hét. *Rendkívül fontos volna, hogy éppen ezen kórházokban a semiflexiós-extensiós kezelés végeztetnék és a comblovéses sérültek vagy itt maradhatnának a consolidatióig — a mi sokszor nehézségekbe ütközik —, vagy pedig olyan extensiós készülékkel láttatnának el, a melyben a szállítás lehetséges. Ilyen készülék a Fischer-féle mobilisator,* a mely nemcsak kitűnő semiflexiós fekvőlap a sérült comb számára, hanem egyszersmind — az ágytól független lévén — szállításra is alkalmas és azonkívül megelőzi a lólabtartás kifejlődését és lehetővé teszi a csípő-, térd- és bokaizületnek korai mobilisatióját is. *Ezért nagyon kívánatos volna a tábori kórházakba való bevezetése.* 3. A consolidatio beállta után való kezelés, a melynek legnagyobb része a rossz gyógyulások miatt a rokkantintézetekben folyik le és a mely kezelésre Verebely tanár mutatott be gyönyörű példákat. Ezen reparatív munkában, épp úgy mint az előadó, ritkán tartja kihíthatónek a csontátültetést a genyedés veszélye miatt.

A *cholin-kezelést* Bakay tanár pozsonyi rokkantintézetében a szóló sok esetben alkalmazta; általában véve nem számolhat be „*kitűnő*“ hatásáról; azt találta, hogy a meglepő eredmények ritkák; a cholinhatás annál nagyobb, minél felületesebb a heg és minél messzebb van az izülettől.

**Verebely Tibor:** Köszönetét fejezi ki az elismerésért, melynek egyhangú volta megerősíti meggyőződését, hogy javallatai és műtéti technikája helyes. Felelettel csak Makai kartársnak tartozik, ki elméletének támogatására két bemutatott régebbi idegvarratára hivatkozott, mint egyébként megmagyarázhatatlan esetekre.

Makai elméletével nem ért egyet, sőt azt egyáltalában nem is érti, ha az az idegvarratok általános magyarázatára alkalmaztatik. A collateralisokat épp úgy értelmezi, mint Csiky; ezek idegrostkötegek, melyek egyik idegből áttérnek a másikba, az utóbbit mint vezetőt felhasználják újtjukra, de sohasem szerepelhetnek más idegfunkciók helyettesítésében. Ha az ideg degeneratióját és regeneratióját mint differenciálódást s nem mint elfajulást fogjuk fel, akkor a [differenciálódás siettetésében, tehát a peripheriás csont előkészítésében szerepe lehet a collateralisoknak. Ez a szerep ugyanaz, mint a milyen az átlított idegcsontok közt megmaradt egyes rostoké; míg a semminemű összefüggésben sem levő idegcsontok közül műtétkor a peripheriás csontok vilamosan sohasem izgatható, addig rostos összeköttetés esetén, ha az agyingerület vezetése hiányzik is, a peripheriás csont villanyosan ingerelhető lehet. Az a rost a peripherián megindíthatja a differenciálódást; ugyanezt megtehetik talán a collateralisok is. Ez azonban csak elméleti lehetőség.

A két eset, a melyre Makai hivatkozott a bemutató anyagából, inkább Makai elmélete ellen szól. Az egyikben egy hadnagy radialisbénulását varrattal gyógyította a bemutató; a varrás helyét zsírral borí-

totta; a varrás után 9 hónappal nem lévén javulás, a varrat helyét újra feltárta, a mikor is kiderült, hogy a varrás helyén az ideg nagyrészt szétvált s a két varrás-felszín közé beburjánzott a zsírszövet. Újabb felrisszítés után újabb varrat, a mire 8 hónap mulva gyógyulás következett be. Makai elmélete szerint ennek az első varrat után épp úgy be kellett volna következni, mint a második műtét után. A második esetben Makai nem érti meg, hogy miért következett be idegvarrás után a gyógyulás csak részlegesen, s azt gondolja, hogy ezt csak a collateralisok felvétele magyarázza meg. Nem tekintve azt, hogy a varrási technika folytán is sérülhetnek, csavarodhatnak, eltolódhatnak az idegkeresztmetszet egyes mezői, az idegvarrás végeredményének elbírálásában mindig tekintetbe veendő a végapparatusok állapota is. Feltűnő, hogy a végtagok kis izmai, tehát a rövid tenyér-izmok mily érzékenyek idegbénulásokkal és keringési zavarokkal szemben. Uglátszik hamarosan elhegesednek, elpusztulnak oly fokban, hogy feléledésük többé lehetetlen. Mig medianus-, ulnaris-varrás után a hosszú izmok működése kifogástalanul visszatér, a rövid izmok igen gyakran maradnak használhatatlanok. Ennek az oka azonban nem az idegvarrásban, hanem az izmokban keresendő. Ebből a két szempontból tehát Makai elméletének bizonyítékai hiányosak.

**Ranschburg Pál:** 1. Donáth-nak a sérültek otthonukban való gyógyulási tendenciájáról szóló megjegyzésével az előadó is egyetért. De azért a fő gyógytényező mégis az idő, tehát a varrattal lehetővé tett anatómiás egyesülésnek a szervezet regeneráló erejéből való spon-tán lassú beállta. Az első hat hónapban hiába vannak otthon a sérültek pár hónapig; midőn közben visszatérnek a gyógyintézetbe, sérül-sük nem javult s csak a harmadik negyedévben mutatkoznak nagyobb számban a kezdődő gyógyulások. Bizonyos azonban, hogy e gyógyulást az otthon levegője, psychés tényezői s hatásosabb mozgási motívumai (munka) kedvezőbben befolyásolják, mint a gyógyintézetben való hosszadalmas tartózkodás, a hogy ezt az előadó egy közleményében már részletesen kifejtette.

2. Csiky tagtárs legtöbb hozzászólásával az előadó teljesen egyet-ért. Csak az érző functio visszatérését illetőleg kiterjedt vizsgálatai alapján meg kell maradnia azon állítása mellett, hogy az epikritikás aesthesia az érintési érzés, melyet ecsettel vizsgálunk, s az érintés localisatiója mindig később tér vissza, mint a motilitás. Erre sem a lysiseknél, sem a varratoknál egyetlen kivételt sem talált. Ellenben való az, hogy a mély tapintási, vagyis a nyomási érzékenység, valamint még inkább a fájdalom érzésvezetés helyreállta megelőzheti a mozgékony-ság restitutióját. A radialis-ideg — éppen a Csiky által említett rendszeres anastomosisai folytán — az érzőképeség megszünteték s visszatértének vizsgálására aránylag a legkedvezőtlenebb terület, míg a medianus s az ulnaris, valamint az ülőideg sérülései e tényeket igen világosan s törvényszerűen mutatják.

3. Makai tagtárs megjegyzéseire azt válaszolja, hogy valamely hypothesisnek, hogy tartható legyen, a körébe tartozó összes jelenségeket meg kell magyaráznia, s egyetlen beigazolt tényrel sem szabad ellen-tétben állania. Makai hypothesis ellenben, bármily ötletes és érdekes is, egyetlen tény sem magyaráz meg, sőt ellentétben van — leszámítva az igen csekély számú ú. n. gyorsgyógyulás egy hányadát — összes tapasztalásainkkal, melyekkel avarratok normalis gyógyulásáról rendelkezünk.

Igy: a) Makai csak említette, de egyetlen szóval sem tudta magyarázni azt az előadó által említett tény, hogy a radialis egy idegtől sem kap motoros kapcsoló ágat sem a fel-, sem az alkaron, az ischiadicus motoros anastomosisait pedig még csak elképzelni sem lehet, mert nincs is ideg, melytől a comb alsó részletétől lefelé egyáltalán ilyet kaphatna. Pedig a n. radialis varratai után igazán tömegesek a gyógyulások úgy a külföldi irodalomban, mint nálunk is. Az ischiadicus-varratoknak szintén számos gyógyuló s gyógyult esetét mutatta be Verebely is, előadó is, Cassirer pedig ez ideg varratgyógyulásainak egész sorát közli, s egyáltalán csak egyet észlelt, mely 12 hónapon belül ne mutatta volna javulás jeleit. Ezen tények önmagukban halomra döntenek a hypothesis, mely az összes varratok gyógyulását anastomosisokkal akarná magyarázni. De hogy magyarázná Makai e feltevésével azon eseteket, melyekben ugyanazon végtag nagyszámú idege ketté van löve s a varrat után lassan valamennyi meggyógyul, mint a multkor bemutatott



egyik eset, melyben a felkaron 4 felkar-ideg varrata gyógyult. Honnan veszi mindezen, a felkaron ellőtt ideg a szükséges anastomosisokat?

b) Azon az előadó által felhozott, s *Makai* által elmélete bizonyítékaként érintett tény, hogy mindenütt a varratok átlag 30–40%-a, nálunk 36%-a gyógyul, s ezzel egyezik az anastomosisoknak az előadó által említett (3–4:10) gyakorisága, teljes tévedés. Mert az előadó a multkor éppen azt bizonyította, hogy a gyógyulás gyakoriságának megítélése az átlagos százalékszámából tarthatatlan, mert e számban mindenütt benne vannak a csak pár hétig, pár hónapig észlelt esetek ugyanúgy, mint az elegendő hosszú ideig észlelt, az igazságot pedig kizárólag ez utóbbiak mutathatják, melyek százalékszámánálunk, mint hangsúlyozva volt, 70%, *Cassirer* radialis varratainál 100%. Ellenben az ismeretes érzőkön kívül motorosnak látszó anastomosis az előadó és az összirodalom adatai szerint ugyan valóban 30–40% akad, ezeknek azonban legalább a fele érző természetű, s valamennyi a *medianus* és *ulnaris* között vonul, helyesebben a medianusból az ulnarisba, az alkaron vagy a tenyér mélyében. E szerint a százalékszám egyezősége tisztára látszólagos. Nem tekintve a medianusnak néha a musculocutaneushoz adott, valószínűleg szintén érző járulékától, a varrat utáni gyógyulásoknak anastomosis segélyével való magyarázására csakis az *ulnaris-varratok* bizonyos hányada jöhet szóba. Itt is csak a rövid kézizmok ágai, melyek azonban éppen *Makai* szerint kevésbé gyógyulnak. Ennek fő okára *Verebély* világított rá az imént helyesen. A háborús irodalomban ismertett ú. n. gyors gyógyulások kevés kivétellel ulnaris-varratoknál állottak be. Ez a néhány — összesen talán 15–20 — eset az előadó által ismertett medianus-ulnaris-anastomosisokkal jól magyarázható, s itt a centripetális gátlás resectio után való megszűnésének, s az anastomosis érvényesülésének elmélete — más módon ugyan, mint a hogy azt *Makai* képzele — értékesíthető lehetne.

c) Az előadó úgy véli, hogy a varratoknak különböző idő alatt gyógyulását sok egyében kívül (a sérülés distalis vagy proximalis volta, a hiányzó rész nagysága, az ideg nem reszekált részében fennálló változások, stb.), a hogy azt előadásában kifejtette volt, megmagyarázza főleg a sérülés különböző kora a varrat megejtésekor. Annyi már ma is világosan látszik, hogy a jókor (8.–12. héten) megejtett varratok ceteris paribus gyorsabban gyógyulnak, mint a későn, 7–24 hónap mulva történők. Hogy az ily sokáig degenerált csontoknak hosszabb időre van szüksége, hogy a centrifugális ingerület számára megint átjárható legyen, az könnyen megérthető. Minthogy a sérülés kora felette variál, változó kell hogy legyen már csak ezen egy oknál fogva is a beálló gyógyulás időpontja.

Az előadó sehogya sem tudja megérteni *Makai* fejtegetéseiből, hogy dacára annak, hogy a centripetális ingerület okozta állítólagos gátlás a heg kimetszése után minden esetben szinte azonnal megszűnik, miért hajlandó a mindig sértetlen anastomosis néha már pár óra, máskor hónapok, máskor csak évek multán arra, hogy az ingerületet vezesse?

d) Bizonyosra vehető, hogy a szervezet nem engedi meg magának a fényűzést, hogy egyrészt az illetékes idegekben vonuljanak az izmokhoz a rostkötegek, másrészt ugyanezen feladat végzésére még collateralis kötegek vonuljanak vendégként idegen idegtörzsekben. Az anastomosis, a hogy azt *Csiky* is, *Verebély* is helyesen kifejtette, valamely idegtörzsnek egy más idegtörzsbe tévedt kötege. *Bardeleben* szerint a medianus és ulnaris, valamint a musculocutaneus, mely csak a medianusnak egy ága, eredetileg egy ideget alkotott. Egyik-másik hajlító működésű ideg egy-egy rostkötege néha még az emberben is odatéved, a hol a fejlődés mélyebb fokozatain a helye volt. Ha tehát valamely rostköteg más idegtörzsbe vonul, akkor hiányzik a saját idegéből, melybe csak valahol mélyebben tér esetleg vissza, vagy közvetlen a vendéglátó idegből vonul a megfelelő izmokhoz. Hogy fér ezzel össze *Makai*-nak itt bemutatott esete, melynek összes ulnaris érző és mozgató működései a műtét előtt hiányoztak, míg műtét után 24 óra mulva — az előadó ugyan ennek ellenkezőjét vélte a sérültön megállapíthatni — érzőképessége megjött s összes hosszú és rövid izmai functionáltak. Ez esetben ugyanis *Makai* leírása szerint az ulnaris centralis, ellőtt csontja háromszor oly vastag volt, mint a medianus. Ez már önmagában is elég feltűnő. De hogy miért volt ily példátlanul vastag, azt még kevésbé tudjuk megérteni, ha kérdezzük, minő rostkötegeket vezetett voltaképpen ez az ulnaris, mielőtt kettélőtték? Hiszen az összes, az ulnaris által beidegzett izmok működésének s az ulnaris törterület funkcióinak *Makai* állítása szerint 24 óra alatt újból való beállta, mely a hypothesisét támogatná, *Makai* szerint azt jelenti, hogy az összes ulnaris-kötegek nem az ulnarisban, hanem ven-

dégeként más idegekben, mely ez esetben csakis a medianus lehetett, vonultak, s mégis, ahelyett, hogy ulnaris egyáltalában hiányoznék, e felesleges ideg háromszor oly vastag, mint a medianus, melyben az összes medianus- s ezenfelül az összes ulnaris-kötegek vonultak. De ugyanezen abszurditás fennáll minden teljes harántmetszetén sérült s varrat után gyógyuló idegre vonatkozóan is. Mert, ha mindezen idegek összes kötegei más idegekben vonulnak, mire valók vajjon egyáltalán ezen idegek? *Makai* hypothesisé értelmében valamennyi ideg felesleges, mert valamennyinek valamennyi kötege más idegekben vonul. Az előadó részletesen demonstrálta multkor több radialison az összes izomágak megindult gyógyulását, ugyanígy a medianuson, peroneuson s — leszámítva az erömütáni okokból nehezen javuló interosseusokat — az ulnarison. Ugyanígy demonstrálta multkor az előadó a varrott medianus és ulnaris érző rostjainak teljesen visszatért működését, valamint a fel- és alkar belső bőridegeit, tehát két tiszta érző idegét is. Mindezen gyógyulások javarésze lassú fokozatossággal, 8–16 hó alatt jött létre, egymásután jelentkezvén az ideg egész harántmetszetét alkotó összes kötegeken.

Az előadó kötelességének érezte, hogy *Makai* hypothesisére s okfejtésére kitérve, azok tarthatatlanságát annál inkább bizonyítsa, mert az elmélet tetszetős könnyedsége a varratgyógyulások sebészi lényegét ferde világitásba helyezi, s a benne rejlő tévedés a követendő gyakorlat szempontjából sem lényegtelen.

(IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én.)

Elnök: **Jendrassik Ernő.**

Jegyző: **Molnár Béla.**

#### A légutakba jutott és eltávolított idegen testek.

**Safranek János:** 1. *Öt hó előtt aspirált, a jobb főhörgőbe beékelődött tízfilléres.* M. St., 33 éves hadi tengerész Pólából küldetett fel az egyetemi gégeklínikára. Felvétele előtt több mint 5 hónappal kétszersült evése közben kemény tárgyra harapott s ezt aspirálta; rohamokban mutatkozó görcsös köhögése támadt s egy ideig érezte, hogy ilyenkor az idegen test légszövében ide-oda sodortatik; orvosa, kinél jelentkezett, nem talált elváltozást s elutasította; utóbb mégis kórházba került s onnan a klinikára utaltatott. Az egyetemi központi Röntgen-intézetben készített Röntgen-képen a bifurcatio szomszédságában jobboldalt tízfilléres nagyságú idegen test jól látható. Bronchoskopia superiorral közvetlenül a carina mellett a jobb főhörgőbe beékel s a falzathoz fekvő, részben granulatióktól környezett, ezüst-szürkén fénylő idegen test kiemelkedő segmentuma volt látható, mely extractiója után tízfilléresnek bizonyult. Pénzdarabok a légutakban a ritkább idegen testek közé tartoznak; *Mann* szerint (*Chirurg. d. ober. Luftwege*, 1913) a bronchoskopiás aera óta 7 pénzdarab távolított el ily módon a légutakból. A bemutatott eset kedvező lefolyású volt ugyan, a mennyiben a pénzdarab a főbronchusba, ennek hossz tengelye irányában ékelődött be, úgy, hogy a légáram útja nem záródott el; mindazonáltal könnyen támadhattak volna súlyosabb szövődmények, melyek elkerülésére indokolt lett volna a bronchoskopiás és mindenekelőtt a Röntgen-vizsgálatnak a baleset után tüstént megejtése s az idegen test eltávolítása.

2. *Letört s a bal főhörgőből eltávolított légszökanül-darab.* M. M., 50 éves, földművest lueses gégestenosis miatt 16 év előtt tracheotomizáltak; *Luer*-féle ablakos kanüllel végezte dolgait hosszú éveken át, oly módon, hogy a kanül belső részét kivette, külső nyílását pedig befedte; a klinikára felvétele előtt 4 nappal, midőn a kanült tisztogatás céljából kivenni akarta, ennek pajzsa kezében maradt, míg a többi része légszövébe esett; a lakóhelyéhez közeleső megyei központon kórházba ment, a hol tracheotomiás sebét tágtították, majd bemandása szerint a tracheotomiás nyíláson keresztül fogókkal kutattak a letört kanül után, de azt nem találták s ezért az általa előadottak valódiságát kétségbe vonták. Minthogy erős köhögése és láza keletkezett, a gégeklínikára jött fel. Röntgen-vizsgálattal a kanülnak kb. 7 ctm. hosszú részlete a bal főbronchusban elhelyezkedve volt látható. Bronchoskopia inferiorral a kanül letört szélén levő érdességeknél fogva a főhörgő kezdeti részébe megkapaszkodott s a főhörgőbe lenyúló kanül eltávolítása könnyen sikerült. Felvételtkor a betegnek baloldali diffus bronchitise és láza (38.8) volt, mely az extractio után gyorsan elmúlt.



A bronchoskopiás aera óta Mann kanül-aspiratio 7 esetét gyűjtötte össze, melyek közül 2 halállal végződött; az egyik esetben a sötétben történt eredménytelen extractiós kísérletek után a beteg „vérzéses tracheo-bronchitisben” pusztult el, a másik esetben egy francia sebész bordaresectio és pleurotómia után ujjával igyekezett a kanült a tracheába vezetett fogóba illeszteni; utóbb bronchoskopiás úton az extractio sikerült ugyan, de a beteg a már kifejlődött pneumoniában meghalt. Az ily balesetknél rögtönös beavatkozás válhatik szükségessé: első sorban a légzésnek helyreállítása a trachealis nyíláson át új kanül behelyezésével s ha ez nincs kéznél, a nyílásnak kampókkal vagy más műszerekkel való széjjeltárással. A leesett kanül pedig tracheo-, illetve bronchoskopia útján távolítandó el; a sötétben való kihálászási kísérletek könnyen végzetessé válhatnak.

3. *Gyermekökölnyi, a gégebemenetbe szorult és fuldoklást okozott húsdarab.* Sch. F., 44 éves egészségügyi katona eszméletlen állapotban, súlyos gégestenosis tünetivel, nagyfokú cyanosissal stb. a katonai mentők által a pályaudvarról szállított be a gégeklínikára. Mint utóbb kiderült, a fuldoklás oka falánk evés közben a gégebemenetbe szorult gyermekökölnyi húsdarab volt, melynek eltávolítása után a beteg csakhamar magához tért. A gégebe beékelt idegen test, subglottis oedema, súlyos spasmus glottidis és más hasonló okok miatt hirtelen beálló suffocatiós tünetek esetén jó szolgálatot tehet a *Botey* (Barcelona) által ajánlott és *Denker* által tökéletesített intercricothyreotómia, a *Denker*-féle instrumentáriummal, midőn a hanyattfekvő beteg fejét hátrahajlítva s kitapintva a ligamentum conicumot, kétélű késsel közvetlenül a gyűrűporc felső szélén harántirányban a gége lumenébe beszúrunk és a mandrinnal ellátott kanült gyorsan bevezetjük. A csak néhány másodpercig tartó beavatkozás útján a larynx-stenosis által feltételezett életveszély rögtön megszüntethető; az instrumentariumnak kórházakban, mentőállomásokon készenlétben tartása ajánlatos.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménésintézetnél a külső gazdasági majorokban nyári munkások egészségügyi szolgálatának ellátására f. évi május hó 1.-étől október hó végéig egy kisegítő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

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

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve a hirdetés megjelenése után a lenti parancsnokhoz mielőbb benyújtandók.

Gyakorlattal bíró orvosszigorlók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménés katonai parancsnoksága, Mezőhegyes.

2548/1917. szám.

Kőröstarcsa nagyközségben nyugdíjazás folytán megüresedett ügyvezető orvosi

és lemondás miatt megüresedett nem ügyvezető orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Felhívom pályázókat, hogy orvostudori oklevéllel, születési-, erkölcsi- és működési bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényeiket 1917. évi május hó 5.-éig hozzám adják be.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Az ügyvezető orvosi állás javadalma: 1600 korona törzsfizetés, 400 korona személyi pótlék, a törvény szerinti korpótlék, 25 korona hűsvizsgáló helyettesi díj, természetbeni lakás és a vármegyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási, gyógykezelési, rendelési és műtétidíjak.

A nem ügyvezető orvosi állás javadalma: 1400 korona törzsfizetés, 1000 korona személyi pótlék, a törvény szerinti korpótlék, 25 korona hűsvizsgáló helyettesi díj, természetbeni lakás és a vármegyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási-, gyógykezelési-, rendelési-, halottvizsgálói- és műtétidíjak.

Az orvosok állandó mellékjövendelmét képezi még az uradalmi orvosi teendőikért egyezség szerint megállapítandó átalányösszeg, munkásbiztosító-pénztári orvosi díj és a községben levő 250—300 gyermek után a m. kir. állami gyermekmenhelytől járó fizetés.

Az orvosoknak joguk van a községi tisztviselők nyugdíjgyesületébe 2000 korona fizetés erejéig belépni, mely esetben a belépési díj és évi nyugdíjárulék 50%-át a község fizeti.

A gyógykezelési-, látogatási-, halottkémlési- és műtétidíjak felemelése folyamatban van.

Bé k é s, 1917. évi április hó 6.-án.

A főszolgabíró.

# Coagulen Kocher-Fonio szerint

## „C I B A“ jelzéssel.

Physiologikus, vér, illetve vértképző szervekből nyert  
**v é r z é s t e s i l l a p í t ó s z e r .**

**Alkalmazás:** Helyi, intravenosus és subcután.

**Kereskedelmi alakok:**

<b>Por:</b>	1 gr. K 1.50	2.5 gr. K 3.—	5.0 gr. K 5.50	10.0 gr.-os üvegecskék K 10.—
<b>Tabletták:</b>	5 drb à 0.5 gr. K 3.—, 20 drb à 0.5 gr. K 10.—			
<b>Ampulák:</b>	1 drb à 20 ccm. K 2.50, 5 drb à 1,5 ccm. K 2.50.			

Minta és irodalom díjmentesen.

„CIBA“ Chemische Industrie Gesellschaft m. b. H., Wien VII,  
Westbahnstrasse 27/29.

Magyarországi képviselő: JAKITSCH JÁNOS, Budapest, V., Wahrmann-u. 13.





# 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.

**Goldzieher Miksa:** Járványtani háborús tapasztalatok. 227. lap.

**Weisz Ede:** Közlemény a püstyéni Vöröskereszt-hadikórházból. Egyszerű készülékek merev, illetve zsugorodott izületek kezelésére. 232. lap.

**Hudovernig Károly:** Néhány szó a liquor cerebrospinalis vizsgálatához. Válasz Fabinyi Rudolf dr. „A Pándy-féle carbol-próba diagnostikai értéke a liquor cerebrospinalis vizsgálatában” című cikkére. 233. lap.

**Berend Miklós:** Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekórházból. Csecsemő-védelmi actiónk következő legsürgősebb lépéseinek előkészítéséről. 233. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. C. Brunner:** Handbuch der Wundbehandlung. — **G. Frostell:** Kriegsmechanotherapie. — **Lapszemle. Belorvosan. Lewandowski:** A rázódás. — **Warnekros:** A nő nemi működésének befolyása a tüdőgümőkórra. — **Sebeszel. Wilms:** A carcinoma gyógykezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Unna:** Kezdődő furunculosis-képződés. — **Groedel:** Theacylon. 235–236. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** 236. lap.

**Vegyes hírek.** 236. lap.

**Tudományos Társulatok.** 237. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Járványtani háborús tapasztalatok.\*

Irta: **Goldzieher Miksa** dr., e. magántanár, a Szt. Rókus-kórház boncznok-főorvosa.

Két esztendő alatt, melyben egyik hadseregünknel a közegészségügyi szolgálat intézésében résztvettem, alkalmam volt arra, hogy a járványos betegségek elleni küzdelemben és ezzel kapcsolatos sokrendbeli közegészségügyi kérdésben sok gyakorlati tapasztalatot gyűjtsék. Bár még nem fejeződött be a nagy küzdelem s így az orvosi tapasztalatok köre sem záródott be végképpen, egyébként bizonyos kérdésekről már katonai szempontból is csak korlátolt adatszerűséggel lehet szólni, mégis, miután fentnevezett működési körömtől megváltam s újabb tapasztalatok gyűjtésére alkalmam már nem lesz, érdemesnek tartom az alább következőkről beszámolni.

A járványos betegségek jelentőségét háborúk alkalmából külön kiemelni talán közhelynek látszik; hiszen a történelem minden fejezete utal arra, hogy ahány háború volt, annyszor jártak végig a járványok is a háborús országokon s több áldozatot szedtek, mint a mennyit a fegyver tudott szedni. Nem egy háborút éppen a fertőző betegségek megjelenése döntött el s korántsem bizonyos, hogy pl. Napoleon nagy hadseregéből a téli hideg s nélkülözés, vagy pedig a typhus exanthematicus követelt-e több áldozatot.

Hogy milyen méretűek voltak az előkészületek a háború kitörésekor a járványok meggátlására, arról jelenleg nem mondhatunk bírálatot; csak annyit hangsúlyozhatok, hogy berendezéseink a háború folyamán oly gyökeresen alakultak át, illetve oly új szervezetekkel egészítették ki, hogy jelenleg teljes bizalommal nézhetünk szembe bármely járvány veszélyének, abban a tudatban, hogy védelmünkre a kellő eszközökkel rendelkezünk.

Hogy a háborús járványtani tapasztalatokat kellőképpen megvilágítsam, az egyes járványokról egyenként fogok szólni; első helyen pedig a *cholera*ról kell megemlékezniem.

1914 szeptember havában, a leMBERGI csata alkalmából előnyomulva, katonáink olyan falvakba és állásokba hatoltak, a melyekben előzőleg az akkoriban már *cholera*val

fertőzött oroszok időztek volt. A csakhamar újból hátrálni kényszerülő csapataink erőltetett menetekben vonultak a Kárpátok mögé. Útközben, már 4 nappal az infectio lehetősége után, jelentkeztek az első choleraesetek. Az erős menetelés, a teljesen csődöt mondó élelmezés, a hideg, esős időjárás okozta kimerülés és átfázás kapcsán, néhány nap alatt explosioszerű járvány fejlődött ki. A nagyszámú beteg részére megfelelő járványkórházak nem álltak rendelkezésre. Az elavult előírások értelmében tábori és mozgó tartalékkórház járványos betegek felvételére nem volt használható, így tehát improvizálni kellett járványkórházakat. Az első improvizációk pedig természetesen alig feleltek meg céljuknak. Mit is tehetett volna az az 1–2 orvos, a ki kellő személyzet nélkül, semmiféle felszereléssel, kivéve bőséges készpénzt, került egy kárpáti faluba, hogy ott sebtiben néhány száz súlyos cholerabetegnek fekvőhelyet és ellátást teremtsen; ápolás és kezelés persze szóba sem kerülhetett. Így aztán nem csoda, ha ezen sötét emléktű kórházakba valósággal halni jöttek a cholerasok s sokan, a kik egyébként az infectiót kibírták volna, tulajdonképpen inanitióban pusztultak el. Innen magyarázható az a szörnyű, páriát ritkító halálozási arányszám, a mely az első 2 hétben a 80–90%-ot is megütötte.

Semmiesetre sem szabad azonban ezen nagy halálozási számot tisztán az elégtelen kezelésnek és tápláltságának betudni. Kétségtelen, hogy a járvány egészen szokatlan súlyossággal jelent meg. Legjobban mutatta ezt a nagyobb-számu cholera siderans- és cholera sicca-eset. Több esetre emlékszem, a mikor erőteljes és túrhetően táplált egyének (tiszték) a maguk lábán jöttek be pl. a már európaibb színvonalú *homonnai* kórházba és néhány órán belül, gyomor-bél-tünetek nélkül, toxikus jelenségek közben pusztultak el. A bakteriologiai vizsgálat *cholera* jelenlétét állapította meg.

A járvány súlyossága mellett az egyes esetek klinikai képe éppen annyira változatos volt, mint a bonczolásokkor konstatalható elváltozások csoportja. A klinikai jelenségek közül csak egyre akarok különösen utalni. A cholerasok széke csak az esetek egy részében, talán harmadában mutatta az iskolaszerű „rizslé-typust.” Igen gyakran sötét-barna, olykor erjedésszerű, máskor véres-nyálkás, egészen dysenteriaszerű székek kerültek vizsgálatra és bakteriologice mégis csak *cholera*t kellett megállapítani. Ezzel szemben elég gyakran akadtak rizslészerű székek, a melyekben a megismételt vizsgálat sem tudta a *cholera*-vibriókat kimutatni, úgy, hogy ezért ezen eseteket nem is tekinthettük cholerasoknak.

\* Német nyelven megjelenik a „Feldärztliche Blätter der k. u. k. 2. Armee”-ben.



A mi a kórbonczani képet illeti, ugyancsak csődöt mondott minden régebbi könyvismeret és tapasztalat. Csak az esetek egy részében volt meg a typosos bonczlelet: üres húgyhólyag, üres epehólyag, a vékonybél-nyálkahártya jellemző fellazulása stb. Igen gyakran láttam cholerasokon telt hólyagot és epehólyagot, valamint súlyos, vérzéses lobosodást a vékony- és vastagbeleben, továbbá a vékonybél Payer-plaque-jainak sajátos színes duzzadását. A peritoneum jellegzetes nyálkás izzadmánya csak igen ritkán hiányzott cholerasokban, azonban más aetiológiájú bélhurutok esetében is konstatalható volt. Így tehát azt kell mondanom, hogy daczára typososnak nevezett klinikai lezajlásának és bonczleletének, a cholera-diagnózis még sectio után is téves lehet s csak a bakteriologiai vizsgálat eredménye adhat kétségen felül álló választ.

Igazán csodálatosnak kell mondanom, hogy a cholera 1914 őszén nem terjedt el Magyarországon valóságos pandémia képében. A Kárpátokon visszavonuló sereg tömeges beteget eleinte minden quarantaine nélkül kerültek az ország belsejébe. Betegszállító vonatok hiányában nyitott vagonokon utaztak sebesültekkel vegyesen a gyomor-bélhurutosok, köztük cholerasok és dysenteriasok és minden vasutvonalat végesvéig fertőztek ürüleikkel. Hogy minek köszönjük a pandémia elmaradását, azt nem tudom megmondani. Bizonyára nem annak, hogy a nagyobb vasútállomások járdáin szép „nyolczasokat“ locsoltak mésvízzel, vagy hogy befecskendezték mésszel az árnyékszékek külső falzatát, a mint azt szélében lehetett látni.

Annyit mindenesetre határozottsággal mondhatunk, hogy a cholera korántsem tartozik azon fertőző bántalmak közé, a melyeket mindenki megkaphat. Számítalan példa bizonyította a háborúban, hogy a fertőzés lehetősége, sőt valószínűsége egyáltalában nem elegendő a betegség kiváltására. Úgy látszik, hogy a megbetegedés létrejöttéhez bizonyos dispositióra, valószínűleg a gyomor elégtelen savtartalmára okvetlenül szükség van.

A mi a fertőzés módját illeti, daczára a járvány explosiv megjelenésének, a mely egyébként az ivóvíz-infectiókat szokta jellemezni, mégis csak az esetek túlnyomó részében contact-infectiót kell feltételeznünk. Az ivóvíz-infectio ellen szól legelőször az a körülmény, hogy a járvány mozgó háború idején terjedt el, amikor az emberek folyton más-más vizet ittak; oly nagyszámú forrás és kút fertőzését azonban mégsem lehet feltenni. Egyébként számos vizsgálatunk alkalmából csak kétszer tudtam cholera vízből kimutatni; egyszer a homonnai cholera-kórház udvarán levő kútban s egyszer egy galíciai városkán (Mosciscán) áthaladó folyóban, a mely a szennyvizet és az árnyékszékek tartalmát befogadta.

Egyébként is a desinfectio teljes hiánya, az étel-, főleg kenyérgyártásnál uralkodó gondatlanság, valamint a sűrű közelségben való együttlét megmagyarázza, hogy menetelő csapatoknál contact útján a fertőzés napok alatt nagymértékben elterjedhetett.

A járvány lefolyása 1914 őszén azt mutatta, hogy a fertőzésre hajlamos egyének kipusztulása után a járvány spontán megszűnésre hajlik. A közben megvalósított prophylaxisos intézkedések lehetetlenné tették annak megfigyelését, hogy vajon idővel a járvány magától is teljesen megszűnt volna-e. Magam részéről ezt legalább is valószínűtlenné tartom, már azért is, mert hiszen minden csapathoz havonként friss pótlások, menetzászlóaljok érkeznek, a melyek újból fogékony elemeket hoznak a még meglévő fertőzőképes környezetbe, úgy, hogy a járvány mindig újból és újból fellángolhat.

Gyakorlatilag persze ezen kérdésnek ma már nincs fontossága, a mikor a járvány önkéntes megszűnését bevárni nem vagyunk kénytelenek, hanem védőoltással sikeresen megelőzhetjük kiterjedését és elfojthatjuk a már meglévő járvány terjedését.

Igazán fájdalmas gondolat, hogy sok-sok ezer derék katonánk kizárólag azért pusztult el choleraiban, mert *Paltauf*, tekintélyének és magas katonai rangjának egész súlyával,

bizonyos elméleti elgondolások alapján, szembehelyezkedett a védőoltásokkal. Azon az alapon, hogy a védőoltás eredményt nem hoz, de a katonát kb. 2 hétre actioképtelenné teszi, keresztülvitte a védőoltások szigorú eltiltását. A második hadsereg-egészségügyi bizottságának azóta hivatalosan is elismert érdeme, hogy szembehelyezkedve a hadsereg-főparancsnokság tilalmával, még 1914 szeptember havában néhány gyalogezredben saját felelősségére elvégezte a védőoltásokat. A beoltott ezredek foglalták vissza másnap az uzsocki szorosot, egyben önük szűnt meg legelőször a cholera is. Így tehát a *Paltauf*-féle előítélet mindkét állítása megdőlt és e siker rábirta a hadvezetőséget előbb az oltási tilalom felfüggesztésére, majd később az oltás általános elrendelésére. Ily módon azután lehetővé vált a védőoltásoknak cholera s később typhus ellen igazán nagyméretűben való kipróbálása, a mivel sikerült a védőoltások óriási jelentőségét egyszer és mindenkorra megállapítani. Pedig a védőoltások partolói elég sokáig kénytelenek voltak igen nehéz küzdelmet folytatni úgy a katonai hatóságok ellen, a kik a legnagyobb bizalmatlansággal tekintettek minden újabb orvosi térfoglalás elébe, mind pedig az orvos-kollégák igen nagy része ellen, a kik akár indolentiából, akár pedig ellentmondási vágyból folyton akadályokat gördítettek elibénk vagy éppen passiv resistenciát is gyakoroltak. Ma persze a hadseregben a védőoltások szükségessége teljesen átment a köztudatba és ellenkezéssel már sehol sem találkozunk.

Sajnálatos dolog, hogy pontos statisztika a védőoltások eredményéről, nevezetesen arról nem volt készíthető, hogy bizonyos nagyobb embertömegből bizonyos idő alatt hány ember betegedett meg, illetve halt meg choleraiban és hogy ezek között hány volt egyszer, illetve többször oltva, illetve hány nem volt oltva.

Ezen statisztika már azért sem lehetett volna megbízható, mert a háborús hadsereg folytonosan váltakozó, flottáló embertömegnek felel meg, a melyhez folyton kerülnek új elemek és ugyancsak nagy számmal távoznak belőle, úgy, hogy pl. 1 hónappal azután, hogy egy ezred be lett oltva, talán csak a beoltottaknak fele van már jelen, mellettük pedig nagy számúak az újonnan érkezett elemek. És bár történtek volt rendelkezések, hogy a menetcsapatok elindulásuk előtt a pótkereteknél beoltassanak, ezen oltások körül az első időkben gyakran estek meg szabálytalanságok, s a rendelet akárhányszor csak papiroson lett végrehajtva. Ilyen viszonyok mellett teljes és hű képet adó statisztika megvalósításáról le kellett mondanunk és meg kellett elégednünk azzal az anyaggal, a melyet kórházaink betegállományának tanulmányozása szolgáltatott. Az ily módon nyert számszerű adatokkal katonai okokból adósnak kell maradnom, megállapíthatom azonban azt, hogy felvett betegek túlnyomó többsége, a meglehetősen előrehaladt általános védőoltások daczára, oltatlan egyénekből állott, csak kisebb részük volt egyszer, csekély töredékük kétszer oltva. Még szembetűnőbb volt a halálozási arányszám: a kétszer oltottakból csak néhány, egyébként sem egészen világos eset halálozott el; az egyszer oltottak halálozási arányszáma pedig a be nem oltottakénál több mint felével volt kisebb. Hogy megbízhatóan kétszer oltott egyénekre halálra vezető, súlyos cholera egyáltalában fejlődhet-e, ezek után még korántsem teljesen tisztázott dolog.

A mint már kiemelttem, a katonai csapatok fluktuáló jellege nem tette lehetővé nagyobb számok felett rendelkező statisztikák elkészítését, a melyek a védő oltások eredményét szemléltethetné, úgy, hogy inkább csak az összes adatokból és észleletekből impressioszerű véleményt vonhattunk le. Ezen vélemény mindnyájunk számára a bizonyossággal egyenlő értékű volt, a viszonyokkal kevésbé ismerős és talán nem teljesen elfogulatlan kritikust is meggyőző észleleteket tehettünk azonban a hadművelési és hadtápterületek polgári lakosságán szerzett tapasztalatokkal.

Mindenki, a ki a hadbavonult seregben gyakorlatilag közreműködhetett a fertőző betegségek elleni küzdelemben, tisztában lehetett azzal az alapelvvel, hogy járványok alkal-



mával a hadsereg számára a polgári lakossággal való érintkezés jelenti a legnagyobb veszélyt. Áll ez elsősorban Keletgaliciára és Oroszországra, a hol a lakosság a kultúra olyan alacsony fokán áll, hogy a piszoknak és férgeknek tömege, a lehető legrövidebb lakásvizonyok fennforgása, végre a lakók kulturálatlansága, értelmetlensége és indolentiája valamennyi fertőző betegség terjesztésére a legkedvezőbb közeget képviseli.

A védekezés első eszköze persze a tulajdonképpeni hadműveleti területnek polgári kiürítése volt. Ez a radikális, de éppen ezért tökéletes eszköz azonban csak a posíciós harcok idejében állhatott rendelkezésre és azonfelül is csak a tulajdonképpeni harcoló csapatokat szolgálta, a hadtápszemélyzetét és a tartalékokat azonban nem védhette. Éppen ezért kénytelenek voltunk az általános assanálási eljárások foganatosítása mellett a polgári lakosságnak karhatalom igénybe vétele mellett való beoltására. A hadsereg által megszállott területet körzetekbe osztottuk, minden körzetbe egy ambulans oltócsapatot küldöttünk, a mely csendőri segídéssel mindenkit beoltott. Valósággal frappans volt a mi észleletünk, hogy az egyes községekben abban a sorrendben szűnt meg a cholera, a melyben történt a lakosság védőoltása. Már az első oltás után némi csökkenés volt észlelhető, a második oltás után pedig hirtelen megszűnt a járvány, ugyanakkor, a mikor a szomszédos községekben, melyeknek lakossága oltatlan volt, még javában szedte áldozatait.

Mint hogy ezen észleletet sem a környezet megváltozásával, sem táplálkozási, időjárásbeli vagy bármely egyéb körülménnyel magyarázni nem lehetett s mint hogy ez az észlelet nem csak egyes esetekre, hanem nagyszámú, ezrektől lakott községre vonatkozott, egyáltalában nem lehetett többé kétséges, hogy cholerajárvány megszüntetésére tökéletesen elegendő és feltétlenül beváló rendszabály a veszélyeztetett lakosság általános védőoltása. A fertőzés veszélyének kitett egyének számára a védőoltás még átmenetileg sem jelenti ezen veszély fokozódását a hirhedt „negatív phasis” elméletének értelmében. Ezt igazolja azon tapasztalatunk, hogy a védőoltás végrehajtását közvetlen követő időben sohasem tapasztaltuk a morbiditás fokozódását, azaz a védőoltás folyamán átmenetileg beálló resistentia-csökkenést. Nyugodtan elrendelhető tehát a védőoltás bármely környezetben, kitört járvány esetében is, a mi persze nem teszi indokolttá, hogy a védőoltással a járvány kitöréséig várjunk. Az ajánlatos eljárás mindenképpen a járvány kitörését megelőző védőoltás lesz.

Nem akarom állítani, hogy a cholera elleni küzdelemben a védőoltáson kívül más védelmi, illetve közegészségügyi rendszabályra nincs szükség. Természetes, hogy fellelte célszerű lesz az összes árnyékszékek kellő ellenőrzése, épp úgy az élelmiszer-árusítás, piacok, nem kevésbé pedig a kutak felülvizsgálata; hasonlóképpen ajánlatos a lakosság kioktatása a tisztaságról hirdetmények útján, sőt a szószék igénybevételével is. Mindezek, valamint a lehetőleg tökéletes fertőtlenítő eljárások egymagukban azonban egyáltalában nem jelentenek garantiát a járvány elterjedése ellen, míg a védőoltás igenis teljes garantiát nyújt minden intézkedés mellőzése mellett is, feltéve, hogy az oltást megbízhatóan el is végezték. Megfelelő oltóanyag, kellő módon, kellő mennyiségben, 6—10 napi időközzel, két ízben befecskendezve, legalább 4 hónapra elegendő immunitást fog kölcsönözni.

Az immunitás foka és tartama természetesen egyénenként ingadozó. Hogy ezen ingadozások mennyiben alapszanak egyéni sajátosságokon, vagy pedig inkább csak másodlagosan szerzettnek tekinthetők, pl. tápláltsági és erőbeli állapot változása, meghűlés, vagy valamely más természetű infectio következtében, azt jelenleg még nem tudjuk eldönteni. Gyakorlatilag mindenképpen az következtetendő, hogy az átlagos 4 hónapos immunitási idő elteltével meg kell ismételnünk a védőoltást, de csak akkor, ha fertőzés lehetőségére van kilátás; tehát fertőzésnek kitett vidéken és járványtanilag tekintetbe jövő időben, tavasztól ősziig. A teljesen cholera mentes vidékeken, pláne télnek idején való oltogató-

sokat kerülendőnek vélem. A túlságos gyakori oltogatások, hiszen manapság már olykor e téren is túlzásba csapnak, aligha lehetnek közömbösek a szervezetre s még ha kifejezetten ártalmasnak nem is mondhatjuk, mint fölöslegest, célzerűen elkerülhetjük.

A második fertőző betegség, mely a háború folyamán nagyobb szerepet játszott, s a morbiditási számot tekintve, bizonyára még a cholera is lényegesen felülmulta: a *typhus abdominalis*. Mindjárt itt óhajtom megjegyezni, hogy ez a megjelölés a legtágabb értelemben veendő s értendő alatta mindazon megbetegedések, a melyeket az *Eberth-Gaffky*-bacillus maga, valamint a hozzá közel rokon egyéb bacillusok idéznek elő. Orvosi szempontból éppen ezen háború egyik nevezetessége, hogy a tulajdonképpeni typhus-esetek mellett igen lényeges számmal fordultak elő paratyphus *a* és *b* esetek, valamint olyan esetek is, a melyek a klinikai lefolyás szerint a tágabban vett „typhus”-csoporthoz tartoztak, azonban bakteriologailag, illetve serologailag sem typhus-, sem paratyphus eseteknek nem feleltek meg.

A háborús typhusjárvány klinikai oldalára kitérni nem feladatom s így elsősorban az epidemiologiai sajátosságokról akarok szólni.

Ha a morbiditási számot tekintjük, a typhus-csoportba tartozó fertőzések esetei az összes fertőző bántalmak közül messze első helyen vezetnek, s tekintettel arra, hogy a typhus elleni küzdelem aránylag csak később lett intenzív és sikeres, a typhus mortalitása az első 6—8 hónapban igen magas lévén, valószínű, bár pontos statisztikám nincsen, hogy a typhus a halálozást tekintve is vezetett. Míg a cholera-nak úgyszólván valamennyi esete a hadsereg egészségügyi intézményein belül volt végig észlelve, addig a typhus-esetek nagy része, főleg eleinte, a mögöttes részek kórházaiba került, vagy akár csak ott lett typhusnak diagnoskálva. Hogy ezen eseteknek lefolyása a messze hátul lévő, kedvezőbb viszonyok közt működő kórházakban milyen volt, azt nem tudom; a frontmögötti kórházakban a járvány első 6—8 hónapos időszakában, tehát 1915 tavaszáig, a mortalitás 20 és 35% között váltakozott. E horribilis mortalitás egyrészt arra vezethető vissza, hogy a járvány csakugyan igen súlyos volt, másrészt abban leli magyarázatát, hogy az ápolás, mely éppen typhusban oly fontos, teljesen kiképzetlen legénységre volt bízva, de az orvosi therápia és diaetika is igen sokszor nem belgyógyász, hanem hozzá nem értő vagy tapasztalatlan kezdő vezetése alatt állott. Az orvosi kezelés szakszerű felügyelete pedig nem volt bevezetve s a kellő diaetetica alkalmazásának bizonyos bürokratikus nehézségei is támadtak. Később persze ezek az állapotok lényegesen javultak s ez a javulás is bizonyára egyik oka a halálozási arányszám csökkenésének. Nem magyarázhatja meg azonban azt a meglepő változást, a mely a járvány lefolyásában 1915 nyarán beállott. Ebben az időben ugyanis, a morbiditás igen jelentékeny csökkenésével, a mortalitás is 1—1.5 százalékra szállt alá, úgy hogy tekintettel egyben szokatlanul megrövidült, olykor alig 3 hetes lefolyására, a typhust igen jóindulatú, a komoly jelleget nélkülöző megbetegedéseknek lehetett mondani. Így az egyik hadseregben a nyár elején a typhus-esetek heti száma még 150—200 közt mozgott és e szám a nyár derekára már heti 40, a nyár végére heti 10—15 esetre esett le.

Régebbi járványtani tapasztalatok ezzel szemben azt mutatják, hogy typhus-endemiákban az esetek száma a nyár folyamán emelkedni szokott s a járvány görbéi legnagyobb magasságukat éppen ősszel érik el. A mi észleletünk ezzel merőben ellenkezett, aminek egyedüli magyarázatát az adja, hogy éppen 1915 nyarán vittük keresztül általánosan az egész hadseregben a typhus elleni védőoltást s történt gondoskodás arról, hogy a védőoltás elrendelése ne csak papíron legyen meg, hanem hogy az megfelelő ellenőrzés mellett az összes front-, tartalék-, menet- és hadtápcsoportokon valóban keresztül is vitessék. Az általános védőoltás elvégzése, azaz minden embernek két ízben való beoltása, körülbelül 6 hétig tartott. Az első oltások után a typhus-esetek száma gyarapodni látszott, a második oltás után azonban a morbiditási görbe kritikusan leesett és állandó sülyedéssel



alig remélt minimumra szállt alá. Ezen tapasztalataink értelmében a typhus elleni védőoltás értékéből az sem von le semmit, hogy ugyanazon idő alatt mindenféle más intézkedés is történt a fertőzések elkerülésére, nevezetesen: az ürülékek eltakarításának gondos ellenőrzése, czélszerű latrinák feállítása, kifogástalan ivóvíz, illetve főtt italok (tea, kávé) nyújtása stb. Minthogy azonban ugyanakkor számos keletgalíciai községben, melyek emberemlékezet óta mint typhus-fészkek szerepeltek, sikerült ilyen intézkedések nélkül is, tisztán a védőoltás segítségével a járványt tökéletesen elfojtani, a katonaságnál elért sikert is oroszánrésztében a védőoltásnak kell tulajdonítani. Annál fontosabbnak tartom ennek hangsúlyozását, mert azt tapasztaltuk, hogy éppen orvosok részéről, egyes megfigyelések és kellő kritika nélkül szerzett tapasztalatok alapján, a typhus-védőoltásnak igen nagy ellenszenvvel kellett megküzdni. Részből azt állították egyesek, hogy a védőoltás túlságos reakciókkal jár, részben pedig a védőoltás eredménytelen, vagy éppen káros voltát hangoztatták. Ezzel szemben az a tapasztalatom, hogy a reakciók súlyossága, legalább katonai szempontból, komolyan nem jön tekintetbe. Így pl. 1915 telén, az orosz-lengyel front egy hadseregcsoportjában, egy napon 100.000 embert oltottunk be, anélkül, hogy egyes embereknek múltó rosszullétén kívül más bajt észleltünk volna s anélkül, hogy a hadseregcsoport harckésztsége csak legkevésbé szenvedett volna. A reactio súlyossága egyébként jelentékenyen függ a használt vaccina minőségétől; vannak igen erős és vannak minimális reakciót adó oltóanyagok; így tehát tisztán az előrelátó gondosság kérdése, hogy vajjon csekély reakciót kiváltó oltóanyag kerül-e kiosztásra vagy sem.

Nem vonom kétségbe, hogy akadnak ismételtelen oltott egyének, a kik mindazonáltal megbetegednek typhusban. Óriási anyagon szerzett tapasztalataim szerint ezek száma azonban elenyésző s ezen kevés eset közül is a legtöbb felette enyhe lefolyású. Persze ha bakteriologiai vizsgálat nélkül az összes paratyphus- és a különböző „typhoid“-megbetegedéseket is mind egy kalap alá vesszük, a véletlen nagyobb számú esetet is adhat egyik másik orvos kezére, a ki ez alapon a védőoltás hiábavalóságát hirdetheti.

Már komolyabb tárgyalás alá tartozik az az állítás, hogy a védőoltás után a typhus-esetek száma ugrásszerű szaporodást mutat; más szóval, hogy az oltás „előidézhet typhust“. Már említettem, hogy ilyen irányban értelmezhető észleletet magam is tettem, nem gondoltam azonban arra, hogy az oltás közvetlenül a typhus-fertőzést, a minek a lehetőségét el sem lehet képzelni; sokkal valószínűbb magyarázat, hogy az oltás folytán a lappangó typhus-fertőzés nyilvánvalóvá válik, vagy talán kivételesen előfordulhat az is, hogy addig egészséges bakteriumhordozón áll be a typhus az oltás kapcsán. Azt hiszem kétségtelen, hogy ezen ritka esetek gyakorlatilag mit sem vonnak le a védőoltás értékéből; de semmi szerepük sem lehet akkor, mikor a védőoltást a járvány kitörése előtt, pl. a mozgósításkor visszük keresztül. Hogyha pedig a kitört járvány idejében kell az oltásokat végezni, legfeljebb egészen rövid ideig lesz majd észlelhető a megbetegedések számának gyarapodása.

Igen fontos kérdés továbbá az alkalmazandó oltóanyag minősége. Vannak, a kik okvetlenül polyvalens oltóanyag használatát javasolják, sőt a typhus-vaccinának paratyphus-vaccinával való keverését, illetve kombinálását is szöbáhozták. A magam részéről ezt nem tartom szükségesnek. A hadseregben, melyben én működtem, magunk készítettük a vaccinát egyetlen törzsből, védőhatása pedig teljesen kielégített. A paratyphus-esetek ellen persze ez az oltás aligha nyújthatott védelmet és csakugyan időközönként aránylag nagyobb számmal észleltünk paratyphus *a* és *b* eseteket, absolute azonban olyan kevés esetről volt szó, hogy gyakorlatilag a paratyphus elleni külön védőoltást nem tették jogosulttá, annál kevésbé, mert ezen fertőzések többnyire igen enyhe lefolyásúnak bizonyultak.

Egyébként, bármennyire meggyőződtem is a védőoltások óriási jelentőségéről és pótolhatatlanságáról, az a véleményem, hogy a túlságos sok oltogatástól óvakodnunk kell. Az ismé-

telten oltott egyénekben ugyanis, szinte kivétel nélkül, jelentékeny nagyságú léptumor keletkezik s a mint számos eset bonczolásakor meggyőződhettem, a léptumor mellett elég gyakran előfordult a nyirokcsomók általános megnagyobbodása is. Ezek alapján azt gondolom, hogy a túlgyakori oltás a szervezetre korántsem közömbös, s minthogy nem ismerjük a jelzett szervezetbeli elváltozások esetleges következményeit és physiologiai jelentőségét, bizonyos óvatosságot mindenképpen ajánlanék.

A typhus-esetek keletkezésére vonatkozólag tapasztalataink azt mutatták, hogy hasonlóan a cholerahoz, typhusban is főleg contact-infectiókkal volt dolgunk. Észleltünk ugyan kifejezett vízinfeciókat is. Így Orosz-Lengyelországban, a hol a téli positionarczok idejében a frontnak egy része a Czarnapatak mentén vonult végig; az ezen szakaszon lévő csapattest mindig vezetett a morbiditás dolgában, bár a légénységet ismételtelen felcserélték s bár a patak vizének ivását szigorúan tiltottuk. Mosdásra, tisztogatásra azonban használták a vizet s ez úgy látszik elég volt a fertőzések terjesztésére. Hogy azonban általában a contact-infectiók voltak lényeges túlsúlyban, azt meggyőzően láttuk 1914—15 telén, a mikor a légénység fürösztését és ruházatának gőzzel való desinfectióját vezettük be s azt tapasztaltuk, hogy az ily módon fertőtlenített csapatokban a typhus-esetek számában egy időre határozott csökkenés mutatkozik.

Míg a cholera és a typhus olyan nagyszámú esetben jelentkezett, hogy leküzdésükre a rendes, szokásos hygienés rendszabályokon kívül a védőoltást kellett segítségül hívni, addig a harmadik typosus hadijárvány, a *dysenteria*, legalább ott, a hol én voltam, nagyobb méretekben nem jelentkezett s hamarosan meg is szűnt. A háború elején, 1914 szeptemberében ugyan Galicziában is nagyobb számmal fordultak elő dysenteria-esetek, azonban akkor a cholera elleni harc teljesen lefoglalt minden erőt, úgy, hogy a dysenteriaival alig törődtek s a járvány el is múlt magától. Később 1915 és 16-ban ugyanabban a hadseregben talán 1500 dysenteria-eset fordult elő, az esetek nagyobbbrészt azonban oly könnyűek voltak, hogy a mortalitás a 2%-ot sem érte el. Ennek megfelelően a bakteriologiai vizsgálat is főleg *Flexner*-typusú bacteriumokat állapított meg, míg *Kruse-Shiga*-typusú csak ritkábban találtunk.\* Általában pedig meg kell jegyezni, hogy a dysenteria-esetek bakteriologiai megállapítása okozta a legnagyobb nehézségeket s előfordult, hogy ismételtelen vizsgált, klinice és később kórboncztanilag is kétségtelen dysenteria-esetekben a bakteriologiai vizsgálat mindig negativ maradt. Amoebákat az ürülékekben sohasem találtunk; nem így az Albániából származó dysenteria-esetekben, a melyek közül nekem már több ízben sikerült (a XVI. sz. helyőrségi kórház laboratoriumában) az amoebák mikroskopi kimutatása. Aránylag gyakran fordultak elő egyes fertőzések, pl. dysenteria és cholera, vagy dysenteria és typhus. Az ilyen esetek egy részében már a klinikai kép alapján lehetett valamely szokatlan combinatio fennforgására következtetni; más esetekben csak a bakteriologiai vizsgálat derítette ki a különböző fertőző csírák jelenlétét.

Míg az eddig tárgyalt járványos betegségek elsősorban a katonaságnál terjedtek el és csak másodsorban kellett ellenük a polgári lakosságnál küzdeni, addig két másik járvány a hadsereget szerencsésen szinte egészen megkímélte és csak a polgári lakosság között terjedt el erősebben. Ez a két betegség: a *himlő* és a *kiütéses typhus*; mindkettő Keletgalicziában és Oroszországban békeidőben is otthonos s a háború okozta kedvezőtlenebb közegészségügyi viszonyok folytán erősen elterjedt. A lakosság háborús menekülése, vándorlása, nagyban hozzájárult e járványok szertehurczolásához, a nagy nyomor és rossz táplálkozás pedig kifejlődésükre kedvező talajt teremtet.

Himlő elleni védőoltásra sem Galicziában, sem Oroszországban nincs kényszer és a mikor Lemberg visszafogla-

\* Ujabban úgy látszik a *Kruse-Shiga* fertőzések gyakoribbak. L. Dienes. Feldärztl. Blätter d. 2. Armee, No. 22.



lása után ott nagyobb számú himlőesetet konstatáltunk, a védőoltás keresztülvitelével szemben igen nagy ellenkezés mutatkozott. S ha már a nagyvárosban is találkoztunk nehézségekkel, a vidéken e nehézségek még fokozódtak. Hozzájárult a bajhoz még egy kellemetlen mellékkörülmény. 1915 nyarán több 100.000 személyre szóló oltóanyagot bocsátottunk a galicziai és lebergi hatóságok kezére, hogy a lakosságot beoltsák. Oltottak is helyel-közzel, az oltóanyag azonban, melyet Bécsből kaptunk, rossznak bizonyult és csak elégtelen védelmet szolgáltatott. A himlő egyre terjedt s 1915 ősz-utóján Lembergben a heti himlő-esetek száma már a 200-at is meghaladta. A tűrhetetlen állapotnak egyszerre vetettünk véget. A katonai hatóság elrendelte a kötelező általános védőoltást, a melyet 3 héten belül egész Lembergben végre kellett hajtani s minthogy oltási igazolvány nélkül kenyérjegy sem volt kapható, a renitens egyéneket pedig letartóztatták és kényszeroltás után szigorúan megbüntették, 10 nappal az oltási határidő lejárta után több himlőeset Lembergben nem fordult elő. Azt hiszem, ilyen, a tudományos kísérlet jellegével bíró módon a himlő elleni védőoltás ereje még nem volt demonstrálva.

Hasonlóképpen, vasszigorral és csendőri segédlettel történt ezután egész Keletgaliciában a védőoltás s a himlő-járvány ezzel tökéletesen meg is szűnt. Az oltáshoz használt nyirkot ezen alkalommal Budapestről kaptuk, ez a nyirok mindig kifogástalannak bizonyult.

Nem volt ily könnyű dolgunk a kiütéses typhus elleni küzdelmünkben. Elsősorban hiányzott a legfőbb prophylacticum, a védőoltás, de másodsor, s ez szinte ugyanolyan jelentőségű, a kóresetek megállapítása és felismerése is olykor a legnagyobb nehézségeket okozta. A kiütéses typhust a háború előtti időben a magyar orvosok úgyszólván nem ismerték, az osztrák orvosok közül is csak a galicziai illetőségűektől várhattunk ebbeli tapasztaltságot. Sajnos azonban, az innen remélt útbaigazítás inkább csak ártalmasnak bizonyult. Azt konstatálhattuk ugyanis, hogy Galicziában és Oroszországban az odavaló orvosok minden lázas beteget, a kinek a bőrén kiütés, különösen pedig haemorrhagiás jellegű kiütés mutatkozik, a legnagyobb határozottsággal kiütéses typhusnak diagnoskálnak. Komoly belgyógyászati differentialis diagnosis éppen oly kevésbé volt tapasztalható, mint a diagnosis bacteriologiai és serologiai ellenőrzése. Így tehát könnyen érthető, hogy a bennszülött orvosok gyakori kiütéses typhus diagnosis mögött nem ritkán typhus abdominalis eset lappangott. Mint jellemző példát említem, hogy Lemberg környezetében lévő egy községben, mely állítólag az egész vidék exanthematicus-fészke volt évek óta, vizsgálataink szerint typhus-endemia volt megállapítható; valódi typhus exanthematicusnak ellenben egyetlen egy esetét sem találtuk. Hasonló tapasztalatokat tett más vidéken *Spät* is; sajnos azonban, ez alapon kritikai lapsussal általánosságban kétségbe vonta a kiütéses typhus létezését s ezzel inkább csak még nagyobb fogalomzavar keletkezésére adott alkalmat. Azt hiszem, ma már senki sem kételkedik abban, hogy a typhus abdominalis esetek olykor sajátos viselkedésükkel exanthematicus-esetekre emlékeztethetnek, anélkül persze, hogy e két különböző betegség között bármely aetiologiai kapcsolat volna; és a vegyes fertőzések is, a melyek előfordulását magam is megállapíthattam, túlságosan ritkák ahhoz, hogy bennük mást, mint véletlen kombinációt lássunk.

A gyakorlatban persze a diagnostikai nehézségeknek az a következménye, hogy minden esetben, a melyben a typhus exanthematicus legkisebb gyanúja felmerül, úgy kell eljárni, mintha a diagnosishoz már semmi kétség sem férne. Nagy segítségünkre volt mindenestre a *Weil-Felix*-féle agglutinációs próba, a mely az exanthematicus-esetek felismerésében ugyanolyan jó szolgálatokat teljesített, mint a *Widal*-féle próba typhus abdominalisban, dacára annak, hogy a *Weil*-féle bacillusnak a kiütéses typhus aetiologiájában aligha van szerepe s az ebbeli kételyek még azok után is jogosultak, hogy *Dienes*-nek sikerült ezen bacillust sajátos eljárással jelentékeny számú beteg vérből tisztán kitenyészteni. Nem

változtatja meg skeptikus felfogásomat ez irányban az sem, hogy a betegek kimetszett bőrdarabjaiban, 24 órás thermostatban való kezelés után, szövettanilag bacillus-halmazokat találtam, épp úgy, mint a hogy azonos eljárással *Fraenkel*-nek sikerült typhus-betegek bőrének roseoláiban a typhus bacillusok kimutatása.

Míg a kiütéses typhus aetiologiájának kérdését a háborús tapasztalatok sem tudták tisztázni s merően szemben állnak a bacillaris és protozoon-fertőzés fennforgását hirdető leletek, addig a betegség tovaterjedésének módja immár végérvényesen eldöntöttnek mondható. Nem fér többé kétség ahhoz, hogy a typhus exanthematicus kizárólag a ruhatetű közvetítésével terjed. A betegek tehát tetük hiányában nem tekinthetők fertőzőnek s a fertőzés tovaterjedésének meggátolására egyetlen mód van: a tetük kiirtása.

A nagyszámú tapasztalatból, a mely igazolja állításomat, csak néhányat akarok felhozni. Járványkórházainkban, a hol a betegek felvétel előtt gondos tetűtelenítésnek voltak alávetve, kórházi fertőzés nem fordult elő s egyes izolált infekciók csak a felvételnél, illetve a desinfectiónál alkalmazott személyzeten adódtak. Orvosaink közül is csak olyanok betegedtek meg, sajnos szomorú mortalitási statisztikával, a kik külső szolgálatot teljesítettek s így érintkezésbe kerültek a tetves civil-lakossággal, a tetves környezetben élő betegekkel.

A kísérlet bizonyító jellegével bír azonban következő tapasztalatom: 1915 elején Petrikau-ban észleltünk néhány exanthematicus-esetet. A betegeket az ottani polgári kórházba vették fel s csakhamar az egész ápolószemélyzet is megbetegedett. Erre az exanthematicus-betegek számára katonai felügyelet alatt álló külön kórházat rendeztünk be, a hová átszállítottuk valamennyi régi, valamint még néhány újabb beteget, előző tetűtelenítés után. Az új féregmentes környezetben ápolófertőzés többé nem fordult elő, pedig a személyzet itt is ugyanazon műveletlen és elővigyázatlan lengyel zsidókból állott, mint a régi kórházban. A házi infekciók elmaradása tehát az egyetlen megváltozott körülménnyel, a tetük hiányával magyarázható csak meg.

Nagyobb arányban ugyanezt észlelte *Jürgens* egy nagy fogolytáborban, a hol a járvány az egyes fogolyosztatokban abban a sorrendben szűnt meg, a melyben teljes tetűtelenítés után a foglyok új tetűmentes táborukba kerültek.

Ezek alapján világos dolog, hogy az exanthematicus elleni küzdelemben az egyedüli eszköz: a betegek és környezetük tetűtelenítése, a mi a gyakorlatban aránylag primitív eszközökkel is mindenütt keresztülvihető. Az eljárás módszerét vázlatosan következőképpen foglalnám össze: Egy nagyobb községben improvizálunk egy járványkórházat és mellette egy quarantaine-statiót. A betegek a kórházba, környezetük a megfigyelőbe kerülnek, mindkét helyen azonban gondos tetűtelenítés: egyszerű zuhanyfürdő, a hajnak géppel való lenyírása és a szőrös helyeknek kénkenőccsel való bekenése előzi meg a felvételt. A ruhaneműek tetűtelenítésére csak a gőzdesinfectio kerülhet szóba. Exanthematicus-járványnak a polgári lakosság közötti elterjedése csak úgy akadályozható meg, ha az első esetek alkalmából rögtön a legenergiusabban visszük véghez a fertőzött egyének concentrációját. Természetes, hogy ez az intézkedés csak kellő erély és ellenőrzés mellett lehet hathatós. Meg kell akadályozni, hogy a quarantaine alól egyesek kivonják magukat, vagy pedig quarantaine közben érintkezzenek más egyénekkel. E célból Galicziában elengedhetetlen, hogy a quarantaine lakóinak élelmezésénél a többnyire zsidókból álló internáltak rituális kosztot kapjanak. Csak így birhatók rá ezek az emberek, hogy a quarantaine-ből meg ne szökjenek.

Bár a tapasztalat szerint az incubatiós idő olykor a 3 hetet is eléri, általában elegendő, hogyha a contact személyeket 2 hétig internáljuk. Főleg akkor fogunk megelégedni ezen rövidebb időszakkal, ha szűk helyiségek mellett nagyobb számú egyén megfigyeléséről van szó.

A fentiekben a typhus exanthematicust főleg mint a polgári lakosság betegségét kezeltem. Ennek az az oka, hogy a mi hatáskörünkben elenyésző csekély számú eset fordult



elő a katonaságnál, holott a megfelelő országrész polgári lakosságánál kiterjedt járvánnyal volt dolgunk. Azt lehet mondani, hogy a hadijárványok közül a cholera és typhus alkotja az egyik csoportot, a himlő és exanthematicus a másikat, az előbbi főleg katonai, az utóbbi főleg polgári hadijárvány. De míg a himlő ilyen viselkedése azon alapszik, hogy az általános védőoltás mentesíti a katonaságot a járványtól, ellentétben a polgári lakossággal, addig az exanthematicusnál inkább az magyarázza meg a különbséget, hogy a mai modern háború a katonaságot mindinkább elkülöníti a hadművelési terület lakosságától; így nevezetesen a frontlegénység a fertőzést közvetítő lakossággal úgyszólván egyáltalában nem érintkezik. Hogy azután a katonaságnál mindjobbban keresztülvitt fűrdőzetés és ruhadesinfectio is nagyban hozzájárul a fertőzés veszélyének megelőzésére, azt talán felesleges is külön hangsúlyozni.

A háború eddigi epidemiológiai tapasztalatai azt mutatják, hogy kellő előrelátással és eréllyel a háborús járványok úgyszólván teljesen kiküszöbölhetők. Persze ez csak úgy lehetséges, hogyha sokszor a polgárság egyéni szabadságának alapos sérelmével járunk el, szem előtt tartva azt az elvet, hogy salus populi suprema lex. Már most kell azonban hangsúlyoznunk, hogy ebből a későbbi békeidőkre is le kell vonnunk a tanulságot, mely szerint *az egyén és a társadalom egészsége nem tekinthető többé magánügynek, hanem elsőrendű állami érdeknek*, s a mint az állam magára vállalta vagyonunk és személybiztonságunk támadások elleni megvédését, úgy az állam feladata az is, hogy vasmarokkal bár, de szakértelemmel hajtsa végre mindazon kényszerrendszabályokat, a melyek segítségétől remélhető számos eddig endemiás járvány, mint a himlő, a typhus exanthematicus vagy a typhus abdominalis végleges kiküszöbölése.

— Közlemény a pöstyéni Vöröskereszt-hadikórházból. —

### Egyszerű készülékek merev, illetve zsugorodott ízületek kezelésére.

A pöstyéni „Pro Patria” részére szerkesztette: *Weisz Ede* dr., Pöstyén.

A rokkantság igen jelentékeny arányszámát, a háborúban még inkább, mint béke idején, az ízületi zsugorodások és merevségek teszik csúsz, gonorrhoea, törés, ficzamosodás, lövés stb. folytán. Sajnos, hogy ezen rengeteg anyag kezelésére úgy praeventív, mint curatív irányban nem rendelkeznek mindenütt kellő helylyel és idővel, berendezéssel és szakerőkkel.

A mi a berendezéshez szükséges készülékeket illeti, a hazai és külföldi szerzők egész sora azon volt, hogy a hiányokat mindenféle kitűnő, olcsó és elmés szerkezettel minél jobban pótolják.<sup>1</sup>

Midőn *Pöstyén-fürdő*, régi hírnevéhez méltóan, a háborús rokkant betegek egyik jelentékeny központjává vált, különösen pedig, midőn a fürdőigazgatóság által létesült „Pro Patria”-ban külön, modern intézményt nyert, szívesen vállaltam a feladatot, hogy nagyszámu zsugorodott és merev-izületű betegünk részére lehetőleg egyszerűen kezelhető és aránylag kis helyen nagy beteganyagot forgalmazó, oly rendszert szerkeszsek, mely a gyógyulni nem akaró betegek felett is feltétlenül uralkodik és azok akarata ellenére a gyógyeredmény fokozását kierőszakolni tudja. Hiszen ez eminens katonai és socialis érdek.

Régi tapasztalat ugyanis, hogy a gyógyulni esetleg nem akaró beteg különféle készülék, például a Zander-rendszer több typusa használatukor könnyű szerrel kibujhatik az intenzivebb behatások alól, a gyógyulás lehetőségét lényegesen korlátozva, vagy pedig teljesen megakasztva.

De ha az ízületek passiv mozgatása céljából nehéz súlyokat alkalmazunk, ez, mint azt más szerzők is kiemelik, oly kényszert jelent, melynek a beteg nem tud ellentállni, feltéve, hogy a beteg végtag rögzítéséről csattok, szíjak, manchetták segélyével megfelelően gondoskodva van.

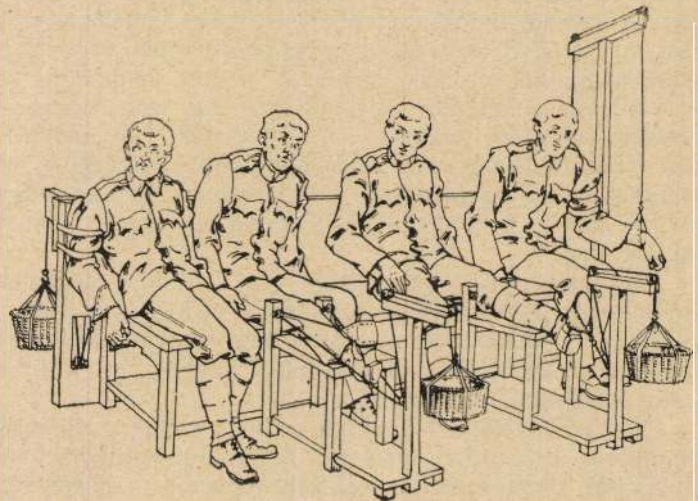
Idevágó készülékeim egy részét már évek előtt leírtam. Legutóbb pedig könyvemnek „Ein einfaches System zur

Behandlung versteifter Gelenke” című fejezetében áttekinthetően foglaltam össze.<sup>2</sup>

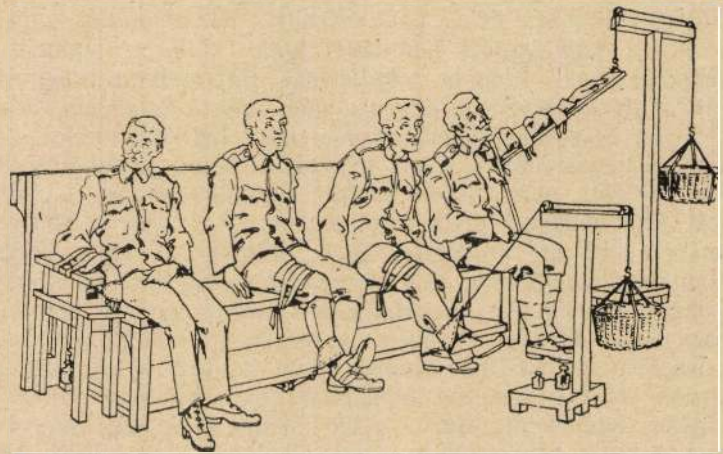
Mostani feladatomnál tehát csupán arról volt szó, hogy ezen készülékek különféle egyszerűsítés és javítás által lehetőleg még kedvezőbb megoldást kapjanak.

A részletes leírást mellőzve, a megfelelő sémás rajzokra utalok, melyek a készülékek sokoldalú alkalmazhatóságáról elég jó képet adnak.

Az első ábrán látható: könyöknyújtás, a lábnak dorsalflexiója, a lábnak plantarflexiója és a könyök hajlítása.



A második ábrán: kéztőhajlítás (hasonló módon történhetik a kéztő nyújtása, ha az alkar supinált helyzetben van az asztalkára téve), térdhajlítás, térdnyújtás, végre vállnyújtás, mely tetszés szerint, sagittalis, frontalis, vagy bármily más irányban végezhető.



A berendezés főrésze a kétülékes vagy négyülékes pad, melynek támlája mindkét szélén úgy van kiképezve, hogy a felső végtag kezelésére is szolgálhasson. Szükség szerint a padhoz hozzátolható vagy attól eltávolíthatók a különféle kiegészítő részek: például a kis asztalka a kéz részére, a lábtő kezelésére való padka és a súlytartó állvány.

A leírt rendszernek, mely a gyakorlatban fényesen bevált és nem egy esetben meglepő eredményeket szolgáltatott, olcsósága mellett előnye: a stabilitás, az aránylag kis térfogat, az igen egyszerű, gyors kezelhetőség, főleg pedig az a körülmény, hogy nagy forgalomnál a legkülönbébben váltakozó javallatoknak tud megfelelni úgy a felső, mint az alsó végtag kezelésekor.

<sup>1</sup> Irodalom. <sup>1</sup> L. Kammer dr. cikkét: O. H. 1916, 48. sz. —  
<sup>2</sup> Die physikalische Therapie der Gelenkrankheiten. Urban und Schwarzenberg, Wien—Berlin, 1912.



## Néhány szó a liquor cerebrosppinalis vizsgálatához.

Válasz Fabinyi Rudolf dr. „A Pándy-féle carbol-próba diagnosztikai értéke a liquor cerebrosppinalis vizsgálatában“ című cikkére.

Irta: *Hudovernig Károly* dr., egyet. magántanár.

Az „Orvosi Hetilap“ 1917. évi 8. és 9. számában beszámoltam ama vizsgálataimról, melyeknek tárgya a vér és liquor cerebrosppinalis vizsgálata vegyi és serologiai szempontból. Szándékosan kerültem az irodalmi adatoknak felsorolását, mert nem akartam amúgy is terjedelmes közleményemet nagyobbítani velők s vitatkozásokba sem akartam bocsátkozni. Nem hivatkoztam más szerzőknek eredményeire, mert — mint azt közleményem második részében, hol a Wassermann-reactio eredményeit paralysisben összefoglalom — szösz szerint kijelentettem: „Nem akarok erre nézve egyéb vizsgálatokkal való összehasonlításba bocsátkozni, mert hiszen a statisztikai eredmények mindenkor nagyon ingadozók és váltakozók...“ Mindazonáltal *Fabinyi* fentvezett cikkében az Orvosi Hetilap 16. számában, directe az én közleményem által indítva, kifogás tárgyává teszi az én eredményeim a carbolpróbáról s erre nézve kérdést intéz hozzám, vajjon hogyan végeztem a reactiót és hogyan olvastam le az eredményeket, a miben „talán nem jártam el helyesen“, és ámbár sem őt, sem *Pándy*-t közleményemben nem említettem, ráolvas sok irodalmi adatot.

Ha már első közleményemben nem bocsátkoztam irodalmi adatok felsorolásába, még kevésbé teszem ezt rövid válaszomban. Csak *Fabinyi* kérdéseire akarok felelni és eredményeim helyességéért helytállni.

Kivéve az általam újonnan leírt sulfosalicylsav-reactiót, a melyet természetesen ismertetnem kellett, egyetlen egy reactio technikáját sem írtam le, így nem írtam le a carbolpróbaét sem, mert ismeretesnek tételiztem fel őket. Ma hangsúlyozom, hogy az összes reactiókat természetesen az eredeti előírás szerint végeztem. A carbolpróbánál is a *Fabinyi* által megkívánt túltelített carbolsav-oldatot használom, csak úgy mint ő, és a próbát is akként végeztem, hogy a carbolsav-oldatba egy, legfeljebb két csepp liquort adtam.

Az eredmény értékelését *Fabinyi* azonban megtalálta közleményemben, hisz maga idézi szavaimat, hogy az eredmény akkor positiv, „ha füstszerű. vagy annál nagyobb csapadékot“ kaptam. A fátýol-, vagy felhőszerű zavarodás gyengébb lévén, mint a füstszerű csapadék, nem nagyobb ennél s így én sem vettem positivnek. Az ilyen gyenge zavarodásra, melyet sokszor csak összerázás után kaptam, én — mint az összes reactióknál — az opaleskálás jelzést használom, de nem minősítem positivnek.

*Fabinyi* aggálya, hogy talán ezeket is beleértettem a positiv eredményekbe s ez magyarázza meg szerinte talán helytelenül leolvasott eredményeim, absolute indokolatlan, mert hiszen éppen ebben az esetben én a carbolpróbára nézve sokkal kedvezőbb eredményeket kaptam volna; ha nem positiv eredményt is positivnak tekintek, akkor a statisztika éppen kedvezőbb az illető reactióra, nem pedig kedvezőtlen, a mit *Fabinyi* kifogásol. Én az összes rendszabályokat és a *Fabinyi* által is megkívánt mozzanatokat szem előtt tartottam; ha eredményeim a pontos próba mellett nem olyanok, mint sok más szerzői, akkor a hiba nem rejlik bennem, hanem vagy a reactio lényegében, vagy a liquorokban.

Én a carbolpróba értékét semmiben sem akartam és akarom csökkenteni, egyszerűen vizsgálataim tényeit soroltam fel. Különben a mai álláspont az, hogy a carbolpróba a *Nonne*-féle „vier Reaktionen“-ben nem foglal helyet, a merről az egész német irodalomból meg lehet győződni.

Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekórházból.

## Csecsemővédelmi actiónk következő legsürgősebb lépéseinek előkészítéséről.

Irta: *Berend Miklós* dr., főorvos, egyetemi magántanár.

A Stefánia országos anya- és csecsemővédő szövetség actiója két irányban foglalkoztatja most összes erőinket. Az egyik az anyasági biztosítás gigantikus feladatának megoldása, a másik a csecsemőt tudatlanság és babona folytán érő orvoshygiénés hiányosságok kiküszöbölése. Nálunk a csecsemővédelem szükséges orvoshygiénés intézményei (kórházak, gondozók [Fürsorgestellen], bölcsődék, consultatiók, a melyek egyúttal mind tanítási, felvilágosítási és propaganda-centrumok) majdnem teljesen hiányzanak. De nekünk nem lehet és nem is szükséges azt megvárunk, míg ezek az intézmények magánjótékonyaságból majdan lassan-lassan léte-sültni fognak.

Már most megindíthatjuk a tanítást a népiskolákban, polgári iskolákban és az összes intézetekben, a melyek feladata a nép művelése, a gazdasági és háztartási iskolákban.

Folytatódnia kell e tanításnak az összes leányiskolákban. Németországban a tanítást a háztartástannal kapcsolják össze. Intenzív és tüzetessé kell válni azon intézetekben, a melyek tanítószemélyzetet képeznek ki, így gyermekker-tészno-, óvodás-, tanító-, tanárképző tanfolyamokon, hogy a falusi tanítónő már gyakorlatilag is keresztül tudja vinni a csecsemővédelmet, s mindazon közigazgatási és jogi kurzusokon, a melyek a nép vezetőit: a jegyzőt, a szolgabíró-t készítik elő az életre; részletesen kell foglalkozni a bábá-képzőkben a bábánövendékek csecsemőápolási kitanításával, de a gyakorlatban már kinn működőknek is rendezzünk meggyeszte kurzusokat, a melyek egyúttal a védnői intéz-ménnyel való együttműködés alapját megteremtsek; és végre intenzívebben kell kitanítanunk a medikust az egyetemen, a népegészségügy legfőbb örét, és a gyakorlatban levő orvosok számára is rendezzünk a megfelelő intézetekben a csecsemőgyógyításból és gyermekvédelemből ismétlő kur-zusokat. Azt is kénytelen vagyok hangsúlyozni, hogy e czélok elérésére feltétlenül szükségesnek tartom a tisztiorvosi vizsga kiegészítését a népegészségtan megfelelő fejezeteivel, első-sorban csecsemőgyógyászattal, és azt is, hogy a csecsemő-védelemben magukat kitüntető orvosoknak és bábáknak, a kik működési körükben dispensaire-eket, anyák iskoláit, bölcsődéket vagy más anya- és csecsemővédelmi intézményeket létrehozta és eredményeket értek el, királyi kitüntetések, miniszteri elismerő oklevelek, pénzbeli jutalmak jussanak; egy szóval minden eszközzel fel kell kelteni orvostársaink közt a nemes versenyt a csecsemőhalandóság elleni küz-delem érdekében; érdekelt és érdeklődő munkatársainkka kell tennünk őket.

Ennek — a népiskolától az egyetemig kiterjesztett tanítási actiónak, mely lényegében csak állami feladat lehet — szükségességét elismerte a belügyminiszter úr, a ki egy már 1916 elején kelt átiratában a m. kir. kultuskormányt kérte fel erre, s annak munkakörébe utalta.

Időszerű volna tehát az az első tiszteletteljes indítványom, hogy szövetségünk a kultuskormánynak a tanítási actio létesítésének legnagyobb sürgősségét hangoztató feliratot újra beadja; erősen hangsúlyozva benne azt, hogy: a legmesz-szebbmenő módon felajánlja a Szövetség a kormánynak a szükséges közreműködést a szerkesztendő könyvek, az egész tanítási anyag megállapítása körül; felajánlaná a Szövetség egy népegészségügyi kézikönyv megírását, a mely a tanító-képzők és magasabb tanfolyamok vezérfonala lenne. Hang-súlyozni kellene ez átiratban, hogy miután az egyes taníté-zetekben végzendő munka kereteinek pontos megállapítása és a könyvnek megírása úgyis időt és megfontolást igényel, végső ideje már annak, hogy legalább az előkészületek meg-történjenek.

Hogy ezt a tanító-actiót megindítani bírjuk, legelső-sor-ban tanító-személyzetre van szükségünk, mert ez ma még nincs.



*Legelsősorban azt a személyzetet kell fölnevelnünk és kitanítanunk, a mely ezt a küzdelmet vezetni bírja.*

Hogy ennek a kiképzésnek milyennek kell lennie, ezt lesznek bátor a német viszonyok megvilágításával bemutatni.

Lássuk először: milyen a kiképzése a csak magán-családokhoz kerülő, egyszerű, igénytelen csecsemőgondozónőknek.

Bécsben képez ki pl. ilyen „Schwestereket“ az Escherich által alapított Säuglingsschutz; az illetők a St. Anna-gyermek-kórházban kapják az elméleti és gyakorlati kiképzést. Polgári iskolát végzett — tehát legalább 8 évig iskolázott — 20—30 éves nőket vesznek fel, a kik már mint bönne, gyermekleány, gyermekkertésznő foglalkoztak gyermekekkel és a kik élethivatásnak választják ezt a pályát. A kurzus tanterve főleg gyakorlati. Az elméleti tananyag 16 thesisbe van összesűrűsítve, ezeket ma már Ausztriában minden gyermekkertésznőnek is tanítják.

Felvételekor minden növendék kötelezi magát, hogy legalább 3 évig csecsemőápolással foglalkozni.

Magánápolónőt Németországban igen sok helyen képeznek ki. Kiképzésük ideje *legalább 6 hónap*, de a legtöbb helyen — így a berlini Reichsanstaltban — 1 év. Előzetes kiképzésükül sokkal magasabb műveltségi fok van megállapítva, mint Ausztriában.

Ezen kisigényű magánápolónő kiképzésétől erősen különbözik a csecsemőápolónő, a tulajdonképpeni német „Schwester“ kiképzése, a ki már socialis munkára is képesítve van.

Ilyenek pl. a bécsi Reichsanstalt „beamtete Säuglingsversorgerin“-jei, a kik kb. megfelelnek a mi védőnőink fogalmának. Az egy évig tartó tanfolyam alatt, a melynek szülészeti része nincs, az intézetben laknak. Csecsemőápolás, gondozás, csecsemőbetegségek, egészséges és beteg gyermek táplálása, gyermeknevelés és a socialis védelemben való begyakorlás, összeműködés a hivatásos gyámság intézményével, továbbá a tuberculosis elleni küzdelem a tanítás tárgyai; minden héten résztvesznek a Mutterberatungsstelle socialis munkájában.

A berlini „Augusta-Viktoria-Haus“ kurzusa félevenként kezdődik, hogy fele a képzett ápolónővendékeknek mindig kéznél legyen a kórházi munkában. A felvétel előtt megkivánják előképzettségül a sikeresen végzett Fröbel-kurzust vagy gyermekkertésznői tanfolyamot. Az első 10 hónap próba-idő; ez után nyilatkozik a jelölt, családi ápolónő akar-e lenni vagy Schwester.

Az a növendék, a ki csecsemő-betegápolónőnek óhajta magát kiképeztetni, a második évet is bent tölti s leteszi az állami betegápolónők vizsgáját.

Igen nagy súlyt fektetnek mindezen helyeken a kiképzés gyakorlati oldalára: a gyermekétkezésre, gyermekruhavarrásra, fehérműkezelésre és ez által egyesítik a háztartási iskola alapelveit a csecsemőápolással. Mindenütt tanítják a paedagogia alapelveit, külön az ideges gyermekkel való elbánás módját. A kiképzés utolsó hónapjait a jelölt, ha akarja, a szülőklinikán szolgálhatja. A hol önálló socialis munkára képeznek ki Schwestereket — hívják őket akár Kreisfürsorgerinek, vándortanítónőknek, vagy Fürsorgestelle-vezetőnek —, ott a kiképzési idő majdnem mindenütt két év. Az első év végén vizsgát tesznek, a második év végén az állami betegápolónői vizsgát teszik le.

A düsseldorfi Zentralstelle megkülönbözteti a communális csecsemőgondozónő kiképzését a „Kreisfürsorgerin“-étől, a ki kb. 30.000 ember által lakott területen vezeti az anya- és csecsemővédelmet. Ezen állásokra olyan hölgyeket képeznek ki, a kik:

1. már socialis előképzettséggel bírnak,

2. éveken keresztül csecsemőkórházban ápolónői szolgálatot teljesítettek.

Magas személyes igényeket támasztanak velük szemben, de magas positióba is állítják őket.

Ugyanígy positiója van a vándortanítónőknek (a düsseldorfi kerületben 3 ilyen működik), a kik beutazzák a falvakat és mindenütt kurzusokat tartanak az anya- és csecsemő-

védelemről, az alkoholismus, tuberculosis elleni küzdelemről, s egyúttal résztvesznek a communális védőnők ellenőrzésében. De jellegzetes, hogy minél később keletkezett 1—1 ilyen tanfolyam, annál intenzívebb kiképzést állítottak be és semmit sem *perhorreskálnak* annyira, mint a hiányosan kitanítottakat. Ugyancsak jellegzetes az is, hogy mindenütt, a hol az eredmények nem voltak kielégítőek, azt egyértelműleg a kiképzés hiányosságára vezették vissza, s azok az intézetek, a melyek előbb rövidebb kurzusokat tartottak, mind meghosszabbították azokat.

Az újabb tanfolyamoknak azonkívül mindenütt van egy jellegző vonása: az, hogy a növendékek, a kik állásba kerülnek, *minden harmadik évben ismétlő kurzusokra köteleztetnek.*

Legújabb ilyen nagyszabású intézménye Németországnak a kölni népjóléti iskola, a mely községi és városi, azonkívül járási és kerületi Fürsorgerinek képez ki, a kik működési körükben az összes socialhygienés intézményeket vezetni tudják. Előképzettség: teljesen elvégzett közép- vagy felsőleányiskola.

A kiképzés vége felé gyakorlati összedolgozást kívánnak meg a már kiképzett és munkában lévő védőnőkkel. Ez a — tisztán socialis — tanfolyam 1 évig tart és a bizonyítványt csak azon esetben adják ki, ha a jelöltek kötelezik magukat, hogy minden 3 évben résztvesznek egy továbbképző tanfolyamon.

A tanítás tárgyai között meg kell említenem az első segélynyújtást, az ipari betegségek, fertőző betegségek tanítását, a lakáshygiénét, az iskolai egészségtant, a nemi betegségek és prostitutio elleni küzdelmet; azonkívül jogilag az árvaügyet, szegényjogot, dajkaságot, községi és városi adminisztrációt, a socialis törvényhozást a gyakorlatban, a statistika és paedagogia alapelveit és a részletesen tanított háztartástant, a csecsemővédelemről és ápolásról nem is beszélve.

Még azokat a Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz által 1913 januárban megállapított és általánosan elfogadott alapelveket akarom megemlíteni, a melyek a kiképzésnél addig szerzett tapasztalatokat összefoglalják s a melyek megállapítják, hogy

1. féléves kiképzés a minimum az egészséges csecsemőápolásának megtanulására,

2. a beteg csecsemőápolására vagy gondozására nevelt Schwester kiképzési idejének 2 év állapítottatik meg egész Németországban, a mely időből az első év kizárólag csecsemőkórházban töltendő s e kiképzésre — egységes tanterv szerint — kizárólagosan azon klinikák és kórházak lesznek feljogosítva, a melyeket megfelelő képzettségű gyermekorvos vezet.

A csecsemőhalandóság elleni általános küzdelem első ezirányú lépésének nálunk a Stefánia-Szövetség védőnői tanfolyamai tekinthetők, a melyekkel egyelőre a legsürgősebb szükségén akarunk segíteni.

A beltügyminiszter úr 1916 decz. 12.-én kelt rendelete ilyen czélzatú országos kurzusokat 6 helyen tesz lehetővé; a kurzus tartama 6 hét, a mely idő alatt a tanulók a szüléset elemeit, az egészséges és beteg csecsemőápolását s az általános gyermekvédelem megfelelő fejezeteit (állami és társadalmi gyermekvédelem, a népegészségügy, árvaügy stb. megfelelő fejezeteit) kellene, hogy elméletileg és gyakorlatilag elsajátítsák. A beltügyminiszter úr e rendeletével bebizonyította, hogy a parlamentben többször megígért támogatásra az anya- és csecsemővédelemmel szemben csakugyan hajlandó s így e rendeletet örömmel és hálával kell üdvözölnöm. De a mindnyájunk által szolgált ügy szeretete kényszerít arra, hogy ugyanakkor a rendelet hiányosságaira is rámutassunk.

Azóta Budapesten már többszörös tapasztalatunk van e kurzusok megtartásában. A vidéken még nincs.

Itt Budapesten a rövid kiképzésből eredő hátrányosságok kevésbé fenyegetők, mert az ellenőrzésnek sok módja áll rendelkezésünkre, a melyek a vidéken még hiányoznak. De a 6 heti kiképzés után, ha oly helyre kerül a védőnő, a hol ismereteit nem tökéletesítheti állandóan, ki lesz téve azon veszélynek, még a legnagyobb ügybuzgalom mellett is, hogy azt a keveset is elfelejti vagy rosszul alkalmazza, a mit tanult.



Hogy ezt a veszélyt, a mennyire lehet, kikerüljük, az a feladatunk, hogy

1. megakadályozzuk olyan elemeknek e hivatásra lépését, a kik nem odavalók,

2. módunk legyen ellenőrizni a kurzusok lehetőleg egységes és intenzív tanítási módját,

3. gondoskodnunk kell arról, hogy az intézmény fokozatosan fejlesztesse.

Mind a három pontnak megvan a módja s ezekre vonatkozólag néhány indítványt volnék bátor tenni, a melyek egyike már a momentán segítségre vonatkozik.

A legalább három hónappal előre hirdetett pályázat feltételeinek különben megfelelő, kurzusra jelentkezőknek küldje meg a tanfolyam vezetője a Stefánia Szövetség éppen most megjelent anya- és csecsemővédő tankönyvét, azzal az utasítással, hogy jelentkezésük idejére azt megtanulják. A könyv olyan egyszerű, olyan közérthető stílusban van tartva, hogy olyan intelligenciával, a mely a védőnői pályára okvetlenül szükséges, annak a megértése és megtanulása igazán nem okozhat nehézséget annak, a ki ezt a jövőbeli pályáját komolyan akarja venni.

A felvételre jelentkező jelölt, ha nem is tesz formális felvételi vizsgát a tanfolyam szervezője előtt, de ez mindenestre tájékozódhatik ez alapon a jelentkezőnek úgy az intelligenciája, mint a szorgalma és végre ügybuzgalma szempontjából; *csakis* ez az eljárás teszi lehetővé azt, hogy

a) a jelentkezőket jobban kiválogassuk,

b) azt, hogy 6 hét alatt kétszerannyit tanítsunk gyakorlatilag, mint enélkül. Az, ki előre jól megtanulta az anyagot, könnyebben fogja ezt a gyakorlati oktatást is megérteni és nehezebben is elfelejteni. Ha ehhez járul még a szigorú vizsga a tanfolyam végén, úgy mindenestre jobban kiválogatott, használhatóbb védőnői gárdát fogunk nevelhetni, mint ezen indítványom elvetése esetén.

A tanfolyam eredményessége szempontjából második feladatul azt a kívánalmat kellett felállítanom, hogy „módunk legyen ellenőrizni a tanfolyamok egységes és lehetőleg intenzív tanítási módját.“ Ez csak egy módon lehetséges: ha tudniillik e tanfolyamok orvoshygiénés vezetése centralisan irányítatik, mert különben beáll annak a veszélye, hogy kiképezünk védőnőket, de nem tudjuk őket alkalmazni. Hogy eredményt tudjunk elérni a védőnői intézménnyel, feltétlenül szükséges, hogy *csak annyi védőnőt képezzünk ki egyszerre, a mennyire a legközelebbi jövőben szükség van, de ezeket annál intenzívebben, mert különben kiképezünk néhány száz védőnőt, de nem alkalmazzuk; elfelejtik, a mit tanultak s ha 1—2 év múlva állásba kerülnek is, nem tudnak megfelelni a rájuk rótt feladatnak. És még egy hátrány származik ebből: a kurzusok diskreditálása.*

Csak oda kell védőnő, a hol egy város, egy község, egy intézmény csecsemővédelmet akar csinálni. Azt, hogy hány ilyen hely lesz, csak a centrális vezetőség tudhatja. Szükséges tehát, hogy a tanfolyamok vezetése hozzáértő és kellő tekintéllyel is bíró szakember kezében összpontosuljon. Kérnünk kell tehát a belügyminiszter urat, hogy az ügy érdekében az összes tanfolyamok vezetését arra a kellő súlyú és tekintélyű szakemberre bizza, a ki e tanfolyamokat kezdeményezte s a kinek ügybuzgalma a sikeres fejlődésnek is garantiája: orvosszakosztályunk elnökére, Tauffer tanárra.

3. Harmadik feladatunkul a védőnői intézmény jövőjével szemben azt a követelményt állítottam fel, hogy „gondoskodnunk kell az intézmény fokozatos fejlesztéséről.“

Ezt a feltétlenül szükséges követelményt fogná szolgálni, ha a védőnői tanfolyam szervezési szabályzatába a következő pont vétetnék bele: „— hosszabb, 1 vagy 2 évi csecsemőkórházi vagy klinikai gyakorlattal bíró és erről bizonyítványt vagy diplomát felmutató csecsemőápolónők, a kik különben is bírnak a kellő műveltségi standard-dal, úgy a felvételt, mint az alkalmazást illetőleg mindenki fölött előnyben részesítendő és a legjobb posztiókra állítandók.“

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**C. Brunner: Handbuch der Wundbehandlung.** Neue deutsche Chirurgie, Band 20. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1916. Ára 32'60 márka.

Nagy tudással és szorgalommal megszerkesztett kitünő munka, melyben gondosan összeállítva megtaláljuk mindazt, a mi a sebkezelés multjára és jelenére, elméletére és gyakorlatára vonatkozik s melynek megírásában a szerző nagy történeti ismeretei, széles arányú modern irodalmi kutatásai (20 év óta referálja a „Jahresbericht für Chirurgie“-ban a sebkezelés fejezetét) és praktikus sebészi tapasztalata egyaránt megnyilatkoznak. Azért a monographiában nemcsak a sebkezelés modern állásának világos képét kapjuk, hanem a sebkezelés fejlődésmentét is megismerjük, s ha van kérdés, melyben a jelen állapot helyes elbírálását a történeti ismeretek, a fejlődés áttekintése megkönnyíti, akkor a sebkezelés kérdése bizonyára az. A munka a sebkezelés történelmének ismertetésével kezdődik, ezt követik a seb physiologiájáról, a sebgyógyulás endogen és exogen zavarairól szóló fejezetek s csak ezután tér át a sebkezelés elveinek és technikájának tárgyalására. Sorjában szól a physikai és chemiai desinfectio különböző módjairól és eszközeiről, a sebészi szolgálat organisatiójáról és hygienejéről, a műtőtermek és kórházi osztályok berendezéséről, az eszközök desinfectiójáról, a kézdesinfectióról, a műtői terület előkészítéséről, a varróanyagok, kötözőszerek előkészítéséről, az utókezelés és drainage kérdéséről; az utolsó rész a nem operatív sebek kezelésével, ennek a kezelésnek experimentalis alapjával, történelmével és technikájával foglalkozik, különösen bőven a lövés-sebek kezelésével a háborús egészségügyi szolgálat különböző etappejain és különböző viszonyai közt. Az égési és mérgezett sebek kezeléséről, valamint a fekélyek, necrosisok, fistulák kezeléséről mondottak fejezik be a könyvet, melyet adatgazdagságánál, áttekinthetőségénél, tudományos alaposágánál és praktikus szelleménél fogva egyaránt igen értékes forrásmunkának tartok s melegen ajánlhatok sebész-collegáim figyelmébe.

Pólya.

**G. Frostell: Kriegsmechanotherapie.** Urban és Schwannenberg, Berlin-Wien, 1916.

A medicomechanikai kezelést igénylők számát a háború annyira megszorította, hogy az orvosok jóval nagyobb contingensének kell érdeklődnie e szakma iránt ma, mint a háború kitörése előtt. Jó szolgálatot tesz tehát *G. Frostell* könyve, mely röviden és világosan ismerteti a legfontosabb medicomechanikai eljárásokat és apparatusokat, azok használatának legfontosabb indicatióival és contraindicatióival egyetemben. A részletes rész főleg a massage és a mozgátsági gyakorlatok technikáját ismerteti a különböző testtájakon s közben több ügyes és egyszerű fogásra tanít meg. Az utolsó fejezet a szabad tornagyakorlatokkal foglalkozik. A szöveget 96 instructív ábra illusztrálja. A függelékben *Spitzzy* a rokkantiskórákban gyakorolt munkatherapiáról szól és annak áldásos orvosi és socialis jelentőségét fejtegeti.

Pólya.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**A rázódást** (Schüttelkrankheit), a mint nem régiben említettük, *Schanz* insufficientia vertebrae-vel hozza összefüggésbe és ennek megfelelően bizonyos rögzítő kötésekkel és készülékekkel kezeli. E felfogás ellen most kikel *Lewandowski*, a ki a bajt tisztán psychogen eredetűnek tartja, a mit a psychés kezelés eredményei is bizonyítanak. A rögzítő készülékek tehát teljesen feleslegesek, hiábavaló költséggel járnak s veszedelmesek is azért, mert a beteget mintegy megerősít abban a gondolatban, hogy csakugyan van valami baja. A ki ilyen készüléket kapott, nem igen teszi



le, legalább a háború alatt nem s később sem mindaddig, a míg nem kapott járadékot. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 16. sz.)

**A nő nemi működésének befolyásáról a tüdőgümőkór**ra közöl tanulmányt *Warnekros* a Bumm-klinik anyagán szerzett tapasztalatok alapján. Ismeretes, hogy *Bumm* tanár annak idején azt állította, hogy tüdőgümőkóros terhes nőkön ne elégedjünk meg mindig a terhesség megszakításával, hanem bizonyos esetekben iparkodjunk a méhnek és az adnexumoknak teljes kiirtásával olyan átalakulást létesíteni a nő szervezetében, a mely a tüdőbaj gyógyítására előnyös. Hogy *Bumm* ezen ajánlatának követése kedvező eredményeket érlelhet, a szerző által ismertetett 34 eset bizonyítja, a mennyiben castratioval sikerült ez esetek 80%-ában a terjedő jellegű tüdőgümőkórt megállásra bírni s az illetőket munkabíróvá tenni. A castratio mellett döntés mértékadó tényezői a következők voltak: törvényes házasság, több idősebbegészésges gyermek jelenléte, a tüdőgümőkór terjedésének megbízható észlelése, végül aránylag kedvező prognózis a tüdőbeli lelet és az általános állapot alapján. (Zeitschrift für Tuberkulose, 27. kötet, 116. lap.)

### Sebészet.

**A carcinoma gyógykezelésére** vonatkozólag *Wilms* a következőket írja: A scirrhus hónapokon át helybeli jellegű megbetegedés maradhat, mert az erős ellenállóképességű szervezet a rákos fészket erős kötőszövettel veszi körül, a nyirokcsomókba eljutott ráksejteket pedig elpusztítja. Ily esetben a műtét beavatkozás helyénvaló, mert megszünteti a szervezetet a ráktól. Hogy azonban a kezelés tökéletes legyen, a műtét után a környéki nyirokcsomókat Röntgennel kell besugározatni. Velős carcinoma eseteiben a szervezetnek nincs meg a kellő védekezőképessége s ezért már igen korán el vannak árasztva a környéki nyirokcsomók. Ily esetekben a műtét utáni recidiva egészen bizonyos nem csupán azért, mert az összes megbetegedett nyirokcsomókat lehetetlen eltávolítani, hanem azért is, mivel a műtét alkalmával a ráksejtek más helyekre is eljuthatnak; azért itt csakis a Röntgen-besugározást és a szervezet ellenállóképességének fokozását ajánlja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 7. sz.)

M.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Kezdődő furunculus-képződés** ellen *Unna* jun. 5—10%-os jodtincturával ecsetelést ajánl naponként 3—5-ször. Diabetésben a furunculosis megelőzésére ugyanő a túlszírosított ichthyol-szappant ajánlja, melynek langyos vízzel készített habját egy ideig a bőrön hagyva, később szárazon letupfoljuk. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1917, 2. szám.)

**Theacylonnal** szerzett tapasztalatairól számol be *Groedel* (Nauheim). Véleménye szerint időszult hydrops eseteiben rendkívül erős és tartós diuresis hatást fejt ki. A gyomorra és a vesére általában nincsen kellemetlen mellékhatása, úgy hogy hosszú időn át és nagy adagokban használható. Sokszor olyan esetekben, a melyekben a többi theabromin- és theocin-készítményre már nincs reactio, a theacylon szinte életmentően hat. Ha a teljesen pangó diuresis kell megindítanunk, tüstént nagyobb adagokat rendelünk (naponként 3-szor 1 grammot) digitalis-szal együtt. Ha csak időnként kell a diuresis fokoznunk, 1/2 grammos adagok is elegendők naponként 2—3-szor. A diuretin kedvező hatásával a cardialis fájdalmakra, illetve az angina pectoris tüneteire a theacylon úgylátszik nem rendelkezik. (Therap. Monatshefte, 1917, 4. füzet.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1917, 16. szám. *Verebely Tibor*: A vérerek hadi sérülései.

**Budapesti orvosi ujság**, 1917, 17. szám. *Scheiber Vilmos*: Merv izületek mozgósítása. *Chitul Gyula*: A febris quintana vagy febris Wolhynica.

### Vegyes hírek.

**Választás.** *Parassin József* dr.-t a székesfővárosi Dévai-utcai tüdőbeteggondozó-intézet igazgatójává, *Gillich János* dr.-t zádorlaci kör-orvossá választották.

**Meghalt.** *Kovács-Nagy Lajos* dr. rendőrorvos 59 éves korában e hó 24.-én Ujpesten. — *Ofner Károly* dr. szenthuberti körorvos e hó 19.-én 42 éves korában. — *Th. Leber*, a legkiválóbb szemorvosok egyike, 1910-ig a szemészet tanára a heidelbergi egyetemen, április 10.-én 77 éves korában. — *A. Gabryszewski*, a lembergi egyetemen a sebészet címz. rendk. tanára.

**Személyi hírek külföldről.** A párisi orvosi fakultáson az elhunyt *Déjerine* tanár helyébe az idegkörtan tanárává *Pierre Marie-t*, a kiváló ideggyógyászt nevezték ki, a ki eddig a kórhonczolástant adta elő. — A giesseni egyetem élettani tanszékét *K. Bürker* dr., eddig tübingeni rendk. tanár, veszi át.

**Az osztrák-magyar hadsereg**re vonatkozó hivatalos kimutatás szerint a cholera a hadseregben már hónapok óta teljesen megszűntnek tekinthető, himlő csak elvétve fordul elő, vérhas, hagymáz és kiütéses láz kis mértékre szorított. 1914/15-ben a fertőző-kórházakban a typhus-halandság 6% volt, a különböző hadi kórházakba felvett sebésültek és betegek 5 1/2%-a halt meg, 60%-a térhetett ismét vissza az arcvonalra; 1916-ban ez az utóbbi arányszám már 70:3%-ra emelkedett.

**Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága** április hó 19.-én tartotta évi ülését, melyen a legközelebbi tanfolyamok programját állapította meg. A bizottság ez év tavaszán két tanfolyamot rendez a tuberculosis-dispensaire-ek orvosai s a katonai tuberculosis-osztályokat vezető orvosok számára. Előkészíti továbbá az anya- és csecsemővédelmi tanfolyamokat, úgyszintén a harcztérről visszatérő orvosok ismereteinek kiegészítésére szolgáló cursusokat.

Lapunk mai számához színes prospektus van mellékelve, az ismert és a hadseregben is általánosan használt digitalis-készítményről, a „Digipuratum“-ról.

### FŐORVOSI HELYETTESÍTÉS

Keresetik orvos (orvosnő) a három nyári hónapra, mint egy felvidéki (a Tátra közvetlen közelében fekvő) állami tüdőbarakk osztályos főorvosának helyettese. **Javadalmazás:** I. oszt. kitűnő ellátás, szabad lakás és megegyezés szerinti fizetés. Cím: „Főorvos 120“ jelszó alatt megtudható a „Petőfi“ irodalmi vállalatnál VII., Kertész-utca 16.

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

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

**Dr. Batizfalvy-féle** Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógyimód. villamos kezelések. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknak is,  
**Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.**

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

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

**Dr. HALPERTH ÁKOS**  
KARLSBAD  
HAUS HERZOG v. BRABANT

**Therapia sanatorium** Budapest, VII., Városligeti fasor 11.  
Telefon József 14-51.  
Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen.  
**Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

**Dr. FORBÁT** bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák.  
**VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.**

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

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

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

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



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én) 237. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

## Benedict Henrik és Buday Kálmán: Halállal végződött haemoglobinuria.

**Benedict Henrik:** Alorvosa útján nem régen egy haemoglobinuriás beteget mutatott be, kin a betegség a typosus refrigeratiós formában, de ritka kapcsolatban, t. i. lymphatikus leukaemiával együtt évek óta állott fenn.

Az eset, melynek kórbonczatani készítményeit *Buday* tanár fogja bemutatni, egész lefolyásában merőben különbözik a jóindulatú, refrigeratiós, rohamokban jelentkező haemoglobinuriától. Három nappal a kórházba felvétel előtt a beteg hirtelen, állítólag intenzívebb megerőltető éjjeli munka után elsédült, eszmélete elhomályosult, a legnagyobb gyöngeség jelei közt ágyának dőlt, miközben hozzátartozóinak feltűnt, hogy vizelete rendkívül sötét színű, véres.

A kórházba felvétel napján a bőre icterusos volt, de ezen sárga szín mellett a bőr és a nyálkahártyák legnagyobb fokú vérszegénysége volt megállapítható. Hőmérsék 37.8.

A vérvizsgálat adatai szerint: vörös vörsejtek száma 696.000, haemoglobin *Sahli* szerint 10%, fehér vörsejtek száma 38.000; poikilocytosis, számos normoblast. A pulsus rendkívül gyönges, de rythmusos, 128. A mellkas és has szerveiben, leszámítva azt, hogy a szív bal fele tágult és a szívcsúcslökés emelőbb, semmint azt az anaemiás betegen várni lehetett, eltérés nem volt. A vizelet egy napig igen sötét, véres, de lakkszerű volt. Mikroszkop alatt nem lehetett vörös vörsejtet kimutatni, ellenben a vérre vonatkozó kémiai és spektroszkopi próbák pozitívak voltak. A vizeletben nem volt több fehérje, mint a mennyi a benne feloldott haemoglobinnak kb. megfelel. *Esbach* szerint 1½%-ra volt tehető. Az üledékben néhány hyalin-cylinder és sárgás-barna, szemcsés cylinderek voltak kimutathatók, melyeket az egész körképpel egyhangzásban haemoglobin-cylindereknek kellett tekinteni. A venából vett vér savója a föloldott haemoglobintól sötétvörös színű volt. A Wassermann-próba negatív volt.

A haemoglobin-vizelés másnap elég hirtelen megszűnt, az erőbeli állapot azonban mindinkább hanyatlott és a beteg négy nappal a bejövetele után a szíverő feltartóztathatatlan hanyatlása és a sensorium elhomályosulása közben meghalt.

A betegség heveny és halálos lefolyása mindenesetre azt a gyanút kelti, hogy valamely exogen, toxikus vagy infectious agens volt a haemolysis és a haemoglobin-vizelés megindítója.

Hiszen tudjuk, hogy ilyen körképek chlorsavas kálimergezésben, bizonyos gombamérgezésekben, rosszindulatú malariákban chinin-adás mellett előfordulhatnak. De kitént, hogy a beteg 4 évvel ezelőtt hasonló betegséghenszenvedett, midőn a vérvizelés hetekig tartott és szintén sárgasággal szövődött. Ezen állapottal akkor a beteg különböző kórházakban feküdt és végre látszólag teljesen meggyógyult és munkabíró lett.

Szükségképpen fel kell tehát tennünk, hogy a betegen endogen, vörös vörsejtjei különös sérülékenységében rejlő okok szerepelnek, vagy pedig azt, hogy benne a vörös vörsejtet oldó agens ritkán bár, de akkor különös, sőt halálhozó intenzitással termelődött, holott a rendes refrigeratiós haemoglobinuriában a haemoglobin-képződés a lehűlés hatása alatt gyakoribb, de gyorsan múló. Az endogen halálos haemoglobinuria rendkívüli ritkasága igazolja azt, hogy az esetet az Orvosegyesület elé hozta.

**Buday Kálmán:** A bonczolás-lelet a szokatlan klinikai lefolyással összhangzásban egészen sajátos volt, a milyent eddig nem volt alkalma észlelni.

A külvizsgálatkor feltűnt a hulla rendkívüli halványsága.

A szív izomzata foltosan elzsírosodott, a szív vére halványabb vörös, de minden barna árnyalat nélkül. A lép középnagy, világos-vörös, nem festenezett. A máj valamivel nagyobb, színe barnább, icterus nyomai nem látszanak. A gyomor-béltractusban semmi különös. Ezen eddig majdnem negatív lelettel éles ellentétben áll a vesék súlyos elváltozása; ezek szokatlanul nagyok, egynek-egynek súlya 260 gr.; felületük sötét szederjes-barna, néhány kis heges behúzóással. Ezen hegek szürke csíkok alakjában messze betérjednek a pyramisokba. A kéreg a metszéslapon jóval szélesebb, intenzíve barna, szinte rozsdá-barna, míg a pyramisok acélkék színűek. A húgyhólyagban szürkés-sárga vizelet. A vörös csontvelő a czombcsont szár-részébe mélyebben leterjed, mint rendesen, de az alsó rész velője sárga, zsíros. Vérzések sehol sem voltak, ellenben a húgyhólyag nyálkahártyája, a gégebemenet vizenyős, a hasürben ½ liter tiszta savó. Az erősen vizenyős tüdőknél hátul apró légtelen szemcsés góccok.

Az egyes szervek metszéslapját sárga vérlúgsóval és sósavval leöntve, a máj és lép nem kéült meg, míg a vesekéreg igen erős berlini kék színt vett fel.

A boncolási diagnosis ezek után ez volt: Pigmentatio brunea et intumescencia renum post haemoglobinuriam. Cicatrices infarctiformes renum. Degeneratio adiposa myocardii. Oedema pulmonum et pneumonia hypostatica. Anaemia summa universalis.

A mikroszkopi vizsgálatot a friss anyagon is megejtettük s kiderült, hogy a vérben, a máj és lép kaparékában barna pigment szemcsék nincsenek, míg a vesekéreg kaparéka tele volt aransárga és barna pigmentrögökkel.

A szöveti metszeteken is a májban, lép- és csontvelőben hiába kerestünk barna pigment szemcséket, ezekben a vörös vértesteknek phagocytákba való bekebelezése sem volt fokozott, épp így eredménytelen volt a metszetek vizsgálata berlini kékre. Ezzel szemben a vesék szöveti eltérései igen nagyfokúak. A kanyargós vesecsövek kiválasztó hámsajtjei tele voltak kisebb-nagyobb pigmentrögökkel, a melyek kitűnően adták a vasreactiót, tehát nyilván haemosiderinből állottak. A Henle-csöveket és az egyenes vesecsövek jó részét pedig vaskos hosszú hengerek dugaszolták el, a melyek igen finoman szemcsés, halvány-barna színű anyagból álltak; vasreactiót ezen hengereken nem lehetett kimutatni, azok diffúz barna színüket valószínűleg a kiválasztott methaemoglobintól kapták. A csíkszerű hegek területén kötőszövet-szaporodás látszott a vesecsövek sorvadásával; ezek talán az első rohamból maradtak vissza.

Ezen szöveti kép alapján föltehetjük, hogy a halált az igen nagy vérszegénységen kívül a veseműködés elégtelensége okozhatta; a vesecsöveket ugyanis a haemoglobin-hengerek valósággal eltorlaszolták, s a nagy tömegű pigmentrögök a kiválasztó vesehám működését is megbénították. A veseműködés elégtelenségére vallott a vizenyőnek több helyen való jelentkezése.

A talált bonczatani és szöveti elváltozások megegyeznek azokkal, a melyeket mások a halálosan végződő haemoglobinuria gyér számú eseteiben láttak. *Dieulafoy* egy a roham idején meghalt betegben egészen ilyen veséket talált, sőt a vese hegeit is egy előző rohamnak tulajdonította.

Egyéb rokon bántalmak közül a vészes vérszegénységet kizárja nemcsak a teljesen eltérő kórlefordulás, hanem az is, hogy a siderosis, vagyis a vastartalmú pigment fölhalmozódása tisztán a vesékre szorítkozik, holott a vészes vérszegénységből eredő siderosinak a máj a kedvenc székhelye. A csontvelőben sem volt nyoma annak, hogy vele szemben már hosszabb ideje nagyobb követelmények támasztottak volna. Az icterus haemolyticus ellen szólt a majdnem teljesen normalis lép. Egyáltalában a májnak és lépnek ez a szinte közönséges magatartása csak úgy érthető, ha fölteszszük, hogy a



vörös vérszöveteknek darabokra való roncsolása, éppen úgy, mint a haemoglobinnak hosszabb idő óta való kilúgozódása ez esetben hiányzott. Ily körülmények közt ugyanis a phagocytatevékenység fokozódásának nem kellett szükségképpen bekövetkeznie. Viszont minden eddigi tapasztalat szerint olyan esetekben, a mikor a vörös vérszövetből a haemoglobin hirtelen nagyobb mennyiségben megy át a vérsavóba, tehát rögtönösen súlyosabb haemoglobinaemia támad, legelső sorban s szinte kizárólag a vesék terhelhetnek meg, a melyek ezt a haemoglobint, mint idegen felesleges anyagot, kiválasztani igyekeznek.

(Folytatása következik.)

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**A typhusbacillus-gazdák kezeléséről** tartott előadást *Stuber* a freiburgi orvosegyesület február 13.-i ülésén. Véleménye szerint csak olyan szerek használatától lehet eredményt várni, a melyek főleg a májban bontatván, hatásukat az epeutakban rejtőzködő typhusbacillusokra kifejthetik. Ilyen szer vizsgálataik szerint a cytin-kénese. Ez ugyanis a cystin hepatotrop functiója folytán a májba kerül, itt felbomlik és a bacteriumölő kénese szabaddá válik. Kísérleti állatok 10—14 napi kezeléssel typhusbacillusmentessé voltak tehetőek; epéjükben sem voltak már typhusbacillusok kimutathatók. Emberen 22 esetben használta a szert és 3—10 napi kezelés után bacillusmentességet ért el 2 eset kivételével, a melyekben 5 héten belül recidiva állott be; újabb kezelésre azonban ezekben is bacillusmentesség következett be. Kellemetlen melléktünetek két enyhe stomatitisen kívül nem voltak. A cytin-kénese készítmények előállítását a Merck-czég vállalta el.

**A mesterséges megtermékenyítésről** folyt a vita a „Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin” január 12.-én tartott ülésén *Franz* előadása kapcsán. Végeredményként állítható, hogy az eredmények nagyon gyengék (*Bumm* 30 esetben minden eredmény nélkül kísérletezett), az eljárás mindig veszedelemmel jár, mert nem végezhető sterilien, s ezért csak a legszigorúbb javalat alapján (hypo- és epispadiasis, psychés impotentia) engedhető meg.

### PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménesintézetnél a külső gazdasági majorokban nyári munkások egészségügyi szolgálatának ellátására f. évi május hó 1.-étől október hó végéig egy kiegészítő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

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

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve a hirdetés megjelenése után a lenti parancsnoksághoz mielőbb benyújtandók.

Gyakorlattal bíró orvosszigorlók is pályázhatnak.

*Magyar királyi állami ménes katonai parancsnoksága, Mezőhegyes.*

1512/1917. ig. sz.

A pécsvárosi közkórháznál megüresedett két másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdeték.

Javadalmazás: 1200 kor. fizetés, 600 kor. hadipótlék, I. oszt. élelmezés és lakás.

Felhívom a folyamodni óhajtókat, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Vízy László* úr, Pécs szab. kir. város főispánjához czímezve, hozzám legkésőbb folyó évi május hó 10. napjáig nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy okleveles orvos hiányában az állás gyakorló-évesselel vagy orvosszigorlóval is be fog tölteni.

Pécs, 1917 április 20.

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

## 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 engedélyt a nm. belügyministeriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szent 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.)

## Dr. Erényi Jenő kir. tanácsos Diätetikus gyógyintézete Karlsbadban gyomor-, bél-, epekő- és czukorbetegék részére.



### 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 tabletta üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerházakban.

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.

## Gőzfertőtlenítő gépeket

stabil és kocsira szerelt kivitelben gyárt:

**Szántó és Beck mérnök gépgyára,**  
IX., Viola-uteza 7.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

## Családi otthona

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

kedély- és idegbetegék részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐



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

## Dr Thilo-féle Chloroethyl

készítményemet.

Az önműködő üvegek újra tölthetnek meg.  
Prospektusok rendelkezésre.

**MR. C. RAUPENSTRAUCH**

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