

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ES KIADJA:

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



## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Deszimirovity Koszta:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem belgyógy-diagnostikai klinikájáról (igazgató: Báró Kéty László dr., ny. r. tanár) és a kassai cs. és kir. 20. sz. helyőrségi kórházból (parancsnok: Bartelt R. dr., főtörzsorvos). Az exsudatum pleuriticum parenteralis „heteroprotein“-therapiája. 471. lap.

**Monzpart László:** A „Csonttörések és izületlővések különleges osztálya“-ból (Spezialabteilung für Knochenbrüche und Gelenkschüsse). Vezetőorvos: Böhrer L. dr., tart. ezredorvos. A lábszártörés kezeléséről. 473. lap.

**Weiss Ármin:** Közlemény az Új Szent János kórház elmebeteg-osztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.) A serologia a gyakorlati pszichiatriában. 476. lap.

**Fischer Ernő:** Tanulmány a pes valgo-planus mobilisnek betéttel való kezeléséről. Újfajta orthopaedbetét. 477. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. A. L. Vischer. Die Stacheldrahtkrankheit. — *Lap-szemle.* Belorvostan. O. Kestner: A hasmenések megelőzéséről. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Kronberger: Gyógyulással végződött tüdőantrax. Luce és Feigl: Chorea infantum. Bruck: Trichophytiasis. 481–482. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** 482. lap.

**Vegyes hírek.** 482. lap.

**Tudományos Társulatok.** 483. lap.

**Melléklet.** Kalledey Lajos: A kassai m. kir. állami bábaképző 1917. évi betegforgalmi kimutatása.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem belgyógy-diagnostikai klinikájáról (igazgató: Báró Kéty László dr., ny. r. tanár) és a kassai cs. és kir. 20. sz. helyőrségi kórházból (parancsnok: Bartelt R. dr., főtörzsorvos).

### Az exsudatum pleuriticum parenteralis „heteroprotein“-therapiája.

Irta: *Deszimirovity Koszta* dr., szkv. ezredorvos.

A mikor 1917 júliusában a kassai helyőrségi kórházban a már gyógyultnak látszó malariás betegeken az esetleg még fennálló latens malaria aktiválása céljából typhus-védőtővaccina-injectiókkal kísérleteztem, az ezen kísérletre kijelölt betegeknél egyike, a mikor már az injectiót megkapta, oldalfájásról panaszkodott, mely fájdalom rajta már több hét óta fennáll. Megvizsgálván a beteget, rajta jobb oldali, physikailag — próbapunctio nélkül — felismerhető exsudatum pleuriticumot találtam. Ugy látszik a pleuritissel járó láz annak idején a malaria okozta lázzal egybeesvén, kezelő-orvosának figyelme másra nem terelődött, lévén a vérlelet plasmodiumokra positiv; az a körülmény, hogy a chinin-kúra alatt is 2 héten keresztül naponta volt a betegnek délutáni hőemelkedése, szintén nem keltett gyanút, hiszen a láznak ilyen viselkedését, daczára a chininszedésnek, sokszor volt alkalmunk megismerni, különösen idősült malaria eseteiben. Az utolsó két hét alatt, daczára a jelenlévő exsudatum pleuriticumnak, melynek tompulata elől a IV. borda alsó széléig, hátul pedig a VI. hátsógolya magasságáig ért, a beteg láztalan volt. A vaccina-injectio után a beteg hidegrázást kapott, majd reakövető magasabb hőemelkedést, mely még másnap is fennállt, de sem hidegrázáskor, sem másnap a magas láz alatt vett vérben malaria-plasmodiumokat nem találtunk. A beteg azonban másnap oldalfájdalmi csökkenését adta elő, és vizsgálatkor kitűnt, hogy 24 óra múlva a vaccina-injectio után az exsudatum nagy része felszívódott, úgy hogy a tüdő t. é. n. d. kopogtatási hangja elől a VI. borda alsó szélénél volt, mély légvételre lejjebb szállt, hátul pedig a VIII. borda alsó széléig ért és ott nem változott mély légvételre sem. A második 24 óra múlva a tompulat teljesen feltszult, a beteg láztalanná lett, az exsudatum tehát 48 óra alatt teljesen felszívódott és még 6 heti észlelés alatt nem recidivált. Az exsudatum pleuriticumnak e frappáns felszívódása arra indított, hogy más esetben is alkalmazzam a vaccinát annak a megállapítására, hogy nem pusztán véletlen volt-e a ta-

pasztalt gyors felszívódás. Ugyancsak egy malariás beteget vettem elő exsudatum pleuriticumnal, kin jobboldalt elől egy harántújjnyi, hátul pedig a scapula csúcsától lefelé terjedő tompulat volt jelen az exsudatumnak megfelelő légzési viszonyokkal és alig néhány tizedfoknyi hőemelkedések mellett. Egyetlen egy 1 cm<sup>3</sup>-nyi typhus-védőtő-vaccina-injectio után 24 óra múlva láz kísérete mellett a volt tompulatnak nyoma sem volt, Röntgennel pedig exsudatumot nem lehetett kimutatni. Ezen megfigyeléseimet, illetve a további kísérleteket, annak idején külső okokból abba kellett hagynom és csak legutóbb volt alkalmam azokat újból folytatni.

Akárminnyire is meglepő volt a typhus-vaccina-injectio-nak az exsudatum pleuriticumra kifejtett eme gyors hatása, nem kellett soká magyarázat után kutatnom, mert ismertem a már akkoriban több helyről közölt *heteroprotein-therapiá-nak* különböző betegségekben észlelt, sokszor abortív gyógyító hatását.

Tudvalevőleg már vagy két évtizeddel ezelőtt észreveték azt, hogy egyes fertőző betegségekre nemcsak specifikus, hanem nem specifikus vaccinák is voltak bizonyos, de ugyanazon hatással, később pedig azt is, hogy egyes nem bacteriumeredetű fehérjéknek a parenteralis bekebelezése is ilyen természetű hatást fejtett ki azokra. E valósággal már akkoriban megdőlhetett volna ama felfogás, hogy a vaccinák — a kórokozó csirák vagy azok alkotórészei — parenteralis bekebelezésével az ugyanolyan természetű fertőző betegségek kórlefolyásának hirtelen befolyásoltatása immunizáló folyamaton mulnék, hogy a vaccinával tehát nem viszünk be a szervezetbe specifikus antigent, mely ott specifikus védőtesteket termelne, hiszen az a hatás oly gyorsan mutatkozik, hogy az idő rövidege is, az a pár óra ellene szól, hogy a bevitt antigenek máris a szervezet immunizálását eredményezték volna. Mert ha ez megtörténik, akkor például typhusban a typhus-vaccina eredményezte reactio után már nem volna szabad, hogy ama beteg véréből typhus-bacillusok legyenek kitenyészthetők, a mi azonban megtörtént. E nézet tehát nem tarthatta volna magát akkor, a mikor Rumpf-nak (1893-ban) hastyphusban ugyanazt a hatást sikerült elérni pyocyaneus-vaccinával mint typhus-vaccinával, még kevésbé pedig akkor, a mikor Renaud typhus-vaccina bekebelezésével gyógyító hatást ért el a legkülönbözőbb természetű localis betegségekben, mint phlegmone, furunculosis, osteomyelitis stb. De mert ezen észlelések további fejlesztése azon időben abbamaradt és a fertőző betegségek vaccina-therapiáját is abba hagyták volt, a vaccina-therapia régi magyarázata

tartotta magát még a legutóbbi évekig is, a mikor *Besredka* és *Ichikawa* nyomán különösen a világháború elején újból előszedték e therapiát azok is, kik nemrég abba hagyták volt. Nagy fanatikus tábora volt eme „specifikus“ therapiának az egyik oldalán, a másik oldalán azonban skepsissel kísérték a jelentett eredményeket. *Krehl* az 1916.-i varsói német belorvosi congressuson erről így nyilatkozott: „A typhus kezelését előlt vagy gyengített kórokozó csírákkal sokan ajánlják, kevesen dicsérik lelkesedéssel, egyesek nagyon tartózkodóan ítélik meg. Az én benyomásom az, hogy végleges vélemény még nem mondható, legkevésbé azonban kedvező. Tovább kell nyugodtan kutatni!...“ A vaccina-kezelés nem specifikus hatásának felfogása csak akkor kezdett tért nyerni, a mikor az argentiniai *Kraus* és tanítványai *coli-vaccina* alkalmazásával hastyphusban ugyanazon tünet-complexumot találtak, a mely typhus-vaccina után észleltetett; majd a mikor ugyancsak ilyen hatás mutatkozott *coli-vaccina* alkalmazása után puerperalis septicaemiában. *Kraus* után több szerző közölt hasonló eredményeket *coli*-, *staphylococcus*-, *pyocyaneus*-, *cholera*vibrio-, *dysenteria*bacillus-vaccinával, vagy vaccinák keverékével (*Galambos*). És egészen más irányú magyarázatok kutatására utaltak az — ugyanolyan természetű betegségben elért — eredmények nem *bacterium*eredetű *fehérjék*, ugynevezett *fajidegen fehérjék*: *histamin* (*Biedl*), *deuteroalbumose* (*Lüdke*), *natr. nucleicum* (*Luksch*) és steril tej (*Saxl*) parenteralis adagolása után.

Mindezek a specifikus immunizáló hatás magyarázatát kizárják, de a hatás igazi, mindenképpen elfogadható magyarázatát, néhány tetszetős elméletet leszámítva, nem tudták még megadni. A szemellátható hatást két csoportra oszthatjuk: az egyik a testhőmérsékre terjed ki a legtöbbször, a másik pedig a localis kóros elváltozásokra. Így hastyphusban például tudjuk, hogy a vaccina-injectiót a legtöbb esetben hidegrázás, nagy hőemelkedés, majd hirtelen hőesés — sokszor azonban lyses esés — akár subnormalis fokra követi; itt-ott a hőemelkedés utáni súlyedés csak addig a fokig terjed, mely az injectio előtti hőmérséknek felel meg; a hő-súlyedés egyes esetekben maradandó, máskor meg nem az. A localis hatás ugyancsak typhusban az anatómiai laesiókon észlelhető, azok sokkal hamarabb fejlődnek vissza a vaccina-injectio után, mint a nem vaccináltakon, a mint azt *Wiesner* 10 bonczolt esete igazolja.<sup>1</sup> A hőhatást *Paltauf*<sup>2</sup> úgy magyarázza, hogy a vaccinák bizonyos *pyrogen anyaggal* bírnak, mely a hőreguláló centrumot izgatja és a midőn az a kimerülés stadiumába jutott, akkor hő-súlyedés áll be. E magyarázat nem elégitette ki azokat, kik ezen kérdéssel foglalkoztak, de ugyanakkor sok más magyarázat sem tudta tisztázni e kérdést. *Schmidt R.* az előrebocsátottakat összegezván, úgy a különböző vaccinákat, specifikus serumokat, mint pedig a hasonló hatást előidéző nem specifikus homolog és heterolog eredetű serumokat, továbbá a különböző állati és növényi eredetű nucleinokat, a gyárilag előállított ilyen fehérjeféléket mind a „parenteralis proteintest-therapia“ principiumába foglalja össze. *Kraus* anaphylaxiás shockkal igyekszik eme hatást megmagyarázni, analogiában a reinfectio utáni tünetcomplexummal az anaphylaktizált állatokon. *Weichardt* a protoplasma aktiválásának tetszetős elméletét hozza magyarázatul azon tapasztalatból kiindulva, hogy fehérje parenteralis befecskendezésével egészséges állatokon bizonyos vitalis functiókat fokozni tudott (fokozottabb tejelválasztást kecskén); és mert ilyen functiofokozást tudott elérni izolált fáradt szíven magasabb molekulájú fehérjebomlástermékekkel, ennek analogiájával magyarázza a beteg szövet fáradt protoplasmája vitalis erejének fokozódását. *Müller R.* a therapiai hatás okát a gyuladós factorok shockszerű fokozódásában keresi. A gyuladás ilyen fokozása fehérjeinjectiókkal egyik válfaja volna annak, a mit *Weichardt* protoplasma-aktiválásnak nevez. A gyuladás reactióját ő fokozott transsudatióban látta.

<sup>1</sup> Wiener kl. Wochenschrift, 1916, 39. szám.

<sup>2</sup> Wiener kl. Wochenschrift, 1915, 631. oldal.

A mikor már most a vaccinák specifikus volta megdöntetett és kitünt, hogy ez a „proteinhatás“ nem a kórokozóra directe ható valami, hanem a beteg szervezet csak egy reactiója, előrelátható volt, hogy e principium tágabb teret fog nyerni a modern experimentalis therapiában. És csakugyan, rövidesen egész sorozata a betegségeknek került vizsgálat alá és ha leszámítjuk az általános természetű betegségeket, a következő disciplinákban találkozunk a „hetero-proteintherapiával“:

A szemészetben elsőnek *Szily Pál*<sup>3</sup> 1915-ben közölt abortív gyógyulást acut szemblennorrhoeában *typhus-vaccinával*, majd *Sternberg-gel*<sup>4</sup> együtt 1917-ben nagyobb anyagot közöl, de már blennorrhoeán kívül másnemű szemgyuladásokat is kezelt (*trachoma*, *iritis* stb.). *Tejinjectiókkal Müller*<sup>5</sup> rheumás iritist, *Müller és Thauer*<sup>6</sup> szemblennorrhoeát, *Friedlander*<sup>7</sup> pedig különböző aetiológiájú conjunctivitiseket gyógyított. Nálunk *iff. Liebermann*<sup>8</sup> számolt be a tejinjectiók eredményéről szemészeti bajokban. *Bachstsz*<sup>9</sup> nem látott eredményeket ezen therapiától.

A bőr- és syphilisgyógyászatban: *Szily P.* 1915-ben acut gonorrhoeás herelobban, *Bloch*<sup>10</sup> gonorrhoeás ízületi gyuladás esetében ért el ugyanakkor eredményt *typhus vaccina-injectióval*. *Tejinjectiókkal* értek el gyógyító hatást gonorrhoeás complicatiók, bubo és herpes zooster eseteiben *Müller és Weiss*;<sup>11</sup> *lóserummal* epididymitisben *Luthlen*,<sup>12</sup> *Treupel*<sup>13</sup> pedig urticaria, prurigo es ekzema eseteiben. Orbánczban *Szily és Schiller*<sup>14</sup> typhus-vaccinával, *Turnheim*<sup>15</sup> pedig tejinjectiókkal vélt abortív hatást elérni. Nálunk legutóbb *Guszman*<sup>16</sup> syphilis és lágyfekély eseteiben látott jó eredményeket, *Sellei és Kraus*<sup>17</sup> pedig különböző bőrbajokban némi eredményt közölt tejinjectiók után stb.

A belgyógyászatban *Schmidt*<sup>18</sup> az anaemia perniciosát és a chlorosist tudta befolyásolni tejinjectiókkal. *Edelmann*<sup>19</sup> acut polyarthritist eseteiben látott igen jó hatást a tejinjectiók therapiától, csak hogy nagyadagú salicyllal egyetemben.

Ha eme felhozott példákat taglaljuk, azt látjuk, hogy a proteintherapiának elsősorban ott volt a legnagyobb hatása, a hol localis természetű gyuladásokkal álltunk szemben. A localis gyuladós természetű kórfolyamatok, a melyek váladékképződéssel, exsudatióval járnak, voltak azok, a melyek gyorsan, észrevehetően reagáltak. E reactio azonban nem jelenti a kórfolyamatnak teljes visszafejlődését, gyógyulását. Szemblennorrhoeában úgy a typhus-vaccina, mint a tejinjectio után roppant gyorsan fejlődik vissza a localis duzzanat és a váladékképződés, de ezzel maga a kór még nem gyógyult meg, gonococcusok még mindig találhatók. Mint hastyphusban is láttuk, a bélfekélyek a rendesnél hamarabb fejlődtek vissza, de azért — a pyrogenikus hatást leszámítva — maga a typhus nem gyógyult meg oly hirtelen. Localis elváltozásokkal nem járó fertőző betegségekben például még pyrogen hatást sem lehet mindig elérni proteininjectiókkal, a mint azt magam tapasztaltam febris recurrens esetében. Acut polyarthritist esetén proteininjectióra a dagadt ízületek valóban gyorsan leapadnak, a mi a betegnek nagy könnyebbulést jelent, de a rheumás láz azzal nem szűnik meg mindig, sőt még az ízületi fájdalmak sem, jelül annak, hogy a localis

<sup>3</sup> Budapesti Orvosi Ujság, 1915.

<sup>4</sup> Gyógyászat, 1917, 43. sz. és 1918, 5—6. sz.

<sup>5</sup> Bécsi orvosegyesületi értesítő, 1916, decz. 1.

<sup>6</sup> Med. Klinik, 1916, 43. sz.

<sup>7</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 42. sz.

<sup>8</sup> Orvosegyesületi értesítő, 1918.

<sup>9</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 37. sz.

<sup>10</sup> Schw. Korr.-Bl., 1915, 44. sz.

<sup>11</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 9. és 27. sz. Wiener med. Wochenschrift, 1916, 48. sz.

<sup>12</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 9. sz.

<sup>13</sup> Med. Klinik, 1915, 33. sz.

<sup>14</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 50. sz.

<sup>15</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 51. sz.

<sup>16</sup> Orvosi Hetilap, 1917, 50—51. sz.

<sup>17</sup> Orvosi Hetilap, 1918, 2. sz.

<sup>18</sup> Med. Klinik, 1916, 7. sz.

<sup>19</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 10. és 16. sz.

gyulladás exsudatuma felszívódott, maga a kórfolyamat intenzitásában csökkent, de nem gyógyult meg. Az természetes, hogy az exsudatumok felszívódásával, a váladékképződés megszűnésével meg van adva a lehetőség a fertőző kór gyorsabb visszafejlődésére. Nem volt alkalmam meggyőződni róla, de azt hiszem, hogy *appendicitis-roham esetén is sokat tudnánk segíteni ezen terapeutai eljárással.*

A mennyiben tehát a proteinterapia a localis gyulladásokat és azok termékét, az exsudatumot visszafejlesztő hatásban nyilvánul, ez a körülmény eléggé megmagyarázza a bevezetésben leírt megfigyelésemet, miszerint typhus-vaccina injectiója az exsudatum pleuriticum felszívódására vezetett. Hiszen ezen exsudatum is localis gyulladásnak — a mellhártya (serosus hártya) gyulladásának — terméke. E megfigyelésem arra utalt, hogy kísérleteket végezzek exsudatum pleuriticum esetén nemcsak typhus-vaccinával, hanem egyéb fajidegen fehérjékkel is. Így az eseteket nem válogatva, mindenféle aetiológiájú és alakú exsudatum pleuriticum eseteiben, akár milyen stadiumban is voltak, sorozatos megfigyelést végeztem és pedig:

1. *Typhus védőtővaccinával*, mely tudvalevőleg 500 millió elölt csirát tartalmaz 1 cm<sup>3</sup>-ben.

2. *Nagyobb adagú typhus-vaccinával*, mely 1·2 milliárd csirát tartalmaz 1 cm<sup>3</sup>-ben (approximativ érték = 10 agarcső 200 cm<sup>3</sup> NaCl-oldatban emulgeálva. Használatát Szily Pál ajánlotta).

Ezeknek adagolása subcutan történt.

3. *Steril tej-injectióval*. Gaze-on átszűrt és frissen sterilizált, majd langyosra lehűtött tejből 10 cm<sup>3</sup>-t adtam intraglutaecalisan.

4. *Diphtheria-serum és*

5. *normal-lóserum steril subcutan injectióval.*

Előrebocsátom azt, hogy akármelyikét ezen felsorolt anyagoknak használtam, a pleuritis exsudatumot a legtöbb esetben felszívódásra tudtam hozni, mint az az alább felsorolt néhány kórtörténetből kitűnik. A felszívódás — leszámítva a teljesen acut eseteket — rövid idő alatt ment végbe, sokszor 6—24—48 óra alatt, egyes esetekben egyetlen egy injectióra, máskor meg ismételt injectiót adni, hogy a felszívódás teljes legyen. De hangoztatnom kell, hogy alkalmas esetekben már az első injectióra az exsudatum nagyobb része (3/4) máris felszívódott.

Az injectiót követő általános jellegű reactio a következőkben nyilvánult:

1. A *typhus-vaccina* után, akár a védőtő, akár a nagyobb adagút használtam, rázóhideg, többször csak borzongás, majd magas hőemelkedés állott be, ott is, hol az injectio előtt is lázas volt a beteg; majd a láznak néhány órai tartama után igen erős izzadás kíséretében hőcsökkenés következett sokszor a normalis, csak nagyritkán a subnormalis testhőmérsékig. Szívgyengeség tünetét egyetlen esetben sem észleltem. A hőreactio általában nagyobb a nagyobb adagú vaccina után és ez után az exsudatum felszívódása is intensivebb volt. A hőcsökkenés nem volt maradandó, 12—24 óra múlva a legtöbb esetben, különösen az acut és subacut esetekben, újból felszállt a testhőmérsék. Ha az exsudatum az I. injectióra nem szívódott fel teljesen, a II. vagy III. napon az injectiót megismételtem. Ezután a hőreactio már enyhébb volt, mint az előző után, rázóhideg csak kivételesen vezetett be a hőemelkedést, a hőcsökkenés pedig sohasem jutott subnormalis fokra. Az exsudatumra gyakorolt hatása pedig ezeknek is kétségtelenül meg volt állapítható. Az injectio helyén rendszerint kisebb-nagyobb piros enyhe duzzadás jelent meg, mely 2—4 nap alatt múlt el. A beteg erőbeli állapota szerint 0·5—0·75—1·0 cm<sup>3</sup> vaccinát fecskendeztem be.

2. A *tej intramuscularis injectiója* után ritkán rázóhideggel, gyakrabban csak borzongással, máskor meg anélkül 38—40° közt ingadozó hőemelkedést észleltem, mely több órás tartama után nagy izzadás kíséretében esett, a további viselkedése pedig olyan volt, mint a vaccina után. A hőingadozás mérve sohasem volt olyan nagy, mint sok esetben a vaccina-injectio után. A tejinjectiót is megismételtem

24—48 óra múlva, hogyha a felszívódás nem volt elégséges. Egyes esetekben az volt a benyomásom, hogy az exsudatum felszívódása tejinjectio után nem volt oly intensiv, mint a vaccina után. Sokszor kellemetlen volt az injectio helyén keletkezett reactio, akármennyire is ügyeltem arra, hogy beszűrás helyét úgy válasszam meg, hogy a nervus ischiadicus ne érjem: 2—4 napig tartó fájdalmas infiltratiót okozott, a melyet a beteg nem tűrt el szívesen. Ez az infiltratio azonban nyom nélkül tűnt el.

3. A *diphtheria- vagy normal-lóserum-injectiót* a kulcsalatti árokba adtam 5—10 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségben. *Rázóhideg vagy hőemelkedés ezt nem követte*, néhány óra múlva azonban kisebb-nagyobb hőcsökkenést észleltem acut és subacut esetekben. 24 óra múlva az injectio után az exsudatumnak jelentékeny felszívódását lehetett észlelni. A teljes felszívódás elérésére ezt is meg kellett ismételni 2—3-naponként. A beszűrás helyén alig okozott reactiv elváltozást, ritka esetben enyhe, fájdalommentes pirt.

(Folytatása következik.)

A „Csonttörések és ízületlővések különleges osztályá“-ból (Spezialabteilung für Knochenbrüche und Gelenkschüsse). Vezetőorvos: Böhler L. dr., tart. ezredorvos.

### A lábszártörés kezeléséről.

Irta: *Monzpart László dr. tart. főorvos.*

Az egyszerű, nem komplikált lábszártörések kezelése különféle lehet. Kiváló hívei vannak a nyújtó- és gipszkötésnek egyaránt. Mind a két módszerrel egyformán jó eredményt lehet elérni.

Másképpen áll a dolog a nyílt és súlyosan fertőzött lábszártörésekkel. Itt valamely húzókötésnek az alkalmazása a sebviszonyok miatt igen gyakran lehetetlen; ugyancsak a kiterjedt és erősen genyeredő sebek akadályozzák meg az ablakos gipszkötés feltevését is. Vannak azután esetek, a hol a sebviszonyok megengednék a húzó-, illetve gipszkötés alkalmazását és mégis szabadon kell hagynunk a lábszárat, hogy ellenőrizhessük a súlyosan fertőzött seb környékét és idejekorán meggátolhassuk a fertőzés tovaterjedését.

Talán e nehézségekben kell annak az okát keresnünk, hogy a gipsz- és húzókötés aránylag kis szerepet játszik a lábszártörés kezelésében, ellenben annál szélesebb körben terjedt el a sínkezelés. Csaknem minden kórháznak meg van a maga fából vagy drótból készült lábszár-sínje, a mit minden kötésváltáskor el kell távolítani, hogy az orvos kényelmesen hozzáférjen a sebhez. A sín eltávolítása gyakorlatlan személyzet mellett nagyon fájdalmas, de még begyakorolt segédek mellett is annyira megzavarhatja a seb nyugalma, hogy a sebesültek lázzal és rázóhideggel reagálnak. Alig nyugszik meg a seb, máris megint váltani kell a sebváladéktól átvédott kötést és megint jön a fájdalom, a láz, a rázóhideg. Minél magasabb a hőmérséklet, annál inkább kutat az orvos az ok után, ez megint csak megtekintés, illetve kötésváltás útján történik. Minthogy a gyakori kötésváltás és megtekintés ellenére a láz továbbra is fennáll, műtetre kerül a sebesült és előbb a befertőzött csontszilánkok lesznek eltávolítva, ha pedig ez sem segít, akkor mint életmentő műtét előkerül a csonkolás.

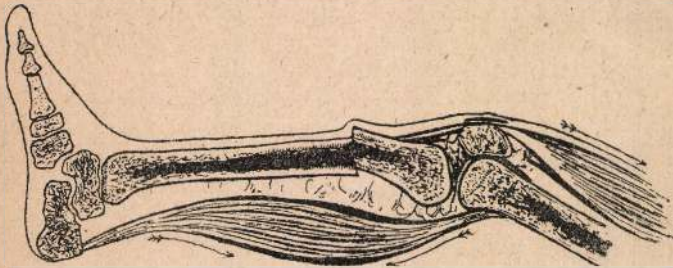
A sínkezelés tehát nem adja meg a lábszártörés kezelésekor kívánt nyugalma. A kötésváltás alkalmával nyugalmi helyzetükből elmozdított éles csontszilánkok megsértik a természetállította védelmi zónát, vérzéseket okoznak; a nyirok- és véráramba préselt bacteriumok pedig kárt idéznek elő.

Feladatunk tehát a súlyosan sebesült lábszárat olyan nyugalmi helyzetbe hozni, melyet a kezelés egész tartama alatt nem kell megváltoztatni.

E célból a lábszárat *Braun-szánkóra* (Münch. Med. Wochenschr., 1916, 39. sz.) helyezük és ezzel elérjük, hogy a 40°-ra behajlított térd mellett a lábszár hajlító- és feszítőizmai egyensúlyban vannak, egyik csoport sincsen a másik rovására összehúzódva vagy meghosszabbodva. De a *Braun-szánkó* a mellett, hogy megoldja a lábszár izomegyensúlyi

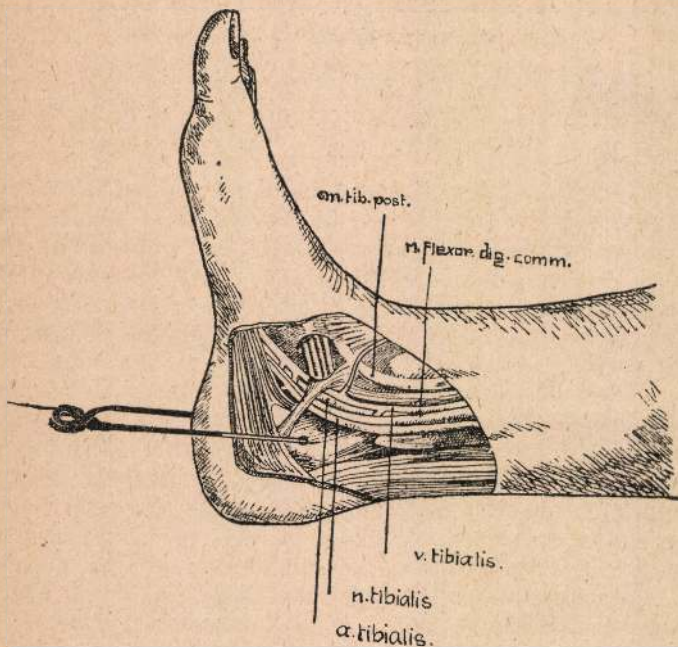
helyzetét, még kitűnő szint is nyújt és a sebesült végtagot állandóan felpolczolva tartja.

A szánkóra helyezett végtag a különböző dislocatiók folytán nagy eltorzulást mutathat. A rövidülés ritkán haladja meg a 3—4 cm.-t, rendes körülmények között csak 1—2 cm.



1. ábra. Typusos tengelyeltorzulás, a quadricepsnek a proximalis törésvégre való húzóhatása, továbbá a gastrocnemius és soleus megrövidülése következtében.

Sokkal szembetűnőbb a tengelyállás megváltozása (dislocatio ad axim). A valgus-, illetve varus-állás a trauma hatása alatt, vagy a helytelen kötés következtében jön létre, tehát esetenként változó. Ezekkel szemben nagyon gyakori



2. ábra. (Zuckerhandl: Atlas d. topographischen Anatomie.) A kapocs elhelyezése a belső boka alatt.

és az izmok mechanikai hatásával magyarázható a tibiának előrefelé tompa szögben való kicsúcsosodása. (1. ábra.)

A quadriceps húzóhatást gyakorol a patella, illetve a ligamentum patellae közvetítésével a proximalis törésvégre. Teljesen kiegyenesített térden ez a húzóhatás nem érvényesülhet, ellenben 40°-ra behajlított térdizület mellett, mint a hogy a Braun-szánkón fekszik a végtag, csaknem mindig észlelhető ez a dislocatio. Minél erőteljesebben húzódik össze a gastrocnemius és soleus, annál nagyobb a lábszár megrövidülése és annál kifejezettebb ez az előreirányuló tengelyeltérés.

A dislocatio ad peripheriam a trauma, illetve a helytelen kötés következménye; mint nagyon könnyen leküzdhető eltorzulás, alig jön számításba.

A fent vázolt dislocatiók kiegyenlítése következőképpen történik: A calcaneusba elhelyezett Schmerz-kapoccsal a lábszár rövidülését szüntetjük meg; de a kapocs a ráakasztott súly húzóhatásával a legtöbb esetben kiegyenlíti a valgus-, illetve varus-állást is.

A kapocs elhelyezésekor tekintettel kell lennünk a bokacsontok alatt futó fontos in-, ér- és ideg-pályákra, a melyeket minden körülmények közt ki kell kerülnünk. Ha a külső és belső boka alsó szélétől le és hátra két harántujnyira a

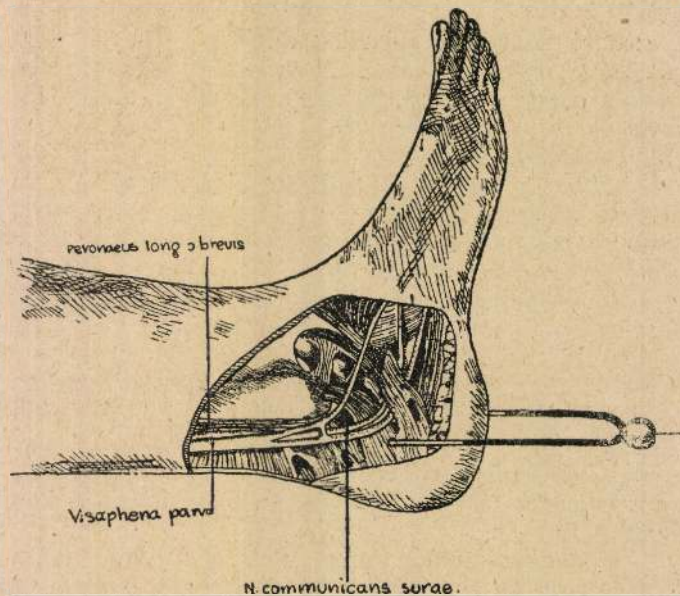
megnedvesített bőrt lapispálczikával érintjük meg, azután jodtincturával kenjük be, akkor a lapissal megjelölt helyeken egy-egy fehér, jodezüst pont tűnik elő. A minden rétegre kiterjedő novocainérzéstelenítés után, ezeken a pontokon szúrjuk be a kapocs szárait. Medialis oldalon a kapocshoz legközelebb (2. ábra) fekszik a nervus tibialis, a venae et art. tibiales post.

A külső boka alatt (3. ábra) a v. saphena parva, a n. suralis, de különösen a peroneusok inai azok a képletek, melyeket a kapocs elhelyezésekor kerülni kell.

Jó tájékoztató pont a kapocs elhelyezésekor a belső boka alatt tapintható tibialis-pulsus, ezt azonban a rendszeren jelenlévő vizenyő gyakran eltakarja.

A sarokcsontba elhelyezett kapocs szárai köré mastisollal itatott vattát helyezünk, hogy a kicsiny sebeket megvédjük a fertőzéstől.

A kapocs elhelyezése kellő érzéstelenítés után teljesen fájdalomtalan, de a novocainhatás megszűntével még körülbelül egy-két napig panaszokodik a sebesült. Ezeket a fájdalmakat egy a bokára alkalmazott hidegvizes borogatás, egy aspirin kedvezően befolyásolja, de teljesen nem szünteti meg. Az első, illetve második nap elmúltával minden fájdalom megszűnik.



3. ábra. (Zuckerhandl: Atlas d. topographischen Anatomie.) A kapocs elhelyezési pontja a külső boka alatt.

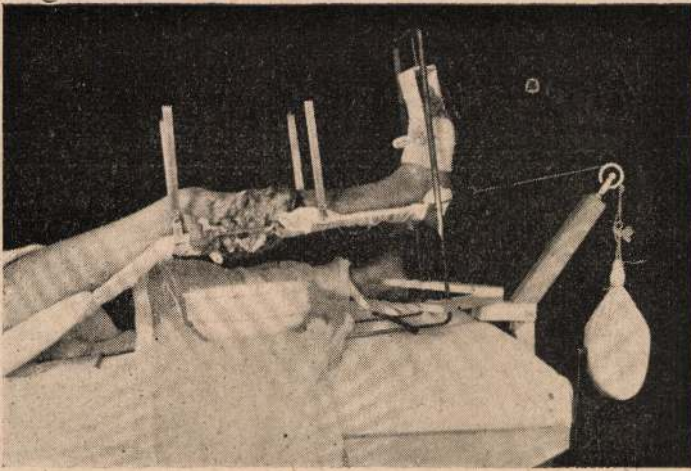
A kapocot pár órával az elhelyezése után már meglehetősen terhelni. Mi rendszeren három kilogrammot akasztunk rá és csak ritkán vagyunk kénytelenek a továbbra is fennálló rövidülés miatt a súlyt növelni. Ha a kapocs húzóhatása nem egyenlítően ki a rövidüléssel együtt a varus-, illetve valgus-állást, akkor oldalsó húzást is alkalmazunk. Itt éppenséggel kicsiny súlyokra van szükségünk, 1/2—1 kilogramm mindig elégséges.

A quadriceps, a soleus és gastrocnemius okozta dislocatiót (1. ábra) részint a kapocs húzóhatása győzi le, megnyújtva a gastrocnemius és soleust, másrészt azonban még más segédeszközhöz is kell folyamodnunk. A proximalis törésvég kitérés irányát követni kell a distalis törésvéggel. Tehát emelni kell a lábfejet és ebben a helyzetben felfüggeszteni vagy alátámasztani. Az alátámasztás kicsiny vatta- vagy fagyapotpárnákkal történik, de nem ajánlható, mert a hosszú ideig tartó nyomás decubitust idéz elő a sarkon és az Achilles-in felett. Ha ellenben a húzókötések mintájára egy 6—7 cm. széles szalagot erősítünk mastysollal a láb talp- és hátoldalára és ennél fogva függesztjük fel a lábat (4. ábra), akkor a sebesült sohasem panaszokodik a sarkára, egyszersmind a lábfej magasba emelésével a fent említett dislocatiót is kiegyenlítettük.

Ugyancsak e függesztőszalaggal rotáljuk ki-, illetve befelé a lábszárat és így a dislocatio ad peripheriam is eltűnik.

A Schmerz-kapocsra akasztott súly mint húzás, a ferde síkra fektetett czomb, továbbá a test súlya mint ellenhúzás és a felfüggesztéssel rögzített lábfej együttesen abszolút nyugalmi helyzetet biztosítanak a sebesült lábszárnak; e mellett lassan és minden fájdalom nélkül, tökéletesen reponálják a törésvégeket. Röntgen-ellenőrzésre a kezelés alatt nincs szükségünk, hiszen meztelenül fekszik előttünk a lábszár, naponta összehasonlíthatjuk az egészséges oldalival és a felületesen fekvő libiának minden kisérték eltolódása is szemünkbe ötlük.

Most pedig áttérek a nyílt és súlyosan inficiált lábszártöréskezelésnek talán legfontosabb részére: a sebkezelésre.



4. ábra. A képen jól látható a Braun-szánkó a ráerősített kengyelekkel ezekre borul a moszkító-háló, hogy védje a sebet a legyektől. Az ablak alatt van a genytál elhelyezve. Jól látható a felfüggesztett lábfej, míg a sarokcsontban elhelyezett kapocs összefolyik a háttérrel.

A Braun-szánkóra polczolt és kinyújtott lábszár teljes nyugalomban van. Hogy ezt a nyugalmat a kötészváltoztatással járó legcsekélyebb mozgástól is megóvjuk, a sebek megfelelő helyen ablakot nyitunk a szánkón; az ablak alá genytálat helyezünk, a sebet nyitva kezeljük. (4. ábra.)

Csak nagyon ritkán történik meg, még pedig kifejezett phlegmone esetében, hogy a sebesültet mindjárt a megérkezése után megoperáljuk. A legtöbb lázas sebesültön a láz oka a nyugalomhiány, a szállítással járó sebizalom, és ez a láz a fentebb leírt kezelés mellett műtéti beavatkozás nélkül is alábbhagy néhány nap alatt. Ha aztán mégis műtetre kerül a sebesült, akkor a csontszilánkokat, csontdarabokat kímélni kell. Csupán a csonthártától teljesen megfosztott részleteket szabad eltávolítani; minden más, a környező szövetekkel összefüggő csontdarab a helyén marad, hogy részt vegyen az új callus képzésében. Ezeknek a csontdarabkáknak egy része természetesen elhal, lelekedik és a sebesülés után 6–8 hétre végzett sequestrotomiánál eltávolíttatik. A nyíltan kezelt sebeket úgy védjük meg a legyektől, hogy a szánkóra magas kengyeleket erősítünk (4. ábra), erre borul rá a moszkítóháló, mely egyúttal a genycsészét is körülveszi.

A szánkón készített ablak olyan keskeny legyen, a mennyire azt a sebviszonyok megengedik. A széles ablakoknál — súlyosan fertőzött esetekben — hatalmas ablak-oedemák képződhetnek és a gyuladás esetén amúgy is csökkent nedvkeringést a lágyrészekbe mélyen bevágó ablak-szélek még jobban akadályozzák. Ilyenkor az ablakot kisebbiteni vagy zárni kell.

A bőrre száradt genyet hetenként egy-kétszer tisztítjuk le, míg a sebmélyedésekben pangó genyotcsákat naponta, vagy minden második nap törülkövel itatjuk fel.

Ha a szánkó a genytől bepizskolódik, akkor nem cseréljük ki, mert ezzel éppen úgy megzavarnánk a seb nyugalmát, mint sínváltással, ezenkívül a megmozgatott kapocs még tetemes fájdalmat is okozna a sebesültnek. A genyet törülkövel felitatjuk a szánkáról, a genyfoltot pedig Böhler

szerint bórsav-porral hintjük be. A finomra tört bórsav nemcsak a betegre kellemetlen nedvességérzetet szünteti meg, hanem szagtalanít is.

A fentebb vázolt sebkezelés mellett a láz hamarosan a normalisra száll, a seb bámulatos gyorsan tisztul, az infectio tovaterjedése megszűnik. A sebkörnyék hyperaemiás és infiltrált bőre hamarosan visszanyeri egészséges színét és a duzzadság gyors visszafejlődése miatt ráncokat kap. A kezeléssel megállított phlegmone itt-ott a seb környékén már beolvashat a hőralatti vagy izom-közötti kötőszövetet, e kicsiny tályogok viszont enyhe esti hőemelkedést okozhatnak, a mely a tályog megnyitása után megszűnik.

A harmadik fontos tényező a lábszártörés-kezeléskor, hogy már a csont- és lágyrészygyulás idején gondoljunk a töréstől proximal és distal fekvő ízületeket. A tapasztalat azt mutatja, hogy a csípőizület még gondozás nélkül sem merevedik meg a lábszártörés következtében. A térdizület csak magas lábszártörés eseteiben van veszélyeztetve, ilyenkor hamarosan lehet alkalmazni a Payr ajánlotta patella-massaget. A csípő- és térdizülettel ellentétben minden lábszártörés esetén nagy gondot kell fordítanunk a bokaizületre. A kóros helyzetben való megmerevedést, a mozgékonyosság nagyfokú csökkenését leggyakrabban a bokaizületen látjuk. A felfüggesztéssel (4. ábra) megakadályozzuk egyszer és mindenkorra, hogy a lábfej kóros helyzetet vehessen fel. A sebesültet mindjárt az első láztalan napokban felszólítjuk, hogy mozgassa a lábujjait. Eleinte kicsinyek ezek a mozgások, később mind erőteljesebbek lesznek és csakhamar a bokáját is tudja mozgatni a sebesült.

E mozgásoknak egy másik nagy előnye, hogy a sebekben láthatóan mozgó izmok nem nőnek össze egymással és a környezettel, hogy a sebeket borító hegek csak lazán függenek össze az alattuk fekvő szövetekkel és puha, nyomásra fájdalomtalan, az izommozgást nem gátló képződmények maradnak.

Mikor a gyuladás lezajlott és a lábszár visszanyerte normalis térfogatát, mikor a csont már annyira összeforradt, hogy a sebesült active felemeli a lábát, akkor eltávolítjuk a kapcsot és gipszkötést adunk. Az időközben rendes mozgékonyságúvá lett bokaizületnek már nem árt, ha pár hétig nyugalomba is helyezzük.

A gipszkötést párnázás nélkül, közvetlenül a bőrre adjuk és ennek dacára sem fordul elő, hogy a sebesült valamelyes nyomásról panaszkodnék, hogy a kötés eltávolításakor felfekvést észlelnék. A gipszkötést minden három héten váltjuk. Zárt törés eseteiben rendszeren elegendő az első gipsz; nyílt, súlyos csontelváltozást szenvedett törés esetén néha három-négy gipszet kell készítenünk, míg a csont összeforrad.

A fent vázolt módon kezeltünk mi 52 sebesültet. Ezek közül 11 gránát, 2 shrapnell, 19 fegyvergolyó, 3 akna, 2 lavinaszerencsétlenség, 4 zuhanás és 11 különféle okok folytán szenvedett nyílt lábszártörést.

Egy sebesültünk tetanusban halt meg.

*Senkit sem amputáltunk!*

Az 51 sebesült gyógyulási ideje: 4996 nap, az átlagos gyógytartam tehát 98 nap. Ha azonban leszámítjuk a különösen súlyos eseteket, melyekben nem annyira a csont, mint inkább a lágyrészek nagykiterjedelmű sérülése hátráltatta a gyógyulást: 7 sebesültet 1750 ápolási nappal, akkor a többi 44 sebesültre már csak 3246 nap esik, az egyesre pedig 74 nap.

Az 51 sebesültön 21 esetben történt műtéti beavatkozás: tízen tályogmegnyitás, 11 esetben sequestrotomia.

Az 51 eset összcsoportosítása 3 cm.: egy esetben 2 cm., egy másik esetben 1 cm. rövidülés.

A kezelés után 15 esetben az izületi mozgékonyosság csökkenését láttuk: 4 esetben a térd és boka együttesen (a térd csak 90°-ig hajlítható, a bokák mozgékonyága körülbelül 30°), 9 esetben csak a boka van érintve (ezekben az

activ mozgékonyság 20—40° közt változik), 2 esetben a térd hajlíthatósága 90°, illetve 50°.

A sebesültek közül 19-et fistulával küldtünk a mögöttes országrészbe.

**Irodalom.** De Quervain: Kurzgefasste Lehre von d. Knochenbrüchen. — Bruns, Garré, Küttner: Handbuch d. praktischen Chirurgie. — Hoffa: Fracturen und Luxationen. — Böhler dr. magyarázatai a betegágyánál.

Közlemény az Új Szent János-kórház elmebeteg-osztályáról.  
(Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.)

## A serologia a gyakorlati pszichiatriában.

Irta: Weiss Ármin dr.

Az orvostudománynak talán alig van még egy szaka, a mely oly nagy fejlődést ért volna el az utolsó évtizedben, s akkora gyakorlati fontosságra tett volna szert, mint a serologia, úgyannyira, hogy a gyakorló orvosnak is lépten-nyomon segítségére van, sőt talán ma már meg sem lehet nélküle. A gyakorlati orvostudományok minden szakában úgyszólván napról-napra fejlődni látszik a serologia, s minduntalan új meg újabb eszközök mutatkoznak be, gyakran talán az orvostudomány kárára, mert nem egyszer új kórokozót vélnek felfedezni a kutatók, s ennek következménye, hogy új terapiát akarnak bevezetni a gyakorlatba, minden későbbi eredmény nélkül, a bevált régiek eljárások mellőzésével.

A pszichiatriában ott áll ma is a serologia nagyjából — legalább gyakorlati szempontból —, ahol állott ezelőtt egy évtizeddel, a mikor a complementum-kötést a Wassermann-reactio alakjában bevezették a gyakorlati orvostudomány körébe, pedig mily haladást mutat az utóbbi két-három esztendőben csak maga az immunitas-tan. Habár kétségtelen, hogy a pszichiatriában is történtek kísérletek, a melyek szélesebb alpra akarták helyezni a serologia gyakorlati értékesítését, sajnos, számbavehető eredményre e kísérletek nem vezettek; épp így nem lehet gyakorlati jelentőséget tulajdonítani a pszichiatriában azon kísérleteknek s reakcióknak sem, a melyek más orvosi szakokban meghonosodtak és gyakorlati értékkel bírnak. Így talán az Abderhalden-reactio is, mely kezdetben némely eredménnyel kecsegtette a szakmabelieket, ma — legalább egyelőre — inkább csak történelmi vagy legfeljebb elméleti jelentőségre tarthat számot.

Igaz, hogy alig van orvostudományi szak, a melyben oly szűk tere lenne a kísérleti természettudománynak, mint az elmeorvoslásban, mert a megbetegedések jó részében, már természetük és aetiologiájuk folytán is, csaknem bizonyosra vehető, hogy meddő volna minden serologiai kísérlet, mert a jelenkori kórtani felfogás szerint a tisztán functionális ideg- vagy elmebántalmakban (kedélybetegségek) a kórokozónak vagy a kórlényegnek keresése a serumban vagy bármely se-, illetve excretumban eredményre nem vezetne. Épp így ama kísérleteknek sem tulajdonítható nagyobb jelentőség, melyek eredménye szerint egyik-másik neurosisban vagy psychosisban a serum alvadésképesége csökkent vagy megnagyobbodott, s alig fog pszichiater akadni, a ki a serum villanyos vezetőképességének avagy viscositásának fokát figyelembe venné gyakorlatában. Ezek után érthető, hogy a complementum-kötést — mint egyetlen gyakorlati fontosságú és jelentőségű serologiai reakciót — a pszichiatriával foglalkozó orvos ad maximum igénybe veszi a diagnosis és prognosis felállításakor, valamint a therapia keresztülvitelkor is.

A complementum-kötési reactio a pszichiatriában kizárólag a lueses idegrendszerbeli megbetegedésekben jöhet számításba. Azon észleléseket, a melyek szerint sclerosis multiplex, alkoholos psychosis, epilepsia stb. általában idegrendszerbeli vagy agyi megbetegedések eseteiben a Wassermann-reactió pozitívnak találták, mi tagadásba vesszük, amennyiben több esetünk közül egy sem erősíti meg ezen eredmények reális voltát. Igaz ugyan, hogy a lueses alkoholista nem tartozik a ritkaságok közé és osztályunkon is ápolgatott

positiv Wassermann-reactiót adó maniás, epilepsiás vagy praecoxos beteg, de anamnesisükben a lues kimutatható volt. Már csak az így közbevetőleg említett példákban is kiviláglik, hogy az elme- vagy ideggyógyászatban egyedül a vér serologiai vizsgálatának eredményéből következtetést nem vonhatunk, hanem a liquor cerebrospinalis vizsgálata is szükséges, nehogy a Wassermann-reactio téves conclusióra vezessen. Természetesnek tartjuk, hogy a liquor quantitativ vizsgálata is elvégeztessék minden esetben fehérjére és lymphocytákra nézve, annál inkább, mert az újabb vizsgálatok szerint a lues II., sőt I. szakában is adja a liquor mintegy 3—4%-ban a positiv complementum-kötést.

A vér Wassermann-reactiója egyáltalán nem ad útmutatást a lues localisatiójára nézve, igaz, hogy a liquoré is csak nagyobb vonásokban mutat az esetleges laesio helyére, de a klinikai tünetek mellett hasznosítható gyakorlatunkban. Az eddig közzétett statisztikák többé-kevésbé eltérnek arra nézve, hogy dementia paralytica, tabes, lues cerebrospinalis, valamint a lues cerebri eseteiben a complementum-kötés hogyan viselkedik a kezelés előtt, a therapiás beavatkozás után, s mily következtetést vonhatunk a prognosisra nézve, vagy hogy irányadó lehet-e a Wassermann-reactio positiv avagy negativ volta a kezelés menetére.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a lueses elmebántalmak kórképe és talán lefolyása is egyforma, akár kezelték a lueses beteget luesének megszerzésekor, akár nem. Nagyon nagy ama paralytikus és tabeses betegek száma, a kik alávetették magukat annak idején a megfelelő antilueses kúrának és mégis hat-nyolcz év multán utolérte őket a végzet, s így talán jogos az a feltevésünk, hogy az idegrendszerbeli elváltozások az előzetesen akár kénesővel, akár salvarsannal kezelt egyéneken nem mutatkoznak később, mint a nem kezeltéken. Ha pedig az annak idején specifikusan kezelt beteg seruma nem adta a complementum-kötést (már pedig sok paralytikusunk dicsekedett annak idején negativ Wassermann-lelettel), akkor érthető az a feltevésünk, hogy a Wassermann-reactio és a syphilis fennállása és lefolyása között sem lehet teljes párhuzamot vonni. Igaz, hogy vannak egyes szerzők (Blaschko), a kiknek állítása szerint a paralytikusok a „Wassermann-fest“-serummal rendelkezők sorából kerülnek ki; de a ki látja a paralytikusok mai nagy számát s azok jelenlegi pár év előtti serologiai leletét, az könnyen meggyőződhetik Blaschko állításának téves voltáról.

A fentiek után felvetődik a kérdés, hogy a complementum-kötés mily értékkel bír diagnostikai és prognostico-therapiás szempontból. Természetes, hogy az eredmények a vérserumnak és a lumbal punctiók folyadékának Nonne által kezdeményezett párhuzamos vizsgálatából adódnak, melyeket kiegészíthetünk a Hauptmann-féle kiértékeléses complementum-kötési reakcióval, valamint a punctiók folyadék qualitativ vizsgálatával. A Kaup-féle módosítás, habár érzenyebb, mint az eredeti Wassermann-reactio, a pszichiater előtt nem jöhet számításba, minthogy a vizsgálatok eredménye szerint a „kérdéses“ esetek száma körülbelül megegyezik annyi, mint az eredeti eljárás szerint végzett kísérletekben.

Diagnostikai szempontból vizsgálva a complementum-kötést, arra az eredményre jutunk, hogy kétségtelenül értékes segédeszköz áll a Wassermann-reactióban a pszichiater rendelkezésére a diagnosis felállításában, de nagyon éles kritikára van szükség e reactio hasznosításakor. A statisztikák szerint a lueses elmebántalmakban a vér 80—90%-ban ad positiv Wassermann-reactiót, így érthető az az esetek, hogy egy-egy paralytikusnak úgy a vérével, mint a liquorjával negativ a serologiai lelet, s ezen esetekben csak a liquor qualitativ vizsgálatának esetleges positiv eredménye adhat helyes felvilágosítást serologiai szempontból. Azt sem lehet állítani, mintha az egyes syphilitikus idegrendszerbeli megbetegedésekben biztos alapot nyújtana a complementum-kötés az esetek differentialis diagnostikájában, a mi pedig fontos lenne prognostikai szempontból. Természetes, hogy a vizsgálók törekvése oda irányul, hogy a Wassermann-reactiót minél jobban kihasználhassák az orvostudomány javára, úgy

hogy a diagnosis és prognosis felállítása, valamint a therapia folytatása tekintetében megbízható útmutatóul szolgáljon. Az első közlemények alapján a psychiaterek egy része elfogadta a fentemlített három cél irányadójaul, de csakhamar — mint sok természettudományi felfedezésnél — itt is csalódás ért bennünket. Ma már tudjuk, hogy a Wassermann-reactio sem nem elég specifikus, sem nem elég érzékeny arra, hogy biztos támpontul szolgálhasson. Az újabban leírt reakciók, mint a Lange-féle goldsol-reactio, a Séczi-féle oxydase és a Weil-Kafka-féle haemolysin-reactio a gyakorlatban nem tud eddigelé számottevő eredményt felmutatni. A complementum-kötéses reactio érzékenységét próbálták fokozni, de ezzel a specifikus volta vesztett s ennek folytán a kísérletek csak történelmi vagy elméleti értékkel bírhatnak (Wechselmann-féle baryumsulfatos, Herz-féle kaolinos módszer stb.). Osztályunkon a Hauptmann-módszattal kísérleteztünk; e reactio az „Auswertungs“-theorián alapszik, érzékenyebb, mint az eredeti Wassermann-reactio, a nélkül, hogy a specifikus volta szenvedne. Így e reactio gyakran használható gyakorlatilag is. De ismételhettük e helyütt is, hogy a Hauptmann-módszattal sem kaptunk egy esetben sem a nem metalueses idegrendszerbeli megbetegedésekben pozitív leletet.

A mi az itt-ott felbukkanó, minden kórtani alapot és minden specifikusságot nélkülöző szín- és colloid-reactiókat illeti, azok, a mely hirtelen feltűnnek, talán még gyorsabban tűnnek le; ugyanily sors érte a psychiatriában azon vizsgálokat is, a kik serologiai állatkísérletekkel próbálták diagnostikánkat fejleszteni. Az Ascoli-féle meiotagmin-reactio, mely realis kórtani alapon nyugszik, a psychiaterek részéről eddigelé nem használtott.

Ha a complementum-kötés a lueses idegrendszerbeli megbetegedésekben nem is biztos diagnostikai jel, elvitathatatlan, hogy igen értékes segédeszköz pozitív volta mellett (a negatív lelet kevésbé értékesíthető), ha a lueses eredetű psychosisok és az arteriosclerosisos dementia, az alkoholos pseudotabo-paralysis, a neurastheniás zavartság és néha-néha a posttraumás dementia között kell differentialis diagnosist tennünk. De azért nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy a maniaco-depressiv vagy a praecox dementia egyes ritkább esetei is utánozhatnak egy-egy metalueses idegrendszerbeli megbetegedést. Ily esetekben a pozitív liquor-lelet úgyszólván döntő jelentőségű nemcsak diagnostikai, hanem prognostikai és therapiás szempontból is.

Az elmekórtani diagnostica tehát hasznos és gyakran csaknem nélkülözhetetlen eszközt talál a serum és liquor serologiai vizsgálatában; mert ha a Wassermann-reactio nem is mondható teljesen specifikusnak, segítségünkre lehet a liquor qualitativ vizsgálata, a mely igen sok esetben már akkor jelzi a kóros állapotot, a mikor a klinikai tünetek még a legkezedetibb szaknak felelnek meg, vagy physikalis vizsgálo módszerekkel észre sem vehetők.

Mig a diagnostikában a serologia a fentebb kifejezett okok révén igen tekintélyes tényezővé lett, addig a therapia irányításában nagy szerephez nem jutott, még kevésbé magában a therapiában (immunisatiós kísérletek), a hol a kutatók minden kísérlete kudarcot vallott. A therapia irányításában annyiban jöhet számba, hogy a klinikai tünetek teljes figyelembevételével ceteris paribus útbaigazítással szolgálhat. Útmutatóul szolgálhat a Wassermann-reactio avagy a pozitív liquor-lelet, hogy mikor kezdjünk antilueses kúrát, de sohasem mutathatja meg a psychiaterek azt, hogy meddig folytassa azt, mert célunk csak a beteg gyógyítása, nem pedig a pozitív Wassermann-reactio eltüntetésének erőltetése, hiszen nem egy esetünk volt, hogy betegünk klinikailag gyógyult (lues cerebri), de a Wassermann-reactiója pozitív maradt; de ez nem is meglepő, mert más parasitás bántalmakban is találkozunk hasonló jelenséggel. Így a typhusból kigyógyult egyén seruma is adja az agglutinatiót. A kezelés tartamára sem lehet minden esetben irányadó a complementum-kötés pozitív vagy negatív volta, hanem figyelembe veendő elsősorban a klinikai tünetek s e mellett nem kevésbé fontos a beteg egyéni reactiója sem; mindig szigorúan individualizál-

nunk kell. Kifejezett klinikai tünetek mellett az esetleges negatív serodignostikai eredmény nem fog befolyásolni bennünket abban — ha a beteg testiállapota megengedi —, hogy a megfelelő antilueses kúrát megkezdjük.

A mint a diagnostikában, úgy a therapiában is a serologiai eredményt ne tekintjük többnek, mint tünetnek; egy symptomából pedig sohasem következtethetünk teljes bizonyossággal, éppen azért a pontos és lelkiismeretes klinikai megfigyelés és észlelés eredményeit ne engedjük sohasem elhomályosítani egy reactio positiv vagy negatív voltával. Ha megfigyeléseink következtetéseiben a logikai kórtani kapocs megvan, akkor ezen észlelések, nem pedig a serologiai vizsgálat eredménye lesz döntő.

A míg a diagnostikában és therapiánk irányításában a serologiat segédeszközüül használhatjuk a klinikai tünetek állandó szemmel tartása mellett, fokozottabb mértékben szükséges ezen elvek méltánylása, ha a prognostikában akarjuk használni a laboratoriumi vizsgálatok eredményét. Végtetes következtetésre juthat az, a kiti csak a serologia irányít prognosistának felállításakor; ily kórtani gondolkodás mellett érthetők a „gyógyult paralysis“-esetek.

Kérdés már most, hogy a serologiai reakciók pozitíven maradását avagy negatívvá válását miképpen értelmezzük, miképp értékesíthetjük és mily következtetést vonhatunk le belőle prognostikai szempontból? Ha a prognosist akár a beteg élettartamára, akár a lues gyógyulására, kifejlődött vagy kezdődő lueses ideg- és elmebántalmak lefolyására vonatkoztatjuk, akkor arra az eredményre kell jutnunk, hogy a serologia e tekintetben nem lehet irányadó, mert egyáltalán nem tudhatjuk, hogy meddig tarthat a Wassermann-reactiót illetőleg a negatív periodus. A pozitív complementum-kötést a klinikai tünetek mellett természetesen felhasználhatjuk s így prognosistunk szélesebb alapokon nyugszik.

A fentiekből láthatjuk, hogy a serologia a psychiatriában még kezdeti stadiumban van és hatalmas ága, az immunitásban, még ismeretlen gyakorlati szempontból az elmekórtanban. Kísérletek történtek minden irányban, de ezek csak a laboratoriumi casuistikát gyarapítottak, nem pedig a psychiater eszközeit és vizsgálo módszereit. De azért csüggedésre nincs ok, mert ha valahol, akkor a kísérleti orvos-tudományban is igaz, a mit Plato a politikáról mondott: a sietés a komoly tudománynak mostohaanyja.

## Tanulmány a pes valgo-planus mobilisnek betéttel való kezeléséről. Újfajta orthopaedbetét.

Irta: Fischer Ernő dr.

(Folytatás.)

### VII. A talpsülyedés kifejlődése.

Kétségtelen, hogy a talpsülyedés gyakran mint veleszületett elváltozás fordul elő.

Hoffa és Küstner újszülöttökön aránylag gyakorinak vélik ezen elváltozást; Spitzky azonban megállapította, hogy az újszülöttnak és a fiatal gyermeknek lába többnyire magas boltozatú és a hosszanti boltozat csak azért látszik kitöltöttnek, mivel a lágyrészek ott nagyon vastagok; azt is tapasztalta, hogy meztől járó gyermekeknél a lábboltozat sokkal hamarabb szilárdul meg, mint a cipőben járó gyermeknél. A természetben élő, meztől járó népeknek rendszerint klasszikusan szép lábuk van. Hogy a négereknek lapos talpuk volna, azt Herz czáfolta meg, a ki mint hajóorvos a hajófedélzeten figyelte meg a néger lábak ideális formájú lenyomatait. Hogy a néger láb laposnak látszik, annak oka az, hogy a négernek sarka aránylag erősen hátranyuló, a láb izomzata pedig igen erősen fejlett a lábikra-izomzathoz képest.

Az igazi pes valgo-planus staticus bekövetkezését nem ritkán látjuk már egészen fiatal (1—2 éves) gyermekeken is; ezen korban bizonyára elősegíti a talpsülyedés képződését azon körülmény, hogy a gyermeket nem engedik mászkálni, hanem túlkorán jártatják. Gyakori a megbetegedés jelentkezése a 8.—12. életévben, részben az iskolai álldogálás következtében. Ewald 600 gyermeknél, a kik 12 évesek voltak, a gyermekek  $\frac{3}{5}$ -énél kifejezett pes valgust,  $\frac{1}{3}$ -ánál kifejezett pes planust talált. A 18.—20. év tája a talpsülyedés keletke-

zésének leggyakoribb időpontja; ezen körülmény magyarázata főképen abban lehet, hogy ezen — életpályát kezdő — években rendszerint hirtelen növekednek a lábak teljesítő-képessége iránt való követelmények. Nagyon sok talpsülyedés fejlődik ki a katonaságnál eltöltött időben, az irrationalis állás- és járásstraining és a test túlságos megterhelése következtében. Nagy csoportja a megbetegedésnek a 28.—30. életév körül fejlődik ki, a mikor a testsúly növekszik, de az izom- és csontszövet ellenállása és rugalmassága már gyengül.

A megbetegedés egész complexumát az izominsufficienciára vezetjük vissza; mégis legjobban találó e kifejezés (*insufficiencia pedis, Schanz*) a megbetegedés kezdő szakára, azaz azon állapotra, a mikor a lábnak még igen jó a formája, még megterheléskor is, de a láb tartósabb állás és járás esetén már hamar fárad és fáj. Jele ez annak, hogy a láb csontjait a normalis helyzetbe emelő izmok már nem tudnak eleget tenni a rájuk háramló feladatnak, a bokaizületet normalis helyzetében és a láb boltozatait normalis állapotukban fentartani nem tudják, túlnyújtatnak, a bokaizület és a láb-boltozatok tartását a szalagokra és a csontok ütközésére kezdik áthárítani. Az *insufficiencia subjectiv tünetei előbb jelentkeznek, mint az anatómiai elváltozások*: ilyenkor ugyanis alig találunk a lábon elváltozást, Röntgen-vizsgálattal sem; ideális formájú lábak már okozhatnak tipusos sülyedéssel panaszokat. A subjectiv tünetek: hamar bekövetkező fáradás, húzó fájdalmak a talp mentén, a külboka táján, a lábszárbán, e panaszok rögtön megszűnése pihenéskor. Bár e tünetek kifejezettek szoktak lenni, a beteg ritkán kerül ezen stadiumban az orvoshoz, a mi pedig nagyon fontos volna, mert ekkor még helyes lábtartásra való szoktatással, megfelelő tornagyakorlatokkal és cipőviselettel a betegség kifejlődését sok esetben meg lehetne előzni; minden esetben pedig meg lehetne gátolni a rosszabbodást. *Be kell vallanunk, hogy az insufficiencia pedis körjelzése az orvosok között általában véve nincs kellő mértékben elterjedve*; azért e téren sok mulasztás történik.

*Lassankint azután, több apró vagy egy nagyobb túlterhelés folytán a tiszta insufficienciából kifejlődik a pes valgo-planus mobilis, az igazi „talpsülyedés“ állapota.* Az objectiv vizsgálat ezen állapot kezdeti szakában a következőket mutatja: megterhelés nélkül a láb formája még jó, a láb csontjainak egymáshoz való helyzete normalis; megterheléskor azonban a láb nagy változást szenved el: a sarokcsont és a talus valgus-helyzetbe jut (ezen valgus nagyságát az Achilles-in tengelye megtöretésének fokával mérhetjük), a hosszanti boltozatnak belső íve ledől és lesülyed, külső íve lelapul; a belső lábszél éri a talajt, a naviculare és a talusfej medialis része kiálló dudort alkot, a lábnak a Chopart-izülettől distalisan eső része abductióba és reflexióba jut. A külboka csúcsa előtt kis rugalmas bursa képződik. Egyidejűleg többnyire *hallux valgus* fejlődik ki; ennek következtében az I. metatarsusfej deformálódik, a cipőhöz odanyomatik, periostistist szenved el és azonfelül a bőr ezen a helyen könnyen meg is fagy. Az izominsufficiencia következtében, valamint fájdalommasság folytán a beteg tartózkodik a járástól: a venosus vér- és nyirokkeringés — a mely főleg az izomjáték által tartatik fenn — pang, varicositas és oedema keletkezik, hyperhydrosis áll be.

*Jellegzetesek a bőrkeményedések, tyúkszemek*: a kiss ujj dorsalis felszínén, a mely úgy képződik, hogy a kiss ujj a pathologikus pronatio következtében a cipő felső bőréhez nyomatik; a tuberositas ossis navicularének megfelelőleg, a hol a lesülyedt hosszanti boltozat a bőrt a talajhoz nyomja; a III. metatarsusfejnek megfelelőleg a talpon, a harántboltozat lesülyedése következtében. A rossz szabású cipő az V. ujjat varus-helyzetbe nyomja, a IV. ujj alá szorítja.

A különböző fájdalmas helyek következtében a láb nagyon érzékennyé válik, főleg a talpon, úgy hogy a beteg önkéntelenül is vastagtalpú cipőket készít; a cipész, nehogy a cipő nyomja az érzékeny lábat, mind nagyobb és puhább cipőt készít; a járás fájdalmakkal jár, rugalmatlan, vonzó jellegű.

*A fájdalmak meglehetősen tipusos helyeken jelentkeznek és a mobilis stadiumra jellegzetes, hogy pihenés után elmúlnak:*

1. Fájdalmak a talpon a hosszanti boltozat mentén a szalagtúlnyújtás következtében. 2. Fájdalmak a külboka alatt, okozva azon nyomás által, a melyet a külboka csúcsa a calcaneus oldalsó felszínére gyakorol. 3. Fájdalmak a lábháton, okozva a hosszanti boltozatot alkotó csontok dorsalisfel színeinek ütközése által. 4. Metatarsusfejfájdalom a harántboltozat sülyedése következtében. 5. Fájdalom a calcaneus talpi felszínének belső szélén, azáltal, hogy a csont ezen részlete (a mely normaliter megterhelésnél a talajt nem éri) a megterhelés elviselésére nem alkalmas. 6. Calcaneus-sarkantyuképződés a szalagok és izmok tapadási helyén, ez utóbbiaknak túlnyújtása folytán. 7. Fájdalmak a navicularen és a bőrkeményedések helyén. 8. Zsibbadás, erős fáradtság érzete a venosus vérkeringés és a nyirokkeringés pangása folytán. 9. Fájdalmak a lábszárbán és a térdizületben, főleg a medialis meniscus táján; a térdizületben esetleg savós ízületi ömledék is van jelen. 10. Fájdalmak az articulatio sacroiliaca táján, esetleg ischiadicus-fájdalmak.

Azon fájdalmak, a melyek reggel, azaz nyugalom után az első lépéseknél állnak be, az ízületi elváltozások kezdetét, néha pedig a fixatiós szakba való átmenetelt jelzik.

*A megbetegedés rosszabbodása folyamán a láb csontjai mind nagyobb mértékben szenvedik el a leírt eltulodásokat.* Bizonyos idő multán már meg nem terhelt állapotban sem mutatja a láb a normalis alakot, de kéznyomással a láb normalis alakja aránylag könnyen helyrehozható. Ezen stadiumban a Röntgen-vizsgálat megterhelés nélkül is a csontok olyan helyzetét mutatja, a minő a kevésbé előrehaladott eseteknél csak a megterhelés alatt észlelhető; megterhelés közben az ilyen lábon még rosszabb a csontok helyzete.

*Még későbbi stadiumban mind feltünőbbek a csontoknak azon elváltozásai, a melyek az abnormis egymáshoz való támaszkodás folytán keletkeznek: a malleolus lateralis csúcsa letompul, a talusfejen, a calcaneuson és a navicularen egyenetlenségek és exostosisok keletkeznek, a hosszanti boltozatot alkotó csontok dorsalis részletei a rájuk nehezedő testsúly folytán nyomási atrophiat szenvednek el.*

A megbetegedés továbbfejlődése folyamán a csontok deformációja és eltulodott helyzetben való fixatiója mind nagyobb lesz, a lábarchitekturának valóságos decompositiója következik be; a megbetegedés ezen stadiumának tárgyalása már nem esik e tanulmány keretébe.

#### VIII. *Pes valgo-planus contractus.*

A pes valgo-planus mobilisnek néha korai, néha kifejlettebb stadiumában szokott bekövetkezni azon állapot, a melynek lényege a túlterhelt és túlnyújtott izmoknak görcse, és a melyet pes valgo-planus contractusnak nevezünk.

Sok beteg éppen ezen állapot miatt, a mely erős fájdalommal és munkaképtelenséggel jár, keresi fel az orvost.

*Gossetin* e megbetegedés primaer okául ostitist akart bizonyítani: *Lorinser* (1862) a csontok dyskrasiás gyuladását tétélezte fel. De nemcsak régi orvosok voltak kétségben a pes valgo-planus contractus okát illetőleg; ma is sokszor előfordul, hogy ezen állapotot nem ismerik fel helyesen.

*Roser* utalt először arra, hogy a lábizomzat ezen önkéntelen összehúzódása hasonlít a csípőizületnek coxitisnél bekövetkező rögzítéséhez; *Hueter* és *König* szerint is ugyanazon jelentőségű a contractura, mint azon contracturák, a melyek ízületi loboknál az izomzat által hoztatnak létre; *Volkman* szerint a talpsülyedés okozta fájdalom reflectorice hat a motoros izomidegekre és spasmosus contracturát okoz.

*A láb, hogy a ránehezés és járás okozta fájdalmak elkerültsenek, az izmok contractiója által rögzítetik. A folyton megújuló járási insultusok következtében a contractio állandósul és görcsös állapotba megy át, a mely különböző intenzitású és tartamú lehet. Ezen görcsös állapot nem is minden esetben következik be: néha rendkívül heves fájdalom van jelen, a mely csak hosszas fektetés után szűnik meg és újból előáll, mihelyt a láb a kellő orthopaediai támas nélkül megterheltetik; máskor csak könnyebb és múló fájdalom állapot van jelen és minden feltünőbb contractiós állapot nélkül kifejlődhetik akár a legsúlyosabb lúdtalp is.*



Ezen complexumhoz tartozik még a napjainkban sokat vitatott metatarsalgia, lábdaganat (Fussgeschwulst), metatarsusfractura (Marschfraktur) kórképe is.

E megbetegedés tüneteit *Breithaupt* már 1885-ben kitűnően jellemezte: erős menetelés közben a katona fájdalmat érez a lábban; egyesek úgy érzik, mintha kövecske ment volna a cipőbe, mások; mintha hegyes köre léptek volna. Kilépnék a sorból, levetik a cipőt és a metatarso-phalangealis ízületeket mozgatják, tapogatják. Ha pár napra lefekhetnek, gyógyul a dolog; de ha kénytelenek tovább menetelni, a III. vagy IV. metatarsusfejnél heves fájdalom jelentkezik, e hely körül oedemás duzzanat áll be, a mely lassankint felfelé terjed. 21 évvel később *Morton* írta le ugyanezen betegséget, róla az angolok *Mortons toe* névvel nevezik ma is. Tünetei: oedema; jellegzetes nyomási fájdalom a II.—IV. metatarsus valamelyikén direct nyomásnál, vagy az ujj húzására, mozgatására. Törés nem minden esetben van jelen; néha csak finom repedés van, a melynek jelenlétét később a Röntgen csak a callusból mutatja ki. De tapasztalhattam viszont azt is, hogy a periostalis csontfelrakódás törés és repedés nélkül is bekövetkezhet.

A megbetegedés lényegének *Pausat* a III., ritkábban a III. és IV. metatarsus diaphysén levő periostitist tartja. *Stechow* több esetben kétségtelen metatarsustörést állapított meg. *Kirschner* és *Thiele* mindig törésnek tartják a megbetegedést. *Blecher* észlelte elsőnek a metatarsusok periostalis megvastagodását. *Thalwitzer* szerint: a láb legördítése esetén a testsúly a metatarsusfejekre nehezedik és azokat széjjelnyomja, ezzel a musc. interossei vöngáltatnak; megerőltető menetelkor a nagyfokú vöngálás következtében ezen izmok tapadási helyein kis vérzések, periostbeszakadások, periostitis, oedema keletkezik.

*Jansen* szerint — és tapasztalataim alapján ezen nézethez kell csatlakoznom — ezen megbetegedésben elsődleges a musc. interossei görcse, a mely azután circulatoriós zavart okoz a spatium interosseumban és periostitist a csontokon. A görcs oka: túlfáradás, a mi főleg súlyedéssel könnyen áll be. Így a metatarsalgia és a lábdaganat részjelensége a lábsúlyedésnek.

A pes valgo-planus contractus kezelése: a görcsös állapotot abszolút pihenéssel, borogatással, fürdővel gyógyítandó; a massagetól tartózkodjunk. Ritkán fogunk oly makacs esettel találkozni, a melyben ezen kezeléssel célzott nem érünk és 1—2 hétre rögzítő kötést kell adnunk. A görcsös állapot elmúlt után adjunk orthopaed-betétet és egyébként is úgy kezeljük az esetet, mint a többi mobilis talpsúlyedést.

Meg kell itt említenem ama jelenségeket, a melyek a mobilis állapotnak rendszeren még korai stadiumában nem ritkán észlelhetők: az *activ korrekciós jelenségeket*. Ilyen: a lábknak önkéntelen befelé forgatása és adductiója (*Duncker*); kétségtelen, hogy ezen elhelyezkedéssel a láb védekezik a kóros valgus, a kóros abductio és a boltozatok súlyedése ellen; vannak esetek, a mikor ez uton csakugyan javulás, sőt gyógyulás következik be; többnyire azonban ezen *activ és önkéntelen correctio* elégtelen és a talpsúlyedés bekövetkezését nem tudja meggátolni. *Activ correctiós jelenségnek lehet tartani a kalapácsujj (Hammerzehe) keletkezését is*: a lábujjak, főleg az I. vagy II., a lábboltozatok tehermentesítése céljából önkéntelenül erősen behajlítottak és görcsösen a talajhoz szorítottak; ebből flexiós contractura keletkezik.

#### IX. Az orthopaed-betét.

Alig remélhető a megbetegedésnek még legkezdetibb stadiumában is, hogy a gyengülésnek induló izmok kellő tornagyakorlatok s a járás és a cipőviselet reformjának segítségével annyira megerősödnek, hogy a talpsúlyedés nem fejlődik ki.

Azért van ez, mert az izmoknak kellő gyakorlása a betegnek egész napját elfoglalná, a mi alig kivihető. Így az ideális therapia helyett kénytelenek vagyunk rativialis therapiát követni, azaz orthopaed támaszt adni, kezdődő izomsufficiencia esetében is. A talpsúlyedésnek kifejezett esetében betét nélkül eredményt elérni még a legradikálisabb medicomechanikai eljárással sem lehet.

A betét tulajdonképpen portatív orthopaed segédeszköz, a mely megadja a lehetőséget a túlnyújtott, insufficiens izmoknak arra, hogy normalis hosszúságukra térjenek vissza. A jó betét a lábat nem gyengíti, az izmoknak munkáját nem teszi feleslegessé, sőt — a járás lehetővé tétele által — az izmozatot erősíti; betegek, a kik éveken át viseltek jó betétet, visszanyerik lábuk normalis csontalkatát és structuráját. A be-

tét a tornát nem teszi feleslegessé, a két factor csak együttesen tud javulást eredményezni.

*Mit kívánunk egy orthopaed-betétől pes valgo-planus mobilis esetében?*

*Azt kell kívánunk az orthopaed-betétől, hogy segélyével a pes valgo-planus mobilis csontjai megterheléskor annyira normalis helyzetet foglaljanak el, a mennyire normalis helyzet azok a megterhelés nélkül maguktól is elfoglalnak, vagy a mennyire passiv alakítással a normalist megközelítő helyzetbe hozhatók.* Ehhez szükséges, hogy a betét

1. a valgítást szüntesse meg;
2. gátolja meg a calcaneus súlyedését;
3. a hosszanti boltozat domborulatát ne engedje a megterheléskor súlyedni;
4. ne engedje bekövetkezni a láb elülső részének pathologiás abductióját;
5. szüntesse meg a láb harántboltozatának súlyedését és a metatarsusfejek szétterülését;
6. engedje a lábat elől a normalis támaszpontokra nehezedni;
7. ne legyen rugalmas, azaz ne engedjen éppen megterheléskor;
8. anyaga legyen könnyű, tartós és tisztítható;
9. álljon szilárdan a lábon, azaz a láb a betétről le ne csúszhasson;
10. legyen a cipőtől független.

*Mindezen követelményeknek teljes mértékben megfelelően nagyon nehéz.* *Lorenz* azt mondja: „Wir sind der Überzeugung, dass man einen eingesunkenen Fussbogen wieder aufzurichten niemals im Stande ist“. *Schede* szerint a betét követelményeinek megfelelni, „ist in sehr viel Fällen durchaus nicht einfach. Die Einlagenbehandlung erfordert strenges Individualisieren, unermüdete Sorgfalt und ärztliches Denken“.

„Viele Plattfüsse, auch anscheinend leichte, trotzen jeder Therapie.“

A nehézségeket csak az értheti meg igazán, a ki kísérleteket tesz arra, hogy a fenti követelményeknek megfelelni tudó betéteket szerkesszen; ha végignézzük az eddigieket, akkor be kell vallanunk, hogy eddig nem sikerült oly betétet szerkeszteni, a mely az összes fenti követelményeknek megfelelné.

Nem szándékozom felsorolni az összes létező eljárásokat; csak néhányat említek a felmerülő nehézségek jellemzésére.

*Dupuytren* magas sarok viselését ajánlotta a calcaneus tehermentesítésére, *Henke* is helyesnek tartja ezt. Tudjuk jól, hogy a magas sarok a testsúlyt túlságosan a metatarsusfejekre hárítja, a harántboltozat súlyedését okozza, hallux valgust eredményez, a musc. flexor hallucis longust a működéséből kizárja és ezzel a hosszanti boltozat súlyedését segíti elő.

*H. v. Meyer* 3—4 cm. magas, erősen előrenyúló sarkot ad, a cipőt a sarokrészről belül kivájja, úgy hogy a vájulat a medialis oldalon legyen mélyebb és így a calcaneus oda besüppedjen; ezzel akarja a valgust javítani és a talpboltozatot emelni; a cipőtálpnak olyan szabást ad, hogy az a lábat adductióba terelje. A sarokrész medialis oldalán elhelyezett mélyedés azonban éppen elősegíti a valgus létrejöttét!

A *Beely*-féle lúdtalpcipő sarka a medialis oldalon emelve és hosszabbítva van; hasonlít ehhez a *Staffel*-féle „Plattfußschuh“ is, a melynél a sarokemelés belül van. — Az ilyen sarkok a valgust csökkenthetik ugyan, de a boltozatok súlyedését semmit sem befolyásolják.

*Lorenz* szerint legfontosabb a lábnak supinációs helyzetben való megtartása; ezt azzal kívánja elérni, hogy a lábat ferde síkra helyezze: a cipőtálp medialis szélét egész hosszában emeli; a hosszanti boltozat belső ívének feltámasztását szükségtelennek tartja, ellenben fontosnak a külső ív feltámasztását, a mit azáltal akar elérni, hogy a cipő sarokrészét belül kivájja; ezzel lehetővé teszi a calcaneus hátulsó részletének súlyedését; a sarokcsont elülső részének emelését azzal akarja biztosítani, hogy a cipősarkot egész az articulatio calcaneo-cuboidea-ig előfelé meghosszabbítja.

Megjegyzésünk erre a következő: a cipőtálp egész medialis oldalának emelése helytelen, mert normalis lábon az I. ujj metatarsusfeje megterhelés közben nincsen supinálva; ezen abnormis supinatio következtében a testsúly egészen a láb külső szélére jut, ez a rész a cipőhöz erősen odanyomatik és fájdalmas bőrkeményedések képződnek a láb külső szélén, főleg az V. metatarso-phalangealis ízületnek megfelelőleg. Ezenfelül a cipő külső részén a bőr kinyomul, kinyúlik és így a láb a ferde síkról lecsúszik. A cipősarok kivájásának kellő nagyságát nehéz megmérni és a cipészszel megértetni; ha a sarok megkopik, elvész az emelés.

A cipő nagyon kevésbé alkalmas correctiós eszköz, mert alakja a használat folytán nagyon változik, de változik készítője szerint is. *Nagy hibának tartom, ha az orvos ezen*

belegységnek, a mely az egész testalkatra és munkaképességre nagy kihatással van, kezelését egyszerűen a cipészre bizza. Mégis ezzel naponta találkozunk és egy modern tankönyvben (Lüning-Schultess) is például azt olvashatjuk, hogy „darüber entscheidet die Geschicklichkeit des Schuhmachers, der zur Verfügung steht; ist der Mann tüchtig und hat er Verständniss für die Wünsche des Arztes, so lässt sich die Metallsohle oft auch in schweren Fällen umgehen und genügt der Schuh“. Egyszóval, az orvos nemcsak a cipő készítését bizza a cipészre, hanem a betét minőségének meghatározását is! *Igy azután az elhanyagolt eseteknek többnyire nem a beteg indolentiája az oka, hanem az orvosok, a kik annyira mindig a cipészhez küldték a talpsülyedéssel beteget, hogy köztudattá vált, miszerint e betegséget cipészszel kell kezelni.*

Nem is szölok arról, hogy a cipésznek ez nem mestersége, és nincs cipész, a ki a megbetegedés lényegét ismerné. A fontos az, hogy a cipész által adott cipő és betét, a mely legtöbbször csak egy lapos bőr- vagy parafadarab-ból áll, a mely a hosszanti boltozat belső ívének megfelelőleg van a cipőbe beragasztva, nem tud a jelzett követelmények egyikének sem megfelelni, a betét csak a cipész belátása szerint, szem-mértékre készül, nincs úgy méretezve, hogy a láb csontjait a megterhelés alatt a kellő helyzetben tartsa meg; ezen betétek a cipőtalp leggyengébb részére támaszkodnak és a feltámasztás ezért már néhány órai használat után enged. Az ilyen betét nem tudja sem a valgítást meggátolni, sem a hosszanti boltozatot állandóan feltámasztani; egyáltalában nem befolyásolja a láb harántboltozatának lesülyedését és a kóros reflexiót stb.; egyedül a láb pathológiás abduktióját tudná a jó cipő javítani, de ilyen szabású cipő a cipésznél igen ritkán készül.

A talpsülyedés nagy elterjedtsége hozta felszínre a gyárilag előállított és készen kapható betéteket. Ilyenek például: Supinator, Chasalla, a Székely-lúdtalpfitő stb. Mind ezen betétek egyedül a hosszanti boltozat belső ívét igyekeznek feltámasztani, természetesen igazi siker nélkül, mert a valgítást képtelenek befolyásolni; ha némelyikük a boltozat belső ívét teljesen kitölti is, a feltámasztás a cipőtalpnak éppen a vájulatán történik és ez a testsúly nyomása következtében csakhamar lesülyed. Elegendő erős külső szélük rendszeren nincs és így meg tudják akadályozni a láb lecsúszását a ferde síkról, de a harántboltozat lesülyedését a betétek egyáltalában nem gátolják meg. A legnagyobb baj az, hogy e betétek viselése eleinte kellemes érzést vált ki a betegben, de a kellemes érzés nem azonos a betegség javulásával és végeredményben nagyon káros hatású, mert a míg a beteg a rossz betétet viseli, elmulasztja a reconstructio eszközzésére legalkalmasabb időt és sokszor látunk betegeket súlyos talpsülyedéssel, a kik már évek óta, a talpsülyedés kezdete óta viselnek készen kapható betéteket. Ha az ilyen beteg az elváltozás kezdeti stadiumában csak egyetlen jó betétet kapott volna, úgy azon időben, midőn súlyos, többé-kevésbé már fixált talpsülyedéssel kerül elének, már visszanyerhette volna normalis lábalkatát.

Nem lehet arra eléggé inteni az orvosi és a laikus publikumot, hogy a készen kapható és a cipész által készített közönséges betét nem tudja a talpsülyedés rosszabbodását meggátolni.

A jó betétnek individualisnak kell lenni.

De vajjon az eddigi individualis betétek meg tudnak-e felelni az összes felsorolt követelményeknek?

Ilyen betétek: a Hoffa-féle, a mely koromlenyomat után fémlapból kalapáltatik ki, vagy pedig 3 mm. vastag celluloidlemezről melegen hajlítatik és a láb egész szélességében a metatarsusfejekig ér, de külső széle nincs; így készül és hasonló a Gocht által leírt rugalmas fémlapbetét, a Schantz-féle duranalemez-betét és a Lovett-John Dane-betét is, a mely csak egy lapos fémlap, felhajlított belső széllel.

A láb egyszerű koromlenyomata után jó betétet készíteni nem lehet, mert az ilyen lenyomat nem mutatja meg, hogy mennyire korrigálható a talpsülyedés. E betétek, mivel

nem gipszmodell után készülnek, alig jobbak a készen kapható betéteknél; csak a belső ívet támasztják, külső szélük nincs és így a láb könnyen lecsúszik a betétről; a harántboltozat sülyedését nem befolyásolják. Az utóbbinak correctióját célzó Lehr-ragtapaszcscik vagy a Hohmann-bandage szintén nem emeli fel tökéletesen a lesülyedt harántboltozatot, sőt éppen az ellenkezőjét: a harántboltozat homorítását hozhatja létre.

Gipszmodell után készül a Vulpius-bőracczellemezbetét, úgyszintén a Gocht által leírt bőr-acczellemezbetét is, két kivételben: „für alle Patienten mit geringem Körperwicht (bis zu 70 Kilo) und für alle diejenigen, welche eine gewisse Elastizität der Plattfusseinlage ohne Schmerzempfindung beim Gehen oder Stehen vertragen können“; az acczélrész két keskeny lemezből áll. „Patienten, die entweder zu schwer für diesen Federunterbau sind, oder die auch nicht die geringste Elastizität der Sohle vertragen können“ olyan betétet kapnak, a melynek szélesebb acczellemeze van és ez a külső oldalon felálló nyúlványba folytatódik a láb lecsúszásának megakadályozására. Hasonló, csak hogy szélesebb külső lemezzel bír a Withmann-betét is és az ennek mintájára készült Gocht-féle „Spezialeinlage“ is, csak hogy ezek a sarkot és a láb elülső részét nem fogják körül.

Legelterjedtebb és világszerte ismert a Lange-féle acetonecelluloidból készült és acczélróterősítéssel ellátott betét, a melynek egész hosszában és a saroknál is van felhajló alacsony külső széle; a hosszanti boltozat belső íve alatt a betét vájolata linoleum-rétegekkel van kitöltve, hogy ezáltal a valgítás korrigáltságos.

Ezen individualis betétek gipszlenyomat után készülnek amelynek sok módját találjuk leírva: Egy igen helytelen módját találjuk még modern könyvekben is. Haudeck: Orthopädische Chirurgie (1906!) című könyvében ezt találjuk: „die rationellen Plattfusseinlagen, die sowohl beim Knickfuss, als auch beim Plattfuss angewendet werden, stellt man am besten nach dem Gipsabdruck eines normalen belasteten Fusses her, der dann als dauerndes Modell dienen kann“. Tehát a beteg lábára való betétet egy állandó modellül szolgáló normalis gipszformára készíti; hogy ez azután hogyan simul a beteg lábhoz, az igazán szerencse dolga. „Will man die Einlagen nach einem gewöhnlichen Gipsabguss des leidenden Fusses anfertigen, so muss man vorher durch Ausschaben des Gipsabgusses der Innenseite eine entsprechende Wölbung herstellen“. Azaz a beteg lábról gipszöntvény készül és ezen öntvényt faragják a normalis forma fölé; teljesen kiszámíthatatlan, hogy hol és mennyi faragható le a gipszpozitívról és így kiszámíthatatlan az is, hogy a betét eléggé avagy nem eléggé, avagy túlságosan fog-e redressálni?

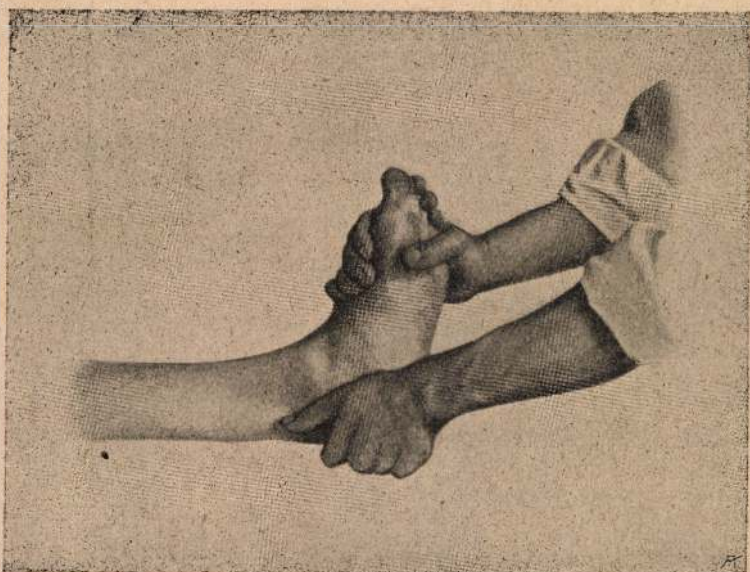
De vegyük kritika alá a legelterjedtebb mintavételi eljárást és a legjobb betétet, a Lange-félét. Lange színes krétával megjelöli az érzékeny helyeket, kötelek tesz a lábhátra, a lábat a bokától a lábujjakig gipszpólyával csavarja körül s a szabadon lógó lábán a belső boltozatot a hüvelykparna erővel simításával kimodellálja. Azonban „eine Einlage, die nach dieser Form gearbeitet würde, wird in der Regel dem Patienten nicht gut passen. Sie wird an vielen Stellen drücken und dem Patienten Schmerz bereiten. Das kommt daher, weil die Form des belasteten Fusses anders ist, als die des freihängenden Fusses. Deshalb muss man, nachdem die Form am freihängenden Fusse herausmodelliert ist, den Patienten aufstehen lassen; aber nicht zu früh, solange die Gipsbindenschicht noch zu weich ist, sonst würde das Gewölbe des Gipses wieder einsinken; aber auch nicht zu spät, denn wenn der Gips erstarrt ist, kann sich die Form des belasteten Fusses nicht mehr abdrücken. Man lässt den Patienten dann auf dem Gips stehen, bis in einer Minute die Gipsbindenschicht erstarrt ist. Gleichzeitig übt man, um ein Umknicken des Fusses in Valgusstellung zu verhüten, einen leichten Druck mit der Hand gegen den inneren Knöchel aus. Dann wird der Dorsalteil des Negativs auf dem untergelegten Gurt aufgeschnitten, das Negativ abgenommen und aufgegossen.“

A mintavétel ezen kivételének az a legnagyobb hibája, hogy a még nem egészen kemény gipszkötésre a beteg feldlíttatik; ezáltal ugyanis elvész a redressált hosszanti és harántboltozat. Az így készült betét nem fogja a lábat kellő formában megtartani.

Tény, hogy a betét, a mely a szabadon lógó és a leírt módon redressált lábról vett gipszminta után készült, nem jól illik a lábra és a cipőbe, több helyen nyom és a betegnek fájdalmat okoz. De ennek oka az, hogy mintavételkor a láb egészben supináltatott (1. ábra) és így a pozitív modellről készült betét is egészben (azaz úgy hátsó, mint elülső részében) supinált helyzetű lesz; mivel azonban állás közben a láb elülső része nem lehet supinálva, a cipő talpa sem ferde sík, hanem vízszintes: a betét a cipőbe nem fog beleilleni, hanem ferdén fog abban állani és elülső széle a lábat vágni fogja. Ez fog történni akkor is, ha a beteget a gipszkötésben ferde síkra léptettük fel.

A láb elülső részét tehát modellvételnél nem kell, sőt nem is szabad supinálni, hanem a középhelyzetben kell megtartani.

Erre igyekszik Wollenberg is, a ki a gipszkötéssel ellátott lábat két síkra lépteti fel: a sarkot ferde, a láb elülső



1. ábra. A láb helytelen tartása modellkészítés közben.

részét pedig vízszintes falapocskára. Úgy ezen, mint a többi leírt eljárásnak az a hibája, hogy a ferde síkra fellepő, hengerfelületű sarok a valgítást a ferde síkon is meg tudja tartani; azonkívül a gipszmodell a talajhoz való feltámaszkodási helyeken: a sarok alsó felszínén és a metatarsusfejeknél, továbbá a sarok külső felszínén (a hol a láb a lecsúszást gátló függélyes falaphoz támaszkodik), erősen be fog nyomódni és a betét e helyeken elviselhetetlen nyomást fog gyakorolni.

Igy jobb ezeknél Baeyer eljárása (1912): a gipszpólyába csavart lábat egy olyan faékre állítja, a melynek a lábboltozatot utánzó ferde síkú alapja és ebből enyhe görbülettel kiinduló külső széle van; a láb elülső részének megfelelőleg a faék lassanként vízszintes lapba megy át. Így a modell felnyomódása egyenletesebb lesz. Mivel azonban lehetetlen annyi faéket készíteni tartani, ahányféle láb van, sőt készíteni sem lehet, mert a boltozatok korrigálhatósága esetenként más és más, ez sem tökéletes eljárás.

Nem segít e hibákon az sem, ha a beteg nem egész testsúlyával nehezedik fel a még alakítható gipszkötésre, hanem mérsékelt nyomással; ezen „mérsékelt” nyomásnál, a melynek fokát a beteggel kellőleg meghatározatni igazán nem lehet, ugyancsak elsősorban a redressált boltozatok süllyednek le.

Hibája a Lange-betéteknek is, hogy a valgítást nem képesek megszüntetni, mert a calcaneust nem elég erősen

fogják körül, továbbá mert a valgitas correctiójára szolgáló ékalakú emelés a betétnek medialis oldali vájulatában van elhelyezve, a mely helyen a cipőtalp a betét nyomásának könnyen enged.

Végül általánosságban ezen betétek hibája az, hogy rugalmasak, azaz ránehezedés alkalmával a talpsüllyedést kisebb-nagyobb fokban mégis kifejlődni engedik.

A Lange-betét ezenkívül igen nagy, formátlan cipőt igényel, mert elülső része igen széles, a tuberositas metatarsi V.-nek megfelelőleg különösen erősen kiboltosul (mint-hogy különben e helyen elviselhetetlen nyomást okozna), hogy külső felhajló széle könnyen letörök, hogy az aczéldrótok hamar átnyomódnak a celluloidrétegen.

Semeleder a valgitas leküzdésére billenő sarkot ad: a cipősarokban egy lapos rugó van elhelyezve, úgy hogy ránehezedskor a cipő sarkának külső széle lesüllyed, ezáltal a láb minden lépésnél a varus-helyzet felé billen el; a talp alá rézlemezből kalapált lapos betét jön; a betét és a sarok közé a külső oldalra arasznyira felnyúló függélyes fémlap van erősítve, a melynek hivatása, hogy a láb kibicsaklását megátolja. Fixált talpsüllyedések kezelésére a készülék jó lehet, de mobilis talpsüllyedésnél felesleges a bokaizületet minden lépésnél billentéssel a varus-helyzet felé hozni, mert a folytonos billentések által a járás bizonytalanná, ingadozóvá válik; a külbokánál levő merev támasz gátolja a bokaizület dorsal-volarflexióját és ezzel a járást merevvé teszi; a lapos betét nem tudja a boltozatok süllyedését tökéletesen megátolni, külső széle nincs, ezért a cipő külső oldala csakhamar kitipródik; ezenkívül az egész készülék egybe van dolgozva a cipővel és így a cipőtől nem független, ezért nagyon drága is.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

A. L. Vischer: *Die Stacheldrahtkrankheit*. Beiträge zur Psychologie des Kriegsgefangenen. Rascher kiadása. Zürich, 1918. 55 lap. 8°. Ára 2 frank 60.

Vischer baseli orvos hónapokat töltött különféle nemzetek fogolytáborában, a hol megismerkedett azzal az ideges tünetcsoporttal, a mit a mai háború foglyainak életmódja vált ki arra hajlamos embereken. A Stacheldrahtkrankheit, barbed wire disease, psychose du fil de fer, der graue Vogel azok a nevek, a mik e bajról forgalomban vannak. A tünetek némely tekintetben rokonok a fogságpsychosissal (Haftpsychose). A kiváló különlegesség abban áll, hogy sok ember ismeretlen ideig szabadságától meg van fosztva és bizonyos közösségre van szorítva, a mikor az akarás összeütözik a tehetetlenséggel és a családtól való elválasztás és a nemi élettől való elzárás is szerepet játszik. Az emberek megutálják egymást, mikor mindig ugyanazokat az idegeneket kénytelenek nézni és az, hogy soha egyedül nem lehetnek, nagyon rosszul esik. Kicsinyes, haragos, gyűlölködő, ellentmondást nem tűrő és önző a hadifogoly. Az asszony képzetét eleinte trágár rajzolgatás képviseli és aztán jóformán kiszorul az emlékezetből; homosexuális vonzalmak támadnak, de ezek nem olyan gyakoriak, mint a hogy gondolnók. Nagyon kínos a várakozásérzés, a tömeg ezt még fokozza. A várakozás, a remény és kétség közt való érzés ugyanaz, a miről magam is irtam, reámutatva arra, hogy rosszabb lehet, mint a milyen a fájdalom a várt katasztrófa bekövetkeztekor és kínos lehet a kellemes esemény várása is. Az emlékezés igen gyöngül a fogságban. Egy katonának nem jut eszébe a sógora neve, a másinak a falujáé. Jó vagy rossz bánásmód ennek a bajnak se nem árt, se nem használ. Érdekes a tömeges visiókról írt rész és az érzésállapot összehasonlítása más elzártságban előforduló hasonlóval, például északsarki utazás alatt. A Svájcba való internálás sok ilyen szenvedőnek tett jót.

Kollarits Jenő dr.

**Lapszemle.****Belorvostan.**

A hasmenések megelőzéséről írt rövid cikkében *O. Kestner* tanár utal a gyomor sósavtartalmának nagy fontosságára; sósavhiány mellett ugyanis a bélperistaltica gyorsabb s így nagyobb, megemésztetlen ételdarabok juthatnak a vastagbélbe, izgató hatást fejtvé ki. A sósavhiány több okból következhet be. Katonai szempontból a szerző különösen két okot említ. Az egyik a menetek közben beálló erős izzadás, amely sok konyhasót von el a szervezettől; az ételek kellő sózásáról tehát gondoskodni kell, annál inkább, mert a sózást a katonák nem szeretik, fokozván a szomjúságot. A másik ok a chinin, amelynek prophylaxisos használata malaria ellen némelyik hadszíntéren mostanában nagyon elterjedt; a chinin laboratorumi vizsgálatok szerint a gyomor sósavtermelését tetemesen csökkenti. A sósavhiány az említett módon (peristaltica fokozása) kívül talán olyan módon is elősegíti a hasmenések kifejlődését, hogy hiányossá válik a bélbakteriumok elszaporodásának meggátlása. Sósav használatával tehát sokat tehetünk a hasmenések meggátlása szempontjából. A sósav helyett adhatunk szerves savakat is (ecetsav, citromsav), amelyek a bélmozgásra éppen úgy hatnak, mint a sósa (késleltetik a peristaltikát); a szerző szerint legjobb a tejsav (10–15 csepp egy pohár vízbe). (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 24. szám.)

**Sebészet.**

A hadisebészetben alkalmazható pótlószerekről beszélt *Tobold* a III. hadsebzeti értekezleten (Brüsszel). Az Esmarch-csővet a Sehot-klemmével pótolhatjuk, vagy a Henle-kötővel. Az orvosi műszereket kobald-fedőszerral vonhatjuk be, a gummit felfújható műbőr pótolja.

*Ehrlich* szerint a mullcompresszakkal úgy takarékoskodhatunk, ha kis mullzacskókat tépéssel töltünk meg.

Ifj. Háhn Dezső dr.

**Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.**

Gyógyulással végződött tüdőanthrax esetét közli *Kronberger*. A diagnosis helyes voltát a köpetből kitenyészett lépfenebacillusokkal végzett állatkísérlet eredménye igazolta. (Beitr. z. Klinik d. Tuberk., 38. kötet, 135. lap.)

**Chorea infantum** több esetében *Luce* és *Feigl* jó eredménnyel használta a lumnalt. Átlagban 5 centigrammot adtak naponként 4-szer, hosszabb időn át. Az első hét eltelével a nagyfokú mozgások már megszűnnek, a táplálkozás javulni kezd s lassanként beáll a gyógyulás. Hypnotikus hatása a szernek nem mutatkozott, a tartós jó étvágy pedig amellettt szól, hogy a gyomor jól tűri a szert hosszú időn át is. Egy esetben (12 éves leány, nagyon súlyos kórkép) 20 centigrammos adagokat adtak naponként 4-szer; csakhamar tartós alvás következett be a choreás mozgások teljes és végleges megszűnésével; a beteg 9 nap alatt 7 gramm lumnalt kapott. A lumnallal kezelt esetek egy részében kiterjedt, 38–39<sup>o</sup>-os lázzal járt, 4–7 napig tartott kanyaró-, illetőleg vörhenyszerű kiütés jelentkezett. (Therap. Monatshefte, 1918, 7. füzet.)

**Trichophytiasis** ellen *Bruck* a berlini Schering-gyár által trichophyton-gombából előállított kivonatot ajánlja, amely *trichon* néven kerül forgalomba. 3–4-naponként fokozódó adagban fecskendezendő a glutaeusokba, vagy ha a kóros gócz jól elhatárolt, a gócz alá. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1918, 347. lap.)

**Magyar orvosi irodalom.**

**Gyógyászat**, 1918, 35. szám. *Borszéký Károly*: A háborús koponyasérülések kezelése. *Manninger Vilmos*: Az ízületek lövési sérüléseiről.

**Budapesti orvosi ujság**, 1918, 36. szám. *Horváth Mihály*: Az arthrodesis szerepe a spinalis bénulások gyógykezelésében, különös tekintettel a vállizületre. *Horváth Ferenc*: A dobhartya kórszöveti változásai, különös tekintettel az arteriosclerosisra.

**Vegyes hírek.**

**Új magántanárok.** *Báron Sándor* dr.-nak és *Molnár Béla* dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán magántanárként történt képesítését a közoktatásügyi miniszter megerősítette.

**Választás.** *Gluzek Loránd* dr.-t ádándi körorvossá választották. **A bajtársi szövetségek orvosi szakosztályai ülésének fővédőségét** *Ó Felsőge a király és királyné*, védőségét *József főherceg* és *Augusztó főherceg asszony* elfogadta. A megnyitó ülés szeptember 21.-én délelőtt 10 órakor az országházban lesz. A Németbirodalomból eddig 250, Ausztriából 200 tag jelentkezett.

**Meghalt.** *Grósz Mór* dr., tiszaujlaki orvos. — *Szarka István* dr., ezredorvos 31 éves korában augusztus 26.-án Balassagyarmaton. — *Szathmáry István* dr., Szilágynagyfalun 52 éves korában. — *E. H. Kisch* dr., a balneologia rendk. tanára a prágai német egyetemen, igen ismert marienbadi fürdőorvos, számos tudományos és különösen a sexualis kérdésre vonatkozó népszerű mű szerzője, 77 éves korában. — *A. Thiess* dr., a sebészeti rendk. tanára a giesseni egyetemen, 40 éves korában, a harcztéren. — *Fr. Müller* dr., az elektrotherapia rendk. tanára a grácsi egyetemen, 63 éves korában.

**Személyi hírek a külföldről.** A strassburgi egyetem ismert physiologus-tanára, *R. Ewald*, nyugalomba vonul. — *A. Forel*, zürichi tanár szeptember 1.-én ünnepelte 70. születésnapját.

Lapunk mai számához a „Chinoin“ gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára r.-t. Ujpest „Magnosterin“ című prospektusa van mellékelve.

**ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM**

**Budapest, I., Tétényi-út 12–16.** Telefon: József 81–75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Keszérsős-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxygen-fürdők, hőég-kezelés és vizgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: *Dr. Czífusz Dezső* kir. tanácsos, aki állandóan a telepen lakik. **Egész éven át nyitva.**

**Fővárosi Faszor Sanatorium**

vegyi-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15–26.

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

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

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

VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121–02. VIII., Máriatorony 34.

**Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA**

VII., Városligeti fasor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, nőbelbetegek, szülönőknék. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

**TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.**

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

**DR. Réh** Elektromágneses gyógyintézte, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódk. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis, — bénulások, rheumás bajok, arteriosklerosis stb. ellen. —

**Dr. SZEGŐ-féle ORVOSI DAIKAVIZSGÁLÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.** Telefon: 93–22. Tulajdonos: *Dr. Weisz Henrik* orvos. Budapest, VII., Sziv-u. 69, I. em.

**Therapia sanatorium** Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Telefon József 14–51. Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. **Dr. RAJNÍK PÁL.** — **Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

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

**UJTÁTRAFÜRED.** Helietherapia.

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

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1918 február 27.-én.) 483. lap.

## Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés, 1918 február 27.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

## Myxo-chondro-endothelioma a submaxillaris nyálmirigyben.

**Kerekes József:** B. I.-né 38 éves nőbetegnek 12 éve fejlődött a nyaka jobb oldalán egy daganat, mely az utolsó hetekben fokozottabb növekedésnek indult. A daganat eltávolítása céljából vétette fel magát Pólya főorvos Szent István-kórházi osztályára. Felvételtkor jobb oldalán az állkapocs alatt az állszöglettől kezdődően csaknem a középvonalig terjedő kis ökölnyi, egyenlőtlenül dudoros, alapja felett jól mozgatható, a bőrrel össze nem kapaszkodott daganat volt tapintható.

A daganatot febr. 17.-én Pólya főorvos szíves megbízásából novocain-localanaesthesiaiban eltávolította.

A szövettani vizsgálat (*Johan*) porcszövetekben gazdag myxochondro-endotheliomát állapított meg.

## A flexura duodenojejunalis subcutan leszakadása.

**Kerekes József:** V. L. 27 éves kovács hasának 1917 máj. 30.-án d. u. 3 óra tájban munkaközben nagy vasdarab ütődött. A sérülés után eszméletét elvesztette és csak félóra múlva tért magához, amikor is óriási fájdalmakat érzett a hasában. Többször hányt, csuklott. Felvételekor a mellkasi légzést mutató beteg pulsusa elég telt, rythmosus, percenkint 120 körüli. Mellkasi szervei a nagy fájdalom miatt nem vizsgálhatók. A has kissé behúzódtott, deszkakemény, nyomásra mindenütt igen fájdalmas, még horzsolás jelei sem láthatók rajta. Az érzékenység maximuma a köldök baloldalán van, ahol tenyérynnyi területen tompult a kopogtatási hang. A májtompulat megtartott. A katheteren át lebocsátott vizelet normalis.

Bélruptura-diagnosissal Pólya főorvos megbízásából Billroth-keverék narcosisban azonnal megoperálja: 4 órával a sérülés után.

15 cm. hosszú median metszés. A peritoneum megnyitása után a hasüregből kevés zavaros folyadék ürül. A gyomor, a colon transversum ép, kissé belövelt. A vékonybelleket átnézve, a jejunum kezdeti részéhez jut, a mely a mesenteriumon való átbúvása helyétől harántujjnyira teljesen le van szakítva, úgy hogy a szakadás a mesenteriumra is ráterjedt. A vékonybél két vége az oralis csont igen rövid volta miatt egymással end-to-end nem egyesíthető, ezért a bélcsontokat vakon elzárja és Murphy-gombos gastroenteroanastomosist végez. Tovafutó peritonealis catgut- és átöltő silkvarratokkal zárja a hasat.

A beteg összeszedte magát; kifogástalanul gyógyult. A műtét óta 8 kg.-ot hízott. A Röntgen-vizsgálat szerint a gyomor 2½ óra alatt teljesen kiürül.

Az a mód, a hogy a sérülést ellátni kénytelen volt, megváltoztatta a physiologiai viszonyokat, nevezetesen az epe és a pankreas váladéka csak a gyomron át regurgitálva juthat a bélbe.

**Manninger Vilmos:** Elvi fontosságúnak tartja az esetet. Epe- és pankreas-váladék visszaömlik a gyomorba és a szervezet ehhez hozzászokik. De ezt bizonyítják a gastroenterostomiás esetek százai. A lényeges azonban ebben az esetben az, hogy bizonyítja, hogy a szervezet supprimálhatja a pylorusreflexet, ha nincs reá szüksége. Mert ha nem supprimálja, a duodenum-csonkban olyan pangás jön létre, hogy szétrobbantja a duodenumot. *Kocher* kimutatta, hogy gastroenterostomia esetén, ha kivágjuk a pylorust, új pylorusgyűrű képződik, mely időlegesen elzárja a gyomrot a bél felé. Ez az eset az ellentétét bizonyítja ennek: a szervezet ki tudja iktatni a pylorusreflexét.

**Pólya Jenő:** A *Kerekes* által bemutatott eset tudommal a negyedik az irodalomban, a melyben a duodenumnak elzárása és a jejunum kezdetének a gyomorba való implantációja történt. Ezek közül *Kram* esete pár órával a műtét után meghalt, a többi három, úgy mint *Moynihán*, *Lindner* és *Kerekes* esete hosszabb ideig, az utóbbi kettő a közlés idejéig élt. *Moynihán* esete az anastomosiskor használt *Murphy-*

gombnak a duodenumba való jutása s innen a hasüregbe való átfúródása folytán létrejött hashártyagyuladásnak lett az áldozata, 104 nappal a műtét után. *Stendel* kutyái, akiken hasonló műtétet végeztek, szintén mind duodenumperforatio folytán pusztultak el, melyet elnyelt csontoknak a duodenumba való jutása idézett elő. A műtét veszedelme tehát nem az epének és pankreasnedvnek a gyomorba való regurgitációjában van, a mi, ha lényegesen kisebb mértékben is, nemcsak gastroenterostomia és cholecystogastrotomia után, hanem normalis gyomor mellett is előfordul — hanem abban a szintén rég ismert tényben, hogy a gyomor tartalma, a míg a pylorus nyitott, mindig a pyloruson át igyekszik kiüríteni, az étel tehát ezekben az esetekben is nyilván a duodenumba jut s mivel azon át nem bír kiürülni, regurgitál a gyomorba s így ürül ki a gastrojejunostomia nyílásán át. Ez a regurgitatio úgy látszik könnyen megy folyékony és pépes tartalom esetében, de szilárd testek — minők a Murphy-gomb és csontok — úgy látszik nem jutnak ily könnyen vissza, decubitus csinálnak és perforálhatnak. S ez a veszedelem a bemutatott beteg is fenyegeti. Viszont e miatt a bizonyos óvatossággal elkerülhető veszedelem miatt a magát kitűnően érző, kifogástalan erőbeli és táplálkozási állapotban levő betegnek annál kevésbé ajánlhatunk újabb műtétet, mivel az itt szóba jövő műtét — anastomosis a duodenum haránt szára s a jejunom kezdeté közt — egyáltalán nem tekinthető könnyű és veszélytelen beavatkozásnak s a most kifogástalan gyomorpassage szempontjából sem volna egészen közömbös.

## Gyermekegy után kocsánycsavarodást szenvedett pefészektömlő esete.

**Heller Sándor:** F. év jan. 17.-én egy 24 éves nő helyeztetett át a Rókus-kórház nőosztályára. Elmondotta, hogy 4 hóval előbb az egyik szüészetű klinikán először életében rendes szülésen esett keresztül. Felvétele reggelén igen éles, metsző hasfájdalmi keletkeztek abban a pillanatban, mikor ágyáról leszállani akart. Nem is bírt többé felkelni s a mentőkkel az egyik kórházi belosztályra szállította magát, ahonnan appendicitis, újabb terhesség, esetleg genitális tumor kérdésével áthelyezték a nőosztályra. Az azonnal megejtett vizsgálat alkalmával a subfebrilis nőn a közepesen elődomborodó hasban egy, a köldök és a proc. xiphoideus közti középig érő, nagy feszülés alatt álló, önálló falú, mérsékeltlen megmozgatható s a medenczéről kissé elemelhető, közepesen érzékeny képletet találtak, melynek környezetében dobos, fölötte pedig tompa volt a kopogtatás hangja. Belső vizsgálattal a méhet a baloldali csipőkeresztvájulatba szorítva találják, fölötte az előbb leírt képlet alsó pólusát a medencze fölött, az elülső hüvelyboltozaton keresztül elérhetik; ez utóbbi rugalmas volt s környezetéből mindennemű plastikus képződés hiányzott. Az egyént 3 nap múlva, mely idő alatt 38.5°-ig emelkedő hőmérséke volt, megoperálják. A diagnosis kocsánycsavarodott cysta volt, s ezt a műtét teljesen igazolta, a mennyiben egy, az óramutató járásával ellenkező irányban, tehát szabályszerűen csavarodott baloldali dermoidcystáról volt szó. A beteg 16 nap múlva ideális műtéli heggel és szabad, anteflectált méhvel gyógyultan hagyta el a kórházat.

Az esetet két szempontból látja fontosnak. Először azért, mert orvosilag előkelő helyeken nem ismerték fel a tumort s amikor a szövödmény már bekövetkezett, a diagnosis még mindig kérdés tárgya volt. Megjegyzi, hogy a nagy terhes méh mellett jelenlevő kicsiny ovarialis cysták el szokták kerülni a figyelmet és hogy a torsio föl nem ismerése a gyakori diagnostikai hibák közé tartozik. Pedig a torsio igen gyakori a gyermekegy után, laza hasfalak s az involutio folytán mindinkább megkissebedő s a daganattal lefelé mozgó méh mellett *Küstner* 47%-ban látta ezt a kocsánycsavarodott pefészektömlőkön bekövetkezni. A torsio következményei viszont igen súlyosak a betegre. A daganathoz vezető gyűjtőerek megtörtvén, venosus pangás, majd bevézések keletkeznek, melyek miatt ritkábban a daganat megpukkadása, gyakrabban a vérkeringés zavara folytán táplálkozási zavarok, necrobiosisok jönnek létre. A környezettel a daganat, egyenes arányban a kocsánycsavarodás óta eltelt idővel, mind szívósabban összekapaszkodik, a belekből jövő infectio miatt elgenyedhet, ritkábban elhal, esetleg peritonitis társul hozzá.

A torsio diagnózis nem nehéz a körülmények mérlegelése mellett. Jellemzi, hogy a beteg rendszeren tud már a hasában levő daganatról, s hogy a betegség tünetei valamely hirtelen testmozgás, az ágyról való lehajlás, kiszálláskor tett fordulat kapcsán jelentkeznek. E mozdulatot igen éles hasfájdalmak követik előző teljes jólét után, nyhe peritonealis tünetek, subfebrilis hőmérsék mellett, a nélkül, hogy előző gyuladás volna az anamnesisben s a nélkül, hogy a daganat környezetében plastikus tömeg volna tapintható. A hasban daganat válik tapinthatóvá, vagy az esetleg ott már ismerős daganat megnő vagy megkeményedik.

Bár a torsió cista a hétköznapi esetek közé tartozik, hisz október óta, mióta *Scipiades* vezeti az osztályt, ez már a harmadik esetük, mégis tanulságosnak tartja felhívni rá a figyelmet, hangsúlyozva, hogy a szülőintézetekből kibocsátott gyermekágyasokon legalább külső vizsgálat végeztessek.

**Mansfeld Ottó:** Felhívja a figyelmet 1909-ben írt közleményére: „*Dauererfolge der Descensus- und Prolapsoperationen*“, a melyben a *Tauffer*-klinika nagy anyagán kimutatta, hogy a legjobb és tartós eredményeket (az esetek 100%-a maradt gyógyult) az egyszerű és veszélytelen *vaginafixatio*-val érték el. Helyteleníti, hogy a méhelőesés ellen, mely önmagában nem életveszélyes baj, újabban mind bonyolultabb műtéteket találnak ki. „*Operativ művészkedésnek*“ nevezte ezt egy német szerző, a mihez a szülő hozzájárul. A Schauta-Wertheim-féle *interpositio* jól kigondolt műtét, de igen nagy sebést okoz, meg kell nyitni a hashártyát miért nem is veszélytelen. Ajánlja, hogy a kartársak kísértsek meg újból az alaptalanul elhagyott egyszerű és veszélytelen *vaginafixatio* műtétjét.

**Scipiades Elemér:** A műtét, melyet használ, olyan egyszerű, hogy fiatal opereturre merete reábizni. Annyit kell operálni, hogy a beteg panaszait megszüntessük. Hogy anatómiailag legjobb eljárás volna a Schauta-féle *interpositio*, kétféle, mert a pelottát nem tudjuk belestabilizálni és visszafejlődik a nagy tömeg; a climaxban a méh is visszafejlődik, sorvad, kicsinyebb, kicsinyebb lesz a pelotta is, és a hólyag feljebb van helyezve. Ezért a végleges eredmények sem olyan jók, mint Mansfeld mondotta. A *vaginafixatio* jó lehet a climaxban, de a fogamzóképes korban súlyos szövődmenyt okozhat, míg a bemutatott műtét eljárás ezt elkerüli. Ezért nem járul hozzá a *vaginafixatio*hoz.

**Mansfeld Ottó:** A *vaginafixatio* nem hátráltatja a spontan szülést.

#### Az erek lövésű sérüléseiről.

**Pólya Jenő:** Fejtegeti azokat a viszonyokat, melyek a modern háborúban az erek sérülésére praedisponálnak, úgy hogy azok most sokkal gyakrabban észlelhetnek, mint a régebbi háborúkban. Nagy erek sérülése is lefolyhat nevezetesebb vérzés nélkül a szomszédos képletek (vena, ideg, izom) hozzáfekvése folytán, úgy hogy csak a kifejlődő arteriovenosus fistula utal az ér előrement sérülésére, vagy idegműtétek, lövegeltávolítás kapcsán egész véletlenül jövünk rá, hogy az ér meg volt sérülve. Rendszerint azonban a vérzés dominálja a kórképet, mely elvérzésre vagy szerencsés körülmények között a szövetek közé való vérzésre, közlekedő haematomák képződésére vezet. Vázolja a közlekedő haematomák további sorsát, jelentőségét az egyén és a végtag élete szempontjából, azokat a klinikailag fontos complicatiókat

(genyedés, vérzés, idegnyomás), melyeket okozhatnak. A közlekedő haematomákból azután kész aneurysmák fejlődhetnek, melyek különböző fajait demonstrálja. Leírja azokat a jellegzetes klinikai tüneteket, melyeket a közlekedő haematomák és a kész aneurysmák okoznak. Spontan gyógyulás, ha már egyszer kifejezett közlekedő haematoma, avagy kész aneurysma fejlődött, ritka, s azért ilyen esetek rendszerint megoperálandók. Az operatiót első sorban az okozott nehézségektől s a csatlakozó szövődmenyeketől teszi függővé. Sürgős indicatiót szolgáltat az operatióra vérzés, genyes szék és gyors vagy nagyfokú növekedés, a szomszédos idegekre gyakorolt nyomás, pangásos jelenségek vagy egyéb táplálkozási zavarok a sérült érarámlási területén. A műtét technikájára nézve a leglényegesebb pont, hogy a sérülés helye in loco láttassék el; az éren levő lyukat kell elzárni leköttéssel vagy varrattal. Mindkét eljárással, ha az eseteket kellően megválogatjuk s a technika helyes, jó eredményt lehet elérni, úgy a vérzés tartós csillapítása, mint a végtag megtartása szempontjából.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

1528/1918. sz.

Lemondás folytán megüresedett **rettegi körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás javadalmazása áll: évi 1600 korona törzsfizetés és ötévenként egyszeri 200—200 korona korpótlék, valamint jóváhagyott lakbér, utazási átalány és szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakból.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cikkben körülírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelve pályázati kérvényüket hozzám folyó évi **szeptember hó 15.-éig** adják be.

Tájékoztató végett megemlítem, hogy Retteg községben gyógyszerár és nagy heti- és országos vásárok vannak.

D és, 1918 augusztus hó 12.-én.

Gajzágó Vilmos, főszolgabíró.

11157/1918. sz.

A csáki-gorbói, magyarláposi és kékesi járásban megüresedett egyenként évi 2000 korona kezdőfizetéssel, egyenként évi 600 korona utiálatánnyal és a csáki-gorbói-magyarláposi járásban évi 450—450 kor., a kékesi járásban és 360 korona lakáspénzzel javadalmazott **járásorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. A járásorvos a csáki-gorbói járásban a pánczélcehi, a kékesi járásban a kékesi és vasasszentgott-hardi körorvosi körök orvosi teendőivel is megbíztatik, azok betöltéséig s ezért külön díjazásban fog részesítettetni.

A járásokban több uradalom is van.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a 125000/1912. B. M. sz. alatt kiadott vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon Szolnok-Dobokavármegye főispánja Br. Diószeghy Zsigmond ur Öméltóságához címezve **1918. október hó 6.-ig**, hozzám annyival is inkább nyújtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vételét nem fogadják.

D és, 1918 szeptember hó 2.-án.

Az alispán.

# Argentocoll

— Név törv. védve. —

Colloid-ezüst steril ampullákban à 2 cm<sup>3</sup> 5 pro mille Ag-tartalommal, *mindoly esetekben, ahol colloid-ezüst javalva van, nagy eredménnyel használtatik, különösen nehéz (septikus) izületi rheumánál.* — Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók megbetegedési tünetek, sem görcsök felépése észlelhető nem volt.

Raktár Budapesten: **FILÓ JÁNOS és TÖRÖK JÓZSEFNÉL**

# Luesol

— Név törvényesen védve —

a Mercuribenzoat egy isotonikus oldata ampullákban à 1·1 cm<sup>3</sup>  
Ajánlják

## syphilis,luetikus szemaffekciók

kezelésére, különösen oly esetekben, a hol bizonyos okok miatt depot lefektetést nem kívánunk és inkább nagyobb egyes adagok és szorgalmasabb alkalmazás által — ártalmas befolyás kizárásával — egy folytatólagos Hg-forrást teremteni óhajtanak. Az injectiók intramuscularisan adandók, fájdalommentesek, mellékhatást és localis izgató tüneteket nem idéznek elő.

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

**Epileptikusok**

gyógy- és nevelő-intézete  
BALF gyógyfürdőben,  
Sopron mellett. A nm. m.  
kir. belügyminiszterium  
(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. belügyminiszteriumnak 1903. évi 9721/IV. a. számú rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyminiszteriumhoz kell folyamodni. Prospektusokkal szolgál Balí gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa :  
tolnai Wosinski István dr., ö. r. gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

**Gyógyfürdők és gyógyintézetek R.-T.**

Vezérigazgató: dr. Lakatos Viktor főorvos

**Abbaziai Szanatóriumai****megnyiták.****A szobákat legalább 3-4 héttel kell az elutazás előtt lefoglalni.**Előjegyzéseket **október, november, december** hónapokra elfogad a Központi iroda (Budapest, V., Vilmos császár-út 36).  
Telefon: 113-15.

Kívánatra prospektus.

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

**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., Andrássy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

**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 ultramikroskopikus  
részecskék durvítására vezető sterilisatio beállítása nélkül.

Steril Collargol ampullákban à 0,2 és 1 g.

**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 álla-  
potoknál.Az **éjjeli pollakisuriát** kedvezően befolyásolja.Kisebb adagokban (nappal 0,15 vagy 0,1 g) mint jó **anaphro-  
disiacum** 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 cm.

Klinikai csomagolások raktáron.

Irodalom díjmentesen.

**Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.****PROVIDOFORM** Prof. BECHHOLD szerint.

méregtelen, színtelen, szagtalan, ekzémák, 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. —

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

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

## Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására :

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál :

**Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.**

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára

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

## THYOMALT

**Haas**

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

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

**Javalva:** a légzőszervek összes hurutos bántalmainál.

Mintaadaggal és irodalommal szívesen szolgál a készítő :

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

**Orvosiilag elismert speciális gyógyszerkészítmények :**

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

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

**Hydarsol.** Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues eseiében; intra-  
vénás vagy intramuscularis betecskendezésre.

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

Verlagsbuchhandlung  
**Curt Kabitzsch, Leipzig.**

Anleitung  
und Indikationen

für

# Bestrahlungen

mit

# Künstlicher Höhensonne

**Dr. H. BACH,**

titkos egészségügyi tanácsostól.

Ára M. ■.—.

Bach könyve, mint már a címe mutatja, azon feladatot tűzi maga elé, hogy a mesterséges magaslati napfényről útmutatást adjon, mely rövid keretben ezen téren való minden tudnivalóról kimerítő áttekintést nyújtson. Figyelembe vette azon javalatokat is, melyeket a háború alatt nyert tapasztalatok igazoltak és terjedelmes irodalmi kimerítő összeállítást nyújt, oktató ábrák egész sorozata által kiegészítve. Mivel ezen téren igen sok kérdés még tisztázva nincsen, szerző az anyag bíráló megvilágításába bocsájtkozni nem kívánt és csakis az összes tudnivaló összeállítására szorítkozott, mindig szem előtt tartva azon célt, hogy az újonczokat is a mesterséges magaslati napfényvel való kezelési módszer titkaiba beavassa. Hogy mily mértékben érte el a célját, legjobban bizonyítja azon tény, hogy igen rövid idő alatt nagy elterjedésre talált. Két éven belül már a harmadik átdolgozott és bővített kiadás jelenhetett meg. Mint szívesen használt útmutatót mindenütt becsülik.

A 3-ik kiadás teljesen elfogyott, a 4-ik lényegesen átdolgozott kiadás már nyomás alatt van és nemsokára megjelenik.



# 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.

**Henszelman Aladár:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: báró Kéty László dr., ny. r. tanár.) Újabb adatok a háborús neurosis kezeléséhez. 485. lap.

**Deszímírovity Koszta:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájáról (igazgató: Báró Kéty László dr., ny. r. tanár) és a kassai cs. és kir. 20. sz. helyőrségi kórházból (parancsnok: Bartelt R. dr., főfőorvos). Az exsudatum pleuriticum parenteralis „heteroprotein“-therapiája. 486. lap.

**Fischer Ernő:** Tanulmány a pes valgo-planus mobilisnek betéttel való kezeléséről. Újfajta orthopaedbetét. 488. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés.** Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose. — *Lapszemle. Belorvoslan. Grube:* Appendicitis. — *Sebészet. Haberer:* Az ulcus pepticum jejuni kérdése. — *Gyermekorvoslan. Chlievitz és Meyer:* A tussis convulsiva korai diagnosztikája. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Weinberg:* Erős hólyagvérvzés. 492–493. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* 493. lap.

*Vegyes hírek.* 493. lap.

*Tudományos Társulatok.* 494. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: báró Kéty László dr., ny. r. tanár.)

## Újabb adatok a háborús neurosis kezeléséhez.

Irta: *Henszelman Aladár* dr., egyetemi tanársegéd.

E hetilapban megjelent közleményem óta a háborús neurosis-esetek százain számos olyan megfigyelést tettem, a melyek nap-nap után megismétlődnek s a melyeknek véleményem szerint nagy gyakorlati jelentőségük van. Pontonként foglalom össze őket.

Mind teljesebbé válik a meggyőződés, hogy csupán egyes, nagyon is kiválasztott esetek kezelésében vezethet eredményre a rábeszélés, a meggyőzni akarás, vagyis a verbalis suggerálás. Mihelyt azonban tömegeket kezelünk, mielőtt válogatás nélkül mindent elfogadunk és sietünk, mert drága az időnk és a munkakedvünk, csakis a szép szó erejével nem fogunk boldogulni. Itt az erős farados áramhoz, mint a gyakorlatban leginkább bevált suggeráló eszközhöz kell fordulnunk. Ez a specifikus villamosítás a karakterét és a hatását fájdalom voltának köszönheti és ezzel egyenes arányban áll. Egy astasia-abasia-esetemben a legerősebb farados árammal sem tudtam kellő fájdalmat, tehát suggerálást kiváltani; a suggeráló beszédemet mosolylyal fogadta és nem gyógyult meg. Erre két gépnek az áramát két különböző idegizgalmi ponton vezettem beléje. A beteg elkiáltotta magát, egész testében kipirult és felugrott; előbb két segédnek, majd egynek a támogatásával, néhány percen belül támogatás nélkül kezdett járni.

Szeretem, mert jó jelnek tartom, ha a beteg elkiáltja magát és kipirul. Ez biztat arra, hogy minél erősebb áramot használjak. Ezeknek a pulsusa a kezelés alatt változatlan. A szótlanság, apatiásan fekvőket, a kik elsápadnak, nem villamosítom teljes megterheléssel, mert nem egy tapasztalásom szerint pulsusarythmia támad a kezelés alatt és után. Egyszer szívizgatókat kellett injiciálnom, oly szabálytalan lett a pulsus. Erről a betegről kiderült utólag, hogy heveny gyomorrontása volt és napok óta nem táplálkozott.

Van egy másik, kicsiny csoportja a betegeknek, a kik egyáltalában nem nyilvánítanak fájdalmat, vagy nem az áram erősségének megfelelőt, még akkor sem, ha az utóbbi nem hagy hátra semmi kívánni valót. Nyugodtan türik a legteljesebb megterhelést és a pulsusuk kifogástalan. Közülük néhányan

anaesthesiát és analgesiát mutatnak az érzőköri vizsgálatánál; a mélyérzés természetesen jó. Ezeknél más suggeráló eljárásról kell gondoskodni; itt legyen igazán leleményes a hysteria orvosa.

Ilyeneknél néhány hónapja egy egyszerű, látszólag drasztikus, de sokszor célravezető eljárást alkalmazok, feltevé, hogy járás-zavarról van szó. A beteget felszólítjuk, hogy siessen, fusson. Nem tud, vagy nem akar. Erre hátulról kissé meglökjük, mire önkéntelenül futólépéseket tesz, már csak azért is, hogy az előreesést kivédje. A futólépések rendszerint igen jól sikerülnek, legalább is sokkal jobbak, mint a járása különben. Vagyis a beteg hirtelen elvesztette a sántításának eddig híven megőrzött karakterét. Ezt a pillanatot felhasználom arra, hogy rámutassak a beteg előtt: ime már is sokkal jobban jár, nemsokára teljesen jól fog járni. Mihelyt emberem a néhány méternyi utat futva megteszi, már várja velem szemben a segédem, a ki viszont elülről löki meg. És a mi a legérdekesebb, hátrafelé éppenséggel jól járnak a súlyos járás-zavarban szenvedők is. Mire háttal hozzám ér a beteg, ismét meglököm hátulról és ez a labdázásszerű művelet, néhányszor megismételve, eltart mindaddig, a míg a beteg a mindenfelől reá hulló suggerálásokat el nem fogadja és mind jobban és jobban nem kezd járni, esetleg testileg el nem fárad; egyszerű, a míg az ellenállása meg nem törik. Valami kevés járási rendellenességet továbbra is igyekeznek megtartani; az előszöri gyakorlatra legtöbbször nem teljes a gyógyulás. Marad például egy alig észlelhető kimélése valamelyik végtagnak, a térd finom megremegetése stb. Talán bebiztosítás ez a jövőt illetőleg. A beteg élésétől a suggeráló járásgyakorlat közben nem kell félni, mert roppantul vigyázva, ügyesen esnek el az ilyen betegek.

Tél óta mind gyakrabban kerülnek elem rendszerint fiatal, 18–20 éves legényké, frissen sorozott katonák enuresis nocturna vagy pollakisuria diagnosissal. A panaszuk, hogy éjjel ágyba vizelnek, vagy nappal, esetleg éjjel túlságosan gyakran kell vizelniük, éjjel a vizelésre vagy vizelési ingerre felébrednek, esetleg reggelre nedves a fekhelyük. Sokan közülük állítólag 2–3 éves koruk óta szenvednek ebben a bajban. Az urológiai lelet mindannyiszor negatív. Valóban akár a detrusorok, illetőleg a sphincter hyper- vagy hypotoniájáról (nyomásméréssel vizsgálható), akár az urethra és a hólyag hyperaesthesiájáról van szó, bizonyos, hogy neurosis, tehát sémásan gyógyítható betegség. 42 esetem mindegyike egy-kétszeri villamosításra gyógyult és az maradt hetekig tartó megfigyelés után is. Felesleges tehát diatétisan, gyógyszeresen és localisan, mint katheterizációval, hólyagöblítés-

sel, prostatamassage-zsal vagy *Chatelin* szerint epiduralis injekciókkal kezelni, mert az elektropsychés kezelés könnyebben célra vezet. Egy 16 éves betegem enuresis nocturnája két havi sikertelen urológiai kezelés után kétszeri villamozásra gyógyult.

Elég gyakran tapasztalom én is, hogy orgános idegbajokhoz functionalis componensek társulnak. Eseteim közül csak néhányat említek. Sclerosis polyinsularishoz csatlakozó astasia-abasia; egy motoros zónákat nem sértő nagy falcsonti defectus esetében hysteriás felsővégtag-monoplegia a koponyasérülés oldalán; egy igen finom ataxiát mutató tabesnél tántorgó járás, stb. Ezek a superpositiók egy csapásra megszüntethetők. Jó szolgálatot teszünk a betegnek a leg-súlyosabb idegbajban is, ha a neurosisától megszabadítjuk. Megemlékszem érdemes, hogy egy már két esztendő óta mozdulatlanul fekvő betegem (hysteriás astasia-abasiának néztem) egyszerű villamozásra járnai kezdett, de azután a járás minősége többszöri villamozásra sem javult. Erre újabb pontos idegrendszeri vizsgálatot végezve kiderült, hogy a betegnek finom nystagmusa és intentiós tremora van; a beszéd skandáló jellegét is csak most kezdtem észrevenni.

Hysteriás izületi contracturáknál az erős áram pillanat alatt meghozza a diagnosist, de sokszor a gyógyulást is. Hogy organos merevségekben mennyi a psychikus faktor, erre szintén az erős fáradós áram ad leggyorsabb feleletet. Ha szabad szabály gyanánt hangoztatni, hogy minden contractura diagnoskálásánál narcosis alkalmazandó, mennyire inkább áll ez a villamozásra és mennyire veszélytelenebb ez amannál. E célra legegyszerűbbek a viszonyok a térd hajlító merevségénél. A quadriceps femoris inára, közvetlenül a térdkalács fölé helyezett gombelectrod uralja a lábszár feszítését eszközlő összes és hatalmas erőt képviselő izomsoportot. Psychikus hajlító contracturánál tehát az áram pillanatnyi zárásával már meg is van a teljes extensio. Ezt a pillanatot, a midőn a contractura egy csapásra megszűnik, kihasználom therapeutikus célból is; rámutatok és suggerálom a végleges gyógyulást. A n. peroneus és a n. tibialis ingerlésével az idegizalmi ponton (a szákapocsfej mögött, illetőleg a térdalji árok közepén) uralom a bokaizület mozgathatóságát. Sajnos, nem minden izületnél ily kedvezőek a mechanikai viszonyok, t. i. az esetben, ha egy áramkörrel dolgozunk. Azonban két ideg- vagy izom-izalmi pont egyidejű ingerlésével és ezen pontoknak czélszerű megválasztásával még az olyan functionalis komplikált izületcsoportnal is volt eredményünk, mint a kéz. A n. medianus és n. ulnaris egyidejű ingerlésével a teljes marokraszorítást parancsolólag váltjuk ki. (A n. medianust a felkaron, a n. ulnarist ugyanitt vagy a sulcus n. ulnarisban izgatjuk.) Az ökölbe szorított kezet egyszerűen a n. radialis ingerlésével nyitjuk ki. A két áramkörrel való specifikus villamozásokat *Báron*-nal együtt csináltam az *O. H. G. H. császárfürdői intézetében*. *Báron* gyengébb árammal és szakított egyenáramokkal, ventil segítségével szakaszosan is csinált ilyen redresszállást, vigyázva, hogy az antagonisták izgalmával a kontrahált izmok ellazuljanak.

Hónapok óta mind számosabb recidiva kerül elénk. Legtöbbje arra hivatkozik, hogy őt már többfelé kezelték erős árammal, is és eredménytelenül. Mi azonban tudjuk, hogy minden orvosi valószínűség szerint bizony nem eredménytelenül, leszámítva azon néhány esetet, a kikre a mi milieunk fogja elsőízben a suggerálás gyógyító mértékét kifejteni. Örömmel tapasztalom, hogy ilyen is akad elég szép számmal. A legtöbbje azonban ott is „meggyógyult“, itt is „meg fog gyógyulni.“ De mi azt is tudjuk róla, hogy mihelyt olyan viszonyok közé kerül, hogy túlsötétnek látja majd a jövőt, esetleg a jelent, mihelyt a belső gátlások ismét felülkerekednek, kipattan a szikra, kibontakozik a monosymptoma. A hysteriás karakter rögtön elárulja magát, midőn érdemes vagy érdekes a megnyilatkozása. Magam találkoztam már a klinikán olyan beteggel, a kit a császárfürdői intézetben meggyógyítottam. Ezek a vallatásnál egyhangulag felelik, hogy ismét megfáztak, vagy „mit ér az olyan gyógyulás, a mely csak addig tart, a míg a hideg meg nem csapja az embert.“

*Mindezek dacára mindnyájan érezzük, hogy még sem felesleges a neurosis gyógyítása; nem hiába való a munka, a melyet végzünk, nem játék vagy szembehunyódsi. Mert 1. fojtogatjuk ezt a mindennél hatalmasabb járványt; 2. más eszközünk nincsen, hogy megküzdjünk vele a háború tartama alatt; 3. a mindjárt többször is szükségesnek bizonyult talpraállítással, a sántítás, a bénulás stb. eltüntetésével megakadályozzuk a secundaer elváltozások kifejlődését. Ilyenek az izületi merevség és az inaktivitási atrophia. Az előbbinek néhány elrettentő példáját már volt alkalmam látni; súlyos izom- vagy csont-atrophiát azonban soha, még évekig tartó mozdulatlanlanságnál sem.*

Még csak egy körülményre hívom fel a figyelmet. Ha az elektropsychés kezelés közben, vagy még inkább ennek végeztével hysteriás rohamot produkál a beteg, például hangos sikolylyal vagy a nélkül leveti magát, rángatózni kezd, szemeit forgatja, levegő után kapkod stb. (a pulsus jó!), a leggyorsabban és a legbiztosabban ható gyógyszerünk szintén az erős fáradós áram. Elegendő hangosan, tüntetőleg a segédünkhöz fordulni, hogy „gyorsan, a legerősebb áramot kapcsolja“ és azután az elektroddal a beteghez közeledni, máris kész a gyógyulás, felugrik és vége a rohamnak.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem belgyógydiagnostikai klinikájáról (igazgató: *Báró Kéty László dr., ny. r. tanár*) és a kassai cs. és kir. 20. sz. helyőrségi kórházból (parancsnok: *Bartelt R. dr., főtörzsorvos*).

### Az exsudatum pleuriticum parenteralis „heteroprotein“-therapiája.

Irta: *Deszimirovity Koszta dr., szkv. ezredorvos.*

(Folytatás.)

Hogy a gyuladós folyamatra, ez esetben az exsudatum pleuriticumra, milyen hatással voltak a „heteroprotein“ injekciók, azt a következőkben néhány kórtörténet-kivonattal kívánom vázolni, egy-egy példával az alkalmazott proteinanyag és a kórfolyamat minősége szerint.

1. eset. *J. N.*, 33 éves, kórházi kezelésben május 3.-a óta. Diagnosis: *Exsudatum pleuriticum l. dextri.*

Május 5. Próba punctio: tiszta savós exsudatum. Testhőmérsék: 37–38°.

Május 7. A jobb mellkason elől az V. borda alsó széléől, hátul az V. hátsigolya magasságától lefelé tompulat, fölötte alig hallható sejtés légzés. E tompulat a próba punctio után máig hátul 3 harántujjal terjedt magasabbra. Tüdőcsúcsok szabadok. Szívtompulat balra a bimbóvonallig eltölve. Pulsus rendes, 84.

Délután 5 órakor typhus-védőtő-vaccina-injectio. Este 10 órakor rázóhideg, 11 órakor testhőmérsék 38°9'.

Május 5. Testhőmérsék délelőtt 37°0', délután 37°4'.

Május 6. Testhőmérsék délelőtt 37°0', délután 37°3'.

Tüdőlelet: a jobb mellkason elől nincsen tompulat, mély légvétellel a májtompulat lejjebb száll; hátul a VII. és IX. bordaközi területen tompulat a kopogtatási hang, ott körülötte némi halk frictio, oldalt nincsen tompulat. Szívcsúcslökés a helyén.

Május 7–10. Testhőmérsék: 36°5–37°1–37°6'.

Május 11. A jobb tüdő fölött hátul a 6.-án leirt tompulat változatlan. Röntgen-átvilágítás: Jobboldalt alul pleuramegvastagodások, a phrenicocostalis szöglet nincsen kitöltve, a diaphragma fölött kerek sötétebb árnyék (körülkolt izzadmány).

Május 13. Délelőtt 1 cm<sup>3</sup> typhus-védőtő-vaccina-injectio (II.). Rázóhideg ezt nem követte. Legmagasabb testhőmérsék 37°9'.

Május 14. Tompulat nincsen Oldalt és hátul alul a jobb tüdő fölött részben durvább, részben finomabb frictio. Testhőmérsék: 36°5–37°0'.

Május 24. Állandóan láztalan. A tüdők fölött normalis kopogtatási és légzési viszonyok.

2. eset. *T. A.*, 21 éves. Kórházi kezelésben május 4.-e óta. Diagnosis: Infiltratio et catarrhus apic. pulm. l. d. *Exsudatum pleuriticum haemorrhagicum l. utriusque.* A próba punctio május 4.-én történt, utána a felszívódás nem indult meg.

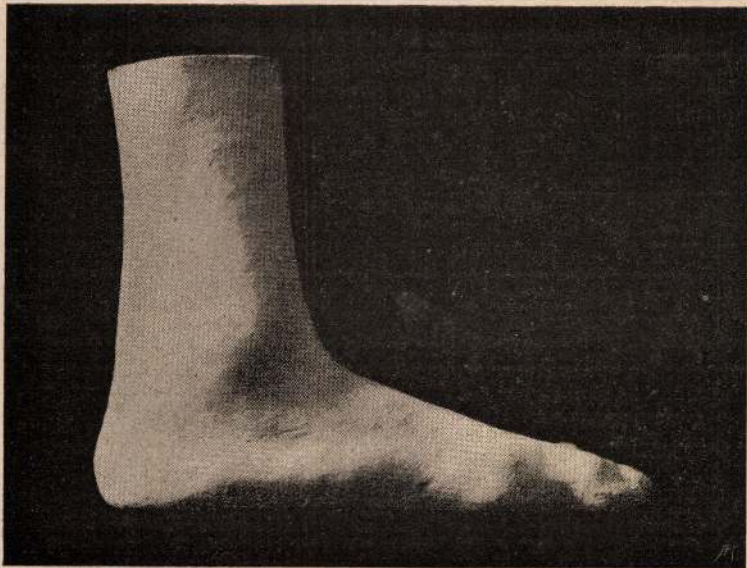
Május 7. Tüdőlelet: A jobb csúcs felett elől és hátul tompulat, hangos hörgi légzéssel, elég nagyszámú apróhólyagú szörtyzőrejjel. A jobb mellkason elől a VI. borda felső széléől, hátul a scapula csúcsától lefelé tompulat, mely mély légvétellel nem száll lejjebb. A bal mellkason elől a Traube-tér kitöltött, hátul az V. hátsigolya magasságától lefelé tompulat. Testhőmérsék: 37°8–39°0'. Délután 5 órakor: 1 cm<sup>3</sup> typhus-védőtő-vaccina-injectio. Este 9 órakor rázóhideg, éjfélkor testhőmérsék 40°1'. Éjjél után erős izzadás.

Május 8. Testhőmérsék délelőtt 38°1', délután 39°3'. Az ex-





részét e correctio alkalmával nem supinálom, hanem a közép-helyzetben tartom meg; 2. a gipszkötést ilyen korrigált helyzetben engedem megkeményedni, azaz a beteget nem léptetem fel a kötésben; 3. a leírt okoknak megfelelőleg nem rugalmas, hanem merev betétet adok; egyébként a betétnek meg kell felelnie mindazon feltételeknek, a melyeket a IX. fejezetben felsoroltam.



2. ábra. Pes valgo-planus mobilis, a belső oldalról nézve.

A mobilis talpsülyedésnek orthopaed-betéttel való ellátását tehát a következőképpen eszközölöm:



3. ábra. Pes valgo-planus mobilis, hátulról nézve.

A subjectiv panaszok felvétele és mérlegelése után megvizsgáljuk a beteget, miközben figyelmünket az egész szervezetre is kiterjesztjük, tabes, lues, diabetes, főleg pedig az arteriosclerosis szempontjából (a dysbasia arteriosclerotica intermittens is okozhat hasonló fájdalmakat); végezzünk Röntgen-vizsgálatot is. A térdekre is figyelemmel legyünk: nincs-e jelen genu valgum, vagy annak valamely részjelensége? Megfigyeljük, hogy az alsó végtagokon nincs-e nagyobb

varicositas? A lábakat végigvizsgáljuk, figyelve a VII. és VIII. fejezetben leírt objectiv elváltozásokra és kitapintva a fájdalmas helyeket; kíséreljük meg a Hübscher-féle tünet kiváltását. Tekintsük meg a beteg cipőit és a már esetleg viselt betéteket. Állítsuk fel őt és járassuk mezítláb, megfigyelve a valgus és a boltozatsülyedés nagyságát, az I. ujj tartását, a járás typusát. Legfőbb figyelmünket a láb passiv



4. ábra. A láb helyes tartása a redressálás és mintázás közben.

mozgathatóságára fordítsuk, azaz annak megállapítására, hogy a talpsülyedés mobilis-e avagy átmenetben van-e a fixációs stadiumba, avagy már fixáltnak minősítendő-e? Minél mobilisebb az eset, annál jobban fogja tűrni a betétet, annál nagyobb lesz a betét effektusa, annál több kilátás van a gyógyulásra; e tekintetben természetesen a beteg kora is fontos tényező. (2. és 3. ábra.)

A modell készítéséhez a beteget magas asztalra ültetem, úgy hogy a láb kényelmesen kezem ügyébe essék. A láb-



5. ábra. Az eltávolított negatív modell (a 2. és 3. ábrán feltüntetett láb, rekonstruált állapotban).

hátra hosszirányban vastag zsineget helyezek el és a lábat a dorsalis- és volarflexio közti középhelyzetben tartom, a valgus-helyzetet teljesen korrigálva, sőt kissé túlkorrigálva; e helyzetben a lábat a bokáktól az ujjak hegyéig egy 15 cm. széles, 2—3 méter hosszú gipszpólyával egyenletes szorossággal körülcsavarom; a gipszpólyát úgy vezetem, hogy annak menetei a lábat a varushelyzet felé fordítsák; az egyes rétegeket jól

egymáshoz és a lábhoz simítom. Most az egyik kéz (jobb lábnál a jobb kéz, bal lábnál a bal kéz) tenyerével a hosszanti boltozatnak úgy belső, mint külső ívét lehetőleg (de erőszak nélkül) rekonstruálom és rekonstruált helyzetben, egyszersmind kiefő varus-állásban megtartom. (4. ábra.) Ezzel megszüntetem a kóros valgítást, pronatiót, flexiót és reflexiót. Másik kezemmel a lábat a metatarsusfejeknél

déséig megtartom: azután a gipszet a kötél mentén hosszában késsel felvágom és gondosan széttárva, a lábról eltávolítom. (5. ábra.)

*Az orvosnak a helyes correctióhoz szükséges tapasztalatot és izomérzést meg kell tanulnia épp úgy, mint más sebészi készséget.*

A negatív modellt most gipszszel kiöntjük (6.—9. ábra);



6. ábra. A positiv modell, a belső oldalról nézve, a betét kirajzolt konturjaival.



8. ábra. A positiv modell, a külső oldalról nézve, a betét kirajzolt konturjaival.



7. ábra. A positiv modell, hátulról nézve, a betét kirajzolt konturjaival.



9. ábra. A positiv modell, a talpi felszínről nézve, a betét kirajzolt konturjaival.

fogom meg, adducálom a láb elülső részét és egyszersmind a középhelyzetig pronálom a hátsó részhez képest. Ezen kéz hüvelykével pedig benyomom a modellt a II.—IV., de legfőképpen a III. metatarsus diaphysisének és collumának megfelelőleg. Így egyrészt megszüntetem a kóros abductiót, másrészt rekonstruálom a lesüllyedt harántboltozatot. Ügyelek arra is, hogy a haránt- és hosszanti boltozat talpi vájolata a normalishoz hasonlóan egybesimuljon.

*A lábat a korrigált helyzetben a gipsz megkeménye-*

*a positiv modellen semmit sem kell és nem is szabad faragni vagy toldani. Csak az egészen apró egyenetlenségeket kell rajta elsimítani és már is ki lehet rajzolni reá a betét konturjait.*

*A betét konturjai a következők lesznek (6., 7., 8. és 9. ábra). A sarkon hátul felmegy mindaddig, a míg a sarok körvonalára előre (az Achilles-in felé) nem kezd áthajolni; kétoldalt a bokák alatt körülbelül 2 cm.-nyire végződik a betét; a laterális oldalon a kontur a calcaneus elülső végének meg-*

felelőleg átmegy a talp felé és végigmegy annak külső szélén az V. és IV. metatarsus közti spatium interosseum mentén a metatarsusok collum-áig. A medialis oldalon körülbelül a naviculare tuberositasáig ér fel a betét széle és előfelé az I. cuneiforme-nek megfelelőleg áthajol a talpi felszín felé, ahol a spatium interosseum I. mentén halad előre a metatarsusok collum-áig; itt a betét enyhe görbületű elülső szélben végződik. *A talpi felszínen kijelöljük a valgustámasz helyét* (a 9. ábrán vastag vonallal jelezve); az erősítő bordák helyét is kijelöljük (a 9. ábrán vékony vonalakkal megjelölve).



10. ábra. A kész betét a lábon, a belső oldalról nézve, a haránt-hevederrel.



11. ábra. A kész betét a lábon, hátulról nézve, a haránt-hevederrel.

Most viaszból elkészítjük a betétet: miután egy viaszlapot a pozitív modellre rásimitottunk, talpraállítjuk a gipszmodellt úgy, hogy a valgus tökéletesen korigálva (esetleg kissé túlkorigálva) legyen és meghatározzuk, hogy a sarok medialis oldalának e correctio megtartásához mily magas támaszra van szüksége? A szükséges magasságban a sarok medialis oldalára viaszból egy támasztó bordát teszünk fel

(ez lesz a valgustámasz), olyan hosszúságban, amely a cipő sarkának megfelel. Most a viaszmodell lapjára a megjelölt helyekre erősítő bordákat, elülső részének talpi felszínére pedig kapcsokat teszünk (egy harántheveder rögzítéséhez); a viaszmodell lateralis oldalán a széleket 1—2 mm.-nyire kihajlítjuk, nehogy a betét itt a lábat sértse. A viaszmodellt beágyazzuk és helyére alumíniumot vagy valamely más könnyű fémot öntünk.

Az öntés technikája lehet olyan, mint a milyen technika a rézöntőknél használatos, vagy lehet olyan, mint a fogtechnikusok eljárása: a beágyazott viaszt a massából kiégetjük és helyére centrifugális erővel nyomjuk be a megolvastott fémot. Én az utóbbi eljárást használom.



12. ábra. A kész betét a lábon, a talpi felszínről nézve, a haránt-hevederrel.

Ha a negatív és pozitív modell és a betét viaszmodellje helyesen volt elkészítve, akkor az öntvényen semmit sem kell változtatni, csak bőrrrel vagy vászonnal kell bevonni; a bevonásra nagyon alkalmas az acetone-celluloidoldat is.

Az ilyen újfajta betét (10., 11., 12. ábra) a sarkot erősen körül fogja; viszont az I. és V. metatarsus egészen szabad marad és így a betét elül egész keskeny; ezért, és mivel a lábhoz egészen hozzásimul, a betét a cipőben kevés helyet foglal el. *A láb elülső részén* (a metatarsusok collumainak megfelelőleg) *a lábat a betéthez egy harántheveder rögzíti, amely egyszersmind pótolja e helyen a betét külső szélét, meggátolja a lábnak a ferde síkról való lecsuszását, az oldalról gyakorolt nyomással megszünteti a metatarsusfejek szétterülését, rekonstruálja a harántboltozatot, amelyet a betét elülső része támaszt fel, végül: adductióban tartja a láb elülső részét.* Nagy előnye ezen betétnek, hogy a talpról nem nyomja le a lágyrészeket, hanem a harántheveder által helyükön tartja azokat. A betét felcsatolása a harántheveder segítségével igen egyszerűen történik.

A betét ezenkívül a IX. fejezetben felsorolt összes követelményeknek megfelel:

1. *Megszünteti a valgust; a betét erősen körül fogja a sarkot és nem engedi a lábat elfordulni; a betét sarokrésze alatt levő valgus-támasz (amely a cipőben belül a compact sarokra támaszkodik) csak korigált helyzetben engedi meg a fellépést.*

2. *Meggátolja a calcaneus elülső részének lesültyedését;*

a medialis oldalon feltámasztja a navicularet és a talust, nem engedi a talust a calcaneusról lecsúszni és a naviculare-vel együtt a medialis irányba eltolódni és elfordulni.

3. A hosszanti boltozatnak úgy belső, mint külső ívét feltámasztja.

4. A láb elülső részét a haránt heveder a betéhez rögzíti és ezzel meggátolja a pathologikus abductio bekövetkezését.

5. Feltámasztja a lesülyedt harántboltozatot; a heveder meggátolja a metatarsusfejek szétterülését.

6. A láb elül a normalis támaszpontokra nehezdedhetik, minthogy az I. és V. metatarsus teljesen szabadon hagyatik, a II.—IV. metatarsusnak feje emelve, de szabadon van.

7. Nem rugalmas megterhelésnél nem engedi meg a talpsülyedés bekövetkezését.

8. Anyaga (aluminium) könnyű, tartós és tisztítható; kisebb alakítások kalapálással és reszeléssel könnyen eszközölhetők.

9. Szilárdon áll a lábon; a láb a betétről le nem csúszhatik; hátrafelé a magas sarokrész nem engedi az elmozdulást, előre felé a heveder; a külső oldal felé való lecsúszást a betétnek magasan felnyuló lateralis része és a heveder gátolja meg.

10. A cipőtől független; a betét a lábat szilárdan megtartja a korrigált helyzetben akkor is, ha bő a cipő; akár szandálban is járhat a beteg a betéttel. A cipőtől csak azt kívánjuk, hogy a láb a betéttel együtt elférjen benne.

A modellvétel és a betét készítése alkalmával a következő hibák szoktak előfordulni: 1. ha a valgitas nem korrigáltatott eléggé, akkor nem mulnak el a külboka táján levő fájdalmak; 2. ha a régi talpfájdalmak állanak még fenn: a modellnél a hosszanti boltozat nem volt eléggé redressálva; 3. ha a hosszanti boltozat túlságosan redressáltatott, akkor a betét itt erősen fog nyomni; 4. ha a betét medialis éle a naviculare táján erősen nyom, ennek oka rendszerint az, hogy belső széle nem elég magasra ér fel; 5. a betét lateralis és elülső széleit 2—3 mm.-nyire ki kell hajlítani, mert különben e helyeken a szélek nyomják a lábat; 6. ha a láb a betétet egyáltalában nem tűri, akkor ennek oka az, hogy a láb a megbetegedésnek már fixált stadiumában van; ezen esetek csak előzetes fokozatos redressement és mobilisatio által tehetők a betét viselésére alkalmassá.

A tapasztalatok, a melyeket ezen újfajta betéttel tettem, igen jók. A betegek 1—2 napi megszokás után nagyon jól tűrik a merev betétet, a mely a talpsülyedés okozta fájdalmakat megszünteti és a beteget ismét munkaképesé teszi; a betét megszünteti nemcsak a sülyedés okozta fájdalmakat, de megszünteti a tipikus nyomási pontokon levő fájdalmakat is, mert a testsúlyt a talp felszínére egyenletesen osztja el; a betét a járás rugalmasságát nem befolyásolja, sőt visszacszerzi. Fiatal egyének mobilis állapotban levő talpsülyedése néhány évi betétviselés által tökéletesen meg is gyógyulhat.

Egy hátránya van a betétnek: úgy a modellvétel, mint a betét elkészítése szakképzettséget és gondos munkát igényel és ezáltal a betét drága. Ezen hátrány azonban nem lehet akadály a betét alkalmazásának, mert akiknél ez a legfontosabb: a munkásoknál, a betegségyező pénztárak kötelesek a betétnek, mint igen fontos munka-segédesszükséglet megszerzésére; e pénztárak saját műhelyükben is elkészíthetnék a betétet, a mi az előállítás lényegesen olcsóbbá tenné.

A pes valgo-planus eredményes kezelése nemcsak orvosi, hanem — a betegség nagy elterjedtsége és az általa okozott nagyfokú és állandó munkaképességcsökkenés folytán — socialis feladat is. A leírt betéttel eleget tehetünk e feladatnak és sok embernek adhatjuk vissza munkaképességét.

Nem akarom elmulasztani őszinte köszönetemet e helyen is nyilvánítani volt főnökömnek: *Bakay Lajos* dr. egyetemi tanár úrnak, az Országos Hädigondozó Hivatal pozsonyi intézete igazgatójának, a ki az ezen munkához szükséges vizsgálatok és kísérletek eszközzésére nekem engedélyt, alkalmat és segítséget nyújtott.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose.** Band II, Heft 2. Leipzig, G. Thieme.

A jól ismert vállalat legújabb füzetében elsősorban *Lockemann* folytatja a gümöbacillus biológiájára vonatkozó vizsgálódásainak ismertetését (a gümöbacillus-tenyészetek növéseinek gyorsaságára és intenzitására vonatkozó eredményeket közöl). — *Burger* és *Möllers* a gümöbacillus-zsírok antigen tulajdonságairól értekeznek; szerintük a *tiszta* (proteinek már nem tartalmazó) ilyen zsíroknak nincsen antigen hatásuk. — *Geinitz* és *Unger-Laissle* az aurocantan nevű újabb készítménnyel végzett kísérletes és klinikai vizsgálataikat írják le. Kifejezett specifikus hatását ezen újabb aranykészítménynek nem találták sem a házinyulak kísérletes gümőkórjában, sem az emberi tüdőtuberculosisban. A gége nyálkahártyáján székelő gümős folyamatra azonban úgylátszik electiv hatású. Adagolása nagyon óvatosan történjen, mert mint kifejezett capillaris-méreg a veseparenchymára károsan hathat.

### Belorvostan.

**Appendicitis** több esetét látta *Grube*, a melyekben az epehólyaggyulladás, illetve az epeköbetegség tünetei voltak az előtérben és csak a pontosabb vizsgálat derítette ki, hogy tulajdonképpen appendicitisről van szó s innen terjedt rá a gyulladás az epehólyagra. A műtét alkalmával talált állapot igazolta a diagnosis helyességét. (Mediz. Klinik, 1918, 20. szám.)

**A pneumonia optochin-kezelése** *Pel* tanár szerint (Amsterdam) nagyon jó eredményeket érlel, ha nem használunk túlságosan nagy adagokat, ha a betegségnek korai szakában kezdjük meg a használatát (az irodalmi adatok szerint a súlyos mérgezésűtünetek főleg azokban az esetekben fordultak elő, amelyekben későn, a betegség 5. napján vagy ezen túl kezdték adni az optochint) és ha nem az optochinum hydrochloricumot adjuk, hanem az optochinum salicylicumot, a mely sokkal lassabban szívódik fel. A felszívódás hátráltatása végett a diatában mellőzendők olyan anyagok, amelyek a sósavvalváltozást fokozzák (hús, izgató szerek); legjobb a tejdiateta. A mi a hatást illeti, az egyfelől a krízis gyorsabb beálltában másfelől kifejezett eupóriában nyilvánul. Kedvezőtlen hatást az említett használatmód mellett a szerző nem látott, pedig degenerált szívű betegeknek is adta a szert. Az adag 0.25 gramm, amelyet 4 órai időközökben kell bevételni éjjel-nappal, tehát pro die 1.5 grammot. (Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1917.)

### Sebészet.

**Az ulcus pepticum jejuni kérdéséhez** szól *Haberer*. Az ulcus pepticum jejuni a gastroenterostomiával gyógyított gyomorműtétek legfélelmetesebb szövödménye. A sebészek egy része igen ritkán látja ezen megbetegedést, mások gyakrabban, aminek okát a szerző abban látja, hogy a betegek rendszerint ezen kellemetlenségükkel nem jutnak vissza oda, ahol első ízben operáltak. Másrészt, tekintve az ulcus jejuni-nak aránylag ritka előfordulását, a kis anyaggal rendelkezők vagy egyáltalában nem, vagy igen ritkán észlelik. Az aetológiája e megbetegedésnek ismeretlen, a szerző azonban 616 gyomorműtétje alapján azt tapasztalta, hogy a pylorus-kirekesztés, ha ez duodenalis ulcus miatt végeztetett, különösen elősegíti az ily fekélyek létrejöttét. Sokkal ritkábban észlelhető egyszerű gastroenterostomia után, ha ez gyomorfekély miatt végeztetett, resectiók után pedig egyáltalán nem. Hogy ulcus duodeni mellett szokott a jejunalis fekély fejlődni, ez csak azzal volna magyarázható, hogy a duodenalis fekély maga is a magasabban fekvő bélrészletek



nyálkahártyája debilitásának eredménye. Kevésbé érthető, hogy miért éppen a pylorus-kirekesztés kedvez ezen fekélyek létrejöttének, holott a spasmusos állapotok, a melyekre Richter a fekélyek keletkezését visszavezeti, az idegek átmettésével a pylorus kirekesztésénél meg kell, hogy szűnjenek. A szerző a pylorus kirekesztését csak a legsúlyosabb esetekben alkalmazta akkor, ha a pylorus nem heges, nem szűkült és resectio nem végezhető, vagy midőn a az egyszerű gastroenterostomia a pylorus nyitva maradása miatt nem járna kellő eredménnyel. Egyszerű gastroenterostomiát pedig akkor végez, ha a beteg oly gyenge állapotban van, hogy e műtét már csak ultimam refugium, avagy a pyloruson vagy duodenumon heges szűkület van. Ebben látja a szerző az ulcus jejuninak a pylorus kirekesztésével kapcsolatos gyakoriságának okát, mert ezt a műtétet a különben is legsúlyosabb elváltozások mellett végzi. Az ulcus pept. jejuni belső kezelésre nem gyógyul, sőt a palliatív sebészi kezelés (jejunostomia) sem elegendő. A jejunalis fekély, dacára annak, hogy a műtét igen súlyos, resectióval eltávolítandó. Belső kezeléssel esetleg megakadályozhatjuk a fekély kifejlődését, miért is a szerző gyomrorátljainak ily utókezelésére igen nagy súlyt helyez. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 12. szám.)  
Ifj. Háhn Dezső dr.

### Gyermekekorvostan.

**A tussis convulsiva korai diagnózisának vizsgálása.** Chievitz és Meyer a mult esztendőben eljárást írt le (Arch. f. Kinderheilkunde, 66. kötet), melynek lényege az, hogy a vizsgálandó egyént 10—20 másodpercig 10 centimeter távolságban elhelyezett steril burgonyavérágar-felület felé köhöggtetjük (esetleg a garat izgatása útján); a tussis convulsiva catarrhalis szakában volt 32 egyén közül 27-ről sikerült a jelzett tenyésztőtalajon fejlődött Bordet-Gengou-bacillusok segítségével kideríteni, hogy számárhurutról van szó. A nevezett szerzők ezt az eljárást, a melyet „Hustenaussaamethode“-nak nevezték el, nagyobb anyagon is kipróbálták. A catarrhalis szakban 77%, a stadium convulsivum 1. hetében 52%, 2. hetében 50%, 3. hetében 30%, 4. hetében 10% positiv eredményt kaptak; a 4. héten túl már nem volt positiv eredmény. Ezek az adatok is mutatják, hogy megáll a szerzőknek ama régebben kifejtett nézete, mely szerint a számárhurutban szenvedők praktice veszélytelenek a környezetre, ha a görcsös szak már egy hónapja tart. Közvetlenül a köpetből csak 50%-ban lehet kimutatni a kórokozót a catarrhalis szakban, így tehát az említett eljárás előnyben részesítendő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 27. szám.)

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Erős hólyagvérzés** egy esetében, amelyben a külső és belső haemostaticumok használata eredménytelen volt, Weinberg gyors hatást látott a Fischl-féle clauden-től. A phiolában foglalt 0.5 grammot 10 gramm felforralt vízzel hígítva, katheterrel a hólyagba juttatta, mire a vérzés megállt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 30. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 36. szám. Vas Bernát: Bacillusgazda által okozott házi typhusjárvány. Borszéký Károly: A háborús koponya-sérülések kezelése.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 37. szám. Ifj. Liebermann Leó: A szem enucleatiójáról kozmetikus szempontból s az azt helyettesítő műtétekről. Horváth Mihály: Az arthrodesis szerepe a spinalis benu-lások gyógykezelésében, különös tekintettel a vállizületre. Horváth Feren-cz: A dobhártya kórszöveti elváltozásai, különös tekintettel az arteriosclerosisra.

### Vegyes hírek.

Kinevezés. Löwenstein Lajos dr.-t a vizaknai járás orvosává nevezték ki.

A Magyar Bajtársi Szövetség orvosi szakosztályának elnöksége nagyon kéri a kartársakat, hogy ismerős bajtársaikat szeptember hó 20—23.-áig elszállásolni sziveskedjenek, mert a háborús viszonyok miatt a hivatalos elszállásolás nagy nehézségekbe ütközik. A fürdőkbe induló különvonat összes helyeinek száma 350, úgy hogy, sajnos, még

a külföldi vendégek valamennyie számára sincs hely; Magyarország részéről csak a vendéglátó hatóságok hivatalos képviselői s kiküldöttei, összesen 25-en utazhatnak a különvonaton.

**Személyi hírek külföldről.** A jeni egyetem gyógyszer-tani tan-zsékére O. Keller marburgi rendk. tanárt nevezték ki. — Fr. Kirstein marburgi magántanár (nőorvostan) tanári címet nyert.

**Meghalt.** Josa András dr., Szabolcs-megye nyugalmazott tisztí főorvosa, az Országos Közegészségügyi Tanács tagja, a Szabolcsvármegyei Múzeum megalapítója és igazgatója, Szabolcs vármegye törvény-hatóságának tagja stb. szeptember hó 7.-én, 84. évében. Az elhunytban rendünk kiváló, országszerte ismert tagját veszti el, ki nemcsak jeles orvosi működésével szolgált reá embertársainak hálás elismerésére, de a hazai régészet terén is maradandó emléket biztosított nevének. Áldás emlékére! — C. Alexander dr., a belorvostan címz. rendk. tanára a boroszlói egyetemen, 62 éves korában.

**Nemzetvédelem** címmel új folyóirat 1. és 2. számát kaptuk. Az új folyóirat a Magyar Fajegészség-tani és Népesedéspolitikai Társaság, a Nemzetvédő Szövetség a Nemibajok Ellen, az Országos Gyermekvédő Liga és az Országos Hadigondozó Hivatal hivatalos organuma és elsőrendű szakemberek közreműködésével azokat a veszedelmeket tárgyalja, melyek a magyar nép nemzedékéről-nemzedékre továbbélő törzsét fenyegetik és keresi azokat a módokat, melyek fajunk lehető legjobb fejlődését biztosítják. Különös figyelmet szentel a hadigondozásnak, a gyermekvédelemnek és a nemibajok leküzdésének. Meg-jelenik kéthavonként. Évi előfizetési ára 15 korona. Főszerkesztője Lukács György dr. v. b. t. t., a szerkesztőbizottság tagjai Fischer Elemér kir. iparfelügyelő (hadigondozás), Hoffmann Géza cs. és kir. konzul (fajegészség-tan és népesedéspolitika), Kollárits Béla dr. egyet. tanársegéd (nemibajok) és Rottenbiller Fülöp min. tanácsos (gyermekvédelem).

### ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűs-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxgyen-fürdők, hőlég-kezelés és vízgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízikurák. Vezető-főorvos: Dr. Czifrusz Dezső kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik.

Egész éven át nyitva.

### Fővárosi Fásor Sanatorium

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

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

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

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

### Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest,

IV., Kossuth Lajos-ú. 3. Telefon: 697.

### Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoriuma

VI., Teréz-körút 22. Telefon: 121—02.

### Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fásor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti, női-bel-etegek, szülönöknök. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

### Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIÁI INTÉZETE

VII., Nyár-utca 22. szám.

### Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

### TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diaétás-physikalís magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegek (cukor-baj, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.

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

### Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

### RÖNTGEN. RADIUM-KÉZELÉS.

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

### Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete

újonnan kibővíve  
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

### Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1918 február 27.-én.) 494. lap.

## Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés, 1918 február 27.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

(Folytatás.)

## Vagotonia típusos esete.

**Frisch Béla:** A 33 éves nőnek  $\frac{3}{4}$  év óta vannak hyperaciditásos gyomorpanaszai, szivdobogása, nehézlégzése, globulusérzése és erős fejfájása. E panaszai a 3 hetenként jelentkező és erős görcsökkel járó menstruatio idején fokozódnak. Kétoldali lázas tüdőcsúcsshurut, status asthenicus, ren migrans. 1 mgr. adrenalinra semmi sympathicus-tünet, igen erős pilocarpinreactio, fokozott szénhydrattolerantia, alacsony vércukorérték (Bang), állandó bradycardia (40–60 közt). Cermák-, Aschner-, Somogyi-tünet, légzési arhythmia. Az előadó a vagotonia-elmélet tentartása mellett foglalt állást és az adrenalinra is reagáló eseteket a tonusváltozás nélkül fennálló vegetatív idegingerlékenység fokozódásával magyarázza.

**Scipiades Elemér:** Azt hiszi, hogy a menorrhagia a lényeges és nem a dysmenorrhoea, mert hyperfunctio szokott együtt járni a vagotoniával. A többi tünet csak kísérő.

## Érdekesebb sérvszövődmények.

**Schossberger Endre:** A Rókus-kórház I. sebészeti osztályának nagy sérv-anyagából mutat be néhány érdekesebb esetet. A ritkább sérvet 4 csoportba osztja:

1. sérv, melyeknek kilépési helye a normalistól eltérő;
2. sérv, melyeknek tartalma ritkábban előforduló;
3. a sérvtartalom ritkább pathológiás elváltozást mutat;
4. sérv, melyek szokatlan ileussal.

Az első eset, a féregnyúlvány izolált incarcerationatiója, elég ritkán észlelt jelenség; *Verebély* szerint 1000 eset közül egyben fordul elő. A 78 éves férfinak 15 év óta fennálló jobboldali lágyéksérve 3 nappal 1918 január 9.-én történt felvétele előtt emelés közben hirtelen fájdalmasá vált. Azóta állandóan nagyobbodik, rendkívül érzékeny; szék, szelek beöntésre távoznak. Az ileocoecalis táj kistökű érzékenysége miatt appendicitis in hernia-ra gondolnak. Helybeli anesthésiában azonnali műtétet végez, a sérvtömlőben kiindulási pontján lezúrt féregnyúlványt talál. Appendectomia, a sérvtömlő kiirtása, drainage. Gyógyulás.

*Sonnenburg* szerint a féregnyúlvány izolált kizáródásának mindig előzetes appendicitis az oka. A bemutató osztja *Sprengel*, *Massoulard* és *Lejars* nézetét, hogy a lobos folyamat csak másodlagos jellegű, bár praedisponálólag hathat az esetleges kizáródásra.

Ezután a női adnexumoknak sérvben való előfordulásáról közöl statisztikai adatokat és ennek szép példáját mutatja be. A 32 éves asszonyon a kórház gynaekologiai osztályán két héttel február hó 6.-án történt felvétele előtt abortust fejeztek be. Azóta a beteg jobboldali lágyéksérve irreponibilissé vált és napról-napra nagyobbodva, mind érzékenyebb lett. Magas láza volt hidegrázásokkal; szék, szelek rendben. A betegen a jobboldali inguinalis tájon tyűktojásnyi, feszes, rugalmas, irreponibilis, rendkívül érzékeny daganatot talál. Diagnosis: hernia inguinalis l. d. inflammata. A műtétet jobboldali pneumonia crouposa miatt localanaesthesiában végzi. Az inguinalis sérvtömlőn kívül egy properitonealisat is talál, benne galambtojásnyi pyosalpinx szabad ovariummal. A méhet falának és a jobb parametriumnak multiplex tályogokkal beszűrődött volta miatt exstirpálja a jobboldali adnexumokkal. Drainage a hüvelyen és a seben át. Gyógyulás.

Harmadik esete inguino-interperitonealis hernia, amelynek tartalma a tojásnyi pyosalpinx. Legérdekesebb az, hogy a műtét előtt gynaekologusok a genitalekat épnek találták.

Ezután a sérvtömlőben történt subcutan bélrupturát demonstrál a hasüreget ért trauma után. A 39 éves férfit 4 órával a sérülés után szállították az I. sebészeti osztályra.

Minthogy az anaemia nem volt oly nagyfokú, hogy parenchymás szervek vézésére kellett volna gondolni, a défense-on kívül pedig, a melyet a has-shock következményeként lehetett felfogni, más peritonealis tünet nem állott fenn, várakozó álláspontra helyezkedett. Lassan-lassan, a normálisnál sokkal larváltabban béllaesióra valló tünetek fejlődtek ki, különösen feltűnő volt a jobboldali lágyéksérve érzékenysége, úgy hogy *Herczel* a beteget megoperálta. A hasürben sok geny, emésztetlen ételmaradék, a jobb sérvtömlőben rupturált jejunum.

A sérülés ellátása és a hasüreg konyhasós kiöblítése után ennek teljes zárása. Zavartalan gyógyulás.

Az esetet *Bunge* azon elmélete bizonyítékának tartja, hogy a csak a hasüreget ért zúzódás, a mely a sérvet nem is érte, bélsérülést okozhat benne, talán még fokozottabb mértékben.

Végül egyszerű herniotomia utáni strangulatiós ileust mutat be. A 40 éves férfit 1917 júliusában szállították az I. sebészeti osztályra négy napos bélezáródással. 2 évvel felvétele előtt egy másik kórházi osztályon szabad baloldali lágyéksérvet operáltak. Azóta állandóan beteg, széke soha sincs rendben. 4 nap óta sem szék, sem szelek nem távoznak. Minthogy a bélkonturokat a coecumig lehetett követni, itt supponálja a mechanikai akadályt és jobb pararectalis metszést végez. Kitűnik, hogy a baloldali herniotomia helyéről egy  $1\frac{1}{2}$  cm. vastag callosus szalag vonul a jobboldali hasfali hashártyához, mely a coecumot annyira lezúrtotta, hogy ez gangraenescált. Az appendixet eltávolítja, a coecumot átvarrja; gyógyulás.

A herniotomiák utáni mechanikai ileust 4 csoportba osztja: 1. A műtét alkalmával reponált bél stenosisa; 2. az átvarrt bél megtörtése; 3. a mesenterium torsiója által okozott volvulus; 4. az időszűlt peritonitises alszalagok okozta strangulatiós ileus. Esete az utolsó csoportba tartozik.

**Borszékly Károly:** Hasat ért trauma esetén első teendőnk megvizsgálni, nincs-e a betegnek sérve. Ha van, valószínű, hogy bélruptura van jelen. Erre a körülményre már 10 év előtt figyelmeztetett. Ez a műtét eljárást befolyásolja, mert ha sérv van, akkor herniotomiával kis műtéttel célt értünk, míg a laparotomia után a másodlagos infectio fenyeget és így beavatkozásunk sokkal nagyobb jelentőségű.

**Pólya Jenő:** A sérvbeli bélrupturának gyakori oka a rossz sérvkötő, alatta a bél kijön és beszorul a symphysis és a sérvkötő közé. A beavatkozás módjára nézve egyetért *Borszékly*-vel.

**Schossberger Endre:** Hogy volt-e bélruptura, nem tudtuk megállapítani, csak feltételeztük. A laparotomiával jobban át lehet tekinteni a terennumot. A sérv érzékeny volt.

**Manninger Vilmos:** Ha a sérv helye érzékeny, arra kell gondolni, hogy ott repedt meg a bél. Ha ott nincs repedés, meg lehet csinálni a laparotomiát.

## Kizárt sérvbe került és erőszakosan reponált tuba.

**Erdélyi Sándor:** A beteget 1918 február 5.-én szállították be az Uj János-kórház sebészeti osztályára. Régi jobboldali sérve előző nap kiszorult s orvosai reposition en masse-t végeztek. Heves fájdalom, görcsök s meteorismus miatt bélstrangulatióra gondolván, azonnal műtétet végez. A herniolaparotomia alkalmával kiderül, hogy a tuba volt a tömlőben, a mely almanagságúra kitágult a bevérzéstől. Külsőjén nem volt repedés. Mivel menstruációs zavarai miatt nem volt kizárva, hogy extrauterin terhesség is lehet jelen, a tubát reszekálja. A kiirtott tubában nem lehetett graviditást kimutatni; így az almanagságú tályagot csak az incarcerationiónak és az erőszakos visszahelyezésnek volt a következménye.

## PÁLYÁZATOK.

9008/1918. szám.

A csesztregi körorvosi állásra, melylyel a törvényben megszabott fizetés, lakbér, fuvarátalány, valamint a törvény szerint járó egyéb díjazások vannak egybekötve, és a mely választás útján Csesztregen a körjegyzői irodában október hó 14.-én délelőtt 11 órakor lesz betöltve, pályázatot nyitok. Kérvények a választást megelőző napig adhatók be hozzám.

A l s ó l e n d v a, 1918. évi szeptember hó 2.-án.

Székely s. k., főszolgabíró.

5767/1918. eln. sz.

Hódmező-Vásárhely th. város törvényhatóságánál előléptetés folytán megüresedett s a törvényhatósági közgyűlés által választás útján betöltendő **kerületi tisztii orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás kezdő javadalmazása a IX. fizetési osztályban — évi 2600 korona fizetés és évi 600 korona lakbér — van megállapítva és a szervezeti szabályrendelet által meghatározott mellékjárandóságok szedhetési jogával, valamint nyugdíjjogosultsággal van egybekötve, ezenkívül a magán orvosi gyakorlat folytatása is megengedett.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cikk 9. §-ában előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket, a 80.099/1893. számú belügyministeri rendelettel megkívánt tisztii orvosi képesítésüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket folyó 1918. évi szeptember hó 21. napjának délután 5 órájáig a polgármesteri hivatalnál nyujtsák be.

Hódmező-Vásárhely, 1918. augusztus hó 28.-án.  
Jóó Imre, h. polgármester.

11157/1918. sz.

A csákgorbói, magyarlóposi és kékesi járásban megüresedett, egyenkint évi 2000 korona kezdőfizetéssel, egyenkint évi 600 korona utiátalánnyal és a csákgorbói-magyarlóposi járásban évi 450—450 kor., a kékesi járásban évi 360 korona lakáspénzzel javadalmazott **járás-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A járásorvos a csákgorbói járásban a pánczélcschi, a kékesi járásban a kékesi és vasasszentgottárdi körorvosi körök orvosi teendőivel is megbízatik azok betöltéséig s ezért külön díjazásban fog részesítettetni.

A járásokban több uradalom is van. Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a 125000/1912. B. M. sz. alatt kiadott vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon Szolnok-Dobokavármegye főispánja Br. Diószeghy Zsigmond ur Öméltóságához címezve 1918. október hó 6.-ig hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vételét nem fognak.

D és, 1918. szeptember hó 2.-án.

Az alispán.

43/II. eln. sz. 1918.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, háborús segély (jelenleg szintén 1200 korona), lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellemezéssel, az elmeosztályra történő beosztás esetén még évi 300 korona működési pótlékkal javadalmazott **három alorvosi állásra** pályázatot nyitok. Pályázhatnak orvostudorok (orvostudornők), szigorló orvosok (szigorló orvosnők), esetleg idősebb orvostanhallgatók (orvostanhallgatónők).

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos dr. **Jakabffy Gyula** főispán úrhoz címezve **legkésőbb folyó évi október hó 5. napjáig** közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az állás folyó évi október hó 15.-én elfoglalandó.

Baja, 1918. évi szeptember hó 11.-én.

A polgármester.



## Natrarsen ERI

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

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

## Kurhaus Semmering

Phys.-diaetetikus magaslati intézet

2 órányira Wientől.

Nyári és téli kurák.

**Dr. Franz Hansy kir. tanácsos, Dr. Carl Kraus**

Fertőző betegek, különösen tuberkulotikusok nem vehetők fel.

## Körorvost

helyettesítene egy havi időtartamra betegszabadságon levő segédorvos. Megkeresések kimerítő fölvilágosítással **Farkas Ignác** gölniczbányai címére küldendők.

## Fenyvesi Menyhért

== fogművek laboratoriuma ==

**Budapest, IX., Ráday-utca 5. sz.**

Calvin-tér mellett.

**Készít arany, celluloid, kaucuk munkákat, fogsabályozó készülékeket.**

Alapított 1906-ban.

Telefon: József 111-48.

## A Magyar Fogorvosok Egyesületének fogorvosképző tanfolyama

A Magyar Fogorvosok Egyesületének védnöksége alatt a budapesti poliklinika fogászati osztályán rendszeres **fogorvosképző tanfolyam** szeptember hó második felében kezdődik.

Beiratkozni csak szept. havában lehet. Kurzus díja 1000 K.

A tanfolyam vezető-tanárai: dr. **Salamon Henrik** és dr. **Szabó József**, egyetemi magántanárok.

A tanfolyamra fölvételnek orvosdoktorok és szigorlóorvosok.

A tanfolyam tökéletes szakorvosi kiképzést ad, nevezetesen a konservatív- és technikai fogászatból, valamint fogsabályozásból.

A tanfolyam tartama **egy év**.

Érdeklődők felvilágosítást a poliklinika fogászati osztályán vagy dr. **Fejjes Béla**, VII., Dohány-utca 90. kaphatnak.

## Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézet **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. Prospektusokkal szolgál

Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa: tolnai Wosinski István dr., ö. r. gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

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

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

**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 előnyárak.**

Irodalom rendelkezésre.

**T. H. LINDNER, Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.**

## 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., Andrásy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

## Mint a diót

csak kalapáccsal lehet a különböző vaspilulákat és a más készítésű tablettákat feltörni, míg **az új szelid nyomására hullanak szét a**

## Tabl. Ferri Protoxalati Dr. Deér

sine et cum arsen.

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

Minden gyógyszerárban kapható.

**Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!**

## Digitotal

Tartós Digitalis-készítmény.

a Digitalislevelek összes hatásos alkatrészeivel  
természetes keverési arányban  
a gyomorra károsan ható anyagok kizárásával.

A **Digitotal** állandó hatásértéke megfelel egy frissen elkészített  
Fol. Digitalis titratumból készített 15%-os főzetnek.

**Digitotal-oldat** belső használatra:

Üvegek à 15 ccm pipettával,  
physiol. NaCl-oldatban, injekciókhoz:  
dobozok 6 ampullával à 1,1 ccm.

**Digitotal-tabletták**: Üvegecskék à 25 drb.

**Digitotal-tejczukorkeverék.**

Heyden-féle acetyl-salicyl-t  
csakis

## Acetylin

elnevezés alatt sziveskedjék rendelni.

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

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

## Embarin

Energikusan ható

antisyphiliticum

intramuscularis és subcutan injekciók számára.

A kezelés kezdeténél azonnal a legtöbb syphilitikus  
jelenségek visszafejlődése tapasztalható.

A befecskendéseket jól tűrik és fájdalmat alig okoznak.

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

## Creosotal „Heyden“ Duotal „Heyden“

Rég bevált, megbízható hatású gyógyszerek a  
légzőutak valamennyi fertőző bajainál  
(Phthisis, tüdőkatharrus, pneumonia stb.)

**Creosotal** és **Duotal „Heyden“** a legrégebb márkák.

Üvegekben à 25, 50, 100 g **Creosotal**.  
Csövecskék 20 tablettával à 0,5 és 0,3 g **Duotal**.  
Dobozok 50 tablettával à 0,5 és 0,3 g **Duotal**.  
Csomagocskák à 25 g **Duotal**.

Irodalom díjmentesen.

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

## Argentocoll

==== Név törv. védve. ====

Colloid-ezüst steril ampullákban à 2 cm<sup>3</sup> 5 pro mille Ag-tartalommal, *mindoly esetekben, ahol colloid-ezüst javalva van, nagy eredménnyel használtatik, különösen nehéz (septikus) izületi rheumánál.* — Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók megbetegedési tünetek, sem görcsök felépése észlelhető nem volt.

Raktár Budapesten: **FILÓ JÁNOS** és **TÖRÖK JÓZSEFNÉL**

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

## Luesol

==== Név törvényesen védve ====

a Mercuribenzoat egy isotonikus oldata ampullákban à 1·1 cm<sup>3</sup>  
Ajánlják

**syphilis,luetikus szemaffekciók**

kezelésére, különösen oly esetekben, a hol bizonyos okok miatt depot lefektetést nem kívánnak és inkább nagyobb egyes adagok és szorgalmasabb alkalmazás által — ártalmas befolyás kizárásával — egy folytatólagos Hg-forrást teremteni óhajtanak. Az injekciók intramuscularisan adandók, fájdalommentesek, mellékhatást és localis izgató tüneteket nem idéznek elő.

# 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

**Báró Podmaniczky Tibor:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. sz. belklinikájából (igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár) és az orsz. hadigondozó hivatal Bajza-utcai utókezelő intézetéből. (Igazgató: Csiky József dr., egyet. magántanár). Háborús koponyasérülések késői következményei (agytályog és epilepsia) és azok megállapítása. 497. lap.

**Ónodi A.:** A harctéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légszomszettek osztályának működése. 500. lap.

**Deszímírovity Koszta:** Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem belgyógy-diagnostikai klinikájáról (igazgató: Báró Kéthly László dr., ny. r. tanár) és a kassai cs. és kir. 20. sz. helyőrségi kórházból (parancsnok: Bartelt R. dr., főtörzsorvos). Az exsudatum pleuriticum parenteralis „heteroprotein“-therapiája. 501. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. K. Kloss und L. Hahn: Taschen-Lexikon für das klinische Laboratorium. — Lapszemle. Belorvos. Eppinger és Kloss: Polycythaemia — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Arnsperger: Actinomyces. — Markovici: Az úgynevezett „spanyol betegség“. — Marquardt: Idősült hólyaghurut. — Glaserfeld: Éjjeli izzadás. — Kuthe és Voswinckel: Dubatol. 503–504. lap.

Magyar orvosi irodalom. 504. lap.

Vegyes hírek. 504. lap.

Tudományos Társulatok. 505. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. sz. belklinikájából (igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár) és az orsz. hadigondozó hivatal Bajza-utcai utókezelő intézetéből (igazgató: Csiky József dr., egy. magántanár).

### Háborús koponyasérülések késői következményei (agytályog és epilepsia) és azok megállapítása.\*

Írta: báró Podmaniczky Tibor dr.

A háború elején a központi idegrendszer sérüléseivel összefüggően az idegorvosnak kevés alkalma nyílt a ténykedésre. Működése inkább a theoria szempontjából hozott gyümölcsöket, a sérülés helyének pontos megállapítása által. Eleinte a sebészeké volt a szó, kik a központi idegrendszeren ejtett seb ellátását s kezelését igyekeztek tökéletesíteni, később azután, minél hosszabb idő mult el a sérülés sebészgyógyulása után, annál inkább kezdtük megtanulni, hogy a sebészileg gyógyult, központi idegrendszerben sérült még hosszas orvosi, még pedig idegorvosi megfigyelést, esetleg kezelést is igényel. Míg a környéki idegek sérüléseinek műtéti beavatkozás után való vizsgálata csupán azt célozza, hogy megállapítsa, mily mértékben mutatkozik javulás, illetőleg gyógyulás, vagy hogy mily mértékben állott be a műtett környéki idegen a részleges vagy teljes functióképesség, addig a központi idegrendszer-, de főleg az agysérülteken a megfigyelésnek különösen az a célja, hogy nem állnak-e be oly szövödmények, melyek a sérülte végzetes következményekkel járhatnak. A szövödmény megállapításán kívül a sokszor életmentő operációra való javalat felállítása a háborús ideggyógyászat legfontosabb gyakorlati feladatainak egyike.

Fejsérüléshez, legyen az löveg vagy szál-fegyver okozta, vagy közvetlenül a sérülés után társulhat szövödmény, máskor megint több havi, sőt néha évekig tartó zavartalan időszak után jelentkezhetnek az úgynevezett késői szövödmények tünetei. A fejsérülés korai szövödményei, különösen ha az agyvelő is sértve van, a korai agytályog, a genyes encephalitis, az agy elfolyósodása (Hirnausfluss), az agyhernia és a genyes meningitis cerebrospinalis. A sérülés után sok időre fejlődő complicatiók a késői agytályog (Spätabscess), az epilepsia és a fejsérülések folytán kifejlődő elmebajok.

Míg a korai szövödményeket inkább van alkalmuk a fronton s közvetlenül a front mögött működő orvosoknak megfigyelhetni, addig a fejsérülés késői complicatióit sajnos nagyon is nagy számban van alkalmunk kórházainkban láthatni. Kétségtelen, hogy az agytályog és a fejlődés okozta epilepsia megfigyelése, de különösen az esetleg szükségessé vált műtéti beavatkozásnak megállapítása már végzetes tévedések elkerülése végett is gyakorlott idegorvos s a szükséges vizsgálati segéd-eszközökkel felszerelt osztályt igényel. Ezért a német birodalom országaiban, Ausztriában épp úgy, mint nálunk is, úgynevezett fejsérült-osztályok alakultak, melyek rendszerint egy idegklinikára vagy kórház épületében nyertek befogadást. A fejsérültek így nem lévén széjjelszórva az ország különböző városaiban, lehetségessé vált az aránylag kis számban levő szakképzett munkaerők ez irányban való felhasználása s így egyszersmint az ideálshoz közel álló fejsérültgondozás keresztülvitele.

A következő megfigyeléseket a m. kir. hadigondozó hivatal állományába tartozó rokkant katonákon végeztük a II. sz. belklinikának fejsérültek számára fentartott osztályán. E helyen részletesebben szándékozom foglalkozni a késői agytályoggal és a fejsérülés okozta epilepsival, különös tekintettel azok diagnostikájára, conservatív therapiájára, valamint az esetleg szükséges műtét indiciójának felállítására.

Az agytályog korai megállapítása azért ütközik nagy nehézségekbe, minthogy a fejsérült hónapok, sőt évek hosszú során át hordozhatja agyában a tályogot, anélkül, hogy az tüneteket okozna. Viszont az agy-abscessusra valló típusos tünet rendszerint csak akkor jelentkezik, ha már a rögtön műtéti beavatkozás sem mentheti meg többé a beteg életét. Az általános agynyomás-tünetek, melyek a tumor-diagnostika legfontosabb segéd-eszközei, ritkán tapasztalhatók fejsérülteken. Ennek oka az, hogy a fejsérültek legnagyobb részének koponyadefectussal gyógyult sebe van, s így nem fordulhatnak elő oly nagy méretekben fokozott agynyomás-tünetek, mint zárt koponyaüregben. Bradykardiát, pangásos papillát és fejfájást nem igen találunk tályagos fejsérülteken, kivéve a fejfájást, mely legtöbb fejsérülteknél különben is állandó panasza s azt a pulsusanomaliát, melyre Finkelnburg<sup>1</sup> hívta fel figyelmünket, t. i. hogy fekvő beteg felültetés után bradykardiás lesz. Ez utóbbi tünetet azonban oly fejsérülteken is volt alkalmunk megfigyelhetni, kik legkevésbé sem voltak abscessusra gyanusak.

\* A budapesti kir. Orvosegyesületben 1918 febr. 16.-án tartott előadás.

<sup>1</sup> Finkelnburg: Über Spätencephalitis des Gehirns nach Oberflächenschüssen des Schädels. Deutsche med. Wochenschr., 1916, 26. szám, 779. old.

Mint minden pyogen-folyamatban, úgy agytályog esetén is lehet láza a betegnek. E láz azonban, míg csak eltokolt tályogról van szó, lappangó természetű s ritkán emelkedik 37,5—37,6 fölé, úgy hogy legcélszerűbben háromóránkénti végbélhőmérőzést alkalmazunk, hogy kétséget kizáró eredményeket érjünk el. Célszerű a hőmérőzést hetekig folytatni, minthogy gyakran megtörténik, hogy az agytályogos beteg napokig lázmentes, majd ismét egy pár napig csekély hőmérséklet-emelkedéseket produkál. Vannak azonban esetek, melyekben a hőmérséklet sohasem emelkedik 37° fölé. Látjuk tehát, hogy a hőmérőzésnek diagnosticice nagy hasznát nem vehetjük. A milyen nagy jelentősége van más pyogen megbetegedésekben a *fehér vörsejtek absolut száma emelkedésének* és a *relativ neutrophil leukocytosisnak*, oly kevéssé használható fel a vérkép a nyugvó agytályog diagnosise megállapításakor. Az *eltokolt tályog sem absolut, sem relativ leukocytosist nem okoz*. Egész más fajta az olyan agytályog, mely mondjuk, putrid bronchitis szövődményeként jelentkezik, ez esetben friss genyes gócczal van dolgunk s a magas lázon kívül absolut és relativ leukocytosist fogunk a vérben észlelhetni. Ezzel szemben a nyugvó agytályognak szövettani felépítése magyarázza meg a tünetmentességet, mert körülveve vastag, sokszor elmeszesedett pyogen membránától, teljesen el van zárva környezetétől. Egy ily hermetice elzárt genyecsomó reactiv tüneteket, mint leukocytosist és lázat többnyire nem okoz, annál is inkább, mert számos obductióra vagy operatív biopsiára került agytályog eseteiben bacteriologicice nem sikerült genyokozó mikroorganizmust kitenyészteni. Tehát, ha szabad e kifejezést használnom, az eltokolt régi agytályogok nagy része *hideg abscessus*. Viszont kétségtelen, hogy ily nyugvó tályogok látszólag minden különösebb ok nélkül új életre kelnek, nagyobbodnak, pyogen tüneteket okoznak s áttörve a kamarákba, genyes meningitist okozhatnak. Ilyen esetekben aztán a liquorban genyekeltő mikroorganizmusok lesznek kimutathatók. Hogy mi serkenti új életre az ilyen „alvó” tályogot, arra bizonyos választ nem adhatunk. Talán más rejtett s észre nem vett apró fertőzés gócz mikroorganizmusai fertőzik meg a véráram vagy lymphás erek útján a tályogot s keltik ezzel új életre. Legalább erre vall *Nauwerck* megfigyelése, ki egy baloldali homloklebenytályogban elhalt egyben staphylococcus aureuson kívül pneumococcusokat is tudott kimutatni. E mellett az egyik tüdőben hepatitis stadiumában levő croupus pneumoniát talált. Az illető 38 évvel halála előtt öngyilkossági kísérletet követett el löfegyverrel s a löveg bennakadt agyában. 38 évig tünetmentes volt az illető, majd hirtelen erős fejfájással járó epilepsiás görcsökkel s lázzal betegedett meg s rövid időn belül meg is halt. A szerző azt hiszi, hogy a löveg körül tályog keletkezett, mely eltokolódott s egy friss pneumococcus-infectio folytán haematogen vagy lymphogen úton fertőzve lett, s új életre kelve halált okozott.

Az agy és az agyhártyák legkülönbözőbb megbetegedéseiben a *liquor cerebrospinalisban chemiai és cytologiai elváltozásokat* lehet találni s így könnyen érthető, hogy az agytályog diagnostizálásához ezt a segédeszközt is igyekeztünk felhasználni. Eleinte sok reményt fűztünk ez eljárásához, de sajnos az eredmények kevéssé igazolták várakozásunk helyességét. Friss, progrediens agytályog esetén magas fehérjetartalmat s pleocytosist fogunk találni, míg eltokolt inactív „hideg” tályogban sem fehérje-, sem sejtzaporulatot nem fogunk kimutathatni a liquorban. Számptalan abscessusra gyanus esetünkben hónapokig tartó megfigyelés alatt sem volt kimutatható kóros elváltozás a liquorban, a mint azonban lázas lett a beteg, fejfájásai erősödtek s a vérben is beállott a leukocytosis, egyszóval, a mint az agytályognak többi tünetei is teljes egészükben kifejlődtek, csak akkor találtunk fehérjeszaporulatot s pleocytosist a liquorban. Ezt is csak akkor, ha a tályog vagy az agy valamely felületéhez, vagy a kamrák falához közeledett növekedésében, egyszóval, midőn a genyes meningitis beállta a tályog áttörése folytán minden órában várható volt. Kivételt képeznek a subduralis tályogok, melyek harántlövés esetén, valamint defectust pótló csontplastica-műtétek után gyakoriak.

A liquor pleocytosisát, hacsak nem kifejezett neutrophil leukocytosisról van szó, már csak azért is bizonyos tartózkodással kell megítélnünk, minthogy e tünet épp úgy található arachnoidalis cystákban, lágyulások kéreggócokban, valamint más az agyburkok izgalmával járó állapotokban is, mint például epilepsiában status epilepticus közben, mint ezt újabban *Pappenheim*<sup>2</sup> kimutatta.

Mindezeket összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a liquor chemiai és cytologiai elváltozásait a nyugvó késői agytályog megállapításakor mint biztos differential-diagnostikai segédeszközt nem használhatjuk fel. Ugyanezt mondhatjuk a *liquor nyomásának* vizsgálatáról, melyre sokan, köztük *Bungart*<sup>3</sup> és *Tillmann*<sup>4</sup> is oly nagy súlyt helyeznek. Nézetem szerint a liquor nyomási viszonyai megváltozott körülmények közt oly kevéssé vannak tisztázva, hogy oly finom differential-diagnostikai segédeszközül, mint ezt a fentnevezettek teszik, nem használható fel.

A *koponyacsont érzékenysége kopogtatásra és nyomásra* néha utbaigazításul szolgálhat mélyen fekvő s még nyugvó agytályog megállapításakor. Ne feledjük azonban el, hogy a fejsérültek legtöbbje kopogtatásra vagy nyomásra fájlalja fejét, különösen ha a defectus környékét kopogtatjuk. E mellett, mint minden beteg subjectiv érzésére felépített vizsgálati módszer, függ a beteg dispositiójától s a vizsgáló suggestiv behatásától. *Bungart* rejtett nyugvó abscessusok megtalálására jó hasznát vette a fejbőrérzés vizsgálatának s azt találta, hogy rejtett tályogok felett hyper- és paraesthesiás területek szoktak lenni. Mi is folytattunk ez irányban vizsgálatokat, melyek azonban nem jártak kívánt eredménnyel. *Röntgenfelvétellel*, különösen ha stereoskopos képeket tudunk felvenni, csak az esetben tudjuk az abscessus körvonalait a lemezre vetíteni, ha a tályog nincs túl mélyen az ágyállományba ágyazva, s ha az abscessust oly gyakran körülvevő s éles árnyékot adó pyogen membrana van jelen. Legtöbb esetben a Röntgen-kép teljesen negativ.

A lelkiismeretes *neurologiai vizsgálat* a topusos diagnostika szempontjából legkiválóbb segédeszközünk. Sajnos, fejsérüléseken nem vehetjük oly nagy mértékben hasznát, mivel nem tudjuk megkülönböztetni, hogy a megállapított kiesési tünetet a sérülés vagy abscessus okozza-e. Az esetben, ha a sérülés helyétől, illetőleg a lövegnek az agyban átfutott útjától távol találunk körülírt kiesési tüneteket s az egyén más tüneteknél fogva is tályog-gyanus, akkor megfigyelésünket a tályog localisatiója szempontjából figyelembe vehetjük. Sajnos, a tályog rendszerint a löcsatornában vagy annak közvetlen közelében keletkezik s így ritkán van alkalmunk ilyfajta eseteket észlelhetni.

Ha az a gyanunk, hogy az abscessus közvetlenül a bőr alatt a defectus helyén ül, akkor óvatos *próbapunctióval* is megpróbálkozhatunk. Kellő asepsissel dolgozva, bajt nem okozhatunk. Ha az abscessus a motoros tájék környékén fejlődik, akkor *Jackson-rohamokat* kap a beteg épp úgy, mintha cysta vagy más tumor fejlődne. Ez esetben az abscessus megtalálása sem ütközik nehézségbe s a sebészi beavatkozás mindenképpen indikált. Ha az agynak más tájékán fejlődik a tályog, úgy, miután kellő nagyra megnőtt, rendszerint általános tonusos-klonusos görcsöket okoz.

*Nyugvó tályogban* ritkán találunk pozitív *szemfenéki leletet*, kivéve a fejsérülteken oly gyakori lefolyt papillitis nyomait. Lázat és egyéb activ agytályog-tünetet okozó abscessus természetesen papillitist fog okozni, míg a pangásos papilla, mint azt fentebb is megemlítettük, a defectusos fejsérülteken a nyomási viszonyok kiegyenlítődése miatt ritkábban fog kifejlődni.

A mondottakból leszűrhetjük azt a tanulságot, hogy a nyugvó agytályog diagnosise megállapítása a legnagyobb

<sup>2</sup> *Pappenheim*: Liquorpolynukleose im Status epilepticus. Neurol. Zentr., 1917, 20. szám, 833. oldal.

<sup>3</sup> *Bungart*: Zur Diagnose u. Therapie der Spätfolgen von Kopfschüssen. Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 5. szám.

<sup>4</sup> *Tillmann*: Zur Erkennung von Spätfolgen nach Schädelschüssen. Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 12. szám, 342. oldal.

nehézségekbe ütközik, ha nem lehetetlen. Ha meg új életre kel az abscessus, oly gyorsan nő s oly rögtön beavatkozást igényel, hogy ritkán van alkalmunk betegünket a végzetes genyes meningitis veszedelmétől megmenteni. Még az idejekorán diagnoskált agy-abscessus is csak akkor fog kedvező prognosist adni, ha az agy convexitásának felületéhez közel fekszik s nem terjed oly mélyre, hogy a kamrák falát betöréssel veszélyeztetné.

Tudva, hogy mily soká lehet tünetmentes az agytályogos beteg s mily nehéz ezer meg ezer fejsérültet állandó felügyelet alatt tartani, a késői agytályog megállapítása és operatív kezelése alkalmával is a legnagyobb pessimizmussal kell e kérdést megítélnünk. Az *indicatiót a műtéti beavatkozásra nyugvó agytályogban még az összes fent leírt vizsgálati módszerek helyes igénybevételével is ritkán fogjuk felállíthatni. Ezzel szemben activ, progrediens agytályog megállapítása, localizása s ennek alapján az operatio indicatiójának megállapítása a leírt módszerek igénybevételével minden nehézség nélkül keresztülvihető.*

A mondottakból lesűrhetjük a késői agytályog *prognosisára* vonatkozó tanulságot. Hacsak az agytályog nem felület, solitaer s operatív uton könnyen hozzáférhető, a prognosis quoad vitam a lehető legrosszabb, különösen mivel az inoperabilis agytályogban elhalt fejsérültek bonczolása megmutatta, hogy rendszeresen nem egy, hanem több agytályog szokott sokszor gyöngyfüzér-alakban egymás mellett feküdni, s ha sikerül is egy agytályogot feltárni, a többi előbb-utóbb a fejsérült halálához fog vezetni. Ha meg nyugvó tályog van a fejsérült agyában, az bármikor új életre kelhet s hasonlóképpen végzetessé válhat.

Az agytályog mellett a fejsérülés után jelentkező *epilepsiás roham* a fejsérülés legkomolyabb késői szövődménye. Bár nem veszélyeztető közvetlenül a beteg életét, kivéve, ha status epilepticusról van szó, mint az agytályog, mégis megakadályozza az illetőt felelősségteljes foglalkozás üzésében, szabad mozgását korlátozza s ha chronicussá válik, esetleg az elhülyüléshez is vezethet. A fejsérültek utókezelésében tehát a legnagyobb figyelmet kell fordítanunk az epilepsiás roham megállapítására, a therapia szempontjából pedig a rohamokat kiváltó okot kell tisztáznunk.

Fejlövés után jelentkező epilepsiás roham klasszikus képe az úgynevezett Jackson-roham, mely egy bizonyos testrésze lokálozva, rendszerint klonusosan, ritkán tonusosan kezdődik s csak aztán terjed át a többi testrésze. A rohammentes időszakokban a beteg szellemi képességeinek teljes hatalmában lehet s csak akkor találunk psychés elváltozásokat, ha a rohamok gyakran ismétlődnek vagy ha statusba kerül a beteg. Jackson-rohamokat klonusos görcsökkel főleg a motoros zónát érő sérülések esetén fogunk találni.

A tipusos Jackson-rohamon kívül tonusos-klonusos görcsöket is láthatunk. Ezek vagy akkor jelentkeznek, ha az agy nagy felületen van sértve, vagy a motoros zónától távol eső agyrészek sérüléseiben. Mindkét görcsös állapot megelőzhetik sensoriás, vagy motoros *auratünetek*, melyek ugyanazon egyénen mindig megtartják jellegüket, úgy hogy sok epilepsiás fejsérült betegünk néha órákkal a roham beállta előtt meg tudja mondani, hogy megjön a baja. Gyakran auratünetek az egyedüli jelei a fennálló kéregizgalomnak s *aequivalensek*-ként jelentkezhetnek.

A fentmondottakat összefoglalva, a rohamok minéműsége szempontjából a következő sémát állíthatjuk fel:

- I. A tipusos Jackson-roham.
- II. Az *atypusos* (rudimentaer) *Jackson-roham*
  - a) csak aura görcs nélkül,
  - b) aura nélkül jelentkező kisebb rángatózások paresissal az illető végtagon,
  - c) aura paresissal az egyik végtagban, rángatózás nélkül.
- III. *Tonusos-klonusos görcsök aurával, eszméletlenséggel* vagy anélkül.

Mindezeket a formákat alkalmunk volt fejsérülteken megfigyelhetni. Nagyon jellegzetesek az úgynevezett *muló post-*

*paroxysmális paresisek* néha jelentkező areflexiával. Hosszú ideig tartó s gyakran ismétlődő rohamokban az ily paresisek mind hosszabb ideig tarthatnak, sőt állandósulhatnak is annak a jelétül, hogy a kéreg megfelelő motorias sejtjeiben mélyreható s javíthatatlan elváltozások jöttek idővel létre.

A *fejlövés után előforduló görcs oka* a kéreg közvetlen sérülése, az agyburkok heges összenövése s az ezáltal az agyra gyakorolt vongálás, idegen test, csontszilánk és löveg, cysta, felületes vagy mélyenfekvő agytályog, esetleg a koponyafalnak impressióval gyógyult sérülése lehet.

Az epilepsiás rohamban vagy annak aequivalensében szenvedő betegen első és legfontosabb feladatunk a rohamot kiváltó oknak megállapítása. *Csontszilánkot és löveget* Röntgen-felvétellel állapítunk meg, a felvételkor nem helyezünk súlyt arra, hogy lehetőleg szép felvételt nyerjünk az egész koponyáról, hanem a sérülés helyét állítjuk be élesen s csak azt, valamint közvetlen környékét vetítjük a lemezre. Ha rejtett löveget keresünk, akkor legcélszerűbb átvilágítással megkeresni a löveg vagy lövegszilánk helyét s ha megtaláltuk, a megjelölt helyet állítjuk be élesen a lemezen. Az *abscessus* diagnostikájáról már megemlékeztünk. *Cystát* nem tudunk diagnoskálni, de ez nem is szükséges, minthogy a sebészi gyakorlat azt mutatta, hogy a legtöbb defectusos fejsérülés cystával gyógyul. *Tillmann* a liquorban található chemiai elváltozásokból, valamint magas liquornyomásból akar cysta jelenlétére következtetni. Mi sok esetben, közöttük olyan betegen is, kin a későbbi műtét alkalmával cystát találtak, végeztünk lumbalpunkciót a legkülönbözőbb eredménnyel s azt mondhatjuk, hogy a liquornyomásból, chemiai vagy cytologiai elváltozásból cysta jelenlétére nem következtethetünk. Magas nyomást, pleocytosist és chemiai elváltozást, vagy azok egyikét akkor is találtunk, mikor a betegnek sem cystája, sem abscessusa nem volt, viszont később operative kezelt cysta vagy abscessus esetében az előzőleg megejtett lumbalpunkcióban a liquort teljesen normalisnak találtuk. Mint-hogy a liquorvizsgálat ily megbízható eredményt adott, egy idő óta fejsérülteket diagnostikai szempontból csak ritkán lumbalpunkción, annál is inkább, mert egy fejsérült-betegünkön, kinek azelőtt sohasem voltak epilepsiás rohamai, lumbalpunkcióval tipusos Jackson-rohamot váltottunk ki.

Ha a koponyacsont sérülése *impressióval* gyógyul, különösen, ha a sérülés a motorias zóna környékét érte, kiváltó oka lehet epilepsiás rohamoknak. Horzsoló lövéseknél gyakran megtörténik, hogy csak a koponyacsont belső lemeze, a lamina vitrea reped meg s nyomást gyakorol az agyra, ilyenkor kívülről impressio a koponyacsonton nem lesz tapintható s csak a jó beállítással felvett Röntgen-kép fogja a baj okát felfedni. A lamina vitrea repedése harántfövéseken kívül ütés vagy kardvágás okozta koponyasérüléseken szokott előfordulni, mint ezt a német menzuráknál nehéz karddal történt sérülések esetén is láthatjuk. Epilepsiás rohamnak leggyakrabbi oka a durán ejtett *heg vongálása*, valamint magán az *agykérgen ejtett sérülés*. Rögtön a sérülés után jelentkező epilepsiás rohamnak ez utóbbi a leggyakoribb oka, míg a későbbi epilepsiát más már felsorolt ok hiányában igen gyakran a dura heges elváltozása okozza. Heges összenövést, hacsak nem igen nagy kiterjedésű, igen nehéz röntgenlogice megállapítani, ez nekünk csak egy esetben sikerült, midőn egy fejlövésű s epilepsiás betegünkön az egész motorias zónára kiterjedő erős árnyékot sikerült a Röntgen-lemezre vetíteni. A műtét ama feltevésünket, hogy heges összenövésről van szó, beigazolta. A heges összenövés diagnosisát inkább per exclusionem kell megállapítanunk.

*Kocher* teoriáját, mely szerint az epilepsiás rohamokat az agynyomás fokozódása okozza, eseteinkre nem alkalmazhatjuk, minthogy oly fejsérülteken is láttunk epilepsiás rohamot, kinek nagy koponyadefectusa volt s így a nyomásvaltozás kiegyenlíthető. Sőt egy esetünkben rendszeresen megfigyelhetők, hogy valahányszor görcsök jelentkeztek, a pulzáló agyfelület, mely azelőtt a defectus niveaujában volt, mélyen beesett, s csak bizonyos idővel a roham elmulta után domborodott ismét ki. Ez esetben talán ismeretlen ok folytán

beállott agy nyomáscsökkenés váltotta ki indirecte a rohamot oly módon, hogy a durahegre suspendált agykéreg az agy összeesése folytán vongálást szenvedett. *Alexander* teoriáját, mely minden traumás epilepsiát agy nyomáscsökkenésre vezet vissza, azért semmiképp sem tudjuk teljes egészében elfogadni. *Fejlövés után jelentkező hysteriás rohamok* néha az epilepsia tévdiagnózisára vezethetnek, a roham megfigyelése könnyen megóvhat ily végzetes tévedéstől. Hysteriás rohamok különben is, a hysteria lényének megfelelően, fejsérült-betegeken ritkák, nekünk mindössze kétszer volt alkalmunk fejsérülten hysteriás rohamot láthatni.

Ne feledkezzünk meg arról, hogy azelőtt epilepsiás beteg is sérülhet fején, mely esetben a fejsérülést okolhatjuk tévesen a rohamokért. A pontos anamnesis felvétele, valamint a roham megfigyelése megkímélhet ilyfajta tévedéstől.

*A sérülés napja és az első roham közti időszak* a rohamot kiváltó ok mineműsége szerint változó lehet. Érthető, hogy az agykéregbe beágyazott löveg- vagy csontszilánk, esetleg csontimpressio előbb fogja érvényesíteni rohamkiváltó hatását, mint a duraheg vongálása vagy lágyulások göczök. Szabályt erre vonatkozólag felállítani nem lehet s mint *Braun*, *Matthiolus*, *Eguchi*, *Holbeck* és mások megfigyelései is mutatják, négy héttől 32 évig terjedő időszak mulhat el a trauma és az első epilepsiás roham kitörése között. A mi megfigyeléseink, melyek csak 3½ évre terjednek, ezért nem is nyújthatnak világos képet arra vonatkozólag, hogy mily százalékban maradnak fejlődéses katonák epilepsiamentesek.

*A fejlődés okozta epilepsia gyógyítása* részben sebészi, részben pedig *belorvosi*. Bizonyos esetek rögtön sebészi beavatkozást igényelnek. Ilyenek azok, melyekben a kór oka agytályog, felületesen fekvő löveg- vagy csontszilánk, az agyra nyomást gyakorló csontimpressiók. Mélyen az agyállományban tehát inoperabilis löveg- és csontszilánkok, heg vagy lágyulás okozta epilepsiás rohamok mindenekelőtt hosszabb ideig tartó conservatív kezelést igényelnek. Csak ha a conservatív kezelés nem jár a kívánt eredménnyel, fogjuk magunkat a sebészi beavatkozásra rászánni. Belorvosi segédesszüközink a traumás epilepsia leküzdésében, sajnos, kevesek. A kezelés részben általános, részben gyógyszeres. Epilepsiás betegnek nyugalmas, minden izgalomtól mentes életre van szüksége. Ezt a követelményt annál nehezebb betartani, mivel a fejlődéses beteg általában könnyen esik affectusba. A fejlődéses egyének jellemükben megváltoznak s amellett, hogy zárkóztak s kevésbé társulóká lesznek, nagyfokú érzékenységet árulnak el a legkisebb kívülről jövő psychés behatásra. Minél intelligensebb a fejlődéses, annál inkább nyilatkoznak nála a fent leírt psychés tünetek, míg a kevésbé intelligens betegeinknek inkább depressio, néha melancholiás psychés állapotokat észlelhetünk, nagyfokú nemtörődömséggel a külvilág eseményei iránt. A psychés izgalom mellett testi nyugalomra is szükségük van epilepsiás fejsérülteknek. Physikai megerőltetéstől a kórházban való tartózkodás is megóvja betegeinket, gyakran jelentkező rohamokban ajánlatos az állandó ágybanfekvés. A közönséges epilepsiában is jó eredménnyel használt *bromkezelést* fejsérülés okozta rohamokban is alkalmaztuk igen jó eredménnyel, különösen, ha összenövések okozták a kéreg izalmát. A mennyire lehetséges volt, konyhasómentes diatával adagoltuk a bromot s esténként adalinnal, vagy az újabbban epilepsiában sokat ajánlott luminállal gondoskodtunk az éjjeli nyugalomról. *Bungart* a bromkezelést azért ellenzi, mivel a chronikus bromadagolás folytán az epilepsia kórképe elveszti jellegzetességét s a rohamokat elnyomjuk, anélkül, hogy megszüntetnők, hasonlóan az opiumhoz appendicitisben. Ma csak akkor adunk bromot, ha hosszabb megfigyelés után a beteget bromkezelésre alkalmasnak találjuk, tehát ha a fentemlített elveknek megfelelően nem áll fenn indicatio az azonnali sebészi beavatkozásra. Brom adagolása mellett a roham intensitása csökken, úgy hogy ha jelentkezik is, csökkent mértékben, abortiv formában áll be, sőt gyakran, s ez főleg már eredetileg is abortiv formájú rohamoknál fordul elő, teljesen el is marad. Azt tapasztaltuk, hogy ha

egy pár rohamot brommal csökkentettünk vagy elnyomtunk, a roham kimaradt s a brom elvonása után sem jelentkezett többé. Továbbá hosszabb időre kiterjedő megfigyelések hivatottak annak megállapítására, vajjon az ilyen egyéneken recidivák előfordulnak-e vagy sem.

*Spielmeyer-Trendelenburg* a rohamok coupurozására az agykéreg lehűtését ajánlotta hűtőkészülékkel vagy jégzacskóval. *Goldstein*<sup>5</sup> jó eredményt ért el ezzel a módszerrel. Mi is megpróbálkoztunk ezzel az eljárással, kedvező eredményről azonban nem számolhatunk be. A hideget a betegek igen rosszul tűrték, szűrő fájdalomról s főleg a jégzacskó vagy hűtőkígyó nyomásáról panaszkoztak. Emellett egyszer sem sikerült a rohamot coupurozni.

A fent mondottakból magától adódik a fejsérülés után jelentkező epilepsia *prognosisa is*. Rossz a prognosis azon esetekben, midőn az agy mélyében fekvő löveg, csontszilánk vagy agytályog okozza a rohamokat, kedvező, ha műtéti úton szabadíthatjuk meg az agy kérgét a felületesen fekvő löveg és csontszilánk nyomásától, jó azon esetekben, midőn csontimpressio vagy duraheg vongálása oka a rohamoknak. Míg a duraheg okozta kéregizgalomban szép javulást, sőt gyógyulást is láttunk bromkezelésre, addig a többi felsorolt kórokban kizárólag sebészi beavatkozástól várhatunk kedvező eredményt.

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

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

(Folytatás.)

#### Orr- és gégegyógyászati függelék.

A függelékben azon orr- és gégegyógyászati eseteket csoportosítjuk, melyeket részben harcztéri, részben nem harcztéri katonáknál észleltünk.

##### 1. Tuberculosis.

Daczára annak, hogy a gümőkóros katonák elhelyezéséről széleskörű intézkedések gondoskodnak, klinikánkon a felső légutak gümőkóros elváltozásait 150 katonán lehetett megállapítani és a megfelelő elhelyezésüket javaslatba hozni. A felső légutak gümőkóros elváltozásainak gyógykezeléséről szóló fejtegetéseim az Orvosi Hetilap 1917 évi május havi számaiban jelentek meg.

##### 2. Syphilis.

A felső légutak bujakóros elváltozásait klinikámon 78 katonán lehetett megállapítani és megfelelő elhelyezésüket javaslatba hozni. Kezdjük néhány tanulságos statistikai adat előrebocsátásával. *Sendziak* 1900-ig 3767 primaer affectiót gyűjtött össze az irodalomból, ezekből a szájüregre esik 2741 (az ajkakra 2189), a garatra 790, (a mandolákra 599), az orra 118, az orrgaratra 88 és a gége 2; *Gerber* 73.663 orr-, torok-, gége- és fülbeteg közül primaer affectiót csupán négy esetben észlelt, másodlagos és harmadlagos elváltozások a szájgaratban 481, az orrban 231, az orrgaratban 59 és a gége-légcsőben 115 esetben voltak; *Ónodi* 24.000 orr-, torok- és gégebajos beteg közül egy esetben talált primaer affectiót, 747 esetben másodlagos és harmadlagos syphilit, ezek közül a szájüregre esik 311, az orra 160, a garatra 118 és a gége 79, közelebbi jelzés nélkül 79 eset fordult elő; *Müncheimer* 10.265 összegyűjtött extragenitalis syphilis-esetéből az ajkakra 2285, a szájra 751 és a fõghúsrá 57 esik; *Hopmann* 10.000 összegyűjtött extragenitalis esetéből a mandolákra 428, a garatra 81, az orrgaratra 54 esik. *Gerhardt* szerint a lueses betegek 10%-a specifikus gégebajos, *Lewin*

<sup>5</sup> *Goldstein*: Bei Behandlung der Ausfallserscheinungen bei Kopfschussverletzungen. Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, 1916, 22.—23. füzet.



szerint 20.000 vérbajos közül 575, Mackenzie szerint pedig 10.000 közül 308 a gégebeteg.

#### Az orrnak és melléküregeinek syphilise.

Mint elsődleges jelenség az orrüregben a jellegzetes kemény fekély többnyire az orrsövényen fordul elő. A másodlagos jelenségek közül az erythemával, leggyakrabban az orrsövényen a szürkés-fehér vagy sárgás papulával és annak szétesésével találkozunk. Leggyakrabban fordul elő a harmadlagos elváltozás, gumma, diffus beszűrődés, vagy körülírt tumor alakjában. A gummás beszűrődés kedvező helye az orrsövény és az orrfenek, gyorsan szétesik és mély, szalonnás alapú, éles szélű fekélyt alkot. Az orrsövényen gyakori a perforatio, a csontelhalás, az orrhát besüppedése, az ú. n. nyeregorr stb. Az orrüregben, különösen az orrfenekben a csontnecrosist és sequesterképződést erős bűz kíséri. A rostacsont és ikacsont folyamata átterjedhet a szemüregre és a koponyatüregre. Az orrüregben és az ornyílások területén a roncsolások összenövéseket és szűkületeket okozhatnak. Malignus-esetekben a bujakór úgy a külső orron, mint az orrüregben igen kiterjedt roncsolásokhoz vezethet.

Differentialis diagnosztikai szempontból a rhinoscleroma csak akkor okozhat nehézséget, ha a folyamat csak az orr belsejére szorítkozik és még nem régi, ilyenkor a mikroszkopos vizsgálat dönt; későbbi stadiumaiban az orrgarat és garat elváltozásai, a kulisszaszerű hegek, az orrbemenet circularis beszűremkedése, a külső orr jellegzetes alakváltozása és porckeményisége és a sajátos szag alapján könnyen elkülöníthető. A tuberculomát halvány göbcsés mivolta, a tuberculosist más szervekben kimutatható tünetei, a kórjelzési segédreakciók és a kórszövettani vizsgálat alapján különíthetjük el. A fekélyes alakokban a tuberculosus ulceratiók szabálytalan alakja, alávájt széle, a széleken és a fekély alapján levő sarjak, a lobos tünetek hiánya a szomszédságban, a fájdalomnélküliség és a lassú fejlődés szolgálnak elkülönítő jelül, a mennyiben a lueses ulceratiók éles szélűek, a környezet lobos zónát mutat, alapjuk szalonnás, foetor és fájdalommal van jelen, továbbá a tuberculosus folyamat kedvező helye a porcós, a syphiliticus folyamaté pedig a csontos orrsövény. A sarkoma és carcinoma igen ritkán mutatkozik síma tumor alakjában; útmutatást ad a nyaki mirigyek állapota, melyek rossztermészetű tumorok esetén még nem infiltráltak vagy fájdalmas a beszűrődésük, míg syphiliticusban fájdalommal; kétes esetekben egyrészt a kórszövettani vizsgálat ad felvilágosítást, másrészt pedig a spirochaeta pallida kimutatása és a Wassermann-féle seroreactio positiv eredménye biztosítja a syphilis diagnózisát. Végül az idegen testek körüli granulatióképződés adhat okot tévedésre, mely szintén foetorral jár és gyuladással jellemezhető, de rendszerint kis gyermekeken fordul elő és szondavizsgálattal a magvat alkotó test többnyire érezhető.

A mi a therapiát illeti, az általános antilueses orvoslást helyi beavatkozásokkal támogatjuk; a külső orr chancre-jét kéneső-tapasszal fedjük; ha exulcerált, konyhasó-oldattal megnedvesítés után calomellel hintjük be; hasonlóképpen járunk el az orrüregben levő chancre esetén, ügyelve az orrüreg tisztogatására, a mi 3%-os bór vagy 1:1000 kal. hypermang. oldattal való orröblítésekkel történik, utána calomel (vagy jodoform, jodol, europen stb.) befúvás; localisan ezek a secundaer (papulás) eruptiókban is elegendők; ragasokat argent. nitric.-mal vagy chromsavval edzünk és unguent. praecipitat. alb.-mal fedjük. Kéneső-kezeléseknél különös figyelmet kell fordítani a száj gondos ápolására és a fogak tisztogatására, stomatitis elkerülése végett. Tertiaer esetekben az orr fenti módon való tisztogatásán kívül a localis kezelés főleg a sequesterek eltávolításában áll; ezeket alkalmas fogókkal csak akkor távolítjuk el, ha már mozognak; vigyázat az orr tetején levő sequesterek eltávolításakor; a következményes állapotok kezelése; rhinitis atrophicans syphilitica localis kezelése miként ozaenánál; összenövések, szűkületek sebészi beavatkozást igényelnek, difformitások paraffinnal és a külső orr részleges vagy teljes hiányai plas-

tikai műtéttel vagy műorral szép kozmetikai eredménnyel korrigáltnak. A melléküregek megbetegedéseiben, ha koponyatüregi vagy agyvelői és látási szövödmények esélye vagy már tünete forog fenn, akkor késelem nélkül a melléküregek gyökeres sebészi feltárása szükséges.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem belgyógyászati klinikájáról (igazgató: Báró Kétly László dr., ny. r. tanár) és a kassai cs. és kir. 20. sz. helyőrségi kórházból (parancsnok: Bartelt R. dr., főtörzsorvos).

#### Az exsudatum pleuriticum parenteralis „heteroprotein“-therapiája.

Irta: Deszímírovity Koszta dr., szkv. ezredorvos.

(Vége.)

A „proteintherapiával“ eddig kezelt többi esetem közlését mellőzöm. Legyen elegendő felemlítenem, hogy a vázolt 15 eseten kívül még 19 esetet figyeltem meg, legnagyobb részt tuberculosus eredetű exsudatum pleuriticummal és néhány ascitissal, mely tuberculosus peritonitis következménye volt, és pedig:

a) nagyadagú typhus-vaccinával egyoldali exsudatum pleuriticumot 6 esetben;

b) ugyanazt 5 esetben normal-lóserummal (az egyik közülük erősen véres tuberculosus eredetű exsudatum, mely minden injectio után felszívódásnak indult, de 24 óra múlva újból nőni kezdett);

c) ugyanazt két esetben tejinjectiókkal;

d) kétoldali exsudatum pleuriticumot egy esetben védőoltó typhus-vaccinával, egy esetben tejjel — jó eredménnyel;

e) súlyosabb peritonitis tuberculosa eredetű ascitist két esetben normal-lóserummal és egy esetben typhus-vaccinával; ez utóbbi moribundus betegre vonatkozik, súlyos tüdőelváltozással, ülő helyzetben az ascites tompulata a köldök fölött 7 cm.-nyire terjedt. 0.75 cm<sup>3</sup> typhus-vaccina-injectio után 18 óra múlva, a máskor észlelt általános hőreactio nélkül, e tompulát 11 cm.-rel kisebb lett. Az asciteseken különben azt tapasztaltam, hogy az I. infectio után nagyobb felszívódás volt észlelhető, de a folyadék 24 óra múlva már újból gyülemlett; a II. vagy III. injectio után sohasem volt olyan nagy hatás, mint az I. után; az exsudatum ugyanis sokszor alig lett kisebb, máskor pedig sokkal kisebb mértékben szívódott fel, mint az I. injectio után.

Összesen tehát 34 esetre támaszkodik ezen beszámolásom; be kell ismernem, még túlkevés ahhoz, hogy végleges következtetést vonhassak. Egyelőre azonban az idézett, a jobb eredményeket illetőleg kiválogatott kórrajzokból mégis kitűnik, hogy akármily minőségű proteintest-bevitelre az exsudatum felszívódása sokszor rohamosan indult meg és rövidesen teljesen fel is szívódott. A felszívódás után jelentősebb, kopogtatással meghatározható pleuraadhaesio nem maradt vissza. Az acut esetekben azonban, dacára annak, hogy az exsudatum felszívódott, még mindig lázas volt a beteg, sokszor napokig, a mi nem lehetett következménye magának az injectiónak; egyes esetekben pedig még napokon keresztül észlelhetők voltak a frictiók, mindez jelül annak, hogy maga a pleuritis nem gyógyult meg. Ama körülmény, hogy — legalább az észlelés rövid ideje alatt — újabb exsudatum nem képződött, amellét szól, hogy a gyuladás intenzitása már sokkal kisebb lett az injectiók hatására vagy másképp; hogy az ott fészkelő kórokozó csirák aktivitása jóval csökkent. Vajjon ez a bevitt fajidegen fehérjének reájuk kifejtett direct hatása következtében történik-e és ennek folytán csökken a gyuladással járó folyamat, vagy fordítva, a proteinhatás következtében visszafejlődésnek indult gyuladással szövet már kevésbé alkalmas talajt nyújt a csirák virulentiájuk épségben való tartására, arra nem találunk biztos magyarázatot. Az utóbbit Weichardt teoriája támogatja, az előbbi Abderhalden teoriájában lel támogatást, mely szerint a szervezet idegen fehérjeanyagok parenteralis bevitelére oly

védőanyagok termelésével reagál, a melyek specifikus fermentumok módjára nemcsak a bevitt fehérjét bontják el, hanem a kórokozó csirák — bacteriumok — proteinanyagát is, a mi által azok virulentiája legalább is csökken.

Mint mondtam már, a közölt kórrajzok főképpen a jó eredménnyel reagáló esetekből válogattak ki; így tehát az objectív megítélés szempontjából ki kell emelnem, hogy voltak olyan eseteim is, hol tisztán heteroproteintherapiával nem tudtam az exsudatumok teljes felszívódását elérni. Így például az egyik esetben talán hetek óta fennálló, a jobb mellkast teljesen kitöltő exsudatum volt jelen; vitalis indicatio lévén az exsudatum gyors eltávolítása, a mikor hozám került a beteg, rögtön egy liter izzadmányt csapoltam le. 24 óra múlva azonban az exsudatum újból nőtt. Typhus-vaccina két injectiója után az exsudatumnak jelentékeny mennyisége szívódott fel és akkor kitünt, hogy a tüdő jobb csúcsán nagyterjedelmű infiltratio van jelen, hólyagos szűrtyörejekkel. Ez esetben ötször sikerült vaccina-injectióval az exsudatum jó részét felszívódásra hozni, de mindenkor 2—5—8 nap múlva újból meggyülemlt. A negyedszer meggyülemlt exsudatum például majdnem az egész mellkásfél kitöltötte, de vaccina-injectio után egy nap alatt annyira kisebb lett, hogy csapolással csak 750 cm<sup>3</sup> izzadmány jött még ki. Rosszindulatú, tuberculosus természetű eset volt ez, hol valószínűleg más eljárással sem lehetett volna többet elérni, mint például punctióval. Ugyancsak nem sikerült egy súlyosabb peritonitis-esetben, szivgyengeség jeleivel (anasarca), az ascitest teljes felszívódásra bírni. Míg az első lóserum-injectio után 24 óra múlva az ascites fele szívódott fel, a másik 24 órában, dacára a második lóserum-injectiónak, újból meggyülemlt, ha nem is az eredeti mennyiségre. Egy acut esetben a jobb mellkásfélben elől a II. bordáig terjedő exsudatum két lóserum-injectióra 48 óra alatt teljesen felszívódott, de a 3. naptól kezdve az injectio után a jobb mellkason hátul alul újból megjelent egy tompulat, mely még az 5. napon sem tűnt el. Itt csapolással akkor 250 cm<sup>3</sup> gyengén véres-serosus izzadmányt kaptam. Még néhány ilyen esetet tudnék felhozni, elég lesz azonban kiemelnem, hogy *a teljesen friss, acut esetek azok, továbbá a súlyosabb természetű tuberculosus eredetű esetek, hol — bár az első beavatkozás után a felszívódás megindul — az eredmény nem tartós, s egymagában nem elegendő ez az eljárás, ha teljes sikert akarunk elérni.*

Ha már most szemügyre vesszük a különböző nem specifikus anyagokkal egyes esetekben elért localis hatásokat és a melléktüneteket, a melyeket már elől részletesen vázoltam, tapasztalván azt, hogy — akár vaccinával, akár tejjel, akár normal- vagy diphtheriaserummal dolgoztam — az exsudatumokra kifejtett hatás nem, vagy alig különbözött, felvetődik ama kérdés, hogy melyik is az a componens, a mely a tulajdonképpeni gyógyeredményre vezet. Tudjuk, hogy mindegyikkel az említett anyagok közül *fajidegen fehérjét* viszünk be a szervezetbe; amellet azt tapasztaljuk, hogy a vaccina és tejinjectio egy nagyobb, általános jellegű reactió jár: rázóhideg és többé-kevésbé magas lázzal. *Vajjon e kísérő tünetnek is van-e valami szerepe a kórfolyamat visszafejlesztésében?* Ez a kérdés annál is inkább felvetődik, mert eddig ott, a hol e therapiát alkalmazták, éppen a láznak is tulajdonítottak nagy szerepet, annyira, hogy *láztherapiának*<sup>20</sup> nevezték el az eljárást, még pedig *Wagner von Jauregg* után, a ki a paralysis „láztherapiáját“ vezette be tuberculin-injectiókkal. Maga *Müller*, bár a gyuladós góczban létrejött változással (transsudatio, majd hirtelen hyperaemia és térfogatcsökkenés) magyarázza a hatást, mégis nagyfontosságúnak tartja a fajidegen fehérje bekebelezése után keletkező láz jelenlétének a fontosságát.

Véleményem szerint a láz — ezen általános reactio — nem feltétlen szükséges előfeltétele a proteintherapia eredményes hatásának. A rázóhideg és a láz csak járulékos

(accidentalis) jelenség, mely az injectio után bizonyos okból keletkezik, de nem az a componens, mely causalis összefüggésben van a gyógyeffectussal. Hogy azzal semmiféle összefüggésben nem kell hogy legyen, észrevehető akkor, a mikor az ismételt vaccina- vagy tej-injectio után rázóhideg vagy borzongás teljesen kimaradt, a hőemelkedés pedig alig volt nagyobb, mint az előbbi napok ugyanazon szakában észlelt emelkedés, sokszor pedig még kisebb is. Mindannak dacára az exsudatum felszívódása nem akad meg. De még eklatánsabb példája vagy inkább bizonyítéka a láz jelentőség nélküli accidentalis voltának a normal-lóserum-injectio után észlelt hatás. A lóserum-injectio után rendszerint hőcsökkenés állott be, ha csak néhány órára is, de hidegrázást, borzongást nem észleltem egy esetben sem, jelentékenyebb hőemelkedés pedig alig tűnt fel az acut esetekben összehasonlítva az előbbi napokon észlelt hőmagasságokkal. A subacut vagy már alig subfebrilis esetek már határozott bizonyítékai lehetnek e nézetemnek, mert ott a hőingadozások feltétlenül nyilvánvalók kellett volna hogy legyenek. Ily esetekben tehát a seruminjectiót láz nem követte, az exsudatum mégis sokszor frappáns módon tűnt el. E nézetet különben már *Kraus* is hangoztatta a heterobacterio- és proteintherapia című cikkében<sup>21</sup> és *Luithlen*<sup>22</sup> is, a mikor epididymitis eseteiben kísérletezett lóserummal, mint fajidegen fehérjével; lényeges csökkenését észlelvén a gyuladós jelenségeknek, az exsudatióknak és transsudatióknak, csak ritka esetben volt láz is mint kísérő jelenség észlelhető. Lévén tehát a láz csak accidentalis jelenség, csak a fajidegen fehérje lehet az a componens, mely mint a használatban lévő valamennyi anyagnak a közös alkotórésze, localis gyuladás esetén a visszafejlesztő hatást fejt ki. Meg vagyok győződve, hogy ama szerzők, kik például az ulcus molle feltűnően gyors gyógyulásának magyarázatát tejinjectiók után legnagyobb részben a szövetben létrehozott magasabb hőmérsékben keresik, megtalálnák ugyanazt a gyógyulást normal-lóserum injectiója után akkor is, ha azzal magasabb hőmérsék nem járna.

Ezek után felvetődik egy másik, gyakorlati jelentőségű kérdés, hogy melyik anyagnak a használata a legalkalmasabb — ez esetben exsudatum pleuriticum esetén —, a mellyel a hatékony fajidegen fehérjét a szervezetbe bevigyük. Legkevésbé alkalmasnak tartom a tejet a már elől vázolt fájdalom infiltratio miatt. A mennyiben a vaccinák után jelentkező localis reactio sokkal kisebb kellemetlenséget okoz, adagolása is könnyebb és biztosabb, minthogy mindkét anyag befecskendezése után a betegre mégis csak kellemetlenül ható rázóhideg és többé-kevésbé magas láz jelentkezik, a vaccina előnnyel bír a tejjel szemben; *de mindkettővel szemben előnnyel bír a lóserum*, nem idézvé elő sem jelentékenyebb helyi reactiót, sem pedig általános lázreactiót — csak a legkivételesebb esetekben —, az exsudatumra kifejtett hatása pedig nem marad észrevehetően az előbbi kettőé mögött. A seruminjectiók adagolása után azonban szóba jöhet a velejáró esetleges kellemetlen mellékhatás ismételt injectiók esetén: a serumbetegség, az anaphylaxia. Én eseteimben eddig ilyen hatást nem észleltem, csak egy nőbetegen, kinek karjain az I. injectio után néhány serumexanthema támadt, a mely a betegnek kellemetlenséget nem okozott és a mely állapot a 24 óra múlva beadott II. seruminjectio után nem rosszabbodott. A serummal szemben a tejnek sem lehet előnye az anaphylaxia szempontjából, mert már közöltek anaphylaxiás shockot tejinjectio után is.<sup>23</sup> Az anaphylaxia veszélyét a serumnál is elkerülhetjük, ha a két seruminjectio közti intervallum kisebb 7 napnál. Tudvalevőleg minden seruminjectio után negatív phasis áll be, mely 7 napig tart, a mely időn belül a seruminjectiót ismételni lehet káros következmény nélkül. Ez a negatív phasis kitol-

<sup>21</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 28. sz.

<sup>22</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 9. sz.

<sup>23</sup> Oppenheim: Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 18. sz. Lubliner: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 20. sz. Sachs: Wiener kl. Wochenschrift, 1918, 27. sz.

<sup>20</sup> R. Müller és A. Weiss: Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 9. sz. — Guszman: Orvosi Hetilap, 1917, 50—51. sz.

ható azonban tetszés szerint mindig 1—1 hét napon belül megismételt injectióval. És csak hogyha a 7 nap az egyik injectio után már elmúlt, járhat anaphylaxia-veszéllyel az újabb seruminjectio.

Exsudatum pleuriticum eseteiben eddigi tapasztalataim szerint erre nem igen kerül sor, mert a felszívódás foka szerint a 2—3. vagy 4. napon ismétjük az injectiót és éppúgy a III. esetleg a IV. injectiót is. Az anaphylaxia veszélye csak akkor jöhetne szóba, ha hosszabb idő — több hét vagy hónap — mulva recidiválna az exsudatum és ugyanazt a therapiát alkalmaznók. Ezt azonban elkerülhetjük azzal, hogy az újabb proteinkezelést nem lóserummal végezzük, hanem valamelyik másfajta proteinanyaggal, mert tudjuk, hogy az anaphylaxia is *specifikus* jelenség: állatok ugyanis, melyek valamely serummal voltak kezelve, a reinjectiónál csak ugyanazon serumfajta reagálnak anaphylaxisos jelenséggel, de nem másfajta, sőt rokonfajta sem.

Előnye az exsudatum pleuriticum ezen kezelésmódjának az, hogy megfelelő esetekben fölöslegessé teszi a műtéti beavatkozást, a thoracocentesist. A punctio mégis olyan beavatkozás, mely bár manapság alig jár veszéllyel, az általános orvosi gyakorlatban, mint magamnak is egyes városokban volt alkalmam meggyőződni, nem meghonosodott eljárás. De mellőzzük e helyen ennek taglalását. Ha egy-két proteininjectióval az exsudatumot rövid idő alatt el tudjuk tüntetni, akkor mindenesetre ezt az eljárást fogjuk választani mint alkalmasabbat. Tekintettel arra, hogy az injectio következménye a gyors felszívódás, a mivel együtt jár az, hogy sokkal kevésbé fog képződni mellhártyamegvastagodás és összenövés, mint olyan esetekben, a hol a már spontán megindult felszívódást magára hagyjuk és mellette a lassú felszívódással az izzadmány egy része mégis csak szervül és vastagabb adhaesiót adván, mellkasretractiót von maga után, — e körülmény szintén előnye ez eljárásnak. Hogy a thoracocentesis fölöslegessé válik, nem jelenti egyúttal azt is, hogy a proteintherapia bevezetése előtt ne végezzünk próbapunctiót, mely útbaigazítana, hogy milyen természetű exsudatummal van dolgunk, a mi egyszersmint a prognosira vonatkozólag is megadja a nagyon is szükséges felvilágosítást. Eseteim legnagyobb részében, mint a kórtörténetekből láthattuk, nem végeztem próbapunctiót és az exsudatum mineműségéről sokszor csak a therapia után végzett punctióval nyertem utólag felvilágosítást. Nem tettem pedig azt azon tapasztalatból kifolyólag, mely szerint sokszor pusztán próbapunctio után az exsudatumnak gyors felszívódása indul meg. Így nem tudtam volna egyes esetekben, hogy mit írjak a próbapunctio és mit a proteininjectio javára. Éppúgy, hogy nem használtam más therapiás — gyógyszeres és physiotherapiás — eljárást, azt szintén azért tettem, hogy a proteinhatás ne legyen még mással előmozdítva. Mindenesetre, a mikor nem kísérleti megfigyelésekről van szó, ajánlatos lesz a szokásos therapiás eljárásokat a proteintherapia mellett is alkalmazni. Ha a Priessnitznek és diaphoresises szerekek másként is felszívódást eredményező hatása van, akkor annál eredményesebb és talán tartósabb is lesz a proteintherapiával elért hatás.

Még túl rövid idő óta foglalkozom az exsudatum pleuriticumnak eme vázolt therapiájával ahhoz, hogy időbeli használatához pontos indicatiókat felállíthassak. De máris mondhatom, hogy sokkal nagyobb és maradandóbb eredményt lehet elérni a subacut esetekben, mint a teljesen acutakban, a mennyiben ez utóbbiakban, mint már említettem, a pár óra alatt felszívódásnak megindult exsudatum rövid idő alatt újból meggyülemlik, éppúgy mint sokszor a korai csapolás után. A subfebrilis esetekben, hol az exsudatumképződés már megállapodott, még ha jelentékenyen nagy is az izzadmány, nagyon gyorsan szívódik fel proteininjectióra, a nélkül, hogy recidiválna. Természetes, hogy acut esetekben sem kell vonakodni a proteininjectiótól akkor, a mikor az exsudatum a mellürben nagy mértékben meggyülemlett. Hogy mennyit remélhetünk a hatástól a maradandóságát illetőleg, arról már előre adhat felvilágosítást a próbapunctióval nyert exsudatum

minősége. A serosus exsudatum föltétlenül több eredménnyel fog kecsegtetni, mint a véres, és az utóbbinál is kevesebbel a genyes, mely, ha kissé sűrűbb, azt jobb mindjárt a sebészi kezelésre bízni; itt bordaresectióra van inkább szükség, mint proteininjectióra.

Nem akarom elmulasztani e helyen felhozni a *Guilbert* által 1894-ben ajánlott *autoserotherapiát*, mely abban áll, hogy a próbapunctio alkalmával, mielőtt a teleszívott fecskendőnek tűjét kihúznánk, azt visszahúzás közben a mellkas bőre alá tolva, a fecskendő savótartalmából 3—5 cm<sup>3</sup>-nyit a bőralatti kötőszövetbe fecskendezünk. E therapiás módszer éppen ama tapasztalatból indult ki, a melyet már említettem, hogy ugyanis próbapunctio után sokszor minden további beavatkozás nélkül roppant gyorsan szívódott fel az exsudatum. Ezt pedig azzal magyarázták, hogy a próbapunctio szűrési sebébe jut az exsudatum, majd innen a vérbe szívódik fel s itt előidézi az említett hatást. Sok szerző dicsérte eme eljárást mint igen hasznosat. A legkomolyabb helyekről azonban nem jöttek ilyen kedvező vélemények. *Staehelein*<sup>24</sup> például nem látott eredményt ezen eljárástól, *Bandelier-Roepke*<sup>25</sup> szintén nem dicséri. Elégtelen, sokszor meg éppen kedvezőtlen eredménye miatt klinikánk therapiás módszerei közül töröltetett ez az eljárás. (*Ketty K.*)<sup>26</sup> Katonakórházakban magam mégis nagyszámú esetben tettem megfigyeléseket az autoserotherapiával, párhuzamban a tisztán próbapunctióval kezelt esetekkel. Véletlen eset volt a spontán gyors felszívódás úgy az egyik, mint a másik után. A mikor a fajidegen fehérjehatást már megismertük, érthetjük az autoserotherapia hatástalanságát a heteroserotherapiával szemben. Próbapunctio plus normal-lóserum bőr alá fecskendezése föltétlenül biztosabb és minden esetben jobb eredményt ad, mint az előbbi.

A midőn tárgyalásom befejezéséhez érek, kötelességemnek tartom még egyszer kiemelni, hogy eme tapasztalataim rövid időre tekintenek vissza, tehát nem elégségesek ahhoz, hogy a végleges consequentiákat levonhassam. Egyelőre leszögezhetem azt, hogy *a parenteralis heteroproteintherapiának föltétlen és gyors — sokszor mondhatnám abortív — hatása van exsudatum pleuriticum eseteiben, éppúgy, mint sok más váladékképződéssel, exsudatióval járó localis gyuladásokban, az eljárást azonban eddig ezen bajban még senki sem alkalmazta.* A proteinanyagnak olyan megválasztása, hogy lehetőleg könnyen beszerezhető, mindenkinek hozzáférhető, a használatától senkinek se legyen oka idegenkedni (mint például ezt a vaccina-alkalmazásról mondhatnám), melynek egyszerű az adagolásmódja (subcutan injectio), kevés kellemtelen melléktünete van, továbbá alkalmazásának legmegfelelőbb ideje, a recidivák jelentkezésének gyakorisága, az adhaesiók képződése stb. — mindezt megfigyelni lesz további feladatomból; eredményeimről annak idején beszámolok.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**K. Kloss und L. Hahn: Taschen-Lexikon für das klinische Laboratorium.** Mit 18 Textfiguren. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1918. 194 oldal. Ára 10 korona.

A belgyógyász, a sebész, a nőorvos, az urologus, a szemész egyformán gyakran szorul a laboratoriumra és szükség van oly munkára, melyben gyorsan és röviden megtalálja azt, a mit keres. De a szakorvos is szorulhat ismeretei felfrissítésére a laboratorium napról-napra bővülő tárgykörében.

<sup>24</sup> *Mohr-Staehelein*: Handbuch der inneren Medizin.

<sup>25</sup> *Die Klinik der Tuberkulose.*

<sup>26</sup> *Budapesti orvosi ujság*, 1912. 23. sz.

A könyv betűsoros rendszerben, lexikonszerű rövideg-gel magában foglalja mindazt, a mi a laboratórium körébe tartozik, tömörsége azonban nem megy az értelmesség rovására. A gyakorlati módszerek kivételének egymásutánját igen áttekinthető módon szemlélteti és függelékül néhány hasznos összeállítást tartalmaz (a laboratóriumban szükségelt vegyszerek, nemzetközi atomsúlyok táblázata, néhány fontos normáloldathoz lemérendő mennyiségek, táptalajok készítése stb.).

Szinte csodálatos, hogy az éppenséggel nem terjedelmes könyvből alig hiányzik valami, a mi a laboratórium nagy anyagával összefüggésben van és még néhány értelem-magyarító ábrának is jut hely.

Ilyképp az utánlapozásra hivatott munka akár tankönyvet is helyettesít s azért nem nehéz megjósolni, hogy gyorsan népszerű lesz.

Forbát Sándor.

### Lapszemle. Belorvostan.

**Polycythaemia** néhány esetében Eppinger és Kloss jó eredménnyel tettek kísérletet phenylhydrazinnal. 5%-os oldatából 5–10 cm<sup>3</sup>-t fecskendeztek a bőr alá azzal az eredménnyel, hogy a vörösvérsejtek száma s ezzel együtt a haemoglobintartalom erősen csökkent; egyidejűleg a betegek közérzése is tetemesen javult; sajnos, a hatás csak múló. Káros mellékhatást nem láttak, csak a befecskendezés jár némi fájdalommal. A hatás a vérsejtekre gyakorolt roncsoló hatásban keresendő; ennek eredménye a többnyire észlelhető mérsékelt icterus. Hogy a vérnyomásnak erős csökkenése a phenylhydrazinkúra alkalmával a vérmennyiség megkevesbedésével függ-e össze, még további tanulmányozást igényel; a duzzadt vénák lelapadása talán e magyarázat mellett szól. Újabban megkísérelték per os adni a phenylhydrazint csak a bélben oldódó gelatina-capsulákban; az eredmény az eddigi tapasztalatok szerint azonos azzal, a melyet bőr alá fecskendezés mellett észleltek. (Therapeutische Monatshefte, 1918, 9. füzet.)

### Kisebbs közlések az orvosgyakorlatra.

**Actinomyosis** egy súlyos esetében, a melyben kiterjedt feltárás és jodkezelés dacára semmi javulás sem mutatkozott, Arnsparger feltűnő gyors gyógyulást látott a tályogtüregeknek 1/2%-os methylenkoldattal kezelése és argochrom intravenás használata után. (Naturwiss.-mediz. Verein zu Heidelberg, 1918 július 16.-án tartott ülés.)

Az úgynevezett „spanyol betegség“ abortív gyógyulását látta Marcovici a következő orvoslástól: 0.3–0.6 gr. calomel, 4 és 8 órával utána egy-egy aspirin-coffein-por (0.5 gramm aspirin, 0.1 gramm coffein). Valamennyi ilyen módon kezelt eset 24 órán belül láztalan volt és szövődmények nélkül gyógyult. Az előzetes béldesinfeció (calomel) elmulasztása esetén antipyreticumok dacára legalább 8 napig tartott a betegség és gyakoriak voltak a szövődmények. (Wiener klinische Wochenschrift, 1918, 36. sz.)

**Idősült hólyaghurut** ellen Marquardt az ormizet-et (hangyasavas aluminium) ajánlja. 6–10%-os oldat eleinte naponként, később 2–3 naponként fecskendezendő be 50 cm<sup>3</sup> mennyiségben az előbb langyos vízzel kiöblített hólyagba. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 37. sz.)

**Éjjeli izzadás** ellen Glaserfeld szerint legjobb szer a veronal; este adunk két 0.3 grammos adagot, a melyet egy hét alatt 0.15 grammra csökkentünk. Kellemetlen mellékhatás nincsen. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 478. lap.)

**Dubato** néven a Heyden-gyár egy új antidysmenorrhoeicumot hozott forgalomba, a mely nem egyéb, mint isovalerylmandolasavas calcium. Kuthe és Voswinkel tapasztalatai szerint az eddigi szereket felülmúlja. A dysmenorrhoeás tünetek jelentkezésekor veendő be 0.4 gramm (oldódó gelatina-capsulában) nyugodt fekvő helyzetben. Ha 20 perc alatt nem állana be a hatás, avagy a következő napokon újból mutatkoznának a tünetek, még egy ilyen dosis adandó. (Mediz. Klinik, 1918, 20. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1918, 37. szám. Nestlinger Miklós: További tanulmányok az ú. n. Koch-Weeks- és az influenzabacillus azonosságáról és az emberi conjunctiva haemoglobinophil-bacillusairól.

**Budapesti orvosi ujság**, 1918, 38. szám. Láng Adolf: A trigeminus intracranialis sérüléséről. Sztanojevics L.: Objectív klinikai symptomák nélkül, hosszú időn át fennálló és hirtelen halálhoz vezetett férfiökölnagyságú kisagyteratoma.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király Vámosy István dr.-nak, Pozsony sz. kir. városi tiszti orvosának, tb. főorvosnak, valamint törvényes utódainak régi magyar nemességük kegyelemből való megerősítése mellett a tallósi előnevet adományozta.

**Kinevezés.** Neuwirth Lajos dr.-t Miskolcra tiszteletbeli kórházi főorvossá, Berkovits René dr.-t Nagyváradon tiszteletbeli tiszti főorvossá, Löwenstein Lajos dr.-t vizaknai járásorvossá nevezték ki.

**Választás.** Ertler Mór dr.-t Nagyváradon tiszti orvossá, Kovács István Zoltán dr.-t Lakócsán körorvossá, Geduly Árpád dr.-t Klenócson községi orvossá választották.

**Személyi hírek külföldről.** A giesseni bőrkórtani klinika igazgatóját, A. Jesionek rendkívüli tanárt rendes tanárrá léptették elő.

A svájci egyetemek orvosi karainak látogatottsága az elmúlt nyári félévben a következő volt: Basel 220 (201 férfi, 19 nő), Bern 395 (366:29), Genf 381 (307:74), Lausanne 225 (196:29), Zürich 504 (413:91). Összesen 1725 (1483:242), és pedig 1088 (975:113) svájci és 637 (508:129) külföldi.

### ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12–16. Telefon: József 81–75. Újonnan átalakítva és kibővítve. Keserűsós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-fürdők, hőlép-kezelés és vizgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: Dr. Czifrusz Dezső kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik. **Egész éven át nyitva.**

### Fővárosi Fásor Sanatorium Radiológiai Intézete.

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

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

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlampe.

### Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógyászati, villamos kezelések. Hízókúrák, soványító kúrák. Bejáróknak is.

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44–35.

### DOLLINGER BÉLA dr. Testgyógyászati intézete VIII., Máriatorony 34.

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

### Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fásor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, női-belsőbeteg, szülőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratórium.

### Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratóriuma

VI., Teréz-körút 22. Telefon: 121–02.

### Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. \* Villamos megálló. \* Telefon: 145–90. Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegnek üdülnőknek és rekonvalescenseknek. \* Hízó-kúra.

### Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Külön szülészeti osztály.

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

Az összes modern villamos gyógyászatok. Röntgen-laboratórium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen. —

### Dr. SZEGŐ-féle ORVOSI DAIKAVIZSGÁLÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93–22. Tulajdonos: Dr. Welsz Henrik orvos. Budapest, VII., Sziv-u. 69. I. em.

### Orvosi laboratórium

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

### Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva. Helietherapia.

UJTÁTRAFÜRED. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratórium.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (V. bemutató szakülés 1918 márczius 13.-án.) 505. lap.

## Közkórházi Orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1918 márczius 13.-án.)

Elnök: **Milkó Vilmos**, később **Weber Adolf**. Jegyző: **Szinnyei József**.

## Egy évig fennálló ulcus molle serpiginosum esete. Gyógyulás tejinjectiókra.

**Bérczi Sándor:** Az utóbbi időben az orvostudomány csaknem valamennyi ágában divatosá lett a tejinjectió therápia. Talán sehol sem vált be annyira a mesterséges lázkezelés, mint ulcus molle eseteiben. *Guszman* teljes sikerrel végzett kísérletekről számolt be az Orvosi Hetilap 1917. évi 51. számában.

A bemutatott beteg, K. J., 30 éves hivatalnok, a múlt év november végén került észlelésünk alá, a *Guszman* magántanári vezetése alatt álló Régi János-kórházban. Egy év előtt keletkezett egy fekélye a sulcus coronarius jobb oldalán. A fekély azóta, kisebb remissiókat leszámítva, állandóan fennáll és terjed. Az összes eddig lágyfekélynél alkalmazott gyógyítási módszereket megpróbálták, de eredménytelenül. Amikor kezelésünk alá került, a glansnak körülbelül felét és a sulcus coronarius jobb oldalát polycyclusos szélű, erősen bemélyedt, körülbelül forintnagyságú heg foglalta el. A heg distalis végén az orificium urethrae körül serpiginosus, mintegy 2 cm. széles fekély, mely erősen genyed, kirágott és alávéjt szélű. A fekély körülbelül 1 hét óta a húgycsőbe is betերjed. A vizeles igen fájdalmas. Wassermann több ízben negatív. J. o. mirigy nem tapintható, baloldalt babnyi.

Diagnosisunk: ulcus molle serpiginosum.

*Első tejinjectio* 1917 november 30.-án (10 cm<sup>3</sup>). Utána hidegrázás, 39.8° C-ig emelkedő temperatura. Deczember 2.-án a fekély kissé összehúzódott, ahol a pörkök leváltak, élénkpiros zóna látszik. A fájdalom teljesen elmúlt. Vizelésnél még csekély fájdalom. *Deczember 2.-án újabb tejinjectio, ismét 10 cm<sup>3</sup>*. Igen erős fejfájás, hidegrázás közben a hőmérsék este 1/2 7-kor 40° C-ig emelkedik. Deczember 3.-án a fekély jóval kisebb, a fájdalom egészen megszűnt, a vizeles is zavartalan. Deczember 5.-én az eredeti fekély felényre zsugorodott. A beteg ezután 4 hétig nem jelentkezett és így emiatt a gyógyulás ideje elhúzódott. A mikor január elején újra jelentkezett, a fekély jobb oldala teljesen gyógyult, csak baloldalt maradt vissza élénkvörös színű lencsényi genyes alapú fekély. *Január 8.-án harmadik tejinjectio* (10 cm<sup>3</sup>), a melyet 40.4° C-ig emelkedő lázas hőmérsék követ. A fekély valamelyest feltisztult, de lényegesebb javulást nem mutat. *Január 30.-án negyedik tejinjectio* (10 cm<sup>3</sup>). Legmagasabb hőmérsék 39.5°. Utána a fekély lassan, de állandóan kisebbedik, míg végre február 18.-án teljesen gyógyult. A kezelés ideje alatt a beteg semminemű helyi kezelésben nem részesült, úgy hogy a gyógyulás tisztára a tejinjectio hatásának tudható be.

Az ulcus molle hőkezelése régiebb keletű. Forró (40—42°) fürdőket (*Aubert*), forró irrigációkat (*Welander*), forró gőzt és levegőt, sugárzó hőt igen kiterjedten használtak a lágyfekély gyógyítására; valamennyi eljárás azon alapszik, hogy a streptobacillus igen labilis bacteriumfaj és magas hőmérsékleten (38—40°) könnyen elpusztul. Az alacsony hőmérséklettel szemben a streptobacillus sokkal resistensebb.

Hogy a pathológiás láz is gyógyítólag hat az ulcus mollere, *Guszman* klasszikus esete bizonyítja: a betegnek egy minden kezeléssel daczoló ulcus serpiginosuma volt a mons venerisen az alhasra és a jobb czombra ráterjedően. 2 1/2 évig a fekély állandóan terjedt. A betegség 2 1/2 éves fennállása után az ulcus körül több tenyérnyi területen typosus orbáncz keletkezett rázóhideggel, magas lázzal. Az orbáncz alatt a folyamat megállt, sőt javult, lezajlása után pedig négy hét alatt teljesen gyógyult.

Az ulcus molle therapiájában föltétlenül helyénvalónak tartjuk a tejinjectio-kezelést, a mely a gyógyulás időtartamát

néhány héttel megrövidíti. Hónapok, sőt évek óta fennálló ulcus serpiginosum eseteiben pedig — mint a mai esetünkben is — esetleg az egyetlen célhoz vezető methodus a láztherápia.

**Ifj. Liebermann Leó:** A bemutatott eset egyike azoknak, melyek a legnagyobb skepsis mellett is teljesen meggyőző erejűek. Ajánlja, hogy mindazok, a kik tejinjectiókkal foglalkoznak, lehetőleg nagyszámú, jól észlelt esetet közöljenek a német irodalomban is, válaszul arra a minden objectivitást nélkülöző hajszára, mely a közelmúltban a Deutsche medizinische Wochenschrift hasábjain a tejinjectió therápia ellen megindult (*Steiger, Reiter*).

A technikára nézve megjegyzi, hogy az igen fájdalmas intramuscularis injectiók helyett *Boross* ajánlatára az oldal bőre alá adja a tejinjectiókat, így sokkal kevésbé kellemetlenek a betegnek s bajt sohasem okoznak. Fontosnak tartja venák elkerülését és a tejben uszkáló flocculusok kizárását, mert nem tartja lehetetlennek, hogy a leírt, egészen elvételre előfordult kellemetlen mellékhatások oka részben talán ilyen tejflocculus-embolia lehetett. E miatt is jobb a bőr alá adni, még pedig ott, a hol alig van nagyobb lumenű vena.

**Guszman József:** Csak azért kér szót, hogy a maga részéről is kiemelje a tejinjectióknak legtöbbször feltűnő gyógyító hatását az ulcus mollere s annak bubos complicatióira. Régi János-kórházi osztályán hónapok óta sok lágyfekélyt s 1—2 bubo kivételével minden bubos complicatiót minden egyéb kezelés, illetőleg műtéti beavatkozás nélkül 1—2 tejinjectióval kezelnek. A gyógytartam lágyfekély eseteiben legtöbbször csak néhány nap. A tejinjectiók hatásának lényege még nem tisztázott. Lágyfekély esetében hajlandó a magas hőreactiót egyik legfontosabb tényezőnek tartani. *Reiter* néhány hét előtt bizonyos fokig tudománytalanok mondta (*Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 7. szám*) a tejinjectiók mai általános használatát. Részben igaza van, mert hiszen a tej olyannyira összetett mirigytermék, melynek parenteralis alkalmazásakor nem egyedül a proteinhatás jön szóba. Másfelül az empiria máris sok jó eredményre vezetett. Ide kell sorolni elsősorban a lágyfekély és bubo sikeres kezelését. Ha valahol, úgy a therapiában szükséges, hogy helyet biztosítsunk az empiriának. Empiria nélkül a therápia még nem érte volna el mai fokát. Egyébként teljesen aláírja ifj. *Liebermann Leo* nézetét és ajánlatát, hogy sikeres eseteinket összegyűjteni és közölni kell.

## PÁLYÁZATOK.

54/1918. eln. sz.

A nagyszabedbeni állami elmeegógyintézetben a helyettes másod-orvosi állás október hó 1.-én újra lesz betöltve, érdeklődők az intézet igazgatóságához forduljanak.

Nagyszabedben, 1918. évi szeptember hó 11.-én.

Pándy dr. s. k., igazgató.

4393/1918 kig. szám.

Szilágyvármegye szilágyosmlói járásához tartozó szilágynagyfalusi körorvosi állás elhalálozás folytán megüresedett, ennél fogva annak betöltése vált szükségessé s így arra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést igazolják és eddigi alkalmazásukról szóló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi október hó 20.-ig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

A kör székhelye Szilágynagyfalusi községében, Szilágyvármegye legvagyonosabb vidékén fekszik. Vasúti állomása, gyógytára, posta- és távirtdi-hivatala van. A körorvosi körhöz csoportosított községek még: Szilágybagos, Szilágyborzás, Búrgerd, Halmosd, Elyűs, Detrethem, Hármaspatak, Márkaszek, Alsókaznacs, Felsőkaznacs, Szilágycséres, Szilágyzovány és Ipp községek.

Ezen községek jómóduak és több nagyobb és középbirtokos lakik a közegészségügyi kör községeiben.

Az állás javadalmazása pedig áll:

1. Tiszti fizetés 1600 korona törzsfizetés, mely ötvenként 200—200 korona pótlékkal fog emelkedni.
2. Lakpénz 600 korona.
3. Fuvarátalány 1200 korona.
4. Szabályrendeletileg megállapított díjazások.

A megválasztandó körorvosnak alapos kilátása lehet arra, hogy a vasúti pályatorvosi és munkásbiztosító pénztári orvosi állásokat is elnyeri s megszerzi magának a közegészségügyi kör községeiben lakó uradalmi és nagyobb birtokosok részére szükséges magánygyógyintézetet is; ezeknek lebonyolítása a megválasztandó körorvosra nézve a községek egymáshoz való közelségére és a kiváló jó közlekedési utakra való tekintettel könnyen eszközölhető.

Szilágyosmló, 1918 szeptember hó 11. A főszolgabíró.

10201/1918. sz.

A fiúmei városi közkórháznál két alorvosi állás üresedésben van, 1400 korona évi fizetéssel és megfelelő drágasági pótlékkal (III. drágasági pótlék 1400 korona), nemkülönböztetve élelmezés és természetbeni lakással. Reflektálók (szigorló orvosok is) a kellő okmányokkal felszerelt kérvényüket a városi közkórház igazgatóságához czimezzék. Az állások azonnal betöltendők. Az utazási költségeket Budapesttől Fiuméig a kórházi pénztár megtéríti.

Fiume, 1918 szeptember 5.-én.

A városi közkórház igazgatósága.

3821/1918. sz.

Az üresedésben levő alvinczi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az alvinczi körhöz tartoznak: Alvincz, Alsócsóra, Alsó-tatárlaka, Borsómező, Rakató, Poklós, Maroskarna, Akmár, Szarakszó és Oláhdálya községek. A körorvos székhelye Alvincz.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908. évi XXXVIII. t.-cz.).
2. 500 korona évi lakbér.
3. 1000 korona évi útiátalány.
4. 1200 korona évi helyi pótlék.
5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles az összes községeket havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör szegényeit ingyen gyógykezeltetni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb folyó évi október hó 20.-áig hozzám nyújtják be.

A választást később fogom kitűzni.

Alvincz, 1918 szeptember 6.

A főszolgabíró.

4219/1918. ki. szám.

Az üresedésben levő bilkei körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom, az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-a értelmében jogosult pályázni kívánókat, hogy pályázataikat hozzám legkésőbb október hó 1.-éig nyújtják be.

A körorvos javadalmazása:

- 1600 korona törzsfizetés,
- 1600 korona hadipótlék,
- 900 korona évi útiátalány,
- 400 korona lakbér,

és a magánygyakorlat után megállapított díjtételek.

A választás Bilken 1918 október 1.-én délelőtt 9 órakor lesz.

Bilke, 1918. évi szeptember hó 13.-án.

A főszolgabíró.

43/II. eln. sz. 1918.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, háborús segély (jelenleg szintén 1200 korona), lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel, az elmeosztályra történő beosztás esetén még évi 300 korona működési pótlékkal javadalmazott három alorvosi állásra pályázatot nyitok. Pályázhatnak orvostudorok (orvostudorok), szigorló orvosok (szigorló orvosnők), esetleg idősebb orvostanhallgatók (orvostanhallgatónők).

Folyamodni óhajtók felhívhatnak, hogy képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos dr. *Jakabffy Gyula* főispán úrhoz czimezve legkésőbb folyó évi október hó 5. napjáig közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtják be.

Az állás folyó évi október hó 15.-én elfoglalandó.

Baja, 1918. évi szeptember hó 11.-én.

A polgármester.

## Diplomás orvosnő

hosszabb belgyógyászati és sebészeti gyakorlattal állást keres. Megkeresés „Állandó” jelige alatt a „Petőfi” irodalmi vállalatnál, VII., Kertész-utca 16. kéretik.

## Orvos

nőgyógyászati gyakorlattal állást keres sanatoriumban, vagy helyettesítést vállal. Megkeresések „Dr. H. G.” alatt a „Petőfi” irodalmi vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

## PROVIDIFORM Prof. BECHHOLD szerint.

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

Providiform-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.

### 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.

## LILIENFELD-, RÖNTGEN- és QUARZLÁMPA-

berendezést szállít

**Ericsson magy. villamossági r.-t.**  
ezelőtt: eckert és Homolka  
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.  
Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron.

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

Oesterreichischer Verein für chemische und metallurgische Produktion  
Wien I, Schenkenstrasse 8-10.

## „Carbovent“

(Carbo animalis pro usu interno) az összes toxinok legmagasabb adsorptiós képessége folytán, kitűnően bevált cholera, dysenteria, valamint minden gyomor és bélfertőzési bajoknál. Mint sebhintőpor is kitűnő hatása.

Kapható 100 g-os zacskókban a következő budapesti nagykereskedőknél:

THALLMAYER és SEITZ, KOCHMEISTER FRIGYES UTÓDAI és TÜRÖK JÓZSEF.

# A tuberculosis leküzdése



## a mai kor követelménye.

Prof. Hagemann (Marburg), Prof. Vulpius (Heidelberg) és Prof. Jesionek (Giessen) kezelési alap-törvényeinek és tapasztalatai szerint,

**a kvarzlámpa által való teljes besugárzás eddig elérhetetlen kedvező hatást eredményezett**

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

**hogy besugárzásonként nagyon csekély költséggel ambulatoriumot (besugárzási csarnokot)**

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

**Quarzlampenfabrik Linz a. D. Stammhaus Hanau.**

## „Dermaforine“

a legmegbízhatóbb és legjobb seb-száritó és fertőtlenítő gyógypor.

Kiváló tudományos szaktekintélyek véleménye szerint előnyösebb az eddig ismert hasonló szereknél, pl. Jodoformnál, Dermatolnál, Xeroformnál, Vioformnál, Tannofennél, stb. Klinikákon, kórházakban, szanatoriumokban és az általános orvosi gyakorlatban páratlan kezelési eredmények!

### Kiemelkedő tulajdonságai:

- Erélyesen desinficiál.
- Erősen szárit.
- A sebvonalat jól védi.
- A sebszélek lobosodását meggátolja.
- A gennyedést rövid idő alatt megszünteti.
- A sarjadzást, hámosodást gyorsan és erélyesen megindítja.
- Nem maróhatású, teljesen neutralis, sterilizálható.
- Huzamos használatnál sem okoz dermatitist, vagy ekzemát.
- Teljesen szagtalan.
- Olcsóbb minden hasonló készítménynél.

A szer használatát a m. kir. belügyminiszterium 54101. sz. alatt engedélyezte. 1918

Kapható az összes gyógyszernagykereskedésekben és gyógyszerárakban.

Gyártja és forgalomba hozza:

„Dermaforine“-Laboratorium Dr. KATONA ÉS TÁRSA  
Budapest, V., Nádor-utca 6.

## ODELGA MAGYAR GYÓGYTECHNIKAI IPAR R.-T.

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

Ezrelőtt: Odelga J.

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t.

„Asklépios“ Egressi Zoltán okleveles mérnök szakvállalata a Velfa-Művek magyarországi képviselete.

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

## Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

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

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

**Hydarsol.** Sol. Mercurisalicilylarsenat. Lues eseiében; intravénás vagy intramuscularis befecskendezésre.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak  
MARBERGER GYULÁ, orvos-gyógyyszerészeti laboratóriuma, UJPEST.

# 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 állapotoknál.

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.

# Moronal

(Basikus formaldehydkénsavas aluminium.)

Az ecetsavas agyagföld tömény pótléka

enyhe adstringáló hatással,  
az ecetsavas agyagföld nem kívánatos tulajdonságai nélkül.

Tartósan eltartható, sterilisálható, inger- és szagmentes oldatok előállítására, különösen félnedves kötések, kenőcsök és hintőporok számára.

Moronal nem puhítja a bőrt, ekzemákat nem idéz elő, erősen korlátozza a sebsekreteit, jól granuláló hatással bír és elősegíti a bőrhámképzést.

2%-os Moronal-oldattal megnedvesített kötések a váladék elfolyását nem gátolják.

Mint gargarizáló az 1%-os Moronal-oldat igen alkalmas gyuladás elleni, enyhén adstringáló hatása miatt; emellett szagtalan és kellemes ízű.

Üvegek à 10, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 g,

Csővecskék 25, dobozok 100 tablettával à 0,5 g,

Dobozok 25 tablettával à 2,0 g.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

# CAPHOCAL

állandó összetételű és hatású diaetikus tápkészítmény.

**Előnyei:** Kiváló kellemes íze, melynél fogva, úgy a gyermekgyógyászatban, mint a belgyógyászatban könnyen alkalmazható és hasonló készítményekkel szemben igen gazdaságos.

Eredeti doboz ára: **7 korona.**

Készíti: **Caphocal Művek Diaetikus Tápszergyár.**

**Gyári iroda:** Budapest, VII., Izsó-utca 7. Telefon: József 80—22, hol minta és irodalom készséggel áll az orvos urak rendelkezésére.

Magyarországi főraktár: **Garay-gyógyszertár Budapest, VII.**

# Argentocoll

== Név törv. védve. ==

Colloid-ezüst steril ampullákban à 2 cm<sup>3</sup> 5 pro mille Ag-tartalommal, *mindoly esetekben, ahol colloid-ezüst javalva van, nagy eredménnyel használtatik, különösen nehéz (septikus) ízületi rheumánál.* — Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók megbetegedési tünetek, sem görcsök felépése észlelhető nem volt.

Raktár Budapesten: **FILÓ JÁNOS és TÖRÖK JÓZSEFNÉL**

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

# Luesol

== Név törvényesen védve ==

a Mercuribenzoat egy isotonikus oldata ampullákban à 1·1 cm.  
Ajánlják

**sypilis, luetikus szemaffekciók**

kezelésére, különösen oly esetekben, a hol bizonyos okok miatt depot lefektetést nem kívánnak és inkább nagyobb egyes adagok és szorgalmasabb alkalmazás által — ártalmas befolyáskizárásával — egy folytatólagos Hg-forrást teremteni óhajtanak. Az injectiók intramuscularisan adandók, fájdalommentesek, mellékhatást és localis izgató tüneteket nem idéznek elő.



# 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.

**Scharl Pál:** Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. A tüdőgümőkór gyógyulásának tüneteiről. 507. lap.

**Mandel Andor:** Közlemény a cs. és kir. szegedi bőrkórtani központi kórházból. (Parancsnok: Forbát Leó dr., törzsorvos.) A blastomycetákról. 511. lap.

**Ónodí A.:** A harcztéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légszomszettek osztályának működése. 513. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle. Belorvostan. Ebstein:* A kibocsátott vizelet erős megbarnulása. — *Sebészet. Ph. Bockenheimer:* A lövéses hasaértlések sebészi kezelése. — *H. Finsterer:* A gyomor- és duodenum-vérzések operatív indiciója. — *Venerés betegségek. P. Schruppf:* A syphillises belső bajok gyakorisága. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Michaelis:* Plaut-Vincent-angina. — *Krukenberg:* Haemorrhoidalis csomók. 516. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* 517. lap.

**Vegyes hírek.** 517. lap.

**Tudományos Társulatok.** 518–519. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból.

### A tüdőgümőkór gyógyulásának tüneteiről.

Irta: *Scharl Pál* dr., igazgató-főorvos.

A tuberculosis irodalmában elenyésző kis tért foglal el a gyógyulási jelenségek ismertetése és aránytalanul többet tudunk a gümős elváltozások lényegéről, terjedési módjáról és klinikai tüneteiről, mint a gyógyulás jeleiről és azok értékéről.

Hasznos munkát véltem azért végezni, midőn a következőkben a tüdőtuberculosis gyógyulási tüneteit és azoknak kórjelzéstani értékét összefoglalni törekedtem. Hogy a tüdő-tuberculosis gyógyulásának klinikai tüneteivel foglalkozhassunk, ismernünk kell a gyógyulásnak anatómiai alakjait. A mit ugyanis a klinikus gyógyulásnak minősít, az az anatómiai elváltozásokat jelző physikalís és klinikai jelekből állapítható meg. Mivel az anatómiai elváltozásokat jelző tünetek teljes eltűnését úgyszólván sohasem észleljük, tehát anatómiai gyógyulást nem is állapíthatunk meg.

*Tendeloo* a gyógyult és a gyógyuló tüdőtuberculosis kórbonczolástani alapon a következő öt csoportba foglalja össze:

1. Minden régi fibrosus gócz gyógyult tuberculosisnak tekinthető.

2. Az elmeszesedés meggátolja a folyamat terjedését.

3. A fibrosus tok igen jól elzárja a sajtos gócz tartalmát és a folyamat tartós megállapodását jelentheti. Mindaddig azonban, a míg a tartalom nem fibrosus szövetből, hanem sajtos anyagból áll, a sajtosodás reáterjedhet a tokra, a mely széteshet és módot ad metastasisok keletkezésére.

4. A fibrosus tok jelentősége cavernákban ugyanilyen, de a meddig az üregben sajt van, bronchogen metastasisok fenyegetnek.

5. Cavernák gyógyulása a fal letisztulása és behámósodása útján történhet.

A mint látjuk, az anatomus a restitutio ad integrumot nem ismeri a tüdőgümőkór anatómiai gyógyulásának formái között, a minek a klinikai gyógyulás megítélésekor nagy jelentőséget kell tulajdonítani.

Ha *Tendeloo* ezen összeállítását vesszük kiindulásul, azt mondhatjuk, hogy az első pontban említett régi fibrosus góczok jelentik legbiztosabban a gyógyulást, mert az elmeszesedésre hajló tuberculosisban igen sokszor, hosszú

évekig megfigyelhetjük új góczok képződését, a melyek ugyan leggyakrabban szintén elmeszesednek, de a tuberculosis disseminációs progressív hajlamát bizonyítják, ellentétben a régi fibrosus jellegű tuberculosis góczokkal, melyek az esetek túlnyomó többségében egy, vagy kevés számú gócz alakjában maradnak meg.

A gyógyulási jelenségként értékelt fibrosus tok, vagy meszesedés, nem zárja ki életképes bacillus jelenlétét abban a góczban, a melyet körülhatárol és így ez a formája a gyógyulásnak gyakorlati nézőpontból teljesen elegendő lehet ugyan, de korántsem elégíti ki az anatómiai gyógyulás dinamikai nézőpontjából, mert az ily módon gyógyult ember mégis csak beteg és nem tekinthető csak bacillusgazdának. A typhus, diphtheria, dysenteria és sok más fertőző betegség bacillusgazdái, tökéletesen és véglegesen, általánosan és localisan (szöveti) immunisok saját bacteriumaikkal szemben, nem úgy, mint a tuberculosisban, a hol a bacillusok aktiválódása, propagációja sok, aránylag jelentéktelen tényezőtől függ.

*Orth, Hrabitz, Weichselbaum* és főleg *Rabinowich* vizsgálatai értékes adatokat szolgáltatottak a tuberculosis gyógyulásának elbírálásához, midőn kimutatták, hogy a nem gümőkórban elhalt emberek elmeszesedett, elsajtosodott és megnagyobbodott mirigyeiben fertőzőképes tuberculosis-bacillusok találhatóak, az elmeszesedett mirigyek 44, az elsajtosodott mirigyek 63 és a megduzzadt mirigyek 40%-ában. Ezen vizsgálatok megerősítik *Baumgarten* felfogását a latens tuberculosis-bacillusokról, a mennyiben a teljesen elmeszesedett és a csupán megnagyobbodott mirigyekben levő bacillusok valóban latensek maradhatnak, de *Liebermeister* és *Rabinowich* kimutatta, hogy a szövettani tekintetben latens bacillusok bármikor typosos tuberculum képződésre is vezethetnek, vagyis latenciájukból aktivitásba mehetnek át. Látjuk tehát, hogy mai felfogásunk szerint anatómiai nézőpontból gyógyult gümős szöveti elváltozásokkal bíró egészséges emberek és latens bacillusokat hordozó egészségeseken a szervezet sorsát, a tuberculosis későbbi alakulásától függőleg, fentartással kell elbírálnunk.

Az elmondott bonczolástani és kísérleti megállapítások nem befolyásolják a klinikai alapon kialakuló véleményünket a gyógyulásról, nem érintik eme gyógyuló, vagy gyógyult gümős góczoknak és latens bacillusoknak értékét, mint a szervezet immunitásának hordozóiét és csupán arra a következtetésre adnak alkalmat, hogy az, a mit a természetes gyógyulás anatómiai eredményeként látunk, akár aspecifikus kezelésre, akár kezelés nélkül, *ideális* nézőpontból nem

elégítheti ki igényeinket. Az eddigiek szerint tehát csupán a tipusos fibrosus gócz hosszú fennállása jelenti az abszolút gyógyulást, de csak akkor, ha egyebütt a szervezetben, főképpen a mirigyekben nincsenek latens bacillusok és ha vannak is, megmaradnak latenciájukban, függetlenül a szervezet conditióbeli változásaitól. Az anatómiai gyógyulás formáinak *Tendeloo* említette többi (2—5) csoportja még kevésbé elégítheti ki, mert nem zárják el az endogen metastasisok útját, sem a fertőzött mirigyekből, de magából a góczból sem. Újból kiemelem, hogy megállapításaimat, az anatómiai gyógyulásra vonatkozó igényeket illetően, tisztán elméletieknek tekintem.

Lássuk már most azokat a physikai tüneteket, melyekből az imént leírt anatómiai értelemben a gyógyulásnak tekinthető szöveti elváltozásokra következtethetünk.

Ha a physikalís vizsgálati módok révén megállapítható gyógyulási jeleket tekintjük, a legnagyobb nehézséggel a *kopogtatási lelet* értékesítése alkalmával találkozunk. Tudjuk, hogy a gümös eredetű szövet-elváltozás gyógyulása nem jelent szövet-restitutiót, hanem kötőszövet-újképződést, illetőleg hegeseledést és mész-sók lerakódását. A gyógyulás e módja a kopogtatási hang tekintetében hasonló physikalís viszonyokat teremt a légtartalmában megfogyott, illetőleg teljesen légtelen, gümösen elváltozott tüdőszövet kopogtatási viszonyaihoz. A tompulatok intenzitásának változása, feltisztulása, vagy eltűnése tehát nem jelentheti a tüdőszövet újképződését. A tompulat intenzitásának a csökkenése vagy feltisztulása az infiltratum körüli emphysemát jelzi, mely különösen idősült fibrosus folyamatokban gyakran okozza a tompulati viszonyok megváltozását. Széteső infiltratumok a sajtos anyag kilökődésekor veszíthetnek tompaságukból. Többször tapasztaltam az interscapularis tér gerincoszlop melletti részének és elől a II—III. borda magasságában a sternum melletti területeknek feltisztulását a másik oldal zsugorodásakor, ha a mediastinum áthúzódik és maga után vonja a tüdőt.

Nézőpontunkból figyelmet érdemel ama tompulat is, melyet a gümös gócz körüli vérteltség, a legszűkebb légutak nyálkahártyájának duzzanata és fellazulása, lymphoid sejtek exsudatiója az alveolusok területén és váladékfelhalmozódás okoz. Eme állapot megszűnése is a tompult területek feltisztulására vezethet. A megkülönböztető körjelzése ennek a tompulatot okozó nedv- és váladékfelhalmozódásnak alig leküzdhető nehézségekkel jár. Sűrűn megejtett vizsgálattal és huzamos ideig tartó megfigyelés alapján néha megállapíthatjuk a váladékfelhalmozódás vagy vérteltség által okozott tompulat változásait, mert ezek aránylag gyorsan következnek be.

Ha még arra is utalok, hogy éppen a gyógyulásnak minősített szövetváltozások a tompulatok mélyebbé válását okozhatják, azt a következtetést kell vonnunk, hogy a kopogtatási lelet önmagában a gyógyulás megállapítására csak igen ritkán és nagy körültekintéssel értékesíthető. A kopogtatási hang minőségének elbírálását sokkal inkább befolyásolja a vizsgáló egyéni megítélése, semhogy kisebb eltérésekből következtetéseket vonhatnánk. A mennyiben a tompult hangot adó területek kisebbednek, elsősorban emphysemára és a góczkörüli másodlagos elváltozások megszűnésére kell gondolnunk és itt ki kell emelnem azt a fontos körülményt, hogy mily hosszú időt vesz igénybe a tompulatok feltisztulása emphysema képződése esetén, ellentétben a hyperaemiás és exsudatív jellegű góczkörüli elváltozások okozta tompulati feltisztulással, mely arra hajlamos betegekben már napok alatt is jelentkezhet és újból eltűnhet.

A *hallgatódzás* útján megállapítható gyógyulási jelek közül a légzési típus megváltozása alig értékesíthető, mert miként tudjuk, a hangos, az érdes-megnyúlt, a bronchialis színezetű, a-bronchialis és a gyengült légzés minden olyan szövetváltozás helyén létrejöhet, a melyet az előzőekben gyógyulásnak minősítettünk. Sőt a gyengült légzést adó, teljesen légtelen infiltratum helyén cavernaképződés és a caverna falainak letisztulása után korsós légzés is mutatkozhat a teljesen száraz türeg felett, melyet az előbb említett ana-

tomiai értelemben gyógyulási tünetnek is tekinthetünk. A légzési típusok változása ezek szerint alig értékesíthető a gyógyulás jeleként és csak más tünetekkel egyetemben támogatja esetleg ez irányú megállapításunkat. A légzés-zörejek változásából önmagából tehát szintén nincsen módunk következtetést vonni a gyógyulásra.

Nagyobb jelentősége van a szőrsczörejek változásának és megszűnésének. A pontos megállapítás alapfeltétele azonban, hogy mindazokat a műfogásokat alkalmazzuk, melyekkel a sokszor látszólag eltűnt szőrsczörejek újból előidézhetők (reggeli vizsgálat, köhögtes, jod, morphiium stb.) és csak ha huzamosabb időn keresztül nem hallhatók a szőrsczörejek olyan helyeken, a hol kétségtelenül sokáig fennállottak, beszélhetünk a zörejek csökkenéséről vagy megszűnéséről. Fontossága van a hörgők hurutos állapotának, mely a gümös góczok területén túl terjedve zörejeket okozhat, a melyeknek eltűnése azonban csak mint jele a járulékos hurut megszűnésének értékesíthető s nem jelenti az alapbántalom gyógyulását. Ugyanilyen hurutot okozhatnak a hilusmirigyduzzanatok, melyek chronikusan recidiválni szoktak. A szőrsczörejek számának tartós csökkenése igen gyakran kísérő jelensége a fibrosus átalakulásnak és különösen fibrocaceosus folyamatokban a kötőszövetes elemek túlsúlyra jutását jelzi. Jelentőségét fokozza, ha a váladékürülés csökkenésével párhuzamosan halad. Figyelmet érdemelnek azok az esetek, melyekben a szőrsczörejek számának csökkenésével a napi köpetmennyiség emelkedik, mert itt a secretiók felület csökkenésére már sokkal kisebb valószínűséggel következtethetünk és gondolnunk kell arra, hogy a beteg megtanulta a váladék akarhatagos kiürítését elősegíteni, vagy a mi még valószínűbb, a szőrsczölő terület közlekedése a nagy hörgőkkel könnyebben átjárhatóvá vált. Mély tompulat helyén a sajtos tartalom felhígulása szőrsczölést okozhat, de mint-hogy itt a szétesett és elhalt szövetek kiürítése is bekövetkezhetik, kizárólag a hallgatódzás lelet alapján esetleg javulási tünetnek is nevezhető.

Kiemelendőnek tartom, hogy mindaddig, míg szőrsczölő zörejt állapíthatunk meg, a tuberculosist activnak tekintjük.

Azok között a mellkas-elváltozások között, melyek a tüdőbeli gümös területek gyógyultságának elbírálásában segítségünkre lehetnek, szerepe van a mellhártyaösszenövéseknek is. A két mellhártyalemez szabad voltát legkifejezettebben a rekeszfeletti területen észlelhetjük, úgy a kopogtatás útján, mint a Röntgen-ernyőn. A tüdőcsúcs- és a lingula-táj mellhártyájának mozgékonyását sokkal nehezebb elbírálnunk és kis összenövés megállapítása itt legtöbbször lehetetlen. A mellhártyalemezek teljesen összenövésmentes és szabad volta kétes esetben a gyógyulás megítélésének nézőpontjából kedvező irányban befolyásolja véleményünket. Inkább vagyunk hajlandók gyógyulásról beszélni, ha a pleuraür szabad, mintha összenövést állapítunk meg.

A mellkas-szervek *Röntgen-vizsgálati* eredményeinek megítélése oly irányban fejlődött, hogy nemcsak a körjelzésnek vált nélkülözhetetlen eszközévé, hanem a tüdőtuberculosis anatómiai típusainak elkülönítő diagnózisában és így a gyógyulás klinikai megállapításában is egyike a legértékesebb módszereknek. *Fraenkel*, *Büttner-Wobst* és *Gerhartz* vizsgálata számottevő eredménnyel járt és különösen *Gerhartz*-nak a Röntgen-leleten alapuló beosztását tartom alkalmasnak arra, hogy most már ne csak a tüdőbeli elváltozások kiterjedésére, de a folyamat jellegére is következtethessünk a lemezről.

A kötegszerű árnyékot adó peribronchusos alak, a kis gumós, a különböző terjedelmű nagy gumós és a homogen góczos alak kifejezett klinikai jelleggel bírnak és a terjedési hajlam megítélése, valamint a körjósolat tekintetében is értékes felvilágosítást adnak.

A most tárgyalt három physikai vizsgálati módszernek, a kopogtatásnak, hallgatódzásnak és röntgenezésnek a szerepét és értékét a tüdőtuberculosis gyógyulásának a diagnózisában a következőkben foglalhatom össze.

A *kopogtatási hang* változásából önmagából, bármely

irányban történik is változás, a gyógyulásra vonatkozólag következtetést nem vonhatunk. Gyógyulást jelenthet úgy a tompult kopogtatási hang feltisztulása, mint a tompulat fokozódása. A légzési zörej változása önmagában ritka esetben enged következtetést a gyógyulásra, még leginkább a szőrösülés eltűnéséből lehet ilyen következtetést vonni. Fontos éppen azért, hogy a két vizsgálati eljárás adatait egybevevessük. Például a tompulat fokozódása ellenére is gyógyulásra gondolhatunk, ha a légzési zörej gyengül.

A Röntgen-vizsgálat értéke elsősorban az, hogy következtetést enged a kötőszövet-átalakulásra és így a gócz elhatárolódására és meszesedésére, a mi semmiféle más vizsgálati eljárással nem állapítható meg. Fontossága továbbá ott van, a hol a kopogtatás és hallgatódzás látszólagos javulásra enged következtetni, holott a Röntgen-vizsgálat a tüdőfőtömörülésnek előrehaladására mutat. Önmagában tehát, miként azt a másik két vizsgálatról is mondtuk, nem értékesíthetjük, az előző két vizsgálat nyújtotta adatokat ellenben gyakran kiegészíti. A fent említett esetben például a gyógyulásnak további tüneteit adná a megbetegedett gócz árnyékának intenzitásbeli fokozódása. Az anatómiai gyógyulás értékelését megnehezíti az a körülmény is, hogy a gümös szövetváltozások terjedése és megállapodása, a kötőszövet-átalakulás és szétesés egymás mellett is található annak jeléül, hogy a szervezet véderői ugyanazon szerv különböző részein különböző fokban érvényesülhetnek.

Nem tartozik ugyan szorosan a gyógyulás tüneteinek fejezetébe a gyógyulási időnek kérdése, de mivel fontossággal bir, hogy tudjuk, mennyi időn belül várhatunk egyáltalán gyógyulást, néhány szóval a gyógyulási időről is meg akarok emlékezni.

Különös fontossággal bir annak a megállapítása, hogy az anatómiai gyógyulást jelző tünetek kialakulása mennyi időt vesz igénybe. A gyógyulásra szükséges időt illetőleg előre vonatkozólag az irodalomban nem találtam adatokat. Értékes felvilágosítást nyújt ez irányban *Hamburger* egy táblázata a gyógyult gümös góczok gyakoriságáról nem gümőkórban elhalt gyermekeken, melyből következtetést vonhatunk ama időre, mely alatt a gümös gócz meggyógyulhat. *Hamburger* az első két életévben belül nem tuberculosisban elhalt gyermekeken gyógyult tuberculosis mellékletként sohasem látott.

3—4 év közötti gyermekeken talált legkorábban anatómiai gyógyulást. Ha azt az időpontot kutatjuk, melyben e gyermekek a tuberculosisukat szerezték, erre útbaigazítást ad *Hamburger* egy másik összeállítása oly nem gümőkórban elhalt gyermekekről, kiken ugyancsak mellékletként találta a tuberculosisist. E szerint csak 6 hónapnál idősebb gyermeknek volt gümös gócza. Hat hónapot tehát levonhatunk az előbb említett 3—4 évből és így azt mondhatjuk, hogy  $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$  év alatt meggyógyulhat a tüdőgümőkór bonczolástaniilag. (Az élet első hat hónapját annál inkább is levonásba hozhatjuk, mert *Pirquet* statisztikája szerint is a cutan reactio tünetmentes „latens“ gümőkóros gyermekeken ezen idő alatt negativ.)

Saját észleletem alapján is volt alkalmam az anatómiai gyógyulás idejének megállapítására. 18 éves leány 1912 elején influenzaszerű lázas betegségbe esik, mely egy hét alatt elmúlik. Utána subfebrilis marad ( $37.5^{\circ}$ ), fáradékony. Ezzel a panaszzsal jött hozzám. Sovány, fénylő szemek, néha köhéccsel. Kopogtatási eltérés nem állapítható meg, a bal kulcs alatt érdes légzés, köhöggetés után kevés ropogás. Röntgen negativ. Hat hóval később a bal kulcs alatt kis babnyi homály. 1914 elején látom újból. A fáradékonyosság lassan megszűnt, a hőmérséklet csak praemenstrualisan magasabb. Igen csekély kopogtatási eltérés a bal kulcs alatt, érdes légzés, zörej nélkül. Röntgenen 2—3 erős szemcseszerű árnyék a bal kulcs alatti homályban, mely 1916 végéig egy tompított végű, kis szilvamagnagságú és alakú, rágott-szerű sötét meszes gócczá fejlődik. 1918 június hó. Két éve teljesen láztalan, a gócz változatlan, egészségesnek érzi magát.

E betegen 5 évig tartott a tuberculosis és a meszesedés csak 3 év után indult meg és 2 év alatt fejeződött be. Szemléltető példája egy meszesedéssel gyógyuló tuberculosisnak, midőn egy góczra szorított a megbetegedés. Általában az a tapasztalatom, hogy a meszesedés aránylag gyorsan képződik és mindenesetre gyorsabban fejlődik, mint a kötőszövetes, heges gyógyulás meszesedés nélkül. Igen sokszor láttam, hogy a góczok keletkezését már néhány hónap mulva mészlerakódás követte. Az anatómiai gyógyulás tartamát még megközelítő pontossággal sem állapíthatjuk meg és csak azt mondhatjuk, hogy a gyógyulásnak minősíthető szöveti átalakulás éveket vesz igénybe. A gyógyulás idejének megállapítására az aktivitásos tünetek részletezése után még ki fogok térni.

A physikai vizsgálati módszerek a fertőző betegségek és specialisan a tüdőgümőkór körjelzését illetőleg sokszor sokkal kevésbé érzékenyek, mint ama kóros tünetek, melyekkel a szervezet a fertőzésre reagál (láz, szegényvérűség, lesoványodás, emésztési zavar stb.). E tünetek betegségét jelentenek, a betegség activ voltának tünete, enyhülésük vagy megszűnésük a javulásnak, illetve a gyógyulásnak a jele. A gyógyulás megállapításában éppen ezért e tüneteknek változása igen fontos és nagyjelentőségű tényező, melylyel részletesen kell foglalkoznunk, mert jelentőségük elbírálása a gyógyulás megállapításakor nem egyszerű megfordítása annak, a mikor az aktivitásos tüneteket a betegség megállapítására mérlegeljük. Mikor az aktivitásos tünetek kezdődnek és jelzik, hogy a fertőzéstől betegség vált, akkor a kóros folyamat ép szerveket és ép szervezetet támad meg; mikor az aktivitásos tünetek megszűnnek, többé-kevésbé sértett, működésükben befolyásolt és anatómiailag épségüket vissza nem nyert szervekről és szervezetről van szó, melyek működését és reactióképességét az előzmények számbavételével kell elbírálnunk.

A tüdőgümőkór klinikai gyógyulását általánosságban az aktivitásos tünetek megszűnése vagy elmúlása jelzi. A tüdőbetegség egy csoportjában csakugyan bekövetkezik a gyógyulásnak az a foka, melyen a betegségnek már egy tünete sem állapítható meg. Ez a csoport legnagyobb részben oly betegek közül áll, a kiken a tüdő anatómiai elváltozása nem volt nagyfokú és a hol a tüdő gümös elváltozását az aktivitásos tünetek közül főleg azok kísérik, melyek másodlagosan nem okoztak kárt a szervezetnek.

Az aktivitásos tünetek változásának megítélése annál nehezebb, mert a tünetek legtöbbjével szemben, a melyek a klinikai gyógyulás bekövetkezésekor csakugyan megszűnnek, van a tüneteknek egy más csoportja (köhögés, köpetelválasztás), mely a klinikai gyógyulás bekövetkezésének ellenére is megmaradhat. Természetes tehát, hogy eme tünetek jelentőségének elbírálása a gyógyulás nézőpontjából talán még nagyobb nehézségbe ütközik, mint azok megítélése az aktivitás eldöntésekor.

A köhögés és köpet tartozik elsősorban a tüdőbeli gócz aktivitásos jelei közé és éppen e tünetek módosulnak a tuberculosis fennállása alatt és a gyógyulás folyamán olyképpen, hogy a jellegzetes vonásaikat elvesztik. Gyógyult fibrosus gócz esetén minden egyéb aktivitásos tünet és járulékos hurut nélkül is megmaradhat a köhögés a felső légutak ingerlékenysége mellett endothoracalis mirigyduzzanatok jelenlétekor és emphysemában. A köhögés tehát nem szól a gyógyulás ellen és mindenkor a felső légutak elváltozásaival egyetemben értékelhető csupán. Külön kell elbírálnunk a betegeket aszerint, a mint a betegségük folyamán állandóan vagy csak időnként köhögtek és tekintetbe kell vennünk az idegrendszer ingerlékenységét, mely nagy egyéni eltérések oka lehet, egyenlő tüdőbeli állapot mellett is. Nagyobb jelentősége van a köpet csökkenésének és megszűnésének. Mivel tárgyam nézőpontjából csak oly egyénekről van szó, kiken a hallgatódzási lelet a gócz felett nem mutat váladékot, tehát itt csak arról a köpetről teszek említést, mely a légutak járulékos hurutjából ered.

Fiatal egyéneken, főleg nőkn, kisebb kiterjedésű el-

változások gyógyulását csak akkor fogjuk megállapítani, ha a köpetürítés megszűnt, mert ezeken a góczok körüli emphysema, az idősült banalis bronchitis és a garat hurutja aránylag ritkább és így a váladékproductiót minden valószínűséggel a gümös folyamatra kell vonatkoztatnunk.

A köpet *bacillustartalma* mindenkor a gyógyultság ellen szól, és ha az irodalomban többször találkozunk is azzal a felfogással, mely gyógyulásról beszél akkor, mikor minden egyéb aktivitásos tünet hiánya mellett bacillusok ürülnek, jól eltokolt caverna esetén, midőn a hörgi communicatio fennáll, ez ellen határozottan állást foglalunk és ilyen esetekben csupán a folyamat relativ megnyugvásáról beszélhetünk.

A tüdőből eredő vérzés a betegség fennállását bizonyítja, és ezért fontos, hogy kétes esetekben a vér eredetét lehetőség szerint megállapítsuk. Különös súlyt kell helyezni a gyakori kis vérzésekre és a menstruációval kapcsolatos vértörésekre, melyek elbírálása sok nehézséget okozhat. Gyógyult góczból vérzés nem fordul elő, és így vérzésre hajló betegen az utolsó vérzés óta eltelt időt kell mérlegelnünk. Tapasztalatom szerint a gyógyulás előrehaladott szakában is előfordulhat és egyike a sokáig megmaradó gócz-tüneteknek. Úgynevezett vicariáló tüdővérzést nem ismerek.

A gümös fertőzés toxikus tünetei között a legnagyobb jelentősége a láznak van. A gümös eredetű láz megszűnése természetesen első feltétele annak, hogy az aktivitást kizárhassuk. Követelményszámba megy azonban, hogy a tuberculosist jellemző thermolabilitás tekintetében is lényeges javulást állapítsunk meg, mert ha rendes hőmérsék daczára a hőszabályozás nagymérvű befolyásolhatóságát, azaz jelentékeny (fél fokoz felüli) hőemelkedést észlelünk testmozgás és lelkiizgalom után, akkor egyéb tünetek hiján is a gyógyulás ellen kell nyilatkoznunk. Épp úgy, mint az aktivitás megállapításakor, úgy a gyógyulás menetében is a legnagyobb nehézséget az idősült subfebrilitás elbírálása okozza. A vezetésem alatt álló intézetben évek óta foglalkozunk ezzel a kérdéssel és itt csupán röviden utalok *Holló* és *Weil* vizsgálataira, melyek a pyramidon és opium segítségével lehetővé teszik a tiszta gümös eredetű idősült subfebrilitás elkülönítését a más eredetű hőemelkedéstől. A gümös subfebrilitást napi 1½ gr. pyramidon minden esetben megszünteti; ha valakinek subfebrilitása pyramidonnal nem befolyásolható, akkor az kimutatható anatómiai elváltozás ellenére sem gümös eredetű.

A subfebrilitás gyógyszeres analysise révén tehát abba a helyzetbe jutunk, hogy oly betegek közül, kiknek igen kis méretű tüdőbeli elváltozását csak egy — látszólagosan — aktivitásos tünet, az idősült subfebrilitás kíséri, igen sokat gyógyultnak nyilváníthatunk. Számos évre terjedő megfigyelés felett rendelkezünk, mely a pyramidonnal nem befolyásolható hőemelkedések nem fajlagos eredetét bizonyítják. E tapasztalatot megerősíti, ha a pyramidonnal szemben refractaer hőmenetet az opium csökkenti.

Kiemelem, hogy az idősült subfebrilitás tekintetében a nők és férfiak különbözően viselkednek. A pyramidonnal nem befolyásolható és az opiummal csökkenthető subfebrilitás sokkal gyakoribb nőknél, mint férfiakon, miként általában az idősült subfebrilitás gyakoribb nőknél.

Ama gyakori esetben, midőn az idősült subfebrilitás az egyetlen aktivitásos tünet, mely a gyógyultság kimondásától visszatart, különös figyelmet kell fordítanunk a syphilisre és nőknél a gonorrhoeás betegségekre, mert mindkét betegség oly meneté subfebrilitást okozhat, mint a tuberculosist. A luesre nézve az a benyomásom, hogy gyakrabban okoz lázat férfiakon, mint nőknél.

Igen nagy gyakorlati fontossága van a menstruációval összefüggő hőemelkedésnek és ezért bővebben kell ezzel a kérdéssel foglalkoznom. A praemenstruációs hőemelkedések különböző típusúak, nagy állandósággal bírnak és a tuberculosist aktivitásának nézőpontjából elég jól elkülöníthetők. Kétségtelen, hogy sok inactiv tuberculosist szenvedő nő a praemenstruációs szakban más hőmenettel bír, és hogy a

menstruatio előtt hőmérsékének maximuma néhány tizeddel több, mint a havibaj idején és a havibaj után. Meggyőződésem, hogy az a tény, hogy a hőmenet ezt a cyclusos változást mutatja, nem tekinthető aktivitásos tünetnek és nem szól a gyógyultság ellen. Az inactiv és gyógyult gümőkórosok praemenstruációs hőmérséklete a menstruatio kezdetét követő 14 nap után lassan és fokozatosan emelkedik, a napi ingadozások változatlan volta, sőt megkisebbedése mellett. Activitas mellett szólnak azok a praemenstruációs hőemelkedések, melyek nem lassan és fokozatosan következnek be, hanem vagy néhány nappal a vérzés beállta előtt egyik napról a másikra egy fél foknál is többel állítanak be. Ezek a gyors emelkedések még akkor is az aktivitást bizonyítják, ha a napi maximum nem haladja meg a 37,2—37,3°-ot. Megerősíti a diagnosist, ha a napi ingadozás lényegesen meghaladja az átlagot. Ugyancsak activitas mellett szól, ha a menstruatio alatt van magasabb hőmérsék; legtöbbször 0,6—0,8°-on felüli emelkedést mutat ez a typus, melynél azonban fontos a genitalis megbetegedések kizárása, mert igen gyakran okoznak egyébként láztalan genitalis megbetegedések a menstruatio alatt lázat. A menstruációval összefüggő hőemelkedéseket, az elmondottak szerint, igen jól értékelhetjük az activitas, de éppúgy, és tárgyunk nézőpontjából ez a fontos, a gyógyulás elbírálásakor.

Itt említem a menstruatio viselkedéséből vonható egyéb következtetéseket is és kiemelem, hogy az előbb rendetlen havibaj rendessé válása, vagyis pontos jelentkezés, átlagos mennyiség, 4—6 napos tartam, nem bizonyít gyógyulás mellett, viszont a lényegesebb és tartós késés, a csekély mennyiség és rövid tartam, valamint a húslésznű (leukorrhoea-szerű) menstruatio ceteris paribus a gyógyulás ellen szól. A hasfájdalmak, görcsök, de különösen a mellkasra lokalizált subjectiv tünetek a menstruatio alatt ugyancsak gyanujelei a még fennálló aktivitásnak.

A láztalanság megállapításának módszereire nem térek ki, arról később óhajtók szólni, hogy a láz elmulása után mennyi idő elteltével értékesíthetjük a normalis hőmenetet az inactiválódás jeleként; itt csupán azt jegyzem meg, hogy a hőmenet ellenőrzésére a láztalanság megállapítása céljából legalkalmasabb módszer, ha 3—4 naponként, egy napon keresztül 2 óránként, az estéli órákban egyóránként állapítjuk meg a hőmérsékletet. Eme eljárás sokkal megbízhatóbb, mintha naponként 1—2 mérést végzünk, mert több valószínűséggel állapíthatjuk meg a napi maximumot és a napi ingadozás felől is tájékozódást szerezhetünk. Nőkön közvetlen a menstruatio előtti napok egyikén, a menstruatio első napján és annak megszűnése után kell mérni, ha tájékozódni akarunk a praemenstruációs hőmenetről. Ha már a praemenstruációs időben, vagy a menstruatio beálltával magasabb a hőmenet, állandó mérésekre van szükség.

Az éjjeli izzadás gyógyult tüdőbetegben nem fordul elő. A toxinaemia és beidegzési labilitás, mely fokozott izzadást, és főleg éjjeli izzadást okoz, a gyógyultság ellen szól.

A tápláltságot a testsúly figyelembevételével bírálhatjuk el legjobban és oly szervezeteken, melyek a megbetegedéskor teljesen kifejlődött állapotban voltak, a betegség előtti maximum súly irányít. Ama körülmény, hogy valaki, aki betegség folytán lesoványodott, visszanyeri betegség előtti súlyát, gyógyulás mellett szól. Bírálhatunk csak részben értékesíthetjük azt a tápláltsági fokot, melyet sanatoriumi, vagy egyéb kúrák alatt a betegek elérnek, mert a pihenő életmód alatt nyert testsúly állandósága rendes foglalkozás és megszokott életviszonyok között értékesebb adatot szolgáltat, mint a kúrák folyamán szerzett kilogrammok abszolút száma. Olyan szervezetnél, mely nem kelti azt a látszatot, hogy lesoványodott, aránylag kis testsúly egymagában sohasem lehet akadálya a gyógyultság diagnózisának.

A jónak nevezett vörös és le barnult arc szín klimatikus kúrák leggyakoribb eredménye és positiv irányban nem értékesíthető, azaz nem tekinthető gyógyulási tünetnek, sőt azt mondhatjuk, hogy az igen erősen le barnult betegek között sokkal több a destructiv folyamatú, mint a kis kiterjedésű jó-

indulatú tuberculosis. Ha ezeket az erősen pigmentált arczokat reggel alvás után, vagy néha már kis fáradás után nézzük, feltűnik az olivaszerű zöld árnyalat és a látható nyálkahártyák halványsága, a mi erős contrastot ad és lényegesen rontja a benyomást.

A tapintható *nyirokmirigy-duzzanatok*, ha régen fennállanak, nem szaporodnak, borsónyiak-babnyiak, állandók és kemények, nem szólnak a tüdőgümőkór gyógyulása ellen, gyógyult tüdőbetegeken elég gyakran találhatók. Ha azonban a tapintható mirigyek szaporodnak, növekszenek és puhulnak, a fertőzés aktivitása mellett és többé-kevésbé a tüdőtuberculosis gyógyulása ellen is szólnak.

A tüdőgümőkór néhány kevésbé jellegzetes tünetét a gyógyulás megállapításának nézőpontjából igen nehéz elbírálni. Ezek közé tartozik számos toxikus és *ideges tünet*, melyek részben az emésztési szervek működésbeli zavarában, részben a közérzés zavarában és az egyén neurastheniás voltában nyilvánulnak. E tüneteket csak akkor tudjuk teljesen értékelni, ha módunkban van annak megállapítása, hogy milyen összefüggésben állanak a gümőkórral.

A születésük óta ideges hajlamú szervezetek, melyeken a betegség alatt e tünetek a tuberculosisistól függetlenül javultak vagy rosszabbodtak, más megítélést igényelnek, mint azok, melyeken párhuzamosságot és egyidejű kezdetet állapíthatunk meg.

A *dyspepsiás tünetek*, a *székrekedés* és *hasmenés* enyhe alakjai egyébként tünetnélküli tüdőmegbetegedésben nem bizonyítják az aktivitást. E tekintetben különben azt kell mondanunk, hogy a székrekedés, az enyhébb gyomorpanaszok kevesebb figyelmet érdemelnek, mint a hasmenés, melynek makacsabb alakja az aktivitás megítélése szempontjából mégis nagyobb megfontolást igényel.

A gyengeség érzése és különösen a reggeli *bágyadtság*, mely az esteli órákban javul, az aktivitásos tünetek közé tartozik, rendszeren minden gyógyítással daczol és igen sokáig szokott tartani. A bágyadtságot el kell különíteni a testi és szellemi fáradékonyságtól, mert a bágyadt gümőkóros minden munka nélkül is szenved a levertségtől és a munkakedv hiányától, melyet csak nagy energiával tud legyőzni. A fáradékonyság csak munka végzésekor kezdődik, a gyógyulás haladásával fokozatosan enyhül és pihenésre szűnik. A bágyadtság megszűnése gyógyulási tünet, de a fáradékonyságról ezt nem mondhatjuk, amennyiben ez maradványa is lehet a kiállott betegségnek.

Ha azokat a jeleket vizsgáljuk, melyek a *szív és vérkeringés* részéről, a gyógyulás megállapítását befolyásolják, akkor két irányban kell kutatnunk: 1. a szív helyzetét és működését, 2. azokat a tüneteket, melyeket a gümős mérgezés következményeként a szív működés szaporaságában észlelünk.

A szív helyzetváltozásait a tüdő zsugorodása és a mellhártyaösszenövés okozza. Minden oly gümőkórban, midőn nem izolált góczok, ha nem is nagyobb területek gyógyulnak és különösen midőn a hilustájék betegsége is fennállott, igen gyakoriak a szív helyzetváltozásai. A Röntgen-vizsgálattal egész pontos tájékozódást szerezhetünk az eltolódás helyéről és nagyságáról.

Ezek a helyzetváltozások a zsugorodások bizonyítékát szolgálhatják és mint ilyenek, inkább a gyógyulás mellett szólnak.

A vérnyomás nem ad oly irányítást, melyből a gyógyulást illetőleg messzebbmenő következtetést vonhatunk. Kis értékeket tuberculosisban csak a szívizomzat elváltozásakor észlelünk rosszindulatú, súlyos mérgezéssel járó folyamatok esetén. A chronikus fibrosus gyógyuló folyamatban igen ritkán akadunk kis vérnyomásra, inkább nagyobb ott a vérnyomás, 150 körüli. Kis vérnyomás gyógyulás ellen szól, aránylag nagy vérnyomás gyógyulási tünetként értékesíthető.

A szívre vonatkozó tünetek második csoportját alkotja a gümős mérgezés igen gyakori és korai jele, a tachycardia és a pulsus labilitása. A szopora szív működésnek a gyógyulás megállapításakor nem tulajdoníthatunk olyan jelentőséget,

mint az activ folyamatok körjelzésének megállapításakor. Az egyébként inactiv folyamatokban is elég gyakran találkozunk, különösen fiatal egyéneken, nyugalomban számlált 90 körüli pulussal. Ennél szaporább szívütketés, különösen ha nagyobb fokú labilitással jár együtt, a gyógyultság ellen szól.

A tüdőbeteg nagyobb fokú sápadtsága, valamint objective megnyilvánuló *szegényvérűsége* (a vörösvérsejtek számának és a haemoglobinnak megcsökkenése sokszor a chlorosis képeiben) aktivitásos tünetek. E tünetek megmaradása tehát a gyógyulás ellen szól. Nem hallgathatjuk el azonban e helyen azt, hogy sokszor aránylag nagy fokú sápadtság mellett is a vörösvérsejtek száma és a haemoglobintartalom normalis, ami azt bizonyítaná, hogy a szegényvérűségnek oka ezen esetben inkább a vérmennyiségnek megkisebbedése. Megemlítendőnek ezt a körülményt azért tartjuk, nehogy a rendes vérképet eo ipso gyógyulási tünetként tekintsük.

A *pityriasis tabescentium* rendkívül makacs tünet és egyébként szépen gyógyul esetben is változatlanul megmaradhat. Spontan javulása és megszűnése gyógyulási tünet.

A gyógyultság körjelzésének gyakorlati fontosságát mindinkább növeli a tuberculosis körjelzésének fejlődése és tökéletesedése, mert minél pontosabban tudjuk a gümőkór ama alakjait felfedni, melyek anatómiai elváltozás és betegségi tünet tekintetében nem nyilvánulnak praegnansan, annál többször kerülünk abba a helyzetbe, hogy e kedvező körjóslatú folyamatok gyógyultságáról nyilatkozzunk.

Közlemény a cs. és kir. szegedi bőrkórtani központi kórházból.  
(Parancsnok: Forbát Leó dr., törzsorvos.)

### A blastomycetákról.

Irta: *Mandel Andor* dr., a budapesti kir. magy. tud. egyet. bőr- és bujarkórtani klinika orvosa, népf. főorvos.

A bőrbetegségeket okozó gombák közül legritkábban az élesztő gombákkal találkozunk mint betegség előidézőivel. A fenti kórház I. osztályán 4 esetet volt alkalmunk észlelni elég rövid időközben.

\* \* \*

Azt a gondolatot, hogy a gombák mint kórokozók szerepelhetnek, először *Grohe* vetette fel az 1870. évben egy orvosi gyűlés alkalmából. Később mások is foglalkoztak ezzel a gondolattal, így *Popoff*, *Metschnikoff*, *Raum* és többen. Az első, kinek munkája ezzel a kérdéssel behatóan foglalkozott, *Raum* volt, a ki különböző gombákat fecskendezett házinyulakba és rajtuk megbetegedéseket idézett elő; így a tüdőben, lépben és vesében tumorokat talált, melyekben gombákat mutatott ki. Az élesztő gombák kórokozó hatását *Gilchrist* és vele egyidejűleg *Busse* fedezte fel.

Az élesztő gombák a növényi mikroorganizmusokhoz tartoznak. Egyes szerzők, így *Hansen*, különálló csoportba osztják őket, míg mások, például *Brefeld*, a penészgombáknak egy fejlődési csoportjába sorozzák. Az élesztő gombák egysejtű növényi mikroorganizmusok, ritkán alkotnak többsejtű képleteket vagy fonalakulatokat. Szaporodásuk többféle módon történik, leggyakoribb szaporodási módjuk a bimbózás, amikor az anyasejten egy vagy több dudorodás keletkezik, mely dudorodás nő, addig, míg az anyasejt nagyságát el nem érte, a mikor arról lefűződik. A másik, ritkább szaporodási módjuk az, hogy az élesztő gombák más gombákhoz hasonlóan hosszú myceliumszálakat növesztenek, melyek később több részre osztódva lefűződnek s az anyasejt nagyságához hasonló alakulatokat vesznek fel. Ha a fejlődési viszonyaik kedvezőtlenek, akkor spórákat is alkothatnak. E különböző szaporodási módok magyarázzák meg az élesztő gombáknak sokféleségét. Az élesztő gombák közönséges szobahőmérséken szaporodnak a legjobban, de thermostatban is fejlődnek. A legjobb táptalaj számukra a sörczefre, azonban burgonyán, agaron, gelatinon és bouillonon is tenyésztethők. Legnagyobb részükön fejlődésükhöz oxygen jelenléte szükséges, azonban egyesek anaërobok. Mikroszkop alatt a legajánlatos-

sabb módszer a nativ-készítmények vizsgálata, minthogy így az élesztő gombákra jellemző bimbózás könnyen látható.

Az élesztő gombák legnagyobb része a cukrot alkohorra és szénsvára erjeszti. Beszárítva az élesztő gombák hosszú éveig élő állapotban eltarthatók.

Az élesztő gombákat két főcsoportba oszthatjuk, úgy mint a szelid és a vad élesztő gombák csoportjába. A szelid, vagyis az ipari erjesztési célokra használt élesztőgombák alakja ovalis, a vad, vagyis a betegségeket okozó élesztő gombák kerek, vörös véresejtekhez hasonló alakúak. A szelid élesztő gombák egyes szerzők szerint szintén idézhetnek elő betegségeket, így abscessusokat. A vad élesztő gombák, a mint azt fentebb említettem, kerek alakúak, nagyságuk 2–30  $\mu$  között váltakozik. Alakjuk különösen mesterséges tenyésztésben változik nagy mértékben, attól függően, hogy régi vagy új kultúrával van-e dolgunk. A vad, vagyis a betegségeket okozó élesztő gombák keletkezésére vonatkozólag semmi biztosat nem tudunk. A legtöbb szerző abban egyezik meg, hogy teljesen ártalmatlan gombák, melyek mint saprophyták élnek a bőrön, bizonyos körülmények között azonban pathogenné válnak. Amaz élesztő gombák, a melyek az emberi szervezetre pathogének, „blastomyceták” neve alatt ismeretesek. A genyben a blastomyceták legkönnyebben ama tulajdonságuk folytán ismerhetők fel, hogy a sejtjeiknek fala lúgnak ellentáll; a vizsgálandó anyaghoz kálilúgot adva, azt kissé melegítjük, mikor is a szövetrészek a kálilúgban feloldódnak, az élesztő gombák pedig kerek, erősen fénytörő képlettekként tűnnek fel, melyeken a bimbózás könnyen felismerhető. A blastomyceták azonban bármilyen festési eljárással is megfesthetők. A pathogen élesztő gombák Gram szerint nem festődnek.

A közleményekből kitűnik, hogy az élesztő gombák által okozott megbetegedések különböző alakban jelennek meg. Löwenbach és Oppenheim e megbetegedéseket 3 csoportba osztja.

Az első csoportba tartoznak azok az esetek, melyekben a bőr alatti kötőszövetben tályogok támadnak, melyek genyéből tiszta blastomyceta-kultúra tenyészthető ki. Ezekben az esetekben hamar metastasis áll be a belső szervekben s ezek a szervezetre rövid idő alatt tönkreteszik.

A második csoportban szintén a bőr alatti kötőszövetben támadnak tályogok, de ezeknek genye kifelé tör magának utat és fekélyek keletkeznek. E fekélyek kirágott szélűek, belőlük nyúlós, áttetsző váladék ürül, melyben a blastomyceták jól kimutathatók. Ezen csoportbeli esetek csak ritkán okoznak metastasist. Erre a típusra szövettanilag jellemző a szövet gyuladós granulatiója, a mit a gombáknak a szövetekbe való behatolása okoz, s hajlandósága a necrosisra. Úgy ebben, mint az előző csoportban az epidermis csak kevésbé van megtámadva.

A harmadik csoportra jellemző, hogy csak egy vagy kevés számú fekély támad az arcon, vagy ritkábban a törzsön. A fekély rendszerint piszkos színű, barna pörkökkel fedett, s belőle bűzös, nyúlós váladék ürül. A fekély alapja karfiolszerűen burjánzik, szélein az egészséges bőrben gombostűfejnyi apró, sárgásan áttűnő csomók vannak; a blastomyceták itt is könnyen kimutathatók. Szövettanilag itt szintén gombák által előidézett chronikus gyuladásról van szó.

Az osztályunkon észlelt esetek, melyek egynek kivételével e csoportokba sorolhatók, a következők:

I. M. F., gyalogos a 4. honv. gyalogezredből. 43 éves. Betegsége 5 év óta áll fenn. Előadja, hogy bal arcán kis pattanást kapott, melyet borotváláskor felvágott. Erről a helyről indult ki a lassan továbbterjedő folyamat. 1916-ban a jobb arcán is keletkezett egy kis fekély és pár hónap előtt a nyakán is. Különböző kórházakban kezelték, minden eredmény nélkül. 1917 elején luest acquirált, melyet kezeltek, a nélkül, hogy a fent leírt fekélyek meggyógyultak volna.

Jelen állapot: A bal arcfél közepén az állig lehúzódó 10 cm. széles, 20 cm. hosszú fekély, melynek szélein karfiolszerű burjánzás látható. A fekély alapját granuláló szövet fedi, melyből nyúlós, kissé bűzös váladék ürül, a szélek sárgás, áttűnő, gombostűfejnyi, borsónagyságú pustulákkal borítottak. A jobb arcfél alsó harmadán és a nyakon ötkoronányi nagyságban hasonló elváltozás található.

A beteg váladékát bacteriologicamente megvizsgálva, a váladékból

a blastomycosis tiszta kultúrája nőtt ki burgonyán és szőlőcukoragaron; szövettani vizsgálattal a coriumban gyuladós jelenségeket és apró hólyagocskákat találtunk, melyekben blastomyceták voltak láthatók.

A betegnek ezután jodkalit adtunk. A betegség lefolyása a következő volt:

1917 augusztus 6.-án jodkali.

1917 augusztus 18.-án a fekély a nyakon gyógyult, a jobb arcon az infiltratio csökkent, hasonlóan a bal arcfélen is.

1917 augusztus 27.-én a jodkali adagját napi 5 gr.-ra emeltük fel, de 3 nap múlva jodacne jelentkezése miatt kénytelenek voltunk leszállni 3 gr.-ra.

1917 szeptember 2.-án a bal arcfélen a fekély közepén síma heggel, a széleken apró tumorok hátrahagyásával gyógyult, melyek között néhány pustula is látható még. A jobb arcon fillérnyi nagyságú fekély, melynek infiltratiója lényegesen csökkent.

2. B. P., gyalogos a cs. és kir. 82. gyalogezredben. 21 éves. A betegsége 3 év óta áll fenn. Kis pattanásból keletkezett, a mely lassan továbbterjedt. Több kórházban gyógyították minden eredmény nélkül.

Jelen állapot 1917 június 28.-án a következő: A bal könyökön három koronányi, élénken sarjadzó, infiltrált fekély, a melyből bűzös geny ürül. A fekélyeken piszkos színű pörk látható, a fekélyek szélein apró kis pustulák. A váladékot bacteriologicamente megvizsgálva, blastomyceták voltak kimutathatók. Burgonyán és szőlőcukoragaron a váladékból a blastomyceták tiszta kultúrája nőtt ki. Szövettanilag a blastomyceták a szövetben szintén kimutathatók.

1917 június 30.-án jodkali.

1917 július 12.-én a fekélyek tisztultak, az infiltratio lényegesen csökkent.

1917 július 30.-án kífokú infiltratio; a fekély szélein hámosodás.

1917 augusztus 15.-én status idem.

1917 augusztus 30.-án a két szélső fekély behámosodott, a harmadik fekélyen fillérnyi sarjadzó felület.

1917 szeptember 15.-én lázas állapota miatt osztályomról a fertőző-kórházba szállítottam.

3. V. S., olasz hadifogoly, 29 éves. Baja 3 éve áll fenn. Kórházban eddig nem volt.

1917 július 28.-án a következő statussal vétetett fel. A jobb kéztől felett, a hajlító oldalon gyermektenyérszerű, közepén heggel gyógyuló, a szélek felé terjedő, erősen infiltrált, burjánzó fekély, mely piszkos barna színű pörkökkel fedett, s melyből bűzös váladék ürül. A fekély szélein apró, sárgás váladékkal telt hólyagcsák láthatók, a hónaljban mirigydagatok. A beteg a Wassermann-reactio és spirochaeta-vizsgálatot negatív eredménnyel járt. Állítólag sohasem volt sankere. A beteg fekélyét vizsgálva, szövettanilag és bacteriologicamente blastomyceták voltak kimutathatók. Jodkálira 1917 augusztus 5.-én az infiltratio csökkent. A váladék-képződés hasonlóan.

1917 augusztus 30.-án az egész fekély behegesedett, szélein a bőr dudorosán gyógyul, itt-ott még néhány pustula látható.

1917 szeptember 15.-én a folyamat gyógyult.

\* \* \*

E három típusos eset mellett egy negyedik esetet is volt alkalmunk észlelni, mely a fent leírt csoportok egyikébe sem volt beilleszthető. Az eset a következő:

4. T. J., tizedes a 24. honv. gyalogezredben. 33 éves. Betegsége 1916 november óta áll fenn, a hason a szeméremdomb felett kis pattanással kezdődött, mely később terjedni kezdett. Osztályunkra a következő statussal vittük fel 1916 december 6.-án:

A hason koronányi pörkökkel fedett, infiltrált fekély. A makkon, valamint a fityma bellemében számos apró hólyag, melyekből nyúlós, fehér váladék ürült. A hason levő fekély klinikai képe primaer sklerosisra emlékeztetett, Wassermann-reactiót és spirochaeta-vizsgálatot végeztettem a betegben. Mindkettő negatív eredménnyel járt. A makkon és a fityma bellemében levő elváltozásokat indifferens szerekkel kezeltük. A baj nem gyógyult.

1917 februárjában a jobb lábszáron és a jobb térden tenyérszerű területen a fitymán és a makkon leírt hólyagcsákhoz hasonló kiütés keletkezett. Újból Wassermann-reactiót és spirochaeta-vizsgálatot végeztettünk, újra negatív eredménnyel. Ekkor trichophytonra is megvizsgáltuk a hólyagcsák tartalmát, de ismét negatív volt az eredmény. Erre a beteggel próbaképpen antilueses kúrát végeztettem (6 × 0.10. hydr. sal. + 6 neosalvarsan). Az antilueses kúrát 1917 júliusában befejeztük, de a folyamat továbbterjedt a jobb lábszárra, s áterjedt a másik lábszárra is.

1917 júliusában, minthogy a folyamat úgy az antilueses kúrára, mint minden más desiniciens terapiára resistensnek mutatkozott, felmerült a blastomycosis gyanúja. És valóban, a hólyagcsák tartalmából kimutattuk a blastomycetát, burgonyán és szőlőcukoragaron annak tiszta kultúráját tenyésztvén ki. Szövettani vizsgálatkor a következő képet kaptuk: a coriumban mérsékelt gömbsejtes beszűrődés; az epidermis erősen megvastagodott, különösen a stratum spinosum, melyben apró hólyagcsák láthatók.

A hólyagcsák szélein a sejtek nem degenerálódtak; a hólyagcsákban és elszórva egyes sejtek között blastomyceták láthatók. A diagnózis tisztázása után a beteg jodkalit kapott, napi 3 gr. adagban.

1917 szeptember 15.-én a status a következő: A hason koronányi, mérsékelt pigmentált heg látható. A penis közepéről a fitymára

pigmentszigetekkel teli, felületes heg húzódik. A jobb lábszáron, a jobb térd külső oldalán, valamint a bal lábszáron több tenyérszerű területen felületes vörösszínű heg, melyen számos follicularisan ülő gombostűfejnyi barna pigmentzigelet látható. A bal lábszáron levő fekélynek széleit, különösen elül és hátul, még egy hólyagcsákból alkotott zóna határolja. Ez a zóna nem mindenütt egyformán széles ( $1\frac{1}{2}$ —5 cm). A hólyagcsák fehéres, nyúlós folyadékkal teltek, gyöngyházzsínűek; a hol a hólyagcsák felfakadtak, helyükön nedvező területek maradtak.

Ebben az esetben, mint a szövettani képből látható, a blastomyceták egészen felületesen hatoltak a bőrbe. Az eddigi leírtakban a blastomyceták főként a coriumban fészkeltek, míg ebben az epidermisben okoztak elváltozást.

Ez az eset tehát teljesen eltérő az előbbiektől, úgy klinikai, mint szövettani képében. Hogy a betegség egész felületesen folyik le, mutatja a szövettani kép s a gyógyulás, mely felületes sima heggel történik. Itt tehát egészen új megjelenési formájával találkozunk a blastomycosisnak. Míg az eddig ismeretes formák a bőr mélyebb rétegeiben folytak le az egész felületen, úgy hogy blastomycosis profundának nevezhetők, az utóbbi egy blastomycosis superficialis bullosa képét mutatja.

\* \* \*

A blastomycosis minden valószínűség szerint sokkal gyakoribb megbetegedés, mint azt az irodalom eddig feltünteti. Oly esetekben, hol a diagnosis tertiaer lues és tuberculosis között ingadozik, szükséges a vizsgálatot blastomycosisra is kiterjeszteni. Bizonyára sok eset rejtőzik el olyképen, hogy azt lues III-nak diagnoskálják és nem törődve a Wassermann-reactio negativ voltával, jodkálival kezelik, mire a blastomycosis is gyógyul.

Utolsó eseteinkben a diagnosis trichophyton és lues II között ingadozott. Trichophyton ellen szólt a hólyagcsák gyöngyház-színe, ami a bennük levő nyúlós nyálkától állott elő, valamint az, hogy a váladékban trichophyton nem volt kimutatható; lues ellen pedig a mirigyduzzanatok és más secundaer tünetek teljes hiánya.

Az eddigi gyakorlat szerint a blastomycosist csak akkor diagnoskáltuk feltétlen biztonsággal, ha az a szövetekben is kimutatható volt. De eseteinkből azt a következtetést kell levonnunk, hogy a blastomycosisnak épp-úgy typosos klinikai képe van, akár a luesnek vagy tuberculosisnak, és ha a váladékból a blastomycetákat is kimutattuk, a szövettani feldolgozás felesleges; nem szólva természetesen az olyan atypusos formákról, mint legutolsó esetünk, melyekben szövettani vizsgálat is szükséges, hogy a blastomycosis klinikai képe ily módon kiegészíthessék.

Ezúton is köszönetet mondok a hozzánk beosztott consiliariusnak, Samberger tanárnak, ki az esetek feldolgozásában segítségemre volt.

Tekintettel hadi beosztásomra, kellő számú irodalom nem állott rendelkezésemre, s így cikkemnek ezen része hiányos; majd ha alkalmam adódik, újból visszatérek rá.

**Irodalom.** A. Buschke: Die Blastomykose. — O. Busse: Die Hefe als Krankheitserreger. — E. Brumpt: Précis de parasitologie. — L. Gedoelst: Les champignons parasites.

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

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

(Vége.)

### A száj- és garatüreg syphilise.

A száj- és garatüregben a bujakór tünetei igen gyakoriak és a bujakóros eseteknek 50—70%-ában találunk itt elváltozásokat.

A primaer affectus a száj- és garatüregben majdnem oly gyakori, mint az extragenitalis affectio a többi testtájékon együttvéve. Leggyakrabban az ajkak, azután a tonsillák és a nyelv teszik a bujakóros fekélyek székhelyét, de előfordul a foghúson, a buccalis nyálkahártyán, a szápadlason, a garat

hátsó falán s az orrgaratban is. Az utóbbi helyen a fertőzés többnyire fertőzött orvosi műszerekkel (tubakatheter) történik, egyébként az infectio csók, nemi perversitások, fertőzött eszközök, csecsemőkön szoptatás útján jó létre.

A secundaer tünetek a száj- és garatüregben az általános syphilis leggyakoribb localis eruptiói közé tartoznak s olykor már a bőrtünetek megjelenése előtt mutatkoznak. Itt is az erythemás és papulák alakot találjuk.

Az erythema kedvencz helye az inyvitörta, a mandolák és garatívek területe. Gyakoribb a papulák alak, plaques és felületes fekélyesedés az ajkak belfelületén, a pofán, a szájzúgokban, a nyelven, a mandolákon, a nyelvcsapon és kivételesen a garat hátsó falán.

A tertiaer jelenségek főleg a nyelven és szápadlason, ritkán az ajkakon és szájzúgokban, gyakran a garat hátsó falán, de magában az orrgaratban is előfordulnak. A gummás diffus beszűrődés és a gumma gyorsan szétesik, az előbbi inkább lapszerű terjedő és felületesebb, megvastagodott szélű és piszkos szalonnás alapú fekélyt, az utóbbi inkább a mélybe haladó, kráter szerű, kerek, élesszélű fekélyt alkot. A gummás szétesés a lágy és kemény szápadon perforatiót okozhat. A nyelv mélyében levő gumma a felület felé áttörhetik, resorbeálódhatik és a zsugorodás folytán a nyelv sajátos barázdáltságot és lebenyzettséget okozhatja. A garat hátsó falán, különösen oldalt, a gummás képződések ugyancsak gyakoriak, a folyamat a nyaki csigolyák testéig vagy a nyakszirtcsont proc. basilarisáig terjedhet s a csontos részek elpusztulása kapcsán gerinczagi és agyi laesiók keletkezhetnek, másrészt pedig nagy véredek (carotis interna, art. vertebralis) arosiója következhetik be s ily alapon már elvérzés is előfordult. Gyakran találkozunk bujakóros destructiók okozta heges összenövésekkel az inyvitörta és a garat hátsó fala, a nyelv és a garat hátsó fala, az inyvitörta és a nyelv, végül az inyvitörta, a nyelv és a garatfal között.

Differentialis diagnostikai szempontból a következők tartandók szem előtt: A száj- és garat-képleteknek kemény chancre-je leginkább carcinomával vagy széteső gummával téveszthető össze, de míg a primaer affectus a nyaki mirigyek fájdalommentes duzzanatával jár, carcinománál a regionaer mirigyek fájdalmasak, míg gummánál a mirigyinfiltratum rendszerint hiányzik; ezenkívül a szétesés gummánál gyorsabb és mélyebbre terjed, carcinománál pedig ennek szabálytalan conturjai, dudorzos hasadozott felülete, fájdalmassága, vérzékenysége, lassú keletkezése, a beteg kora szolgál elkülönítő jelül. Kétes esetekben a kórszövettani vizsgálatra vagyunk utalva. Az ajkakon és a nyelven kicsiny erosiós fekély alakjában mutatkozó chancre herpeses eruptiókkal, aphthákkal téveszthető össze; a herpesnél hólyagcsákból keletkezése, csoportokban elrendeződése, fájdalmassága s az egyebütt levő herpeses eruptiók szolgálnak elkülönítő jelül, míg az aphthák főleg gyermekeken fordulnak elő, ugyancsak acute lázas mozgalom kíséretében kezdődnek s nagyon fájdalmasak. A tonsillachancre anginás, diphtheriás és gangraenás alakban is előfordulhat s ezen kórfolyamatokkal téveszthető össze; az anginás diphtheria acut és viharos kezdete, fájdalmassága, a láz és az általános tünetek, továbbá rendszerint kétoldali volta és gyors lefolyása szolgál útmutatóul, továbbá a bacteriologiai vizsgálat.

Kifejlett condylomák a száj- és garatképleteken nem ismerhetők félre, különösen ha egyéb jelei is vannak a syphilisnek (bőrtünetek és scleradenitis stb.) Ha azonban a papulák jellegzetes helyi és kísérő tünetei csak kevésbé kifejezettek, egyes exanthemákkal téveszthetők össze, leginkább leukoplakiával; utóbbi mellett szól a szabálytalan alakú, többé-kevésbé élesen határolt, szürkés-fehér vagy gyöngysárga, selyemfényű foltok chronikus stationaer jellege, persistenciája, míg a syphilises papulák gyorsan tovaterjednek vagy eltűnnek. Összetéveszthetők a plaque-ok lichen ruber planussal, ennél azonban a fehér és szabálytalan alakú foltok kisebbek, ezüstszerűen fénylők és csikyszerű háló alakjában rendeződnek el. Egyidejűleg a bőrön hasonló erősen viszkető elváltozások találhatók; a lichen arsenkezelésre

prompte reagál. Összetéveszthetők a papulák még herpeses és apthás eruptiókkal; a reájuk jellegző tüneteket a fentiekben felsoroltuk s itt még csak annyit jegyzünk meg, hogy míg ezek nagy fokban és kezdettől fogva fájdalmasak, a papulák csupán a szétesés stadiumában válnak fájdalmassá. Nem könnyű néha a megkülönböztetés a szájnyálkahártya secundaer lueses tünetei és a stomatitis mercurialis között; az acut kezdet, az erős foetor s a foghús résztvétele az utóbbi mellett szól.

A tertiaer jelenségek körjelzése ugyancsak nehézségekre utközhetik. Gummás csomók jótermészetű tumorokkal, mélyen ülő intramuscularis tályogokkal, leginkább azonban carcinomával téveszthetők össze; a nyaki mirigyek infiltrációja jótermészetű tumorok és gummás képződések ellen, de carcinoma mellett szól. A csomók multiplicitása syphilitre vall. A jótermészetű tumorok puhább, elastikusabb tapintatúak, mint a gummás csomók s amazok felett a nyálkahártya többé-kevésbé eltolható. A tuberculosus és a syphilitis ulceratiók közötti distinctióról az orrnál szólottunk. Erősen sarjadzó, fájdalomtalan ulceratiók, melyeket apró göbök környeznek és helyenként spontán elhegesedésre hajlamosak, lupusra vallanak. A carcinomás fekély sokkal keményebb mint a gummás, kifordult szélű; kedvencz helye a nyelv széle. Oly ulcerosus folyamatoknál, melyek hosszabb ideje vannak jelen, lázzal és kifejezett nehézségekkel nem járnak, elsősorban syphilitre gondolunk; a tünetek bizonyos polymorphiája, alakban és localisatióban gyakori váltakozása a priori syphilitis mellett szól.

*Therapia:* Az általános antilueses kezelést localis beavatkozásokkal támogatjuk: a lueses papulák, erosiók és ulceratiók a második stadiumban 10—20%-os chromsavas vagy lapisos edzésre jól gyógyulnak; ügyeljünk, nehogy a gyógyszer a beteg lenyelje s ezért az ecsetelés után száját kiöblítettjük s gargarizálattjuk konyhasóoldattal. Tartsuk szem előtt, hogy a szájüregbeli secundaer affectiók igen fertőzők (külön evőeszköz, pohár stb.). A káros ingereket (dohányzás, szeszes italok, fűszerek) elkerültetjük. Nagy gondot fordítunk a szájüreg tisztántartására (öblítések kal. chlor., hydrogen hyperoxydat.-oldattal), a fogak szorgos tisztogatására. A tertiaer alakokban a localis kezelés többnyire szükségtelen. A syphilitis következményes tünetei közül a garatbeli összenövés operatíve szüntetendők meg, a szápadlás perforatióját plastikai műtéttel vagy obturátorral zárjuk el, sebészi beavatkozások azonban csak a folyamat lezajlása után végezhetők.

### A gége és légcső syphilitise.

A gégeben és légcsőben a bujakóros elváltozások jóval ritkábban fordulnak elő. A primaer affectus felette ritkán észleltetett a gégefedő lingualis felületén és az aryepiglottikus redőn. A másodlagos tünetek erythema, papula, plaques, felületes fekélyek alakjában mutatkoznak. ez utóbbiak főleg a gégefedő szélén, a hangszalagok közepén és a gége hátsó falán. A tertiaer jelenségek a diffúz gummás beszűrődés, a körülírt gummás csomó, fekélyek, perichondritis és hegképződés. Ezen bujakóros elváltozások hangzavarokat, fájdalmakat, nehéz légzést, porczelhalást, összenövéseket, heges szűkületeket okozhatnak. Hangszalaghűdés is előfordulhat a gége izmainak, idegeinek, ízületeinek és az agyvelőnek bujakóros bántalma folytán. A légcsőben a gummás szétesés hegképződésekhez és szűkületekhez vezethet, a peritrachealis mirigyek tályoga áttörhet a mediastinumba, a nyelőcsőbe és a nagy vérekebe. Végül előfordulhat a heges bronchostenosis is.

A tertiaer tüneteknek főleg a tuberculosistól és a carcinomától elkülönítése nehézségeket okozhat, differentialis diagnostikai szempontból az előző fejezetekben mondottakra utalunk. Megjegyzendő, hogy a bujakór és a gümőkór vegyes fertőzése is lehetséges, továbbá, hogy a bujakóros egyének makacs gége- és légcsőhurutja specifikus folyamatra gyanus.

*Therapia:* Az általános antilueses gyógyítást itt-ott helyi beavatkozásokkal támogatjuk: perichondritis tályogok bemetszése, laza porczsequester eltávolítása, hirtelen beálló fulladási veszély esetén tracheotomia. A jodot belsőleg egyesek nem tűrik és a gégeben jodoedema fejlődhetik, a mi a jod-

kezelés azonnali megszüntetését teszi szükségessé. A szűkületek tágitását különböző eljárásokkal csak az infiltratiós és gyuladós jelenségek eltűnte után kezdjük meg, de lehetőleg a heges zsugorodás stadiumának kezdetén, mert ilyenkor sokkal több sikert remélhetünk, mint ha már consolidált hegekkel állunk szemben; ez utóbbi esetekben operatív beavatkozás eszközölhető. Végezetül megjegyzendő, hogy a bujakór és gümőkór vegyes fertőzésének eseteiben mindkét bántalom gyógykezelése tartandó szem előtt és hogy egyes esetekben az Ehrlich-féle eljárásra a gégegümőkór feltűnő rosszabbodása következett be.

### 3. Az orr melléküregeinek genyedései.

Mint kóroktani tényezők a direct lövési sérüléseken kívül mindazon ismert káros befolyások szerepelnek, melyek a katonai szolgálattal és a harcztéri étellel olyan szorosan összefüggenek. Az orrüregnek és melléküregeinek közvetlen és közvetett fertőzései és gyuladásai vagy az orr melléküregeinek közvetlen megbetegedései, vagy pedig mint már azelőtt kezelt és lezajlott, látszólag meggyógyult esetek kiújulásai jelentkezhettek, a direct lövés-sérülések pedig az áttört és megnyitott melléküregek fertőzéséhez, megbetegedéséhez vagy esetenként spontán aseptises gyógyulásához is vezethetnek. Eddig 70 eset állott észlelésünk alatt. Ezek közül 32 a Highmor-üreg, 17 a homloküreg, 5 a rostasejtek, 1 a Highmor-üreg és homloküreg, 3 a Highmor-üreg és rostasejtek, 4 a homloküreg és rostasejtek, 3 a Highmor-üreg, homloküreg és rostasejtek, 1 az iköböl, 1 a homloküreg, rostasejtek és iköböl és 3 az összes melléküregek megbetegedéseire vonatkozik. Egy esetünkben a homloküreg és a Highmor-üreg sérülése spontán aseptisesen gyógyult meg.

Arcsérülés 12 esetében következett be a Highmor-üreg genyedése, anyaghiány és sipoly nyitva tartotta az üreget; egy esetben az évek előtt kezelt és műtett Highmor-üreg a harcztéren újból megbetegedett és a bal második örlőfog helyén sipoly keletkezett; egy esetben typhus és egy esetben influenza után jelentkezett a bántalom, különben nagyobbára a frontról jöttek; öt esetben lősérülés folytán keletkezett a sipoly, egy esetben foggyökérsipoly volt jelen; 12 esetben a Denker-féle gyökeres műtét lett végezve, 8 esetben a conservatív eljárások: cocain-tonogen spray, öblítések, fényfürdő stb. lettek jó eredménnyel alkalmazva. A rostasejtek genyedése 4 esetben lett megállapítva, kettő nem került klinikai kezelés alá, kettőben endonasalis beavatkozás történt, a középső kagyló resectiója után a rostasejtek kitakarítása lett végezve.

A homloküreg genyedésének 17 esete fordult elő, ezek között volt 4 lövési eset sipollyal, egy esetben sebesülés nélkül volt homloküregesipoly jelen, 2 esetben syphilitis volt kimutatható és 3 esetben az orrüregben polyposis is volt. Egy esetben kétoldali homloküreggenyedés fordult elő. A Killian-féle gyökeres homloküregműtét 5 esetben lett végezve, a többi esetben részben endonasalis beavatkozások, polypus, középső kagyló eltávolítása, részben cocain-tonogen spray, fényfürdő vezettek eredményre, két eset nem került kezelésünk alá. Egy esetben az iköböl genyedése volt megállapítható.

16 esetben több melléküreg-megbetegedést észleltünk. A homloküreg és a Highmor-üreg együttes megbetegedésének 2 esetében a Highmor-üreg gyökeres megnyitása és kitakarítása végeztetett, a homloküreg endonasalis és fényfürdővel kezeltetett. A Highmor-üreg és a rostasejtek bántalmát 3 esetben láttuk, 2 esetben endonasalis beavatkozás történt. A homloküreg és a rostasejtek megbetegedésének 5 esetét észleltük, 1 esetben a Killian-féle gyökeres műtét végeztetett, 4 esetben az endonasalis beavatkozás, a kagylóresectio, a rostasejtek kitarása vezetett eredményre. A rostasejtek és az iköböl bántalmát 1 esetben észleltük, midőn az üregek endonasalis megnyitása eszközöltetett. A homloküreg, a Highmor-üreg és a rostasejtek megbetegedése két esetben fordult elő, melyekben a Highmor-üreg gyökeres műtéti feltárása, a rosta-



sejtek endonasalis megnyitása és a homloküreg nyílási területének tágítása lett végezve. Végezetül az összes melléküregek genyedő folyamatát 3 esetben észleltük, még pedig kétszer mind a két oldalon és egyszer az egyik oldalon. Mindezen esetekben a Killian-féle és a Denker-féle gyökeres sebészi beavatkozások végeztek.

#### 4. A felső légutak leprás elváltozásai.

Az idevonatkozó észlelések az Orvosi Hetilapban már megjelentek.

#### 5. Lupus.

Két esetben észleltük a lupus előfordulását, az egyik szolgálatban levő katonára és a másik hadimunkásra vonatkozik. A 30 éves katonán a gégefedő ujjnyira megvastagodott, lingualis és laryngealis felületén apró gombostüfejnyi és nagyobb göbcsékekkel behintett, helyenként kisebb szétesések, sarjadzások és apró hegesedések. A kórszövettani vizsgálat úgy a laphámmal borított felület alatt, mint a hengerhámos nyálkahártya alatti kötőszövetben sűrűen egymás mellett gömbsejteket, epitheloid-sejteket és Langhans-féle óriás sejtekből álló típusos folliculusokat mutatott.

A második esetben egy hadimunkáson a lupusnak részben lefolyt, részben fennálló elváltozásait láthattuk, nagy orrhíányt, kiterjedt hegesedéseket és göböket.

#### 6. Rhinoscleroma.

A rhinoscleroma előjvetelét hat esetben észleltük. Az egyik esetet a légcsőmetszetek fejezetében ismertettük. Azonkívül a rhinoscleroma egy esetben az orrüregben, az alsó orrkagylókon és az orrsövényen mindkét oldalon, három esetben a gégeben és egy esetben a légcsőben fordult elő. A körjelzést a klinikai kép és a kórszövettani lelet állapította meg.

#### 7. Idegen testek.

A mi az idegen testeket illeti, hat esetben észleltük az előjvetelüket, és pedig egy esetben az orrban, két esetben a garatban, két esetben a bázisban és egy esetben a bronchus bemenetében. Egy esetben az orrüregben, a bal oldalon közel az elülső orrnyíláshoz egy rendellenesen az orrüregbe nőtt fog volt látható az orrüreg fenekén.

Egy esetben egy nagy húsdarab, melyet egy katona mohón le akart nyelni, a garatüregben megakadt és elnyomta a gégefedőt, úgy, hogy csupán egy kicsiny oldalsó rés maradt fenn. Fuldokolva, cyanosissal hozták a klinikára, a hol már alig volt lélekzete, miért is a rendes légcsőmetszés végzésére már nem volt idő és a Denker-féle gyors megnyitás végeztetett, mire a beteg azonnal lélekzeni kezdett, a húsdarab eltávolított, a cyanosis eltűnt és miután egy kórházvonattal még aznap el kellett hagyni a várost, a kanül eltávolított és a beteg egy varrattal elbocsátott.

Egy török katonán egy nyakszirtlövés golyója a bal peritonsillaris területen megakadt és érezhető volt. Egy metszéssel hozzáférhető és eltávolítható volt.

Két katona csontot nyelt, mely megakadt és oesophagoskopiával a bifurcatio alatt a bázisban mellkasi részében megállapított. Mindkét esetben oesophagoskoppal a csontdarabok el lettek távolítva.

Egy esetben egy tengerész katona 10 filléres pénzdarabot aspirált 6 hónap előtt; a Röntgen-lelet a bifurcatio táján mutatta a pénzdarab helyét, felső bronchoskopiával a pénzdarab a bifurcatio területében a légcső jobboldalán, részben a főbronchusba beszorulva volt látható. A bronchoskopon át kettős fogazott csípővel lett eltávolítva.

#### 8. Arcsérülések.

Az orrmelléküregek bajainak fejezetében megemlékezünk azon lövés sérülésekről, melyek egyrészt az orr melléküregeit érték, másrészt sipolyképzéssel jártak. Ezekon kívül

21 esetben észleltük az orr és 27 esetben az arcz lövés sérüléseit, melyek kisebb-nagyobb anyagihiányokat okoztak. Úgy az orr, mint az arcz hiányainak egy része plastikai műtét tárgya volt.

#### 9. Orrcorrecturák.

Több esetben végeztetett a klinikán kozmetikai célból az orrhát endonasalis correcturája. Két esetben az orrhát dudora lett eltávolítva endonasalis uton az ismert eljárással. A harmadik esetben, traumás orrsérülés esetében, midőn ló rúgása okozta az orr deformitását, egy a tibiából vett és endonasalis uton az orrüregbe elhelyezett csontlemezzel végeztetett a correctura.

#### 10. Daganatok.

Három esetben a gégerákot állapítottuk meg és ajánltuk a gyökeres sebészi beavatkozást. A jóindulatú daganatok közül 15 esetben találtunk az orrüregben polypusokat, egy esetben az orrgaratüregben fibromát, 50 esetben a gégeben polypusokat, 18 esetben a gégeben papillomákat és 1 esetben a hangszalagon haemangiómát. 7 esetben észleltünk strumát. Ezen jóindulatú daganatok nagyrésze operatív beavatkozás tárgya volt.

#### 11. Egyéb bántalmak.

Egy esetben észleltük a hátulsó orrnyílás elzáródását és egy esetben az orrüregben synechiát. 14 esetben lettek a túltengett orrkagylók eltávolítva.

29 esetben lett az orrsövény elgörbülése műtéttel megszüntetve.

16 esetben tonsillectomia végeztetett. 4 esetben peritonsillaris tályog és egy esetben a nyelvmandola tályoga lett megnyitva.

Egy esetben a szájüreg pemphigusát észleltük. 760 esetben a gége- és légcső-hurut különböző elváltozásaival találkoztunk. 6 esetben gégevizényőt észleltünk. 3 esetben a Morgagni-féle tasak előesett. 2 esetben a gége üregében diaphragma fordult elő, az egyikben körkörös, a másikban félhold alakban; ez utóbbiban a gyermekkori diphtheriával és az intubációs eljárással volt összefüggésbe hozható.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**A kibocsátott vizelet erős megbarnulásáról.** Általánosan ismeretes, hogy a normalis vizelet is állás közben néha sötétebb lesz. A vizeletnek sötétbarnává, sötétfeketébarnává válása azonban bizonyos festékanyag jelenléte által van feltételezve; az ilyen vizeletnek sötét színe alkáli hozzáadására még fokozódik, ellentétben a normalis vizelettel, a mely megvilágosodik. Az említett festékanyag megjelenése a vizeletben egy általános anyagcserebetegség, az *alkaptonuria* következménye, a melyben a test más helyén is le szokott rakodni festék, így a fülporczogókban (ochronosis), a hónaljban, az orr- és szemhéjporczogóban, a bőrfaggyúban, a körmökön, a sklerán. De ha ez utóbbi helyeken nincs is festék, a vizeletben mindig megtalálható. Az alkáli hozzáadására fokozódó elsötétedésen kívül a vizelet még a következő reakciókat adja: hig vaschloridoldat hozzáadására kék színeződés áll be, a Fehling-oldat hidegen is redukáltatik, a Millon-próba pozitív. Tulajdonképpen a fehérjeanyagcsere zavaráról van szó: a szervezet nem tudja a tyrosint és phenylalanint tovább bontani, ennek folytán egy sav képződik — a mely ugyan normalis anyagcsere mellett is jelen van, de csak mulólag — ;

ez a sav a homogentisinsav. Az alkaptonuria familiaris betegség; a legutóbb *Ebsstein* leírta esetben is kimutatható volt az öröklés. A prognózis nem kedvezőtlen, a zavarok többnyire csekélyek (festéklerakodás, dysuria). Megjegyzendő, hogy ochronosis jelen lehet alkaptonuria nélkül is; például phenoltestek (carbol) hosszú időn át használata esetén szintén előáll ez a festékanyag mint phenolszármazék. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 14. sz.)

### Sebészet.

**A lövéses hassérülések sebészi kezeléséről** értekezik *Ph. Bockenheimer* a harcstéren szerzett tapasztalatai alapján. A hassérülések műtétei akkor járnak aránylag jó eredménnyel, ha a sérüléstől számítva a műtéig nem telt el több 6 óránál. Elvünk tehát az legyen, hogy — ha a beteget műtét segítségével akarjuk megmenteni — mielőbb végezzük a műtétet; kétes esetekben a pontos diagnosis megállapíthatásáért ne késedelmeskedjünk, annál is inkább, mert a hassérülések typusos symptomái az első órákban csak ritkán mutatkoznak. A lövegnek Röntgen-sugarakkal való keressgélése felesleges időpazarlás. Műtét végzendő, ha a beteg nincs túlságosan kivérezve és nem áll túlérős shock hatása alatt. Ha intravenosus konyhasóoldat után (500 cm<sup>3</sup> + 5 csepp adrenalin) a pulsus nem javul, a műtét kilátástalan. Nem javult a lövéses hassérülés operatív gyógykezelése, ha többszörös súlyos sérülés, így fej- és hassérülés, has- és mellkas-, esetleg hátgerinc-sérülés van jelen. Miután a fertőzés a kivérzett és shock hatása alatt álló egyéneken könnyen fejlődik ki, az asepsisre igen nagy gondot kell fordítanunk. Arczvédők használata, a kötszerek és varróanyagok pontos sterilizése fontos kelléke a jó eredménynek. Műtét előtt a gyomor és hólyag kiürítendő. A műtőszobának nem szabad túlnagynak lenni, hogy jól fűthető legyen. A mi a műtét technikáját illeti, a szerző a kiadós metszéseket alkalmazza, hogy a hasüreg jól áttekinthető legyen. A máj, gyomor, lép sérülése esetén a *Sprengel*-féle harántmetszést végzi. A has feltárása után elsősorban a vékonybeleket kell megvizsgálnunk. Ugyancsak fontos a mesenterium pontos megtekintése a vérzések miatt. A máj súlyosabb sérülése esetén jó eredménnyel alkalmazható a cseplésszel való tamponálás. Mielőtt a hasüreget teljesen elzárná, konyhasóoldattal öblíti le és kámforolajat juttat a hasüregbe. A hasüreg tamponálását, ha csak lehet, elkerüli, mert ez a peristalticát akadályozza s így a fertőzés könnyebben fejlődik ki. Az utókezelést nagy gondal kell végeznünk. Meleg szoba, a hasnak melegítése, konyhasónak adrenalinval együtt való adagolása, kámfor befecskendezése ajánlatos. A műtét után hashajtókat ad a peristaltica élénkítésére. A gyomoröblítések is jó hatással vannak. Az említettek figyelembevételével a szerző a lövéses hassérülések 25%-át tudta műtét segítségével megmenteni. (Med. Klinik, 1918, 23. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

**A gyomor- és duodenum-vérzések operatív indicióiról** értekezik *H. Finsterer*. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: Ha az anamnesis és a klinikai lelet alapján penetráló ulcusra gyanakszunk, a vérzés legelső jelentkezésekor operatív beavatkozásnak van helye, mert a várakozással az anaemia a műtét eredményét jelentékenyen rosszabbítja. Ha gyomorpanaszok nélkül jelentkezik acut vérzés, először a belső kezelést kell megkísérelnünk; ha azonban ez nem vezet gyorsan eredményre, akkor még mielőtt a súlyos anaemia tünetei kifejlődnének, laparotomiával kell eldöntenünk, hogy a vérzés a negativ anamnesis mellett is nem átfuródott ulcusból ered-e. Fekély jelenlétében leghelyesebb széles gastroenteroanastomosist végezni. A pankreasba átfuródó gyomorulcusnál biztos vérzésállapítás csak resectióval érhető el, a gastroenterostomia ily esetben nem nyújt elegendő eredményt. Vérző ulcus duodeni esetén a pylorus leköttése és gastroenterostomia végzése javult. A gyomor és duodenum acut vérzése miatt végzendő műtétek nem helyezhetők egy sorba az egyéb sürgős operációkkal (appendicitis, kizárt sérv, belső bélelzáródás), mert ugy az indicatio felállítása, mint

a műtét kivitele a gyomorchirurgiában való különös járatosságot igényel. A kinek e járatossága nincs meg, a belső kezeléssel acut gyomor- és duodenum-vérzés esetében sokkal kevesebbet árt, mint a sebészi kezeléssel. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 19. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

### Venereás betegségek.

**A syphillises belső bajok gyakoriságát** kutatta *P. Schrupf* (Berlin). A szerző az egyetemi poliklinika férfi-beteg anyagán vizsgálta a luessel közvetlenül vagy közvetve összefüggő betegségeket. Statisztikája 4280 esetre vonatkozik. A beteganyag kétségtelenül nem olyan összetételű, mint volt békeidőben, hiszen a fiatalabb férfiak nagyrészt bevonultak, az idősebbek pedig rossz táplálkozási viszonyok között nehéz munkát teljesítenek. Fokozott munka és túlterhelés egyfelől, silány táplálkozási viszonyok másfelől. A syphillises belső bajok diagnosis főként az objectiv klinikai vizsgálaton alapult, de kiegészítő eszköznek szolgált az anamnesis és a Wassermann-reactio. A 4280 férfi közül 317 = 7.46%, részesült valamikor syphillises kúrában. A 317 beteg közül 78 = 32.63% semmi olyan bajban nem szenvedett, mely a syphillissel összefüggésbe lett volna hozható. Mind a 78 esetben a Wassermann-reactio negativ volt. A többi 239 valamikor syphillis ellen kezelt egyén teljes bizonyossággal, vagy legalább is nagy valószínűséggel oly belső bajban szenvedett, mely a régebbi syphillissel összefüggött. Ezeknek 47.28%-a positiv Wassermann-reactiót adott. 175 esetben oly csaknem bizonyosan lueses belső bajt talált a szerző, a melynek anamnesisében a beteg előző syphilliseről nem tudott felvilágosítást adni. A diagnosis ez esetekben 64.5%-ban támogatta a positiv Wassermann-reactio. Lueses vagy paralueses (ez utóbbi bizonyára nem kifogástalan megnevezés, ref.) betegséget tehát összesen 414 esetben talált *Schrumpf*, a mi 9.67%-nak felel meg, oly szám, melyet a szerző is kissé alacsonynak tart. A syphillises belső bajok egymás közti aránya így oszlik meg: keringési szervek (főként aorta) = 56.76%, idegrendszer = 23.43%, máj = 8.45%, a többi bajok szétforgácsolódnak. A leggyakoribb syphillises belső manifestatio a szerző szerint az aortitis luetica. Természetes, hogy a különböző belső szervek együttesen is megbetegedhetnek. A positiv Wassermann ceteris paribus mindig inkább progrediáló floridabb esetre vall. Valószínű, hogy még a legpontosabb klinikai vizsgálat sem tud minden belső syphilliseset kideríteni, más szóval sokkal többször fordul elő a belső szervek syphillise, mint azt a klinikus kimutatja. A legtöbb syphillises belső szervi megbetegedés a tertiar szakra esik. A lueses icterus azonban (hepatitis interstitialis) többnyire a secundaer periodusba esik. Antisyphillises kúrára mindig van szükség, ha a kórkép és esetleg az anamnesis syphillis mellett szól, még akkor is, ha a Wassermann-reactio negativ. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 28. szám.) *Guszman.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Plaut-Vincent-angina** néhány esetében *Michaelis* tanár feltűnő gyors gyógyulást látott bekövetkezni eucupinum használatát után. Eucupinum bihydrochloricum 2%-os oldatával megáztatott vattagomolylyal naponként 2—3-szor alaposan ledörzsölnödő a fekély. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 35. szám.)

**Haemorrhoidalis csomók** ellen *Krukenberg* supra-*renin*-injectionokat használ jó eredménnyel. Az 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>-s oldatból egy ülésben 1/2 cm<sup>3</sup>-t fecskendez be a csomókba a tú lassú előretolása közben. A befecskendezéseket addig kell folytatni a csomók különböző helyein, a míg az egész daganat eltűnik. Ellentétben a carbol-injectionokkal, pörkképződés nincs, a csomók hegképződés nélkül zsugorodnak és tűnnek el. A befecskendezések után néhány óráig ágyban kell maradniok a betegeknek. Rendes székéről gondoskodni kell. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 31. sz.)

**Magyar orvosi irodalom.**

**Gyógyászat**, 1918. 38. szám. Szerb Zsigmond és Révész Vidor: A papaverin a gyomorbetegségek Röntgen-diagnostikájában.

**Budapesti orvosi újság**, 1918. 39. szám. Deszmirovity Koszta: A typhus exanthematicus serodiagnostikája egy állandó diagnosticummal. Zilcher József: Tüdőgyulladásra jellegzetes vizelet-reactio.

**Vegyes hírek.**

**Kinevezés.** A király Kaczinovics János dr.-t, a gyulai vármegyei központi sebészeti osztályának vezető műtőorvosát a kassai új állami kórház igazgató-főorvosává nevezte ki. — Mezei Ödön dr.-t Udvarhely-megye tisztí főorvosává, Szegő Géza dr. titeli és Dembitz Sándor dr. palánkai járásorvost Bács megye, Pozsgay Lajos dr.-t Aradmegye és Awender Miklós dr.-t Torontálmegye tiszteletbeli főorvosává, Neuwirth Lajos dr.-t Aradon tiszteletbeli kórházi osztály-orvossá nevezték ki.

**Választás.** Türk Szilárd dr.-t Igló város orvosává választották.

A központi hatalmak bajtársi szövetségei orvosi szakosztályainak elnöki tanácsa 1918 februárban Berlinben határozta el, hogy a III. együttes ülést 1918 szeptember hó végén Budapesten tartják. 1300 résztvevő jelentkezett Németországból, Ausztriából, Törökországból, Bulgáriából és Magyarországból. A szeptember 21.-én tartott megnyitó ülésen a király képviselőjében József Ferencz főherceg jelent meg. Sztéryny József kereskedelemügyi miniszter, a magyarországi Bajtársi Szövetség ügyvezető alelnöke üdvözölte a Fenséget, a ki nagyjelentőségű beszédet mondott, a mely kitörő lelkesedést váltott ki. Grósz Emil egyetemi tanárnak, az orvosi szakosztály elnökének beszéde után Zichy János gróf vallás- és közoktatásügyi miniszter a magyar kormány nevében, Ambrózy Lajos gróf rendkívüli követ, meghatalmazott miniszter a külügyminiszter megbízásából és Bódy Tivadár polgármester Budapest székesfőváros részéről beszélt. Kirchner Martin tanár, a porosz belügyminisztérium egészségügyi osztályának vezetője tartotta az ünnepi előadást „A közegészségügy jelentősége és annak kifejtésé a jövőben” címmel. A délutáni tudományos ülésen Aschoff (Freiburg in Br.), Tandler (Wien), Zia Noury pasa (Konstantinápoly), id. Liebermann Leó (Budapest), Thenen (Wien), Hocheneff (Wien), Dietrich (Berlin), Adam (Berlin), Scholtz Kornél (Budapest) és Grósz Emil (Budapest) tartották meg referatumaikat az orvosképzésről és továbbképzésről. Szeptember hó 22.-én délelőtt a malaria-ellenes intézkedésekről Doerr (Wien) és a malaria gyógykezeléséről Nocht (Hamburg) beszélt, a két előadásról nagy számmal szólnak hozzá. Vasárnap délután a székesfőváros bemutatta a Szent Gellért-fürdőt, ezt követően sétahajózás volt a Dunán. A hétfői napot az orvosképzés és továbbképzés feletti eszmecsere, továbbá az egészségügyi intézmények megtekintése töltötte ki. Ugyanaznap délelőtt a Magyar Országos Hadigondozó Hivatal ismertette intézményeit, délután pedig a Magyar fajegészségi és népesedéspolitikai társaság rendezte az első német-osztrák-magyar fajegészségi és népesedéspolitikai nagygyűlést. Hétfőn délután körülbelül 200 női tag a csepeli Weiss Alice gyermek- és nővédelmi intézményeket tekintette meg. Kedden reggel a külföldi vendégek közül 350-en külön vonaton Pöstyén, Trencsén-Teplicz és a Tatra-fürdők meglátogatására indultak.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár most bocsátotta ki jelentését negyedik háborús évi működéséről. Kiemeli a jelentős, hogy ez a működés is teljesen a háború hatása alatt állott. A hosszú munkaidő, a hiányos táplálkozás, a hadiüzemek katonái fenyegető hatalma, a háborús izgalommal járó lelki megrázkódtatások, a nők, fiatalok és gyermekek szokatlan és túlhajított munkája, az élelmiszerekért való ácsorgás, télen a fűtényaghiány, a lerongyolódás mind hozzájárultak ahhoz, hogy a megbetegedések száma és tartama egyaránt emelkedjen. Ennek tudható be az a körülmény, hogy a pénztár segélyezési kiadásai 31,7%-kal haladtak meg az 1910. évi hasonló kiadásokat. A kiadások nagyfokú emelkedése dacára 336.764 korona felesleggel zárult az év. Rámutat a jelentés arra a körülményre is, hogy a háború után a pénztárak nem elégedhetnek meg az eddigi működési keretekkel, s ha fenn akarnak maradni, a praeventio terére kell lépniük. Ily értelemben folytatta a pénztár korábban megkezdett socialis egészségügyi aktióját és e részben elsősorban fokozottabb és kielégítőbb orvosi ellátásról gondoskodott. Igen látogatott előadásokat tartottak az anya- és csecsemő-egészségügy, a gyermekvédelem, a tüdő-, nemi-, fertőző- és szembetegségek, a helyes ételmezés, az ipari megbetegedések, továbbá az alkoholizmus tárgyköréből. Ezekre vonatkozó röpiratok ezreit terjesztették el a tagok között. Nagy számmal terjesztette a pénztár a tuberculosus és a nemibetegségek elleni védekezésre kioktató népszerű füzeteket, továbbá az orvosi tanácsadót a baleseti sérültek részére. Felhívta a gyárakat az anya- és csecsemővédelem, a tuberculosus, a nemibetegség és az alkoholizmus elleni intézkedések megtételére. Állandó és részletes tuberculosus-statistikát készített s gondoskodott a tagok sanatoriumi elhelyezéséről. A munkaadók körében aktiót indított alapok létesítése iránt. Összekötöttesben állt a pénztár az Országos Stefánia-Szövetséggel, melylyel hosszabb lejárattal szerződésre is lépett, a melynek értelmében a Szövetség anyavédőnői a pénztárnak is rendelkezésére állanak. Támogatásban részesítette a Munkások Gyermekbarát Egyesületét, a „Gyermekkert-Egyesület” céljaira pedig több rendelőintézetet engedett át. Lényegesen felemelte a pénztár a szülészeti támogatást is. A nemi betegségek leküzdésére egészségügyi tanácsadót létesített, a melynél a

bejelentett betegek száma 1440 volt és az esetek 62%-ában a tanácsadó a beteget a kezelés folytatására bírta. Résztvevett a pénztár a különböző alkoholelteni aktiókban és a nők és fiatalok háborús munkájának egészségügyi hatására vonatkozólag egy ankét előmunkálatait is elvégezte. Ebben az évben is tovább folytatta az üzemek egészségügyi és baleseti ellenőrzését. A pénztári tagok létszáma az 1917. év végén 209.502 volt, míg a háború kezdetén 238.314-et tett ki. A férfilétszám, mely 1914 június hó 30.-án 205.219 volt, 1917 végén lecsökkent 129.353-ra, viszont a nőtaglétszám, mely a háború kitörésekor 46.022 volt, 1917 végén felemelkedett 80.149-re. 1917-ben összesen 532.859 pénztári beteg volt. Rámutat a jelentés a családtagok számára beállott megdöbbentő csökkenésre. Így 1000 nőtagra esett 1912-ben 55 gyermekágyas, 1917-ben csak 18. A gümőkór-esetek száma 1917-ben 27.562 volt, a nemibetegségekére esett 13.600, vérhasra 1358, hörgőhurutra 2767, vörhenyre, kanyaróra, diphtheriára és bárányhimlőre 4100 eset. A fertőző betegségek száma azonban csökkent: 1911-ben 11.196, 1917-ben 67.575 volt a számuk. Venereás beteg 1000 tagra esett 1910-ben 80, 1917-ben 64. A rühességi esetek száma 13.095. Balesetet bejelentettek a pénztárhoz 9252 esetet. A balesetek közül 4301 esett a vas- és fémparra, 1353 az élelmészeti iparra és 1388 a közlekedési iparra. Kifizetett a pénztár 1917-ben 3.603.000 kor. táppénzt, 131.190 kor. gyermekágyi segélyt, 273.500 kor. temetkezési segélyt, az orvosi kiadások 1.700.000 koronát tettek ki, gyógyszerre és gyógyászati segédeszközökért fizetett a pénztár 966.000 koronát. A kórházi és sanatoriumi költségek 1.180.000 koronát tettek ki. A kezelési költségek 2.400.000 koronára rúgtak.

**Személyi hírek külföldről.** A bécsi egyetem élettani tanszékére A. Durig dr.-t, a bécsi mezőgazdasági főiskola tanárát nevezték ki.

**Meghalt.** Markfeld Ignác dr. nagybicscei körorvos 61 éves korában szeptember 16.-án. — Schwitzer Zoltán dr. szabadkai orvos 28 éves korában Ungváron szeptember 16.-án. — Lövy Izidor dr. tartalékos főorvos a harcztéren szerzett súlyos betegségben a trienti várkórházban.

Állítsunk siremléket tasnádi Nagy László dr.-nak! Az 1914 október 2.-án hősi halált halt Nagy László dr., egyetemi magántanár, anatomiai intézeti adjunktus sírját künn a farkasréti temetőben még mindig csak egyszerű fakereszt jelzi. Azzal a felhívással fordulunk barátaihoz, kollegáihoz és tanítványaihoz, a kik közül bizonyára még sokan halásan emlékeznek a buzgó fiatal tanárra: állítsunk siremléket neki! Az adományok Kiss Ferencz dr., egyetemi tanársegéd címére küldendők (Budapest, IX., Tüzoltó-utca 58, I. sz. anatomiai intézet). A beérkezett összegeket időnként nyilvánosan nyugtázni fogjuk. Lenhossék Mihály dr., egyetemi tanár.

**ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM**

**Budapest, I., Tétényi-út 12-16.** Telefon: József 81-75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigen-fürdők, hőlég-kezelés és vizgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: Dr. Czirfusz Dezső kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik. **Egész éven át nyitva.**

**Fővárosi Fásor Sanatorium**

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

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

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

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherápia, forró-légekzülések, frigortherápia, firdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

**Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA**

VII., Városligeti fásor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegségek, szülőkörnek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

**Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.****Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIAI INTEZETE****Dr. Forbát** bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121-02.**Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.**

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

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

Budapesti —intézet. Semmelweis-utca 2.

medico- **ZANDER** Kossuth Lajos-utca sarkán. mechanikai Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

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

—UJTÁTRAFÜRED.— Helietherápia.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (V. bemutató szakülés 1918 márczius 13.-án.) 518. lap.

## Közkórházi Orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1918 márczius 13.-án.)

Elnök: **Milkó Vilmos**, később **Weber Adolf**. Jegyző: **Szinnyei József**.  
(Folytatás.)

## Röntgen-diagnostikai esetek.

**Biró Ernő**: 1. *Gonorrhoeás végbélszűkület* esete; a gyermekfejnyire tágult orális ampullarészlet alatt egy 6 cm. hosszú, tollszárnyira szűkült végbélrészlet következik. Az eset paederasta pinczérre vonatkozik.

2. A nyelöcső lövésű sérülését követő szilványi *oesophagus-diverticulum* esete az első nyakcsigolya magasságában.

3. A máj felé *penetráló gyomorfekély* esete homokóraszűkülettel.

4. *Vagotoniás bélműködés*.

5. *Penetráló duodenalis ulcus* esetei, melyek vizsgálatakor az előadó ajánlja a betegnek jobboldali fektetését forcírozott medence-alátámasztás mellett, mert ilyen fektetés után az egyébként nem minden esetben látható duodenum szabályszerűen in continuitate, a legkisebb fülkékkel együtt telődik.

6. *Kezdődő pylorusstenosis* esete. Kétséges esetekben, amikor még a papaverin nem teljesen értékelhető, az előadó a hasfekvésben való compressió felvételét (melyet *Stierlin* duodenalis ulcus eseteiben alkalmaz) ajánlja, mert ezzel a módszerrel a szűkülettől orálishan és aboralisan fekvő gyomor-, illetve duodenalis részletek a contrast-anyaggal szorosán kitöltve, a szűkült pylorus a szűkület fokához képest kisebb-nagyobb kaliberű, de szűkült összekötő cső alakjában jelenik meg a lemezen.

## Elephantiasissal járó syphilis esete.

**Guszmán József**: B. M. né, 54 éves. Az anamnesis luesre nézve negatív. 5 graviditas normalis szüléssel végződött. Utolsó gyermeke 11 év előtt született. Jelen baja 1917 tavaszán kezdődött a bal lába fejen és hamarosan az egész lábra és bokatájékra ráterjedt s egyre súlyosabbá vált. 4–5 hónap előtt arcán támadt kiütése, mely ott spontán gyógyult, de a fejen egyre tovább terjed. Jelenleg az egész bal láb eltorzult, duplájára duzzadt s normalis körvonalait nagyrészt elvesztette. Ugyancsak duzzadt a boka tájéka is. Kifejezett gyűjtőeres tágulás mindkét lábszáron. A beteg lábán a bőr és a bőr alatti kötőszövet hatalmasan megvastagodott. A láb felszíne hepehupás, dudoroktól és mély bevágásoktól egyenetlen. A megvastagodott részekben belül mogorónyi beszűrődések, melyeknek centruma helylyel-közzel ellágyult. Az ellágyult góczok néhol megnyitlak s fekélylyé alakultak. A fekélyek szélei keményen infiltráltak. Multiplex gummákról van szó, melyek legjobban a talpon láthatók. Az egész láb az elephantiasis kifejezett képét tárja elénk (a beteg és a photographiák demonstrálása). A folyamat nemcsak a lágyrészekre, hanem a csontokra is terjed. Az előadó két Röntgen-lemezt demonstrál, a melyeken *Biró dr.* lelete szerint a bal lábszár mindkét csontján periostitis látható, ezenkívül gyuladós fülrakódások a sarokcsonton és arthritis a lábízületekben. A beteg fájdalomról alig panaszkodik, járni azonban csak nehezen tud. Az egész arcon — a szemhéjak és az áll kivételével — számos lencsényi-füllérnyi éles határu heg, a melyeknek szomszédságában részben pigmentációk, részben apró telangiectasiák láthatók. A homlokon s főként a fejtetőn varral borított, keményen beszűrődött papulák, melyek helyenkint serpiginosusan vannak elrendeződve. A diagnosis klinikai alapon teljesen biztos. Wassermann egyébként + + + +.

A jelen esetben idősült folyamat található, mely heggel gyógyult s aránylag rövid idő alatt nagy területre ment át,

sőt már részben le is zajlott (arcz). A lábán súlyos másodlagos elváltozással jár a gummás folyamat, a mennyiben az kifejezett elephantiasis megvastagodásra vezetett. Az alsó végtagon az elephantiasis, mint következményes elváltozás, egyebek között több bőrbetegség nyomán észlelhető. Súlyos, idősült ekzémákon kívül lábszárfelek és főként lupus vulgaris talaján fejlődik ki az elephantiasis kórképe. Ritkábban syphilis kapcsán is látható ez a jelenség. Támogató tényezőként elsősorban a tágult gyűjtőerek tekinthetők. Az igazi ok az elephantiasis kifejlődésére rendszerint egyforma e most felsorolt betegségekben: gyakran ismétlődő kisebb-nagyobb másodlagos infectiók, sokszor erysipelas-rohamok, lymphangoitisek és phlebitisek. Mindezek a folyamatok egyre fokozódó pangásra, helyi keringési zavarokra s kötőszöveti hyperplasiára vezetnek. Hasonló folyamat található például a scrotumon, a hol a súlyos elephantiasis nem is oly ritka szövödmény. Ritkább, mikor syphilis nyomán más testrészen is támad másodlagosan elephantiasis. Az előadó erre vonatkozóan két esetét fényképen demonstrálja. Az egyik a jobb nagyajak mérsékelt elephantiasis megvastagodására vonatkozik s immár 1/2 év óta áll fenn, a másik a felső ajakra, a hol a gummás folyamat évek során át az ajak elephantiasis megvastagodására vezetett s valóságos makrocheiliát okozott.

## Pylorus-stenosis okozó gyomortuberculosis.

**Schöngut Ernő**: *Dieballe* tanár Szent István-kórházi belosztályáról 19 éves férfibeteg mutat be, akinek egy év előtt hónapokon át tartó, catarrhus apicumra utaló panaszai voltak. Öt hó óta szenved gyomorpanaszokban, a melyek étkezés utáni fájdalmakban, néhány hét óta pedig naponta rendszeresen ismétlődő hányásokban állanak. Az objectiv vizsgálat a phthisises külsejű beteg jobb tüdőcsúcsán kifejezett catarrhalis elváltozásokat mutatott; a hasban epigastriális érzékenység; vizsgálatkor intensiv gyomorperistaltica váltható ki és a gyomorcontourok körül mirigy tapintatú képletek érezhetők. A próbareggi achiyliát mutatott, negatív tejsavpróbával, 20 sóavdeficittel. A próbavacsora kifejezett retentiós leletet adott. Röntgen-vizsgálat is stenosis pylorira utalt, melynek természetére nézve, tekintve a beteg fiatal korát, a achiyliás gyomortartalmát, cancerre utaló tünetek hiányát, kifejezett tüdőfolyamatát és a hasban tapintható mirigyeket, felvették, hogy az specifikus gyomorfolyamat alapul. A beteg műtetre került, *Pólya* tanár operálta és találta, hogy a pyloruson hatalmas, hátrafelé összekapaszkodott tumor ül, a gyomorfalon tuberculomok vannak, a lig. gastrocolicumban sajtos mirigyek, melyekből szövettani vizsgálatra excisiót végzett. Murphy-gombos anastomosis; zavartalan gyógyulás. A beteg jól van, hányása megszűnt, testsúlya gyarapodott. A kimetszett mirigy szövettani diagnosis lymphadenitis tuberculosa volt.

A gyomor tuberculosis ritka kórbonctani, és még sokkal ritkább klinikai észlelet. Formái: a miliaris, az ulcerosus és a hypertrophiás megjelenés. A primaer esetek igen ritkák, *Zesas* referatuma csak nyolczat említ. Legtöbbször más szervi tuberculosisal együtt szokott előfordulni. A megbetegedés klinikai képe elmosódott; egyes esetekben ulcüstünetek vannak, más esetekben még ezek is hiányzanak, sőt a szerzők a megbetegedés tünetzegénységét mondják jellemzőnek és ennek magyarázatát a rendszerint kísérelő achiyliában találják. Szövödmények közül halálos vérzés (*Kundrat*), perforatiós peritonitis (*Struppler*) van leírva. A kimenetel lehet heges stenosis is. A megbetegedés prognosisa rossz; a műtetre került esetek sem mutattak biztató eredményeket. A megbetegedés diagnosis legtöbbször csak bonczolati; in vivo csak valószínűségi lehet. A tuberculosisok gyomorpanaszai-

nak magyarázatát elsősorban dyspepsiás, gastritis okokban kell keresnünk és komolyabb gyomortünetek jelenléte esetén is elsősorban arra kell gondolni, hogy ulcus rotundum van jelen. A megbetegedés ritka előfordulásának magyarázatát régebben a gyomornedv chemismusában keresték (*Cornet, Wesener*), de ez sokkal gyakrabban mutat zavarokat (*Brieger*) hogysen a ritka előfordulást magyarázhatná. *Curschmann* a gyomor normalis motilitásában, *Birch-Hirschfeld* a nyálkahártya intactságában, *Struppler* a gyomorfall nyiroktüszőkben való szegénységében keresi az okot. Újabb vizsgálatok a gyomor szövettimunitásában keresik a magyarázatot.

#### Az izületek lövészi sérüléseiről.

**Manninger Vilmos:** A háborús irodalom összefoglaló ismertetése során főleg *Payr* dolgozatait emeli ki, amelyek az izületek lövészi sérüléseikhez csatlakozó fertőzések megelőzésében és kezelésében új irányt jelölnek. Az izületek kórtanának, a felület- és szövet-fertőzés lényeges különbségeinek ismertetése után áttér a kezelés legfontosabb módjainak ismertetésére. Míg a kórelőző kezelés legfontosabb mozzanata a minél korábbi sebrevisio összekötve az antisepsis prophylaxissal (*Chlumsky*-oldat segítségével), a fenyegető vagy már kifejlődött felületfertőzés kezelésében a carbol-kámforkeverék s a szelepes drainezés adja a legjobb eredményt nemcsak a fertőzés legyőzése, hanem az izület működésének megtartása szempontjából is.

A szöveti fertőzés kezelésében legfontosabb kérdés a jó drainezés. Vetített képeken bemutatja *Payr* új módszereit a nagy izületeknek hátrafelé való drainezésére. Ott, ahol ezzel az eljárással nem érhető el eredmény, a teljes feltárás vagy az amputatio javalata lép jogába. Az utókezelés, az izületi mobilizálás kérdéseire már nem térhet ki az idő rövidsége miatt. Utal a Gyógyászatban in extenso megjelenő cikkére.

#### Spondylitist utánzó hysteria esete.

**Zinner Nándor:** A hysteriának annyira ritka megnyilvánulása a spondylitis utánzása, hogy — mint a bemutatott eset bizonyítja — a leggyakorlottabbakat is tévedésbe ejti a diagnosis felállításakor.

A szóban levő beteget két belgyógyász és egy orthopaed-sebészprofessor vizsgálta egy év előtt és a klinikai tünetek annyira bizonyossá tették a spondylitis diagnosisát, hogy Hessing-korzettet rendeltek a betegnek. Egy évi viselés után a korzett egy csavara meglazult, mire a legsúlyosabb tünetek fejlődtek ki: nagy fájdalom, teljes gerincoszlop-merevség, járás-képtelenség, majd mindkét alsó végtag bénulása. Felvételkor minden tünet spondylitis mellett szólt, a Röntgen-lelet azonban ép csigolyákat mutatott. Mivel lumbago nem szokott ily súlyos tüneteket okozni és egy évig tartani, bizonyos volt a hysteria diagnosisa.

A diagnosis helyességét bizonyította, hogy 1 cm<sup>3</sup> 1% novocainnak a maximalis fájdalompontra suggestio céljából befecskendezésére a beteg pár perc alatt megszabadult fájdalmaitól és másnap tökéletesen szabadon mozgatta gerincoszlopát, ülni, járni tudott és gyógyultan hagyta a kórházat.

Felnőtt betegen, ha a subjectiv tünetek nem megfelelően súlyosak az objectiv elváltozásokhoz képest, mindig gondolni kell a hysteria lehetőségére is.

## PÁLYÁZATOK.

8160/1918. sz.

Tótkomlós községben megüresedett **nem ügyvezető községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom pályázni kívánókat, hogy kérvényeiket — felszerelve a képesítést és eddigi foglalkozást igazoló okmányokkal — hozzám bezárólag **október 15.-éig** nyújtsák be.

A választást később tűzöm ki.

Orosháza, 1918. évi szeptember hó 9.-én.

Konkoly, főszolgabíró.

A **József kir. herceg Sanatorium-Egyesület** a gyulaí József-sanatoriumban megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

Az állás javadalmazása 2000 korona évi fizetés, 200 korona évi háborús segély az első osztályú teljes ellátáson kívül. (A lakás egy szoba és fürdőszobából áll.)

Pályázhatnak nők és szigorlóorvosok is. Ilyenek hiányában az állás esetleg magasabb évfolyamot hallgató orvosnövendékekkel is betölthető lesz.

A kérvények **Lukács György** v. b. t. t. egyesületi elnök úr ő excellentiájához címezve, a József kir. herceg Sanatorium-Egyesület irodájában (Budapest, IV., Sütő-utca 2. szám, I. em.) **folyó évi október hó 1.-éig** adhatók be.

József-sanatorium Gyula, 1918 szeptember 15.

Gáli Géza dr., igazgató-főorvos.

10201/1918. sz.

A fiumei városi közkórháznál **két alorvosi állás** üresedésben van, 1400 korona évi fizetéssel és megfelelő drágasági pótlékkal (III. drágasági pótlék 1400 korona), nemkülönben élelmezés és természetbeni lakással. Reflektálók (szigorló orvosok is) a kellő okmányokkal felszerelt kérvényüket a városi közkórház igazgatóságához címezzék. Az állások **azonnal betöltendők**. Az utazási költségeket Budapesttől Fiuméig a kórházi pénztár megtéríti.

Fiume, 1918 szeptember 5.-én.

A városi közkórház igazgatósága.

3821/1918. sz.

Az üresedésben levő alvinczi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Az alvinczi körhöz tartoznak: Alvincz, Alsócsóra, Alsó-tatárlaka, Borsómező, Rakató, Poklós, Maroskarna, Akmár, Szarakszó és Oláhdálya községek. A körorvos székhelye Alvincz.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908. évi XXXVIII. t.-cz.).

2. 500 korona évi lakbér.

3. 1000 korona évi útiátalány.

4. 1200 korona évi helyi pótlék.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles az összes községeket havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör-szegényeit ingyen gyógykezelni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi október hó 20.-áig** hozzám nyújtsák be.

A választást később fogom kitűzni.

Alvincz, 1918 szeptember 6.

A főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

### Orvos inspectiót vállal.

Ajánlatok „**Diplomás**“ jeligére a „**Petőfi**“ irodalmi vállalathoz, Budapest, VII., Kertész-utca 16. küldendők.

### Bányaorvosi állás

jó javadalmazással, nagyobb kőszénbánya r.-t. telepén **orvos** vagy **orvosnő** által **azonnal betöltendő**. Részletes ajánlatokat „**Jó szerencsét 69122**“ szám alatt **Schwarz József** hirdetőirodájába **Andrássy-ut 7** kérünk.

### Fogász-medikus

tökéletes operatív munkaerő, képesített fogtechnikus is, budapesti egyetemen nyert doktorátussal, jó családból (orvos fia) rendelő önálló vezetését, állandó helyettesítést egész vagy fél napra vállal, esetleg lakással rendelkező más szakorvossal társul. Az illető közreműködése sem kívántatik.

Értesítést „**Teljesen hadmentes 24**“ jeligére a „**Petőfi**“ irodalmi vállalathoz, VII., Kertész-utca 16.

## ORVOS

(belgyógyász) hosszú gyakorlattal, hadmentes, sanatoriumi állást, vagy helyettesítést keres. Megkeresések „**Belgyógyász**“ alatt a **Petőfi irod. vállalathoz** Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz. alá intézendők.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**KOLA GRANULAE TABLETTAE Dr. Egger.** Ezen készítmények a Koladió hatathos alkatrészeit előnyösen juttatják érvényre.

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

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

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

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

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

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

Mintákat szivesen küld az orvosoknak

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