

# 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 KÖZLESEK.

- Révész Béla:** Hysteria és traumás neurosis. 365. lap.  
**Gieszczykiewicz M. és Neumann S.:** Közlemény a cs. és kir. 609. számú tábori kórházból. A paratyphus-A epidemiológiájához. 367. lap.  
**Schiff Ervin:** Közlemény a székesfővárosi Szent Gellért-kórházból. (Osztályos főorvos: Hasenfeld Artur dr. törzsorvos, egyetemi magántanár.) A dysenteriának formalin-beöntésekkel való kezeléséről. 370. lap.  
**Halmi István:** Közlemény a szabadkai cs. és kir. fertőzőkórház megfigyelő állomásáról. Észrevételek a visszatérő lázról. 371. lap.  
**Mező Béla:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. ny. r. tanár.) Az indigocarmin-injectio technikájához. 372. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle. Belorvostan. Wenckebach:* A chinin mint szívgyógyszer — *Sebészet. Fr. Derganc:* Az agyvelő-előesés kombinált kezelése. — *K. Eunike:* Az oesophagotomia. — *Gyermekorvostan. Seht:* Kryptogen Biermer-anaemia a gyermekkorban. — *Bardach:* A tejkeverékek előállításának methodikája. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Krabbel:* Nagyfokú vérvesztés. — *Hirsch:* A furunculosis kezelése. — *Ebstein:* Az időstiltt uraemia. 373—374. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* 374. lap.

*Vegyes hírek* 374. lap.

*Tudományos Társulatok.* 375—376. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Hysteria és traumás neurosis.

Írta: **Révész Béla** dr., II. főorvos a nagyszabeni áll. elmeegógy-intézetben.

E sorok célja a traumás neurosisnak a hysteriához való viszonyát megállapítani. Sok orvos határozottan kifogásolja, hogy az első helyen említett betegséget neurosisnak hívják. Véleményük szerint helyesebb lenne traumás hysteriáról beszélni, hiszen a nevezett betegség, a melyet a nagy háború folyamán sok ezer esetben volt alkalmunk észlelni, annyira hasonlít a hysteriához; éppen csak trauma idézte elő és nem jelentkezett spontan, sőt sok orvos véleménye szerint az illető beteg mindig hysteriás volt és a háborúban szenvedett testi vagy lelki, vagy mindkét trauma együttvéve, alkalmi okként szerepelt a betegség keletkezésében.

Hiba lenne itt azt kifogásolni, hogy csak szavakról van szó. Mert nem számítva azt, hogy a természettudományokban, tehát az orvostanban is, minden fogalomra a neki legmegfelelőbb kifejezést kell alkalmaznunk, nem tagadható, hogy a hysteriában a psychotikus elem uralkodik, sőt, hogy az illető beteg időnként határozottan elmebajosnak tekintendő.

A hysteriának ezen, legalább időnkénti jellegét nem szabad szem elől téveszteni, ha viszonyát a traumás neurosishoz akarjuk megállapítani.

A hysteriás betegség lényege: A jellem megváltozása, a társadalomra való tekintetbevétel félrevetése, sőt nem ritkán határozottan társadalomellenes eljárás. A traumás neurosisban ellenben ezek a jellemvonások nincsenek meg. Erre azok, a kik nem fogadják el a traumás neurosis nevét, azt állítják, hogy mégis csak hysteria, legalább hajlamára nézve, a melyre a trauma mint kiváltó alkalmi ok hatott; a hysteriás alkat szerintük a lényeg; ha nem lett volna meg, a trauma nem válthatta volna ki a neurosist. Erre mi a következőket mondjuk:

Mindenekelőtt korántsem vagyunk tisztában a hajlam fogalmával és különböző értelemben használjuk e szót, például abban az értelemben, hogy valaki fokozott könnyűséggel betegszik meg.

Másodszor ezt a szót „hajlam” úgy használjuk, mint a

physikus az „erő” szót, mikor valamely tünetmenny kielégítő magyarázata lehetetlen. Ha tehát valamely katona a pergőtűzben traumás neurosisban betegszik meg, a mellette levő bajtársa pedig nem, akkor azt mondják, hogy az első hajlamos, a másik pedig nem. Miből áll már most az egyiknek hajlama és miért nem találunk a másikon hajlamot? Ezekre a kérdésekre egyelőre ismereteink nem adhatnak szabatos választ, ezért a kérdést másképpen kell feltenni. Nevezetesen a probléma a következő lesz:

1. Azonos-e a traumás neurosis a hysteriával vagy nem, és
2. ha nem azonos, mi a különbség köztük a tünetek feltűnő hasonlatosságá ellenére?

A hysteria, a mint tudjuk, az idegrendszernek bizonyos veleszületett reakciója, jól kifejezett, részben állandó, részben pedig időnként jelentkező tünetekkel. Minél nagyobb számmal jelentkeznek a tünetek egy és ugyanazon betegen, annál inkább jogosult az orvos a hysteria megállapítására. Akár a beteg panasza, akár pedig az idegrendszer alaposabb megvizsgálása mintegy véletlenül vezetnek az orvost a hysteria megállapítására, e betegséget kiváltó alkalmi ok fennforoghat vagy hiányozhatik, de tagadhatatlan, hogy hysteria a beteg, még pedig a születéstől fogva beteg idegrendszer baja.

Másképpen áll a dolog a traumás neurosisnál. A nagy háború következtében sok százezer harcos betegedett meg benne. Nyilvánvaló dolog, hogy nem keletkezett volna és nem lett volna megállapítható, ha ez a háború ki nem tör. Kiváltotta pedig sokféle ok, a milyen: a háborútól való általános félelem vagy halálfélelem, vagy attól való félelem, hogy valaki nyomorék lesz, vagy hogy a családja támasz nélkül marad, vagy a napokig tartó irtóztató, minden érzékre izgatólag ható pergőtűz. Mind e felsorolt lehetőség mindannyi kiváltó ok, a melyet a háború idézett elő az érzékeknek szokatlan igénybevételével és a lelkiületet befolyásoló képzetekkel. Hiszen a békében is fordulhatnak elő hasonló megbetegedések tűzvész, hajó- és vasúti szerencsétlenségek, földrengés és egyes balesetek alkalmával, a hol az illető nagyon megijed és kellemetlen képzetek egész halmaza ostromolja értelmi és a érzelmi világát. Világos, hogy a háborúban a maga számtalan lélekrázó eseményével a kiváltó okok nagyban hatványozódnak.

A hysteriát tehát jellegzi a születéstől fogva fennálló hajlam és a psychosisos jelleg, a traumás neurosist pedig rendkívüli, az érzetekre és képzetekre hatalmas befolyást gyakorló élmények.

És ezzel el kell ismernünk, hogy a traumás neurosis és a hystéria nem azonos kórforma. Ez ellen azt lehetne felhozni, hogy már azért is azonosak, mert a tünetek egyformák. Azonban általános természettudományi elv szerint nem az ad hoc egyenlő tünetek bizonyítják azonos voltukat, hanem az eredetük. Így észlelhető több betegségben febris continua ugyanazon tárgyi és egyéni tünetekkel és mégis megtanultuk, hogy ezektől eltekintsünk és az eredetük, a kórokozójuk külön voltát keressük. Hiszen éppen ezen alapszik a diagnosztika nehézsége, hogy a tünetek hasonlatossága, sőt azonos volta arra kényszerít bennünket, hogy napokig, sőt hetekig és hónapokig vagyunk kénytelenek várni azon célból, hogy különböző tünet is mutakozzék. Elég utalnunk a kiütéssel járó betegségek, továbbá a typhus és meningitis, a paralysis progressiva és agylues közötti hasonlatosságra. Itt nem a tünetek döntenek a legtöbb esetben, mert hasonlatosságuk folytán nem is dönthetnének, hanem a betegség okozója, illetve ugyanazon kórokozónak a szervezet különböző részeire gyakorolt hatása.

A bennünket itt foglalkoztató két kórformára vonatkozólag pedig világos, hogy eredetük nem azonos. És ha mégis valaki a tünetek azonos voltára akarna súlyt fektetni, akkor ezt lehetne neki felelni: igaz, hogy néhány tünet, mint a bőr anaesthesiája, analgesiája, vagy ezeknek előfordulása az egyik testfelel, továbbá a látóter szűkülése, hiányzó cornealis és garatreflexek mindkét kórformában azonosak. Azonban traumás neurosis esetében e tünetek lassan, egymásután el-eltűnedeznek és a legtöbb esetben restitutio ad integrum áll be. Ez a restitutio sok esetben abban a pillanatban fog beállani, a melyben az általános béke biztos. Azonban az említett azonos tünetek is különböző lefolyást mutatnak. A hystériában a leírt tünetek mind sűrűbben jelentkeznek és elhalványodásuk csakis a climax után várható. Traumás neurosis esetében ellenben a tünetek rögtön a trauma keletkezése után vagy napokkal, legfeljebb hetekkel utána mutatkoznak, egy-három éven belül a legtöbb esetben megszűnnek és ezzel, bizonyos ingerültségi állapotot nem számítva, a betegség befejeződött. Igaz, hogy van — szerencsére kisszámú — traumás neurosis-eset, a mely sok évig tart.

Eddig a hasonló tünetekről volt szó. De ne felejtjük el, hogy különböző tünetek is vannak. Így traumás neurosis legtöbb esetében reszketés észlelhető, a mi hystéria eseteiben ritka. Ritka ellenben az előbbiben az aponia. Ha pedig előfordul és elmarad, tapasztalatom szerint sohasem tér vissza, holott hystériában az aponia gyakoribb és ha el is áll, megint jelentkezik.

A lényeges különbség a két kórforma között azonban a lelki állapot. Mindenki ismeri a hystériára jellegző lelki tüneteket: változó, kapkodó hangulat, összeférhetlenség, önzés, hazudozás, túlzás, kegyetlenség, színészkedés, a saját egyénnek minden áron való előtérbe helyezése. Ellenben a traumás neurosisban szenvedő beteg hangulata a betegség elején nyomott, siránkozó, de mindig egyenletes, csak lassan, de egyenletesen javul. Csak néha tör ki sirógörcsben, különösen, ha sok egyénnel kénytelen beszélni, a mint például a traumás neurosisban szenvedő katonák többnyire akkor legizgatottabbak és sirógörcsre hajlamosak, ha kénytelenek újabb orvosi szemlére jelentkezni. A traumás neurosisban szenvedő ember tehát nyugodt, hangulata, különösen eleinte, nyomott, nem akar szerepet játszani, nem kegyetlen, nem hazudik. Örül, ha békében hagyják, nem bánt másokat. Annak tudata, hogy nagy veszélyből menekült, türelmesebbé és belátóbbá tette.

A hystériás továbbá lusta és ha dolgozik, munkája nem kitartó, minden megszakításra van valami kifogása. A traumás neurosisban szenvedő ellenben a betegsége elején csakugyan nem tud dolgozni. De azután hamar megijó a belátása, hogy dolgoznia kell, hogy hangulatát az egyenletes munka csak javítja. Ha azután állapotja javul, ez munkakedvét fokozza. Boldog, hogy nem szellemi nyomorék és hogy hasznos munkát végezhet. A mit minden ilyen ember keres, az csak a

nyugodt, zajtalan környezet, holott a hystériás mindig színészképpen viselkedik, zajos környezetet keres, a mely előtt ki-tárhatja tehetségét, benyomásait, érzelmeit, terveit; a mit ő keres, az az elismerés, a zaj, saját énjének a visszhangja.

*Tehát jogunkban van állítani, hogy a sok megegyező tünet ellenére is a különbség a hystéria és a traumás neurosis között lényeges, mert lelki különbségen alapszik.*

Még egy ellenvetés hozható fel, hogy t. i. hystériás hajlamú ember háborúban a megrendítő események hatása alatt traumás neurosisban betegszik meg. Ez a lehetőség persze nem tagadható és tekintve a hystériának férfiakon észlelt, eddig nem sejtett méretekben való elterjedését, nem is lesz olyan ritkaság. De ebből még nem következik az, hogy minden hystériás hajlamú ember okvetlenül traumás neurosisban betegszik meg; a tapasztalat ugyanis mutatja, hogy éppen hystériás egyének, nők és férfiak, idegrendítő helyzetben néha egészséges idegzetűekkel szemben jobban állják meg helyüket, valószínűleg mivel érzékszerveik tompábbak és mivel önzésük folytán socialis érzésük és érzelmük befogadó képessége csökkent. De más bizonyíték is van arra, hogy a hystériás hajlamú katona nem okvetlenül betegszik meg traumás neurosisban. Tapasztaltam ugyanis, hogy bizonyos egyéneken (a kik, úgy mint társaik, a legerősebb pergőtűznek voltak kitéve, anélkül, hogy traumás neurosisban betegedtek volna meg) csak későbbben, valamely más, nem ideges természetű betegség alkalmából szinte véletlenül tűnt fel, hogy hystériások. E hajlam tünetei nem értelmezhetők traumás neurosis tüneteinek, mert az illetőnek nincs panasza, a mely traumás neurosisra engedne következtetni, és hogy ilyen betegség subjectiv panaszok nélkül létezhetnék, nem tetelezhető fel.

Másrésről megengedhető, hogy az eseteknek a statisztikával ki nem mutatható számában a traumás neurosis valamely hystériás egyénre mintegy rá van oltva. Vajjon az ilyen combinatio éppen a traumás neurosis legsúlyosabb eseteiben tűnik-e szemünk elé, az a legtöbb esetben nem lesz kipuhatható, legfeljebb az olyanokban, a melyekben igen súlyos traumás neurosis olyan egyéneken jelentkezik, a kiken a hystéria a háború előtt kétséget kizáró módon volt megállapítva.

\* \* \*

A normalis lelki állapotok keletkezését illetőleg a legtöbb esetben semmit sem tudunk. Még nehezebben sikerül a kóros állapotok keletkezésére némi fényt vetni, és ha e czikk célja nem is lehet a traumás neurosis lélektanát fejtegetni, mégis nagy vonásokban a következőket akarom e dolgozról mondani, lámaszkodván azon összefüggésre, a melyet a traumás neurosis helyi tünetei és a betegnek a trauma pillanatában elfoglalt testtartása között találtam, a mint ezt nekem ilyen betegek számtalan esetben elbeszélték.

A traumás neurosis tüneteinek keletkezését magyarázó felfogás, ha a betegség lelki oldala egyáltalában megmagyarázható, a következőnek látszik: Tegyük fel, hogy valamely katona fülsiketítő pergőtűzben traumás neurosisban betegszik meg és a jobb keze reszket. Tegyük továbbá fel, hogy az idegbaj keletkezése idejében nem vesztette el öntudatát, és hogy a kritikus pillanatra vissza tud emlékezni. Ha megkérdezzük, hogy miképpen betegedett meg, azt válaszolja, hogy gránát vagy más nagyobb löveg felrobbant előtte, ő elesett vagy a löveg által feltúrt föld eltemette. Jobb oldalára esett és azóta reszket. Más katona meg azt beszéli el, hogy hasonló körülmények között a bal oldalára esett és azóta reszket a bal karja vagy talán a bal lába is. Ha mind a négy végtagjára esik, akkor mind a négy végtagja reszket. Ha hátára esik, ebben érez fájdalmat. Ha a gránát „szele“ haladt el az arca előtt, akkor mimikai izmai reszketnek és talán dadog is. E mellett mindenféle combinatio is előfordulhat. Hogy volna már most a végtagoknak, a törzs és a fej izmainak leírt beteges mozgása legkönnyebben megmagyarázható?

Annak tudatát, hogy az egyik vagy másik, vagy több testrészt az elpusztulás veszélyétől csak hajszálnyira volt, ezt a természetes képzetet az illető katona idővel túlértékelt képzetté változtatja. Némelykor órákig vagy napokig a shock után nem reszket, hangulata szinte neutralis, csak azután kezdődik a jellegzetes reszketés és a nyomott hangulat. Ez onnét van, mert csak lassanként kezd az illető gondolkodni azon, hogy mi történhetett volna. Hogy reszket, az nem olyan csodálatos valami, hanem az a valóság, hogy éppen a veszélynek leginkább kitett testrésze vagy -részei reszketnek, arra vall, hogy a beteget folyton foglalkoztató képzet minden érzését és gondolkodását arra a testtájra összpontosítja, a mely kárt szenvedhetett volna.

Hogy nem az idegrázkódás okozta a reszketést, hanem a túlértékelt képzet projectiója a veszélyben forgott test tájakra, ezt bizonyítja a már említett körülmény, hogy csak órák, napok, sőt hetek múlva, midőn megint harcban állott volt, jelentkezik a reszketés. Második bizonyítéka, hogy nem az idegrázkódás okozza a reszketést (és a traumás neurosisra jellegzetes többi tünetet, úgymint a gyengeséget, a pseudo-paresiseket, a különben synergiás módon dolgozó izomcsoportnak incoordinációját), az, hogy az említett tünetek az álomban hiányoznak, ellenben annál erősebbek, minél inkább foglalkozik a beteg a betegségével és akkor, ha tudja, hogy észlelik, ha orvos vizsgálja, szóval mindig akkor, a mikor az elmúlt veszély képzete az illető egyén figyelmi középpontjába kerül. Továbbá nevezetes bizonyíték az, hogy gyengeelméjű katona csak ritkán betegszik meg traumás neurosisban. Gyakorlati bizonyíték pedig az, hogy minél inkább foglalkoztatunk ilyen embert, annál inkább gyérülnek és gyengülnek betegségének tünetei. Mert ilyenkor, nem lehetvén a figyelmi mező középpontjában két képzet, a munkálkodás kapcsán keletkező képzetek elűzik a betegségre vonatkozó képzeteket.

A traumás neurosis lelki keletkezésének imént megkísérelt vázolója nem látszik messzeállónak attól a felfogástól, a melynek *Ferenczi Sándor* rendkívül szellemes cikkében adott kifejezést.<sup>1</sup> Szerinte ugyanis a traumás neurosis képe ugynevezett „conversió hysteria”, vagyis valamely affectusnak conversiója vagy átfordítása testi beidegzésbe. Míg azonban *Ferenczi* szerint a „trauma pillanatában éppen fennálló beidegzések” annak jelei, „hogy a nem tudatos lelki életben a (trauma okozta) affectusnak még mindig le nem perdült részei működnek”, a magam felfogása szerint a traumás neurosis körképe éppen az által keletkezik, hogy a beteg a traumát tudatosan előtérbe helyezi és a talált vagy veszélyeztetett testtájával vagy tájakkal kapcsolatba hozza. *Ferenczi* hypothesisa nem magyarázza meg azt a lehetőséget, hogy valaki csak napokkal vagy hetekkel a szenvedett trauma után betegszik meg egy e traumával feltétlen okozati viszonyban álló idegbajban. Ha *Ferenczi*-nek igaza volna, azt lehetne kérdezni, hogy hol voltak az „affectusnak még le nem perdült részei” a trauma és a betegség jelentkezése közötti napokon és hetekben? Ellenkezőleg azt hiszem, hogy a beteg az idegshock utáni napokon vagy hetekben eleinte kevésbé, később mindinkább — folytonos gondolkodás és töprengés által — betegségét mintegy kimélyítette és mind jobban figyelme középpontjába helyezte. Az itt adott magyarázat szerintem közelebb áll a valósághoz, mert lelki életünknek activ és jobban ismert részét, a tudatot hívja segítségül, míg *Ferenczi* a nem tudatot, tehát negativ és még nagyon kevésbé ismert elemet használ fel. Még egy érv használható az itt adott hypothesis javára, t. i. az a matematikai értelemben vett függvényeszerű összefüggés a betegség tünetei között egyrésztől és a túlértékelt képzet tudatos beállítása között másrésztől, a mennyiben a tünetek annál gyakoribbak és intenzívebbek, minél inkább tolnak az öntudatba a trauma esetleges következményeinek képzetei.

<sup>1</sup> *Ferenczi S. dr.*: Über zwei Typen der Kriegsneurose. Internat. Zeitschrift für Psychoanalyse, 1916/17, 3. füzet.

Közlemény a cs. és kir. 609. számú táborigorú kórházból. (Parancsnok: Apáti E. dr. cs. és kir. főorvos).

### A paratyphus-A epidemiológiájához.

Irták: *Gieszczykiewicz M. dr.* és *Neumann S. dr.* klinikai gyakornokok.

Ámbár *Gwyn* már 1898-ban megtalálta a paratyphus-A bacillust és *Schottmüller* 1899-ben a paratyphus-A-t mint önálló betegséget írta le, mégis a következő esztendőben alig emlékeztek meg erről a megbetegedésről, még pedig azért, mert a háború előtt a paratyphus-A állítólag nálunk a legritkább betegségek egyike volt. *Lehmann* szerint, a ki a paratyphus-A világitórodalmát 1916-ig állította össze, a monarchiában az első esetet 1903-ban közölte *Zupnik* és *Posener*. A második esetet 1909-ben *Bondi* figyelte meg Bécsben, a kinek egy gastro-enteritises beteg székéből paratyphus-A bacillust sikerült kitenyészteni. 1910-ben *Purjesz* Kolozsvárott észlelt egy paratyphus-A megbetegedést. Ezenkívül *Schweinsberg* szerint Brünneben még négy eset fordult elő. E szerint a háború előtt monarchiánkban az össz megbetegedések száma hét volt.

A háború első esztendejének irodalma nem emlékezik meg a paratyphus-A-ról. Csak a második esztendő vége felé, illetőleg a harmadik esztendőben kísérték a legnagyobb figyelemmel e betegség bakteriológiáját, epidemiológiáját és klinikáját. Kezdetben sokan nem választották szigorúan külön a paratyphus A és B körképét. Az egyes epidemiák leírásánál rámutattak ugyan arra, hogy A- vagy B-bacillus okozta a megbetegedést, de a bakteriologiai differentianak nem tulajdonítottak nagyobb jelentőséget. A két kórformát összezárták, a paratyphus-A- és -B-t a paratyphusos megbetegedések gyűjtőfogalma alatt tárgyalták, mert azon a nézetben voltak, hogy az A és B egyforma tünetekkel jár. E gyűjtőfogalom keretén belül különbséget tettek gastro-enteritis, enteritis, influenza paratyphosa, typhoid, paratyphus stb. között. Midőn azonban nagy mértékben szaporodott a megfigyelések száma, belátták ennek téves voltát és nyomatékosan rámutattak arra — így elsősorban *Lehmann* —, hogy a paratyphus-A-t biologiai sajátosságai, valamint epidemiologiai viszonyai miatt a legszigorúbban külön kell választani a paratyphus B-től. Ezután már valamennyi megfigyelő a paratyphus-A-t mint önálló, élesen körülhatárolt betegséget írta le.

Minthogy a paratyphus-A a háború előtt nálunk úgyszólván ismeretlen volt, ellenségeinknél azonban, különösen színes népeinknél, a gyakori megbetegedések sorába tartozott, valószínűnek látszott az a feltevés, hogy ezt a betegséget ellenségeink hurczolták be hozzánk. Ezt a nézetet főképpen *Lehmann* vallja, ki bizonyítani igyekszik, hogy nyugatról contact-fertőzés, délnyugatról és keletről pedig délről való felfelé hatolás útján jutott el hozzánk. Azonban ugyancsak ő „kellőképpen be tudta bizonyítani azt a tényt, hogy mindenütt a tropusokban és meleg éghajlatú országokban, a hol a paratyphus-A előfordulását kellő figyelemre méltatták, ennek a megbetegedésnek a typhosus betegségek között meglepően nagy elterjedését állapíthatták meg”. Azokban az országokban, a melyekben a vizsgálatok első éveiben paratyphus-A-t egyáltalán nem, vagy csak igen ritkán találtak, ezeknek száma azonnal jelentékeny mértékben emelkedett, mihelyt a vizsgálatok ennek a kutatására is irányultak. Így például igen tanulságosan mutatja ezt a japán haditengerészet statisztikája:

	Ty. abd.	Pty.-A	Pty.-B	Pty.-A %
1907	372	—	18	—%
1908	307	143	212	22%
1909	118	105	60	37%
1910	212	101	104	24%
1911	106	45	362	9%

Ha a legújabb irodalmat tekintjük és saját az utóbbi időben szerzett tapasztalatainkkal egybevetjük, azt látjuk, hogy *Lehmann* fenti szavait teljes mértékben vonatkoztathatjuk a mi viszonyainkra is, sőt egyes statisztikákban arra a feltűnő jelenségre akadunk, hogy a typhosus megbetegedések között a paratyphus-A és -B még akkor is messze túlszárnyalja a

typhus abdominalis számát, ha nem explosioszerűen jelentkező tömegfertőzésekről, hanem több hónap folyamán megfigyelés alá kerülő megbetegedésekről van szó. Így a háború harmadik esztendőjében Galambos typhusos betegeinek 75—80%-a paratyphus-A volt, Herz 4013 typhusos beteg között 1178 typhus abdominalist, 961 paratyphus-A-t, 1874 paratyphus-B-t látott. Mi az utóbbi hónapokban 73 typhusos beteget kezelünk. Ezek között 22, vagyis 30% typhus abdominalis, 37, vagyis 50% paratyphus-A és 14, vagyis 20% paratyphus-B volt.

Miben keressük ennek magyarázatát? Az egyes typhusos megbetegedések gyakoriságának megítélésakor mindenesetre tekintettel kell lennünk a védőoltásra, a mely a paratyphus-A-val való fertőződés lehetőségének esélyeit növelte, a melyben a katonák nagy részét typhus-abdominalis ellen relative immunizálta, paratyphus A-vaccinával ellenben csak legújabbban és nem mindenütt végeznek védőoltást. Még így is fel kell vetnünk azt a kérdést, jogosult-e azt az álláspontot elfogadnunk, hogy a paratyphus-A-nak ily nagy mértékben való elterjedését egyedül azzal magyarázzuk, hogy ellenségeink délről hurczolták be hozzánk. A paratyphus-A megbetegedések absolut és percentualis számának rohamos megnövekedése a legtöbb statisztikában aligha magyarázható meg tisztán epidemiológiai okokkal. Feltűnő, hogy mindaz, a mit Lehmann a dél typhusos megbetegedéseiről mond, a mi viszonyainkkal is analógiába hozható és így közelfekvő az a feltevés, hogy ránk is vonatkoztatható az a tény, hogy a paratyphus-A a háború előtt csak azért volt látszólag ritka megbetegedés, mert felismerésére nálunk kellő figyelmet nem fordítottak és ott, a hol előfordult, typhus abdominalisnak tartották. Ha a két betegség bacteriológiáját és klinikáját összehasonlítjuk, e feltevés valószínűségét nem tagadhatjuk.

Míg a paratyphus-A és -B kórképét külön nem választották és „paratyphus” czímen nemcsak a paratyphus-A-t, hanem főképpen a gyakran rendkívül változatos, lefolyásában igen szeszélyes paratyphus-B-t is tárgyalták, természetesen igen sok differentialdiagnostikai tünetet emeltek ki az abdominalis és paratyphus között. A mióta azonban valamennyi szerző a paratyphus-A-t, mint sui generis megbetegedést írja le, mindannyian megegyeznek abban, hogy kevés kivétellel a paratyphus-A-nak „typhoid” karaktere van. Ha pedig nem igyekezünk minden áron differens symptomákat találni, akkor azt mondhatjuk, hogy a paratyphus-A klinikai lefolyása nagyjában megfelel a paratyphus-B-ének.

Valamint a paratyphus-A-bacillus csak egyes finomabb biológiai árnyalatokban különbözik a B-bacillustól, úgy a klinikai képben mutatkozó különbségek is csak kiscokúak. Egyetlen egy klinikai tünet sincsen, a mely biztos differentialdiagnosist tenne lehetővé és minden megfigyelő véleménye szerint bacteriológiai-serológiai vizsgálatok nélkül a paratyphus-A-t a -B-től megkülönböztetni nem lehet.

Minden bizonynyal vannak bizonyos differentiák a tünettanban és körlefolásban, annál is inkább, mert itt két körülményt kell figyelembe vennünk: az utóbbi években, még a védőoltás korszaka előtt, megfigyelhetjük azt, hogy a klasszikusan typhusos abdominalis a kivételek közé tartozik, másfelől a paratyphus-A általunk észlelt klinikai képének különösebb sajátosságai nem gyakoriak, úgy hogy ezért is nagyon valószínűnek kell tartanunk azt, hogy a régebben észlelt „atypusos abdominalisok” egy része tulajdonképpen paratyphus-A volt. Ehhez járult a háború alatt az összes katonákon szigorúan keresztülvitt védőoltás, a mely még elmosódottabbá tette a typhus kórképét.

Ha a két betegség tünettanát és lefolyását röviden összehasonlítjuk, a következő eredményre jutunk:

A paratyphus-A az esetek túlnyomó többségében könnyű abdominalis képében folyik le, Schottmüller-nek azonban csak részben volt igaza abban, hogy a paratyphus-A-t közép-súlyosságú, sajátos vonások és complicatiók nélküli hastyphusnak tüntette fel. Bár mások is észlelték több járványban ezt a könnyű kórképet és ennél fogva súlyos typhusos tünetek fennállásánál a paratyphus A-t kizárhatónak gondolták,

az utóbbi idők gazdag tapasztalata megtanított arra, hogy a paratyphus-A-ban is előfordulhatnak súlyos és legsúlyosabb alakok halálos kimenetellel (Galambos, Frenzel, Kaliebe, Mayerhofer, Loewenthal). Mi is láttunk oly eseteket, a melyek semmiben sem különböztek a legsúlyosabb abdominalistól: súlyos status typhusos somnolentiával és deliriumokkal, egy esetben hosszabb időn át fennálló inanitiós psychosissal stb. Az utóbbi hónapokban észlelt 37 eset közül 26 a hastyphus képében folyt le, úgyszólván annak minden jellemző tünetével, a mely tüneteket az ugyanakkor kezelésünk alatt álló typhus abdominalisokban nem találtuk, úgy, hogy több esetben a paratyphus-A az abdominalis klasszikus alakját mutatta.

A legnagyobb differentialdiagnostikai jelentőséget a lázmenetnek kell tulajdonítanunk. Legtöbben a remittáló, kis maximalis temperaturákkal continua nélkül járó láztypust írják le jellemzőnek. A láz többnyire rövidebb ideig tart, mint a hastyphusban, csak hogy ezt sem lehet általánosítani. Legtöbb betegünknek typhusos typhusos láza volt magas continuával, mely egy esetben 6 hétig tartott. Néha hosszadalmas stadium amphibolum állott fenn. A reconvalescentiában némely esetben makacsul több héten át elhúzódó subfebrilitást mi is észleltünk.

Felújulások és visszaesések látszólag mindkét betegségben egyformán gyakoriak.

Némely megbetegedésben a roseolák minőségét, localitóját és számát differentialdiagnostikai tünetként értékesíthetjük. Számos roseola, mely a végtagok felett is sűrűn el van szórva, paratyphus-A mellett szól, de természetesen nem zár ki abdominalist, viszont a roseolák száma kevés is lehet, sőt — eseteinkben csak kivételesen — teljesen hiányozhatnak is. Nagyságukban és alakjukban is észlelhető bizonyos különbség: a paratyphus-A roseolái, különösen akkor, ha nagy számmal jelentkeznek, kisebbek, kevésbé infiltráltak és halványabbak, mint az abdominalis roseolái.

A vérkeringési szervek viselkedése (pulsus-lassúbbodás, dicrotia, a reconvalescentiában a szív működés nagyfokú labilitása) mindkét betegségben egyforma. Épp oly kevéssé találunk különbséget a többi cardinalis tünetben, mint a nyelv bevontságában, a lépnagyobbodásban, a diazoreactióban és a betegség harmadik hetében megjelenő urobilinogenuriában. Az emésztési szervek súlyosabb affectióját, a mint azt mások észlelték, csak paratyphus-B-ben láttuk.

A vérkép, a melyet minden esetben pontosan ellenőriztünk, semmiben sem különbözött az abdominalisétól: a leukopenia, az eosinophilok és lymphocyták viselkedése mindkettőben azonos.

Megemlítendő még a minden esetben kimutatható vesebántalom. A megbetegedés második vagy harmadik hetében, néha későbbben is albuminuria jelentkezett, mely egyes esetekben eléggé jelentékeny volt ( $1/2$ — $1\frac{1}{2}$ / $100$ ), az üledékben számos vörös véresejt volt kimutatható, egy ízben haemoglobincylinderek is, azonban sohasem vesealakelemek. A vesebántalom mindig jóindulatú volt. Néhány nap mulva — bár a láz továbbra is változatlanul fennállott — megszűnt a fehérjekiválasztás. Veseelégtelenség tünetei sohasem mutatkoztak.

A két megbetegedés klinikai megjelenése tehát a legtöbb esetben alig különbözik egymástól és ezért jogosult az a feltevés, hogy a háború előtt nálunk a paratyphus-A-t ott, a hol előfordult, hasonló klinikai tünetei miatt abdominalisnak nézték.

Megkülönböztetésük, mint már említettük, csupán bacteriológiai és serológiai vizsgálatok alapján lehetséges, csak hogy ezeket főképpen kórházakban végzik, a hová a megbetegedetteknek csak kis része jut, azután meg nem is minden kórházban történnek ilyen vizsgálatok. De még ezek sem vezettek mindig a helyes útra a következő okokból.

A fermentatív módszerek csak kevés támpontot nyújtanak a typhus abdominalis és paratyphus-A-bacillus megkülönböztetésére. A szőlőcukortartalmú táptalajokon való gázképzés jön elsősorban tekintetbe. E téren a paratyphus-A-

bacillus viselkedése közel áll a B-bacilluséhoz, míg a többi használatos táptalajon (*Endo, Conradi-Drigalski*, lakmussavó, tej stb.) ugyanúgy tenyészik, mint a typhus abdominalis bacillusa. Az is savtermelő, ellentétben a paratyphus-B-vel, mely alkalitermelő.

Sokkal könnyebben sikerül a differentálás serologiai módszerek segélyével. Itt megjegyzendő, a mire már *Schottmüller* és *Lehmann* is rámutatott, hogy nálunk a háború előtt a paratyphus-A állítólagos ritkaságára való tekintettel a vérből vagy székletből kitenyésztett bacillust vagy egyáltalán nem, vagy csak ritkán próbálták A-serummal agglutinálni. A müncheni vizsgálóállomás eljárása, a melyre *Lehmann* hivatkozik, a melyben minden ily esetben mindhárom serummal végeznek agglutinációs próbákat, máshol minden bizonnyal nem tartozott a mindennapos eljárások közé.

Azonban az agglutinációs próba is félrevezethet főképpen két tünemény, az *együttagglutinálás és serumállóság* miatt. Paratyphus-A-törzsek együttagglutinálása typhus-immunserummal sokkal gyakrabban fordul elő, mint paratyphus-B-serummal. Az általunk izolált és feldolgozott 27 paratyphus-A-törzs közül csak 11-re (41%) nem volt befolyással a typhus-immunserum 1:40-es hígításban, míg a többi 16-ot 1:40—1:160-as hígításban együtt agglutinálta. Ezzel szemben csak 3 törzsnél állt be igen gyenge együttagglutinálás 1:40-es hígítású paratyphus-B-serummal. (Valamennyi serum a bécsi cs. és kir. serotherapeutikai intézetből származott. A typhus-immunserum títere 10.000, a paratyphus-B-é 64.000 volt.)

A paratyphus-A-betegek vérsavója szintén sokkal gyakrabban agglutinálja együtt a typhus, mint a paratyphus-B-bacillusokat. 37 esetünkben a typhus-bacillussal végzett *Widal*-nak títere három ízben oly nagy volt, mint a paratyphus-A-bacillusé, 24 esetben paratyphus-A-val nagyobb volt, mint typhus-szal, 4 esetben magas paratyphus-A-titer mellett typhus-szal teljesen negatív maradt. 10 betegünkön azonban azt a paradox jelenséget észlelhetjük, hogy a *Widal*-agglutinációs titerük typhus-szal sokkal magasabb volt, mint paratyphus-A-val, különösen a megbetegedés kezdeti szakában, úgy, hogy *diagnosisunk, ha lényegileg a pozitív Widal-ra támaszkodott volna, nem paratyphus-A, hanem typhus abdominalis lett volna.* Ezekben az esetekben a paratyphus-A-bacillusnak a vérből vagy székletből való kitenyésztése óvott meg a hamis diagnosztól. Igaz ugyan, hogy a további észlelés folyamán azt láttuk, hogy a beteg savójának a paratyphus-A-val való eredetileg alacsony títere a betegség előrehaladásával többnyire emelkedett, míg a typhus-szal való titer csak kisfokú ingadozásokat mutatott, többnyire csökkenő értelemben. A paradox viselkedést elsősorban a két bacillusfaj közeli rokonságával, másfelől a védőoltással kell megmagyaráznunk, a melynek következtében a legtöbb katona vére bizonyos mennyiségű typhus-antitestre tesz szert, a mely antitestek paratyphus-A-val fertőzés esetén megszorodhatnak és a vizsgálatkor előtűnnek.

A paratyphus-A-bacillus másik tulajdonsága, a mely a helyes kórismét lényegesen megnehezíti és a mely gondos vizsgálat esetén is tévedésre adhat alkalmat, a *frissen izolált bacillus aránylag gyakori serumállósága.* Az általunk észlelt járványban a paratyphus-A-törzsek több mint negyedrészt közvetlenül kitenyésztésük után a specifikus immunserum nem agglutinálta. Ezt a magatartásukat a következő tábla illusztrálja, a melyben ugyanazon törzseknek agglutinációs títere közvetlenül izolálásuk és mesterséges táptalajon való többszöri átoltásuk (6–8 ízben) után van feltüntetve. Könnyen érthető, hogy ez a körülmény mennyire megnehezíti a diagnoszt, különösen székvizsgálatokkor, midőn a próba-agglutinatio cserbenhagy és csak az összes gyanus coloniák körülményes többszöri átoltása vezet a helyes körjelzésre.

Ebből az összeállításból látható, mily frappáns a friss és az átoltott törzsek agglutinabilitásának a különbsége. *Két esetben a titer 0-ról 5000-ig emelkedett!*

Eseteink diagnosztát többnyire pozitív vércultura alapján állítottuk fel, csak egyes betegeknél, a kik megbetegedésük későbbi stadiumában vagy mint reconvalescensek kerültek

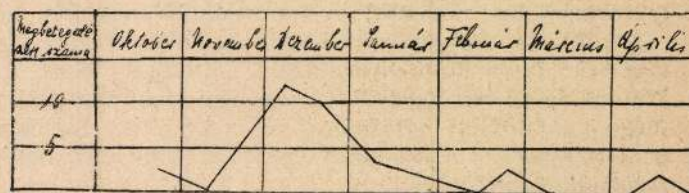
A bacillus-törzs neve	A friss törzs			A többszörösen átoltott törzs		
	agglutinációs títere					
	Ty.-szal	Pty. A-val	Pty. B-vel	Ty.-szal	Pty. A-val	Pty. B-vel
R. M.	40	—	—	40	2500	—
T. E.	40	320	—	40	1200	—
T. St.	160	40	—	—	1200	40
D. J.	80	80	—	—	1200	—
J. F.	40	80	—	—	2500	—
Kl. J.	—	3200	40	—	—	—
H. J.	—	1200	—	—	—	—
Tr. V.	—	—	—	—	3200	—
T. Z.	—	2500	—	—	—	—
S. K.	—	2500	—	—	—	—
V. J.	40	1600	—	—	—	—
W. J.	40	++ 640*	—	—	—	—
V. E.	40	320	—	40	5000	—
L. J.	40	1200	—	—	—	—
S. E.	—	—	—	40	5000	—
K. K.	—	80	—	40	5000	—
M. J.	—	1200	—	—	—	—
Fr. O.	80	640	40	—	—	—
Arv. J.	40	1200	—	—	—	—
T. G.	40	640	—	—	—	—
Hul. V.	40	1200	—	—	—	—
Ru. M.	—	—	—	40	5000	—
V. G.	40	1200	—	—	—	—
Ko. St.	80	2500	40	—	—	—
Köv. G.	—	2.00	—	—	—	—
N. B.	—	2500	—	—	—	—
G. J.	160	5000	—	—	—	—

\* Kivételesen nincs pontosan kitérítve.

hozzánk, vagy a kiket rövid kórházi tartózkodás után tovább kellett küldenünk, szorítottunk csupán a székletvizsgálatra és csak kivételesen (4 esetben) támaszkodtunk kizárólag a pozitív *Widal*-ra.

Az izolált törzseket specifikus typhus, paratyphus-A és paratyphus-B-serummal pontosan kitérítettük, továbbá *Endo*-, *tej*-, *lakmus-savó*-, *szőlőcukoragar*- és *szőlőcukor-bouillon* táptalajokon vizsgáltuk, egyeseket *Löffler*-féle zöldoldatokban is. *Endo*-n szintelenül nőttek, a lakmus-savót ibolya- vagy halvány-vöröses színűvé változtatták, a tejet változatlanul hagyták, szőlőcukor-agon és bouillonban gázt termeltek, *Löffler*-oldatokban pedig úgy viselkedtek, mint a typhus-bacillusok. A reconvalescentiában meglehetősen gyorsan tűntek el a székletből, csak 5 esetben lehetett őket egy hónapnál tovább benne kimutatni.

A megbetegedések számszerű lefolyását járványunkban a következő görbe mutatja:



Az epidemia főleg egy hadosztályra terjedt ki, mely a háború kezdete óta a keleti fronton harcolt. Innen 24 eset, tehát a megbetegedések kétharmada került ki, míg egy harmada a szomszédos osztagokra jutott. A járvány vége felé egy megbetegedés a polgári lakosság körében is jelentkezett. A járvány lefolyása contact-fertőzés mellett szől, nem támadt explosioszerűen. A megbetegedések lassú egymásutánban következtek, görbéjük állandó emelkedést mutat, december elején eléri a legmagasabb pontját, azután eleinte lassan, később meredeken esik le. Január óta csak szórványos megbetegedések fordultak elő.

Az elmondott tények alapján tehát valószínűnek állítjuk azt, hogy a paratyphus-A a háború előtt nálunk nem

volt az a ritka megbetegedés, a melynek feltüntették. Klinikai és bacteriologiai magatartása valószínűvé teszi, hogy a paratyphus-A megbetegedések nagy részét typhus abdominalisnak nézték (azonos klinikai kórkép, együtttagglutinálás, serumállóság). A háborúban való elszaporodása, nem tekintve azt, hogy valamint a többi fertőző betegségnek, úgy a paratyphus-A-nak az elterjedését is elősegítették a háború kedvezőtlen egészségügyi viszonyai, csak látszólagos, a minek oka a paratyphus-A-nak immár helyes felismerésében rejlik.

Közlemény a székesfővárosi Szent Gellért-kórházból. (Osztályos főorvos: Hasenfeld Artur dr., törzsorvos, egyetemi magántanár.)

### A dysenteriának formalin-beöntésekkel való kezeléséről.

Irta: Schiff Ervin dr.

Ezen a helyen csak röviden óhajtok beszámolni amaz eredményekről, a melyeket a dysenteriának formalin-beöntésekkel való kezelésekor tapasztaltam.\* A formalin alkalmazására a következő megfontolások vezettek. A mint ismeretes, a formalin egyike a legerélyesebb desinfiencienseinknek. A formaldehyd vizes oldatai fejlődést gátló és bactericid hatásúak. Ismeretes továbbá, hogy a formalin a fehérjéket megalkotja. Adstringáló hatásának ez az alapja. E sajátságok alapján már tisztára elméleti megfontolások útján is kedvező therapiás eredmény volt várható. A bacillaris dysenteria ugyanis az esetek túlnyomó részében csaknem kizárólag a vastagbélre, igen gyakran annak alsó részére, a sigma-bélre lokalizált megbetegedés. A kórbonczológiai képet epithelialis affectiók dominálják. A kóros folyamatnak ez a localisatiója igen kedvező körülmény a helyi kezelésre nézve. A formalinnak bactericid hatása révén a kórokozó elpusztítása volt elvárható. Fehérjeelvasztó sajátsága pedig valószínűvé tette, hogy magának a bélfalnak kóros elváltozásait is kedvezően fogja befolyásolni. Indokolt volt az a feltevés, hogy a fekélyek felületén coagulatiós réteg fejlődik, a mely azután, bizonyos határok között, mintegy védőbástya szerepel chemiai, mechanikai és bacterialis insultusokkal szemben. A formalinnak a szervezetre való káros hatásától nem volt mit tartani, minthogy ismeretes, hogy a formaldehyd a szervezetben legnagyobb részben H<sub>2</sub>O és CO<sub>2</sub>-vé ég el és csak igen csekély mennyiségben kerül részben változatlanul, részben pedig mint hangyasav kiválasztásra.

Mikor 1917 nyarán a dysenteria Budapesten járvány-szerűen jelentkezett, nagy számmal kerültek az esetek kórházunkban felvételre és ily módon bőséges alkalom nyílt az említett eljárás kipróbálására. Az esetek legnagyobb részében a Shiga-Kruse-bacillus szerepelt mint kórokozó.

A hivatalos formalin-oldatból 1%-os oldatot készítettem (0.4% formaldehyd-tartalom) és ez oldatból naponta kétszer, délelőtt és délután, körülbelül 1/2 liter mennyiséget alkalmaztunk beöntések formájában. Mindjárt előre kell bocsátanom, hogy betegek a beöntéseken kívül semminemű más therapiában nem részesültek. Csupán friss esetekben adtunk a betegeknek a kórházba való felvételük első napján egy pohár karlsbadi vizet.

Több mint 70 ama betegeknek a száma, a kiket ez eljárással kezeltem. Azt találtuk, hogy a dysenteria könnyű eseteiben a véres székek rendszerint már a második, illetve harmadik kezelési napon elmaradtak, a 4.—5. napon rendes pépes, a 6. napon pedig az esetek nagy részében már rendes consistentiájú széket jelentkezett. A középsúlyos esetekben is a 2.—5. kezelési napon megszűnt a véres széket, a 4.—7. nap között pépes, 14 napon belül pedig normalis consistentiájú volt a széket. Vannak ugyan, bár kis számmal, olyan eseteink is, a melyekben normalis consistentiájú széket csak későbbben jelentkezett. Súlyos eseteinkben az

esetek nagy részében a 3.—4., néhány esetben az 5.—6. kezelési napon maradt el a véres széket. Az 5.—10. kezelési napon a széket pépes, két héten belül pedig ez esetekben is rendes consistentiájú volt.

Csaknem azt lehet mondani, hogy a formalin-kezelésnek ez a hatása egész szabályszerűen mutatkozik. Kivételt bizonyos esetekben csupán fiatal gyermekek és még inkább idős egyének tesznek. Az a körülmény, hogy gyermekeken a formalin hatása az esetek egy részében nem következik be olyan prompt módon, mint felnőtteken, bizonyos physiologiai viszonyokban leli a magyarázatát. Ismeretes, hogy a fiatal gyermekkorban a béltractus a legkülönbözőbb insultusokkal szemben mennyire érzékeny. Nemcsak direct ártalmakra, hanem a mint a mindennapos gyermekorvosi tapasztalat mutatja, még indirect ártalmakra is — parenteralis infectiók — kóros működéssel reagál. Egyrészt ez a körülmény, másrészt pedig az, hogy gyermekek gyakran nem tudják még rövid időre sem a beöntést visszatartani, elegendőképpen magyarázzák az előbb mondottakat. Idős egyénekben a resistentiának erősebb csökkenése kell hogy erre vonatkozólag magyarázatul szolgáljon.

Teljesen tisztában vagyok vele, hogy mennyire helyénvaló az óvatosság valamely therapiás eljárás megítélésékor. Napról-napra tapasztalhatjuk az irodalomban, hogy egy és ugyanazon szerről vagy gyógyeljárásról mennyire megoszlanak a vélemények. Alapjában véve azonban ezt legkevésbé sem tartjuk csodálatosnak. Csak arra kell gondolnunk, hogy a betegség maga mindig különböző, részben ismert, sokkal inkább azonban még ismeretlen componensek resultánsa. És ha ezt megfontoljuk, akkor könnyen érthető, hogy például valamely fertőző betegségnek jelentkezését, az esetnek súlyosságát nem egyedül maga a kórokozó determinálja és ez alapon megértjük azt is, ha azt a bizonyos betegséget nem lesz módunkban egy és ugyanazon eljárással mindig azonos módon befolyásolnunk. Ha már szívgyengeségben vagy cachexiás stadiumban levő dysenteriás betegek kerülnek kezelésünk alá, akkor elveszítjük ezeket az eseteket igen gyakran még akkor is, ha a dysenteriának klinikai manifestatióit, a gyakori véres-nyálkás székeket, tenesmusokat sikerül is megszüntetnünk.

Röviden összegezve az elmondottakat, azt tapasztaltuk, hogy *acut dysenteria* eseteiben a véres székek már a formalin-kezelés első napjaiban megszűnnek, a beteg közérzete megjavul, a tenesmusok és a székek száma csökken. Az, hogy a beteg megbetegedésének hányadik napján került kezelésünk alá, tapasztalataink szerint nem befolyásolta a gyógyulást, illetőleg a gyógyulási időtartamot. Mindaddig, a míg a székek nyálkások voltak, naponta kétszer, azután pedig csak egyszer napjában alkalmaztuk a beöntéseket. Befejeztük a kezelést pedig akkor, ha a formalin-beöntés a betegnek már semmi érzékenységet nem okozott. Kellemetlen oldala ennek az eljárásnak egy ideig az volt, hogy a beöntés az esetek egy részében, még pedig a kezelés első napjaiban, többé-kevésbé intenzív fájdalmat okozott. A fájdalmak intenzitása minden valószínűség szerint összefüggésben áll az anatómiai elváltozások súlyosságával. Emellett szól egyrészt az a körülmény, hogy a gyógyulással párhuzamosan a beöntések fájdalomossága egyre csökken, másrészt pedig az a tapasztalattunk, hogy az ép béltractusban a formalin semminemű érzékenységet nem okoz. Az elmondottak alapján tehát a kóros elváltozások gyógyulására következtethetünk akkor, ha a formalin-beöntést teljesen fájdalomtalanul tűri el a beteg.

Utóbbi időben a beöntéseknek főleg az első kezelési napokon észlelt fájdalomosságát teljes mértékben sikerült kiküszöbölnöm azzal, hogy a formalin-beöntés előtt 1/2%-os novocain-klysmát alkalmazok.

Végül még csak azt kívánjuk megjegyezni, hogy ezideig az ily módon kezelt betegekben recidiva nem jelentkezett.

\* A közlemény egész részletességgel a Wiener klinische Wochenschrift-ben fog megjelenni.

Közlemény a szabadkai cs. és kir. tartalékkórház megfigyelő állomásáról.

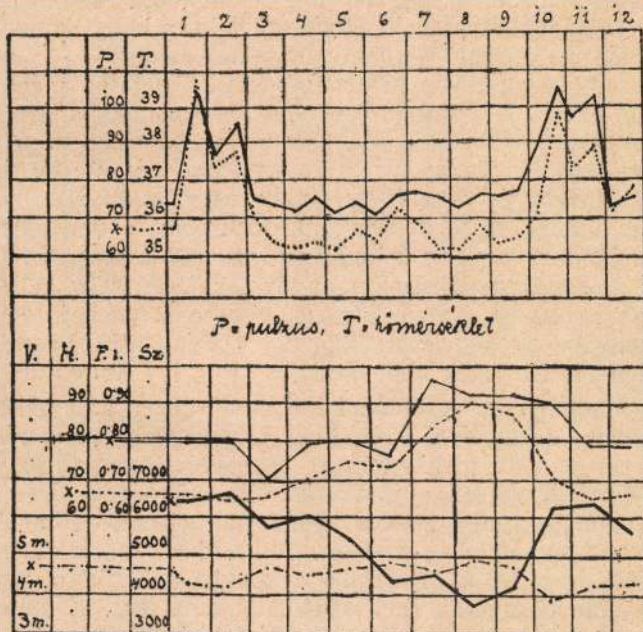
### Észrevételek a visszatérő lázról.

Írta: *Halmi István* dr., osztályvezető főorvos és *Szántó János* e. é. önk. orvostanhallgató.

Az évek folyamán hol elszórtan, hol — mint legutóbb is folyó évi február havában — nagyobb számmal megfigyelés, illetőleg gyógykezelés alá került febris recurrensben szenvedő katonák legnagyobb része egy a kezdeti szakában levő typhus abdominalis és malaria körtüneteinek keveredéséből adódó kórképet mutatott. A serologiai és bacteriologiai vizsgálatok hamarosan kizárták mindkettőt, bár spirochaeta az esetek 8 százalékában nem volt kimutatható.

Ha a körtünetek nagyjában egyeztek is az általános felfogás szerint a visszatérő lázat jellemző tünetekkel, a pontosabb klinikai észlelések és áttekintő haematologiai vizsgálatok mégis egymással ugyan egyező, de a közfelfogástól többé vagy kevésbé eltérő eredményre vezettek, nem is annyira klinikai, mint inkább haematologiai szempontból.

Majdnem minden esetben a következő ismert tünetek uralkodtak a kórképen: a látható nyálkahártyák többé-kevésbé elötünő vérzése, száraz, sokszor véres pörkökkel szegélyezett, fehér lepedékkel bevont nyelv, meteorismusos has, ritkábban gyöngén oedemás alsó- és felsővégtagok, rythmusos pulsus (arhythmia csak egy-két esetben fordult elő, az oka fennálló myocarditis volt), a szív felett systolés zörej, felületes légzés. A tüdőben vagy egyáltalán nem, vagy csak mérsékelt centralisan fekvő hurut volt. Minden reflex fokozott, az egész testre kiterjedő hyperaesthesia állott fenn. Icterus majdnem minden esetben volt, de a súlyos eseteket kivéve, csak a legérzékenyebb epefesteny-próbával (*Huppert-féle*) kimutatható nyomokban. A legkülönösebbnek a lép és a máj viselkedése tűnt fel. A tájak érzékenysége mellett soha sem kopogtatással, sem tapintással erősebb megnagyobbodásuk nem volt megállapítható, még a legsúlyosabb, úgynevezett *biliosus typhoid* alakban (*Griesinger*) sem, úgyhogy egy esetben sem érték el a malaria egyes fajaiban közönséges megnagyobbodást.



18 észlelt esetből kombinált görbék. — V = vörös vértest. H = haemoglobin. F. i. = fest index. Sz = szintelen vérs.

Minden egyes esetben végeztünk vérképvizsgálatot, még pedig láz előtt, láz közben és láztalan időben, neosalvarsan-injectiók után és később az üdülő időszakban. A vizsgálat kiterjedt a vörös és szintelen vörsejtek mennyiségi és minőségi változásaira és a haemoglobin egyidejű meghatározására. Egyéb tulajdonságok vizsgálata, mint a milyen a belső surlódás (viscositas), a vezet- és oxygenelnyelő-képesség stb. technikai okok folytán lehetetlen volt. A vörös vörsejtek az

uralkodó felfogással szemben soha olyan mérvű csökkenést nem mutattak, mint általánosan mondják. A betegség egyes szakaszaiban többszörösen végzett sejtszámlálások eredményeként 3,630.000—5,000.000 közt ingadoztak, morphologiailag csak elenyészően csekély elváltozást mutattak. Egy esetben találtunk magvas vörös vörsejtet a második roham tetőpontján vett vérben; ugyane vér néhány mikrocytát és kevés poikilocytát tartalmazott. Néhány esetben (láztalan szakban) csekélyszámú polychromatophil erythrocytát. A vérlemezek (thrombocyták) minden esetben megnagyobbodott számúak voltak jelen. A haemoglobin állandóan a normalis alá süllyedt (47—79) (általánosan észlelt vizsgálati eredmény), úgy hogy a festődési index mindig egynél kisebb volt. A mi a szintelen vörsejtekkel illeti, számbeli arányuk görbéje még a normalisnak is inkább a minimumához, mint maximumához hajlott. A betegség lefolyása alatt eseteinkben nemhogy nagyfokú, de semmiféle hyperleukocytosisnak nyoma sem volt. A szintelen vörsejtek számbeli viselkedése egészében és részleteiben nagy hasonlatosságot mutatott az orosz járványok idején észlelt eredményekhez (*Sawtschenko* és *Malkich*<sup>1)</sup>), még pedig a normalistól el nem térő számot, úgy hogy inkább leukopeniáról (*Kowarszky*<sup>2)</sup>), mint leukocytosisról beszélhetni. Az a jellegzetesség koránt sincs meg, mint a mit pl. a febris wolhynica (*His-Werner-kór*) tüntet fel, a hol a szintelen vörsejtek összes száma a polynukl. neutrophil. leuk. görbéjével együttesen feltünő szabályszerűséggel követi a lázemelkedés és lázsülyedés görbéjét, miközben a lymphocyták szám-görbéjét éppen keresztezi (*Benzler*<sup>3)</sup> *Jungmann* és *Kucynszky*<sup>4)</sup> és azonos eredményű saját vérvizsgálataink). A febris recurrens egész vérképe körülbelül egyezik a malaria egyes fajaiban talált vérképpel, a különbség csak ott van, hogy a malariás vér a vörös vörsejteknek és a haemoglobinnak sokkal nagyobbfokú szegénységét mutatja. A visszatérő-lázás beteg vére a láztalan időszakban elhanyagolható, csekély lymphocytosist nem számítva, qualitativ eltérést ad a lázas állapotban, tudniillik ilyenkor kóros alakok is megjelennek, így myeloblastok, *Türk-féle* izgalmi sejtek kisebb-nagyobb számmal (0.41—1.68%). Különös figyelmet érdemel, hogy ezek a kóros sejtalakok csak a láz idején és csak a spirochaeták egyidejű jelenlétekor mutatkoztak, annál inkább, mert következtetést enged arra, hogy csak a spirochaeták kiözönlésével, vagyis a lép és csontvelő izgalmi állapotában jelennek meg az áramló vérben. Megerősíti ezt az a körülmény, hogy egy esetben, mely halállal végződött, a legmagasabb lázroham idején (41.6° C) ismételt vizsgálattal sem volt intra vitam spirochaeta kimutatható, de éppen úgy kóros, szintelen vörsejtalak sem. És hogy csakugyan f. recurrensben mult ki az illető, azt a klinikai tünetek mellett a vörös csontvelőben, de különösen a lépben található nagyszámú spirochaeta tanúsította. (A spirochaeták vitalis alakjuktól eltérőleg erősen csavarodott, szabálytalanul görbült, duzzadt alakot és kuszált hálózatot mutattak.)

Olyanfokú eosinophilia, mint azt *Fejes*<sup>5)</sup> észlelte, a betegség semmiféle időszakában nem került megfigyelés alá. Egyáltalán, tekintet nélkül az esetek súlyosságára vagy enyhébb lefolyására, a polynukl. neutr. leuk. és lymphocyták számbeli eltolódása túlkicsiny ahhoz, hogy még csak viszonylagos polynukleosissról vagy lymphocytosissról is beszélhetnének.

A mi a spirochaetáknak a vérben való megjelenését és abban való kimutathatóságát illeti, ez mindig könnyebben sikerült az első lázroham idején és úgy ebben, mint az ezt követő második, esetleg harmadik rohamban is mindig, a tetőpont utáni, de a perturbatio critica előtti időben. Úgy hogy megtörtént nem egy esetben, hogy a lázroham első felében negatív volt úgy a *Giemsa*-, mint a *Burri-féle* tuskészítmény, a fentnevezett szakban ellenben positiv.\*

\* Megpróbáltuk a *Weil-Felix-reactiót* X<sub>19</sub> törzsszel, de minden esetben úgy a lázas, mint a láztalan állapotban negatív eredménnyel. A *Pfeiffer-féle* agglutinációt az előírás szerint kíséreltük meg, még pedig oly módon, hogy egy láztalanná vált recurrens-beteg vérsavójának egy cseppjét egy lázasával kevertük. A spirochaeták szobahőmérsékleten 2—2½ óra múlva váltak mozdulatlaná, illetve mentek tönkre a specifikus bacteriolysis folytán.

Az összes esetekben, 6—7% kivételével, adtunk neosalvarsant, a nem kezelt esetek ellenőrzésül szolgáltak. A neosalvarsan intravenás injectióinak kiváló hatása minden vitán felülállónak látszik, mégis 3 esetben a második roham idején adott 0.6 gramm neosalvarsan hatástalannak bizonyult; nem számítva azt, hogy a roham, erősségéből nem engedve, még 48 óráig fennállott s a spirochaeták a vérből nem tűntek el, ketten közülük a harmadik rohamot is elszenvedték. A harmadik roham idején még adott 0.3 gramm neosalvarsan hatása azonban egészen olyan volt, mint az összes, kivételt nem tevő esetekben: a spirochaeták rövid időn belül eltűntek, a láz kritikusan a normalis alá süllyedt (35.5—36° C), a kórtünetek elhalványodtak a betegek erős izzadása közben. Az egy meghalt beteg, a ki a biliosus typhoid súlyos kórképét viselte magán, a halál előtt 12 órával kapott egy 0.6 gr.-os neosalvarsan-injectiót, minden látható hatás nélkül.\*\*

Sajnos, a *Giemsa*<sup>6</sup> által bevezetett *arsalyt*-et (bismethylaminotetraminoarsenobenzol) nem lehetett kipróbálni beszerzésének nehézsége miatt. A spirillosisok egyes fajainak kezelésében elért kiváló hatásáról különösen *Werner*<sup>7</sup> és *Hahn*<sup>8</sup> számol be. *Mühlens*<sup>9</sup> és *Kostoff*<sup>10</sup> a febris recurrens gyógyításában a neosalvarsan-nal „legalább” is egyenrangú chemotherapeuticumnak mondja. Ugyancsak a fenti okok miatt kellett mellőzni az *optochin* (aethylhydrocuprein, *Morgenroth*) esetleges kipróbálását is.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Sawtschenko-Malkich*: Annal. de l'Institut Pasteur, XV., 1901, 7. sz. (*Leyden és Klemperer*: Die deutsche Klinik II. köt. után idézve). — <sup>2</sup> *Kowarsky*: Chem.-mikr. und bakt. Taschenbuch, 1917, 4. kiadás. — <sup>3</sup> *Benzler*: Münch. med. Wochenschrift, 1915, 28. sz. — <sup>4</sup> *Jungmann és Kucinszky*: Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 12. sz. — <sup>5</sup> *Fejes*: Orvosképzés, 1916, 4. sz. — <sup>6</sup> *Giemsa*: Münch. med. Wochenschrift, 1913, 20. sz. — <sup>7</sup> *Werner*: Arch. f. Schiff- und Trop.-Hyg., 18., 1914, 146. oldal, 5. melléklet — <sup>8</sup> *Hahn*: Hamburger Aerztekorrespondenz, 1914, 6. sz. — <sup>9</sup> *Mühlens*: Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 37. sz. — <sup>10</sup> *Kostoff*: Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 37. sz.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem 3. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., egy. ny. r. tanár.)

### Az indigocarmin-injectio technikájához.

Közli: *Mező Béla* dr., műtősebész, urológus rendelőorvos.

Általánosan ismert dolog, hogy a veseműködés meghatározásának egyik legelterjedtebb módszere az indigocarmin adása. Az eljárás abban áll, hogy felnőtt embernek 0.08 gr. indigocarmin fecskendezünk be intramuscularisan és megfigyeljük az indigocarmin kiürülési viszonyait. Rendes körülmények közt a beadott indigocarmin 8—10 perc múlva jelenik meg a vizeletben és azt sötétkékre színezi. Ha a vesék betegek, az indigocarmin később jelenik meg a vizeletben, a kék szín erőssége pedig a betegség fokának megfelelően csökken, úgy hogy súlyos esetekben a vizelet csak zöldes-kékesen ürül, vagy egyáltalában nem is színeződik meg. Azáltal, hogy az indigocarmin a vizelet színét már a kiürülés pillanatában megváltoztatja, s e színváltozás foka a vese beteg vagy egészséges voltával arányos, kézen fekvő dolog, hogy a vesék állapotáról az indigocarmin-próba tájékoztat a leghamarabb.

Nem szándékozom az indigocarmin-eljárás értékét a többi veseműködés-vizsgáló módszerrel összehasonlítani, s azt közelebbről méltatni. E kérdéssel az Orvosi Hetilap 1914. évfolyamában „Új diagnostikai eljárás a vesefunkció meghatározására” cím alatt kimerítően foglalkoztam. Csak röviden említem meg, hogy az indigocarmin-próba a többi vese-

működésvizsgáló módszerrel kapcsolatban, bár nem abszolút értékű, de igen jó veseműködésvizsgáló eljárás. *Casper* és *Albarran* ugyan néhány olyan esetről is referált, a hol a vizelet kék színeződése igen rossz vese daczára is élénk kék és gyors volt, ezek az esetek azonban nagyon ritkák. Ha tekintetbe vesszük is a reflexes működés-zavarokból származható színeltéréseket, a mely működés-zavarnak azonban, a saját uremos eljárásomat kivéve, az összes többi módszer ki lehet téve, azt látjuk, hogy az indigocarmin-próba a gyakorlatban jól beválik. Ha még felemlítem azt, hogy az ureternyílásokból kilövellő kék vizelet igen súlyos hólyaggyulladás esetében az ureternyílások felkeresését megkönnyítheti, s hogy az indigocarminnal a vesék állapotáról hozzávetőleg még ureterkatheterezés nélkül is, pusztán a két oldalról kiürülő vizeletek színének megfigyelésével tájékozást szerezhetünk (chromocystoscopy), könnyű megérteni azt, hogy az indigocarmin-eljárás miért oly elterjedt, hogy jóformán egy veseműködés-vizsgálatból sem hiányzik.

Az indigocarmin adása eddig két formában volt használható. Használtuk az indigocarmin 4%-os oldatát, s ebből 2 cm<sup>3</sup>-t adtunk intramuscularisan; vagy alkalmaztuk a *Völcker* és *Joseph* által ajánlott indigocarmin-tablettákat, a melyek 0.08 gr. carminum coeruleumot és 0.1 gr. konyhasót tartalmaztak. E tablettákat 20 cm<sup>3</sup> élettani konyhasóoldatban oldtuk, s az így nyert folyadékot a glutacuskba fecskendeztük.

Mindkét eljárásnak megvan az árnyoldala. A 4%-os oldatból való injiciálás nagyon egyszerű, de hátránya, hogy a kis mennyiségben oldott festékanyag lassan jut a vérkeringésbe, s az, hogy az eljárás nem elégíti ki az aseptis követelményeit. Ha az oldat hosszabb ideig áll, az üvegnyakát belepi a por, s ki lehetünk téve annak, hogy a dugó kinyitásokor a befecskendezendő oldatba porszemcsék esnek, a melyek a szövetek közé jutva, betegünket megfertőzhetik.

A *Völcker*-féle tabletták, ha belőlük az oldatot közvetlenül a befecskendezés előtt készítjük, s azt kellő ideig forraljuk, nagyon jók és teljesen megbízhatók. Nagy hátránya azonban e módszernek az, hogy hosszadalmas. Ha megbízható ápolószeméllyel mindig egy helyen dolgozunk, s az orvos nem kénytelen az oldatot maga készíteni, akkor ez a körülmény nem jön számításba. De még így is zavarba jöhetünk. Megtörténik ugyanis az, hogy csak hólyagtükrözést tervezünk, s a vizsgálat során dől el az ureterkatheterezés szükségessége. Ilyenkor, minthogy indigocarmin-oldatot nem készítettünk, nemcsak a betegnek, de magunknak is nagyon kellemetlen az, hogy meg kell várunk az oldat sterilizését és annak lehűlését. Még kellemetlenebb az, ha az ember változó viszonyok mellett egyszer itt, másszor ott kénytelen dolgozni, s a folyadék elkészítését minden esetben meg kell várnia.

Minthogy az egyetemi klinikákon végzett veseműködés-vizsgálatok alkalmával e módszer keserűségeiben sok részem volt, két év előtt megkértem az egyetemi gyógyszerész vezetőjét, hogy részemre a *Völcker*-féle előírásához híven 0.08 gr.-os indigocarmin 20 cm<sup>3</sup> élettani konyhasóoldatban oldva *sterilezett phiolákban* szállítson. A kísérletek során azonban kiderült, hogy az indigocarmin a konyhasóoldatból hosszabb állás után kicsapódik és használhatatlanná lesz. E kellemetlenségen úgy segítettem, hogy két phiolát készítettem. Az egyik 0.08 gr. indigocarmin 10 cm<sup>3</sup> párolt vízben oldva; a másik pedig 10 cm<sup>3</sup> duplán physiologiás konyhasóoldatot tartalmaz. A két phiolá tartalmának elegyítésével a befecskendezéshez szükséges steril indigocarmin-oldat bármikor rendelkezésünkre áll. Minthogy az oldat ilyen alakban állandó, teljesen megbízható és a vizsgálatok menetét igen megkönnyíti, a készítményt az érdeklődők szíves figyelmébe ajánlom. A phiolákat rendelésre gyártja *Zebegény Lajos* „Arany kereszt”-gyógytára, Budapest, V., Nádor-utca 24.

\*\* Bonczolási jegyzőkönyv kivonata: Nephritis acuta parenchymatosa in stadio exsudationis diffusae. Degeneratio parenchymatosa maioris gradus myocardii, lienis et hepatis. Laryngitis, tracheitis et bronchitis acuta mediocrius gradus. Haemorrhagia gingivae; pyelitis haemorrhagica lateris utriusque.

Apicitis pulmonis sinistra; pleuritis adhaesiva chronica lateris utriusque. Dysenteria catarrhalis ante multos menses sanata. Ascaris lumbricoides. Anaemia universalis (*Gluzék Ferencz* dr. ezredorvos volt szíves a bonczolást megejteni).



## IRODALOM-SZEMLE.

## Lapszemle.

## Belorvostan.

**A chininről, mint szívgyógyszerről** ír *Wenckebach*. Már 50 évvel ezelőtt adták szívbetegségeknél digitalis-szal együtt a chinint. *Traube* ízjavítóul rendelte a digitalis mellett s úgy látszik, hogy jó eredménnyel használták. Nem valószínű azonban, hogy a chinin támogatná a digitalis szívtonusozó hatását, mert *Santesson* és *Stokvis* vizsgálatai szerint a chinin lassítja a szívverést, alászállítja a szív abszolút erejét, kitágítja a szívet, úgy hogy a digitalis antagonistájának tekinthető, vagyis a szívre nem tonusozó, hanem tompító hatással bír. *Wenckebach* egy esetében szerzett tapasztalatai alapján megpróbálta pitvarlibegés ellen a chinint nagyobb adagokban és a rohamokban jelentkező s nem nagyon régi esetekben jó eredményt ért el. Ha csak ritkán sikerül is a pitvarlibegést megszüntetni, ennek következménye, a szabálytalan kamraműködés (arythmia perpetua, delirium cordis) ellen jól használható a chinin, különösen digitalissal együtt. Különösen áll ez a szapora kamraműködéssel járó esetekre. A kamraműködésnek szaporaságát és szabálytalanságát nem súlyos myocarditis következményének, hanem gyakrabban a szívinsufficiencia és a decompensatio okának tartja. Ilyen esetekben kitűnően hat a chinin-digitalis-combinatio, a mikor is a digitalis tonusozó hatását szerencsésen egészíti ki a chinin szív-működést tompító hatása. Pilulákban vagy ostyacapsulákban naponta 0.5–0.8 pulv. fol. digit.-t, 0.4–0.8 chin. muriat.-ot és 0.002–0.003 strychnin-t ad (a strychnin az extrasystolék kezelésében jó hatásúnak bizonyult). Ezt a napi adagot 4–5 napon át szedeti és megállapítja a digitalisnak és a chininnek szükséges napi mennyiségét. Rendesen elegendő 0.5 digitalis és 0.6 chinin. A gyógyszer többnyire a 3. napon kezd hatni és addig adja, míg a szíven számlálható kamraösszehúzódások száma percenként 100-ra csökken, azonban 5 napnál tovább soha. A kezelés egyéb szívszerekkel és húgyhajtókkal tovább folytatható. Számolnunk kell azonban azzal, hogy a kamraműködés szaporasága és vele a régi keringés-zavarok hosszabb-rövidebb idő múlva újból jelentkeznek. Ezért a beteget elő kell készíteni arra, hogy a kúra időnként megismétlendő, mindig ágynyugalomban. Ismételt kúrák alkalmával többnyire elegendők kisebb adagok vagy rövidebb ideig tartó adagolás. Mivel pitvarlibegés esetén a chininnek a szívizomra gyakorolt tompító, lassító és gyengítő hatását kell felvennünk, közel fekvőnek látszott a chinint túlságosan szapora és erős szív-működés, úgynevezett hyperkinesis eseteiben is kipróbálni. A hyperkinesisnek két alakját különbözteti meg: az egyikben abnormalisan fokozott inger, a másikban normalis ingerre abnormalisan erős contractio szerepel. A pitvarlibegést a chinin meg tudja szüntetni és a rendes rhythmust visszaállítani. *Hecht* és *Zweig* kimutatta, hogy a paroxysmalis tachycardia is reagál chininre, például egy esetben  $\frac{3}{4}$  gr. chinin intravenás befecskendezésére a nagyon heves rohamot pillanatok alatt sikerült elvágni. A strychnin és chinin combinatioja extrasystolék ellen bizonyult jó hatásúnak. A chininnek a pitvarlibegés által okozott kamraarythmiára gyakorolt megnyugtató hatása nem a pitvarban képződő inger leszállításán, hanem a kamraizomzat hyperkinesisének tompításán alapszik. Régi tapasztalat szerint a Basedow-betegek felmagasztalt szív-működését is jótékonyan befolyásolja a chinin és ez esetekben is a szívizomzat heves működésének tompításáról van szó. Magas vérnyomással járó esetekben (vesebaj, arteriosclerosis) és aortainsufficienciánál a digitalis hatása alatt a szív igen erősen ver, a mit a betegek nem szívesen tűnnek és azért ilyenkor czélszerűen kombinálható a digitalis chininnel. A felsorolt esetekben a chininnek szélesebb körökben való kipróbálását ajánlja. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 22. sz.)

*Ifj. M. B. dr.*

## Sebészet.

**Az agyvelő-előesés kombinált kezeléséről** ír *Fi. Derganc*. Az agyvelőesés kezelésében az eddigi tapasztalatok által igazolt két eljárás áll rendelkezésünkre: a lumbal punctio és Röntgen-sugárzás. Az előbbi a liquor lebecsátásával negatív nyomást hoz létre az agykamrákban, a Röntgen-sugarak pedig a lymphocytákat teszik tönkre és intensiv, localis izgalmat okoznak. A két methodus kombinált alkalmazása jó eredménnyel járhat. A szerző esetében a bal parietalis tájon körülbelül tenyérnyi csontot kellett eltávolítani annak nekrosisa és a diploë infectiója miatt. A dura egy helyen meg volt sérülve és az agy körülbelül cseresznyenagyságú területen prolapsált. A prolapsus alatt tályogot nyitottak meg, a melynek üréből csontsequestereket távolítottak el. Kezelés közben az agyprolapsus körülbelül almanyira nőtt meg. A szerző a prolapsus kezelésével addig várt, míg annak felületéről a necrosisos részek leváltak. Ezután két ízben 40–40 cm<sup>3</sup> liquort bocsátott le és két ízben Röntgen-sugarakat alkalmazott (1.5 H.). Az agyprolapsus körülbelül két hét alatt teljesen visszafejlődött. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 21. sz.)

*Ifj. Háhn Dezső dr.*

**Az oesophagotomiáról** ír *K. Eunike*. A bázisba jutott idegen testek eltávolítására két módszer áll rendelkezésünkre, úgymint az oesophagotomia és az oesophagoskopia. Az utóbbi eljárás a veszélytelenebb és a gyógyulás szempontjából is sok előnnyel bír. Azonban vannak esetek, a melyekben nem alkalmazható. Így oly heveny megbetegedéseiben a nyelőcsőnek, a melyek vérzéssel és igen erős fájdalommal járnak. Ugyancsak ahol az idegen test (fogsor) kampós részével a nyelőcső falába beékelődik; ilyenek az oesophagoskopia segítségével való eltávolítása nem ajánlatos. Többben (*Kramer, Franke*) jó eredménnyel végezték a nyelőcső szabaddátételét és emellett annak falát nem nyitották meg, hanem az incarcerált idegen testet helyéből kimozgatták és így a száj felől távolították el. A szerző két esetében a nyelőcső felmetszésével volt kénytelen az idegen testet eltávolítani. A műtét mindkét esetben abból állott, hogy a baloldali m. sternocleidomastoideus elülső szélénél metszett be az alsó harmadban. Az izmok és vérerek félrehúzása után az oesophagust szabaddá tette s ezt, két rögzítő fonálnak a nyelőcső falán át keresztülhúzása után, ott, a hol az idegen testet érezte, megnyitotta. A nyelőcső falát teljesen bevarrta, a fölötte levő lágyrészeket pedig drainezte s ezenkívül a beteget gyomorszondán át — a melyet 4 nap után eltávolított — táplálta. A gyógyulás mindkét esetben zavartalan volt, a műtét után 14 nappal a seb elzáródott. A szerző eseteiben az idegen testek (fogsor) helyét a Röntgen-vizsgálat pontosan mutatta. (Mediz. Klinik, 1918, 10. szám.)

*Ifj. Háhn Dezső dr.*

## Gyermekorvostan.

**Kryptogen Biermer-anaemiát a gyermekkorban** észlelt *Seht* a müncheni *Pfaundler*-klinikán. A vészes vérszegénységnek gyermekkorai előfordulásáról ismereteink hiányosak. A régibb irodalom közléseit nem igen értékesíthetjük, mert a vérvizsgálatokat nem modern módszerekkel végezték. De az utolsó években leírt néhány esetet is nehéz kellőképpen elbírálnunk, mert vagy a bonczolás-leletek hiányosak, vagy a megfigyelés nem volt elég pontos. Ehhez járul, hogy fiatalabb gyermekeken a vészes vérszegénység körjelzésének megállapítása különösen nagy nehézségekbe ütközik, mert könnyebb beszámítás alá jövő esetekben is a vér szövettani képe a normalistól lényeges eltérést mutathat. A szerző összeállította az irodalomban közölt eseteket, s ebből is kitűnt, hogy a baj a gyermekkorban rendkívül ritkán jelentkezik, annyira, hogy csupán egy esetről (*Kusunoki*) bizonyos, hogy a vészes vérszegénység kryptogen alakja forgott fenn. A szerző leír egy hasonló esetet 15 éves fiún. Már évek óta sápadt volt, két év óta állapota romlott, az utóbbi időben mindjobban elerőtlenedett és vizenyők jelent-

keztek. A klinikai vizsgálat alkalmával megnagyobbodott szívet, a szíven zörejeket, megnagyobbodott lépét és májat állapított meg. A súlyos vérszegénység egyre növekedve, halálra vezetett. A vérvizsgálat a vörös véresejtekre jellegzetes elváltozásokat eredményezett: a vörös véresejtek hyperchromiások voltak, a festődési index megnagyobbodott, bőven voltak normoblastok, megalocyták és megaloblastok, ezenkívül leukopeniát állapított meg kevés neutrophil sejttel. Az utolsó vérvizsgálat alkalmával a regenerációs jelenségek háttérbe szorultak, s inkább az egyszerű vérszegénységnek megfelelő jelleget mutatták. A bonczolás és a szervek szövettani vizsgálata is a szokott elváltozásokat mutatta: haemosiderosis a lépben, a májban és a vesékben, a csontvelő málnageléeszerű, a lépben és a csontvelőben talált vérkészítő góczokban az erythrocyták képződése háttérbe szorult, ellenben sok volt az elpusztuló vörös véresejt. A kór-okot illetőleg bélférgeseket nem talált, bujakórt, malariát, veselobot, stb. kizárhatott, úgy hogy az esetet a vérszegénység kryptogen-alakjának kellett tekintenie. Az orvoslásban az arsen jelentős javulást váltott ki, bár csak átmenetileg. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1918, 18. kötet, 1. füzet.) *Flesch.*

**A tejkverékek előállításának methodikájáról** végzett kísérleteket *Bardach* (München). Az 1917.-i forró nyáron gyakran panaszkodtak azok a szülők, kik csecsemőik számára a tejkonyhából szereztek be a kész táplálékot, hogy a tejkverékek megsavanyodtak. Különösen gyakran esett meg ez a malátalevessel és a nyálkás levessel, illetőleg lisztlevessel hígított tejkverékekkel. Az egyes, próbaképpen megejtett vizsgálatok csakugyan igazolták e panaszok jogosultságát és így felmerült a kérdés, hogy helyes-e, ha a tejet a nyálkás levessel, illetőleg lisztfőzettel előre összekeverik és így áll ez a használatig, vagy nem volna-e célszerűbb a tejet és a nyálkát, illetőleg lisztfőzetet külön-külön megőrizni és a keveréket csak a táplálékfelvétel előtt közvetlenül előállítani. Kísérleti vizsgálatokat végzett azért arra nézve, hogy a 24 óráig külön őrzött tejnek, illetőleg nyálkás levesnek és lisztfőzetnek, továbbá a nyálkás levessel, illetőleg lisztfőzettel kevert tejnek milyen a savtartalma, s azt találta, hogy már néhány óra múlva lényegesen nagyobb a savtartalma az előre elkészített keveréknek. Vizsgálta továbbá, hogy a különböző cukrok és maltosedextrinkészítménynek minő a befolyása a táplálék megsavanyodására, s azt látta, hogy a tej- és nádcukornak nincs befolyása a teljes tej savanyodására, míg a nyálkás levesére, illetőleg lisztfőzetre, ha nem is nagyobb mértékben, de határozottan van. Különösen kifejezett ez a hatás a Soxhlet-tápczukornál és a malátaleveskivonatnál. Mindezeket a tápszerek elkészítését magyarázó lap megfogalmazása alkalmával már figyelembe vették és azt az utasítást adják, hogy forró nyári időben jobb, ha a felfőzött tejet, s a nyálkás, illetőleg lisztlevest külön-külön őrzik meg és a keverést megfelelő arányban és mennyiségben csak közvetlenül minden egyes táplálékfelvétel előtt végzik. Továbbá célszerűbb, ha a cukrot is inkább a tejhez, mint a lisztleveshez keverik, a Soxhlet-tápczukort és malátaleveskivonatot pedig nyáron csak korlátozottan rendelik. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1918, 18. kötet, 1. füzet.) *Flesch.*

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Nagyfokú vérvézés** eseteiben *Krabbel* gummi arabicumot tartalmazó konyhasóoldat intravenás befecskendezését ajánlja. *Kestner* mutatta ki, hogy a gummi arabicum megakadályozza a konyhasóoldatnak a szövetekbe diffúzióját, ennek következtében az intravenás befecskendezés hatása tartós. A használandó oldat összetétele ez: natrium chloratum 9'0, gummi arabicum 30'0, aqua destillata ad 1000'0. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 18. szám.)

**A furunculosis kezelése.** *Hirsch* a következő eljárást ajánlja: jodecsetelés után megnyitja a furunculust (kis furunculusok esetén csipeszszel emeli le a kis középső genyes részt; nagy furunculus esetén bemetsz) és utána reggel és

este a furunculust és környékét 10%-os formalinnal beecseteli. Minthogy a formalin bőrgyuladást okozhat, a beecsetelések közti időben bőrkenőcsöt vagy lanepset alkalmaz. (Therap. Monatshefte, 1918, június.)

**Az idősiült uraemia** eseteiben rendszerint fennálló makacs fejfájás *Ebstein* szerint jól leküzdhető adalinnal, a melyből  $\frac{1}{2}$ —1 gramm adható, esetleg hosszú időn át, anélkül, hogy a szer megszokásától kellene tartani. (Therap. Monatshefte, 1918, június.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat, 1918. 26. szám. Glück Tibor:** Asthmarohamok coupirozása és gyógykezelése.

**Budapesti orvosi ujság, 1918. 26. szám. Grósz Emil:** Az orvos feladata a háború alatt és után a néperő megmentésére és helyreállítására. *Schulhof Vilmos:* Scorbut-maradványok és azok gyógyítása. — 27. szám. *Mező Béla:* Az ureter alsó felének pótlása hólyagmobilitációval és hólyagplasticával.

#### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király *Szontagh Félix* egyetemi rendkívüli tanárnak az egészségügyi főtanácsosi, *Lenk Gusztáv* Jásznagykunszolnok vármegyei tisztii főorvosnak pedig az egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

**Személyi hírek külföldről.** A krakói egyetemen *Orlowski* varsói tanárt az idegkörtan rendk. tanárává nevezték ki. — *Gildemeister* (életan) és *B. Heymann* (közegészségtan) berlini magántanárok rendkívüli tanárok lettek. — Tanári címet kaptak a következő magántanárok: *Kantorowicz* (fogászat, Strassburg), *Asch* (nőorvos, Boroszló), *A. Wilke* (Kiel, kórboncztan).

**Meghalt. Hasenfeld Oszkár:** dr. franzensbadi fürdőorvos.

### Fővárosi Fásor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályval kibővítve.

Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15—26.

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

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

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

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

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

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

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

**TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.**

Diéta-physikalás magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagserebetegek (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.

Budapesti **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utoza 2. medicomechanikai Kossuth Lajos-utoza sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

**Therapia sanatorium** Budapest, VII., Városligeti fásor 11. Telefon József 14—51.

Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

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

**UJTÁTRAFÜRED.** Heliotherapia.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 17.-én.) 375. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 17.-én.)

Elnök Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

**Vita Bálint Rezső és Rosenthal Jenő: „Az ulcus ventriculi és duodendi diagnostikájának és terapiájának egyes kérdéseiről” című előadásáról.**

**Pólya Jenő:** A hozzászólásra kiszabott rövid idő nem engedi meg, hogy a felvetett kérdések egész complexumára kitérjen és hogy az előadók statisztikájával behatóan foglalkozzék. Csak azt óhajta megjegyezni, hogy a belgyógyászati és sebészeti kezelések eredményeit nem lehet egymással olyan mereven szembe állítani, mint ez az előadás folyamán történt. Mivel az általános tapasztalat szerint a sebészeti kezelést úgyszólván mindig megelőzi a belgyógyászati és a beteg, mielőtt műtétre határozza magát, rendszerint nemcsak egy vagy egynéhány, hanem sok, többekévesb alapos ulcus-kúrán esik át, bizvást olvashatjuk *Bálint* számadatait oly módon, hogy belgyógyászati kezelésre meggyógyul, illetve jelentékenyen javul az ulcusoknak 80%-a s azokból, a kiket a belgyógyászati kezelés nem tud meggyógyítani, a sebész még meg tud gyógyítani újabb 50 vagy 60%-ot. A sebészeti halálozás a *Bálint*-féle statisztikában kissé túlmagasra van véve s tekintettel arra, hogy aránylag kis számú operált esetről van szó, ahol már 1–2 szerencsétlen eset is lényeges különbséget tesz a percentuációban, ezt nem fogadhatjuk el normának. Sokkal fontosabb ennél az, hogy úgy a sebészeti, mint a belgyógyászati kezelésnek megvannak a maga fiaskói, melyekben a kezelés dacára nem javul, sőt még rosszabbodik az állapot. Az egész kérdésnek punctum saliens már most az, hogy mi ezen fiaskónak az oka. A mi elsősorban a sebészeti terapiának a gyenge oldalait illeti, meg kell vallani, hogy bizonyos esetekben az ulcusok felkeresésének és ellátásának olyan technikai nehézségei vannak, amelyeknek nem kielégítő megoldása mindenestre lényegesen hozzájárul a sebészeti eredményeknek hiányosságához nemcsak a közvetlen mortalitás, hanem az eredmények tartóssága szempontjából is. Ezeket a nehézségeket folyton igyekszünk segíteni és az utóbbi évek sok tanulságot hoztak arra nézve, hogy miképpen kell ezeket a nehézségeket legyőzni. A legfőbb hibája a sebészeti eljárásnak azonban az, hogy csak ki-metszi vagy kiirtja az ulcust, de nem tudja megszüntetni az ulcusos dispositiót s azért az ulcusnak technikailag legkifogástalanabb kiirtása vagy kiiktatása után sem tud semmi garantiát nyújtani arra, hogy új ulcusok ne keletkezzenek akár a resectio, akár a gastroenterostomia hegében, akár a gastroenterostomiához felhasznált bélnek a nyálkahártyáján, akár pedig a gyomornak vagy a duodenumnak olyan helyén, amelyen ulcusok műtét nélkül is keletkezhettek volna. A belgyógyásznak sincsen módjában, hogy leküzdje magát az ulcusos dispositiót, azonban hatalmas fegyverei vannak az ulcus keletkezésének egyik fontos tényezője, a hyperaciditás ellen s az ezzel szemben való küzdelem a praxisban annál hálásabbnak bizonyul, mert az ulcus által okozott nehézségek közül is a domináló nehézség, nevezetesen a fájdalom, rendszerint túlnyomólag szintén ezen hyperaciditás által okoztatik. Nem vonom kétségbe, hogy a gyomorsav viszonyainak kedvező befolyásolása, kapcsolatban a gyomornak a durva étkezési traumától való megkímélésével, a kisebb és felületesebb, sőt talán a nem túlságosan heges környezeti nagyobb és mélyebb ulcusoknak is a begyógyulására vezethet; az erősen heges környezeti, üstszerű *callosus* ulcust azonban nem hiszem, hogy be tudná gyógyítani. Minden eddigi kórboncztoni tapasztalat az ilyen ulcusok teljes begyógyulásának lehetősége ellen szól.

Általában véve az ulcusok tökéletes gyógyulása, úgy látszik, sokkal ritkábban következik be, mint azt a klinikai jelenségek alapján gondolnók. Hisz legújabbán derült ki *Clairmont* vizsgálataiból a heges pylorusstenosisról, amelyet par excellence az ulcus gyógyulási formának tartottunk, hogy a látszólag teljesen megnyugodott heg közepében megvan a florid duodenalis fekély. Azok a szép Röntgen-képek, amelyekkel az előadók az ulcus gyógyulását demonstrálták, csak azt bizonyítják, hogy az ulcus ürege annyira zsugorodott, hogy röntgenologice kimutathatatlaná vált, de hogy teljesen begyógyult volna, azt nem

bizonyítják. Az ulcus-tünetek megszűnése sem bizonyítéka a gyógyulásnak, hiszen hányszor látunk perforatiót olyan gyomor- vagy duodenum-ulcusokon, amelyek a perforatiót megelőző időben vagy általában is egészen csekély tüneteket, avagy egyáltalán semminemű tünetet sem okoztak. Hogy a hyperaciditás szerencsés leküzdése az, amelynek a belgyógyászat ezen a téren az ő diadalait első sorban köszöni, azt szépen mutatja *Bálint* statisztikája, mely szerint a belgyógyászati kezelés a hyperaciditások esetében sokat, a hypaciditások esetében csak keveset ér el. Viszont, hogy a sebészi beavatkozás éppen a hypacid esetekben érte el a legjobb sikereket, az is könnyen érthető, mert ilyen esetekben a nehézségek egyetlen forrása maga az ulcus, amelyet a sebész ki tud irtani s mivel anacid viszonyok közt recidiva nem áll be, a sebész által elért gyógyeredmény tartós és végleges marad. Ha már most ezek után a belgyógyászati és sebészi terapia előnyeit és hátrányait összehasonlítjuk, ezt röviden úgy fejezhetjük ki, hogy a sebész meg tudja gyógyítani a súlyos anatómiai elváltozásokat mutató ulcust is, de nem tudja megakadályozni az ulcusos dispositio további érvényesülését. A belgyógyász nem tudja meggyógyítani a súlyos anatómiai elváltozásokat mutató ulcust, csak a könnyebb fajtájúakat, azonban meg tudja akadályozni az ulcusos dispositio érvényre jutását és ha így tekintjük a dolgot, akkor nem szabad a belgyógyászati és sebészeti terapiát, mint antagonistákat, egymással szembe állítani, hanem synergistáknak kell őket tekinteni s az egyik eljárásnak a gyengéit a másiknak az erős sajátágaival pótolni és kiegészíteni. Practikus nyelvre átültetve ez annyit jelent, hogy minden ulcus először belgyógyászati kezelendő. Sebészi eljárás csak ott jön szóba, ahol a belgyógyászati nem segít, vagy pedig ab ovo kilátástalan (stenosis pylori vagy duodeni, homokóragyomor, perforatio). A belgyógyászati kezelést nem szabad erőltetni a vele szemben refractaer esetekben, mert a végleg leromlott, kiéhezett és kivérzett betegek a műtétii terapiának is igen rossz esélyeket nyújtanak s az is szem előtt tartandó, hogy ezen refractaer ulcusoknak nem kis százaléka nem is igazi ulcus, hanem carcinoma. Viszont a sebészeti beavatkozást kiállott betegeket, különösen ha hyperacidok, a legsikerültebb műtét után sem szabad teljesen gyógyultnak tekintenünk és ulcusos dispositiójuk ellen a műtét után is a belgyógyászati terapia összes eszközeivel kell küzdenünk.

**Dollinger Gyula:** *Callosus* gyomorfekély azon eseteiben, a melyek a szomszédos szervekkel mélyre terjedő hegekkel állanak összeköttetésben, a fekélyt nem metszi ki, mert ezt a betegekre nézve igen veszélyesnek tartja. Legfeljebb a szabadon mozgó *callosus* fekélynél áll fenn a kimetszés indiciója.

A bemutatott Röntgen-képek igen szépek, de egyedül a Röntgenképből már azért sem lehet következtetést vonni a fekély gyógyulási viszonyaira, mert a későbbi felvételekkel nem lehet a beteget pontosan ugyanazon helyzetbe hozni, a melyben az első felvétel történt, már pedig a legkisebb szögletváltozás egészen más árnyékképet ad.

Hogyha valamely gyógykezelési kérdés megoldására a belgyógyász a sebészszel együtt dolgozik, akkor eddig többnyire tulajdonképpen nem együtt, hanem csak egyidejűleg végezték bűvárlataikat. Az ilyen együttműködésnek sokkal bensőbbnek kellene lenni, mint a menyire ez eddig általában szokásban volt. A sebésznek ismernie kellene a belgyógyász összes eseteit, viszont a belgyógyásznak jelen kellene lennie minden műtétnél. Csak az ilyen állandó együttműködésnek lehetne általánosan elfogadható végérvényes eredménye. A jelenlegi eljárás mellett a sebész statisztikáját nem lehet a belgyógyász statisztikájával összehasonlítani, mert mindegyikük más más statisztikai egységekkel dolgozik.

**Ádám Lajos:** *Dollinger* tanár megbízta a hozzászólót, hogy *Bálint* tanár előadásával kapcsolatban az I. számú sebészeti klinikán végzett gyomorműtéteket állítsa össze s ismertesse a főbb irányelveket, melyek szerint végeztettek. Volt 648 gyomoresetük, ezek közül 326 carcinoma miatt, 322 ulcus vagy annak következményei miatt került műtétre. Ezek közül meghalt 132, tehát 20%, a fekélyesek közül 19,5%. Ha azonban leszámítjuk a szabad hasüregbe perforált ulcussal beszállított 39 beteget, kik közül csak 13 maradt meg, akkor a halálozás csak 13%, ha pedig az ulcusból elvérzett a 20-at is leszámítjuk, akkor összes ulcus-műtéteink halálozási százaléka 6,4%. Hangsúlyozza már itt, hogy az esetek nagy

részt nem válogatás nélkül operálták, hanem ezek belklinikákon észlett, a belső kezeléssel daczó betegek voltak.

Abban, azt hiszi, mindnyájan egyetértnek, hogy minden *pylorus-stenosis* és minden nagyobb fokú *szűkülettel bíró homokóra-gyomrot* meg kell operálni. Gastroenteranastomosis után nemcsak a stenosisos tikus tünetekkel járó táplálékfelvétel lehetetlensége és a fájdalmak szűnnek meg egy csapásra, hanem sokszor igen nagy u. n. ulcus-tumorok is teljesen visszafejlődnek. 162 ilyen esetből 10 halt meg, ez 6.1%. Ha ily műtét után nem áll be gyógyulás vagy javulás, ez nem a helytelen indicatio-felállítás rovására, hanem a műtét rovására irandó. Nem mindegy az, hogy milyen gastroenterostomia és hogyan végeztetett, ennek taglalása azonban nem tartozik most ide.

Megoperálandónak tartja a *duodenalis ulcusokat* is, melyek nagy fájdalmakkal, sokszor profus vérzésekkel járnak s igen hajlamosak perforációra. Ezek is, ha szűkületet okoznak, egyszerű gastroenterostomia *retrocolica post. végzésével*, ha pedig a pylorus nyitott, pylorus-megszűkítéssel, esetleg pylorus-kirekesztéssel meggyógyíthatók. A duodenum fekélyének kimetszését veszélyessége miatt nem végezték, sőt a pylorus-kirekesztést is csak nagyon megválogatott esetben. 27 operált ulcus duodeni közül csak 2 halt meg.

Kétségtelen, hogy úgy az acut, mint a chronikus ulcus ventriculi, s különösen áll ez a *kis curvatura ulcusaira*, a belgyógyászat körébe tartozó megbetegedés, mert az esetek igen nagy százalékában belgyógyászati kezeléssel kitűnő eredményeket, igen sok esetben teljes gyógyulást lehet elérni. A hozzászóló ilyen esetekben csakis akkor operált, amikor a belgyógyászati kezelés teljesen eredménytelen maradt, amikor a fájdalom, étvágytalanság, s ennek következtében a lesaványodás mindinkább fokozódott, vagy ha a beteg életét fenyegető szövődmények állottak be, mint a milyen az átfúródás vagy a vérzés.

A kis curvatura vagy a hátsó fal chronikus vagy callosus fekélyeinél főleg a kimetszés jöhet szóba. Nyitott pylorusnál, bármily tág, gastroenteroanastomosis is végezzünk, az étel nagy része csak a pyloruson át távozik. A sebészek egy része mindinkább hajlik is a fekély kimetszése felé. A klinika azonban megmaradt e tekintetben a mai conservatív irány mellett, hogy ezen fekélyek belgyógyászati gyógyítása jobb eredményt ad, mint a nagy műtéti halálozással járó kimetszés. Belgyógyászati kezelésre nem javuló esetben 95-ször operáltak. Mindannyiszor megelégedtek gastroenteroanastomosis végzésével, ha a kiürülési viszonyok bármi okból akadályozva voltak, vagy egyszerű próba-laparotómiával, ha semmi kiürülési akadály nem volt; csak néhány esetben rezekáltak. Hat halálesetük volt: 6.3%.

Többen azon nézetten vannak, hogy már azért is rezekálni kell a callosus fekélyeket, mert rákosan elfajulnak. *Payr, Ewald* szerint 26.3%-a, sőt *Küttner* szerint 43.3%-a a callosus fekélyeknek ráknak bizonyult, viszont *Anschtz* szerint alig 7%, sőt vannak a kik csak 0.8%-ot engednek meg. *Kümmel, Bier, Kocher* s a magunk tapasztalata stb. szerint is nem oly gyakori ez az átváltozás, mint felveszik. Csak azért, hogy az ulcusból esetleg rák ne fejlődjék, kitenni a beteget az ulcuskimetszéssel járó nagy halálozási lehetőségnek, nem tartja indokoltnak. Az igaz, s ezt a hozzászóló is sokszor tapasztalta, hogy sokszor igen nehéz eldönteni, hogy callosus fekélyivel vagy rákkal van-e dolgunk; az ilyen eseteket mi ráknak vettük, s ha az anatómiai viszonyok megengedték, rezekáltuk. A mi a complicatiók közül a *perforatiohoz* közel álló, vagy a perforációs ulcusokat illeti, ezek feltétlen minél előbb megoperálandók. A műtét sikere attól függ, mikor kerül a beteg műtőasztalra. Az első órákban a prognosis jó, azontúl óráról-órára rohamosan romlik, bár a hozzászólónak egy 22 és egy 27 órás esete is megmaradt; a 39 közül 26 halálozás volt. Feltűnő, hogy a perforált ulcusok nagy része a gyomor elülső felületén, közel a kis curvaturához, vagy a pylorus-tájton ül. A mi a másik complicatiót, a *vérzést* illeti, a hozzászóló is, mint a sebészek nagy része, az első nagyobb vérzés alkalmával nem operál, egyrészt mert ezen vérzés legtöbbször magától is megáll, másodszer mert a kivérzett beteg nehezen tűri a műtétet, főleg pedig, mert ezen vérzések elállítását céltudatosan nem lehet végezni, mert ha megnyitjuk is a hasüreget, sokszor nem lehet a vérzés helyét megtalálni. Vérzéssel szemben a klinikán conservative jártak el és sok esetben jó eredményt értek el, mégis 20 ulcusból származott elvérzéses halálesetük volt. Három oly kivérzett állapotban került oda, hogy műtétet már nem lehetett végezni, 17 pedig, dacára a végzett gastroentero anast.-nak, mégis lassankint elvérzett.

Ez a kérdés tehát még teljesen megoldatlan, a gastroenteroanastomosis nem az a műtét, a melyre vérzés esetén számítani lehetne,

a vérző hely körülöltését vagy kimetszését pedig nem végezhetjük minden esetben, mert nem lehet megtalálni; de az is bizonyos, hogy nagyon nehéz összetett kezekkel nézni, hogy bizonytalan hatású szerek mellett hogyan vérzik el a beteg.

A hozzászóló végül a hyperaciditások gyomrokról is megemlékezik. Való az, hogy ezeknél nem sok eredményt ért el a sebészi beavatkozással; akárhány esete van, melyet 3-4-szer kellett megoperálni, mindig újból keletkező ulcus pepticum miatt, de minthogy ezek úgy a műtét előtt, mint a műtét után állandóan belgyógyászati kezelés alatt állottak, s mégis mindig újabb ulcus fejlődött, elismeri, hogy sebészileg nem gyógyíthatók meg, de kérdéses a mai gyógyszeres terapiával elérhető-e náluk eredmény. 15 ilyen eset közül egy átfúródás folytán meghalt, a többi türethően jól érzi magát.

**Kelen Béla:** A régebbi idők belgyógyászai a gyomorfekélyt ritka és igen rosszindulatú betegségnek tartották. Ezen felfogással szemben már boldogult *Scheuthauer* professor figyelmeztetett arra, hogy kórboncsolások alkalmával gyakran látunk olyan gyógyult és behamosodott fekélyt, melynek létezéséről a betegnek életében tudomása nem volt. Az ulcus-diagnostikának a röntgenezés óta való haladása mutatja a fekély gyakoriságát, de eddigelé tartja még magát a rosszindulatúságban való hit és azon meggyőződés, hogy mélyebb ulcusok belső kezelésre nem gyógyulnak. A felszólaló régóta tapasztalja, hogy a vidéki betegek általában igen súlyos tünetekkel jönnek röntgenezésre, ellentétben a fővárosiakkal, a kik az itt könnyebben hozzájárulható szakszerű kezelés mellett az enyhébb eseteket képviselik. Az előadók statisztikája bizonyítja, hogy szakszerűleg keresztülvitt gondos Röntgen-vizsgálat mellett gyakran találunk ulcust ott, a hol eddig nem sejtettük, és bizonyítja másodszer azt, hogy mélyebb ulcusok is *belgyógyászati kezelésre* sebészi beavatkozás nélkül gyógyulhatnak. Az előadók a jelenleg szokásos nomenclaturát követték, a mikor a fekélyek egyes stadiumait a superficialis és callosus jelzéssel állították egymással szembe. Hogy ez a nomenclatura helytelen, az éppen a referált esetekből tűnik ki. A callosus, kérges fekély belső kezelésre nem gyógyulhat, a mint azt a vita folyamán *Verebély* tanár kifejtette. De ha ezek a callosusnak mondott fekélyek mégis gyógyulnak, abból az következik, hogy a Röntgen-lelet alapján a callositást kimondani nem szabad. Olyan túlkapas ez, mint a mikor a röntgenező ulcus internum és ulcus chirurgicumról szól, a hol tehát a Röntgen-leletből már a sebészi indicatiót is fel akarja állítani.

A röntgenező nem a gyomor falát, hanem a gyomorfalnak csak a negatív kiöntését, annak is csak az árnyékát látja. Igyekezni kell többet nem mondani, mint a minek a kimondására a kórboncztan és a logikai következtetések szerint jogosítva vagyunk, akkor nem leszünk kénytelenek visszavonni Röntgen-diagnostikai tüneteket, mint a hogy a közelmúltban is a visszamaradó bismuth-foltokról és egyebekről kiderült, hogy azoknak pathognostikai jelentőségük nincs. Az ulcusok characterét illetően a Röntgen-diagnosissal elégedjék meg az ulcus superficialis és ulcus profundum jelzéssel. Hogy az ulcus profundum callosus-e, azt csak az autopsia döntheti el.

A gyomor kiürülése után visszamaradó bismuth-foltok tekintetében osztja az előadók nézetét és erre azért akar nyomatékosan figyelmeztetni, mert a legutóbbi hadi röntgenezések alkalmával is több oly lelettel találkozott, a mely egyedül a visszamaradt foltok alapján helytelenül ulcusra tette a diagnosist.

**Jendrassik Ernő:** Bár nagy elismeréssel van az előadók tanulságos összeállításáért, mégis némi aggodalommal venné, ha a hallgatóság úgy értette volna a levezetéseket, mintha a közölt statisztikai adatok végleges eredményeket jelentenének. A gyomorfekély felismerése sok esetben nem lehetséges, az egyszerű fekély a Röntgen-átvilágítással nem ismerhető meg, az idősült fekély sem mindig, a Röntgen-kép sem annyira megbízható, mint azt *Rosenthal* tagtárs feltűntette. A sebész kitapinthatja a megvastagodott szélű fekélyt, de az egyszerű fekélyről nem szerezhet tudomást.

A legnagyobb hiba volna azonban azokat az eseteket, a melyek látszólag egészen távoznak a belorvosi vagy sebészi kezeléssel s talán még hónapokig vagy néhány évig is gyógyulnak látszanak: végképpen gyógyulnak tekinteni. Igazán meglepő az a biztosság, a melylyel a legtöbb esetben az ilyen beteget helyreállítjuk, persze legjobban a kivérzetteket, és mégis kétségbeejtő, hánszor kerülnek ezek vissza mind romlottabb állapotban. Talán legszomorúbbak ezek között a már megoperált esetek, a melyekben a gyomorfekély mellett bélfekélyek is rontják a beteg állapotát. Nem mond sokat, ha állítja, hogy

Klinikáján a legutóbbi 4—5 évben legalább 25 előzetesen megoperált igen súlyos fekély-recidivát gyógyítottak. Az ulcus pathológiájába egyelőre még csak homályosan látunk bele; a míg ennek a betegségnek kórákat nem ismerjük és gyógyításunk csak tüneti, nem remélhetjük, hogy végleges eredményt érünk el. A könnyebb esetek meggyógyulnak ugyan, de a súlyosabbakon végleges eredményt csak ritkán tapasztalunk. Klinikáján már régóta az a megállapodás, hogy műtetre csak három ok ad javaslatot: 1. a pylorus- vagy homokóra-stenosis; 2. a hevenyész átfúródás és 3. azok a szerencsétlenek, a kiken a belorvosi gyógyítással nem tudunk segíteni. Jóllehet ezek a műtét szempontjából nem kedvező esetek, mégis többször igen ki-elégítő eredményt tapasztalt, persze a legtöbb eset a gastroentero-anastomosis dacára is recidivál, sokszor nagy vérhányással, fájdalommal.

A belorvosi gyógyításban a legtöbb sikert az atropintól látta, a melyet napjában egyszer adunk a betegeknek atropin-érzékenységük mértéke szerint. A diéta hasznát általában nem helyesen ítélik meg, Akár a Leube-, akár a Lenhartz-diaetát használjuk, nem a gyomor kímélése, nem a sósav közömbösítése az, a mely ilyenkor hat, hanem a chlormentessége az ilyen tápláléknak. A nagy vérzés után is azért javul olyan gyorsan a beteg, mert az anaemiás ember gyomra nem választ el elég sósavat.

(Folytatása következik.)

## LILIENFELD-, RÖNTGEN- és QUARZLÁMPA-

berendezést szállít

**Ericsson** magy. villamossági r.-t.  
ezelőtt: Deckert és Homolka  
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron.

## Természetes gyógyfürdők házi használatra!

úgy mint: sós (Sole-)  
szénsavas-  
kén-

Abietin-Pinosal (a fenyőtűkivonat pótlására)

fürdők  
fürdők  
fürdők

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

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

Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.

## KATARRHUSOK ELLEN!

### GLEICHENBERGI EMMA- ÉS KONSTANTIN-FORRÁS

hold. I. Ferencz József Ő cs. és kir. Fensége által rendszeresen használva. Mindenütt kapható vagy az alulírott igazgatóságnál megrendelhető.

BRUNNEN-DIRECTION GLEICHENBERG.  
Idény: május 15.-étől szept. 30.-áig.

## Orvos urak figyelmébe!

# KOCH-ALT-TUBERCULIN

steril injectiók. Feltétlenül megbízható, pontos és tiszta praeparatum **ismét** korlátlan mennyiségben kapható.

Hat sorozat készül; mindegyik áll 10 drb. 1 cm<sup>3</sup>-es ampullából. Részletes leírással, szíves megkeresésre, készséggel szolgálunk.

Orvos és gyógyszerész urak 30% engedményben részesülnek.

Dr. JÁRMBAY GYULA utóda KERTAI NÁNDOR gyógyszerüzára  
Budapest, Papnövelde-utca 2.

## Máté Mihály és Társa

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

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

Telefon: József 103-74. Sürgőnyezim: Mátészerezés Budapest.

Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

## Epileptikusok

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

(21,038, IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egy napra (havonként előre fizetendő) I. oszt. 12 korona; a II. oszt. 8 korona; a III. oszt. 6 korona. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyminisztériumnak 1903. évi 9721. IV. a. számú rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyminisztériumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szent. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Ball gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös romai gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)



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

## Dr Thilo-féle Chloraethyl

készítményemet.

Az önműködő üvegek újra töltenek meg.  
Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH

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

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

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

# 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.

# ARGENTOCOLL

Név törvényesen védve.

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

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

**nehéz (septikus) izületi rheumánál.**

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

Raktár Budapesten: Filó János és Török József-nél.

**Próbák orvos uraknak díjmentesen.**

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



## Tabl. Ferri Protoxal.

**Dr. Deér**

**sine et cum arseno**

készítmény — megbízható vér-  
képző és tonicum — alkalmazása  
még a természetes agensek mel-  
lett is szerencsés gondolat. Kli-  
nikusok, nőorvosok előszeretettel  
rendelik. 100 darab tablettá üveg-  
ben 2 korona. Kapható a gyógy-  
szertárakban.

**Óvakodjunk értéktelen utáztatoktól!**

4437



**ODELGA MAGYAR GYÓGYTECHNIKAI IPAR R.-T.**

**Röntgen és elektromedikai  
készülékek, orvosi műszerek.**

Ezelőtt: **Cdelga J.**

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t., „Asklépios“  
Egressi Zoltán okl. mérnök szakvállalata, a Veifa-  
Művek magyarországi képviselte.

Budapest, VI., Andrassy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

Verlagsbuchhandlung  
**Hermann Meuser, Berlin W57.**

# E. Kromayer Röntgen- Radium-Licht in der Dermatologie

94 oldal, 6 ábrával a szövegben.

Vászonba kötve.

**Ára M 4.60.**

**Dermatologische Wochenschrift:** Az előttem fekvő könyvecske igen szűk keretben, de annál érthetőbben tárgyalja saját tapasztalatok és szellemes ideák alapján a bőrgyógyászat fénytherapiáját és pedig nemcsak mint a legtöbb ez irányú tankönyv a radiógyógyász, hanem a bőrgyógyász álláspontjáról. Most, mikor a physikalisk-radiologiai módszereket már nem oly kritika nélküli szemmel nézik — ily bíráló, a fénytherapia terén mint főkutató elismert szerző tollából eredő mű különös értékkel bír. A könyvecske elolvasását bárkinek melegen ajánljuk, különösen azon gyakorló orvosoknak, a kik ezen érdekes gyógymódszerről információt szerezni kívánnak. Igen figyelemreméltók a következő fejezetek: A fénymérés (5. fejezet). Egy bizonyos fényadag adagolása. Igen fontosak a szerző megállapításai a Röntgenkárosodásokról (8. fejezet). Szerző nem fogadja el *Sabouraud* erythemdosisát, melyről azt találja, hogy  $\frac{1}{4}$ -el túl magas.

A különleges részben nemcsak a gyakorló orvos, hanem a specialista is az érdekes megfigyelések egész sorozatát fogja találni. A szerző álláspontját a psoriasis és a rákkérdésben teljesen aláírjuk. Tanácsos volna a lupus és a ráktherápia rövidebb való tárgyalása a jövő kiadásokban. Különösen aláírjuk még a szerző értekezését a röntgenepilatióról hypertrichosisnál a 89—90. oldalon.

Ifj. Paul Unna.

# 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.

**Berkovits René:** A tüdőtuberculosis megítélése a katonai szolgálatképesség szempontjából. 377. lap.

**Kiss József:** Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal Bajza-utcai utókezelő-gyógyintézetéből. (Igazgató: Csiky József dr., egyetemi magántanár, honvéd ezredorvos.) Fejserülés után jelentkező rohamszerű psychés zavarokról. 379. lap.

**Vadas Jenő:** Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal besztercebányai különleges gyógyintézetéből. (Vezető orvos: Benczur Gyula dr., egyetemi magántanár, ezredorvos.) A Russo-féle methylenzöld-reactióról. 381. lap.

**Nestlinger Miklós:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. számú szemklinikájáról. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyet. nyilv. rendes tanár.) Az úgynevezett „spanyol betegség” kórokozójáról. (Előzetes közlemény.) 382. lap.

**Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Klemperer:** Yoghurt-kúra használata diabetesben. — **Sebészet. Wilms:** Az epekő okozta heveny és idősült epehólyaggyulladás. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. L. Thimm:** Dysenteria. — **Winkler:** A tribromnaphthol használatáról a dermatológiában. 383. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** 384. lap.

**Vegyes hírek.** 384. lap.

**Tudományos Társulatok.** 385—386. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## A tüdőtuberculosis megítélése a katonai szolgálatképesség szempontjából.\*

Irta: **Berkovits René** dr., népf. ezredorvos.

Több mint egy éve, hogy ezerágyas kórházunk a temesvári katonai parancsnokság területén a tüdőtuberculosisok gyűjtőállomásaként szerepel. Ez idő alatt több ezer tuberculosis ment át beosztott orvosaim kezén s magam egy félévig végeztem az összes betegek felülvizsgálatát. E működésünk közben az volt a fő szempontunk, hogy a szolgálatképesség megállapítására vonatkozó felsőbb rendeleteket a *klinikai* tapasztalatok és elvek alapján kezeljük. Csakis így egyeztetetők össze a köz és az egyén érdekei. Munkálkodásom során eleinte sajnos nélkülöztem azt a *módszert*, a mellyel a kórfolyamatot röviden, de határozottan le lehet írni s a mely a mellett, hogy a folyamat lényegébe is betekintést enged, prognostikai következtetéseket nyújt s így a szolgálatképesség fokát is meghatározza.

A szokásos s ma is „hivatalos” *Turban-Gerhardt*-féle séma ugyanis nem elégítette ki e követelményeim. Akárhányszor láttam olyan katonai orvosi bizonyítványt, a melyben a beteg III. stadiumbelinek volt osztályozva s szolgálatképtelennek minősítve, a mikor a klinikai megfigyelés s vizsgálatok azt mutatták, hogy a folyamat nem activ, jóindulatú, induráló hajlamu s az egyén külseje, munkaképessége olyan, hogy akár őrszolgálatra is alkalmas. Viszont az I. stadiumban levő beteg, ha a folyamat rosszindulatú, progrediáló jellegű, még akkor is szolgálatképtelennek minősítendő, ha egyelőre a teljesítőképessége elég jó is.

Kétségtelen, hogy a *Turban*-féle séma nem is felelhet meg azoknak az igényeknek, a melyeket a tuberculosis osztályozásakor támasztunk, mert elsősorban *quantitativ* jellegű, főleg a folyamat térbeli kiterjedését veszi figyelembe, nekünk pedig (s ez áll az orvosi gyakorlatra, tehát a békebeli viszonyokra is) a tuberculosis elváltozás *milyensége* a fontos, az a kórtani és boncolástani jelleg, a mely az esetet a *lefolys* és *kimenetel* szempontjából meghatározza.

Ezért örömmel ragadtam meg az alkalmat, hogy a tüdőtuberculosis megítélésében a *Fraenkel-Albrecht*-

féle osztályozást nagy anyagomon megkísérleljem. Ezt a módszert *A. Fraenkel* 1906-ban dolgozta ki először s egy évvel később *Albrecht* adta meg kórboncolástani alapjait; a végleges formát *Fraenkel* a német belgyógyászoknak 1910.-i wiesbadeni congressusán közölte. Azóta *Aschoff* és *Nicol* erősítette meg e beosztás kórboncolástani jogosultságát, noha nomenclaturájuk az előbbiektől eltér s nem olyan szerencsés, nem olyan áttekinthető. A klinikusok közül különösen *Romberg* híve e classificiónak. Igazi használhatóságát *Fraenkel* és iskolája azokkal az eredményekkel igazolták, a melyeket a háború folyamán a heidelbergi specialis megfigyelőkórházban úgy a szolgálatképesség megállapításakor (ennek bevalásával), valamint a megfelelően kiválogatott esetek gyógyeredményeivel elérték.

A *Fraenkel-Albrecht*-féle classificio teljesen figyelmére méltatja a tüdőtuberculosis *dynamikai* tulajdonságait, tehát elsősorban a folyamat pathologiai jellegét, másodsorban klinikai lefolyását, s így e kettő alapján a valószínű prognoszt. A kórboncolástani kutatások beigazolták *Fraenkel*-nek azt a nézetét, hogy a tüdőtuberculosis egész lefolyása alatt megőrzi azt az eredeti anatómiai jellegét, a mely kifejlődése alatt reá nézve jellemző, s a mely legfeljebb az élet vége felé változik meg, de ekkor sem annyira, hogy a folyamat alapjellegét a boncolás-asztalon fel ne ismerhessük. E törvényszerűség oka valószínűleg az, hogy minden tuberculosis a kórokozó és a constitutio kölcsönhatásának az eredménye, s e két tényező ugyanazon esetben állandó, egészben véve pedig bizonyos típusok szerint sematizálható. *Fraenkel* szerint az egyes esetben létrejövő pathologiai folyamat a betegség lefolyása szempontjából fontosabb, mint a processus kiterjedése. Tehát elsősorban a *kórboncolástani folyamatot kell klinikai vizsgálati methodusainkkal rögzítenünk*, s csak azután kell tekintettel lennünk a kiterjedésre, a folyamat aktivitására, a bacillaris leletre s az esetleges complicatiókra.

A tuberculosisra jellemző két pathologiai folyamat: az exsudatio és a proliferatio. Ezeknek a kombinálódása révén meghatározott anatómiai képeket látunk, a melyek a tüdőszövetben való elhelyezkedésük szerint a következő formákat adják:

1. *cirrhosisos*, induráló, gyógyuló jellegű folyamat;
2. *göbös*, bronchiálisan és peribronchiálisan továbbhaladó folyamat, a melyben a valódi tuberculosis granulomaképződés áll előtérben, míg az alveolusokban lejátszódó exsudatio csak a göbök legközelebbi környékére terjed;

\* Előadás a Biharmegyei Orvosegyletben 1918 április 28.-án.

3. *sajtós*, pneumoniás jellegű folyamat, a melyben az alveolusokban és bronchiolusokban bő és elsajtósodó exsudatum jelenik meg.

Természetesen e három alapforma nem választható el mindig teljes élességgel egymástól — combinációjukból adódnak a cirrhisos-göbös és a göbös-sajtós átmeneti alakok —, de úgy a bonczolás-asztalon, mint klinikai vizsgálati módszereinkkel éppen eléggé el tudjuk őket különíteni arra, hogy az anatómiai jelleget megítélhessük, illetőleg hogy a betegség várható lefolyását megmondhassuk. S éppen ez adja meg *Fraenkel* szerint az ő osztályozásának a jelentőségét: mert az egyik, a jóindulatú, gyógyítható és a munkaképességet meg-hagyó csoportba tartoznak a cirrhisos és a cirrhisos-göbös folyamatok még akkor is, ha több lebenyre terjednek, sőt ha kétoldaliak is; a másik, rosszindulatú, gyógyíthatatlan és munkaképtelenné tevő csoport a többlebenyes göbös folyamatokkal kezdődik s a kiterjedt sajtos pneumoniás alakokkal végződik. Valamely esetnek a sémába való beosztása tehát nemcsak a betegség klinikai formáját, hanem egyúttal azt is jelenti, hogy az egyén szolgálatképességét (munkaképességét) és a követendő gyógyeljárását is meghatározzuk.

Mi jellemzi már most klinikailag az egyes formákat? A *cirrhisos* esetekre jellemző az anamnesis, a lassú kezdet, a közismert habitus, az egyik mellkasfél légzési elmaradása, behúzóadások, az alsó határ csekélyebb kitérése, a rövidült kopogtatási hang, a zsugorodást jelentő szűkebb Krönig-tér, gyengült fremitus, hangosabb és érdes légzés, néhány (vagy semmi) apróhólyagú szörcs-zöreje, kevés, nyálkás köpet. A hőemelkedés, ha van, subfebrilis s csak átmeneti jelenség. A Röntgen meredek bordákat mutat, a lágyszövetek elhúzóadását, kötegszerű árnyékokat, a melyek a hilustól sugárszerűleg húzódnak a beteg csúcs felé. A beteg közérzete nem sokat szenved, az arcszín és a tápláltság elég jó, a munkaképesség nem, vagy minimalisan csökkent.

A *göbös* alakot jellemzi az acut vagy subacut kezdet. A beteg tüdőréssz felett a kopogtatási hang rövidült vagy tompulat mutatható ki; a pectoralfremitus erősödött. A légzési zörejek gyengültek, hörghi színezetűek, sok nedves, középhólyagú szörcs-zörejjel, a melyek csengő jellegűek is lehetnek. A köpet nyálkás-genyes. *Állandó* subfebrilis vagy febrilis hőmérsék. A Röntgen szigetszerű, puha körvonalú árnyékokat mutat, a melyek néha összefolynak (progrediáló alak). A beteg sápadt, lefogy, izzad, munka- és teljesítőképessége csökkent.

A *sajtós* forma acute kezdődik, vagy nagyon gyorsan progrediál. Intenzív tompulatot találunk, erős pectoralfremitust, kifejezett bronchialis légzést, sok, nagyhólyagú csengő szörcs-zörejt. A köpet igen bő, genyes, a hőmérsék állandóan magas. A Röntgen kiterjedt árnyékolást mutat. A beteg súlyos állapotban van, dyspnoés, hangja rekedtes, gyorsan fogy, teljesen munkaképtelen. A *kombinált* alakokban a klinikai tünetek átmeneteket mutatnak.

*Mindegyik* formában keletkezhetnek *cavernák*, a melyek természetesen külön megemlítendőek, mert a prognoszt nagyon befolyásolják, a cirrhisos jóindulatuságát lerontják, a göbös forma kétséges prognoszt infasztá teszik.

A folyamat mineműsége mellett a *kiterjedés* csak másodlagos fontosságú. *Fraenkel* megkülönböztet *solitaer göczokat* (csúcs-, hilus-, lingulaprocessusok) és *lebenyes* kiterjedést: felsőlebenyre terjedőt és többlebenyest, mindkét esetben egy- vagy kétoldalit. Hogyha „felsőlebenyest“ diagnosztálunk, mondja *Fraenkel*, nem lényeges, hogy csakugyan anatómiai pontossággal beválják ez a localisatio, elég ha nagyjából talál. Magamnak is az a nézetem, hogy a katonasági bizonyítványokban vagy a sanatoriumi leletekben oly részletesen leírt kopogtatási eltérések határai olyan subjectivek, hogy igazán közömbös, hogy a rövidült kopogtatási hang egy ujnyival lejjebb vagy feljebb terjed, s hogy sokkal használhatóbb minden utánvizsgáló számára az a rövid megjelölés, a melyet *Fraenkel* ajánl.

A *vizsgálati módszerek* közül különben *Fraenkel* a legnagyobb súlyt a Röntgen-re fekteti. A zárt tuberculosis

diagnosisában szerinte ez ugyanazt jelenti, mint a bacteriologiai köpetvizsgálat a nyílt tuberculosis számára. Ezt mindenestre túlzásnak kell mondanunk s csatlakozunk azokhoz, a kik szerint a Röntgen rendkívül értékes vizsgálati eszköz, de csak az egész klinikai diagnostika kereteibe illesztve. Különösen tiltakoznom kell (főleg a katonai megítélés szempontjából) az ellen, hogy a röntgenológus olyan lelete, mint „gyenge árnyék az x-csúcsban“ befolyásolja az egyébként negatív vizsgálati eredmény alapján már kialakult orvosi nézetet. A „gyenge árnyék“ épp olyan *gyenge* (teljesen subjectiv) bizonyíték, mint azoknak a tüdőspecialistáknak a „valamivel rövidült kopogtatási hang“-lelete, a kik még a fű növést is hallják. Egy ilyen Röntgen-lelet csak a tuberculosis-hypochonderek számát szaporítja, a mi a katonaságnál tuberculosis-simulánst vagy tuberculosis-querulánst jelent. Egyáltalában az a túlzottság, a melylyel a legkisebb „gyanus“ symptomát sok orvos kezeli, az oka annak, hogy annyi „csúcsurutos“ ember járja a rendelőórákat, oltatja magát vagy drága sanatoriumokban adja ki keservesen összekuporgatott filléreit, másrészt pedig annak, hogy például a *Fraenkel* vizsgálóállomására tuberculosisissal beutalt katonák 60%-át nem találták tuberculosisusnak (40% más bajban szenvedett, 20% pedig teljesen egészséges volt).

A mennyire fontos az, hogy a tuberculosisist korán diagnosztáljuk, annyira helytelen a beteg egyoldalú megítélése; kötelességünk, hogy minden lehetőségre gondoljunk s hogy vizsgálati methodusainkban ne csak egy módszerre esküdjünk. Ceteris paribus természetesen a Röntgen óriási előnye, hogy a lemezfelvétel objectiv s mindig ellenőrizhető bizonyítékot szolgáltat.

*Fraenkel* osztályozása, mint mondtuk, *dynamikai* jellegű s ezért nagy súlyt fektet annak a kérdésnek az eldöntésére is, hogy az anatómiailag jellegzett folyamat activ-e vagy nyugvóban van. A sajtos s a kifejezetten göbös (progrediáló, többlebenyes göbös) formában ez természetesen nem kétséges, viszont annál fontosabb a szolgálatképesség és gyógyító eljárás megállapítása céljából a jóindulatú, tehát *cirrhisos* és *cirrhisos-göbös* alakban. *Fraenkel* négy olyan jelenséget említ, a melyek a folyamat aktivitását mutatják: a láz, a vércöpés, az erősebb lokalizált catarrhus és a lefogyás; ezeket *aktivitási symptomáknak* nevezi (AS). Ezek természetesen a rosszindulatú formákban állandóan megvannak, a jóindulatúakban csak átmenetileg s jól befolyásolhatók.

Egy másik pont, a melyre már régóta minden orvos nagy gondot fordít, az a kérdés, hogy a beteg köpetében mutathatunk-e ki bacillust vagy sem. A katonai felsőbb rendelkezések különösen nagy súlyt fektetnek erre a kérdésre s más elbocsátási eljárásnak vetik alá a *nyílt* s a *zárt* eseteket, a mennyiben az előbbieket csak akkor bocsátják haza, ha a polgári hatóságok igazolják, hogy a beteget hozzátartozói külön szobában tudják elhelyezni s hogy családja válalkozik (s tudja is) a kellő eltartásra és gondozásra. Nem célom most arra kitérni, hogy melyek e rendelet keresztülvitelének a nehézségei s hogy mily sok esetben illusoriusak az eredményei; a kik ismerik a magyar lakásviszonyokat, népszokásokat és . . . hatóságokat, azok ezt úgyis tudják, s távol áll tőlem, hogy e rendelet elvi jelentőségét s nevelő hatását kisebbitsem, de klinikai hiányosságára rá kell mutatnom. Mindnyájan tudjuk — nem is tekintve a technikai különbségeket és hiányokat, a melyek a positiv és negativ bacillus-leletekben előfordulnak —, hogy mennyire ingadozó az a határ, a mely a két lehetőséget elválasztja s hogy milyen észrevétlenül lehet a zárt esetből nyílt s megfordítva. S ha mi természetesen szigorúan el is különítjük a kórházi elhelyezésben a két kategóriát s utasításomra minden betegen kéthetenként végzett köpetvizsgálatokkal ellenőrizzük is a változásokat, mégsem hiszem, hogy matematikai pontossággal sikerül a problémát megoldani.

De ezt nem is kell kívánnunk s más az, a mit én az egész *positiv-negatív* kérdés hibájának tekintek. A modern tuberculosis-kutatásokról tudjuk s különösen *Much* legutóbbi



vizsgálatai (Ergebnisse der Hygiene, II. kötet) bizonyították, hogy nem egy újabb exogen infectio a phthisis oka, hanem az immunizáló erők csökkenése valamely autochton vagy külső befolyásra (például háborús fáradalmak) s azt is tudjuk, hogy az állandóan negatív köpetű beteg is fertőzhet. Tehát nagy hiba volna, ha a fertőzőképesség szempontjából csak a bacillaris lelettől irányítatnánk magunkat, s ha ezt mi orvosok talán ma már nem is tesszük (mi már túl vagyunk a *bacterium-fetisismus* korán), annál inkább él ez a felfogás a laikusok és betegek körében. Hányszor esett meg kórházunkban, hogy egyesek méltatlankodva panaszták (sőt a ministeriumokban is feljelentették), hogy ők negatívek s mégis pozitív barakkban vannak, olyan esetek, a melyekben cavernák s állandó súlyos consumptio, lázak, bőséges genyes köpet jelezték a folyamat mineműségét és csak a harmadik vagy negyedik köpetvizsgálat lett pozitív. Hogy az ilyen eseteket nem a „positívek“ inficiálták, azt a legorthodoxabb bacteriologus is elismeri. S viszont azt sem hiszem, hogy ez a bacteriologus szívesen cseresznyétetné a gyerekeit egy tából az állandóan negatív „csúcshurutossal“. Már közelebb áll mai felfogásunkhoz az a német hadügy-ministeri rendelet, a mely kimondja, hogy: „Unter keinen Umständen dürfen . . . . Kriegsunbrauchbare und zumal solche mit Auswurf . . . . dem Ersatztruppenteil überwiesen werden“, szóval, a mely arra fekteti a súlyt, hogy *van-e köpet* s nem arra, hogy milyen a bacillaris lelet.

Én azt hiszem, hogy ebben a kérdésben is haladást jelent a *Fraenkel-Albrecht*-féle osztályozás s jobban megfelelne mai álláspontunknak annak a kimondása, hogy minden e séma szerint dubiosus vagy infaust jellegű eset feltétlenül fertőzőnek tekintendő, míg a jóindulatúak közül csak az, a melyben *activitási symptomák* vannak. Mert hiszen maga a *köpet* jelenléte sem lehet irányadó, hiszen akárhány esetben nincs is *kiürített* köpet s amellet ma a *csöpp-infectiónak* nagyobb fontosságot kell tulajdonítanunk, mint a beszáradt s elporzott sputumnak. Természetes azonban, hogy a bacillaris vizsgálatok elengedhetetlenek, s hogy azok az esetek is, a melyek jóindulatúak s AS-t nem is mutatnak, ha gondos és lelkiismeretes köpetvizsgálattal biztosan pozitívek, a hadsereg kötelékében nem tarthatók meg.

Ezzel már rátértem a szolgálatképesség megállapításának a kérdésére. Az első szabály itt tehát az, hogy a kinek a köpetében bacillus mutatható ki, semmiféle szolgálatra sem alkalmas, bármilyen csekélyek is a tüdőbeli elváltozások s akármilyen jó állapotban van a beteg. Ugyanez áll az olyan esetekre is, a melyekben az AS bármelyike észlelhető vagy rövid idő előtt észlelhető volt. E két esettől függetlenül *Fraenkel* a következő osztályozást ajánlja:

A cirrhisos folyamatban szenvedők szolgálatképesek, még ha az elváltozás többlebenyes vagy kétoldali is. *Fraenkel* ezt az állítását eddigi háborús tapasztalatai alapján beigazoltak látja. A szolgálatképesség fokát a beteg *teljesítőképeségéhez* szabjuk, a melyre a polgári életben végzett foglalkozásból, a kiképzés fáradalmainak az elviseléséből s az esetleges helyi szolgálatnak a hatásából következtetünk. Kisebb teljesítőképeség esetén csak utóbbi mellett maradunk, nagyobb esetében őrszolgálatot, sőt állandóan jóindulatúnak látszó folyamat esetén, ha megerőltetések után sem mutatkoznak AS, frontszolgálatot állapíthatunk meg. A beosztás lehetőségeit *Bence* az Orvosképzés 1917 augusztusi számában (szintén a *Fraenkel-Albrecht*-séma alapján) igen jól állítja össze.

Ugyanezek a megfontolások vezethetnek bennünket a *cirrhisos-göbös* esetek megítélésékor. A *göbös* formákban szenvedők esetében, jó conditiót feltételezve, ha AS nincsenek s a folyamat nem nagyon kiterjedt, helyi szolgálatot javasolhatunk, többlebenyes, progrediáló folyamatokban teljes szolgálatképtelenséget kell kimondanunk. Ugyanez áll természetesen a *göbös-sajtós, sajtós* alakokról is.

Nagyon fontosnak tartom *Fraenkel* javalatait a kezelésre vonatkozólag. Sanatoriumi kezelésre csak a cirrhisos és a cirrhisos-göbös folyamatokat tartja alkalmasnak, de csak akkor javasolja a felvételt, ha AS észlelhető vagy rövid

idővel előbb fennállottak; ezzel igen helyesen távol tartja a sanatoriumtól az úgynevezett prophylaxiásokat, akik csak a helyet foglalják el a fontosabb esetek elől. A göbös formákban csak próbaképpen, kivételesen javasolja a sanatoriumot, mert csak nagyon kevés esetben látott ebben az alakban eredményt, míg a cirrhisos esetekben mindig, a kettő közötti formában 50%-ban teljes gyógyulást. A súlyosabb formákban csak kórházi kezelés jöhet tekintetbe. *Szabadságolás* eseteiben természetesen a beteg otthoni életviszonyai az irányadók. Ebben az irányban az a tapasztalatom, hogy csak kissé súlyosabb alakokban is a hosszú szabadság, legalább a mai viszonyok közt, nem célszerű; a betegek otthon teljes erejükkel úzik foglalkozásukat s a rossz táplálkozási viszonyok mellett leromlanak, kivéve talán a földműveseket. Ipari foglalkozásúak számára célszerűbb lenne szabadság helyett a kórházi eltartás, megfelelő foglalkoztató műhelyekkel, a melyekben a beteg külön kereshetne is. A tuberculosis-kérdés socialis oldala s mindaz, a mi ezzel összefügg, ma még, dacára néhány szépen elgondolt rendeletnek és intézménynek, megoldatlan, pedig most volna a legjobb alkalom gyökeres és értékes reformokra.

A tuberculosis vagy erre gyanus katonák megfigyelésének külön kórházakban, egységes elvek szerint kellene történnie. Két-három hét elegendő volna nemcsak az eset pontos klinikai megfigyelésére, hanem a teljesítőképeség biztos megállapítására s így a *Fraenkel-féle classificatióra* is. Az erre fordított idő és munka minden tekintetben értékes eredményekre vezet s határozott haladást (ha nem is végleges megoldást) jelent a tuberculosis megítélésében.

Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal Bajza-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Igazgató: Csiky József dr., egyetemi magántanár, t. honvéd ezredorvos).

### Fejsérülés után jelentkező rohamszerű psychés zavarokról.

Irta: Kiss József dr., osztályvezető-főorvos, t. honvéd segédorvos.

Az Országos Hadigondozó Hivatal Bajza-utcai ideg-osztályán, a hol többek közt fejsérülteket figyelünk meg a sérülés késői következményeit illetőleg, igen nagy számmal van alkalmunk a motoros kéreg izgatása következtében jelentkező *Jackson* epileptiás rohamot észlelni.

Ismeretesek ama tünetek, a melyek ezen rohamot jellemzik: legtöbbször csak féloldali és ott is határozott helyen kezdődő és állandó irányban terjedő, közben élénk clonusos rángásokkal járó tonusos görcs, conjugált deviatióval, nem mindig teljesen felfüggesztett eszmélettel, renyhe vagy hiányzó pupillareactióval, esetleg spontan ürüléssel, kóros reflexekkel és szájhabzással; roham után a hőmérséklet gyakran emelkedik s a beteg amnesziás.

Mindezekkel szemben igen gyakran találkoztunk olyan esetekkel, midőn a betegnek kisebb-nagyobb csonthiánytal járó fejsérülése van, időnkénti rohamokkal, melyek azonban nem viselik magukon a *Jackson*-roham jellegét.

I. eset. R. J., őrmester, 29 éves, apja asthmás, anyja és 4 testvére egészséges. 1907-ben tüdőgyuladást állott ki, egyébként beteg sohasem volt. Nyugodt, higgadt embernek ismerte magát mindig. Luest és potust tagad, dohányozni szokott. Fejfájása nincs. 1914 augusztus 27.-én sebesült meg. Jelenleg a jobb halántékon, mindjárt a homlokcsont mellett, a járomív felett, gyermektenyérnyi, félkör alakú trepanatiós bőr-csontheg látható. A sérülés helye eleinte állítólag pulzált; sérülése óta a betegét kétszer operálták. Idegrendszeri lelete negatív; sem a mozgató, sem az érzési körben kiesése nincs. Első rohamát 1915 április 5.-én kapta meg a helyőrségi kórházban, a hol másnak — tudomása szerint — roham nem volt. Bajja 2-4-hetenként jelentkezik, állítólag időváltozás és néha kedélyizgalom után. A rohamot fejfűzés, szemkönyezés és hányásinger előzi meg, a mely utóbbi néha hányásra is vezet.

Mindezekből körülbelül 5-8 perczzel előbb tudomást szerez kezdődő rosszulletéről és lefekszik; egyszer azonban az utcán jött rá a baj és nagyon megsérült. Roham alatt ágyán hanykolódik, nem kiabál, de birkózik az őt lefogó ápolókkal és külső ingerekre nem reagál. Roham után igen álmos és el is alszik.

II. eset. L. A., gyalogos, 24 éves. Apja sárgaságban, anyja ismeretlen betegségben halt meg, négy testvére teljesen egészséges. Nőtlen; luest és alkoholt tagad, dohányozni szokott. Mindig nyugodt természetű,

sőt kissé nyomott hangulatu ember volt, földmívesmunkáját jól elvégezte. Fejfájása nem szokott lenni. 1916 július 10.-én sérült: a jobb halántékon, közvetlenül a homlokcsont mellett, tenyérnyi, egyenetlen alapú besüppedt terület. A bal kar emelésekor minimalisan elmarad, jobb lába járáskor hamar elfárad, egyébként a végtagok izomereje megtartott; a fejidegek jól innerválnak. Az inreflexek egyformák, élénkek; kóros reflex nincsen. Kétszer operáltak: egy ízben celluloid-lemezzel heteroplastikát végeztek rajta, másodszer a lemezt újból eltávolították. (1917 április 15. 1917 augusztus 9.) Első rohama 1917 májusban volt. Azóta — különféle kórházak előjegyzési lapja szerint — számos „Jackson-rohama” volt; e rohamok ecsetelése azonban mindenütt teljesen hiányos. Nálunk 1918 január 18.-án egy roham: végtagok erősen feszítve, több *arc de cercle*, erős blepharospasmus, pupillák vizsgálata emiatt nem sikerül. Körülbelül percenként mindkét lábon egyszerre heves clonusos görcsök, majd dobálja magát, kezeivel üt stb. Nem kiabál. Spontan vizelet vagy székürülés nincs. Teljesen eszméletlen. Semmiféle mechanikai, hő- vagy psychés ingerre nem reagál, a legminimalisabb fokban sem. Az állapot körülbelül félóráig tart, azután spontán oldódik s a beteg elalszik.

III. eset. A. L., gyalogos, 21 éves; szülei ismeretlen betegségben haltak meg, három testvére egészséges. Nőtlen, lueszt tagad, mérsékelt potust és erős dohányzást bevall. Nyugodt, higgadt ember volt mindig, „ideges” nem volt; kiállott betegségekre nem emlékezik. Sérült 1915 június 19.-én; bemenet a jobb homlokcsonton, kimenet a bal falcsonton. Jobb szemén sérülése óta nem lát; szemészeti diagnosis: ruptura retinae o. d., mydriasis traum. o. d., subluxatio lentis o. d. Ezt leszámítva azonban a fejidegek területén kóros eltérés nem mutatható ki; a felső és alsó végtagok minden mozgása active is teljes; triceps-, perior-, patella- és Achilles-reflexek egyenlően élénkek mindkét oldalon; Babinski és clonus nem váltható ki. Sérülése után pár nappal állítólag operáltak s ezután kapta első rohamát már a tábori kórházban. Rohama körülbelül egyhetenként van, de néha gyakrabban is jelentkezik, hangulatától és munkájától függetlenül. Bal keze egyik ujjának zsibbadásán veszi észre, hogy rohama lesz. Ilyenkor lefekszik, néhányat sóhajt, majd óriási erővel dobálni kezdi magát, káromkodik, vezényszókat kiabál, mintha a harctéren volna. Rohama alatt semmiféle módoan sem lehet eszméletre hozni; roham után nem alszik el, hanem zavartalanul mozog tovább.

IV. eset. B. K., gyalogos, 29 éves. Családi anamnesise terhelt-ségre nem mutat. Sérült 1917 július 4.-én. Jelenleg a homlok bal oldalán huszfilléresnyi horpadás. Röntgen szerint itt csontátültetés történt. Az idegrendszer vizsgálatakor mind a mozgató, mind az érző funkcióban, mind a reflexek viselkedésében kóros jelenség nem állapítható meg. Körülbelül hetenként, de néha gyakrabban is, hirtelen teljesen elveszti eszméletét, le akar ugrani ágyáról, birkózik az apó-lókkal, miközben — a harctéren képzelve magát — szakadatlanul „Herr Hauptmann”, „Angriff”, „Sperrfeuer” stb. szókat kiabál. A legerősebb ingerekre sem reagál. Rohama körülbelül negyedóráig tart, utána alszik.

A vázolt esetekben — természetesen — legelőször hysteriára kell gondolnunk. Van azonban néhány körülmény, a mi ezzel szemben megfontolás tárgyává teendő.

Feltűnő elsősorban az, hogy míg hysteriás zavarokban (astasia-abasia, saltatorius reflexgörcs, akinesia amnestica stb.) szenvedő betegek, a kiknek úgyszólván joguk lenne ilyen hysteriás rohamok rendezésére, csak igen-igen kivételesen produkálnak egyet-egyét, addig fejsérülteken ez a fent leírt állapot, mely leginkább a hysteriás rohamhoz hasonlít, igen gyakori.

Az orvos, a ki minden fejsérültön kutat az anamnesisben roham után, érdeklődésével felhívhatja a beteg figyelmét ebben az irányban; de ott áll ezzel szemben a még hatalmasabb ellensuggestio is: a betegek tudják, hogy rohamaik folytán előbb utóbb műtetre kerülnek, a mint azt Jackson-rohamokban szenvedő társaikon láthatják és tapasztalhatják. Ismerjük ezen ellensuggestio hatásosságát azon esetekből, mikor fejsérülés nélküli hysteriás betegek rohamát sikerül elvágni azzal a kijelentéssel, hogy meg fogjuk őket operáltatni.

De ez ellen szól az az említett eset is, a mikor a beteg még minden másodlagos behatástól függetlenül, már a tábori kórházban megkapta első rohamát. Valószínűtlen, hogy ebben az esetben az orvos érdeklődése szerepelhetne kiváltó okként.

Másik igen fontos és meggondolandó valóság az eszmélet mély zavartsága. Szinte kétségbeejtő az a helyzet, mikor ilyen fejsérült rohamához hívnak. Látom, hogy nem Jackson-roham, azt hiszem, hogy hysteriás, de hiába próbálok meg minden eszközt, a mi hysteriás roham alkalmával mindig bevált, a beteg tovább remeg, tovább hadonászik és kiabál. Hysteriás roham alatt a beteg sokkal inkább hozzáférhető külső ingereknek, mint ilyen állapotban. Az eszméletzavar olyan mély, hogy még a lezajlás után sem emlékezik vissza semmire a beteg, a mi vele közben történt.

Jellemző továbbá az ily rohamokra — a mint az esetekből látható — a gondolatkör állandósága is, melyben lefoly-nak. Igaz ugyan, hogy a beteg utólag semmit sem tud elmondani abból a kínzó gondolatból, a mely *absence*-a alatt bántotta, de a roham alatt kiejtett szavaiból és mondattöredé-keiből időszakosan jelentkező eszméletzavarának, helyesebben az eszméletét ezen idő alatt domináló gondolatnak állandó-ságára következtethetünk. Erre a tényre később még vissza-térünk.

A genuin epilepsia — eltérően a Jackson-epilepsiától — mindig a legmélyebb eszméletlenséggel jár. Sőt van olyan formája is, melyben éppen az eszméletzavar dominálja a kórképet és a motoros izgalmi tünetek teljesen, vagy csaknem teljesen hiányoznak. Ez az epilepsiás psychosis, az ugynevezett *malum comitiale ambulatorium*. A különben egészségesnek látszó beteg hirtelen, mint a motoros rohamban, teljesen elveszti perczekre, de esetleg órákra, sőt napokra eszméletét és egy kóros eszmekör keríti hatalmába, a mely mellett bár koordináltan mozog, jár az utcán stb., beszél és tesz olyan dolgokat is, melyek a közrenddel és közbiztonsággal teljesen ellenkezők és felhívják a környezet figyelmét a betegségre.

Láthatjuk tehát, hogy a genuin epilepsia nemcsak a mozgató, hanem az egész agykéreg betegsége lehet. Ha — Jendrassik szerint — elfogadjuk a genuin epilepsia legvaló-színűbb kórokozójaként azon igen apró emboliákat és infarc-tusokat, a melyeket gyermekkori vagy későbbi fertőző beteg-ségekkel járó bacteriaemiák és sepsisek okoznak az agykéreg capillarisaiban, valóban feltételezhetjük, hogy ezek válogatás nélkül jöhettek létre nemcsak a tisztán mozgató sejteket tartal-mazó kéregrésztben, hanem mindenütt máshol is, külön-nöbbsé localisatio nélkül, a hol a röviden gondolkozásnak nevezett physiologiai folyamat végbemegy.

Ha egy mozgató idegsejt physiologiai úton és pályán jön izgalomba, adaequat inger, lényegileg ismeretlen, de a villamos áramhoz némely physikai sajátosságában hasonló, ugynevezett physiologiai idegengert folytán, ennek rendes physiologiai mozgás lesz a következménye az általa ellátott izmokban. Így jön létre a tetanusos összehúzóadásokból álló akaratlagos izomösszehúzóadás. Azonban a physiologiai ideg-ingert helyett más kóros inger is érheti az idegsejtet. Ez lehet vagy egy inaequat mechanikai inger, melyet valamely tumor, heg, infarctusos vagy sclerotizált és zsugorodott agyrészlet formájában jelenlevő extra-, intra-, vagy subcorticalos gócz nyomása képvisel, vagy inaequat chemiai inger, melyet a vérből physiologiai körülmények közt hiányzó anyagok képviselnek, például uraemia vagy graviditas esetében. Ilyenkor a mozgató sejtek izgatásának nem physiologiai mozgás, hanem epilepsiás, uraemiás, illetve eklampsiás görcs lesz a következménye.

Ugyanez áll minden más kéregsejtre is: a kis góczok-ban rejlő inaequat inger állandóan izgatja a legkülönbözőbb képzetek letéteményeseként tekinthető egyéb sejteket is. Bár ezek — tekintve az inaequat ingert — csak summatio után jutnak izgalomba, az idegenergiának ilyen módon való fel-halmozódása révén az illető, legjobban ingerelt sejtben vagy sejtszóportban elraktározott képzet döntő szerephez jut a beteg öntudatában olyannyira, hogy kóros erővel jelenik meg és az egész öntudatot magával ragadja.

Tekintve, hogy a genuin epilepsia és Jackson-epilepsia klinikai tünetei közt fennálló különbséget kórosi gondolko-dásunkkal áthidalhatjuk és a klinikai tünetek különbözőségét a kórokozó folyamat különböző kiterjedésével megmagyaráz-hatjuk (genuinnál multiplex apró góczok, Jackson-nál egy vagy több körülírt nagyobb gócz), a genuin epilepsia psychés formájának párhuzamaként felvehetjük a Jackson-epilepsia psychés formáját is, a minek a vázolt kórképek felelné-nek meg.

A fejsérülések után időszakonként jelentkező kóros psychés folyamatok bonczolástanilag is létező, körülírtan is kiterjedő kórokára mutat eseteinkben az a már említett kö-rülmény is, hogy a roham ugyanazon a betegen mindig azonos körben játszódik le. Ez csakis úgy képzelhető el, ha a kór-

okozó gócz a kéregnek változatlanul mindig egy és ugyanazon pontját izgatja. E gócz helyét illetőleg megjegyezzük — a nélkül, hogy *Wernicke* szerint az agynak csakis bizonyos kéregrészeire lokálóznánk a gondolkodás folyamatát, sőt, a mellett, hogy ezt a képességet minden sejtre nézve elfogadjuk, a mint azt *Jendrassik* tanítja —, hogy eddigi eseteink mind a homlokcsonton vagy ennek közvetlen közelében sérültek.

A vázolt kórképnek a hysteriás rohamtól való elkülönítése mellett még egy — bár negatív — bizonyítékot is felhozhatunk. Ez az a körülmény, hogy az észlelt betegeknek sem családi, sem egyéni anamnesisében, pontos kikérdezés daczára, semmi olyan körülményt sem találhattunk, a melyből az illető fejsérültnek már korábbi ideges terheltiségre következtethetnénk.

Összefoglalva az eddigieket, a következőket mondhatjuk: 1. A mint a motoros kéreg izgatása motoros izgalmi tüneteket okoz, úgy egyéb specifikus kéregrészek kóros izgalma is okozhat egyéb, az illető kéregrészet élettani funkciójára jellemző izgalmi állapotokat. E klinikai esetek megfigyelése kapcsán felmerülhet a „*Jackson-epilepsiás rohamok psychés aequivalense*“ fennállásának lehetősége. 2. E kórkép jellemző komponensei: hiányzó ideges terheltég, homlok- vagy ehhez igen közel álló agysérülés, időszakos, rohamokban jelentkező, mély eszméletzavar, súlyos, ugyanazon betegen mindig egy körben lejátszódó izgalmi tünetekkel.

Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal beszercebányai különleges gyógyintézetéből. (Vezető- orvos: Benczur Gyula dr., egyetemi magántanár, ezredorvos.)

## A Russo-féle methylenzöld-reactióról.

Irta: *Vadas Jenő* dr., osztályvezető-főorvos.

A vizelet methylenzöld-reactióját *Russo*<sup>1</sup> írta le s tudvalevőleg abban áll, hogy 4—5 cm<sup>3</sup> vizelet 5 csepp 10/00-s vizes methylenkék-oldattal elegyítve, a methylenkék smaragd-zöldszínűvé lesz. E színváltozás különösen akkor jut szípen érvényre, ha a próbát 1 cm<sup>3</sup> chloroformmal összerázva rövid ideig állni hagyjuk. Positiv reactio esetén a kékesen elszíneződött chloroformréteg fölött jól látható a vizelet smaragd-zöld elszíneződése. Negatív a reactio, ha a methylenkék színe változatlanul megmarad.

*Boit*<sup>2</sup> azt állítja, hogy a methylenkék a vizelet urochromjának felszaporodása alakítja át methylenzöldd.

*Russo* maga és azok, kik e reactióval foglalkoztak (*Szabóky*,<sup>3</sup> *Boit*,<sup>4</sup> *Tripold*<sup>5</sup>), azt találták, hogy a reactio tuberculosiban szenvedőknél positiv, különösen akkor, ha gége- vagy bélgümőkór áll fenn.

*Gergely*<sup>3</sup> positivnek találta a *Russo*-reactiót tuberculosison kívül typhus és paratyphus minden esetében, valamint időnként súlyos dysenteriában, pneumoniában, pleuritis exsudatívában és enterocolitisben.

Vizsgálataim tárgyává tettem annak megállapítását, vajjon a positiv *Russo*-reactio bír-e a tuberculosiban diagnostikai értékkel, előfordul-e más bántalmakban is, összefügg-e a beteg hőmérsékletével, a vizelet színével, igaz-e, hogy a methylenkék methylenzöldd alakul s végül van-e összefüggés a *Russo*- és az *Ehrlich*-diazó-reactio között?

Összesen 417 vizsgálatot végeztem 354 egyén vizeletével és azt találtam, hogy a positiv reactio nem bír a tuberculosiban diagnostikai értékkel, mert 197 manifest tuberculosiban szenvedőn (köpet Koch-positiv) csak 31 esetben, vagyis az eseteknek csak 1/6-ában volt a reactio positiv, a többiben negativ. Az esetek következőképp oszlottak meg: 38 gégetuberculosiban szenvedő közül 4 volt +, 34 —;

béltuberculosis 7 esete közül 4 +, 3 —, 23 sebészi gümőkóros közül (*caries tuberculosa*, *abscessus frigidus*, *arthritus tuberculosa* stb.) csak 4 volt positiv, a többi negativ. Hasonló arányszámot kaptam tüdőgümőkór eseteiben is. 4 gége- és 2 béltuberculosis esetében a positiv reactio másnap negativ lett.

Positivnek találtam a reactiót tuberculosison kívül meningitis, tonsillitis és typhus eseteiben, viszont volt oly typhusos, illetőleg tonsillitises betegem is, kin a reactio negativ volt.

Ezenfelül negativ volt a reactio lues, tabes dorsalis, nephritis, bronchitis putrida, cirrhosis hepatis és enuresis nocturna eseteiben.

Feltűnő volt a reactio positiv voltának összefüggése az egyén hőmérsékletével: lázas beteg vizelete gyakrabban adja a *Russo*-reactiót, mint subfebrilis vagy láztalan betegé. 64 lázas beteg közül 29 (45%) vizelete adta a positiv reactiót, tekintet nélkül arra, hogy tuberculosis, tonsillitis, typhus vagy meningitis okozta-e a lázat. 38 subfebrilis közül már csak 10 (27%) esetben volt feljegyezhető positiv reactio, míg 252 láztalan beteg vizeletében csak 2 esetben (0.8%) találtam methylenzöld-reactiót.

A vizsgálatok rendén azt a megfigyelést tettem, hogy a positiv reactio egyedül a vizelet sötét színétől függ. Sötét színű, concentrált vizelet mindig adja a methylenzöld-reactiót, függetlenül attól, hogy minő betegségben szenvedőtől származik. Egészséges ember negativ reactiót adó vizelete, ha bepárolva concentráltabbá tesszük, szintén positiv *Russo*-reactiót ad.

A vizelet sötétebb színével lehet magyarázni, hogy lázas betegen a reactio gyakrabban positiv, mint subfebrilis vagy láztalan betegen, mert a vizelete is általában véve sötétebb színű.

Azok a gége- illetőleg bélgümőkórban szenvedők, kiknek vizelete világos színű volt, a reactiót nem adták. Ugyanezt találtam typhusos és tonsillitises beteg vizeletében.

E megfigyelésekből arra kellett következtetnem, hogy a positiv *Russo*-reactio esetén jelentkező színváltozásban nem valamely vegyi folyamatról, hanem egyszerű physikai színváltozásról van szó, mely úgy jön létre, hogy a vizelet sárga színe keveredve a methylenkékkel, mint két complementaer szín a smaragd-zöld színváltozást adja.

Nem volt valószínű ezekután *Boit* az az állítása, mely szerint a színváltozás oka az, hogy a methylenkéből urochrom hatására methylenzöld lesz.

A methylenkéből úgy lesz a vegyileg definiált methylenzöld, hogy a methylenkék tömény kénsavas oldatát 1 mol salétromsavval hozzuk össze. Oly anyagok nincsenek a vizeletben, melyekről feltehető volna, hogy ily energikus vegyi reactiót elvégezzenek.

Annak bizonyítására, hogy a képződött zöld szín *nem methylenzöldtől* származik, spectroscopos és festési eljárást alkalmaztam.

Az utóbbi eljárás azon alapul, hogy a selyemfonál bármely anilinfestéssel, így a methylenzölddel is, fix vegyületet ad. A selyemfonalat a kérdéses smaragd-zöld folyadékba helyezve, azt tapasztaltam, hogy az *nem zöldre*, hanem kékre festődött, csak úgy, mintha methylenkékkel festettem volna. Már pedig, ha ott csakugyan methylenzöld képződött volna, a fonálnak zöld színűre kellett volna festődnie. A smaragd-zöld folyadék tehát *nem methylenzöld* által, hanem a methylenkék és a vizelet sárga színe által van feltételezve.

Ugyanezt bizonyította a spectroscop is, mely mutatta, hogy a kérdéses smaragd-zöld folyadék spectruma külön-külön tartalmazta a methylenkék és a vizsgált vizelet elnyelési csík-jait, a mi szintén a vegyi folyamat ellen szól, s támogatja abbéli feltevésemet, hogy csak physikai színváltozásról van szó.

*Szabóky*-val szemben tehát azt kell állítanom, hogy a *Russo*-reactio optikai színváltozáson alapul.

Nem igazolhatom *Szabóky* azon állítását sem, hogy a *Russo*-reactio s az *Ehrlich*-diazó-reactio között összefüggés van. Ez már azért sem valószínű, mert az *Ehrlich*-reactio vegyi folyamaton alapul, míg a *Russo*-reactio, mint említettem,

<sup>1</sup> *Russo*: *Riforma Medica*, 1905, 19. f.

<sup>2</sup> *Boit*: *Münch. med. Woch.*, 63. évf., 43. sz.

<sup>3</sup> *Szabóky*: *Zeitschr. f. Tuberculose*, 17. kötet.

<sup>4</sup> *Lipp*: *Taschenbuch d. Feldarztes*.

<sup>5</sup> *Tripold*: *Münch. med. Woch.*, 64. évf., 44. sz.

physikai változáson. Számtalan esetben kaptam pozitív *Russo*-reactio mellett negatív diazót, viszont ennek az ellenkezőjét is tapasztaltam. Csak elvétve voltak oly eseteim, melyekben mind a két reactio pozitív volt. (A vizelet sötétszínű volt.)

**Összefoglalás:** A *Russo*-féle methylenzöld-reactio nem vegyi, hanem physikai változáson alapul. A képződött zöld szín nem methylenzöldtől származik, ezért a reactio elnevezése helytelen. A pozitív reactionak tuberculosisban nincs diagnostikai értéke, egyrészt, mert csak az esetek  $\frac{1}{6}$ -ában áll fenn, másrészt, mert más betegségekben is előfordul. A *Russo*- és az *Ehrlich*-féle diazo-reactio között nincs összefüggés.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. számú szemklinikájáról. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyet. nyilv. rendes tanár.)

### Az ugynevezett „spanyol betegség” kórokozójáról.

(Előzetes közlemény.)

Közli: *Nestlinger Miklós* dr., tanársegéd az egyetemi II. számú szemklinikán.

Rövid néhány hete úgy az orvosi, mint a laikus közönség érdeklődését különösen foglalkoztatja egy eddig látszólag ismeretlen, új betegség, az ugynevezett „spanyol járvány”.

A mit eddig e betegség eredetéről csak napilapokból és nem orvosi szaklapokból (beleértve a rendelkezésemre álló német orvosi irodalmat is) tudunk, mindössze annyi, hogy nyugatról, Spanyol- vagy Franciaországból terjedt át Németországba és hozzánk és eddig leginkább a nagy városokban jelentkezett epidemiásan.

Miután immár  $\frac{3}{4}$  éve foglalkozom a Koch-Weeks-, véleményem szerint az influenza-bacillussal azonos bacillus által okozott szemmegbetegedésekkel (hurutokkal) és két esetben ilyen betegek (gyermekeken) az ophthalmia mellett általános influenzát is láttam és a szemváladékkal egyidejűleg az influenza-bacillust a köpetből is kitenyésztettem, végül, mert több kartársamtól úgy értesültem, hogy a betegségben magas lázak és általános hurutos tünetek mellett nem egy egyéni egyszerű conjunctivitis is fennáll, s így egyrészt közelfekvő volt a gondolat, hogy a szemhurutnak és az általános megbetegedésnek (jelen esetben „spanyol járvány”) közös vonatkozásai vannak, másrészt mert említett nézetemhez újabb támpontot véltem szerezhetni, így örömmel tettem eleget *Schmidt L.* dr. főorvos abbéli kérésének, hogy a vezetése alatt levő 38-as lábadozó osztály ugynevezett „spanyol járvány”-ban szenvedő betegek bakteriologiai vizsgálatokat végezzek, az aetiologia esetleges tisztázása végett.

Mint hogy ezek a bakteriologiai vizsgálatok váratlan kedvező eredménnyel jártak, *Schmidt L.* dr. főorvos előadásában a klinikai kórképet röviden vázoló.

A betegség prodromalis szak nélkül, hirtelen, fejfájás, tarkó-fájás tünetei között kistökű hőemelkedéssel kezdődik. Körülbelül egy nap alatt a tünetek fokozódása közben eleinte kevés, száraz jellegű köhögéssel lázas állapot áll be (39 – 40,5 C°). Rendszeren a 2. nap végén a hőmérsék eléri maximumát, fokozódik a köhögés is némi expectoratióval. A 3. nap kezdetén a hőmérsék rendszerint kezd lejjebb szállani, az expectoratio bő, a subjectiv tünetek mulnak. A 4. nap a beteg rendszerint láztalan; 5. nap munkaképes; kivételes esetekben a kórlefolyás kissé elhúzódó. A kórképhez tartozik még a többé-kevésbé kifejezett tonsillitis. Nem ritka különösen a megbetegedés első napján a (toxikus tünet?) hányás és hasmenés, utóbbi esetekben kivétel nélkül kínzó, heves fejfájás; gyakori a középsúlyos szemhurut.

Fenti osztagnál 10 nap leforgása alatt 45 megbetegedés történt és a bakteriologiai vizsgálatokat a járvány fennállása 7. napján kezdtük. Vizsgálatra lehetőleg a bronchusokból directe ürített köpetet, még pedig az első 3 vizsgálatot

leszámítva, midőn a vizsgálati anyag délután vétetett, a reggeli első köpetet (illetve bronchialis váladékot) használtuk fel. E köpet sajátosságos, nyúlós, tapadós jellegű, betegek egyike találon hasonlította a selyemhernyó friss fonálához. A köpetet steril Petri-csészékben fogtuk fel; további feldolgozása a II. számú szemklinikai bakteriologiai laboratóriumában történt.

A felkent készítményeket carbol-fuchsin 1:10 és *Gram* szerint festettük és bár később a *Pfeiffer* ajánlotta nyálkaczfát-mosást is alkalmaztuk, a mikroskopi vizsgálat eredményre nem vezetett, a mennyiben csak tömérdek különféle bakteriumot mutatott.

Váladékot szélesztettünk közönséges és ascitesagar-csővekre, Löffler-savóra és galambvér-agarlemezre. A 3 első táptalajon 24 óra alatt csak staphylococcus, streptococcus brevis, pneumococcus és különféle Gram-negatív coccusok tenyészttek. Ezzel szemben meglepetéssel láttam, hogy galambvéragaron ugyanannyi idő alatt több-kevesebb (esetenként váltakozott) sajátosságos átlátszó, kissé sárgás árnyalatú „harmatcseppszerű” telep nőtt, sok idegen teleptársaságában; egy esetben (5. eset) jóformán kizárólag csak ilyen telepek nőttek. E cseppszerű telepek szabad szemmel s lupéval megtekintve teljesen homogének; 60-szoros nagyítással is általában egyneműek, csak egyik-másik mutat igen finom pontozottságot vagy kis kitérkedést a közepén.

Mikroszkopium alatt igen rövid, finom pálczikából, esetleg igen kicsiny kettős coccus-szerű képletekből állottak, melyek Gram-negativok voltak. Egy tenyészetnek már az első generációjában 24 óra alatt hajlamosságot észleltem az általános alaknál jóval nagyobb degenerációs alakok képződésére. Egy másiknak a 2. generációjában az alakok meghosszabbodtak és családásig hasonlatos képét adták az általam sokat vizsgált úgynevezett Koch-Weeks-culturának.

Történtek átoltások e kolóniákból közönséges és ascites-agarra, valamint Löffler-savóra, minden esetben negatív eredménnyel.

Eddig 13 beteg bronchialis váladékát vizsgáltam meg, hol e kolóniákat (illetve e haemoglobinophil bacillusokat) minden esetben megtaláltam. Vizsgáltam a közelmúltban két beteg köpetét a városból is, mindkettőn a betegség 6. napján, mindkettőben negatív eredménnyel. Egy beteget, ugyan csak a városból, vizsgálva a betegség 2. napján, megtaláltam a kérdéses bacillusokat. Különbösen összes többi vizsgálatomat a betegség fennállása 2. napjának végén, illetve a 3. nap kezdetén (reggelén) vett köpettel végeztem. Véleményem szerint a vizsgálat eredményessége szempontjából nagy szerepet játszik a megfelelő időben vett vizsgálati anyag. További vizsgálatok ebben az irányban, valamint arra nézve, hogy e bacillusok a köpetben, illetve a bronchialis váladékban meddig vannak jelen s így meddig áll fenn a fertőzés veszélye, folyamatban vannak.

E tulajdonságok alapján feltétlen haemoglobinophil bacillussal van dolgunk, mely úgy morphologiai, mint kulturalis megjelenését, valamint származását (sputum!) illetőleg teljesen megfelel a *Pfeiffer*-féle influenza-bacillusnak. Ez influenza-bacillus aetiologiai jelentőségében kételkedni annál kevésbé lehet, mert minden esetben megtaláltuk s egy esetben csaknem tiszta culturában nőtt, már pedig általános bakteriologiai szabály, hogy ha egy mikroorganizmus (a rendestől eltérőleg) mások kárára túlteng, kórosnak tekintendő.

Ezek után majdnem kétségtelen, hogy a jelenleg „spanyol járvány” elnevezés alatt sokat emlegetett betegség lényegében nem egyéb, mint az influenza-bacillus által okozott pandemia, mely (a mennyiben az újsághírek megbízhatóak) jelenleg egész Európára kiterjed s mely, legalább ezideig, jóval enyhébb lefolyású, mint a legutóbb 1890–92-ben észlelt influenza-pandemia.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Belorvostan.

**Diabetesben yoghurt-kúrát** ajánl *Klemperer* a tolerancia fokozására. Abban a vitás kérdésben, hogy a csökkent cukorbontás vagy a fokozott cukorbevitel a diabetes alapja, az előbbi felfogás mellé áll. Azt hiszi, hogy diabetesben hiányoznak vagy megkevesbednek azok a fermentumok, amelyek a szőlőcukor molekuláját elbontani vagy az elbontásra előkészíteni tudják. Ezt bizonyítják *Baumgarten* és *Grafe* kísérletei, amelyek szerint a szőlőcukorhoz vegyileg közelálló anyagokat a cukorbeteg fel tudnak dolgozni, vagyis csak éppen az a fermentum hiányzik, amely a szőlőcukor-molekulát bontja el. E mellett szólnak *Noorden* lisztkúrái, amelyekben nem a zablisztnak valamely különleges tulajdonsága a hatás titka, hanem *Blum* szerint minden keményítőliszt ugyanolyan jó hatású. *Klemperer* azt hiszi, hogy a bélbacteriumok úgy változtatják meg a keményítő molekuláját, hogy azt azután a diabeteses szervezet is fel tudja dolgozni. Legjobban használtatik ki a zabliszt akkor, ha előtte húst nem fogyasztott a beteg; úgy látszik, hogy a növényi táplálkozás idején fejlődő bélfőrá különösen alkalmas a keményítőmolecula elbontására. Jelentősnek látszik a kenyér és a lisztleves kihasználása közötti különbség; feltehető, hogy a sütés a keményítőmolekulát megváltoztatja úgy, hogy a bélbacteriumok nem tudják többé assimilációra alkalmassá tenni. Ezen az alapon próbált *Klemperer* főzeléknapokon hús kizárásával tiszta szőlőcukrot adagolni és csakugyan kiderült, hogy a betegek tisztán növényi táplálék mellett sokkal több cukrot bontottak el, mint vegyes táplálkozás esetén. Idesorolja az élesztőtherápia sikerét is, a mikor az élesztő a bélbacteriumok hatását elősegíti. Ama gondolatmenet alapján, hogy a szénhidratok elerjesztése a bélben a diabetesesnek hasznára válik, más erjesztő folyamatokat keresett. Így jött a tejre és készítményeire. Egyes esetekben a tiszta tejnap a zablisztnaphoz hasonló eredménnyel járt. A yoghurt-bacillusok elbontják a tejcukrot és ezért feltételezhető, hogy a bélbe jutva, egyéb szénhidratokat is el tudnak bontani. 6 esetben csakugyan bevált ez a módszer. A betegek 1—1½ liter yoghurtot kaptak naponta s míg azelőtt 30—50 gr. cukrot választottak ki, néhány napi yoghurt-fogyasztás után rendes vegyes diéta mellett is cukormentessé váltak, sőt a yoghurt elhagyása után is fokozott maradt a toleranciájuk. 8 esetben ellenkezően emelkedett a kiválasztott cukor mennyiség, talán másképpen ható bélbacteriumok elszaporodása miatt. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 22. szám.)  
Ifj. B. M. dr.

## Lapszemle.

## Sebészet.

**Az epekő okozta heveny és idősült epehólyaggyulladásokról** (1000 epekőműtét kapcsán) értekezik *Wilms*. A heveny és idősült epehólyag-megbetegedéseknek sem tünettanában, sem kezelésében egységes felfogás nincs. A sebész és belorvos véleménye gyakran eltér egymástól a gyógykezelés megválasztásában, a mennyiben esetenként nehezen dönthető el, hogy a betegség belgyógyászati, avagy műtét segítségével kezeltessek. A szerző mielőtt az epehólyaggyulladás terápiáját összefoglalná, a különböző kóros elváltozásokat ismerteti. A hydropsra jellegzetes a jól kitapintható, megnagyobbodott, nyomásra kissé érzékeny epehólyag, állandó nyomási és feszülési érzéssel, hőemelkedés nélkül. A műtét nem sürgős, a betegek nagy része azonban a fennebb említett állandó kellemetlenségek miatt könnyen határozza el magát műtetre. A heveny epehólyaggyulladás az epehólyag megnagyobbodásával jár, ezenkívül nagy nyomási érzékenységgel és lázzal. A fájdalmak a hátba, a jobb karba és vállba sugároznak ki. Sárgaság rendszerint nincs, a hányadék epés. Ha a roham elmúlása után 2—3 nappal icterus áll be, ez a roham eredményes volta mellett szól, azaz a kő a

ductus cysticuson átjutott és a Vater-papillák érintésekor átmenetileg epepangást okoz. Az epehólyag gangraenájára, amely különösen idősebb egyéneken sepsises fertőzést okoz icterussal és cholangitissal, jellemző a kicsiny szapora pulsus, a magas hőmérséklet gyakran rázó hideggel, a nyelv szárazsága és az izzadás. Az epehólyag átfuródása localis vagy általános peritonealis tünetekkel jár. Az epehólyag heveny megbetegedésében szenvedők egy része magától meggyógyulhat, jó része azonban műtét nélkül a betegség következményeiben elpusztulhat. A mi az acut cholecystitis műtétivel javulatait illeti, figyelembe jönnek elsősorban oly betegek, akik testi munkát végeznek, kik kezük munkájára vannak utalva, kik a minduntalan megújuló rohamok következtében munkájuk folytatásában akadályozva vannak. Másodsorban oly egyének, kiknek ellenállóereje részben koruk, részben más körülmények folytán csökkent. Ezek a perforatóriók, sepsises infectiók, reflexes bélhúrdések gyakoriak, úgy hogy az operálatlan betegek 15—20%-a az epehólyaggyulladás szövődményeiben pusztul el. Ellentmondás látszik az indicióban, amennyiben éppen az erőteljes egyének műtétjét, a kik pedig a műtétet előreláthatólag könnyebben állanak ki, a szerző cholecystitis miatt nem tartja annyira sürgősnek. Azonban a műtét sürgősségét a betegség szeszélyessége határozza meg. Öreg, elgyengült egyéneken az acut cholecystitis igen veszedelmes megbetegedés, fiatalabb, erőteljes betegeken csak ritkán. Éppen ezt a körülményt figyelembe véve, ajánlatos az előbbi esetekben csak cystotomiát végezni és csak később eltávolítani a követ és az epehólyagot. Harmadik csoportját az operálandó cholecystitisnek adják azok az esetek, amelyekben a rohamok következtében szövődmények (perforatio, sepsises infectio, rázóhidegekkel járó sárgaság, a mi a mélyebb epeutak fertőzését jelenti) jelentkeznek. Ugyancsak sebészi beavatkozással gyógyítandók az oly esetek, amelyekben a rohamok után a kövek a nagyobb epeutakba jutottak. Feltétlenül szükséges végül a műtét, ha a pankreas részéről mutatkoznak szövődmények. Az idősült cholecystitis operálandó, ha előreláthatólag a műtét nagyobb veszedelemmel nem jár, így ép tüdejű és szívű, nem túlkövér egyéneken. Ha az epehólyag megnagyobbodott és időközönként icterus áll be. Ugyancsak a sebészi kezelés van helyén a pankreasfejlés megnagyobbodása esetén s ha a rendetlen lázából s a nagyobb felületen mutatkozó érzékenységből arra következtethetünk, hogy perforatio áll küszöbön. Végül a szerző mindig figyelembe veszi, hogy az illető családban nem fordult-e elő gyakrabban carcinomás megbetegedés, a mennyiben nem tartozik a ritkább leletek közé, hogy idősült cholecystitis nyomán epehólyagcarcinoma fejlődik ki. A szerző 151 esete közül, a melyekben idősült cholecystitis miatt operált, kettő halt meg: egy tüdőembóliában, egy pedig májdegenerációban a chloroform-narcosis következtében. (Med. Klinik, 1918, 22. és 23. szám.)  
Hahn Dezső dr.

## Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Dysenteria** eseteiben *L. Thimm* nagyon jó eredménnyel használta a palmitinsav-thymolestert (thymolpalmitat *Merek*) ugyanolyan módon, a mint azt *Ellinger* ajánlotta volt, vagyis öt napon át adott naponként kétszer 5 grammot. A szerző megjegyzi, hogy egy typhusbacillusgazdának is adta a készítményt hasonló módon, azzal az eredménnyel, hogy az 5. napon már nem voltak kimutathatók typhusbacillusok a bélsárban s a nyolcz nappal utóbb megismételt bélsárvizsgálat is negatív eredményű volt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 26. szám.)

**A tribromnaphthol használatáról a dermatológiában** ír *Winkler*. A *providofom* néven forgalomba jutó készítményt jó eredménnyel használta scabies, psoriasis, pernio és combustio eseteiben. Fájdalomcsillapító és viszketés-ellenes hatása meglehetősen erős; az előbbi főleg combustio eseteiben jut érvényre (5%-os *providofom*-olaj), az utóbbi pedig a scabies kezelésében (a *Wilkinson*-kenőcs alakjában, a kátrány helyett félannyi *providofom*-ot véve). Pernio ellen



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 17.-én.) 385. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 17.-én.)

Elnök Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Vita Bálint Rezső és Rosenthal Jenő: „Az ulcus ventriculi és duodendi diagnostikájának és therapiájának egyes kérdéseiről” című előadásáról.

**Makai Andre:** Azt hiszi, tévedne az, a ki Bálint professor rendkívül tanulságos előadásában akár célját, akár tartalmát illetőleg a belgyógyászati kezelésnek a sebészetivel való szembeállítását látná. Különböző válfajainak és különböző stadiumainak igen értékes synopsiája az a prognózis szempontjából, a melyből épp úgy vonható le az a következtetés, hogy a belgyógyászati befolyásolható esetek ne kerüljenek feleslegesen kés alá, mint az, hogy a belgyógyászati meg nem közelíthető esetek olyan stadiumban jussanak a sebészhez, a mikor a műtét esélyei még nem túlsúlyosak.

Ha közelebbről vizsgáljuk a sebészi kezelés rovására írt hátrányokat, elsősorban a műtét elsődleges halálzások nagy száma tűnik fel. Legsúlyosabbak a fekélyátfuródásokkal operált esetek, mint azt Verebély professor statisztikája is mutatja. E részben utalni kell a callosus fekélyek gyakori átfuródására, melyek természetesen legtöbbször előzetes belgyógyászati kezelés tárgya voltak, bár meg kell jegyezni, hogy operative kezelt ulcusok is átfuródhatnak később, úgy, hogy főleg angol sebészek a műtétkor bennhagyott fekélyes gyomor-részeknek rendszeres fedését ajánlják cseplésszel. Egyébként a gyomorátfuródásos hashártyalob prognosisa úgyszólván kizárólag attól függ, mikor jut a beteg a sebészhez; az első 4 órában operált esetek 60–80%-a gyógyul, a prognózis óráról-órára romlik s az első 24 óra múlva csak kivételesen maradnak életben a műtetre kerülők.

Ha egyszerű heges pylorus-szűküllet esetében túlhosszú ideig várunk a műtétrel, akkor, mint Verebély tanár esetei is bizonyítják, hasonlóképpen kedvezőtlen a prognózis; egyébként pedig a szövődmény nélküli gastroenterostomia alig súlyosabb beavatkozás, mint bármely asepsises has-műtét. Természetesen a sebészi megoldás esélyei még fokozottabban rosszabbodnak, ha a kis görbületen ülő callosus ulcus a belgyógyászati kezelés mellett s ennek elhúzódó folytatása esetén nagyobbodik, súlyosabb összenövésekre vezet stb.

A mi a műtétet túlélő esetek prognosist illeti, nyomatékosan hangsúlyozandó, hogy sebészi beavatkozásunkkal a fekély előttünk ismeretlen alapokát megszüntetni lehetetlen, hiszen kiirtott fekély helyén is támadhat — bár ritkán — új fekély. A gastroenterostomia természetesen nem panacea a fekélynek s nem szabad ezt a műtétet végezni, csak mert más műtét szükségét fennforogni nem látjuk. Különösen angol szerzők figyelmeztetnek arra, hogy inkább zárjuk el a hasat minden további beavatkozás nélkül, ha a gyomron idősült fekély már kívülről nem konstatálható: a klinikai tünetek maguk — szerepeljen bár a gyomorvérzés is köztük — nem jogosítanak fel arra, hogy a gyomron műtétet végezzünk.

Meggyőződése szerint a műtétet túlélő esetek jövő sorsát illetőleg sok függ az alkalmazott műtét fajtájától s annak technikai kivitelétől. Az a benyomása, hogy súlyos kórbonczani elváltozások s ezeknek megfelelő súlyosabb beavatkozások után a gyógyulás, vagy ha úgy tetszik, a tünetek szünetelése gyakoribb. Ez érthető is: előrehaladott anatómiai elváltozások arra utalnak, hogy a fekély ismeretlen alapoka már kevésbé jut érvényre, a fekély elhegesedett, kórbonczani értelemben bizonyos fokig gyógyult s elsősorban a kórmaradvány az, a mely a gyomorfunctio súlyos megzavarásával a tüneteket okozza.

Csak néhány részletkérdésre óhajtja a figyelmet felhívni, mert általános felfogását az előtte felszólaló sebészek teljesen congruenssen fejtették ki, mint ahogy manapság a sebészek felfogása e részben meglehetősen egyöntetű már. A kis görbületen ülő fekélyek ékalakú kimetszése után visszamaradó nehézségek egyik oka talán abban rejlik, hogy a nagy defectus után összevarrt gyomor sokszor idomtalan, kellő kiürülésre alkalmatlan formájú. Ezért ilyen esetekben, tapasztalatai szerint, jobb eredményre jár a resectio. Igaz viszont, hogy ez súlyos beavatkozás s ezért adott esetben a két ülésben való műtétet ajánlaná, az első ülésben gastroenterostomia végzésével. E műtét magában véve

is nem ritkán határozott javulást eredményez, vagy legalább is a másik ülésben végzendő resectiót könnyíti meg lényegesen. Angolok és amerikaiak sokszor csak gastroenterostomiát végeznek a kis görbületen ülő fekélyeknél, így Sherren 21 hónappal a gastroenterostomia után más bajban elhalt beteg bonczolásakor a kis görbület hatalmas nyereg-alakú fekélye helyén csak kis heget talált; hasonló megfigyelést tett Eve is már 5 héttel az operatív biopsia után.

Mindennapos észlelés, hogy ékalakban kimetszett hatalmas, rigid fekélyes gyomorfalrészlet a demonstratio alkalmával kicsiny, puha környékű fekélylyé töpörödik; az élőben a turgor így félrevezethet még közvetlen inspectio és palpálás mellett is. Fokozott mértékben áll ez a Röntgen-megfigyeléseknél, azért a nagy és mély fekély még nem azonos az ulcus callosummal. Az idézett angol szerzők esetei valószínűleg olyanok voltak, mint Bálint tanárnak szép gyógyulást mutató esetei. Az ulcus callosus elnevezést keloid-szerű hegszövetből álló elváltozások számára tartaná fenn, ezek nem gyógyíthatók, hiszen ezeket bizonyos értelemben gyógyult elváltozások maradandó kórmaradványainak kell felfognunk. Nem gyógyítja ezeket a sebész sem, hanem kivágja, eltávolítja a szervezetből.

Mindent összevéve, a beteg élete s a baj reparálhatósága szempontjából igen lényeges, hogy a sebész a belgyógyászilag meg nem oldható eseteket idejében kapja. Technikai haladással a jelenleg 6–8%, legfeljebb 10% műtét halálzás (jóindulatú gyomorfekélyek minden ormáját és stadiumát összevéve) a jövőben kétségtelenül csökkenteni fog, a műtét módszerek megfelelő fejlődése és kiválasztása pedig mindezek szerint lényegesen fokozni fogja a műtétet túlélő esetek végleges vagy legalább is igen protrahált gyógyeredményeit.

**Torday Árpád:** A gyomorfekély diagnosztikája még mindig sok nehézségbe ütközik és ezért örömmel üdvözli a Röntgen-eljárást, a mely a fekélyek felismerését megkönnyíti. Azt tartja, hogy a klinikai megfigyelést kell vezérfonalul választani és ennek kell döntőnek lenni az adatok értékének mérlegelésekor. A Boas-féle nyomás-pontokkal igen sokszor tájékozódni lehet, a mennyiben az ideges gyomorbántalmakban hyperaesthesiát vagy hyperalgesiát találunk már felületes érintésre, míg ulcus esetén körülírt érzékenység mutatható ki; természetesen az ulcust a hyperaciditástól biztosan elkülöníteni nem lehet. Ulcus esetén rendszeren az epigastriumban székel a fájdalmas pont, máskor attól jobbra, a pylorus felé közeledőleg. Boas ugyan azt tartja, hogy a középvonaltól balfelé ritkábban lehet ezen bántalmakban fájdalompontot találni, azonban a hozzá-szóló is azt találta többször, hogy a betegek erre a területre lokalizálták a fájdalmakat. A jobboldali tájon székelő fájdalomknál a kis curvaturán lefolyó folyamatot az epehólyag megbetegedéseitől nem minden esetben fog sikerülni elkülöníteni. Természetesen e két bántalomnak combinációja is előfordulhat. Az epehólyagnak, a pylorusnak és a duodenumnak fájdalmas pontjai közel esnek egymáshoz, a mi miatt a nyert adat egymagában nem lehet irányadó, hanem a többi vizsgálati adattal való kiegészítés után értékesíthető csak. A gerincoszlop hátrészének alsó részein kimutatható fájdalommasság-pontok már kevésbé állandók. Az anamnesis legtöbbször útbaigazítással szolgálhat a bántalom természetének megítélésében, azonban azt is számításba kell venni, hogy hasonló tünetek különböző megbetegedéseket idézhetnek elő és másrészt az anamnesis felvételekor a subjectivitásnak is tág tere jut. Neurosisok egyéneken, astheniasokon ptosis és atonia mellett az ulcus lehetőség kisebb ugyan, azonban nem zárható ki, hogy veseszületett astheniában, enteroptosisban és status lymphaticusban szenvedőkön ilyen complicatio ne fordulhasson elő. Sokszor előfordul, hogy ilyen astheniás, fibrosus tüdőcsúcsgócban szenvedő egyén gyomorfekélyt kap. És talán a vérerek vékonyságával magyarázható az, hogy ezen egyének előzetesen vérköpésben szenvednek. Máskor talán a gyomorfekély és annak következményei, meg a diéta túlságos betartása miatt a betegek annyira elgyengülnek, hogy ennek következtében könnyen esnek a gümőkóros fertőzés áldozatául. A munkásosztályhoz tartozó egyének gyakran panaszkodnak ulcusos fájdalomról nehéz terhek felemelésekor vagy ha kemény tárgyakat nyomnak az epigastriumhoz. Az ulcus diagnosztikájában a vér kimutatásának majdnem perdöntő szerep jut. Azonban megjegyzi, hogy múltóláig vért talált olyan egyének székletében is, a kiken csak ideges hyperaciditást lehetett felvenni. A vérvizsgálati metho-

dosok annál megbízhatóbbak, minél durvább módszerrel történik a vér megállapítása és minél finomabb módszerrel kap a vizsgáló negatív eredményt.

A gyomornedv vizsgálata szempontjából ugyan többnyire hyperaciditás áll fenn, azonban anaciditás sem zárja ki a gyomorfekélyt. Nagyfokú hyperaciditás esetén a szülő inkább egyszerű hyperaciditást hajlandó felvenni vagy ulcus duodenire gondol.

A klinikai vizsgálatot a Röntgen-vizsgálat egészíti ki. Ezen vizsgálat részben direct eredményeket szolgáltat, a mikor a fekély anatómiai deformálásra vezet (kráteres öblösödés, penetrációs üreg), másrészt az ulcust bizonyos tünetek kísérik és követik, a melyek részben functionális, részben anatómiai eredésűek. Ilyenek a hypertonia, spasmus, hypermotilitás, motoros elégtelenség, hypersecretio, a fájdalompont lokalizálása, továbbá anatómiai perigastritiszes összenövések, retractio, stenosis stb. A Röntgen-vizsgálatok értékesen egészítik ki a betegágnál szerzett tapasztalatokat, azonban nem szabad elfelejteni azt a körülményt, hogy a direct Röntgen-tüneteket annyi indirect kísérheti, hogy ennek alapján a vélemény kimondásakor tévedések is előfordulhatnak; ennek elkerülése céljából a Röntgen-vizsgálatot több helyzetben és többször kell végezni kétes esetekben; a 16. helyőrségi kórház konstataciói osztályán ezen esztendőben a pyloruson és a kis curvaturán 13 esetben talált gyomorfekélyt, 3 esetben a pylorus csigaszzerűleg felkunkorodott volt a perigastritiszes összenövések miatt, 3 esetben a röntgenológus callosus ulcust talált a pylorus-átjárás zavarával. A nagy curvaturán ült a heg egy esetben.

Duodenális fekélyre kellett gondolni 2 esetben; 2 esetben ulcusos összenövések voltak az epehólyaggal. A munkásbiztosító pénztárnál ezen esztendőben megvizsgált 150 beteg közül 6 esetben egyszerű ulcus pylori állott fenn, a melyek recidiváltak, egy esetben pedig a nagy curvaturán ült a heg.

**Halász Aladár:** A rejtett vérzés statisztikájában levő különbséget így óhajtaná magyarázni:

Más a szegény ember idősült ulcusa és más az intelligens beteg friss ulcusa: az előbbi ritkábban s kiadósabban vérzik, az utóbbi hosszabb időn át, de csak gyengén szivároog. Természetszerűleg tehát a klinikai anyagban ritkább lesz az occult vérzés, míg a magánygyakorlatban gyakoribb.

**Manninger Vilmos:** Felszólalásában arra szorítkozik, hogy utal arra a félreértésre, melyre sok orvosnál *Bálint* előadása alkalmat adhatott. A lényeges különbség a belgyógyászati anyag és a sebészeti anyag minősége között látható *Bálint* anyagán is, részben a Röntgenképeken, részben az occult vérzés gyors eltűnésén. Ezért kéri az előadót, hogy e kérdésben oly világosan fogalmazza meg az indicatiókat, hogy ebből félreértés ne származzon.

**Szontágh Félix:** Az ulcus a gyermekkorban igen ritka, de előfordul; azonban aránylag gyakori az égés után előforduló ulcus; a duodenumban akaratlanul előidézett *kísérleti ulcus* ez, mely a pathogenesis teljesen homályos problémájába élesen világító sugárt vet. A hyperaciditás az ulcusnak egyik kísérő jelensége, de nem oka. A carcinoma százalékának kérdésében arra figyelmeztet, hogy az ulcus igen gyakran minden tünet nélkül folyik le, tehát latens marad, a mit az ulcus carcinomás elfajulásának kérdésében nem szabad figyelmen kívül hagyni. Az égés utáni ulcuson feltűnő a gyorsaság, a melylyel kifejlődik. Bizonyára még gyakrabban találkozunk vele, ha a gyermekek nem pusztulnának el, mert köztudomásu, hogy különösen kis gyermekek igen rosszul tűrik a combustiót; minél fiatalabbak, annál gyorsabban pusztulnak el enyhe s kisterjedelmű égés után is.

**Kuzmik Pál:** Sajnálja, hogy *Bálint* rendkívüli érdekes vizsgálataival már most számolt be, s előadását nem három évvel későbbre halasztotta, mert három év alatt ezen megbetegedésben végeredményről beszélni nem lehet.

A bemutatott statisztikai adatok szerint az előadó azt mutatja ki, hogy a belgyógyászati és sebészeti kezelés egyenlő gyógyeredményen

jár; részéről azonban nem veszi többé igénybe a sebészeti terapiát, mert ennél a halálozási arányszám nagyobb. A hozzászóló ezen tapasztalatból arra következtet, hogy a sebészeti eredmény jobb, mert daczára, hogy a sebész csak a súlyosabb esetek kezelését végzi, a mortalitás tehát nagyobb, a végeredmény mégis a belgyógyászati kezeléssel azonos.

Mindennek daczára véleménye szerint a gyomor- és duodenum-fekély gyógyítását a belgyógyásznak kell végeznie, s a sebészeti beavatkozás csak az esetben indokolt, ha a fekély átfuródott s vérzés miatt elvérzéstől kell félnünk.

Minden esetben azonban sebészeti beavatkozást igényelnek azon betegek, a kiken a fekély utókövetkezményei lépnek előtérbe, a táplálkozás akadályozott vagy zavart, a gyomor atoniás vagy ptosis áll fenn, mert az egyéni dispositio csakis jó táplálkozás s az erő fokozásával küzdhető le.

Pylorus-szűkületnél nem elégszik meg az egyszerű gastro-enteroanastomosisal, hanem feltétlenül szükségesnek tartja legalább is a pylorus kirekesztését *Eiselsberg* szerint; ha azonban a viszonyok megengedik, a heges szűkületek teljes kiirtásának híve. Ezen műtétek végrehajtása, a mióta a *Hüllt*-varrógépet használhatjuk, lényegesen meg van könnyítve.

Nagy jótétemény e műtét a beteg kezelése és táplálása szempontjából, mert megszabadul általa a naponta többszöri gyomormosástól, melylyel a tápanyagok legnagyobb részét eltávolítja magából. Egy ily december közepén reszekált betege a műtét óta 14 kilót hízott.

Egyetértve az előadó véleményével, a hozzászóló is a belgyógyászati kezelés híve, kéri azonban a belgyógyászokat, hogy ne az okozat kezelésének módját tanulmányozzák, hanem az ok felderítésére törekedjenek, melylyel az ulcus kérdése egyszerűben megoldást nyerne.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

1844/1918. sz.

Kovácsi nagyközség **körorvosi állására** pályázatot hirdetek. Az állás javadalma 1600 korona törzsfizetés, 500 korona lakbér. A pályázati kérelmek hozzám július hó 18.-áig adandók be.

Világos, 1918. évi július hó 2.-án.

*Geck Ottó* dr., szolgabíró.

7991/918. szám.

A Zemplén vármegyei sátoraljaujhelyi „Erzsébet”-közkórháznál üresedésben levő egy **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1600 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú ételmezés.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésükkel és esetleges egyéb okmányokkal felszerelt kérvényüket Zemplén vármegye főispánjához címezve, nálam folyó évi július hó 26. napjáig nyujsák be.

Sátoraljaujhely, 1918. évi június hó 25.

*Dókus Gyula*, alispán.

**GYÓGYHELY**

**Gleichenberg**

Steierországban

kiváló hatással a légzőszervek valamennyi megbetegedése ellen

Világhírű gyógyforrások, inhalatoriumok, pneumatikus kamrák, mindennemű hideg és melegfürdők.

Ellátás biztosítva. Prospektus küld a gyógybizottság.

Idény: május 15-től szeptember 20-ig.

**PROVIDOFORM** Prof. BECHHOLD szerint.

méregtelen, színtelen, szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva. (Kir. intézet experiment. therapia számára Frankfurt a/M.)

Providoform-tabletták 10-szer 1 gr. K 2.—

**sokkal jobb és olcsóbb a jodnál.**

— Irodalom rendelkezésre. —

Ausztria-Magyarország és a Balkán-államok számára kapható: **Th. Lindner** által Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.



# THYOMALT

**Haas**

Eddigieket hatásával **felülmúló**, pontosan adagolt **Guajacol-készítmény** (egy tableta tartalmaz: 0.70 extr. malti. sicc., 0.30 kal. sulfogujacol, 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 gyógyszertára, **Budapest, VII., Rákóczi-út 88 szám.**

## LILIENFELD-, RÖNTGEN- és QUARZLÁMPA-

berendezést szállít

**Ericsson magy. villamossági r.-t.**  
ezelőtt: **Deckert és Homolka**  
**Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.**

Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron.

## Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézete  
**BALF** gyógyfürdőben,  
Sopron mellett. A nm. m.  
kir. belügyministerium  
121,038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egy napra (havonként előre fizetendő) I. oszt. 12 korona; a II. oszt. 8 korona; a III. oszt. 6 korona. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. számú 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.)

## Collargol

nemcsak a legjobban bevált szer

**általános fertőzéseknél,**

sepsis, pneumoniánál, acut izületi csúz, stb.-nél,

hanem ingermentes, veszélytelen, fölötte hatásos

**helyi antiseptikum**

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

Új.

**Steril Collargol**

steril módon előállítva és csomagolva.

Steril oldatok kényelmes előállítására, az ultramikroszkopikus  
részecskék durvítására vezető sterilisatio beállítása nélkül.

Steril Collargol ampullákban à 0,2 és 1 g.

## Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

**Arsorobin.** 0.05 és 0.01 Natr. Methylarsenat-oldat. Arzénkurára.

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

**Hydarsol.** Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esetében; intravenás vagy intramuscularis befecskendezésre.

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

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

## Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére  
☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

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

## Nirvanol

(Phenyläthylhydantoin)

Megbízható

**Hypnotikum és Sedativum.**

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

Nirvanol teljesen **íztelen** és észrevétlenül adagolható. 0,3—0,5  
gr.-os adagokban hatásos az álmatlanság valamennyi alakjainál,  
még oly esetekben is, melyek erős testi fájdalmak által  
okoztatnak.

Különösen kiváló szer álmatlansággal járó ideges félelmi állapotonál.

Az **éjjeli pollakisuriát** kedvezően befolyásolja.

Kisebb adagokban (nappal 0,15 vagy 0,1 g) mint jó **anaphrodisiacum** is hat.

Dobozok à 10, 25, 50, 100 g,

Dobozok 10 tablettával à 0,5 g,

Dobozok 15 tablettával à 0,3 g.

Nirvanol-oldat intramuscularis injectiók számára:

Dobozok 10 ampullával à 4 ccm.

Klinikai csomagolások raktáron.

Irodalom díjmentesen.

**Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.**

# NERVOPLAST-ÖRKÉNY

(Elixir vanadii comp.)

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

Javalva: Neurasthenia, hysteria, epilepsia, traumás neurosis-nál, ideges phobiánál és egyéb ideges megbetegedéseknél.

## NERVOPLAST - ÖRKÉNY

indicált a nőgyógyászatban olyan dysmenorrhoeánál, melynek oka ideges megbetegedés, továbbá a klimakteriumban előforduló ideges zavaroknál. ::

## NERVOPLAST - ÖRKÉNY

:: indicált az urologiában, sexualis neurastheniánál. ::

Adagolás  **felnőtteknél**: naponta 3 evőkanállal.

Ára üvegenként 4 K.

„  **gyermekeknél**: naponta 3 kávéskanállal.

Ára üvegenként 4 K.

# FERGLOBIN-ÖRKÉNY

(Tabl. ferr. glycerosph. c. haemoglobino.)

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

**Olesó medicatio! Obstipatiót nem okoz!**

## FERGLOBIN - ÖRKÉNY

cum. arseno.

Tablettánként 1/2 milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

**Tonicum. Roborans. Stomachicum.**

**Javalva:** Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, leromlott phthisikus betegeknek és reconvalescenseknél.

# KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

A kola-diónak forgalomban lévő készítményeiben foglalt hatóanyagokon kívül a Heckel tanár által a friss kola-dióban talált **illó olajat** is tartalmazza. A megejtett vizsgálatok szerint a

## KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

2.346 % Coffeint, 0.023 % Theobromint, 1.591 % csersavat tartalmaz. Ennélfogva a szív zsongító szere, összehúzóását szabályozza, az érverések erősebben lesznek és számuk csökken. Az akarattól független izmok működését elősegíti. A túlfeszített testi és szellemi munka következtében beálló idegkimerültséget megszünteti. — A

## KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

rendelése és adagolása indikált: Idegbántalmaknál, neuralgiánál, testi és szellemi túlterhelés eseteiben és szívbántalmaknál.

Adagolása naponta háromszor egy teás kanálnyi vízben vagy tejben.

**Készíti: ÖRKÉNY HUGÓ,**

„Nagy Kristóf“ gyógyszerháza és gyógyvegyészeti laboratoriuma, Budapest, IV., Váci-utca 1.

Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Borszéký Károly:** Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő-gyógyintézetéből. A koponyasérülések következményeinek és késői szövődményeinek sebészi kezelése. 387. lap.

**Pártos Árpád:** A nyitramolnosi csász. és kir. tartalékkórház (parancsnok: Gáspár Ferencz dr., törzsorvos) venereás osztályáról (orvosfőnök: Peutz A. dr.) Reinfecio syphilitica esete. 391. lap.

**Grosz Samu:** A myxoedemáról. 393. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Angstein:** Medizin und Dichtung. — **Lapszemle. Belorvostan. Sochanski:** Az exsudatumok és transsudatumok megkülönböztetése. — **Sebészet. W. Baetzner:** A vena jugularis int.-ban levő phlebolith esete. — **Blecher:** A helybeli tetanus. — **Venereás betegségek. Zieler:** A férfi-gonorrhoea gyógyulásának megállapítási módja. 395—396. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** 396. lap.

**Vegyes hírek.** 396. lap.

**Tudományos Társulatok.** 397. lap.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő gyógyintézetéből.

#### A koponyasérülések következményeinek és késői szövődményeinek sebészi kezelése.

Irta: **Borszéký Károly** dr., egyetemi cz. rk. tanár, igazgató-főorvos, honvéd 2. oszt. főtörzsorvos.

A mögöttes országrész kórházaiban vagy egyéb egészségügyi intézeteinél működő orvosoknak mind gyakrabban van alkalmuk olyan koponyasérülteket látni és azokkal foglalkozni, a kik a harczvonal mögötti kórházakból mint gyógyultak kerülnek hozzájuk. Ezen esetek legtöbbször annak a megítéléséről van szó, hogy alkalmasak-e egyáltalában még valamelyes katonai szolgálatra vagy véglegesen elbocsáthatók-e a katonai kötelességek, illetve szükséges-e még valamilyen további orvosi megfigyelés vagy kezelés.

Azok a tapasztalatok, a melyeket e téren szerezhettünk, azt mutatják, hogy ezen kérdésekre a felelet sokszor nagyon nehéz és nagy körültekintésre és gondos megfigyelésre van szükség, a míg egy koponyasérült végleges sorsa felett dönthetünk.

Tudjuk ugyanis, hogy a koponyasérülteknek nem mindegyike tekinthető véglegesen meggyógyultnak akkor, ha a külső seb korai szövődmények nélkül, vagy azok szerencsés lezajlása után meggyógyult, hanem sok esetben még hosszú idővel a gyógyulás befejezte után is jelentkezhetnek oly szövődmények, a melyek a beteget direct életveszélybe döntik, vagy munkaképességét nagyon alászállítják.

Ezen nagyfontosságú kérdés lehető pontos elbírálása és a koponyasérültek kezelése céljából az Országos Hadigondozó Hivatal két utókezelő gyógyintézetet állított fel; a Bajza-utcai utókezelőben a koponyasérültek ideggyógyászati megfigyelése és kezelése, a Munkácsi-utcaiban pedig a szükséges sebészi kezelése végeztetik. Mint ezen utóbbi intézet sebészének alkalmam volt mostanáig 3000-nél több koponyasérülést látni és megfigyelni, még pedig állandóan ideggyógyászati együttműködésben. A tapasztalatok, a melyeket gyűjthettem a koponyasérülések minden alakjára vonatkozóan, és főként a késői szövődmények és a különböző defectusokat illetőleg bőségesek és különösen azért becsesek, mert a végleges műtéti eredmények megítéléséhez szolgál-

tatnak adatokat. A késői agytályog, a traumás epilepsia, a koponyacsont és a kemény agyburok hiányai azok a szövődmények, illetve következmények, a melyek sebészi szempontból szóba jönnek.

#### I. Késői agytályog.

**Késői agytályogok** alatt azokat értjük, a melyek a külső koponyasebnek, illetve a löcsatornának teljes begyógyulása után hosszabb idő múlva lesznek csak nyilvánvalóvá. Már a békepraxisból ismerünk olyan eseteket, a melyekben a seb begyógyulása, illetve a trauma elszenvedése és a tályog megnyilvánulása között egy év, sőt ennél hosszabb idő is telt el; a mostani háborúban **Eiselsberg** 16 észlelt esete között 10 hónap, az én 15 esetem között 13 hónap volt a leghosszabb idő, a mely a külső seb begyógyulása és a tályog megnyilvánulása között eltelt. Nehéz annak a kérdésnek az eldöntése, hogy ezen úgynevezett késői agytályogok tényleg későbbi eredésűek-e mint a sérülés, vagy csak tüneteket okoztak-e későbbben, de már a sérülés után rövid idő múlva megvoltak? A műtétnél talált leletek amellet szólnak, hogy mind a két lehetőség megvan; a friss tályogok elég gyakran nem egyrekeszűek, hanem kiöblösödésekkel bíró kisebb-nagyobb türegek, a melyek között a közlekedést csak szűk járatok képezik; ez az egyik magyarázata annak, hogy elég gyakran észlelünk tályogrecidivákat. Könnyen megtörténhet, hogy műtét alkalmával csak a nagy tályogot nyitjuk meg és a vele kommunikáló kisebb a kezelés folyamán ismét elzárul. A nagy tályog összegyógyulhat, de a kisebbik megmarad és elhelyeződésénél fogva esetleg hosszabb ideig teljesen latens marad. Az is a korai keletkezés mellett szól, hogy a késői tályogok nagy részénél kifejezett, sőt vaskos falzatot találunk, a mi friss tályogokban soha sincs. Hogy vajjon azon tályogok is korai eredésűek-e, a melyek csontdarabok vagy projectile-részek körül keletkeztek: arra nehéz megfelelni. A késői keletkezés mellett szólnak azok az esetek, a melyekben a fejet ért trauma vagy valamilyen fertőző betegség (angina, pneumonia, influenza) előzte meg a tályog megnyilvánulását; a vérpályába jutott fertőző mikroorganizmusok a roncsolva volt, tehát kevésbé életképes agyrészletben, vagy az eltolt idegen test körüli sejtekben mint locus minoris resistentiae-ben szűrve tartatnak és lobos folyamatot váltanak ki.

Ákárhogy is álljon a dolog, tény az, hogy jóformán kivétel nélkül a seb begyógyulása és a tályog első tünetei-

nek jelentkezése között eltelt idő alatt a betegek teljesen jól érezték és egészségeseknek tudták magukat, sem fejfájásról, sem szédülésről, sem látás-zavarokról nem panaszkodtak. Egyik ilyen betegem a koponyalövés elszenvedése után 11 hónappal és a seb begyógyulása után 8 hónappal lett utókezelés, illetve megfigyelés céljából felvéve, miután két hónappal hosszabb időt szabadságon töltött otthonában, a mely idő alatt zavartalanul végzett nehéz földmivasmunkát; a felvétele utáni 3. napon, miután társaival este jókedvűen kártyázott, felkelt és ágya mellett néhány, az egész testre kiterjedő rángógörccs után összeesett és meghalt. Bonczoláskor egy diónyi, az oldalgomrocra áttört tályog találtatott.

A késői tályogok jelentkezésének *gyakoriságára* vonatkozólag mostanáig még határozott számot ugyan megállapítani nem lehet, de eddigi tapasztalataink amellet szólnak, hogy elég gyakoriak; azon 3000-et meghaladó koponyasérült között, a kiket az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő gyógyintézet sebészeti osztályán észlelni alkalmam volt, 13 eset volt műtét tárgya, két esetben bonczolásnál találtatott; két eset, a kik szabadságuk ideje alatt otthonukban hirtelen meghaltak, a legnagyobb valószínűség szerint szintén ide sorolhatók.

*Prognosisuk* nagyon rossz, a mit felismerésüknek, de különösen localisatiójuknak nehézségei eléggé megmagyaráznak. Még aránylag a legjobb prognosistűk a corticalis elhelyeződésű tályogok, különösen azok, a melyekben a tályog a koponyacsont hiány helyén közvetlenül a heg alatt keletkezett; a hegnek nyomásra való fájdalmassága, elődomborodása és élénkpiros színe a többi tünetek mellett nemcsak a localisatiót, hanem a beavatkozást is nagyon könnyűvé teszi: gyógyult 7 esetem ilyen volt.

A csontdefectus alatt mélyebben fekvő subcorticalis centralis tályogoknak, vagy különösen az excentrikus fekvésűeknek localizálása, de még inkább megtalálása nagyon nehéz. A mélyebb fekvésű tályogok felkeresésénél, még az idegyógyászatilag pontosan localizáltaknál, vagy még Röntgenlelettel támogatott esetekben sem lehet a próbapunctiót nélkülözni, akármennyire perhorreskálják is azt; egy tűvel való próbaszúrás mégis csak kisebb sérülést okoz, mint akármilyen óvatos bemetszés. A mély tályogok még akkor is kedvezőtlen prognosistűk, ha szerencsésen sikerült is őket megtalálni és megnyitni; ilyenkor t. i. a tályog nyitvatartása és a genyretentio megakadályozása okoz igen nagy, sokszor legyőzhetetlen nehézséget. A csont hiány és a tályog között fekvő agyállomány a tályogba bevezetett drain vagy tampon körül összetapad, úgy hogy a tályogba vezető csatorna nyitvatartása igen nehéz; a tampon vagy drain felcserélésekor, ha még oly kiméletesen járunk is el, mechanikusan sértjük az ép agyállományt, a mely a tályogot körülveszi, maga a drain vagy tampon igen gyakran decubitust csinál, úgy hogy a gyuladós folyamat tovaterjedése, illetve a progressió encephalitis elkerülhetetlen, ha ugyan a tályog a gyomrocra már hamarabb át nem törik, a mi még a gyomrocstól távolabb elhelyeződésű tályognál is gyakori dolog, mivel az ilyenkor kifejlődő prolapsus az agygyomrocot maga után húzza és ezáltal a tályog és a gyomroc közötti agyállományt elvékonyítja.

A tályog nyitvatartására, illetve a drainezés megkönnyítésére ajánlott ellenyílás-készítés a tályoghoz legközelebbi legmélyebb koponyarészen — a mint azt *Krause* és *Steinthal* ajánlották — csakis kedvező elhelyeződésű (kisagyi vagy tarkótáji) tályogoknál jöhet szóba, de ott is nagyon kétélű fegyver, mert a fertőzés elhatalmasodása lehet a következménye. A gummi-, illetve üvegdrain okozta decubitus elkerülésére *Bárány* által ajánlott guttapercha-csikkal való drainezés éppen úgy, mint *Payer*-féle bodzabéldrain alkalmazása sem biztosít jobb eredményeket; az előbbi magam is megpróbáltam, de semmi előnyét nem tapasztaltam.

Nekem 1918. évi május hó 30.-áig összesen 15 késői agytályog-esetet volt alkalmam észlelni; ezek közül kettő műtét nélkül halt meg; ezek egyike a már fentebb említett

eset, a másodiknál csak a hirtelen bekövetkezett halál utáni bonczolás állapította meg jelenlétét.

Ebben az esetben a koponya csontos falának kiterjedt hiánya miatt csontátültetést végeztem; a műtét előtt a beteg teljesen jól érezte magát és a Röntgen-képen sem lehetett sem tályogot, sem valamilyen visszamaradt idegen testet az agyban kimutatni, a szemfenéki lelet is negatív volt. Láz-talan lefolyás után és teljes jóllét közepette a műtét utáni 16. napon a beteget kirázta a hideg és néhány óra múlva meghalt. Bonczoláskor a műtét területe reactionélkülnek, az átültetett csont-csontthártya és zsírlebens jól odatapadtak találtatott; a halál oka három darab lencse-filléri, az agyban visszamaradt csontszilánk körül keletkezett tályognak az oldalgomrocra való áttörése volt. Ehhez hasonló, de szerencsésen végződött esetről *Eiselsberg* is tesz említést; esetében 4 hónappal a végzett csontplasztika után lett nyilvánvalóvá egy tályog.

A többi 13 eset műtét tárgya volt; ezen esetekben a sérülés begyógyulása és a tályog megnyilvánulása, illetve a műtét között a következő idő telt el:

1	esetben	---	---	---	---	4	hónap
2	"	---	---	---	---	6	"
2	"	---	---	---	---	7—8	"
2	"	---	---	---	---	9	"
1	"	---	---	---	---	10—11	"
3	"	---	---	---	---	12	"
1	"	---	---	---	---	13	"

egy esetben az idő nem volt megállapítható.



1. ábra. Késői agytályog egy projectil körül (14 hónappal a sérülés után operálva).

Az operált esetek közül gyógyult 7, meghalt 6, a mi 46·16% halálozásnak felel meg. Az elhalt esetek közül az egyik (11 hónappal a sérülés után) teljesen eszméletlen állapotban, kifejezett tarkómerevséggel szállított be; csak hosszas keresés után lehetett a bal temporalis és a jobb falcsonton az elszenvedett átlövés teljesen begyógyult nyomait megtalálni; ezen, valamint még egy esetben, dacára a kiterjedt trepanatiós nyílásnak és ismételt próbapunctióknak, nem sikerült a tályogot megtalálni. Mindezen esetekben a halál oka a tályognak a gyomrocra való áttörése és meningitis volt. Ezen áttörés egyik esetben 5 héttel a műtét után következett be, akkor, mikor a beteget már minden veszélyen túlvőnek gondoltam. A gyógyult 7 eset mindegyikében a tályog corticalis elhelyeződésű volt, úgy hogy feltalálásuk semmi nehézségbe nem ütközött; az üreg nagysága mogyorónyi-diónyi volt. Három esetben csontszilánkot, két esetben fémszilánkot, két esetben egy deformált projectilt (1. ábra) lehetett a tályogban találni. A tályogból kiürült geny bakteriológiai vizsgálata 7 ízben történt; három esetben staphylococcus aureus, egy esetben diplococcus találtatott; ez utóbbi esetben feltűnően vastag és rigid volt a tályog fala; három esetben a geny sterilnek találtatott. A megtalált és drainezett

tályog kezelése nagy gondosságot és türelmet igényel, még akkor is, ha már az üreg lényegesen megkisebbedett és kitelt, mert a drain kiméletlen felcserélése- vagy betevésekor könnyen nagy bajt idézhetünk elő. A gyógyulás igen hosszadalmas, még a felületesebb elhelyeződésű és kis üregű tályogoknál is; eseteim között 3-nál a gyógyulás 3 hónap, 2-nél 4, 1-nél 6, 1-nél 7 hónap alatt következett be. Valamennyi gyógyult eset felülvizsgálat után a katonaság kötelékéből végleg elbocsáttatott; mostanáig egyetlen egynél sem jelentkezett sem traumás epilepsia, sem valamilyen más utólagos szövödmény.

Az elmondottakból kitűnik, hogy milyen súlyos, mondhatni végzetes késői szövödménye az agysérüléseknek a tályog; még pontos megfigyelés és a tályog megnyilvánulása után azonnal végzett műtéttel is felénél alig valamivel többjé a betegeknek sikerült megmenteni és ezen esetekben is a tályog szerencsés, felületes elhelyeződésű volt. Habár remélni lehet, hogy a gondos ideggyógyászati és Röntgenvizsgálat, valamint a műtéti technika tökéletesedése mellett ezen szomorú eredmény még javulni fog, a baj súlyos voltára tekintettel a késői agytályog végleges gyógyulási százaléknak lényeges javulását csak a prophylaxisban találhatjuk meg. Ha minden koponyasérülést azonnal a sebesülés után pontosan és jól ellátunk, ha minden idegen test- és csonttörmelék eltávolítására nagy gondot fordítunk: akkor késői agytályog is kevesebbszer fog keletkezni. Hogy ez nemcsak pusztá felvétel, azt *Guleke* 141 koponyasérülés kezelésekor szerzett azon tapasztalata is bizonyítja, hogy késői agytályog-esetei közül négyszer nagyobb volt azok száma, a kik nem operáltak, hanem csak konservatív kezeltettek, mint a sérülés után operáltaké.

## II. Traumás epilepsia.

Mi sebészek a traumás epilepsia alatt a koponyát ért traumás behatás után tipikusan körülírt testtájékon roham-szerűen jelentkező clonikus görcsöket szoktunk érteni: tehát a *Jackson-féle* típust; de a neurologusok szerint a traumás epilepsia fogalma alá nemcsak ezek tartoznak, hanem minden roham-szerűen fellépő sensibilis, sensorikus és psychikus izgalmi és kiesési tünet a hysteriás zavarok kivételével.

Tehát a koponyalövések után észlelhető tipikus rohamokon kívül az eszméletzavar nélkül fellépő rendszertelen görcsös összehúzódások a felső és alsó végtagizmokban, szédülés, ájulás, psychikus depressiók, vasomotoros zavarok éppen úgy ide számítandók, mint a lokalizáltan kezdődő, de lassanként tovább terjedő eszméletlenséggel járó általános epileptikus rohamok is.

Annak az elbírálása, hogy helyes-e a traumás epilepsia fogalmának ilyen kibővítése vagy sem, nem a sebész feladata; de a műtét indiciójának felállításánál okvetlenül tekintettel kell erre is lenni.

Hogy a koponyalövések után milyen gyakran lép fel a traumás epilepsia: arra nézve határozott feleletet majd csak a háború után fog adni a statisztika; gyakoriságára azonban nemcsak a békében szerzett tapasztalatokból (például *Jolly* szerint 19%) következtethetünk, hanem az eddigi háborús tapasztalatokból is. Így például *Voss* 40%-ra becsüli gyakoriságát.

Ha tekintetbe vesszük, hogy a koponya csontos falának, az agyburkoknak, valamint az agynak mindazon elváltozásai, a melyek mint az epilepsiát előidéző okok ismeretesek, koponyalövések után jóformán mindennaposak: a traumás epilepsiát kiváltó momentumok nagy gyakoriságát minden kétséget kizárólag meg lehet állapítani.

Akár tangentialis, akár a koponyaüregbe behatoló vagy azon keresztül hatoló volt az elszendvedett lövés, akár annak direct következményeként keletkezett subduralis vagy intracranialis vérömleny vagy horpadásos törés, akár a gyógyulás folyamata alatt bekövetkezett pachymeningitikus, illetve arachnoidealis elváltozások, cysták, illetve lágyulások góczok az agyban, akár a seb teljes begyógyulása után visszamaradt csontmegvastagodások, idegen testek vagy csontszilánkok,

hegek, illetve heges összenövésék és végül a koponyacsont hiányai: mind okai lehetnek a traumás epilepsiának.

Nem is ezen elváltozások hiánya, hanem helye oka annak, hogy nem minden súlyosabb koponyalövés után keletkezik epilepsia. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy a mozgató góczoknak megfelelő helyen vagy azok szomszédságában levő ezen elváltozások, még ha kisebb fokúak is, sokkal gyakrabban okoznak epilepsiát, mint az ezen helyektől távolabb fekvő súlyosabb elváltozások. Ezért oly ritka a homlok-, tarkó- és koponyaalapi lövések után az epilepsia és oly gyakori a koponyatető-, halánték- és falcsoni tájékat ért lövések után. Sőt valószínű, hogy a mozgató központoktól távol eső sérülések után fellépő epilepsia eseteiben is valami módon mégis csak ez a tájék sérülése vagy nyomatása az epilepsia valódi oka; a löcsatorna zsugorodása; a lamina vitrea repedései, még a bemeneti nyílástól távol fekvő agyrészekre is gyakorolhatnak olyan nyomást vagy vonást, a mely epilepsiát eredményez.

A sérülés és az epilepsia fellépése közötti *időszak* különböző hosszú és nem függ a sérülés fokától vagy helyétől, hanem attól, hogy mikor éri el az agy epileptogen sérülése vagy izgalma azt a fokot, a mely a roham kiváltásához szükséges. A korai traumás epilepsia eseteiben ez az idő órák és napok között változik, a késői epilepsiánál a seb begyógyulása után hónapok, sőt egy évnél is hosszabb idő eltelhet az első roham felléptéig. Természetesen átmeneti alakok is vannak, amikor tudniillik rövid idővel a sérülés után fellépett néhány roham hosszú ideig kimarad és azután újra fellép, vagy a mikor hosszabb idővel a sérülés után, de a sérülésnek még teljes begyógyulása előtt lép fel a roham:

*Eguchi* 36 esete közül 5 esetben 4 hét, 8-ban 3 hónap, 12-ben 8 hónap, 9-ben 1 év, 2-ben 1 évnél hosszabb idő telt el a koponyalövés és az epilepsia kifejlődése között. *Voss* háborús tapasztalatai szerint az epilepsia száma a sérülés utáni első hónaptól kezdve növekszik és leggyakoribb a 6. hónapban. *Jolly* tapasztalatai a *Voss*-éval nagyjában megegyeznek, de ő még egy 18 hónapos intervallumot is észlelt.

Saját 16 operált esetem közül csak 12-nél lehetett a sérülés és az epilepsia fellépése között eltelt időt megállapítani; a többi 4 esetben a beteg nem emlékszik az epilepsia fellépésének idejére és semmiféle feljegyzésből azt megállapítani nem sikerült; még nehezebb annak a megállapítása, hogy az első roham már a seb begyógyulása után lépett-e fel, vagy még azelőtt.

A megállapítható esetekben az intervallum nagysága a következő volt:

1 esetben	1 hónap
1	2—3
2	5
3	6—8
2	8—10
1	11
1	12
1	14

1 esetben (az előjegyzési lap tanúsága szerint) a sérülés utáni 4. napon végzett trepanatio után 6 héttel 3 ízben tipikus *Jackson*-typusu epilepsiát észleltek, a mely azután több mint 11 hónap mulva lépett csak ismét fel.

2 esetben az epilepsia a sérülés óta állandóan fennállott, de az egyes rohamok között 5—7 hónapos szünetek voltak.

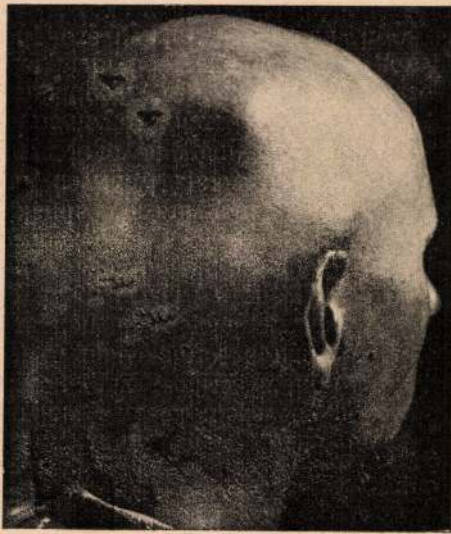
Az epilepsia fellépése és a sérülés közötti intervallum nagyságát illetőleg saját eseteimből semmiféle szabályt megállapítani nem lehetett, sem a sérülés súlyosságát, sem a sérülés helyét illetőleg. Eseteim *Auerbach*, *Krause* és *Tillmans* azon felvételét, hogy az intervallum a mozgató centrum környékének sérüléseinél lényegesen rövidebb, mint az extramotorikus regio sérüléseinél, egyáltalában nem támogatják.

A magára hagyott, sőt még a belgyógyászatiilag kezelt traumás epilepsiában szenvedő beteg sorsa is a legtöbbször

szomorú; annál szomorúbb, mennél gyakrabban lépnek fel a rohamok, vagy mennél súlyosabbak.

Eltételezve a rohamok alatt létrejövő véletlen szerencsétlenségektől, a kéregállomány irreperabilis elváltozásának bekövetkezése vet véget egy hosszas, kínos téttlenségre kárhozott életnek.

Ámbár régebben a békében (*Féré*) és most háborúban szerzett tapasztalatok (*Muskens, Kühne*) azt mutatják, hogy durvább anatómiai elváltozások nélkül fennálló enyhébb és ritkábban fellépő rohamok rendszeres belső kezelésre esetleg maguktól is megjavulhatnak, az ideggyógyászok általános véleménye mégis csak az, hogy a traumás epilepsia belső kezelésének eredményei rosszak. Teljesen kilátástalannak kell tartani a belső kezelést minden olyan súlyosabb elváltozások által előidézett esetekben, a milyen a lövés sérülések egy jelentékeny része. Nagy meggyőző erővel bizonyítja ezt *Eguchi*-nak a kimutatása, a mely szerint koponyalövés után fellépett 22 nem operált traumás epilepsia közül egy sem gyógyult meg belső kezelésre.



2. ábra. Súlyos Jackson-féle epilepsiát előidézett horpadás mütét előtt.

Ennek dacára a belső kezelést mégis megkísérelendőnek tartom, főként olyan esetekben, a melyekben mütéti kezeléssel aránylag könnyen és nagy valószínűséggel a rohamot kiváltó okot megszüntetni nem tudjuk.

Arra a kérdésre, hogy a belső kezelés eredménytelensége esetén meddig várhatunk a mütéttel, határozott időponttal felelni nem lehet ugyan, de a mütéti eredmények annál kedvezőbbnek látszanak, minél rövidebb idő óta állott fenn az epilepsia.

„Je länger die sensiblen, motorischen und epileptischen Störungen bestehen — mondja *Voss* —, umso schwerer sind sie anscheinend durch die Operation zu bessern.“

Feltétlenül és lehetőleg minél hamarabb operálandóknak kell tartani a késői traumás epilepsia azon eseteit, a melyekben kimutatható koponyacsonthorpadást vagy megvastagodást, illetve visszamaradt idegen testet vagy csontszilánkot tarthatunk az epilepsia okának; ezen esetekben a belső kezelés teljesen kilátástalan, a sebészi kezelés aránylag nem súlyos beavatkozás és a traumás epilepsia esetei közül a legbiztosabb eredménnyel kecsegtet.

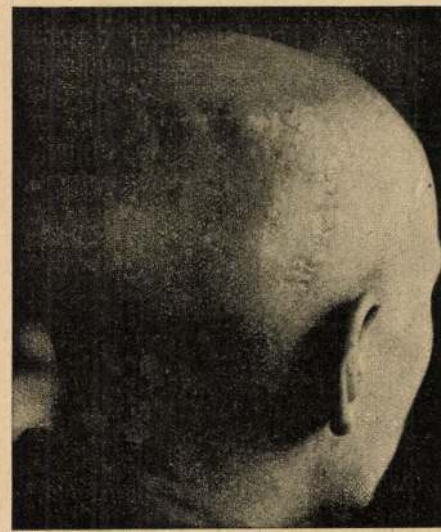
A hegek, illetve heges odanövések és egyéb elváltozások (különösen chronikus lobok) által feltételezett esetekben várhatunk a mütéttel, mert ilyenkor a mütéti eredmények már nem olyan jók.

A traumás epilepsia sebészi kezelése az epilepsiát kiváltó ok megszüntetésében áll: tehát direct causalis therapia, ellenében a régebbi idők bizonytalan sebészi beavatkozásaival (a carotis vagy vertebralis leköttése, a nyaki sympathicus és ganglionjainak kiirtása stb.).

Legegyszerűbb a mütéti beavatkozás azon esetekben, a melyekben vagy a koponyacsont behorpadása, vagy a durába, illetve az agy kéregállományába beékelten idegen test vagy csontszilánk váltja ki az epilepsiát. A behorpadt csont kiemelésével, illetve az idegen test eltávolításával megszüntettük az előidéző okot és biztosan számíthatunk is gyógyulásra, ha csak az epilepsia hosszas fennállása alatt nem létesültek már az agyban olyan elváltozások, a melyek a kiváltó ok megszüntetése ellenére még továbbra is megmaradnak.

Operált eseteim közül 11 tartozik ezen csoportba; 4 esetben horpadás, 4 esetben a durába ékelten nagyobb fémszilánk, 3 esetben csontdarab volt a kiváltó ok. Mindegyik esetben tipikus *Jackson*-féle rohamok voltak jelen. Ezen esetek közül egy különös megemlést érdemel, egyrészt a horpadás helye és igen nagy kiterjedése miatt, másrészt a kedvező mütéti eredmény miatt, dacára a roham hosszú idő óta való fennállásának. Az eset a következő:

L. Vincze 23. gyalogezredbeli gyalogosnak 1916 április 7.-én



3. ábra. Osteoplastikus decompressió trepanatio után 13 hónappal.

fejére esett a fedezéket képező gerendázat; hosszú ideig eszméletlenül fekvő; a mióta magához tért, eleintén 3–4 naponként, majd naponta több ízben is eszméletlenséggel járó rohamai voltak. 1916 november 10.-én status epilepticusban szállították be. A bal falcsont és nyakszirtscsont között egy férfitenyérnyi mély impressio. (2. ábra.) November 20.-án osteoplastikus trepanatio a behorpadt rész kiemelésével. Mütét utáni héten 2 ízben enye roham, azóta egyáltalán nem. Hosszabb szabadságolása után 1917 októberben felülvizsgálaton fegyveres szolgálatra alkalmasnak minősítettén, 1918 febr. 1.-én a harcztérre ment. (3. ábra.)

Jóval nehezebb mütéttel a causalis therapiának megfelelni azon esetekben, a mikor lezajlott lobos folyamatok eredményeinek eltávolításáról, vagy a dura, illetve az agykéreg hegeinek kimetszéséről, illetve a meglévő odanövések megszüntetéséről van szó. Magának a cystának az eltávolítása, a hegek a kimetszése, illetve az agykéregnek az odanövésekből való felszabadítása a legtöbbször könnyen elvégezhető, de a mütét sikerére csak akkor számíthatunk, ha a felszabadítás végleges, ha újabb odanövések keletkezését lehetetlenné tesszük. Ha ezen követelményeknek nem teszünk eleget: a mütét sikere csak múló, recidivák elkerülhetetlenek.

De az újabb odanövések biztos és állandó elkerülésére eddigelé még semmiféle mütéti mód vagy eljárás nem áll rendelkezésünkre, úgy hogy az e fajta traumás epilepsiák miatt végzett mütétek eredményeit csak hosszas megfigyelés után lehet megállapítani; a momentan kedvező eredmények még semmit sem bizonyítanak.

Ha sikerülne a durának és az arachnoideának az agyhoz, illetve a koponyacsontoz való odanövéseinek felszabadítása után a heges részeket kimetszeni és teljesen ép széléket összevarrva prima gyógyulást elérni: a kérdés meg

lenne oldva, mert a vékonyvonalas heg legjobb biztosíték az újabb odanövések és heges vongalásokkal szemben. De ez kivihetetlen, mert a hegek kimetszése után olyan anyaghiány marad vissza a durában, hogy a sebszéleket egymással érintkezésbe hozni nem lehet, tehát az újabb odanövéseket más módon kell próbálni megakadályozni. A *Witzel* által ajánlott enkephalolysis oldja meg a nehéz kérdést a legjobban, mert mindazok a törekvések, amelyek az odanövések megakadályozására celluloid-, ezüst-, platina-, tojásártya-lemezek közbehelyezését ajánlották, semmi sikerre nem vezettek. A *Witzel*-féle eljárásnál a koponyacsont-defectus sebének megnagyobbítása után a dura úgy a koponyacsont, mint az agy felé fel lesz szabadítva és hegesen elváltozott része kimetszve mindaddig, a míg minden irányban szabad szegély alakjában a dura felemelhető és az intermeningealis tér hozzáférhető; az agykérgen visszamaradt heges egyenetlenség nagyjában le lesz simítva, de kiterjedtebb hegkimetszés az agyállományból nem szükséges. Az újabb odanövések megakadályozására egy fascia-zsirlebenszövet terít ki a dura és az agykéreg közé és a csonthiány meghagyásával az egész sebet zárja, hogy prima gyógyulást érjen el. A dura és az agy közé helyezett zsirlebenszövet meggátolja az odanövést és biztosítja az agy szabad pulsatorius mozgását. *Witzel* ily módon operált eseteiben a nem régi keletű rohamok egy csapásra megszűntek, a hosszabb idő óta fennállóknál még egynehány-szor mutatkoztak, de gyengültek és végül megszűntek.

*Witzel* maga ugyan még állandó gyógyulásról nem számolt be, de a zsírtransplantációval még a békében *Lexer* tartós eredményeket ért el; 6 ily módon operált traumás epilepsia eseteiben a gyógyulás tartós volt, a mit még 2 $\frac{1}{4}$  év után is constatált. Ambár az állatkísérletek egy része és a klinikai tapasztalatok nagy része azt bizonyítja, hogy az átültetett nyeletlen fascia- vagy zsirlebenszövet idővel zsugorodnak, részben felszívódnak, részben elhegesednek. *Lexer* jó eredményeit annak tudja be, hogy a transzplantált zsirlebenszövet nem zsugorodik és nem hegesedik el, hanem eredeti mivoltában marad meg. Ha tapasztalataink bővülésével a *Witzel*-féle enkephalolysis jó eredményei állandóknak bizonyulnak; akkor annak más magyarázata nem lehet, mint az, hogy az átültetett fascia-zsirlebenszövet izoláló feladatának mindvégig megfelelt.

Az enkephalolysisel elért saját eredményeim is kedvezőknek mondhatók, habár végleges gyógyulásról én sem beszélhetek, lévén a legrégebb ily módon operált esetem még csak két éves.

Mostanáig összesen 5 traumás epilepsia esetét operáltam ily módon; valamennyinél a műtétnél kisebb-nagyobb fokú odanövéseket találtam a lágyrészhegbe, illetve a koponyacsont hiány széleihez és majdnem valamennyinél arachnoidealis cysta is volt jelen. A roham fennállásának ideje az operált 5 esetben a következő volt:

1 esetben	---	---	---	7 hónap
2 "	---	---	---	9 "
1 "	---	---	---	10 "
1 "	---	---	---	12 "

A mi a traumás epilepsia műtéti kezelésének eredményeit illeti: ezek megítélésénél különbséget kell tenni azon esetek között, a melyeknél koponyahorpadás vagy idegen test, és azok között, a melyeknél heges odanövés volt az előidéző ok. Ezen megkülönböztetésre a műtéti kezelés értékének elbírálása szempontjából van szükség, ugyanis az első csoportba tartozó eseteknél a műtét aránylag kis beavatkozásban áll és a műtéti eredmény állandósága is sokkal valószínűbb, mint a második csoportba tartozó eseteknél, a melyeknél a műtét súlyosabb és a momentán eredmény megröszabodásának a veszélye is állandóan fenyeget.

Műtéti halálozás: 0.

A műtéti eredmények megállapításánál hat havi észlelési időt vettem alapul; ennél rövidebb idő előtt ugyanis egy operált beteg sem hagyta el az intézetet.

Az első csoportba tartozó 11 operált eset közül

gyógyult 9  
javult 2

A gyógyult eset közül 7 esetben a műtét óta az észlelési idő alatt (legalább 6 hónap) egyetlen roham sem jelentkezett és a betegek mindenféle panasztól menten munkaképesnek érzik magukat; közülök 4 mezőgazdasági szabadság alatt a legnehezebb mezei munkákat végezte és közülök az egyik felülvizsgálatra állítatván, fegyveres szolgálatra alkalmasnak minősítették; a gyógyult esetek közé számítottam két olyan esetet is, a kiknél a műtét előtti Jackson-rohamok ugyan teljesen elmaradtak az észlelés ideje alatt, de a betegek időnként fejfájásról és szédülésről panaszkodnak.

A javultak csoportjába azon két esetet soroztam, a kiknél a műtét után a rohamok az észlelés ideje alatt nem maradtak ugyan el teljesen, de alig egynehány-szor mutatkoztak igen enyhe végtárgángatódzások formájában.

A második csoportba tartozó 5 operált eset közül

gyógyult 1  
javult 2  
nem javult 1  
meghalt 1 (műtét után egy évvel agytályogban).

Ezen csoportba tartozó esetek mindegyikénél enkephalolysis végeztem szigorúan *Witzel* előírása szerint; a koponyacsont hiányt egyetlen esetben sem pótoltam.

Ha az összes traumás epilepsia miatt operált esetek eredményeit összegezzük, tekintet nélkül az előidéző okra: akkor 62,5% gyógyulást, 18,75% javulást, 6,25%-ban a műtét eredménytelenségét állapíthatjuk meg, 12,5%-ban az operált beteg 1 évvel a műtét után meghalt. Az összeállításba csakis a 6 hónapnál régebben operáltak vétettek be; a legrégebb eset 24 hónapos.

Tekintve, hogy még a gyógyult eseteknél sem lehet garantálni a siker állandóságát: az operált eseteket is állandóan ellenőrzés alatt kell tartani és semmi esetre sem lehet őket ismét fegyveres katonai szolgálatra alkalmasaknak minősíteni.

Az elmondottakból kiviláglik, hogy a traumás epilepsziát a koponyasérülések igen súlyos következményének kell tartani, a melynek megelőzésére meg kell minden lehetőt tenni; a behorpadt csont kiemelése, a koponyáüregbe hatolt idegen testek és csontszilánkok gondos eltávolítása a leghatásosabb eszköz a traumás epilepsziák csökkentésére.

(Folytatása következik.)

A nyitramolnosi csász. és kir. tartalékkórház (parancsnok: Gáspár Ferencz dr., törzsorvos), venereás osztályáról (orvosfőnök: Perutz A. dr.).

### Reinfectio syphilitica esete.

Irta: *Pártos Árpád* dr.

Az orvosi irodalomban előforduló syphilis-reinfectiók *John, Benario, Schleicher, Gennerich* és mások munkáiban vannak összefoglalólag egybegyűjtve. Az esetek legtöbbször azonban részint a hiányos megfigyelés miatt, részint azért, mert olyan korból származó, amelyben a jelenkor vizsgálati módszerei még nem állottak rendelkezésre, a szigorú kritikát nem állja és így számba sem jöhet.

Az úgynevezett központi venereás kórházak létesítése lehetővé tette igen nagy anyag felhalmozását és megkönnyítette az összetartozó esetek pontos áttekintését, úgy, hogy a tudomány e téren is pontos casuistikai adatokkal gazdagodhatott.

Az alábbiakban a reinfectio syphiliticának egy pontosan megfigyelt esetéről lesz szó, amelyet gyógykezelés végett osztályunkra szállítottak be.

F. Gy. honvéd 1917 április 3.-án jött kórházunkba. Állítólag még nem volt nemibaja. Utoljára 1917 február 15.-én közöszült. A betegség első nyilvánulását 1917 márczius 27.-én vette észre.

*Status praesens*: Paraphimosis a szorító gyűrű gangraenájával. Scleradenitis inguinalis bilateralis.

*Diagnosis*: Lues I.

A Wassermann-reactio 1917 április 5.-én negatív, a spirochaeta-lelet pozitív.

Május 22.-ére a paraphimosis meggyógyult, baloldalt cubitalis mirigy tapintható.

A gyógykezelés 16 intramuscularis hydrarg. salicyl-(0'05) injectióból és 4 (0'45) intravenosus neosalvarsan-befecskendezésből állott.

Június 5.-én a beteg szolgálatképesen póttestéhez távozott.

Október 25.-én, azaz 4 $\frac{1}{2}$  hónappal később újra kórházunkba került a következő állapottal:

A frenulum jobboldalán élesen elhatárolt babnagyságú indurált fekély látható, a praeputium kis mértékben oedemás. Lymphadenitis ingu. bil. praecip. sin., scleradenitis cubitalis sin. Tapintható mirigyek a nyakon, sclerosis-heg a sulcus baloldalán.

*Diagnosis*: Lues I.

*Therapia*: Borvaselin. A beteg további intézkedésig kezelés nélkül megfigyelés alatt marad.

A Wassermann-reactio október 30.-án negatív, november 6.-án negatív, november 22.-én gyengén pozitív, egy hétre rá erősen pozitív.

December 10.-én megjelent az exanthema.

*Az állapot december 11.-én a következő*: Kétfülleres nagyságú, kissé erodált felületű sclerosis-residuum a sulcus cor. jobboldalán, adenitis ingu. modica. Scleradenitis cub. sin. Angina specifica. Maculae dispersae minores in cute trunci et extremitatum superiorum.

*Diagnosis*: Lues II.

*Therapia*: 20 Hg. succinimidat. (2%) és 4 neosalvarsan (0'45).

Az exanthema, mely az infectiótól számított 10 héten belül jelentkezett, az elsődleges syphilitid typusát mutatja és mint kismaculás kiütés a bőrhasadékok irányában rendeződik el.

Miként tehát e rövid kórtörténetből látható, olyan betegről van szó, a ki egészen rövid időn belül másodszor inficiálta magát luessel.

Ha a rendelkezésünkre álló irodalmat áttanulmányozzuk, az idetartozó eseteket 3 csoportba oszthatjuk.

I. Esetek a serologia előtti időből.

II. Esetek a salvarsan előtti időből.

III. Esetek a salvarsan-aerából.

Feltűnő, hogy minél inkább növekedett a salvarsannal kezelt egyének száma, annál több reinfectiót észleltek, úgy, hogy ezeket az eseteket helytelenül Ehrlich therapia sterilisans magna-ja bizonyítékának tekintették.

Hiszen már a salvarsan-aera előtt is akadtak szerzők, mint *Thalman*, *Hoffmann*, *Friboes* és mások, a kik sclerosis-hoz hasonló solitaer papulákat írtak le, de ezek — mint azt *Thalman* bebizonyította — nem voltak reinfectiók, hanem csupán a syphilis-recidiva egy nyilvánulási formájának tekinthetők. Hogyha tehát ezeket a helytelenül reinfectiónak nevezett eseteket nem tekintjük, akkor csak igen csekély számmal találunk betegeket, a kik másodszor acquiráltak syphilit.

A reinfectio diagnosisának megállapításakor éppen ezért *Müller* követelményeihez csatlakozunk. Szerinte az új sclerosis nem ülhet az elsőnek a helyén, avagy ennek nyirokkörzetében.

Beteganyagunkon elég gyakran tapasztalhattuk, hogy a meggyógyult sclerosis indurált helyén vagy friss keményedés (reinduratio), vagy kisebb-nagyobb kemény, sekély, a sclerosis-hoz hasonló és a gyanús coitus idejétől teljesen független fekély keletkezett. Ez a fekély, a mely klinice némileg hasonlít új infectióhoz, néhány pontban lényegesen eltér a primaer affectiótól. Elsősorban serologialag. A Wassermann-reactio pozitív, lágyékmirigyduzzanat pedig vagy egyáltalában nem észlelhető, vagy ha van is scleradenitis, ez egyáltalán nem felel meg az ulcus fennállása idejének és — ez igen lényeges pont — ha nem is foganatosítottuk a gyógykezelést, akkor sem jelentkezik exanthema.

A reinduratio, illetőleg ulcus ex residuo keletkezésének

lehetősége a sclerosis-hegek histologiai vizsgálatának eredményeképp valószínűvé vált. *Pasini*, *Saudmann*, *Hoffmann*, *Fischl* és mások befejezett erélyes Hg- és salvarsankúra után sclerosis-hegekben még virulens spirochaetákat találtak, amennyiben ezeket pozitív eredménnyel oltották át nyúlakra.

Ez a sterilisatio fere completa tehát a valószínű magyarázata annak, hogy miképpen keletkezik a reinduratio és a sankerformájú papula.

*Müller* második követelménye az, hogy az első syphilis után klinikai és serologiai értelemben vett tünetmentességnek kell fennállania.

E mellett azonban *Perutz* vizsgálatainak eredményeképpen meg kell követelnünk, hogy a negatív complementumkötési reactio mellett a *Perutz*-féle praecipitációs reactio is negatív legyen.

Éppen így csatlakozunk *Müller* harmadik követelményéhez, hogy t. i. a reinfectiónál a *Wassermann*-reactiónak fokozatosan kell pozitívvá válnia.

Esetünkben a következő okok jogosítanak a reinfectio syphilitica megállapítására:

Betegünk 1917 márczius 27.-én, 4 héttel a közöslés után a sulcus coronarius glandis baloldalán fekélyt kapott, amelyet szakorvos sclerosisnak diagnoskált. Ezenkívül mérsékelt lágyékmirigyduzzanat volt jelen. A *Wassermann*-reactio negatív, különben úgy a bőr, mint a nyálkahártyák mentesek mindenféle syphilis-tünettől.

A beteg 16 Hg salicyl.-injectiót, 4 intravenosus neosalvarsan-befecskendezést (à 0'45) és helybelileg 10%-os calomel-kenőcsöt kapott. Nyolcz hét múlva tünetmentesen, szolgálatképesen távozott csapatjához. 1917 október 25.-én friss fekélylyel újra a kórházba került. Utoljára 20 nappal azelőtt közöslt. Minthogy reinfectio gyanúja látszott fennforogni, a beteg kezelését egyelőre elhalasztottuk. A várt exanthema végül is december 11.-én, tehát körülbelül 10 heti incubatio után megjelent s ezzel a reinfectio diagnosis biztos támaszpontot kapott. A beteg vérsavója serologialag friss syphilisnek megfelelően viselkedett, amennyiben közvetlenül az exanthema megjelenése előtt teljes complementumkötési reactiót adott. Hasonlóan pozitív volt a praecipitációs reactio is, csak hogy sokkal korábban, mint a *Wassermann*-reactio.

Esetünk lehetővé teszi egy elméleti és therapiás szempontból egyaránt fontos kérdés tisztázását is.

Legújában *Klausner* közölt egy reinfectio-esetet s ezzel kapcsolatban a sclerosis feltétlen excisiójának szükségességét hangsúlyozta, mert ily módon megszabadítva a szervezetet a spirochaetával zsúfolt fészektől, a recidiva lehetőségétől is mentesíteni lehet.

Ez az eljárás ilyen értelemben mindenesetre nagyon hasznosnak ígérkezik, csak hogy nem szabad szem elől téveszteni, hogy a sebészi beavatkozás a vér- és nyirokerek megnyitásával a virus széthurcolásának veszélyét rejti magában.

Éppen a mi esetünk bizonyítéka annak, hogy a nem sebészi, helybeli gyógyszeres kezelés is teljes eredménnyel járhat és hogy a katonai kórházakban jelenleg alkalmazott antilueses gyógymód a czélnak megfelel.

Összefoglalólag mondhatjuk, hogy betegünk a syphilis első szakában alkalmazott egyetlen antilueses kezelésre (abortiv kúra) tökéletesen meggyógyult és alig egy féleven belül másodszor inficiálta magát syphilissel.

**Irodalom.** 1. *John*: idézve *Müller R.* nyomán. — 2. *Benario*: Die Reinfektionen bei Syphilis. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, 1914, 3. kötet 3.—5. füzet. — 3. *Schleicher*: idézve *Müller R.* nyomán. — 4. *Gennerich*: Münchener med. Wochenschrift, 1914, 10. szám. — 5. *Pasini*: Giorn. ital. delle malattie della pelle, 1910, VI. kötet. — 6. *Sandmann*: Derm. Zeitschrift, 1908, 15. kötet. — 7. *Hoffmann*: Derm. Zeitschrift, 1905, 12. kötet. — 8. *Fischl*: Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 37. szám. — 9. *Thalman*: idézve *Müller R.* nyomán. — 10. *Friboes*: Derm. Zeitschrift, 1911, 18. kötet. — 11. *Müller R.*: Arch. für Derm. und Syph., 1916, 123. kötet. — 12. *Müller R.*: Derm. Zeitschrift, 1916, 23. kötet. — 13. *Klausner*: Derm. Wochenschrift, 1917, 65. kötet. — 14. *Perutz*: Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 51. szám.



## A myxoedemáról.

Irta és a biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesületben felolvasta *Grosz Samu* dr.

Egy betegemről óhajtok a szakülésnek referálni, a kit társadalmi okokból — sajnos — bemutatni nincs módomban. Ugyancsak társadalmi okokból nem tudtam fényképét beszerezni. Pedig tanulságos volna annál is inkább, mert a tünetek oly pregnánsan voltak kifejezve, hogy első tekintetre is az arcz külseje, kifejezése, a beteg egész alakja tipusosan mutatta a kórformát, melyben szenvedett. Tanulságos volna mostani fényképét látni, mely az alkalmazott gyógyeljárás után mutatná be, a mennyiben a kétely tartaná fogva a szemlélőt, hogy vajjon az előbbi és az utóbbi kép egy és ugyanazon személyre vonatkozik-e? Mivel tehát módomban nem áll sem a beteget, sem képmását bemutatni, igyekezni fogok klinikai leírását adni az esetnek.

F. J., 25 éves hajadon még ez év elején többször felkeresett azzal a panaszszal, hogy igen gyengének, fáradtnak, bágyadtnak érzi magát, gyakran szenved szívdobogásban, szédülésben, fájdalmai vannak testszerte, álmatlan, étvágytalan. Könnyen fárad, lusta járni is. A beszéd nehezebbre esik, az is fárasztja; az orrában és torkában szárazságot érez, rossz szag bántja, mely az orrából kiindulva valósággal füllesztja. Erre vezet vissza azt is, hogy hangja megváltozott, mélyebb és recsegő lett. De leginkább nyugtalanítja egész testének, különösen arcának megváltozása és ezekre nézve kér tanácsot és segítséget.

Szülei élnek, egészségesek. Anyja nagyot hall már évek óta. 8 testvére halt meg csecsemőkorban előtte ismeretlen betegségben. Öt testvére él, kik közül egy asszonytestvére feltűnően vérszegény, különben jól táplált, gyakran szenved gége- és hörgőhurutban, kisebbfokú strumája van minden ideges tünet nélkül. Többi testvére egészséges. A családjában tuberculosis nincs, sem az ő bajához hasonló megbetegedésről nem tud. Menstruációját 14 éves korában kapta meg, 4 heti időközben jelentkeznek 3—4 napi tartammal fájdalmak nélkül, csak az utóbbi 2—3 év óta rendetlenkedik, a mennyiben néha 2—3 hónapban jelentkeznek feltűnően kis mértékben. Nagyobb betegségekre nem emlékszik vissza. Jelen baját 16—17 éves korára vezeti vissza, a mikor vérszegénységbe esett. E miatt többször volt orvosi gyógykezelés alatt, azonban kevés eredménnyel, mert átmeneti javulás után vérszegénysége mindig visszatért. Mostani baját is a vérszegénységre vezeti vissza, mely folyton fokozódva, jelen állapotát eredményezte.

A középtermű beteg első tekintetre kövérnek látszik. Az arcza, homloka halavány viaszszárga árnyalattal, feltűnően duzzadt. A duzzanat legszembeötlőbb a szemhéjjakon és az alsó ajakon, de a két pofa, az orr is erősen duzzadt, úgy hogy sokkal idősebb egyén benyomását teszi, mint a milyen. Az ajkak cyanosisosak. A szem kötőhártyája, valamint a foghús és száj nyálkahártyája feltűnően halavány, vértelen. Duzzadt, pöffedt az arczhoz hasonlóan az egész köztakaró, különösen az alkarok, a kézhat bőre, valamint a nyak és az emlők bőre is. A pöffedtség annyira szembetűnő, hogy vizenyőnek, oedemának imponál, azonban sehol az ujjbenyomatokat nem tartja meg, a bőr nem nyomható be. Tapintáskor a bőr száraz, hideg, különösen a kezeken és lábakon. A homlok bőrén feltűnő a ránczbaszedéskor a ránczok erős kifejezettsége. A szemhéjjak duzzanata miatt a szemek kicsinynek látszanak. A nyelv vastag, nagy. Az ornyílások nagyok, orrváladék minimalis. A garatívek, uvula mozgása jó. A hang mély, recsegő, kellemetlen. A beszéd erőltetett, láthatólag fárasztja.

A tüdőben kóros elváltozás nincs, a szív normalis nagyságú. A szívhangok tiszták, kissé ékeltek. A vizeletben fehérje, cukor nincs. A nyirokmirigyek sem a nyakon, sem más helyeken megnagyobbodva nincsenek, a pajzsmirigy sem most, sem később nem tapintható.

A pupillák egyenlők, középtágak, jól reagálnak; az érzések a bőrön mindenütt jók. A patellaris reflexek kissé fokozottak. A beteg állandóan szomorú, lusta, nehézkes mozgású. Rossz szájívről panaszkodik, valamint, hogy az orrá-

ból a szájába kellemetlen szag hatol. Azonban panaszának megfelelő szag nem észlelhető.

A többször megejtett vizsgálatkor a tüneteket mindinkább fokozódni láttam, különösen a bőrön észlelt elváltozásokat, a beteg legyengülését, a beszéd nehézkes és megváltozott voltát. A különféle vasas, arsenes medicatióknak egyáltalában semmiféle befolyása állapotára nem volt. Baja mindinkább fokozódott, végtelen gyenge, állandóan szomorú, levert volt, míg nem a megfelelő gyógyszer adagolása betegségét egy csapásra megváltoztatta.

A beteg bőralatti kötőszövetének sajátságos pöffedtsége, a bőr száraz, szennyes volta, különösen az arcz sajátságos megváltozása, a hang recsegővé válása, a beszéd nehézsége, a szellemi működés lustasága, különféle érzésvi zavarok, tekintve, hogy semmiféle anatómiai elváltozás sem a szív, sem a vese, sem más vérkeringési szervben kimutatható nem volt: kétségtelenen tette, hogy a myxoedema kórképével van dolgom, mely évek óta lassú tempóban fejlődve, a mostani súlyos állapotot eredményezte.

Ha a tünetek ily pregnans kifejlődése dacára is bármily csekély kétely támadna valakiben a diagnosis helyességét illetően, a további lefolyás az alkalmazott causalis therapia után fényesen igazolta, hogy csakugyan myxoedemával van dolgom.

Ma már kétségtelen, hogy a myxoedema a pajzsmirigy megbetegedésében, még pedig annak visszafejlődésében áll.

Mint később látni fogjuk, a pajzsmirigy hiányos működése következtében az általa termelni hivatott hormon hiánya okozója a myxoedemának. A hiányzó hormon pótlása a tünetek visszafejlődését kell, hogy eredményezze.

Ebből az elvből kiindulva, május elején adagolni kezdtem a *Richter*-féle thyreoidin-tablettákat kellő óvatossággal, ismerve a thyreoidinnek különösen a szívre való kellemetlen hatását. Eleinte napi 3, majd 4 szemet szedtem be a beteggel. A hatás frappáns volt. A tabletták szedése után már napok múlva feltűnő javulás állott be a közérzetben. A beteg élénk, jókedvű, beszédes lett, az étvágy visszatért, jól aludt. Három hét múlva a beteg külseje teljesen megváltozott. Az előbbi halvány, cachexiás, duzzadt, pöffedt külső teljesen eltűnt. Üde, piros arcú, teljesen normalis testalkatú, sovány leánynya változott, a ki az előbbihez külsejére absolute nem hasonlít. Régi ismerősei mellett elhaladva nem ismerték meg. Jókedvű, mozgékony lett, élénk temperamentummal, élénk észjárással.

Óvatosságból, nehogy a szívre káros hatással legyen, később az adagot napi 2 tablettára szállítva, múlt hó (október) közepéig állandóan szedtem a thyreoidint. Akkor kihagyattam a szert azért, hogy lássam, hogy az abbahagyása minő esetleges visszahatással lesz a betegre, és hogy meggyőződést szerezhessenek, hogy vajjon a javulás végleges-e, vagy csak átmeneti és csak a szer adagolásának ideje alatt áll-e fenn? Három heti szünet után ismét felkeresett azzal, hogy egészen jól érzi magát. Külseje jó, arczszíne üdepiros, mozgékonyasága élénk. Azonban kért, hogy adjak neki valamit a hizás ellen, mert, mióta a szert nem használja, úgy veszi észre, hogy hizik és ezt nem szeretné.

Daczára az arcz jó külsejének, csakugyan az egész alak teltebbnek látszik, úgy hogy féltő, hogy az ismét beállott hizás a myxoedema tünete. Erre való tekintettel ismét megkezdtem vele a tablettákat, még pedig napi 2 darabbal. A beteg további megfigyelésem alatt áll.

\* \* \*

Arra, hogy a tisztelt szakülés türelmét ez eset elreferralásával igénybe veszem, az indított, hogy a myxoedemának ily kifejezett, lassan fejlődő alakjával nem olyan gyakran van alkalmunk találkozni. Főképp azonban mintegy kötelességet véltem teljesíteni azért, mert a myxoedemának organo-therapiás gyógykezelését fogantatosítottam a legideálisabb eredménnyel.

Ez az eset is bizonyítani van hivatva elsősorban azt, hogy belső elválasztó mirigyek vannak, melyek a szervezet háztartásába a nedvkeringés útján anyagokat szolgáltatnak át, melyeknek túlproductiója vagy kevesbedése, esetleg teljes hiánya megfelelő physiologiai elváltozásokat és következs-

képpen többé-kevésbé jól körülhatárolható kórformákat eredményezhetnek. Másodsorban ebben az esetben az alkalmazott causalis therapia igazolja azt a már régen ismert igazságot, hogy a myxoedema a pajzsmirigy olyan irányú megbetegedésének eredménye, a hol a pajzsmirigy a szervezet háztartásának egyensúlyban tartásához feltétlenül szükséges anyagot termelni vagy nem tudja, vagy azt csak hiányosan teljesíti.

Mert hiszen csak így értelmezhető a gyógyeredmény. Pajzsmirigy-kivonatot adagoltam a betegnek és a tünetek teljes visszafejlődését észleltem; aránylag rövid idejű kihagyása után a betegség visszatérni látszik.

Az organo-therapia nem régi keletű, mert hiszen nem régen ismerjük a belső secretio tanát sem. Teljes egészében ez a tan most sincs még kidolgozva, de óriási léptekkel halad előre olyan eredménnyel, mely hivatva van sok, eddig homályos kérdést tisztázni. Révideálni kell majd sok betegségről való eddigi ismeretünket. A diabetes érdekes kórképe, a Basedow-kór, a myxoedema, az elhízás, a növény, húgysavkiválasztás rendellenessége, az Addison-kór, mind oly rendellenességek, melyek a belső elválasztó-mirigyekkel és azok beidegzésével összefüggésben vannak. Neurosisok, melyek az idegbántalmak közé vannak sorolva, a belső elválasztás megváltozásából lesznek magyarázhatók. A hysteria az ő változatos kórképével szintén a belső elválasztó mirigyek rendellenes működésének folyamánya.

Ezeknek tisztázása előre nem is sejthető módon fogja előrevinni nemcsak ezen megbetegedésekről szerzett ismereteinket, hanem az eddigi gyógyeredmények már is biztatólag mutatják az utat, a melyen a therapiának haladnia kell.

A belső secretio tana nem nagyon régi. Bár valószínűleg előbb is voltak, a kik ezzel a tannal már foglalkoztak, mégis a tan megalapozását *Brown-Séquard*-nak köszönhetjük. Már 1869. évi felolvasásaiban kifejtette a belső secretio tanát, mely szerint minden mirigy, akár van kivetítő csatornája, akár nincs, a vérkeringésbe olyan anyagokat juttat, a melyek a szervezet háztartásában feltétlenül szükségesek. Ugyancsak ő 20 évvel később saját magán tett kísérletet herekivonatot juttatni a szervezetbe azzal a célzattal, hogy physikai és psychés erősödést érjen el. És ezzel megvetette alapját az organo-therapiának. A *Berthold*-féle kísérlet is ilyen irányú, a ki a kakasok castratiója utáni heretransplantatióval a kakasok hím mivoltát megtartotta.

A főérdem azonban mégis *Brown-Séquard*-é, a ki kifejtette a pajzs-mirigy, annak járulékaik, az u. n. epithel-testek, a mellékvese, a hypo- és epiphysis, a *Leydig*-féle mirigy, a *Langerhans*-féle mirigyszerkezet belső elválasztó működését és ezzel megvetette szilárd alapját a belső secretio tanának.

E szerint a belső secretio az a folyamat, a melynek eredményeképpen valamely kivetítő-csatorna nélküli mirigy szerv, mint saját specifikus alkatrészét, a nedvkeringésbe anyagot juttat az egész szervezet hasznára. Ezen meghatározásból következik, hogy az anyagcsere-termékek, például szén-sav, húgyanyag ezen meghatározásból kiesnek.

Éppen úgy kizárandók ezen meghatározásból valamely más szerv által produkált minden élettani és serologiai termék is. És ezzel megvan az éles határ a belső secretio és a tulajdonképpeni serologia közt.

A belső secretiós mirigyek termékeképpen fedeztek fel tehát anyagokat, melyek chemiaillag jellemezhetők. Részint az idegrendszer, részint ezek az anyagok, melyek a vérbe és nyirok-utakba vándorolnak, közvetítik azokat a befolyásokat, melyekkel az egyes szervek egymásra és az egész szervezetre hatnak. Ezeket az anyagokat hormonoknak, ébresztőknek, izgatónak nevezzük, melyeknek tulajdonságához tartozik, hogy vegyileg meghatározhatók legyenek.

A belső secretio alapelveinek rövid említése után nem célom a belső secretio tanának részletes taglalásába belemenni, csupán a főbb alapelvekre hivatkoztam, hogy a mostan ismertett betegség mibenlétét megmagyarázhassuk. Ezzel kapcsolatosan csak a pajzsmirigyről és annak járulékaikról, az epitheltestekről óhajtók egyet-mást még felsorolni. Több irányú

kísérlet eredménye az, hogy ezeknek mibenléte, hatása a szervezetre tisztázva lett.

Még a XVIII. században a pajzsmirigy az agy vér-ellátásának szabályozójául tekintették. Ezt a theoriát később *Liebermeister* és *Cyon* odamódosította, hogy a pajzsmirigy terméke, a jodothyryn, a vérnyomás szabályozását és a szív-működés lassubbodását okozza. A pajzsmirigy physiologiai jelentőségének magyarázatába nagy betekintést nyújtottak azok a kísérletek, melyeket a pajzsmirigy kiirtásával hajtottak végre. Különösen *Schiff* bizonyította be ilyen irányú kísérletekkel, hogy a pajzsmirigy teljes eltávolítására olyan súlyos tünetek jelentkeznek, melyek végre az állat halálát okozzák. Később ezeket a kísérleteket kiegészítették azok a tapasztalatok, melyeket különösen *Reverdin* és *Kocher* szerzett embereken a golyva-operatiókkal. Úgy a pajzsmirigy kísérleti eltávolítása, mint golyva-operatiók után jelentkezett tünetek kétfélek: az u. n. tetania és a cachexia strumi- vagy thyreopriva. Ezeket mindaddig, míg *Sandström* az epitheltesteket fel nem fedezte, együvé tartozó tüneteknek tekintették. *Sandström* felfedezése, *Gleis*, *Vassali* és *Generali* az epitheltestek kiirtása utáni megfigyelései tisztázták azt, hogy csak az epitheltestek kiirtása után jelentkezett tetania, végre *Biedl* állatkísérletekkel teljesen tisztázta a kérdést. Ezek szerint a tulajdonképpeni pajzsmirigy kiirtása után cachexia thyreopriva, az epitheltestek kiirtása után pedig tetania jelentkezik.

A tetania kórképével, mint a mely most bennünket közelebről nem érdekel, bővebben nem foglalkozom, csak röviden érintem azt, hogy a tetania többé-kevésbé kifejezett volta azzal függ össze, hogy az epitheltestek egészben, vagy csak részben távolítottak el, illetve betegedtek meg; és még azt, hogy az epithel-testek megbetegedésének további tanulmányozása valószínűleg több kórformára fog még világosságot vetni, mint például a paralysis agitans, a myotonia, a myoclonia, myatonia, myasthenia.

A mi már most a tulajdonképpeni pajzsmirigy-eltávolítást illeti, a tapasztalat azt bizonyítja, hogy az eltávolítás után az állat szervezetében kiesési tünetek jelentkeznek, melyeket röviden athyreosisnak nevezhetünk. Fiatal állatokon psychés alteratiókban, a növény akadályozásában nyilvánul az athyreosis. Tapasztalták a haj színének, vastagságának megváltozását; kecskéken, juhokon a szarvak elferdülését; tyúkokon a tojás héjának papírszerű megvékonyodását. Az emberen a pajzsmirigy megbetegedési fokának megfelelőleg, valamint, hogy ez a megbetegedés a gyermek, a serdülő, vagy felnőtt korban jelentkezik-e, a legváltozatosabb tünetek mutatkozhatnak, mint a növény elmaradása, a csontok hiányos fejlődése, a cretinismus, az infantilismus változatos és sokféle tünete; teljes hiánya a pajzsmirigy-működésnek pedig a myxoedema érdekes és mindenestre súlyos kórképére vezet.

A myxoedema tüneteinek részletezését azok után, a melyeket betegem kórképének leírása során adtam, feleslegesnek tartom, mert betegemen mindazok a symptomák megvoltak, a melyek együttes jelenléte alkotja ez érdekes betegség tünettannát. Azoknak újbóli felsorolásával csak ismétlés hibájába esném.

A betegség kifejlődésének megvilágításához még azt tartom szükségesnek megemlíteni, hogy az élettani és vegyi kísérletek azt derítették ki, hogy a pajzsmirigy mintegy 2—9 mg. jodot tartalmaz. Újszülöttek pajzsmirigye nem tartalmaz jodot; a gyermekkorban a jodtartalom igen kevés; az évek folyamán a jodtartalom fokozódik; mennyisége függ a táplálék jodtartalmától. A pajzsmirigy mintegy leraktározva tartalmazza a jodot, mely *Baumann* szerint szervesen fehérjéhez kötve van a pajzsmirigy állományában. Ezt a jodtartalmú fehérjét *Baumann* thyreoidinnek, később jodothyrinnek nevezte. *Oswald* jodthyreoglobulinnak nevezte el és a pajzsmirigy legfőbb funkciójának tartja e jodthyreoglobulin termelését.

Ha már most a pajzsmirigy állományában olyan elváltozások jelentkeznek, hogy a pajzsmirigynek ama részei pusztulnak el, melyek hivatva volnának a jodot kötött alakban leraktározni, előáll a szervezet jodszegénysége, mely a

hypothyreosis, athyreosis tüneteiben fog nyilvánulni; legtypusosabb megszemélyesítője a myxoedema.

Viszont, ha a pajzsmirigyben hyperplasia jelentkezik és ennek eredményeképpen a pajzsmirigy stromája szaporodik, előáll a jodthyreoglobulin túlermelése, melyet mesterségesen pótolni lehet pajzsmirigynek vagy hatóanyagának etetésével. Ennek eredményeképpen a nyaki sympathicus ideg izgalmi állapota: exophthalmus, pupillatágulat, továbbá szapora szív működés, reszketés, soványodás, emésztési zavarok, hasmenés stb. állanak elő, szóval a *Basedow*-megbetegedés tünetei.

A myxoedema lényege tehát az, hogy a pajzsmirigy vagy veleszületett fejlődési rendellenesség folytán, vagy későbbi visszafejlődés miatt nem tudja magába raktározni a fehérjéhez kötött jodot és így nem tudja termelni azt a hormont, a melyet kötelessége volna a szervezet háztartásába juttatni.

Pajzsmirigynek, illetve hatóanyagának a beteg szervezetbe juttatása pótolja ezt a hiányt és előáll a betegség gyógyulása. Ez a gyógyeljárás az, a melyet organotherapiának nevezünk.

Még sok minden egyéb dolognak megvilágítása a jövő kutatások dolga. Nem ismerjük eléggé azokat az okokat, a melyek a pajzsmirigy állományának sorvadására vezetnek. Nem tudjuk, hogy vajjon a pajzsmirigy ilyen irányú megváltozása csak múló jelentőségű-e, vagy maradandó anatómiai elváltozás szerepel-e? Csak az alkalmazott causalis therapia időleges vagy állandó eredménye fog utólag útmutatást adni, hogy mélyebb szöveti elváltozások forognak-e fenn, vagy pedig a bonyolult beidegzési zavar vezetett múló működés-zavarra?

Nem tudjuk, hogy nem-e valamely fertőző anyag az elváltozások megindítója. Irnak le eseteket, a hol a nő myxoedemája kapcsán később a férj betegedett meg hasonlóan és megfordítva. A struma előfordulásáról tudjuk, hogy bizonyos éghajlat alatt gyakran fordul elő, ugyanott a myxoedema is gyakoribb, például Belgiumban. Tudjuk, hogy a tuberculosissal kapcsolatban milyen gyakoriak a többé-kevésbé kifejezett golyvák, melyeket a tuberculosisbácillus toxinjának izgalma vezetnek vissza.

Vajjon a myxoedema keletkezésében, különösen a későbbi életévekben a tuberculosisnak nincs-e része, rejtély még, melyet kideríteni a jövő kutatások dolga lesz.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Angstein: Medizin und Dichtung.** Stuttgart, E. Enke, 1917.

A fenti címen a nagy olvasottságú szerző mindent összegyűjtött, a mi a világirodalom fontosabb költői műveiben orvosi vonatkozása. Az orvos egymaga ér annyit, mint egész rakásraló egyéb emberekből, véli *Homer* és az *Ilias* hősei közt mint orvos és mint katona küzd már *Machaon* és *Podaleirios*. Nincsen új a nap alatt: az *Odysseá*-ban olvasunk az első orvosnőről, a szőke *Agameder*ről. *Platon* Symposiumjában mai felfogásunknak helytállóan foglal állást az alkoholismushoz s e kérdéshez *Goethe*-től *Strindberg*-ig annyi nagy írónk hozzászólt még. Rendünk az irodalomban különböző megítélésben részesül, *Thackeray* hálalkodik, *Daudet* magasztalja, *Goethe* tartózkodóan szól, *Rabelais* ostorozza, *Molière* epéskedik és *Tolstoi* agresszív. A betegség, a meghalás és az örület olyan orvosi kérdések, melyek a teremtő phantasiát élénken foglalkoztatják, *Shakespeare*, *Zola* meglepők, *Goethe* szívesen idealizál, *Kleist* intuítiója pedig leírt egy epilepsziás ködös állapotot már akkor, midőn a disciplina még nem is ismerte.

Vagy tudatosan, vagy öntudatlanul gyakran váltak psychopáták az irodalom alakjaivá, mint *Peer Gynt*, *Nora*, *Hedda Gabler*, *Hjalmar Ekdal*, vagy a *Kisértetek* dementia

paralytikás vagy tabeses alakjai. Nem hiányoznak az írók között sem a pathológiás psychék és *Lombroso*-val ellentétben nem szellemi plus, hanem minus mutatható ki különczségeikben. *Goethe* hypersensibilitásától kezdve minden alakja megfigyelhető ennek, például *Scheffel* schizopreniás, *Grabbe* potator, *Strindberg* raptus melancholicusokat él át, *Rousseau* paranoiás, *Dostojevsky* saját epilepsziájának auráját festi euphoriásan, *Poe* dipsomaniás. Nagy szerepet játszott az irodalomban a suggestio, éppúgy, mint ahogy az egész kulturán feltűnik a tömegsuggerciók hatása. Így van különösen a németeknél, és a német idealismus előtt hajtja meg végül zászlaját a sok lelkesedéssel megírt könyvecské, mely a psychiaternek, az irodalmi gourmetnak és a művelt laikusnak egyaránt csemege. Ara 3:20 M.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Az exsudatumok és transsudatumok megkülönböztetésére** *Sochanski*, a lemergi belklinika segédje egyszerű eljárást dolgozott ki, a mely azon alapszik, hogy az exsudatumok savi kémhatásúak. Az eljárás ez: 9 cm<sup>3</sup> reagenshez (100 cm<sup>3</sup> vízben 1—1 cm<sup>3</sup> 1%-os alkoholos phenolphthalein-oldat és 1/10 n. natronlúg) 1 cm<sup>3</sup> vizsgálandó anyagot adva, exsudatum esetén a folyadék elszíntelenedik, transsudatum esetén ellenben megtartja a rózsaszínét. A jelzett arány pontosan betartandó. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 18. szám.)

#### Sebészet.

**A vena jugularis int.-ban lévő phlebolith** esetét ismerteti *W. Baetzner*. Az eset anamnesisére vonatkozólag előadja, hogy a 10 éves tanuló tanítónője pálczával fejbeütötte. 3 nappal később a falcsont bal felén genyes csont-hártyagyulladás keletkezett, majd néhány hónap elmúltával a nyak baloldala megduzzadt, a beteg hangja rekedt lett, ezenkívül fejfájásról és szédülésről panaszkodott. A felvételkor a nyak baloldalának közepén, a m. sternocleidomastoideus belső szélén körülbelül galambtojásnyi duzzanat látszott, fölötté jól látható pulsatio és jól hallható zöreje, a mely az apácza zörejéhez volt hasonló. A jugulumra gyakorolt nyomás következtében a duzzanat a nyakon kissé nagyobb lett. A szerző a zöreje, a pulsatio és a duzzanat alapján arterio-venosus fistulára gondolt. A műtét alkalmával kitűnt, hogy a vena jug. int. jelentékenyen tágult, fala megvastagodott s e helynek megfelelőleg sárga folt látszott a vénában, a mely tapintásra tömött test benyomását tette. A vena e helynek megfelelőleg felül és alul lekötött és reszekáltatott. Az eltávolított részlet egy a vena falához odatapadt, részben elmeszesedett thrombus mutatott. Hogy a trauma mennyiben volt oka ez elváltozásnak, megállapítani nem lehetett. A szerző a vena falának inficiált thrombus következtében létrejött megbetegedésére gondolt. A recurrrens hűdés nyomás következtében állott be. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 12. szám.)

Iffj. Háhn Dezső dr.

**A helybeli tetanusról** értekezik *Blecher*. A localis, vagyis csak egy testrésze szorító tetanus aránylag ritkán fordul elő. A szerző 3 esetről referál. Az elsőben gyors gyógyulás következett be, a 2. halállal végződött, a 3. időszültté vált és körülbelül 4 hónap múlva gyógyult. A prophylaxisos antitoxin-kezelés óta az általános tetanusfertőzés ritka, ellenben gyakori a helyi tetanus. A fejtetanus csekély mortalitása és egyébként is jóindulatú lefolyása abból magyarázható, hogy a fej lágyrészeinek vérrel való bő ellátása a tetanus-csírák fejlődését jelentékenyen megakadályozza, úgy hogy csak csekély toxinnemesség termelődhetik. A helybeli tetanus prognosisa semabsolute jó. A post-tetanusos merevség ellen a novocain-injectiók jó hatásúak. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 21. szám.)

Iffj. Háhn Dezső dr.

### Venerás betegségek.

**A férfi-gonorrhoea gyógyulásának megállapítási módjáról** ír Zieler (Würzburg). A gonorrhoeás beteg tudva-levően csak akkor tekinthető gyógyultnak, ha a kezelés hosszabb szünetelése ellenére is gonococcusok semmi módon többé ki nem mutathatók. A teljes gyógyulás megállapítása mostanában különösen fontos, mert a gonorrhoeás katonát lehetőleg rövid idő alatt kell harcolóképesé tenni, de csak úgy, hogy a csapatnál recidiva biztosan elő ne törjön, tehát hogy a harcos valóban meggyógyult legyen. A szerző a végleges gyógyulás pontos megállapításához a szakszerűen alkalmazott provocatiót használja, melyet mint bevált eljárást melegen ajánl. A provocatio eljárás véleménye szerint nemcsak minden kórházi kezelés végén ajánlatos, hanem ama „latens“ kankós esetekben is, melyek sokszor ártatlan természetű urethritist utánoznak. Viszont nyugodtan elbocsáthatók azok a rendszerint szövődményes kankós esetek nyomán jelentkező húgycsőhurutos betegek, a kik egy megejtett „provocatio“ után is gonococcusmenteseknek bizonyultak. A megbízható provocatio menete több részből áll. 1. Az eddig megbetegedett és gonococcusokat tartalmazó szerveket (húgycső, járatok, húgycsőmirigyek, prostata, ondóhólyagok) a kezelésnek többnapos elhagyását követően, újabb pontos görccsövi váladék-vizsgálatnak kell alávetni. 2. Mihelyt a lelet gyanúmentes, az ezelőtt beteg részeket a provocatióknak kell alávetni. 3. A különböző váladékokat legalább 4—5 napon keresztül görccsövíleg pontosan át kell vizsgálni; ezen idő alatt természetesen szünetel minden kezelés. A betegségnek fennforgását még gonococcus-lelet nélkül is fel kell vennünk, ha a genyes váladék a 3. naptól kezdve (a 3.—5. nap a legfontosabb) fokozódik.

A további vizsgálat ily esetekben egyébként rendszerint hamarosan kideríti a gonococcusok jelenlétét. Ha a provocatiót genyes váladék nem követi, avagy a váladék a provocatio nyomán nem fokozódik, a kankós folyamatot gyógyultnak kell tekintenünk.

Kérdés, hogy mily módon mehet végbe a provocatiós eljárás? Ez háromféle módon mehet végbe: mechanikai, chemiai és általános (vérpálya útján) úton. A mechanikai eljárások közé tartozik: a húgycsőnek egy bougie à boue, vagy egy vastag fémsonda feletti való massage-a, a prostatának és az ondóhólyagoknak erélyes massage-a, továbbá a Kollmann-féle húgycsőtágítónak alkalmazása. A chemiai eljárások 1—2%-os lapisoldatnak 4—6 cm<sup>3</sup>-nyi becsöppentéséből vagy lapisoldatnak (1:500) néhány percnyi tartamú befecskendezéséből állanak.

Az általánosan ható eljárások nagyrészt gonococcus-oltóanyagok intramuscularis vagy intravenás befecskendezéséből állanak. A szerző leginkább a Schering-féle arthigont használja. Első adagja intramuscularisan 1.0, második adagja (4 nap múltán) 2.0. Sokszor igen fájdalmas. Az intravenás adagok 0.1—0.2 és 0.3—0.5. Ambulans kezelésre ez az eljárás nem alkalmas, mert az injectiókat súlyosabb mellékhatások szokták követni. A gonococcus-oltóanyagokhoz hasonlóan hat az intramuscularis tejinjectio és az intravenás alkalmazott deutro-albumose. Ezek után a szerző részletes összehasonlítást tesz a különböző provocatiós eljárások értékéről. Nézeteit és tapasztalását a következőkben foglalja össze: A legmegbízhatóbb eljárás a Kollmann-féle tágitóval véghezvitt provocatio. Megbízhatósága a férfikankó teljes gyógyulásának megállapítása körül azonban csak akkor tökéletes, ha a zavaró szövődmények (például a húgycső beszűrődései) már elmúltak. Szakszerű eljárással a balsikerek száma még az 1%-ot sem éri el. A Kollmann-tágítóval véghezvitt provocatio a szerző összehasonlító tapasztalása szerint még egyszer oly érzékeny, mint a gonococcus-oltóanyagokkal végrehajtott provocatio. Ez utóbbi eljárás a házassági engedély kérdésében nem elegendő. Kétes esetekben ajánlja a szerző, hogy az egész provocatiós eljárás néhány hét múlva ismételtessék. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 24. szám.) Guszman.

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1918, 28. szám. Goldzieher Miksa: A háborús járványok tanulsága.

**Budapesti orvosi ujság**, 1918, 29. szám. Forbát Sándor: Bakteriologiai anginaleletek.

### Vegyes hírek.

**Új egyetemi rendkívüli tanárok.** A király György Tibor dr. és Mohr Mihály dr. budapesti tudományegyetemi magántanároknak az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta.

**Tóth Lajos dr. ministeri tanácsost, a vallás- és közoktatásügyi ministerium 4. (főiskolai) ügyosztályának vezetőjét Pozsony városa a pozsonyi egyetem megalapítása és szervezése körüli érdemei elismerésül díszpolgárává választotta.**

**Az Országos Közegészségi Tanács jubileuma.** Az Országos Közegészségi Tanács megalakulása ötvenedik évfordulója alkalmából július 30.-án, kedden délután 6 órakor a Magyar Tudományos Akadémia kistermében jubilaris ülést tart, a melynek tárgya: 1. Elnöki megnyitó. Müller Kálmán. 2. Jegyzői jelentés. Tóth Lajos. 3. A közegészségügyi szolgálat csoportosítása és az egészségügyi tisztviselők qualificatiója. Liebermann Leó.

**Megjelent. F. v. Szontagh:** Ueber Disposition. Berlin, S. Karger. 347 oldal.

**Az állatorvosi doktoratus.** A hivatalos lap egyik legutóbbi száma rendeletileg szabályozza az állatorvosi doktoratus megszerzésének szabályát. Mindazok, a kik egy évnél régebbi állatorvosi oklevéllel bírnak, kérhetik doktorrá avatásukat. Az erre vonatkozó folyamodványhoz mellékelni kell: 1. gymnasiumi vagy reáliskolai bizonyítványt; 2. az egy évnél régebbi keleti állatorvosi oklevelet; 3. rövid életrajzot és a végzett tanulmányok ismertetését; 4. magyar nyelven írt tudományos értekezést kéziratban vagy nyomtatásban; 5. írásbeli nyilatkozatot arról, hogy a folyamodó a bemutatott értekezést saját kutatásai alapján önállóan írta meg; 6. erkölcsi bizonyítványt az illetékes hatóságtól. A folyamodó azonkívül folyamodványában kijelölni tartozik azt a három tárgyat, melyből, értekezése elfogadása esetén, a szóbeli állatorvos-doktori szigorlatot letenni kívánja.

**Személyi hírek külföldről.** Urbantschitsch Viktor, a bécsi egyetem nagyhirű fülörvos-tanára nyugalmába vonul.

**Meghalt.** Fodor Oszkár dr. népfelkeli főorvos július 8.-án 27 éves korában hősi halált halt az olasz harctéren. — L. K. Glinski, a kórboncztan tanára a krakói egyetemen.

### Fővárosi Fásor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályllyal kibővíve.

Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15—26.

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

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

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-jégkészülékek, frigortherapia, fürdők. Schnée-féle degrassátor. Hühensonne. Quarzlámpa.

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

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

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

**TÁTRA-SZANATÓRIUM** Ótátrafüreden.

Diéta-physikalisk magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagserebetegek (cukor-baj, köszvény), neurastheniások, vészegények, kimerültek részére.

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

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

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

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

**Hüvösvölgyi Park Sanatorium**

Klimatikus, physikalisk és diéta- gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. \* Villamos megálló. \* Telefon: 145-90.

Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegnek üdülnöknek és rekonvalescenseknek. \* Hízó-kúra

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



7433/BH. számhoz.

A bosnyák-hercegovinai tartományi szolgálatban néhány hivatali orvosnői állás lesz betöltendő a IX. rangosztályban (kezdő fizetés 2800 korona, 960 korona pótlék és megfelelő drágasági pótlék a jelenlegi rendkívüli viszonyok tartamára).

A folyamodványok a sarajevói tartományi kormányhoz intézendők (vagy közvetlenül, vagy ha a folyamodók állásban vannak az illető intézet útján).

A folyamodványok a következő bizonyítványokkal szerelendők fel:

1. hogy folyamodók bosnyák-hercegovinai tartományi illetőségűek, magyar vagy osztrák honosok (születési, illetőségi bizonyítvány);

2. hogy a folyamodók Magyarország vagy Ausztria valamely egyetemén egyetemes orvostudorságot szereztek (eredeti orvostudori oklevél vagy hiteles másolata);

3. hogy folyamodók a tudorság megszerzése után legalább is két évi gyakorlatot folytattak valamely nyilvános kórházban (alkalmazási bizonyítvány);

4. hogy testileg szolgálatra alkalmasak (hivatali orvosi bizonyítvány);

5. hogy a szerb-horvát vagy valamely szláv nyelvet birják (bizonyítvány) vagy kötelező nyilatkozatot kell mellékelniök, hogy a szerb-horvát nyelvet egy év alatt megtanulni fogják.

A tartományi kormányhoz közvetlenül intézett folyamodványok bosnyák-hercegovinai bélyeggel láttandók el (folyamodvány 1 kor., mellékletek ivenként 20 fill., vagy a megfelelő pénzösszeg melléklendő).

Folyamodványok, melyek valamely magyar vagy osztrák hatóság útján nyújthatnak be, épp úgy, mint mellékleteik, a Magyarországon, illetve Ausztriában érvényben levő bélyegilletékszabályzat szerint bélyegzendők fel.

*Bosznia és Hercegovina tartományi kormánya.*

7991/918. szám.

A Zemplén vármegyei sátoraljaujhelyi „Erzsébet“-közkórháznál türesedésben levő egy **segédorvosi** állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1600 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú ételmezés.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesítésükkel és esetleges egyéb okmányokkal felszerelt kérvényüket Zemplén vármegye főispánjához címelve, nálam folyó évi július hó 26. napjáig nyújtsák be.

Sátoraljaujhely, 1918. évi június hó 25.

*Dókus Gyula, alispán.*

A m. kir. állami ménesintézetnél **azonnalra egy kíségető orvos** lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet. A kíségető orvos munkaköre a kilencz gazdasági kerületben a polgári gazdasági cselédek egészségügyi szolgálatának önálló ellátása és sürgős esetben a központban való segédkezés.

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

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

Gyakorlattal bíró orvosok is pályázhatnak.

*M. kir. állami ménes katonai parancsnokság  
Mezőhegyesen.*

## ELADÓ GYÓGYFÜRDŐ

modern berendezéssel ellátva, élelem biztosítva. 35 hold fenyő, **tölgyes parkban**. Emeletes épületekkel, kursalon, zeneépület, kádfürdő és hidegvíz-gyógyintézet, férfi- és nőnek külön. Schwalbacu, Driburg, Pyrmont és Spaa fürdőkhöz hasonló **vasas forrásokkal**. 1872-ben a keleti Kárpát-Egyesület díszéremmel tüntette ki.

Felvilágosítással szolgál **Repold Károly építész**, Budapest, V., Csáky-utca 19.

## Diplomás orvosnő

több évi kórházi és sanatoriumi gyakorlattal, keres szeptemberre jó jövedelmű **állandó alkalmazást**. Ajánlatok Győry-Nagy hirdetési irodájába, VII., Kertész-u. 16. „Diplomás orvosnő“ jelégére kéretnek.

## Orvos vagy orvosnő kerestetik

Vöröskereszt-egyleti kórházhoz, 150 ágy. Jó díjazás, teljes ellátás. Végzett orvos vagy orvosnő előnyben. VI. évesek jelentkezhetnek. Jó levegőben, kis mezőváros.

Ajánlatok „V. K.-kórház“ jelige alatt a „Petőfi“ irod. vállalathoz, VII., Kertész-utca 16. kéretnek.

## Orvosi állást keres fürdőhelyre vagy sanatoriumba.

Szíves megkereséseket „Orvos 25“ jelige alatt „Petőfi“ irodalmi vállalathoz, VII., Kertész-utca 16. kérek.

DENTAL-DEPOT. **FINGER FRIGYES** TELEFON 16-49.

Budapest, VI., Hajós-utca 41. szám.

Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratoriumok berendezését, valamint e szakba vágó műszerek javítását elvállalom. **Elektromedikai és mechanikai műhely.**

GYÓGYHELY

## Gleichenberg

Steierországban  
kiváló hatással a légzőszervek valamennyi megbetegedése ellen  
Világhírű gyógyforrások, inhalatoriumok, pneumatikus kamrák, mindennemű hidag és melegfürdők.  
Ellátás biztosítva. Prospektust küld a gyógybizottság.  
Idény: május 15-től szeptember 20-ig.



## Natrarsen ERI

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

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

## Nem Jod, — hanem PROVIDOFORM-TINKTURA a legjobb!

Méregtelen, szín- és szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva, legerősebb desinficiens.

**Providoform Prof. Dr. Bechhold szerint** (Kir. intézet kísérleti therapia számára, Frankfurt a. M.)

Tablettákban 10 drb à 1 gr. K 2.—.

**Nagyobb szükséglet és közvetlen szállítás esetén előnyösek.**

Irodalom rendelkezésre.

**T H. L I N D N E R**, Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Jendrassik Ernő:** A háborús neurosis tanához. A hysteria és neurasthenia teoriája. 399. lap.

**Borszék Károly:** Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő-gyógyintézetéből. A koponyasérülések következményeinek és késői szövődményeinek sebészi kezelése. 401. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Lenhossék Mihály:** A sejt és a szövetek. Az általános szövettan vázlata. — *Lapszemle. Belorvostan. Kroner:* Az influenzaszerű meg-

betegedés. — *Sebészet. O. M. Chiari:* A harcztéren észlelhető sebfertőzés. — *F. Unterberger:* A súlyos obstipatio operatív kezelése. — *Általános kór- és gyógytan. Az acetecézsav quantitativ meghatározásának egy módszere. — Gyermekeorvostan. Larsen és Wernstedt:* A spasmophil diathesis lényegének kérdése. 405—407. lap.

*Magyar orvosi irodalom,* 407. lap.

*Vegyes hírek,* 407. lap.

*Tudományos Társulatok,* 408. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A háborús neurosis tanához. A hysteria és neurasthenia teoriája.

Írta: *Jendrassik Ernő* dr., egyetemi r. tanár.

A háborús neurosis kérdésében két fontos körülményt tartok különösen figyelembe veendőnek.

1. A kóroktani kutatásban elsősorban is azt kell hangsúlyoznom, hogy neurosis keletkezését csakis pszichikai oknak tulajdoníthatjuk és a sokat emlegetett gránátrobbanás csak mellékszerepet játszik. Csak a legkritikább esetben esik egybe a neurosis kezdete az explosio idejével (a különben is hysteriás betegek előadását nem szabad minden kételkedés nélkül elfogadnunk). Az esetek túlnyomó részében egyáltalában nem szerepel semmiféle mechanikai trauma, és mégis ezen esetek is mind megnyilvánulásukban, mind pedig gyógyulásukban teljesen megegyeznek az előbbiekkal. Vannak tehát tisztán pszichikai traumás és pszichikai-mechanikai traumás esetek; külön csak mechanikai traumás nincsen. Ha az előbbiek épp úgy megbetegednek, mint az utóbbiak, nyilvánvaló, hogy csak a pszichikai factor a kórokozó. A neurosisok keletkezésében a veleszületett dispositio a legfontosabb factor, a mit legjobban bizonyít az a körülmény is, hogy a sebesülés és a neurosis között nincsen összefüggés, és hogy csupán azok betegednek meg, a kiknek erre magukkal hozott hajlandóságuk volt. Bár minden esetben nem sikerül kimutatnunk a hysteriára utaló anamnesist, ez még távolról sem bizonyítja azt, hogy a neurosist a meg-rázkódtatás egy előbb rendes ellenálló képességű idegrendszerben frissen váltotta ki, csupán azt tanúsítja, hogy az azelőtt csak latens módon hysteriás egyén eddigi életében nem fordultak elő olyan befolyások, a melyek az ő hysteriás dispositiójának küszöbértékét elérték volna. A mint azonban az izgalmak a latensen maradhatóság határát elérték vagy meg is haladták, a neurosis nyilvánvalóvá válik s addig marad meg, a míg a külső körülmények az idegrendszer megnyugvását gátolják vagy megfelelő más külső körülmények (villamosítás stb.) ellenkező irányba terelik.

A neurosis sok esetben gyógyíthatatlan marad a béke helyreállításig; épp úgy akadályozza itt a gyógyítást a háború, mint a baleset-neurosisokban az évjáradék. Nagyon tanulságos, mint többen meg is írták, hogy a foglyok között alig fordul elő neurosis. Ez a körülmény is világot vet a neurosis lényegére, a melyet — még ha a gránátrobbanás váltott is ki — mégis a katonai szolgálat tart fészinen. Más esetben ele-

gendő egy erős farados áram alakjában alkalmazott *anti-shock*, vagy csak szabadság ígérese is, hogy a manifest hysteriás tünetek eltűnjenek. Ez a körülmény az első pillanatban úgy tünteti fel a neurosist, mintha szimulálás volna, és mégis ma már senki sem kételkedik abban, hogy a neurosis betegség. Még azokat sem tekinthetjük a szó szoros értelmében szimulánsoknak, a kiket nem tudunk meggyógyítani, vagy a kik a gyógyítással szemben ellenállást fejtenek ki, hanem fel kell vennünk, hogy ezeknek a karakterében van az elváltozás, a mely őket erre a magatartásra kényszeríti. A hysteriás egyének idegrendszerének tulajdonsága, hogy az bizonyos irányban ingerlékenyebb, külső ingerekre élénkebben reagál és olyan külső befolyások alatt, a melyeknek az illető előbbi állapotában, vagy egy más rendes idegrendszerű egyén elég könnyen ellenállhat, ezt az ellenállási képességet a beteg egészen vagy nagyrészt elvesztette. A különböző reactio-küszöb és a különböző reactio-mód adja meg az egyén karakterét, a mely egyéni és állandó; de jól tudjuk, hogy a karaktert bizonyos mérgekkel (alkohol, toxinok stb.) átmenetileg befolyásolhatjuk, betegségek pedig hosszabb időre is megváltoztathatják. Ilyen beteges állapot, a psychosist leszámítva, a hysteria és neurasthenia, a mint azt *Kollarits Jenő*<sup>1</sup> értékes művében kimerítően és tanulmányosan be is bizonyította. A természettudományos gondolkodásban csak ez az egyedül helyes felfogás, de ez ellenkezik a jogi felfogással, a mely a szabad akarat létezését feltételezi. A mi felfogásunkban az mellékes, hogy az ilyen karakterek a mindennapi életben a közérdeknek ártalmára vannak és hogy jogi felfogás szerint ezek büntetendők. A társadalmi élet feladatai kényszerszabályokat tehetnek szükségessé, ezek mint ellensuggestiók hathatnak, a mikor az egyén választhat, hogy büntetetténi kíván-e, vagy pedig engedelmeskedik a társadalmi kényszernek. Az idegrendszer tehát gyakran két egymással szemben álló kényszer hatása alatt van: így a háborúban egyrészt az élet fentartásának ösztöne, másrészt a haza érdekében való küzdelem hatása alatt; ha ez utóbbinak enged, mint hőst csodáljuk, ha az előbbi szerint cselekszik, esetleg büntetendő tettet követ el. Hogy miként reagál a szervezet a külső behatásokra, az az idegrendszer egyes alkotórészeinek reakcióképességétől függ, és akár hős lesz az egyén, akár szökevény, vagy egyiket sem téve, neurosist kap, mindez csakis idegrendszerének constitúciója szerint történik.

A tettetés az idegrendszerben lefolyt reactio meghamisítása volna, a mi pedig lehetetlen, mert a reactio az asso-

<sup>1</sup> *J. Kollarits:* Charakter und Nervosität, 1912.

ciációs rostokban és sejtekben folyik le és szigorúan megmáshíthatatlan physikai törvények alapján nyilvánul meg. Az úgynevezett szimulánsnak épp úgy nincsen helyes becsület-érzése, mint egy más csalónak, az ő idegrendszere inkább olyan cselekvésekkel van összhangzásban, a melyek momentán hasznára vannak és nem törődik azzal, hogy esetleg másoknak árt, vagy éppen hiányos associáció nyugvó gondolkodásával azt hiszi, hogy ő jobban tud védekezni másoknak hasonló gondolkodásával szemben.

G. Voss<sup>2</sup> úgy találja, hogy a sérületlen gyenge elméjűből könnyebben lesz szimuláns, de a gyengeelméjűséget a jogászok is enyhítő körülménynek tartják. „Gyengeelméjűség” azonban csak általános kifejezés, a melynél mindig meg kellene mondanunk, hogy milyen irányban gyengeelméjű az illető, mert jól tudjuk, hogy vannak emberek, kik valamely irányban gyengeelméjűek, míg más irányban akár talentumok is lehetnek (zene, rajz stb.), vagy egyesek a mindennapi élet egyes munkáiban meg is felelnek, sőt még találékonyak is, de erkölcsi értelemben mégis csak gyengeelméjűek abban az irányban, a melyben csalnak. Az erkölcsi érték hiánya éppen olyan defectus, mint például a zenei érzék hiánya; az ilyen sem tehet róla, hogy hamisan játszik. De az egyedül helyes természettudományos gondolkodás alapján világos, hogy teljesen egyenlő külső ingerekre a normás és hysteriás egyén különbözőképpen reagál, de mindegyik szigorúan csakis idegrendszere organizálásának megfelelően. És ha a törvényszerű orvosok kénytelenek is engedni a hamis jogi felfogáson alapuló felelősségre való vonás elveinek, orvosi dolgokban a mi gondolkodásunk nem lehet más, csak szigorúan természettudományos alapon nyugvó.

Ezen neurosisok aetiológiája csak akkor érthető, ha arra az álláspontra helyezkedünk, hogy ezek a látszólagosan szembetűnő megbetegedési okok csak kiváltó momentumai a hysteriás vagy neurastheniás alaptermészetnek és ha tekintetbe vesszük, hogy ezen okok következtében a hysteriás agyvelőszerkezet ingerküszöbe csökken és a manifest tünetek kisebb ingerekre is állandóvá lesznek.

Ezek az esetek úgyszólván sohasem gyógyulnak spontán, csak a kiváltó ok megváltozása után (végtelenség, fogságba jutás),<sup>3</sup> vagy egy hirtelen alkalmazott erős elleninger (faradozás stb.) behatása után. Ilyen esetekben nem normás reakciójú idegrendszerrel van dolgunk. A dolog lényege azonban nem lesz világosabb, ha ezt a reakciót valami kívánattal való törekvésnek minősítjük („Trachten nach etwas Wünschenswertem“ *Strümpell*). A járadékot és a szolgálatra való alkalmatlanságot a normás idegrendszer is kívánatosnak érezheti, de az egészséges idegrendszerű egyén gondolkodásában más motívumok is szerepelnek, a melyeknek befolyása alatt másként cselekszik.

<sup>2</sup> A. Voss: Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 1476. oldal.

<sup>3</sup> Rövid idő előtt egy rokkant katona jött klinikámra és a következőket mondotta el: Katonai kiképzése közben 1915 februárban meghült és emiatt B. városba küldötték kórházba. Minden különösebb ok nélkül egy reggel arra ébredt fel, hogy teljesen süketnéma és a környezetével egyedül csak írásban tud érintkezni. Minthogy B.-ben a süketnémasága ellen hiába kezelték, Z. város helyőrségi kórházába küldötték. Öt hónapi eredménytelen kezelés után rokkantnak minősítették és a katonaságtól elbocsátották. Szülőfalujában körülbelül egy évig volt teljesen süketnéma, midőn az újságban eredményes gyógyításról olvasott. A klinikára jött és itt másnap meggyógyítottuk. A gyógyulást ez esetben is suggestióval egybekötött faradozással értük el néhány perc alatt. A klinikáról a beteg a katonai parancsnoksághoz ment és kérte, hogy azonnal sorozzák be újból. Ez az eset több szempontból érdekes, elsősorban mert a neurosis külső trauma nélkül keletkezett (valószínűleg a beteg környezete hatott kedélyére), másodsor pedig azért is, mert bár rokkantnak nyilvánították, még sem gyógyult meg otthon és végül, hogy gyógyulása után azonnal a harctérre kíváncskozott.

Egy másik eset is említésre méltó; egy káplár a harctéren gránátrobbanás után megnémult. A Sz.-i kórházban eredménytelenül kezelték, emiatt a klinikára küldötték. Utazása közben egy csinos leánnyal került egy vasúti szakaszba. A leánnyal szemben egy főhadnagy nagyon agresszív módon viselkedett. A főhadnagy viselkedése a káplárt nagyon bántotta és a leány védelmére kelt; először alig tudott néhány artikulálatlan hangot adni, de tovább erőlködve, olyan hangosan böbeszédű lett, hogy a főhadnagyot elűzte. Ő már gyógyulva érkezett a klinikára, a honnan a csapatjához tért vissza.

2. A második kérdés a hysteria lényegére vonatkozik. *Oppenheim*<sup>4</sup> és vele együtt a legtöbb pszichiáter csak bizonyos tüneteket akar a hysteria keretébe felvenni, előttük a hysteria bizonyos jelenségek sorozata, melyeket ők kényük-kedvük szerint csoportosítanak. A belorvostanban is vannak symptoma-complexumok, melyek mint betegségek szerepelnek, mert nem ismerjük még valamennyi aetiológiai factort. Ezek a tünetcsoportok azonban hasonló körülmények között keletkeznek, lefolyásuk jellemzetes, a prognosisban és a pathológiai-anatómiai leletben is teljesen megegyeznek. Itt nem az egyes tünetek határozzák meg a körlényegét, hiszen ezek más betegségekben is előfordulhatnak, hanem együttes előfordulásuk és a lefolyás. Ilyen módon ismertük meg a polyarthrititis-endocarditis-chorea együvé tartozóságát is, továbbá a tuberculosisnak többféle alakját, mielőtt még a tuberculosis-bacillust felfedezték volna. Egy belorvos sem kiáltja el magát (mint *Oppenheim*), hogy ezzel a szerzővel nem lehet vitatkozni, hiszen ennek pleuritis, peritonitis, caries, scrophulosis, tüdővész: mind tuberculosis! Ha olyan tisztán gondolkodó belorvosok, mint *Duchenne*, *Friedreich*, *Erb*, *Charcot* és mások nem állapították volna meg a tabes fogalmát, jó sok „betegség” lett volna ebből a bajból!

Ha az egyes neurosisokat egymástól el akarjuk választani, csak akkor járunk el helyesen, ha az egész biztosan együvé tartozó neurosisok egyes symptomáinak alaptulajdonságait állapítjuk meg és ezen az alapon keressük a neurosisok anatómiai és funkciós alapját. Ezen analysishez azonban ismereteinket csakis az anatómiából, fiziologiából és pathológiából vegyük, a philosophiai fogalmakat (öntudat, lélek, akarat, képzet stb.) kerüljük, ezek csupa homályos és bizonytalan kifejezések, melyek az idegelemek funkciójára vonatkoznak, de sokan e kifejezéseket magával a funkcióval cserélik fel és éppen ezért értelemzavarok támadnak. Egészen érthetetlen előttem, ha valaki a hysteriát *abnormás lelkiállapotnak* nevezi. Ez ugyanaz, mintha vesebaj helyett *abnormis vizelet-állapotot* mondanánk; a lélek fogalmán mégsem érthetünk egyebet, mint bizonyos idegelemek működésének eredményét. Talán lehetne azt mondani, hogy a hysteria *abnormás lelkiállapotban* nyilvánul meg, de mindig sokkal jobb, ha egészen elkerüljük a lélek kifejezést az orvosi tudományban. De strigis vero, quae non sunt, nulla questio fiat!

A hysteriás tünetek arra utalnak, hogy az ilyen idegrendszer öröklött tulajdonságánál fogva reagál másként a külső ingerekre, mint a hogy azt a normás idegrendszerrel megszoktuk. Az *abnormás* reakciók részben a testi körben nyilvánulnak meg, mint szervi betegséget utánzó tünetek: remegés, bénulás, görcs, érzéstelenség, stb., részben pedig *abnormás* psychikai állapotban, a melyben a beteg suggerálódhat, külső benyomásokat kritika nélkül elfogad, és éppen azért, mert a kritikája hiányzik, az ilyen suggerált gondolatokat szigorúan meg is tartja (suggerálhatóság, mythomania). A hysteria testi tünetei is ilyen suggerálásoknak a maradványai; a beteg önkritikájával nem győzheti meg magát, hogy működési hibája téves gondolaton alapszik. Hiányzó vagy elégtelen kritika azonban hiányzó vagy elégtelen associálás. Minden hysteriás tünet arra utal, hogy a hysteriás beteg associálása nem működik oly biztosan, mint a normás emberé. Minthogy ez a csökkent associáló képesség a betegnek világrahozott tulajdonsága, igen nagy valószínűséggel fel-

<sup>4</sup> *Oppenheim*-mal erről a kérdéstről nehéz vitatkozni. Egy dolgozatomban reflektálva (*Neurolog. Centralblatt*, 1916. évf., 538. oldal) azt a kérdést intézi hozzám, hogy mikor állította ő azt, hogy ezen tünetek szöveti elváltozáson alapulnának. Örökké homályos marad előttem, hogy a mikor ő leírja, hogy az idegrendszer legfinomabb részeiben rázkódás folytán támadt *lazulás, áthelyeződés*, a legfinomabb elemeknek *eltolódása* okozza a neurosis jelenségeit, hogy mi más lehetne ez, mint szöveti elváltozás. Igaz, hogy molekulás elváltozásokat is említ, ez mindenképpen szerint chemiai változás volna. Hogyan magyarázza ő meg hypothesis alapján, hogy az idegrendszer legfinomabb részeiben létrejött *lazulást, áthelyeződést* vagy *eltolódást*, suggerálással vagy a n. ulnaris faradozásával hirtelen normásra lehet visszapattantani? Az olyan molekulás elváltozást, a melyben a legfinomabb részecskék még sem lennének meglazulva, eltolódva, nem nevezhetjük másként, csak psychikai elváltozásnak.



vehetjük, hogy a hysteria alapja az *associáló rostok végágai-nak gyengébb fejlődésében* (vagy a végágaknak az idegsejtek-től távolabb álló elhelyeződésében) rejlik. Ha az ilyen idegrendszer aránylag erősebb impulsus éri, annak gyöngye associáló képessége megzavarodik, vagy bizonyos területen megszűnik működni, vagy ha működik is, hamis úton halad. Minden tünet, mely ily módon jött létre, a hysteria keretébe tartozik.

A hysteria pszichikai tüneteinek osztályozásánál gyakran hibát követnek el azzal (mint *Janet* is), hogy a neurastheniás kényszergondolatokat és kényszerérzéseket (fájdalom), továbbá a hypochondriás, melancholiás és mániás kedélyállapotokat a hysteriával együvé sorozzák. A kit a hétköznapi életben hysteriás (kiállhatatlan) egyénnek mondanak, az többnyire valójában neurastheniás. A hysteriás szeszélyes, következetlen, sirni-nevetni hajlandó, éppen azért, mert gyenge associáló képességénél fogva nem képes megtalálni a kellő mértéket a külső ingerekkel szemben, suggerálható, kevésbé intelligens, kevésbé következetes, mint a neurastheniás.

Másként vagyunk a neurastheniával. Hagyjunk már fel végre a kimerülési hypothesis-sal; már többször kifejtettem,<sup>5</sup> hogy mily tarthatatlan ez a theoria. Éppen a neurastheniások kifakadását nem szabad középpontba vennünk. A neurastheniás mindig többet dolgozik, mint nem neurastheniás kollégája, s még ha néha hasznos munkára képtelen is, panaszkodásával, szenvedésével, öngyöttrésével igen jelentékeny, bár haszontalan munkát végez. Az egészséges környezet már kifárad az örökös panasz hallgatásától is, a neurastheniás soha! És hogy vagyunk az álmatlansággal? Ki más tudna alvás nélkül dolgozni oly fáradhatatlanul egész nap? A *neurasthenia tünete az idegrendszer emlékképet megtartó alkotórészeinek nagyobb ingerlékenységére utalnak*, más szóval az ingerlékenység ingerküszöbe csökkent. Ez az, a mi az ilyen emberek nagy részét sarkalja, hogy jobbat és kiválóbbat alkossanak, mint embertársaik; a szellemóriások (*Übermensch*) többé-kevésbé mind neurastheniások és nem a nagyobb munkájuktól lettek azzá, mint az éleleírásokban és emlékbeszédekben nagyhangon hirdetni szokták, hanem egyszerűen — legtöbbször anyai részről örökölt — dispositiójuk folytán. Fáradhatatlan munkakedvüket, mélyreható ítélőképességüket neurastheniás idegrendszerüknek köszönhetik és nem fordítva. Sajnos, sokan keserűen fizetik meg túlérzékenységüket, sok szenvedést okoz nekik, ha olyan elemeket illet, a melyek rossz közérzést támasztanak bennük (minden neurastheniás specialista az ő panaszában, épp úgy, mint mindenki specialista munkaképességében és karakterében). Egyiknek belsejében kellemetlen érzéseket ébreszt fel a túlérzékenység és hypochondriássá válik, a másik egészen izolált sensoriás vagy motoros kényszergondolatokat kap valamely véletlen körülmény folytán (bár néha az öröklött dispositio már valamilyen alakra előkészíti). Az alakot azonban sohasem használhatjuk egy betegség meghatározásához. Nincs különféle neurasthenia, hypochondria, stb., hanem egy a neurasthenia, de különféle alakban jelentkezik, az alapja mindig ugyanaz és közös, bármely helyen lokálózott. E kör-alaknak tünete (épp úgy, mint a gümőkórságé, a tabesé, stb.) igen változatosak lehetnek, de a tünetcsoportok a különféle esetekben hiánytalanul átmennek egymásba. Neurastheniás lehet természetesen kevésbé tehetséges és nem iskolázott egyén is, ezeken csak a beteges jelenségek kerülnek a felszínre. Ezek az emberek is fáradhatatlanok. Kivételesen olyan esetek is előfordulnak, a melyekben a neurastheniás kényszer-szenvedés táplálkozási zavarokat okoz; ezek a betegek leromlanak. Tulajdonképpen ezek az esetek ritkábbak, mint ahogyan azt az egyének szertelen szenvedésétől, nyugtalan-ságától várhatnánk.

A legtöbb neurastheniás tünet keletkezését úgy képzelhetjük el, hogy relativ erősen és ijesztően ható gondolat (azaz izgalom az emlékképtartó sejtkomplexumban) a külső

körülmények folytán már előkészített időben, igen élénk és kellemetlen associálást vált ki, úgy hogy az idegelemek hosszasan túlingerelve maradnak, a mihez már az öröklött dispositio is előkészíti őket. Így keletkeznek egy ismerős megörülésének vagy más természetű megbetegedésének hírére a nosophobiás gondolatok, míg a háború réme inkább testi tüneteket vált ki. Nincsen különbség ezen kényszergondolatok és a morphinista és alkoholista ellenállhatatlan kényszervágya között. Mindez azonban pathologiai alapon nyugszik, csak a lokálózásban más (éppúgy, mint a tuberculosis néha a tüdőben, más esetben a csontban vagy a savós hártán fordul elő, de a pathologiai alap mindenütt csak a tuberculosis). Senkisésem lesz megszokásból morphinistává, a kinek erre nincsen hajlandósága, éppúgy, mint a sok ezer borivó közül csak az lesz iszákossá, a ki erre született. A *neurastheniások associáló folyamata normás, gyakran még jobb is* a sejtek nagyobb ingerlékenysége folytán. Ezért nem lehet a neurastheniást hypnotizálni, ezért nem lehet a neurastheniás pánaszokat egyszerűen elsuggerálni.

Ezen két csoportba sorozhatom az összes nerosisokat, azokat is, a melyeket *Oppenheim* úrnak szeretne feltüntetni. (Klinikámon eddig 1000-nél több neurosist volt alkalmam észlelni). Részemre, és azt hiszem, mindazok számára, a kik belorvosi pathológiával is foglalkoznak és széles látókörral rendelkeznek, nincs többféle neurosis; nem fogadhatjuk el *Goldscheider* diagnosisát sem, a melynek címe volna „durch traumatischen Nervenreiz, bezw. durch diesen in Verbindung mit gleichzeitiger schreckhafter Erschütterung ausgelöste krankhafte Umstimmung der Nervenerregbarkeit.“ A specialis megjelenési alak sokféle lehet, mint minden más betegségénél is, de a lényeg mindenütt ugyanaz.

Ez a felfogás nemcsak elméleti, hanem therapiiai szempontból is fontos. Láttam egy nagyon intelligens felsőiskolai tanárt, a ki még a háború elején nagyfokú remegéssel és nagyfokú pszichikai depressióval egybekötött neurosist kapott. Hónapokig változatlan volt az állapota, míg a klinikára került, a hol 3 nap alatt meggyógyult és azután újra elfoglalta állását. Négy hónap után ismét behívták csapatához, a mire azonnal recidivált a neurosisa. Egy elmeorvosi klinikára került (nem Magyarországon), a hol „torpedó“-val és a nyugtalan betegek osztályára való helyezéssel gyógyították. A szegény ember két ijedelem közé került és legjobb igyekezete ellenére sem tudott meggyógyulni. Alig javulva hagyta el ezt a klinikát. A klinika vezetősége meg volt győződve, hogy ily módon meggyógyíthatja. Tulajdonképpen ő ezentúl kétféle ijedtségnek volt az áldozata. Szerencsére polgári foglalkozásához felmentették.

A hysteriást hirtelen meglepetéssel megszabadíthatjuk tüneteitől, állandó ijesztgetéssel — mint ebben az esetben — semmit sem érünk el, ellenkezőleg, a beteg gyógyíthatatlanná lesz.

Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő gyógyintézetéből.

### A koponyasérülések következményeinek és késői szövődményeinek sebészi kezelése.

Irta: *Borszéký Károly* dr., egyetemi cz. rk. tanár, igazgató-főorvos, honvéd 2. oszt. főtörzsorvos.

(Folytatás.)

#### III. A koponyacsonthiány.

Eltelkintve a kis kaliberű projectil által okozott behatoló és áthatoló lövésektől, a koponyalövések mindegyikének begyógyulása után marad vissza kisebb-nagyobb hiány a koponya csontos falzatában. A tangentialis és segmentalis lövések kezelésekor a löcsatorna revisiója és megtisztítása, az intracranialis szövődmények kezelése, valamint a koponya-üregben visszamaradt idegen testeknek az eltávolítása: a koponya fala kisebb-nagyobb darabjának eltávolításával jár. Kisebb csonthiányok — különösen akkor, ha a csonthiány legalább részben megmaradt — még kitelődnek, de nagyobb

<sup>5</sup> A neurastheniáról. Orvosi Hetilap, 1906. — A neurasthenia fogalmáról. Orvosi Hetilap, 1909.

hiányok sohasem. A csonthiány széleit műtét alkalmával mindig megvékonyodottnak, a centrum felé lesímitottnak találjuk, periosteummal teljesen beborítva, úgy hogy a hiány széleinek felrészítése előtt a beborító csonthártyát be kell metszeni és a szélekről letolni, a mi azt mutatja, hogy a csonthiány kitelődésére irányuló csontújdonképződés befejezést nyert. Hogy a csontújdonképzés még aránylag kis csonthiány esetében sem elegendő a hiány pótlására, annak az a magyarázata, hogy a külső csonthártya, a diploë és a dura osteoplastikus rétegei a defectus szélei felől való növekedésnél a vékony csontszéleknél egymásba olvadnak és a csonthiány egy csonthártya-kötőszövetes borítékkal vétetik körül, a miáltal a callus további concentrikus növése meg van akadályozva: a belső és külső csonthártya teljesen összenőtt. A lágyrészseb begyógyulása után keletkezett heg néha alig behúzódott, egészen porczkemény, feszes, fájdalommal, úgy hogy a csontot elég jól pótolja; nem ritkán azonban a csonthiány helyén mély, pulzáló besüppedés látható, igen vékony, gyakran selyempapír vékonyságú heggel borítva.

Míg a vaskos heggel borított csonthiány alig számbavehető kellemetlenséget okoz viselőjének és legfeljebb az epilepsia szempontjából igényel figyelmet, a vékony és besüppedt, pulzáló heggel fedett csonthiányok már kellemetlenségeket, sőt állandó veszedelmet okoznak.

Ezen kellemetlenségek közé tartozik, hogy a vékony bőrrel fedett csonthiánnyal bíró betegek minden erősebb thermikus behatásra, a mely fejüket éri: fejfájással, szédüléssel, nyilalással és általános rosszulléttel reagálnak; a meleget, hideget, légvonatot rosszul tűrik és minden erősebb testmozgástól, de különösen a lehajolástól tartózkodnak, mert congestiókat kapnak; ezért minden olyan munkára, a melyet előrehajtott testtartás mellett kell végezni, alkalmatlanok.

Az ilyen betegek állandóan meleg, puha sapkát hordanak, vagy fejüket állandóan pólyázzák és hajukat hosszúra megnövesztve, a defectusra ráfésülik. Fejüket, félvén a hideg víztől, nem merik mosni, úgy hogy különösen a besüppedt része a defectusnak egész pizsokréteggel van borítva.

A defectust borító vékony heges bőr, különösen a csonthiány széleinek megfelelő vonalban igen gyakran pörkkel borított vagy excoriálódott, különösen gyakran olyankor, a mikor a csonthiány a tarkón, halántékon vagy homlokon van, a mikor a kalap vagy sapka állandó dörzsölésének van kitéve. Apróbb furunculusok sem tartoznak a ritkaságok közé az ilyen betegek fején. Mindezek a körülmények végzetessé válható lobos folyamatok okai lehetnek.

De minden koponyadefectusnak lényeges szerepet kell tulajdonítani az epilepsia létrehozásában is; találoan hasonlítja össze *Witzel* az agynak a dura, illetve a koponyadefectus hegéhez való rögzítettségét az idegek odanövésével az amputációs csont hegéhez. Szerinte az epilepsia kifejlődése éppen olyan következménye az odanövésnek, mint a csonkneuritis és csonkneuralgia.

Végül a koponyacsonthiány jelentőségének mérlegelésénél nem lehet figyelmen kívül hagyni a kozmetikai szempontot sem; a hajzat által nem leplezhető hegek, mélyebb, pulzáló besüppedések, ha nem is mondhatók éppen torzítóknak, de feltűnők. Az ilyen betegek legtöbbje maga kéri a defectus meggyógyítását, szinte egyhangúlag azon indoklással, hogy nem akarják, hogy nyomoréknak tekintse őket mindenki.

A koponyacsont hiányának jelentőségét és szerepét az agyvérkeringésben a sebészek már régtől fogva ismerték és méltányolták: ennek tudható be, hogy a régi trepanációs műteti módok helyett, a melyeknél a gyógyulás után csonthiány maradt vissza, a különböző osteoplasticus trepanatiók nyertek általános elterjedést. Ennek dacára a háborús koponyasérülések után visszamaradó csonthiányok pótlásának kérdésében ma még a legellentétesebb felfogások uralkodnak; nemcsak az ideggyógyászok, hanem még a sebészek egy része is feleslegesnek, sőt ártalmasnak is tartja a hiány plastikus pótlását.

Ez a magyarázata annak, hogy vannak, a kik a csontdefectus plastikus pótlásánál czélszerűbbnek tartják a koponyavédőknek, különböző fémből, bőrből vagy kaucsukból készült operculumoknak az alkalmazását.

Azonban akármilyen védőt viseljen is a beteg, a csonthiány okozta kellemetlenségektől csak részben, veszélyeitől pedig egyáltalában nem szabadult meg. Ugyanis a jól ülő, tehát sem subjectiv kellemetlenséget, sem állandó nyomás folytán decubitust nem okozó koponyavédő legfeljebb a hideg vagy a fejet ért trauma ellen véd, de a helyzetváltozással járó kellemetlenségeket (congestio, szédülés, fejfájás) épp oly kevésbé tudja enyhíteni, mint az epilepsia kifejlődését meggátolni. A haszna tehát az operculumnak igazán minimalis, de annál többet árthat: meggyűlik alatta a pizsok, a folytonos izzadás következtében a heg kipállik, fájdalmas lesz. Egyik betegem, a ki bőrből készült operculumát már hosszabb idő óta viselte, a bőrlemez büzösnek, penészesnek találtam, az alatta levő bőrterület egész macerált volt: hogy ez milyen veszélyt rejt magában, az bővebb magyarázatra nem szorul.



4. ábra. Decubitust okozó czélszerűtlen, nem tisztítható koponyavédő.

Ezért a fejre rögzített, nem mosható, bármilyen szerkezetű és keményebb anyagból készült koponyavédő alkalmazását határozottan károsnak tartom (4. ábra); olyan esetekben, a melyekben a hiány plastikus pótlása contraindicált, vagy a beteg a műtétbe beleegyezni nem akar, a koponyavédő helyett czélszerűbbnek tartom télen valamilyen vastagabb puha és mosható szövetszövetből (nemez, vastagabb flannel), nyáron vászonból készült és pontosan a fejre illő sapka viselését; az ilyen sapka a tisztaság követelményének inkább megfelel, a besüppedt heget a szennyezéstől megóvjá és emellett a heget sem dörzsöli.

A koponyacsonthiánnyal bíró betegek csak egy részénél hiányzik csak a csontból egy darab; legtöbbjénél egyidejűleg a csonthiánnyal megfelelő darabon a dura, esetleg az agy egy része is hiányzik, úgy hogy a külső bőrheg az agyhoz tapadt. Ennek a pontos megállapítása legtöbbször csak a műtét alkalmával lehetséges; mélyen behúzódott, nagy kiterjedésű pulzáló csonthiányoknál még bénulásos tünetek hiánya esetében is bizonyos a duradefectus, de kisebb, különösen vaskos, feszes heggel borított csonthiányok igen gyakran csálnak; a Röntgen-kép ez irányban semmi felvilágosítást nem ad, sőt, különösen a fejtetőn levő hiányoknál, még a csonthiány nagyságát illetőleg is gyakran tévedésbe ejt.

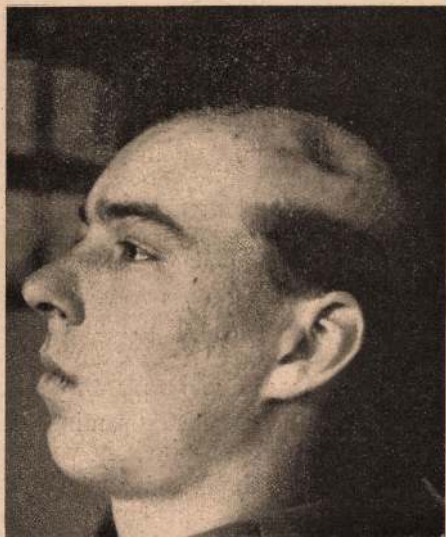
Tiszta képet a meglevő roncsolás kiterjedéséről és mélységéről csak a műteti autopsia nyújt; a heges bőrnek a csonthiány egész terjedelmében való felpraeparálásakor derül ki, hogy van-e a durában, illetve az agyban hiány és milyen kiterjedésű az. Műtéteim alkalmával úgy tapasztaltam, hogy ha a bőr hegével az agyheg közvetlenül össze van

tapadva és a heg száraz, nem oedemás, akkor csak felületes az agyhiány: csak agyheg van, állományvesztés nélkül. Az agynak odatapadása a bőrheghez sokszor oly szívós, hogy a heg felszabadításakor a hegen kisebb-nagyobb részei az agynak rajtamaradnak. Kifejezett agyhiányok esetében a bőrheg felszabadítása után vagy egy diffuse kocsonyásan átívódott réteget találni a bőr alatt, vagy egy nagyobb, esetleg több kisebb cystát.

Nagyobb csonthiányok egyetlen esetében sem hiányzik a cysta; ennek megnyitása után visszastüpped az addig rögzített agy és a hiány csak akkor válik nyilvánvalóvá.

Az idegorvosok és néhány sebész a csonthiányok operatív megszüntetése ellen annak felesleges, sőt veszélyes voltát hozzák fel és azt, hogy a kívánt célt nem képesek elérni.

A műtét szükségességéhez csakis egészen kicsi hiányoknál férhet szó, nagyobb hiányoknál a fennálló kellemetlenségeket megszüntetni, a munkaképességet helyreállítani és esetleges későbbi súlyos szövődményeknek elejét venni csak műtéttel lehet.



5. ábra. Sinus longitudinalis-sérüléssel járó csontdefectus műtét előtt.

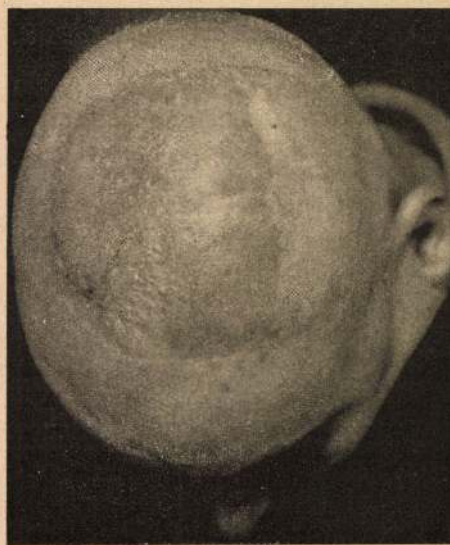
Az tagadhatatlan, hogy a koponyacsonthiányt megszüntető plastikus műtétek mindegyike beható, súlyos műtét, a melynek a beteget csakis az indicatiók pontos mérlegelése mellett lehet kitenni. Ezeknek pontos betartása és a kellő technika mellett azokat az előnyöket, a melyeket a műtét nyújt, határozottan nagyobbaknak kell tartani, mint a műtéttel járó kockázatot. Én egy koponyacsonthiánnyal bíró beteget további fegyveres katonai szolgálatra még akkor sem tartok alkalmasnak, ha a plastika kifogástalanul jól sikerült; erre való tekintettel az ilyen beteget a műtétre nem beszélem rá, annál kevésbé kívánám arra kényszeríteni. A műtéten átesett betegek sokkal hathatósabb propagálói a műtétnek, mint a sebész. Műtéti tapasztalataim alapján operálandóknak tartom mindazon hiányokat, a melyek pulzálóknak; a pulsatiót nem mutatók közül azokat, a melyek legalább koronáriai, vagy azokat, a melyeknél a defectust fedő heg igen vékony. Nem tartom szükségesnek a műtétet az egész kicsi, kemény heggel borított hiányoknál és nem tartom technikailag kivihetőnek a műtétet a koponya-alapra terjedő hiányok eseteiben. Hasonlóképpen nem tartom operálandóknak a súlyos, esetleg kétoldali bénulással, vaksággal vagy némasággal járó többszörös hiányokat, valamint a nagyobb előeséssel járó hiányt sem; ezen utóbbi esetben a pótlást határozottan ellenjavaltan tartom, mert a prolapsus mindig a koponyaüregbeli nyomás fokozódásának a jele.

Hasonlóképpen ellenjavaltan tartom a plastikát olyankor is, a mikor az agyban minden reactio nélkül begyógyult idegen test (projectil) van.

A műtét sikerére csak akkor számíthatunk, ha per

primam gyógyulást értünk el; ezért fennálló sipolyok, még teljesen be nem gyógyult lágyrészek mellett nem operálok. Ha műtét alkalmával sarjadzó üregbe zárt sequesterre vagy idegen testre akadok, a műtét végrehajtásától elállok.

Az elsődleges gyógyulás fontosságára való tekintettel külön mérlegelés, illetve megfontolás tárgyát kell hogy tegyék a csonthiányok azon esetei, a melyeknél a hiány valamelyik sinus felett fekszik. Ezen esetekben igen nagy valószínűséggel azt kell feltételeznünk, hogy a lövés alkalmával a sinus is sérülve volt, tekintet nélkül arra, hogy a kórelőzményi adatok felvételünket támogatják-e vagy sem. Egy előzetes sinus-sérülés jelentősége abban áll, hogy az ilyen sérüléseket a legtöbbször tamponáddal gyógyítjuk; tehát a gyógyulás után keletkezett heg szívósan össze van nőve a sérülve volt sinus falzatával, úgyannyira, hogy a pótlást célzó műtét alkalmával a bőrheghez nőtt sinus megsértésével számolnunk kell. Ha a heg felpraeparálásakor a sinus megsérül, a vérzéscsillapításnak azon módja, hogy a repedési nyílást összevarrjuk, csak ritkán sikerül: egyrészt a sinus falzatának heges és szakadékony voltánál és rögzí-



6. ábra. A környezetből vett nyeletlen csont-csonthártya-transplantatio után 18 hónappal.

tettségénél fogva, másrészt a csonthiány kicsinyisége okozta nehéz hozzáférhetés miatt; úgy hogy a vérzés csillapítására kénytelenek vagyunk a tamponadhoz folyamodni. Ha azonban a sinus sebét kitamponáljuk, kénytelenek vagyunk a sebnek legalább egy részét nyitva hagyni: a mi annyit jelent, hogy a szándékolt csontos pótlásról lemondunk. Lehetséges a tamponadot izomszövettel is végezni és akkor esetleg a csonttransplantatiót is el lehet végezni, de erős vérzés esetében ez az eljárás is cserben hagyhat, mint azt Borchard esete bizonyítja, a melynél a kiömlő vér lemosta a sinus-sebre helyezett izomdarabot, úgy hogy a csontátültetéstől kénytelen volt elállani.

Figyelemmel az elmondottakra, a sinusok feletti csonthiányok pótlását csak nyomós okokból tartom indikálnak és a műtét ilyenkor nagy óvatosságot igényel. Operált eseteim közül ötben nem lehetett a sinus-sérülést elkerülni: a hiányt beborító vékony heg lefejtésekor beszakadt a sinus (3 longitudinalis, 2 transversus) és három esetben a sérülés oly nagy volt, hogy igen súlyos vérzés keletkezett. Egyszer sikerült a kis repedési nyílást pince-be fogni és lekötöni, kettőben bevarrni (közülök egyben a csonthiány megnagyobbítása után), két esetben kénytelen voltam izomlebens ranyomásával csillapítani a vérzést, a mi szerencsére sikerült is, úgy hogy valamennyi esetben a tervbe vett csontátültetést is végrehajthattam. Valamennyi 5 eset zavartalanul gyógyult. (5. és 6. ábra.)

Még a sinusok feletti csonthiányok pótlásánál is kényesebb és technikailag nehezebb feladat azon homlokcsont-hiányok pótlása, a melyek a homlokcsonti öbölre is ráterjed-

nek. Ezen esetekben ugyanis az egész műtési terület és így a transzplantálandó csont fertőzésének a veszélye fenyeget, különösen akkor, ha a sinus elülső falának nagyobb darabja hiányzik.

Nekem két ilyen esetet volt alkalmam operálni; mindkettőnél a tibiából vett csontlebens átültetése előtt a homloküreget a szomszédságból vett nyeles csonthártya-lebennel úgy a koponyaalap felé, mint a homlok felé elzártam és a hiánynak csontos pótlását úgy végeztem, hogy a transzplantált csont a sinust nem borította be, csak a hiány többi részét. Az egyik esetben a csont kifogástalanul begyógyult, a másikban azonban kigenyedt.

Eltérők a vélemények a műtét végrehajtásának idejét illetően; vannak sebészek (*Stieda, Guleke*), kik már a külső seb begyógyulása után 6 hónap múlva végrehajthatónak mondják a műtétet, míg például *Wilms* csak évek múlva tartja megengedhetőnek a plastikát.

A végzetes szövödmények, valamint a sebfertőzés elkerülése és a műtét veszélyeinek csökkentése szempontjából a műtét ideje csak akkor mondható elérkezettnek, ha a sérüléssel járó minden lobos folyamat a koponyaüregben már lezajlott és annak kiújulásától már nem kell tartani.

Ezért a műtét idejének megállapításánál elsősorban arra kell tekintettel lenni, hogy milyen volt a koponyasérülés, illetve hogy milyen a hiány? Nem pulzáló, tisztán csak a csontra lokalizált hiányoknál az intracranialis szövödmények felléptének veszélye sokkal kisebb, mint dura, de különösen agyhiányok eseteiben. Ezek szerint legkésőbbben lehet a műtét idejét elérkezettnek tartani gyógyult agytályogok után, valamint traumás epilepsia miatt végzett enkephalolysis után; ezen esetekben, véleményem szerint, 1—2 évet okvetlenül meg kell várni a teljes gyógyulás után. A többi esetben sem tanácsos a műtétet sietni; 6—8 hónapnál hamarabb nem tartom célszerűnek a műtétet elvégezni a sebgyógyulás teljes befejezése után.

De még a legsímábbnak kinéző esetben is elengedhetetlenül szükségesnek tartom a műtét előtt a pontos ideggyógyászati, szemfenéki és Röntgen-vizsgálatot, mert csakis így módon fogjuk tudni egy késői agytályog jelenlétét megállapítani.

A koponyacsonthiány műtési pótlásának többféle módja ismeretes és használatos; valamennyi műtési mód megegyezik abban, hogy a tulajdonképpen pótlás előtt a csonthiányt nagyobb kiterjedésben jól hozzáférhetővé teszi, a heges odanövéseket felszabadítja és a csonthiány széleit felhívja; ekközben válik nyilvánvalóvá, hogy a hiány csak a csontra lokalizálódott-e vagy a durára és az agyra is. A tennivaló a talált lelet szerint különböző lesz; ugyanis kiterjedtebb dura- és agyhiányok esetében nem elegendő csak a hiányzó csont pótlásáról gondoskodni; ugyancsak külön ellátást igényelnek a dura, illetve az agykéreg odanövései, illetve az arachnoidalis cysták is.

A csonthiány szabaddá tétele különböző irányú és alakú metszésekkel történhet, a különböző pótló műtét szerint. Vannak sebészek, a kik a lágyrészheget principialisan minden esetben kiirtják; *Hoffmann* szerint ez elkerülhetetlenül szükséges, mert a rosszul táplált heg elhalásra nagyon hajlamos és a kimetszéssel a hegcsövetben visszamaradt szunyadó csírák sem zavarhatják meg a sebgyógyulást. Minthogy azonban majdnem minden esetben a lágyrészheget a csonthiánynak felel meg: a lágyrészheget kiirtása után létrejött varratvonal az átültetett csonttal érintkezésbe jut, a mi nem mondható előnyösnek. Ezért én a lágyrészheget minden esetben előbb lefejtem az alapjáról és csak akkor irtom ki, ha vékonyságánál vagy hiányos erezettségénél fogva annak megtartása nem látszik célszerűnek. A heg felszabadítását és a csonthiány szabaddá tételét vagy az osteoplastikus trepanatióknál általában használt patkóalakú lebenyes metszéssel végzem, vagy ha hegkimetszés vált szükségessé, a sebszélek mobilizálása után lebenyeltolással. Ha a csontpótlás magából a ko-

ponyacsontból történik, akkor a lebenyt nagyobbra, ha a tibiából, akkor kisebbre szabom. A lebeny kiszabásánál annak lehető jó tápláltatására kell különös gondot fordítani, ezért a lebenyt, ha csak lehet, úgy szabom ki, hogy a lágyrészheg hosszstengelye párhuzamos irányú legyen a lebeny hosszstengelyével.

Ha a lebeny nem nagy, előzetes vérzéscsillapítást egyáltalában nem használok, hanem a keresztülmetszett erek mindegyikét külön-külön lefogom; nagyobb lebenyeknél a *Makkas*-féle fogókat használom, mert alkalmazásuk nem oly időrabló, mint a *Haidenhein*-féle körülöltés.

Én minden koponyaplasticát veronal-chloroform-narcosisban végzek; az ilyen betegek jól tűrik a narcosist. A lebeny felfejtésénél a csonthártját a csonton rajtahagyom; a csonthiány széleinek felhívása előtt megállapítom, hogy van-e dura- vagy agyhiány, vagy nincs? Ha a dura sértetlen, akkor a csonthártját közvetlenül a dura felett körülmetszem a csonthiány külső szélei felett, mindenütt gondosan visszahajtom, hogy a felhívás után a csonthártjának egy kézelőalakú lebenye maradjon vissza. A csonthiány széleinek felhívását úgy eszközölöm, hogy a hiányt a pótlásra alkalmas alakúvá változtatok át; ugyanis szabálytalan, sokszögletű vagy kiöblösödésekkel bíró defectusoknak megfelelő csontlebens készíteni nehéz, körülményes és hosszadalmas. Ezért kis és keskeny hiányokat ovalis alakúvá, köralakúakat négyszögletesekké, széles és hosszú hiányokat téglányalakúvá változtatok át, még pedig úgy, hogy a kiképzendő alak szögleteinek megfelelő pontokon fúróval egy-egy kis lyukat fúrok a duráig és ezen lyukak közötti csontokat vagy kis, keskeny vésővel kivésem, vagy villamos fraizzel távolítom el a csontot. A csont kimetszésével természetesen takarékosan járok el, hogy szükség nélkül ne növeljem nagyon a hiányt.

Az ilyenképpen előkészített hiány pótlása többféle módon történhet: úgy a heteroplastikus, mint az autoplastikus, sőt még a homoplastikus eljárásoknak is vannak hívei.

A heteroplastikus eljárásnak még a békepraxisban szerzett tapasztalatok és állatkísérletek alapján nagy az irodalma; ebből kitűnik, hogy a csonthiány pótlására a legkülönbözőbb anyagokból készült lemezeket, a melyeket a hiány alakjának és nagyságának megfelelővé vágtak, helyeztek be. *Rehn* szarúból, *Lesser* parafa és gummiból, *Fränkel* celluloidból ajánlotta készíteni ezen lemezeket. Különösen ezen utóbbi anyag alkalmazása volt gyakoribb, mert könnyűségénél, biztos sterilizálhatóságánál, simaságánál és alakíthatóságánál fogva igen alkalmas anyagnak bizonyult a plastica céljaira. *Funke* egy esetéről tesz említést, a melyben ilyen celluloidból készült pótlékot a beteg 12 éven át minden zavar nélkül viselt; egy, a fejet ért enyhe trauma után a lemez eltört és sipoly keletkezett; az eltávolított lemezek a szövetnedvek behatása következtében simaságukat, rugalmasságukat és ellenálló-képességüket teljesen elveszítették; ezért a celluloid helyett a juvelitnek nevezett anyagból készült lemezeket ajánlja a pótlás céljaira.

A plastica ezen módjával elért eredmények azt mutatják, hogy kellő asepsis mellett mindenféle idegen anyag begyógyul és így a közvetlen műtési eredmény mindig kedvező. De a beültetett lemez sorsa, mint általában minden idegen testé a szervezetben, mindig bizonytalan marad.

Erre és a szunyadó fertőzés gyakoriságára való tekintettel a heteroplastikát a háborús koponyacsonthiányok pótlására nem tartja a legtöbb sebész alkalmasnak, de úgy látszik, többen mégis megpróbálták alkalmazni. Így *Schmidt* említi, hogy a francia hadifogságból jövő német katonák között 7 esetben észlelte a koponyacsonthiány vékony ezüstlemezzel való pótlását; ezen 7 eset közül a transzplantált lemez csak 1-nél gyógyult be véglegesen, a többinél kigenyedt.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Lenhossék Mihály dr.: A sejt és a szövetek. Az általános szövettan vázlata.** Budapest, 1918. Franklin-társulat. Ára: 36 kor.

Vaskos kötetben, 354 oldalon, 248 világos és jól megválogatott ábrával jelent meg *Lenhossék* tanár sejt- és szövettani előadásainak első része. Az orvostanhallgatók számára íródott, hogy magyar tankönyvet adjon a magyar tanulóknak s kizorítsa a különböző jegyzetek gyakran értelemzavaró és mindig felületes irodalmát.

Kevés tankönyv van, mely szebben és tökéletesebben közvetíti a tanár tudását a tanítvánnyal, mint ez a könyv. Az egész tárgyat uraló mély tudás, kiváló paedagogiai érzék és a maga nemében szinte páratlanul tiszta, világos, egyszerű magyar nyelv egyesülnek benne. Úgy a tanuló ifjúság, mint a szakemberek azzal az érzéssel fogják e könyvet elolvasni, hogy végre megszületett a régen várt magyar histologia. *Thanhoffer* és *Mihalkovics* tankönyvei ma már csak történelmi értékűek, az én szövettanom pedig — mint az fiatal tankönyvírók munkáival megesik, ha nem pusztán csak compendiumok írására szorítkoznak — nem rendelkezett azzal a minden részletben megemésztett tudással és kikristályosodott paedagogiai rendszerrel, melyek nélkül a tankönyv nehézkes, nehezen rögzíthető, nem eléggé egyensúlyozott adathalmazává válik. *Lenhossék* tanár könyvéből én, mint jelenleg legöregebb tanítványa, tanultam legtöbbet: azt, hogy hogyan is kell egy jó tankönyvet megírni és hogy mi a különbség a frissen felraktározott tudás és az évtizedeken keresztül önálló vizsgálatokban, irodalmi kritikizmusban megérett tudományos felfogás tanító értéke között. Biztos vagyok benne, hogy a „sejt és szövetek“ hamarosan kedvelt tankönyve lesz hallgatóságunknak, mert az ifjúság helyes ösztöne biztosan megérzi és hálás szeretettel fogadja, ha a tudnivalókat könnyen és élvezetesen viszik át tudásukba. E könyv közvetlen és eleven hangja pedig mindenütt eltalálja azt a kifejezést, mely még a legbonyolultabb kérdéseket is világosan megérteti a kezdővel is. Bár a sejt- és szövettan minden részletkérdése a legújabb felfedezések és felfogások ismertetéséig helyet talál benne s a cytologia és általános szövettan mellett a mikroszkopium optikájának és a mikrotechnikai eljárásoknak is igen czélszerű összefoglalását adja, sehol sem válik szárazzá, nehézkesé, sehol sem érzünk egy nevet vagy egy adatot felesleges emlékeztetőballastnak. Ez egyfelől a kitűnő szerkezet érdeme, másfelől abból magyarázható, hogy minden fejezet át meg át van szöve tudománytörténeti, biológiai és physiologiai vonatkozásokkal, úgy hogy az olvasó a tudományos tényeket mindjárt történelmi fejlődésükben és általános biológiai jelentőségükben ismeri meg. Ily módon a szakismereteken kívül az általános természettudományi ismereteknek is gazdag tárházat nyújtja, melyben harmoniás egészszé olvad össze a sok részletkérdés, s holt adatok helyett élő tudományt, az élő sejtek és szövetek tudományát nyeri az olvasó.

Egyoldalú volna azonban ez az ismertetés, ha a könyvet csak a tanuló ifjúság szempontjából méltatnánk. Tartalmának gazdagságával, kitűnő compositiójával, de főleg az egész munkát átható egységes biológiai felfogásával túlnő ez a szövettani tankönyvek megszokott színvonalán. Nemcsak a magyar, de az egész nemzetközi szakirodalomban régen érzett hiányt pótol, midőn szerencsés kézzel összefoglalja az utolsó évtizedeknek úgy sejt- és szövettani, mint sejtphysiologiai eredményeit. A sejt ismertetésében megtaláljuk a physikalisch-chemiai vizsgálatok hatását; megfelelő méltatás jut a mitochondriumok jelentőségének; a cytocentrum, a Golgi-hálózat, a trophospongium a mai tudományos felfogásnak megfelelő részletesebb fejtegetéshez jut s a sejtoszólásokról szóló részt bátran beilleszthetnők a legjobb biológiába is. Az általános szövettanban kellő megvilágításban találjuk a sejtközi hidak, sejtközi járatok, hámfibrillák ismertetését, ami eddig a leg-

jobb tankönyvekben is csak hézagosan történt. Különösen kimagaslik a megszokott tankönyvsablonok közül a mirigyszövetről szóló fejezet, melyben a secretiónak a morphologiai szerkezet alapján való sikerült értelmezése valóban tudományos értékű munka. Ugyanez áll a laza kötőszövet sejtjeire, a kötőszöveti fibrillák keletkezésére s az izomrostok harántcsikolatára vonatkozólag is. Általában minden egyes fejezetben annyi újat, annyi eddig csak a tudományos részletmunkákban elrejtett lényeges adatot találunk s ezek oly szerencsésen egészítik ki és világítják meg a tárgyat, hogy tulajdonképpen az egész könyvet idéznünk kellene. Mégis két fejezet van, mely még a többi részeket is felülmúlja, ezek: a vér szövettana és az idegszövet. A vér szövettana a modern haematologia alapismereteit és nemcsak a vérkészítmények morphologiai leírását tartalmazza. Minden megvan benne, a mi a kórtan és klinikai tudományok szempontjából fontos az orvosra nézve s mély tudással jellemzi a vérszövet kapcsolatát és különleges helyzetét a szövetek birodalmában.

Az idegszövetéről szóló fejezet a szerző előszava szerint is a könyvnek úgyszólván kiváltságos része, az író kedvencz gyermeke. Nagyon csalódnék azonban az, a ki az előszó kedves és *Lenhossék*-nál oly ritka subjectiv hangja után az idegszövet egyoldalú beállítását vagy a mult század idevágó irodalmának vitázó hangját keresné. *Lenhossék* legjobban érzi, hogy erre ma már nincsen szükség. A neuron és neurofibrillaris elméletnek, a contiguitas és continuitas tanának küzdelme ma már a történelemé, a tudomány absorbeálta mind a kettőt s assimilálta mindazt, a mi maradandó értékűnek bizonyult, viszont kiküszöbölt sok elméleti okoskodást, a mi első percben tetszetős magyarázatnak látszott, de a további vizsgálatok során positiv támasztékot nem találhatott. Ma már éppen olyan vitán felül álló dolog, hogy az idegszövettan azon az alapon fejlődött tovább, a melyet *Golgi*, *Ramón y Cajal*, *Kölliker*, *His*, *Lenhossék* és *Retzius* fektetett le, mint a hogy való, hogy *Apáthy*, *Bethe*, *Nissl* felfedezései megtermékenyítették, elmélyítették és sok tekintetben új irányokba terelték ezt a tudományt. Ennek a fejlődésnek mesterei képét adja *Lenhossék* az idegszövettanról szóló fejezetben. Olyan világos, logikus s e mellett annyira objectiv és leszűrődött igazságú összefoglalás ez, hogy pártját hiába keressük a szakirodalomban. A ki végigküzdötte magát az idegszövettan összefoglaló munkáin, csak bámulattal tapasztalhatja, hogy erről a rendkívül gazdag és rendkívül komplikált tárgyról ilyen világos rendszert s ilyen harmoniás képet lehetett nyújtani. Pedig felőleli mindazt, a mi maradandót az idegszövettani irodalom ezideig termelt. A szigorúan leíró munkák mellett megtaláljuk az idegphysiologiai búvárlatok eredményeit, az ideggeneratióra vonatkozó kísérletek méltatását, sőt — igen helyesen — az idegszövettani technika bizonyos fokig kritikai tárgyalását is. Hogy ez az összefoglalás így sikerülhetett, abban nemcsak a tanár ritka előadó művésze s a szaktudós souverain tudása nyilatkozik meg, de nézetem szerint itt nyilvánul meg legmeggyőzőbben a neurontan értéke és igazsága. Világos és harmoniás rendszert csak biztos tudományos igazságok alapján lehet megteremteni s a hol ez az alap labilis vagy nem bírja el a reáépítendő tudományos anyag terhét, ott elkerülhetetlenül homályos, erőltetett vagy széteső lesz a munka. Igen sok példával illusztrálhatnám ezt, de legyen elég csak *Heidenhain* „Plasma und Zelle“ című nagy sejt- és szövettani összefoglaló művére utalnom, a mely óriási adatgazdagsága mellett, dacára írója genialis észlelő és gondolkodó képességének, mégis homályos, erőltetett, helyenként zavaros s egészében dysharmoniás mű benyomását kelti, mert az új és még ki nem forrott elmélet, melynek keretébe *Heidenhain* igyekszik az anyagot beleszorítani, nem elég biztosan átfogó ahhoz, hogy az általános szövettan egész ismeretét uralhassa. *Lenhossék* összefoglaló idegszövettani munkájával fényesen igazolta, hogy ma már ez a tárgy csak a neurontan alapján foglalható össze egységes, természetes és hiánytalan rendszerbe. Méltán sorakozhatik ez a munka idegszövettani vizsgálataink gazdag sorozatához s nem titkolhatjuk el azt a kívánságunkat, hogy ez a

rész lehetőleg hamarosan önálló füzet alakjában idegen nyelven is napvilágot lásson s a nemzetközi szakirodalomban is értékének megfelelő méltatást, megértést és elismerést találjon.

Már e hézagos és csak a legmarkánsabb jellegeket érintő ismertetés is igazolja fentebbi állításomat, hogy a „Sejt és szövetek“ tartalmában és tudományos értékében lényegesen eltér a szövettani tankönyvek eddigi sablonjától. Valóban egy eddig hiányzó műfajt teremt meg, azt, a mely a tankönyvek és a nagy gyűjteményes kézikönyvek közötti hézagot áthidalja, egyesítvén azoknak könnyebb, egységesebb formáját emezek magasabb szempontjaival és alaposágával. A közkezen forgó histológiák, *Stöhr*, *Szymonowicz*, *Böhm-Davidoff* tankönyvei — a melyek körülbelül az eddigi legjobb típusnak feleltek meg —, illusztrációknak minden gazdagsága és művészi volta mellett, tartalmilag már meglehetősen avult, túlságosan száraz, nagyon is leíró és nem eléggé magyarázó könyvek. A nagy szövettanok viszont: *Koelliker-Ebner*, *Prenant-Bouin-Maillard*, *Schäfer* kézikönyve, *Heidenhain* „Plasma und Zelle“ című munkája olyan terjedelmesek s egyformán minden részletre kiterjedők, hogy helyesebben a sejt- és szövettan encyklopediáinak, mint tankönyveknek tekinthetők. *Lenhossék* könyvének sikerült a helyes középutat eltalálni s ezzel talán újból életre hívni azt a, sajnos, mindinkább kivesző klasszikus tankönyvformát, melyet például *Hyrthl* *Anatómiája*, *Gegenbaur* *Általános Anatómiája* vagy *O. Hertwig* *Fejlődéstana* képviselt. Mint ezekben a könyvekben, itt is sikerült a kellő mértékben összehozott ismeretanyagot azzal a szellemmel megtölteni, mely nemcsak a tudomány mai állásának felel meg, de egyúttal jelzi a továbbfejlődés irányát is. Arra a biológiai alapfelfogásra gondolok itt, mely e könyv minden részében megnyilatkozik s a mely a szövettani tankönyvek sorában talán először állítja be a sejtek és szövetek tudományát annak, a mi: vagyis élettudománynak és nem pusztán sejtstruktúrák és szövetjellegek leírásának. Méltó összefoglalása és megnyilatkozása ez egy több mint negyedszázados tudományos működésnek, mely nemcsak az idegszövettan megalapozásában, de a mai sejttan és általános szövettan felépítésében és a cytocentrumra és a spermiogenesisre vonatkozó vizsgálataival maradandó értékű nevet biztosított magának. *Péterfi Tibor* dr.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**Az influenzaszerű megbetegedésekről** ír *Kroner*. Az utóbbi hetekben alkalma volt olyan lázas megbetegedéseket észlelnie, a melyeknek lefolyása egyetlen ismert betegségével sem egyezik teljesen. A betegség jellemző eseteiben hirtelen, hidegrázással kezdődik, a hőmérsék azután 39—40°-ra emelkedik. Egyes esetekben a hidegrázást megelőző tüneteket is észlelt. A betegség tünetei: a garat piros, de nem dagadt és nem lepedékes; a nyelv szürkésfehér; az esetek egy részében könnyű bronchitis is kimutatható. A betegek nagy része erősebben köhög. A pulsus relativ bradycardiát mutat, a vérvizsgálat leukopeniát. Néha a lép megnagyobbodott. A betegek fejfájásról, esetleg szédülésről, hát- és végtagfájdalmakról panaszkodnak. A lefolyás gyors és kedvező. A láz 2—3 nap alatt lépcsőzetesen leesik s vele a betegség egyéb tünetei is elmúlnak. Néha már 24 óra alatt leesik a hőmérséklet, de ezt rendszeren újabb emelkedés követi. Egyes esetekben súlyosabb a betegség, a láz 2—3 napig 39 és 40° között ingadozik vagy 40° fölé is emelkedik, a betegek súlyos beteg benyomását keltik, kissé zavartak, de ezen esetekben sem található kóros szerveleváltozás. Egyes esetekben a 2.—3. napon hasmenés jelentkezik. Eleinte kizárólag ilyen lefolyást észlelt, később úgy a könnyebb, mint a súlyosabb irányban eltolódásokat látott, különösen erősebb zavartságot és hörgurugot, sőt bronchopneumoniás góczokat is. A betegség nagyon hasonlít az influenzához. E mellett szólnak a tünetek, a rövid lappangási idő, a levegőn át történő fertőzés; ellene

pedig az enyhe lefolyás, a légutak csekély részvétele a betegségben, az utóbetegségek hiánya, az influenzabacillus kimutatásának sikertelensége, a leukopenia és a bradycardia. Járványtani szempontból érdekes az, hogy az influenza máskor késő ősszel vagy télen szokott jelentkezni és kelet felől terjed, most pedig nyugat felől jön. Egyelőre eldöntetlen, hogy megváltozott jellegű influenzáról vagy újfajta fertőzésről van-e szó. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 27. szám.)

*Ifj. M. B. dr.*

## Sebészet.

**A harcztéren észlelhető sebfertőzésekről** értekezik *O. M. Chiari*. Feltűnő a streptococcusinfectio és a pathogen anaerobokkal való sebfertőzés gyakorisága. Erysipelas, pyaemia, metastasisos izületgyenedések aránylag ritkábbak. Az elgenyedt lövéses izomsérülés után fejlődő, hosszabb ideig tartó duzzanat és fájdalom az infectiosus venathrombosis következménye. Igen enyhe fertőzés után sajátságos, tiszta tartalommal bíró cysták jelentkeznek a lövedékek körül. Úgy látszik, hogy a harcztéri sebesülések után észlelhető phlegmonék tisztán conservatív kezelésre (nyugalom, drainezés) könnyebben gyógyulnak, mint a békeidőből származó genyenedések. A felső és alsó végtag viselkedésének különbsége a fertőzés szempontjából részben anatómiai körülményre, részben arra vezethető vissza, hogy az alsó végtag a sérülés előtt inkább szennyeződik, mint a felső. Az alsó végtag thrombophlebitise sokkal gyakoribb, mint a felsőé. Igen komoly sérülésnek tekintendő a condylusoknak a löveg okozta megnyitása, míg a diaphysis sérülése kevésbé veszélyes. A fertőzött gócz műtéti megnyitásokor az idegen test (csontszilánk, löveg) is eltávolítandó. Utóvérzés elsődleges érsérülés nélkül is létrejöhet genyenedés következtében, a mit legtöbbször a hőmérsék sülyedése előz meg s utána hőemelkedés áll be. Lehetőleg ne tamponáljunk utóvérzés esetén, inkább a vérzés felett és alatt az egészséges szövetekben igyekezzünk a vérzést aláöltéssel csillapítani. Idősült septikaemia esetén — csontgenyenedések következtében — *Müller* ajánlata a parenteralis, fajidegen fehérje alkalmazása ajánlatos. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 21. szám.) *Ifj. Háhn Dezső* dr.

**A súlyos obstipatio operatív kezeléséről** értekezik *F. Unterberger*. A székrekedés kezelése a belorvostan körébe tartozik, csak ha az nem segít, jöhet tekintetbe a műtéti eljárás. A szerző egy beteg már gyermekkor óta súlyos obstipatióban szenvedett. Katonai szolgálata alatt e baja súlyosbodott és mivel idősült appendicitisre gondoltak, féregnyulványát eltávolították. Félév múlva a flexura volvulusa miatt operálták. A tengelycsavarodáson kívül a flexura sigmoidea dilatatiója és falának megvastagodása volt jelen. A flexura a rendes fekvésben, a hasfal elülső részéhez volt rögzítve. Ezenkívül anastomosis végeztetett. A beteg mindeme műtétek után újból kórházba került, a hol ismét laparotomiát végeztek rajta. A régi anastomosis a flexurán jól átjárható volt. Az egész vastagbél a vakbélről a rectumig telve volt bélsárral, a melyet kimasszáltak az ampulla felé. A vékonybél legalsó, a caecumba való beszájadása előtti része és a flexura kúpja között széles anastomosis készítették és a hasfalat elsődlegesen elvarrták. Az eredmény igen jó, a betegnek rendes a széke e műtét óta. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 22. szám.) *Ifj. Háhn Dezső* dr.

## Általános kór- és gyógytan.

**Az aceteczetsav kvantitatív meghatározásának egy módszeréről.** 100 cm<sup>3</sup> vizeletet kevés phosphorsavval meg-savanyítunk. Egy destillációs lombikban igen gyenge lángon melegítjük. A destillatumot jól elzárt lombikban 50 cm<sup>3</sup>  $\frac{n}{10}$  Ca(OH)<sub>2</sub>-ban felfogjuk. Ha a vizeletben acetone és aceteczetsav volt jelen, az előbbi átdestillálódik, az utóbbi CO<sub>2</sub>-ra és acetone bomlik (ketonbomlás sav jelenlétében), úgy hogy a

destillatumban egyrészt benne lesz úgy az eredeti, mint az acetonsavból keletkezett aceton, másrészt a keletkezett  $\text{CO}_2$  a  $\text{Ca}(\text{OH})_2$ -dal  $\text{CaCO}_3$ -ot ad. A destillatumban most két részre osztjuk. Az egyikben letitráljuk az acetont az ismert módszer szerint ( $\text{CHI}_3$ ), a másikban meghatározzuk a keletkezett  $\text{CaCO}_3$ -ot, illetőleg  $\text{CO}_2$ -ot.

Ha az eredeti acetonmennyiség  $x$ , az aceteczetsav  $y$ , akkor

$$x + \frac{29}{51} y = \text{összacetonmennyiség} = A,$$

$$\text{és} \quad \frac{22}{51} y = \text{széndyoxymennyiség} = C,$$

a miből

$$\text{aceteczetsav} = \frac{51}{22} C,$$

$$\text{és} \quad \text{aceton} = A - \frac{29}{22} C.$$

Az oxyvajsav is meghatározható quantitative ilyen módon. A megsavanyított vizeletet addig forraljuk, míg sem a Gerhardt-, sem a Legal-próbát nem adja. A visszamaradt  $\beta$ -oxyvajsavat  $\text{H}_2\text{O}_2$ -dal oxydáljuk, ezután aceteczetsavvá és ha az oxydatio után Gerhardt megint pozitív, a keletkezett aceteczetsavat savval megbontjuk és a képződött  $\text{CO}_2$ -t vagy acetont quantitative meghatározhatjuk. ( $-n - \delta$ .)

### Gyermekorvostan.

A spasmophil diathesis lényegének kérdésével foglalkozik Larsson és Wernstedt (Malmö). A spasmophil diathesis lényegének kérdése még ma is várja a megoldását. Csak annyiban egyeznek az erre vonatkozó nézetek, hogy szorosan összefügg a tehéntejtáplálással. E mellett szól az a körülmény, hogy a spasmophil diathesist úgyszólván csak mesterségesen táplált csecsemőkön észlelhetjük, továbbá hogy a tehéntej elhagyása után a tünetek általában javulnak, s a tehéntej újabb nyújtása fokozza azokat. A kórlényeget illetőleg sok a híve annak a véleménynek, hogy a spasmophil diathesist a gland. parathyreoidea működés-zavara váltja ki. Meggyőző bizonyítékaink azonban erre nézve hiányzanak és főleg arra támaszkodik ez a felfogás, hogy a nevezett szervek kiirtása görcsökkel és fokozott galvános ingerlékenységgel jár. A spasmophil diathesis magyarázatára újabb álláspontot foglal el az utolsó években Kling. Szerinte a spasmophil diathesis nem egyéb mint anaphylaxiás shock, mert bizonyos hasonlatosság áll fenn a spasmophil diathesis manifest tünetei és az anaphylaxiás shock közt, s mert továbbá olyan nyulak, a melyeket tehéntej intravenás befecskendezésével anaphylaxiásokká tett, a galván árammal szemben fokozott mértékben váltak ingerlékenyebbek. A latens spasmophil diathesisnek legfontosabb tünete jött ily módon létre. Végül vérvizsgálatok is ezt a felvételt látszottak támogatni. Kling az anaphylactogen anyagot a tejsavó-fehérjében keresi.

A szerzők kísérletek útján akartak Kling felfogásának helyességéről meggyőződni. Kiindultak abból, hogy ha a spasmophil állapotot a tehéntejtáplálás által előidézett anaphylaxia váltja ki, a tehéntej e hatása a legnagyobb valószínűséggel a tehéntej fehérjéjéhez lesz kötve. Ha tehát a különböző fehérje-testeket a tejből elkülönítjük és közömbös anyagban nyújtjuk, olyan hatást kell az egyiknek vagy másikkal kifejtene, mint a tejnek egészben. Az ily módon végzett kísérletek alkalmával azonban sem a casein, sem a lactoglobulin, sem a lactalbumin, sem pedig a savó összfehérjéje nem fokozta a spasmophil tüneteket. Positív eredményre jutottak azonban a savó fehérjementes részével, melynek már egészen kis adagai is fokozták a kóros tüneteket. Egy csecsemő, a kin tehéntejmentes táplálás mellett manifest tünetek nem mutatkoztak, kevés fehérjementes savó nyújtására több ízben súlyos görcsöket kapott. Kísérleteik tehát azt mutatják, hogy a spasmophil állapotot fokozó anyagot ne a tehéntej colloid-

jai, hanem a krystalloidjai közt keressük. E tekintetben pedig csak az extractiv anyagok, vagy az ásványos alkotórészek jöhetnek szóba, mert a tejczukornak nincs befolyása a spasmophil tünetekre. A kísérletek e szerint nem azt eredményezték, a mit várni lehetett volna, mivel épp a tehéntej fehérjei nem fokozták a spasmophil tüneteket. (Zeitschrift f. Kinderheilk., 1918, 18. kötet, 1. füzet.) *Flesch.*

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1918, 29. szám. *Hammer Dezső*: Budapest háborús kolerájáról. *Zatkalik Lajos*: A belső lepényleválasztásokról és a placenta accretaról.

**Budapesti orvosi ujság**, 1918, 30. szám. *Bányai Andor*: Az urochromogen, methylenzöld és diazoreactio jelentősége a tuberculosis prognosisa szempontjából. *Sztanojevs L.*: A jobb agyhomloklebeny tumorjainak symptomatológiájához.

**Orvosok lapja**, 1918, 25—26. szám. *Hofmann Géza*: A háziorvosok kötelező orvosi vizsgálata.

### Vegyes hírek.

**Hírek külföldről.** Magdeburgban gyakorlati orvostani akadémia felállítását tervezik, a kölni és elberfeldi mintájára, de csak a háború után. — A krimi tartománygyűlés elhatározta, hogy „taurusi“ egyetemet állít fel, mely a kivi egyetemmel lesz szoros kapcsolatban s melynek egyes fakultásai más-más városban lesznek: az orvosi a természet-tudományival és matematikaival együtt Jaltában, a jogi és történelmi Szimferopolban, a technikai Kercsben, a kereskedelmi Feodóziában, a régészeti Bakcsisarajban és az oceanoграфияi Szevasztopolban.

**Személyi hírek külföldről.** *C. A. Pekarharing*, a biochemia tanára az utrechti egyetemen, nyugalomba vonult. — *P. Huebschmann* (kórboncztan) és *H. Klien* (idegkórtan) lipcei magántanárokat rendk. tanárokká nevezték ki.

**Meghalt.** *H. Koschier*, a laryngo-rhinologia czimzetes rendk. tanára a bécsi egyetemen, július 9.-én 51 éves korában.

### Fővárosi Fásor Sanatorium Radiologiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnosztikára és mélytherapiára.  
Vezető: **Biró Ernő** dr., főorvos.

### DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriá-  
utoza 34.

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

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigitherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

### Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma

VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

### Dr. Grünwald sanatoriuma

Budapest, Városligeti-fasor 13—15.

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

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

### TÁTRA-SZANATORIUM Ótátrafüreden.

Diétás-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagserebetegek (czukor-baj, köszvény), neurastheniások, vérézények, kimerültek részére. Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

### Dr. SZÉGE-féle ORVOSI ADATKAVIZSGÁLÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93—22. Tulajdonos: **Dr. Weisz Henrik** orvos. Budapest, VII., Sziv-u. 69. I. em

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

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

### Orvosi labororium

Vezető: **Dr. VAS BERNÁT**, Poliklinika.

Szövetség-utca 14—16. Telefon: József 16-03.

### Therapia sanatorium

Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Telefon József 14—51.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató szakülés 1918 február 13.-án.)

## Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1918 február 13.-án.)

Elnök: Weber Adolf.

Jegyző: Szinnyei József.

## A tetania strumipriva kezelése állati thyreoideával.

**Erdélyi Sándor:** Kétoldali részleges strumectomia utáni tetaniáról számol be. 5 nappal a műtét után (az alsó polusok bennmaradtak) súlyos görcsök, naponta 6—10. A rögtön adott morphin, chloral és magnesium sulfuric. daczára a rohamok 5. napján 40.5 hőmérséklet, további 8 napon át lázakkal. Erre a vágóhidról szerzett borjuthyreoideát adagolt a betegnek nyersen, tojással keverve (kb. 8 napon át).

Ez idő alatt is naponként átlag 2—4 gr. magnesium sulf.-infectio a bőr alá; hat napi súlyos görcsök után (kb. 30 roham) nyugalom négy napig, majd 6 napon át újabb rohamok. Újból nyers anyagot kap és magnesium sulf.-infectiókat. Utolsó roham a műtét után 27 nappal; utána még elővigyázatosságból négy napon át magnesium-infectio. Utókezelésre Richter-féle thyreoidin-tabletták; egy roham egy hónappal a távozása után és hat hónappal később még két roham.

A beteg a tetaniás időszakban kb. 6—7 kilót fogyott, utána 15 kilót hizott.

A tetania parathyreopriva gyógyulása két factorra vezethető vissza.

A calcium és magnesium az izomingerlékenységet csökkentő és centralisan is altató, sedatív hatású. A tetanus-therapiából jól ismert magnesiumot napi 2—3 gr. mennyiségben subcutan alkalmazta, és ebben az adagban kitűnően bevált. (Összesen kb. 40 gr. magnesium.)

Mégis a 4 napi magnesium-adagolás ellenére sem szűntek a görcsök, míg a nyers állati thyreoideára azonnal szűnni kezdtek és a mindkettőnek elhagyása után ötödnapra ismétlődő rohamok újból elmaradtak a thyreoidea adagolására.

Hasonló esetben ajánlja a bemutató a nyers thyreoidea adagolását és mint rohamcsillapítót a magnesium sulfuricum-infectiókat.

**Zinner Nándor:** A Szent János-kórház gyermekosztályán végzett 1916 júniusában 12 éves gyermekén struma-operatiót. Localis anaesthesia-ban folyt le az operatio, per primam gyógyult, tetania nem fejlődött utána, csak 12 hónap múlva és 3 hónap múlva érte el a tetopontját. *Eiselsberg* ajánlott egy operálást, mely tulajdonképp egy görög orvostól származik, az excisio bilateralis. A külső struma-részleteknek a tokkal és parathyreoideák megtartásával a belső részekből vágunk ki gömb-szeleteket. A felső polus arteriáját leköjtjük, az alsó art. thyreoideát leszorítjuk. A tetanus ilyen későn valószínűleg azért fejlődött ki, mert a hegek leszorították a parathyreoideákat. Parathyreoidea-tablettákra a tetania megszűnt.

**Tomor Ernő:** Kérde az előadót, miért tértek át a friss pajzsmirigy etetéséről a thyreoidea-tablettákra? Tapasztalata szerint a friss készítmény jobb. A tabletták a thyreoideákból préselés útján készülnek és néha kellemetlen tüneteket okoznak. Ennek oka valószínűleg az, hogy a friss thyreoidában néha kis genyőcök vannak, melyek a tablettákba belepréseltetnek és ezek okozzák a tüneteket. A friss thyreoideában azonban ha meglátjuk a genyőcököket, nem adjuk.

## Szokatlan kiterjedésű pneumococcus-fertőzés esete.

**Manninger Vilmos:** Azoknak a nem ritka pneumococcus-fertőzéseknek illusztrálására, a melyekről nemrég *Johan* tartott tanulságos előadást az orvosegyesületben, beteget mutat be, a ki mint véglegesen rokkant, múlt év novemberében került teljesen leromlott állapotban, genyedő mellkas- és has-sipolylyal a kórházba. A betegnek felvétele előtt 2 évvel (1915 novemberében) tüdőgyuladással kapcsolatban empyemája fejlődött, melyet a Gellért-kórházban borda-resectióval gyógyítottak. E műtétnek sebe azóta sem gyógyult be. Ezenkívül két ízben a köldök táján fejlődő tályogját nyitották meg.

Felvételkor e két sipolynyíláson kívül a baloldali lágyéktájon körülbelül férfitenyérszerű kiterjedésű tályogot is találnak, a melynek próbacsapolása alkalmával nyert genyben diplococcus lanceolatuson kívül vastag pálczikák, strepto-

coccus és Gram-negatív pálczikák is vannak. Tenyészetben a diplococcuskoloniák a túlnyomók, mellettük csak vastag, Gram-positív pálczikák tenyésznek.

Daczára annak, hogy a felülvizsgálati lelet szerint teljesen leromlott phthisis esetét kellett sejtetni, az a körülmény, hogy a hastályogok perforatiója a köldöktájon történt, a valószínűségi diagnosist diffus pneumococcus-fertőzésre irányította. Ennek alapján szabta meg a bemutató a kezelés irányítását is.

A lágyéktáji tályog megnyitása alkalmával a beteg, a mint hanyatt fektették, arról panaszkodik, hogy száján át ilyenkor köhögéssel mindig bűzös geny ürül. A valószínűleg meglévő bronchus-sipoly kimutatására a mellkas-sipolyba néhány cm<sup>3</sup> hydrogen-hyeroxyd-oldatot fecskendeznek. Ennek habja erős köhögés közben csakugyan megjelenik a szájban. Ugyanakkor azonban e habból a köldök sipolyán is ürül jól kimutatható mennyiség. A lágyéktályog megnyitása után itt is megjelenik a hydrogenhyeroxyd habja.

Oly szövődött mellüreg-tályoggal kellett e szerint számolni, a mely fölfelé bronchussipolyon át a tracheával, lefelé a diaphragmán át retroperitonealisan egyrészt a köldök-sipolylyal, másrészt a canalis inguinalisig érő tályoggal közlekedik. A tályogüreg-complexumot 1%-os optochinoldattal kiöblítve, a frissen megnyitott tályogot ez oldatba mártott jodoformgazzal kitömjük. A műtét 1917 december 5.-én történt. E kiöblítést december 9.-én és december 18.-án megismételve, a hatalmas genyedés 8 nap alatt jóformán megszűnik. Csak a mellkassipoly záródása tart valamivel hosszabb ideig, de ez is 1918 január 8.-ára (5 hét) befejeződik. A gyógyulás legjobb bizonyítéka, hogy a hosszas genyedés elmaradásán kívül a testsúly is hirtelen meggyarapodott. A december 5.-iki méréstől február 8.-ig terjedő idő alatt 12.3 kg.-mot gyarapodott a beteg, a ki a phthisicus in ultimis benyomását tevő nyomorékból munkaképes, egészséges emberré vált.

A bemutatót nemcsak a pneumococcus-fertőzés szokatlan kiterjedése miatt tartotta indokoltnak, hanem azért is, mert 1. bizonyítja, mennyire fontos még mindennapos, klinice tisztázottnak látszó genyedés esetén is a pontos bacteriologiás vizsgálat, 2. azért, mert ez az eset is bizonyítja az optochin helybeli alkalmazásának előnyeit pneumococcus-genyedések gyógyítására, még oly esetben is, a hol más másodlagos fertőzés is szövődött az elsődleges fertőzéshez.

## Börtuberculosis utánzó syphilis esete.

**Bérczi Sándor:** R. J.-né, 40 éves napszámos, folyó évi január 4.-én vétetett fel a *Guszman* magántanár vezetése alatt álló Régi János-kórházba. Két év óta fennálló bőrbaja volt az arcán és a bal alkarján, a mely klinice tökéletesen megfelelt a tuberculosis cutisnak. *A kép a következő volt:* Az arc jobb felén tenyérszerű területen vasos, pörkös granulomatömeg, a szem felőli részen forintnyi területen vasos, fibrosus heg. Az orr nyeregszerűen besüppedt, a septumon koronányi perforatio. A bal alkar proximalis 2/3-án az egész alkart circularisan körülvevő vasos, pörkös granulomás tömeg, a szélein ujnyi széles verrucosus felrakódás. A granulomás tömeg centrumában tenyérszerű heg. A pörkök felemelése után bő genyes váladék ürül.

A mi — az első vizsgálat alkalmával typosus bőrtuberculosisnak látszó esetben — a lues gyanúját felkelti, az orr besüppedésén és a septum-perforatióon kívül a bajnak aránylag fiatal volta: ilyen nagy roncsolást a gümőkóros folyamat csak több év alatt hozna létre; a lues gyanúját a megejtett Wassermann-vizsgálat (+ + + +) megerősítette. De még mindig valószínű volt, hogy itt a luesnek és tuberculosisnak a combinatiója van jelen. Hogy azonban nem ilyen combinatióról van szó, hanem a bőrtuberculosisnak tökéletesen, a csalódásig híven imitáló lueses folyamatról, azt a therapia



igazolta. Aránylag gyenge antilueses kurára (6 HgCl<sub>2</sub> inj. + 3 neosalv.) a baj tökéletesen gyógyult.

A tuberculosis és lues combinatiója igen sokat vitatott kérdés. Számos nézet szerint a lues és tuberculosis kedvezőtlenül befolyásolja egymást. Egy lueses infectio activálhat egy zárt tuberculosis folyamatot, lupusos beteg (és más tuberculosis) gyakrabban kap luest, veleszületett lues különösen csonttuberculosisra, de lupusra is praedisponál, stb.

A luesnek és a bőrtuberculosisnak helyi combinatiója csak a lues tertiaer szakában fordul elő. A primaer és secundaer lueses elváltozások combinatiójáról a bőrtuberculosisal semmit sem tudunk. Mindössze néhány eset van leírva az irodalomban, a hol papulák és plaque-ok lupusos bőr-, illetve nyálkahártyán lokalizálódtak.

Klinikailag a tertiaer lues tökéletesen utánozhatja a lupust. Góczok centralis gyógyulással, vaskos verrucosus felrakódások, a góczok puhasága és a lupusra jellemző sárga színe, ritkán bár, de luesben is előfordulnak; a lupuson kívül a tertiaer lues utánozhatja a scrofulodermát: a megnagyobbodott, ellágyult mirigyek, a bőr beszűrődése, genyedő sipolyok egészen a scrofulodemra benyomását keltik. Viszont a lupus is utánozhatja a tertiaer luest, de a diagnosis az anamnesis, a Wassermann-reactio, a kórokozók kimutatása, az állatkísérlet, a tuberculin-reactio alapján rendszerint nem ütközik nehézségbe.

A vegyes fertőzést főleg „ex juvantibus“ diagnoskáljuk. A mi antilueses kurára gyógyul, lues, a mi visszamarad tuberculosis. Természetesen ilyen esetben gondolni kell a tuberculosis esetleges spontan gyógyulásának, a jobb kórházi viszonyok befolyásának lehetőségére is. Néhány év előtt francia és olasz szerzőktől számos publicatio jelent meg, melyek szerint lupusos esetek antilueses kurára, speciell calomelre és szűrkeolajra gyógyultak (*Asselsberg, Fournier, Longia*). A szemészeti irodalomban már régen beszámoltak tuberculosis iritisnek antilueses kurával történt tökéletes gyógyulásáról. Ezek az esetek nehezen ellenőrizhetők s valószínűleg részben spontan gyógyuláson, részben téves diagnosison alapultak. Az esetet azért tartotta érdemesnek a bemutatásra, mivel a praxis számára igen fontos tudni, hogy az ilyen nagy roncsolással járó folyamat lueses vagy tuberculosis eredetű-e. (Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

444/1918. sz.

Az igazgatásom alatt álló zsolnai m. kir. állami szemkórháznál megüresedő **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés, azonkívül ezidőszert 1500 korona háborús segély és 1000 korona ruházatbeszerzési segély.

A pályázni kívánók orvos-doctori oklevelük és egyéb okmányaikkal felszerelt kérvényüket a belügyminister úrhoz címezve, hozzám **folyó hó 31.-éig** benyújtani szíveskedjenek.

Szigorló orvosok és orvostanhallgatók is pályázhatnak.

Zsolna, 1918 július 14.

*Spanyol Béla dr., igazgató-főorvos.*

5009/1918.

Topolya nagyközségben nyugdíjazás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek, s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 5. napjáig** nyújtsák be.

Az orvosi állás javadalma az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. és következő szakaszaiban van megállapítva, a látogatási díjakat pedig Bács-Bodrog vármegye vonatkozó szabályrendelete állapította meg.

Topolya, 1918. évi július 17.

*Fratricsevits István dr., főszolgabíró.*

150/1918. ig. szám.

A vezetésem alatt álló marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál folyó évi szeptember hó 1.-én megüresedő 1600 korona évi fizetéssel s a szabályszerű pótlékokkal, továbbá egy szobából álló lakás, fűtés, világítás s I. osztályú ételmezéssel javadalmazott **másodorvosi állásra** Belügyminister úr Ónagyméltóságának 92.544/1918.X. b. sz. rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek. Ezen két évre betöltendő és ennek leteltével kétévénként meghosszabbítható állást elnyerni óhajtó okleveles, gyakorlóéves vagy szigorló orvosokat felhívom, hogy születési bizonyítvánnyal, elméleti és gyakorlati képzettségükről szóló okmányokkal, esetleg csak indexükkel szabályszerűen felszerelt pályázati kérésüket Belügyminister úr Ónagyméltóságához címezve s pedig az alkalmazásban levők felettes hatóságuk útján, az alkalmazásban nem levők közvetlenül hozzám **folyó évi augusztus hó 10.-éig** annál is inkább nyújtsák be, mert később érkező folyamodványok figyelembe vételni nem fognak.

Marosvásárhely, 1918 július hó 20.-án.

*Hints Elek dr., igazgató.*

## Orvos elvállal

**délutáni helyettesítést** vagy egyéb munkát.

Megkeresések „Dermatologus“ jeligére a „Petőfi“ irodalmi vállalatához Budapest, VII., Kertész-utca 16.

## Fogorvos elvállal

**délutáni helyettesítést.**

Megkeresések „Fogorvos“ jeligére a „Petőfi“ irodalmi vállalatához Budapest, VII., Kertész-utca 16.

**Nagyközségben** jól jövedelmező, kényelmes **kör-**öltendő be, lehetőleg nőlen, vagy kisebb családú orvos részére. Ugyanott fiatal orvos 100.000 korona hozományával nőülhet.

Szíves ajánlatok „Gyógyszerész B. S.“ alatt a „Petőfi“ irod. vállalat Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám címére be-  
küldendők.

## LILIENFELD-, RÖNTGEN- és QUARZLÁMPA-

berendezést szállít

**Ericsson magy. villamosság r.-t.**  
ezelőtt: Deckert és Homolka  
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28—09, 89—64.

Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron.

GYÓGYHELY

**Gleichenberg**

Steyerországban  
kiváló hatással a légzőszervek valamennyi megbetegedése ellen  
Világhírű gyógyforrások, Inhalatoriumok, pneumatikus  
kamrák, mindennemű hideg- és melegfürdők.  
Ellátás biztosítva. Prospektust küld a gyógybizottság.  
Idény: május 15-től szeptember 20-ig.

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

## PROVIDOFORM Prof. BECHHOLD szerint.

méregtelen, szintelen, szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva. (Kir. intézet experiment. therapia számára Frankfurt a/M.)

Providoform-tabletták 10-szer 1 gr. K 2.—

**sokkal jobb és olcsóbb a jodnál.**

— Irodalom rendelkezésre. —

Ausztria-Magyarország és a Balkán-államok számára kapható: **Th. Lindner** által Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.

# ARGENTOCOLL

Név törvényesen védve.

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

mindoly esetekben, a hol colloid-ezüst ja-  
valva van, nagy eredménnyel használtatik,  
különösen  
**nehéz (septikus) izületi rheumánál.**

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

Raktár Budapesten: Filó János és Török József-nél.  
Próbák orvos uraknak díjmentesen.

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

ODELGA MAGYAR GYÓGYTECHNIKAI IPAR R.-T.

Röntgen és elektromedikai  
készülékek, orvosi műszerek.

Ezelőtt: Odelga J.

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t.

„Asklépios“ Egressi Zoltán okleveles mérnök szakvállalata  
a Veifa-Művek magyarországi képviselője.

Budapest, VI., Andrassy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására :

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

**Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.**

Gyógyszerészeti és vegyészeti cikkek gyára

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

Verlagsbuchhandlung  
Hermann Meuser, Berlin W57.

G. Stümpke

Die

# Medizinische Quarzlampe

ihre Handhabung und  
Wirkungsweise.

92 oldal, 50 ábrával a szövegben.

Vászonba kötve.

**Ára 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 therapiában szükség van. Kiemelendők a következő fejezetek: A fényhatás theoretikus alapja. A kvarzlámpa kezelése és javalatainak 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 iratott, mindazok számára, a kiket a modern physikalis therapia érdekel. Mindezeknek a könyv nélkülözhetetlen forrássá válik.

**Dermatolog. Zentralblatt.** A physikalis therapia nagy jelentőségének megfelel ezen most megjelent monografia. Ezen a Finsen-készülékét 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.