

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 KÖZLESEK.

Vas Bernát és Johan Béla: Közlemény Budapest székesfőváros bacteriologiai-közegészségügyi intézetéből és a kir. magy. tudományegyetem I. számú kórbonczatani intézetéből. Újabb adatok a himlő laboratoriumi diagnostikájához. 113. lap.

Ónodi A.: A harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légszomszékeltetkező osztráknak működése. IV. Gégesérülések. 115. lap.

Kallós József: Közlemény Auszterveil dr. és Kallós orvosi laboratoriumából, Arad. Adatok a Wassermann-reactio ismeretéhez. 115. lap.

Kerntler Jenő: A berlini „Prüfstelle für Ersatzglieder” congressusa. 117. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Boas:* A nyomáspontok jelentősége az emésztőszervek betegségeinek körjelzésében. — *Aron:* A gyomorfelekélek miatt operáltak belorvostani utókezelése. — *Sebészeti. H. Finsterer:* Az epés hashártyagyulladás. — *Börkörtan. P. Lie:* A lepra átvihetőségének kérdése. — *Veneréus betegségek. M. Chotzen:* A nemibajok elleni küzdelem a jövőben. — *Gyermekeorvostan. Rost:* A gyermekkori végbélelőesések kezelésében elért tartós eredmények. — *Kisebb közlések az orvossággyakorlatra. Dziembowski:* A parenteralis tejsav-befecskendezések. 118—120. lap.

Magyar orvosi irodalom. 120. lap.

Végyes hírek. 120. lap.

Tudományos Társulatok. 121. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Budapest székesfőváros bacteriologiai-közegészségügyi intézetéből és a kir. magy. tudományegyetem I. számú kórbonczatani intézetéből.

Újabb adatok a himlő laboratoriumi diagnostikájához.

Irta: **Vas Bernát** dr. egyetemi rk. tanár és **Johan Béla** dr. egyetemi tanársegéd.

A *Paul*-féle himlő-reactio, mint ismeretes, a variola-méreggel (pustula-tartalom, pörk) beoltott nyúl-corneának igen jellegzetes elváltozásaiban áll, melyek a 48 órával előbb oltott bulbusnak sublimat-alkohollal való kezelése után rajta mint apró, krétafehér göbök jelentkeznek.

Ez a reactio már rövid fennállása alatt igen megbízható segédeszköznek bizonyult, különösen oly esetekben, a melyekben a klinikai tünetek egymagukban nem voltak elég-ségesek a betegség igazi természetének biztos megállapítására.

E tekintetben főképp a variolának a varicellától való megkülönböztetése okozhat elég gyakran, még a szakembernek is, nagy nehézséget, hiszen ismeretes, hogy a kiütéssel járó betegségek sorában, kivéve a typhus exanthematicust, alig van még egy, melynek biztos diagnosisa adott esetben körülményesebb volna, mint az említett két betegségé.

A *Paul*-reactio értékéről nyilvánított véleményünket¹ az azóta szerzett tapasztalataink is megerősítették, melyeket úgy a főváros polgári lakosságából származó, mint a hadügy-ministerium 11.494. sz. rendelete alapján Magyarország egész területéről a katonaság részéről beküldött esetekből szereztünk.

Ezek alapján ismételhetjük, hogy a cornealis reactio igen értékes eljárás, mely a himlőnek biztos felismerését 36—48 óra alatt lehetővé teszi, a mi kiválókép az első himlő-esetek megállapításában bir nagy jelentőséggel, különösen ha tisztán a klinikai tünetek alapján vitás a diagnózis.

Az az állításunk is további támaszt nyert, hogy csak a positiv reactio bizonyító, míg a negativ eredmény a variola fennállását nem tudja kizárni; ezenkívül további kísérleteink folyamán sem fordult elő egyetlen egy olyan eset, mely módosította volna azt az észlelésünket, hogy a *Paul*-féle

reactio kizárólag csak variola-esetekben mutatkozik positivnak és minden másnemű betegségben (varicella) negativ marad.

*Gins*² és saját észleléseink szerint mintegy 20—25%-ban a *Paul*-féle reactio nem egyezik a klinikai diagnosissal, vagyis fennálló variola dacára sem mutatkozik a beoltott corneán semmiféle elváltozás.

Ily eseteket a hiányos technikára, a vizsgálati anyag virulentiájának csökkent voltára, főképp pedig, a mit először *Gins* hangsúlyozott, a beoltott anyag elégtelenségére, esetleg a vér antivirulens anyagainak változására és több más, előtünk még teljesen nem ismert okokra lehet visszavezetni.

Kétségtelen, hogy az ilyen refracter esetek számát is jelentékenyen lehet csökkenteni, ha ügyelünk arra, hogy mindig elegendő anyagot oltunk és azt is szem előtt tartjuk, hogy a betegség elején a pustula-tartalom, a betegség előrehaladt stadiumában pedig főképp a pörk tartalmazza a virust és az oltási anyagot ennek megfelelőleg választjuk meg.

A kifejezett positiv reactio képe oly szembeötlő és jellegzetes, hogy elbírálása az esetek túlnyomó számában semmiféle nehézséggel nem jár. Nem oly könnyű a megítélés azonban akkor, ha a cornealis elváltozások úgy a göbök színére, mint alakjára és elrendezésére nézve a szokott képtől kisebb-nagyobb mértékben eltérnek. Ez a bizonytalanság még fokozódik, ha lobos folyamatok társulnak a specifikus reactiohoz. Ilyenek ritkábban ugyan, de azért előfordulnak positiv reactio mellett is és első közleményünkben megczáfoltattuk egy tanulságos eset kapcsán *Gins*-nek azt az állítását, hogy a corneának gyuladása a variola-virus jelenléte ellen szól.

Ebben az esetünkben 24 órával a cornea oltása után a szemmen heves lobos tünetek jelentkeztek, a cornea diffuse zavaros lett, a szem kötőhártyája, valamint a limbus erősen belövelt, a szemhéjak összetapadtak voltak. A sublimat-alkohollal kezelt corneán szürkés-fehér foltok mellett apró izolált kiemelkedések mutatkoztak. A reactionnak ezen nem egészen tipusos lefolyása megnehezítette ugyan az eset elbírálását, de egy controll-kísérlettel, melyben a vizsgálati anyag glycerines emulsióját használtuk fel az oltásra, a midőn a corneán minden lobos tünet nélkül keletkeztek a jellegzetes specifikus elváltozások, az esetet könnyűséggel lehetett positivnek minősíteni.

Ily controll-kísérletek azonban nem járnak mindig a megfelelő eredménnyel, mert a gyuladós folyamatok az

¹ *Gerlőczy-Vas:* Orvosi Hetilap, 1916 és Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 16. sz.

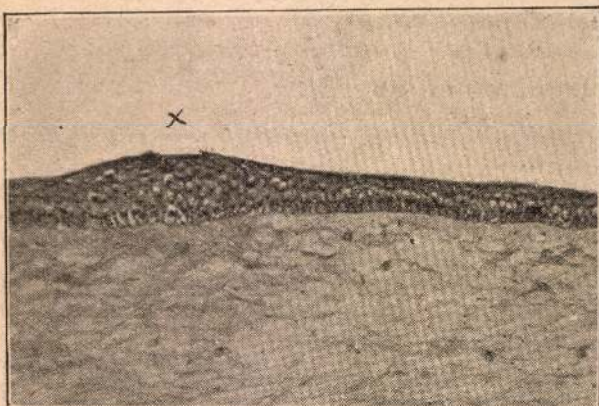
² *Gins:* Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 37. sz.

ismételt oltás alkalmával is mutatkozhatnak, ezenkívül ily módon a diagnosis legkevesebb 48 órával tolódik ki, a mi főképp a védelmi intézkedések fogantatásának szempontjából mindenképp fontos körülmény.

Az ily bizonytalan eseteket, melyekben a cornealis elváltozások elbírálása azok nem eléggé jellegzetes képe, főképp lobos tünetek jelenléte miatt biztossággal nem volt lehetséges, mostanáig negatívnak voltunk kénytelenek minősíteni. Ezek a nehézségek nagyon kíváncssá tették az eljárásnak olynemű kiegészítését avagy módosítását, mely a bizonytalan esetekben is megengedje a biztos tájékozódást. *Paul*-nak³ legújabbán csakugyan sikerült az eljárásnak ily irányú kiegészítése, még pedig a *corneának histologiai vizsgálata* által.

Mivel a reactio értékét mindenestre emeli, ha az eredményt minél hamarabb közöljük, *Paul* egy gyors methodust dolgozott ki a histologiai metszetek elkészítésére.

Miután a bulbust 10 percig a sublimat-alkoholban tartottuk, leválasztjuk a corneát és azután a következő folyadékokba visszük át (mindegyikben 1 percig legyen): 98% alkohol, jód-alkohol, 98% alkohol, chloroform-alkohol, chloroform, chloroform-paraffin, paraffin. Metszés, felragasztás. Festés.



1. ábra. A cornea szövettani képe positiv reactio esetén. X-hámdomb. (Zeiss obj. 16 mm. comp. oc. 2. sz.)

Természetesen más módon is beágyazhatjuk a corneát. Az I. számú kórbonczati intézetben állandóan használt acetón-xyol gyors beágyazás is megfelel. A *Paul* által előírt időket, a meddig t. i. ő a corneát az egyes folyadékokban tartja, nem találtuk elegendőnek ahhoz, hogy jó metszetet készíthessünk. (Különösen ha nem tartjuk hosszabb ideig jód-alkoholban, a metszetek tele lesznek sublimat-csapadékkal, a mi a *Guarnieri*-féle testek felkeresését nehezíti.) Így, ha *Paul* azt az időt, mely alatt a vizsgálat elvégezhető, túlságosan rövidre is szabja (kész serieszt készít a corneából a bulbis enucleatiójától számított egy óra alatt), mindenestre a vékony cornea szövettani metszetei elég gyorsan, pár óra alatt készen lehetnek, a mely idő még oly sürgős esetekben sem igen esik számításba. Csak megemlítem, hogy mi a metszeteket vashaematoxylin eosinnal festjük, a mely a *Guarnieri*-testeket nagyon szépen tünteti fel.

A *Paul* szerint *jellegzetesnek mondott elváltozások* positiv reactio esetén a következők: A hám kis dombot alkot. A hámnak ezen megvastagodása a sejtek duzzadásával függ össze. A sejtek (valószínűleg nedvfelvétel következtében) elsősorban a basalis sejtrétegben nagyobbodnak meg, később a felsőbb rétegek sejtei is résztvesznek ebben. (1. ábra.) A sejtek szaporodása csak a későbbi stadiumban szerepel. A *Guarnieri*-féle testek kimutatására *Paul* nem fektet nagy súlyt, szerinte ezek csak később jelennek meg.

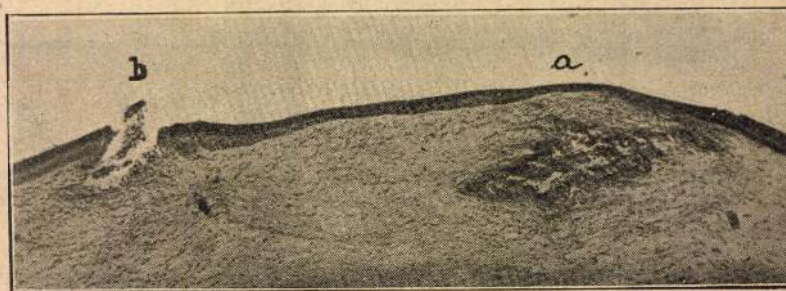
Paul-nak a histologiai képre vonatkozó adatait mi is megerősíthetjük. A positiv esetekben a hámnak fentebb jelzett átalakulása mindig jellegzetes volt. Negatív esetekben éppen úgy, mint positiv esetekben azon részen, a hol a karczolás helyén hámdomb nem fejlődött, ezek a histologiai elváltozások mindig hiányoztak is.

³ *Paul*: Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 29. sz.

A karczolás helyén a fedőhám többször beleburjánzott a kötőszövetbe, mint ezt *Paul* is megemlíti. Egyik esetünkben ezekben a hámsejtekben is találtunk *Guarnieri*-féle testeket.

Paul egyik újabbán megjelent cikkében⁴ azt állítja, hogy hámproliferatio esetén a sejtek szaporodása amitosisos úton történik. Ezt az állítását nem erősíthetjük meg, mert ismételtén találtunk tipusos magoszlási alakokat.

A histologiai vizsgálattal kombinált eljárás értékéről egy a közelmúltban előfordult esetben volt alkalmunk meggyőződhetni. Az eset fontosságát emelte az a körülmény, hogy hosszabb, több heti szünetelés után jelentkezett a fővárosban és a klinikai tünetek elégtelen volta miatt a körjelzés a hatósági és kórházi orvosok részéről biztossággal nem volt megállapítható. A *Paul*-féle reactio, mely hivatva lett volna a kérdést eldönteni, véletlenül szintén nem vált be, mert a szemén jelentkező gyulladás a cornealis képet elhomályosította és a specifikus elváltozások kifogástalan felismerését nem engedte meg. Ily körülmények között a histologiai vizsgálathoz folyamodtunk, mely minden kétséget kizárva megállapította, hogy vegyes fertőzésről van szó, a mennyiben a pathogen bacteriumok által okozott lobos elváltozások mellett a corneán a specifikus reactio termékei is jelen voltak. (2. ábra.)



2. ábra. A cornea szövettani képe vegyes fertőzés esetén; a-nál kis tályog, b-nél áttört tályog, a hámszéleken positiv reactióra jellegzetes elváltozásokkal. (Zeiss planar 35 mm. oc. 2. sz.)

A pár óra alatt elkészített sorozat-metszeteken látjuk, hogy a cornea fedőhámja több helyen megvastagodott. Helyenként alatta bő sejtes beszűrődés is van, a mely főleg polynuclearis leukocytákból állott. A sejtes beszűrődés általában kis csomókat alkot, de néha számos metszeten megtalálható kb. egyforma szélességben, úgy, hogy ezek egy része valószínűleg tulajdonképpen genysejt-csíkoknak harántmetszete: a csíkok az oltási karczolásoknak felelnek meg. Egyik-másik tályog felett a hám kis területen hiányzik, a hiány szélén a hám általában duzzadt, sejtei között leukocyták vándorolnak át. Ha azután a hámboríték elődomborodó helyeit erősebb nagyítással vizsgáljuk, kétféle typust látunk: egyes hámdombok a *Paul* által is leírt teljesen jellegzetes képet mutatják, sőt itt többször *Guarnieri*-féle testeket is találtunk. Ily elváltozásokat találtunk olyankor is, a mikor közvetlenül az abscessus felett a hámboríték hiányzott, de a hiány szélei duzzadtak voltak és a positiv esetekre jellegzetes képet mutattak. Máskor gyenge nagyítással szintén feltűnt egy leukocytafészek felett a hámdomb, de midőn erős nagyítással megvizsgáltuk, kiderült, hogy az elváltozások egészen mások: itt is találtunk vízenyőt, de a felszaporodott savó a sejtek között volt, a sejteket széttolta egymástól. A basalis réteg sejtei a positiv esetekre oly jellegzetes duzzadást nem mutattak, nem voltak világosak, nagyok, hanem inkább össze voltak szorítva.

Paul, a ki ily kombinált esetekben is lehetségesnek mondja histologiailag a positiv esetek felismerését, de részletesebben nem szól róluk, nem említi meg, hogy a hámdomb megjelenése vegyes fertőzés esetén nem jelenti mindig a reactio positiv voltát. Mert, mint leírt esetünkben is, a hámot duzzasztó vízenyő tulajdonképpen úgy fogható csak fel, mint

⁴ *Paul*: Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 45. sz.

a hám alatt levő gyulladásoz gócz szélén fejlődő gyulladásoz vízenyő. Megjelenésében ez *intercellularis* és *nem intracellularis hydrops*. Ezeken a helyeken Guarnieri-testeket sohasem láttunk. Természetesen kombinálódhatik e kettő egy hámduombon is, sőt a tiszta pozitív esetekben később fejlődhet *intercellularis hydrops* is a sejtproliferatio mellett.

Azt mondjuk tehát, hogy a *histologiai vizsgálat segítségével a pozitív reactiót csakugyan akkor is fel tudjuk ismerni, ha keratitis nehezíti, vagy teljesen lehetetlenné teszi a szabad szemmel való diagnosist*. A reactio pozitív voltát ugyanazok az elváltozások bizonyítják, a melyek a tiszta eseteket jellemzik. A kombinált esetekben mindenestre alaposan meg kell vizsgálnunk azt, hogy a hámduombban csakugyan van-e sejtduzzadás, vagy esetleg csak *intercellularis vízenyő* hozta-e létre? Az esetek nagy számában Guarnieri-féle testeket is fogunk találni.

A Paul-féle makroszkopos reactio így a mikroszkopos vizsgálat kiegészítve határozottan még nyert gyakorlati értékében, mert kétes esetekben is a makroszkopos reactio elkészülte után, ha nem is egy óra, de legfeljebb 3—4 óra múlva már ilyenkor is határozott választ adhatunk. A histologiai vizsgálatnak nem szabad tisztán csak a hámduomb kimutatására szorítkozni, hanem a részletekbe is be kell hatolnia: mert nem a hámduomb jelenléte, hanem fejlődésmódja (histogenesise), illetőleg finomabb szerkezete dönti el a reactio milyenségét.

Összefoglalás: A mikroszkopos vizsgálat kiegészítve Paul-féle himlőreactio veszt ugyan egyszerűségéből, mert a histologiai vizsgálat nemcsak valamivel komplikáltabb laboratorium-berendezést, hanem kellő gyakorlatot és specialis szakismeretet is igényel, de ugyanakkor a próba sokat nyer megbízhatóságában. Ezért a Paul-reactiónak mikroszkopos részét a kétes esetekben mindenkor elengedhetetlennek tartjuk.

A nagyobb fáradságért, mellyel a kombinált eljárás jár, valamint a néhány órai késedelemért, melyet a diagnosiss szenved, bőven kárpótolja a vizsgálat az a biztosság, mellyel a kétes esetekben is el tud igazodni és az az objectív alap, melyet az eljárás a histologiai vizsgálattal nyer.

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

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

(Folytatás.)

IV.

Gégesérülések.

Ezen fejezetben nem tárgyaljuk azon gégesérüléseket, hol légcsőmetszésre került a sor; ezeket az eseteket a légcsőmetszetek fejezetében fogjuk tárgyalni. A géget érheti haránt, ferde, tangentialis lövés, valamint contusio is, ennél fogva lehetnek közvetlen sérülések és másodlagos elváltozások a gégeben. Többen észlelték, hogy a gégen áthatoló lövések az esetek egy részében minden különösebb zavar nélkül meggyógyulnak, nekünk is voltak ilyen eseteink. Gégelövés eseteit közölte *Körner*, *Thost*, *Scheier*, *Glas*, *Nadoleczny*, *Kahler* és *Amersbach*, *Brüggemann*, *Ninger*, *Steiner*, *Zeller*, *Bleyel*, *Denker*, *Feuchtinger*, *Frühwald*. *Kafeman* bajonettszúrást észlelt. Harcztéri betegeink között 16 gégelövést észleltünk. A közvetlen sérülés érheti a pajzsporczot, a gégefedőt és a hangszalagokat a hangrés területén, a hangszalagok felett és a hangrés alatti területen. Lehetnek jelen lobos folyamatok, vérzések, véres beszűrődések és az említett részek roncsolása, de a másodlagos elváltozások is mutathatnak fel vízenyős, véres beszűrődést és haematomát. Egy esetben contusio folytán mi is észleltünk haematomát a gégeben. Beállhatnak a rekedtség különböző fokai, köhögés, légzési nehézségek és a sérülések következményei, mint bőralatti emphysema, hegesedések, izületmerevség, szövethiányok, porczsequesterek és genyedések. Az esetek egy részében, dacára a kezdetben fennálló nehéz légzésnek, sikerült a légcsőmetszést elkerülni, mint azt *Feuchtinger*, *Meurers*, *Nadoleczny*, *Steiner*, *Scheier* és mások

esetei mutatták. Egyes esetekben a lövedékek részei a gégeporczokban és a gégeben voltak fellelhetők, így *Zeller* és *Bleyel* egy-egy esetében a hangszalag alatt volt a gránátszilánk nagyobb zavar nélkül rögzítve. *Scheier* két esetben észlelt szilánkokat a pajzsporczon és egy esetben az articulatio cricoarytaenoidea területén találtunk mi is egy szilánkot. Ezen izület lobosodása és merevsége (ankylosis) az egyik vagy mindkét oldalon fordulhat elő, akár porczhártyagyulladás következtében, mint azt *Loch*, *Gerber* észlelte, akár gránátszilánknak az izület területébe való jutása folytán, mint azt mi észleltük egy esetben. Az izület merevségével együtt szokott járni a megfelelő oldali hangszalagnak rögzítettsége a középvonalban. A porczhártyalobbal kapcsolatosan *Hanszel* a pajzsporcz tályogát észlelte. *Scheier* sequester-képződést látott. Egy esetben *Scheier* a pajzsporcz lemezének törését észlelte. *Mühlenkamp* esetében a gégelövés kettéhasította a bal hangszalagot és *Frühwald* esetében a gégelövés beszakította a jobb hangszalagot tapadásának helyén. Gégelövés eseteiben elég gyakran találkozunk anyaghiánnyal, hegesedéssel és összenövésekkel. A mi az anyaghiányokat illeti, *Körner* egy esetében a valódi hangszalagok a közepén sérültek meg. Mi négy esetet észleltünk: egy esetben a valódi hangszalagok nagyobb része hiányzott és az álhangszalagok kompenzáló mozgásai voltak jelen, egy másik esetben a valódi hangszalagok elülső része hiányzott és két esetben a valódi hangszalagok kisebb defectusa volt látható. A mi a hegesedést illeti, *Polatschek* egy esetben a bal álhangszalagon és a jobb valódi hangszalagon talált hegesedést. Mi nyolcz esetben észleltünk hegesedést a gégeben, a gégefedőn, ál- és valódi hangszalagokon, és pedig egy esetben a gégefedőn, az ál- és valódi hangszalagon, egy esetben az álhangszalagon és a gégefedőn, egy esetben diaphragmaszerű hegesedést, a többiben a valódi hangszalagokon és álhangszalagokon. A mi az összenövéseket illeti, *Halle* esetében az álhangszalagok össze voltak növe, kicsiny rés meghagyásával. *Killian* egyik esetében a valódi hangszalagokat, a másik esetben az álhangszalagokat találta összenöve. *Körner* esetében a valódi hangszalagok az elülső részen összenöttek. *Koffler* irónvastagságú összenövést észlelt a hangrés alatti területen. *Hanszel* hidszerű összenövést talált a valódi hangszalagok között, egyet elől és egyet hátul. Mi három esetben észleltük gégelövés folytán az összenövéseket. Az első esetben a valódi hangszalagok az elülső harmadban voltak összenöve a gégefedő deformálásával, a második esetben a valódi hangszalagok szintén az elülső harmadban nőttek össze és végül a harmadik esetben az álhangszalagok az elülső félben voltak összenöve. Az irodalomban egyes esetek ismereteseek, midőn a löveg közvetlenül a légcsövet érte. Egy esetét a légcsősérülésnek mi is észleltük, vérvetés, bőralatti emphysema az arcon, nyakon és mellkason állott be. A hangszalagok median-állásban, nehéz légzés. A felső gégeidegekbe végzett alkohol-befecskendezésre megszűnt a nehéz légzés és a hangszalagok rendes mozgásai következtek be. Az alsó gégeidegek traumás lobja a hangréstsűkítő izmok reflexgörcsét okozta az alsó gégeideg törzsében haladó érző rostok ingere folytán.

A gégesérülés lefolyása után az illetők közül egyesek megtagadták a műtét beavatkozást, mely az összenövések megszüntetését célozta. A hegesedések és anyaghiányok folytán beállott hangzavarokkal, a rekedtes, dörszörejes, tompa beszéddel az illetők megfelelő szolgálatot teljesítenek.

(Folytatása következik.)

Közlemény Auszterveil dr. és Kallós orvosi laboratoriumából, Arad.

Adatok a Wassermann-reactio ismeretéhez.

Irta: **Kallós József** orvosi vegyész Aradon.

(Vége.)

Ezen vizsgálatból látszik, hogy a II-es számú törzsoldatból (14 cm³ 60 cm³ destillált vízben hígítva) 2 cm³-t adva az egy óra hosszat inactivált 0.2 cm³ savókhöz, egészséges savóban még nem, de az összes lueses savókban

már globulin-kicsapódást okoz, mely a Vidal-reactiónál képződő agglutinációhoz igen hasonlít. Vagyis ezen kísérleti sorozatból kitűnik, hogy a lueses savók globulin-tartalma könnyebben kicsapódik, mint az egészséges vérsavóké, miért is a vérsavó ezen sajátosságát a lues diagnózisára fel lehet használni.

Eddig 49 savó tejsavreactióját hasonlítottam össze a Wassermann-reactiójával, s 39 egyezett egymással. Az időm rövideje miatt nem áll módomban ez irányú összehasonlító vizsgálatokat kellő számmal megejteni, bár eddig csekély számú esetem kapcsán úgy látszik, hogy a kezelés alatt álló (Wassermann-positív savóim egy része jelenleg antilueses kúra alatt álló betegetől származott, kik 1—2 salvarsan-injectiót és részben 5—30 inunctiók kúrát végeztek) betegeknél a tejsavreactio hamarabb eltűnik. Ennek dacára igen érdekes eredmények várhatók.

Ezen vizsgálatokból kitűnik tehát, hogy a pozitív Wassermann-reactio és a tejsavval történt globulin-kicsapás között feltűnő parallelismus áll fenn. Ha meggondoljuk, hogy a Wassermann-reactióhoz használt szervkivonat kititrálásakor épp úgy kaphatunk negatív serummal pozitív reactiót, mint pozitív serummal negatívot, ha nincsen pontosan kititrálva, ugyanezt elérjük a tejsav segítségével. Vagyis a savtartalom úgy látszik a Wassermann-reactio megejtésében igen fontos szerepet játszik. E végből kétféle antigenem savtartalmát meghatároztam és kitűnt, hogy az eddig kitűnően bevált antigen a reactióhoz szükséges hígításban $0.42 \text{ cm}^3 \frac{1}{100}$ n. natronlúgot használt fel, míg a kevésbé jónak talált antigen $0.07 \text{ cm}^3 \frac{1}{100}$ natronlúgot fogyasztott. Vagyis a szervkivonat savtartalma kétségkívül fontos tényező; miért is az antigen-kititrálás tulajdonképpen nem egyéb, mint ama optimális sav-mennyiség megállapítása, mely szükséges a positive reagáló savók globulin-tartalmának kicsapásához vagy bizonyos eltolódásához. Már Sachs és Altmann is felhívta a figyelmet ama tapasztalatra, hogy sav hozzáadására a pozitív reactio erősödik, míg lúg a pozitív reactiót gyengíti vagy eltűnteti.

Ezek után nem lehet közömbös a Wassermann-reactio megejtésére a fenti kísérletekben kimutatott serum savtartalmának egyik napról a másikra való változása. Mert, ha egy esetet veszünk, hol ma a savó 0.05 cm^3 lúgot használt fel, s a következő napon 1.05 cm^3 szükséges, vagyis hirtelen felszokott, akkor ez a reactio lefolyására annyira fontos agens, hogy az előző napi vizsgálattal ellentétes eredményt provokálhat. Úgy látszik, e körülmény lehet az okozója azon kellemetlen esetnek, midőn két intézetben végzett ugyanazon savó ellentétes eredményt jelez. Miért is kíváncsi, hogy mielőtt vizsgálnók a vérsavót, annak savtartalmát megállapítsuk és esetleg magas savtartalom esetén várjunk a következő napig, mert mint a vizsgálatok mutatják, a mily hirtelen felszál a savtartalom egyik napról a másikra, épp oly feltűnően csökken, vagy esetleg máról holnapra teljesen el is tűnhet. Sürgős esetekben ilyenkor, mint már fent említve volt, ne fél, hanem háromnegyed óráig inaktiváljunk.

Határozott összefüggés látszik a serum magas savtartalma és az „önkötés“ között. Az inaktiválás után 0.50 cm^3 lúgot fogyasztó savóról előre sejtettem, hogy „önköti“ lesz és feltevésem helyesnek bizonyult. R. Müller azt ajánlja, hogy a savókat legalább 24 óráig hagyjuk állni, mielőtt a Wassermann-reactiót megejtenők vele, hogy ezáltal az önkötest kiküszöböljük, mert szerinte a friss savókkal ez gyakran előfordul. A savtartalom vizsgálata közben azt tapasztaltam, hogy a vérvétel után 4—6 órával feldolgozott, alkalikusan reagáló vagy pedig alacsony savértéket jelző serumok közül egy sem volt önköti, míg a magas savtartalmúak, ha a fél órai inaktiválásnál nem lesznek alkalikus vagy közömbös kémhatásúvá, erős haemolysis-gátlást vagy teljes önkötest mutatnak. Ezek szerint tehát, az egyébként bacteriumos bomláson kívül, a mely tudvalevőleg önkötéssel jár, a magas savtartalom is tud önkötest előidézni.

Ha $1/100$ n. lúgra átszámítjuk azt a tejsavmennyiséget, a mely szükséges a normal savó globulin-tartalmának a kicsapására, az 0.55 cm^3 -nek felel meg. Tehát látjuk, igen

közel van ehhez az az érték, a mit az antigen fogyasztott, s mely mellett jó eredményeket nyerünk a Wassermann-reactióval.

A complementum savtartalmát vizsgálva, kitűnt, hogy az a complementum bizonyult leghatékonyabbnak, mely a legnagyobb savértéket mutatta. A friss tengerimalacsavó 0.2 cm^3 -e 0.41 — $1.10 \text{ cm}^3 \frac{1}{100}$ n. lúgot fogyasztott. A complementum hatása és annak savtartalma között tehát határozott összefüggés van. Így azok a serumok, melyek fél órai inaktiválás után is még nagyobb savtartalommal bírnak, lueses savókban is negativ reactiót tudnak létrehozni. Weichselmann complementoid-nak nevezi azt az anyagot, mely fél órai inaktiválás után sem engedi a complementum teljes elpusztítását; de, mint számos utánvizsgáló állítja, kétségbe vonják ezen hypothesis anyag létezését. Nem tartom kizártnak, hogy ez a zavaró anyag nem más, mint a fél órai inaktiválás alatt el nem tűnt savtartalom. Weichselmann szerint 7% -os baryumsulfattal keverve a serumot, centrifugálás után teljesen eltűnne a complementum ezen complementoid-anyaggal együtt. Már most, ha igaz, hogy a haemolysis létrejöttében a complementum mint sav szerepel, akkor ebből következik, hogy a complementumot savakkal pótolni lehetne. Ily irányú vizsgálataim e feltevés helyességéről győztek meg. Ugyanis az $1/1000$ -es hígítású tejsavból vettem 0.01 , 0.02 , 0.03 cm^3 -t, melyhez $0.01 \text{ cm}^3 \frac{20}{100}$ -os birkavörösvérsejt-emulsiót adtam; míg a 0.01 és 0.02 cm^3 -ben a vérsejtek nem oldódtak, addig a 0.03 cm^3 tejsav teljes haemolysist adott. Ebből kiindulva, csináltam előírás szerint Wassermann-reactiót — kis mennyiségekkel dolgozva —, de complementum helyett 0.03 cm^3 tejsavat használtam. Ekkor egyikben sem volt haemolysis. Ennek az oka abban rejlik, hogy a serum savavid és a hozzáadott kis savmennyiséget mind lekötötte. Hiszen tudvalevő a Wassermann-reactióról is, hogy a „serum + antigen + complementum“-keveréknek egy óráig a thermostatban állása alatt a negativ serum is a complementumnak több mint a felét tönkreteszi, tehát czél szerűnek tartottam 0.07 — 0.08 cm^3 tejsavdosist alkalmazni, midőn több kontroll-vizsgálatot végezve, az originalis eljárással positive reagáló savó pozitív, a negativ eredményű serum tejsavval is negativ reactiót adott. Azt hiszem, ez olyan fontos észlelet, a mely méltán megérdemli a behatóbb utánvizsgálást és mivel aránylag kis számú esetre vonatkozik megfigyelésem, további kutatásaimat ez irányban folytatom is. Ezen ténynek messzeható következménye volna, hogy a mindinkább nehezebben beszerezhető tengerimalacz a Wassermann-reactio megejtésénél feleslegessé válna. De ezenfelül közelebb hozna bennünket a Wassermann-reactióban lezajló folyamat mysteriumának a tisztázásához is.

A reactio kivételében az alkoholos szervkivonat alkohol-tartalma ugyancsak lényeges szerepet játszik, mert tudvalevő, hogy az alkohol egymagában is tud globulint kiválasztani. Erre vonatkozólag Bruck behatóbb vizsgálatokat végzett és az általa előírt eljárással sikerült alkohollal, lueses savókban könnyebben, mint egészséges serumokban, feltűnő arányban globulinkicsapódást megfigyelni. Hogy ez a syphilis diagnózisában mennyire értékesíthető, egyelőre nem állott módomban utánvizsgálni, itt csak azt a tényt akarom regisztrálni, hogy az alkohol milyen hatással van a lueses vérsavókra; a miből következik, hogy a Wassermann-reactióhoz használt „antigen“, alkoholos szervkivonat alkohol-tartalma majdnem olyan szerepet játszik, mint annak savtartalma. Az alkohol globulin-kicsapó sajátosságát volt alkalmam észlelni, midőn a savókhoz egy csepp alkoholos phenolphtaleint adtam, s positive reagáló savókban kisebb-nagyobb zavarodást észleltem. Vajon nincs-e összefüggés e jelenség és Kissnek Sarbó-val együtt tett azon észlelete között, hogy chronikus alkoholizmusban szenvedő betegeknél, a kiknél syphilisre semmi adat nem volt, az eseteknek egy nagy hányadában, 27 megvizsgált eset közül 8-ban, a véserum erősen pozitív Wassermann-reactiót adott? Több esetben megpróbáltam a Wassermann-reactióhoz tiszta hígított alkoholt használni, mellyel sikerült gyengén pozitív reactiót nyerni

szervkivonattal erősen reagáló savókban, *R. Müller* tiszta alkohollal ugyancsak gyenge positivitású reakciókat kapott. Hogy az alkohol és a sav együttesen sokkal hatékonyabb, meg lehet állapítani azon észleletből, hogy antigenül használva a *Hermann-* és *Perutz-féle* syphilis-reactióhoz használt glykocholsavas natrium alkoholos oldatát, ezzel néha igen erős kötést észleltem, de minden esetben feltűnően nagyobb mérvűt, mint tiszta alkohollal. Ez is a mellett bizonyít, hogy a szervkivonat savtartalmának és általában a *savnak* nagy jelentősége van a Wassermann-reactio lefolyásában, mert jelen esetben már nemcsak tiszta alkohol, hanem egy szerves sav, a glykocholsavas natrium is szerepelt, még pedig kisebb mértékben, mint amilyen a Wassermann-reactióhoz használt szervkivonat savtartalma. Ugyanis, míg amaz 0.35 cm^3 1/100 n. natronlúgot használt el, addig a Wassermann-reactióhoz használt szervkivonat, mint fentebb már említve volt, 0.42 cm^3 -t fogyasztott. Nem tartom kizártnak, hogy e téren tovább kutatva, kitűnően használható „mű-antigént” fog sikerülni előállítani.

A fenti kísérletek tehát erősen támogatják azt a feltevést, hogy a Wassermann-reactióban lejátszódó folyamat nem egyéb globulin-kicsapódásnál. Itt a kicsapódást, mint *Bruek* mondja, nem szabad oly módon érteni, mint valami makroszkopice megállapítható folyamatot, hanem mint bizonyos molecularis elváltozást. Hiszen önkötő savóknál is makroszkopice misem látszik!

Ama kutatások közül, melyek azt keresték, hogy ellenanyag vagy más test adja-e lueses serumokban a Wassermann-reactiót, figyelemreméltó azon észlelet, hogy nyúl savójával gyakran észlelhető positiv Wassermann-reactio, tehát azt gondolták, hogy a nyúlserumban hasonló anyag van, mint a syphilises savóban. Érdekes megjegyezni, hogy *Friedmannak* sikerült a globulinokkal együtt a nyúlsavó positive reagáló anyagát különválasztani ama alkotórészekről, melyek negativ reactiót adtak. Itt bizonyára nem a syphilises ellenanyag, hanem maga a globulin volt az, mely a nyúlsavóban positiv reactiót váltott ki. *Kiss* szerint ugyancsak a syphilises savókban olyan ellenanyagok szaporodtak meg, melyek a normalis serumban is benne vannak. A globulin, mint látjuk, minden savóban benne van, csak viselkedése a Wassermann-reactióban szereplő anyagokkal szemben más a syphilises savóban, mint egyéb savókban, vagyis függ a Wassermann-reactióhoz használt különböző savértéket mutató anyagok kvantitatív arányától, más szóval a használt reagensek pontos ktitálásától, a mit eddig is megtettünk.

A fenti kísérletek birtokában több okot, melyet rendesen technikai hibáknak szoktunk felróni, a vizsgálat tárgyát tevő vérsavó és a többi agens behatóbb megvizsgálása mellett sikerül kiküszöbölni és az eddiginél egységesebb, megegyezőbb és megbízhatóbb eredményekhez jutni.

Az ily irányú kutatások további eredménye az lesz, hogy az oly mystikusnak látszó Wassermann-reactio elveszti titokzatosságát és e kiváló reakciónak gyakorlati használhatósága még emelkedni fog.

A berlini „Prüfstelle für Ersatzglieder“ congressusa.

Ismerteti: *Kerntler Jenő* dr. (Pozsonyi Hadigondozó-Intézet.)

1918 január 21.-étől 23.-áig folyt le a fentemlített egyesület által rendezett nagyszabású congressus a berlini Langenbeck-Virchow-ház nagytermében. A négyesszövetség minden tájáról összesereglettek a sebészek, orthopaedek, mérnökök és műszerészek, a kik a háború alatt művégtagok gyártásával foglalkoznak, hogy az e téren és a hadisérültek sebészi kezelésének kérdésében felmerült újításokat bemutassák és megbeszéljék. Közel 400-an vettek részt az ülésen, közöttük a sebésztudomány és az orthopaedia legnagyobb nevei szerepelnek. Sajnálattal nélkülöztük az ülésen a magyar hadigondozás és orthopaed-sebészet vezető

főriaat, a kiknek Berlinbe való utazását az akkortájt fenyegetett vasuti sztrájk akadályozta meg.

A megnyitó ülésen, a melyet a német császárné is megtisztelt megjelenésével, *Hartmann Konrád*, a berlini „Prüfstelle“ elnöke üdvözölte a megjelenteket és megnyitó beszédében kegyelettel emlékezett meg az orthopaedia legutóbb elhunyt két nestoráról, *Höftmann* és *Riediger* tanárokról.

Utána *Schwieining*, a porosz hadügyministerium egészségügyi főnöke tartotta bevezető előadását, a melyben történelmi alapon hasonlította össze a jelen háború hadisérülteinek aránytalanul nagyobb számát pl. az 1870—71. évi német-francia háború rokkantjainak számával. Ebből az időből Németországnak összesen 1600 rokkantja került ki. Azóta Németországnak a mostani időkig összesen csak 1100 rokkantjáról kellett gondoskodnia. Ausztriában és Magyarországon a viszonyok még jobbak voltak, itt kb. minden esztendőre 15—20 új rokkant esett. Hogy a viszonyok a mostani világháborúban e tekintetben hogyan állnak, azt kb. mindenki tudja, a ki hadisérültekkel foglalkozik. Előadása kapcsán *Schwieining* utalt arra is, hogy lehetetlen annak a némely részről felmerült követelésnek eleget tenni, hogy a művégtaggyártás terén állandó, egyöntetű típusok létesüljenek, mert a tudomány és a technika fejlődésével karöltve a legújabb és legjobbnak talált típusok egy-két hónap múlva újjabbaknak, még jobbaknak adnak helyet. Ezután felemlítette az előadó a berlini „Prüfstelle“ és a gördeni hadisérülteinek munkakörét a művégtagok elbírálásánál. A mezőgazdasági munkára alkalmas művégtagok elbírálását a különösen mezőgazdasági munkákra berendezett gördeni telep véggezi. Végezetül a porosz hadügyministerium részéről munkaközvetítő felállítását súlyos hadisérültek számára tartja szükségesnek és örömmel emlékezik meg a nagy németországi iparvállalatok áldozatkészségéről, a melyek legnagyobb része alkalmat nyújt a súlyos hadisérülteknek, hogy megfelelő munkával tisztességes keresményhez jussanak.

Utána *Beckmann* főmérnök beszélt az amputált és súlyos hadisérültek elhelyezéséről. Kiemelte, hogy az ilyen hadisérülteket régi munkakörükhöz hasonló, rokon gyári szakmunkára kell utalni és fontosnak tartja, hogy a hadisérült már kórházi tartózkodásának ideje alatt, mihelyt megkapta művégtagját, a megfelelő szakmunkában egészséges munkástársai körében mielőbb munkába álljon. A hadisérültnek ily módon való munkába állítása a különböző üzemekben igen jól bevált, a mint ezt az előadó által bemutatott, súlyos hadisérült lakatosokról, forrasztókról és szedőkről készült mozgógépfelvételek bizonyítják. A filmfelvételek között szerepelt egy olyan hadisérült is, a kinek *Krukenberg-féle* csontja van (leírását lásd később *Schlesinger* előadásánál). A nagy iparvállalatokban az ilyen hadisérültek különbözőképpen vannak elosztva, némelyikben 100 egészséges munkásra, másokban 1500—2000 egészségesre esik egy hadisérült munkás. A nagy német gyárakból szerzett statisztika szerint az ilyen súlyos hadisérült munkaképességének csökkenése eredeti foglalkozásában kb. 70—75%-ra tehető, mégis az illető hadisérült idővel ugyanily százalékban lesz munkaképes, a mi csak a neki megfelelő munkakör ügyes megválasztásával lehetséges. Egyéb nagyobb gyárüzemek, mint az általános villamosművek (A. E. G.) és a Siemens-Schuckert művek még magasabb százalékot értek el súlyos hadisérültjeik munkaképessége tekintetében (89, illetőleg 93%). Átlag úgy áll a dolog, hogy az ilyen súlyos hadisérült munkás teljesítőképessége kezdetben egyharmadra csökkent, később azonban a helyes munkakör megválasztása és begyakorlása által a rendes munkaképesség $\frac{3}{4}$ -ére emelkedett. Látható ebből, hogy a munkaképesség fokozására legfontosabb körülmény a munkakör helyes megválasztása. Sok súlyos hadisérült veszett el az ilyen fajta fontos ipari munkára nézve, különösen a háború első éveiben, a kiket úgynevezett könnyebb állásokba (házi-szolgá, portás, házmester stb.) bocsátottak el. Az előadó szintén szükségesnek tartja egy központi munkaközvetítő felállítását, különösen a súlyos hadisérültek elhelyezése czéljából.

Radicke, a Brandenburg melletti gördeni hadisérült-telep vezetője, összefoglalja tapasztalatait a hadisérülteknek a mezőgazdasági munkában való bevételekét illetően. A hadisérült mezőgazdasági karamputált munkás műkarjának főfeltevélei a következők: jó fogóképeségű kéz, a kéz forgathatósága, továbbá mozgatható és szükség esetén rögzíthető könyökizület. Ezeknek a feltételeknek, az ő tapasztalásai szerint, telepén igen jól megfelelt a *Keller*-kézzel felszerelt brandenburgi műkar. A mezőgazdasági munkák terén elérhető munkaképesség szempontjából igen nagy szerepet játszik a hadisérült munkásnak a mezőgazdasági munkára való begyakorlása. Az ily módon elérhető munkaképesség lábszár- és czombamputáltaknál kb. 100%-ot, felkaramputáltaknál 50%-ot tesz ki. Statisztikáinak eredménye a következő: önálló gazdák, bármily súlyosan sérültek is, általában megmaradhatnak mezőgazdasági foglalkozásukban, ezek száma az összes anyag 38%-át teszi. 23% otthagyta a mezőgazdasági munkát, más, jobban végezhető foglalkozásért. A többi (39%) a fenti 50–100%-ig terjedő teljesítőképeséssel folytatja mezőgazdasági munkáját. Azok közül, a kik birtok nélküli mezőgazdasági munkások voltak, 50%-nak kellett régi foglalkozását elhagynia. Az előadó szerint Németországnak is igen fontos célja, hogy a súlyos hadisérülteket még áldozatok árán is megtartsák a földművelésnek.

Schlesinger mérnök, a Prüfstelle technikai tanácsadója, a legújabb műkarokról és műkezekről beszél betegbemutatók kapcsolatban, különös tekintettel a Carnes-karnak legújabb változataira. Az előadó szerint vannak egyszerű műkarok, melyek a bennük levő szerkezet alapján a meglevő rendes izomforrások segítségével mozgathatók, ide tartoznak az összes eddig készült műkarok, a Carnes-kar legújabb módoszataival együtt. Ezeknek a mozgására a csontnak meglevő izomzata vagy a lapocztáj és vállöv izomzata használatik fel. A műkaroknak egy másik csoportját szerinte az úgynevezett kinetikai karok alkotják. Ezeknél új erő- és izomforrásokat készít a műtör- orvos és az ily módon készített végtag vagy egyedül, vagy egy alkalmas szerkezetű művégtaggal kapcsolatban működik. Az első csoportba tartozó műkarok közül az előadó bemutatja az egyes Carnes-kar legújabb módoszatait. Szerinte a műkar főfeltevéle, hogy a következő mozgások legyenek végezhetőek: hajlítás a könyökizületben, pro- és supinatio a kéztőizületben és az ujjak hajlítása és feszítése a műkar minden helyzetében. Ezeknek a feltételeknek a bemutatott karok, melyeket amputáltak viseltek, minden tekintetben megfelelnek. Magas felkaramputációknál a műkarok szerkezetének a mozgására csak a vállöv és a mellkas izomzata jöhet tekintetbe, ezek azonban mint erőforrások e célból teljesen elegendők. A betegbemutatók kapcsán itt kitűnt, hogy a Carnes-kar egyik legnagyobb előnye az, hogy a másik, egészséges kartól teljesen független.

A kinetikai karokhoz tartoznak elsősorban a *Walcher*- és *Kruckenber*-féle műtétek szerint alkotott végtagok. *Walcher* az alkarcsont végéből egy izületében mozgatható erős hüvelyket készít, a melynek segítségével a beteg a tárgyakat erősen meg tudja fogni és tartani. *Kruckenber* (Elberfeld) az alkarcsont hosszirányú felmetszésével és a megfelelő izomzat szétválasztásával ollószerű fogószervet alkot, mely prothesis nélkül is pótolja az elvesztett kezét. A két alkarcsont a műtét után egymással szemben nemsokára működésképes lesz, miközben az orsócsont (radius) csontja a hüvelyk szerepét, a singcsont (ulna) csontja pedig a 2–5. ujj szerepét veszi át. A betegek ezzel a „kézzel” már rövid idő múlva tudnak tárgyakat megfogni és tartani, három hét múlva enni, inni és írni is tudnak vele. Az ilyen csont előnye a műkarokkal szemben az, hogy megvan benne az érzőképeség, úgy, hogy a beteg ezt a fogószervet látásának ellenőrzése nélkül, tehát sötétben is használhatja. Ez a methodus még javítható volna, pl. lehetne *Kruckenber* szerint a két csontvégre kisebb ujjyszerű csontokat is átültetni. Azonkívül úgy a *Walcher*-féle, mint a *Kruckenber*-féle csontokra bizonyos változtatások után egy jól mozgatható rendes műkezet is lehet alkalmazni, a mit *Biesalsky* tanár a *Kruckenber*-féle csonttal meg is tett.

Jelen állapotukban ezen fogószerveknek a főtulajdonsága az, hogy nem műkarok, hanem a rokkant saját szervezetének pontos érzéssel rendelkező, teljesítőképes, fontos részei és mint ilyenek főleg munkakarok.

Az egyes Carnes-karokat és kezeket a *Sauerbruch*-féle műtétekkel kapcsolatban alkalmazva is láttuk. A vállizületben kiiesítettéknél ilyen műtétek céljából persze nem áll rendelkezésünkre a felkar hajlító és feszítő izomzata, hanem ezek pótlásul ajánlatos a vállöv és mellkas izomzatából legalább egy, de lehetőleg két izomcsatornát készíteni, egyet a hajlító és egyet a feszítő mozgások számára. A *Sauerbruch* műtét után Carnes-karral rendelkező betegek műkarjukkal a mozgásokat csakugyan minden feltűnés nélkül, teljesen az egészséges karhoz hasonlóan végézik.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A nyomáspontok jelentőségéről az emésztőszervek betegségeinek körjelzésében közöl nagyon figyelemreméltó összeállítást *Boas* tanár. A cikk rövid ismertetésre nem alkalmas, gyakorlati szempontból azonban felemlítjük a szerző következő megfigyelését. Részint az epigastriumon, részint a has más helyén néha hyperalgesiót találunk, mely nagyfokú gastralgiaival, esetleg enteralgiaival lehet kapcsolatos. A fájdalmak ilyenkor rendszerint függetlenek a táplálékfelvételtől és mennyiségétől, időbelileg sincsenek vele semmiféle összefüggésben, lényegesen függenek azonban mozgásoktól, vagyis a fájdalmak csak járaskor, hajolaskor, nyújtózaskor, ülaskor vannak meg; nyugodtan fekvéskor többnyire megszűnnek. A hyperalgesias zónák megszűnésével szintén megszűnnek. A hyperalgesia megszüntetésére kitűnő mód a rendszeres kezelés Bier-féle szívóharangokkal; ilyen módon a szerző sok beteget szabadított meg véglegesen éveig tartott fájdalmaitól; a diéta kezelés ezekben az esetekben teljesen hatástalan. (*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1918, 3. szám.)

A gyomorfekély miatt operáltak belorvostani utókezelésének fontosságát helylyel-közzel már hangsúlyozták, legújabbán pedig *Aron* ír róla. Kifejti, hogy a fekély alapokát a műtét nem szünteti meg; a túlságos savtermelésre hajló beteg gyomor megmarad a műtét után is. Igaz ugyan, hogy az irodalmi adatok többsége szerint a gyomorsecretio a műtét után teljesen normalissá vált; tekintetbe veendő azonban, hogy a vizsgálat az alig izgatató hatású próbareggeli után történt, a mi nem mond sokat, mert a többé-kevésbé izgatató rendes diéta mellett könnyen lehet jelen hyperchlorhydria. A gyomorfekély-műtétek utáni gyakori recidivák mindenesetre a mellett szólnak, hogy ez valószínű s hogy ezért a műtét után éveken át folytatott óvatos diéta a helyénvaló. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1918, 5. szám.)

Sebészet.

Az epés hashártyagyulladás azon alakjáról ír *H. Finsterer*, a melynél makroszkopice az epeutaknak perforációja nem volt kimutatható. A szerző szerint az eddig közölt esetek alapján megállapítható, hogy vagy a subserosuson fekvő, egészen kicsiny epeutak szabad szemmel nem látható repedése, vagy a külsőleg ugyan épnek látszó, de megbetegedett epehólyag az oka az említett kórfolyamatnak. A bonczoláskor talált lelet alapján több esetben volt kimutatható, hogy a subserosus epeutak laesiója a máj bal lebenyében foglalt helyet, a choledochus elzáródása után beállott nagyobb nyomás következtében. Az epehólyag is oka lehet az epés has-

hártyagyuladásnak, ha elzáródik s a feszülés következtében a secretio jelentékenyen növekszik, avagy ha az epehólyagnak súlyos gyuladása reáterjed. Ha az anamnesisben epekólika szerepel, akkor a diagnosis megállapítása egyrészt a betegség heveny megjelenése, másrészt a fájdalmaság localisatiója, különösen a peritonitis melletti fennálló bradycardia alapján nem nehéz. Az esetek egy részében az appendix vagy gyomor perforációjára gondoltak. A prognosisa az epés hashártyagyuladásnak igen komoly. A szerző kiemeli, hogy a helyi érzéstelenítéssel való operálás jelentékenyen javítja az eredményeket. A chloroform használatát elvetendőnek tartja az epeutak megbetegedése mellett könnyen fejlődő máj-degenerációra való tekintettel. Ha a helyi érzéstelenítés nem volna elegendő, aránylag kevés aethernek adagolása előzetes pantoponotropin-injectiók után (pantopon 0.02, atropin 0.001) mély narcosist idéz elő. A mi a therapiát illeti, a beteg epehólyagnak eltávolítása, s minthogy a tapasztalat azt mutatja, hogy leggyakrabban a máj bal lebenye a megbetegedés helye, ennek a peritoneumtól tamponálással való izolálása ajánlatos. (Med. Klinik, 1917, 51. szám).

Iffj. Háhn Dezső dr.

Bőrkórtan.

A lepra átvihetőségének kérdésével foglalkozik H. P. Lie (Bergen). Még mindig sok az olyan orvos, a ki azt hiszi, hogy a lepra nem fertőző betegség. Hivatkoznak arra, hogy a lepra a házasság életén belül sem szokott a másik házastársra átragadni. Ez azonban téves. Sand (norvég) statisztikai adatai szerint 512 leprás házasságban 17 izben (3.3%) mindkét házastárs leprabeteg volt, a szerző adatai szerint pedig 598 házasságban 31 izben (5.2%) volt mindkét fél leprás. A számarány nem magas, de ez nem szól a lepra fertőzőképessége ellen, mert gondoljunk csak a tuberculosisra. A másik házastársnak gümös fertőzése szintén nem mutat magas arányszámot, de azért a fertőzés lehetőségét ma már senki sem tagadja. Egyébként a lepra fertőző voltát legjobban az a számos észlelés bizonyítja, a mikor egészséges egyén lepramentes helyről és környezetből egy időre leprások közé kerül, utóbb hazatérve leprássá válik s otthonában új leprás gócz forrásává lesz. Norvégiában régebben alig lehetett a fertőzések forrásait kinyomozni, annyira el volt terjedve a lepra. Ma az már teljes pontossággal mehet végbe, bár még mindig nagy körültekintéssel kell eljárni. Ez érthető, ha tekintetbe vesszük, hogy a fertőzés ideje sokszor hosszú évekre terjed vissza. Sőt akárhányszor előfordul, hogy a fertőzés és a betegség megállapítása között évtizedek telnek el. A szerző e tény megvilágítására több érdekes esetet közöl. A norvég szerzők nem tanusítanak egyöntetű véleményt a fertőzés létrejöttének módozatairól. Sand például nem tartja valószínűnek, hogy a fertőzés rendes menete közvetlen emberről-emberre való lenne. A virus bizonyos fejlődési stadiuma az emberi testen kívül megy végbe. Sand ezért nagyfentőségűnek tartja a lepra-bacillusoknak excrementumok útján való kiválasztását. E nézetet bizonyos fokig C. Boeck is vallotta. Ez magyarázná azt, hogy a házastársak közötti fertőzés aránylag ritka, az ápolószemélyzet pedig úgyszólván sohasem fertőződik leprás kórházakban. Ezzel szemben a szerző azt állítja, hogy a fertőzésre bizonyos dispositio kell s ez elsősorban a pubertas ideje. A leprásoknak ugyanis körülbelül a fele a 20. éven innen fertőződik. A leprás szülők a pubertas idejében levő gyermekeikre a legveszedelmesebbek. Lie nagyon is híve az emberről emberre való közvetlen fertőzés lehetőségnek, de kiemeli, hogy az érintkezésnek eléggé hosszasan s bensőnek kell lennie. (Dermatologische Wochenschrift, 1918, 1. szám). Guszman.

Venerás betegségek.

A nemibajok elleni küzdelem a jövőben címen ismerteti nézeteit e kérdésben M. Chotzen (Breslau). A háborús tapasztalások alapján a nemibajok elleni küzdelemnek

ma már nagyobb fontosságot tulajdonítanak a népegészségügy és a népesezés kérdésében, mint annakelőtte. Jóllehet a nemibajok a német fegyveres erő katonái között aránylag kedvező, legalább is nem túlszomorú számarányban mutatkoznak, mégis bizonyos, hogy a hosszú háború különös alkalom arra, hogy a venerás betegségek a legszélesebb néprétegekben egyre jobban elterjedjenek. E szomorú ténynek világosak a következményei. A természetes szaporodást eléggé csökkentik már a háború maga, de nem kisebb mértékben idézi elő a csökkenést a sok abortus, illetőleg a nemibajok okozta sterilitás. Hiszen már a béke idején egyedül a házastársak gonorrhoeája évenként mintegy 200.000-rel csökkentette a születések számát Németországban. A legközelebbi jövő nem kecsegtet jobb viszonyokkal. Bizonyos, hogy a leszerelés után számos munkásnő elveszíti majd keresetét, a mi viszont a prostituáltak számát fogja növelni. A prostitutio növekedésével karöltve azonban a nemibajok száma is megnövekszik. Az 1905 óta érvényben levő „Reichsseuchengesetz” Chotzen szerint nem nyújt elég védelmet a társadalom számára. A társadalom ugyanis azáltal még nincsen védve a nemibajok ellenében, hogy a törvény egyedül a prostituáltot ragadja ki s annak rendszabályozásával kívánja védelmezni a néprétegeket. Viszont azonban teljes joggal és igen helyesen nem kezelik a törvényt a nemibajokkal szemben oly mértékben, mint heveny és fertőző betegségek eseteiben. A magát rendesen kezelő nemibajos egyén ugyanis, ha nemi érintkezéstől a veszedelmes időben tartózkodik, általában nem veszedelmes a társadalomra nézve. Sokat segít a nemibajok elleni küzdelemben a syphilis-therapiának nagy haladása. A mai erélyes kezelés oly gyorsan tudja a legfertőzőbb tüneteket elmulasztani, hogy a helyesen gyógyított beteg aránylag hamarosan veszti el fertőző voltát. Az erélyes gyógyításon, a küzdelem legfontosabb tényezőjén kívül, a legfontosabb a legszélesebb körű fölvilágosítás. De itt viszont nem kell az ideális nemieleit köteletségét túlságosan hangoztatni, hiszen ez vezette még a porosz törvényhozót is arra, hogy a nemibajt a „kicsapongó életmód” bizonyítékának tekintsi, ami viszont arra vezetett, hogy a betegpénztári tag a pénztári segély jótéteményében nem részesülhet. Így lett azután egy gyámolító intézmény erkölcs- és büntetőbíróvá. A szerző nem hive sem az általános bejelentő kötelezettségnek, sem az általános kötelező kórházi kezelésnek. Hive ellenben a tanácsadó-állomásoknak, -gondozóknak (Beratungsstelle), a melyeket aranyközéputnak tart a teljes személyes szabadság és a nyomasztó hatósági intézmények között. A szerző ezután ennek az intézménynek, mely a betegbiztosításnak legszebb kiépítése, egész szervezetét, jótékony hatását részletesen ismerteti. Kiemeli, hogy mily tökéletesen egybekapcsolható az a katonai administrációval szerves egészszé. A gondozók vannak hivatva arra, hogy az alacsonyabb műveltségű néposztályok betegei is enyhe nyomás alatt véglegesen kigyógyítsák magukat. Az eddigi tapasztalás ugyanis azt mutatja, hogy a nemibajos betegek e része csak körülbelül 25%-ban kezelteti magát kielégítően. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 2. szám). Guszman.

Gyermekeorvostan.

A gyermekkori végbélelőesések kezelésében elért tartós eredményeit ismerteti Rost. Figyelmeztet arra a körülményre, hogy a gyermekkori végbélelőesések sokkal könnyebben kezelhetők, mint a felnőtt korban előállók. A gyermekkorban az eredetileg meredeken álló keresztcsont az évek folyamán sokkal kedvezőbb helyzetet fog elfoglalni, s így a viszonyok a végbélelőesés megátlására javulnak. Másrészt a medence záróizmának a tonusa is fokozódik, míg a felnőttek szöveteinek feszessége mindinkább csökken. Ezen körülményeknek tudható be, hogy a gyermekkorban aránylag egyszerűbb eljárásokkal is czélt érhetünk. 48 esetről számol be, közülök 22-ben az egyszerű ragtapasz-csik kezelést alkalmazta, és azt tapasztalta, hogy a tetőcserépszerűen egymás

főle helyezett, az egyik trochantertől a másikig húzódó, a végbélnyílást elzáró csikoknak $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ évig való alkalmazásával 86%-ban teljes gyógyulás érhető el. A csikokat természetesen, tisztasági szempontból, minden székelés után meg kell újítani. 18 sokkal makacsabb esetében a Thiersch-féle gyűrűvel ért el 83%-ban eredményt. A drótygyűrűt igen szűkre szabja, legjobb nagyság gyanánt a kisujjat befogadó nagyságot ajánlja. Igaz, hogy viselése néha igen fájdalmas és hogy genyedet okozhat, de épp a genyedés okozta reactiv lobosodás és hegedés még jobbra is teheti a gyógyulási tendenciát azáltal, hogy a sphinctert szűkíti. Tagadhatatlan, hogy egyes esetekben a nagy fájdalmak miatt a gyűrűt nem lehet az előírt ideig fekvé hagyni, hanem két-három hónap múlva el kell távolítani, de ez sok esetben elegendő időnek bizonyult a gyógyulásra. Többi esetében nagyobb műtéteket — colo-rectopexiát — végzett, de az eredmények, a melyeket e műtétekkel elért, e nagyobb beavatkozásokat — legalább a gyermekkorban — nem indokolják. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 5. szám). *Bókay Zoltán dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A parenteralis tejsav-befecskendezések, a melyek annyira divatossá kezdenek válni, erős fájdalmakkal járhatnak. Ezért *Dziembowski* úgy jár el, hogy előbb 4 centigramm papaverint (egy eredeti ampulla tartalmát) fecskendez be a gluteausokba s az ott hagyott kanülön át néhány másodperc múlva a tejet juttatja be. (Mediz. Klinik, 1917, 49. szám).

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 8. szám. *Pécsi Dani:* Háborús himlőjárványunk. *Zatkalik Lajos:* A mesterséges koraszülésről.

Budapesti orvosi újság, 1918, 9. szám. *Nestlinger Miklós:* Aetiológiai és epidemiológiai megfigyelések a jelenleg Budapesten endemiás kötőhártyahurutnál.

Orvosképzés, VIII. évfolyam, 9. és 10. sz. *Podmaniczky Tibor:* A központi idegrendszer syphilitikus megbetegedéseinek korai diagnosztikája. *Láng Adolf:* A súlyosan fertőzött sebek kezeléséről. *Dalmady Zoltán:* Fizikai beavatkozások hibás alkalmazásáról.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. *Tornai József dr.* budapesti egyetemi magántanárnak a király a Ferencz József-rend lovagkeresztjét a hadiékítménnyel adományozta.

Kinevezés. *Donhoffer Szilárd dr.-t* Bács megye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Megbízás. A belügyminister *Schmotzer György dr.-t* a budapesti állami gyermekmenhely másodorvosi állásának teendőivel bízta meg.

A háború folytán megkárosodott orvosok és családjuk segélyezésére a budapesti orvosok szövetségének választmánya helyi bizottság alakítását határozta el. A helyi bizottság tagja minden budapesti orvos, a ki kötelezi magát, hogy a nemes cél megvalósításához három éven át évente 200 koronával hozzájárul; a taggyűjtéssel, a befolyó pénzek kezelésével és az ügyek vezetésével a választmány egy szűkebb bizottságot bízott meg, a melynek tagjai *Hüttl Hümér dr.* mint elnök, *Rosenek Miksa dr.* mint titkár és *Guth Samu dr.* mint pénztárnok, ezenkívül a kerületi orvostársaságok elnökei és titkárai. A helyi bizottság által kiadott megleghangú felhívás a többi között felemlíti, hogy ha sikerül a budapesti orvosok közül 300-at a helyi bizottságba tömöríteni, akkor ez évi 60.000 korona segélyezésre kiosztható összeget, vagyis tulajdonképpen 1 millió korona tőkét képviselne; tökegyűjtésre azonban nincs szükség, mert a segélyre szorulóknak száma idővel apadni fog. Öszintén kívánjuk, hogy a bizottság reménye mielőbb valóra váljék.

A Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylete folyó hó 18-án tartotta évi közgyűlését. Az egylet tagjainak száma 1739. Tagdíjjal hátralékos 480 tag. A segélyegylet vagyona 247.813 korona. Az 1917. évben 31 új alapítót tag lépett be az egyesületbe 4880 koronával. A Schächter Miksa-alapra befizettek közel 8000 koronát. Az 1918. évre kifizetett segélyek összege 14.500 korona. A segélyegylet fennállása óta kifizetett segélyek összege 247.170 korona. Nagy összeg ez, ha tekintetbe vesszük, hogy az évi tagdíj csak 4 korona és hogy az ország 5622 orvosa közül oly kevesen támogatják az egyesületet nemes törekvéseiben: szükségbe, nyomorba jutott tagtársak, azok özvegyei és árvái támogatásában.

A Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegyletében újabban alapítványt tettek: *Perényi István* Budapest 250 korona, *Zwilling Hugó* Budapest, *Kovács Izsó* Budapest, *Kabos Márton* Zombor 100—

100 korona, *Lukács Imre tr.* Mezőtúr 20 korona. — A Schächter Miksa emlékére tett alapítványra adakoztak: Egy „ismeretlen“ Mohr Mihály útján 200 kor., Schächter Henrik Nagy-Bicsce 200 kor., Kiss Gyula Budapest 100 kor., L. Furka-család Miskolcz 80 kor., Epstein László, Vermes Mór, Lengyel Lajos, id. Glass Izor, Kerekes Pál Budapest, Kádár Antal Nagybánya 50—50 kor., Krausz Sámuel Újpest 30 kor., Büchler Lipót Budapest 25 kor., Katona József Budapest 20 kor.

Az Orvostanhallgatók egyetemi tanulmánya ügyében a honvédelmi minister egyelőre folyó évi augusztus hó végéig terjedő hatálylallyal elrendelte, hogy ha a szolgálati viszonyok megengedik, az alsóbb parancsnokságok a katonai szolgálatot teljesítő főiskolai hallgatóknak 1. szigorlataik letehetése végett turnusonként négy heti szabadságot engedélyezzenek; 2. a katonai szolgálatot teljesítő főiskolai hallgatókat, abból a célból, hogy már a háború alatt is egy félévet hallgathassanak, turnusonként 12—12 hétre annak a főiskolának a székhelyére szabadságolják, a melynek székhelyén a szabadságolándók a félévet hallgatni óhajtják. A szabadságolándó főiskolai hallgatók első turnusa folyó évi március hó 1.-étől május hó végéig hallgathatja az előadásokat. Ezek a hallgatók az 1917/1918. tanév II. felére március hó 1.-étől március hó 5.-éig bezárólag tartoznak beiratkozni. A második turnusban szabadságolt főiskolai hallgatók számára, kik folyó évi június hó 1.-étől kapják 12 heti szabadságukat, pótsemester lesz tartandó, melyre csak a szóban levő szabadságoltak iratkozhatnak be. Erre a pótélévre a hallgatók június hó 1.-étől bezárólag június 5.-éig iratkozhatnak be. A szabadságoltak által a katonai szabadságlevél a beiratkozás alkalmával bemutatandó.

Meghalt. *Ambró Zoltán dr.*, Trencsén város tisztí orvosa, február 20.-án. — *A. Kolisko*, a körbonczolástan tanára a bécsi egyetemen, 61 éves korában. — *A. Wossidlo cz.* rendk. tanár, ismert urológus Berlinben. — *O. Sicherer*, a szemészet rendk. tanára a müncheni egyetemen, február 15.-én 48 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A berni egyetem közegészségtani tanszékére *Sobernheim dr.-t*, a berlini városi orvosi hivatal osztályvezetőjét nevezték ki. — A heidelbergi orthopaediai intézet vezetőjévé *H. Baeyer dr.* würzburgi magántanárt nevezték ki rendk. tanári minőségben. — *A. Bittorf* boroszlói magántanár (belorvostan) rendkívüli tanár lett.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b. Külön szülészeti osztály.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

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

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Dietás-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban. Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegek (czukor-baj, köszvény), neurastheniások, vészegekények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.

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

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

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

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.) Telefon. Iroda: József 91—47. (István-út végén.) Telefon. Orvosok: József 95—08. 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 felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physikalikus és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. • Villamos megálló. • Telefon: 145—90. Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegeknek ádülőknek és rekonvaleszcenseknek. • Hízó-kúra

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (XI. bemutató szakülés 1917 december 5.-én.) 121. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1917 december 5.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

(Folytatás.)

Szülés előtti eklampsziának conservatív therapiával gyógyított esete.

Kende Béla: Nem célja részletesen foglalkozni az eklampsia therapiájával, csak egy, a Bakács-téri kórházban észlelt tanulságos esetről akar referálni.

21 éves először terhes nőről van szó, a kit három görcsroham után a mentők szállítanak be a kórházba. Lelet: erősen zavart eszmélet, nagy nyugtalanság, oedemás arc és végtagok, vizeletben sok fehérje. A IX. hónap elején lévő terhesség, normalis koponyafekvés, élő magzat, meg nem indult szülés.

Az ilyen esetekben a leginkább követett eljárás a terhesség azonnali megszakítása. Jelen esetben a Zweifel által ajánlott eljárást követték: 700 cm³ vért bocsátottak, 1 liter hypodermoklysiszt és 1.5 cgr. morphint adtak. A rohamok erre megszűntek. Erre és az élő magzatra való tekintettel a narcoticumok további adagolásától elállottak. Másnap reggel spontan megszületett az élő, életképes magzat. Az eset többszörösen igazolja a követett eljárást: egyrészt az által, hogy meg nem indult szülésnél súlyos eklampsia mellett a terhesség megszakítása nélkül egyedül a Zweifel-eljárással célzott értéket, másrészt az által, hogy a spontan lefolyt szülés után két nappal újra eklampsziás rohamok jelentkeztek, tehát az eset demonstrálja, hogy a terhesség megszakítása nem használt volna; a mellett ezen újabb rohamok is megszűntek a Zweifel által ajánlott therapiára.

Fontos az eljárás a nagy gyakorlatban is, a hol a meg nem indult szülés mellett a terhesség megszakítása nagy nehézségekbe ütközik, különösen, mert sok helyen nem áll szülőintézet az orvos rendelkezésére.

Scipiades Elemér: Tauffer tanár oldalán átélte az eklampsia-therapia összes phasisait az 1901.-i giesseni congressustól a mai napig. Ezen kívül maga is behatóan foglalkozott e kérdéssel, 1904-ben e tárgyról megjelent monographiája tanuskodik erről. Innen meríti a jogot, hogy a bemutatáshoz hozzászóljon. Az az eljárás, a melyet a bemutató ajánl, már 1900 óta van szokásban a II. számú női klinikán eleinte accidentaliter, később pedig rendszeresen s nem is Zweifel-től származik, hanem véglegesen az 1901.-i giesseni congressuson forrott ki exact kísérletek tapasztalásai alapján, melyekből kitűnt, hogy eklampsziánál érgörcs és vérnyomás-fokozódás, mérgefelhalmozódás, legtöbbször csökkent diuresis és transspiratio és felfokozott ideg ingerlékenység van jelen. A klinika azonban chablonokhoz nem ragaszkodott. Csinált venaectomiát, de csak ott, a hol arra szükség volt, adott narcoticumokat, de csak módjával és pedig az utóbbi időben Stroganoff módszere szerint, siettetve a szülést, ha arra szükség volt, de mindig az anya kímélésével s ha ezen eljárásokkal nem ért célzt, kivételesen chirurgikus eljárással is befejezte a szülést; ezt a conservatív irányzatot csak rövid időre zavarta meg az accouchement forcé activ aerája, mely azonban az addig 15% körül mozgó anyai mortalitást növelte, miért is a klinika újra visszatért az előbbi conservatív irányzathoz, s ez a szólnak is az álláspontja.

Frigyesi József: Az előadót azért bizta meg, hogy a jelen esetet a közkórházi társulat ülésén bemutassa, mert ez eset kapcsán fontos és az általános gyakorlatban nagyjelentőségű kérdést kívántak a gyakorló orvosok figyelmébe ajánlani. Nem csak ez esetben, hanem a terhesség alatt, valósó stadiumában kezdődött eklampsia esetek egész sorában tapasztalták, hogy minden műtét beavatkozás nélkül, tisztán venaectio, hypodermoklysis és megfelelően adagolt narcoticum alkalmazása mellett a legsúlyosabb esetekben is olyan jó eredmények érhetők el, hogy az eddig sokak által követett eljárást, nevezetesen a szülés azonnali befejezését, vagy pláne a terhes méh kiürítését, illetve a terhesség megszakítását teljesen feleslegesnek tartják. Ugy tartja, hogy a bizonyos szülészeti eseteket azért ismertetünk, hogy hangoztassuk, mennyire fontos és kívánatos az illető esetekben az illető nőnek műtét céljából szülőintézetbe való szállítása, akkor kétszeresen kötelességünk rámutatni arra is, ha tudunk módot rá, hogy ilyen súlyos természetű complicatiót az általános szülészeti gyakorlat eszközeivel is meg tudunk gyógyítani. Ez a lényeg! És ezen nem változtat az sem, ha Scipiades kartárs constatalja azt a mindenki által

ismert körülményt, hogy úgy a narcoticumok adagolása, mint a venaectio már régebben is benne volt az eklampsia therapiájában. Jól emlékszik rá, hogy éppen Scipiades kartással sok vitája volt, mert a I. számú egyetemi szülészeti klinikán való együttműködésük idején éppen ő volt egyik exponáltabb híve az eklampsziás szülések műtét útján való befejezésének. A vezetése alatt álló kórház nagy anyagán szerzett tapasztalatai és meggyőződése sokkal erősebb, semhogy azon lényegtelen irodalmi adatok emlegetése változtathatna.

Scipiades Elemér: Álláspontját Frigyesi felszólalása ellenére is fenntartja. Hogy mi volt az ő álláspontja azelőtt, arról — szerencsére — nem lehet vitatkozni, mert ki van nyomtatva 1904-ből, hogy ő akkor is a conservatív eljárás híve volt.

A gerincoszlopot tehermentesítő sinkötések.

Zinner Nándor: A bemutatandó két sinkötés alkalmazható mindazon betegségekben, a melyekben a gerincoszlop tehermentesítésére és rögzítésére van szükség és eddig a Colot-féle circularis gipszkorzetteket használtuk. Ilyenek a különböző csigolyatörések és ficzomodások, a különböző spondylitisek és a gerinczelferdülések. E sinkötések két circularis gipszgyűrűből állanak, melyeket három sín köt össze. Az egyik kötésen a felső gyűrű a tarkót, a nyakat és az alsó állkapcsot, a másikon a scapulát, axillát és manubrium sternit veszi körül, az alsó gyűrű pedig mindkettőn a crista és a spina ileit meg a sacrumot. Az egyik sín a gerincoszlop mentén a testhez simulva fut, a másik kettő a corpus mandibulaetól, illetve a felső gyűrű mamillaris vonalától a crista ilei-ig halad.

E sinkötések előnyei a circularis korzett felett: ötször könnyebb, tehát ugyanily fokban gazdaságosabb is; a gipszgyűrűk helyét kivéve, a beteg az egész testét tisztogathatja. Hátránya ugyanaz, mint a circularis kötéseké. Nem tehermentesít tökéletesen, tehát a gipszágyat nem pótolhatja.

Mivel ilyen sinkötés készítése nagyon egyszerű, a mellett az említett betegségek — különösen a spondylitis — gyógyítására sikerrel alkalmazható, hiánypótlónak tartjuk különösen a vidéki praxis számára.

Szontagh Felix: A gerincoszlopot tehermentesítő sinkötéseknek az is az előnyük a circularis gipszkorzettek, valamint a bőrkorzettek felett, hogy bennük a gyermek mellkasának, tehát mellkasi szerveinek — a tüdőnek és szívnek — fejlődése sokkal kevésbé van akadályozva, mint a circularis kötésekben. Fontos ez különösen azért, mert legtöbbször spondylitis miatt alkalmazzák e kötések, tehát majdnem mindig tuberculosus betegről van szó. Ezenkívül a sinkötésben a test legnagyobb részének bőre szabadon perspirálhat, tehát a vesék sincsenek annyira megterhelve, mint az egész törzset bevonó kötésekben.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

551/1918 kig. sz.

Udvarhely vármegye homoródi járáshoz tartozó *homoródszentmártoni körorvosi állásra* pályázatot hirdetek és felhívom a folyamodni óhajtó okleveles orvos urakat, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványukat (oklevél vagy hiteles másolata, a kötelező kórházi gyakorlatot igazoló bizonyítvány) hozzám folyó évi márczius hó 10.-éig adják be.

A kör székhelye Homoródszentmárton. Helyben gyógyszerár van.

A körhöz tartozik a homoródi járásból:

Abásfalva, Bágy, Gyepes, Kénos, Lókod, Homoródalmás, Homoródkeményfalva, Homoródszentmárton, Homoródremete.

Az udvarhelyi járásból:

Abrándfalva, Homoródszentlászló, Jásfalva, Kányád, Miklósfalva, Sándortelke, Telekfalva. Összesen 16 község.

A körorvos köteles a községeket havonta egyszer, illetőleg Homoródalmás, Kányád és Telekfalva községeket rendelőnap tartása végett havonta kétszer bementni; járvány esetén az illető községbe hetenként kétszer kiszállni.

Évi fizetés 1600 korona; évi lakbéré 400 korona; évi fuvarátalánya 900 korona; évi helyi pótléka 1000 korona.

Rendelési látogatási és távolsági díjak megyei szabályrendelettel vannak megállapítva.

Hatóságilag nyilvántartott közsegélyre szorultakat ingyen köteles gyógykezelni.

Oklánd, 1918. évi február hó 11.-én.

Sebesi Miklós dr., h. főszolgabíró.

1036/1918. szám.

Zala vármegye tapolczai járásához tartozó **kapolcsi körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A körhöz tartoznak: Kapolcs, Zalapetend, Vigánt, Pula, Taliándörögd, Monostorapáti, Hegyesd, Zalahaláp, Sáska, Diszel községek. Székhelye: Kapolcs.

Fizetés: 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, lakbér, illetőleg természetbeni lakás, 500 korona fuvarátalány és vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A pályázók az 1908. évi 38. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám 1918. évi április hó 1.-éig adják be. Az elkésett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kapolcs községben a községházánál az 1908. évi 38. t.-cz. 6. §-a alapján a községek képviselőtestületének kebeléből és Zala vármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választó-gyűlés fogja megejteni.

Megértem még, hogy az előbbeni körorvosnak a m. kir. Belügy-minister úr által 800 korona helyi pótlék is volt engedélyezve.

Tapolcza, 1918 február hó 23.-án.

A főszolgabíró.

581/1918. szám.

Temes vármegye kevevárai járásához tartozó és nyugdíjazás folytán megüresedett székhelyei **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvosi körhöz tartozik Kevepallós község is.

A körorvos javadalma 1600 korona fizetés, négyszer ismétlődő 200 korona ötödéves korpótlék, 300 korona útiátalány, 600 korona lakbér, míg természetbeni lakás lesz.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi márczius hó 20.-áig annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás napját később fogom meghatározni.

Kevevára, 1918 február 15.

A főszolgabíró.

604/1918. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye marosi járásához tartozó battai és kápolnási (utóbbinak székhelye Marosberkes) **körorvosi állásokra** ezzel pályázatot hirdetnek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt, eddigi alkalmaztatásukat, életkorukat és nyelvismeretüket feltüntető kérvényeiket hozzám folyó évi márczius hó 15.-éig annál is inkább adják be, mert az elkésetten beérkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

Az állások javadalmazása egyenként évi 1600 korona fizetés, évi 600 korona útiátalány, évi 400 korona lakbér és hivatkozott törvény 15. §-a szerinti ötévenkénti 200 korona a nyugdíjba beszámítandó és 800 koronáig emelkedő korpótlék, valamint szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A választás határidejét később fogom meghatározni.

Marosberkes, 1918. évi február hó 7.-én.

A főszolgabíró.

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

Értesítés az

Orvosi Évkönyv

igen tisztelt előfizetőihez.

Az előre kifizetett budapesti és vidéki példányok már mind postára adattak.

Az egyéb példányok kézbesítése most van folyamatban, sürgős esetben a megrendelt példány az előfizetési összeg lefizetése ellenében kiadóhivatalunkban rövid úton átvehető.

„Petőfi” irod. vállalat, Budapest,

VII., Kertész-utca 16.

BAYERLAX

egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettaalakban.

BAYER gyógyszerár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

Nöhring B. IV

Tuberculosis elleni gyógyszer.

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

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

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

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

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

ARHOVIN

(Diphenylamin-thymol-aethylbenzoatból előállítva.)

Acut és chronikus gonorrhoeánál, még akkor is, ha ez prostatitissel, cystitissel vagy epididymitissel párosult, hatása kiváló, azért, mert az egész urogenital rendszerre érzéstelenítőleg hat; a vizelésnél fellépő fájdalmat enyhíti, a secretiót csökkenti s a vizelet aciditását növeli.

Indicatioi: Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis, Bakteriuria.

Az urológiai gyakorlatban közkedvelt therapeutikus készítmény, mert a balsamicákkal ellentétben a vesét nem izgatja, s hatásértéke azokkal egyenlő.

ADAGOLÁSA: Belsőleg 0.25 tartalmú capsulákban.

Külsőleg Bacilli, Globuli és Suppositoriae alakjában.

Ára:	Capsul. Arhovini	Globuli Arhovini	Bacilli Arhovini	Supposit. Arhovini
30% felárral.	30 drb K 2.50	10 drb K 2.40	10 drb K 2.40	12 drb K 3.80
	50 drb K 4.—	20 drb K 3.50	20 drb K 3.50	

GOEDECKE & Co., Chemische Fabrik, Leipzig-Berlin.

Kísérleti anyagot és irodalmat kívánatra készséggel küld az ausztria-magyarországi felelős vezetés:

BALLA SÁNDOR ÉS TÁRSA gyógyszerészeti laboratorium, Budapest, VII., Wesselényi-utca 69.



ANORRRHAL

KÚP, KENŐCS, HINTŐPOR

AZ ARANYERES BANTALMAK KEZELÉSÉRE

Hatás gyors, s már az első hét után megszünteti a viszketést, gyuladást, s fájdalomcsillapítólag hat.

Alkalmazása által még a súlyosabb esetek is gyógyíthatók műtét beavatkozás nélkül.

Kizárt s vérző csomók hosszabb használata után eltűnnek.
Kúp ára K 4.— kenőcs ára K 3.—, hintőpor ára K 2.—.

Készíti: „Austria” gyógyszertár, Wien.
Magyarországi főraktár:

Balla Sándor és Társa laboratoriuma Budapest VII

Haemostan

Hydrastis-gessyplum, hamamelis tabletták.
Absolut méregmentes haemostaticum.
Heteken át, rendszeresen adagolva sem vált ki kellemetlen mellékhatásokat.
Indicatioi: Haemorrhagia, profus menstruációs vérzés, menorrhagia.
Adagolása: A vérzés tartama alatt, naponta 3–5-ször, s a vérzés megszűnte után naponta 3-szor 2–2 tablettát. Ára: kor.
Készíti: Apotheke zur „Austria” Wien.
Magyarországi főraktár:
Balla Sándor és Társa laboratorium, Budapest, VII.

Rhome

Yohimbin-phosphor-strychnin-tabletták.
Kitűnően bevált aphrodisiacum.
Néhány hét lefolyása alatt enyhíti és gyógyítja az impotentia coeundi, sterilitás, spermatorrhoea és neurasthenia sexualis eseteket.
Napi adagja: 3 tablettát, makacs esetekben napi 7–9 tablettát is.
Magyarországi főraktár: Balla Sándor és Társa laboratorium Budapest, VII.

Máté Mihály és Társa

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

IV., Mehmed szultán-út 31,

Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: 63—33. Sürgőnyezim: Mátészerezés Budapest.

Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.



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

**Dr Thilo-féle
Chloraethyl**

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

MR. C. RAUPENSTRAUCH

em. Apotheke. WIEN II. Castellezg. 25.



Natrarsen ERI

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

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására :

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál :

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

**Deutsche Vereins-Druckerei und
Verlagsanstalt Graz und Leipzig**
(Theod. Thomas, Kommissions-Buchhandlung, Leipzig, Talstrasse)

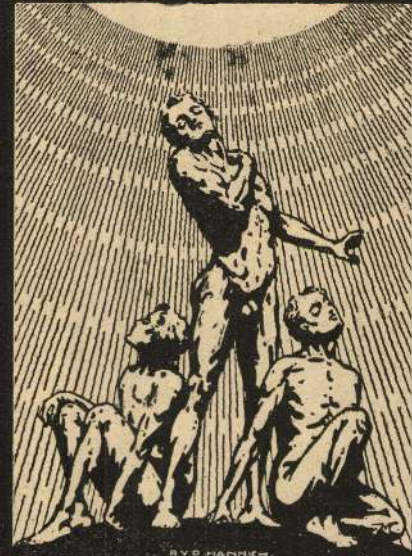
Elsőrangú orvostudományi monumentális mű!

KIADÁSUNKBAN MEGJELENT:

Die künstliche Höhensonne (Quarzlampe) in der Medizin

Irta: Dr. med. Karl Wagner.

**DIE KUNSTLICHE HOHENSONNE
(QUARZLAMPE)
IN DER MEDIZIN
VON DR. MED. KARL WAGNER**



GEHEFTET KRONEN 22 — (MARK 16.50)
GEBUNDEN KRONEN 26 — (MARK 19.50)

Oktáv, 36 iv vagy 560 oldal számos ábrával.

— Bolti ár Németország és a neutralis külföld számára: —
fűzve **M 16.50** ————— kötve **M 19.50**

— Bolti ár Ausztria-Magyarország számára: —
fűzve **K 22.—** ————— kötve **K 26.—**

Portó külön felszámíttatik.

**Első kiadás teljesen elkelt!
Második kiadás megjelent!
Harmadik kiadás most készül!**

**Ezen téren a legfontosabb orvosi könyv,
mely eddig megjelent!**

A mű a Quarzlampen-Ges. m. b. H. in Hanau által is beszerezhető.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Weisz Ármin: Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem II. sz. belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) A traumás neurosisról. 123. lap.

Kénéz Lajos: Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal rózsabegyű különleges gyógyintézetéből. (Vezető-főorvos: Róth Miklós dr., belklinikai tanársegéd, ezredorvos.) A morphium hatása a digitalis-tolerantiára. 126. lap.

Tar Alajos: Adatok a harctéri has-sérülések klinikumához. 129. lap.

Keresztes Mária: A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.) A Wassermann-reactio Kaup-féle módosításáról. 130. lap.

Kerntler Jenő: A berlini „Prüfstelle für Ersatzglieder“ congressusa. 130. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Pesti Alfréd: Magyarország orvosainak évkönyve és címtára az 1918. évre. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosan. Stuber: A typhusbacillus-gazdák kezelése. — Sebészet. F. Gatsböck: A szív lövésű sérülései. — Gyermekorvosan. Lange és Schippers: A familiaris splenomegalia. — Kisebb közlések az orvostudományról. Cardialis hydrops kezelése. — Mühlmann: A gümőkóros nyirokmirigydagadatok kezelése. 132–133. lap.

Magyar orvosi irodalom. 133. lap.

Vegyes hírek. 133. lap.

Tudományos Társulatok. 134. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem II. sz. belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.)

A traumás neurosisról.

Irta: Weisz Ármin dr.

A háború eddigi ideje alatt több mint 1200 a traumás neurosis csoportjába tartozó beteget volt alkalmunk észlelni és gyógyítani a II. sz. belklinikán. Ez elég nagyszámú beteganyag észlelése körül nyert klinikai és therapiai tapasztalatainkat annál is inkább közölhetjük mint végleges megállapodásokat, mert az újabb időben történő megbetegedések újabb tüneteket sem a klinikai kórképben, sem a therapiai eredményben már nem hoznak, úgy hogy a traumás neurosis kórképének háborús alakja ma már teljesen kialakulva áll előttünk. A traumás neurosis kórképe a háború előtt sem volt ismeretlen. A nagyobb szerencsétlenségekkel és áldozatokkal járó vasúti vagy ipari balesetek után mindig akadt néhány praedisponált résztvevő, a kin akár mindjárt a baleset alkalmával, akár azután a traumás neurosis kórképe fejlődött ki. A háború mint rendkívüli nagy aetiologiai factor természetesen nagyobb számmal és tömegesebben váltotta ki a megbetegedéseket és az egyszerre nagyobb számmal észlelésünk alá jutó beteganyagon a sok haeterogennek látszó tünetcsoportból egy egységes kórképet nyertünk: a neurosis traumaticát.

Tulajdonképpen fölösleges és helytelen a kórképnek ilyen külön néven való megnevezése. Véleményünk szerint, mint alább kifejteni igyekszünk, e betegségben azokat a tünetcsoportokat észleltük, melyek lényegükben, lefolyásukban és minden más egyéb tulajdonságukban is a hysteria tüneteivel teljesen megegyeznek. A traumás neurosis nem új kórkép, éppen úgy, mint a psychiaterek véleménye szerint nem új kórkép a háborús psychosis sem, hanem ez is egy már vagy meglevő, vagy lappangó elmebajnak a megnyilvánulása.

Jelen közleményünkben röviden összefoglalva akarjuk elmondani észleleteinket és tapasztalatainkat, melyeket ezen a téren egyrészt a tünetek és lefolyás szempontjából észleltünk, másrészt azon felfogásunkat, melyet az aetiológia és gyógyítás, valamint a prognózis szempontjából elfoglaltunk.

A nagy beteganyagon nem fordult elő egyetlen tünet sem, melyet a békeidőbeli hystériánál ne láttunk volna,

de ha a kórkép lényege és az egyes tünetek nem is voltak előttünk ismeretlenek, mégis a betegségnek ilyen nagy tömegben való előfordulása és a mozaikszerűen elrendezett tünetcsoportokból kialakult kórkép sokak előtt az első időben teljesen új gyanánt hatott. A legsúlyosabb lelki és testi tünetek egymással váltakozva és kombinálódva fordultak elő. A tünetek egyaránt előfordulnak az idegrendszer motoros, sensibilis és psychés területén. A motoros körben a teljes astasia-abasiától kezdve a legkülönbözőbb járás-typusokat észleltük. A járási rendellenesség dominálja kezdetben a kórképet. Gyakori a spasmusos paraplegiát vagy hemiplegiát utánozó járás. Természetesen az organikus megbetegedésre jellemző rendellenes reflexek nélkül, csak a spasmus erős, sokszor oly nagyfokú, hogy legyőzni alig lehetséges. Jellemző, hogy a beteg a járás megkísérlésekor remeg egész testében vagy csak végtagjaiban. Fekvő helyzetben a remegés többször megszűnik, de a legkisebb mozgáskísértlet ismét kiváltja. A passzív mozgásokra a beteg fájdalmat jelez. Másodlagosan, hosszabb inaktivitás után a legkülönbözőbb atrophikák fejlődnek ki az izomrendszerben, több esetben az ízületekben is találtunk elváltozást. De nemcsak járni vagy állni nem tud a beteg, hanem ágyban fekvéskor mozogni sem és ha a mozgási képtelenség véletlenül a felkarokra szorítkozott, a beteget etetni voltunk kénytelenek. Előfordul, hogy a beteg az ágyban kifogástalanul mozgatja lábait, nem remeg, de a mint a járást meg akarja próbálni, elveszti erejét, egész testében remeg és vagy egyáltalában képtelen járni, vagy csak a legnagyobb erővel tesz egy-két lépést. Máskor a beteg csak tánczolva, ugrálva vagy futva jár, volt olyan betegünk, ki csak akkor tudott elindulni, ha előbb hátra vagy oldalt tett néhány lépést és ha az ú. n. „kitérő“ lépésekben akadályoztuk, képtelen volt elindulni. Járási rendellenesség az is, hogy a beteg csak lábujjhegyre lép, vagy lábait nem teszi egymás mellé és szétterpesztett lábakkal jár. Előfordult, hogy a beteg néhány lépés után előrehajolt egészen a földre és ezután kiegyenesedve járt 2–3 lépést, a mit ismét az előrehajlás váltott fel; többször a beteg járásközben hirtelen megáll és védekező állást foglal el, mintha ismét valami veszély fenyegetné. A járás a betegeknek láthatóan nagy megerőltetésükbe kerül, izomzatuk ad maximum megfeszül, a beteg liheg, izzad, tachycardiás lesz és igen sokszor a legnagyobb munka árán sem tud előrehaladni. Igen jellemző tünet a remegés. A legfinomabb oscillaris rángástól a legdurvább reszketésig és lassú tempójú monoton mozgásig fordulnak elő változatok. A remegés az egész testre kiterjedhet vagy csak az egyik

végtagra, egyaránt elég gyakran úgy a felső, mint az alsó végtagra vagy csak a fejre. Az arczon a legkülönbözőbb tic-ek, a nyakon a torticollis mindennapos tünetek. Nehány esetünkben típusos Saalam-tic-et utánozó tic is előfordult.

A bénulások egyaránt utánozzák a spasmosus és pettyhüdt bénulásokat. A bénulásoknak megfelelően contracturák fejlődnek ki, néha az egész végtagra kiterjedőleg, máskor csak egy ízületben. Míg azonban, ha az organikus contracturát le akarjuk győzni, csak kezdetben akadunk nagy ellenállásra és a legyőzés fokozatosan sikerül, addig a hysteriás spasmus egyformán erős a behajlítás elején és végén. Az organikus contracturák meleg vízben enyhülnek, a hysteriások nem reagálnak a meleg vízre. Több esetben láttunk blepharospasmust és trismust. A bénulások és contracturák hosszú ideig, évekig is megmaradnak, állandósulnak és természetesen másodlagos elváltozásokat vonnak maguk után úgy az izomrendszerben, mint az ízületekben és több esetben észleltünk ritkulást a csontokban is. A bénulásokhoz sorolhatjuk a hangszalagok teljes bénulását. Mindkét hangszalag teljesen bénult, mint a gégészek mondják: „hulla-állásban” van. A beteg egy hangot sem ad, de nem is kíséri meg a beszédet. A hysteriás mutismusnak éppen a teljes hangtalanság a legkardinálisabb tünete. Minden más némaságnál a beteg hangot ad, artikulálatlanul-értelmetlenül beszél, vagy beszélni próbál; a hysteriás mutismusos beteg a teljes aphonia mellett meg sem kíséri a beszédet. Több olyan esetet láttunk, hogy a beteg egy évnél tovább is teljesen néma volt. A némaság gyakori kísérője a teljes sükettség, legtöbbször mindkét fülön, ritkábban az egyikén. Ép dobhártya és ép fülészeti lelet mellett a legteljesebb sükettségben szenved a beteg. A süket-néma állapot egyszerre kezdődik és azonnal a legteljesebb. Jellemző, hogy míg a hallóideg a legtökéletesebben bénult, a hallóideggel együtt futó egyensúlyozó ideg minden esetben sértetlen maradt működésében. A külső hallójárat és a dobhártya minden érintése és szúrása fájdalomtalan. Igen gyakori tünet, hogy valamely szerv működésében akkor szenved, hogyha lövés vagy más sérülés érte. Így átlövik a fülkagylót s a beteg azon a fülén nem hall, vagy sérülést szenved a szemtájékán és a beteg azon a szemén nem lát.

A legnagyobb fokú érzéskieséseket észleltük betegeinken a bőr tapintó és fájdalom-érzésében. Anaesthesiák, ritkábban hyperanaesthesiák vannak a bénult testrészekben. Az érzéskiesések mindig hysteriás jellegűek, féloldaliak és nem felelnek meg az anatómiai viszonyoknak. Az érzéskiesések nem objectivek, ezeket a vizsgáló orvos szuggerálja betegének. Az anaesthesiákat átvihetjük az egyik testfélről a másikra, úgy mint ezt már hysteriás betegeinken megszoktuk. Hysteriás anaesthesiának tartjuk az íz- és szagérzés hiányát is. A látótérben a legkülönbözőbb látótérszűkületek és kiesések fordulnak elő. Csuklás, gyakori hányás is sokszor hozzájárul a kórképhez.

A traumás neurosisok érdekes tünetcsoportját alkotják a vasomotoros zavarok; izzadás, hirtelen kipirulás vagy elszápadás, nedves és gyakran igen hűvös végtagok vagy a végtagok kék és lila elszíneződése a traumás neurosis mindennapos tünetei. *Oppenheim*-mal szemben azonban állítjuk, hogy láz, hacsak intermediaer betegség nem okozta, neurosisos betegeinken egyszer sem fordult elő. Az apró subfebrilitásoknak mindig más volt az oka.

A zsigerekre vonatkozó panaszok leggyakrabban a szívre szorítkoznak. Igen gyakori tünet a szívdobogás, a szív tájon fájdalom vagy feszülés érzése. A pulsus szapora, gyors, elég gyakran a 120-at is elérő vagy meg is haladja, máskor bradycardia okozza a panaszokat. Légzési nehézségről is elég gyakran panaszkodnak a betegek, de ezek a panaszok sohasem objectivek.

Legtöbbször szenved azonban a beteg psychéje. A testileg elcsigázott, nagyon gyakran kiéhezett és az ad maximum kifáradt katona belekerül a leggyilkosabb ütközetbe, a hol csak emberhalált és a legsúlyosabb pusztítást látja maga körül. Az örökös élet-halálküzdelem, ha pillanatnyira el is

tudja vele felejtetni az élethez való görcsös ragaszkodást, lelkiületében olyan pusztításokat végez, a melyekkel megküzdeni csak az erős tud, a gyengébb kidől és testileg-lelkileg teljesen összetörve kerül ki a küzdelemből. Minden zajra összerézzen, álmatlan vagy ha már nagynehezen el is alszik, a legfélelmesebb álmok kínozzák, álmában felkiált, fél egyedül lenni, gyakran fél egyedül elaludni. Gondolatait betegségéről elterelni képtelen, nem érdekli semmi, beszéde — különösen az első időben — zavaros, előadása akadozó vagy dadogó s a dadogás még akkor is megmarad, a mikor a lelki kínoktól kissé megszabadul. Fejnyomás és kínzó főfájás mindennapos panasza. Előadásában hamar izgatottá lesz, arcza kipirul, szívműködése szapora s ezenkívül megszámlálhatatlan neurastheniás panaszszal van tele.

És e legkülönbözőbb tünetcsoportok egy aetiológiai factorra vezethetők vissza. Csodálatos, hogy bár a háború szenvedéseiben minden a fronton küzdő katona egyaránt részt vesz, még sem betegszik meg minden katona. Sőt egy és ugyanazon küzdelemben résztvevők közül is aránylag kevesen és rendszerint olyanok betegednek meg, a kik talán sérülést nem is szenvedtek. A rohamban minden katona részt vesz, a gyilkos tüzelést egyformán irányítják minden katonára, sőt a sokat emlegetett gránátrobbanás is egyaránt ér minden katonát. És mégis, bár mindenkire egyformán hatott a szenvedés, a reactio más és más. Tehát nem a kiváltó momentum különbözőségében kell keresnünk a traumás neurosis egyedüli okát, hanem a katonában is, a ki beteg lett. És ha pontosan vizsgáljuk betegeinket, legtöbbször megtaláljuk azokat a symptomákat, melyek a beteget praedisponálták a traumás neurosisra. A legtöbb beteg már békebeli életében is idegés volt, neurastheniás vagy hysteriás panaszai már a békében is voltak és ezek a háborúban vagy csak kiújultak, vagy kiújulásuk mellett még sokszorososan növekedtek is. Ezeken a betegeken a hysteriás stigmákat is megtaláljuk. Tévedés volna azonban az általánosítás. Nagyon sok beteg a legpontosabb kutatással sem sikerült az anamnesisben hysteriára utaló tüneteket találni, ezeken a betegeken a háború alatt kezdődött a betegség és vagy lassan, vagy hirtelen a legerősebb trauma, például gránátrobbanás hatása alatt fejlődött ki. És csodálatos, hogy ezek a betegek nem az első ütközetben vagy veszélyben betegedtek meg, hanem sokszor hónapokig tartó nehéz küzdelmek után. De ha a betegség kifejlődött, ugyanolyan alakot öltött, mint az előbbi csoportban. Ezeken is megvolt a hajlandóság a hysteriára, lehet azonban, hogy háború nélkül egész életükben latens maradt volna nemcsak a betegség, hanem a betegségre való hajlandóság is, a háború azonban a latens hajlandóságot felszínre hozta és a kritikus gránátrobbanás a betegséget kiváltotta. Azonban sokszor látjuk, hogy sem véres küzdelem, sem gránátrobbanás nem kell a betegség kiváltódásához, hanem elégséges a meghűlés, ütés vagy kifáradás, hogy a beteg a legsúlyosabb tünet-complexum fejlődjék ki. Sőt tovább mehetünk, nem is kell a betegségre hajlamos katonának a háborúba jutnia, sokszor már az úton vagy még inkább a kaszárnyában a kiképzés alatt, a kiképző őrmester egy erősebb szavára kifejlődik a legtökéletesebb traumás neurosis. És hány klasszikai neurosist látunk az itthonmaradottak között, a polgári társadalomban és a nők között. A villamos elgázolástól megijedt nő mutismusa és a legsúlyosabb gránátrobbanás okozta eszméletlenség után magához térő katona mutismusa között sem lényegében, sem tünetileg nincsen különbség, lefolyása és gyógyulása is teljesen egyforma.

És hogy a praedispositio a legfontosabb aetiológiai factor, azt az is bizonyítja, hogy ma, a háború negyedik esztendejében kevesebb a friss megbetegedés, mint a háború első esztendejében. Ez abban leli magyarázatát, hogy azok a katonák, kik a neurosisra praedisponáltak voltak, rövidebb-hosszabb küzdelem után kidőltek és nem kerültek vissza a harcvonalba, az újabban odakerülő katonák pedig már előre is jobban ismerik a harctéri viszonyokat és úgy tesztileg, mint lelkileg több viszontagságra vannak elkészülve.

Azonban még ezek között is előfordul elég sok neurosis. Az idegrendszer munkabírását lehet fokozni, de végleg túlterhelni nem lehet. Úgy vagyunk a traumás neurosisra praedisponált idegrendszer munkabírásával is, mint a kompenzált szív- és munkabírásával. A míg olyan munkával terheltük meg a beteg szívét, a melyet az, bár a tartalékerő igénybevételével, de el tud végezni, addig nincsen baj, de ha ezt a határt is túlléptük, előáll az incompensatio. A traumás neurosisra praedisponált egyén idegrendszere is tud bizonyos munkát végezni, de az is, mint a beteg szív, ha tartalékerejét elhasználta és munkával mégis tovább terheljük, inkompenzálódik. És ebben találjuk magyarázatát, hogy nem mindjárt az első rohamban fejlődik ki a traumás neurosis; ez is az incompensatióval együtt áll elő, ha már a tartalékerő is elfogyott. Feltűnt, hogy a neurosisban szenvedő betegek a betegséget legtöbbször gránátrobbanás által okozott légnyomásra vagy éppen eszméletlenségre vezetik vissza. És ebből kiindulva Oppenheim és néhány követője azt állítja, hogy a megrázkódástól kifolyólag az idegrendszerben physikai vagy biológiai elváltozásnak kell létrejönnie, hogy a traumás neurosis kifejlődjék. Megnevezni vagy még inkább kimutatni ezt az elváltozást csak theoretikailag sikerült és a kik ezen organikus elváltozást vallják okul, mindig máshol és másban keresik az elváltozást. Minden elváltozás felvétele csak theoretikus. Hiszen ugyanazon kórforma többféle körülmény között létrejön. Így látunk astasiát-abasiát a harcztéren kifejlődni gránátrobbanás után. De talán ugyanannyi esetben fejlődik ez ki a kórházban typhus, dysenteria vagy cholera után, sőt akárhányszor egyszerű meghűlés után is. *Sarbo* felveszi, hogy a süketnémaság a nyúltagyban létrejött mikrostrukturális elváltozás következménye, mely elváltozás a gránátrobbanás okozta agyrázkódás folytán jön létre. Csakhogy süketnémaság fejlődik ki több olyan katonán is, a kit sohasem ért gránátrobbanás, hanem csak kimerült, meghűlt vagy egyszerűen megijedt. Ugyanazon kórforma az egyiken hysteriás, a másikon organikus alapon jött volna létre? Az organikus elváltozás felvételének ellene szól a betegség gyors gyógyulása is. A neurosisok nagy része az első therapiás beavatkozásra gyógyult, minden nyom nélkül eltűnt a tünet, akár fáradós kezelést, akár másforma szuggerálást alkalmaztunk. Hogyan gondolhatnánk, hogy az agysejtekben létrejött vérzés, eltolódás vagy rázóadás a nervus ulnarisnak egyetlen villamosítására megváltozott volna. A betegség lényege a beteg karakterében rejlik. A hysteriás beteg szuggerálható és a tünetek, a mily gyorsan létrejönnek, éppen olyan gyorsan elmulaszthatók. A betegek előadásában szereplő gránát okozta légnyomást vagy eszméletlenséget mi nem láttuk és nem is hisszük, hogy az minden esetben, a mikor a beteg említi, megtörtént volna. A hysteriás beteg könnyen szuggerálható. A beteg szuggerálja önmagát és a beteget szuggerálja orvosa és környezete. A beteg már hallott a gránátlégnyomásról és következményeiről, a rohamban, a melyben megbetegedett, gránátrobbanás is volt, mi sem könnyebb, hogy midőn betegsége okát elmondja, a légnyomást magára vonatkoztatja és ez szerepel főoknak. Az eszméletlenség több okból jöhet létre. Lehet, hogy az kifáradás után létrejött ájulás, lehet, hogy a nagy megrázkódítás hatása alatt kifejlődött hysteriás roham vagy hysteriás status. Ez az eszméletlenség semmi esetre sem egyező az agyrázkódásos eszméletlenséggel, itt hiányzik a hányás, bradycardia stb. Az organikus laesio mellett nem is volnának elképzelhetők a recidivák, melyeket pedig mindenki elég nagy számmal észlelt, és mily gyakran fordul elő, hogy a recidiva egészen más tünetcsoporttal jelentkezik. Az orvosok, kik közvetlenül a csapatnál vannak, csaknem egyhangúan mondják, hogy aránylag kevés neurosist látnak ütközetben kifejlődni, hanem a betegen a harcztéren innen, a segélyhelyen vagy még inkább a harcztérről távolabb eső kórházban fejlődik ki a neurosis teljes alakja.

Ugyanakkor, midőn tagadjuk a kórképek organikus alakját, szembe kell szállanunk azokkal a nézetekkel, a melyek a betegséget akár szimulálásnak, akár a harcztérről való szabadulás módjának vagy járadék élvezése miatti

tudatos aggravalásnak tartják. Már az is ellene szól ezen feltevésnek, hogy minden érintkezés nélkül az egymástól legmesszebb eső harcztereken, a legkülönbözőbb népfajok között teljesen egyező keletkezési alakban és megegyező klinikai képben jelent meg a betegség. És ha a betegség lefolyásában nagyobb mértékben fordul elő az aggravalás és a harcztérre való visszajutástól való félelem, mint más organikus betegségben szenvedő katonákon, az onnan magyarázható, hogy ezek érzékenyebb idegrendszerű egyének, a kiknél mélyebb és élénkebb impressiót okozott a harcztéri szenvedés. Azonban, hogy mennyire betegnek érzik ezek magukat, mi sem bizonyítja jobban, mint az a nagy öröm és lelkesedés, mely a hirtelen való meggyógyítás után elragadja őket.

Oppenheim, ki a betegség organikus alakját először vetette fel, a betegséget gyógyíthatatlannak tartja; követői közül többen a betegséget magától gyógyulónak tartják, úgy mint például az agyvérzést és az agyrázkódást. Azok pedig, mint *Jendrassik*, *Nonne*, *Lewandowsky* stb., kik a betegséget hysteriás alapon létrejöttnek tekintik, azt jóindulatúnak és bármilyen szuggeráló eljárással gyógyíthatónak tekintik.

A *Jendrassik* tanár vezetése alatt álló II. számú belklinikán a háború kezdete óta gyűjtöttük a neurosisosokat. *Jendrassik* az első között hangsúlyozta, hogy a betegség lényegében teljesen megegyező a békebeli hysteriával és így therapiájában sem kell más elveket követnünk, mint a melyeket a békebeli hysteriás bénulás, spasmus és mutismus esetében követtünk. *A hysteria lényegéhez tartozik a szuggerálhatóság, a therapiái siker is ebben rejlik. A ki meg van győződve arról, hogy a betegség hysteria, az bármily módszerrel igyekszik beteget szuggerálni, az meg fog gyógyulni.* A ki maga sem hisz a gyógyításban, annál a betegek sem fognak gyógyulni, mert hiszen az önkénytelenül is más irányban szuggerálja őket és a betegekben még jobban fixálja a kényszerképzeteket. *Nonne* a hypnosist ajánlotta gyógyító módszerül és ő a hypnosissal gyógyított meg nagyszámú esetet. A hypnosist azonban, mint ő is említi, sok kellemtelen oldala van, azon a nagy izgalmon kívül is, a mit sok betegnek okoz. *A klinikán a háború kezdete óta neurosisos betegeinket a békében is bevált, igen erős és hirtelen alkalmazott fáradós árammal gyógyítjuk.* Főcélunk, hogy a beteg teljes bizalmát előkészített verbalis suggestióval megnyerjük. Csak kezdetben volt szükségünk arra, hogy a beteget mi biztassuk, később részben a már meggyógyult betegek, azután pedig klinikánk hírneve elvégezték ezt helyettünk. A vidéki vagy fővárosi kórházakból hozzánk kerülő betegeket az orvosaik már azzal a biztatással küldik, hogy a klinikán biztosan meg fog gyógyulni. A kórteremben mindig vannak gyógyult és a gyógyulásnak igen örvendő betegek, és nagyon gyakran előfordul, hogy a beteg már maga sürgeti a villamosítást, mert ő is már csak ebben bíz. S a gyógyulásra ilyen környezetben előkészített beteg gyógyításához már csak „Deus ex machina”-ként hat az erős fáradós kezelés. A fáradós áramot ott alkalmazzuk, a hol az a legnagyobb fájdalmat váltja ki, de sohasem in loco dolenti. Legkönnyebben végezhető és mégis legerősebb fájdalmat okoz a nervus medianusnak, ulnarisnak és supraorbitalisnak vagy a tibiának a villamosítása. A gyógyuláshoz szuggerálással előkészített beteg már izgatott és akkor hirtelen alkalmazott, igen nagy fájdalmat kiváltó áram hatása alatt szinte pillanat alatt eltűnik a hysteriás tünet: a néma beszél, a süket hall, a beteg bénult végtagját felemeli. És a beteg, sokszor maga az orvos is, az erős áramban látja a csodát, melynek azonban lényegében semmi más hatása nem volt, mint a suggestio. *Hiszen ugyanezt az eredményt gyakran hypnosissal vagy gyengébb árammal is elérjük, ha különben is tudunk szuggerálni.* Az esetek legnagyobb részében mindig elégséges volt az egyszerű villamosítás. A gyógyulásra hajlamos betegek, különösen pedig azok, a kikkel előzőleg semmi gyógyítási kísérlet nem történt, az első kezelésre meggyógyultak. Minden eredménytelen gyógyítási kísérlet ellenirányban szuggerál. A még nem gyógyított esetek verbalsuggestióra vagy egészen gyenge

áramra is meggyógyulnak, míg a már egyszer eredménytelenül kezelt esetek gyógykezelésekor a legerősebb áramra van szükségünk. Az erős áram igen erős fájdalmat vált ki. A beteg fájdalmában kiabál, gyakran nyugtalan. Rendkívül fontos, hogy a beteget megtartsuk abban a meggyőződésben, hogy az erős árammal mi nem kinnzunk, hanem gyógyítjuk. A tömeges gyógyítás közben az egyik beteg gyógyulása szuggereálja a másik beteget gyógyulásra és ha a suggestio minden oldalról tökéletes, akkor a leggyengébb villanó-árammal is a legtekélyesebb eredményt érjük el, sőt gyakran előfordult, hogy az utolsó betegen villamozásra már nem volt szükségünk. Ha csak lehetséges, a beteget mindig egy ülésben kell gyógyítani, mert ha ez nem sikerül, a beteg könnyen veszti bizalmát. Előfordult, hogy kezelés közben a beteg hystériás rohamot kapott, vagy hystériás statusba jutott, mint a beteg mondja „eszméletét veszítette és éppen olyan állapotba jutott, mint midőn a gránátrobbanás után megbetegedett”. Eszméletlenség következett be a villamozás hatása alatt csakis az izgalmak következtében épp úgy, mint a kritikus gránátrobbanásakor. A gyógyítás azonban nem mindig vezet ilyen gyors eredményre. Sokszor az astasiás beteg feláll, de nem akar járni; ilyenkor, vagy ha a járás még nem kifogástalan, katonai gyakorlatokat, mint guggolást, hajlást, stb. végeztetünk és e közben esetleg a villamozást ismételtük és a fáradós árammal kényszerítjük a kifogástalan mozgásra vagy beszédre. Évekig tartó bénulásokat szüntettünk meg percek alatt. Az esetek kis részében nem elégséges az egyszeri kezelés, hanem azt két-három ízben is meg kell ismételni. Ha két-három villamozás nem vezet teljes gyógyulásra, tapasztalataink szerint a további villamozás eredménytelen lesz. Erre a betegre mi elvesztettük szuggereáló képességünket. Lehetséges, hogy máshol, más emberek meggyógyíthatják az ilyen beteget is. Nálunk is sok eset előfordult, a kiket ugyanolyan módszerrel gyógyítottunk mi meg, mint a milyennel előzőleg nem gyógyult meg. Ha a villamozás nem vezet eredményre, egyéb therapiái fogásokat alkalmazunk. A beteget a kórteremben izoláljuk vagy e mellett még tejdiéta fogjuk. Hypnosit csak néhány esetben alkalmaztunk; ezt az amúgy is izgatott betegre nézve ártalmasnak tartjuk. Hypnossal is sikerült gyógyulást elérnünk, de ez sem gyorsabb és nem tekélyesebb a villamozással elért eredménynél.

Kötelességemnek tartom megemlíteni, hogy fáradós kezelés után egy halálesetünk is volt. Hogy mi idézte elő a halált, azt a bonczolás sem tudta kideríteni. A klinikán mindig fáradós áramot használtunk, tehát az az érvelés, hogy csak a sinusoidális áram veszélyes, elesik. A beteg, mint a bonczolás kimutatta, status thymico-lymphaticusban szenvedett. Szíve azonban, legalább makroszkopice, ép volt. Fel kell vennünk, hogy a beteg a kezelés után épp olyan ismeretlen okból halt meg, mint a milyen ismeretlen okból hal meg valaki egy örömhír hallatára.

Az említett gyógyeljárásokkal traumás neurosisban szenvedő beteg katonáink 82%-át sikerült meggyógyítani, vagy jobban mondva hystériás tüneteitől teljesen megszabadítani, 12%-ban több-kevesebb javulást, s 6%-ban semmi eredményt sem értünk el. Ezen esetek közé sorozzuk azokat az eseteket, melyeket elmezavar miatt elmeosztályra kellett áthelyeznünk. Véleményünk szerint a teljesen gyógyult katonák is csak tüneteiket hagyják el, de a hystériára való dispoziációjuk változatlanul megmarad, ezek ideig-óráig tünetnélküli hystériások. Az esetek nagy részében talán sohasem fog kiújulni a betegség, de más részében rövidebb-hosszabb idő után minden bizonynyal bekövetkezik a recidiva. Sajnos, a recidivát ritkán látjuk, s így nem tudjuk csak megközelítőleg sem, hogy mily arányban áll elő a recidiva.

A diagnosis igen könnyű. A diagnosis felállításához legfontosabb kellék az idegrendszer organikus megbetegedéseinek ismerete. Természetesen elég gyakran előfordul két betegség combinációja is. Ilyenkor mindig a neurosis a superpositio. A prognosis annyiban jó, hogy a hystériás tüneteket sikerül meggyógyítani, ha magát a hystériát

nem is. Az a körülmény, hogy nem minden neurosist sikerül meggyógyítani, nem szól az ellen, hogy nem minden neurosis hystéria. Tudjuk, hogy a békebeli hystériát sem sikerül minden esetben meggyógyítani. Azt hisszük, hogy nagyon sok neurosis fog a béke helyreálltával spontan is meggyógyulni és nagyon sokat könnyebben lehet majd meggyógyítani.

Véleményünk szerint a legtöbb traumás neurosisban szenvedő katonai harctéri szolgálatra alkalmas. Teljesen hiábavaló munkát végzünk, ha ezeket visszaengedjük a harctérre. Ott — mint nagyon sok esetben láttuk — mindig bekövekezik a recidiva. Azt hiszem legjobban megfelelne a célnak, ha a betegeket a gyógyulásuk után felügyelet alatt munkára kényszerítenénk. A gyógyuláshoz biztosan segít a szabadság reménye is. De ezek a katonák a szabadság után visszatérve, újból csak betegek lesznek és nagyon sok már a szabadsága alatt is recidivál. A szabadság adása csak jobban megerősíti őt abban a hitében, hogy beteg. A felügyelet alatt való dolgoztatás épp olyan gyógyító eljárás lenne, mint akár a villamozás. Csakhogy ez a gyógyítás állandó lenne. És a hosszabb munkában a beteg könnyen elfelejtené, hogy beteg, a munka megerősítené benne a meggyógyulás érzését. Munkájával hasznára volna önmagának, mert hiszen elkerülné a recidivát, hasznára volna a köznek, a mely ugyis olyan nagyon sok értékes munkaerőt kénytelen nélkülözni.

Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegy-i különleges gyógyintézetéből. (Vezető-főorvos: Róth Miklós dr., belklinikai tanársegéd, ezredorvos.)

A morphium hatása a digitalis-tolerantiára.

Irta: Kenéz Lajos dr., népfőlk. osztályvezető főorvos.

A rózsahegy-i specialis gyógyintézet nagyszámú és változatos belbeteg-anyagán, mintegy $\frac{3}{4}$ év óta, kiterjedt vizsgálatokat végeztünk a morphium hatásának a digitalis-tolerantiájára való tanulmányozása céljából, a melyhez az alapot báró Korányi Sándor professornak az Orvosi Hetilapban megjelent cikkéből „A morphium hatása a digitalis-tolerantiára” szolgáltatva. Korányi professor észlelései egyik betegének pontos megfigyeléséből indultak ki, a mely beteg idősült keringési insufficienciájának még nem nagyon súlyos, de előrehaladó stadiumában volt. Ezen beteg, lueses eredetű aorta-billentyű-insufficiencia mellett, kiterjedt arteriosclerosisban szenvedett. Már hosszú hónapokon keresztül pontos orvosi megfigyelés alatt állott és két-három hetenként ismétlődő, igen heves hányással járó paroxysmusok jelentkeztek rajta. Hányását hol gyomorkrisisnek, hol uraemiának tartották. Azonban feltűnő összefüggés mutatkozott a diuresis ingadozása és a hányási paroxysmusok között; ugyanis minden paroxysmus alatt lezárult a vizelet mennyisége. Az oliguria a paroxysmus után megmaradt. Majd a diuresis nőtt és az oliguriát — miközben a keringési insufficienciából származó panaszok javultak — polyuria kezdte felváltani. De aztán megint hirtelen kitört a hányás-paroxysmus, vele ismét beköszöntött az oliguria. A paroxysmust tehát polyuria vezette be, a mi kizárta a hányás uraemiás természetét. Ellenben nagyon is valószínű volt, hogy a javulás, parallel a diuresis növekedésével, a digitalisnak volt tulajdonítható, a mely mielőtt teljesen helyreállítható volna a compensatiót, hányást okozott. Ez a felvétel a hányás periodusos ismétlődését és annak kapcsolatát a diuresis ingadozásával jól megmagyarázta, de viszont ellene szólt, hogy a beteg mindig nagyon mérsékelt dosisokat kapott, olyanokat, mint amilyenek a folytatólagos digitalis-kezelés végrehajtásakor szokásosak. Feltételezhető volt tehát, hogy ez esetben a digitalis-tolerancia csökkenése áll fenn; és csökkentve a digitalis dosisát, el lehetett érni oly individualis maximális dosis, a mely mellett megmaradva, a paroxysmusok végleg elmaradtak. Amde az a dosis, a melyet a beteg még eltűrt, elégtelennek bizonyult a compensatio helyreállí-

tására. Így a beteg állapota folyton romlott, a decompensációs jelenségek növekedtek.

A beteg digitalison kívül állandóan kapott theobromin-készítményt és morphiumot. Így fordult Korányi professor figyelme a morphium felé, vajjon nem ez szerepel-e a hányás-paroxysmusok, s indirecte a digitalis elmaradt hatása révén a látszólagos tolerancia-csökkenés létrehozásában. A morphiumnak és digitalisnak rossz összeférhetőségét több ízben tapasztalta pneumoniában és arteriosclerosisban szenvedő betegeken, úgy, hogy kétségen kívülinek látszott, hogy bizonyos esetekben az együtt adott morphium a digitalis-toleranciát leszállítja.

Az e tapasztalatokat összefoglaló közlemény hatása alatt állva, intézetünkben hozzáfogtunk, hogy megfigyeljük a morphium hatását a digitalis-toleranciára mindazon esetekben, a melyekben gyöngült szív munkával volt dolgunk. Ezen célból végzett vizsgálati methodikánknak gondolatmenete az volt, hogy megnéztük mindig, hogy a beteg külön a morphium-, külön a normalis digitalis-dosist jól tűri-e és aztán a kettőt kombináltuk. A beteg először egy centigramm morphiumot kapott subcutan s aztán figyeltük, hogy hogyan reagál. Ha a morphium nem okozott semmi tünetet, akkor 0.60/150.0 digitalis főzetből két óránként egy evőkanállal adtunk, esetenként és szükség szerint 6—7—8 napon át és figyeltük, hogy a digitalis szedésére étvágytalanság, émelygés, gyomorfájás, hányás nem következik-e be. És ha már tudtuk, hogy a morphiumot jól tűri és ha most már láttuk, hogy a normalis digitalis-dosisokat is jól bírja, akkor adtunk egy centigramm morphiumot subcutan és néztük a kettő találkozásának egymásra való hatását. És azt láttuk, hogy sokszor kínos hányással járó rohamok jelzik a két hatás találkozását. Azok az esetek, a melyekben a vizsgálatot így végezve, a morphiumra hányás következik be, úgy fogandók fel, mint a melyekben a morphium a digitalis-toleranciát csökkenti, mert hiszen külön-külön mindegyiket jól tűrte. 68 esetben végeztük ezen módon pontosan a vizsgálatokat, mindazon esetekben, mikor a digitalis-therapia bármely okból javalt volt. Tekintettel arra, hogy a legkülönbözőbb kórformákban (endo-, myo-, pericardium, nagyerek megbetegedése stb.) végeztük így a vizsgálatokat s minthogy bizonyos kórformákra bizonyos eltérő sajátosságokat nyertünk, az egyes kórformákban nyert észleléseinket külön-külön tárgyaljuk.

A *bicuspidalis billentyű* megbetegedése következtében szükségessé vált digitalis-kúra 16 esetben végeztünk vizsgálatot, és pedig több ízben, mikor tisztán a kéthegyű billentyű elégtelensége, vagy tisztán stenosis ostii venosi sinistri volt jelen, és több ízben, mikor a kéthegyű billentyű elégtelensége kombinálódott a bal gyűjtőeres szájadék szűkületével. Ezen betegek kitűnően tűrték a digitalist a morphium hatására is. Csupán két insufficientia bicuspidalis és stenosis ostii venosi sinistriben szenvedő betegen láttunk a morphium adására hányást. Ezek közül az egyiknek nephrosisa is volt s a mint azt később nephritises betegeinknél látni fogjuk, a nephritisesek rosszul tűrik a digitalist a morphium egyidejű adagolására és talán éppen a nephritisnek volt betudható az említett esetben a bekövetkezett hányás.

Az *aorta félholdalakú billentyűinek* megbetegedése 12 esetben vizsgáltuk a toleranciát, és pedig 5 ízben aorta-insufficiencia, 2 ízben stenosis aortae esetében és 5 ízben, mikor az aorta félholdalakú billentyűinek elégtelensége a szájadék szűkületével kombinálódott. Ezen esetekben a digitalis-tolerancia feltűnően csökkent a morphium hatására, és pedig csökkent tolerancia különösen azokban az esetekben volt észlelhető, a melyekben az aorta félholdalakú billentyűinek megbetegedése lueses eredetű volt. Ezen 12 eset közül 5 ízben észleltünk hányást, a mely 5 eset közül 3 ízben úgy az anamnesis, mint a végzett *Wassermann-reactio* pozitív eredményt adott. A két negatív közül az egyik 31 éves beteg, a ki bevonulásáig mindig egészségesnek érezte magát és a ki minden nemi infectiót tagadott. Felvételtkor fullad, nehezen vesz levegőt és erős munkadyspnoéja van. A beteg sápadt, oedemái

nincsenek, a vérkeringési szervek vizsgálatának eredménye a következő: A csúcslökések a VI. bordaközben a bimbóvonalon két ujjal kifelé, szétterülő, emelő. A relativ tompulat fenn a II. borda alsó szélénél, kifelé a csúcslökések helyén túl nem terjed, befelé a szegycsont jobb szélét körülbelül egy ujjal túllépi. A szívcsúcs felett a systolés hang gyengült és nem tiszta, a szív felett mindenütt diastolés zöreje hallható, a melynek punctum maximuma a III. bal borda tapadása helyénél van. Extrasystolék. A nagyerek erősen lüktetnek, a puisus telt és feszes, peczelő jelleggel bír, irregularis és inaequalis, száma perczenként 124. A vérnyomás Riva Rocci szerint 157 kéneső mm. Diffus bronchitis. A vizelet napi mennyisége 900 cm³, fajsúlya 1017, fehérje nagyon minimális nyomokban. A hasban ascites nincs, a májtáj fájdalmas és a máj széle valamivel a bordaív alatt tapintható. A *Wassermann-reactio negativ*. Miután előzetesen a beteg a morphiumot jól tűrte, digitalisfőzetet kezdünk adni. A 7. napon pedig morphiumot megint, a melyre hányás következett be.

A digitalis-kúrára a beteg állapota nagyon szépen javult, a decompensációs tünetek kezdtek elmúlni, a vizelet napi mennyisége 1750 cm³-re emelkedett, a pulsus 92, subjective is jelentékeny javulás. Ámde a felvételtől számított 20. napon a pulsus arythmiásabb lett, a vizelet mennyisége csökkent. Majd heves oldalszúrás mellett a beteg fulladni kezdett s a következő éjjel nagymennyiségben habos, véres köpetet ürített. A hőmérséklet 38.1 fokra emelkedik, baloldalt alul, hátul és oldalt tompulat, ugyanott bronchialis légzés, ropogó szörtyzörejekkel. Mindezen tünetek alapján haemorrhagiás infarctus képét vettük fel. A beteg két nap múlva meghalt és a boncolás a következő leletet adta: a szív egészében nagyobb; az erősen hypertrophiás bal kamara erősen tágult, izomgerendái lelapultak. A cuspidalis billentyűk épek, az aorta félholdalakú billentyűi hátrás külsőüket elvesztették, vastagok, merevek és az aorta falával a végeiken összenőttek. Az aorta fala egyenetlenül megvastagodott, az elváltozás főhelye az aorta felhágó ága volt. A felületen hegszerű bemélyedések és rostos, szürkés-fehér megvastagodások fejlődtek, a mi az eseteknek túlnyomó részében syphilis következménye. A bal alsó lebeny sötétkekvörös színű és tömött összeállású (infarctus haemorrhagicus pulmonum). Pangásos máj, lép és vese.

Ezen esetben tehát, bár a *Wassermann-reactio* negativ volt, a sectiós lelet typusos lueses elváltozását állapította meg az aortának, a melynek következménye volt az aorta-insufficiencia is. Visszatérve tehát, a 12 eset közül 5 esetben volt hányás, a melyekből 3 ízben volt a *Wassermann-reactio* pozitív és 2 esetben negativ. Ezen két utóbbi közül a sectiós lelet, bár a *Wassermann-kémlés* negativ volt, az aorta-insufficienciának lueses eredete felől győzt meg bennünket.

Kombinált vitiumos betegeinkben, mikor is a kéthegyű billentyűnek és az aorta félholdalakú billentyűinek megbetegedése együttesen fordult elő, 6 ízben végeztünk vizsgálatot s ezek közül 2 ízben találtuk a tolerancia csökkenését. A klinikai vizsgálat szerint ezekben az esetekben a tolerancia különösen akkor csökkent, a mikor az aorta elváltozása volt a domináló. A klinikai észleléssel megegyezett az obductio is, a mennyiben a 2 eset közül az egyik sectióra került s bár mindkét billentyű megbetegedése volt jelen, az aorta elváltozása praevaleált.

Arteriosclerosis. Arteriosclerosis eredetű myocarditises betegek is rosszul tűrték a morphium hatása mellett a digitalist. Ilyen irányú vizsgálatainkból különösen feltűnő, hogy a morphium mennyire leszállíthatja a digitalis-toleranciát. 7 betegünk közül külön-külön mindegyik jól tűrte a digitalist, épp úgy a morphiumot, de mikor a kettőt együtt adtuk, a 7 eset közül 4 esetben következett be hányás. Különösen jól lehetett ezt tanulmányozni egyik 47 éves betegünkön, a kinek a szíven található lelete a következő volt: Csúcslökések az V. bordaközben több mint két ujjal kifelé, diffuse szétterülő és emelő. Relativ szívtompulat határa fenn a II. borda alsó szélénél, kifelé a csúcslökések helyéig ér, befelé a szegycsont jobb szélét mintegy másfél ujjal túllépi. Absolut szív-

tompulat megkisebbedett. A szív felett zöreje seholsem volt hallható, szapora szív működés s minden negyedik, ötödik szívösszehúzódnál után extrasystole. Aorta II. erősen ékelt, az aorta íve tapintható, lüktetése érezhető. Kartünet pozitív, a radialis érfal rigid, kanyargós lefutású. Az arhythmias pulsus eléggé telt és feszes, száma percenként 112. Egészen hordóalakú mellkas, a tüdők felett kopogtatáskor mindenütt dobozhang, mélyen álló tüdőhatárok, a tüdőhatárok a legmélyebb belégzéskor is alig mutatnak eltolódást, a tüdők felett hallgatózva, különösen a kilégzés végén búgás, sípolás, füttyhang hallható. Wassermann-reactio negatív. Vizelet mennyisége 700 cm³, magas fajsúly, fehérje minimális nyomokban, azonban hyalin- és szemcsés cylinderek voltak találhatók. A digitalis-kúra megkezdése előtt meggyőződünk már arról, hogy a betegnek a morphium-toleranciája jó és már mikor a negyedik napon szedte a digitalis-főzetet, melyet nagyon jól tűrt, azon este hirtelen légszomjroham lepte meg. A beteg ágyban feküdni nem tudott az erős dyspnoe miatt. Az inspectio orvos a betegnek, a nélkül, hogy ezirányú vizsgálatainkról tudott volna, a fennálló asthma cardiale coupírozására morphium-injectiót adott, a melyre a beteg három óra múlva hányt. Tekintettel azonban arra, hogy ezen chronikus keringési insufficienciában szenvedő betegünkön a digitalistól várható gyógyító hatást nem láttuk teljességében kifejlődni, ezért a digitalist továbbadtuk a nyolczadik napig, mikor is a vizelet-mennyiség jelentékeny emelkedése és a pulusszám csökkenése következett be. Ekkor a morphium-injectiót tudatosan megismételtük, mire a hányás ismét prompte bekövetkezett. Ebben az esetben tehát látszólagos morphium-intolerancia esete áll fenn, a mely, mint arról már több esetben meggyőződünk, addig van jelen, míg digitalis kering a beteg szervezetében.

Az arteriosclerosisban kapcsolatban meg akarnók említeni, hogy *mesoaortitisben* szenvedő betegek az arteriosclerishez hasonlóan rosszul tűrték a morphium mellett a digitalist. A mesoaortitist az aorta félhordóalakú billentyűinek megbetegedése, arteriosclerosis, esetleg az aorta lueses eredetű megbetegedése mellett találtuk. 4 beteg közül 2 tűrte rosszul a digitalist. Igen jól lehetett ezt megfigyelni egyik betegünkön, a ki orosz csererokkant volt és a kinek lueses aorta-insufficienciája mellett mesoaortitise is volt. Betegünk minden este fulladás-rohamokat kapott s másod-, harmadnaponként szívűjéki fájdalmak, a melyek a balkarba is kisugároztak, és félelemérzetet kényszerítettek. Ezen angina pectorisból származó panaszokat az orosz fogságban morphiummal ellensúlyozták, a mely nélkül már nálunk sem tudott megenni. Ilyenkor a morphiumot cseppek alakjában kapta. Az utazás fáradalmi folytán dekompenzálódott és kénytelenek voltunk digitalis-therapiát megindítani. A digitalist sokszor a morphium dacára is jól tűrte, de ha a digitalis és az anginás roham miatt adott morphium adásának ideje közelebb jutott egymáshoz, sokszor kínos hányással járó rohamok jeleztek hatásuk találkozását.

A főleg lueses eredetű aorta-megbetegedés, arteriosclerosis, mesoaortitis mellett még feltűnő, hogy a *nephritis* betegeknek a morphium hatására mennyire csökken a digitalis-toleranciájuk. 12 eset közül 4 esetben következett be hányás; az ötödik esetben biztos véleményem alkotni nem tudunk, ugyanis a beteg nem hányt, csak hányásingere és émelygése volt az injectio után. Tekintettel arra, hogy ezen észleleteinknek a nephritis therapiája szempontjából nagy fontosságot tulajdonítunk, legalább két beteg végzett vizsgálatainkat s azoknak eredményét közöljük.

Az egyik esetben idősült nephrosiban szenvedő betegről van szó, a kinek felvételekor a kissé húslészerű vizeletben 5 pro mille fehérjeje volt *Esbach* szerint. Véreactio pozitív. Mikroszkop alatt elég sok szemcsés és hyalin-cylinder. Vérnyomás Riva Rocci szerint minimum 170, maximum 200 kénese mm. Mindkét irányban a szívtompulat valamivel nagyobb, a systolés hang a szívcsúcson megnyúlt, a diastolés hang ékelt. Pulsus kishullámú, száma percenként 104. Hydrothorax, ascites, oedema. A dekompenzált vesebeteg azonnal kezelésbe vétetik, megfelelő és szigorú diaeta mellett digitalis-főzetet kap, ezalatt még coffein-injectiókat intravenásan és diuretikumot. Venapunctio s más beavatkozások dacára állapota semmitsem javult. Négy hónapig volt a beteg intéze-

tünkben kezelés alatt s bár digitalist s egyéb gyógyszereket is kapott, ezen idő alatt egy ízben sem volt hányás észlelhető, azonban állapotában sem következett be javulás. Elbocsátása előtt súlyos állapotára való tekintettel újra kap digitalis-főzetet s methodikánk szerint már előbb morphiumot. Úgy a morphiumot, mint a digitalis-főzetet külön-külön jól tűrte. A hetedik napon, a digitalis-kúra befejeztével, morphium injectiót adtunk; az injectio után mintegy $\frac{3}{4}$ óra múlva hányt a beteg. Ezen esetben tehát egy régen észlelésünk alatt álló, súlyos dekompenzált stadiumban levő beteg végrehettük a vizsgálatot. Tudtuk, hogy egy ízben már a tiszta digitalis-kúrát jól tűrte, tudtuk, hogy a betegnek 4 hónapi észlelésünk alatt hányásingere vagy hányása sohasem volt s midőn az ismételt vizsgálatnál — bár mind a morphiumot, mind a digitalist külön-külön jól tűrte — a digitalis-kúra befejeztével morphium-injectiót adtunk, hányás következett be.

Egy másik esetünkben 23 éves vesebetegről van szó, a ki 1917 márciusában került először hozzánk s a kin ekkor a morphiumra a digitalis-tolerancia csökkenését észlelhetjük. A beteg állapotában jelentékeny javulás következett be, s a midőn már kórházi kezelésre nem volt szüksége, egy évre hazaszabadságoltuk. 5 hónap múlva, miután a beteg állapotában feltűnő rosszabbodás következett be, a beteg ismét visszakért hozzánk. Ekkor is vizeletében mintegy 1 pro mille fehérje volt, mikroszkop alatt bőven hyalin- és szemcsés cylinder. Alta-lános vizenyő, különösen az arczon, hydrothorax, ascites. A szívtompulat bal felé egy ujjal meghaladja a medioclavicularis vonalat az V. bordaközben, míg jobb felé a szegycsont jobb szélét fél ujjal túllépi. Tompa systolés és diastolés hang. Vérnyomás minimum 40, maximum 80 kénese mm. Pulsus homályosan tapintható. Ismét vizsgálva a másodszori felvétel után a digitalis-toleranciát, a hányás megint prompte bekövetkezett. A beteg az utóbbi felvételtől számítva 19 nap múlva pneumoniában meghalt s a boncoláskor a zsugorvase típusos képét találtuk. Ezen betegünkön tehát két ízben, mintegy 4 hónapi időközben végrehettük azonos methodika szerint a vizsgálatokat. Először akkor, a mikor a beteg, bár súlyos állapotban volt, de mégis sikerült a compensációs szakba juttatnunk, s másodszor, midőn az állapota olyannyira romlott volt, hogy a legerélyesebb beavatkozások dacára sem tudtuk a dekompenzált szakból a kompenzált szakba átvinni. Ugyanezen a beteg tehát az azonos vizsgálattal az állapot súlyossági fokától függetlenül tapasztalhattuk mindkét ízben a digitalis-tolerancia csökkenését.

Végül *myodenegeneratio* és *cirrhosis hepatis* négy-négy esetében, továbbá *polyserositis* három esetében végeztük a vizsgálatokat, a mikor a digitalis-therapia indokolt volt. Ezek a betegek a morphium dacára a digitalist kitűnően tűrték. *Pneumoniában* szenvedő betegeken, kellő anyag hiányában, vizsgálatokat nem végezhettünk.

Eseteinket a következőkben foglalhatjuk össze:

Kórforma:	Vizsgálatok száma:	Észlelt tolerancia-csökkenés:
Kéthegyű billentyű megbetegedése	16	2
Aortabillentyű megbetegedése	12	5
Kombinált billentyűbaj	6	2
Arteriosclerosis	7	4
Mesoaortitis	4	2
Nephritis	12	4
Myodegeneratio	4	0
Cirrhosis hepatis	4	0
Polyserositis	3	0
Összesen	68	19

Szívbetegjeink kezelésekor mindazon esetekben, a melyekben gyengült szív munkával, abnormis vérelosztással volt dolgunk, mikor is a digitalis alkalmazása javalt volt, a digitalis egyidejű adagolása mellett sok esetben adtunk morphiumot. Különösen nem tudtuk nélkülözni dyspnoe esetén, gyakran küzdöttünk morphiummal köhögés-inger és álmatlanság ellen s még prognostikailag kedvezőbb esetekben sem fukarkodtunk vele, tudva azt, hogy az ezen szer által elért psychés megnyugtató, félelemtől való megszabadítás s az álomnak megszerzése nemcsak az életet könnyíti meg, hanem a szívnek közvetlenül is előnyére van, mert az összes felsorolt körülmények a szív működést károsan befolyásolják.

De a mióta ilyen irányú vizsgálatainkat végezzük, azóta óvatosabbak lettünk a morphium adagolásával a digitalis-kúra alatt, meggyőződve arról, hogy a *morphium mennyire csökkentheti a digitalis-toleranciát*. Megjegyzendő, hogy a szívbeteg sokszor a morphium adása mellett jól tűri a digitalist s csak, ha a morphium és digitalis adásának ideje közelebb jut egymáshoz, észlelhetők kínos hányással járó rohamok, melyek hatásuk találkozását jelzik. Az előbbi

táblázatból kitűnik, hogy az aorta félholdalakú billentyűinek főleg lueses eredetű megbetegedése mellett, arteriosclerosisban, mesoaortitisben s nephritisben szenvedő betegeken csökkenhet morphiumpellett leginkább a digitalis-tolerantia. Legfeltűnőbbek az adatok éppen arteriosclerosisban, mert ezen betegek azok, a kik a baj előrehaladottabb időszakában a Rosenbach által ajánlott kombinált digitalis-morphium-kezelésre szorulnak. Az elégtelen és az állandóan rosszabbodó szív munka miatt folytonos digitalis-hatásra van szükség, viszont valószínű, hogy az agyvelő-arteriosclerosis következménye az, hogy nincs nyugalmas éjszakájuk, a min mi morphiumpellett igyekezzünk javítani. De a mint Korányi professor írja: „ha a javítás ára az, hogy a digitalis-tolerantia csökken, a helyzet megváltozik. A szívbetegséggel a morphiumpellett csak jól tesz, de a digitalis az, a mi őt élteti.” Mindezek következménye azután az, hogy igyekezzünk az állandóan digitalisra szoruló szívbetegségeink összes, sokszor kínzó panaszait, álmatlanságát morphiumpellett valami más narcoticummal enyhíteni.

Változik természetesen a helyzet, ha a degenerált vagy atrophias szívizom a digitalis hatására már egyáltalán nem reagál, vagy ha a digitalistól számbavehető hasznót nem várhatunk. Ekkor adhatjuk a morphiumpellett bőven, mert bár tudjuk, hogy nem oki javallatnak felelünk meg, sokszor igazán elviselhetetlen kínzó tüneteket szüntethetünk meg s mert azzal, hogy az utolsó hetekben, napokban morphinistává tesszük betegünket, úgy sem ártunk semmit. De, ha viszont tudjuk azt, hogy a morphiumpellett a digitalis toleranciát dosist bizonyos esetekben apaszthatja, úgy, hogy az elérhető hatás elégtelenné válik: ott, hol eredményt várhatunk még a digitalistól, óvatosabban bánjunk a morphiumpellett, mint bántunk e lehetőség ismerete előtt.

Adatok a harcztéri has-sérülések klinikájához.

Irta: Tar Alajos dr., v. vörösk. kórh. főorvos, jelenleg népfőlköl orvos a 31. honvéd gy. ezredben.

A „hadi szívbjaj” valódi aetiológiájával foglalkozván volt alkalmam már e lapban is rámutatnom arra a csodálatos és mélységes viszásságra, mely a „hadi betegségek”-nek nevezett, vagyis éppen a háború által fontosságra emelkedett, eddigelé csak hébe-hóba észlelt körképeknek a megítélésében nyilvánul. Legkevésbé sem lepleztem ennek okait. Éppen azok a hivatott észlelők, klinikusok, a kiknek szinte tisztjuk volna az, hogy a betegségek eredetét, gyökereit, talaját — legalább elvéve — a helyszínén, a harcztéren tanulmányozzák, még látogatóban is alig fordulnak meg a táborban. Ennek sajátságos következményeit láthatjuk aztan Mackenzie, Romberg, Fürbringer s másoknak pl. a hadi szívbjajról, Oppenheim-nak a hadi traumás neurosisokról a klinikai dolgozószobában szerkesztett elméleteiben. Világháború van több, mint három esztendeje, százezrek veszték oda s az orvosi speculatio felett mindedig sem lettek úrrá a tapasztalat tanulságai. Fontos és homályos emberszerkezeti és lelki jelenségek egész sorára, melyet a háború rettenetes tömegkísérleti adataival kellett volna megoldanunk, rámondtuk az ignorabimus-t.

A következőkben csak egy részletkérdést, a has-sérülések megítélését szeretném néhány rövid megjegyzéssel körvonalozni s ennek kapcsán igazolni az imént mondottakat.

A has-sérülések kérdésének a műtét jávalat ügye adott oly lendületet, mely a problémát jelenleg is gyakran felszínre veti. A vitában Manninger mult évi (1916) összefoglalása szerint kibékíthetetlen végletek is állnak egymással szemben. Némelyek szerint a műtét feltétlenül kerülendő, mások szerint azonnal el kell végezni azt. A vita túlnyomó részére itt akár ki se térjünk. Nem érdekel, minthogy oly apodiktikus elveket és megállapításokat tartalmaz, melyeket messze a tábor mögötti kórházakban és klinikákon működő bűvárok szereztek oly beteganyagon, melynek odakerülni módja volt. Ez a beteganyag az eredetinek jó, ha egy ötödrésze és attól mind a — már megállapodott — kórfolyamat lényegében, mind

pedig annak prognózisában teljesen különböző. A has-sérülésekre vonatkozólag irányadó szempontokat csak a harcztéri, még pedig lehetőleg a segélyhelyi észlelők tapasztalataiból meríthetünk.

Ezek között elsőben is Kraske tábori kórházi adatai egybevágók Mátyás segélyhelyi megfigyeléseivel és azt bizonyítják, hogy — a mint természetes is — a műtét eredménye a folyamat időpontjától függ, hogy feltétlen javalatról szó sem lehet és hogy a kimenetelt főképp bélperforatio fennállása és ennek jellege szabja meg. A has-sérültek $\frac{4}{5}$ -e vagy a helyszínén, vagy a segélyhelyre, illetve onnan a hadosztály-intézetbe való szállítás közben (és által), vagy a segélyhelyen hal meg. Ezt magam is megerősíthetem s pl. Leitner jó statisztikáját kétségkívül csakis a segélyhely előtt, vagy ott rövidesen elpusztultak kihagyásával érthette el. Érdekes és értékes eredményeit még szóvá tesszük.

Az esetek klinikai értékelésére először Albrecht-nél akadunk; a műtét jávalat az érverés fenyegetővé váló viselkedéséből meríti. Eljárása nem helytelen, mindazonáltal csak tüneti. Az egyes esetek éles klinikai megkülönböztetését és a has-sérüléseknek határozott kórtani kettéválasztását Leitner Fülöp is elmulasztja, noha egyébiránt észlelései részletek és — kivált az igen nehéz körülményekhez képest — alaposak is. A kétségtelen belátfúrás, bélelőés és nagyfokú hasüri vérzés eseteit kivéve, csakis conservatív kezelést ajánl. Úgy látszik, hogy a hosszadalmas és testi rázkódtatás nélkül el nem képzelhető — műtétre való — szállítástól még bélperforatióknál is idegenkedik, ha ezek a folyamat rögzítődésére hajlamosak. A szállítás életveszélyes voltát megdöbbentő adatokkal igazolja. Viszont a segélyhelyen conservatív tüneti kezeléssel, főképp abszolút nyugalommal eseteinek csaknem $\frac{3}{4}$ részében gyógyulást ért el.

Ez a statisztika akkor is meglepő, ha, mint említettem, a rögtöni vagy gyors exitusok levonásával készült és ha nagyrészt oly haslővéseket tartalmaz, melyek a belet nem fúrták át. Holott egyszerű a magyarázat.

Hasi-sérüléskor, a belet nem sértő jóindulatú sebeket vagy a súlyos belső vérzéseket kivéve, csak két szövődmény lehetséges: sepsis és peritonitis.

Minden egyéb ebből a tényből következik. A sepsis menthetetlen, műtéttel is, anélkül is. A peritonitissal azonban még lehet birkózni és a sebészi jávalat az idejében való műtét lehetsége határozza meg. Idejében való a műtét szerintem az első 12 órában; a második 12 órában ellenben a szállítást általában már ne kockáztassuk. A második 24 órában, ha a beteg jó erőben van, még ha lehetséges is a műtét, akkor is maradunk meg a conservatív kezelés mellett, azon okokból, melyeket Korányi az appendicitis hasonló stadiumait illetőleg fejtett ki; mindenesetre várjunk. A harmadik 24 órában a conservatív eljárás határozottan javalt.

Minden reményünk ahhoz fűződik, vajjon sikerül-e elkerülnünk a sepsist és lehetőleg lokalizált peritonitissal fejlődik-e ki? Ezért fontoljuk meg, tehetünk-e valamit a kívánt irányban? Azt hiszem, igen, kivált ha nem gránátszilánk, shrapnellgolyó okozta roncsolásról van szó.

A sepsis ellen általános, a szervezetet erősítő eljárásokat kell haladéktalanul alkalmaznunk. Intravenás infúsiók, kellő felszereléssel, állandó segélyhelyen, ha ügyel-bajjal is, többnyire elvégezhetők. Csaknem minden esetben alkalmazhatók azonban a Richter-féle phagocytin (natr. nuclein.) injectiók, melyeknek hatalmas és igen gyors (7—10 óra alatt) vérbeli polynucleosist előidéző hatását régebbi kísérleteimben gyakran ellenőrizhettem.

Ezek az általános beavatkozásokon kívül helyileg is előmozdíthatjuk a peritonealis helyi reactio megindulását. A vétagok felpolcolásával autotransfúsiót végezhetünk, a has köré (nem a hasra) forró vízzel telt kulacsokat helyezünk el thermophorokul; arra a helyre, a hol a hashártya lobos reactiója várható, derivant (mustárt, ol. terebinth.- v. alkoholborogatást) alkalmazunk s a belek nyugalmát erőyes és bőséges morphiomadagokkal (5, sőt 6×2 cgr., v. 3—4-szer 3 cgr.) biztosítjuk. A beteg kínzó folyadékszükségletét legalább 3—4

napi tökéletes étlen-szomjantartás mellett *Katzenstein*-féle végbélbecseppentésekkel (5—6 óra alatt gyengült felszívódás mellett is több deci vizet vihetünk be) túrhetően kielégíthetjük, általában jobban, mint a gyengült vér s nyirokkeringés mellett alkalmazott bőralatti infúziókkal. A *Katzenstein** jó hatását hangsúlyozták s kívánták is a betegek; hozzájárult annyira kívánatos *absolut nyugalmuk* előmozdításához. Ennek döntő fontosságát észleltem pl. az 1916 évi volhyniai nyári harcok alatt, mikor a phlegmatikus, engedelmesen tűrő haslövéses orosz foglyok közül sokkal többen maradtak élve, mint saját sebesültjeink közül.

Azt, hogy has-sérülésnél a helyi peritonitis, a góczra szorítókozó reactio támogatása az érdekünk, sokan talán idegenkedve fogadják, noha nőgyógyászati analógiák a pelveoperitonitisek köréből az eljárás logikus voltát igazolják. Kétségtelen, hogy éppen a hasi sérülések tere az, melyen különösen idején való lenne megküzdenni orvosi elméleti sémázó hajlamunkkal és segélyhelyeink, tábori egészségügyi intézeteink részére a fent vázolt észleletekből vont olyasforma gyakorlati alapot kidolgozni, a milyen pl. az Isonso (5.) hadseregnél van érvényben.

Kórtörténeteim csak 20, a segélyhelyen kezelt esetre vonatkoznak, melyek ilyenmő értékesítését nagyrészt *Kádár József* dr. kollegámnak köszönhetem. 20 között 12 sepsis, 8 peritonitis volt, az utóbbiak közül életben maradt 5. Szűkös, de szabatosan vezetett statisztika, melyen kívül számos, kórtörténetbe nem foglalt esetben szerzett impressióra támaszkodom, mikor e néhány szerény adattal óhajtok egyrészt a hasi sérülések klinikumához hozzájárulni, másrészt rámutatni arra, hogy a „hadibetegségek” helyes értelmezése a helyszínén való empiria nélkül mily akadályokba ütközik.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem III. számú belklinikájából. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár).

A Wassermann-reactio Kaup-féle módosításáról.

Irtá: *Keresztes Mária* dr.

A „Münchener med. Wochenschrift” 1917 február 5.-i számában *Kaup* és *Kretschmer* a Wassermann-reactiónak egy módosítását közölte. E módosítással 10—15%-kal több pozitív esetet kaptak, mint az eredeti technikával. A módosítás lényege az, hogy míg az eredeti technikánál a complementum mennyisége állandó — 1 cm³ malaczsavó 1:9 hígításban 5 cm³ összmennyiséggel —, tekintet nélkül a complementum minőségére, addig *Kaup* a haemolysin és antigen mellett a complementumot is kititrálja és a legkisebb oldó mennyiséget használja. Technikája röviden a következő: A haemolytikus amboceptor titerének szokásos megállapítása után ennek 4—6-szorosával a birkavért 1 óráig thermostatban sensibilizálja. Az így praeparált haemolytikus rendszer 1—1 cm³-éhez a 10-szeresen hígított complementumot 0.08—0.40 cm³-ig emelkedő mennyiségben adja hozzá s az egésznek a mennyiségét 2.5 cm³-re konyhasóval egészíti ki. Ugyanakkor beállítja antigennel és biztosan nem lueses savóval ugyanazokat a complementum-mennyiségeket. 1/2 órai thermostatban és 1 órai szobahőmérséken állás után azt a legkisebb complementum-mennyiséget veszi egységnek, a mely a haemolytikus rendszert az antigennel és normal-savóval teljesen oldta. A complementum-egységgel és ennek többszöröseivel állítja be a vizsgálandó savókat. Ezzel elkerüli azt, hogy a complementum olyan nagy fölöslegben legyen jelen, hogy kisebb fokú complementumkötés esetében még maradjon annyi complementum, hogy az teljes haemolysist hozhasson létre. Így nemcsak kis kötések tud kimutatni, hanem kimutatja azt is, hogy egy pozitív savó a complementum-egységnek hány-szorosát köti és hogy a kezelés folyamán a savó complementumkötő képessége mennyire változik.

Korányi tanár utasítására a klinika beteganyagán össze-

hasonlítólág végeztem a Wassermann-reactiókat az eredeti technikával és *Kaup* módosításával. A vizsgálatok eredménye a következő:

133 savó közül:

Eredeti technika:	Kaup-módosítás:
positív: 38 = 28.6%	53 = 39.6%
negatív: 90 = 67.6%	67 = 50.9%
kérdéses: 5 = 3.8%	13 = 9.4%

A *Kaup*-módosításnak némileg hátránya az aránylag nagyobb számú kétes eredmény. Ez esetek azonban az eredeti technikával mind negatív eredményt adtak.

Abban a 15 esetben, melyben a *Kaup*-methodus pozitív, az eredeti technika negatív eredményt adott, a klinikai diagnosis a következő volt: 3 tabes dorsalis, 2 cirrhosis hepatis, 1 pseudobulbaerparalysis, 4 aorta-megbetegedés, 1 diabetes mellitus, 1 pseudoleukaemia; 3 esetben a diagnosis nem volt megjelölve. Miután e megbetegedések nagyrésze biztosan lueses eredetű, másik részében pedig a betegek anamnesisében szerepelt a lues, jogosulatlanul válik az a vád, a melyet némelyek a *Kaup*-módosítás ellen emeltek, hogy t. i. kevésbé specifikus, mint az eredeti Wassermann-reactio.

A 11%-kal több pozitív eredmény, a melyet *Kaup* módosításával elértünk, bizonyítja ennek érzékenyebb voltát az eredeti technikánál. E miatt a klinikán állandó használatra vezettük be.

A berlini „Prüfstelle für Ersatzglieder“ congressusa.

Ismerteti: *Kerntler Jenő* dr. (Pozsonyi Hadigondozó-Intézet.)

(Vége.)

Végezetül rámutat az előadó arra, hogy szükséges volna egy orvosi bírálóbizottság összeállítása, mely a *Sauerbruch*-féle műtétek és hasonló eljárások indicatióit és használhatóságát pontosan megállapítaná.

Lange (München) bemutatja igen egyszerű szerkezetű, alkarcsokra és felkarcsokra való műkarját, a melynek lényege az, hogy az ujjak zárása a könyökizület hajlításával, nyitása pedig rugószerkezet folytán automatásan, magától történik. Alkarcsoknál tehát csak egy huzalra van szükség, míg felkarcsoknál kettőre, egyre az ujjak zárása és egyre a könyök hajlítása céljából. Való, hogy ez a műkéz igen erősen zár és szorosan fog.

A discussio kapcsán többen szóltak a tárgyhöz, a kik közül *Sauerbruch* és *Spitz* véleményei különösen mérvadók. Mindketten megegyeznek abban, hogy az izomcsatornák és izomhurkok készítése által a műkéz ujjainak zárása és nyitása sokkal gyorsabban és könnyebben végezhető. A hajlított ujjaknak meg van a szükséges szorító erejük is. *Spitz* a műtétek terén annyiban tér el *Sauerbruch*-tól, hogy a rendes *Sauerbruch*-féle műtétek mellett úgynevezett izom-alábéleléseket (Unterfütterung) végez, vagyis nem teljes csatornákat alkot. Vállizületben kiiesítetteknek, a hol a triceps és biceps nem áll rendelkezésünkre, a hajlító mozgások részére a pectoralisból, a feszítők részére a latissimus izomzatából készíti a csatornákat.

Wullstein a vállizületben kiiesítetteknek vagy nagyon rövid felkarcsoknál a latissimus és pectoralis csatornáin kívül még egy úgynevezett acromialis csatornát készít.

A műtők, *Spitz*-vel élükön, mindnyájan megegyeznek abban, hogy a *Sauerbruch*-féle műtéteket meg kell csinálni. Tapasztalásaik szerint az első sikeres műtétek után a rokantak köréből annyian jelentkeznek műtetre, hogy szinte nem győzik az operatioakat.

Goedt (Berlin) a kóros csontokról szóló előadásában amellet foglalt állást, hogy a rossz csontokat plastikai műtétekkel meg kell javítani és hogy csipőizületben kiiesítetteknek is lehetőleg izomlebenyeket tartunk meg és ilyen

* *Katzenstein*-féle készüléket a segélyhelyi irrigálóból bármelyik csapatorvos könnyű szerrel összeállíthat.

módon egy kisebb-nagyobb lágyrészcsontot nyerjünk, a melynek a művégtag mozgásában befolyása legyen. Bemutat ilyen módon csípőizületben exartikulált betegeket, a kik az ő típusa szerint készült művégtagokkal igen szépen járnak. A lábszáramputáltakra vonatkozólag az a véleménye, hogy akkor, ha nem nyerhetünk nagyon hosszú lábszárcsontot, inkább csak olyan rövidet készítsünk, a melyet a beteg ily célra készült művégtagjával félig térdeplő helyzetben akkor is kitűnően használ, ha csontját nem tudja teljesen kinyújtani. Ilyenkor a csont elülső felszínére támaszkodik, miáltal elkerüli a csontvégeknek a testsúly reánehazódása következtében beálló fájdalmasságát, a járás a betegre nézve kellemesebb lesz, mert a lábszárcsont elülső felszíne sokkal kevésbé érzékeny.

Du Bois-Reymond és *Bloch* (Berlin) az egészséges alsó végtagokkal és a művégtagokkal való járás stereogramjait mutatja be. Eredményeik megegyeznek abban, hogy a művégtag járás közben az új lépés kivitele előtt sokkal tovább marad hátra hajlított állásban, mint az egészséges láb, azonkívül, hogy a csípőizületben a műlábbal való járáskor nagyobbak a niveau-különbségek. Legmélyebben áll a csípőizület akkor, a mikor a műlábát a beteg a talajra helyezi. *Bloch* azonkívül a testnek egyéb mozgásairól, például a váll- és csípőtáj előre és hátra való mozdításáról, oldalsó mozgásairól stb. beszélt, különös tekintettel a műlábbal való különbségekre.

A discussio kapcsán *Scheede* (München) egy szerkezetnek a sémáját mutatta be, a mely a *Jaksch*-féle paralellogramm elvén alapszik. Ha ugyanis a paralellogramm egyik szárát megterheljük, akkor a másik szára kiegyenesedik. Ez az elv lehetővé teszi olyan műláb készítését, a melynek segítségével a beteg térdben behajlított műlábbára ránehazódva, ezt magától kinyújtani tudja. *Mann* (Wien) pedig rámutat arra a körülményre, hogy a műláb abductiója és a trochanter major kifelé forgatása járás közben művégtagoknál sokkal csekélyebb mérvben történik, mint egészséges lábnál. Ezért ügyelni kell, hogy a művégtag lába hegyét semmi esetre se helyezzük kifelé, hanem egyenesen előre.

Ezután *Barth* (Berlin) mutatta be azokat a térdfékkel ellátott műlábakat, a melyeket elbirálás céljából a berlini „Prüfstelle“ címére küldtek. Az ilyen, minden állásban fixálható művégtag fékszerkezetét vagy külön a vállon át vezetett huzalok szolgáltatják, vagy kiválthatja a szerkezet működését a lábnak sarok-végére vagy az ujjhegyekre nehezű testsúly. A szerkezet kidolgozásában a fék vagy olyan, hogy rögtön teljes fixálást hoz létre, vagy olyan, hogy megterhelésekor a térdben való további behajlítást nem akadályozza meg teljesen, hanem azt igen meglaxítja és megnehezíti. A nevezetesebb ilyen műlábak a következők:

Autenried szerkezete, a melyet a mainzi műlábbra alkalmaz, vállhuzal segítségével fékez.

Engels műlában egy szalagfék végzi a fixálást, mely az egész czomb és térdizület körül van vezetve.

Weissshuhn műlában a fékezés egy a kerékpároknál (a szabadon futó keréken) használatos golyófék segítségével történik, melynek működését a sarokra történő nyomás váltja ki.

Zander műlában egy fémszalag van az egész lábszár körül vezetve, melynek működését egy a bokán elhelyezett készülék váltja ki. Ez a szerkezet azok közé tartozik, melyek nem fixálnak teljesen.

Rosset (Freiburg) szintén szalagfékkel éri el a fékezést, a melyet úgy a sarokra, mint a lábujjhegyre való nehezűdés vált ki.

Soukop készüléke szintén nem fixál teljesen és rögtön, hanem lassú fékezést vált ki.

A discussio kapcsán még több ilyen szerkezetet mutatnak be, a melyek közül a legmegfelelőbbek és legegyszerűbbek a

Fischer-féle (Pozsony) műláb, a mely a fékezést a térd-

izületben elhelyezett két kis szorító pófával végzi; a teljes, rögtön fixálást a lábfejre nehezűdű testsúly váltja ki.

Lenkfelder (Wien) szerkezete a *Fischer*-féle térdhez hasonló, csakhogy a szerkezet nem a térdén, hanem a lábszáron van elhelyezve. Szintén teljesen és rögtön fixál.

Többé-kevésbé jól sikerült fékszerkezeteket mutatott be még *Maschek* (Wien), *Uantzer* (Stettin) és *Moosberg*.

Engels (Hamburg) a bemutatások kapcsán utal arra, hogy a műlábbal fontos az, hogy járáskor, midőn a beteg a műlábát előre viszi, a lábfej maga erősen hajlított állásban legyen, nehogy a talajon surlódjék vagy benne megakadjon. Bemutatja egy erre szolgáló készülék sémáját.

Lexer (Jena) terjedelmes előadásában a csontátültetés műtéteiről és a velük elért eredményekről számol be. Műtéti technikájának főtulajdonsága, hogy sohasem használ srófokat, hanem csak a csontok körül vezetett drótkacsokat és hogy a csontátültetés számára erős, vastag csontdarabokat vesz az egészséges lábszár valamelyik csontjából. Tapasztalásai szerint csak akkor lehet sikeresen operálni, ha a legutolsó fistula gyógyulása után legalább $\frac{1}{4}$ esztendő telt el. A csontvégek szoros egyesülése 8–10 hét múlva, a végtag használhatósága 4–6 hónap múlva következik be. A műtétek után több mint 30%-ban jelentkező sebgyógyulás a gyógyulást ugyan késlelteti, de a csontvégek pontos egyesülését nem akadályozza meg. Betegbemutatásaival kapcsolatos előadása után élénk discussio következett, a melynek kapcsán többen, például *Ringel*, más műtéti eljárásokat ajánlottak, mások, például *Bier* tanár (Berlin), tapasztalásai alapján sokkal skeptikusabban ítélték meg a csontátültetési műtétek eredményeit.

Hohmann (München) szintén nem ajánlja a csontplastikai műtéteket, hanem amellet foglalt állást, hogy az eredeti törésvégeket felfrissítés után közvetlenül egyesítsük és nem tulajdonít nagy jelentőséget annak sem, hogy ilyen módon esetleg igen nagy rövidülések jönnek létre.

Radtke (Berlin) és *Scheede* (München) az állizületek correctiójára szolgáló rögzítőkészülékeket mutat be, az előbbi a karra, az utóbbi az alsó végtagra való készülékeket, a melyek megfelelő szerkezet révén az ilyen végtagnak könnyen jelentkező hátrányos befelé való rotációját is megakadályozzák.

A csontplastikai műtétekhez még *Bruhn* (Luzern) és *Böhle* (Bozen) szólt hozzá.

Az idegműtétek daczára megmaradt radialis- és peroneus-bénulások kezeléséről *Spitz* (Wien) úgy nyilatkozott, hogy az ilyen esetekben az inátültetési műtétet meg kell csinálni. Peroneus-bénulásoknál ő a tibialis posticus inát vagy az Achilles-ínt varrja előre.

Stoffel (Mannheim) szintén olyan esetekben végzett inátültetési műtéteinek eredményeit mutatja be, a mikor a műtétet eredménytelen vagy rosszul sikerült idegműtét után végezte. Szerinte is ilyen esetekben az inplastikai műtétet el kell végezni. Eredményei jók és régiek. Figyelemmel kell azonban lenni arra is, hogy még jól sikerült idegműtét után is az eredmény csak hosszú idő, esetleg 2–3 esztendő után következik be. Vigyázni kell arra is, hogy a radialis bénulását javító inplastikai műtétekkel ne idézzük elő a kéztőnek extensziós merevségét.

Hoomann (München) és *Moosberg* új szerkezetű radialis-síneket mutatott be.

Volk (Berlin) rámutat arra, hogy az összes létező radialis-sínek bizonyos tekintetben csökkentik a munkaképességet és hogy a munkások nagy része ezeket a síneket munkaközben nem használja.

Konrad Hartmann, a Prüfstelle elnöke, zárószavában köszönettel adózott az összes jelenvoltaknak és előadókknak, és abbéli indokolt reményének adott kifejezést, hogy az a nagy munka, a melyet a hadigondozás szakértői e téren kifejtettek és a melynek legörvendetesebb jelensége a mostani nagygyűlés volt, a jövőben még szebb és még kielégítőbb eredményekre fog vezetni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Magyarország orvosainak évkönyve és címtára az 1918. évre. Szerkeszti *Pesti Alfréd*, kiadja a „Petőfi” irodalmi vállalat. Bolti ára 10 korona.

Már huszonnyolcz év folyt le azóta, hogy *Pesti Alfréd* az Orvosi évkönyv és címtár első évfolyamát útjára bocsátotta. Azóta ez a mű mind tökéletesebb alakban és dúsabb tartalommal jelent meg. Noha a már közel négy év óta dühöngő világháború következtében nem csupán a papír és a nyomdai munka ára emelkedett nagy mértékben, hanem az adatok összegyűjtése is sokkal több, sőt néha majdnem leküzdhetetlen nehézségbe ütközik, az évkönyv érdemes szerkesztője fáradhatatlan buzgalommal mégis legyőzte az akadályokat és lehetővé tette, hogy ezidén is a kellő időben és a tavalyinál még valamivel nagyobb terjedelemben megjelent és részletes és megbízható adatokat tartalmaz az összes hazai orvosi viszonyokról. Megtaláljuk az évkönyvben az egyetemi orvoskari intézetek, a polgári meg katonai kórházak, az elmegyógyintézetek, a szanatóriumok, a nyilvános rendelő intézetek, a munkásbiztosító pénztárak, a fürdőhelyek és a különböző hatóságok orvosi személyzetének névsorát és beosztását. Felsorolja továbbá az évkönyv a különféle szaktanácsok tagjait, az orvosi tudományok meg társadalmi egyesületek képviselőit és az összes hazai orvosi szaklapokra vonatkozó adatokat. Becses része az évkönyvnek a hazánk orvosi rendjére és az orvosok eloszlására vonatkozó statisztika, a melyet a szerkesztő hivatalos adatok alapján állított össze és a mely elszomorító fényt vet a hazánk egyes vidékein fennálló, sajnálatos orvoshiányra, a melyet még károsabbá tesz az a körülmény, hogy a különben is gyér számú községi meg kör-orvosoknak jelentékeny része katonai szolgálatra hivatott be. Ez a statisztika megcáfíthatatlan érveket nyújt az orvosi szolgálat sürgős államosítása föltétlenül szükséges voltának bizonyítására. A magyar orvosi szakirodalom múlt évi összes termékeinek címjegyzékét is közli az évkönyv, szakok szerint csoportosítva. E bibliographiai összeállítás örvendetes módon tanúsítja azt, hogy a magyar orvosi kar a sok időt meg fáradtságot igénylő hadiszolgálat teljesítése mellett a tudományos és irodalmi munkásságot is serényen folytatja és háborús tapasztalatait a múlt évben is tudományosan feldolgozta. A könyv címtári része tartalmazza az összes hazai orvosok személyi adatait, még pedig elkülönítve a budapesti és az egyes vármegyék szerint betűsoros rendbe beosztott vidéki orvosokéit. Külön függelék közli Fiume, Horvát-Szlavonország és Bosznia-Hercegovina orvosainak névjegyzékét. Az évkönyv a múlt évben elhalt orvosoknak és külön kimutatásban a háború áldozataiként hősi halállal elhunyt kártársainak emlékét is megörökíti. Az eligazodást jelentékenyen megkönnyíti a nagy gondnal összeállított, elűtő színű (sárga) papírra nyomtatott részletes tárgy- és névmutató.

Tihanyi Mór dr.

Új könyvek:

M. Hopp: Ueber Hellsehen. Berlin, S. Karger. 5 m. — *Merrem*: Die besonderen Aufgaben der Feldchirurgie. Berlin, A. Hirschwald. 3 m. — *E. Hoffmann*: Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bonn, Marcus und Weber. 3.60 m. — *E. Fröschels*: Kindersprache und Aphasie. Gedanken zur Aphasielehre auf Grund von Beobachtungen der kindlichen Sprachentwicklung und ihrer Anomalien. Berlin, S. Karger. 7.80 m. — *A. Strümpell*: Die Schädigungen der Nerven und des geistigen Lebens durch den Krieg. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1.50 m. — *E. Haeckel*: Kristallseelen. Studien über das anorganische Leben. Leipzig, A. Kröner. 4 m. — *H. E. Hering*: Der Sekundenherztod mit besonderer Berücksichtigung des Herzkammerflimmerns. Berlin, J. Springer. 4.40 m. — *J. F. Klapp*: Vom vorzeitigen Altern. Stuttgart, F. Enke. 3 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A typhusbacillus-gazdák kezelésére *Stuber* docens (Freiburg) a cystinkénesezt ajánlja. Abból indult ki, hogy a

szervezetbe vitt cystin legnagyobbbrészt a májban bomlik fel; ha tehát sikerül valami desinficienssel összekötni, akkor ez a desinficiens csak a májban válnék szabaddá s ily módon elpusztítaná az epehólyagban és epeutakban tartózkodó typhusbacillusokat. Állatokon végzett eredményes kísérletek után embereken is kipróbálta a szert, még pedig 7 typhus-, 11 paratyphus-B- és 2 paratyphus-A-gazdán. Ezek szintén jó eredményre vezettek, amennyiben a legtöbb esetben 14 napi kezelés után végleg eltűntek a bacillusok a bélsárból. Két esetben szájgyulladás állott be a kénese hatása következtében, egyébként azonban semmiféle káros tünet nem mutatkozott, nephritis nem fejlődött; a kezelés elején néha mérsékelt subjectiv zavarok mutatkoztak (bőfűgés, gyomornyomás, gyakoribb székelés), ezek azonban csakhamar visszafélődtek. Az adag naponként 3-szor 0.2 gramm a szájon át. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 8. szám).

Sebészet.

A szív lövési sérüléseiről értekezik *F. Gaisböck*. A gyógykezelés és prognózis szempontjából több csoportba osztja a szív sérüléseit: 1. a melyekben a vérzés csillapításával, a szívizom összevarrásával, esetleg a lövegnek azonnali eltávolításával a beteget fenyegető életveszedelemtől menthetjük; ily esetekben tökéletes gyógyulás és teljes munkaképesség állhat be; 2. az idegen test oly helyen fekszik, a hol állandó kellemetlenséget okoz (a szívburokban, a szívizomban) s a beteget munkaképtelenné teszi, a midőn is a projectilnek egy későbbi időszakában való eltávolítása indikált; 3. a sebesülés következményeképpen másodlagos elváltozásokat találunk (vérzés, levegő a pericardiumban), a mely elváltozások a szív működését megakadályozzák; ilyen esetekben kérdéses, hogy a projectil eltávolítása egyáltalán lehetséges-e, avagy a javulás beállta valószínű-e a projectil eltávolítása után; 4. a hol a golyó által okozott zavarok később eltűnnek és teljes munkaképesség áll be. A gyakorlatban előforduló tünetek közül kiemeli a szájon keresztül történő erős vérzést. Különösen fontos és jellegzetes tünetnek tartja a szerző a „malomkerékszöregit”, a mely levegőnek és vérnek jelenlétét mutatja a szívburokban. Ezen tünet könynyebben hallhatóvá válik, ha a szív táját kezünkkel megnyomjuk. A szív mögött fekvő golyók, mivel a sympathicus idegszállait és duczáit izgatják, másrészt a szív és aorta közötti fekvésük következtében, különösen, ha a beteg felső testével előrehajlik, szúró fájdalmakat okoznak. Ha a golyó egy része a pericardiumban foglal helyet, a szívnek mechanikai izgalma folytán ezek a fájdalmak évek múlva is fennállanak, ha azonban a szívburkon kívül maradnak, bizonyos idő eltelté után a környezethez fixálódnak és különösebb kellemetlenséget nem okoznak. Ha a szívizomnak a golyó által okozott elsődleges laesiójához gyulladásos elváltozások járulnak, akkor a szív működés még évek múlva is lényeges rosszabbodást mutat. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 51. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

A familiaris splenomegaliáról értekezik *Lange és Schippers* (Amsterdam). Hét testvér közül ötön volt alkalmuk teljesen pontos klinikai vizsgálatot végezni. Egy meghalt néhány napos korában köldökfertőzés következtében; egyről, a ki a kórházban halt meg, csak annyit tudnak, hogy a kórjelzés „hepatitis” volt. Az öt közül háromnak a klinikai képe igen pontos, kimerítő vizsgálat alapján teljesen fedte a splenomegalia azon típusát, melyet *Gaucher* írt le: sárgásbarna bőrszín, erősen megnagyobbodott lép és máj, leukopenia és cachexia. Az egyik profus vérhányás közben meghalt, kettőn splenektomia végeztetett. Midkettő gyógyult. Dacára a klinikai képnek, mely teljesen fedte a *Gaucher*-típusú splenomegalia kórképét, a már felállított kórjelzést a szövettani vizsgálat nem igazolta. Rendkívül gondos, részletes vizsgálat mellett egyetlen egy készítményben sem lehe-

tett kimutatni az annyira jellegzetes *Gaucher-féle „óriássejteket”,* sőt a histológiai lelet a *Gaucher-féle* kórképpel egyáltalán semmiben sem egyezett. Kérdés tehát, *Gaucher*-típusú splenomegaliával van-e dolgunk, vagy egyelőre a pontos diagnosis helyett meg kell elégednünk a betegség definiálásával: az ismertett kórkép a *lépnek veleszületett, familiaris, progressiv megbetegedése, a melyet a lép és máj megnagyobodása, leukopenia, fokozatosan erősödő cachexia követ s melyhez végül — mint a bekövetkező halál közvetlen okozója — haemorrhagiás diathesis társul.* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1917, 86. kötet, 459. lap.) *Benedek Elek dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Cardialis hydrops egy esete van ismertetve a „Therapie der Gegenwart” ez évi első számában; ez esetben az összes használatos szerek cserben hagytak, a már-már feledésbe merült scilla ellenben tartós és gyors eredményt adott. Rendelés módja a következő volt: Rp. Bulb. scillae pulv. 3'0; Codeini phosphorici 0'30; Pulv. sacchari 2'0. Div. in dos. No. X. Naponként 3 port.

A gümőkóros nyirokmirigydagánatok kezelése *Mühlmann* szerint ma a megfordítottja a réginek. A míg azelőtt az a nézet volt elterjedve, hogy a gyulladásos mirigyeket belsőleg kell kezelni, az elszajtosodott és elgenyedt mirigyeket pedig operálni kell: manapság azt mondhatjuk, hogy a hyperplasiás mirigyeket lehet operálni, a többi azonban nem szabad operálni. Mindenképpen legcélszerűbb pedig a Röntgen-kezelés, amelynek a kozmetikai eredményei is tetemesen jobbak. (Deutschemed. Wochenschrift, 1918, 2. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 9. szám. *Feldmann Ignác:* Emberfejnyi cysta a fartájon. *Ladányi Mór:* Néhány megjegyzés Dalmady cikkéhez a harctéri rheumatismusról.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 10. szám. *Szöllősy Lajos:* Lues vagy metalues? *Székely Simon:* A traumás neurosisról.

Orvosok Lapja, 1918, 7—8. szám. *Kovács Sándor:* Megjegyzések az anya- és csecsemővédelemhez.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Kolbinger János dr.-t* a székesfővárosi államrendőrséghez a IX. fizetési osztályba rendőrorvossá nevezték ki.

A budapesti tüdőbeteg-gondozó intézetben februárban 231 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 1798 volt. Köpetvizsgálat 405 esetben történt, fertőtlenítés 4 esetben. A betegek között kiosztott 240 kiló liszt, 60 kiló dara, 270 kiló kenyér, 1600 kiló burgonya, 500 darab tojás.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által *Budapest* rendezett továbbképző előadások során *szerdán*, e hó 13.-án este 1/2 7 órakor az I. számú egyetemi sebészeti klinika tantermében (VIII., Üllői-út 78. sz.) *Dollinger Gyula dr.* egyetemi tanár „Az amputációs csontok utóbajairól, kapcsolatban a művégtag-kérdéssel” címmel tart előadást. Az előadáson minden orvos előzetes jelentkezés nélkül részt vehet.

Személyi hírek külföldről. A baseli egyetem sebészeti tanszékére *G. Hotz dr.* freiburgi címz. rendk. tanárt nevezték ki. — *F. Schultze* tanár, az ismert bonni belklinikus, nyugalomba vonul. — *R. Bing* baseli magántanár (idegkórtan) rendk. tanár lett. — Genfben egy nőt kineveztek az egyetemre az életvegytan rendk. tanárává. Az illető *L. Stern dr.*, orosz születésű.

Meghalt. *Böke Gyula dr.*, a budapesti egyetemen a fülorvostan nyugalm. rendk. tanára, március 5.-én 86 éves korában. *Böke* Tató született, orvosi tanulmányait Bécsben végezte; fülorvosi szakkiképzését ugyanott és Würzburgban nyerte. 1861-ben *Budapest* telepedett le mint fülorvos, 1862 óta a Rókus-kórház fülbetegeit látta el, 1868 óta rendelő-orvosi minőségben. Ugyanazon évben magántanár lett az egyetemen, 1879-ben rendk. tanári címet kapott és 1902-ben nyilv. rendk. tanárrá neveztetett ki. 1911-ben vonult nyugalomba. Elnöke volt a kir. orvosegyet. otológiai szakosztályának s tagja több bel- és külföldi tudományos társulatnak. *Böke* tanár korábbi éveiben szaktudománya terén igen nagy kiterjedésű és értékes irodalmi működést fejtett ki, melyet külföldön is méltányoltak. Irt egy fülészeti tankönyvet is, melyet 1867-ben a Orvosi Könyvkiadó Társulat adott ki.

Friedmann gümőkórellenes szeréről két közlést hoz a *Berliner Klinische Wochenschrift* ez évi 7. száma. Az egyiknek *Kölliker* tanár, az ismert lipcei orthopaed-sebész a szerzője, a másiké *W. Kühne* cottbus-i kórházi főorvos. Mindketten kitűnő eredményekről

számolnak be. *Kölliker* szerint ezentúl kötelessége minden orvosnak, hogy sebészi tuberculosisos betegeit a *Friedmann*-eljárással kezelje, még pedig lehetőleg a betegség korai szakában. *Kühne* 29 esetben — részben tüdő-, részben csont- és mirigy-tuberculosis eseteiben — alkalmazta a szert, kivétel nélkül a legjobb eredménnyel; a még nem nagyon előhaladott esetek valamennyien teljesen meggyógyultak, az előhaladottak javulást mutattak. Tapasztalatai szerint *Friedmann* eljárása minden eddigelé a gümőkór gyógyítására használt szert és eljárást felülmul. Csak egy subcutan befecskendezésből áll; kivételes esetekben utólag még egy intravenás injectiót kell alkalmazni, de tudni kell, hogy milyen esetben van ennek helye, mert nem arra való esetekben a második befecskendezés elrontja az elsőnek az eredményét is. Az a benyomásunk, hogy a gyakorlati orvostudományak korszakos haladása van előttünk. Mintha a sors jóvá akarná tenni a háborúval az emberiségen ejtett nagy sérelmet. Ha beválnának a *Friedmann*-eljáráshoz fűzött fellengző remények, a háborús évek bilance-a az emberiségre nyereséggel zárulna.

A homioisexualitás gyógyításának megtalálta a módját. *Steinach* bécsi physiologus, a kinek nemimrigy-transplantációs állatkísérletei nagy feltűnést keltettek, most kísérleteinek az eredményét a homioisexualitás gyógyítására használta fel, még pedig sikerrel. *Lichtenstern*-nel együtt irt közlésében (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 6. sz.) a következő esetről számol be. 30 éves katonáról van szó, a ki 15 éves kora óta homioisexualis — passiv paederasta — igen ritka és rövid ideig tartó heterosexualis időszakokkal. Szervezeti típusában félreismerhetetlen bizonyos női vonás. Az egyénnek már előbb mindkét herét el kellett távolítani gümőkór miatt, a mi azonban homioisexualis hajlamán mit sem változtatott. Ugyanazon kórházi osztályon egy rendes nemi érzésű fiatal katona feküdt, a kinek az egyik heréje a leszállás-kor a lágyékcsontról rekedt meg s e helyzete folytán fájdalmat és kellemetlenséget okozott. Ezt a herét, mely egy kis darabjának szövettani vizsgálata szerint ondóképző elemeiben sorvad, de interstitialis sejteit tekintetében ép volt, kiirtották s azonnal bevarrták a homioisexualis egyén lágyéktájának az izomzata közé. Eredmény: már 12 nappal a műtét után merevedései vannak, libidója az ellenkező nem felé irányul: homioisexualis érzése teljesen eltűnt. 6 héttel az átültetés után közöskölés prostituálttal, melyet azontúl rendszeren végez. Egy évre reá megnősül; nemi érzése teljesen normalis, undorral gondol vissza a mult időkre. E psychés átváltozással együtt szervezetének nőies vonása is (zsírlerakódás az emlőkön s a csipők körül stb.) eltűnt, egész megjelenése és fellépése férfiasabb lett.

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

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Vizgyógyintézet, 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-égkészlőek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden

Dietetás-physikalís magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegek (czukor-baj, közsvény), neurastheniások, verszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.

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

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

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

Dr. Widder Bertalan operateur orthopad-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. Réh Elektromagneses gyógyintézete, VII., Városligeti fásor 15. sz. Az összes modern villamos gyógy módok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — benuások, rheumás bajok, arteriosklerosis stb. ellen.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (XI. bemutató szakülés 1917 december 5.-én.) 134. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület. (I. tudományos ülés 1918 január 19.-én.) 135. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1917 december 5.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

(Folytatás.)

Eset a méhrák műtéti módjainak mérlegelésére.

Poledna Béla: Az előadó a méhrák különböző gyógyítási elveit ismerteti a sugaras kezelés óta; majd rátér a *Scipiadese* osztályán gyakorolt szokásokra, végül egy példával mutat rá, hogy a méhrák kezelésében nem jó mindig a sablonhoz ragaszkodni, hanem az eseteket individualizálni kell. Az eset 65 éves nőre vonatkozik, a ki cervixcarcinomában és pyometrában szenved, szóval II. fokban operabilis eset, melyet *Wertheim*-féle abdominalis műtéttel kellett volna operálni; e műtét contraindicatióinak tárgyalása után kifejti, hogy miért döntöttek a *Schauta*-féle hüvelyi műtét mellett. Végül arról szól, hogy mennyiben igazolta a műtét és a láztalan és subjective jó közérzésű reconvalescentia a választott út helyességét.

Bélegyesítés invaginációs módja.

Schossberger Endre: A bélműtétek legfontosabb része a bélegyesítés. Ennek jelenleg használatos kétféle módja, ú. m. az axialis egyesítés és a csonkelsúlyesztés lateralappositióval az előadó szerint nem tökéletes. Az előbbinek technikája rendkívül nehéz, sokszor okoz szűkületet; az utóbbi — az uralkodó módszer — vakon végződő csonkokat hagy hátra és nagy feszülésnek teszi ki a varratokat.

Ezért az előadó egy, az eddigieknél a céljának jobban megfelelő bélegyesítési eljárást ajánl, a melynek ideája *Wullstein*-től ered, a ki állatkísérleteit invaginációs egyesítéssel végezte. Ugyancsak állat- és hullakísérletekkel próbálkozott *Orth* is. *Reich* végzett először resectiót invaginációs egyesítéssel, minthogy azonban nem tudta az odavezető kacsot az elvezetőben fixálni, felette anus praeternaturalist készített.

A műtétet az előadó következőképpen végzi: A mesenterium lekötése után — jóindulatú folyamatnál a bélfal mellett, rosszindulatúnál ékalakban — két Doyen-szorító között mélyen az épbén reszekálja a beteg területet, úgy hogy az elvezető kacsot ferdén metszi át mesenterialis hosszabb felszínnel. Most, ha az odavezető kacs teltsége nagyfokú, tartalmát steril edénybe engedi, majd újból ráhelyezi a Doyen-szorítókat és a lumenek széleit bejódossa. Ezután az odavezető kacs két oldalát 1—1 Lumniczerrrel megfogva, kb. 2—3 cm.-nyire az elvezetőbe tolja. Most 8 csomós varrattal rávarrja az elvezető falát az odavezetőre, majd leveszi a Doyeneket és kihúzza a Lumniczereket. Még 8 sero-serosus varrat után összevarrja a mesenteriumot paramesenterialisan és az egész varratréteget cseplésszel borítja.

A műtétet először egy teljesen kilátástalan esetben alkalmazta, a melyben gyorsan kellett resectiót végezni, mert a beteg toxicus peritonitise miatt a műtétet is alig bírta ki. A bonczolás az egyesítést jól functionálónak találta. Ezután 2 esetben végzett bélresectiót az invaginációs módszer szerint teljes sikerrel. *Herczel* tanár a vastagbélben alkalmazta volt két resectió esetében kitűnő eredménnyel. Az eljárásnak előnye, hogy a műtét tetemesen megrövidül (30—35 perc), egyszerű lesz és az eddigi eljárások hátrányainak némelyikét eliminálja.

Herczel Manó: Mindenkinél, a ki sok bélműtétet végzett, az az érzése, hogy az eddigi módszerek nem tökéletesek, úgy, hogy technikailag egyszerűbbre és rövidebb idő alatt elvégezhetőre van szükség. E kíváncsnak az előadott invaginációs módszer mindenek szerint megfelelő és minthogy az előadó vékonybél-egyesítés néhány esetében teljes sikert ért el, ő is megkísérelte volt az alkalmazását a vastagbélben.

Nézete szerint itt még sokkal nagyobb jelentősége van, mert épp

a colon-műtétek alkalmával nem kielégítő az eredmények sem a circularis egyesítéssel, sem a lateralis appositióval. Ennek oka a hasbél helyenkénti hiányában, a bél contentumában és a falak egyenetlenségében rejlik, továbbá abban, hogy az odavezető kacs rosszul táplált szövetében helyezzük el a varratokat.

Az invaginációs módszer, mint azt két esete bizonyítja, ezen hátrányokat kiiktatja és lehetővé teszi a vastagbélnek egy ülésben, veszély nélkül végezhető resectióját.

I. Az első eset 52 éves nőre vonatkozik, a kiben körülbelül egy év óta lassan-lassan emberfejnívő növekedett hasdaganat fejlődött, időnként súlyos bélstenosis tüneteivel. Az október 11.-én végzett laparotomia alkalmával kiderült, hogy jobboldali emberfejnívő ovarialis carcinomával állunk szemben, a mely a környezettel, elsősorban a belekkel, szervesen összenőtt. Csak rendkívül elővigyázatos, körülbelül 1½ óráig tartó munka után sikerült a daganatot felszabadítani, miközben a vékonybél egy helyütt megnyílt. A nyílás elzárása és a daganat eltávolítása után vált csak tapinthatóvá egy, a flexura sigmoidea első részletében ülő, kis almanagyságú, porczkemény, köldökszerű behúzóda-sokkal bíró daganat, a mely a lument majdem teljesen obstruálta és így a műtét előtt fennállott béllezárási tüneteknek tiszta magyarázatát adta. Minthogy evidenssé vált, hogy ez a sigma-scirrhos okozta a stenosis, nem pedig az ovarialis tumor, a szűkületet eliminálni kellett. Az első perczen — tekintettel a beteg rendkívül elesett voltára — anus praeternaturalisra vagy kétszakaszos kiirtásra gondolt.

Számbavéve azonban a többszörös műtét kellemetlen kilátásait és azt, hogy a beteg a műtét előtt az anus praeternaturalis lehetősége ellen tiltakozott: minthogy a flexura sigmoidea jól mozgatható volt, *Herczel* a gyökeres kiirtásra és mint leggyorsabban célravezető eljárásra, a *Schossberger*-féle invaginációs módszer alkalmazására határozta el magát. A resectio néhány perc alatt megtörtént, épp oly gyorsan az odavezető kacsnak három centiméternyi mélyre való invaginációja az elvezető kacsba, kettős varrata és a varratvonalnak appendix-epiploicával és cseplésszel való borítása. Minthogy a medencéből parenchymás vérzés állott fenn, a Douglasba nyílt tampont helyeztet olyképp, hogy a medence mélyébe lógó cseplésszel a beleket visszatartotta. Dacára a tamponálással való kezelésnek, a varratok kifogástalanul tartottak, incontinenciának nyoma sem volt. A beteg meggyógyult.

II. 29 éves földmivest szállítottak 1917 november 14.-én osztályára teljesen leromlott állapotban, 140-en felüli pulsussal. Ileusa négy nap óta állott fenn, az ileocecalis tájon kétököllyi fájdalmas tumor volt tapintható. Diagnosis: *ileocecalis invaginatio*. A beteget *Herczel* azonnal megoperálta jobboldali pararectalis metszéssel. A hasból kevés véres savó ürült; a hatalmas ileocolicus intussusceptumot kigördítve, a desinvaginatio nem sikerült. Az invaginatumot, a mennyire lehet, a coecumba visszanyomva, gyökeres egyszakaszos resectiót végez. Mintegy 15 cm.-nyi részt távolítva el a colon ascendensből, a bél folytonosságát az invaginációs methodussal állítja helyre. Ez esetben is, úgy mint az előbbiben, a vékonybél mesenteriumának lemezeit, valamint a colon ascendens mesocolonjának szarait három-három selyem-varrattal egyesíti. A vékonybélkacsot két szorítóba fogva, behelyezi a vastagbélbe úgy, hogy a mesenterium és mesocolon csonkjai érintkeznek. Most a vastagbél falát 9 selyemöltéssel varrja a vékonybél serosájához olyképp, hogy a vastagbél szélét Cerny-varrattal ölti át, de bőven vesz a varrathoz serosát. Erre 9 külső serosus-varrat következik, majd az egésznek omentum maiussal való beburkolása, miután a vastagbélben található appendix epiploicákat a vékonybélre átvarrta.

A műtét tartama 38 perc. Ezen beteg is, dacára nagyfokú elesettségének, zavartalanul gyógyult meg, úgy, hogy 8 nap múlva fémjárt.

A technikára vonatkozólag még kiemeli, hogy mivel a vastagbél hátulsó része sok helyen peritoneummentes, a mesocolon széleit 3—3 varrattal egyesíteni kell. Ez fontos, mert így a két mesocolon, illetve mesenterium szélei érintkeznek, a mi által viszont a peritonealis burok teljessé válik. A csonkok széleit az esetlegesen szükséges vérzésállapítás után — a mi azonban morcellement után ritkán szükséges — bejódossa, miután előzőleg a béltartalmat kiengedte. Ezután két Lumniczer-rel az odavezető kacsnak két oldalát szélét a részut lementszett elvezető kacsba invaginálja úgy, hogy 2—3 cm.-nyi része ebbe ormányszerűleg benyílik. A részut bemetszéssel a levezető kacs lumene tágult lesz és így esetleges stenosisnak elejét vetetik. Az odavezető kacs invaginációjának pedig az az előnye, hogy a rosszul táplált bélrész, a melynek széle gyakran elhal és épp emiatt varratra nem alkalmas, ki lesz iktatva és ha el is hal, később szabadon kilökődik.

Tekintetbe véve, hogy ezen egyszerű invaginációs eljárással, mely igen gyorsan végezhető, a legjobb eredményeket érte el, örömmel üdvözlő azt és kipróbálását, valamint követését vastagbél-műtétek alkalmával is melegen ajánlja.

Ádám Lajos: A módszer nem új. A vékonybél odavezető kacsát olyannyira tág és az elvezető rész annyira összeesett, hogy azt hiszi, nem lehet aseptikusan belevezetni az alsó részbe, a side to side egyesítés ellenben aseptikusan végezhető. A mit *Herczel* tanár

mond, aláírja; colonresectio eseteiben az ismertett eljárást meg kell kísérleni.

Pólya Jenő: A methodust már 1826-ban leírta *Jobert*. A bélvarratok azért tapadnak, mert a serosák összetapadnak. És ezt el lehet érni, ha az egyik kacsot a másikba invagináljuk.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1918 január 19.-én.)

Elnök: **Tóth István.**

Jegyző: **Molnár Béla.**

Budapest háborús cholerajáról.

Hammer Dezső: Budapest háborús cholerajáról megemlíti, hogy a háború a cholera hatodik pandemiájában tört ki, mely pandemia a megállapítás szerint 1899-ben kezdődött, most már 18 éve tart és ez idő alatt a feljegyzések szerint 673.188 halálesetet okozott. A jövő fogja megmutatni, hogy vajon a fejlettebb egészségi rendszabályok, a bacteriologiai alapon kidolgozott védekezési módok milyen hatással voltak a járványra. Megállapítja, hogy a háború alatti cholerajáró a régebbi idők háborúinak cholerajáróitól már különbözik, mert egyrészt nem okozott oly sok veszteséget, másrészt legalább is tartósan nem akadályozta a hadműveleteket.

A cholera a háborút megelőző békés időkben rendszeren Oroszország és a Balkán felől jött és terjedt el Magyarországon. Budapestre az utóbbi években többször behurcolták, ezért a főváros egészségi személyzete és intézményei már a háború elején felkészültek, különösen azért is, mert Oroszországban a háborút megelőző pár hónapban úgy cholera, mint variola, typhus exanthematicus és pestis előfordult, cholera különösen Podoliában, mely tartomány határos Galiciával.

Budapesten igen sok hadikórház létesült s ezek az első harcok után már benépesültek. A harcban álló hadseregben az orosz fronton már a háború legelején támadt cholera, mely ilyenformán a sebesültekkel és orosz foglyokkal az országba is bejutott. Budapestre katonák hurcolták be a cholera. A fővárosban a lakosság között előfordult cholera megbetegedéseket a katonák útján való fertőzésre kell visszavezetni.

Ilyen körülmények között a fővárosnak védekezésében ki kellett terjeszkednie az ide özönlő katonaság ellenőrzésére. Ezért a főváros a Keleti, Nyugati, Ferencvárosi pályaudvarokon hatósági orvosi állomást állított fel, az egyéb érkező helyek vizsgálatára pedig, mint például a nagyobb hadikórházakba és Déli vasút pályaudvarára érkező vonatokhoz két orvost bízott meg, a kik oda esetről-esetre kiszállottak. Az érkező sebesült- vagy katonaszállító vonatokat ez orvosok vizsgálták át s azokról a fertőzésre gyanús katonákat a Szent Gellért-kórházba szállították.

A galíciai menekülés folytán azonban szükséges volt a menekült vonatok és a rendes személyvonatok vizsgálata is, mert a menekültek között is jöttek cholerasak. Később, minthogy a cholera az ország több helyén elterjedt, a vidékről a fővárosba jöttek között is volt cholera. Ezen vonat vizsgálatát a pályaudvarokon alkalmazott hatósági orvosok végezték.

A főváros a Szent Gellért-kórházat új pavillonokkal látta el. A fertőtlenítő intézetekkel kapcsolatos quarantaine-kezelést kibővítette, cholera esetén a hadikórházakban a betegek látogatását eltiltotta, a katonai hatósággal megegyezve csak olyan sebesülteket engedett a fővárosban levő hadikórházakban elhelyezni, kik előzőleg a belügyministerium által felállított 14 megfigyelő-kórház valamelyikében megfigyelés alatt voltak és ha mégis a katonák, menekültek vagy vidékiek útján a fővárosba cholera került, kiterjedten alkalmazott fertőtlenítéssel és a betegekkel érintkezetteknek izolálásával védekezett. A védekezésben igen nagy súlyt helyeztek a bacillusgazdák kinyomozására.

A vonatokról a hatósági orvosok cholera gyanu miatt a mai napig 1931 katonát szállítottak a Szent Gellért-kórházba. Ezek közül 278 bizonyult cholerasnak.

Olyan esetekben, mikor valamely vasúti kocsiban cholera beteget találtak, a vele együtt utazott katonákat a főváros megfigyelőjében helyezték el és rajtuk a főváros bacteriologiai intézete vizsgálatot végzett. Cholera esetében, ha a betegség lakásban fordult elő, az eljárás a beteggel érintkezőkön ugyanilyen volt. A bacteriologiai intézet vizsgálata alapján összesen 115 ember bizonyult bacillusgazdának.

Az első cholera katonák 1914 szeptember 23.-án érkeztek a fővárosba. Ettől kezdve 8 nap alatt a katonaság 86 cholera beteget hozott.

Összesen 508 cholera volt a főváros területén és pedig:

orosz fogoly pályaudvarról szállítva	70
szerb	5
katonaszállítva	203
lakásból és laktanyából szállítva	38
hadikórházról szállítva	117
fővárosi és katonai megfigyelőből	26
galíciai menekült	19
vidékről jött polgár	10
helybeli polgár	20

A kimutatott 508 betegből tehát 459 katonaság és 49 polgári személy.

A pályaudvarokról, kórházakból, megfigyelőkből szállított betegek izolálása könnyen volt keresztülvihető. A betegséget nem ezek, hanem a lakásokban megbetegedett katonák és polgári személyek terjesztették.

A 49 polgári személy közül csak 20 szerezte fertőzését a főváros területén. Hogy a fertőzés csakugyan a katonák útján került a fővárosba s az egyesek katonák útján fertőződtek, bizonyítja a cholera katonák nagy száma s a betegeknek az a vallomása, hogy katonákkal érintkezésben voltak, a mire nézve az előadó néhány példát sorol fel. Támogatja állítását azzal is, hogy a polgári megbetegedések időrendileg éppen úgy, mint a katonaságnál, két csoportra oszlanak és polgári megbetegedés mindig csak olyankor volt, a mikor a katonaság közé tömegesebben hoztak cholera betegeket.

Cholera a háború alatt 1914-ben és 1915-ben fordult elő a főváros területén, azóta csak néhány bacillusgazdát találtak, kiknek izolálása útján a veszedelem elült.

Az említett óvintézkedések jóságát mutatta az, hogy sem a hadikórházakban, sem a lakóházakban újabb megbetegedések az incubációs 5 napon túl nem támadtak. A betegekkel érintkezők közül, kik a megfigyelőkben különítették el, 26 betegedett meg cholera, kiknek száma a fent említett 508 megbetegedésben bennfoglaltatik.

Tömeges megbetegedés csak kaszányokban és a menekültek között fordult elő, de a fenti eljárásokkal a baj terjedését pár nap alatt sikerült megakadályozni.

Arra nézve, hogy a lakásokban vagy kaszányokban és hadikórházakban előfordult cholera megbetegedések esetén a továbbterjedés megakadályozása milyen körültekintő és kiterjedt munkát kívánt meg, az előadó több példát hoz fel.

Újabb adatok a szívbetegek diagnosztikájához.

Tornai József: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

PÁLYÁZATOK.

2491/1918. sz.

Ezen városi közkórháznál üresedésben levő három segédorvosi állásra ezennel pályázat hirdettetik ki.

A Fiume községnél érvényben levő szolgálati szabályzat és fize-

tési tervezet szerint ezen állásokra évi 1400 korona fizetés jár megfelelő drágasági hadisegélylyel és természetbeni I. osztályú lakás és élelem.

Az állások azonnal betölthetők, miért is felhivhatnak a pályázók, hogy a kellő okmányokkal felszerelt kérvényeiket, nyelvismereteik megjelölésével a fiumei városi közkórház igazgatóságához mielőbb eljuttassák.

Fiume, 1918 márczius 4.-én.

Városi közkórház igazgatóságától.

1270/1918. sz.

A Kőrösladány községnél lemondás következtében megüresedett ügyvezető, valamint elhalálozás következtében megüresedett nem-ügyvezető orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket folyó évi márczius hó 23-áig kell hozzám beadni.

Az ügyvezető orvosi állás évi javadalma: 1600 korona kezdőfizetés, 500 korona lakáspénz s a törvényes rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

A nem-ügyvezető orvosi állás évi javadalma: 1400 korona kezdőfizetés, 500 korona lakáspénz, 500 korona állandó személyi pótlék s a törvényes rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Megjegyzem, hogy az ügyvezető orvosnak kilátása van arra, hogy vasúti pályatorvosul s a helybeli uradalom orvosául ő fog alkalmaztatni.

Szeghalom, 1918 február 26.

Csánki Jenő, főszolgabíró.

4181/1918. ki. sz.

Az áthelyezés folytán megüresedett alsóverecskéi járási tisztii orvosi állásra Alsóverecske székhelylyel pályázatot hirdetnek.

Ez állás 2000 korona kezdőfizetéssel, 360 korona lakbérrel, 600 korona útiátalánnyal és hozzátartozó pótlékokkal van javadalmazva.

Az alsóverecskei járásorvos a volóczi körorvos teendőivel ezen állás betöltéséig szintén meg lesz bízva s ezért külön díjazásban részesül.

A betegsegélyző pénztár részéről is megfelelő jövedelemre, valamint kiterjedt magánpraxisra is számíthat.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cikkben előírt minősítésüket, valamint a tisztii orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket a vármegye főispánjához címzve hozzám folyó évi márczius hó 30.-áig annál is inkább nyújtják be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vételét nem fogják.

Megjegyeztetik még, hogy a szükséges okiratok átadása mellett személyesen is lehet jelentkezni nálam.

Beregszász, 1918. évi február hó 27.-én.

Gulácsy István dr., alispán.

1639/1918. ki. sz.

Ugocsa vármegye törvényhatóságánál újonnan rendszeresített királyházai járási tisztii orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen a X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő 2000 korona kezdőfizetéssel, a VII. lakpénzosztálynak megfelelő 360 korona lakáspénzzel, 600 kor. útiátalány s az 1917: XV. t.-cikkben megállapított háborús segély élvezetével járó állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-cikk 9. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Morvay Zsigmond dr. főispán-úrhoz címezve a V. Ü. sz. 4. §-ában előírt módon folyó évi április hó 15. napjának délelőtti 12 órájáig hivatalomhoz adják be. A később beérkező kérvények figyelembe vételét nem fogják.

A királyházai járási tisztii orvosi állás az 1886: XXI. t.-cikk 80. §-a értelmében a főispán úr által kinevezés útján fog betöltetni.

Nagyszőlő, 1918. évi február hó 28.-án.

Az alispán.

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

Orvos július-augusztus hónapokra FÜRDŐORVOS-HELYETTESI

állást elvállal. Ajánlatok „Füredőorvos” jeligére „Petőfi”
irodalmi vállalatához VII., Kertész-utca 16. kéretnek.

Orvostanhallgató, zászlós, ki 2 évig volt
sebészeti osztályon
assistentiában, narkosisban és sebkezelésben nagy gyakorlattal,
jó működési bizonyítvánnyal, megfelelő **députáni foglalko-
zást keres.** Cím a „Petőfi” irod. váll.-nál VII., Kertész-u. 16.

Diplomás orvosnő több évi sanatoriumi és
közkórházi gyakorlattal
sanatoriumban Pesten vagy vidéken **állást keres.**

Szíves megkeresések „Diplomás” jeligére **Győri-Nagy**
hirdető irodához, VII., Kertész-utca 16. címzendők.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)

Berlin N., Müllerstrasse 170/171.

ATOPHAN

Köszvény elleni souverain szer.

ATOPHAN az organismushól eltávolítja a jelenlevő húgysavat. A
húgysav újképződésére gátolón hat, fájdalomcsillapító, hőfokleszállító és
gyulladás elleni szer, mely a colchicum-készítmények felett áll.

ATOPHAN továbbá javalt a következő bajok ellen: Izületi csúsz és
izületi fájdalmak különböző alakjai. (Gyors láztalanság, a fájdalmak
és gyulladások tünetek gyors leszállítása, a szívre nem hat, profus izzá-
dások kizárva) Neuralgiák, ischias, migraen stb. Szem- és fülbajok
köszvényes alapon.

NOVATOPHAN K

Iz nélküli készítmény.

Rp.: Tabl. Atophan resp. Novatophan K à 0,5 Nr. XX. „Eredeti Schering-
féle csomagolás”

vagy

Rp.: Atophan-Drageés à 0,1 Nr. 100 „Schering-féle eredeti csomagolás”.

Minták és irodalom díjmentesen.

BAYERLAX

egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettáalakban.

BAYER gyógyszerár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLITÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

A jodtinkturánál jobb az 5%-os Providoformtinktura (Prof. Bechhold szerint)

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

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

Irodalom és minták ingyen.

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

Rendelés a cs. és kir. hadseregben megengedve.

Providol Gesellschaft, Berlin — Halensee.

Vezérképviselőség Ausztria—Magyarország számára: Th. Lindner, Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.

I.



PASTILLA D'WANDER

FORMALDEHYD KÉSZÍTMÉNY
BELSŐ HASZNÁLATRA.

A SZÁJÜREG, GARAT ÉS TOROK DESINFICÁLÁSÁRA A LEGALKALMASABB.
SZÁJVIZ ÉS TOROKÖBLÖGETŐ OLDATOK HATÁSÁT ÁLLANDÓSÍJTJA.



OPTOCHIN BASICUM

specifikus chemotherapeutikus szer

Pneumonia ellen.

Ujabb közlések javallatok és adagolásról:

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

Optochin hydrochloricum

a szemészetben, mindenek előtt Ulcus cornea serpensnél.

Ujabb közlések:

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

Irodalom rendelkezésre áll.

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

THYOMALT

Haas

Eddigieket hatásával felülmúló, pontosan adagolt Guajacol-készítmény (egy tabletta tartalmaz: 0.70 extr. malti. sicc., 0.30 kal. sulfogujacol, 0.01 Codeint) malátával mint roboranssal kombinálva, csokoládéval bevonva.

Adagja naponta 3—5 tabletta a főétkezési időkre arányosan elosztva.

Javalva: a légzőszervek összes hurutos bántalmainál.

Mintaadaggal és irodalommal szívesen szolgál a készítő:

Haas Miklós Kereszt gyógyszerháza, Budapest, VII., Rákóczi-út 88 szám.

Epileptikusok

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

121,038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre (negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III. oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyministeriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös római gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ Sátoraljújhely. ☐☐

Nöhring B. IV

Tuberculosis elleni gyógyszer.

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

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

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

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

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

Verlagsbuchhandlung
Hermann Meussner, Berlin W57.

G. Stümpke

Die Medizinische Quarzlampe ihre Handhabung und Wirkungsweise.

92 oldal, 50 ábrával a szövegben.

Vászonba kötve.

Ara M 6.60.

Tartalomjegyzék: A fénytherápia rövid vázlata. — A kvarzlámpa leírása. — Segédkészülékek. — A kvarzlámpa kezelése. — Fénygyújtás és a mélyben való hatás. — Baktericid erő. — Vegyi hatások. — A kvarzlámpa a bőrgyógyászatban. — A kvarzlámpa a többi disciplinában. — A kvarzlámpa alkalmazása egyéb téren.

Therapeutische Monatshefte. Ezen kis munka kimerítően és oktató módon, de szűk keretben mindazt tartalmazza a kvarzlámpa orvosi alkalmazásáról, a mire a bőrgyógyászati terapiában szükség van. Kiemelendők a következő fejezetek: A fényhatás theoretikus alapja. A kvarzlámpa kezelése és javatainak tere. Az egyes dermatosisoknál való különleges hatása. Jó ábrák egész sorozata magyarázza a szöveget. A könyv az ajánlást megérdemli.

Zentralblatt für Röntgenstrahlen. Még azok is, kik a kvarzlámpával sokat dolgoztak, ezen könyvben egyet-mást találni fognak, a mi a lámpa kezelésénél és therapeutikus alkalmazásánál hasznukra lehet. A könyv a praxisból a praxis számára íratott, mindazok számára, a kiket a modern physikalische therapia érdekel. Mindezeknek a könyv nélkülözhetetlen forrássá válik.

Dermatolog. Zentralblatt. A physikalische therapia nagy jelentőségének megfelel ezen most megjelent monografia. Ezen a Finsen-készüléket több irányban még túlszárnyaló besugárzási módszer a szerző által kitünően feldolgoztatott. A dermatológiában előforduló javallatok kimerítő magyarázatra találnak. A szövegben előforduló 50 ábra a leírás értékét növelik. Referens biztos, hogy a monografia nagy elterjedésre fog találni.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és iradalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára
BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

ARGOSAN

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

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

nehéz (septikus) ízületi rheumánál.

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

Próbák orvos uraknak díjmentesen.

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

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
injectio.

Hydarsol. Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esetiében; intra-
vénás vagy intramuscularis beletcskenedésre.

Mintkat díjmentesen küld az orvosoknak
MARBERGER GYULA, orvos-gyógyszerészeti laboratórium, UJPEST.

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.

Herzog Ferencz: Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról. Az időszült hashártyalob kórjelzéséről. 137. lap.

Monszpárt László: Közlemény a csonttörések és hátlövések különosztályáról. (Főorvos: Böhrer Lőrincz dr., tartalékos ezredorvos.) A csonttörések eredményes kezelése. 139. lap.

Ónodi A.: A harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légcsőmetszetek osztályának működése. V. Légcsőmetszetek. 143. lap.

Bakonyi Árpád: Az Országos Hadigondozó Hivatal Bajza-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Igazgató: Csiky József dr., egyetemi magántanár.) A hadivaselin káros hatásáról a bőrre. 145. lap.

Gózonny Lajos: Megjegyzés Keresztes Mária dr. „A Wassermann-reactio Kaup-féle módosításáról” című közleményéhez. 146. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosstan. *Sorgo és Maendl:* Activ glimdkóros csúcsfolyamatok felismerése. — *Sebészeti. W. Pfanner:* A helyi érzéstelenítés kérdése. — *Th. Walberg:* A subscapularis táj lövési sérüléseiről. — *Gyermekorvosstan. E. Hermann:* A cutan tuberculin-injectio differentialis diagnostikai értékéről. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kritzer:* Kezdeti szakban levő furunculosisok kezelése. — *Grünebaum:* Makacs, torpid fekélyek gyógyítása. 146–147. lap.

Magyar orvosi irodalom, 147. lap.

Vegyes hírek. 147. lap.

Tudományos Társulatok. 148. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról. Az időszült hashártyalob kórjelzéséről.

Irta: *Herzog Ferencz* dr., egyet. ny. r. tanár.

A dörsölési zörejt, az időszült hashártyagyulladásnak kétségtelenül jellemző tünetét, általában nem részesítik nagy figyelemben. A tankönyvek ugyan többnyire megemlítik ezt a tünetet és némely szerző fontosnak is mondja azt a kórjelzés szempontjából, mások azonban nem gyakorinak, sőt ritkának mondják a dörsölési zörejt, a melyről azt írják, hogy még leginkább a hasnak felső részében, a máj és a lép tájékán észlelhető a lélekzési mozgás alatt. Nagyon behatóan foglalkozik a hashártya dörsölési zörejével *Stiller*,¹ aki méltányolja annak jelentőségét s részletesen tárgyalja a zörej keletkezésének feltételeit. Szerinte a dörsölési zörej keletkezésére azért kedvezőtlenebbek a viszonyok a hashártyán, mint a mellhártyán, mert a hasfal és a hasüri szervek lágyak, tehát a súrlódó felületek nem ellenállóak, továbbá, mert a hasüri szervek elmozdulása csekélyebb s végre, mert a hasüri pozitív nyomás kisebb, mint a mellüri negatív nyomás, a hashártya lemezei tehát kisebb nyomás alatt vannak, mint a mellhártyái. A dörsölés nemcsak a lélekzés kapcsán, hanem külső nyomásra is előáll, sőt bélmozgás idején is észlelték azt. *Stiller* szerint ez a tünet elsősorban az időszült hashártyalobban fordul elő, továbbá a hashártya és a hasüri szervek daganatai mellett, míg az acut hashártyalob nedvdús terméke nem kedvező e zörej keletkezésére. Hangsúlyozza továbbá, hogy nagy kiterjedésű hashártyalob esetén is sokszor csak kis területen hallatszik dörsölés s hogy nemcsak a hashártyának érdessége, hanem összenövés megfeszülése is okozhatja ezt a zörejt. Végre annak az okát, hogy általában ritkának mondják a dörsölést, főképpen abban találja, hogy ritkán keresik ezt a tünetet.

Mivel a lélekzés kapcsán csak a has felső részében támadhat dörsölési zörej, a következőképpen vizsgáltam ezt a tünetet. A hallgatócsövet a hasra illesztettem és hallgatózás közben lassan fokozódó enyhe nyomással benyomtam a hallgatócsővel a hasfalat, azután pedig lassan csökkentettem a nyomást. Valószínűnek tartottam, hogy ezáltal sikerül a

hasüri szerveket egymáson eltolni és a hashártya érdessége esetében a dörsölési zörejt előidézni. Tapintáskor is rendszerint csak akkor válik érezhetővé a dörsölés, ha mélyebben tapintunk, ha kimozdítjuk helyükből a szerveket. Azonban a hallgatózás alkalmasabb eljárásnak látszott a tapintásnál a hashártya dörsölési zörejének felismerésére, mert a mellhártyán is ez a zörej jobban hallható, mint tapintható. Heveny hashártyagyulladásban a hasfalnak benyomása a hallgatócsővel nem lehet közömbös és ezért időszült hashártyalobban szenvedő betegek vizsgálatára szorítkoztam. Egészséges emberen ezen vizsgálatkor rendszerint semmiféle zörejt sem, némelykor bélkorgást hallunk. Eseteimnek rövid körtörténete a következő:

I. *M. J.*, 48 éves férfi, 1917 július 23.-ától augusztus 16.-áig feküdt az osztályon. Másfél év óta többször volt nem nagyon heves fájdalma a hasában. Ilyenkor nem hányt. Három hét óta állandóan fájdalmat érez hasának jobb felében alul. Két hét előtt hányt, ugyanakkor heves fájdalma volt. Székrekedés. Nem köhög, vért nem köpött. A bal tüdőcsúcson tompult a kopogtatási hang, a bal *Krönig*-féle tér szűkebb. Lélekzési eltérés nincsen. A has nem puffadt, kopogtatási hangja rendes. Tapintáskor az ileocecalis tájon gyenge ellentállást lehet érezni és ez a tájék nyomásra kissé fájdalmas. Ezen a helyen időnként tyúktójsányi rugalmas tumor keletkezik, a mely jól tapintható és a hasfalat is elődomborítja s a mely felett a kopogtatási hang dobos. Rendszerint néhány perc múlva megint eltűnik ez a tumor. Ugyanezen a helyen körülbelül forintnyi területen némelykor gyenge dörsölés tapintható, a hallgatócsőnek rányomása közben pedig megfigyelésünk egész tartama alatt mindig nagyon jól hallottunk itt igen finom érdes dörsölési zörejt. A *Weber*-féle próba ismételt négatív volt, a béltractusnak Röntgen-vizsgálatával nem mutathattunk ki eltérést. A betegnek hőmérséke subfebriles, fehér vörsejtjeinek a száma 7300.

II. *M. K.*, 17 éves férfi, 1917 július 20.-ától július 23.-áig feküdt az osztályon. Két hét óta hasa puffadt és kissé fájdalmas. Az erősen lesoványodott betegnek kétoldali activ csúcsfolyamata és jobb pleuritis adhaesivája van. Láza esténként 38.5–39.0, reggelként intermittál. Széke rendes. A hason kopogtatási eltérés nincsen, bélösszehúzódás nem látható s nem tapintható. A köldök alatt a has körülbelül tenyérnyi területen erősen elődomborodik és kissé nyomásérzékeny. Ugyanitt igen jól hallható dörsölési zörej a hallgatócső rányomása közben minden vizsgálatkor, azonban tapintáskor dörsölést nem lehetett érezni.

III. *P. F.*, 10 éves fiú, 1917 augusztus 2-ától 22.-éig feküdt az osztályon. Két hét óta időnként néhány percig tartó csikaró fájdalmat érez a köldök táján. Széke rendes, nem hányt, soványodott. A mellkasi szerveken nem mutatható ki eltérés, Röntgen-vizsgálattal sem. A májnak és a lépnek tompulata rendes. Észlelésünk kezdetén subfebriles. Felvételtkor a has erősen puffadt, kopogtatási hangja mindenütt dobos, tompulat térdkönyök-helyzetben sem támad. A has jobb felében a köldök mellett időnként nem éles szélű, rugalmas, görcsösen összehúzódott bélnek megfelelő resistentia tapintható, a mely csakhamar

¹ *B. Stiller:* Ueber peritoneale Reibegeräusche. Wiener mediz. Wochenschrift, 1903, 19–20. szám.

megint eltűnik. A kopogtatási hang ezen a helyen is dobos. A köldök táján jobb- és baloldalt több helyen észlelünk egész tartama alatt a hallgatócsó rányomásakor nagyon jól hallatszott dörzsölés, a mely azonban sohasem volt tapintható. Káli-szappanos bedörzsölésre a meteorismus és a fájdalom megszűnt, azonban a dörzsölés nem tűnt el. Szeptember 6.-án a beteg újból jelentkezik; most egészen jól van, a hason minden tünet elmúlt, csak a köldök táján hallható még dörzsölési zöreje.

IV. H. T., 17 éves leány, 1917 augusztus 4.-étől október 4.-éig feküdt az osztályon. Hét hónap óta nagyobb a hasa, utóbb valamivel kisebb lett. Betegségének kezdetén sokszor volt forrósága és éjjeli izzadása. Hasában időnként csikaró fájdalma van, ez gyakrabban mutatkozott bajának kezdetén. Sokat fogyott, széke mindig rendes volt. A jobb tüdőcsúcson a kopogtatási hang tompult, ugyanitt a *Krönig*-féle tér szűkült. Baloldalt hátul alul a mellkason lélekzések dörzsölési zöreje hallható. A szívtoompulat rendes, a szívhangok tiszták, kellően ékeltek. A has kissé puffadt, nyomásra érzékeny, rajta mindenütt kissé tompult a kopogtatási hang. A köldök mellett baloldalt diónyi nem éles határu resistencia, a mely ismételt vizsgálatkor mindig tapintható. Ezen a helyen és a köldöktől jobbra, továbbá a bal hypogastriumban igen gyakran dörzsölési zörejt hallottam a hallgatócsó rányomása közben, ellenben dörzsölést tapintani sohasem sikerült. Megfigyelésünk elején a betegnek esténként csekély láza volt. A *Weber*-féle próba ismételtén negatív volt.

V. Sz. K., 27 éves nő, 1917 augusztus 16.-ától november 23.-áig feküdt az osztályon. Négy év óta a vakbél táján időnként többnyire tompa, néha metsző fájdalom keletkezik. A betegség nem támadt hirtelenül heves tünetekkel, hanem egészen lassan kezdődött csekély, később fokozódó fájdalommal. A vakbél táján gyakran érez korgást. Néhány hónap óta sokszor esténként csekély láza van, reggel a hőmérsék rendes. A jobb tüdőcsúcson kopogtatási hangja tompult, *Krönig*-féle tere szűkebb s némelykor itt apró szörcsölés hallatszott. A tüdőnek alsó határa rendes, lélekzések jól kitér. A has nem puffadt, kopogtatási hangja mindenütt dobos. A vakbél tájéka nyomásra érzékeny, némelykor e helyen rugalmas tumor tapintható, azonban itt is dobos a kopogtatási hang. Ezen a helyen néha dörzsölést lehet tapintani s három hónapnál tovább tartó észlelés alatt majdnem minden alkalommal a hallgatócsó rányomásakor dörzsölési zörejt lehetett hallani. A *Weber*-féle próba többször negatív. A beteg este némelykor subfebriles. A Röntgen-vizsgálat gastro-coloptosist mutatott ki. Némelykor a vakbél táján erős korgás volt hallható és ilyenkor rendszerint a korgáson kívül finom dörzsölést lehetett hallani, akkor is, ha a hallgatócsövet nyugodtan tartottam a hason.

VI. Sz. J., 27 éves férfi, 1917 augusztus 26.-ától november 23.-áig feküdt az osztályon. Egy esztendő előtt két hónapig tartó köhögéssel, éjjeli izzadással kezdődött a betegsége. Ugyanezen idő óta hasa némelykor megpuffad és ilyenkor csikarást érez benne. A jobb tüdőcsúcson kissé tompult, *Krönig*-féle tere szűkebb. A tüdőcsúcson érdes belélekzés és hangos kilélekzés. A has kissé puffadt, rajta kissé tompult a kopogtatási hang. A has jobb felének közepén s bal felének felső és alsó részében nem kemény, egyenetlen göbös, nem éles határu, nyomás-érzékeny tumorok tapinthatók. A lép és a máj tompulata rendes. A has bal felének felső és alsó részében a hallgatócsó rányomásakor dörzsölési zöreje hallatszódik. Három hónapig tartó észlelés végéig igen sokszor hallatszott a dörzsölés. Occult vérzést a béltractusból ismételt vizsgálattal sem találtunk. A beteg október 5. és október 22. közt jobboldali középnagy mellhártya-izsádmánnyal lázas volt. Az exsudatum ezután felszívódott.

VII. T. M., 23 éves nő, 1917 szeptember 20.-ától október 5.-éig feküdt az osztályon. Fél év óta fájdalma van a hasában, a mely időnként erős csikarással fokozódik. Székrekedés. Köhögése nincsen, vért nem köpött. Mindkét tüdőcsúcson tompult, mindkét csúcson apró szörcsölés. Az art. pulmonalisban systolés zöreje, a szívtoompulat nem nagyobb, a szívhangok tiszták, kellően ékeltek. A has nyomásérzékeny, alig puffadt, kopogtatási hangja rendes. A köldök mellett baloldalt időnként egy tyúktójsányi, dobos kopogtatási hangot adó fájdalmas tumor keletkezik, a mely csakhamar megint eltűnik. A has bal felének közepén és a vakbél táján a hallgatócsó rányomásakor erős dörzsölési zöreje hallható. A betegnek esténként csekély láza van.

VIII. R. T., 48 éves nő, 1917 augusztus 17.-étől október 2.-áig feküdt az osztályon. Panaszai: nagy gyengeség, lesóványosodás, szív-dobogás és nehézlélekzés, két hét óta megdagadtak a lábai. A szíven systolés zöreje, más eltérés nincsen. A tüdő ép. A máj és a lép tompulata rendes. Véres, bűzös folyása van. A portión kifehélyesedett tumor, a méh rögzített. Súlyos anaemia: 2500.000 vörös vérséjt, 25% haemoglobin, 13.000 fehér vérséjt. Tíz nappal felvétele után a beteg hasi fájdalomról panaszkodik. A vakbél tája nyomásra érzékeny, ugyanitt a hallgatócsó rányomásakor dörzsölési zöreje hallható. A has nem puffadt, kopogtatási hangja sehol sem tompult, görcsös bélösszehúzódást nem észleltem. Ez a lelet nem változott a betegnek október 2.-án bekövetkezett haláláig.

A bonczolásnak, melyet *Munk* főorvos végzett, lelete a következő: Közvetlenül a hasnak megnyitása után a puffadt coecum és colon ascendens hashártyája száraz, fénytelen és kissé megvastagodott. A taenia mentén számos apró, szürkés, pontszerű felrakódás, a colon ascendens elülső felszínén sok finom, szürkés, 1–2 mm. hosszú fonalas felrakódás. A colon descendens alsó része szögben megtörve, e szög szárainak széthúzásakor finom kötőszövetes szalag feszül meg közöttük. A kis medencében a hashártya megvastagodott, a legnagyobbodott méh elül a hólyaggal nőtt össze, a jobb petefészek a

méh mögött fekszik és szalagos összenövés rögzíti a méhhez és a végbélhez. A bal petefészekből pedig négy kötőszövetes szalag húzódik a végbélhez. A méhnyakon kifehélyesedett rák; endocarditis verrucosa v. bicuspidalis; arteriosclerosis aortae.

IX. B. V., 15 éves leány, 1917 szeptember 19.-étől október 13.-áig feküdt az osztályon. Felvétele előtt 9 nappal hasában hirtelenül nagyon erős fájdalom támadt, néhány óra múlva egyszer hányt. Azóta a fájdalom lényegesen csökkent. A vakbél táján nem éles szélű, lúdtójsányi tumor, mely nyomásra érzékeny s a mely felett a kopogtatási hang dobos. A végbélben resistencia vagy érzékenység nem tapintható. Esténként csekély láz, az érverés 80 és 90 között. 9500 fehér vérséjt. Két hét alatt a tumor teljesen eltűnt és az érzékenység egészen elmúlt. Ezentúl a beteg hőmérséke rendes. Ebben az időben, észlelünk végéig, naponta dörzsölési zöreje volt hallható a hallgatócsó rányomásakor a vakbél táján.

X. D. M., 19 éves nő, 1917 május 19.-étől május 30.-áig feküdt az osztályon. Három héttel a felvétele előtt betegedett meg, néha fázott, majd forrósága volt, hasa fájt és naponta többször hányt. Kezdetben székrekedés volt, most rendes a széke. A bal tüdőcsúcson tompult, a lélekzési zöreje rendes. A szívtoompulat rendes, a szívhangok tiszták, kellően ékeltek. Az érverés száma 140. A has nagyon puffadt, kissé nyomásérzékeny, felette a kopogtatási hang mindenütt erősen tompult s a legtöbb helyen élénk fluktuálás tapintható. Dörzsölési zöreje nincsen. A hőmérsék eleinte 38° fölé emelkedett esténként, később pedig subfebriles volt a beteg. Káli-szappan-bedörzsölésre javult a beteg állapota, a has kisebb lett, a tompulat csökkent. Október 23.-án újból jelentkezett a beteg rendelésünkön s azt panaszolja, hogy gyakran van csikarása hasának felső részében s hogy ilyenkor ugyanitt megpuffad és keményebb lesz a hasa. Jelenleg a has kopogtatási hangja mindenütt dobos, meteorismus nincsen, fluktuálás nem tapintható. A beteg láztalan. A hasnak jobb felében most sok helyen a hallgatócsó rányomásakor erős dörzsölési zöreje hallható. November 21.-én a beteg újból jelentkezik. A hason egészen ugyanaz a lelet.

XI. Z. I., 18 éves nő, 1917 november 14.-étől december 13.-áig feküdt az osztályon. Felvételekor elmondja, hogy 4 hét óta nagyobbodik a hasa. A bal tüdőcsúcson tompult, *Krönig*-féle tere szűkebb. Ugyanitt hangosabb a belélekzés. A rekesz mindkét oldalán fel van tolvá, jobboldalt jól, baloldalt rosszul tér ki lélekzések. Baloldalt a hónaljvonalban alul több helyen dörzsölés hallatszódik. Átvilágításkor a bal rekeszfél határa nem éles, lélekzési mozgása csökkent, belélekzéskor a sinus pleurae nem nyílik meg. A szíven nincsen eltérés. Anasarca nincsen. A has erősen puffadt, főképpen a közepén. Kopogtatási hangja kissé tompult; fluktuálás. A köldök táján, leginkább attól jobbra, a hallgatócsó rányomásakor dörzsölés hallható. A betegnek esténként kis láza van. Káli-szappanos bedörzsölésre a has megkisebbedik, a tompulat csökken, a fluktuálás egy hét múlva már nem mutatható ki s a beteg ezentúl láztalan. Ettől fogva a dörzsölési zöreje erősebb és minden vizsgálatkor észlelhető megfigyelésünk végéig, s a hasban több helyen nem éles szélű, mogorónyi göbök, másutt nem éles határu kötegek tapinthatók.

Ezekben az esetekben, kettőnek kivételével, a melyek egyikében rák okozta, másikában pedig acut appendicitis után maradt vissza, az idősült hashártyalob igen valószínűleg gümös eredetű volt. Minden esetben a dörzsölési zörejen kívül több más helyi jelenség (görcsös bélösszehúzódás, tompulat, fluktuálás, meteorismus, tumor, fájdalom) is támogatta a körjelzést, egy esetben pedig a bonczolás igazolta annak helyes voltát. Mivel a tekintetbe jövő esetek rendszerint nem súlyosak, ritkán van alkalom a bonczolással való ellenőrzésre. A dörzsölési zörejt mindegyik esetben ismételt, némelyikben hónapokig tartó észlelés alatt majdnem minden vizsgálatkor hallottam, néha nemcsak a hallgatócsónek rányomásakor, hanem olyankor is, ha nyugodtan tartottam a hallgatócsövet, de bélmozgásnak jele, korgás hallatszott. A zöreje rendszerint csak ugyanazon körülírt helyeken volt hallható. A hallgatódzással biztosan felismerhető zörejt csak 2 esetben lehetett tapintani.

Mivel egy tünet gyakoriságának meghatározása volt a célom, olyan eseteket gyűjtöttem össze, a melyekben más tünetek is biztosították a körjelzést. Ez a többi tünet azonban többnyire nem volt olyan állandó, a fluktuálás, a meteorismus, a tompulat, a görcsös bélösszehúzódás csakhamar elmúlt, vagy pedig nem volt olyan szembeötlő, a tompulat s a fájdalom csak csekély volt. Nem közlöm 6 más esetben kör-történetét, a melyekben a csúcsfolyamatban szenvedő betegnek nem nagyon heves, némelykor meglehetősen állandó, mások csikarásszerű fájdalma volt a hasban és a dörzsölési zöreje volt az egyetlen objectív jele a hashártya megbetegedésének. Ezen esetek kórtörténetének közlése csak ugyanannak a leletnek ismétléséből állana; csak azt említem meg, hogy 2 betegnek pleuritis sicca-ja is volt. Végül több olyan

esetben, a melyben nagy folyékony exsudatum képződött, nem hallottam dörzsölési zörejt, de az egyik esetben, a melyben lebecsátottuk a folyadékot, ezután a zörejt előállott.

Mint már kezdetben említettem, egészséges emberen a hallgatósónak a hasra való rányomása közben nem hallunk zörejt, a hashártya felülete nyilván olyan síma és nedves, hogy lemezeinek egymáson való eltolódása nem okoz zörejt. Ezzel szemben azonban valószínű, hogy betegen nemcsak peritonitis okozhat dörzsölési zörejt, hanem a hashártyának szárazsága is. E mellett szól a következő megfigyelés. Egy 17 éves ifjú 2½ hónapig feküdt az osztályon spondylitis okozta tályogból kiindult sepsis miatt. A betegnek állandóan nagy inter- és remittáló láza volt, érverésének száma 120 és 140 közt változott, baloldalt pleuritis sicca, jobboldalt savós mellhártya-izzadmány fejlődött ki. A beteg már felvételekor nagyon sovány volt s a rossz táplálkozás, nagy láz és gyakori hasmenés miatt észlelésünk alatt a legnagyobb mértékben lesoványodott, száraz bőrének alig volt turgora. 2–3 héttel a beteg halála előtt ismételt hallottam dörzsölési zörejt a has jobb felében, nemcsak a hallgatósó rányomásakor, de bélmozgás (korgás) alkalmával is. Ugyanekkor meglehetősen erős meteorismus támadt. Ez utóbbi egyforma maradt a beteg haláláig, a dörzsölési zörejt azonban a beteg életének utolsó két hetében már nem volt hallható. A bonczoláskor a belek erősen puffadtak voltak, a hashártyán azonban semmiféle elváltozás sem látszott. Valószínűtlen, hogy ebben az esetben hashártyalob okozta volna a dörzsölési zörejt, mert ennek nyomát még meg kellett volna találni a bonczoláskor; sokkal valószínűbb, hogy ebben az esetben a dörzsölési zörejtnek oka a szövetek turgorának nagy csökkenése, a hashártyának kóros szárazsága volt s a nem eléggé nedves hashártya felületeinek eltolódása zörejt okozhatott. A mellhártyán is támadhat dörzsölés lobos elváltozás nélkül a mellhártyának szárazsága következtében (cholera). A hashártya dörzsölési zörejének ezen keletkezési módjával, a mely ugyancsak kóros viszonyokra mutat, számolnunk kell, főképpen súlyos állapotban levő betegeken, s a dörzsölési zorejből csak akkor fogunk peritonitisre következtetni, ha ez a zörejt hosszabb időn át ismételt hallható.

Ez a megfigyelés ugyan csökkenti a dörzsölési zörejt diagnostikai értékét, de azért mégis fontosnak tartom ezt a tünetet az idősült hashártyalob felismerésére. Ugyanis e tünet diagnostikai értékének megbírálsakor össze kell azt hasonlíttatnunk az idősült hashártyalob többi tünetének jelentőségével és állandóságával. Ezek a tünetek, a meteorismus, a fájdalom, a székrekedés vagy a hasmenés, a hasüregben felhalmozott folyadék és a bélszűkület okozta tünetek, egyfelől nem nagyon jellemzők, mert más betegségtől is származhatnak, másfelől pedig ezen tünetek egyike sem állandó, nemcsak egyik vagy másik, hanem sokszor több tünet hiányzik. Voltaképpen csak a hasüri folyadéknak vizsgálata biztosítja a kórjelzést s éppen ezért e betegségre sok esetben csak valószínűséggel következtethetünk többi tünetéből. A peritonitis chronica adhaesiva ismerhető fel a legnehezebben, sokáig minden objectív tünet hiányozhatik és sokszor csak a bonczolás mutatja ki a beteg panaszainak okát. *A dörzsölési zörejtnek a leírt módon való vizsgálatával megfigyelésem szerint sok esetben könnyebbé válik az idősült hashártyalob felismerése, némelykor pedig elsősorban ezen tünet alapján lehetséges a kórjelzés. Ez a tünet ugyanis gyakran fordul elő és éppen azokban az esetekben gyakori, a melyekben más tünetek nem kifejezettek. A dörzsölési zörejt természetesen könnyű és súlyos hashártyalob eseteiben egyformán támadhat és valószínűleg sokáig egyetlen tünete lehet a lassan fejlődő, idővel nagy kiterjedésű összenövésre vezető peritonitisnek, a melyben folyékony izzadmány nem képződik, továbbá az enyhe lefolyású és kis területre szorítkozó gyulladásnak. Az utóbbinak gyakoriságát a bonczolások bizonyítják; nem ritka lelet a hashártyának körülírt megvastagodása, lapszerű vagy szalagos összenövése, a mit az előben nem ismertünk fel.*

Közlemény a csonttörések és hátílvések különosztályáról. (Főorvos Böhler Lőrincz dr., tartalékos ezredorvos.)

A czombcsonttörések eredményes kezelése.

Írta: *Monzspart László dr., tart. főorvos.*

Az a számtalan módszer, a mit a háború előtt, de különösen a háború alatt ajánlottak a czombtörések kezelésére, bizonyítja legjobban, hogy még mindig nincsen meg az egyedül jó módszer. Végtelenül fontos lenne pedig, hogy czombtörőtteink a megfelelő kezelésben részesüljenek, hogy rövidülés nélkül gyógyuljanak ki, megtartva a végtag teljes működőképességét. E helyett azonban nagyon gyakran látunk rövidüléseket, melyek néha elérik a 20–25 cm-t is; a kisebb rövidüléssel gyógyult esetekben az ízületek nagybárá csak korlátozottan mozgathatók, az izomzat gyakran sorvad. A helytelen kezelés miatt czombtörőtteink nagy része rokkanttá lesz és munkaképtelensége arányában húzza az államtól a járadékot.

Sarkalva attól a csaknem egyedül álló eredménytől, a mit osztályunk produkál, leírom a nálunk használatos czombtöréskezelést:

Minden nyílt csonttörésnél három tényező lebegjen az orvos szeme előtt: 1. helyesen kell összeforrasztani a csontot, 2. gyógyítani kell a sebet, 3. meg kell tartani a végtag működőképességét.

Ha a három tényező közül csak egyet is elvesztünk a szemünk elől, a kezelés nem fog jó eredménnyel járni.

A gipszkötés például megteremti a végtagnak a nyugalmát és ezzel megadja a sebgyógyulás egy főfeltételét; ha jól van a gipsz feltéve, akkor a törésvégek is praecise gyógyulhatnak; nagy hibája azonban a gipsznek, hogy teljes nyugalomra kárhoztatja a töréstől proximalisan és distalisan fekvő ízületeket, atrophiasá teszi az egész végtagot, úgy, hogy a csont összeforradása után még hónapokig, sőt évekig tart, míg a meredt ízületek mozgathatók, a sorvad izmok pedig normalisan működőképések lesznek.

Nem akarom elmondani a többi módszer hibáit, csak nagy általánossággal jegyzem meg, hogy a legtöbbjük megelégszik a seb és a csont gyógyulásával, nem törődik a végtag functióképességével. Az ízületek részleges vagy teljes merevsége, az izmok sorvadása nem mint kellemetlen complicatio, hanem mint rendszeres következménye a csonttörésnek ment át az orvosi köztudatba.

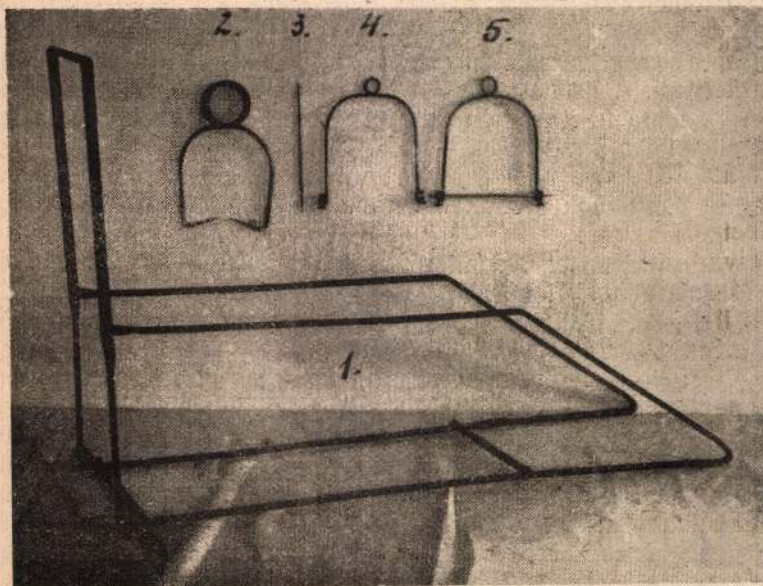
Osztályunkon a czombcsonttörés kezelésén a *Zuppinger-féle* eszmék vezérfonalként húzódnak végig.

Ha egy eltört czombot össze akarunk forrasztani, akkor nyugalomba kell helyezni, pontosan kell reponálni a törésvégeket és hosszú időn át ugyanebben a helyzetben kell tartani a végtagot.

Az ideális nyugalmat nem érhetjük el, ha pl. a térdben kinyújtott alsó végtagot begipszeljük, vagy egy Volkmann-sínre fektetjük, mert mind a két esetben a feszítőizmok a legnagyobb mértékben össze vannak húzódva, míg a hajlítók ad maximum kinyújtottuk. A beteg feszülésről panaszokodik a térdhajlatban, ezt azonban hamarosan megszokja; fontosabb a feszítőizmok zsugorodása, a hajlítók megnyúlása, a mi később a térd mozgathatóságát nem kis mértékben zavarja, különösen ha valami gyuladós folyamat játszódott le az izmokban.

Hogy a hajlítók és feszítők tonusa egyenlő legyen, a csípőt és térdet körülbelül 40°-ra kell behajlítani. Ezt az izomegyensúlyt — semiflexiót — érem el, mikor a czombot a *Braun-féle* szánkóra helyezem. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 39. szám.) Az így nyugalomba hozott végtag még nagy deformatiót mutathat, ezt kiegyenlítő reponálnom kell a törésvégeket. A repositióval lehetőség szerint nem szabad a betegnek fájdalmat okozni. Ha a húzóerő egyenletesen és lassan fejti ki a hatását, akkor a repositio úgyszólván a végtagnak kézzel való érintése nélkül sikerül. Húzóerőként mi sohasem használunk emberi erőt, hanem szeg-, kapocs-extenziót, ritkábban extenziós kötetést. Ez a húzóerő spontán egyenlíti ki a dislocatio ad longitudinemet,

csupán mérőszalagra van szükségünk, hogy a törött végtag hosszát összehasonlíthassuk az egészségesével. A dislocatio ad axim úgy korrigálható, ha a distalis részével követjük a proximalis törésvég kitérésének irányát. A magas czombtöréseknél például a glutarusok abdukálják a proximalis törésvéget, tehát abdukálnunk kell a distalist is, hogy megkapjuk a helyes tengelyállást, és pedig annál inkább abdukálni, minél magasabban van a törés. Supracondylaer töréseknél abdukálni kell a Braun-féle szánkót a rajta fekvő czommbal együtt, hogy a valgus-állást kiegyenlítsük. A dislocatio ad peripheriam a láb ki-, illetve befelé fordításával könnyen legyőzhető.



1. ábra. 1. Braun-féle szánkó, 2. Schmerz-kapocs, módosította Böhler 3. Steinmann-féle szeg, 4. Böhler-féle kengyel, 5. szeg beerősítve a kengyelbe.

Húzóköteést mi rendszerint csak magas töréseknél (per- és subtrochanter) adunk. Supracondylaer-töréseknél Steinmann-féle szeget alkalmazunk a tibiába; minden más esetben, ha a sebviszonyok megengedik, a Schmerz-féle kapcsot használjuk a czombon.

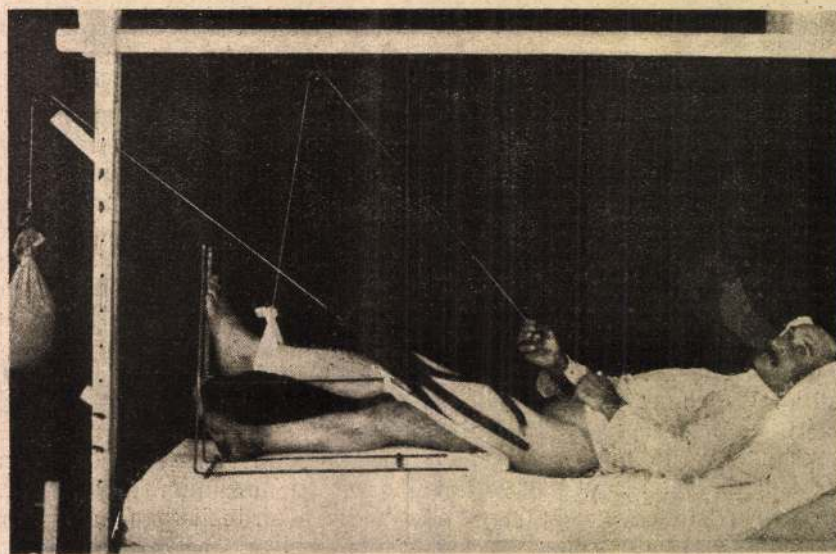
A húzókötések nagy hátránya, hogy ma már nem áll a megfelelő jó ragtapasz a rendelkezésünkre, hogy a hadi ragtapasz és mastisol-kötések könnyen lecsúsznak, hogy gyakran fájós hólyagokat húznak a bőrön és makacs ekzémákat okoznak. Elhelyezésük a sebek miatt néha lehetetlen.

Elhelyezésüknél a széles ragtapasz, illetve mastisol-csíkok helyett az amerikai rendszerű három vagy négy részre osztott csíkokat használjuk. Ezáltal könnyebben ki tudjuk kerülni a czomb sebeit, másrészt a czombot kigyó alakban körülfogó vékony csíkok nagyobb megterhelést bírnak el.

A szegről és kapocsról csak jót lehet mondani. Elhelyezésük könnyű, viselésük fájdalomtalan, az infectio veszedelme minimalis. Hosszú idő múlva ugyan elgenyedhetnek; ilyenkor, ha még van szükség húzóhatásra, ragtapasz-húzóköteést teszünk fel, a súlyt áthelyezzük a ragtapaszra és csak ezután távolítjuk el a szeget, illetve kapcsot. Néhány napra az eltávolítás után megszűnik a kicsiny sebek secretiója, majd hamarosan, kivétel nélkül begyógyulnak.

E kezelés mellett a láz néhány nap alatt rendesen leszáll a normalisra. A továbbterjedése az infectiónak phlegmone alakjában csak elvétve fordult elő, ellenben bacteriologialag bizonyított anaërob-fertőzések szépen visszafejlődtek. Az esetek legnagyobb részében semmiféle operatív beavatkozásra sincs szükség, vagy legfeljebb olyanra, a mely a geny cél-szerű lefolyását segíti elő.

Fontos előnye e sebkezelésnek, hogy utóvérzések csak nagyon kivételesen fordulnak elő mellette, de ez sem a nyílt sebkezelésnek, hanem a soká fekvő hagyott drainsőnek tudható be. A hosszas ágybanfekvés mellett annyira rettegott pneumoniát csupán egy esetben láttuk, itt azonban a czombtörés mellett a mellkas is súlyosan meg volt sérülve



2. ábra. Amerikai rendszerű, kigyóalakban felragasztott húzókötés.

Az ily módon pontosan reponált törésvégeket az extensio tartja aztán nyugalomban.

Rendkívül fontos a czombtörésnél, hogy milyen alakban használjuk a húzóerőt. Ha valaki csak ragtapasz- vagy mastisol-húzókötések alkalmaz, akkor bizonyára elkedvetlenedik a számos kellemetlen incidens miatt, a mit részint ezeknek az anyagoknak a bőrre való hatása, részint a sebkezelés nehézsége okoz. Ha ellenben a ragtapasz és mastisol mellett felhasználjuk a Steinmann-féle szeget vagy a Schmerz-féle kapcsot, akkor meglehetősen gazdag választéka áll előttünk a módszereknek és válogathatunk köztük, hogy melyik felel meg leginkább a sebviszonyoknak, a törés helyének.

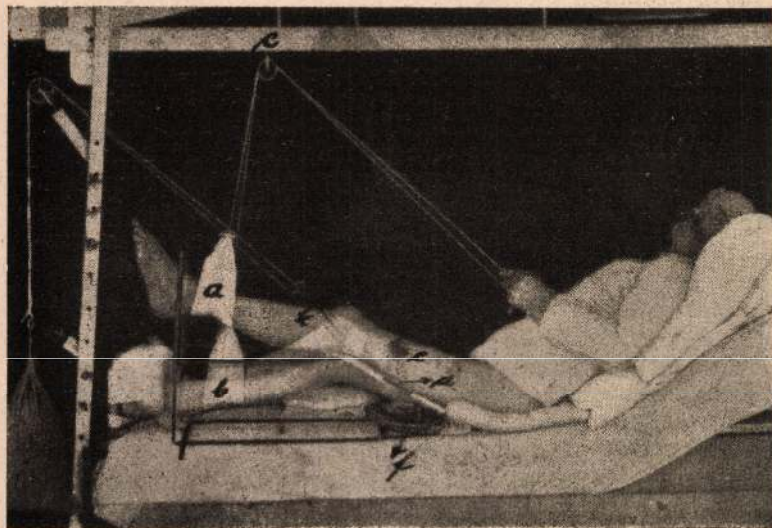
négy bordája volt eltörve a sebesültnek, haemopneumothoraxsal és sokáig tartó haemoptoëval.

A harmadik tényező lenne: a functioképesség fenn-tartása.

Ha egy czombtörés két hónapig feküdt gipszkötésben, akkor a törés és a seb ugyan meggyógyulhatott, de az ízületek minden bizonynyal sokat veszítettek mozgékonyaságukból, az izomzat pedig atrophias lett. Hogy ezt az ízületi merevséget és atrophiat megszüntessük, a végtagot fürdetni, masszálni, villanyozni kell; el kell helyezni a sebesültet egy jól vezetett orthopaediai intézetbe és még így is két-három hónapot, néha évet vesz igénybe a kezelése.

Nálunk a csontgyógyulás és sebkezelés ideje arra lesz

felhasználva, hogy az ízületek mozgékonyága megmaradjon, hogy az izmok sorvadása ne jöjjön létre. Már az első napokban felszólítjuk a beteget, hogy üljön fel az ágyában. Ennél a felülésnél a czomb teljes nyugalomban marad, a csípő-izület mégis kiadós mozgást végez.



3. ábra. A kettős felvételen jól látható az egyszer kiegyenesített a), aztán behajlított b) lábszár; továbbá a nyílt sebkezelés. A czombon levő sebről c) a Braun-szánkón hagyott ablakon át d) a genytralba folyik a sebváladék. K: az elmosódott Schmerz-féle kapocs.



4. ábra. S. J. 20 éves közkatona. A csípő 90°-ra hajlítva, a térd feszítve; lábfej plantarflexiós állásban.

A csípőizületnél lényegesen nehezebb a térdizület szabad mozgathatóságát fentartani. Ezt úgy érjük el, hogy a Florschütz-állványhoz egy csigát (c) erősítünk és ezen át vezetjük a zsinórt a beteg lábról a sebesültnek kezéhez. Ennek a zsinórnak (zs) közvetítésével a sebesült saját maga tudja le és fel mozgatni a lábszárát. [A 3. ábra kettős felvétel: a sebesült előbb kinyújtott lábbal lett lefényképezve, majd leeresztette a lábát és ugyanarra a lemezre újra fel lett véve. Tehát a) a kiegyenesített, b) a behajlított bal lábszár].

A bokaizület mozgatására felszólítja az ember a beteget. A mozgásokat akkor kezdetjük el a sebesülttel, mikor a láb alábbhagyott. A mozgás közben a törésvégék nyugalomban

maradnak, e mellett tanúskodik, hogy a betegek sohasem panaszkodnak fájdalmakról; a láz pedig egyenletes marad. Különösen fontos, hogy a negyedik-ötödik héttől kezdve mind kiadósabb mozgásokat végeztessünk, ebben az időben bámulatos haladást mutatnak a betegek.

Röviden összefoglalva a kezelést: a törött czombot a Braun-féle szánkóra helyezzük, adunk rá egy extenziós-kötést, Schmerz-féle kapcsot vagy Steinmann-szeget; a Braun-féle szánkó ab- illetve addukálásával megadjuk a csont helyes tengelyállását; a sebet nyitva kezeljük és lehetőleg az első naptól kezdve mozgattatjuk a beteggel a csípő, térd és boka izületét.

Ezzel a módszerrel kezeltünk mi 77 czombtörést, melyek közül 45 nyílt, 32 zárt törés volt. Meghalt közülük négy nyílt töréses, és pedig kettő sepsisben; egy teljesen kivérzve érkezett az osztályra, a boncolás acut anaemiát állapított meg a halál okául; egy sebesült elvérzett.

Amputálva nem lett senki.

A legtöbb nyílt lövésnél a láz már az első hét végén alábbhagyott.

A gyógyulás tartama különböző volt a szerint, hogy a betegek azonnal a sérülésük után, vagy hosszabb idő elmúltával érkeztek az osztályra. Azoknak a sebesülteknek, a kik 14 napon belül érkeztek hozzánk, az átlagos gyógyulás ideje 9 hét, míg a 14 napnál idősebb sebesülések gyógyulása 16 és 30 hét között váltakozott.

A legnagyobb rövidülés egy esetben 2·7 cm., minden más esetben 2 cm.-en alul volt.

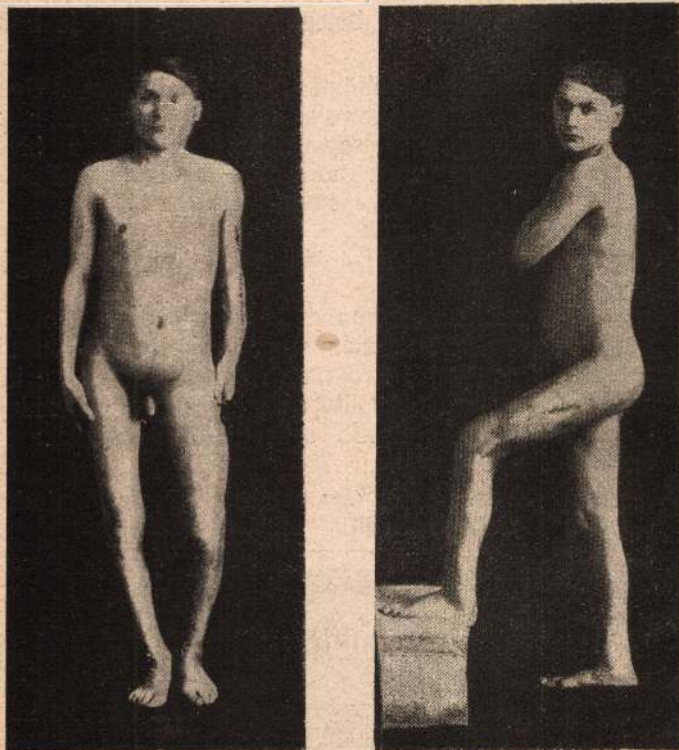


5. ábra. S. J. 20 éves közkatona. Térd 80°-ra hajlítva; lábfej dorsalflexiós állásban. Mind a két kép a sebesülés utáni 30. napon van felvéve. (Böhler képgyűjteményéből.)

A csípő- és boka-izületek minden esetben teljesen szabadok. A térd mozgathatósága a csont összeforradása idején 30° és 60° között váltakozik, de rövid pár nap alatt eléri a derékszöveget, a nélkül, hogy a betegek masszálva, villamozva, vagy fürdetve lennének. Ez a térdmozgathatóság az elbocsátáskor következőképpen alakul: 77 sebesültön 70 esetben a térd activ mozgékonyága meghaladja a 90°-ot, 4 esetben 60 és 90° között, míg 3-nál csak 30 és 60° között váltakozik.

A Schmerz-féle kapocs elhelyezése helyi érzéstelenítéssel azon a helyen történik, a hol a czombcsont a candylusokba

szélesedik ki. A csombcsontnak ezt a kiszélesedését igen jól megérzi a tapintó ujj. A bal kéz mutató- és hüvelykujjával kitapintja az ember a megfelelő helyet, azután lapissal megjelöli az ujjhegyek helyén a bőrt, utána jodtincturával kenjük be az egész térdet. A lapissal megjelölt helyeken kiválik a jodezüst és fehér pont alakjában mutatja, hogy hol kell érzésteleníteni a bőrt, a bőr alatti kötőszövetet, izomréteget be egészen a csontig, illetve, hogy hol kell elhelyezni előzetes bőrincisio után a kapcsot.



6. és 7. ábra. S. F. 20 éves olasz fogoly, a legrosszabb eredménnyel gyógyult csombcsonttörés.

6. ábra: Bal csomb kis fokú varus-állásban gyógyult. — 7. ábra: A térd 65°-ra behajlítva. (Böhler képgyűjteményéből.)

A kapocscsal, illetve szeggel ideális fogantyút kapunk, melylyel a csontot directe ragadjuk meg és az állandóan alkalmazott húzóerővel le tudjuk győzni a folyton tonusban levő izmok okozta rövidülést. De a kapocs, illetve szeg alkalmazásával egyszersmind elértük azt, hogy előttünk fekszik a meztelen csomb és egyszerű rátekintéssel meglátjuk a legkisebb deformitást is. Ez oly nyereség, mely lehetővé teszi a csombtöréseknek Röntgen-készülék nélkül kezelését, a mint hogy az osztály, alapítása idején, Röntgen nélkül és mégis igen jó eredménnyel gyógyított.

A kapocsra vagy szegre az első időben 7 kg.-t akasztunk. Pár nap múlva megmérjük a csomb hosszát (teljesen symmetriában elhelyezett csomb és lábszárak mellett a spina ant. sup.-tól a patella alsó széléig terjed a mérés) és a rövidülés, illetve hosszabbodás arányában növeljük vagy csökkentjük a súlyt. 10—12 kgr.-nál nagyobb súlyra csak ritkán van szükségünk.

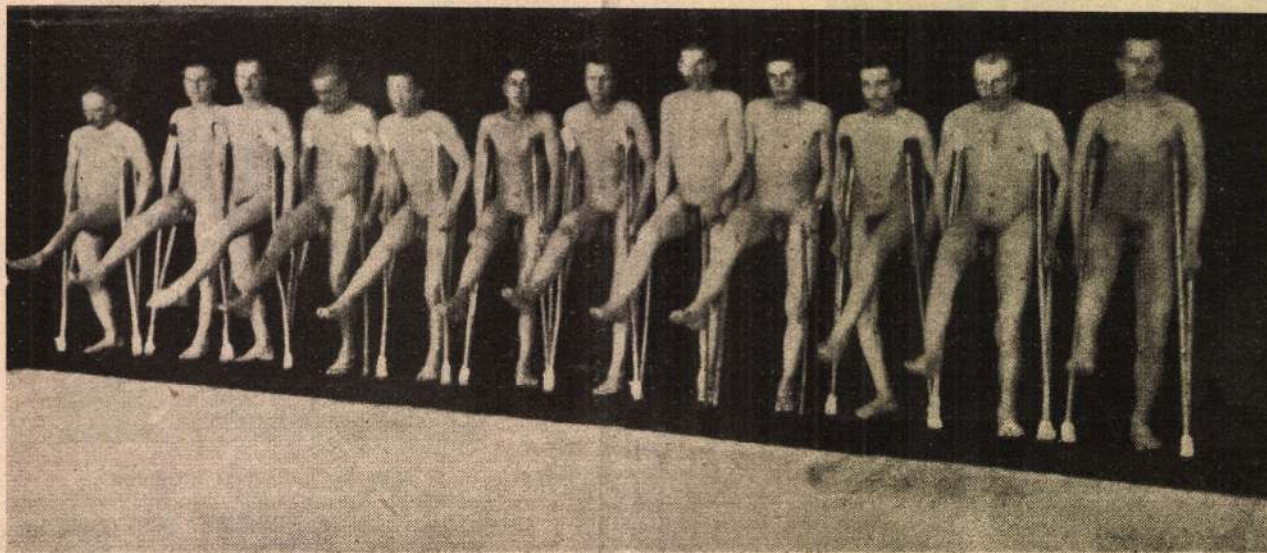
A csomb fentebb leírt elhelyezésével, továbbá az extenzióval elértük a komplikált törés gyógyulásának egyik tényezőjét: t. i. ideálisan beállítottuk a törésvégeket és fixáltuk ebben a helyzetben.

Most pedig áttérek a második tényezőre: a sebkezelésre.

Mi azt a megfigyelést tettük sebesültjeinken, hogy minél erősebben van ronsolva a csont, annál gyorsabban gyógyul össze. Böhler számos bonczolás alkalmával bemutatta, hogy a Röntgen-képen szerte álló csontdarabkák kisebb-nagyobb darabon összefüggésben állanak a periostjukkal. A sequestrotomiáknál pedig kitűnt, hogy ezeknek a csontdarabkáknak csak egy, néha nagyon felületes része hal el, a megmaradt élő rész pedig beleilleszkedik az új callusba. Minden olyan töréskezelés tehát, a mely csontszilánkok eltávolításával kezdődik, helytelen és a gyógyulás kárára történik.

Nálunk tehát egyetlen csontszilánk sem lesz elsődlegesen eltávolítva. A Röntgen-képen szerte álló csontdarabkák a húzóhatás következtében szépen egymás mellé sorakoznak a csont tengelye irányában.

A sebkezelésben legfőbb factor az abszolút nyugalom. Ezt a nyugalmat a nyílt sebkezeléssel érjük el (3. ábra). Ha a seb a csomb hátulso felszínén van, akkor a Braun-féle szánkó megfelelő helyén ablakot csinálunk, az ablak alá



8. ábra. Frissen gyógyult csombtörésesek active hajlítják a csipő- és bokaizületet, feszítik a térdizületet. (Böhler képgyűjteményéből.)

A szegnek az elhelyezését aetherbódulatban végezzük. A szeg a tuberositas tibiae alatt halad át és pedig a lateralis oldalról a medialis felé, nehogy az esetleg ferden haladó szeg a peroneust sértse. A bevert szeghez erősítjük a Böhler-féle kengyelt és ehhez kapcsoljuk a húzóerőt. Úgy a kapocsnak, mint a szegnek bőrből közvetlen kiálló részét, valamint a sebkörüli bőrrészt úgy igyekszünk megvédeni az infectiótól, hogy egy bevágott tupfert erősítünk mastisollal a seb köré.

genyecsészét helyezünk és moszkítóhálójával védjük a sebet a legyektől. Ha a seb a csomb oldalsó vagy felső részén van, akkor a genyet a bőrön hagyjuk lefutni a genytálba; a bőrt hetenként egyszer megtisztítjuk a genycrustától, gyakori tisztogatás mellett ekzemát kap a bőr.

Ez a képzelhető egyszerű sebkezelés kényelmes az orvos szempontjából, fájdalomtalan a betegre nézve és rendkívüli megtakarítást jelent közönségyagban.

Az izomzat minden esetben erőteljes, úgy, hogy a fent-

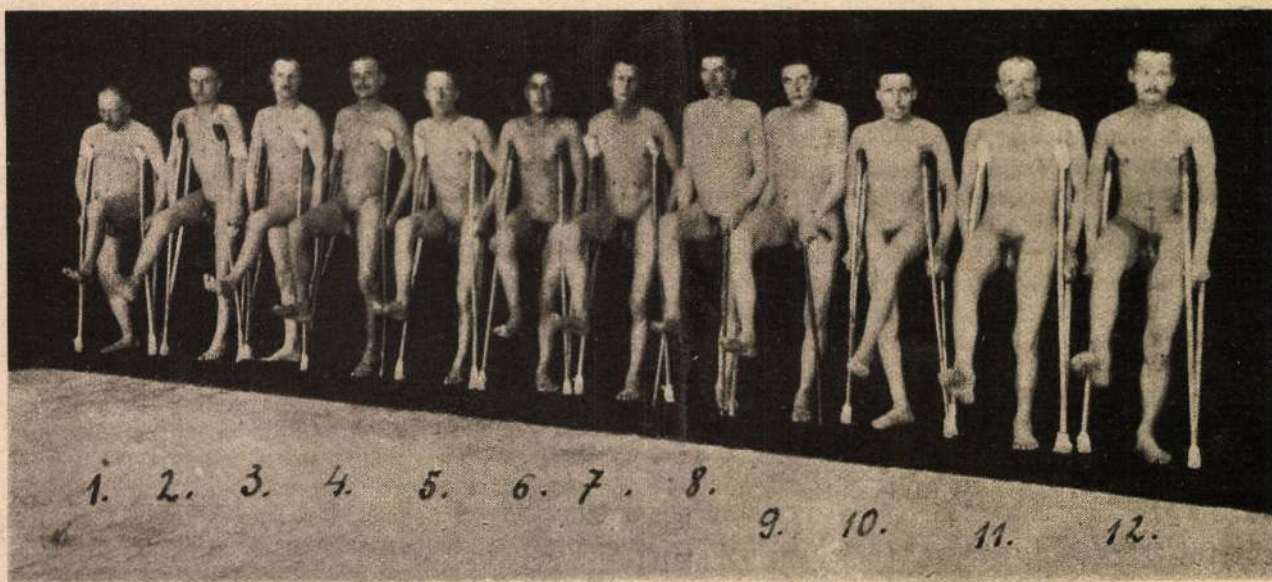
említett csípő-, térd- és bokaizületi mozgásokat active tudja végezni az ágyából először felkelt sebesült.

Ilyen active mozgásokkal mutatja be a 4. és 5. ábra S. J. 20 éves közlegényt, a ki 1917 augusztus 27.-én a jobb csonbján sebesült meg fegyvergolyótól, s augusztus hó 29.-én érkezett az osztályra. Láza 38°. A térde erősen meg van dagadva, kifejezett balottement. A Röntgen-átvilágítással supracondylaer csonbcsonttörést látunk, több kicsiny lövedékdarabkával a csontban.

Kezelés a leírt módon. Szeptember hó 5.-étől kezdve láztalan a sebesült. Szeptember 13.-án a tibián átvért Steinmann-szeg körül genyedés indul meg, eltávolítjuk, előbb azonban a súlyt áthelyezzük a húzókötésre. Szeptember hó 25.-én, tehát 29 nappal a sebesülés után a csont helyes állásban összeforradt; a csípő- és bokaizület szabad, a térd 80°-nyira active mozgatható. Rövidülés nincs.

E nagyon gyorsan és szép functionalis eredménnyel gyógyult eset mellé kell állítanom az osztályunkon legrosszabb eredménnyel gyógyult csonbtörést (6. és 7. ábra).

A sebesült száma (9. ábra)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A sebesülés természet e	gránát	fegyvergolyó	fegyvergolyó	drótkötélütés	gránát	akna	gránátexplosio	akna	gránát	gránátexplosio	fegyvergolyó	csés
Gyógyulás tartama (nap)	130	80	66	60	41	65	53	40	35	38	62	25
Rövidülés (cm.)	1.7	2	0.5	1	1	1	2	—	—	—	1.5	—
A térd mozgathatósága távozáskor	140°	90°	93°	normalis	normalis	normalis	normalis	normalis	normalis	normalis	normalis	normalis



9. ábra. Frissen gyógyult csonbtörések active hajlítják a csípő- és térdizületet, feszítik a bokaizületet. (Böhler képgyűjteményéből.)

S. F. 20 éves olasz főgoly, fegyvergolyótól sebesült meg 1916 augusztus 16.-án. Két hónappal később ablakozott gipszkötésben érkezik az osztályra. Október hó 20.-án eltávolítjuk a gipszet, a bal csonbcsont erős varus-állásban és 9 cm. rövidüléssel gyógyult. Narcosisban refractio és Steinmann-szeg a csonbcsonton keresztül. November 16.-án genyedés miatt eltávolítjuk a szeget, húzókötés. December 14.-én Steinmann-szeg a tibiába, 10 kgr. megterhelés. Rövidülés nincs.

1917 január 19.-én a vizsgálatkor a törés szilárdnak bizonyul, a szeget eltávolítjuk. A rákövetkező nap a csonb ismét varus-állást mutat, úgy, hogy extensiós kötéssel kell adni a betegnek. Ez a húzókötés változtatva hol a csonbon, hol a lábszáron ottmaradt április hó 5.-éig. Ekkor a csonb 2.7 cm. rövidüléssel gyógyult, a csípő és boka szabad, a térd 40°-nyira hajlítható. Április 7.-én sequestrotomia. Május 15.-én valamennyi seb begyógyult, térdmozgékony 65°.

Igen jól látható a sebesült végtagok erőteljes izomzata, a csípő, térd és boka mozgékonyasága a 8. és 9. ábrán. A képek válogatás nélkül mutatják az 1917 szeptember közepén osztályunkon volt valamennyi csonbtörés lábadozót. Természetesen a 9. ábrán látható térdhajlítást nem szabad véglegesnek felfogni. Ez a mozgathatóság minden különösebb orthopaediai kezelés nélkül napról-napra növekszik.

Az alábbi tábla mutatja a 8. és 9. ábrán lefényképezett 12 sebesült sérülésének természetét, a gyógyulás tartamát, a rövidülést és a térd mozgathatóságát az osztályunkról való távozás idején.

Mint érdekes dolgot kell megemlítenem, hogy sebesülteink csak ritkán kerülnek orthopaediai osztályra, hanem nagy részük a kaderhez tér vissza, más részük pedig hosszabb-rövidebb otthonartózkodás után bizonyára a fronton teljesít szolgálatot.

Irodalom. De Quervain: Kurzgefasste Lehre von den Knochenbrüchen. — Hoffa-Brünn: Die Chirurgie der Hüfte und des Oberschenkels. — Böhler: Einfacher Apparat für Bewegungen während der Behandlung der Oberschenkelbrüche. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 23. szám.) Zur Behandlung der Oberschenkelbrüche. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 34. szám.)

A harcztéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légcsőmetszettek osztályának működése.

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

(Folytatás.)

V.

A légcsőmetszettek.

A gégesérülésekről szóló fejezettel kapcsolatban néhány adatot említünk fel, melyek a háborukban a gégesérülések ritkább előfordulására vonatkoznak. Így Allenbach felemlíti, hogy az amerikai secessió háborúban 235,585 sebesülés között csak 82 gégelövés fordult elő, az 1870—71-i háborúban 99,556 sebesülés között 61 gégelövés van feljegyezve. Kahler és Amersbach felemlíti, hogy ezen 61 gégelövés között 34 meghalt és 27 meggyógyult; 9 esetben végeztek

légszomszást, ezek közül 6 meghalt és 3 meggyógyult, 1 esetben laryngotomia és 3 esetben cricotomia lett végezve. *Dimitriades* szerint az 1912—13. évi görög háborúban 50.634 sebesülés között 250 fül-, orr- és gégesérülés és ezek között 0.49% gégesérülés fordult elő. *Moure* és *Canuyt* 1200 között 30 gége- és légszomszást említ. *Guisez* 720 fej- és nyak-sebesülés között 17 gége- és 2 légszomszást talált. *Fischer* szerint pedig 10.000 lősebesülés között csak 5 esett a gége.

A harctéren a géget és légszövet ért roncsolás, sérülés, vérzés, vizenyő stb. sok katona pusztulását okozza, többen azonnal meghalnak, az esetek egy részében az idejében és gyorsan végzett légszomszást segíthet és segít is. *Zur Verth* ajánlja a légszomszást a gége lőtt sebébe való behelyezését, de csakis hadihajókon. A harctéri körülmények szabják meg a teendőket. Mi két esetet kaptunk a harctérről, hol a gége lőtt sebébe kanül lett behelyezve. Az egyikben sikerült a kanül eltávolítása és a gyors bezáródás és gyógyulás, a másikban a gége szűkülete miatt a kanül eltávolítása után laryngofissiót kellett végezni.

A harctéren a szükségessé vált légszomszást többen végezték, így *Denker*, *Thom*, *Ninger* és mások. Érdekes a feljegyzés, hogy *Glas* egy katonát látott, ki kanüllel végzett harctéri szolgálatot; több ilyen eset ismeretes, de ezeket a hősokeket a frontszolgálaton szerzett hurutok és szövődmények a harctér elhagyására kényszerítik. A gégesérülések fejében említettük azon észleléseket, melyekben dacára a fennálló nehéz légzésnek sikerült a légszomszást elkerülni. *Zur Verth*, *Lublinski* ajánlja az azonnali légszomszást légzési nehézségeknél, bár elismerik, hogy a légszomszásra csupán egyharmadban volt szükség, míg kétharmadban a nehéz légzés megszűnt légszomszást nélkül. A harctéri körülmények döntik el az azonnali légszomszást szükségességét, különben a nyugodt ellenőrzés alatt álló betegeknek a lelet és a lefolyás szabja meg a légszomszást végzését. Ott, ahol lövési sérülések és betegségek folytán gégeszűkületek állanak fenn, az esetek nagyrésztében a légszomszást és a mellette végzett egyszerű tágitás nem is elegendő és a gége felhasítására, a szűkület megszüntetésére és rendszeres tágitásra stb. kerül a sor, miről később bővebben lesz szó.

A közleményekből a következő eseteket ismerjük. *Böhler* gégelövés két esetében végzett légszomszást, mindkettőben bórallati emphysema volt jelen, az egyik meghalt. *Meurers* gégelövés esetében csinált légszomszást. *Brüggemann* egy esetben gégevizenyőnél és egy esetben a gyűrűporc lövési sérülésénél végzett légszomszást. *Alexander* a nyak ötszörös lövési sérülésének tracheotómiával gyógyult esetét közli. *Killian* három esetet ismert, az egyikben a lősebesülés a gége elülső részét elszakította, a másik kettőben a gégesérülés mellett összenövés is volt, mindahárom esetben gyökeres sebészi beavatkozást végzett jó eredménnyel; bordaporcplastikát is alkalmazott.

Denker subglottikus gégeszűkület egy esetében laryngofissiót végzett, egy kötszerű vastagodást kimetszett és a *Thost*-féle tömör hengerrel fokozatos tágitást eszközölt. *Kahler* és *Amersbach* eseteikben a *Schrötter*-féle kemény gummi-bougiekat előnyben részesítik a tágitáskor. *Thost* a gége lősebesülésénél keletkezett gégeszűkületek eseteiben a hegszövet kimetszése után a tömör hengereivel végzett fokozatos tágitás eredményességét hangsúlyozza. *Kofler* typhus után fejlődő gégeszűkület 6 esetéről számolt be, laryngostomiát és tágitást végzett. *Albrecht* nyaklövés egy esetében, ahol az oesophagus-szájadék görcse és közben hangrésgörcs is volt, légszomszást végzett. Ez esetet *Albrecht* tetanus-intoxicációnak tekinti, bár a jellegzetes szájszáraz és az orbitalis izom görcse hiányzott. *Rose* három esetében a tetanus végső szakában is észlelte az oesophagus-szájadék görcsét és közben a hangrésgörcsöt.

Osztályunkon 72 légszomszást volt elhelyezve és kezelve. Ezek közül 11 betegen a klinikán lett a légszomszást végezve, 59 beteg légszomszástal lett felvéve, kettőn teljes gégekiirtás végeztetett, két beteg végzett gégefelhasítással jött

a klinikára és 46 esetben a klinikán végeztek laryngofissiót. A 72 eset közül 40 esetben lősebesülés, 14 esetben typhus, 12 esetben egyéb bántalom, ezek közül 6 esetben rákdaganat, egy esetben rhinoscleroma volt megállapítható. Lövési sérülések miatt 13 esetben, hirtelen beállott nehéz légzés miatt két esetben lett a légszomszást végezve, 4 esetben gégerák, két esetben bujakór jalta azt. Egy esetben az orrüregben, a gégeben és a légszomszástban elváltozások voltak jelen, melyek kórszövettanilag rhinoskleromának bizonyultak. A 19 éves katona már két évvel ezelőtt munkaközben nehezen légett. A katonai szolgálat alatt a nehéz légzés a fulladásig fokozódott. A vizsgálatkor az orrsövényen és az alsó kagylón részben pörkkel fedett kemény megvastagodás volt látható, a gégeben a jobb hangszalag alatt egy mogorónyi és ennél nagyobb kemény daganat a légszomszást falán, a jobb hörgő kezdeti része pedig megszükkült. Az alsó légszomszást kellett végezni három esetben gégesérülés miatt; kettőben öngyilkossági kísérlet, egyben verekedés közben sérült meg a gége. Lövési sérülések folytán a kanül eltávolíthatása céljából 27 esetben lett a laryngofissio végezve, két esetben bujakór miatt. Typhus után jelentkezett gégeszűkület 14 esetében történt laryngofissio. Miután a betegek különböző helyeken különböző időtartammal tartózkodtak, ennek természetes következménye a kanül eltávolíthatásának különböző időpontja is. Így légszomszást 15 esetében a műtetet követően 1, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 19 és 25 hónap múlva lett a kanül eltávolítva. Ezen esetek közül 3 esetben a tracheostoma plasztikai műtéttel lett elzárva, amiről később még szólunk *Schimmelbusch*, *Capelle* és *Esser* eljárásánál. Három esetben a *Schrötter*-féle bougiekkel fokozatosan egészen a 12-es számig endolaryngealis lett a tágitás végezve. Két betegen további műtéti beavatkozás szüksége forog fenn, kettő pedig nem áll már kezelésünk alatt.

A laryngofissio 46 esetben lett végrehajtva: lövési sérülés miatt 27 esetben, typhus után bekövetkezett gégeszűkület miatt 14 esetben, bujakóros szűkület miatt 4 esetben és 1 esetben gégerák miatt.

Az esetek nagyobb részében a gége heges szűkületei fordultak elő, a hegesedések, heges kötegek és összenövés különböző mértékben szűkítették a gége üregét, úgy hogy a hegszövet kimetszése vált szükségessé; a porczhártyagyulladások genyedő folyamatai, a porczelhalások és a sarjképződések gyökeres beavatkozásokkal lettek megszüntetve, a gége-üreg szűkületei rendszeres tágitásokkal lettek kezelve. A tágitó eljárásoknál igénybe vették a *Schrötter*-féle bougiek, a *Brüggemann*-féle és a *Thost*-féle hengerek. A legtöbb esetben a *Thost*-féle tágitó eljárást alkalmaztuk és a *Réthy*-féle módosítást, mely még két toldalékrész beillesztéséből áll. A tágitást fokozatosan eszközöltük, legtöbbször a 12-es számú henger alkalmazásáig. A tágitó eljárás beszüntetésének és a tracheostoma elzárásának időpontja különböző volt, a mit megmagyaráz egyrészt a genyedő folyamatok megszüntetésének és a tágitó eljárások eredményességének hosszú időtartama, másrészt a megkísérelt decanulement folytán beállott légzés-zavar, a mi a további tágitást tette szükségessé. A laryngofissióval kapcsolatos hengeres tágitás a kanül eltávolítását és a tracheostoma elzárását 24 esetben tette lehetővé, és pedig 3 esetben nyaki bőrlebenynyel, 21 esetben a sternumból vett bőr-csonthártya-csont-lebenynyel lett elzárva a tracheostoma.

Ezen utóbbi eljárást *Schimmelbusch*, *Capelle* és *Esser* alkalmazta. A tracheostoma elzárásának időpontja a laryngofissio eszközzése után 2, 4, 6, 7, 8, 10, 10, 11, 11, 11, 12, 14, 16, 20, 21, 21, és 22 hónapra esik a lövési sérülések eseteiben és 9, 10, 12, 13, 13, és 16 hónapra a typhussal kapcsolatos esetekben. *Esser* plasztikai műtétei után a lövési sérülések esetei közül 4, a typhussal kapcsolatos esetei közül 1 halt el, 4 tüdő- és 1 agyszövődmény folytán. Kerek hónapokat vettünk, elhagyva az egyes napok többletét. A lövési sérülések 13 esete közül az egyik elmaradt beteg tüdőbaja miatt elhelyeztetett, egy beteg a tracheostoma műtéti elzárásába nem egyezett bele és a többi 7 betegen a rendszeres tágitás lesz végezve. A typhussal kap-

csolatos 8 eset közül két beteg nem egyezett bele a tracheostoma műtéti elzárásába, kettő tüdőbaja miatt elhelyeztetett és 4 beteg a rendszeres tágitás lesz végezve.

Az említett gégeelváltozások a hangképzésnek kisebb-nagyobb zavarait okozták; a részben sérült és heges hangszalagok, vagy a hangszalagokat pótló heges kötegek és a kannaporczok a mozgásoknak különböző korlátozottsága szerint többé-kevésbé rekedtes, dörzszörejes, de érthető beszédet tesznek lehetővé.

Végül még néhány esettel kell foglalkoznunk, melyek egyéb okok miatt tették szükségessé a sebészi beavatkozást. A mi a gégerákot illeti, ezt 6 katonán állapítottuk meg; kettőn jó eredménnyel lett a gége teljes kiirtása végezve, ezekről már az első fejezetben, mesterséges beszélő készülékünk tárgyalásakor megemlékeztünk, kettő a gyökeres sebészi beavatkozásba nem egyezett bele, egy légcsőmetszett betegen a laryngofissio lett végezve és egyen légcsőmetszés és intratrachealis kikaparás lett eszközölve. Az egyik katonán nehézlégzés miatt légcsőmetszés lett végezve 1915 augusztusban; 1917 január havában felvétel a klinikára, midőn a kanült befogadó nyílás körül hüvelykujnyi szélességben sarjszerű szemölcsös képletek voltak láthatók és három újjnyira a középvonaltól a nyakon sipoly.

A megejtett laryngofissiónál látható volt, hogy a daganat az egész géget kitöltötte és a légcsőbe terjedt, a nyaki sipolyjárt a pajzsporcchoz vezet, a gége porcchó váza nekrotizált. A kórszövettani vizsgálat rákot állapított meg. A rákos tömeg kikanalázása lett végezve.

A másik katonán a légcső és a bronchus elsődleges rákjának ritka esete fordult elő. Betegünk 42 éves tizedes, kin már a háború előtt megerőltető munkára nehézlégzés mutatkozott. 1915 szeptember havában katonai szolgálatra hívták be, de nehéz légzése miatt a klinikára küldték 1915 december 5.-én. A gége tükrövizsgálata a géget épnek mutatta, a légcső alsó harmadában azonban szűkület volt megállapítható. Egy hét múlva alsó légcsőmetszést kellett végezni és a direkt vizsgálat mutatta, hogy a légcső alsó területét sarjszerű tömeg foglalja el, mely a bal hörgőbe is folytatódik. A kimetszett szövetrész *Krompecher* tanár lelete szerint el nem szarúsodó laphámráknak bizonyult. A rákos szövet ismételt kikapartatott, cocain-tonogen-spray és oxygen-belégzés ideiglenes javulást eredményezett. 1917 február 4.-én a beteg meghalt. A boncoláskor kitént, hogy az erősen szűkült légcső 1 cm. vastagságban rákosan beszűremkedett, a daganatszövet a szomszédos részeket, főleg az ereket, mérsékelten infiltrálta. A bal főbronchust a daganat erősen szűkítette. Az elsődleges carcinoma scirrhusum már elhelyezésénél fogva kizárta a gyökeres sebészi beavatkozást.

A légcsőben és a hörgőkben a rák elsődleges, másodlagos és metastasisos alakban szokott előfordulni; ez utóbbi a legritkább, gyakoribb a másodlagos alak, leginkább a bázis- és a pajzsmirigy-terjeszkedése folytán, jóval ritkább az elsődleges alak. Egy esetünkben magasan ülő bázisrák tört át a légcsőbe. Az elsődleges légcsőrák leggyakrabban a légcső felső felében fordul elő; némelyik beszűrődéses alakban és mint kocsányos daganat is jelentkezik. *Bruns* 31 esetet állított össze az irodalomból, *Schmiegelow* pedig saját esetével együtt 40 esetet; ezt a számot a mi esetünkkel együtt 53-ra egészíthetjük ki. Ezek közül esetünkkel együtt a bronchusban is jelentkező elsődleges rákeseteknek a száma 8.

A mi a légcsőrák gyógyítását illeti, a gyökeres eltávolítás van helyén olyan esetekben, a hol a daganat a légcső felső részében ül; határozottan ellenjavalt, ha a bifurcatio területe is beteg és a rákos beszűrődés a nyaki nagyerekre is ráterjedt. Tracheofissura igénybevételével is eltávolították a daganatot, végezték a légcsőporczok circularis resectióját, sőt két esetben a légcső teljes kiirtását is. Egy kocsányos polypszerű rák köhögéssel ürült ki. *Bruns* betege (a rákot 10 légcsőgyűrű hosszában távolították el) 6 évig élt a műtét után; *Schmiegelow* betege (a légcső circularis resectióját 5½ cm. terjedelemben végezték) a közlés idején 6 éve jól

érezte magát. *Gluck* és *Soerensen* két esetben végezte a teljes légcsőkiirtást és a légcső plastikai restructióját. A légcső alsó részében az oszlás területén időszaki könnyítés céljából a kikaparás eszközölhető, mint az esetünkben is megtörtént ismételt. De a mint a boncolás mutatta, a légcső falzata, környezete és a nyaki nagyerek is rákosan beszűremkedettek voltak, a gyökeres sebészi beavatkozás ki volt zárva, nem is szólva arról, hogy a rákos folyamat a hörgőt is erősen érintette.

Egy felette érdekes és ritka esetet volt alkalmunk észlelni, a bal bronchus bujakóros heges szűkületét, midőn egy 2 cm.-nyi kerek nyílás tartotta fenn az összeköttetést a légcső és a bal tüdő között. A 38 éves egyén 6 évvel ezelőtt légzési nehézséggel betegedett meg. Állítólag 1911-ben három hónapon át tágitó kezelésnek volt alávetve és állítása szerint két év után 3 hónapon át hasonló tágitó kezelésben részesült. 1915 szeptember havában katonai szolgálatra vonult be és légzési nehézségei miatt klinikára utalták. A vizsgálatkor a gégeben elváltozás nincsen. A tracheoskopia mutatja, hogy a légcső alsó részlete szűkült, a jobb bronchus lumene rendes, a bal bronchus egy lencse negyedére szűkült. A bal tüdőben gümőkóros folyamatot állapítottak meg. 1915 december havában alsó légcsőmetszés történt. A beteg állandóan lázas és ereje hanyatlik. 1916 március havában elhunyt.

A kórbonczatani lelet a következő: A légcső bifurcatiónak megfelelően tracheostenosis luetica van jelen, mely a bal bronchust 2 mm.-ig szűkíti, kétoldalt kifejezett orchitis luetica, lingua glabra, a jobb tüdőben disseminált gümők, a bal tüdőben cavernás elváltozások, baloldali pleuritis adhaesiva, a bal mellékvese gümőkórja. A légcső átmérője a közepén 6 cm., a bifurcatio felé fokozatosan tölcészerűleg szűkül, a hol az átmérője 2½ cm. Ezen terület tulajdonképpen a jobb bronchus bemenete; a bronchus elágazásában nem mutat eltérést. A bal bronchusba való átmenet helyén csillag-alakú heg látható, egy részlete a bal bronchus 2 mm.-es kerek nyílását határolja. A bal főbronchus a szűkület alatt rendes tágassága.

Egy másik esetben bujakóros gégeszűkület miatt volt a légcsőmetszés végezve.

Még három gégesérülés esetéről kell néhány szót szólni, mindkettőben légcsőmetszés történt. Az egyikben verekedés közben vágta meg a géget, a pajzsporcchok magasságában két újjnyi széles nyílás volt jelen, mely bőrlebenyplastikával lett elzárva. A második esetben borotvával lett átvágva a gége, öngyilkossági szándékból. A heges szűkület eltüntetésére laryngofissio lett végezve. A beteg a tracheostoma plastikai műtéti elzárásába nem akart beleegyezni. A harmadik esetben szintén öngyilkossági szándékból késsel lett átvágva a gége. Ezen katonán is laryngofissio lett végezve és a tracheostoma nyaki bőrlebenynyel elzárva.

Az országos hadigondozó hivatal Bajza-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Igazgató: Csiky József dr., egyetemi magántanár).

A hadivaselin káros hatásáról a bőrre.

Közli: *Bakonyi Árpád*.

Több esetben volt alkalmunk megfigyelni, hogy benuult végtagok masszálásakor a most gyártott vaselin használata kellemetlen következményekkel jár.

A benuult végtag felületén először acneszerű képletek keletkeznek, és pedig az acne azon válfaja mutatkozik, a melyet a petrolummal, olajjal dolgozó gyármunkások végtagjain, ritkán az arcán, mint *petroleumacné* szoktunk látni. Az acne elgennyed, pustula keletkezik belőle, a melyből legtöbbször a végstadiumban pyoderma fejlődik, mivel ezt a benuult végtagon fennálló trophiás zavarok és így a bőr kisebb ellenállóképessége elősegítik.

Ezt a jelenséget azzal magyarázzuk, hogy a most gyártott vaselin raffinálása nem tökéletes és így a petrolum-tartalma nagyobb. A *petroleumos vaselin* váltja ki a bőrről a

fent leírt elváltozások alapján fejlődő petroleumacné. Midőn a hadivaselinnek a masszáláskor használatától óva intünk, helyette a hintőport: zincum oxydatum és talcum venet. egyenlő mennyiségének keverékét ajánljuk.

Megjegyzés Keresztes Mária dr. „A Wassermann-reactio Kaup-féle módosításáról” című közleményéhez.

Irta: Gózon Lajos dr., egyetemi magántanár.

Keresztes Mária dr. az eredeti Wassermann-reactio helyett Kaup nyomán mint új dolgot ajánlja, hogy végezzük a Wassermann-reactiót oly módon, hogy a haemolysin titrálása mellett titráljuk meg a complementumot is és ne adjuk nagy fölöslegben a complementumot, mint az eredeti eljárásnál, mert így érzékenyebb a reactio.

Hasonló, sőt véleményünk szerint még érzékenyebb módot használunk már négy év óta az egyetemi bakteriologiai intézetben s az a magyar tankönyvben is le van írva.

A reactiót ugyanis azzal is érzékenyebbé akarjuk tenni, hogy a complementumot sokkal pontosabban, vagyis nem 10-szeres, hanem 20-szoros hígításban titráljuk és ezenkívül, a mire én nagy súlyt helyezek, a savókat mindig 3-féle antigennel, nevezetesen lueses vizes máj-, alkoholos lueses máj- és alkoholos szív-kivonattal is beállítjuk.

A reactiót mi már több ezer esetben kipróbáltuk és úgy tudjuk, hogy tanítványaink közül nem egy ezt az eljárást alkalmazza.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Activ gümőkóros csúcsfolyamatok felismerésére

Sorgo és Maendl a testmozgást ajánlja. Rothschild nemrégiben ugyan már utalt arra, hogy az erősebb menetelés után beálló hőemelkedéssel kapcsolatban hallgatódzással megállapítható góczreactio észlelhető, rendszeresen azonban még nem vizsgálták a testmozgás után mutatkozó góczreactiót. A szerzők használta testmozgás a séta marstempóban, még pedig először $\frac{3}{4}$ óra hosszat sík talajon; ha erre negatív az eredmény, $1\frac{1}{2}$ óra hosszat tart a séta, szintén sík talajon; ennek eredménytelensége esetén $1\frac{1}{2}$ órás séta részben sík, részben emelkedő talajon. A szerzők az eseteknek két csoportját vizsgálták. Az első csoportba tartoztak azok az esetek, a melyekben vagy kétes volt a tüdőcsúcsok állapota, vagy pedig a kopogtatás és a Röntgen-vizsgálat megállapította ugyan a tüdőcsúcs kóros voltát, a hallgatódzás eredménye azonban negatív volt, úgy, hogy kötőszövetesen gyógyult, inactívra vált folyamatot lehetett feltételezni. 33 ilyen eset közül 15-ben (45%) a testmozgás után negatív maradt a hallgatódzási lelet, 18-ban azonban (55%) kifejezett auscultatiós reactio jelentkezett (száraz és nedves szörtyzörejek, az eset szerint változó intenzitásban). A második csoport esetei olyanok, amelyekben auscultatiós jelenségek kimutathatók ugyan; kérdés azonban, hogy ezen jelenségek nem gyógyulófélben levő vagy már meggyógyult folyamatok kísérői-e. Az ide tartozó 27 eset közül 21 (78%) adott pozitív reactiót, vagyis járás után kifejezettebb lett az auscultatiós lelet. Az esetek túlnyomó többségében már az első járatás után pozitív volt a lelet; néhány esetben azonban csak a második vagy harmadik járatás után lett pozitív az eredmény. Egy esetben az első járatás után a hőmérsék 38°-ra emelkedett, auscultatiós reactio azonban nem volt, ez csak a második járatásra jelentkezett nagyon kifejezetten, de most meg hőmérsékemelkedést nem találtak. Megjegyzendő, hogy néha nem azonnal a járatás után áll be a reactio, hanem esetleg csak 3—5 nap múlva; az illetők tehát a járatás után több napig vizsgálándók naponként, s csak ha az 5. napon is negatív

az eredmény, ismétlendő meg a járatás, a mely a jelzett módon használva, semmiféle káros következménnyel nem jár. Az eljárás a szerzők eddigi tapasztalatai szerint nagyon egyszerű és értékes módszer a tüdőcsúcsbeli folyamat activ vagy nem activ voltának, továbbá aktiválhatóságának felismerésére, s mint ilyen a sanatoriumi kezelésre szorultság megállapítása, valamint a kezelésből elbocsáthatóság szempontjából nagyon hasznos szolgálatokat tehet. (Medizinische Klinik, 1918, 10. szám).

Sebészet.

A helyi érzéstelenítés kérdéséhez szól hozzá W. Pfanner. Kétségtelen, hogy a vezetési helyi érzéstelenítés igen sok esetben még a nagyobb hasműtétek alkalmával is pótolhatja az általános bódítást. Gyomor- és duodenum-resectio, a legkülönbözőbb bélműtétek elvégezhetőek anélkül, hogy általánosan ható narcoticumra egyáltalán szükség volna. A szerző szerint azonban ezek kivételes esetek. A tapasztalat azt mutatja, hogy különösen két körülménytől függ a legjobban végzett helyi érzéstelenítés eredménye: 1. a mesenteriumnak és hashártyának nem szabad hosszabb ideig vongáltatni; 2. a beteg idegrendszerének is lényegesen elő kell segíteni az eredmény biztosítását. A hol ezen két feltétel nincs meg, ott gyakran általános narcosisal tudjuk csak a műtétet befejezni. A helyi érzéstelenítés hatását elősegíthetjük morphiom és scopolamin előzetes adagolásával, ez utóbbival különösen peritonealis összenövések esetén. Nem osztja a szerző azok véleményét, a kik szerint a bélvarrat helyi érzéstelenítésben operálva biztosabban volna végezhető, mint általános bódításban; a miként nem valószínű az sem, hogy a bél atoniája elkerülhető volna ezen methodussal. Kétségtelen ugyan, hogy az általános bódítás a bél peristaltikájára hatással van, a bél hűdések tünetei mégis inkább a műtéttel járó peritonealis trauma következményeinek tekintendők. Természetesen a tüdő és szív megbetegedései mellett végzendő műtétekkor a helyi érzéstelenítés előnyben részesítendő, azonban a szerző szerint műtét utáni tüdőcomplicatiók a local-anaesthesia után is fejlődhetnek. Mindezeket figyelembe véve, a szerző szerint a helyi érzéstelenítés, ámbár esetenként a hasi műtéteknél is kifogástalanul alkalmazható, mégsem oly methodus, a mely az általános narcosist nélkülözhetővé tenné. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 3. szám.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

A subscapularis táj lövési sérüléseiről értekezik Th. Walzberg. Lövési sérülések, a melyek a lapoczkát úgy érik, hogy az elülső felülete az izmokkal, vérerekkel együtt megsérül, igen súlyos vérzésekre vezethetnek. A vérzés nem a vérerek nagysága, inkább azoknak nehezen való hozzáférhetősége miatt válhatik igen komolylyá. A szerző két esetet észlelt, a melyek egyikében a lapoczkának tátongó, genyedő sebe volt jelen, a melyen keresztül eleinte lassú, majd mind erősebb vérzés indult meg. A csontdefectus tágitásával és tamponálásával igyekezett a szerző a vérzést csillapítani, azonban a beteg anaemia tünetei között meghalt, valószínűleg az art. basil. emboliája következtében. Egy másik hasonló esetben az art. subscapularist az art. axillaris szabaddátétele után lekötötte s a vérzést így tökéletesen tudta csillapítani. A szerző a subscapularis táj nagyobb vérzéseinél ez utóbbi eljárást ajánlja, annál is inkább, mert egyéb eljárások, mint a lapoczkának exstirpatioja vagy Schedemetszéssel való felemelése, nagy vérzéssel járnak, a mi az amúgy is kivértett beteg prognosisa szempontjából igen fontos körülmény. (Zentralbl. für Chir., 1918, 1. szám.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

A cutan tuberculin-injectio differentialis diagnostikai értékéről számol be E. Hermann. Részben az irodalmi adatokat, részben a lipcei gyermekklinika észleleteit csoportosítva, a következő eredményre jut. Első sorban is bebizonyo-

sodott, hogy a cutan tuberculin-reactio specifikus, de rögtön figyelmeztet azokra a hibaforrásokra, a melyek alkalmazásakor előállhatnak és így téves következtetésre vezethetnek. A lipcsei klinikán mindig a Pirquet-féle fúróval és tön. ény tuberculinnal dolgoztak, s mindig úgy a human, mint a bovin typussal végezték a reactiót. Mindkét típusú tuberculint alkalmazva, s az oltásokat többször ismételve, az eseteknek csak kis töredéke olyan, a melyben csupán az egyikféle tuberculinnal pozitív a reactio. Ha az oltásokat elég sűrűn végezzük, végeredményben minden eset úgy a human, mint a bovin typusra reagál. Úgy véli, hogy míg kezdetben a szervezet csak az öt fertőző typus elleni antitesteket produkálja, később már csoportellenes testek is fejlődnek a szervezetben. Oly egyének, a kiknek az allergiája már kialakult, csak a specifikus reactio áll fenn. Egyes esetekben tehát bacteriológiai vizsgálat nélkül is az egyik vagy másik typusnak kimaradó reactiójából következtethetünk a fertőzést okozó typusra. Oly egyének, a kiken activ, de nem tulságosan előrehaladott tuberculosis folyamat áll fenn, a fertőzést okozó typusra abból következtethetünk, hogy az egyik typusra való reactio jóval erősebb. (Jahrbuch für Kinderheilk. III. sorozat, 36. k., 5—6. f.)

Bókay Zoltán dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Kezdeti szakban levő furunculosisok Kritzler szerint gyorsan meggyógyulnak, illetőleg visszafejlődnek, ha 15—20%-os salicylcollodiummal kenjük be őket. (Mediz. Klinik, 1918, 1. szám).

Makacs, torpid fekélyek gyógyítására Grünebaum az erősen hígított jodtincturát (3—5 csepp hivatalos jodtinctura 10 cm³ meleg, előzőleg felforralt vízre) ajánlja, a melynek 2—4 cm³-ével infiltrálendő a fekély alatt levő szövet, a fekélynek előzetesen tetrachlorhydrogennel megtisztogatása után. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 2. szám).

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 10. szám. Sztanojevits Lázár: A myoclonus-epilepsia pathogenesiséhez. Zatkalik Lajos: A mesterséges koraszülésről.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 11. szám. Schulhof Vilmos: A mesterségesen felidézett idült traumás végtagviznyöről.

Vegyes hírek.

Egészségügyi tanácsosi és egészségügyi főtanácsosi cím. A király 1918. évi február hó 27.-én kelt legfelsőbb elhatározásával a magyar királyi belügyminister előterjesztésére megengedte, hogy jövőre az „egészségügyi tanácsosi” cím adományozása iránt is teheszen a magyar kormány a Felső személye körül m. kir. minister útján előterjesztéseket. Erre a kitüntetésre, mely a „nagyságos” címre fogja az illetőket feljogosítani, az orvosi hivatás terén érdemeket szerzett s egyébként is méltó olyan közszolgálatban álló orvosok hozhatók javaslatba, a kik legalább az állami alkalmazottak részére megállapított VIII. fizetési osztálynak megfelelő állásban teljesítenek szolgálatot, valamint olyan a hivatali kötelezések kívül álló orvosok, a kik működési körük, társadalmi állásuk és vagyoni viszonyaik alapján a társadalmi életben hasonló helyzetet foglalnak el. Egyúttal a „méltóságos” címzésre jogosító „egészségügyi főtanácsosi” cím rendszeresítését is elrendelte, a melynek adományozása iránt különösen méltányos esetekben olyan orvosok hozhatók javaslatba, a kik közszolgálatban legalább a VI. fizetési osztályba vannak sorozva, vagy máskülönben rendkívüli működést fejtenek ki.

A marienbadi orvos-otthonban májustól szeptemberig 65 hely (havonként 13) áll rendelkezésre osztrák-magyar és birodalmi német orvosok részére. Folyamodások (válaszbélyeg melléklésével) a következő címre küldendők: Vorstand des Vereines Aerztliches Erholungsheim in Marienbad. A kedvezmény egy hónapra szól; előnyben részesülnek az egyesület tagjai (legalább 5 korona évi járulék), valamint azok, a kik a mostani háborúban közreműködésük következtében betegek. Orvos neje csak férje kíséretében, annak ápolása végett nyerhet felvételt.

A XXV. magyar balneológiai congressust márczius 23.-án és 24.-én tartják a budapesti kir. orvosegyesület házában (VIII., Szentkirályi-utca 21.) a következő napirenddel: I. ülés márczius hó 23.-án

délután 5 órakor. 1. Elnöki megnyitó. 2. Schulhof Vilmos: Scorbut-maradványok balneo-physiotherapiája. 3. Dalmady Zoltán: A physikal beavatkozások hatásmodjáról. 4. Weisz Ede: A fürdőtherapia mint serum- és vaccinhatás. 5. Löw Sámuel: a) Magyarország fürdőinek látogatottsága 1916-ban és 1917-ben. b) Ásványvízforgalmunk 1916-ban és 1917-ben. 6. Pető János: A szénsavas fürdők alkalmazása. — II. ülés márczius hó 24.-én délelőtt 9 órakor. 1. Gara Zsigmond: a) Az ischias újabb tüneteiről. b) Legegyszerűbb orthopaediai segéd-eszközök. 2. Balassa Ignác: Az iszap és villamosáram kombinált használata az ischias gyógykezelésénél. 3. Fái Mátyás Miklós: Adatok a tuberculosis belső secretiós tünettanához. 4. Sümei József: A háborús szív és annak gyógykezelése fürdőhelyen. — A congressus után, márczius 24.-én délelőtt 11 órakor tartja meg közgyűlését a magyar szent korona országainak balneológiai egyesülete.

Személyi hírek külföldről. E. Opitz giesseni tanár elfogadta a freiburgi nőorvostani tanszékre szóló meghívást. — F. Riedinger, a sebészet rendk. tanára a würzburgi egyetemen, nyugalomba vonul.

Meghalt. Rónai Adolf dr. törzssorvos márczius 7.-én Budapesten. — Hancsok Kálmán, Böhm Margit dr. Budapesten, — Simonovits Ignác dr. varannói járásorvos. — W. Gebhardt dr., az anatomia rendk. tanára a hallei egyetemen. — E. Neumann, a kórbonczolástan nyugalmozott tanára Königsbergben, híres pathologus, 85 éves korában. Neumann fedezte fel 1876-ban Bizzozero-val egyidejűleg, de tőle függetlenül, a vörös csontvelő szerepét a vörös-vérsejtek termelése körül.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: újonnan kibővítve ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

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

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

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.
Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

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.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.
Dietás-physikal magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Bacedowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegsége (cukor-, baj, köszvény), neurastheniások, vészegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízaló kúrák. Tuberkulózis teljesen kizárva.
Vezetőorvos: Dr. Gáman Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

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

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

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11.
Telefon József 14—51.
Belbetegek részére. — Vízgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen.
Dr. RAJNIAK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungaria-út 9. (István-út végén.)
Telefon. Iroda: József 91 47. Telefon. Orvosok: József 95—08.
Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szül. szeti osztály.
sz. bad orvosvizsgázás.
RÖNTGEN-LABORATORIUM.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.
UJTÁTRAFÜRED. Heliötherapia.
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium
Klimatikus, physikal és dietás gyógyintézet.
Budapest, I., Hidegkúti-út 78. + Villamos megálló. + Telefon: 145—90.
Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegeknek üdülőknek és rekonvalescenteknek. + Hízó-kúra

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (XI. bemutató szakülés 1917 december 5.-én.) 148. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület. (II. rendes tudományos ülés 1918 január 26.-án.) 148. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1917 december 5.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyi József.

(Vége.)

Submucosus myoma okozta uterus-inversio esetei.

Bleier Géza: Az inversio mint acut megbetegedés inkább a puerperiumban fordul elő. A chronicus inversiókat a méh belsejében ülő daganatok okozzák az által, hogy összehúzó-dásokat váltva ki, részben vagy egészben a cervixbe vagy hüvelybe megszületnek, magukkal húzva a méhfenék falát.

A főtünet mindkét esetben a vérzés; ez acut inversiónál profus, chronicusnál kisebb fokú, de állandó vagy rövid megszakításokkal ismétlődő s rendszerint igen bűzös bő folyás kíséri; továbbá székelési és vizeleti nehézségek vannak, melyek nagyobb tumoroknál teljes vizeleti képtelenségig fokozódhatnak.

A therapia az acut inversiónál conservativ, míg a chronicusnál — különösen, ha daganat okozta — radicalis.

A bemutató két esetről számol be, melyek tüneteikben, lefolyásukban, sőt terapiájukban is teljesen hasonlóak voltak és rövid egymásutánban kerültek észlelés alá a Bakács-téri kórházban.

Az egyik esetben 48 éves V. P.-ről volt szó, a ki 1½ év óta vérzik rendetlenül, 3 hét óta beteg, igen erős bűzös folyása van, fájdalmak a hasban, a derékban és a lábokban és ezen idő óta egyáltalán nem tud magától vizelni. Láz (38.0°).

A másik eset szintén 48 éves O. P.-ra vonatkozik, a kinek panaszai teljesen hasonlóak az előbbiéhez, ugyancsak 3 hét óta nem tud magától vizelni és szintén lázas (38.5°). A lelet mindkét esetben ugyanaz: a hüvelyben megszületett submucosus myoma, mely felett kocsány nem észlelhető, portio vagy méhszáj nem tapintható.

A daganat okozta méhinversio lehetősége fennforogván, műtetre határozzák el magukat. Mindkét esetben a műtéti eljárás teljesen azonos volt. A tumor morcellement-ja után nyilvánvaló lesz az uterus-inversio, s tekintettel arra, hogy a tumor széles alapon ül a teljesen kifordult méhfenék belső felületén, s tekintve az esetek inficiált voltát, a méhnek a hüvelyen át teljes kiirtását végzik.

A bemutató azért tartja szükségesnek az esetekről való beszámolást, mert fontosnak véli, hogy megszületett submucosus myomáknál mindig gondolnunk kell méh-inversióra és készen kell lennünk a vele járó műtéti eshetőségekre.

Műtét utáni hólyaggyulladás esetei.

Kelen Sándor: Az első esetben retroflexio és vérzéses panaszok miatt curette-et és ventrofixatiót végeztek s annak ellenére, hogy a seb per primam reactionmentesen gyógyult, a varratkiszedés után is lázas temperaturák zavarták meg a lefolyást. Ennek magyarázatáért a betegen védő himlőoltás kapcsán kifejlődött *urticariában* és a vizeletben kimutatható genyben találták meg. Az *urticaria* gyógyulása után a láb el is mult a hólyagpanaszok azonban diaeta, helmitol és protargol-instillatiók ellenére is fokozódtak. Ezért a két hét óta láztalan betegen cystoskoppal keresték, vajjon nincsen-e a panaszoknak a magasabb húgyutakban valamelyes oka. Ott megbetegedést nem találtak, ellenben a beteg a hólyagtükrözés után lázas lett és intermittáló temperaturák mellett vesetáji érzékenység fejlődött. Ezért — minthogy a therapia eszközei meglehetősen ki voltak merítve — a bécsi Gross tanár ajánlatára intravenás neosalvarsan-injectiókhoz folyamodtak. Öt injectióra nemcsak a láb esett le, hanem a beteg panaszmentessé is vált, sőt vizeletéből a geny is végleg eltűnt. A másik esetben intraligamentaris myoma miatt Chrobak-műtétet végeztek. A beteg azonban a varrat kiszédése után lázassá vált a teljesen reactionmentes sebgyógyulás ellenére s minthogy

a vizeletben geny volt kimutatható s a lázas állapot helmitol és diaeta ellenére sem javult, localis kezelést nem lehetvén alkalmazni, újra az intravenás neosalvarsan-injectiókhoz folyamodtak. A beteg az első injectio után láztalanná vált s négy befecskendezés után nemcsak panaszai szűntek meg, hanem vizeletéből a geny is véglegesen eltűnt.

Mansfeld Ottó: Postoperatív hólyaghurutok akkor fordulnak elő, ha a hólyagot nem tompán, hanem élesen választjuk le. Leggyakoribbak Wertheim-műtét után. A neosalvarsan jól hat. A cystoskopia is szerepet játszik.

Scipiadés Elemér: Azt hiszi, hogy a hozzászóló feltételezi rólok annyi elemi ismeretet, hogy tudják, hogy heveny hólyaggyulladás mellett cystoskopiát végezni nem helyes. Betegüket nem is acut hólyaghurut mellett tükrözték, hanem kétheti láztalanság után s akkor, mikor már a szokásos kezelésekre sem javultak a panaszok. S ilyenkor talán már mégis indokolt az eredménytelenség okát keresni. S hogy a salvarsant helyesen választották gyógyszerül, azt — ha a Gross-féle tapasztalások nem is volnának — nem lehet letagadni, annyira frapansok voltak az eredmények, a melyeknek lényege nem is az, hogy a láb leesett, hanem, hogy a cystitis, illetőleg a cystopyelitis de facto ilyen hamar meggyógyult. Ezért azt hiszi, jogosult ezzel a szerrel tovább kísérletezni minden oly esetben, a melyben a therapeutikai eszközök már kimerültek, vagy azok igénybevételére a beteg nem alkalmas. Talán terhességi pyelitis akárhányszor kényes eseteiben is hasznót fognak látni a neosalvarsantól, melyet számos tapasztalás szerint a terhes szervezet ártalom nélkül tűr.

Mansfeld Ottó: Egy esetében methylenkék szállította le a lázat

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1918 január 26.-án.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Csiky József.

A blastomykosisról.

Justus Jakob: Ennek a bőrbetegségnek kórképét 1896-ban *Gilchrist* amerikai dermatologus írta le először. Azóta a külföldi irodalomban jelentősebb számú esetet írtak le, hazánkban a bemutatandók az első.

A bántalom fájdalom és viszketés nélkül mint picziny papulopustula jelentkezik, mely az acutabb lob jelenségeit viseli magán. A pustula csakhamar pörkké szárad, melynek leemelésekor az erodált felület finoman szemölcsösnek látszik. A papula meredek lejtővel, éles határral bír, szélét keskeny lobos csík környezi. Növekedése lapszerint és magasságban is történik és csakhamar lencsényi, sőt körömnnyi rózsás vagy barnás-piros plaque-ot alkot, melynek felülete egyenetlenül szemölcsös, határai élesek, lejtője meredek. A szemölcsök közül nyúlós üvegszerű vagy zavarosabb váladék ürül, a mely sárgás pörkké szárad be. A plaque-ok szélén számos gombostühegynyi szürkés pontocskák láthatók, a melyek mind-megannyi miliaris apró abscessusnak felelnek meg. A bántalom tovaterjedése vagy új góczok fejlődésével történik, vagy pedig in continuitate való növekedéssel. Bármely testrészt meglephet, de leggyakrabban az arcot és kezeket.

Gilchrist vizsgálatai, melyeket utóbb valamennyi szerző megerősített, és a melyekhez az előadó is hozzájárul, kimutatták, hogy a hámrétegekben és a cutisban számtalan kerek, igen fénytörő, anilin-festékekkel erősen festődő, 2—20 mikron átmérőjű, éles határú, kettős konturú, ritkán szemcséket, olykor vacuolákat tartalmazó, néha bimbózó alakokat mutató képletek találhatók. E képleteket az élesztőgombákhoz sorolja a szerzők nagy része. Hogy ezt a különös betegséget valóban ez élősdiek okozzák, arra nézve a bizonyítékok a következők: A bántalom valamennyi esetében a szövet metszeteiben és a váladékban kimutathatók, állatra való áoltáskor a tiszta kultúrák erősen pathogennek bizonyultak.

Az előadó 18 kóresetet gyűjtött össze másfél esztendő alatt, melyeket részben moulageokban (színes viasz-utánzatok), részben betegeken mutat be. Az esetek Magyarország különböző részeiből valók. Valamennyiben egyetlen kivétellel a

histologiai vizsgálat is megtörtént, mely a parasiták jelenlétét kétségtelenné tette; több esetben *Gózon* tagtárs a kitenyészést is megkísérelte, s ez egy esetben sikerült is.

A baj gyógykezelésére az amerikai szerzők a jódkáli nagy adagjait és helyileg jódos kenőcs vagy jódos tinctura alkalmazását ajánlják. A bemutató eseteinek egy jelentős részében ez a gyógykezelés kitűnő eredményt adott, de két eset erősebben ellenáll.

Tehát Magyarországon ez a bántalom, úgy mint a szomszédos Ausztriában is, előfordul és ha az orvosok figyelme feléje irányul, gyakrabban lesz diagnoskálható.

Gózon Lajos: Az előadó az előadásán bemutatott eseteket az egyetemi bakteriologiai intézetbe küldte be bakteriologiai vizsgálat céljából. Bár több esetet 2–3 ízben is volt alkalmunk a hozzájárulónak vizsgálni, kétségtelenül csak egy esetben sikerült a blastomyces kitenyészteni. Ugyanis akárminő származású genyet is vizsgálunk mikroskoppal akár nativ készítményben, akár festettben, mindig láthatunk olyan képleteket, melyek a blastomyceshez hasonlóak, a melyek azonban lehetnek magmaradékok vagy más hasonló képletek és amelyekről csak akkor mondhatjuk, hogy élesztősejtek, ha tenyésztésük sikerül.

G.-né esetében a blastomyces kitenyészése semmiféle nehézséggel nem járt. 24 óra alatt az oltott *Sabouraud*-féle szőlőcukor-agaron, valamint az oltott burgonyán $\frac{1}{2}$ –1 mm. átmérőjű, fehér, félgömböszzerűen kiemelkedő, homályos felületű telepek fejlődtek, a melyek főleg sarjadzó alakokból állanak, csak elvétve látni egy-egy rövidebb fonalat. Ez a blastomyces a szőlőcukrot és mannitot csak lassan, a maltosét és saccharosét erősebben bontja. Anaërob módon nem tenyészik. A beteg savója 160-szoros hígításban agglutinálja. Más blastomycosisra gyanús betegek és egészséges egyének savója egyáltalán nem agglutinálja.

A kitenyészett élesztő erősen pathogen kisebb kísérleti állatokra. Egeret 1 kacsnyi blastomyces 3–4 nap a'att, patkányt 8 nap, $\frac{1}{2}$ ferde agar-tenyészet intraperitonealisan oltva nyulat 4 nap alatt ölt.

Az elhullott állatokban legtöbbször a vesékben igen kiterjedt tuberculosisa emlékeztető elváltozások láthatók. Egy ízben a szíven voltak hasonló elváltozások.

Egérben és patkányban ezek a góczok elágazó, hosszú, vékony gombafonalak sűrű hálózatából állanak, csak elvétve látható 1–1 blastomyces-alak.

Kísérleti állat bőrébe dörzsölve a blastomyces, az emberihez hasonló elváltozás előidézhető nem volt.

A kitenyészett élesztő állatpathogenitása és állatban észlelt fonálképző sajátága révén leginkább hasonlít a *Montgomery* által Amerikában talált blastomyceshez, de mégis eltér ettől kulturális sajátágaiban, amennyiben tenyésztésben fonalakat alig termel és így nem sorolható az oidiomycesek közé.

Makai Endre: Köszönettel tartozik *Justus* kartársnak, ki figyelmünket erre az érdekes kórképre felhívta. Egy esetről óhajtok beszámolni, mely klinikai megjelenését és lefolyását illetőleg talán nem érdektelen. Egy 56 éves földbirtokos jött a szülőhöz, alsó állkapcsa táján meggyorónyi időszült tályoggal, mely sipolylyal kifelé tört és klinikai formájában actinomycosisra emlékeztetett. A beteg előadta, hogy gyakran szokott gabona-magvakat, fűszálat rágcsálni. A sipolyból felhatolva éles kanállal kikaparta a tályogfalat s a sipolymentet. A szövetszövetekben *Goldzieher* magántanár blastomyces mutatót ki mikroskoppal. Jodoform-gazetamponade-ra s belsőleg jódagolásra az eset 2 hét alatt teljesen gyógyult, hamarabb, mint egyéb banális tályogok, tekintve, hogy a *Volkman*-kanál periosztosztott csontozat kócsódott. A beteget természetesen időnként ellenőrzés céljából be kell rendelni.

Justus Jakab: *Makai* tagtárs esete bejelentésének örül, mivel megerősíti előbb kijelentett várákozását. *Gózon* tagtársnak felelete ez: eleinte a legtöbb szerzőnek nehezen sikerült a gombát kitenyészteni, például az Ausztriából közölt nagyobb számú eset közül csak egyetlen egyben sikerült a tiszta tenyésztés oly módon, hogy a betegről majomra oltották át a kórt és csak ennek a bőrelváltozásaiból sikerült a cultura. Hasonlóan nyilatkozik az angol meg a francia szerzők nagyobb része. A mi eredményünk, mely szerint 8–9 kísérletből egy eredményes volt, nem a legrosszabb. A szövetben való kimutatása nagyszámú parasitának minden histologice megvizsgált esetben (17-szer) sikerült.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A munkácsi m. kir. állami gyermekmenhelyben megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazon orvosi oklevéllel bíró orvosokat és orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott és a Belügyminister úrhoz címzett folyamodványukat **legkésőbb 1918. évi márczius hó 20. napjáig hozzám** nyújtsák be.

Javadalmazás 1200 korona, természetbeni I. osztályú élelmezés és két szobából álló butorozott lakás fűtéssel és világítással. Az állás **azonnal** elfoglalható. Oklevéllel bíró orvosok jelentkezése hiányában szigorló orvosok kérvényét is figyelembe veszem.

Munkács, 1918 márczius hó 1-én.

Csatári Nuszer Lajos dr., igazgató-főorvos.

35.214/1918. I. A. 3. sz.

Máramaros vármegye Körösmező községében rendszeresített egy a X. fizetési osztályba tartozó kincstári erdészeti orvosi állásra a rendszeresített illetményekkel pályázatot hirdetek.

Pályázókat felhívom, hogy életkorukat, magyar honosságukat, egészségi állapotukat, nyelvismeretüket, katonai kötelezettségük le-
rovását, valamint orvosi minőségüket és eddigi foglalkozásukat illetőleg alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat a máramaroszigeti m. kir. erdőgazgatósághoz **1918. évi április hó 15.-éig** nyújtsák be.

Budapest, 1918. évi márczius hó.

A m. kir. földművelésügyi minister.

708/1918. sz.

Háromszék vármegye miklósvári járásához tartozó hidvégi **kör-orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz tartoznak: Hidvég, Árapatak, Előpatak, Erősd, Bölön, Nagyajta, Középjáta és Miklósvár községek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés, 600 korona lakbér, 1000 korona útiátalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi márczius hó 31.-éig** adják be.

A választás napját később fogom kitűzni.

Nagyajta, 1918. évi márczius hó 7.-én.

A főszolgabíró.

1270/1918. sz.

A Körösladány községnél lemondás következtében megüresedett **ügyvezető**, valamint elhalálozás következtében megüresedett **nem-ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket **folyó évi márczius hó 23-áig** kell hozzám beadni.

Az ügyvezető orvosi állás évi javadalma: 1600 korona kezdőfizetés, 500 korona lakáspénz s a törvényes rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

A nem-ügyvezető orvosi állás évi javadalma: 1400 korona kezdőfizetés, 500 korona lakáspénz, 500 korona állandó személyi pótlék s a törvényes rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Megjegyzem, hogy az ügyvezető orvosnak kilátása van arra, hogy vasúti pályaorvosul s a helybeli uradalom orvosául ő fog alkalmaztatni.

Szeghalom, 1918 február 26.

Csánki Jenő, főszolgabíró.

4181/1918. ki. sz.

Az áthelyezés folytán megüresedett alsóverecskéi **járási tiszt** **orvosi állásra** Alsóverecské székhelylyel pályázatot hirdetek.

Ez állás 2000 korona kezdőfizetéssel, 360 korona lakbérrel, 600 korona útiátalánnyal és hozzátartozó pótlékokkal van javadalmazva.

Az alsóverecskéi járásorvos a volóczi körorvos teendőivel ezen állás betöltéséig szintén meg lesz bízva s ezért külön díjazásban részesül.

A betegsegélyző pénztár részéről is megfelelő jövedelemre, valamint kiterjedt magánpraxisra is számíthat.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-czikkben előírt minőségüket, valamint a tiszt orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket a vármegye főispánjához címzve hozzám **folyó évi márczius hó 30.-áig** annál is inkább nyújtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Megjegyeztetik még, hogy a szükséges okiratok átadása mellett személyesen is lehet jelentkezni nálam.

Beregszász, 1918. évi február hó 27.-én.

Gulácsy István dr., alispán.

DIPLOMÁS ORVOS, 8 évi kórházi, klinikai

s magángyakorlattal, a

konzervatív fogászatban s némi laboratoriumi gyakorlattal is bír,

néhány hónapra sanatoriumba ajánlkodik,

lehetőleg vidéki klimatikus gyógyhelyre. Ajánlatok „D. O. 34”

jeligére a „Petőfi” irod. vállalathoz, VII., Kertész-u. 16. kéretnek.

HELYETTESÍTÉS!

Szigorló orvos (egészségügyi hadnagy) bármily éjjeli

inspektiót vállal; súlyos beteg mellé is elmegy. Leveleket

„Sors bona” jeligére a „Petőfi” irodalmi vállalathoz —

VII., Kertész-utca 16 — kérek.

Diplomás orvosnő több évi sanatoriumi és

kórházi gyakorlattal

sanatoriumban Pesten vagy vidéken állást keres.

Szíves megkeresések „Diplomás” jeligére Győri-Nagy

hirdető irodához, VII., Kertész-utca 16. címzendők.

RICHTER GEDEON vegyészeti gyára **BUDAPEST X.**

Arteriosklerosis

Lues stad. III.

Asthma bronchiale
stb.

JODLECITHIN

Rp. Pillul. Jodlecithini Richter

à 0.10 g lag. orig.

Ds. Utasítás szerint napjában 1—2 pillula telt gyomorra.

Rp. Tablettae Jodlecithini Richter

à 0.25 g lag. orig.

Ds. 3-szor napjában 1—2 tablettá telt gyomorra.

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyvényes
SAVANYÚVIZ.

Epileptikusok

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

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

BAYERLAX

egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettaalakban.

BAYER gyógyszerár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

A tuberculosis leküzdése



a mai kor követelménye.

Prof. Hagemann (Marburg), Prof. Vulpius (Heidelberg) és Prof. Jesionek (Giessen) kezelési alaptörvényeinek és tapasztalatai szerint,

a kvarzlámpa által való teljes besugárzás eddig elérhetetlen kedvező hatást eredményezett

skrofulosis, tüdőbaj, gyanított tuberculosis és elerőtlenedésnél, nevezetesen gyermekeknél és ifjaknál. — Újdonságunk 1916-ról, a csarnoki kvarzlámpa Prof. Jesionek (Giessen) szerint, új erősebb fényű kvarzégők által minden orvosnak lehetővé teszi,

hogy besugárzásonként nagyon csekély költséggel amhulatoriumot (besugárzási csarnokot)

számos beteg egyszerre való besugárzására, Prof. Jesionek szerint berendezzen. — Költségvetés és irodalom díjmentesen.

Quarzlampentabrik Linz a. D. Stammhaus Hanau.

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.

Frigyasi József: Közlés Budapest székesfőváros Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati közpórházából. Vértéscsillapítás anaemiás szülönőknél placenta praevia miatt végzett császármetszések alkalmával. 151. lap.

Szegvári György: Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegy különleges gyógyintézetéből. (Vezető-főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos.) A háborús neurosisban megbetegedettek visszaesési hajlamáról és szolgálati használhatóságáról. 155. lap.

Leitner Fülöp: Közlemény a laibachi cs. és kir. 5. sz. tartalékkórházából. (Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.) Adat az Addison-kór gyógykezeléséhez. 157. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészet. F. Erkes: Haslóvések. — F. Krause: Sebészi tapasztalatok. — Bőrkórtan. J. Schäffer: A bőrbajoknak egyszerű szerekkel való kezelése. — Gyermekorvostan. Schick: Újszülötteken végzett táplálási tanulmányok. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Geissler: Dysenteria. — Hesse: Eukodal. — Oppenheim: Climacteriumos zavarok. 158—160. lap.

Magyar orvosi irodalom, 160. lap.

Vegyes hírek. 160. lap.

Tudományos Társulatok 161—163. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés Budapest székesfőváros Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati közpórházából.

Vértéscsillapítás anaemiás szülönőknél placenta praevia miatt végzett császármetszések alkalmával.*

Irta: **Frigyasi József** dr., egyetemi magántanár, honvéd törzsorvos, a kórház vezető főorvosa.

A placenta praevia legnagyobb veszedelem tudvalevően a vérzés, mely az elől fekvő lepény tapadási helyéből már a tágulási szak előtt jelentkezik, a tágulási szakban többször és nagy mértékben ismétlődik és végül legkomolyabban veszélyezteteti elvérzési halállal az anyát úgy a lepényi időszakban, mint közvetlenül a lepény megszületése után is. A tágulási szakban a vérzést a lepény tapadásával szolgáló alsó szakasz szétfeszítése, distractioja (*Sellheim*) okozza. A lepényi időszakban és a szülés után a vérzés többször onnan ered, hogy a méhnek a lepény tapadásával szolgáló alsó szakasza vékony, izomelemekben sokkal szegényebb s így összehúzódása, az ily módon való vértéscsillapítás, sokkal hiányosabb, mint a méhtesté. Az elől fekvő lepény okozta vérzések megakadályozására, illetve csökkentésére a gyakorlatban hüvelytamponade, illetve colpeurynter alkalmazásával, burokrepesztéssel, a magzatnak lábra fordításával, esetleg hysteurynter alkalmazásával, a lepényi időszakban a hüvelynek és a méhürnek *Dürssen* szerint való tamponálásával törekszünk. Bár e kezeléssel az elől fekvő lepénnyel komplikált szülések veszedelemét lényegesen tudjuk csökkenteni, az így elért eredmények még nem kielégítőek. A placenta praevias szülések átlagos anyai halálozása még szülőintézetekben is 5—7%, a magzatot pedig élő, életképes állapotban e kezeléssel az eseteknek legfeljebb 30—40%-ában tudjuk világra hozni. Az eredmények javítására törekedvén, újabban a *szülőintézetekben* észlelésre kerülő placenta praevia-esetek egy bizonyos csoportjában a szülést császármetszés útján fejezzük be. Ennek a sebészi iránynak legexponáltabb képviselői *Krönig* és *Sellheim*.

Sellheim a placenta praevia-esetekben is az extraperitoneális, tehát cervicális császármetszést végzi, ebben a tekintetben azonban nem sok követője akadt, mert a cervicális császármetszésnek előnyei éppen placenta praevias szüléseknél nem érvényesülhetnek. A lepénynél a méh alsó szakában levő tapadási helye vékony, szakadékonny és mint említettem, összehúzódásra is csak lassan és hiányosan képes; ezért a behatolásra és a magzat világra hozatalára nem nagyon alkalmas. Az így végzett műtét legtöbbször nagy vérzéssel jár, a mit placenta praevias szülönőknél különösen kerüldönek tartunk. De mindettől eltekintve, nem ajánlatos a placenta praevias esetekben az extraperitoneális eljárás azért sem, mert ennek a műtétnek technikai kivitele a tágulási szak végén, az alsó szakasz elvékonyodása után, az elől peritoneális redőnek a tágulási szak alatt felfelé való vándorlása után ajánlatos és nem a tágulási szak elején, a mikor placenta praevias esetekben a műtétet végeznünk kell. *Krönig* a placenta praevias szülések bizonyos körében a corporeális classikus császármetszést végzi és ajánlja. A műtét végzését, illetve végezhetőségét ez esetekben is a következő feltételekhez köti: 1. A szülőcsatorna aseptikus legyen, mert fertőzött esetekben az abdominalis császármetszésnek végzése veszélyes jár. 2. A szülés lehetőleg az első, a tágulási szak elején legyen, mert csak ebben a stadiumban végzett műtéttel tudjuk megelőzni a lepény tapadásával szolgáló alsó szakasz szétfeszítését és elkerülni a lepényi időszakban vagy a szülés után az így szétfeszített alsó szakaszból eredő nagy vérzéseket. Ha a tágulás annyira előrehaladt, hogy a külső méhszáj már ötkoronásnyi vagy körülbelül 3 harántujnyi, akkor már a császármetszés szerint sem nyújt semmi előnyt a szülésnek per vias naturales való befejezése fölött. És végül harmadik előfeltétele *Krönig* szerint a placenta praevia miatt végzendő császármetszésnek, hogy a magzat élő, érett, vagy legalább is életképes legyen. Ilyen viszonyok között a császármetszés placenta praevia-esetekben az anya és a magzat érdekében végezzük. *Krönig*-nek indicióját az intézetekben észlelt placenta praevia-eseteknek az említett feltételek által határolt kis köre számára úgy nálunk, mint külföldön a legtöbb szülész magáévá tette. És az abdominalis császármetszésnek a placenta praevias szülönők kezelésében való jogosultságát már senki sem vitatja; természetesen az anyag minősége és az illető szülészeti intézet vezetőjének felfogása, tapasztalása szerint fordul elő gyakrabban vagy ritkábban placenta praevia esetében a császármetszés indiciója.

* A budapesti kir. orvosegyesületben 1917 márczius hó 24.-én tartott bemutatás.

Sajnos, ma még a szülőintézetek gyér volta és az ügynek az általános gyakorlatban levő sok akadálya miatt ritkán

kerülnek a placenta praeviás szülők olyan állapotban a szülőintézetekbe, a mikor náluk a császármetszésnek fentemlített feltételei megvannak és így az esetek nagy részében az intézetekben is a szülőcsatornán át igyekezünk a placenta praeviás szüléseket levezetni ugyanazon eszközökkel, mint azt a gyakorlatban szoktuk. Ennek a kezelési módnak azonban, különösen a már sok vért vesztett placenta praeviás szülők kezelésében, rosszak az eredményei. Ezért az elkésve, nagy vérvesztések után, anaemiás állapotban intézetekbe kerülő placenta praeviás szülők kezelésében szintén felmerült az eszme, hogy a szülőnőket a csaknem bizonyos elvérzési haláltól sebészi műtéttel igyekezzünk megmenteni. Az e szempontból végzett műtét eszméje *Pfannenstiel*-től származik. Indokolása, indiciója, alkalmazási köre és kivitele teljesen eltér a császármetszésnek *Krönig* ajánlotta végzésétől.

1909-ben az északnyugati német nőgyógyászati társaságnak (Norddeutsche Gesellschaft für Gynaekologie) Hamburgban tartott ülésén *Pfannenstiel* ez indicióját következőképpen körvonalazta: *Ha a szülőnőnek vérvesztése már oly nagy, hogy a vajdó előreláthatólag a magzat megszületésével elkerülhetetlenül együttjáró vérvesztést sem fogja kiállani, akkor úgy látszik az anya megmentésének egyetlen módja a terhes méhnek elhalt magzat esetén egészben, élő magzat esetén pedig előzetes császármetszés útján való teljes kiirtása lesz.*

Runge Max volt az első, ki már abban az évben a *Pfannenstiel* indiciója alapján végzett placenta praeviás szülőnőn teljes méhkiirtást, miután az asszony az intézetben egy metreurynter behelyezése alatt csaknem elvérzett. *Runge* és később mások is, kik a teljes exstirpációt hasonló indiciók alapján végezték, úgy tapasztalták, hogy ezek a nagyon kivérzett, igen szapora, gyenge pulzusú betegek a beavatkozást nagyon jól tűrik és érverésük már abban a pillanatban észrevehetően javul, a mikor a nagy ereket körülöltötték; megegyezik ez azzal a régi általános tapasztalással, melyet nagyfokú vérvesztés után méhen kívüli terhesség miatt végzett műtétek alkalmával szereztünk.

A *Pfannenstiel-Runge*-féle indicatio alapján már többen végezték a terhes méh teljes kiirtását — melyhez az elvérzés elkerülése céljából, mint végső eszközhez folyamodtak — jó eredménnyel. A műtét indiciójának a felállítása azonban nagy feladat, illetve nagy felelősségű elhatározás elé állítja a műtőt. A felett kell döntenie, hogy tisztán vérzéscsillapítás céljából fiatal, egyébként egészséges nőnek összes belső nemiszerveit távolítja el. A — bár természetesen sporadikusan — hasonló beavatkozásokról szóló közlések azonban azt mutatják hogy bizonyos helyzetekben a vérzés szüntetésére vagy elkerülésére és így a szülőnő megmentésére más út nem áll rendelkezésünkre.

A szülésnek természetes úton való befejezése a lepényi időszakban vagy a lepény megszületése után bizonyos, bár sokszor kismértékű vérvesztés nélkül el sem képzelhető. Placenta praeviás szüléseknél pedig éppen a lepénynek rendellenes helyen és e helyen sokszor rendellenes módon való tapadása a vérzést lényegesen fokozza.

A szülésnek conservatív császármetszés útján való befejezése pedig szintén vérvesztéssel jár, mely legalább is van olyan fokú, de legtöbbször nagyobb, mint a normalis szüléssel elkerülhetetlenül együtt járó vérvesztés. Hiszen ismeretes, hogy császármetszés alkalmával néha olyan nagyfokú atoniás vérzés áll be, hogy e másképp nem csillapítható vérzés miatt volt kénytelen a műtő a tervezett conservatív császármetszés helyett a méh teljes kiirtását végezni.

Bár ez a körülmény újabban igen ritkán, kivételesen fordul elő, viszont minden arra irányuló törekvésünk, hogy a conservatív császármetszést vérvesztés nélkül végezhessük, máig sem járt eredménnyel.

Pedig a mióta a császármetszést az antisepsis, majd az asepsis idejében újra és rendszeresen végzik, jóformán azóta alkalmazták e célból *P. Müller* ajánlatára a méh alsó szakaszának és a ligamentumokban hozzáhaladó ereknek erős

gummicsővel való leszorítását. A gummicsövet vagy már a méh kiürítése előtt meghúzták és egy erre való klammerrel rögzítették, vagy mint *Leopold* tette, előbb csak lazán helyezték el a méh alsó szakasza körül és csak a magzatnak a méh sebéen át való világra hozatala után húzták össze. A gummicsővel való leszorítással részben a vérvesztést akarták elkerülni, másrészt azt, hogy a méh sebéne ne öntse el a vér s így nyugodtan, biztosan végezhesék annak összevarrását (*Leopold*). A méhnek ez az esmarchozáshoz hasonló vértelenítése azonban nem soká volt divatban, mert úgy tapasztalták, hogy a méh izomzata a hosszú ideig való erős leszorítás alatt veszít összehúzódó képességéből. A gummicső levétele után sokszor nagyfokú atoniás vérzéseket észleltek.

Schauta és *Sänger* hívta fel a figyelmet a leszorítás folytán kifejlődő izomatoniára („muskuläre Atonie“-*Sänger*) és az ebből származó nagy vérzés veszedelmére. Ezért gummicső helyett *Sänger* 6–8 cm. széles, összehajtogatott mullkendőt ajánlott a méh alsó szakaszának leszorítására, melyet az assistens bármely perczen szükség esetén összehajthat és lazíthat. Ennek a kendőnek szorítása, szerinte, nem oly intenzív, mint a gummicsőé és csak időnkint lévén megszorítva, nem is tart a szorítás oly sokáig.

Majd mások, így *Schauta*, vérzés esetén a méh alsó szakaszának kézzel való összeszorítását ajánlják.

Az 1897 évi, Moszkvában tartott gynaekologus congressuson a résztvevő szülészek mind részben a gummicsővel való összeszorítás ellen, részben ennek legalább nagy mértékben korlátozott alkalmazása mellett foglaltak állást. *Leopold*, ki azelőtt rendszeresen végezte a ligamentumoknak és a méh alsó szakaszának gummicsővel való összeszorítását, ez alkalommal a mérsékeltlen meghúzott gummicsőnek rövid ideig való alkalmazását is elegendőnek tartotta.

Olshausen nem alkalmazza az előzetes összeszorítást, hanem műteteinél a magzatnak világra hozatala után az assistens kézzel szorítja össze a méh alsó szakaszát; megemlíti, hogy ennek dacára ő is lát utóvérzéseket.

Ott elveti az előzetes vérzéscsillapítást, mert mint az állatkísérletek igazolták, a méh összehúzódása az összeszorítás után lényegesen rosszabb. A méhnyaknak kézzel való összeszorítását sem tartja czélszerűnek, csak az ereknek a ligamentumokban való összeszorítását végezteti.

A méh alsó szakaszának gummicsővel, erre alkalmas kendővel avagy puszta kézzel végzett előzetes összeszorítása ezután még inkább háttérbe szorul a gyakorlatban.

Everke és *Bahr* a ligamentumokban haladó ereknek ujjal való compressióját végzi.

Ma már a méh nyakának és vele együtt a ligamentumoknak császármetszések alkalmával való előzetes összeszorítását, mint károsat, nevezetesen, mint a gyakran észlelt atoniás vérzések egyik okát, általában elhagyták és a készenlétben tartott gummicsővel, kendővel, vagy pedig mint az legtöbbször történik, az assistens kezével csak nagyobb vérzés esetén szoríttatják rövid ideig, a mi némelyek szerint 2–3 perczig, mások szerint legfeljebb 6–7 perczig tarthat.

Miután császármetszések alkalmával ez a legrégebbi, úgyszólván classikus vérzéscsillapítási mód, a mely egyzersmind a legbiztosabbnak is látszott, teljesen csődöt mondott, sőt eltekintve attól, hogy a magzat szempontjából sem látszott egészen közömbösnek, az anyára nézve éppen az általa előidézett utóvérzés miatt bizonyult életveszélyesnek, nem lehet csodálkoznunk rajta, ha a kivérzett egyének operálásakor, vagy császármetszések után beállott atonia esetén, a méh totalis vagy subtotalis kiirtását ajánlották, és ez indiciót a szülésznek, mint elkerülhetetlen rosszat, el is fogadták.

Egyedül *Krönig* említi, hogy eltérve régebbi álláspontjától, a *Pfannenstiel* és *Runge* által ajánlott supravaginalis amputatio helyett placenta praeviás szülőnőknél az uterus alsó szakaszából eredő atoniás vérzés esetén a mindkétoldali arteria hypogastrica és arteria spermatica körülöltését végezné, mint azt már egyszer csillapíthatatlan atoniás vérzés és egy ízben cervix-repedésből eredő vérzés miatt jó eredménnyel

végezte. A belső nemiszerveket ellátó ereknek ez a végleges elzárása azonban szintén nem különbözik a szervek jövője szempontjából. Magát a műtét beavatkozását is meghosszabbítja, ami tekintettel az itt szóba jövő szülők nagyfokú anaemiájára szintén nem különbözik. Végül nem képzelhető el a körülölteéseknek akként való kivitele, hogy a magzat veszélyeztetése nélkül magát a császármetszést vérvetés nélkül végezhessük.

En a Pfannenstiel-féle indicatióval, mely vérzescsillapítás vagy vérzescsökkentés végett egy fiatal vagy javakorabeli nőnek a belső nemiszerveit áldozza fel és a mely tulajdonképpen a nagyon kivérzett szülőnőn csak nagyobb műtét beavatkozása árán tud segíteni, nem tudtam megbarátkozni. Arra az elhatározásra jutottam, hogy ha szülőnő ezen indicatio alapján a supravaginális amputatiót kellene végezni, megkísérlesem ennek elkerülését a ligamentumokban a méhhez vezető ereknek műszerekkel való előzetes teljes compressiójával úgy, mint azt amputatio vagy totalis exstirpatio alkalmával végezni szoktuk.

Ennek az eljárásnak a sikere mellett szóltak már eleve a következő körülmények. Mint láttuk, a méh alsó szakaszának gummicsovéval vagy kendővel való összeszorítása után az észlelt következményes atonia nem az ereknek, hanem az izmoknak secundaer elernyedéséből eredt, melyet már Sängér „muskuläre Atonie“-nak, Runge pedig könyvében az izomzat hűdésének, „Lähmung der Muskulatur“ minősít. Ezért végzik, mint láttuk, többen (Everke, Bahr és mások) császármetszés alkalmával már hosszabb idő óta a ligamentumokban haladó ereknek ujjal való komprimálását úgy látszik ritkábban észlelték ez eljárás folyamán atoniás utóvérzéseket. Magának az uterusnak anaemizálása vagy a vérkeringésből való kizárása nem is lehet oka az atoniának. Ellenkezőleg, azok a kísérletek, melyeket nagy vérzéssel járó szüléseknél az aortának Momburg-csővel való leszorításával magam és mások is végeztek, éppen azt bizonyították, hogy az előbb atoniás uterus is a Momburg-cső levétele után jól húzódott össze.

Ez összehúzóásokat annak idején Siegwart és magam is úgy magyaráztuk, hogy a méhet a Momburg-féle szorítócső levétele után átáramló vérmennyiség serkenti összehúzóásokat. Frankl szerint a leszorítás alatt a méhben levő vérnek szénsavdus volta okozza a méh-összehúzóásokat. Mások (Höhne, Weber) tapasztalásai és állatkísérletek is azt bizonyítják, hogy a méhnek anaemiás állapota, vértelensége váltja ki az összehúzóásokat.

Az egy segédet lefoglaló, természetesen nem tökéletes és nem is állandó compressio helyett az ereknek, illetve az ereket magukba foglaló ligamentumoknak összeszorítására rugalmas klammereket választottam, a melyek alkalmazása gyors, egyszerű, helyet alig foglal el s így a műtét kivitelében nem akadályoz és a melyekről a bél-, a vesesebészet és a sebészet egyéb fejezeteihez tartozó számtalan példa bizonyítja, hogy alkalmazásukat a szövetek jól tűrik. Egy-egy megfelelően hajlított hosszú klammerrel úgy szólván pillanat alatt zárjuk el az egész széles szalagot egyszerre és teljesen komprimáljuk a ligamentum infundibulopelvicumban haladó a. és v. spermaticát s az uterus mellett oldalt haladó uterinális ágakat.

E gondolatmenet alapján végeztem a műtétet a következő esetekben:

I. N. I.-né, 26 éves, ügynök neje. Felvétel 1914 július 22.-én, folyó szám 1914/2327. Először terhes. Utolsó havivérzése 1913 október 26.-án. A felvétel napján hajnalban erős vérzés lepte meg; az előhívott szülész nő tamponálta és beszállította osztályunkra.

Felvételkor: Láztalan, érverése jó, percenként 80. IX. hónapban levő terhesség; a magzat külső vizsgálat szerint farfekvésben van. Belső vizsgálat: a méh hüvelyi része megtartott, a nyakcsatorna szűken egy ujjnyi, a belső méhszájat teljesen az elül fekvő lepény fedi.

Beszállítás után a szülőnőt lefektetjük, hüvelyből a tamponat eltávolítjuk s desiniciens hüvelyöblítést végzünk. 24 óra múlva hirtelen igen erős vérzés jelentkezik s rövid idő alatt, míg az ügyeletes segédorvos a szülőnőhöz jön és vérzescsillapításhoz készül, már az acut anaemia tünetei jelentkeznek: a beteg igen halvány, szédül, érverése percenként 120. Colpeuryntert helyezünk a hüvelybe és műtétet készítünk. A szülőnő a terhesség végén van, a magzat élő, életképes, a szülőtevékenység még nem indult meg, tehát a lepény tapadására szolgáló alsó szakasz még kifejtve nincs; a szülőcsatorna fertőző

voltának semmi jele nincs, az intézetet kívül behelyezett s csak néhány óráig bennhagyott tamponat már 24 órája eltávolítottuk: mindezek olyan körülmények, melyek alapján megállapíthatjuk a sectio caesarea végzéséhez a Krönig által körülírt indicatio és feltétel jelenlétét.

A nagyfokú acut anaemia miatt azonban nem remélhettük sem azt, hogy a szülőnő a császármetszéssel, sem azt, hogy a szülésnek a szülőcsatornán át való befejezésével elkerülhetetlenül járó vérvetést kibírja. Abba a helyzetbe jutottunk tehát, hogy a fiatal, először szülő nő a szülés befejezését a Pfannenstiel-Runge-féle indicatio alapján supravaginális amputatióval fejezzük be, hogy egy szülészeti complicatio miatt távolítsuk el a nő összes belső nemiszerveit.

Ebben az esetben és ennek a beavatkozásnak elkerülésére végeztünk először a ligamentumoknak és az ereknek rugalmas érszorítóval előzetesen való leszorítása mellett a conservatív császármetszést.

Műtét 1914 július 23. Aether-narcosis. Intramuscularis injectio 1 cm³ secacornin-oldattal. Hasmetszés a középvonalban. Kiemeljük a hasürből a terhes méhet, mögötte fedjük a beleket és összehúzzuk ideiglenesen a hassebet. Mindkét oldalon egy-egy rugalmas érszorítóval összeszorítjuk a ligamentum infundibulo-pelvicumot a benne futó a. és v. spermaticával és ugyanígy egy-egy műszerrel a méh nyaka mentén az arteria uterinákat. Az utolsó érszorító zárása után nyomban, tehát alig 3—4 másodpercnyi idő elteltével hosszanti metszést ejtünk a méh testének elülső falán úgy, hogy a metszés alsó pontja is az érszorító felé kerüljön, azaz, hogy az egész metszés a méh testének a keringésből kizárt részét érje.

Kiemeljük a magzatot, leválasztjuk és eltávolítjuk a placéntát. A méh falában levő igen kevés vér a méh megnyitáskor kiürül, ezután semmi vérzés nincs. A magzat súlya 3000 gr., hossza 51 cm., fejkerülete 34 cm. Jól lélegzik.

Dührssen-féle tamponade a méh sebében át. Varrjuk a méh sebet három rétegben egy sor muscularis, egy sor seromuscularis és egy sor sero-serosus varrattal.

A méh jól contrahálódik, vérzés nincs, eltávolítjuk az érszorítókat. Hypodermoklysis.

Műtét végén az érverés percenként 110. Az asszony a műtét után jól összeszedte magát s láztalan gyógyulás után augusztus 13.-án távozott az osztályról. A magzat a műtét delutánján ismétlődő eclampsia rohamok között meghalt.

Két évvel utóbb, 1916 január 6.-án a beteg újból jelentkezik, most már második terhességének IX. havában megindult szüléssel.

Ugyanaznap este a szülés spontán lefolyt; a magzat élő, érett, súlya 2700 gr., hossza 48 cm., fejkerülete 35 cm. A gyermekágy zavartalan. Nyolcz nap múlva anya és gyermek egészségesen távozik.

Ez első esetünk kedvező lefolyása mindenképp igazolta a műtétnél követett eljárásomhoz fűzött várakozásokat: a szülőnőt a műtéttel a további vérvetéstől sikerült teljesen megkímélnünk, és bár az első magzat ismeretlen okból meghalt, a belső genitálék conserválásának legfontosabb eredménye már két év múlva mutatkozott a zavartalanul lefolyt második terhesség és szülés alakjában.

A következő esetet 1917 január 13.-án operáltuk.

P. L., folyó szám 185/1917, 29 éves, III. terhesség. Terhessége utolsó hónapjában, január 13.-án délből jelentkezik és elmondja, hogy aznap hajnal óta vérzik. Hőmérséke 37,5, érverése üres, puha hullámú, percenként 90, koponyafekvés, jó szívhangok. Belső vizsgálat: Bőven ujjnyi méhszáj, melyet mindenütt az elülső fekvő lepény fed. Erős vérzés. Colpeuryntert helyezünk a hüvelybe. Delután 1/3-kor a colpeurynter mellett is erősen vérzik, az érverés percenként 130-ra emelkedik.

Ugyanazon körülmények között és ugyanazon indicatio alapján, mint az előbbi, 2 1/2 év előtt operált esetben, az erek előzetes leszorításával végzett conservatív császármetszés végzésére határoztuk el magunkat.

Műtét január 13.-án delután 3 óra. Előkészítés, ergotin-injectio. Typusos, classikus császármetszés. Az uterus megnyitása előtt mindkét oldalon egy-egy rugalmas, nagy klammer segítségével összeszorítjuk a ligamentumokat, az infundibulo-pelvicumtól kezdve szorosan a méhnyakig s így komprimáljuk a bennük haladó a. és v. spermaticát és megfelelő uterinális ágakat. Kiemeljük az é. és f. magzatot; asphyxia nélkül születik. Vérzés nincs. Prophylactikusan a méh izomzatába 1 cm³ tonogent fecskendezünk. Uterus jól contrahálódik. Varrjuk a méh sebet, utána eltávolítjuk az érszorítókat. Hasfalvarrás alatt kevés vérzés, mely massagera azonnal megszűnik. (A műtétet végző segédorvos éppen a műtét vértelen lefolyásának hatása alatt elmulasztotta az általam ilyen esetekben minden esetben végzett Dührssen-féle tamponade alkalmazását.)

Műtét után a gyermekágyas nehezen szedi össze magát, érverése még három napon át percenként 120—130. Egyébként zavartalan gyermekágy után, szintén elsődlegesen gyógyult hasheggel távozik. A magzat születésekor 3550 gr. súlyú, hossza 52 cm., fejkerülete 36 cm.; tovább is jól van, egészséges állapotban viszi magával anyja.

Tizenkét nappal az előbbi műtét után jutunk ismét abba a helyzetbe, hogy a legsúlyosabb állapotban levő placenta praeviás szülőnőt vitalis indicatio alapján, hasonló módon operáljuk.

1917 január 25.-én delután 4 órakor szállítják az osztályra K. I.-né 42 éves szülőnőt. (1917/374-Sz. sz. 117.)

XII. P. négy élő gyermeke van. Jelenleg terhessége VIII. hónap-

jában van. Terhessége alatt háromszor volt kisebbfokú vérzése. Felvétele napján igen erős vérzés lepte meg.

Felvételkor hőmérsék 37,4°, érverés kis hullámú üres, percenként 120. Gyakran hány, szédül, ásítózik. I. kpf. Szívhangok nem hallhatók. Belső vizsgálat: megtartott portio, ujjnyi nyakcsatorna, a belső méhszájat a placenta fedi, mely mellett burkot is tapintunk.

A szülőnő a vizsgálat alatt is vérzik. Colpeuryntert helyezünk a hüvelybe és azonnal laparotomiához készülünk: az adott esetben ezt tartjuk a szülőnő megmentésére az egyedül reménnyel kecsegtető kísérletnek.

1 cm³ 15%-os coffeinoldat intramuscularis befecskendezése után kezdjük a műtétet délután 6 órakor.

Paravertebralis anaesthesia mindkét oldali hat utolsó háti és három első ágyéki idegnek 5 cm³ 1%-os novocain-suprarenin-oldattal való érzéstelenítésével.

Typusos conservatív császármetszés. Az ereket érszorítókkal komprimáljuk, a méh falába 1 cm³ Richter-féle tonogent fecskendezünk, több részre elosztva. A méh sebént át szorosan tamponáljuk az uterovaginalis csatornát és varrjuk a méh sebént. Bár ez idő alatt körülbelül 5 percen át a méh fala atoniás, puha, a vérkeringésből kizárt szervből semmi vérzés nincs. Az érszorítókat csak az uterus contractiója után távolítjuk el. Időközben a beteg radialis érverése nem tapintható. Kámfor-injectio, hypodermoklysis.

Zárjuk a hasat. Műtét tartama a hasfalvarrással együtt 30 perc. Magzat halott, kora-leány; szív-működés nélkül született. A gyermekágy első hetében többször 38–38,2° hőemelkedés. A gyermekágyas az anaemiából csak nehezen szedte össze magát; érverése csak a negyedik napon száll le percenként 100-ra; ezután állapota fokozatosan javul; hassebe per primam gyógyul és a III. héten gyógyultan távozik a kórházból.

Az esetek bemutatása és közlése közti időben még három ízben végeztünk placenta praevia miatt szintén paravertebralis érzéstelenítésben, az uterusnak a leírt módon eszközölt vértelenítésével császármetszést, mindhárom esetben teljes eredménnyel. Hat esetben teljesen egybevágó és meggyőző tapasztalása alapján azt hiszem, hogy az ideiglenes érleszorításnak általam ajánlott módjával végezvén a császármetszést, a velejáró vérvesztést teljesen elkerülhetjük.

Az uterovaginalis ürnek Dührssen szerint végzett tamponálása után és előzetesen a műtét előtt és alatt alkalmazott összehúzóhatást keltő szerek hatására utóvérzés csak kivételes esetben jelentkezhetik és nem lehet nagyobb fokú. Dührssen-tamponade után jelentkező nagyobb fokú utóvérzést csak olyan placenta praevia-esetekben látunk, melyekben a szülést nem császármetszés útján, hanem a szülőcsatornán át fejezzük be s a melyekben az alsó szakasz atóniáján kívül nagy szerepet játszik az alsó szakasznak a szülés befejezése alatt szenvedett kisebb-nagyobb fokú sérülése. Magam az itt tárgyalt 6 eset közül egyben észleltem kisfokú utóvérzést.

Ez, valamint a más operált esetben esetleg jelentkező utóvérzés mindenesetre kisebb veszélyt rejt magában, mint a Pfannenstiel-Runge-féle indicatio alapján végzett totalis vagy subtotalis méhkiirtás, nem is szólva arról, hogy ez utóbbi esetekben a vérvesztés is nagyobb, mert az indicatio szerint a kiirtás céljából elhelyezett érszorítókat a magzatnak a méh üreből való kiemelése után kell alkalmazni.

Az érszorítóknak eljárásomban principialisan keresztülvitt provisorius alkalmazása, mint a sebészetben szerzett általános tapasztalások alapján várható, semmiféle káros következménnyel nem járt és nem is járhat.

Az érszorítók levétele után az általuk okozott szorítási barázdák mind a 6 esetben néhány perc multán elsímult, kitelődött; a keringés azonnal helyreállott; a méhnek a szorítás alatt atóniás részei az érszorítók levétele után azonnal contrahálódtak.

Az összeszorított ereknek az érszorítók által okozott sérülésétől nincs mit tartanunk. Az ereket itt a zúzódás káros hatásától a ligamentumoknak kettős hashártyaborítéka és a bennük levő izomelemek védik. Meg kell még emlékeznem az érszorítók alkalmazása mellett használt tonogen-injectiókról is, a melyeknek a méhösszehúzódadásokban és az utóvérzések elkerülésében szintén nagy szerep jutott. A mellékvesekészítménynek a méh sima izomsejtjeire való hatását Kehrer mutatta ki, a ki azt találta, hogy a kiirtott emberi méhben is összehúzódadásokat váltott ki. Kurdinovszki adrenalinval izolált méhen is csaknem tetaniás összehúzódadásokat váltott

ki. Ezt a tapasztalást a császármetszés alkalmazásánál Neu értékesítette először (Heidelberg) s utána a budapesti I. sz. női klinikán Bársony alkalmazta e célból a Richter-féle tonogen-oldatot. Erős vérzéssel járó császármetszés esetében 1 cm³ tonogen-oldatot fecskendezett a méh falába négy helyre elosztva s ez elegendő volt, hogy a méhet vértelenné tegye s összehúzóadásra bírja. Mint Bogdanovics ez eset közlésében írja: „Az eredmény bámulatos, a szer prompte hat, a méh azonnal összehúzódik, kökemény lesz, annyira, hogy a fala elfehéredik, a vérzés teljesen megszűnik.”

Ugyanígy végeztem e 6 eset operálása alkalmával az érszorítókkal vértelenített méh falába a tonogen-injectiókat, épp oly frappáns eredménnyel.

Az érszorítókkal vértelenített méhen azonban a méhfal megkeményedése, elfehéresedése még körülirtabb, még inkább szorítkozik az egyes injectiók közvetlen környékére.

Az érszorítók alkalmazása teljesen megakadályozza a műtét alatti vérvesztést, a műtét előtt adott ergotin- s még inkább a műtét alatt alkalmazott tonogen-injectiók, a Dührssen-féle tamponálással együtt, részint contractiók előidézésével, részint az alsó szakasznak nyomás alatt való tartásával az utóvérzések létrejöttét akadályozzák meg. A vérzéscsillapítás így tökéletes.

A vérzéscsillapításon, az anya érdekén kívül az érszorítóknak a császármetszés alkalmával a méh megnyitása előtt való alkalmazása a magzatra sem lehet káros hatással.

A szülészeti gyakorlatban számtalanszor látjuk, hogy a magzatok a keringésnek az itt szóba jövő időnél sokkal hosszabb ideig való akadályozottságát is minden káros következmény nélkül tűrik. Emellett szólnak az irodalmi esetek is, a melyekben a terhes méh kiirtása után hozták belőle világra az élő magzatot. Emellett szól Opitz-nak az ajánlata is, hogy inficiált esetek bizonyos körében császármetszés alkalmával előbb a terhes méhet egészben irtuk ki, „mert a méh teljes kiirtása bizonyára elég gyorsan végezhető ahhoz, hogy a magzat élete általa lényegesen ne veszélyeztessék”. Mindez azonban természetesen össze sem hasonlítható az itt tárgyalt vérzéscsillapító módszerrel; az érszorítóknak általam ajánlott alkalmazása annyi időt sem vesz igénybe, a mennyi ideig a conservatív császármetszés alkalmával ezelőtt használatos rugalmas csövek megszorítása és rögzítése tart. Az érszorítók zárása s a magzat világra hozatala között néhány (eseteinkben 8–10) másodperc telik el, tehát semmi esetre sem annyi idő, a mennyi alatt a magzatot az asphyxia veszélye fenyegethetné. Igazolja ezt eddigi tapasztalásunk is. Hat esetünk közül négy esetben hoztunk világra élő, érett magzatot; valamennyi asphyxia nélkül született. Az anya s a magzat közvetlen érdekén kívül még egy előnyt láttuk a császármetszés érszorítókkal való végzésének: a méh tiszta, vértelen sebzését nyugodtan, exact módon egyesíthetjük; nem zavarja működésünket a vérzés, mely a műteti területet minduntalan előnti, befedi.

Mind e tapasztalt előnyök hatása alatt ismertettem és ajánlom ez egyszerű műfogást a szakkörök figyelmébe.

Irodalom. Leopold és Haake: Ueber 100 Sect. Caes. Archiv für Gynaekologie. LVI. kötet. — Braun-Fernwald: Ueber die in den letzten 10 Jahren ausgeführten Sect. Caes. Archiv für Gynaekologie. LIX. kötet. — Sanger: Kaiserschnittsfragen, Hegars Beitr. 1898. I/3. — Runge: Lehrbuch der Geburtshilfe. — Krönig: Zur Behandlung der Plac. praev. Centralblatt für Gynaekologie, 1908, 46. sz. — Krönig: Kaiserschnitt bei Plac. praev. Berliner med. Wochenschrift, 1910, 1. sz. — Pfannenstiel: Plac. praevia. Monatschrift für Geburtsh. und Gynaekologie, 1907, III. kötet. — Runge M.: Ventr. Totalexstirp. des gebärenden Uterus stb. Centralblatt für Gynaekologie, 1909, 31. sz. — Sellheim: Die Gefahren der natürlichen Geburtsstörung bei Plac. praev. Centralblatt für Gynaekologie, 1908, 40. sz. — Bogdanovics: Adrenalin-használat a császármetszéskor. Orvosi Hetilap, 1908. — Frigyesi. A 2. sz. női klinikán végzett császármetszések. Orvosi Hetilap, Gynaekologia, 1905, 1. sz. — Frigyesi: A plac. praev. klinikuma. Orvosi Hetilap, Gynaekologia, 1910, 3–4. sz. — Opitz: Ueber den Kaiserschnitt. Med. Klinik, X. évf., 1914, 6. sz.

Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegy-i különleges gyógyintézetéből. (Vezető-főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos.)

A háborús neurosisban megbetegedettek visszaesési hajlamáról és szolgálati használhatóságáról.

Írta: Szegvári György dr., osztályvezető főorvos.

A háborús neurosis fogalmát, minden okilag megokolt és kifejlődésére mutató közelebbi meghatározás nélkül, mindazon nagyszámú megbetegedésben alkalmazom a könnyebb áttekinthetőség kedvéért, melyek nem a kórboncztanban ismert és használt módszerek által kimutatható anatómiai elváltozásokon alapulva, eleinte therapiánk számára nehezen voltak hozzáférhetők, majd a különböző, többé-kevésbé bevált suggestiv eljárásokkal súlyos megbetegedés képét mutató tüneteikben gyorsan voltak szüntethetők. Ide foglalom össze a közismert monosymptomás és az egész testen nyilvánuló kiesési tüneteket, izgalmi jelenségeket és azokat, melyek psychés tünetektől is kísérték, mindig szem előtt tartva a gyors befolyásolhatóság criteriumát, akár általános neurosisos, illetőleg psychopathiás alapon fejlődtek, akár a szervezeti dispositio ki nem mutathatósága mellett mint teljesen önálló tünetek vagy megbetegedések nyilvánulnak.

Midőn a háború kezdetén fennállott therapiás eredménytelenség után a gyors úgynevezett gyógyulásokat hozó suggestiv eljárások mind nagyobb elterjedéshez jutva, az ezen megbetegedések befolyásolhatóságát illetőleg alakult vélemény lassankint megszűnt, azonnal felmerült a kérdés, hogy mennyiben lesz állandó a gyógyulás, illetőleg a tünet megszűnése, nem fog-e beállni recidiva, akár az elsődlegesen meglevő tünetnek megfelelően, akár a megbetegedettek egy nagy részén kétségtelenül fennálló psychopathiás constitutio alapján más tünet képében. Áll ez nemcsak a hypnosissal és a Kaufmann által új életre keltett és különösen terjedő suggestiv villanyos kezeléssel gyógyultakra, hanem mindazon egyéb eljárásokkal kezeltre is, mely eljárások egy része nem tudott elterjedni komplikáltsága, czélszerűtlensége miatt, más része pedig azért nem, mert minden egyszerűsége és könnyűsége mellett nem nyerte meg az orvosok érdeklődését.

A bármily jellegű visszaesés lehetősége azonban éppen a jelen viszonyok közt fontosságot nyer — minden mástól eltekintve — a katonai szolgálatképesség szempontjából is: vajjon használhatók-e az e megbetegedésen átment katonák valamilyen szolgálatra, vajjon visszaküldhetők-e a harc-térre, legalább az egy ideig való használhatóság reményében, vagy meg kell-e elégednünk azzal az önmagában kétségtelenül nagy értékkel, hogy a polgári társadalom használható tagjaivá lettek ismét és önállóan meg tudnak élni.

A visszaesésre való hajlamosság általában bizonynyal független azon eljárástól, mellyel a tünetek megszüntetése elérhető volt. Az eljárások suggestiv, a melyek nemcsak a megszüntetést czélozzák, hanem ez után a normálissá vált működés fixációját is. Ez a kezelés utáni gyakorlatozástól, munkáltatástól, általános erősítéstől eltekintve, ceteris paribus a suggestio erejétől is függ, mely azonban az eljárás lényegétől független és a kísérő körülményektől, mint a kezelő orvostól, a kórházi milieutól, az ott előforduló recidiváktól függ.

Tapasztalaimat az általam kiterjedt mértékben használt villanyos suggestiv eljárás után szereztem, mely kezelés a Kaufmann által eleinte Üherrumpelung-nak nevezett, de csakhamar psychologiainak bizonyult módszernek alapján állva, suggestiójában a panthostat akár farados, akár sinusoidális áramát használja fel. Az áram a kezelteknél úgy szerepel, mint valamely nagyon nagy erejű, valójában azonban a rendszer therapiás faradásnál használtnál nem, vagy alig erősebb áram, nem tekintve bizonyos kivételes, negative viselkedő eseteket, amelyekben a kényszerítő hatás fokozására az áram erőssége olyan, hogy az izom pillanatnyi tetanusát okozza.

Ez eljárás inaugurálása óta, 1916 június 15.-e óta, több mint 1500 beteget kezeltem így. Ezekre vonatkoznak

megfigyeléseim; egy részük több mint egy évig volt hosszabb megszakításokkal szemem előtt, másokról csak a néhány hónap alatt történt változásokat foglalhatom össze. A recidivák észlelésekor nagyfokban segítségemre volt illetékes katonai parancsnokságunk azon rendelkezése, hogy a visszaesett egyének visszaküldendők ismételt kezelésre, mely különben mindig épp oly gyorsan és teljesen vezet a tünetek megszüntetésére, mint az első alkalommal. Mindamellett kétségtelen, és ebben megerősítenek magánúton nyert értesüléseim is, hogy az állományunkból kikerült és visszaesett betegek csak egy részét kaptam vissza a legkülönbözőbb okokból. Ezért a recidivák számszerű kimutatásának nincs értelme, mert ennek bizonytalan az alapja; de következtetésekre — a kezelteknek és a már visszaesetteknek számát tekintve — úgy hiszem alkalmas.

A suggestive megszüntethető tünet keletkezésének, akár organikus, psychogen vagy ideogen, sok vitára alkalmat adott oka van; fennállását a psychének a normalistól eltérő megváltozott viselkedése biztosítja. Ez a megváltozottság különböző fokú lehet, igen kis eltérése kezdve nagy skálán végig, a minek következtében a normalis, vagy attól quantitative eltérő inger (granátrobbanás, erős meghülés) a normalistól qualitasban eltérő reactiót okoz, mely izgalmi vagy kiesési tünetben, functio-megváltozásban nyilvánul. A kiváltó inger és a bekövetkezett hatás közti összefüggésnek a psyche ezen megváltozott viselkedése által feltételezett, a normalistól eltérő formája tartja fenn a functionálisnak nevezett elváltozást. Minthogy minden jellegű működési elváltozás ezen megváltozott viselkedésen belül csak quantitative különbözik, a visszaesésre való hajlamosságot vizsgálva, nem szükséges különválasztani azokat az eseteket, melyek nyilvánvaló psychopathiás constitutio alapján állanak fenn, azoktól, melyek monosymptomás jellegük mellett más tünetét a megváltozott reactiójú psychének nem mutatják. Viszont az is kétségtelen, hogy éppen ezen quantitátsbeli különbség következményeként várható volna, hogy nagyobb számmal fejlődik ki a kifejezetten psychopathiásokon a recidiva csekélyebb okokra is.

A recidiva beálltának nagyon különböző oka lehet. Igen gyakori a meghülés, átfázás után keletkezett, az egész test vagy csak a lábak remegésével, pseudospasmusával és járásképtelenségével kapcsolatos kórforma megszűnté után egy átfázás hidegérzése vagy hosszabb járás utáni fáradtságérzés által okozott, ha nem is teljes fokú, de legalább is sántítás-sal és remegéssel járó visszaesés. Ezen okok szerepelnek gyakran azon esetekben, melyekben a tremor és járásképtelenség granátexplosio után keletkezett; ezekben a meghülés következtében beálló recidiva alapjául vagy a robbanás utáni eszméletlenség alatti és az eredeti tünetek magyarázatául is felvett megfázást, vagy a néha évek alatti kezelés folyamán valamely fürdőben a víz gyengítő hatását veszik fel. A recidiva okai közt szerepel még a nehéz munka, mely a normalisan jelentkező fáradtságérzés helyett felidézi a suggestive megszüntetett remegés vagy bénulás tüneteit. Harmadik nagy csoportját alkotják a recidiváknak azon esetek, melyekben az illetők visszaeséseket nem testi okkal magyarázzák, hanem psychogennel, megijedéssel. Ilyen annak a betegnek az esete, ki szabadságra utazva fel akart kapaszkodni a már induló vonatra, hátra rántották, s ettől megijedve azonnal visszakapja eredetileg megfázás után kifejlődött erős lábremegését és nehéz spasmusos járását. Vagy az, kinek szabadsága alatt kutya váratlanul megugatott és annyira megijedt, hogy granátexplosio után keletkezett, lábainak nagyfokú spasmusa által okozott járásképtelenségét visszakapva, hordágyon hozták vissza.

A recidivák kifejlődésében nagy szerepe van, sokszor talán egyedüli oka, minden aggravatióra való gyanu nélkül, azon ajánlásnak, mellyel a tünet nélkül levők pótkereteikhez távoztak. Egyidőben a lábadozó osztághoz mentek a jó erőbeli állapotban és kifejezetten psychopathiás constitutio nélkül levők; ezeket ott részben szolgálatra osztották be, egy részüket azonban menetalakulatokba, melyekkel gyakorlatokat végeztek. Nagyrésztük visszajött, majdnem mindig az eredeti-

leg fennállott tünetekkel, néha azoknál könnyebbekkel, ritkán súlyosabbakkal. Ez utóbbiakon csak látszólag volt a régebben fennállottnál súlyosabb a kép; ez ugyanis akkor, amikor az illetők észlelésünk alá kerültek, már javult. Visszaesésük okául az előbb említetteket adják, míg kifejlődésükben a fáradtság vagy fázás érzete alapján a szolgálat, vagy a harctérre való jutás kilátásának negatív vágy-képzete játszik fontos szerepet. Télen, mikor a nagy hidegekben a rosszul fűtött vasuti kocsiokban néha hosszabb ideig tartó utat is kellett tenniük és átfáztak, a fázástól remegni kezdtek, nagyobb számmal recidiváltak a pótkeretükhöz küldöttek, nemcsak a remegésüket kapván vissza, hanem a remegésük alatt fennállott, akár bicegő, spasmusos, akár paresises járásukat is. A körülmények adta psychogen befolyás fontossága nyilvánvalóbb, ha összehasonlítjuk ezeket azon betegekkel, kik teljesen ugyanilyen körülmények közt nem szolgálati feladatra, hanem felülvizsgálati irattal utaztak a pótkerethez, s kiknek ez időben való recidivájukról tudomásom nincs. Azok, kik otthonukba távoztak néhány heti szabadságra hasonló körülmények közt, amennyiben visszaestek, sohasem recidiváltak odaautaztukban, hanem mindig néhány nappal szabadságuk letelte előtt, visszautazásuk alatt. Mindezek megállapításakor és összehasonlításakor kizárandó az aggravalás vagy a tettetés, bár kétségtelen, hogy a differentialis megállapításra biztos kritériumunk nincs és az aggravalást vagy tettétést mindig csak az illető esetek beható analysisével zárhatjuk ki, de még így is durva tévedéseket követhetünk el, természetesen mindig oly irányban, hogy az aggravalást, simulatiót functionalis elváltozásnak vesszük. Ez a veszély fenyeget akkor, midőn a csoportosan, egy és ugyanazon helyen, sőt egy időben jelentkező recidivákat vizsgáljuk.

Egyik gyalogezredünk pótkeretéhez nagyobb számmal küldtem a téli hónapokban különböző időben olyan betegeket, kik tünetek nélkül jó erőbeli állapotban voltak; egy részük két-három hónapi szabadságon volt, otthonában és kórházunkban többé-kevésbé nehéz munkát végzett nagy hidegekben is. Ezeket jórészt visszakaptam. Egyesek már utközben, a legtöbben azonban a pótkeretnél végzett könnyű szolgálat alatt, elfáradva, átfáztva visszaestek. Kétségtelen, hogy az első egy-két visszaesés okozta psychés hatás, hogy a hideg, a munka ismét beteggé teszi a háboru fáradalmait által legyengültnek tartott szervezetüket, vagyis az a fixált képzetük, hogy munkát, fáradalmat nem bírnak el, bár a betegségük meggyógyult, okozta előbb az első, majd mind könnyebben a többi visszaesését. A visszaesések egymásra való hatása megfelel annak, mint mikor egy kórházban az egyik suggestiv gyógyult előmozdítja a másik gyógyulását. Az egymásra való hatást jellegzetesen mutatja azon három, a pótkeretekhez együtt küldött ember, akik oda teljes recidivával érkeztek meg, ugyancsak téli hideg napon. A visszaesés kifejlődésének folyamata jól képzelhető el oly módon, hogy az egyik remegni kezdett a hidegtől, előbb normalis mértékben, majd figyelme erre ráirányulva és a tudatában a régi remegésének, ez fokozódva ugyanazon mértékig erősödött. Ezt együttutazó társainak mutatva, az esetleg már náluk is fennálló, hideg által okozott remegésre felhívta figyelmüket és ezeken is, az elsőnél meglévő kifejlődési módnak teljesen megfelelően kifejlődött a régi remegés. A remegés régi mértékben újra megjelenve, már jelentéktelen további lépés a régi hibás járás visszatérte, hiszen a kettő együtt volt jelen, egymás kiegészítő részét alkotta és ezért bizonyára már az első lépés megkísérlésekor újra megjelent. Az aggravalás és simulatio kizárása ilyen esetben természetesen különös fontosságú.

Vannak betegek, kik visszatérve a harctérre, ott hosszabb-rövidebb ideig teljesítettek szolgálatot, de rendszerint csak könnyebb viszonyok közt, míg az első nehéz harci napon többnyire az izgalommal kapcsolatban összeroppanva, eredetileg meglévő tüneteiknél súlyosabbakkal szállítottak el. Vannak azonban viszont olyanok is, kik hosszabb ideig teljesítettek igen nehéz körülmények között harctéri szolgálatot minden különösebb tünet nélkül, míg a harctéren rendszeren szereplő okok valamelyikétől az előző és megszűnt tüne-

tek által jellemzett megbetegedéstől teljesen eltérő tünetekkel ismét bekövetkezett egy functionalis symptomájú megbetegedés; ez teljesen olyan jellegűnek vehető ilyenkor, mintha először jelentkezett volna, tehát nem mint recidiva értékelendő. A harctérre visszakerültek teherbírását illetőleg azonban kétségtelenül nagyobb tapasztalattal, illetőleg több adattal rendelkezhetnek a csapatnál szolgálatot teljesítő orvosok.

A recidivák általában két csoportra oszthatók. Olyanokra, melyek, mint az eddig tárgyaltak, vagy ideogen módon fejlődtek, vagy külső tényezők behatására, és olyanokra, melyeket kórboncztanilag kimutatható elváltozás, vagy a fájdalom érzete idéz elő. Az első csoportba tartozókon a tünetek rendszerint egyszerre, a kezelés előtti állapotnak megfelelő fokban és általában megnyilvánulásban is jelentkeznek. A második csoportban másként állnak a viszonyok; itt az eredetileg fennállott teljes kiesés, illetőleg eltérés megszűntetve: vagy a kórboncztani elváltozásnak megfelelő működés marad vissza, vagy rövid ideig a suggestio hatása alatt az egyén energiájának megfeszítésével bizonyos fokban jobbat is produkál; ez a túlproductio azonban rövid ideig áll csak fenn és a működés az elváltozásnak megfelelő lesz. Ez esetekben azután másodszor lassanként ismét rosszabbodás állhat be, mely oly alakúvá fejlődik, mint a primaer, az anatómiai laesionak meg nem felelő functionalis elváltozás. Azonban nem, vagy csak ritkán éri el az eredetileg fennállott állapotot, és ilyenkor is rendszeren véletlenül hozzájárult, az első csoportba tartozó okok következtében. Ez a lassan fejlődő, a kórboncztani elváltozásnak meg nem felelő functionalis eltérés ugyanúgy és ugyanoly könnyen redukálható suggestiv kezeléssel a szervi elváltozásnak megfelelő mértékre, mint az első csoport recidivája.

Ilyen például annak a gyalogosnak az esete, kinek a bal deltoideusán áthaladó lövése volt és azóta bal karja a bénulás képét mutatta, teljes mozdulatlansággal, az izomzat sorvadásával, a kéz és az ujjak cyanosisával, az ujjcsontok rarificációjával; a beteget suggestiv villamos kezelésnek vetve alá, egész karját, kezét jól mozgatta, jól szorított, a cyanosis megszűnt, csak vállban nem tudta teljesen emelni a karját a deltoideus tényleges sérülésének megfelelően. Ezen nem teljes emelés, melynek fennállása az egész kéz bénulásának megszűnte után annál feltűnőbb lehetett a betegnek, napról-napra rosszabbodott, míg a kezelés után lehetséges emelés feléig tudta már csak a karját emelni. Másodszor kezelve, a mozgás az előbbi állapotnak megfelelő lett, s azután is ilyen maradt a még további hat hétig tartó megfigyelés ideje alatt.

F. J. 38 éves gyalogos 1916 szeptember 16.-án gránát-robbanás következtében számos szilánktól megsérült bal láb-szárára és térdén, s ugyanakkor rövid ideig eszméletlen volt. Sebei négy hónap alatt begyógyultak. Két hónapig állandóan feküdt, ekkor két mankóra támaszkodva járt kezdett; lábait eleinte keveset, majd mind erősebben remegtek. Állapota felvételéig, 1917 május 20.-áig, folyton rosszabbodott. Ekkor a következő tünetei voltak: Álláskísérletnél oly erős remegés állott be, hogy támasz nélkül állni sem tudott; két mankóra nehezelve, bal lába ujjával érintve csupán a talajt, mindig csak a jobb lábbal előrelépve, apró léptekkel nehezen vonszolta magát. A bal térdizületben a patella alatt Röntgen-átvilágítással egy hosszú fémszilánk látható. Május 26.-án kezelve a suggestiv villamos eljárással, remegése azonnal szűnik és és bal lábbal kevésbé, a térdben lévő fémszilánk által okozott működési kiesésnek megfelelően, biczegve jár. Járása a következő napokon rosszabbodott, bal lábát mereven tartva erősen sántikál. Június hó 1.-én másodszor kezelve, biczegése az első kezelés utáni kisfokú biczegésig javult és azóta, hat heti megfigyelés után, változatlan maradt.

T. J. 35 éves gyalogosnak 1914 telén az északi harctéren lábait megfagytak, térdéi, bokái megdagadtak, majd felfakadva, mintegy hat hétig genyedtek, ez idő alatt állandóan feküdt. Két hónap múlva két botra támaszkodva járt kezdett, lábait járaskor erősen remegtek. Felülvizsgálat útján szabadságolták. 1916 augusztus hó 15.-én kórházunkba utalták. Felvételkor mindkét térdében, főleg azonban a balban nagy

fájdalmat érzett, erősen remegve, széles alapon spasmusosan járt egy bot segítségével. Az idegrendszer részéről eltérés nem mutatható ki. A pupillák fényre, alkalmazkodásra reagálnak, a patella-reflexek, bár kissé nehezebben, de kiválthatók; lüest tagad. Augusztus 28.-án kezelve, remegése megszűnik, hibátlanul jár. Tüdőcsúcsurutja miatt hosszabb ideig még állományunkban marad, majd három hónapi szabadságra távozik, melyről 1917 február 12.-én visszatérve, állítólag a vonaton a visszautazáskor átfázott és azóta rosszul jár. Járása mindkét lábán erősen spasmusos. Február 12.-én ismét kezelve a suggestiv villanyos eljárással, teljesen jól jár. Activ tüdőcsúcsurutja miatt továbbra is kórházunkban maradva, járása március hó folyamán lassanként ataxiás jellegű lett. Ismételt pontos vizsgálatnak vetve alá, kiderül, hogy patella-reflexei alig válthatók ki, pupillái egyenetlenek és fényre, alkalmazkodásra renyhén reagálnak. Wassermann-reactio positiv (+++): Most bevallja, hogy 20 éves korában lüest szerzett. Tabese daczára harmadszor is suggestiv kezelés alá vettem és az erősen ataxiás járás közvetlenül a kezelés után annyira javult, hogy alig volt észrevehető; másnapra azonban jól kifejezett lett, azonban az előző napi kezelés előttinél lényegesen jobb és azóta is változatlan.

Az első esetben a hiányos izomműködés, a másodikban a működést szabályozó idegen test, a harmadikban a fejlődő szervi, idegrendszeri megbetegedés által okozott és az akár tudatosan érzett, akár a tudatosság kizárásával fájdalomban, illetőleg működési eltérésben nyilvánult eltérés túlhajtatik és ezen belül önmagától automatické fokozódik.

Bár a harcztérre és ott súlyos viszonyok közé kerülve ezen egyének egy kis része ismét beválik, mégis az előző elváltozások által feltételezett, megváltozott viselkedése idegrendszerüknek, a csekély behatásokra beálló nagy kiesések, amely behatásokat elemezni nem tartozik szorosan tárgyunkhoz és melyek bármiféle jellegű voltának megállapítása a használhatóság tényére befolyással nincs, arra a következtetésre vezetnek, hogy az ilyeneknek nincs helyük a harcztéren, melynek fátalmait teljes egyensúlyú és nem fokozott vagy megváltozott reakciójú idegrendszert kívánnak. Segédszolgálatra is csak kritikával küldhetők, mindenesetre azonban csak előző rendszeres, akár elég nehéz munkáltatás után, melynek a kórházban vagy otthon könnyen, minden panasz nélkül való elvégzése még nem nyújt biztositékot arra, hogy akár könnyebb munkát is elvégezhet-e katonai szolgálata alatt.

A recidivák megjelenésének oka az esetek legnagyobb részében vitán felül psychés; a katonai szolgálat, legyen az bármily könnyű, épp ezen egyénekben oly sokféle gátlást és vágyképzetet idézhet fel, hogy a visszaesés lehetőségének útja hamar nyitva áll, mely úton elindulni a legcsekélyebb lökés elegendő.

A kifejezetten psychopathiás és leromlott egyének és azok, kik egy tünetcsoport megszűnte után csakhamar mást mutatnak, elbocsájtandók volnának a katonai kötelékből, mert a legkisebb katonai szolgálat visszaesést, rosszabbodást okoz, a kórházból kikerülve csakhamar visszajutnak oda, terhére a kórháznak, a köznek és önmaguknak is; az ilyenekben mindjobban megerősödik a hit, hogy a katonai szolgálatot szervezetük nem bírja, otthonukban azonban, munkakörüknél belül, akár csupán könnyebb dolgokat is elvégezve, családjuk fenntartásához hozzájárulnak és nyugodalmas polgári munkájukkal önmagukat is erősítik.

Azok, kik ez utóbbi csoportba nem tartoznak és talán a háborús neurosisos betegek legnagyobb részét teszik, segédszolgálatra volnának küldendők, azonban ha recidiválnak, náluk is felmerül a végleges elbocsájtás szükségességének kérdése. Közvetve és közvetlenül is nagyobb hasznára van a köznek, nagy céljainknak az az egyén, aki a helyett hogy kórházban feküdnék, katonai használhatóságra való igen kisfokú kilátással, a polgári életben talán alacsonyabb értékű, de productiv munkát végez.

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

Adat az Addison-kór gyógykezeléséhez.*

Közli: Leitner Fülöp dr., kolozsvári egyetemi tanársegéd, osztályos főorvos.

Jelenlegi beosztásomban nem lévén módomban az idevágó irodalom áttanulmányozása, esetem adatait minden irodalmi vonatkozás nélkül bocsátom közre.

A 45 éves, nőtlen, gyalogos katona 1917 márczius 1.-én került kórházunkban felvételre.

Anamnesis: Atyja 66 éves korában szívbajban halt meg, anyja 70 éves, él s egészséges. Testvérei nincsenek, nem is voltak. Két gyermeke meghalt 7 hetes, illetve 3 hónapos korában. Családjában senki sem tüdőbajos és nem is szenvedett tüdőbajban soha. Nemi betegséget tagad. Szeszies italt csak vasárnaponként ivott békében, betegsége előtt, 1/4 liter bort. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy még 1916 november havában kezdődött súlyos, 3 hónapig tartott hasmenéssel; naponta 5—10 híg, vizes széke volt, majd 1916 november, december és 1917 január havában, valamint február hó elején már véres székei is voltak, naponta 3—4. A hasmenések nagyon elgyengítették; bágyadt, kedvetlen lett, könnyen fáradt, majd igen kínzó végtagfájdalmak állottak be, s csak ekkor jelentett beteget.

Status: Nagyfokban lesoványodott, gyenge férfi. Testsúlya 60 kg. Hőmérséke rendes (36°—36.6°). Megtekintéskor szembeötlő jelenség az arc, a nyak, valamint a kézhaték és mell bőrének sötét, egészen bronzbarna elszíneződése. Körülírtan barna foltok, illetve csíkok láthatók még a szájjal nyálkahártyáján, különösen a szájjúgok közelében. Ezenkívül kisebb, kölesnyi körülírt barnás folt látható főleg a bal alsó szemhéj-kötőhártya szélén, nemkülönben szétszórva mindkét szem szírványhártyáján. A beteg arcza bágyadt, kifejezéstelen, a látható nyálkahártyák halványak. Izomzata petyhüdt, az izomtonus csekély. Járása bizonytalan, ingadozó, sebesebb járásra képtelen, 8—10 lépés után már liheg, annyira fáradékony.

Belső szervek vizsgálata: A nyak-, könyök- és lágyékhaték-mirigyek borsó-babnyiak. Tüdők épek. Szívhangok kissé tompák, de tiszták. Érverés percenként 52, puha, könnyen elnyomható. (Vérnyomás csekély, de pontos mérést, eszköz hiányában, sajnos, nem végezhettem.) A beteg étvágya csekély. Étkezés után gyomra fáj. Máj, lép nem tápintható. Vizeletben fehérje, cukor nem mutatható ki. A Pirquet-reactio negativ. A vér a Wassermann-reactiót nem adja. (Kétszeri vizsgálatért hálás köszönettel tartozom a stérthali Wassermann-állomás vezetőjének.)

Gyomorvizsgálat eredménye (egy héten belül kétszer egymásután végezve):

Szabad sósav: nyomokban sincs jelen.

Pepsin-tartalom: igen csekély, csak 24 óra múlva mutatkozik a fehérjekorong-próbával némi fehérjeemésztés a sósavval mesterségesen kevert gyomornedv egy részletében.

Vérvizsgálat adatai felvételkor:

Haemoglobintartalom (Sahli)	86%
Vörös véresejtek száma 1 mm ³ vérben	3,488,000
Fehér véresejlek száma 1 mm ³ vérben	13,550

A Pappenheim módosította May—Günwald—Giemsa-féle eljárással festett vérvékészítmények analysisének eredménye:

Neutrophil polynuclearis leukocyta	55%
lymphocyta	31%
nagy mononuclearis leukocyta	1%
basophil	1.25%
eosinophil	6.50%
átmeneti	4.75%
myelocyta	0.25%
myeloblast	0.25%

* Bemutatva az 1917 június 14.-én tartott laibachi orvosgyűlésen.

Adrenalinak bőr alá fecskendezésére:

1 cm³ után úgyszólván semmi reactio;

2 cm³ után 2 1/2 óra múlva beálló és alig 1 1/2 óráig tartó, nagyon csekély cukorkiválasztással járó reactio. (Trommer próba gyengén positiv.)

Ugyanekkor az ellenőrző egészséges esetünk vizelete már 1/2 órán belül és 3 órán át tartó erős cukor-reactiót ad (mennyiségi cukormeghatározás akadályokba ütközött).

A beteget előbb csak diatára fogva, pepsin-sósav adagolása mellett észleljük körülbelül 3 héttig; ezalatt a nagyfokú adynamia változatlanul fennáll, bőrének barnás színeződése pedig határozott fokozódást mutat.

Majd friss borjú-, illetve sertés-mellékvesekészítményt kezdünk adagolni (gyengén megpirítva kevés zsírban) naponként 1–2-szer.

Az eredmény meglepő és minden várakozást fölülműlő. A beteg körülbelül 2 hó alatt 14 kg.-ot hízott, megerősödött, arcszínje piros-pozsgás, a bőre barnás színeződése, főleg az arcon csaknem teljesen eltűnt. A száj-nyálkahártyán, valamint a szemén látható körülírt barnás foltok és csíkok szintén lényegesen elhalványultak, de azért most is jól észrevehetők. Anaemiája szintén javult.

Újabb vérvizsgálat adatai 3 hó múlva:

Neutrophil polynuclearis leukocyta	56.25%
lymphocyta	32%
nagy mononuclearis leukocyta	1.25%
basophil	1.25%
eosinophil	6.75%
átmeneti	2%
myelocyta	0.40%
haemoglobintartalom (Sahli)	96%
vörös vörsejtek száma 1 mm ³ vérben	4,836.000
fehér vörsejtek száma 1 mm ³ vérben	8.400

Ezzel szemben érdekes, hogy a gyomor secretiós zavara (achylia) teljesen változatlanul fennáll. Az újabb gyomorzugálat adatai pontosan egyeznek a betegség elején nyert adatokkal.

Újabb adrenalin-befecskendezés eredménye:

1 cm³ adrenalinra már egy (1) órán belül négy és fél (4 1/2) órán át tartó nagyfokú glycosuria állott be. A 1 1/2 óránként ürített és vizsgált vizeletrészek (átlag 30–50 cm³ volt e részek mennyisége) 3 órán át erősen positiv, további 1 1/2 órán át gyengén positiv Trommer-próbát adtak. A 4 1/2 óra alatt ürített vizelet cukortartalma 2.11% volt.

(A kezelés előtt 2 cm³ adrenalin befecskendezése után ürített vizeletrészek csak 1 1/4-órán át adtak gyengén positiv Trommer-próbát (csekély reductio).

A negativ tüdőlelet s negativ Pirquet-reactio, valamint egyéb (syphilis, carcinoma stb.-re valló) tünetek hiánya alapján, valamint a friss mellékvese rendszeres adagolásával elért lényeges javulás révén fel kell tételeznünk, hogy esetünkben minden valószínűség szerint az Addison-kórnak Strümpell által leírt »valódi primaer« formájával állunk szemben, a melyben a mellékvese ismeretlen okból, jelen esetünkben talán a gyomornak nagyfokú secretiós zavara (achylia) alapján elsődlegesen elsorvad, atrophiasá válik, a mellékvese előzetes megbetegedése nélkül. Ezzel szembeállítja Strümpell a mellékvese gümőkóros megbetegedéséhez másodlagosan társult ú. n. »tüneti Addison-kór«-t.

Főleg a friss mellékvese-adagolással (egyidejűleg pepsin-sósav szedése mellett) elért kedvező eredmény alapján tartottam érdemesnek az esetet bemutatni és ismertetni.

Csupán röviden jelzem még, hogy »friss mellékvesekészítmények« adagolásával másnak már régebben is sikerült a mienkhez hasonló eredményt elérni, ellenben »mellékvese-tabletták« hosszú időn át való adagolásától Strümpell 3 esetben semmi javulást sem látott.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A haslővésekről ír F. Erkes. A súlyos bélsérülések — különösen a gránátszilánk által okozottak — prognosisa igen rossz. Rupp ezen esetekben ajánlotta a reszekált bélvégeknek a hasfalba való kivarrását, a helyett, hogy azokat egymással egyesitenők. Ezzel egyrészt a műtét után a legnagyobb veszedelmet jelentő, a bélsár pangása folytán létrejövő »stercoraemiát« zárhatjuk ki, másrészt a műtét idejét jelentősen megrövidítjük. A szerzőnek ily módon operált esetében a hassérülésekkel gyakran együttjáró meteorismus, szék- és szélrekedés, hányás, felbőfögés teljesen elmaradt, a betegség lefolyása oly kedvező volt, hogy hasonló eseteiben sohasem volt alkalmunk ily kedvező lefolyást észlelni. Különösen az ileum és a vastagbél alsó részeinek sérülései alkalmasak ily műtetre, a magasabban fekvő bélrészek hasonló ellátása könnyen inanitióra vezethet. Az anus praeternaturalis későbbi elzárásában rejlő veszedelmet a szerző szerint bőven kárpótolja az ily súlyos hassérüléseknek ily egyszerű és gyors módon való megoldása. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 6. sz.)

Ifj. Hahn Dezső, dr.

Sebészi tapasztalatait közli F. Krause a harctérrel és elsősorban az agy lövési sérüléseiről számol be. Általában elvünk legyen, hogy agysérülteket a főköthöz helyen ne operáljunk. Kivételt tesznek azok az esetek, a melyekben erős vérzés van jelen, a mely azonnali műtéti beavatkozást tesz szükségessé. Elővigyázatos szállítás nem okoz kárt a betegnek. A szerző a Kramer-féle drótsineknak igen jó hasznát látta szállításokkor. A mi a seb ellátását illeti, a száraz kezelés előnyben részesítendő a nedves kezeléssel szemben. Kerüljük a superoxyd-készítmények alkalmazását, a melyek habjukkal a sérült területet láthatatlanná teszik; a habnak az agyról való eltávolítása letöréssel nem közömbös. A dura pulsatiójának hiánya még nem jelenti feltárásának szükségességét. Minthogy a harctéren minden seb inficiáltnak tekintendő, a sebnek azonnali elzárása csak a legkritikább esetekben engedhető meg. Figyelembe jöhetnek az említett eljárás szempontjából oly agysérülések, a melyek 12 óránál nem idősebbek és az egyszerű, nem szövödményes esetek. A szerző szerint az agy sebeinek primaer elzárása igen merész eljárás, a melyet tapasztalt sebész egyszer-egyszer megkísérlelhet, azonban minden esetben elvnek nem tekinthető. Nem szükséges a visszamaradó üregeknek organikus anyagokkal való kitöltése, még tumorok eltávolítása után sem, a mikor pedig sokkal nagyobb üregek maradnak vissza. Az agy előesése mindig csak dura-sérülés után áll be, a koponya sérülése egyedül nem jár agyprolapsussal. Több körülmény lehet az oka annak, hogy agyprolapsus keletkezik, így idegen testek, csont-, ércz-szilánkok, a mélyben agytályog és encephalitis kifejlődése. Mindenesetre kerülendő a prolapsált agyrésznek műtéttel való eltávolítása. Agytályog már pár nappal a sérülés után kifejlődhetik, legtöbbször azonban csak 1–2 hét múlva fejlődik. A lumbalpunkcióval nyert folyadék ily esetekben tiszta, nem zavaros és rendszerint nagy nyomás mellett ürül. A Röntgen nem igen mutatja az elváltozást; útbaigazít az újjal való tapintás és a sarjszövetnek oedemása volta. Ellennyílások végzése, a hol ezt fontos centrumok nem contraindikálják, szükségesnek mutatkozhatik. Ha genyes agyhártyagyulladás fejlődik, a lumbalpunkciós folyadék zavarossá lesz. Helytelen felfogás minden Röntgen-sugarakkal megdiagnoskált idegen testet az agyból eltávolítani; különösebb ok nélkül az agyban levő idegen testeket ne igyekezzünk megbolygatni. Természetesen, ha súlyos agyvelőtünetek jelentkeznek, ne várjunk a műtétet. A mi az agysérülések prognosist illeti, sepsises encephalitis, gennyes meningitis gyógyulása a ritkaságok közé tartozik. A késői tályogok kórjósata igen bizonytalan. Általában az agyterület, a melyet a löveg ért, lényegesen

befolyásolja a prognoszt. A szerző még az agysérülések után beálló elváltozásokról referál. Általában azt mondhatjuk, hogy a primaer varrat nem óvja meg a beteget a traumás epilepsia jelentkezésétől. Még évek múlva is vezethetnek a legszebben begyógyult agysérülések is megbetegedésekre. A koponya-defectusoknak korai, csonttal való elzárása nem ajánlatos, ellenben fontos, hogy mielőbb bőrrel fedjük a sarjadzó sebfelületet. Két methodust ajánl a szerző plastikai célból: a König-Müller-féle műtetet, vagy a tibiából vett lebeny szabad átültetését. Fontos, hogy plastikák végzésekor a seb teljesen begyógyult legyen, nehogy a legcsekélyebb gyanunk is lehessen fertőző csírák jelenlétére. Csak tökéletes asepsis vezethet jó eredményre. (Zentralbl. für Chir., 1918, 2. szám.)

Iff. Háhn Dezső dr.

Börkórtan.

A bőrbajoknak egyszerű szerekkel való kezelését tárgyalja J. Schäffer (Breslau). A gyógyszerekkel való takarékoságnak különösen a dermatológiára nézve van nagyobb jelentősége, mert általános szokás szerint ez a terapia vett igénybe leginkább oly anyagokat (olaj, zsírok, amyllum), melyeknek külső alkalmazása a mai viszonyok között voltaképpen pazarlás. A szerző elsősorban a fogtán levő szereknek és azoknak pótszereire tér ki. A külföldi jó vaselin. flav. helyett kenőcsalapanyagul a lanolint ajánlja, melyet vízzel keverve kell megfelelő consistentiájúvá tenni. Érzékeny bőr esetén az eucerinum cum sol. acid. boric. (3%) ajánlatos. Kézfimomításul glycerin helyett a lanolin-crème szolgáljon. Amyllum helyett talc. subtilissim. pulverisat. használható. Ajánlatos lehetőséggel mellőzni a kenőcsöket s helyettük rázómixturákat alkalmazni. Alkoholos oldatokkal igen sok gyógyszer és egyéb anyag kimélhető. A szerző a következő szeszest oldatokat ajánlja különösen: 10%-os arg. nitr. (60%-os borszeszben oldva); 10%-os szeszest anthracololdat, 5–10%-os salicyl-resorcin spiritusos oldata, közönséges jódtinctura, 10%-os pyrogallus-spiritus. Az alkoholos oldatok ecsetelésével — ha mindjárt más gyógyszereket is használunk — a kezelés ideje sokszor megrövidíthető. Így a psoriasis javulása a rendes kezelés mellett pyrogallusos spirituszal sokszor jelentékenyen serkenthető. Szintúgy serkenthető az ulcus cruris gyógyulása 10%-os lapisos spiritusecsetelésekkel.

Bizonyos bőrbajok ellen (fekélyek, pustulás bőrgyulladások) jól alkalmazhatók a nedves kötések. Ezeket sokan vízhatlan szövet közbeiktatása nélkül használják. Schäffer ezzel szemben a régi párákötést ajánlja. A kötéssel alkalmazott szer sokféle lehet. De leginkább 3%-os bórsavoldat, 10%-os alumin. acet., 20%-os resorcinoldat jön szóba. A szerző ily bajok ellenében különösen a gyöngye lapisos spiritusoldatokat ajánlja (argent. nitr. 0.1–0.2 ad 200 gr. 20–30%-os spiritus). Az ily oldatok a diphtheroid lepedékű fekélyeket igen hamar szokták föltisztítani. Schäffer részletes közlése folyamán foglalkozik a különböző pyodermiákkal, melyek tudvalevően a fronton levő katonák között oly gyakran mutatkoznak, hogy voltaképpen hadibőrbántalmaknak tekinthetők. Főületes alakú pyodermiák esetében legjobbnak tartja a szerző a zinnober-kénés mixturát (cinnabaris 1.0, sulf. praecip. 10.0, zinc. oxyd., talc. venet. aa 20.0, glycerin (vagy perkaglycerin), spirit. (30%) aa ad 100.0). A zinnober-kénés összetétel kenőcs alakjában is sikerrel alkalmazható. Scabies nyomán található secundaer bőrfertőzések ellenében Schäffer a zinnober-kénés hintőport ajánlja (Cinnabaris 2.0, Sulf. praecip. 30.0, Talc. venet. ad 100.0). Mélyebb genyedéses folyamatok ellenében (beszűrődések, ekthyma, furunculus) már egyéb eljárások szükségesek. A furunculus kezelésében a legfontosabb az, hogy megakadályozzuk a tovaoltást, a gócz széthurcolását. E célra legjobb a tapasztkezés, melylyel izolálni tudjuk a góczot. Ajánlható tapaszt a kénésös- és a carbolkénésőstapasz. Schäffer egyébként hivat a puhulóban levő furunculus étetésének is carbolsavval. A folliculitis barbae (sycosis) ellenében különösen az 5%-os tannin-, vagy 10%-os kénepasztát ajánlja. A hol Röntgen-készülék

áll rendelkezésre, ott elsősorban a sugaras kezelés jöhet szóba. Általános recidiváló furunculosis ellen arsentherapiát s elsősorban vaccinás therapiát kell megkísérlni. Helyileg jól hatnak a kénés fürdők (200 gr. Vlemingx-oldat egész langyos fürdőre).

Hadibőrbajszámba megy a scabies is. A hol jelentékeny a vakarások nyomán támadó secundaer infectio, a kénés készítmények ajánlatosak. Igen enyhe jó szer a perubalzsam, ez azonban már alig kapható. Teljesen pótolja a synthesis útján előállított „perugen“. Jóval olcsóbb s teljesen ártatlan szer. A scabies ambulans kezelésére igen alkalmas a „ristin“ nevű szer (Bayer, Elberfeld). Szagtalan, színtelen s a fehérneműt nem bántja. A test három izben bedörzsölendő vele. A szerző ezután még részletesebben rátér a psoriasis és az ekzema kezelésére. Psoriasis ellen igen jól beválók az újabb „cignolin“, melyet 2–3%-os kenőcsben alkalmazunk. Hatása olyan, mint a chrysarobiné, annak is a pótló szere, de sokkal kevesebb kellemetlenséggel jár és igen hatásos. Az ekzema kezelésében szükségszerűen számos gyógyszerre és készítményre tér ki a szerző, de az bizonyos, hogy elég gyakran eltér attól az irányelvtől, a melyből közlése elején kiindult: az egyszerű szerekkel való kezelés elvétől. (Medizinische Klinik, 1918, 2.—5. sz.)

Guszman.

Gyermekorvostan.

Újszülötteken végzett táplálási tanulmányairól számol be Schick, bécsi docens. Utal mindenekelőtt egy régebbi munkájára, melyben azon kérdéssel foglalkozott, hogy mi az újszülöttek physiologiás súlyvesztésének az oka és hogy meg bírjuk-e azt akadályozni valamilyen módon. Azon következtetésre jutott, hogy ezen súlyvesztés az elégtelen folyadék-, illetőleg táplálékfelvételnél a következménye, a mennyiben megfelelően fokozott táplálékbevitellel annak létrejöttét meggátolhatjuk. A csekély táplálékfelvétel oka pedig egyrészt az elégtelen tejelválasztás s másrészt az újszülött szopási ügyetlensége. A szerző ezen kísérleteit újra folytatta igen nagyszámú újszülöttön, négy csoportba osztva azokat: az első csoportban a táplálékot lefejt női tejjel egészítette ki, a másodikban saccharinos teát, a harmadikban a női tejjel egyenlő caloriás értékű 17%-os nádcukor-oldatot adott, végül a negyedik csoport újszülötteinél tehéntejjel egyenlő arányban kevert 17%-os nádcukor-oldattal egészítette ki a szopott anyatejet.

Az első csoportban (153 gyermek) a pótlásul adott női tej idősebb gyermekágyasoktól származott. Általában arra az eredményre jutott, hogy az újszülött elégtelen női tej bevitelénél mindaddig fogyott, a míg az adagolásban bizonyos mennyiséghez el nem jutott. Ezen minimum 24 órában körülbelül a testsúly 10%-ának felelt meg. Nem tapasztalta, hogy a korai erőltetett táplálékbevitel a szopásra valamilyen kedvezőtlen befolyást gyakorolt volna. A mint az anya tejelválasztása fokozódott, megszűnt a pót-táplálás szükségessége. Ezen erőltetett táplálás után ismételt észlelt hanyatlást az első napokban, a mely azonban magától, minden különösebb orvoslás nélkül megszűnt.

A második csoportban (169 eset) saccharinos teát adott az újszülötteknek női tej helyett és azt tapasztalta, hogy az körülbelül a testsúly 10%-ának megfelelő mennyiségben adagolva, újszülötteken egyes esetekben 24–72 órán át a súlyvesztésüket meg bírja akadályozni. Sok esetben azonban még ez sem sikerül: az újszülött fogy testsúlyában, bár lassabban, mint teljes folyadék- és táplálékhiány mellett. Ha e mellett még női tejet is nyújtunk, a súlycsökkenés megállapodik, esetleg súlygyarapodás köszönt be, és pedig annál kifejezettebben, minél jobban túlhaladja a női tej mennyisége az összfolyadékban a minimumot. A saccharinos tea tehát voltaképpen csak a fogyás intenzitását csökkenti, de nem okoz súlygyarapodást. A saccharinos teával táplált újszülöttek közérzete látszólag jó, csak ha egészen az ötödik napig adta azt kizárólag, mutatkozott már némi bágyadság. A saccharinos teával táplált újszülött ugyanis éhezéssel állapotban van: egy-

két nap múlva már a kilégzett levegőben acetont érezhetünk s a székletét is meconiumszerű. Hőemelkedést sohasem észlelt. Az egyetlen előnye lenne a saccharinos tea nyújtásának, hogy a szervezet folyadékvesztését megakadályozza, de veszedelmes, mert leplezi az éhezési állapotot és megtéveszti a környezetet, különösen ha a tejelválasztás későn és elégtelenül indul meg.

A harmadik csoportban (164 eset) a tejjel kaloriásan azonos értékű 17%-os nádcukoroldatot adott az újszülötteknek. *Schick* maga is kiemeli, hogy a mai tapasztalatokon alapuló tudományos felfogásunk szerint mennyire kockázatosnak és veszedelmesnek látszik a cukor nyújtása és mennyire kellett félnie, hogy az ilyen nagyon tömény cukoroldat károsan fogja befolyásolni az emésztési folyamatokat. Aggodalmi azonban feleslegesek voltak, a mennyiben mindenek dacára azt tapasztalta, hogy ezen cukoroldat az újszülötteknek teljesen ártalmatlan, nagyon szívesen veszik azt, szívesebben, mint a saccharinos teát. Egyébként a cukoroldattal ugyanazon eredményre jutott, mint a saccharinos teával, azaz csak a fogást akadályozza meg vagy mérsékli, gyarapodás azonban nem következik be. A székletét ezen esetekben is éhezésszerű, láz nem mutatkozik s csak abban nyilvánul különbség, hogy a kilégzett levegő nem acetonszagú, mivel a gyermek bőségesen vesz fel szénhidrátot. Súlygyarapodás csak akkor mutatkozott, ha mellette még női tejet is adott az újszülöttnak: szénhidrát egyedül fehérje nélkül nem vezethet gyarapodásra. Mindenesetre azonban már kevesebb női tej hozzáadása mellett látott gyarapodást, mint a saccharinos teával táplált újszülötteken.

A negyedik csoportban (282 eset) 17% cukoroldattal egyenlő arányban kevert tehéntejet adott az anyatej mellett. Ez a keverék mint első táplálék teljesen ártalmatlan, az újszülöttek szívesen is veszik, szívesebben, mint a saccharinos teát. Épp ilyen ártalmatlan volt mint póttáplálék is a női tej mellett, az újszülöttek a hozzátáplálás dacára nagyon jól szoptak, sőt szerinte a korai táplálás erősíti a gyermeket és így még erélyesebben szopik. Az eredmények ugyanolyanok voltak, mint kizárólag női tej nyújtása mellett: acetonszag hiányzott, hőemelkedést sem észlelt. A székletek gyakran még jobbak, mint női tejtáplálás mellett.

Mindezekből az a következtetést vonja le, hogy a saccharinos tea nyújtását újszülötteken szüntessük be, helyette adjunk vagy cukros teát, vagy tehéntejjel egyenlő arányban kevert cukoroldatot. (*Zeitschrift für Kinderheilkunde*, 17. kötet, 1. és 2. füzet.) *Flesch*.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Dysenteria eseteiben *Geissler* jó eredménnyel használja a jodtincturát klysma alakjában: a használatos 10%-os jodtincturából 15 cseppet ad 1000:0 gramm chamomillaforrázatra. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1918, 7. szám).

Az **eukodal** nevű újabb narcoticummal a hallei belklinikán tett tapasztalatokról számol be *Hesse*. E szer használatának javallatai egyeznek a morhium és codeinével, a hatás bekövetkezésének ideje és tartama is egyező, sedatív és narcosisos hatása azonban valamivel nagyobb, mint a morhiumé és codeiné. Kapható 1/2 centigrammos tablettákban (1—2 pro dosi, 3—4 pro die) és oldatban (egy-egy ampulla 2 centigrammot tartalmaz). (*Zentralblatt für innere Medizin*, 1917, 51. szám).

A **climacteriumos zavarok** mérséklésére *Oppenheim* jó eredménnyel használja a neo-bornyval nevű valerianakészítményt. Naponként 2—3-szor veendő be 2—2 darab a szert tartalmazó gelatinagyöngyökből. (*Mediz. Klinik*, 1918, 7. sz.).

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 11. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgyökértájék gümőkórjáról. *Friedrich Vilmos*: A gümőkórjáról és a gümős katonák háziápolásáról.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 12. szám. *Nestlinger Miklós*: Gonococcus és Koch-Weeks-bacillus okozta vegyes fertőzés. *Angyalossy Ernő*: A Magas-Tátra mint klimatikus gyógyhely a tuberculosos gyógyítása szempontjából.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Gáli Géza* dr.-nak, a gyulai József-sanatorium és *Geszti József* dr.-nak, a debreczeni Augustus-sanatorium igazgató-főorvosának a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Eckardt Lajos* dr.-t a nyiregyházi Erzsébet-kórház szemészeti osztályának főorvosává, *Klein Zsigmond* dr. mezőlaborczi körösvári tiszteletbeli megyei főorvossá, *Faragó Géza* dr.-t és *Halmi István* dr.-t Szabadka város tiszteletbeli főorvosává, *Jachmann Ede* dr.-t késmárki, *Domikos Géza* dr.-t pápai járásorvossá nevezték ki.

A hadi szolgálatot teljesítő egyetemi hallgatók egy részét márczius 1-jével három havi szabadsággal hazabocsátották tanulmányaik folytatására. A budapesti egyetemen a szabadságolt orvostanhallgatók száma az 1500-at meghaladja. A most nem szabadságolt főiskolai hallgatók június 1-én kapnak szabadságot; tudvalevő, hogy főiskoláinkon az idén június, július és augusztus hónapokban nyári pótfélév fog tartani a katonahallgatók számára.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület januárban 1108 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1372 szállítást végzett, 69-szer mint mozgóórség szerepelt és 27-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A január havi működés főösszege tehát 2576.

Adat a kórtan köréből a nem keletkezésének kérdéséhez. *W. Hannes* tanár, a boroszlói női klinika első tanársegéde esetet közöl, melyben egy nő három gyermeke közül a leány egészséges, a két fiú már a születésekor hydrocephalusos volt, úgy, hogy az egyiket csak perforálással lehetett világra hozni; az édesanyja szintén három egészséges leánynak s egy vízfejű fiúnak adott életet. *Hannes* szerint alig lehet ezt másként magyarázni, mint csak annak a felvételnek az alapján, hogy a nem már a termékenyítetlen petében meg van határozva s az anyánál és leányánál is az az eset forgott fenn, hogy a betegség csiráját csak himnemű petéiknek adták át. (Tudvalevő dolog, hogy a hydrocephalus egyenlő gyakran fordul elő a két nemben.) A szerző utal *Sippel*-nek 1906-ban leírt esetére, melyben egy férfi első feleségével 12 egészséges gyermeket nemzett, második feleségével pedig három egészséges leányt és négy különböző rendellenességű fiúgyermeket. Ide tartozik *Stirner* esete is (1907), melyben egy anyának öt egészséges fiúgyermek és három hemikephalusos torzszülött leánya született. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1918, 201. oldal.)

Meghalt. *Böhm Sidney* dr. tiszteletbeli megyei főorvos, nyugalmazott járásorvos 69 éves korában márczius 10-én Perlakon.

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

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

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

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

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

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden. Diétás-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Basedow-kórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegségek (cukorbetegség, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére. Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. UJTÁTRAFÜRED. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

RÖNTGEN-REINIGER és orvosi vill. készülékek GEBBERT és SCHALL R.-T. Orvosi laboratorium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon: József 16-03.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület. (II. rendes tudományos ülés 1918 január 26.-án.) 161. lap. — (III. rendes tudományos ülés 1918 február 9.-én.) 162. lap. — Közkórházi Orvostársulat. (XXI. évf. záró közgyűlés 1917 december 28.-án.) 162. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1918 január 26.-án.)

Elnök: **Buday Kálmán.**

Jegyző: **Csikó József.**

(Folytatás.)

Ritka szövődmény epekömütét után.

Sándor István: A 45 éves nőbeteg, a ki 1917 november hó 10.-én jutott osztályára, panaszait 25 év előtti első szülése utáni időre vezeti vissza. Ez idő óta gyomorbajos és görcsökben szenved, melyek eleinte évekre is elmaradtak, de kb. három éve sűrűn ismétlődnek. Ez év augusztusa óta igen nagy fokban és igen sűrűn jönnek a görcsök, időnként lázzal; néhány hete változó fokú sárgasága van.

A rendkívül sovány, ráncos, sárgásbőrű beteg mellkasi és hasi szervei felett feltűnőbb eltérés nincs. A máj nem nagyobb, nem tapintható. A jobb bordaív alatt benyomva, a mélyben érzékenység. Kórházi megfigyelés alatt 1—2 görcsmentes nap után naponta többszöri heves rohamok, néhány tizedfok hőemelkedés. **Diagnosis:** Choledochus-kő nem teljes elzáródással.

Ezt a november hó 17.-én végzett műtét teljesen beigazolta. Egészen kicsiny, sorvadt, heges epehólyag, a hepatocholedochus hüvelykvastag, heges, vastag falú, körülötte a hashártya erősen heges. A heges epehólyagot és cysticus-madarványt eltávolítva, choledochotomia. Tiszta epe. A hepaticus szabad. A retroduodenalis choledochus részben a papillához, közel, mogorónyi kő, melyet kívülről való nyomással sikerül a choledochus szabad részébe felnyomni és a seben át eltávolítani. E közben a mogorónyi puha kő eltörik. Ezután a szonda a choledochuson át könnyen a duodenumba jut. T-alakú, csatornás cső, (Rinnenrohr) Tamponcsik, hasfalvarrat. 22.-éig zavartalan lefolyás, kitűnő közérzet.

November hó 23.-án kevesebb epe ürül, a hasban fájalmak. 24.-én görcsök, epe alig ürül, a csövet steril vízzel óvatosan átfecskendjük. 25.-én a görcsök a majdnem elmúlt icterussal újból jelentkeznek, epe a csövön át nem ürül, a kötés tele epével, miért is a cső eltávolítatik; a cső nyílásába befurakodva egy élénken mozgó ascaris van. Santonin-kúra a székben ascaris nincs. 28.-án újból görcsök, rossz közérzet, átkötés a seb mélyén egy mozgó ascaris válik láthatóvá, melyet sikerül csipővel kihúzni; újból santonin.

December hó 4.-én a székletben egy ascaris és ezen idő óta zavartalan gyógyulás, úgy hogy december hó 23.-án teljesen gyógyult sebbel, kitűnő közérzettel, súlyban gyarapodva elhagyta a kórházat.

Ma, jó kéthónappal a műtét után, teljesen jól érzi magát.

Ascaris az epeutakban, mint bonczolási lelet, gyakori, az élőben a legnagyobb ritkaság. Az átnézett irodalomban 7 esetet talált. Diagnostikai szempontból a megbetegedés megközelíthetetlen volt, még mint gyógyulási complicatio is mindaddig, míg a csőbe befurakodott ascaris napvilágra nem jött. Az ascaris felvándorlása a kő által tágitott choledochusba a műtét alkalmával szondával tágitott papillán keresztül meg volt könnyítve. A betegre nagy szerencse, hogy ez a felvándorlás mind a kétszer oly időben történt, midőn a choledochotomia sebe még nyitva volt és így a természetellenes nyíláson át az ascarisok eltávozhattak súlyosabb következmények nélkül.

(III. rendes tudományos ülés 1918 február 9.-én.)

Elnök: **Jendrassik Ernő.**

Jegyző: **Molnár Béla.**

Multiplex belső secretiós mirigy-sclerosis.

Királyfi Géza: Az 50 éves nőbeteg panaszai két évre vezetendők vissza; azóta soványodik, gyengül, betegsége óta 23 kilót soványodott. Négy év előtt golyvája támadt és

pajzsmirigyének e duzzanata betegségének kezdete óta fokozatosan csökkent. A hónaljszőrzet, a fanszőrzet hiányzik, haja betegsége óta hull. A status praesensből kiemelendő a mérsékelt szív dilatatio, anisocoria, pupillamerevség, a belső egyenes szemizmok paresisén alapuló strabismus, a pajzsmirigy oldalsó lebenyeinek sorvadása, a 2½—5 literig menő diuresis, a száj nyálkahártyáján barna pigmentfolt, mérsékelt anaemia, a fehér vérsejtek részéről jelentékeny lymphocytosis. A Wassermann-reactio +++.

A tünetek a belső secretiós mirigyek functiozavarára utalnak. A *pajzsmirigy* részéről hyperthyreoidismusos tünetek (szív dilatatio, palpitatio, tachycardia, mérsékelt exophthalmus, *Möbius*, lesóványodás, *Kocher*-féle vérkép, csökkent szénhydrattolerantia) és hypothyreoidismusos tünetek (a szőrzet hiánya) ismerhetők fel. A *mellékvese* hypofunctiójára valló tünetek (cachexia, adynamia, szájnálkahártyán pigmentfolt, mérsékelt anaemia, jelentékeny mononucleosis). Hypophysistűnet a polyuria. A *pankreas* belső secretiójának zavarára utal a szénhydratanyagcsere zavara (alimentaris hyperglycaemia, adrenalin-glykosuria). Az *ovarium* részéről a betegség jelentkezésével egyidejűleg beállott menstruatio-zavarok, egy év óta menopausa (climax physiologicus?).

A körkép tehát csaknem az összes belső secretiós mirigyek functiozavarára utal, megfelelőleg annak a körképnek, a melyet *Claude* és *Gougerot* „*insuffisance pluriglandulaire*” néven írt le azon tapasztalat alapján, hogy az egyik belső secretiós mirigy megbetegedése gyakran együtt jár valamelyik másik belső secretiós szerv functiozavarával, valamint hogy az egyik szerv hyperfunctiója egy másik belső secretiós mirigy hypofunctiójával egyidejűleg is fennállhat. *Falta* különbséget tesz a belső secretiós mirigyek physiologiás correlatiói és a kóros viszonyok közt jelentkező pathologiás correlatiók között. Ennek alapján állította fel a „multiple Blutdrüsensklerose” körképét, a melyet számos belső secretiós mirigy (rendszerint a thyreoidea, a hypophysis, a mellékvese, az ivarmirigyek) functiozavara és emellett erősen progrediáló súlyos cachexia jellemeznek. Az aetiologia nem egységes (tuberculosis, lues, alkoholismus, acut infectio vagy mindezek hiányában a belső secretiós mirigyrendszer veleszületett gyengesége).

Esetünkben kétségtelenül a syphilit kell a körkép előidézőjének tartanunk (két abortus, +++ Wassermann-reactio, pupillamerevség). A megindított antilueses kúra megállította az egyébként erősen progrediáló cachexiát és a testsúly gyarapodása révén a közérzetnek jelentékeny javulását eredményezte.

Az immunitás és az immunitási jelenségek újabb magyarázata.

Id. Liebermann Leo: Az előadó megemlítve *Acél Dezső*-vel már korábban közölt kísérleteit a typhusimmunitás lényegéről, valamint *Fenyvessy Béla* azon tapasztalatát, hogy immunsavók *higítatlan* állapotban nem fejtenek ki jelentékeny bactericid hatást, a mi mind a szövet- vagy sejtimmunitás felvételére kényszerít, új hypothesisét ismerteti, melyet *selectiós hypothesisnek* nevez azért, mert a nélkül, hogy a vérben véghezmenő folyamatok nagy jelentőségét, főleg a passív immunizálásban, félreismerné, az immunitás lényegét abban látja, hogy a vírus mindenekelőtt a szövetek érzékenyebb sejtjeit támadja meg és pusztítja el. A visszamaradtak a kevésbé érzékenyek, és ezek utódjai pótolják a tönkrement sejteket. Miután a resistensebb sejtek utódjai az általános öröklési törvény szerint szintén resistensebbek lesznek, mint azok, melyek elpusztultak, világos, hogy az eredmény az egész szervezetre nézve fokozódott resistencia lesz az illető vírus ellen, tehát az, a mit *relatív immunitásnak* nevezünk. Az immunitás pedig többnyire csak relatív,

nem absolut. Ennek pendent-ja volna a pathogen mikrobák virulentiájának fokozása alkalmas állatpassage révén. A gyengébbek elpusztulnak, s csak az erősebbek és ezeknek utódjai maradnak meg, a melyek kedvezőbb életviszonyok folytán még virulensebbek is lehetnek, mint az anyamikrobák. A hypothesis részletesebb kifejtése után, melyben különös súlyt fektet azon *individualis különbségekre, melyek ugyanezt a szövetet képző, hasonló rendeltetésű sejtek között megállapították* s rámutatva a vérsejtek és bacteriumok individualis különbségeire, melyek bizonyos mértékig még quantitativ megállapításoknak is hozzáférhetők, az előadó rátér a hypothesis néhány consequentiájának tárgyalására és az ismert immunitási jelenségek magyarázatára a selectiós hypothesis alapján. Megmagyarázza az immuntestek (antianyagok) keletkezését a vírussal való küzdelemben tönkrement sejtekből; az immunitás változó fokának és tartamának feltételeit; az antitestek specificitását, mint hypothesisének következményét; a specifikus serológiai reakciókat és ezek mechanizmusát egy *autokatalysis* felvétele alapján; a normalis, nem specifikus antitestek szükségszerű *nem-specificitását*; a complex lysisnek keletkezését; a specifikus complementkötést és ezzel kapcsolatban a *Wassermann-féle* luesreakciót. Végre megmagyarázza az *anaphylaxia* és *allergia* lényegét s az utóbbival kapcsolatban felfogását a tuberculosis folyamatáról. Az allergia bizonyos körülmények között olyan folyamatokhoz vezethet, melyek az immunitás effectusával bírnak, de más körülmények között a betegség általánosodását és gyors kifejlődését is előidézheti.

Krompecher Ödön: Utal arra, hogy az ellentestek az *Ehrlich-féle* oldalláncz-theoria értelmében is a sejtekben s így a szövetekben keletkeznek. Ezen elmélet szerint ugyanis a sejt-protoplasmájának molekulái azok, a melyek különböző affinitással bírván az antigénekkel szemben, a toxin és endotoxin behatására tönkre mennek. A pusztult molekulák pótlása céljából regeneratio indul meg s a kellőnél nagyobb számú molecula képződven, ezek egy része lelekedik, a vérbe kerül, itt ellentest, vagyis antitoxin, receptor, illetve amboceptor alakjában kering és immunitást eredményez. Az immunitas tehát itt is sejt-illetve szövetreactio eredményének felel meg és így az előadó elmélete az *Ehrlich-féle* elmélettől az immunreactio keletkezése helyének tekintében nem különbözik. Az immunitást mindkettő szövetreactiónak minősíti.

Preisz Hugó: Az érdekes előadáshoz röviden a következő megjegyzéseket kívánja fűzni. Először is, ha az immunanyagok valóban az előadott új hypothesis szerint, vagyis a vírusnak a kevésbé ellenálló sejtekhez való kapcsolódása és ezen sejtek pusztulása által képződnek, akkor a különböző szövetekben a kisebb-nagyobb sejtpusztulást az immunizálási folyamatoknak alávetett szervezetben ki kellene tudni mutatni, még pedig annál nagyobb mértékben, minél intenzívebb volt az immunizáló beavatkozás; de épp úgy ki kellene tudni mutatni a különböző szövetekben annak az élénk regeneratióknak nyomait, a mely az elpusztult sejtek mellett életben maradt resistensebb sejtelemelek részéről a hypothesis szerint bekövetkezik. Minthogy pedig ez ideig sem az egyik, sem a másik irányban elégséges pozitív észlelések nincsenek, az új hypothesis ezen részével szemben anatómiai alapon a felszólalónak kételyei vannak még azért is, mivel sok szövetnek elemei regenerációra csak alig vagy egyáltalában nem is képesek, hacsak nem akarjuk feltételezni azt, hogy az immunizálódással kapcsolatos sejtpusztulás és regenerálódás éppen csak a nem kényes és regenerációra nagyobb mértékben alkalmas kötőszöveti és hasonló elemeken játszódik le.

A mit az előadó az autokatalysisról, mint az immunanyagok hatás-módja fajlagosságának legfőbb tényezőjéről mondott, azt a felszólaló a szép előadás legérdekesebb részének tekinti, mert ha az autokatalysis létezését és az immunitástani reakciókhoz hasonlólyható folyamatokban való szereplését a chemia elfogadható példákkal tudná demonstrálni, akkor meg volna fejtve az immunanyagoknak fajlagos hatása is, a melynek megértése az *Ehrlich-féle* theoria nyomán olykor nehézségekbe ütközik.

Korányi Sándor báró: A fehér vérsejtek az infectio következtében elpusztulnak, például typhusban nagyon megkevesbednek, és fiatal alakok jelennek meg, vagyis regenerálódnak. Hogy más féleségnél is így van-e, nem bizonyos, de a fehér vérsejtekről ez ki van mutatva.

Jendrassik Ernő: Hangsúlyozni kívánja, hogy az immunosság a különböző bajokkal szemben a különböző szövetekben különböző. Az előadó szerint az egyes elemek ugyanabban a szövetben is különböző ellenállásúak s vannak gyengébb sejtek, a melyek gyorsabban pusztulnak el. Ezt a betegészlelés is bizonyítja, a mikor azt látjuk, hogy a skarláton, typhuson s más fertőző bajon átment gyermek és felnőtt betegsége után sokkal erősebb lesz. Úgy látszik, gyengébb sejtjei pusztultak el s szövetei erősebbekkel regenerálódnak. Ez a regenerálás a legtöbb szövetről, főképp a vörös vérsejtekről, a májsejtekről ismeretes; persze vannak nem regenerálódó szövetek is, ilyen például az idegrendszer. Ha ezek elpusztultak, bizony hibásan marad vissza az illető.

Kéri a tagokat, hogy az oldalláncz helyett az oldalkapocs elnevezést használják, a láncz rossz fordítás.

Liebermann Leó: *Krompecher* nem lát különbséget az *Ehrlich-féle* oldalláncz-theoria és az előadó selectiós hypothesis között. Sajnálja, hogy ha nem sikerült ezt a különbséget kellő világításba helyezni, mert egy rövid válaszban már nehéz lesz ezt kellően kifejteni. A leglényegesebb mégis az, hogy a selectiós hypothesis a megtámadott érzékenyebb sejtek elpusztulását veszi fel és ezzel magyarázza a beálló immunitást, az immuntesteket pedig úgy fogja fel, mint a vérkeringésbe került elfolyósított sejteket, melyek a vírus bizonyos részeit chemiai vegyületben tartalmazzák, az oldalláncz-theoria szerint a megtámadott sejtek nemcsak hogy el nem pusztulnak, hanem ellenkezőleg: fokozott életműködést fejtenének ki, mely specifikus szerkezetű protoplasmaalkatrészek (receptorok) folytonos és tömeges képzésében és ezeknek megjelenésében a vérben nyilvánul. Ezek fejtenek ki a vérben bactericid stb., tehát immunizáló hatásokat. Már pedig az előadó, a mint kifejtette, éppen azért volt kénytelen ezen utóbbi felfogástól eltekinteni és az immunitást másképpen magyarázni, mert ki lehetett mutatni, hogy immunizált egyének akkor is immunisok, ha vérükben specifikus immuntestek már nincsenek s mert a higítatlan immunsavók bactericid hatása legalább is kétséges. Az előadó kifejtett véleménye szerint hypothesisével jobban meg lehet érteni azt a tényt, hogy az immuntestek rendszerint nem szorosan, azaz *qualitative*, hanem csak *quantitative* specifikusak, valamint azt, hogy az antianyagok szinte végtelen sokaságúak.

Preisz tanár megjegyzéseire csak annyit mondhat, hogy pl. *Weigert*-nek a variolára vonatkozó tapasztalatai, valamint *Arnth* dolgozatai is, melyeket már *Korányi* említett, a megtámadott sejtek tömeges pusztulása és regenerációja mellett szólnak. Ha vannak olyan szövetek, mint az idegszövetek, melyekre *Preisz* hivatkozott, a melyekben regeneratio nem észlelhető, akkor, a mint azt *Jendrassik*, ki a regeneratio mellett a májban hozott fel példát, kifejtette, valóban nem is áll be substitutio ad integrum. De hogy az ily módon megváltoztatott szövet egy újabb infectióval szemben nem lesz-e mégis ellentállóbb, azt ezidő-szerint sem tagadni, sem állítani nem lehet.

Közkórházi Orvostársulat.

(XXI. évf. záró közgyűlés 1917 december 28.-án.)

Szontágh Felix elnöki megnyitójában a háború okozta veszteségekről és a jövő feladatairól szól. **Guszmán József** titkári jelentése részletesen beszámol a társulat belső életéről, melyben a leglényegesebb az új főorvosok és kórházi igazgatók kinevezése. **Kaszper Károly** pénztári jelentése után **Ángyán Béla** volt elnököt tiszteletbeli taggá választották meg. Végül ifj. **Liebermann Leo** tartotta meg előadását:

A szemészeti therapia újabbnakori haladása.

A szemészeti therapiának az utolsó 1—2 évtizedben történt haladását kívánja a szakmától távol állókkal megismertetni, miután az egész szemészeti tudományról ilyen áttekintés egy előadás keretén belül nem adható.

A gyógyszerek közül az *optochinnal* s egyszersmind ennek belgyógyászati alkalmazásakor a szemre való veszélyességével, továbbá a *dioninnal* és a *noviformmal* foglalkozik, majd a salvarsanról szól s utal a tabesnek újabban ismét szóba került salvarsan-kezelésére (*Leredde, Karczag*). A bacterio- és serotherapiából a *tuberculint*, a *gonococcus-vaccinát* említi, majd a *nem specifikus vaccina-kezelésre* (*Szily*

P.) s a parenteralis tejbefecskendezésre tér át, mely utóbbival elért eredményeiről, különösen szem-blennorrhoeában, részletesebben számol be. Érinti az anaphylaxia kérdését is.

A physikai terapiából a szemhéjrák radium-kezelésével, majd a lymphatikus egyének ultraviolet fénykezelésével foglalkozik, részletesebben tárgyalva az utóbbira szolgáló különböző lámpákat s a belőlük nyert sugarak sajátosságait. Továbbá az iontophoresisról s a diathermiáról szól, majd áttér az optikai terapiára s utalva a dioptrikának Gullstrand és Rohr által történt hatalmas kifejlesztésére, ismerteti a punctualisan ábrázoló, a Gullstrand-féle asphaerikus felületű szemüvegeket s az astigmatikus punctual és a bifocalis üvegeket. Majd a távcsőszemüvegről s a többi Zeiss-féle nagyítóeszközközről szól, végül a keratoconus correctiójára és terapiájára szolgáló contact-szemüveget említi.

A szemműteti therapia kapcsán a localanaesthesia fejlődését tárgyalja, melyben elejétől fogva legjelentősebb része volt a szemészetnek, s ismerteti a szem enucleatiójánál gyakorolt orbitalis anaesthesia módszerét. Az asepsist és antisepsist illetőleg a szemoperáló műszereknek száraz hővel való sterilizését s a kötőhártyának műtétek előtti desinfectióját ismerteti, mely eljárással a hályogműtét veszélyességét a sebfertőzés szempontjából, a Blaskovics-féle szemgolyórögzítéssel pedig technikailag sikerült kiküszöbölni. Ezután az Elliot-féle scleratrepantiót tárgyalja, mely a glaukoma bizonyos fajaiban tesz kitűnő szolgálatot, majd a könnytömlő-gyulladás Toti- és Polyák-féle műteti módjait ismerteti, végül saját tapasztalatait a szembe jutott idegentestek localisatiójára és eltávolítására vonatkozólag.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A szív szűrés-sérülésének operált esetét ismertette Sacken a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” január 25.-én tartott ülésén. A 32 éves férfi öngyilkossági szándékából megélesztett, keskeny feszítővasat döfött a szíve tájékába. A műtét $\frac{3}{4}$ óra múlva történt túlnyomásos narcosisban. Alapjával a szegycsont felé tekintő ajtószárnyszerű bőr-izomlebeny készítése után az 5. bordából 10 cm.-nyi darabot reszekáltak és bemetszték a pleurát. A bal mellüregben kevés vér, a pericardium síma, teljesen feszes, bemetszése után $\frac{3}{4}$ liter vér és alvadék ürült belőle s a bal szívszélen, körülbelül a kamara magasságában, egy 0.5 cm. hosszú systolésan fecskendő seb vált láthatóvá. Ezt 4 csomós varrattal, a pericardiumot továbbá varrattal, a bőr-izomlebenyt pedig matrácvarrattal látták el. A műtét alatt 1 liter konyhasó-oldatot fecskendeztek be intravenásan. A 2.—7. napon 39° körüli láz pericarditis folytán. Ezután síma lefolyás. A szíven jelenleg semmi elváltozás sem mutatható ki. A bemutató végül beszámol az Eiselsberg-klinikán eddig operált szív-sérülésekről; 14 eset közül 7, vagyis 50% gyógyult.

A vénülés egy jeléről tartott előadást Federn a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” november 30.-i ülésén. Az előadó meghatározta a vérnyomást evés után és arra az eredményre jutott, hogy a vérnyomás evés után alacsonyabb, mint evés előtt, az öregkorban ellenben fordítva áll a dolog. A vérnyomás ezen fordított viselkedése sokszor már a 60. életév körül beáll, máskor meg csak a hetvenes években mutatkozik, jeleként annak a még mindig ismeretlen ártalomnak, mely a vénülést előidézi.

PÁLYÁZATOK.

708/1918. sz.

Háromszék vármegye miklósvári járásához tartozó hidvégi kör-orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Az orvosi körhöz tartoznak: Hidvég, Árapatak, Előpatak, Erőd, Bölön, Nagyajta, Középajta és Miklósvár községek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés, 600 korona lakbér, 1000 korona útiátalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi márczius hó 31.-éig adják be.

A választás napját később fogom kitűzni.

Nagyajta, 1918. évi márczius hó 7.-én.

A főszolgabíró.

800/1918. sz.

A Rudna, Macedonia, Gád, Fodorháza, Gyér és Tógyér községekből álló rudnai körorvosi állás választás útján betöltendő lévén, felhívom mindazokat, kik ezen évi 1600 korona készpénzfizetéssel és 600 korona lakbérrel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelükkel felszerelt kérvényüket folyó évi április hó 14.-éig a módosi szolgabírói hivatalhoz benyújtsák.

Módos, 1918. márczius 16.-án.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

ORVOS

fiatal, hadmentes, lehetőleg fővárosi magánvállalatnál (sanatorium stb.) vezető állást keres. Több évi nagy kórházi gyakorlattal rendelkezik. Különös szakma: Belgyógyászat, nőgyógyászat, sebkezelés, bűrkórgyógyászat (Neosalvarsan intravenam). Részletes feltételeket is tartalmazó szíves ajánlatokat a Petőfi irod. vállalat, VII., Kertész-u. 16. közvetít „Orvos 29” jelige alatt.

Fürdőhelyre titkárnak

magyarul és németül gyorsíró tanítónő ajánlkozik. Levelek „Titkárnő” jelígre a „Petőfi” irodalmi vállalathoz, VII., Kertész-utca 16. kéretnek.

THYOMALT

Haas

Eddigieket hatásával felülmúló, pontosan adagolt Guajacol-készítmény (egy tableta tartalmaz: 0.70 extr. malti. sicc., 0.30 kal. sulfoguaajacol, 0.01 Codeint) malátával mint roboranssal kombinálva, csokoládéval bevonva.

Adagja naponta 3—5 tableta a főétkezési időkre arányosan elosztva.

Javalva: a légzőszervek összes hurutos bántalmainál.

Mintaadaggal és irodalommal szívesen szolgál a készítő:

Haas Miklós Kereszt gyógyszerháza, Budapest, VII., Rákóczi-út 88 szám.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ Sátoraljaújhely. ☐☐

PROVIDOFORMTINKTURA Prof. BECHHOLD szerint

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

SPECIFIKUM DIPHTERIA ELLEN. Irodalom és minták ingyen.

A dibacellákra még 1:400.000-es hígításban hat.

Rendelés a cs. és kir. hadseregben megengedve.

PROVIDOL-GESELLSCHAFT, Berlin — Halensee.

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

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

ALIVAL

szerves
jódkészítmény.

Injectiókra külsőleg és belsőleg, 63% jódd,
jól tűrik. Lues, arteriosklerosis stb.

Eredeti csomagolás:
10, ill. 20 tabl. à 0,3 gr.
5, ill. 10 amp. à 1 gr. Alival.

NIRVANOL

iz nélküli
altatószer.

Megbízható, jól tűrt, ártalmatlan. Belsőleg:
1 tabletta à 0,3 gr., ill. 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:
15 tabl. à 0,3 g, ill. 10 à 0,5 gr.
10 amp. à 4 ccm.

HYPOPHYSIN

bevált
szív- és uterustonikum.

Állandóan hatásos, vegytiszta, olcsó.
Injectiók: 0,5—1 ccm. Belsőleg: 1—2 tabl.

Eredeti csomagolás:
3, 5 és 10 amp. 10 ccm.
20 tabl. à 1 mg.

ANÄSTHESIN

(p.-amidobenzoészaväthylester)

Nem mérgező

tartós hatású helyi anaesthetikum.

Tulajdonságok:

Nem izgató, biztosan és tartósan ható, külső és belső használatra.

Javallatok:

Sebészet: Utófájdalmak meggátlása, postoperatív shok stb.

Bőrgyógyászat: Fájdalmas sebek és fekélyek, pruritis, ulcus cruris stb.

Oto-rhino-laryngologia: Hurutok, száj- és garatulzeratiók stb.

Belsőleg: Gastralgia, gyomorfekély, hányinger, hemorrhoidák stb.

Adagolás:

Külsőleg: In substantia 5—20% hintőpor és kenőcs, 2—3%-os olaj, 0,5 g kúpokban stb.

Belsőleg: Por, rázókeverék stb. 0,25—0,5 g étkezés előtt.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

TUMENOL

kénes
kátránykészítmény.

Szagtalan, nem izgató, viszketést csillapító
és gyulladást gátló szer ekzema ellen.

Adagolása:
1—20% kenőcsök, tinktura, ecsetelések stb.
Legjobb vényforma: Tumenol-Ammonium.

TRIGEMIN

kitűnő
analgetikum.

Szívre nem hat. Fejidegzetre, trigeminus-
neuralgiáknál kiváló hatású stb.

Eredeti csomagolás:
10, ill. 20 capsula à 0,25 g.
1—3-szor napjában 2—3 capsula à 0,25 g.

ALUMNOL

nem mérgező
antiseptikum.

Gyulladást nem okozó, növést gátló.
Gennyesebeken, gonorrhoea, katarrhusok.

Adagolás:
Gargalizálásra 0,25—1%.
Antiseptikum 0,5—3%.
Urologiában és dermatológiában 1—20%.

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.

Liebermann Leo és Aczél Dezső: Közlemény a Budapesti egyetem közegészségtani intézetéből. Homolog és heterolog antigenek agglutinációja immunsavók által. 163. lap.

Kerekes József: Közlemény a Szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. cz. rk. tanár.) A flexura duodenojejunalis subcutan leszakadása. 167. lap.

Neumann S.: Közlemény a 609. sz. tábori kórházból. Tapasztalatok a szívbjajos katonák harcztéri szolgálatképességéről. 169. lap.

Totis Béla: A leukaemiák kórtanának egy új elmélete. 171. lap.

Maksay Ferencz: Közlemény a gyulafehérvári cs. és kir. tartalékkórház veneréas osztályából. (Parancsnok: Makkos-Hettyei Hetey Gyula dr. főőrzőorvos.) A veneréas betegek lelki kezelése. 173. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosan. Kohlhaas: A cerebralis levegőembolia. — Sebészet. Wederhake: Az emberi zsírnak a sebészetben való alkalmazása. — F. Kaspar: A magasan ülő lövéses csombtörésekről. — Gyermekorvosan. Hamann: Az arczidegtünet jelentkezéséről diphtheria folyamán. — L. ndé: A tüdő hólyagos fejl. désl rendellenessége által okozott dextrocardia. — Veneréas betegségek. E. Finger: A nemibajos fiatalok gondozása. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. A moronal. — Zanger: Idősült myocarditis kezelése. — Maret: Súlyos dysenterias bélvérzés kezelése. — Greif: Scabies elleni szer. — Leo: A kámfor intravenás alkalmazása. 175—177. lap.

Magyar orvosi irodalom. 177. lap.

Vegyes hírek. 177. lap.

Tudományos Társulatok 178—180. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetem közegészségtani intézetéből. Homolog és heterolog antigenek agglutinációja immunsavók által.

Irta: id. Liebermann Leo dr. és Aczél Dezső dr.

Castellani A. 1902-ben megjelent „Die Agglutination bei gemischter Infection und die Diagnose der letzteren“ című munkájában¹ vizsgálatainak alapján a következő eredményre jut:

„Ha egy bizonyos mikroorganizmus ellen immunizált állat savóját ugyanezen mikroorganizmussal kezeljük, akkor a savó elveszíti agglutináló képességét úgy ezzel szemben, mint minden más mikroorganizmussal szemben is, melyre eddig hatással volt; ha ez utóbbiakkal kezeljük, akkor elveszíti ezekkel szemben való hatását, de az elsővel szemben való hatása említésre méltó módon nem csökken; végül ha oly mikroorganizmusokkal kezeljük, melyekre egyáltalán nincs hatással, akkor az agglutináló képessége teljesen érintetlen marad“.

Bár ezen közlemény óta a „Castellani-féle kísérlet“-et széles körben alkalmazzák a vegyes infekciók megállapítására általában az u. n. fő- és mellékagglutininnek egymástól való elkülönítésére, mégis az eddigi kísérletek alapján nem lehet végleges ítéletet mondani ezen reakciók quantitativ viszonyairól. Véleményünk szerint az a kérdés sem nyert eddig kielégítő magyarázatot, hogy mi az oka a homolog és heterolog mikroorganizmusok oly különböző magatartásának.

Az általunk végzett, alább közlendő kísérletekből a következő eredmények adódtak:

1. Nem általános érvényességű az a tétel, hogy ha agglutináló immunsérumot a homolog mikroorganizmussal (kimerülésig) kezelünk, az agglutináló képességét elveszíti nemcsak ezzel szemben, hanem a heterologokkal szemben is, mert vannak esetek, mikor ez csak kevéssé, illetőleg csak bizonyos fokig történik így.

2. Épp oly kevéssé általános érvényességű az a tétel, hogy a heterolog mikroorganizmusok csak a nekik megfelelő agglutininnt kötik meg, a homologot pedig említésre méltó módon nem befolyásolják, mert vannak olyan esetek vagy

rendszerek, melyeknél azt látjuk, hogy az immunserumnak heterolog mikroorganizmussal kimerülésig való kezelése után a titer a homolog antigennel szemben is kisebb-nagyobb mértékben csökken.

3. Azonban úgy a mi kísérleteinkből, mint Castellani első kísérleteiből, s utána számos más szerzőéiből, mégis az következik, hogy az immunserumban levő agglutininnekhez a homolog antigenek sokkal erősebb affinitással bírnak, mint a heterologok.

Ezen eredményeink teljesen megegyeznek Luigi d'Amato-éival² és részben megegyeznek Levy és Fornet³ eredményeivel is, a mennyiben ezen utóbbi szerzők is azt találták, hogy a heterolog antigenek nemcsak a nekik megfelelő agglutininnt kötik meg, hanem a homolognak a mennyiségét is csökkenthetik, feltéve ugyan, hogy a közleményüknek VIII. táblázatában említett házinyul-immunsavó ugyanaz, mint a melyekre a XI. táblázatban közölt kísérlet is vonatkozik.

Posselt A. és Sagasser R.⁴ feltűnő adataira vonatkozólag, a kik azt találták, hogy homolog antigennel való kezelés után az immunsavóban a heterolog agglutininnek lényegesen megszorodnak, és fordítva, heterolog antigennel való kezelés után a homolog agglutininnek szaporodása észlelhető, csak annyit mondhatunk, hogy a mi kísérleteink folyamán illet nem észleltünk.

Az alábbiakban közöljük vizsgálatainkat s azután megpróbáljuk a Castellani-kísérlet magyarázatát adni.

*

Általános érvényességgel bir-e az a tétel, hogy az agglutináló immunsavó homolog bacteriummal kimerülésig való kezelése után elveszíti agglutináló képességét a heterolog bacteriummal szemben is?

1. kísérlet.

Immunsavó: choleraimmunsavó lóbol.

Agglutinációs titer: choleraával szemben (homolog) 1:8000.

Ezen savó 4 cm³-ét (10-szeres hígításban) addig kezeltük choleraával, összesen 4 jól benőtt ferde agarkultúrával,

² Centr. f. Bakt. 53. k., 337. old.

³ Centr. f. Bakt. 51. k., 161. old.

⁴ Wiener klin. Woch., 1903, 691. old.

¹ Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 40. k., 17. old.

míg a lecentrifugált folyadék a cholérát 1:10 hígításban 2 órai thermostatban állás után már nem agglutinálta.

A choleraimmunsavó a heterolog *Flexner*- és *typhus*-bakteriumokat a cholérával való kimerítő kezelés előtt és után a következőképpen agglutinálta:⁵

		Hígítások:					
		1:10	1:20	1:40	1:80	1:160	1:320
A makroszkopos észlelés a mikroszkopossal megegyezett.							
<i>Flexner</i>	kezelés előtt	++	++	+	±	±	±
"	"	után	++	±	±	±	—
<i>Typhus</i>	előtt	+	+	+	+	—	—
"	"	után	±	—	—	—	—

Ebben a kísérletben tehát az immunsavó homolog antigennel (cholérával) való kezelése az agglutinációs títért *Flexner*-rel szemben csak nagyon jelentéktelenül kisebbitette, *typhussal* szemben azonban minimalisra csökkentette.

2. kísérlet.

Immunsavó: Typhusimmunsavó lóból.

Agglutinációs titer typhussal szemben: 1:7250.

Ezen savó 10 cm³-ét (10-szeres hígításban) 6¹/₂ ferde agar typhuskultúrával kezeltük, míg a lecentrifugált folyadék a typhust 1:10-es hígításban 2 órai thermostatban állás után már nem agglutinálta.

A typhusimmunsavó a heterolog *coli*-, *Flexner*- és *cholera*-bakteriumokat typhussal való kezelés előtt és után a következőképpen agglutinálta:

		Hígítások:					
		1:10	1:20	1:40	1:80	1:160	1:320
<i>Coli</i>	kezelés előtt	+	+	+	+	±	—
"	"	után	±	—	—	—	—
<i>Flexner</i>	előtt	+	+	+	+	+	—
"	"	után	+	+	+	±	—
<i>Cholera</i>	előtt	+	+	±	—	—	—
"	"	után	—	—	—	—	—

Ebben a kísérletben tehát a homolog typhussal való kezelés az agglutinációt cholérával szemben teljesen, *colival* szemben majdnem egészen megsemmisítette, ellenben a títért *Flexner*-rel szemben majdnem változatlanul hagyta.

Világos tehát, hogy az ezen szakasz feliratát alkotó kérdésre nem-mel kell felelnünk, s hogy az immunsavó homolog antigennel való kezelésének eredménye a heterolog antigenek titerét illetően függ a rendszerben egymásra ható tagok fájától.

*

A heterolog mikroorganizmusok csak a nekik megfelelő agglutinineket kötik-e meg, a nélkül, hogy a homologot lényegesen befolyásolnák?

3. kísérlet.

Immunsavó: *Shiga-Kruse*-bacillus ellen.

Agglutinációs titer a homolog *Shiga-Kruse*-bacillusra vonatkozólag:

1:1200 = ++
1:1800 = +
1:2000 = —

Agglutinációs titer typhus-bacillusra vonatkozólag:

1:20 = +
1:40 = —

A physiologiás konyhasó-oldattal 10-szeresre hígított immunsavó 13 cm³-ét egy jól benőtt ferdeagar typhuskultúrával kevertük és thermostatba tettük. 3, 9 és 23 óra múlva 3—3 cm³-ét kipipettáztuk belőle és centrifugáltuk, a

⁵ ++ erős, + kifejezett, ± gyenge agglutinatio; — nincs agglutinatio.

maradékhoz pedig újra hozzátettünk egy-egy ferde agar-typhust, az agarokat a savóval öblítettük le és a thermostatban hagytuk.

A centrifugált folyadékokon a következőket észleltük: 3 óra múlva a *Shiga-Kruse*-titer körülbelül megfelelt az eredetinek. A csökkenés nem lényeges, de mindamellett mérhető.

9 óra múlva	23 óra múlva	48 óra múlva
1:1200 = ++	1:1200 = ++	1:1200 = ++
1:1400 = +	1:1400 = +	1:1400 = +
1:1600 = —	1:1600 = —	1:1600 = —

4. kísérlet.

Immunsavó: Lósavó typhusszal szemben.

Agglutinációs titer: typhusra vonatkozólag (homolog antigen)

1:5200 = ++
1:6500 = +
1:7000 = —

*Agglutinációs titer cholera*vibrióval szemben:

1:20 = ++
1:30 = +
1:40 = —

A physiologiás konyhasó-oldattal 10-szeresre hígított immunsavó 20 cm³-éhez 2 jól benőtt cholera agarcultúrát kevertünk és thermostatba tettük. 3, 9 és 23 óra múlva, úgyszintén 2, 3 és 4 nap múlva 3—3 cm³-t lepipettáztunk és centrifugáltuk. A savóhoz mindannyiszor friss cholera-cultúrát (1—1 ferde agart) tettünk. A lecentrifugált folyadékban pedig meghatároztuk az agglutinációs títért a homolog antigennel (typhus) szemben a következő eredménnyel:

3 óra múlva	9 óra múlva	23 óra múlva
1:4000 = ++	1:4000 = ++	1:3000 = ++
1:5000 = +	1:4600 = +	1:4200 = +
1:5200 = —	1:4800 = —	1:4400 = —
2 nap múlva	3 nap múlva	4 nap múlva
1:3000 = ++	1:3000 = ++	1:3000 = ++
1:4200 = +	1:4000 = +	1:4000 = +
1:4400 = —	1:4200 = —	1:4200 = —

Ezek szerint a typhus immunsavó titere a homolog typhusszal szemben lényegesen csökkent, ha azt előzőleg a heterolog cholera-bacillussal kezeltük; ez utóbbinak már 3 óráig tartó behatása után is erős agglutinatio (++) 5200-ról 4000-re, a gyengébb (+) 6500-ról 5000-re, tehát körülbelül egy ötödrészszer esett. Ezzel még nem értük el a határt, mert 23 óra múlva további lényeges csökkenés mutatkozott; u. i. az erős agglutinatio 5200—3000-re, a gyengébb 6500—4200-ra csökkent. Csak 3 nap múlva lehetett megállapodást észlelni. Általában azt lehet mondani, hogy a cholérával való kezelés által a typhusimmunsavó titere a homolog typhusszal szemben 6500-ról 4000-re esett, tehát több mint egy harmadával csökkent.

5. kísérlet.

Immunsavó: *Flexner*-bacillussal szemben.

Agglutinációs titer: *Flexner*-re vonatkozólag:

1:10000 = ++
1:13000 = +
1:13500 = —

Ezt az immunsavót *paratyphus-B*-vel kezeltük és vizsgáltuk tovább épp úgy, mint a 4. kísérletben.

A heterolog *paratyphusszal* különböző hosszú ideig kezelt immunsavó-próbák titere a homolog *Flexner*-bacteriummal szemben a következő volt:

2 óra múlva	9 óra múlva	24 óra múlva	3 nap múlva
1:10000 = ++	1:10000 = ++	1:10000 = ++	1:9500 = ++
1:13000 = +	1:12500 = +	1:12500 = +	1:11500 = +
1:13500 = -	1:13000 = -	1:13000 = -	1:12000 = -

Tehát a paratyphus-B-vel való kezelés a *Flexner*-immunsavó titerét *Flexner*-rel szemben csak kevésbé változtatta meg.

A közölt 3., 4. és 5. kísérlet végső eredménye tehát az, hogy az immunsavók és heterolog bacteriumok különböző combinációinak egymásra hatásánál is vannak különbségek a quantitativ viszonyokban. Vannak olyan combinációk, melyeknél a heterolog bacterium hatása az immunagglutininekre igen jelentékeny, és vannak mások, melyeknél — mint a fent közölt 5. kísérletben — ez a hatás alig jön szóba.

*

Kísérlet az előzőekben vizsgált folyamatok magyarázatára.

Feltesszük azt, hogy egy immunsavó összes agglutininjei, úgy a homolog, mint a heterolog antigenekkel (mikroorganizmusokkal), illetve felületüknek bizonyos alkotó részeivel vegyületeket adnak, melyek a mikroorganizmusokat többé-kevésbé összetapasztják.

Míg azonban a homolog mikroorganizmusokkal alkotott vegyületeket a folyadék, melyben a reactio lefolyik, nem egykönnyen támadja meg, addig a heterologokkal alkotott vegyületek többé-kevésbé könnyen oldódnak. Az eredmény az lesz, hogy az agglutinált tömegektől elválasztott folyadék az első esetben (homolog agglutinatio) csak kevés, vagy semmi agglutinin (agglutininvegyületet) sem tartalmaz, az utóbbi esetekben azonban esetleg oly sokat, hogy homolog antigent téve hozzá, mely erősebb affinitásánál fogva a heterolog agglutinin-vegyületeket szétbontja, az agglutinációs titer a homolog antigennel szemben majdnem ugyanakkora, mint a heterolog antigennel való kezelés előtt.

Tehát a következő eseteket különböztethetjük meg:

1. Az immunsavónak heterolog bacteriummal való kezelése után a titer homolog bacteriumokkal szemben nem, vagy csak igen kevésbé változik. Ilyenkor az agglutinin és a heterolog bacteriumok alkotórészei által alkotott vegyület, mely vegyületet röviden *AH*-nak nevezzük, a folyadékban, melyben a reactio lejátszódik, oly tökéletesen oldódik, hogy az eredeti immunsavó és a lecentrifugált folyadék agglutinin-tartalma practikusan egyenlőnek mondható. (5. kísérlet.)

2. Ha a titer a homolog bacteriumokkal szemben lényegesen kisebb lett, akkor *AH* nehezebben oldható, úgy, hogy a lecentrifugált folyadék az eredeti agglutininmennyiségnek már csak egy részét tartalmazza. A heterolog bacteriumok és az immunsavók fajtája, illetve a különböző *AH*-vegyületek oldhatósága szerint különböző végtitereként észlelhetünk. (3. és 4. kísérlet.)

3. A titer a homolog bacteriumokkal szemben 0 lett. Ebben az esetben az *AH*-vegyület practikusan oldhatatlan. Hogy ilyen eset csakugyan előfordul-e, azt nem lehet előre megmondani. Tudomásunk szerint illet eddig csak a homolog bacteriummal kezelt immunsavókon észleltek.

Minthogy egy testnek az oldhatósága, tehát az *AH*-vegyületé is, a körülmények szerint változó, pl. úgy, hogy egy folyadék, a melyben már van belőle valami oldva, vagy esetleg már közel van a telítéshez, az időegységben sokkal kevesebbet tud oldani, mint az olyan folyadék, melyben még semmi sincs az illető testből: miután tehát az oldhatóság bizonyos egyensúlyi állapotoktól függ, kísérletet tettünk arra nézve, hogy az agglutinált és lecentrifugált heterolog bacteriumokból újabb phys. konyhasóoldattal való kezeléssel nem lehet-e az *AH*-vegyület további mennyiségeit extrahálni. Úgy jártunk el, hogy ezekben az újra lecentrifugált folyadékokban újra meghatároztuk az agglutinációs titer homolog bacteriumokkal szemben.

Csakugyan sikerül ily módon az *AH*-vegyület további mennyiségeit oldatba hozni, ha csak lassan is és nem olyan mértékben, a mi a homolog bacteriummal szemben való

titer egész csökkenésének megfelelően. Hogy ez milyen feltételektől függ, azt további kísérletek fogják kideríteni. Egyik kísérletünkben az agglutinált heterolog bacteriumokat phys. konyhasóoldattal kétszer extraháltuk és így a homolog bacteriumokra vonatkozó hiányzó agglutininegységnek $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ részét visszanyertük.

Azt hisszük, hogy itt valami hasonló történik, mint *Landsteiner* és *Reich*⁶ kísérleteiben, a kik azt a tényt találták, hogy a normalagglutininek aviditása lényegesen kisebb, mint az immunagglutinineké és ezért az agglutinált tömegekből (véresejtek) meleg konyhasó-oldattal való digérálás útján könnyebben is hasíthatók le.⁷ Ha a normalagglutininekkel való agglutinatio helyett „nem specifikus agglutinációt” mondunk és felvesszük azt, a mi mellett több dolog szól, hogy a nem spec. agglutinációt, akár normalagglutininek és mikrobák, illetve sejtek, akár immunagglutininek és heterolog antigenek közt jön létre, általában laza összeköttetés és könnyebb oldhatóság jellemzi, akkor *Landsteiner* és *Reich* kísérleteiben a mi fentebb vázolt magyarázatunknak megerősítését láthatjuk.

Közlemény a Szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. cz. rk. tanár.)

A flexura duodenojejunalis subcutan leszakadása.

Irta: Kerekes József dr., alorvos.

A flexura duodenojejunalist egyfelől mélyen fekvő helyzete védi a hasat érő tompa ütések következményeitől, másfelől azonban a gerincoszlophoz való közelsége és rögzítettsége bizonyos mértékben disponálja a szakadásra. Az mindenesetre bizonyos, hogy a flexura duodenojejunalis subcutan sérülése igen ritka és a *Schumacher*¹ (1910) által összeállított 91 subcutan duodenum-sérülés közül csak 3 volt olyan, mely a flexura duodenojejunalist érte (*Herczel*,² *Moynihan*³ és *Kranz*⁴ esetei), azóta pedig — legalább a nekem hozzáférhető irodalomban — ilyen sérülés nem közöltetett.

Már magának a sérülésnek ez a ritkasága is indokoltá teszi tehát, hogy a következő esetről, melyet Pólya tanár Szent István-kórházi osztályán volt alkalmam észlelni, beszámoljak, s még inkább indokoltá teszi a közzétételt az a mód, a hogyan a sérülést ellátni kénytelen voltam s azok a physiologiai viszonyok, melyek a sérülés esetén ellátása folytán előállottak: hogy nevezetesen az epe és a pankreas-váladék csak a gyomron át juthat be a bélbe, s hogy a szervezet ezt minden kimutatható kár nélkül viseli el.

Az eset a következő:

V. L., 24 éves Kovács hasához 1917 május 30.-án délután 3 óra tájban munkaközben nagy vasdarab ütdött. A sérülés után eszméletét elvesztette s csak fél óra múlva tért magához arra, hogy óriási fájdalmai vannak a hasában. Többször hányt, csuklott; hideg verejték lepte el. Felvételekor a mellkasi légzést mutató beteg pulsusa elég telt, rythmusos, perczenként 120 körüli. Mellkasi szervei a nagy fájdalom miatt nem vizsgálhatók. A has kissé behúzódt, deszkakemény, nyomásra mindenütt igen fájdalmas, rajta még horzsolás nyomai sem láthatók. Az érzékenység maximuma a köldök bal oldalán van, a hol tenyérrny területen tompult kopogtatási hang nyerhető. A májtompulat megtartott. A katheren át vett vizelet tiszta, kóros alkatrészeket nem mutatott.

⁶ Centralbl. f. Bact. I. Abt. Orig. 39. köt. 120. I. Lásd még *Paul Th. Müller*: Kraus-Levaditi Handbuch. 1. Ergänzungsband. Über Avidität u. Aviditätsbestimmung bei Antigenen und Antikörpern.

⁷ Hogy az, ami oldatba kerül, már most agglutinin-e, vagy annak egy vegyülete, azt eldönteni nem tudjuk, mert mi is csak azt tudjuk megállapítani, amit *Landsteiner* és *Reich*, hogy a lecentrifugált folyadék agglutinál s hogy ez a tulajdonsága milyen erős.

¹ *Schumacher*: Beitr. zur klin. Chirurgie, 1911.

² *Herczel*: Orvosi Hetilap, 1896, 46 szám.

³ *Moynihan*: Brit. med. Journal, 1901. 1136.

⁴ *Kranz*: Beitr. zu den subcut. duod.-jejun. Ruptur., 1904.

Bélruptura-diagnosissal fogtam Pólya tanár szíves megbízásából a műtéthez 4 órával a sérülés után.

Narcosis Billroth-keverékkel. Median bemetszés a köldök felett, majd a köldök kimetszésével kb. 15 cm. hosszban. A peritoneum megnyitása után a hasüregből kevés véres zavaros folyadék ürült. A gyomor, a colon transversum ép, belővelt. A vékonybelek is belőveltek és helyenként friss fibrinosus lepedékkel fedettek. A colon és a mesocolon transversum felcsapása után egy kifelé fordult nyálkahártyájú, egyenetlenül leszakított béllumen ötlük szemünkbe, melyről kiderült, hogy az a jejunum kezdeti része, mely egy haránt-ujjnyira attól a helytől, a hol a vékonybél a mesenterium likán kibúvik, teljesen le van szakítva. A szakadás a mesenteriumra is ráterjed. A vékonybél két vége az orális csonk igen rövid volta miatt egymással end-to-end nem egyesíthető, ezért mind a két csonkot vakon elzárva, Murphy-gombos gastroenteroanastomosis retrocolica posticát végzek.

Tekintettel a sérülés friss voltára a hasat tova futó peritonealis catgut- és áthő silikvarratokkal teljesen zárom. Sima reactionmentes gyógyulás után a 10. napon távolítottam el a silikvarratokat, a mikor is a hasseb primára egyesült. Június 12.-én két ízben kb. 200 cm³-nyi zöldes epés folyadékot hányt. A gyomor kiürítése és kimosása után ismét teljesen jól érezte magát.

Június 17.-én a Murphy-gomb távozott. A röviddel ezután végzett próbaregeli-vizsgálat egy óra mulva 260 cm³ epésen feszített, jól emésztett gyomortartalmat eredményez, mely egy nap előtt megevett sárgabarack-darabkákat és főzeléket tartalmaz s a vörös lakmuszt erősen kékíti; mikroszkop alatt sok erjesztőgombát mutat. Az augusztus 13.-án végzett Röntgen-vizsgálat szerint (II. sz. belklinika, Weisz dr.) a bismut-péppel kitöltött gyomor alsó határa a köldöknél van. Tonusa jó, contourja éles. Peristaltica végig követhető; a pép egyrészt a gastroenterostomiás nyíláson át ürült, másrészt a pyloruson át a duodenum felső részébe; a gyomormozgás szabad. Nyomási érzékenység a gyomor területén nincs. 2 1/2 óra alatt a gyomor teljesen kiürül, csak a vakon végződő duodenum-kacsban van kevés pép. A pép legnagyobb része a vékonybelekben és a coecumban van.

Újra jelentkezett 1918 február 10.-én, a mikor is teljesen jól érzi magát,⁵ semminemű gyomorpanasza nincs, 8 kg.-ot hízott. Próbaregeli-vizsgálatot nem enged, mert a szonda bevezetése ellen tiltakozik. A Röntgen-vizsgálat az augusztus 13.-i viszonyokat mutatja.

Ebben az esetben tehát, úgy mint az eddig közöltek közül Kranz és Moynihan esetében, a flexura duodenojejunalis teljes leszakadásáról van szó, míg Herczel esetében csak résleges repedés volt jelen, melyet könnyen lehetett bevarrni. Az én esetemben, úgy mint Kranz és Moynihan esetében is, a csonkok direct egyesítése lehetetlen volt. Mindhárom esetben a duodenalis csonknak elzárása s a jejunumnak a gyomorba való implantációja történt. Kranz úgy járt el, mint én, vagyis a jejunum-csonkot is vakon bevarrta és oldalanastomosiszt készített a jejunum és a gyomor között, míg Moynihan a jejunum csonkját Murphy-gomb segítségével end-to-side implantálta a gyomorba. Kranz betege 20 órával a műtét után meghalt. Moynihan betege, 6 éves gyermek, 104 napig teljesen jól érezte magát, ezalatt semminemű táplálkozási zavara, sem gyomorpanasza nem volt; ekkor azonban hirtelen fejlődött perforatiós peritonitis folytán meghalt. Ugyanis a gastroenteroanastomosis alkalmával használt Murphy-gomb visszaesett a gyomorba, innen a vakon elvárt duodenum-csonkba került és annak legmélyebb pontján átfúródott.

Ha ezen esetről és különösen Steudel azon állatkísérleteiről, melyeket Moynihan éppen ezen esete kapcsán idéz, előzőleg tudomásom lett volna, magam sem végeztem volna az anastomosiszt Murphy-gommbal. Steudel kutyái ugyanis, a melyeken a duodenumot vakon elzárva, a jejunum kezdetét a gyomorba implantálta, mind azért pusztultak el, mert

a lenyelt csontok a nyitott pyloruson keresztül a vakon elzárt duodenum-csonkba jutottak, s onnan nem bírván eltávozni, azt előbb-utóbb átfúrták. És úgy látszik, abban a körülményben, hogy a duodenumból a bélsatornának egy vakon végződő kitüremkedése válik, rejlik az általunk ebben az esetben kényszerűségből követett eljárásnak legnagyobb veszedelme. A gyomortartalom ugyanis nyitott pylorus mellett mindig a duodenum felé törekszik, bármi bőséges út áll rendelkezésére a gastroenterostomiás nyíláson át. Így az idegen testek is természetesen a duodenum felé haladnak, azonban úgy látszik, sokkal nehezebben kerülnek vissza a gyomorba, mint a folyékony vagy pépszerű táplálék; azért ott megrekednek, decubitust okoznak és átfúródásra vezetnek. Mivel pedig a Murphy-gomb mindig visszaeshet a gyomorba, bar éppen a Pólya tanár osztályán ez irányban tett nagyszámú tapasztalásaim alapján az a meggyőződésem, hogy ez csak igen kivételes esetben történhetik meg, mégis a jejunum kezdetének a gyomorba való implantációja és a duodenum vak elzárása alkalmával minden esetben számba veendő veszedelem, s ha azért ilyen megoldásra kényszerülünk, jobb a gomb helyett varratot alkalmazni.

Esetünkben a bélbe esett Murphy-gomb per anum szerencsésen eltávozott s betegünk most, 9 hónappal a műtét után gyógyultnak tekinthető. Mindenesetre figyelmeztettük, hogy csontnak, szálkának a lenyelése reá nézve különösen veszedelmes. Hogy azonban ezen veszedelem elkerülése céljából műtétnek vesse magát alá, azt — tekintettel a beteg kitűnő közérzetére, valamint arra, hogy az egyedüli műtét, mely itt szóba jöhet, nevezetesen anastomosis a jejunum kezdeté és duodenum retroperitonealisan futó alsó haránt szára között, nem tekinthető sem veszélytelennek, sem közömbösnek és a most kitűnően működő gyomorpassage szempontjából is aggályos lehetne —, a betegnek ez időszert nem mernők ajánlani.

Különben még egy eset van az irodalomban, a melyben a duodenum vak elzárása és a jejunum kezdetének a gyomorba való implantációja után tartós gyógyulás állott be. Ez Lindner esete, melyet Kölbing⁶ közöl s melyben a mesenterialis erek thrombosisa tette szükségessé azt, hogy a jejunum kezdetének 50 cm. hosszú részét reszekálják. A duodenum csonkját a plica duodenojejunalis alatt befelé fordítva vakon elzárták, ugyanúgy a jejunumét is. A gyomor és a vékonybél közötti összeköttetést gastroenteroanastomosis antecolica antecaval létesítették.

A beteg meggyógyult és a közlés idejéig — 5 hónapig — teljesen jól érezte magát.

Az a körülmény, a mitől a priori a jejunum-szakadás jelzett ellátása után a leginkább kellett tartanunk, hogy nevezetesen az epe és a pankreas-nedv az adott viszonyok között csak a gyomron át kerülhet a bélbe, az, mint saját esetemből, valamint Moynihan és Kölbing eseteiből egybehangzóan kiderül, egyáltalán nem okozott semmi zavart. Tudjuk különben, hogy az epe és a pankreas-nedv regurgitációja a gyomorba normalis viszonyok között is előfordul és állatkísérletek bőségesen bizonyítják azt, hogy az egész epemennyiségnek (Chlumsky, Oddi stb.), illetve az egész epének és pankreas-nedvnek (Steudel) a gyomorba való ömlése sem zavarja az emésztést. Hogy az egész epének a gyomorba való levezetése nem csinál kárt, arra különben teljesen megnyugtató bizonyítékot szolgáltatott a cholecystogastrostomiával szerzett bőséges klinikai tapasztalatok is.

Szükség esetén tehát, ha másképp nem birunk magunkon segíteni, jó eredményt érhetünk el az esetemben követett eljárással: a duodenum vak elzárásával és a jejunum-csonknak a gyomorba való implantációjával is. Az eljárás azonban nem versenyezhet sem a physiologiás status quo ante helyreállítása, sem a későbbi veszedelmek teljes elkerülése szempontjából a bélcsonkok direct end-to-end való egyesítésével.

⁵ Bemutatva a Közkórházi Orvostársulat febr. 27.-én tartott bemutató ülésén.

⁶ Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. kötet.

Közlemény a 609. sz. tábori kórházból.

Tapasztalatok a szívbajos katonák harcztéri szolgálatképességéről.

Írta: Neumann S. dr., klinikai gyakornok, cs. és k. főorvos.

A szívbajos katonák harcztéri szolgálatképességére vonatkozó nézetek a háború folyamán nagy átalakuláson mentek keresztül. Oly szabatos vizsgálati módszernek a hiánya, amellyel a szív munkabírását pontosan megmérhetnők, annak a lehetetlensége, hogy sok esetben akár csak megközelítő pontossággal is megállapíthassuk azt, hogy a megvizsgált szív a közel jövőben a megterhelés mily nagy fokát bírja majd el megkárosodása nélkül, arra vezetett, hogy e kérdésben a felülvizsgáló orvosok között nem uralkodik egységes felfogás, többé-kevésbé az egyes orvosok optimismusától vagy pesszimizmusától, az e téren szerzett jó vagy rossz tapasztalatától függ, mily irányban hozzák meg ítéletüket.

Az e kérdésben fennálló nagy ellentétekről tanuskodik a szív háborús irodalmának óriási megnövekedése, az abban megnyilvánuló felfogásoknak a szélsőségig vitt kiélezése, de legjobban bizonyítja az az emberanyag, a mely a harcztéri orvos elé kerül.

A szív functionalis vizsgálatának minduntalan újabb és újabb módszereit írják le, de a kitűzött feladatot: az ép, munkaképes és a kóros, munkaképességében csökkent szív közötti éles határnak a megállapítását még egy sem oldotta meg kielégítő módon. Kétes esetekben a felülvizsgáló orvos továbbra is bizonytalanságban marad és a szolgálatképességről igazságos ítéletet tulajdonképpen csak a posteriori, a felülvizsgált katona további sorsának megfigyelése alapján hozhatna.

A háború előtt és a háború kezdetén sokan a szív egyes physicalis tüneteinek jelentőségét kétségtelenül túlbecsülték. Így pl. egy systolés zörejt vagy nagyobbfokú tachycardiát elégséges oknak tartottak arra, hogy valakit a hadsereg kötelékéből kizárjanak. Csakhamar azonban belátták, hogy ily egyes tünetek túlbecsülése indokolatlan és a legelőkelőbb klinikusok tiltakoztak az ellen, hogy a szív kisfokú működési zavaraiiban szenvedőket, továbbá a kétes eseteket, a kiknek kisfokú vagy hiányzó objectív lelet mellett főképpen subjectív panaszai vannak, „szívbajosnak” minősítsék és ennek megfelelően bánjanak el velük. Hangsúlyozták, hogy túlságosan gyakran diagnoskálnak minden kényszerítő ok nélkül organikus szívbajt egyes alkalmilag jelentkező szívtüneteknél és rámutattak azokra a súlyos károokra, a melyek államra és hadseregére áramlanak abból, ha oly sok katonát vonnak el a harcztéri szolgálatról állítólagos szívbaja miatt. A csapat-orvosokat azzal a szemrehányással illették, hogy a szívbaj diagnoszával hátraküldött katonák legnagyobb részének nincsen szívbaja.

Ezeket a nézeteket a varsói congressuson elsősorban Wenckebach¹ vallotta. Azt a kérdést is felvetette, hogy tulajdonképpen miért szenvedjenek ebben a háborúban leginkább az egészségesek, miért menjenek csak ők a harcztérre, miért ne a kisebbfokú szívbántalmakban szenvedők is, ha előreláthatólag a háborús fáradalmak elviselésére képesnek tartjuk őket. Fejtegetéseit, a melyhez Mayer és Romberg is csatlakozott, látszólag egyhangulag fogadták el.

Mások még tovább mentek és kijelentették, hogy nemcsak katonai szempontból, hanem a beteg hypochondriás képzelgésének elkerülése érdekében is célszerűbb a „neurosis” megállapítása és e megállapításból a betegre kiható minden következmény még akkor is, ha a megbetegedés tüneteinek előterében a szív objectív elváltozásait találjuk. Néhányan arra a tapasztalatra hivatkozva, hogy egyes szívbíllentyűbántalmakban szenvedő katonák minden káros következmény nélkül hosszabb időn keresztül elviselték a harcztéri szolgálat fáradalmait, azt követelték, hogy a jól kompenzált bíllentyű-

hibában szenvedőket is harcztéri szolgálatra alkalmasnak nyilvánítsák és szabályokat állítottak fel arra, hogy mely vitiumosok küldessenek a frontra, melyek nem.

E nézetekkel szembehelyezkedett Kaufmann² a bécsi orvosegyletben tartott előadásában, a melyben egy bécsi tartalékkórház szívbetegosztályán szerzett tapasztalatai alapján rámutatott arra, hogy ha bíllentyűhibás katonát a frontra küldünk, akkor ettől úgyszólván mindig a beteg állapotának súlyos rosszabbodását várhatjuk. Fejtegetéseit úgylátszik kevesen fogadták el, mert azóta is sok katonát küldenek ki bíllentyűbántalommal a lövészárkokba és a legutóbbi időben is oly nézeteket nyilvánítottak, a melyek a fenti tapasztalatok ellenkezőjét állítják. Így pl. azt mondja Geigel³, hogy „az aorta- és bicuspidalis insuff.-ban szenvedő betegek egész sorát teljesen szolgálatképesnek nyilváníthatjuk akkor, ha szívizomzatuk ép. Ezek a harcztéren éppúgy elbirnak mindent, mint akárki más.”

Több mint három esztendei csapatnál és tábori kórházban végzett szolgálat bőséges alkalmat nyújtott annak megfigyelésére, miképpen bírák el kétes vagy valószínű, kisebb vagy komolyabb szívbántalmakban szenvedő katonák a lövészárkok fáradalmait. Ezen idő alatt előbb vagy utóbb orvos vizsgálatra került az előttünk levő frontszakasz minden embere, folytatólagosan figyelhattunk meg sok szívbajost szolgálatának teljesítése közben, a katonákat megvizsgálhattuk rögtön, a mint beteget jelentettek, vagy legrosszabb esetben 1—2 nappal azután, elteltében a fronttól távol működő orvosokkal, a kik a beteget a frontról való elmenetele után csak hosszabb idő múlva látják — e körülmény fontosságára a szív munkabírásának megítélése szempontjából később visszatérek — és nagyon sok ezerre rúgó vizsgálat és megfigyelés alapján ítéletet alkothattam magamnak arról, hogy szívbántalmakban szenvedő katonák szolgálatképességének szigorúbb megbirálása jogosult-e vagy nem.

Igen nagy azoknak a katonáknak a száma, a kik szívpanaszokkal beteget jelentenek anélkül, hogy a legszorgosabb vizsgálat mellett a szív legcsekélyebb kóros elváltozása, a szív működés, a vérkeringés zavara vagy valamilyen más megbetegedés megállapítható volna. Többnyire túlzott e panaszok legnagyobb része (szívtáji szűrőfájdalmak, görcsök, időnként az angina pectoris rohamának intenzitásáig fokozódva, szívdobogás, légzés-nehezesség, oppressio, báyadtság, szédülés stb.), de kétségtelen, hogy az esetek egy részében, különösen azokban, a melyekben eddig nehezebb testi munka nem végeztetett, ezen zavarok objective kimutatható elváltozások nélkül is valóban fennállanak. Másfelől igen sokszor találunk izgatott, labilis szív működést, a bal szív kisfokú hypertrophiáját, a csúcs felett a systolés hang gyakran ékelt vagy nem tiszta: szóval oly elváltozásokat, a melyek a hosszabb ideig tartó harcztéri szolgálatnak úgyszólván természetes következményei. Az ilyen szív teljesítőképessége — egvébként egészen constitutio mellett — lefokozva egyáltalában nincsen és a további észlelés megmutatta, hogy a frontszolgálat követelményeinek továbbra is tökéletesen meg tudott felelni.

Az utóbbi időben mindinkább fokozódó szigorúságnak a szívbajosok szolgálatképességének megítélésében tulajdonítható, hogy míg a háború első felében ritkaságszámba ment a bíllentyűhibában szenvedő sorkatona, addig most ezeknek száma tekintélyes és folytonos emelkedésben van. A betegek anamnesiséből megállapítható, hogy e jelenség az esetek csak kis töredékében vezetendő vissza arra, hogy a katonákat szívbajukra vonatkozólag egyáltalán nem vizsgálták meg, mert betegségükről tudomással nem bírtak, vagy hogy a vitium a vizsgálatkor elkerülte az orvos figyelmét. Legtöbbször az előző felülvizsgálatokkor arczelszoigálatra alkalmatlannak minősítették, némelyiküket 4—5 ízben, míg végül az utolsó felülvizsgálatkor teljesen szolgálatképesnek nyilvánították.

¹ Med. klin. 1916, 18. sz. és Vh. d. Kongr. f. inn. Med. Warschau, 1916.

² W. kl. W. 1916, 33. és 34. sz.

³ M. m. W. 1917, 3. sz.

Valójában milyen ez a szolgálatképesség?

Bőven szerzett tapasztalat alapján mondhatom, hogy az ilyen szív úgyszólván kivétel nélkül előbb vagy utóbb felmondta a szolgálatot, valamennyinek az állapota jelentősen rosszabbodott és bármily tökéletesen volt is kompenzálva a hiba, a legtöbb esetben aránylag rövid idő alatt decompensatio következett be.

A létrejött decompensatio súlyossága különböző volt: kevés betegen — azokon, kiket orvosuk hamarosan visszaküldött — a vérkeringési zavarnak csupán kisebb fokát lehetett kimutatni (nycturia, kistokú pangásos máj, fehérjenyomok a vizeletben), legtöbbjük a súlyos decompensatio képét mutatta: általános oedemákat, cyanosist, dyspnoét, vagyis súlyos szívgyengeséget, a mely némely esetben oly nagyfokú volt, hogy a szívet a decompensatio lejtőjén többé megállítani nem lehetett és exitusra vezetett.

Ezen nem fog csodálkozni az az orvos, a ki saját tapasztalatából ismeri azokat a követelményeket, a melyeket a frontszolgálat a katonai szervezettel szemben támaszt: fárasztó menetelések, álló harcok idején is folytonosan végzendő nehéz testi munka, sokszor hideg és eső ellen teljesen védtelenül a szabad ég alatt eltöltött napok és hetek, külső körülmények okozta gyakori elégtelen táplálkozás, kevés alvás, minduntalan megismétlődő lelki megrázkódtatások stb. oly igényekkel lépnek fel a szív teherbírással szemben, a melyeknek csak ép, izomerős szív tud megfelelni.

Azok, a kik egyes billentyűhibás katonákat teljesen szolgálatképesnek nyilvánítanak, álláspontjuk igazolására arra hivatkoznak, hogy sokan közülük állapotuk rosszabbodása nélkül sok hónapon át végeztek harctéri szolgálatot. Én az összes billentyűbántalmakban szenvedőkön, a kik hosszabb időn keresztül a lövészárokból voltak, ennek ellenkezőjét láttam. A látszólagos kedvező tapasztalatok többnyire azon alapulnak, hogy a beteg a fronttól távol működő orvos elé csak akkor kerül, amikor decompensatióját a hadtáp kórházaiban már leküzdötték.

Szolgálatképességük időtartamára vonatkozó tapasztalataim sem oly kedvezők. Legtöbbjük hamarosan, néhány hét vagy 2—3 hónap múlva már kidőlt, egyesek pedig néhány nap múlva. Ezen nem lehet csodálkozni, ha példaképpen röviden felhozom a következő kórtörténetet, mint sok hasonlóknak típusát:

J. M. gyalogosnak 6 évvel ezelőtt izületi csúza volt, amelynek folyamán orvosa szívbaíj keletkezését állapította meg. A sorozásokkor e miatt visszautasították. Egy év óta „fegyver nélküli segédszolgálatra alkalmasnak” minősítve irodai szolgálatot végez. Nehezebb munkánál szívdobogás, légzési nehézség. Két hónap előtti felülvizsgáltnál szolgálatképesnek nyilvánították és menetszázadba osztották be. 10 nappal ezelőtt jött a harctérre. Az első négy napon folytonos menetelés, utána azonnal tütközetbe küldve több támadásban és ellenséges ellentámadásban vett részt. Állandó esőben, fedezék nélkül, úgyszólván semmi alvás. Táplálkozás csak egyszer 24 óránként. Két nap előtt összeesett.

St. pr. Typusos sten. ost. ven. sin. et insuff. bicusp. A szívtompulat minden irányban megnagyobbodott. Nagyfokú dyspnoé, a bokák körül oedema, izgatott, arhythmias szívműködés.

Igaz, néha mi is láttunk oly billentyűhibában szenvedőket, akik 6—9 hónapot töltöttek a fronton, de ezek kivételek és kivételesen kedvező külső körülményekkel magyarázhatók (könnyebb szolgálati beosztás, jó fedezék, gyakori felváltás stb.). Ily egyes kivételek azonban általános következtetésekre nem jogosíthatnak fel.

Nem felel meg a tényeknek az az állítás sem, hogy ezek a betegek a harctéren csakúgy tudnak teljesíteni mindent, mint akárki más. Az a mindennapi tapasztalat, hogy a szívbajos rossz munkás, itt is beigazolódik: nehezebb munkánál, fárasztóbb meneteléseknél csakhamar kidől és ezzel csökkent a csapat harcképességét.

Ugyanezt mondhatjuk a chronikus myodegenerációkról és az arteriosclerosisról. A durvább anatómiai elváltozásokkal járó myodegenerációk és az előrehaladottabb arteriosclerosisok megítélésében nagyobb óvatosság uralkodik, ilyenben szenvedő beteg nem kerül gyakran elének. Annak illusztrálására azonban, hogy néha mily súlyosan vétenek e tekintetben is, szolgáljon az alábbi két kórtörténet.

1. R. K. 48 éves gyalogos 1916 január hó 8-ikán szállított be tábori kórházunkba. Anamnesiséből kiemelendő, hogy 14 év előtt has-typuson ment keresztül. Az utóbbi években nehezebb munkánál szívdobogás és légzési nehézség. Nehezebb munka végzése után néha azt is észrevette, hogy lába megdagad. E miatt orvosi kezelés alatt is állott. 8 hónap óta fogolytáborban végzett őrszolgálatot, 4 hó előtt felülvizsgálaton arcvonalszolgálatra alkalmasnak minősítették, 6 hét óta van a harctéren. Bár kezdetől fogva csak nehezen tudta szolgálatát teljesíteni, csak akkor jelentett beteget, mikor észrevette, hogy nemcsak lába, de egész teste is megdagad.

St. pr. Súlyos dyspnoé, orthopnoé, cyanosis, nagyfokú általános oedemák. Tüdők felett normalis kopogtatási hang mellett bűgások, fűtyhangok, számos kis és középhályagú szörtyözörej. Szívcsücslökés az V. bordaközben a bimbóvonalon kívül alig tapintható. Az abs szívtompulat a III. bordán kezdődik, kifelé egy harántujjal haladja meg a bimbóvonalat, befelé a sternum jobb széléig ér. A rel. tompulat határai: a II. borda felső szélé, két harántujjal a bimbóvonalon kívül, három harántujjal a sternum jobb szélén túl. Szívhangok tompák, alig hallhatók. A pulsus szapora, kicsiny, kihagyó, egyenlőtlen. Időnként egyáltalán nem tapintható. A máj alsó szélé három harántujjal haladja meg a jobb bordaívét. Vizeletben 4% albumen. Mikroszkop alatt epithelsejtek, fehér veresejtek és hyalin cylinderek.

Ther.: Digalen intravenásan, coffein, adrenalin subcutan.

Január 10.-én: A szívműködés folytonos hanyatlása mellett exitus.

2. D. A. 43 éves munkásosztagbeli közkatona katonai kötelezettségének 21 évvel ezelőtt tett eleget. Mozgósításkor szívbaja miatt felülvizsgálat után hazabocsátották. A háború második évében helyőrségi szolgálatra alkalmazták, majd négy hónappal ezelőtt jelenlegi munkáscsapatához osztották be, a hol nehéz sánczmunkát kell végeznie. Társainak gyakran panaszkodott állandó, munkánál fokozódó szívdobogásról. Ma reggel nehéz teher emelése közben összeesett. Állapotát oly aggasztónak találták, hogy rögtön elhívták hozzá.

A collapsusban levő beteg kínzó szívűti fájdalmakról panaszkodik. Arcza anaemiás, ajkai cyanosisosak, végtagjai hidegek. Szívcsücslökés a VI. bordaközben két harántujjal a bimbóvonalon kívül, széles alapon emelő. Aorta felett systolés és hosszú fúvó diastolés zöreje hallható. Pulsus celer et altus. A sternum felett tompulat. — Luest tagad.

A beteget csak estére lehet a kórházba átszállítani, ahová már eszméletlen állapotban hozzák. Arcza még sápadtabb, a cyanosis fokozódott, a délelőtti folyamán még peczelő pulsus kicsiny és üres. Állandó légszomj.

Nyugtalanul eltöltött éjszaka után reggelre visszatér a beteg eszmélete. Végtagjai hidegek, anaemiás, szédül, szívűti heves fájdalmakról panaszkodik, amelyek az epigastriumba sugároznak ki. A szívtompulat valamivel nagyobb, a szívcsücslökés többé nem tapintható. A szív felett csak gyenge syst. hang hallható, a diast. hang és zöreje eltűnt. A pulsus szapora és üres.

A délelőtti folyamán fokozódó anaemia mellett többször hányás és ájulási roham. Délután tiszta sensorium mellett exitus.

Bonczlelet: A pericardiumban kb. egy liternyi alvadt vér. Az aorta ascendens aneurysmája, rajta közvetlenül a semilunaris billentyűk felett néhány mm. átmérőjű ruptura. Insuff. aortae.

E helyen rá kell mutatni a minősítési séma egy hiányosságára. A véderőtvény rendelkezése értelmében a szívbajos „segédszolgálatra alkalmasnak” minősítendő. Ez nagyon tág, sokféleképpen magyarázható meghatározás, a melynek számos esetben az a következménye, hogy az ily módon minősítetteket munkásosztagokhoz osztják be, hol a legnehezebb testi munkát kell végezniük. A felülvizsgáló orvos azzal, hogy nem határozta meg pontosan, mily szolgálatra alkalmaztassék a szívbeteg, szándékának, a beteg megkímélésének az ellenkezőjét érte el. A legsúlyosabb decompensatiók ezekből a munkásokból kerülnek ki. Gyakran megesis az a furcsaság, hogy sok ilyen munkás önként azért kéri a harcvonalba való beosztását, mert ott ideig-óráig mégsem kell annyit dolgoznia. Ennélfogva fontos, hogy a felülvizsgáló orvos pontosan írja körül azt a munkakört, a melyen belül a szívbajos foglalkoztassék.

Ha már ennyire eltérők a vélemények a billentyűhibás és chron. myodegenerációban szenvedő katonák szolgálatképességére vonatkozólag, még nagyobb az ellentét az ideges és egyéb szívbántalmak megítélésében. Oly katonák kerülnek elének, a kik igen kistokú ideges szívbántalommal sokáig helyi szolgálatot végeztek és a kiket felülvizsgálatkor többször harctéri szolgálatra alkalmatlannak ítélték, másfelől látunk súlyos működési zavarral járó szívneurosisban szenvedőket, a kiket mindjárt az első vizsgálatkor teljesen szolgálatképesnek találtak. Ugyanezt mondhatjuk a többi legkülönbözőbb eredetű szívbajról is.

Milyen ezeknek a további sorsa a harctéren?

Könnyen érthető, hogy a szívneurosisosak nagyrésze röviddel a harcztérre való érkezése után subjectív panaszai miatt beteget jelent. Ezeket még akkor is teljesen szolgálatképesnek minősítettük, ha nagyobb fokú tachycardia, a szív működés nagy labilitása, ideges eredetű arhythmiai állottak fenn. További sorsuk, a melyet számos esetben figyelemmel kísérhettem, főképpen általános constitútiójuktól vált függővé: jól fejlett, izomerős neurosisosak igen jól bírták el a harcztéri szolgálat fáradalmait, a gyengék, a rosszul fejlettek hamarosan kidőltek. Általában azonban mondható, hogy csak kevés szívneurosisban szenvedőt kellett szíve teljesítő-képességének elégtelensége miatt a harcztérrel elküldeni.

Másképpen alakultak a viszonyok oly katonákon, a kiknek a szív munkabírása constitutionalis anomalia, mint habitus asthenicus, thyreotoxicosis, status thymico-lymphaticus, juvenilis constitutio, általában a szervezet fejletlensége, nagyobb fokú anaemia stb. folytán le volt fokozva, vagyis, a kiknek szolgálatképessége a szív constitutionalis gyengesége miatt kétesnek volt mondható. Ezek azok, a kik legkevesbé váltak be a fronton. Sorsuk majdnem minden esetben azonos volt: ama követelmények, a melyeket a lövészárkoszolgálat velük szemben támaszt, messze felülmúlják szívük teljesítő-képességét, a mely így mindjárt kezdettől fogva a reáért munkát elvégezni nem tudja. A túlterhelés következménye a szív gyorsan kifejlődő passzív dilatatioja és ezzel létrejövő momentan insufficientiája. A katona vagy már ilyenkor jelent beteget, vagy pedig szíve ismét rendbejön, hogy a következő túlterhelések folyamán fokozottabb mértékben mondja fel a szolgálatot. A megejtett vizsgálat ilyenkor a szívtompulatnak különösen jobbfelé való megnövekedését mutatja, a szívhangok tompák, valamennyi ostium felett syst. zörej hallható, mely rendszerint a negyedik bordaközben a bal szegyszél mellett a legerősebb és legállandóbb, ritkán az aorta felett is gyenge diast. zörej jön létre, e mellett a pulsus szapora, egyenlőtlen, puha, könnyen elnyomható, gyakran számos extrasystolával. Legtöbb esetben cyanosis, boka körül kistökű oedema, hideg végtagok, fehérjenyomok a vizeletben.

Ezek a „gyenge szívek“ általában a legrövidebb idő alatt elégtelenné váltak, sokkal gyorsabban, mint a jól kompenzált billentyűbajok. Harcztéri szolgálatuk időtartama alig haladta túl a 6 hetet.

A frontra kerülő emberanyag minősége érthető okokból mindinkább rosszabbodik, aminek az a következménye, hogy szívbajosaink legnagyobb része a constitutionalis szívgyengeségben szenvedőkből kerül ki. 1917 január és február havában tábori kórházunk belbetegforgalma meghaladta a 3000-et, ezek között szívbajos volt 123, még pedig

32 billentyűhiba,

9 myodeg. cordis chron.,

7 myodeg. cordis és arteriosclerosis,

4 szívneurosis,

71 insufficientia cordis.

Az insufficientia cordis keretébe csak azokat az eseteket soroltam, a melyekben a szív megfogyatkozott munkabírása még a harcztérre való kimenetel előtt constitutionalis szívgyengeség miatt fennállott. A „fáradásos vagy háborús szívű“ betegek (Ermüdungs-Kriegsherz) nem tartoznak ide; ezek oly katonák, a kik ép, izomerős szívvel jöttek a frontra és a kiken a hosszas harcztéri szolgálat után a folytonos túlterhelés következtében a szív működés zavara fejlődik ki: a szívtompulat kistökű megnagyobbodása, a mely valószínűleg főképpen az izomzat hypertrophiáján alapul és csak kisebb mértékben annak dilatatioján, izgatott, egyeseken arhythmias szív működés, néha cyanosis, a végtagok hűvössége és legkülönfélébb subjectiv zavarok. Itt is kimerül a szív, de a kimerülés lassan jön létre, nem nagyfokú és nem vezet a vérkeringés állandó, súlyosabb megzavarására.

Még eldöntetlen kérdés, hogy a túlterhelés következtében létrejöhet-e nagyobb fokú dilatatio oly szíven, a melynek izomzata teljesen ép. Általában tagadják ennek lehetőségét. Az említett insufficientis szíveken szerzett tapasztalat azonban azt mutatja, hogy ez igenis lehetséges: legtöbb eset-

ben a szív laesiójának valamennyi tünete néhány napi ágynyugalom után visszafejlődött, némely esetben — minden egyéb kezelés nélkül — már 1—2 nap múlva olyannyira, hogy a szíven semmiféle kóros elváltozás kimutatható nem volt. Számos esetben még akkor is bekövetkezett a restitutio ad integrum, ha a dilatált szív két harántujjal haladta meg a jobb szegyszélt. Egyesekben még egy ideig testi munka után halk syst. zörej volt hallható, de ez később teljesen eltűnt; végül voltak olyanok is, a melyekben a szívbaj tüneteinek hetekig tartó ágynyugalom és digitalis adagolása ellenére állandósultak.

Valószínű, hogy oly szívizomzat, a mely ennyire rövid idő alatt képes a dilatatio tökéletes visszafejlesztésére és zavartalan működésre, anatomiailag is teljesen ép.

Az, hogy a laesiónak és az ezáltal okozott vérkeringési zavarnak a visszafejlődése a constitutionalisan gyenge szív insufficientiájánál oly tökéletes lehet, hogy néhány nap múlva a szíven semmiféle objectiv elváltozás nem található, magyarázza meg a harcztéren működő orvosoknak tett szemrehányást, hogy sok egészséges embert küldenek hátra szívbaj diagnózisával. Többnyire hetekig húzódik, míg a beteg a hadtáp kórházaiból további kezelésre vagy felülvizsgálatra állandó jellegű kórházba jut, addigra pedig eltűnt a szívelégtelenség minden tünete. Minthogy a szíven semmit sem találtak — a beteggel adott kórlap adatait, úgy látszik, nem veszik tekintetbe —, az egyént újból a harcztérre küldik és ezzel ismét kiteszik mindazon ártalmaknak, a melyek előzőleg a szívelégtelenség kifejlődését okozták. Ezzel kezdetét veszi az a circulus vitiosus, a mely végeredményben a szív maradandó megkárosítására vezet. Betegeink közül azok, a kiken a szívinsufficiencia tüneteinek többé nem fejlődtek vissza, harmad- és negyedízben voltak a harcztéren.

Három évi, a harcztéren szerzett tapasztalat után összefoglalólag azt mondhatom, hogy minden bizonynyal helytelen volt az a régi felfogás, a mely a legkisebb szív működési zavarban szenvedőt mindennemű katonai szolgálatra alkalmatlannak ítélte, de ennél még sokkal helytelenebb és károsabb ama, az újabb időben mind több követőre találó irányzat, a mely majdnem mindenkit, még a szív legdurvább anatomiai elváltozásaiban szenvedőket is — a katonai szabályzat ellenére — a lövészárkba küld. A harcztér óriási igényeket támaszt a szív teljesítő-képessége iránt és ennek csak ép, izomerős szív tud megfelelni. Ha a szív munkabírása akár constitutionalis gyengeség, akár a vérpálya rendellenessége vagy magában a szíven létrejött legkisebb anatomiai hiba folytán csökkent, nagy megterheléssel szemben rövid időn belül okvetlenül felmondja a szolgálatot. Így azzal, hogy egyesek a szívbajost, a ki a front mögött dolgozva hosszú időn át megkárosodása nélkül hasznos segítője volt a harcoló csapatnak, a frontra küldik, nemcsak súlyosan vétének az egyén ellen, hanem ártanak a köznek is, mert ezzel a hasznos munkás munkaképtelen rokkanttá válik.

A leukaemiák kórtanának egy új elmélete.

Előzetes közlés.

Irta: Totis Béla dr.

A belső secretiós mirigyek működésének élet- és kórtani fontossága az utolsó években történt vizsgálatok alapján kétségszövevénytelen. Sok eddig ismeretlen aetiologiájú megbetegedésben a kutatás az endokrin mirigyek felé fordul és valószínűnek látszik, hogy közülök több felderíthető ez úton. Célunk megmutatni, hogy a leukaemiák és a belső secretiós mirigyek kóros működése között található-e bizonyos összefüggés.

A leukaemiák aetiologiájára vonatkozó eddigi elméletek közül Benda, Babes, Banti, Ribbert, Schreier nézete volt nagy horderejű, a kik a leukaemiákat malignus tumoroknak tartották. Ennek az elméletnek legfőbb bizonyítékai voltak az abnormis lymphoid vagy myeloid szövetszaporulatok, a sejt-

termelés atypusos volta és az erekbe való betörése az így képződött szöveteknek.

A leukaemiás vérnek bakteriologiai vizsgálata ezideig semmi eredményre sem vezetett. Mindazonáltal e betegségek infectiosus voltára igen sokan gondolnak. Az acut esetek klinikai képe és lefolyása ez irányban valóban nagyon meggyőző; *Ellermann* és *Bang* kísérletei pedig bizonyítják, hogy a leukaemiás állatok vérében valamely noxa van, a melylyel a betegség; más állatra is átvihető.

A leukaemiás megbetegedéseknek a belső elválasztású mirigyek kóros működésével való összefüggésére ezideig még senki sem gondolt, pedig a vérképző szervek physiologiai működésének a vizsgálata már megmutatja azt az utat, a melyen ehhez az összefüggéshez eljuthatunk.

A myeloid és lymphoid rendszereknek szigorúan dualismusos felfogásából kiindulva, a normalis vérben e két rendszert képviselő elemek között bizonyos antagonisták működését látunk. A leukocyták és lymphocyták egymáshoz való arányának az életkorral járó physiologiás változása már feltűnően mutatja ezt az antagonizmust. De tudjuk, hogy ez az arány csak addig állandó, amíg valamely inger az egyik vagy másik rendszerre hatva, a megfelelő elemek számbeli eltolódását nem idézi elő; az ingerek, a melyek a vérképző szervekre hatva, a vérképet megváltoztatják, nagyon sokfélék, a lényeges az, hogy mindig csak az egyik rendszerre hatnak és a vérképet vagy a myeloid, vagy a lymphoid rendszer irányában tolják el.

A lymphaticus és myeloid rendszernek egymással szemben való antagonisták működését és egymástól függő egyensúlyi állapotát mutatják azok a kísérletek is, a melyekben az állatból az egyik rendszert mesterségesen kiirtva, erre a másik rendszer hatalmas túlbujánzásokkal és leukaemiaszerű elváltozásokkal felel.

A vérképző szerveknek bizonyos fokú állandó ingerlékenységét fel kell tételeznünk. A vérben állandóan mennek tönkre fehérvérsejtek, a melyeknek az utánpótlásáról a fehérvérsejtkészítő két rendszer úgy gondoskodik, hogy a számuk a normalis vérben mégis mindig állandó marad. Ha e normalis ingerek vezetését az idegrendszerben keressük és ha a kétféle fehérvérsejtnak két különböző helyen való keletkezésére gondolunk, már akkor is két, még pedig antagonisták működését kell feltételeznünk. Ilyen antagonisták működését kifejtő beidegzésre a szervezetben a vegetatív idegrendszer képes.

A vegetatív idegrendszernek a vérképzéssel való bizonyos összefüggése *Bertelli*, *Falta* és *Schweger* vizsgálatai óta ismeretes. Tudjuk, hogy a sympathicus tonusát fokozó adrenalin-befecskendezésekre a vérképben a nagyfokú leukocytosis jellegzetes, és óriási fontosságú az, hogy kutyák vérében hosszabb adrenalin-befecskendezések után myelocyták is megjelennek. Az adrenalin e hatását közvetlen csontvelőizgalommal magyarázzák. Az autonom idegrendszer tonusát fokozó szereknek, a pilocarpinnak, a physostigminnek viszont ellenkező irányú hatása van a vérképre, a mennyiben lymphocytosis okoznak. Vagyis a vegetatív idegrendszernek két része a vérképpel való összefüggésében az antagonisták működését éppúgy mutatja, mint az általa beidegzett szervekre való hatásában.

Ez az összefüggés a vegetatív idegrendszer két része és a fehérvérsejtek két félése között a kiinduló pontja annak az elméletnek, a melylyel a leukaemiák pathológiáját magyarázni óhajtom. *Pappenheim* is gondol arra, hogy belső elválasztású mirigyek szállítják az állandó ingert a fehérvérsejtképző szervekhez. Nézetem szerint a fenti kísérletek és a fehérvérsejtek két féléseinek antagonisták viselkedése közel-fekvévé teszik azt a gondolatot, hogy belső secretiós mirigyek a vegetatív idegrendszer útján hatnak a vérképző szervekre.

A belső secretiós mirigyeknek a vérképzésre való befolyását már mások is keresték. Így *Klose* „Chirurgie der Thymusdrüse“ cz. munkájában azt mondja, hogy a Basedow-tünetcsoportban a jellegzetes vérképet a thymus kóros működése hozza létre, még pedig úgy, hogy váladéka köz-

vetlen ingerként hat a lymphaticus rendszerre, vagy pedig úgy, hogy a vagus-tonust fokozva idézi elő a lymphocytosis. És ugyanezzel azt is hangsúlyozza, hogy a lymphaticus leukaemiák állandóan együtt járnak a thymus megnagyobbodásával.

A leukaemiáknak hasonló összefüggését a belső secretiós mirigyek működésével keressük a mi elméletünkben. Feltételezzük, hogy a vegetatív idegrendszerrel szoros kapcsolatban álló belső secretiós mirigyek, a melyeknek antagonisták működését ismerjük, kóros működése fokozott sympathicus-, illetőleg fokozott vagus-tonust okozva, hozza létre a myeloid, illetőleg lymphaticus túlbujánzásokat.

A leukaemiáknak rosszindulatú tumorokként felfogása a leukaemiás szövetek *autochton* keletkezésének a felismerése folytán nem állja meg a helyét. Specifikus infectio fennállásának a lehetősége alig érthető meg. Ha az eddig történt bakteriologiai kutatások csalódásait nem is tekintjük, a jövőre nézve sem tudjuk elképzelni azt, hogy kétféle mikroorganizmus lehessen, a melyek közül az egyik a myeloid, a másik a lymphaticus rendszert betegíti meg.

Hogy a sympathicus-idegrendszer kóros ingereknek a szervekhez való közvetítésére alkalmas, arra példa a *Claude*-féle piqûre, itt az ingert szintén a sympathicus közvetíti a májsejtekhez. A vérképző szerveknek a leukaemiában jelentkező daganatszerű túlbujánzásait szintén kóros ingerek által létrehozhatónak kell tartanunk.

Az anaemia pseudoleukaemica infantumnak nevezett tünetcsoport mellett néha kiterjedtebb metaplasziákkal találkozunk, mint a chronikus myeloid leukaemiában. És ebben a megbetegedésben a haematologia mai álláspontja az, hogy nem rendszer-megbetegedés, hanem a még túlérzékeny gyermeki vérképzőrendszer reakciója bizonyos chronikusan ható kóros ingerekre, mint a milyen a rachitis vagy enteritis. Tehát van arra példa a vérképző szervek pathológiájában, hogy ezek kóros ingerekre leukaemiaszerű elváltozásokkal reagálnak.

A gyermek vérkészítő rendszere igen érzékeny, és nagyfontosságú a pathologia szempontjából vegetatív idegrendszerének érzékenysége és nagyfokú labilitása is. Ezért megvizsgálandó, hogy anaemia pseudoleukaemica infantum eseteiben az óriási fehérvérsejtszám, a mely vagy leukocyták, vagy lymphocyták megszorodása folytán jön létre, nincs-e összefüggésben sympathicus- vagy vagus-tonus eltolódásokkal. A csecsemők alimentaris intoxicációjában igen nagyfokú szokott lenni a neutrophil leukocytosis és rendszerint pozitív Löwy-reactiót is találunk, a mely fokozott sympathicus-tonusra mutat. Az exsudatív diathesisre viszont a vagotonias érzékenység mellett a tipusos vagotonias vérkép is jellegzetes.

Ezek azok az elméleti megfontolások, a melyek útján arra jutottam, hogy a leukaemiákban a belső secretiós mirigyek kóros működéséből eredő és a vegetatív idegrendszer útján ható ingereket keressünk. A leukaemiákban ez irányú vizsgálatok még nem történtek. A belső secretiós mirigyeknek kórbonctani vizsgálata talán szintén eredményes lesz. De ez elmélet bizonyító kísérletei azok lesznek, a melyek a leukaemiás betegek a vegetatív idegrendszer egyik vagy másik irányban való túlérzékenységét mutatják. A kísérletek két részből fognak állni: élettani és klinikai részből.

Az élettani kísérletek a myeloid leukaemiás vérsavó adrenalin-tartalmát keresik, azonkívül azt, hogy milyen hatása van e vérsavónak a sympathicus-idegvégződésekre (marhacarotis, békaszem, tengerimalacz méhe). Negatív hatású-e a lymphaticus leukaemiás vérsavó?

A klinikai kísérletekkel a leukaemiás betegek sympathicus- és vagus tonusát kell meghatároznunk: a myeloid leukaemiás betegekben, a kiken fokozott sympathicus-tonust tételeznünk fel, az adrenalinnal szemben való viselkedést, a lymphaticus leukaemiásokon, a kiken fokozott vagus-tonust gondolunk, a pilocarpinnal szemben való érzékenységet vizsgáljuk. E vizsgálatokat *Klose* nyomán végezzük. De igen nagyjelentőségűek lehetnek azok a próbálkozások is, a melyek ugyanezen az alapon a myeloid leukaemiás vérképet

pilocarpinnal, a lymphatikusat pedig atropinnal gyógyítólág próbálják befolyásolni.

Eddigél csak egy esetben volt alkalmam ilyenféle vizsgálatokat végezni.

Esetem *M. M. 15 hónapos* gyermekre vonatkozik, akin nagyfokú sápadtság, halavány nyálkahártyák, léptumor és borsónyi-babnyi mirigyek mellett a következő véreletet találtuk 1917 szeptember 14. én:

Haemoglobin: 44. Vörös vérsejtek száma: 2,500.000. Fehér vérsejtek száma: 30,000, ebből neutrophil leukocyta: 10%, eosinophil leukocyta: 1.3%, basophil leukocyta: 0.66%, nagy mononuclearis: 2.66%, lymphocyta: 85.3%. A lymphocyta-közül: kis lymphocyta: 70%, középnagy-lymphocyta: 15%, nagy lymphocyta: 15%.

A qualitativ vérképben: aniso- és poikilocytosis, kevés normo- és több megaloblast, igen sok középnagy és nagy lymphocyta és lymphocytaárnyék. *Diagnosisunk: Leukaemia lymphatica.*

Ez a gyermek ezután atropint kapott. Először: 1:1000 novatropin-oldatból 3×4 cseppet, majd emelkedőleg egészen 3×10 cseppig mentünk.

A controll-gyermek: *G. P., 16 hónapos*, egészséges, a kinek a vérképe a következő volt, ugyanennyit kapott:

Haemoglobin: 65. Vörös vérsejtek száma: 4,800.000. Fehér vérsejtek száma: 17,000, ebből neutrophil leukocyta: 15.27%, eosinophil leukocyta: 2.72%, basophil leukocyta: 0.36%, nagy mononuclearis: 4.54%, lymphocyta: 77%. A qualitativ vérkép normalis volt.

Mindkét gyermek egy hétig szedte a novatropint, ekkor, míg a controll-gyermek vérképe semmit sem változott, addig a lymphaticus leukaemiás vérképe a következő változást mutatta:

Haemoglobin: 50. Vörös vérsejtek száma: 2,750.000. Fehér vérsejtek száma: 26,300. Ebből: neutrophil leukocyta: 21.11%, eosinophil leukocyta: 2.33%, basophil leukocyta: 0.66%, nagy mononuclearis: 3.15%, lymphocyta: 72.66%. A lymphocyta-közül volt: kis lymphocyta: 74%, középnagy lymphocyta: 17%, nagy lymphocyta: 9%.

Ezután 1:1000 atropinra tértünk át, amiből mindkét gyermek emelkedőleg 2×2 cseptől 2×8 cseppig kapott egy hónapig.

1917 október hó 26.-án az eredmény a következő volt: A klinikai észlelés az arcszín feltűnő javulását állapította meg. A vérkép a következő:

Haemoglobin: 55. Vörös vérsejtek száma: 2,800.000. Fehér vérsejtek száma: 15,000, ebből neutrophil: 23.2%, eosinophil: 1.2%, basophil: 0.4%, nagy mononuclearis: 2.2%, lymphocyta: 73.3%. A lymphocyta-közül kicsiny: 92%, középnagy: 3.3%, nagy: 4.4% volt.

A controllgyermek vérképe ugyanazon idő alatt, ugyanannyi atropin szedése mellett nem változott.

Megállapítható volt tehát, hogy atropinra a lymphaticus leukaemiás gyermek vérképe oly irányban változik, hogy a lymphocyta-közül száma csökken, a fiatal lymphocyta-elemek megfogynak és az abszolút fehér vérsejtszám is fogy. A kísérleteket ezután nem folytathattuk, a gyermek több ízben pneumoniát kapott és pneumoniában meg is halt.

Közlemény a gyulafehérvári cs. és kir. tartalékkórház venereás osztályából. (Parancsnok: Makkos-Hettyei Hetey Gyula dr., főtörzsorvos.)

A venereás betegek lelki kezelése.

Irta: *Maksay Ferencz* dr. ezredorvos, az urológiai osztály vezetője.

Ma, a mikor minden erőnket megfeszítve kell küzdenünk a venereás betegségek és azok későbbi következményei ellen, a mikor a háború szülte nehéz körülmények minduntalan csaknem elháríthatatlan akadályokat gördítenek elénk, a mikor a kifogyófélben levő gyógyszerkezelés pótszerekkel kell helyettesítenünk, a mikor minden orvos — de különösen a katonakórházakban működő — a tömegkezelésre van kényszerítve, nagyon természetes, hogy sokszor rajtunk kívül álló okokból nem fordíthatunk annyi gondot a venereás

betegek lelki kezelésére, mint az egyedkezelésben. Bár tudjuk és érezzük, hogy különösen az elkövetkezendő leszereléskor mily óriási hordereje lesz annak, hogy a beteg tudatában legyen betegségének következményeivel nemcsak a saját maga, hanem családja és így a nemzet szempontjából is, mégsem fordítunk elég gondot a betegek felvilágosítására, pedig kevés munkatöbblettel oly tökélet kovácsolunk a társadalomnak, melynek áldásos kamatai sokkal nagyobbak, sem hogy azokért mindent elkövetnünk ne kellene.

Kétségtelen, hogy ebben mindnyájan egyetértünk és mégis szomorúan tapasztaljuk, hogy még ma is aránytalanul nagy a száma azon betegeknek, a kik abszolút tájékozatlanok betegségüket illetőleg. A helyzet helytelen mérlegelése volna ezen eseteket mindig a subintelligentia vagy indolentia rovására írni, hanem gyakran kell számolnunk az előbb említett mulasztásokkal is. Igaz ugyan, hogy betegeink nagy részét kevésbé intelligens, sőt teljesen műveletlen emberek adják, de műveltebb betegek, sőt lateiner-emberek között is elég számosan vannak olyanok, a kik ma sincsenek tisztában helyzetükkel, a mi azt bizonyítja, hogy vannak még mulasztások, melyeken tudnánk, sőt tudnunk kell segíteni, mert felelősséggel tartozunk egy jövő nemzedéknek is, mely majdan számon kérheti, hogy megtettünk-e mindent, a mit a háborús nehéz viszonyok között meg kellett tennünk? és nekünk állani kell a vádat.

A mikor a betegségek következményeinek súlyosságáról beszélünk, első helyen természetesen a syphilisre gondolunk; mert a gyakorlat azt mutatja, hogy éppen ezen a téren végtelenül hiányos a betegek fogalomköre, a mi — a betegek felvilágosítása nélkül — érthető is; hiszen a beteg csak a tünetekből következtet a betegségekre és nem tudhatja, nem értheti, hogy ő beteg, sőt komoly beteg, ha semmi fájdalmat vagy kellemetlenséget nem érez, semmit sem észlel magán, a mi a rendestől eltérne, addig, a míg azt neki az ő nyelvén meg nem magyarázták és lelkébe nem vették. Mert míg például a gonorrhoeáról a betegek tudják, hogy a húgycső folyásának megszűnése a betegség gyógyulását jelenti, addig azt felvilágosítás nélkül nem sejtethi, hogy a luesben a tünetek elmúlása és a kúra időleges befejezése még nem jelenti a betegség gyógyulását. És viszont a beteg soha sem fog gondolni arra, hogy trippere van, ha nincs húgycsőfolyása, míg gyakran látunk embereket, a kik egész életükben magukkal hordják a syphilis veszélyeinek aggodalmait, nem egyszer alap nélkül, mert annak idején lelkük nem találta meg a megnyugvást.

Tehát a továbbiakban szorítkozzunk csupán a syphilis-esek lelkivilágának megbeszélésére, s hogy ebbe könnyebben betekinthessünk, megpróbálom a betegeket ebből a szempontból csoportosítani.

Az első csoportba tartoznának, a kik egyáltalán nem tudják, hogy syphilisük van. Ez egyrészt úgy történhetik, hogy a betegség tünetei oly kevésbé voltak kifejezettek, hogy a betegnek fel sem tűntek; vagy pedig intelligentiájuk oly kicsi és indolentiájuk oly nagy, hogy nem tartották érdemesnek orvoshoz menni. Ezekért természetesen az orvosi tudomány egyelőre nem felelős. De ugyane csoportba tartoznak olyanok is, a kik valamely tömegkezelésben résztvettek ugyan, de betegségük lényegét és a kezelés szükségességét nekik senki meg nem magyarázta. Láttam eseteket, a mikor subintelligens betegek ismételt antilueses kúrára jöttek kórházunkba és az anamnesis kikérdezésekor azt mondták, hogy első alkalommal egy kis seb volt a hímvesszőjükön (vagy ehhez hasonló valamit), a miért őket az orvos kórházba küldötte. A kórházba farba és karba több szúrást kaptak, de sem azelőtt, sem azután semmi bajuk nem volt és nem tudják, miért kell nekik újból kórházba jönniök. Ezek az emberek és a hozzájuk hasonlóak feltétlenül a lelki kezelés, illetőleg felvilágosítás hiányának áldozatai, melyet pótolni már alig lehet, mert hiábavaló minden tudományos fejtegetés, ha annak idején ezen subintelligens betegek lelkületét, hogy úgy mondjam ösztönét, meg nem tudtuk győzni betegségük súlyosságáról.

A második csoportot alkotnák azok, a kik tudják és meg vannak győződve arról, hogy syphilisük van, de nem törődnek vele. Az ezen csoportba tartozók, a kik talán a jövőben a legsúlyosabb vádakkal fogják illetni azokat, a kik őket ezen nemtörődömségükből annak idején ki nem rántották, szintén lelki kezelést nélkülözök, mert betegségük súlyát, következményeinek lehetőségeit senki sem ecsetelte oly színekben, melyek lelküket megkapták volna; pedig ez csak addig lehet, a míg a test beteg, mert jól tudjuk, hogy ez alatt az idő alatt legfogékonyabb a lélek, hasonlóan az isten-tagadóhoz, ki ha bajba kerül, segítségért mégis Istenéhez fordul.

A harmadik csoportot alkotják azok, a kiknek mondták ugyan, hogy luesük van, kezelték is úgy a hogy, de ők nem hisznek benne. Nem hiszik, mert orvosuk nem mondta biztosan és nem foglalkozott velük elég komolyan, mások meg azt mondják, hogy orvosuk kezelte ugyan őket, de másokat is kezelt hasonlóképpen, a kiknek azt mondta, hogy nincs syphilisük. Ezek és az ehhez hasonló esetek mind arra mutatnak, hogy hiányzott részben a feltétlen bizalom, részben a meggyőződés. Igaz, hogy a syphilitikusok is csak az első pillanatban pessimisták, majd lassanként szeretik magukat betegségük gondolatától függetleníteni, de mégis ha a beteg a diagnosis felállításakor minden kétséget kizárólag meggyőzetett a betegség fennállásáról és az egész kezelés alatt psychice is kezelve volt, ha több meggyőző példát látott maga körül, ha erős volt bizalma kezelő-orvosában, akkor nagyon kevesen fognak maradni ebben a csoportban.

A negyedik csoportot alkotnák azok, a kiknek nincs s nem is volt luesük és mégis állandó aggodásban élnek. Ezt a lelki-állapotot is a meggyőződés és bizalom hiánya váltja ki, mert a mikor a beteg valamely a genitálékon mutatózó tünettel orvosánál jelentkezett, az nem zárta ki abszolút biztonsággal a syphilist, vagy pedig a kezelést befejezve nem nyugtatta meg betegét meggyőzőleg és nem oldotta fel aggodalmai alól. Ezt eredményezheti a praxisban még ma is használt azon módszer, hogy a genitálék suspectus fekélyeinél még akkor is, ha a spirochaeta jelenléte csak lehetséges, de bizonyítva nincsen, alkalmaznak mintegy prophylaxisképen salvarsankezelést anélkül, hogy a beteget a spirochaeta biztos jelenlétéről vagy hiányáról felvilágosították volna, tehát Damokles-kardjaként feje fölé állítják azt a tényt, hogy őt valaha salvarsannal kezelték, gyakran bizony ok nélkül.

Nem kívánok a syphilidophobiások tárgyalásába bocsátkozni, bár ez is gyakran az abszolút megnyugtató hiányának az eredménye.

Az utolsó csoportba tartoznak, a kik tudják, hiszik, hogy luesük van és lelkiismeretesen kezelik is magukat, mert orvosuknak sikerült őket a betegség lényegéről és minden következményéről meggyőzni.

*

Ezek szerint nyilvánvaló, hogy a venereás betegek kezelésében nemcsak a pontos diagnosis, nemcsak a kellő időben és helyen alkalmazott kúra a fontos, hanem rengeteg oly körülmény is szerepet játszik, melyet szem elől tévesztve csak fél munkát végeztünk. Nemcsak gyógyszerekkel kell gyógyítanunk, hanem szavakkal is, még pedig ezerféle nyelven és ezerféle hangnemből. Tudnunk kell a nép egyszerű nyelvén beszélni, majd jó szóval, majd szigorral, tudnunk kell ezt különösen a tömegkezelésben, a hol rendszerint kevésbé intelligens betegekkel állunk szemben, a kiknél nem építhetünk az értelmiségre, hanem az érzésekre, hangulatokra, illetve ösztönre kell építenünk. Ki kell lesnünk az alkalmas pillanatokat, a mikor a lélek leginkább fogékony, a mikor a beteg leginkább érzi, hogy reánk van utalva, a mikor a lelkével lehet beszélni és még nem kerültek túlsúlyra paraszti eszének gátló momentumai. Ez az idő pedig a tömegkezelésben — tehát ez idő szerint a katonakórházakban — a kórházba jövetel, illetőleg felvétel ideje és az az időszak, a melyben a betegnek somatikus kellemetlenségei vagy tünetei vannak. Hiszen a betegfelvétel alkalmával minden beteggel kell néhány percig foglalkoznunk és az

akkor alkalmazott szótöbblet meghozza gyümölcsét. Eredménytelen szélsőség volna ilyen esetekben tudományos fejtegetésekbe bocsátkozni; néhány népies szó, egy-egy kellő időben bemutatott példa, helyén alkalmazott büntetés vagy dicséret, időközönként tartott rövid népies előadás az, a mi hat, ami megértésre talál. Ha a betegnek nincs oka aggodalomra és mégis fél, vigasztaljuk meg néhány kategorikus, biztos szóval; ha nem érzi meglévő betegségének súlyát elég komolyan, ecseteljük néhány szóval baja komolyságát, értessük meg vele betegsége lényegét és esetleges következményeit és veszélyeit saját magára és családjára nézve; szóval nem csupán a sablonos és előírás szerinti vizsgálati eljárásokkal és fegyelmi rendszabályokkal kell a beteg lelkéhez férközni, hanem a pillanatszülte hangulat kellő felhasználásával; mert könnyű a baka lelkét felhangolni, de más irányban sem nehéz befolyásolni, csak meg kell találni a hangnemet, hogy hozzá férhessünk.

Kórházunk venereás osztályán, a hol mint gyűjtőkórházban nagy tömegekkel dolgozunk, a syphilitikusok külön tractusban és külön szobákban vannak elhelyezve. Ezen körtermekbe azonban megdönthetetlen bizonyosságú syphilis diagnosis nélkül még véletlenül sem szabad betegnek kerülnie, mert egy-két ilyen eset elegendő volna arra, hogy a betegek bizalmát megingassa és akadhatnának olyanok, a kikben az a gondolat ébred, hogy vajjon ők is nem ilyen tévedés áldozatai-e. Ez áll nemcsak a tömegkezelésben, hanem minden egyes esetben, a hol a betegség megállapításáról, tehát a diagnosis felállításáról van szó. Ma, a mikor a primaer fertőzés mineműségét csaknem minden esetben és teljes biztonsággal meg tudjuk állapítani, a lueses betegek elkülönítése nem lesz nehéz feladat. Egészen természetes, hogy annál kevésbé fogunk egy antilueses kúrát megkezdni vagy végig csinálni abszolút és feltétlen biztos diagnosis nélkül.

Tehát a mikor a syphilis diagnosisát objectiv adatok alapján (nem pedig csupán a betegek bemondata alapján) megdönthetetlenül felállítottuk és rögzítettük (feljegyeztük), nem szabad megelégednünk azzal, hogy diagnosisunk biztos és lelkiismeretünk nyugodt, hanem a lues diagnosisának fennállását vagy kizárását nyugodtan, de határozottan közöljük a beteggel is, esetleges kételyeit eloszlatjuk és hiányos ismereteit nagy vonásokban bővítjük. Tömegkezeléskor ez a pillanat a legfontosabb, mert egyrészt ekkor fogékony leginkább a lélek, másrészt most van egyedül alkalmunk arra, hogy a beteggel mint egyeddel tárgyaljunk, mert később — bekerülvén a tömegbe — már ritkán lesz alkalmunk vele magával és egyedül csak vele foglalkoznunk. Nem szabad ezen alkalmat elmulasztanunk, mert ezt többé pótolni sohasem lehet.

Említettük, hogy a diagnosis pontos megállapítása és a beteg meggyőzése után a beteg a syphilis-tractusba kerül. Ezen tractust bizonyos hagyományos, félelmes és reményteli respectus érzete övezi. Félelmes, mert az odakerülő friss betegek betegségük szomorú tudatával lépnek a kórterembe és reményteli, mert ott a hangulatot úgy tartjuk, hogy a betegek depressiója a kezeléssel kapcsolatban mindinkább feloldódjék úgy, hogy a távozáskor a testi tünetek gyógyulásával a lelki harmonia is helyreálljon. A mikor a beteg a kórterembe lép, részben orvosától, részben betegtársaitól tudja, hogy betegsége megkülönböztetetten komolyabb a többi betegségről, viszont hallja és kezelése folyamán látja is, hogy ennek megfelelően megkülönböztetett komolysággal foglalkoznak is betegségével és hogy minden lehető elkövetnek gyógyulása érdekében.

A kezelés folyamán igyekszünk betegeinkkel közvetlen kapcsolatba jutni és velük közvetlen hangnemből beszélni; minden alkalmat megragadunk a sorsuk és gyógyulásuk iránti érdeklődésre. Minden kezelés után — akár kéneső-injectio, akár neosalvarsan-oltás vagy bármilyen más beavatkozás — vizsgáljuk az eredményt és együtt örülünk a beteg tüneteinek javulásán. Időnként vizsgálatot tartunk az összes betegek jelenlétében, olyankor egy-egy beteggel elmondjuk javulásának történetét, megmutatunk néhány szomorú, de annál

több szépen gyógyuló esetet, megszegyenítjük a szófogadatlanságokat és hanyagokat, de megdicsérjük a lelkiismeretes és pontos betegeket stb., szóval igyekezünk a betegek hangulatát kezünkben tartani, hogy ezzel az új betegekben a gyógyulás vágyát, a régiekben pedig a javulás felett érzett örömet tudjuk kiváltani, illetve fenntartani. És örömmel látjuk, hogy gyakran a műúton felkeltett depressio oldódik a testi tünetek javulásával karöltve.

Ezen szigorú elkülönítéssel és megkülönböztetéssel elérjük egyúttal azt is, hogy a többi beteg (ulcus molle és más a dermatológiához tartozó esetek) már ebből is tudja, hogy betegsége nem ad komoly aggodalomra okot, és elbocsájtásukkal garantiát nyernek arra nézve, hogy ők maguk meggyógyultak és hogy családjukra, illetőleg a társadalomra nem veszélyesek.

A betegek elbocsájtása szintén a többi beteg jelenlétében történik, úgy, hogy minden beteg kórházban való tartózkodása alatt magatartására és a betegség következményeire vonatkozó rövid vázlatot, melyet az elbocsájtott betegek tanácsképen kapnak, igen sokszor hallja. *Általában igen szívesen dolgozunk a betegekből kikerülő hallgatóság előtt, mert így a fontos tudnivalókat a beteg gyakran hallja és megjegyezheti, valamint a gyakorlati példák láttán maga is gondolkozhatik.*

A lelki kezelés ezen módszeréhez nem kell sok idő vagy fáradság, sem pedig különös intelligentia a beteg részéről, mert ebben a módszerben nem az értelmiségre építünk, hanem a hangulatra és ösztönre. Nyugodt lelkiismerettel mondhatjuk, hogy betegeink a kórházból való távozásukor betegségük komoly tudatával és gyógyulásuk biztos reményével távoznak, úgy, hogy ha az előírt ismétlőkúrúra visszajönnek vagy pedig időközben új tünetek jelentkezése miatt kerülnek ismét kórházunkba, csaknem kivétel nélkül a teljes gyógyulás reményével és feltétlen bizalommal jönnek vissza.

Ha a fentebb vázolt, kis fáradsággal járó lelki kezeléssel a venereás betegek csak kis százalékát tudjuk is ügyünknek a nagy küzdelemben megnyerni, fáradozásunk nem volt hiábavaló s kis eredménnyel is nagy szolgálatot tehetünk hazánknak.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A **cerebrális levegőembolia** Kohlhaas szerint sok, lényegében eddig még fel nem derített kórképnek adja meg a magyarázatát. Így talán megfejtethető vele az epilepsia, az eklampsia (úgy a gyermekágyi, mint a csecsemőkori) és a valódi shock. A helyek és módok, a melyeken a levegő a véráramba és ennek útján az agyvelő ereibe jut, bizonyára nagyon különbözők. Epilepsiában például az eseteknek egy részében feltehető, hogy bélparaziták okozta sérülései a bélnyálkahártyának szerepelhetnek a levegő bejutásának kapuja gyanánt. (A bélparaziták összefüggését az epilepsiával már régen ismerik, de magyarázatul a bélparaziták termelte mérgeket vették fel eddig.) Cerebrális levegőembolia néhány esetében a szerző a fejnek mélyre helyezésével a súlyos agyvelőtüneteknek rögtönös megszűnését tudta elérni, a mi szerinte úgy magyarázható, hogy mélyen helyezett fej mellett tágabb agyvelő-erekbe jut vissza a levegő, a hol már nem okozhat bajt a vérkeringés megakadályozása útján. E tekintetben hivatkozik Kleinschmid állatkísérleti eredményeire, a melyek szerint a levegő a vérárammal szemben is a legmagasabb pontot igyekszik elfoglalni. Ez eljárását (a fejnek mélyre helyezése, esetleg fejetetejére állítás) tehát megkísérlendőnek tartja mindazon esetekben, a melyekben cerebrális levegőemboliára van gyanu, tehát az epilepsiás és eklampsias rohamban is, úgyszintén valódi shock esetén. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 9. szám.)

Sebészet.

Az emberi zsírnak a sebészetben való alkalmazásáról ír Wederhake. A szerző több esetben megkísérelte műtétek után részben a cseplesz, részben lipomák kioltasztása révén nyert és sterilizált zsírnak gyógykezelés céljából való felhasználását. Igen jó eredményeket ért el a lövés és egyéb sérülések után visszamaradt hegeknél, a melyek kozmetikai szempontból voltak kellemetlenek, avagy a csonthoz növe fájdalmakat okoztak. A folyékony zsírt a bőr alá fecskendezte, előzőleg meggyőződve arról, hogy a tű nincs-e venában. Igen hasznosnak bizonyult ez eljárás invarratok után. Majdnem valamennyi sérült jó működőképességgel gyógyult a zsír befecskendezése után. Tendovaginitis crepitans, Dupuytren-féle ujjcontractura eseteiben ugyan csak ajánlja a szerző e gyógykezelést. Jó eredményeket látott traumás oedema eseteiben. Általánosan ismeretes, hogy mily nehezen gyógyulnak a sérülésekkel kapcsolatban fejlődött ilyenmű elváltozások. Massage, forró levegő, Bier-féle pangás, orthopaediás eljárások, fürdők gyakran hagyják cserben úgy a sebészt, mint a beteget. Különösen a kézfőnek funkciója igen nehezen áll helyre. A szerző egy esetében, a hol a feszítőizmok inai az oedemás szövetekbe bele voltak ágyazva, $\frac{1}{4}$ ccm. emberi zsírt fecskendezett be az inahüvelyekbe és azonnal passiv mozgásokat végzett a beteg kézzel. 14 nap múlva már jelentékeny javulás állott be és 3 hét alatt a beteg meggyógyult. A szerző szerint egyes esetekben a neurolysis is elkerülhető ily befecskendezésekkel. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 3. szám.) Ifj. Háhn Dezső dr.

A magasan ülő lövéses czombtörésekről értekezik F. Kaspar. A háborús sebészet egyik fontos fejezetét teszik a fentebb említett lövéses törések. Daczára annak, hogy ezen sérülések ellátására vonatkozólag sok eljárást ajánlottak, a kérdés úgy a betegek szállítását, mint kezelését illetőleg nincs megoldva. A szerző 45 esetét két csoportba osztja a sérüléstől a kezelésig eltelt idő szerint: 1. a melyek a sérülés után átlag 3 héttel és 2. a melyek körülbelül 4 hónappal kerültek kezelése alá. Legnagyobb részét gyalogsági fegyvergolyó vagy srappell okozta a törést és csak ritkán gránát-szilánk. Gyakran észlelt kiterjedt lágyrészdefectusokat genyes secretióval, izomzsfatokkal, néha éves váladékkal; az esetek egy részében phlegmone, sepsis, sepsis embolia és genyes coxitis komplikálta a törést. Az ily esetekben csakis a mielőbbi erélyes operatív beavatkozás mentheti meg a beteget; conservatív kezelés, halogatás mellett septicopyaemia fejlődik ki, a beteg leromlik s az amputatio sem segíthet. Több ily esetről számol be a szerző, a hol a vena femoralis, iliaca thrombosisát, pyaemiás abscessusokat a tüdőben, súlyos medencze-phlegmonet mutatott ki a sectio. Csakis kiadós feltárással a tasakoknak, a necrosisos szövetzsfatok és csontszilánkok eltávolításával küzdhető le a súlyos infectio. Még súlyos arteria-sérülés eseteiben is megengedhető a seb revisiója és kitakarítása. A gyógykezelést illetőleg a szerző a legegyszerűbb methodusokat vette igénybe. Subcutan töréseknél, ha a rövidülés nem túl nagy, gipszkötést alkalmazott, a czomb magas töréseinél a medenczére és a végtagra, czombnyaktörésnél abductió, illetve flexió állásban. Ha a lágyrészekben a seb meggyógyult vagy nem nagy, a Bardenheuer-nyújtókötést találta legjobbnak. Súlyos lágyrész-sérüléseknél, a hol a törés mellett a lágyrészek sebének kezelése is még szükséges, a Florschütz-féle extensiók kötés-től látott jó eredményeket. Általában a magas czombtörések kezelését igen nehézé teszi az a körülmény, hogy a proximalis törésvég a pelvitrochanter izmok működése következtében abductió és flexió állásba kerül, az alsó törésvég pedig az adductorok működése révén adductióba és felfelé húzatik és így jelentékenyen megrövidül. A végtag anatómiai eredményét és funkcióját illetőleg azok a törések, a melyek korán, tehát a szerző beosztása szerint átlag 3 héttel a sebesülés után kerültek kezelése alá, $1\frac{1}{2}$ —3 cm. rövidüléssel gyógyultak, a mely eredmény, ha figyelembe vesszük, hogy a csont egy része elpusztul, igen jónak mondható. A funkciója a vég-

tagnak ezen esetekben oly jó volt, hogy a betegek bot nélkül tudtak járni a gyógyulás után. A sebesülés után 2–3 hónappal a szerző kezelése alá került betegek végtagja már 10–14 cm. rövidülést mutatott, a functiót pedig a pseudoarthrosisok, a coxa-izület merevsége, szögletben gyógyulása a törésnek, izomatrophia, térdizületi merevség stb. komplikálta. Ezen esetekben a mechanotherapiás eljárás segítségével csak az izületek mozgathatóságán tudott segíteni. A szerző szerint a komplikált csonttörések — a lehetőség szerint — mindaddig kezeltesse a harctér közelében levő egészségügyi intézetekben, a míg az infectio tovaterjedése emberileg már kizárható. Különösen fontosnak tartja, hogy minél egyszerűbb eljárást alkalmazzunk s a végtag használhatóságának s a beteg jövőjének, munkaképességének érdekében az ily esetek kezelése is mielőbb szaksebészek kezébe kerüljön. (Wiener med. Wochenschrift, 1918, 4–5. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

Az arczidegtünet jelentkezéséről diphtheria folyamán végzett vizsgálatokat Hamann a müncheni gyermek-klinikán. Strümpell és Möbius figyelmeztetett rá első ízben, hogy neuritises folyamatokban olykor az inreflexek fokozódását észlelhetjük. Ezen észleletük a gyermekkorra is érvényes, a mennyiben a postdiphtheriás bénulásnak, a leggyakoribb gyermekkori neuritisnek kezdetén nem ritkán állapíthatjuk meg az inreflexek fokozódását. Gött mutatott rá, hogy oly idegterületeken is, a melyeken rendkívül ritkán jelentkeznek postdiphtheriás bénulási jelenségek, a diphtheria folyamán az ingerlékenység rendellenesen fokozódhatik, nevezetesen az arczidegen és az alsó bordaközi idegeken, a melyek a hasfalat ellátják. Ez utóbbi megnyilvánul a hasfalreflex fokozódásában, azelőbbi a Chvostek- vagy arczidegtünetben. Kérdéses volt, mi a jelentősége a diphtheria folyamán mutató arczidegtünetnek. Értékesíthetjük-e azt mint állandó előzményét a bénulásnak, vagy csupán következménye az különösen érzékeny idegpályák egészen enyhe toxinos bántalmazottságának, a mely minden könnyű diphtheria után is jelentkezik és bénulás nélkül eltűnik. Megfigyelt ezért száz diphtheriában szenvedő gyermeket. Ezen észleléseinek eredménye a következő:

Diphtheria-eseteinek közel a felében jelentkezett a betegség folyamán, illetőleg a reconvalescentia időszakában rendszerint jól kifejezetten arczidegtünet; más reflexfolyamat is, így mindenekelőtt a térdreflex, többé-kevésbé fokozott körülbelül ezen időben. Más gyermekkori fertőző betegségek lefolyása alatt vagy üdülési szakában jóval ritkábban vagy egyáltalában nem mutatkozik az ideg ingerlékenység fokozódása, még leggyakrabban vörheny után észlelte. Ezen alapon, továbbá a körelőzmény és a galvános ingerlékenység vizsgálati eredményének figyelembevételével az arczidegtünetet a legtöbb esetben nem lehetett úgy tekinteni, mintha a kiállott betegség következtében újra megnyilvánult volna a spasmophiliás fokozott ingerlékenység. A diphtheria lefolyása alatt jelentkező arczidegtünet következménye a diphtheriaméreg hatásának az idegállományra. A diphtheriaméreg u. i. sok esetben csupán izgalmi tüneteket, fokozott ingerlékenységet vált ki; hosszabb behatásnál vagy nagyobb erősség mellett erősebb fokú elváltozásra, neuritises bénulásra vezet. Mindenestre aránytalanul gyakrabban betegszenek meg postdiphtheriás bánulásban olyan diphtheriareconvalescentek, a kiken arczidegtünet mutatkozott, mint olyanok, a kiken azt kiváltani nem lehetett. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1918, 17. kötet, 3. és 4. füzet).

Flesch.

A tüdő hólyagos fejlődési rendellenessége által okozott dextrocardiát ír le Landé (Charlottenburg). A tüdő nagyobb fokú, több tüdőlebenyre terjedő hólyagos fejlődési rendellenessége általában nem egyeztethető össze a méhen kívüli élettel. Számos az irodalomban közölt eset foetusokra vagy halva született magzatokra vonatkozik és csupán fejlődési és kórbonczolástani érdekességük van. Reinhold utalt a

felnőttek világrahozott tüdőbajai kórjelzésének lehetőségére és gyakorlati jelentőségére. Még egyszerűbbnek kellene a klinikai kórjelzésnek lenni csecsemőkön és koraszülötteken, mivel ez esetekben inkább gondolhatunk fejlődési rendellenesség lehetőségére. Ilyen hólyagos tüdőt ír le a szerző. Az eset egy 2800 gr.-os újszülöttre vonatkozik. A légzés szapora, szabálytalan; a kopogtatás, hallgatódzás s a Röntgen-vizsgálat a szívnek s a mediastinumnak jobbra való áttolódását állapítja meg, ezen kívül a Röntgen-vizsgálat a bal mellkasfélben nagy léghólyagokat mutat, aminek folytán rekeszsérvre gondoltak. A gyermek fokozódó cyanosis mellett 30 órával a felvétel után meghalt. A bonczolás kiderítette, hogy az egész bal tüdő csaknem kizárólag nagy hólyagos üregekből áll, úgy, hogy normalis tüdőszövet alig volt. Az ilyen hólyagos tüdő keletkezésére nézve különböző nézetekkel találkozunk az irodalomban. A legtöbb szerző világrahozott bronchiectasiának tekinti. Grawitz megkülönbözteti a bronchiectasia universalis-t, a mely a főhörgőnek és ágainak kitágulása folytán keletkezett, és a bronchiectasia teleangiectatica-t, mely a kisebb hörgők kitágulásából áll. Ezen elváltozásokat foetalis gyulladásos folyamatokra lehet visszavezetni. A hörgőágak kitágulását váladékpangás okozza a gyulladásos hörgőszűkületek mögött. Más szerzők elsődleges torzképződésre vezetnek vissza az elváltozást, míg a harmadik nézet tumorszerű képződménynek tekinti és foetalis cystás bronchialadenomának nevezi. A szerző esetét torzképződménynek fogja fel. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1918, 17. kötet, 3. és 4. füzet).

Flesch.

Venerás betegségek.

A nemibajos fiatalok gondozásáról értekezik E. Finger (Bécs). A társadalom egyik legsúlyosabb és legveszedelmesebb kinövése a prostitutio. Évszázadokon át hiába igyekeztek azt drákói rendszabályokkal kiirtani s midőn végül belátta az állam, hogy erőszakkal el nem pusztítható a társadalom e rákfeneje, egyezkedni kezdett vele. Kialakult a prostitutio reglementatioja, az a rendszer, mely tűri a prostitutiót, de annak káros erkölcsi, socialis és hygienés hatását a lehetőség szerint csökkenteni igyekszik. Az egész rendszer azonban ma már teljesen elvéhéd, mert oly alapon nyugszik, mely a mai viszonyoknak már egyáltalában nem felel meg. E régi rendszer a nyilvános vagy ellenőrzött és a titkos, más szóval ellenőrizetlen prostitutio elavult fogalmával dolgozik s mindkét fajtában az iparszerűséget tételezi fel. Ez régebben megfelelhetett a valóságnak, ma azonban bizonyára nem. Ma, a mikor a leányok százezrei elhagyják a szülői házat s ezzel a szülői felügyeletet s önállóan keresik kenyerüket, a viszonyok egészen megváltoztak. E nők, hacsak abban a környezetben, melyben felnevelkedtek, nem tanulták meg a nemi erkölcs fogalmát, igen könnyen jutnak lejtőre és több a prostitutio fertőjébe. Különösen nagy a veszedelem reájuk nézve, ha a rossz környezet beléjük neveli az erkölcsi elzülést. Egyedüli foglalkozásként a prostitutiót aránylag csak kevés nő űzi. Ezek a nőknek dologkerülő sőpredékéből kerülnek ki. Az itt szóba jövő nők zöme ellenben rendes munkát végez s a prostitutiót csak alkalmilag, esetleg mellékkeresetként űzi. Az alkalmi prostitutiót űzők száma légió. Általános tapasztalás, hogy a háború folyamán a fiatalok nemibajosok száma jelentékenyen emelkedik. Áll ez úgy az ifjakra, mint a leányokra. Míg Finger anyagában a béke idején 1000 nemibajos egyénre 42 ifjú, illetőleg 111 fiatalok leány esett, addig a háború alatt 129 ifjú, illetőleg 213 leány esik! A nemibajok nagy elterjedése sok új és sürgős intézkedést tesz szükségessé. Ilyen a minél szélesebb körű felvilágosítás egyfelől, a nemibajos egyének felkutatása és gyógyítása másfelől. A betegnek talált nők részére felállítottak Bécsben egy új kórházat („Asyl für Obdachlose“), a melyben 560, nagyrészt razziák alkalmával előállított nő talál gyógyítást. A szerző azután részletesen leírja és ismerteti azokat a socialis intézkedéseket, melyek a kórházban a gyógyításon kívül létesültek. A fiatalok beteg nők rend-

szerint hónapokat töltenek a kórházban, tehát még akkor is ott tartatnak, illetőleg internáltatnak, a mikor a klinikai tünetek már elmultak. Sajnos, mindvégig, míg a syphilis legfertőzőbb szaka tart, nem tarthatók vissza. Fontos, hogy a fiatal-korúakat az asylumban való tartózkodásuk alatt foglalkoztatják. A végzett munka azonban nem kényszemunka, hanem önkéntesen vállalt. A munkára természetesen előbb tanítani kell őket. Ez főként varrásra, kötésre, mosásra, vasalásra és ruhajavításra vonatkozik. A kórházi fehérműt is e betegek készítik vagy javítják. A foglalkoztatáson kívül kellő erkölcsi és socialis oktatásban, sőt megfelelő szórakozásban (népszerű kis hangversenyek, tréfás felolvasás stb.) is részesülnek. Az eddig elért eredmény *Finger* tapasztalása szerint már is sok reménnyel biztat s valószínű, hogy a sok ifjúkorú nő a kórházból kikerülve nemcsak egészségét nyerte vissza, de tisztultabb erkölcsi és socialis felfogással a társadalmi rendbe is jobban tud beleilleszkedni. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1918, 10. sz.) *Guszmán.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A moronal nevű újabb sebkezelő szerrel az erlangeni sebkezelés szerzett kedvező eredményekről számol be *Geiger*. A moronal (basisos formaldehyd-kénessavas aluminium) az aluminium aceticum pótszere. Előnye, hogy oldatai a bőrt nem macerálják, ekzemat nem okoz, a váladéktermelést korlátozza, a sarjadzást és a hámosodást elősegíti. A nedves sebkezelésben 2%-os oldata használható, a száraz kezelésre pedig a következő összetételben alkalmas: Rp. Moronal 3'0, Bol. alb. ad 100'0. Nagyon jól használható a szer kenőcs alakjában is: Rp. Moronal 3'0, solv. in aqu. 12'0, Vaseline, Lanolini aa ad 100'0. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 8. szám.)

Idősült myocarditis százánál több esetében *Zangger* jó eredménnyel használta a kámfort kis adagban hónapokon át; naponként 3-szor vétet be 10—15 csepp spiritus camphoratus. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1917, 51. szám.)

Súlyos dysenterias bélvérzés ellen *Maret* a plumbum aceticum belső használatát ajánlja: Rp. Plumbi acetici 0'6, Gummi arabici 30'0, Album. ovi Nr. V., Aqu. destill. ad 1000'0. M. f. emulsio. D. S. 2 óránként evőkanálnyit. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 9. szám.)

Scabies ellen *Greif* nagyon ajánlja a scaben nevű szert, amelynek alkotórészei: peru-balzsam, benzoë-sav és salicylsav. Lényeges, hogy hosszú ideig (1/2 óra) és jó erősen dörzsöltessék be. Előzőleg célszerű meleg fürdőt, forró bepakolást vagy gőzfürdőt adni. Előnye, hogy csaknem szagtalan és a fehérműt nem piszkítja. Mérgezést, vese-izgalmat nem okoz. (Medizinische Klinik, 1918, 10. szám.)

A kámfor intravenás alkalmazására hívja fel újból a figyelmet *Leo* tanár. Előnye az eljárásnak, hogy sokkal gyorsabban hat, mint a kámforolaj bőr alá fecskendezése és hogy aránytalanul kisebb kámfor-mennyiségre van szükségünk. Tekintetbe veendő az is, hogy manapság megfelelő olaj csak igen kis mennyiségben és nagyon drágán áll rendelkezésre. Az intravenás befecskendezésre alkalmas kámforkészítményt a Merck-cég hozza forgalomra használatra kész, steril állapotban, 40—500 cm³-t tartalmazó üvegekben; 0'142% kámfort tartalmaz physiologiai Ringer-oldatban. A *Schüle* ajánlotta aetheres kámfor-oldatot intravenás befecskendezésre nem tartja használhatónak a szerző. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 11. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 12. szám. *Török Pál*: Az úgynevezett fronticterus (harcztéri sárgaság) klinikájához. *Friedrich Vilmos*: A gümőkóról és a gümős katonák háziápolásáról.

Budapesti orvosi újság, 1918, 13. szám. *Lobmayer Géza*: Szokatlan nagyságú epehólyag és epekő. *Dalmady Zoltán*: Új segéd-eszköz a járásgyakorlatokhoz.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Bárony János* dr. udvari tanácsos, egyetemi tanárnak a Lipót-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. A király *Blum Ödön* dr. közegészségügyi felügyelőt főfelügyelővé nevezte ki és *Hajdu Imre* dr. felügyelőnek a főfelügyelői címet és jelleget adományozta.

Az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjává nevezte ki a belügyminister *Meskö Miklós* dr.-t, Gömör vármegye tisztifőorvosát és *Weisz Ede* dr. pöstyéni fürdőorvost.

Kinevezés. *Malcsiner Emil* dr.-t Bács-Bodrog vármegye, *Gergely Fülöp* dr.-t Bars vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Személyi hírek külföldről. A müncheni egyetem sebészeti tanszékére, mely *Angerer* tanár halálával üresedett meg, *Fr. Sauerbruch* zürichi tanárt hívták meg. *Sauerbruch* 43 éves. — A lipcei anatómiai tanszékre *Rabl* tanár utódjául *H. Held* dr.-t, ugyanazon egyetemen a szövettan rendes tanárát nevezték ki. — A marburgi egyetem kórbonczan-professora *M. Löhlein* tanár, a charlottenburgi kórház prosectora lett. — *R. Ewald*, az élettan tanára a strassburgi egyetemen, nyugalomba vonul. — A marburgi nőorvostani tanszékét *R. Jaschke* odaváló rendk. tanár előléptetésével töltötték be. — Az innsbrucki egyetem anatómia-tanára *F. Siegelbauer* lipcei magántanár lett.

Meghalt. *Fleischer Sámuel* dr. 73 éves korában, márczius 21.-én Aradon. — *Eisenstein Jakab* dr. 71 éves korában, márczius 20.-án Szegeden. — *Hermann József* dr. orosz fogászbán. — *St. Bernheimer*, a szemészet tanára a bécsi egyetemen, kiváló ophthalmologus, 57 éves korában — *Fr. Hessing*, az ismert autodidakta orthopaed, márczius 15.-én 79 éves korában Rottenburgban.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete
:: újonnan kibővíve ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-
égekészülékek, frigoriterapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.
Külön szülészeti osztály.

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.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diaetás-physikalit magaslatti gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-
dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegségek (cukor-
baj, kőszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.
Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.
Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

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

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11.
Telefon József 14—51.
Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen.
Dr. RAJNIAK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

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

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.)
Telefon. Iroda: József 91. 47. Telefon. Orvosok: József 95—08.
Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.
Szabad orvosválasztás.
RÖNTGEN-LABORATORIUM.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át
nyitva.
UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (XII. bemutató szakülés 1917 december 19.-én.) 178. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület. (IV. rendes tudományos ülés 1918 február 16.-án.) 179. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1917 december 19.-én.)

Elnök: Weber Adolf.

Jegyző: Szinnyei József.

Typhus utáni osteomyelitis vaccinás gyógyítása.

Mátéfi László: Majdnem három évig tartó typhusos megbetegedés kórtörténetét ismerteti. 3½ hónapig tartott a magas láz. Utána 3 hónapig tartó subfebrilis hőmérsék kíséretében kétoldali coxitis, erős contracturával. ½ évig semmi baj sem volt, midőn 1916 márciusban a bal térdízületben izüldmány keletkezett, mely röntgenologice is kimutatható volt. A következő hónapban az arc és koponya csontjain többszörös periostitis fejlődött. ½ év múlva dagadni kezdett a bal sípcsont alsó része. A Röntgen-felvétel osteomyelitis gócot mutatott, a melyet azután Manninger megoperált. Utána 1 évig semmi baj sem volt. 1917 szeptemberben az ulna alsó harmada megduzzadt. A Röntgen-vizsgálat szerint: csonttályog az ulna distalis harmadában, környezeti periostealis megvastagodásokkal. Erdélyi felvéste az ulnát, benne mogyorónagyságú üreg sarjszövettel kitöltve, mely sarjszövetet bacteriologiailag megvizsgálva, a leggondosabb eljárással sem lehetett belőle sem typhusbacillust, sem genyokozókat kitenyészteni. A műtét után pár nap múlva a jobb kulcsont periosteuma megduzzadt és fájdalmas lett, ugyancsak az os occipitalen is periostitis fejlődött. E multiplex periostitis miatt Manninger ajánlatára vaccinatherapiát kezdett meg. A betegből typhusbacillust nem tudván kitenyészteni, más typhus-betegtől kitenyésztt typhusbacillusokat használt fel a vaccina készítésére. Az agaron kitenyésztt bacillusokat ½%-os phenoldalatt mosta le és ½ óra hosszat 53° C-on tartotta. A kezdő dosis 50 millió, az utolsó dosis 500 millió volt. A befecskendezésekre a beteg lázzal reagált, a legmagasabb hőmérsék 38.5° volt. Objective javulást azonban nem észlelt, sőt újabb periostealis folyamat fejlődött a nyakcsigolyákon, a bal alkaron pedig az inhuvelyek gyuladása jelentkezett, úgy, hogy a beteg e karját kinyújtani nem tudta. Manninger ajánlatára ezután a beteg intramuscularisan tejinjectiókat kapott, összesen 5-öt egyhetes szünetekkel. Az utolsó tejinjectiót egy hét előtt kapta.

Jelenleg a beteg jól érzi magát, fájdalmai és periostitisei elmúltak; a kar mozgása majdnem tökéletes.

Távol áll a bemutatótól, hogy ez elmondott egyetlen esettel a heterogen vaccinációnak az előnyét demonstrálja a specifikus vaccinációval szemben, mert hiszen a kétféle vaccinatio időbelileg oly közel esik egymáshoz, hogy a hatást különválasztani nem lehet.

Az esetet a következők miatt tartotta bemutatásra érdemesnek:

1. A betegség hosszantartó volta miatt: 3 év előtt történt a typhus-infectio és a beteg még egy hónap előtt is lázas volt periostitisei miatt. A 3 év előtti infectio első ízben ½ évi, másodikban 1 évi nyugvás után a csontrendszernek sorozatos gyuladása megbetegedését okozta.

2. Az agglutininek képződése még jelenleg is folyamatban van. A mai napon a beteg savóját nagy hígításban (1:1000) agglutinálja a typhusbacillusokat.

3. Ugyancsak a mai nap folyamán vizsgálta meg a beteg opsonin-indexét, és egy másik, typhuson át nem esett beteg savójával szemben a következő eredményt kapta: $\frac{280}{83} = 3.3$

[Normalis savóval összehozott 50 fehérvérsejt 83 typhusbacillust nyelt el, míg a beteg savójával összehozott 50 fehérvérsejt 280 typhusbacillust kebelezett be]. 1 hét előtt az

opsonin-index $\frac{179}{70} = 2.5$ volt. Szóval az opsonin-index

emelkedett a vaccinatio óta, a mi a prognosira mindenesetre kedvező jel.

4. Az utolsó tejinjectiót követő napon 14 ezer fehérvérsejtet talált. A %-os összetétel a következő volt: 79% leukocyta (n. 70%), 11% lymphocyta (n. 20%), 6% eosinophil (n. 3%), 4% átmeneti.

Feltűnő a leukocyták megsaporodása, s nagyjelentőségűnek látszik az eosinophil-leukocyták számának gyarapodása, mert a vaccinatio therapiának annyira ingó alapokon nyugvó theoriájában talán utmutatást ad arra, hogy hol keressük a gyógyító hatás magyarázatát. Az erre a kérdésre vonatkozó irodalomban nem talált oly tanulmányt, mely a parenteralisan adott idegen fehérjék után a vérkép megváltozásával foglalkoznék.

Manninger Vilmos: Kórtani szempontból érdekes ez a folyton kiújuló osteomyelitis, melynek egyes góczai sebészi beavatkozásra meggyógyultak, míg másokhoz nem lehetett hozzáférni; pl. az epistropheus és a 3. nyakcsigolya közötti góczhoz. Specifikus vaccinás kezelésre objective javulás nem állott be, míg tejjel való kezelésre az összes tünetek visszafelődtek. Magyarázata talán az, hogy a typhus-anyagból készült vaccina elvesztette stimuláló hatását, míg a heterovaccina talán azért volt jobb, mert oly stimulans a szervezetre, melyre a szervezet nem volt beállítva. Azt hiszi, hogy a bacillusgázokra volt a tejkezelésnek jelentősége.

Salvarsannal gyógyított tüdőgangraena esetei.

Manninger Vilmos: Az egyik betegén kizárólag neosalvarsant alkalmazott intravenásan, emelkedő adagban (0.45 gm. — 0.90 gm.-ig) öt napos időközökben. Ez esetben már az első befecskendezés után az addig igen bő, bűzös, rugalmas rostokat, spirochaeta sputigenest és fusiformis bacillusokat tartalmazó köpet néhány nap alatt 260 cm³-ről leszállt 50, majd 20 és a negyedik befecskendezés után 0 cm³-re. A láz is ezzel párhuzamosan megszűnt. A Röntgen-képen bemutatja a tüdőbeszűrődésnek rohamos felszívódását. A K. J.-ról október 27.-én felvett fénykép a következőket mutatja: „A bal apex tömörült. A jobb tüdő alsó lebenyében ökölnyi gangraenás gócz, a hátulsó mellkasfalhoz közelebb, mely góczhoz a szív jobbba vongálódik. Ezen beszűrődött tömeg kommunikál egy kis almányi, a hátulsó mediastinum felé saccált, basisán folyadékgyülemmel bíró pueumothoraxszal (Bíró dr. lelete)“.

Első salvarsanbefecskendezés november 7.-én. Husz nap múlva Röntgen: „A dús hilusrajzolatok kívül eltérés nincs.“

A másik eset talán még bizonyítóbb a salvarsan kitűnő hatására.

K. M. beteg hetek óta magas lázzal jár, bűzös szét-esést mutató, a mellüregbe áttört gangraenás gócczal került a sebészeti osztályra. Az utóbbira tekintettel széles thoracotomiával tártuk fel a mellüreget és az alsó lebenyben levő gangraenás gócot. Az ev lebocsátása után néhány napra javult ugyan az állapot, a tüdő szétetését azonban sem a váladék pontos levezetésével, sem a köpetből készített vegyes vaccinával megállítani nem sikerült. A beteg egyre romlott, csontvázá soványodott, étvágya teljesen elmaradt. Inanitiós, részben talán septikus deliriumokkal, valóságos psychosissal feküdt hetekig az osztályon. Ekkor — mert ez volt az első eset, melyben salvarsant próbáltunk meg tüdőgangraena gyógyítására — talán túlságos óvatossággal kezdtük adni az intravenás injectiókat. A javulás a II. befecskendezés után feltűnő volt. A láz csökkent, a köpet és a tüdő sebváladéka apadt, úgy, hogy most már bátrabban adva a gyógyszert, néhány hét alatt beállt a teljes gyógyulás.

Végül bemutatja az eset Röntgen-képeit, melyek — bár nem olyan feltűnően, mint az első esetben — mutatják a majdnem teljes restitutio ad integrumot.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1918 február 16.-án.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Csiky József.

A Budapesten mostanában járványos conjunctivitis kórokozójáról (mikroszkopos készítmények és tenyészetek bemutatásával).

Nesztlinger Miklós: Körülbelül $\frac{3}{4}$ éve ambulantiánkon naponta találkozunk egy idáig hazánkban ritkább heveny fertőző kötőhártya-bántalommal. Eddig jóval több mint 400 esetet észleltünk.

Klinikailag a súlyos ophthalmia képét mutatja a baj, melyre azonkívül jellemzők a subconjunctivalis, néha félhold-szerű vérzések.

A conjunctivalis váladékból készült praeparatumban csaknem mindig talált egy többé-kevésbé pálcikaszerű Gram-negatív képletet. Általában két típusát lehetett megkülönböztetni: az egyik hosszabb, finomabb, intracellularis, a másik rövidebb, vastagabb, inkább extracellularis pálcika, nem ritkán úgynevezett „halraj” elrendeződésben. Az egyik az Axenfeld-féle Koch-Weeks-bacillusnak, a másik a Pfeiffer-féle influenza-bacillusnak felel meg.

A pálcikák csak véres agaron és bouillonban voltak tenyésztethők, legjobban galambvér-agaron 37° C-on, de elég jól nőttek szobahőn, 22° C-on is. Galambvér-agaron a kolóniák 24 óra alatt cseppszerűek, kissé sárgásan átlátszók, akár 1-5 mm. nagyok. 60-90-szeres nagyítással kissé karélyozottak, egészen finoman szemcsézettek, a mi a kolónia közepe felé durvább lesz. Összeolvadásra a kolóniáknak nem nagy a hajlamuk. Az idősebb kultúrák átlátszóbbak lesznek.

A kolóniák makroszkopos megjelenési alakját illetőleg sok függ a táptalajtól. Mesterséges táptalajon jól életben tarthatók, egyes törzsek immár a 65. generációban. Galambvér-agarról átoltható az 5-7. napig, bouillonból a 4. napig.

Ellenállása igen csekély, 50° C-ra felfelemelegítve egy perc alatt elpusztul; optochinum hydrochlor.-ot 1:100,000 arányban adva a táptalajhoz, 24 óra alatt semmi növekedés nincs. A kiszáradással szemben is igen érzékeny!

Kultúrákból készült praeparatumban is látható az említett két típus szerinti növekedés. Talán az ú. n. influenza-typusnak nagyobb a hajlama megduzzadt degenerációs fonalak képződésére.

Megvizsgálta 9 betegnek orrváladékát is, 6 esetben az orrváladékban is megvolt a pálcika.

A szóbanforgó haemoglobinophil-bacillusok pathogenek a tengerimalacra intraperitoneális oltásnál, állat-passageok útján virulentiájuk fokozható.

A tengerimalacokat a nagyság, az életkor és a beoltott adag nagysága szerint 7-14 óra alatt genyes-savós peritonitis tünetei között ölik. Az ú. n. Koch-Weeks-typus virulentiája lényegesen kisebb, a mennyiben csak nagy adagja, csak fiatal (120 gr.-os) tengerimalacokat öl, ezzel szemben az influenza-typus nagy (370-420 gr.-os) tengerimalacokat is mindenkor megölt 12-14 óra alatt.

A peritoneális folyadékból készült praeparatumban is látni lehetett a két típus közötti különbséget.

Tiszta tenyészetekkel embereken 3 esetben végeztem inoculációt, még pedig két esetben 24 órás galambvér-agar-kultúrával mindkét típusból. Az egyik esetben negyednapra könnyű, két nap alatt múló infectio, a másikban ugyancsak negyednapra az ophthalmia catarrhalis enyhébb kórképe jelentkezett.

A járvány mikénti tovaterjedésének módjára némi világot vetnek másfél évvel ezelőtti végzett vizsgálatai, melyek szerint a mosdóvíz, törülköző, közös mosdótálak szerepelnek elsősorban mint a fertőzés melegágyai.

Rendesen a klinikai tünetek elmúltával, azaz a 10-14. napon eltűnnek a bacillusok is, néha már az 5. napon. Viszont esetenként 3-4 hétig, sőt a negyedik hónapban is kimutathatók voltak.

Internátusokban és kaszárnnyakban a prophylaxis a folyó vízben való mosakodás, külön szappan és törülköző. A kezelés végeztével két bakteriologiai vizsgálatot kellene végezni: egyet mindjárt a kezelés befejezése után, a másodikat 5 nappal később.

A vázoltakból látható, hogy a jelen endemiás szemhurut kórokozói mikroszkopi megjelenésüket és kulturális tulajdonságaikat tekintve úgy a Koch-Weeks-, mint az influenza-bacillusnak felelnek meg. Kísérleti állatokra pathogenek, emberi conjunctivára átvive típusos ophthalmiát idéznek elő.

Már most vagy ragaszkodunk ahhoz, hogy az ilyen ophthalmiát különálló kórokozó, az ú. n. Koch-Weeks-bacillus okozza, akkor azonban Axenfeld-nek a Koch-Weeks-bacillusra vonatkozó sarkalatos tétele, hogy t. i. kísérleti állatokra nem pathogen, megdől. Vagy azt mondjuk, a mi talán jogosultabb is, hogy a jelen ophthalmia okozója, illetve az eddig ú. n. Koch-Weeks-bacillus fogalma alatt tárgyalt kórokozó, az influenza-bacillussal azonos.

Fejér Gyula: Igen örövend, hogy Nesztlinger e kérdést az orvos-egyesület elé hozta.

A járvány körülbelül múlt év júliusában jelentkezett először nagyszámú eset kapcsán. Nagyfokú fénykerülés, a szemhéjak és a conjunctivák duzzanata, bő, caftos váladék, nagyon sok véraláfutás a sclerális conjunctivában jellemzi a betegséget; első pillanatra még a szakember is azt gondolja, hogy gonorrhoeás fertőzéssel van dolga. A váladékban néhányszor Axenfeld-Morax-diplobacillust, sokszor staphylococcusokat, de legtöbbször Koch-Weeks-féle bacillusokat talált. A kórházi és pénztári rendelésén több mint 1000 ilyen beteget látott 7-8 hónap alatt. Először azt gondolta, hogy a meleg időszakkal függ össze, mert szeptemberben alábbhagyott, de november hóban a betegek száma újra emelkedett; meg van győződve róla, hogy a járvány a tisztálansággal, a piszokkal, a szappanhányal függ össze. Hiába adott tanácsot a szegény népek, legyen külön törülközője, zsebkendője, ágyneműje, nem tud nekünk szót fogadni, mert először nincsen fehérneműje, másodszor nincs pénze szappanra, de nem is kap semmi pénzért szappant. Ezeket a szomorú viszonyokat kellene valami módon segíteni, akkor egy csapással megszűnik a járvány.

Schulek Alfréd: Mint a honvéd helyőrségi kórház szemesztályának orvosfőnöke a háború folyamán több kisebb Koch-Weeks conjunctivitis-járványt volt alkalma észlelni, a legnagyobbat, több száz esetet 1915 májusban a 30. honvédgyalogezredben, mert hiszen éppen a katonaságnál közismert körülmények (közös mosdók stb.) folytán igen könnyen terjed ez el. Két feltűnő tapasztalatról óhajt említést tenni. Az első, és ezt csak Morax-nál találta hangsúlyozva, hogy pathognomoniának lehet venni a bulbaris conjunctiva apró vérzéseit, a melyek rendszeren a bulbus felső felén vannak; ezek igen jó differential-diagnostikai jelet is alkotnak még a bact. lelet megejtése előtt úgy a conj. gonorrhoea, mint a ma minden katonai szolgálatban álló orvost érdeklő öncsonkítások eseteivel, tehát a művi kötőhártyahurutokkal szemben is, a mely utóbbiak elváltozásai általában a szemrés irányában, tehát éppen nem a felső szemhéjtól védett helyeken a legkifejezettebbek. Ezen apró vérzések tekintetbevételével felállított diagnoszt a bakteriologiai lelet mindig megerősítette.

A másik feltűnő tapasztalat, melyet egy hozzászólásban a szemorvosok egyesületének múlt évi közgyűlésén is már említett, de a melyet nem tud eléggé hangsúlyozni: a jó (tehát frissen és hidegen oldott) protargol-becseppentés specifikus, frappans gyógyító hatása Koch-Weeks-conjunctivitisre, ha erős, 10-15%-os oldatban gyakran, kétóránként vagy akár óránként alkalmazzuk. Ezzel számtalan esetben sikerül az egyébként hetekig is elhúzódó elég kellemetlen bajt szinte elvágni és gyakran csodálkozva láttuk a betegeket 24 óra alatt szinte meggyógyulni, a súlyos fénykerülés, váladék, chemosis megszűnt s a belőveltség is, mely ezen conjunctivitisnél soká szokott fennállani, annyira csökkent, hogy néha nem lehetett a betegre már másnap ráismerni. Nagyon ajánlja az erős protargol-oldatok gyakori becseppentését.

Grósz Emil: Nesztlinger tagtárs hálára kötelezte az egyesületet, hogy vizsgálatai eredményének közlésével alkalmat adott az egyesület tagjainak a mostanában gyakrabban előforduló ragályos acut kötőhártyagyulladás lényegének megismerésére. Természetesen nem szabad azt hinni, hogy a Koch-Weeks-conjunctivitis régebben nem fordult elő. Veres és Scholtz már 11 év előtt az I. számú egyetemi szemklinikán végzett vizsgálataik alkalmával kimutatták, hogy az acut kötőhártyagyulladások előidézésében a Koch-Weeks-bacillusoknak jelentékeny szerep jut. E kórokozó ugyanis az egész világon el van terjedve, de csak koronként vezet endemiákra, a mikor erre a feltételek megvannak. A háború e feltételeket: a zsúfoltságot, a tisztálanságot megadta. Ezt előre látták s a szólt által szerkesztett tíz tanácsban, melyet a had-

ügyminisztérium sok ezer példányban küldött szét, már felhívta a kötőhártyagyulladások ragályos voltára az orvosok figyelmét. Legutóbb *Verzár* dr. kezdeményezésére a hadügyminisztérium újból ismertette a *Koch-Weeks*-conjunctivitist s éppen szóló javaslatára a protargolt ajánlotta gyógyszerül. A diagnózis már a klinikai kép lehetővé teszi, az egyszerű fedőlemez-praeeparatum a legtöbb esetben elégséges a diagnózis biztosítására, természetesen a cultura még megbízhatóbb. A *Schulek* által is említett körülmény, hogy a kötőhártyán látható sok vérzés öncsonkítás gyanúját keltheti, nagyon fontos s a differentialis diagnózis a katonasorvosok figyelmét a legnagyobb mértékben megérdemli. Gyakori, hogy vegyes fertőzés van jelen, még pedig gyakran tapasztaltak trachomások között *Koch-Weeks*-bacillus-járványokat. Valószínű, hogy a trachomások szemeikhez gyakran nyúlva, könnyebben fertőzik kötőhártyájukat. Ilyenkor persze nem trachomás recidivákról van szó. A tisztí orvosok előtt gyakran hangsúlyozta, hogy a nagy vehementiával elterjedő kötőhártya-bántalom már eleve valószínűtlenné teszi trachoma fennforgását.

Ángyán János: A hadsereg járványkórházaiban egyéb fertőző betegségekben szenvedő betegeken észlelt *Koch-Weeks*-bacillus okozta conjunctivitist. Felhívja a figyelmet arra, hogy úgy a mint ez a dysenteria-ról megállapítható, a catarrhalis megbetegedésre hajlamosabb lymphás alkatú egyének betegednek meg leginkább benne. Ugy látszik tehát, hogy a fertőzés létrejöttében a dispositionnak is van jelentősége.

Nesztlinger Miklós: Különös hangsúlyt az aetiologióra kíván helyezni. Hangsúlyozza, hogy sokan (*Axenfeld* s követői) a *Koch-Weeks*-bacillust „sui generis” fertőző anyagnak tekintik, míg sok kiváló szakbakteriologus a *Koch-Weeks* és influenza-bacillusok között nem tud különbséget találni. Jelen vizsgálatok is ez utóbbi álláspontot igazolták, a mennyiben az állatpathogenitas fennforgása révén még az *Axenfeld*-féle beállításban is veszedelmesen megközelíti a *Koch-Weeks*-bacillus az influenzát. Úgy, hogy talán nem jogosulatlan azt mondani, hogy jelen szemhurut okozói, illetve a *Koch-Weeks*-bacillusok azonosak az influenza-bacillusokkal, azonban sajátos módon hajlamosak a légutak helyett a conjunctivákat megtámadni. Erre enged következtetni az is, hogy acut hurutban szenvedőknek többnyire az orrváladékában is megtalálható s a betegek ennek megfelelőleg többnyire nátháról stb. panaszkodnak; állapotuk gyakran subfebrilis.

A hátulsó mediastinumba terjedő daganatok.

Weisz Ármán: A mellkasi daganatok legnagyobb csoportját a tüdő és az elülső mediastinum daganatai alkotják. A hátulsó mediastinum primaer daganatai leggyakrabban a peribronchialis mirigyekből indulnak ki. Ritkábban terjednek a retromediastinumos térbe a trachea és az oesophagus daganatai, vagy azok a daganatok, amelyek a gerincoszlopból indulnak ki. A retromediastinumos daganatok, bár néha tünetet alig okoznak, mégis legtöbbször már helyzetüknél fogva rosszindulatúak. Panaszokat elsősorban azokban a szervekben okoznak, amelyekre nyomnak. Közös tünet a fájdalom; nyomástünetek a nyelési, légzési és vérkeringésbeli zavarok és az idegek nyomása folytán létrejött rekeszbénulás, hangszalaghüdés, pulzusbeli arhythmia stb. Mindezeket a tüneteket azonban minden mellkasi daganat vagy aneurysma is okozhatja. A pontos diagnosishoz a Röntgen-sugarak van szükség. Hangsúlyozza a mellkasi ferde átmérőiben való átvilágításnak fontosságát. A II. sz. belklinikai beteganyagán öt retromediastinumos tumort diagnoskált a Röntgen-sugarak segítségével. Beszámol ezen esetek klinikai és főleg Röntgen-tüneteiről és ezzel kapcsolatban bemutatja az esetekről készült Röntgen-felvételeit és egy bonczolt esetének kórbonczatani praeparatúmat.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A tatabányai bányatelep hadbavonult orvosai helyettesítésére keresünk két hadmentes, lehetőleg kórházi gyakorlattal bíró orvost. Bemutatkozás személyesen vagy írásban Magyar Általános Köszénbánya r.-t. titkárságánál Zoltán-utca 2. sz.

3098/918 szám.

Elhalálozás folytán megüresedett s a X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő évi fizetéssel, lakáspénzzel, háborús pótlékkal és utátalánnyal javadalmazott **varannói járásorvosi** állásra pályázatot hirdetek.

A meghirdetett állás minősítési kellékeit az 1883. évi I. t.-cikk írja elő.

A pályázati kérvények benyújtásának határideje **1918. év április hónap 30. napja.**

A vármegye főispánjához intézett pályázati kérvények fenti határidőig nálam nyújtandók be, még pedig

a) valamely törvényhatóság szolgálatában állók az illető törvényhatóság első tisztviselője útján,

b) más közszolgálatban állók hivatalfőnökeik és

c) közszolgálatban nem állók a lakhelyükre illetékes törvényhatóság első tisztviselője útján.

Sátoraljaúj hely, 1918 március 15.

Az alispán.

424/1918. kp. ig. szám.

A rákoskeresztúri erdei tüdőbeteg-üdülőtelepen egy **napidíjas alorvosi** és egy **napidíjas segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A folyamodó orvosdoktor urak és úrhölgyek kellően felszerelt és a főpolgármester úrhoz intézett kérvényeiket a székesfővárosi köz-kórházak központi igazgatóságához (Szent Rókus központi köz-kórház) **április hó 10.-éig** nyújtsák be.

Kórházi szolgálat kimutatása előnyt biztosít.

Csak nőtlen doktorok, illetve hajadon doctornők pályázhatnak.

Tekintettel arra, hogy a tüdőbeteg-üdülőtelepen a beteglétszám és betegforgalom nem nagy és így az orvosi szolgálat is könnyebb, elsősorban azon pályázókat fogják figyelembe venni, a kik légzőszervi bajuknál fogva ezen előnyösebb kórházi szolgálatra inkább tarthatnak igényt. Az állást folyó évi május hó 1.-én kell elfoglalni.

Budapest, 1918 március 19.-én.

Wenhardt, igazgató.

030.0/1918. szám.

Maros-Vásárhely szab. kir. városnál üresedésben levő **rendőr-orvosi állásra** ezennél pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy születési bizonyítvánnyal, az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 7. §, illetve az 1883. évi I. t.-cikk 9. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal és az eddigi szolgálatról szóló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényüket legkésőbb **folyó évi április hó 30. napjának déli 12 órájáig Inczédy József Nándor**, Maros-Vásárhely szab. kir. város főispánjához címzetten a városi főispáni hivatalhoz nyújtsák be.

A később beérkező pályázati kérések nem fognak figyelembe vétetni.

Maros-Vásárhely, 1918. évi március hó 22.-én.

Marthy Ferencz dr. s. k., polgármester.

Máté Mihály és Társa

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

IV., Mehmed szultán-út 31,

Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: 63—33. Sürgőnycím: Mátészertész Budapest.

Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

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



Natrarsen ERI

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

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.