

# 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.

- Csernel Jenő:** Közlemény a belügyministerium Központi Vizsgáló Állomásából. (Vezető Kaiser Károly dr.) Adatok a dysenteriaellenes védőoltáshoz. 411. lap.
- Henszelmann Aladár:** Közlés az O. H. G. H. budapesti császárfürdői intézetéből. (Orvos-igazgató: Dalmady Zoltán dr., egyetemi magántanár, ezredorvos) Egy kóros izomreflex diagnostikai értékelése. (Proximátor-reflex.) 412. lap.
- Báró Pomaniczky Tibor:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) Megjegyzések Henszelmann Aladár dr. „Egy kóros izomreflex diagnostikai értékeléséhez” című cikkéhez. 414. lap.
- Borszékny Károly:** Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő-gyógyintézetéből. A koponyasérülések következményeinek és késői szövődőmennyecinek sebészi kezelése. 415. lap.

Bókay János: Baginsky Adolf. † 418. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Le Bon:** Premières conséquences de la guerre. Transformation mentale des peuples. — *Lapszemle. Belorvosstan. Uhlenhuth és Fromme:* A Weil-féle betegség ellen készített védő és gyógyító savó. — *Sebészet. Krause:* A gerincvelő harcztéri sebesülése. — *F. Erkes:* A bél heveny megbetegedéseivel kapcsolatban fejlődő hashártyagyulladás. 419. lap.

Magyar orvosi irodalom. 420. lap.

Vegeyes hírek. 420. lap.

Tudományos Társulatok. 421—4.2. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a belügyministerium Központi Vizsgáló Állomásából.  
(Vezető Kaiser Károly dr.)

### Adatok a dysenteriaellenes védőoltáshoz.

Közli: Csernel Jenő dr., min. bakt.

Az Orvosi Hetilap 1917. évfolyamában beszámoltam dr. Fabinyi-val közösen egy lokalizált vérhas-járványnak védőoltásokkal való gyors megszüntetéséről. Ha az ott elmondottak eredményét összefoglalni akarom, kiderül, hogy a Shiga szerint alkalmazott serovaccinatio az ojtott egyéneknek csekély helyi és általános reakcióval jár. Utána a vérsavóban specifikus immunanyagok jelentkeznek. Védőhatásuk szembeszökő.

Az 1917. esztendő nyárvégén helyenként előforduló vérhasjárvány módot adott védőoltások újabb alkalmazásához. Egy ily járvány lefolyásáról akarok beszámolni. Tudjuk, hogy valamely védőoltás értékelése adott esetben igen sok körülmény mérlegelésén alapulhat csak; a leközlendő járvány e szempontból iskolaeset.

1917. júliusában a P. községben levő szénbánya az orosz harcztérről visszarendelt katonákat kapott munkásokul. Ezek az előírt ötnapos megfigyelés után munkába álltak. Csakhamar azokban az aknában, hol ezek a katonák dolgoztak, a bányászok között vérhasmegbetegedés jelentkezett; a bányászok után ezek családtagjai kapták meg a bajt, amely innen tovább terjedt a nembányász falubeliekre is. A járvány ezen útja szinte szemmel láthatólag követhető volt. Ennek magyarázatát megtaláljuk, ha pár szóval bányaegészségügyi viszonyainkat vesszük szemügyre.

Szénbányáinkat legjobban jellemezné az a kép, mely egy 5—10 emeletes háztömböt ábrázolna, de ablak, vízvezeték és árnyékszék nélkül, és ahol szűk helyen szellemileg és testileg alig kulturált emberek vannak összezsúfolva, a falak nedvesek és ahol minden piszkot betakar a jó sötétség. Ily körülmények között azután könnyen adódik, hogy a munkásoknak a bányában szerteszét üritett széke a lecsorgó bányavízzel az alsóbb etage-ok dolgozóhelyére kerül és az itt mosdatlanul étkező munkásokat fertőzi, a mi annál könnyebben megeshetik, mert akárhányszor munkás ezt a lecsorgó bányavízre ivásra is fölhasználja. Ehhez járul még, hogy a háborús viszonyok a bányákat üzemük minél teljesebb kihasználására készítették, a munkáslétszám emelkedett, a táplálkozás, a lakásvizonyok rosszabbodtak. Még csak 1—2 jellemző apróságot említek föl, hogy sok minden kézzelfogható legyen. A szén-

munkások általában a mai megélhetési viszonyokhoz képest alacsony béreket kapnak; megbetegedésük esetén táppénzüket oly kicsiny, hogy abból családost ember megélni nem tud. Ezért a munkások egyrésze mihelyt vánszorogni tudott, már munkába jelentkezett. Pedig közismert, hogy a vérhasból gyógyult egyén még hetekig veszedelmes lehet környezetére. Az egyszerű hasmenésben szenvedők (akárhányszor sikerült a székekben a dysenteria bacillust kimutatni) rendszeren jártak munkába.

A bányák egészségügyi hatósága, a bányakapitányság a járvány elfojtására kiadta újból a 65.000/1899. sz. rendeletet, mely a bányaféreg ellen való védekezésről szól. E rendelet ürszékek használatát írja elő, kötelezővé teszi a jó ivóvíz bevitelét, a bányában történő étkezés előtt a mosakodást stb. Az ellenőrzés a rendelet végrehajtására megtörtént, de nem annak mikéntjére is. Az ürülékládák tartalma kivételül végigfolyik az utakon, a víztartóba piszkos kézzel és edénnyel bemerítenek stb.; mindezek csak apróságok, de olyanok, amelyek az egész rendelkezést illuzoriussá teszik. Így azután megértjük, hogy elégséges e helyre egy beteg vagy bacillusgazda, hogy a bányát járványfészekké tegye. A piszkosan, mosdatlanul vagy fertőzötten hazatérő munkások otthonukban azután továbbadják a megbetegedést. A föld felszínén a közigazgatási hatóságok minden, akárhányszor megerőltető munkáját és intézkedését a bányák fenti állapota eredménytelenné tette. Ezért kellett a sablontól eltérő védekező módhoz, a bányászok védőoltásához fordulni. A járvány lefolyása a következő volt:

A községi orvos jelentése szerint 1917. év júliusában bélhurut kezdődött a községben, főképp a bányamunkások között. Julius 21.-én észlelt először véres székelést, a mely mind gyakoribbá lett; először a bányászok, azután azok hozzátartozói, majd a többi falubeliek között. Az összes sablonos járványelhárító intézkedések az 55.555/1915. számú cholera-rendelet értelmében folyamatba tétettek. Járványkórház állított fel, járványbizottság létesült, ellenőrzött betegbejelentés, rendszeres fertőtlenítés, ürülékvizsgálat stb. A vérhas azonban ment tovább, ugyannyira, hogy 1917. augusztus 12.-én már a hivatalosan bejelentett betegek száma 189 volt (68 férfi, 66 nő és 55 gyermek).

Ezek mind klinikailag tipusos vérhasban szenvedők voltak, és kb. 80%-uk bányász, illetőleg hozzátartozó volt. A véres székelésen kívül még elég nagy számú volt a könnyű hasmenéses megbetegedés is. Ezeknek a munkából való kizárása számos értékes szakmunkás elvesztése miatt a bányaüzem megszüntetését vonta volna maga után, a mi pedig a kifizető céllal, a bánya üzemeltetésével ellenkezett volna. Mindaz-

által sürgősen intézkedni kellett, mert a járvány progressiója hamarosan ugyanevvel a véggel látszott fenyegetni. Ekkor a belügyministerium jóváhagyásával védőoltásokhoz fordultunk.

Az ojtóanyag következőképpen készült: Shiga-Kruse, Flexner és Y-typusú bacillusok agarkulturájából 0.6%-os konyhasóoldattal emulsió készült. A keverés lehetőség szerint úgy történt, hogy felerészben toxikus, felerészben atoxikus bacillusok legyenek összekeverve. E keverékkel bacillusszámolás végeztetett. Egy félmilliárd bacillus subcutan befecskendezve erős helyi reactiót és mérsékelt általános reactiót váltott ki. E reactiót 0.4 cm<sup>3</sup> antitoxikus dysenteriasavó (a Jenner-Pasteur-intézetből) ugy állatkísérletben, mint emberek-nél teljesen felfüggesztette. Az első ojtásra szolgáló anyag tehát 1 cm<sup>3</sup>-ben tartalmazott 0.4 cm<sup>3</sup> dysenteriasavót és egy félmilliárd bacillust. A 8-ad napra történő második ojtás anyaga egy félmilliárd bacillust tartalmazott 2 cm<sup>3</sup> physiologiai sóoldatban serum nélkül (0.5% carbollal konzerválva).

Ez ojtóanyaggal beoított a pilisvörösvári bányavállalatnak 835 alkalmazottja. Az ojtási reactio számbavehető panaszra, vagy a munkásoknak akárcsak egy napi munkabeszüntetésre okot nem adott. Ez utóbbit hangsúlyozom azért, mert az ojtott munkások a rossz táplálkozás, a túlmunka és egyéb izgalmak (családtagok megbetegedése stb.) miatt a kimerüléshez közel állottak. A munkabeszüntetés pedig a bányagazgatóság bementése szerint egyértelmű lett volna az akkor (1917 augusztus) minden tartalék nélkül dolgozó budapesti vízművek tízemelek fennakadásával. E fenyegető veszély minden óvatosságot megokoltá tett.

A serovaccinával végzett vérhasellenes védőoltások ezek szerint minimalis reactióval járnak; a munkaképességet nem, vagy csak alig befolyásolják. Beoított e módszer szerint eddig összesen a Lipótmezőn 438, P. községben 835, L. cementgyárában 425 egyén.

Az ojtás eredménye adódik, ha a járvány további lefolyását rövidesen összegezem.

A bányamunkások közül az ojtások idejéig megbetegedett 84 egyén (10%), a beoítások után összesen 7 egyén (0.9%), pedig a járvány a nem ojtott községi lakosok között még több mint másfél hónapig tartott és az elsoroltakon felül mintegy kétszáz megbetegedéssel járt.

Ha a lipótmezei elmeógyógyintézetben nyert adatokat is fel- említem, kétségtelenné válik, hogy ez az eredmény az ojtóanyag alkalmazásának következménye volt. Lipótmezőn 438 egyén közül ojtás előtt megbetegedett 23 (5%), ojtás után 3 (0.7%).

Az ojtások a bányamunkásokat a bánya fennt vázolt veszedelmeivel szemben tehát kitűnően megvédték. Hogy ez a veszedelem még később is fennforgott, mutatja az, hogy például az aug. 25.-i székvizsgálat alkalmával 11 oly egészséges bányamunkás találtatott, kiknek székéből Shiga-Kruse-typusu dysenteria-bacillus tenyésztett ki.

A járvány tartama alatt 1917 július 21. étől október 18.-áig összesen 375 klinikailag typosus vérhasmegbetegedés jelentett be. Ezek közül 61 egyén a vérhas következtében elhalt (16%), a mely magas szám abban leli magyarázatát, hogy az aggodat és gyermekeket a megbetegedés különösen pusztította. Felnőtt (16—55 év között) meghalt 11, a többi 50 főleg 70 éven felüli aggastyán vagy 2 éven aluli gyermek.

**Összefoglalás:** 1. A vérhas ellen alkalmazott védőoltások nem járnak nagyobb reactióval, mint akár a choleraoltások. 2. Védőhatásuk eddigi tapasztalatok szerint szembeötlő.

Közlés az O. H. G. H. budapesti császárfürdői intézetéből. (Orvosigazgató: Dalmady Zoltán dr., egyetemi magántanár, ezredorvos.)

### Egy kóros izomreflex diagnostikai értékelése. (Proximátor-reflex.)\*

Közli: Henszelman Aladár dr., osztályvezető-főorvos, cs. és kir. t. főorvos.

Transverzális magas gerinczvelőlaesio súlyos, ritka eseteiben tapasztalták, hogy az alsó végtagot erősen meg-

\* A Kir. Orvosegyesületben tartott bemutatás.

csipkedve, érdekes motoros jelenségek támadnak. A czomb izmai mintegy hullámszerűen kezdenek, a czomb hasábalakot ölt, csípőben, térdben behajlik, sokszor háti hajlítás támad a lábon és a lábujjakon. Az alsó végtag jóformán valamennyi izomcsoportjának ezt a reflexes együttmozgását többen különböző név alatt leírták. Jendrassik már 1893-ban Rómában tartott előadásában ismértette. Goldflam példál rövidítő reflexnek nevezte el (Verkürzungsreflex), mert a végtag a reflex által rövidebb lesz. Az általános menekülési reflexek neve alatt leírt reflexmozgások (die allgemeinen Fluchtreflexe) szintén idetartoznak. Crocq, Brissoud, Renault a m. tensor fasciae latae reflexe név alatt közölték. Bechterew reflexe is ugyanilyen mozgási tünetekkel jár, de a kiváltó inger nála a láb és a lábujjak talpi hajlítása. Még több joggal nevezhetnők „proximátor“-reflexnek, mert a proximátor izomcsoportok contrahálódnak, ezeknek a reflexéről van szó. Kiváltható a reflex rokszor csupán az alszári hajlító, még többször tisztán a feszítő izomzatnak, máskor a tibia élének (csonthártya) a hosszanti vagy az alszár alsó harmada határának a körkörös nyomkodására; olykor az Achilles-in ütögetésére vagy a térdclonus és térdreflex kiváltási kísérletére.

Mindenesetre érdekes, hogy ha a kiváltó ingert Brissoud módszere szerint gyakoroljuk, vagyis a talp bőrét megcsiklandozzuk, nemcsak a legsúlyosabb, transverzális gerinczvelőlaesiónál, hanem az orgános spasmusos bénulások igen nagy százalékában (körülbelül 90%) is positiv a reflex. De kiváltódik elég gyakran hysteriás feszes bénuláson is. Eppen ezért entériális diagnoskáló tekintetben nincsen nagy értéke a reflexnek. Ha a talp csiklandozását csak felületesen végezzük, mindössze a m. tensor fasciae latae feszül meg, vagyis azt a jelenséget kapjuk, a mit normalis körülmények között is gyakran láthatunk. Végezetül a reflex e kiváltási módja olyan, a milyent a talpreflex vizsgálásánál használunk és a melyre a talp védekező reflexe szokott kiváltódni. A csiklandozott talpú egyén sokszor elkapja a végtagjait, csípőben és térdben hajlít. Valóban alig volt néhány esetem, a melyben teljesen ki tudtam vonni magamat ama gyanu alól, hogy tulajdonképpen nem a talp bőrreflexéről van szó, a mikor Brissoud reflexét megkaptam.

Ha azonban a kiváltó ingert úgy gyakoroljuk, a hogy ezt én csinálom, t. i. a lábszári feszítő és hajlító izomzat egyidejű mechanikai vagy villamos izgatásával, eddigi tömeges tapasztalásaim alapján állíthatom, hogy 1. organos, feszes alsó végtagbénulások több mint 90%-ában positiv, gyakoribb tehát, mint a Brissoud-reflex; 2. soha hysteriánál vagy egészséges embernél nem kapjuk meg; 3. vannak feszes bénulások, a melyeknél ez az egyetlen kiváltható pathologiás reflex.

A kiváltó mechanikai inger a következő. A térdtől a bokáig, a tibia elülső felszínétől jobbra-balra néhány centiméternyire vezetett ujjakkal, egy vagy még inkább két kéz hüvelyk- és középső ujjával, mélybe ható erőteljes nyomással, az izomzatot mintegy masszírozva, felülről lefelé haladunk. A fordított irány azért nem czélszerű, mert e mozgás maga is okozhat térdhajlítást. Különös erővel izgassunk az alsó harmad határától distal felé és inkább a feszítőket. Már a kiváltó inger kezdetén, de később még inkább háti hajlítás támad a lábon és a lábujjakon, hajlítás a térdben és a csípőben, utóbbiban kikifelé rotálás is. Az ingerlés befejeztével mindennek az ellenkezője, vagyis a reflex kiváltása előtti állapot automatikusan visszatér. Lassan, tonusosan támad és épp ilyen karakterrel tűnik el a reflex.

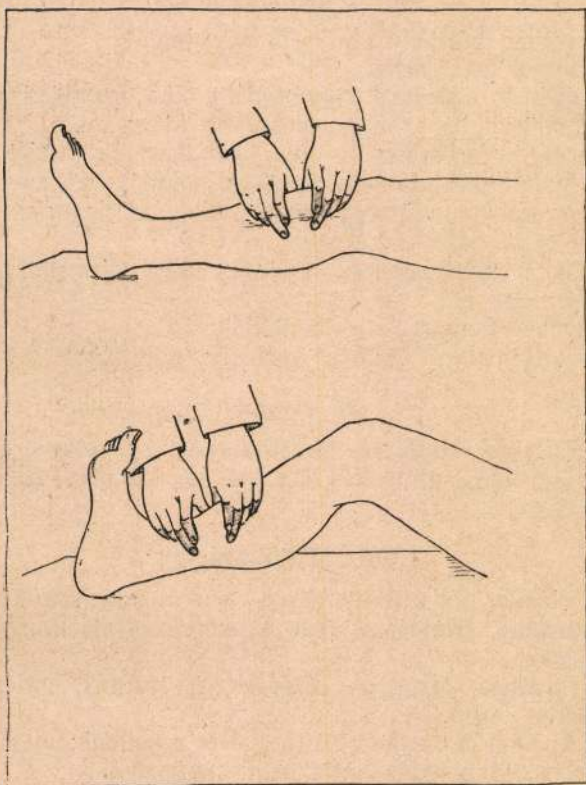
A kiváltó ingerlés kezdetén, körülbelül egy időben látható mindazon izomcsoportok megfeszülése, a melyek a leírt mozgásokat okozzák. Így a lábszári feszítők és hajlító (gastrocnemiusok!), a czombi feszítői és hajlító izomzat és a m. tensor fasciae latae. Az utóbbi megfeszülése okozza a csekély kifelé rotálást, a melyet a befelé rotálás követvén, a trochanter maior mozgásait láthatjuk. A térdben való hajlítás 160—140° szokott lenni, bár súlyos esetekben teljes is lehet; ilyenkor a teljes hajlítás befejeztével a kinyújtás is a levegőben történik, a végtag mintegy kalimpál a levegőben. Ez

utóbbi esetekben tapasztalható, hogy a reflex mozgási terjedelme a kiváltó inger nagyságától függ és ezzel egyenesen arányos. A hajlítás nagy erővel történik; kezem nyomásával alig tudom a hajlítást megakadályozni. Méréseim alkalmával a czomb feszítői oldalára helyezett 40 kgr.-mos homokzsák megemelődött.

A visszatérés a reflex kiváltása előtti állapothoz nemcsak a nehézségerő következménye, hanem főképp a spasmusé. Ezt bizonyítja ama tapasztalás, hogy oldalfekvésben és hason való fekvés esetében is visszatér. Oldalfekvésben nem mindig teljes mértékben, a mi azonban érthető, mert a helyzetváltoztatással az izomzat tonusát is befolyásoltuk. Hason való fekvésnél nem zuhan a végtag, vagy nem billen oldalra, mint különben, hanem lassabban, tonusosan, a középvonalban ereszkedik le.

A kiváltó inger nem a bőr, hanem az izomzat ingerülete. Ennek bizonyossága, hogy anaesthesiás végtagon is kiváltható. Létrejön akkor is, ha érzéstelenítjük a végtag bőrét, például a czombon körkörösén adott novocain-injectiókkal. Bizonyosságul hozhatjuk fel továbbá, hogy a bőr villamos ingerülete (nedves bőr, nagyfelszínű elektrodok, gyenge áram) nem váltja ki a reflexet; mihielyt azonban mély beható nyomással villamozunk és erősebb áramot használunk, tehát izomeffectust váltunk ki, a reflex megjelenik.

Ha a végtagot térdben és csípőben előre hajlítva gyakoroljuk az izgatást, a motoros tüneteknek csak a megmaradt phasisa érvényesülhet, vagyis csak a láb és a lábujjak háti hajlítása támadhat. A reflexet tehát a részeire töredeztük. Ezt főleg azért említem, mert ama ritka esetekben, a hol a proximátor-reflex negatív volt, ez a részeire töredezett reflex néha kiváltódott.

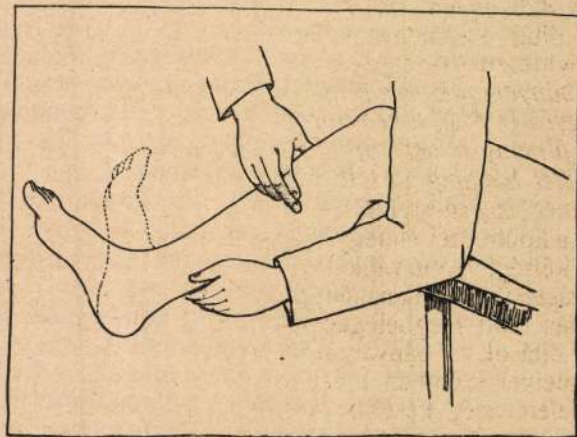


1. és 2. ábra.  
A kiváltás kezdeti és végső phasisa.

Az O. H. G. H. császárfürdői intézetében egy óriási anyag hosszú tapasztalásain keresztül jutottam a fentiek ismeretéhez. Annyira beleyakoroltam magamat a reflexbe, hogy ennek jelenlététől teszem függővé ítéletemet, különösen ama néhány határesetnél, a hol határozni kell a betegség organos vagy functionalis volta tekintetében.

Vannak ugyanis kórformák, a melyek kétséget támasztanak az orvosban, a midőn diagnosist kell csinálnia, a katonarvosbi bizonyítványt megírni, határozni a beteg további

sorsáról, meggyógyítani őt, vagy, mert organos a baja, megelégedni azzal, hogy javítsunk az állapotán. Egy fontos tollvonás minden felelősségét vesszük magunkra, a midőn aláírjuk a bizonyítványát. Ha organosnak minősítettem a baját, ha például „myelitis“ a diagnosisom, úgy valamely javulás esetén, mihielyt befejezettnek vélem a kezelést és rendezettek a beteg socialis viszonyai, felülvizsgálatra küldöm, a hol rendszerint mint rokkantat egy évre szabadságolják. De ha hysteria a diagnosisom és még sem tudom meggyógyítani, úgy kézzől-kézre, kórházról-kórházra vándorol. Néha újból visszakapom őt, persze sok hónap eltelével. De van példa néha az ellenkezőjére is. A beteg már az anamnesis felvételekor azzal fogad, hogy őt többfelé erős árammal is kezelték és mind hiába. Valóban mi is hysteriának tartjuk kezdetben, de az 1—2—3-hónapos megfigyelés nem erősíti meg e feltevésünket. Még szerencséről beszélhetünk azon néhány esetben, a hol lues vagy tuberculosist találunk. A pachymeningitisek, a lues cerebrosपालisok, a myelitisek stb. kórképeire gondolhatunk. A heredo-betegségek lehetőségét is mindig szem előtt tartjuk. Igen ritkán azonban még három havi megfigyelés sem hoz diagnosist. Hiszen hypertoniát, spasmust, fokozott mély reflexeket, clonust, mint a reflexív fölötti laesio tüneteit tömegesen észlelünk hysteriánál is. Én is úgy vélem, hogy eltekintve a ritkán jelenlevő paradox inreflexektől és a keresztezett adductor-reflextől, csupán a Babinski-reflexnek van differentiózó jelentősége. Még Oppenheimot is láttam hysteriánál. De nem osztozom ama szerzők véleményében, a kik Babinski t is láttak neurosisnál. Úgy látszik „nem typusos“ Babinski-ről lehetett szó, a melynek valóban nincs jelentősége. Organos szempontból jóformán semmit nem mond a hasreflexek



3. ábra.  
A töredezett proximátor-reflex.

hiánya, a mely hysteriánál igen közönséges tünet; éppen ezért nem fogunk mindjárt sclerosis polyinsularisra gondolni. Kérges bőrű talp esetén, mint földművelő katonáink nagy részénél, nem váltódik ki a talpreflex. Nem szabad továbbá megfeledeknünk arról, hogy a cremaster-reflex vizsgálatánál a herék néha már előre felszálltak és a herezacskó izomzata contrahálódott például hideg behatására, vagyis a reflex már előre kiváltódott s ezért negatív látszólag. A kevésbé ismert *Rossolimo*, *Mendel-Bechterew*, a *Korsakow*, a contralateralis lábreflex, mint kóros bőrreflexek, továbbá *Schefer* reflexe igen ritkán positiv és még ezen esetekben sem mindig typusos, ha pedig kiváltódik, rendszerint Babinski is megkapható.

Mindezt csak azért ismétlem, hogy a proximátor-reflex elkülönítő diagnostikai fontosságára rámutassak.

Összefoglalva, a következőket hangsúlyozom: Nem mindegy, hogy miképpen váltjuk ki ezt az igen érdekes és nem eléggé ismert reflexes együttmozgását az alsó végtag proximátor izomcsoportjainak, feltéve, hogy nem igen súlyos transverzális laesióról van szó. A harántmetszetes gerinczvelőlaesio eseteiben valóban mindegy, hogy hol és hogyan izgatom a

végtagot, a reflex mindenféleképp kiváltódik. Ha *Brissoud* módszerét követjük, a *spasmusos-organos* bénulások körülbelül 90%-ban pozitív, de megkapjuk sokszor *hysteriánál* is. *Brissoud reflexe* könnyen összeleveszthető a talp bőrreflexével. Ha az általam ajánlott kiváltó ingert gyakoroljuk, még gyakrabban fog kiváltódni, mint *Brissoud* módszerével, ellenben nem kapjuk meg soha *hysteriánál* vagy egészséges embernél; néha pedig ez lesz az egyetlen kiváltható kóros reflex.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: *Jendrassik Ernő dr.*, egyet. ny. r. tanár.)

### Megjegyzések *Henszelmann Aladár dr.* „Egy kóros izomreflex diagnostikai értékeléséhez” című cikkéhez.

Irta: *bárá Podmaniczky Tibor dr.*

A *Henszelmann* előző dolgozatában leírt reflexnek teoriájához lenne pár szavam, annál is inkább, mivel a reflexeknek bizonyos jól meghatározott csoportokba való beosztása még nem ment át a köztudatba.

A reflexeknek keletkezésük és pályájuk szerint való beosztása kívánatos, mivel nem egyszer egymáshoz igen hasonló, de lényegükben teljesen különböző reflexeket tévesztenek össze s így megtörténhetik, hogy egy tévesen értelmezett reflex jelenlétéből helytelen következtetéseket vonnak le a beteg állapotára. *Henszelmann* nézete szerint a *Brissaud*-féle reflex (*Verkürzungs-, Flucht-, Tensor fasciae latae-reflex*) nem ugyanaz, mint az ő általa leírt reflex, közelebbi magyarázatot azonban a reflex teoriájáról s pályájának legalább hozzávető lefutásáról nem kapunk. Mások sem foglalkoztak részletesebben e kérdéssel, így *Lewandowsky* a talp bőrének izgatásánál beálló „*Fluchtreflex*”-ről szólva, következőket mondja: „*Besonders bei Querschnittserkrankungen des Rückenmarks (Verletzungen, Myelitis) ist jedoch der Verkürzungsreflex als Ganzes häufig ganz enorm gesteigert, so dass die geringste Berührung oder auch Temperaturreizung (ohne dass der Kranke etwas fühlt) an jeder Stelle der unteren Extremitäten die heftigsten Bewegungen zur Folge haben*”. A közbevett mondatból arra lehet következtetni, hogy *petyhüdt bénulásról, illetőleg teljes haránt sérülésről van szó*, közelebbit azonban nem tudunk meg. *Oppenheim* tankönyvében csak a *physiologiásan* észlelhető „*Verkürzungsreflex*”-ről szól s megjegyzi, hogy az *alkalmazott inger intenzitásának arányában nő a kiváltott reflex élénksége*. *Bechterew* az inreflexek tárgyalásánál megjegyzi: „*unter pathologischen Verhältnissen lässt sich durch Kneifen der Achillessehne ein Reflex erzielen, der sich in Dorsalflexion des Fusses, Erheben der grossen Zehe und oft auch in Beugung der ganzen Extremität äussert*.” Hogy mily kóros állapotoknál váltható ki ez a reflex, arra vonatkozólag felvilágosítást nem kapunk. Mint e pár felhozott példából is láthatjuk, a talp, lábszárizmok vagy magának a tibiának nyomása, csípése vagy ütése után beálló „*Verkürzungsreflex*” *physiologiás* és *pathologiás* dignitásáról végleges vélemény még nem alakult ki.

Magamnak is volt alkalmam hátgerinczsérülteknél a *Henszelmann* által leírt reflexet megfigyelhetni, azzal a különbséggel, hogy 1. *spasmusos hypertoniás* alsó végtagú betegeknek asokkal ritkábban tudtam kiváltani, 2. három lövés okozt *petyhüdt teljes paraplegiánál* a tibia alsó harmadának nyomására a láb dorsalflexiója, a térd felhúzása s a comb kifelé rotálása volt észlelhető.

Láthatjuk, hogy itt két külön reflexről van szó: 1. a talp csiklandozásával kiváltható „*Verkürzungsreflex*”, melynek intenzitása egyenes arányban nő az alkalmazott inger erősségével, a kiváltás bizonyos érzéssel jár, a végtag *hypoesthesiájánál* csökkent (mint ezt *cortexes hemiplegiáknál* tapasztalhattam), *psychésen* befolyásolható. 2. *Spasmusos*, de néha *petyhüdt paraparesiseknél* vagy *paraplegiáknál* a lábszárizomzat vagy a tibiának izgatása után észlelhető láb dorsalflexió térdfelhúzás. E reflex kiváltásánál a *subjektív érzés*

(*csiklandozás*) szerepet nem játszik, *anaesthesiás* végtagon is észlelhető, a beteg maga is kiválthatja (*Oppenheim*), *psychice* nem befolyásolható, *physiologiás* körülmények között sohasem váltható ki.

A mondottak megértésére röviden foglalkoznunk kell a reflexek teoriájával. Ha *Jendrassik*-nak beosztását követjük, úgy a reflexek három csoportját különböztethetjük meg.

#### I. csoport.

a) *Physiologiás gerinczagi* (mélyebb) reflexek. Reflexalakok: ín-, izom-, csont-, izületreflex.

Közös tulajdonságaik:

1. kevésbé érzékeny helyről történik a kiváltás,
2. a reflexmozgás specifikus érzéssel nem jár,
3. a kiváltás egyszerű mechanikai ingerléssel egy ütéssel történik,
4. a kiváltott mozgás foka függ ugyan az individualitástól, de nem annyira, mint a II. csoportnál,
5. önmagunkon épp úgy kiváltható, mint másokon,
6. a lappangási idő itt a legrövidebb,
7. a létrejött mozgás igen egyszerű s hiányzik benne a felismerhető célszerűség,
8. erős izommunka fokozza e reflexeket,
9. agybénulásoknál (bizonyos idő eltelte után) ezen reflexek fokozottak,
10. késés nem észlelhető,

1. *psychés* befolyások nincsenek hatással.

b) *Kóros gerinczagi reflexek* (az alsó végtagokon észlelhető hajlító, ritkábban nyújtó mozdulatok).

Közös tulajdonságaik:

1. a végtag bármely pontjáról kiválthatók,
2. érzéssel nem járnak,
3. csípéssel, szúrással vagy bármely más ingerrel kiválthatók, különösen ha az inger hosszabb ideig hat.
4. az eredmény főleg az inger behatásának idejétől függ,
5. a lappangási idő meglehetősen hosszú, de nem állandó,
6. a mozgás mindig egyforma s lefolyása ugyanaz, akárhol éri is az inger a végtagot,
7. csak a gerinczagnak részleges vagy teljes roncsolásánál fordulnak elő,
8. *psychésen* nem befolyásolhatók.

c) *Vasomotoros reflexek* (vérerek, pupillák).

#### II. csoport:

*Agyi. (bőr-) reflexek*. Reflexalakok: *scapularis*, *has*, *cremaster*, *scrotalis*, *glutealis*, *talp*, *hallási*, *szemrés*, *conjunctiva*, *erectio* (?).

Közös tulajdonságaik:

1. a kiváltás jól érző helyekről történhetik, sőt különösen érzékeny, érintéshez nem szokott helyek inkább alkalmasak,
2. a kiváltás bizonyos érzéssel jár (szúrás, hideg, csiklandás, stb.),
3. a kiváltás főcélja bizonyos érzést kelteni; nem is elég oly rövid behatás, mint az I. csoportnál.
4. gyöngébb érintés gyakran nagyobb hatást gyakorol, mint az erős, az individualitásnak nagy befolyása van,
5. önmagunkon alig, vagy legalább csekélyebb fokban válthatók ki,
6. a lappangási idő hosszabb, mint az I. csoportnál, s nem oly állandó,
7. a létrejött mozgás elég egyszerű, de főjellege a menekülés a behatás elől,
8. fokozott izommunka nincsen erősítő befolyással, sőt néha csökkenti a reflexet,
9. agyi bénulásoknál csökkentek,
10. érzéskiesésnél a reflexek is késnek,
11. *psychés* befolyások csökkenthetik, de növelhetik is.

### III. csoport:

*Központi* (összetettebb) *reflexek*. Reflexalakok: orr (tüszentés), uvula (hányás), garat (nyelés), gége (köhögés), húgyhólyag (vizelet), végbél (szék), genitáliák (ejaculatio).

Ha a fent megbeszélte, látszólag azonos, de lényegükben nagyon is különböző két reflex hovatartozóságát vizsgáljuk, úgy látjuk, hogy míg a physiologiás talpreflex (Verkürzungsreflex) a II. csoport reflexei közé tartozik, addig a spasmusos és néha petyhüdt bénulásoknál kiváltható lábmozdulatok az I. csoport b) osztályába tartoznak. Tehát a *Henszelmann* által megbeszélte reflex a *kóros gerinczagi reflexek csoportjába tartozik* s magán viseli ezeknek összes fentebb leírt jellegzeteségeit.

Hogy a reflex mily rég ismeretes, erre fényt vet *Jendrassik*-nak 1886-ban írott egyik közleménye, hol szóról-szóra a következő olvasható: „Meglehet, hogy olyan esetekben, midőn a gerinczagy az agytól teljesen el van választva, bizonyos normalis körülmények közt nem észlelhető alakjai jutnak érvényre a gerinczagi reflexnek. Talán idetartoznak azon alakok, midőn spondylitis folytán keletkezett myelitis transversa szakította szét a gerinczagyat s a bőr megcsípésére vagy hasonló behatásra egyes izomcsoportok működésbe jönnek.”

*Jendrassik* akkori, *Henszelmann* és a mi jelenlegi tapasztalataink között csak az a különbség, hogy *Jendrassik* a láb összehúzódását megfelelő ingernél, *spasmusos bénulásnál* nem észlelte s nem írta le. Később aztán különösen nagy gerinczvelősérült-anyagunkon nem egyszer volt alkalmunk *spasmusos paraparesiseknél* is a lábszárra gyakorolt ingerrel a láb összehúzódását kiválthatni.

### Összefoglalás:

1. *Spasmusos és néha petyhüdt paraparesiseknél* vagy *paraplegiáknál* a lábszárnak csípéssel, ütéssel vagy nyomással történő izgatása után beáll a láb dorsalflexiója s a térd felhúzása (*Henszelmann*).

2. E reflexet physiologiai körülmények közt nem vált-hatjuk ki.

3. E reflexre jellegzetesek a fenti beosztás II. b) pontja alatti megjegyzések s ezért a kóros gerinczagi reflexek közé sorolhatjuk.

4. E reflexnek a physiologiai talpreflexhez (*Flucht-, Verkürzungsreflex*) semmi köze nincsen. Ez utóbbi az agyi (bőr) reflexek csoportjába tartozik.

**Irodalom.** *Bechterew*: Funktionen der Nervenzentren. I. kötet, 113. lap. — *Jendrassik*: A reflexek localisatiójáról. Orvosi Hetilap, 1886. — *Jendrassik*: Ueber die allgemeine Localisation der Reflexe. Deutsch. Arch. f. klin. Med. LII., évf. 598. lap. — *Lewandowsky M.*: Die Störung der Reflexe. Handb. d. Neurol. Springer Verl. II. kötet, 616. lap. — *Oppenheim*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, IV. kiadás, I. kötet, 67. lap.

Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő gyógyintézetéből.

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

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

(Folytatás.)

Osztályomon megfordult koponyasérültek között 3 olyan esetet volt alkalmam megfigyelhetni, a kikenél a hiány pótlása — az előjegyzési lapok tanúsága szerint — celluloidlemezrel történt; közülök kettőnél a lemez kilöködött, illetve eltávolított, egynél kifogástalanul begyógyult. De ebben az esetben is (homlokcsonthiány) a behelyezett lemez nyomásnak enged és fájdalmas.

Hasonló véleményt kell mondani a *homoplastikus* eljárásokról is; a *König* által ajánlott elefántcsontlemez, a *Mertens* által ajánlott decalcinált csontlemezátültetés éppen úgy nem talált a háborúban a követőkre, mint a hullából vett kifőtt csont (*Westermann*), a libából (*Jaksch*), a birkából (*Keen*) vagy a kutyából (*Sacchi*) vett élő csont átültetése.

Általánosan elterjedve a *plastica* harmadik módja van: az *autoplastica*, a melynél a pótláshoz szükségelt csont ugyanazon egyén szervezetéből vétetik és pedig vagy a defectus szomszédságából vett nyeles lebeny eltolása útján, vagy valamely más helyről vett csont-csonthártyalebeny szabad átültetése útján.

Ezen eljárások közül a legrégebbi és a legmegbízhatóbb a *Müller-König*-féle eljárás, a melynél a csonthiányt pótló csontdarab úgy a csonthártyával, mint a többi fedő lágyrészekkel összefüggésben marad: tehát életbenmaradása a legjobban biztosítva van.

Ezen és a hozzá hasonló *Nicoladoni*-féle eljárás csak egészen kicsi hiányok pótlására alkalmas és ezeknél is csak akkor, ha a lágyrészhöz nem nagy kiterjedésű. Nagyobb hiányok pótlására azért nem lehet használni ezt az eljárást, mert a csontlebeny kivétele és alakítása technikailag lehetetlen: ez a magyarázata annak, hogy ezen eljárásokat a háborús koponyacsonthiányok pótlására csak ritkán alkalmazzák.

*Hacker-Durante* a pótláshoz szükséges csontdarabokat szintén a defectus szomszédságából veszi, de a csont csupán a csonthártyával marad érintkezésben a koponya többi lágyrészeivel nem. A műtét kivitele a következő: A csonthiányt borító lágyrészek lebeny alakjában lepraeparátatnak, úgy azonban, hogy a periost mindenütt visszamarad; most a hiánynál jóval nagyobb darabon a csonthártyából egy lebeny lesz kimetszve középen a hiánynak megfelelő vékony csontlemezrel; az így kikészített lebeny rá lesz fordítva a csonthiányra úgy, hogy a csonthártya a koponyaüreg felé, a kivétele csont pedig kifelé kerül. A csonthártyalebeny széleit néhány varrattal a csonthiányt körülvevő csonthártyához rögzítjük.

Ezen eljárásnál tehát az átültetett csontdarab szélei nem érintkeznek a csonthiány széleivel, hanem csak a csonthártyával az lehet a következménye, a mint azt két ilyen módon operált esetben megállapítottam, hogy az átültetett, illetve ujonképzett csont nem tölti ki a csonthiányt, hanem csak befedi; nem gyógyul szilárdan a hiányba be, hanem mozgathatóan borítja azt.

Ezért célszerűbb az eredeti *Hacker-Durante*-féle eljárásnak olyan módosítása, hogy a csontot tartalmazó csonthártyalebeny eltolásával a csont kerül a koponyaüreg felé és a csonthártya kifelé. Ily módon az átültetett csontlebeny szélei mindenütt pontosan érintkezésbe hozhatók a csonthiány széleivel: tehát az pontosan begyógyulhat.

A transzplantált csont tápláltságának lehető kedvező tételére *Hoffmann* a transzplantálandó csonton levő periost borítékot nemcsak egyik szélén hagyja összefüggésben a környezettel, hanem kétoldalt; hogy a transzplantált csontlebeny lehető legjobb táplálását biztosítsuk a csonthártya nagyterjedelmű kimetszésével, azt is megtehetjük, hogy a csontot teljesen beborítjuk a csonthártyával és így helyezzük be a hiányba; 4 esetben így jártam el.

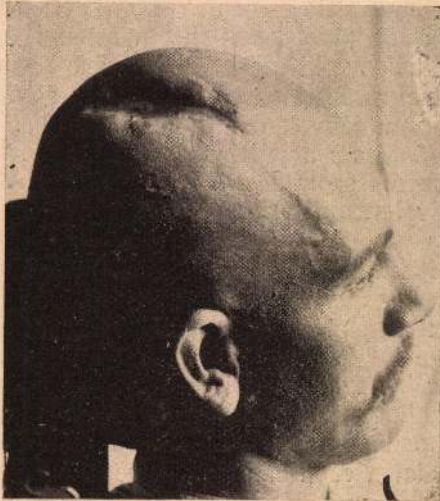
Ezen eljárások kisebb hiányok pótlására igen alkalmasak, de a csontlebeny kivétele nehéz feladat, különösen azon a helyen, a hol a lebeny nyele van.

A műtét technikai kivételének ezen nehézsége egyrészt, másrészt annak a mérlegelése, hogy a pótlásul szolgáló csontot tartalmazó csonthártyalebeny kocsányának keskenységénél fogva, valamint áthajlításánál, illetve eltolásánál fogva, a lebeny táplálásában alig, vagy egyáltalában semmi szerepe nem lehet: magyarázzák azt, hogy a kocsánynyal bíró lebenyekkel való pótlás helyett a csont-csonthártyalebeny szabad átültetését javasolták.

A szabad csont-csonthártyalebeny vagy a defectus szomszédságából, vagy a test távolabbi helyéről vehető. Az előbbinek az az előnye, hogy nem jár külön sebzéssel, de nagy hiányok pótlására nem alkalmas azért, mert a domború koponyacsontból egy nagyobb lapos felületű lemezt úgy kivétele, hogy a vitrea sértetlenül maradjon: igen nehéz feladat. Ezért a *plastica* ezen módját én csak kisebb hiányok esetében alkalmaztam. Idők folyamán a műtét menete a következőképpen alakult ki:

A csonthiányt egy patkóalakú lebenynyel írom körül oly nagyra szabván a lebenyt, hogy a csontdefectus szomszédságában a hiánynál jóval nagyobb tér álljon rendelkezésre. A lebeny kiszabásánál különös figyelmet fordítok annak lehető jó táplálására és ezért kocmányát nem szabom keskenyre és jó edényzettség szempontjából a lebeny alapját vagy a halánték, vagy a homlok, vagy a tarkótáj felé helyezem.

A lebenyt körülmetészése után alapjáról felszabadítom, úgy hogy a periost mindenütt sértetlenül a koponyán visszamarad; ha egyidejű dura- és agyhiány nincs jelen, akkor a defectus belső széleinél a csonthátyát mindenütt bemetszem



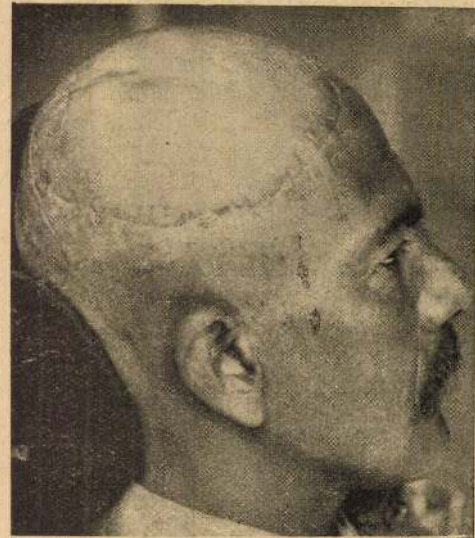
7. ábra. Pulzáló nagy csonthiány műtét előtt.

és a széleken túl visszahajlítom. A csontpótlás lehető exactságára való tekintettel, a hiányt szabályos négyszögletűvé képezem ki; e célra a hiány megfelelő pontjain 4 helyen a csontot a duráig egy kézfűróval vagy villamos fűróval átfúrom és ezen négy pont között — a mely pontok a négyszög vagy téglány négyszögletét képezik — egy keskeny vésővel a csontszéleket kiegyenesítem, illetve felfrissítem; de mindig úgy vések, hogy a vitreából valamivel több maradjon vissza, mint a csont külső részéből, hogy a beillesztendő csontlemez ne sűppédhessen be a koponya üregébe és csontszélek mindenütt pontosan érintkezésbe jussanak. De lehet ezt a felfrissítését a sebszéleknek úgy is eszközölni, mint azt *Kuzmik* ajánlotta, hogy a vitreából körkörösén egy nagyobb darabot hagyunk meg, a külső lemezt és a diploët nagyobb terjedelemben lépcsőszerűen távolítván el. A vérzés pontos csillapítása után egy sterilizált staniollemezből vagy gazedarabból a hiánynak megfelelő darabot vágok ki és azt a szomszéd periosttal borított részre ráhelyezve a csonthátyát, egy lehető széles darabon körülmetésem és annyira visszatolom, hogy a hiány nagyságának megfelelően. Most éppen úgy, mint a hiány széleinél felfrissítésénél négy ponton a csontba befúrok, de nem fúrom át a csontot egész vastagságában a duráig, hanem csak a külső lemezt. Ezután a visszahajlított csonthátya gondos kimelésével a négy pont között a csontot egy keskeny vésővel a kellő mélységig körülvésem és az így körülvésett lebenyt egy szélesebb vésővel alapjáról levésem. Az ily módon körülvésett csontlebeny bőséges, sértetlen csonthátyaborítékkal bír és minden utólagos formálgatás és igazgatás nélkül egyszerűen behelyezhető a mellette levő csonthiányba; a kiterített csonthátyalemezeket egynehány vékony catgutöltéssel odarögzítem a megmaradt csonthátya széleihez és a lefejtett lágyrészelebenyt visszahajlítva helyére varrom. Hogy a lebeny alatt savgyülem vagy utólagos vérzivárgás létre ne jöhessen, a lebenyt egy nyomókötéssel az alapjához nyomom. (7. és 8. ábra.)

A szabad transplantatio másik módjánál a csont-csonthátyalebeny a test távolabbi helyéről, legtöbbször a tibiából lesz véve, de vannak, a kik a szegycsontot (*P. Müller*), a

kulcscsontot (*Hotz*), a lapoczkát (*Simon*) vagy a bordát tartják a legalkalmasabbnak a csontvételre. Én mindazon esetekben, a melyekben a defectust nem a környezetből pótoltam, a csontot a tibiából vettem; felületes elhelyeződésénél fogva könnyen, minden melléksérülés veszélye nélkül jól hozzáférhető és felülről lefelé keskenyedő alakjánál fogva a pótláshoz szükséges csontdarab szélességének és hosszának megfelelő csontdarab könnyen nyerhető belőle. Hátránya, hogy egy új sebzéssel jár, a melynek gyógyulása után visszamaradó csontthoz tapadt heg egyik-másik betegnél panaszra ad okot.

A csonthátyával borított lebenyt a tibiából villamos



8. ábra. Környezetből vett nyeletlen csont-csonthátya és fascia-zsírlebeny transplantatio után 23 hónappal.

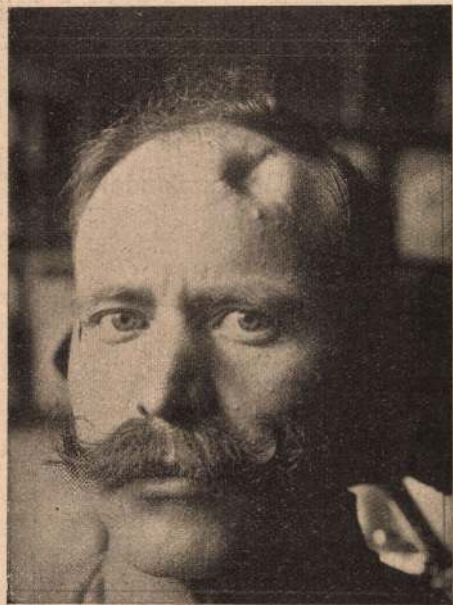
frais-zel, keskenylapú fűrészszel vagy vésővel lehet kikészíteni. Akármilyen módon vegyük is az átültetéshez a csontlemez, nagyon vigyázni kell arra, hogy a csonthátya a csonttal egész terjedelmében mindenütt jól érintkezésbe maradjon; ha szélein a csonthátya leemelődött, a csupasz csontot le kell csipni.



9. ábra. Müller-König-féle osteoplastika után két évvel eltávolított elhalt csont.

A mi az átültetett csont további sorsát illeti, az a különböző operációs módszerek szerint különböző; életképességében legkevésbé van megzavarva, tehát megmaradása a legvalószínűbb azon pótlásra használt csontlebenynek, a mely a kocmányal bíró csonthátyán kívül még a koponya többi lágyrészeivel is összefüggésben marad, tehát a *Müller König* és a *Nicoladoni*-féle eljárásoknál. *Barth* vizsgálatai szerint az ilyen módon átültetett csontlemez legnagyobb részében változatlanul életben marad, tehát a hiány pótlásában active is

részvesz; csontfelszívódás az implantatumnak csak a szélein és ott mutatható ki, a hol edényelzáródás jött létre. Hogy még ez az eljárás sem nyújt feltétlen garantiát az eltolt csont életbenmaradására, azt egy operált esetem bizonyítja; ebben az esetben egy tarkótáji csonthiány *Müller-König* szerint pótolgatott. 2 évvel a műtét után a betegnél agynyomás tünetek, fejfájás és szédülés léptek fel, úgy hogy agytályog diagnossissal egy újabb műtét vált szükségessé. Műténél a trans-



10. ábra. Csonthiány-pótlás a tibiából műtét előtt.

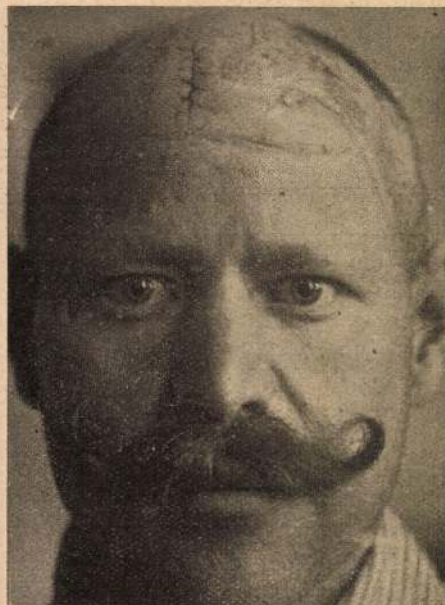
plantált, illetve eltolt csont mozgathatónak találtatott és alatta egy jókora tályog feküdt; a tályog genye sterilnek bizonyult. A beteg meggyógyult. Az eltávolított csonton a felszívódás jelei kétségtelenül megállapíthatók; szélei lesimultak, elvékonyodtak, a csonton több helyen hiányok vannak. (9. ábra.)



12. ábra. Ugyanaz műtét előtt.

Az átültetett csontlemez a *Hacker-Durante* és a szabad, lebenynyel nem bíró, műtéti módoknál egészben, vagy részben felszívódik, de izgalmul, illetve vezetőül szolgál egy csontújraképződési folyamatnak, a mely a hiányt kitölti és a csonthiány csontos széleivel tökéletesen össze is olvadhat.

Az ujdontképzett csont szervesen egyesülni csak akkor fog a meglévő csonthiány széleivel, ha azokkal érintkezésbe tud jutni és azt regenerációra képes állapotban találja. Ez a



11. ábra. Műtét után 27 hónappal.

magyarázata annak, hogy az eredeti *Hacker-Durante*-féle eljárás szerint operált esetekben, a mikor átültetett csontlemez csonthártyaborítéka a csonthiány széleit beborítja, szilárd csontos egyesülés az átültetett csont és defectus szélei között



13. ábra. Műtét után 27 hónappal (a transzplantált csont szervesen egyesült a defectus széleivel, a melyek már nem is ismerhetők fel).

nem mindig jön létre, hanem, a mint azt már említettem, megtörténhet, hogy a transzplantált csont csak befedi a hiányt és nem pótolja. Két ily módon operált esetemben ezt határozottan meg lehetett állapítani.

Az operált esetek Röntgen-vizsgálata, de különösen magának a lebenynek viselkedése azt mutatja, hogy az átültetett csontlebeny felszívódása nagyon különböző mértékben történik; operált eseteim között vannak olyanok, a melyeknél a pontosan a defectusba illesztett és mozdulatlanul beleékelte csontdarab eredeti nagyságában begyógyult, úgy hogy egyáltalán nem vált mozgathatóvá és ismételt nagyobb időközökben eszközölt Röntgen-vizsgálat sem tudott számbavehető csontfelszívódást kimutatni. (10., 11., 12. és 13. ábra.)

(Folytatása következik.)

## Baginsky Adolf

† 1918 május 15.

Hetvenöt éves korában hunyt el, rövid időre hogy szellemi utódának, volt tanítványának, *Finkelstein* tanárnak átadta az általa létesített pompás gyermekkórház vezetését s önként visszalépett tudományos eredményekben dús működése helyéről.

Berlinben 1866-ban végezte az egyetemet s utána hosszabb időt töltött Bécsben, hol *Oppolzer*, *Skoda*, *Hebra*, *Rokitansky* stb. tanításait élvezhette. Berlinbe visszatérve, azon szerencsében részesült, hogy bejuthatott *Traube* klinikájára, hol *Traube*, a kiváló képzettségű fiatal orvost csakhamar szűkebb körébe fogadta. Itt fogamzott meg benne a gondolat, hogy jövő működését a gyermekorvostannak szentelje, mely szakma akkoron kezdett csak igazán kirajzani a belorvostan keretéből. Beteganyagát kezdetben egy szerény poliklinika képezte, melyet maga alapított. Kórboncolástani tanulmányai mind erősebben kapcsolódtak a nagytekintélyű *Virchow*-hoz, s azon kartársi vonzalom, melylyel őt *Virchow* kitüntette, eredményezte, hogy *Virchow* támogatása mellett sikerrel indíthatott akciót egy nagyszabású gyermekkórház létesítésére a porosz székvárosban. A kórház, mely akkoron a continens legszebb gyermekkórháza volt s mai alakjában is Németország legnagyobb s egyik legszebb ilyen műintézeté, *Frigyes* német császárné védnöksége alatt 1890 július 5.-én nyílt meg *Virchow* ünnepi beszédével. Az intézet megnyitásával *Baginsky* gazdagón nyerte meg azt a tudományos beteganyagot, melyre jövő fejlődéséhez szüksége volt. És *Baginsky* bőven ki is aknáztá azt s élte alkonyán büszkén s meglehetősen tekinthetett vissza tudományos munkálatainak imponáns sorozatára, melyek a mai paediatría kiépítéséhez igen becses építőanyagot szolgáltattak. 1882-ben már összefoglalhatta tapasztalatait vaskos terjedelmű *Lehrbuch für Kinderkrankheiten*-jében, melyet felejthetetlen mestere, *Virchow* emlékének szentelt, s ezen munka méltán sorakozott *Henoch* és *Vogel* akkori tankönyve mellé s összesen tíz kiadást ért meg s franczia, angol és olasz nyelvre is lefordítottat.

1877-ben alapította *Monti*-val a *Centralzeitung für Kinderheilkunde*-t, mely két évfolyamatot ért meg s 1879-ben átalakult a ma is fennálló *Archiv für Kinderheilkunde*-vé, mely eddig 76 kötetet tesz ki s a *Jahrbuch für Kinderheilkunde* után a gyermekorvostan legtekintélyesebb folyóirata s bő tárháza a tudományos munkálatoknak. *Baginsky* nagy gondnal szerkesztette folyóiratát, mely igazán szívéhez nőtt, s nemzetközi összeköttetései lehetővé tették, hogy folyóiratának munkatársaiul idegen nemzetek szaktérfit is megnyerje.

Midőn *Henoch* 70. születésnapját üli meg s tanszékétől visszalép, *Baginsky* lelkes buzgalma megteremti a vaskos *Henoch*-féle *Festschrift*-et, melynek bevezetőjében ékes szavakkal üdvözli az ősz mestert. A munka a német és külföldi paediatrák nagy sorozatának dolgozatait hozta s igaz hódol-

lata volt a művelt világ szakembereinek. Hogy az a hódolat ily igazán ünnepi módon nyilvánult meg, az *Baginsky* el-évülhetetlen s eléggé nem méltányolható érdeme.

*Baginsky* irodalmilag szakadatlanul dolgozott s a tollat mindvégig erősen kézben tartotta. Utolsó munkálatai, hattyúdala 1915-ben s 1916-ban jelentek meg, — 1915-ben kórházának 25. évfordulója alkalmából, 1916-ban pedig doctorrá avatásának 50. évfordulóján tudományos észleleteinek egész sorozatát közli, a nála megszokott alaposággal.

Akadémiai pályafutásán akadályokkal kellett megküzdnie, 1882-ben lett docens, 1891-ben pedig rendkívüli tanári címet kapott. A mi után törekedett s a mi leghőbb vágya volt, az ordinariatus elnyerése nem sikerült neki s ezt élte alkonyán, doctorrá avatásának 50. fordulóján keserűen fel is panaszolja.

*Baginsky* örömmel látta szaktudományának mondhatni szédületes fejlődését, s 1916-ban büszke önérzettel mondhatta: „*Unter meinen Augen sah ich eine köstliche Saat aufgehen, die ich mit zu bestellen das Glück gehabt habe und ich bin so des Dankes durch die Sache selbst teilhaftig geworden*“. A jövőbe tekintve, belső megnyugvással látja biztosítottan a szak további egészséges fejlődését, mert mint mondja: „*die Kinderheilkunde und die gesamte Hygiene des kindlichen Alters gehen im Aufwärtsringen ihren guten Weg, und sind sie auch in ihrer jüngsten Gestaltung von verfehlten Auffassungen und von Irrthümern gewiss nicht frei, so führt doch auch im Irren unaufhaltsam der Weg nach vorwärts und aufwärts, und hoffentlich schliesslich zum Rechten*“.

*Baginsky* ismételtlen ellátogatott hozzánk s a magyar paediatría fejlődését mindvégig éber figyelemmel kísérte, intézményeinket alaposan ismerte s a magyar szaktársakkal szoros összeköttetést tartott fenn.

Halálát, melylyel szakunknak immár majdnem utolsó alapvető munkása dőlt ki, mi magyarok is igaz szívvel mélyen fájlaljuk!

*Bókay János.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Le Bon: Premières conséquences de la guerre. Transformation mentale des peuples.** Paris, Flammarion, 1917.

*Le Bon* háborús pszichológiájának második kötete a háború közvetlen következtéseit kutatja a népek lelkére. Ebben is tanítja azt a badarságot, hogy a német mystikai illusióból magát Istentől választott népek tartja, a mely hivatva van az egész világ felett uralkodni. A kiváló tömegpsychologus azt hiszi, hogy két világnézet küzd egymással: az entente individualismusa és a német alárendelés az állam alá, az étatismus. Egy német előadásban a minap a német egyéniségkultus és idealismus dicséretét olvastam a franczia anyagiassággal szemben, a miből látszik, hogy mindegyik magának foglalja le azt, a mit rokonszenvesnek talál. Mulatságos volna *Le Bon* hasonló baklövéseit itt felsorolni, de térjünk át a komolyabban vehető részekre. A háború közvetlen következményei közt szerepelteti szerzőnk a pacifista és nacionalista illusiók megszűnését és elvárja, hogy a jövőben több pszichológiai tudással kormányozzák a világot. A könyv legjobb része a franczia mentalitás háborús megváltozásának tárgyalása, mert ez tapasztalatból és megfigyelésből van merítve. A faj kollektív lelke szerinte felszívta az egyént. A nép alkalmazkodása az új feladatokhoz kitűnő volt. Sok nem sejtett képesség és jellem bontakozott ki, például áruházi főnökből kifogástalan administrator lett, míg a specialista tudósok sem előre látni, sem kormányozni nem tudtak. Az otthonmaradt nép kritikai képessége csökkent, a legképtelenebb dolgokat elhitték. Erre *Le Bon* érdekes példákat mond. A hazatérő katonák erőszakhoz, részben téltenséghez szoktak, nem fogják becsülni azokat, a kik részt nem vettek a há-



boruban, nem fognak a politikusok szószátyárkodásaira hallgatni; a lövőárokból különböző osztályok egymáshoz közeledtek, a miből a békére is marad majd valami. A polgárság egy része szerényebb lesz, a felkerekedő fényesen akar élni. „Helyet a tehetségnek” lesz a jelszó. A felelősséges állásban beváló asszonyokat nem lehet majd gyámság alatt tartani. A francia nép jobban fog összetartani, e célra a szerző szerint mindig a németekkel kell majd őket ijeszteni; erre — horribile dictu — azt kívánja, hogy az elemi iskola tanításába is beveggyék azt a nagy könyvet, a mit majd a német atrocitásokról meg kell írni. A vallásossághoz való visszatérés talán nem lesz maradandó, de a felekezeti ellentétek enyhülni fognak. A háborúnak behatása lesz a philosophiára, de *Le Bon* erre vonatkozó fejtegetései igen homályosak. A többi népek felfogása a francziáról és németről már a háború alatt megváltozott. A németcsodálat és -barátság a francziák javára csapott át, a mióta mindenki tudja — és ezt *Le Bon* a lehető legkomolyabban állítja —, hogy a németek az asszonyokat és gyermekeket elvéven égették el.

*Le Bon* azt is észrevette, hogy az egyes népek egymást meg nem értik. Ezt mindjárt fényesen bizonyítja avval, hogy Németország és Ausztria (ebben mink is bent vagyunk) népeinek lelkéről teljes értelmetlenségen alapuló kuszaságot állít. A többi ország: Anglia, Orosz-, Olasz- és Japánország, a balkáni államok népének háborús és nem háborús mentalitásáról is sok mindenfélét mond jeles tudósunk, de tájékozottsága itt nem áll felette az átlagos francia hírlap-olvasónak. Értékesebbek a nézetei a népek jövő viszonyairól, bár a német és francia jogfelfogás szembeállításának módja inkább mulatságos, mint tudományos. Nagyon igaz van *Le Bon*-nak abban, hogy a nemzetközi viszonyokban hiányzik az erkölcsösség, mert a bűnre nincs nemzetközi végrehajtó ítélet. A javulás szerinte úgy várható, hogy azonnal tisztességes nézetek fognak kifejlődni, mielőtt mindenkinek csak kára lesz a háborúból és ez a fegyverek további tökéletességével fog beállni. Ha a támadónak attól kell majd félnie, hogy néhány órával a hadüzenet után 120.000 repülő fogja porrá zúzni fővárosát és lakóit, ez a lehetőség még akkor is vissza fogja tartani, ha maga az ellenséggel ugyanígy bánhat el. Nem tagadhatni, hogy az állam erkölcsstelségének *Le Bon* szerint való felfogásában és az egyéni erkölccsel való szembehelyezésében van ratio és talán igaz van abban is, hogy a háborúknak a velők járó, ma el sem képzelhető méretű borzalmasság fog gyakor véget vetni. *Kollarits Jenő* dr.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A Weil-féle betegség ellen készített védő és gyógyító savóról** ír *Uhlenhuth* és *Fromme*. Már előző munkáikban, a melyek a betegség kórokozójának, a spirochaeta icterogenesnek felfedezéséhez vezettek, kimutattak védőanyagokat a betegségből gyógyultak savójában, a mely védőanyagoknak igen kis mennyisége tudott tengeri malaczkokat a fertőzéstől megóvni. A védőanyagok kimutatása egy ízben 2½ évvel, egy másik esetben pedig 22½ évvel a kiállott betegség után is sikerült. A *Weil*-féle betegségből gyógyult tengeri malaczkok és házinyulak is nagyfokú immunitást mutatnak, sőt a tengeri malaczkok az immunitást az első generációban ivadékaikra is átörökítik. A betegségen átesett emberek savója gyógyító hatásának bizonyult a fertőzött tengerimalaczkok betegsége ellen, legalább is a fertőzést követő 2. vagy 3. napig. Ugyancsak hatásos a tengeri malaczkok fertőzése ellen praeventive adott savó. E tapasztalatok alapján beteg emberek kezelésére is megkísérelték a savó adagolását és ha korán adták, figyelemreméltó eredményeket értek el. A reconvalescens-savót azonban emberek gyógyítására használni nem czélszerű s ezért igyekeztek állati immunsavót készíteni. Nagyobb állatokból (lovak, bárányok) csak 1:100 titerű, ellenben házinyulakból 1:200 titerű savót is könnyű szerrel sikerült előállítani. Az eddigi kísérletek sikere alapján

ajánlják a savó kipróbálását a nyár folyamán esetleg jelentkező járványos sárgaság esetében, annál is inkább, mert a betegség halálózása elég nagy (13%) és egyébként tehetetlenül állunk vele szemben. Ajánlatos a savót korán, a betegség kezdetén, lehetőleg még a sárgaság kifejlődése előtt alkalmazni, még pedig nagy adagban (50 cm<sup>3</sup> vagy még több izmok közé vagy gyűjtőérbe). A betegség súlyos lefolyását valószínűleg jótékonyan fogja a savóképzés befolyásolni, de a sárgaság gyors eltűntetése nem várható tőle. Prophylaxisos célra is megkísérelhető a savó alkalmazása. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1918, 26. szám.) *Ifj. M. B. dr.*

## Sebészet.

**A gerincvelő harcztéri sebesüléseiről** értekezett *Krause* a III. hadsebészeti értekezleten (Brüsszel). Jellemző a háti gerincvelő lövéses sérüléseire, hogy a betegek hirtelen összeesnek, mindkét alsó végtag és a hólyag azonnali hűdése következik be. A nyaki gerincvelő sérülése igen magas hőemelkedéssel jár (41°-on felül), a mi azonban a prognózis szempontjából nem fontos. A phrenicus-innervatio az V. (esetleg VI.) nyaki segmentumig terjed; a nyaki gerincvelő innerválja csaknem valamennyi mellkasi emelőizmot s a diaphragmát, a mi a légzést illetőleg igen fontos körülmény. Általában a gerincvelő zúzódásai prognostice kedvezőtelenebbek, mint a rázódások.

*Ranzi* 300 gerincvelősérülés közül 136 esetben végzett laminektomiát. Ahol a csigolya törésvégei nyomják a gerincvelőt, ne várjunk a műtéttel. A műtétet csakis a súlyos melléksérülések, genyedések a műtét területének környékén és a vizelet fertőzött volta ellenjavallják. Ha sürgős műtét szükségessége nem forog fenn, 2—3 hónapig várhatunk a műtéttel. A szerző 136 esete közül az eredmény szempontjából 122 esetről referálhat. Közülök 7 közvetlenül a műtét után halt meg, 61 javult, 26 betegen még nem észlelhető javulás, 28 a műtét utáni complicatiókban halt el. Állandó fürdőzés, a betegek mielőbbi mozgása fontos. A gerincvelő-sérültek részére külön otthon volna létesítendő. *Ifj. Háhn Dezső* dr.

**A bél heveny megbetegedéseivel kapcsolatban fejlődő hashártyagyuladásról** (*Durchwanderungsperitonitis*) ír *F. Erkes*. A szerző több hashártyagyuladást észlelt, a mikor a műtét nem adott felvilágosítást a peritonitis eredetét illetőleg; perforatio nem találtatott, hanem minden valószínűség szerint lymphogen úton jött létre az infectio. Az irodalomban ismertett adatokból tudjuk, hogy a normalis bélfal bacteriumokat nem bocsát keresztül, ellenben a megbetegedett bélfalon átfiltrálódhatnak a bacteriumok toxinjai, a minek következtében az úgynevezett chemiai peritonitisek keletkeznek, igen gyakran steril exsudatumokkal. A miként azonban egyes szerzők megfigyelései igazolják (*Körte, Arnd*), a kóros elváltozást szenvedett bélfal nemcsak a toxinokat, hanem a bacteriumokat is keresztül engedi. Így sérvkizáródás eseteiben már az első órákban bacteriumokat találtak a sérvvízben. A szerző a peritonitis fennebb említett féleségét a bél többféle megbetegedésében észlelte, úgy egyszerű bélhurut, mint dysenteria, typhus és paratyphus mellett. *Lennander* és *Nyström* több esetet látott, a melyben az exsudatumban colibacillust, pneumococcut és streptococcut talált. 3 esetben az exsudatum steril volt. A tünetek közül, a melyeket a szerző észlelt, kiemeli a meteorismust, a hasizomfeszülést, bélhűdést, felbőfögést, hányást és elesettséget. Differentialis diagnostikai szempontból azt a megfigyelést tette, hogy a pneumococcus okozta peritonitisek, a melyek különösen gyakran fiatal lányokon fordulnak elő, hasmenéssel járnak, míg egyéb kórokozónál a peritonitis kifejlődését megelőzi a hasmenés és annak beálltával bélhűdés következik be. A terapiát illetőleg bélmosás avagy enterostomia jöhet szóba, esetleg a hasüreg drainézése. A halálózás igen nagy, a mi azzal magyarázható, hogy az infectio forrása ily esetekben nem küszöbölhető ki, mint perforatiós peritonitis esetében. A prognostit a bacteriumok virulentiája dönti el. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1918., 7. szám.) *Ifj. Háhn Dezső* dr.

## Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 30. szám. Kluge Endre: Sajátos harcztéri járvány. Hammer Dezső: Budapest háborús kolerájáról.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 31. szám. Nestlinger Tivadar: A diplobacillus Morax-Axenfeld tokképzésének kérdéséhez. Szörényi Tivadar: Influenza-e a „spanyolbetegség“?

## Vegyes hírek.

A Közegészségügyi Tanács jubilaris ülése. Komoly méltósággal, a háborús viszonyokhoz illő egyszerűséggel ünnepelte július 30.-án az Akadémia kistermében az Országos Közegészségügyi Tanács első ülésének félévesfordulóját. Az ülést, melyen nagy, előkelő közönség jelent meg, a tanács elnöke, Müller Kálmán báró tanár, a főrendiház tagja vezette. Müller tanár elnöki megnyitójában először a megemlékezés meleg szavait szentelte az ötven év előtti első ülés elnökének, Balassa János tanárnak, majd széles vonásokban ecsetelte az orvostudomány és a közegészségügynek azóta elért haladásait s végül reátért a mi hazai viszonyainkra a közegészségügy terén. A tanács minden buzgó igyekezte mellett sem tudta elérni azt a magas célt, a melyre megalapítói a szervezők törekedtek, a minek főképp három oka van. Közegészségügyi törvényünk a mi közművelődési és közgazdasági viszonyainkhoz mérten túljön s ezért sok részében végrehajthatatlannak bizonyult, közigazgatási közegeink nem érzik át kellően a közegészségügy fontosságát s e részben nem állnak feladatuk magaslátán s végül hiányoztak mindaddig azok az anyagi eszközök, a melyek közegészségügyünk fejlesztésére és kiépítésére szükségesek. De éppen a háború, mely válságos helyzetbe sodorta a nemzetet, segítségére van a tanácsnak. Felkeltette a kormányzat buzgalmát és a társadalom érdeklődését a közegészségügy iránt. A reform munkálatai megindultak, új idők szárnycsapását érezzük s bizalommal tekinthetünk a jövőbe.

Az elnök nagyszabású beszéde után Wekerle Sándor dr. miniszterelnök szólalt fel, kiemelve beszédében, hogy a kormány és a közvélemény át van hatva attól a tudattól, hogy közegészségügyünk rendezése nemcsak elsőrendű feladat, melyet áldozatokra való tekintet nélkül meg kell valósítani, hanem hogy ez rejti magában nemzetünk jövő boldogulását és fejlődését.

Ezután következett volna Tóth Lajos dr. miniszteri tanácsosnak, a tanács jegyzőjének jelentése a tanács félévesfordulójáról. Mint-hogy azonban e jelentés már előbb nyomtatásban megjelent, az ülés azt az elnök indítványára felolvasottnak tekintette.

Az ülés utolsó pontja Liebermann Leó dr. egyetemi tanár előadása volt a közegészségügyi szolgálat csoportosításáról és az egészségügyi tisztviselők minősítéséről. Javaslatára a közegészségügyi szolgálatot, a középpont irányítását nem említve, három csoportba kell sorozni: 1. a felügyelet, 2. a műszaki munka, 3. a végrehajtás. A felügyelet a tisztviselő feladata: ellenőrzése mindannak, a mit a törvény és a rendeletek, de maga az orvostudomány is a közegészségügy érdekében megkövetel. A műszaki szolgálat célja és feladata a részletmunka elvégzése (bakteriologiai, vegyi, mikroszkopi vizsgálatok stb.). A végrehajtás csoportjába tartozó egészségügyi szolgálatot éppen úgy, mint a rendőri birakodást is, a közigazgatási tisztviselő végzi, miután rövid, néhány hetes tanfolyamon elsajátította a szükséges ismereteket.

Az elnök az ünnepi ülést ezután berekesztette.

Lapunk melegen üdvözi a tanácsot ez emlékezetes évforduló alkalmával s kívánja, hogy azok az eszmények, a melyek egy évben a tanács egy félévesfordulóján megszülettek s a melyek mostani elnökségét és tagjait is lelkesítik, belátható időn belül egy békés, szebb jövőben valóra váljanak.

Kitüntetés. A király Hermann Izidor dr. orvosnak a Ferencz József-rend hadidíszítményes lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. Korányi Sándor dr. biharbajomi járásorvost tiszteletbeli vármegyei tisztviselő-orszá, Connert István népfelkelő ezredorvost a fogarasmegyei kórházhoz igazgató-főorvossá nevezték ki.

A törvényszéki orvosi vizsgáló-bizottság. Az igazságügyminiszter Moravcsik Ernő Emil dr. egyet. tanárt a törvényszéki orvosi vizsgálóbizottság elnökévé, Veszprémi Dezső dr. és Lőte József dr. kolozsvári egyetemi tanárokat és Németh Ödön dr. budapesti egyetemi magántanárt a bizottság tagjaivá három év tartamára kinevezte. A bizottság elnökhelyettesi tennivalóinak ellátásával Kenyeres Balázs dr. budapesti és Lechner Károly dr. kolozsvári tanárokat bízta meg.

M. Henkel tanárnak, a jeni nőorvostani klinika igazgatójának ismert fegyelmi ügyét, mely mult év októberében az első fokozaton Henkel tanárra kedvezőtlen ítélettel végződött, felelősségéért újra tárgyalta július 17.-20. közt a Jenában székelő thüringiai közös felsőbb közigazgatási bíróság. A Henkel tanár elleni akció tudvalevően főképp Rössle dr., a kórhoncztan tanára indította volt meg. Az ügyesség a vádpontok egy részét elejtette, a vád ezúttal főképp arra irányult, hogy Henkel számos esetben kellő ok nélkül szakította félbe a terhességet, s ilyenkor többször megokolatlanul meddősítette a nőt, továbbá hogy műteteiben nem volt eléggé tekintettel a magzat életére s végül hogy operatív ügyességét a klinikáját meglátogató lippei herczegnek bemutatandó, egy betegén merész és kellekép elő nem készített műtétet végzett, a minek a beteg halála lett a következménye. A jelen tárgyalásban döntő szerepe volt Bumm berlini tanár szakvéleményének,

a mely, az előző szakvéleményekkel ellentétben, a vádlottra nagyjában tehermentesítő volt. Minthogy a behívott terhelő tanak vallomása is ezúttal sokkal kevésbé határozott volt már, mint e'ső ízben, a bíróság felmentő ítéletet hozott.

Az orbáncz gyógyításában kitünő eredményt ért el O. Kraus tejbefecskendezéssel, R. Schmidt prágai belorvostan-tanár módszere szerint. 5 köbceniméter tehentejet, melyet előbb 5 perczig vízfürdőn forralt, a fartájék izomzata közé fecskendez. A hőmérsék mind a 10 ilyen módon kezelt esetben 24 órán innen leszállt a rendszerre s az orbáncz hamarosan meggyógyult. 18 egyéb esete, melyek közül 8-at diphtheria-antisermummal, 10-et helyileg kezelte, sokkal lassabban gyógyult, sőt kettő közülök halálosan végződött. A tejinjectió módszerét Kraus minden más eljárás fölé helyezi. (Medizinische Klinik, 1918, 30. szám.)

Bossi tanár fegyelmi ügye. A háború eleje óta valósággal örjögő háborús uszítónak mutatta magát Bossi tanár, a genuai nőorvostani klinika igazgatója; németellenes nemzeti ligát is alapított. Minduntalan olvastunk róla valami idevágó hírt. Most másfajta reávonatkozó hír járja be a lapokat. Különböző visszaéléseket s klinikájának női alkalmazottaival és betegeivel szemben tanúsított nemi delictusokat bizonyítottak reá s ezért az olasz közoktatásiügyi ministerium két évre felfüggesztette őt állásától, fizetésének megvonásával. Az Avanti szerint Bossi a háborús igazgatásban fedezeteket keresett évek óta folytatott és közsímet bűnös üzelmei leplezésére. Bossi-t a mi szakköreink is ismerk: 1907-ben a Semmelweis-szobor leplezésekor rendezett ünnep alkalmával itt járt nálunk.

Személyi hírek külföldről. E. Hoffman dr.-t, a bőrkórtan rendk. tanárát a bonni egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. — W. Fischer dr.-nak, a göttingai egyetemen magántanárának (kórtan) tanári címet adtak.

Meghalt. Hányi Károly dr. volt ezredorvos, a premontrei kanonokrend orvosa 75 éves korában Jászón. — Török Pál dr. Kaposvárott. — Török Gábor dr. Abrudbánya tisztí főorvosa július 11.-én. — Stern Ignác dr. bajai orvos. — J. Grasset, az általános kórtan tanára a montpellier egyetemen.

## Fővárosi Fásor Sanatorium

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

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

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

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

Dr. JUSTUS kórházi bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkészülekek, frigoritherapia, fűrdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

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

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

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

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Dieta-physikalis magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegek (cukor-baj, közsvény), 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 vizgyógyintézet

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

RÖNTGEN. RADIUM-KEZELÉS.

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

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató szakülés 1918 február 13.-án.) — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (III. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.) 421—422. lap.

## Közkórházi Orvostársulat.

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

Elnök: Weber Adolf.

Jegyző: Szinnyei József.

(Folytatás.)

## Gastrostomia és gastroenteroanastomosis lúgmarás utáni oesophagus- és pylorus-szűkület esetében.

**Kerekes József:** H. R., 15 éves cseléd, 1917 november 30.-án öngyilkossági szándékból éhgyomorral lúgköoldatot ivott. A mérgezés után rögtön a Szent István-kórház egyik belosztályára szállították, a honnan 1917 december 23.-án, miután teljes nyelési képtelenség állott be, Pólya tanár sebészeti osztályára helyezték át.

Az igen rossz állapotban levő betegen feltűnt a gyomortájék nagyfokú puffadtsága. Szondavizsgálatot a sérülés friss voltára való tekintettel nem végeztünk, hanem mivel a beteg nyelni egyáltalán nem tudott, gastrostomia célzatával azonnal megoperáltuk (december 23.-án, Pólya tanár).

A szokásos bal pararectalis metszéssel megnyitva a hasat, látjuk, hogy a gyomrot nem lehet előhúzni. A gyomor igen puffadt, feszes. A metszést lefelé meghosszabbítva, előhúzzuk az emberfőnyire tágult, gázzal és folyadékkal telt gyomrot és tartalmát troicarral lebecsátjuk, mire a gyomor összeesik és nyilvánvalóvá lesz, hogy a pylorus a teljes átjárhatatlanságig van megszűkülve.

Gastroenteroanastomosis retrocolica postica Murphy-gombbal és Witzel-féle ferde sipoly készítése után a gyomrot a katheter körül koronányi területen kivaradjuk, a seb többi részét rétegesen zárjuk.

A seb ezen része per primam egyesült, a Murphy-gomb 11 nappal a műtét után távozott.

A beteg jól összeszedte magát, meghízott és most már per os is tud nyelni folyadékot.

## Epehólyagátfűródés a duodenumba.

**Sarkadi Sándor:** W. M.-né, 27 éves, hivatalnok neje 1912-ben gyermekágyban kapott először epekörohamot; a rohamok eleinte gyakrabban jelentkeztek, de 3 évre elmaradtak és 1917 augusztusában jelentkeztek újra, a mikor is óriási, az egész hasra kiterjedő fájdalmakat kapott, miért is az izraelita hitközség kórházába szállították, a hol hashártyagyuladást állapítottak meg, mely két hétig tartott. 1917 okt. 23.-án újra heves görcsrohamra volt, ezért jelentkezett október 29.-én Pólya tanár Szent István-kórházi osztályán műtét céljából. Felvétele alkalmával a lesóványodott betegen, a jobb bordaív alatt levő érzékenységet leszámítva, semmi rendellenességet sem találtak. Műtét október 31.-én aether-narcosisban (Pólya tanár); bemetszés Mayo Robson szerint. A peritoneum parietale összetapadt egy conglomeratummal, melyet az egy tömegbe verődött cseplesz, colon transversum és máj alkot. Ebből a tömegből nagy nehézségek árán hámozzák ki a zsugorodott és megvastagodott epehólyagot. A duodenumról való leválasztás közben egyszerre megnyílik az epehólyag és duodenum, melyek egymással mogorónyi lyukon közlekedtek. A duodenum lyukát két réteg selyemvarrattal elvaradják, az epehólyagot kiirtják, a cysticus és az a cystica csonkját külön lekötvén. Tamponálás, a cseplesznek a varratra való ráhelyezése után a hasseb szűkítése a tamponig. Az epehólyagban két kő volt. Teljesen síma, láztalan gyógyulás, a nő a kórházat december 16.-án gyógyultan hagyja el; jelenleg is teljesen jól van, semmi panasza sincs, hízott.

## Nomás pofadefectus plastikai pótlása.

**Sarkadi Sándor:** 9 éves fiúgyermek mutat be, ki 1917

nyarán két hónapig dysenteriában szenvedett, utána nomája keletkezett, mely az arcz egy részét elroncsolta. 1918 január 1.-én vették fel Pólya tanár osztályára; ekkor a jobb szájzúgból kiinduló, az egész pofa vastagságára kiterjedő anyaghiány volt található. A defectus szélén a nyálkahártya a bőrrel összenőtt.

Műtét 1918 január 4.-én (Pólya tanár) novocain-anaesthesiában. A bőr és nyálkahártya határán bemetszés, a nyálkahártyát visszapræparálják s a mucosa sebet catgut-varrattal linearisan egyesítik. A bőrdefectust egy a nyakról vett lebenynyel pótolják. Prima gyógyulás. A gyermek kifogástalanul nyitja a száját.

## A vesicalis uretervég szűkülete (ureter-phimosi), cystás kitérkedése, következményes hydronephrosi.

**Szöllős Henrik:** A bemutató ismerteti az ureter-prolapsus keletkezésének módjait és klinikai tüneteit. Ezek olyan változatosak, hogy a baj biztos felismerése csupán cystoskop útján lehetséges. A bemutatott 29 éves férfi öt hónapja panaszokozdik vizelésingerről és csekély gáttáji fájdalomról. A cystoskopi vizsgálat a jobboldali vesicalis uretervég szűkületét és cystás bedomborodását derítette ki. Az ureter-katheterismus útján kapott adatok pedig a jobboldali vese elpusztulását mutatták. Illyés tanár végezte a nephrectomiát. Műteti lelet: szűkület okozta pangás folytán létrejött hydronephrosi. A beteg per primam gyógyult. Ott, a hol a vese még megtartható, az ureterszűkület és prolapsus vagy endovesicalisan, vagy véres úton sikerrel operálható.

## Idősült gonorrhoeás tünetek által fedett előhaladott vesetuberculosis esete.

**Szöllős Henrik:** A 23 éves nőbeteg 5 hónap óta gyakori vizelés-ingerben szenved. A vizeletből gonococust lehetett kitenyészteni; az állatoltás gümőkórre negatív volt. Daczára a szakszerű gonorrhoea elleni kezelésnek, a beteg állapota egyre rosszabbodott, a mikor is Illyés tanár osztályára küldték, a hol a bemutató cystoskopi vizsgálat útján megállapította, hogy a jobb vese nagy mértékben tuberculosus. A bemutató helyi érzéstelenítés mellett jobboldali nephrectomiát végzett. A seb per primam gyógyult, a beteg jelentéktelen hólyagpanaszokkal távozott. Ez eset kapcsán is reámutat, milyen gyakori fiatal egyéneken, hogy az idősült gonorrhoea tünetei a vizelés-szervek egyéb betegségeit elfedik és ezzel még a gondosan észlelő orvost is tévútra vezetik. Fontos a cystoskopi vizsgálat.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.)

Elnök: Verebély Tibor.

Jegyző: Mutschbacher Béla.

## Nyaki ideggyök-daganatok.

**Verebély Tibor:** Három esetet kíván e címen bemutatni, a melyeket feltűnően megegyező szöveti leletük fűz össze egy csoportba.

Az egyik esetben a 16 éves leánynak bal kulcscsontfeletti árkában feküdt egy férfiökölnyi, gümős lymphoma benyomását keltő daganat, a mely a műtét alkalmával az 5. v. 6. nyaki gyökből eredőnek bizonyult. A második esetben ugyan csak a bal felső végtagba kisugárzó fájdalmak hozták a 43 éves férfit a klinikára, hol a VI. nyaki gyöknek a csigolyaközi résbe beékelt daganatát sikerült Ranschburg pontos localisatiója alapján eltávolítani. A harmadik esetben Bálint állította fel a műtét javallatát, pontos észleléssel a nyaki és nyultvelő közé helyezve a daganatot, nyitva hagyva a kérdést.

hogy intra- vagy extramedullaris természetű-e az. A műtét az atlas és epistropheus közt jobboldalon féldiányi, tojásdad extraduralis daganatot derített ki, mely a gerincvelőt teljesen összenyomta. Kiirtása után a súlyos kórkép teljes gyógyulásba ment át.

**Ranschburg Pál:** A klinikai tünetek lényegileg a n. axillaris s a n. musculocutaneus, úgyszintén a n. dorsal. scapulae, n. suprascapularis és n. thoracic. I. teljes motoros hűdésében mutatkoztak, úgyszintén a felső végtag igen heves, nyilaló fájdalmaiban. A villanyos vizsgálat teljes eljárási reakciót mutatott a felsorolt idegek területén. A deltoides igen sorvadt. Ezen tünetekkel ellentétben a n. axillaris és n. musculocutaneus érzőterülete teljesen sértetlennek mutatkozott. A n. radialis, medianus és ulnaris tökéletesen ép volt. Ezekből következtette, hogy a daganat, mely a fájdalmakat s a hűdést okozta, magukon az ideggököken fejt ki hatását, még pedig a musculocutaneus (fasc. later.) C<sub>6</sub>, C<sub>6</sub> és C<sub>7</sub> gyökereiből a C<sub>5</sub> és C<sub>6</sub>-ot strangulálja, míg a C<sub>7</sub> ép, s ugyancsak a n. radialist és a n. axillaris alkotó fasciculus posterior gyökerei közül is csak az egyik beteg, még pedig mind-ezek szerint az, a mely a C<sub>6</sub>-ból induló radix posteriorral azonos. A daganat helyének két előre pontosan felrajzolta, s a műtét a feltevést ez esetben hajszálnyira igazolta. A műtét után a fájdalmak szinte teljesen megszűntek, a musculocutaneus villamos izgathatósága visszatérően van, motilitásának helyreállása megindult, míg ellenben az axillaris teljesen változatlan. Minthogy a trapezius nyaki portiója s a supraspinatus is paresises, a serratus antic. pedig teljesen hűdött, egyelőre pótmozgások sem fejlődhetnek.

A pontos localisatióknak talán annyi jelentősége volt, hogy a kényes régióban való hosszabb keresgélést elkerülhetővé tette, a felszínre kerülő finom idegágak (dorsal. scap., suprascapular., thoracic. I., radix posterior I.) könnyebben voltak identifikálhatók, a sebészi elhatárolás azon irányban, mi reszekálható, mi kímélendő, lehetőség szerint könnyítve volt; enucleatio után a hűdés területe egyetlen izommal sem bővült, az összes strangulált gyökök feloldattak, s a javulás a motorosan hűdött területeken is lehetővé tétetett, sőt részben már meg is indult.

**Bálint Rezső:** Klinikai szempontból óhajtna néhány szót szólni a *Verebély* által bemutatott gerincvelőtumor-esetről, mely több érdekességet mutatott. A betegen (44 éves nő) az első tünetek két évvel a felvétele előtt mutatkoztak, amennyiben ekkor mindkét keze, de különösen a bal, zsibbadt, érzéstelen lett, úgy, hogy finomabb munkára, specialisan kézimunkára képtelenné vált. Fájdalmi a karjában sohasem voltak. Később balterében és bokájában lobos duzzanat mutatkozott fájdalommal és lázakkal, a melyek miatt huzamosabb ideig gyógykezeltette magát belső és physicalis gyógymóddal. Ezen izületi fájdalmi a kezelésre javultak is, ugyanezen időben fejlődött ki azonban ezen izületekben bizonyos merevség, a melyet úgy ő, mint orvosai még az izületi fájdalomra vezettek vissza s a melyről csak a klinikai vizsgálat mutatta ki, hogy spasmus. Felvétele előtt két hónappal azután gyors rosszabbodás állott be balkarjának mozgási képességében, majd a bal alsó végtagjában is, melyet behajlítani egyáltalában nem tudott s mely miatt állandó fekvésre volt kényszerítve. Balkarjában és ballábjában gyakori spontán rángások mutatkoztak. A vizsgálás megindítása nehezére esett.

A klinikára való felvételkor a következő állapot állapítottat meg: az agyidegek részéről semmi eltérés, a bal felső és alsó végtag spasmusos paresise, gyakori spontán rángásokkal, a mozgási képesség nagyfokú csökkenésével, spasmusos reflexekkel, térd-, Achilles-clonus-szal, Babinski-tünettel. Az észlelés utolsó napjaiban a bal thenaron, hypothetaron és az interosseus-izmokban atrophia kétségtelen jelei mutatkoztak. A jobboldali végtagokat jól mozgatja, erejük kissé gyengült, a jobb alsó végtagon szintén spasmusos reflexek és Babinski-jűnet. Eleinte vizelet-retentio, később ischuria paradoxa. Különösen érdekesek voltak a betegnek érzési eltérései: ugyanis a törzsön övalakú hypaesthesiás zónája volt a mamilla magasságában, a mely mellett a has baloldali részén és a kereszt- és fartájon mutatkoztak hypaesthesiás területek. Kisfokú hypaesthesia volt található a nyak baloldalán a bal arcfélre ráterjedőleg, a fül-állvonal által élesen elhatárolva. A bal felső- és alsó végtagokon, valamint a jobb alsó végtagokon is, a tapintásérzésnek elég jó megtartása mellett, a fájdalomos hőérzésnek kifejezett nagyfokú csökkenése mutatkozott, tehát u. n. syringomyeliás dissociatio. A betegnek tarkómozgásai kisfokban fájdalmasak voltak, hyperaesthesiás területei, valamint a végtagokba sugárzó fájdalmi egyáltalában nem voltak. A beteg vérének és liquor cerebrospinalisának Wassermann-reactiója, valamint a Nonne-Appelt-reactiója negatív volt. A nyaki gerincoszlopról készült Röntgen-felvételeken eltérés nem volt látható. Allapota a klinikai észlelés alatt meglehetősen gyors rosszabbodást mutatott.

Tekintve a betegség két év előtti kezdetét, ha nem is szigorúan Brown-Séquad-jellegű, de mégis féldioldali elhelyezkedését, a gerincoszlop merevségének hiányát, diagnosisunkat tumorra tettük. Tekintve, hogy a felső végtag paresise is spasmusos volt, s bulbaris tünetek nem mutatkoztak, valamint a magas cervicalis hypaesthesiát, a tumort a nyaki gerincvelő legmagasabb részére, a nyultvelő határára kellett lokalizálnunk. Az, hogy a törzsön, a keresztben és egyéb helyeken anaesthesiás foltok voltak, ezt a localisatiót nem dönthette meg, minthogy az anaesthesiáknak ilyen szeszélyes elhelyezkedésével a tumork tünettanában elég gyakran találkozunk. Az operatív indicatio felállításának szempontjából nehéz volt az a kérdés, hogy a tumor extra- vagy intraspinalis-e? Tekintve a fájdalmak hiányát és a syringomyeliás dissociatiót a benuált végtagon, nagyon is az intraspinalis

elhelyeződés mellett kellett volna dönteni. Tekintve azonban azt, hogy némelyek mint specialisan *Thomayer* és mások, leírtak hasonló eseteket, a melyeket ők a tünetek ilyen csoportosulása miatt nem operáltattak meg, s az obductio extraspinalis daganatot mutatott; tekintve továbbá azt, hogy a beteg állapotának gyors rosszabbodása folytán életbenmaradása csak abban az esetben volt várható, ha a daganat extraspinalis és kiírható, ezért a beteg hozzátartozóinak feltárván a teljes tényállást, ajánlottuk a műtétet. Hogy helyesen, az kiválgott *Verebély* bemutatásából és főképp abból, hogy a beteg tökéletesen meggyógyult, végtagjainak actioja hiánytalan, vizelési zavara megszűnt. Az érzési viszonyokat illetően a műtét óta vizsgálatot nem végezhetünk, mivel a beteg vidéken lakik, de legközelebbi Budapestre való feljövele alkalmával ez is meg fog történni.

Kétségtelen tanulság az esetből az, hogy az érzési tüneteknek elhelyezkedése és minősége nem mindig az ismert szabályok szerint történik, aminek tudása sok emberélet megmentését szolgálhatja.

### 1. Periostalis sarkoma a homloksonton.

**Ollé Imre:** Kórboncztnai szempontból rendkívül érdekes és ritka daganatot mutat be, mely P. J. 45 éves katona jobb homloktáján fejlődött 1917 január elején szenvedett zúzó-dásos sérülés után. Katonakórházba utalva, mivel Wassermann-reactiója positiv volt, eredménytelen antilueses kúrának vetik alá, melynek végeztével a daganat oly mérvű növekedést mutatott, hogy sebészeti kiirtását sem tartották lehetőségek, miért is június közepén superarbitráva hazaküldték. Daganata tovább is növekedvén, október hó 8.-án *Verebély* tanár klinikájára véteti fel magát. Felvételekor a jobboldali homloktáján előre a szemüregbe behúzódó, felfelé és oldalt a falcontra ráterjedő, két férfikölnyi hatalmas, kékes-vörösen elszíneződött, széles alapon ülő puha daganat van, melynek tetején a fedőbőr elvékonyodása következtében körülbelül 5-koronányi kifeléyesedés látható. Nagyságát legszembetűnőbbben az a körülmény demonstrálja, hogy kiterjesztett ujjainkkal sem érjük el határait. Nyak-mirigyében, sem egyéb szerveiben áttételi góczok nem észlelhetők. Röntgen-vizsgálat a koponyacsontot épnek mutatván, a daganat kiirtásra kerül. A daganat a róla le nem választható fedőbőrrel együtt raspatoriummal lesz a csonttól letolva s a csont külső lemeze vésővel és kalapácsal eltávolítva. A külső orbitalis csontszegély levésése után a szemüregbe benőtt részét is eltávolítják, miközben a dura is szabaddá válik. Nagy vérzés, melyet nyomó kötéssel csillapítanak. Deczember elején a beteg jobb bokájában duzzanat és fájdalomosság jelentkezik. Röntgen-vizsgálat csont-metastasis jelenlétét mutatja ki. Azóta egyéb csontjaiban is metastasisok fejlődnek. A daganat ezek szerint azon ritka, a csontthártyából kiinduló sarkomákhoz tartozik, melyek kizárólag csonttáteleket hoznak létre. A primaer megbetegedés helyén körülbelül két-koronányi területen a koponyacsont külső lemeze elhalt s darabokban lökődik le. Helybeli recidiva nincs. A daganat nagyságánál fogva azon határon mozgott, mely a sebészi beavatkozás részére még éppen elérhető volt.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

1297/1918. sz.

A brassói kerületi munkásbiztosító pénztár pályázatot hirdet egy lemondás folytán üresedésbe került főorvosi állásra, évi 3200 korona illetménnyel; egy lemondás folytán üresedésbe került **rendelőintézet** orvosi állásra, évi 2400 korona illetménnyel; egy újonnan szervezett **ápolónői állásra**, évi 1100 korona fizetéssel, 480 korona lakbérrel és megfelelő háborús segélyvel. Pályázati határidő 1918. évi augusztus hó 10.-ének déli 12 órája.

A sajtókezüleg írt pályázati kérvényhez a pályázók életkorukat, magyar állampolgárságukat, valamint elméleti és gyakorlati képzettségüket igazoló bizonyítványukat becsatolni kötelesek.

A megválasztott főorvos és rendelőintézet orvosa tartoznak magukat a pénztár mindenkor orvosi szolgálati- és illetmény-szabályzatának, a megválasztott ápolónő pedig tartozik magát a pénztár mindenkor szolgálati- és fegyelmi-, illetmény- és nyugdíj-szabályzatának alávetni.

Brassó, 1918. évi július hó 17.-én.

Galtz József s. k., h. igazgató. Schuster Vilmos s. k., elnök-h.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

- Fischer Imre:** Tapasztalatok 100 operált peripheriás idegsérülés kapcsán. 423. lap.  
**Borszék Károly:** Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő-gyógyintézetéből. A koponyasérülések következményeinek és késői szövődéscinek sebészi kezelése. 425. lap.  
**Kluge Endre:** A katona joga a reparatív műtét megtagadásához. 429. lap.

- Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Beckmann és Schlayer:** Az orthotikus albuminuria. — **Sebészet. Klapp:** A chininderivatumokkal végzett gyógykezelés eredménye. — **J. Ritter:** Átíródott gyomorcarcinoma. — **Ideg- és elmekórtan. Kollarits Jenő:** Az álomassimilatio. — **Börkórtan. K. Stromeyer:** A kézhát kemény, traumás oedemája. 429—431. lap.  
**Magyar orvosi irodalom.** 431. lap.  
**Vegyes hírek.** 431. lap.  
**Tudományos Társulatok.** 432—433. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Tapasztalatok 100 operált peripheriás idegsérülés kapcsán.

Irta: **Fischer Imre dr.**, a nagyváradai izr. kórház sebésze, ezredorvos a harcztéren.

A peripheriás idegek sérülése ritkán fordult elő békeidőben. E háborúban oly nagy számban fordulnak elő idegsebesülések, hogy az orvostudománynak minden ágát foglalkoztatják. Egészen új anatómiai leletek és physiologiai tételek keletkeztek, több kérdés tisztázása még a jövőre vár, például az ideganastomosisok, az idegrostok topographiai elrendeződése az idegekben.

A háború első idejében nagyon sok mulasztás történt az idegsérültekkel. A végtagsérültek mint „könnyű betegek” olyan osztályokra kerültek, a hol részben a nagy létszám, részben pedig az indolens kezelés miatt nem részesültek kellő figyelemben. Hány idegsérültet fűrösztöttek hónapokon keresztül kénes, sós vagy iszapfürdőben; hány betegnek sebeit kötötték hónapokon keresztül szorgalmas ápolónők, legnagyobb súlyt helyezve a mitellára, elmulasztva az annyira fontos physikai gyógy módokat.

Sokan felülvizsgálatok alkalmával invalidusoknak lettek minősítve és mint nyomorékok hazabocsátva. E felülvizsgálatok alkalmával hiányzott a szakorvos. Hány nyomorékot lehetett volna megmenteni, a társadalomnak munkaképes embereket szerezni; eme szerencsétlenség azonban legtöbbször elkésve kerültek ismét kórházakba, a midőn a beavatkozás kedvező kilátásai elmúltak.

1915 januárban fogtunk hozzá az idegsérültek gyógykezeléséhez. Az esetek legnagyobb részében gyalogsági fegyvergolyó okozta a sérülést. Legtöbbször a radialis, minden valószínűség szerint spirális lefutása és exponált helyzete miatt, sérült meg. Sok esetben lősérülés folytán több ideg szenvedett kárt.

Magjandem minden esetet műtét előtt és utána több ízben neurologussal megvizsgáltattunk. A diagnosis alkalmával különösen motoros zavarokat vettünk figyelembe, melyek a műtėti beavatkozás indicatióját alkották.

A *klinikai tünetek* nem mindig egyeznek a lelettel. A klinikus csak következtet, de biztosat nem tudhat. Az anatómiai elváltozásoknak minden fajtája adhat teljes elfajulási reactiót, és olyan esetekben, melyekben az utóbbit konstatajuk, idővel a vezetés spontán ismét helyreállhat.

A klinikus diagnostizálni tudja, hogy:

1. súlyos bénulással, teljes elfajulási reactióval,
2. közepsúlyos bénulással, részleges elfajulási reactióval,
3. könnyű bénulással, midőn legfeljebb quantitative észlelünk ingerváltozást, állunk-e szemben.

Csak a villanyos vizsgálat tudja pontosan az izmok hűdés-állapotát meghatározni.

Aszerint, hogy ezen három bénulás közül melyik forog fenn, a *klinikai kép* is változik. Súlyos esetekben az illető végtag élettelenül lóg le, a közérzet rossz; néha neuralgiák, nagyfokú contracturák, kis ízületekben ankylosisok, az izmok inaktivitása következtében súlyos atrophia, a bőr maceratiója, cyanosisa, izzadása, szőrök, körmök rendetlen növése jelentkeznek. Súlyos idegsérüléseket trophiás zavarok szoktak kísérni, továbbá a vérerek elváltozását (aneurysma, obliterált arteria, vérerősszenővések egymás közt és az idegekkel) s annak következményeit: oedemát, hőmérsék-differentiát, hideg iránti érzékenységet észlelhetünk. Enyhébb idegsérülés eseteiben a fentemlített tünetek vagy elmaradnak, vagy kisebb fokban jelentkeznek.

Az idegsérülések súlyosságának megfelelően az *anatómiai kép* is változik.

1. A mely esetekben a sérült ideg folytonosságában teljesen meg volt szakítva — a mit sokszor maga a löveg, mások acél- vagy csontszilánk idézett elő —, a csonkokat legtöbbször dislokálva, a szomszédos szövetekkel hegesen összenőve találtuk. A durva hegek az idegek szomszédosságában a hosszú gyenyedésekkel járó lősérülések következtében képződnek. A diastasis nagysága változó. Legtöbbször a centralis csonkot bunkószerűen megvastagodva (neuroma), a peripheriást pedig — degeneratio következtében — megvékonyodva, néha azonban mindkét csonkot egyformán megduzzadva, hegszövetbe ágyazva találtuk. Ilyen esetekben igen nehéz volt tájékozódni és legtöbbször peripheriásan és centralisan meg kellett keresnünk az idegtörzseket, hogy azok mentén a csonkokhoz juthassunk.

2. Olyan esetekben, a midőn a löveg az idegnek csak egy részét érte, néha anyaghiányt, néha a sérülés helye körül orsóalakú megvastagodást találtunk, melyet legtöbbször a bőrön keresztül is ki tudtunk tapintani. Utóbbi daganat zúzódás vagy áthatoló lövés következtében szokott előállani.

Előfordul, hogy a sérült gócz spontán regeneratio következtében meggyógyul.

Néha ezen sérülés egy része hegszövétté változik át. Ilyenkor értékes szolgálatot tesz nekünk az intraoperatív villanyozás, mely nélkül sok komplikált helyzetben nem tud-

nánk tájékozódni. Meggyőződünk az ép idegrostok vezetőképességéről, ezeket megtartjuk, s az elhegesedett göczokat excindálva összevarrjuk a csontokat.

Máskor javulás helyett rosszabbodás állott be, a mikor villanyos vezetés nem konstatalható és a mikor a perineurium és az interstitialis szövet fibrosusan elhegesedett. Ilyenkor az idegkeresztmetszet homogen hegszövetet mutat. A mikroszkopos vizsgálat legtöbbször semmi, néha oly minimalis idegrostállomány képét adja, mely egyáltalában nem jöhet számításba, és a melyben regeneratio többé nem állhat be.

3. Ha a löveg csak a perineuriumot vagy az azt körülvevő szövetet érte, hegszövet képződött, mely az ideget komprimálta. Sokszor a perineurium heges, merev, porczkemény szövetté vastagodott, melybe az ideg összenyomva volt beágyazva. A kihámozás nagy türelmet és anatómiai tájékozódást igényel. Ezen tokmegvastagodások gyógyulások processusok következményei. Ha az ideget a megvastagodott tokból kipraeparáltuk, megvékonyodva találtuk. Néha idegen testet (csontot, fémszilánkot) találtunk a heges szövetben. A csont közelében többször callusba ágyazva találtuk az ideget.

B. L. népf. 1915 augusztus 30.-án shrapnell-lövést szenvedett a bal felsőkaron.

A bal felsőkar középső harmadában gyógyult be- és kimeneti nyílás. Ugyanezen magasságban a Röntgen-kép gyógyult fracturát és a callusban néhány shrapnellszilánkot mutat. A radialis által ellátott izomzat hűdött. A villanyos vizsgálat a radialis teljes elfajulási reactióját adja.

Műtét 1916 január 11.-én morphium-chloroform-, aether-narcosisban. A metszési irány a radialis lefutásának megfelelő.

Felkerestük az idegnek a sérülés fölötti és alatti egészséges részleteit, a melyek mentén haladva, az ideg három ujnyi területen a fractura helyén képződő callusba volt ágyazva. A callusnak kivésése után kiemeltük az erősen odanőtt ideget és eltávolítottuk a megvastagodott porczkemény tokot. Néhány helyen hosszirányú bemetszést eszközünk. (Paraneurotómia sec. Bardenheuer.)

Intraoperatív villanyozásra az idegnek minden oldala, úgy a sérülés felett, mint a sérülés helyén és alatta renyhén és erősebb faradás áramra elég jól reagált.

Infiltratio sec. Hofmeister.

Tubulatio sec. Foramitti. Bőrvarrat.

Gyógyulás per primam.

Physikalís gyógmódra (fürdő, forrólég, massage, villanyozás, gymnastika) a radialis motoros functiója hónapról-hónapra javul.

Műtét előtt minden esetben Röntgen-vizsgálatot végeztünk, többször előre nem várt eredménnyel: a löveg-, fém- és csontszilánkok, a fracturák nyomai értékes útbaigazításul szolgáltak.

Operatio előtt 4—6 hétig *physikalís* (fürdő, massage, villanyozás, gymnastika, forrólégkezelés) és *medico-mechanikai gyógmódban* részesítettük betegeinket. Az idegbénulások egy részében az ideget körülvevő szövetek conquassatiója következtében indirect idegsérülés áll be. Sokszor hosszú sebkezelés a *physikalís gyógmódok* mellőzéseével, a végtagok *physiologiai helyzetének* elmulasztásával, máskor a beteg *aggravatiója* eredményeképpen az idegbénulások súlyos képei állanak elő. Ezen esetekben az ideget körülvevő sérült szövetek hegeképződése másodlagosan a perineurium hegesedéséhez vezet, a minek következtében *functionalis zavarok* jelentkeznek, melyeket a neurologus is konstatal. Már most, ha ezen eseteket megoperáljuk, merem állítani, az esetek 90%-ában nem fogunk jobb eredményt elérni (súlyosabb izomátmetszés eseteiben rosszabbat), mintha műtét nélkül *erélyes physikalís és medico-mechanikai gyógykezelésben* részesítettük volna betegünket.

Súlyt helyeztünk műtét előtti kezeléskor a végtagok *physiologiai helyzetének* biztosítására. Németországban körrendeletben hívták fel az orvosok figyelmét radialis- és peroneus-bénulások eseteiben támasztó-készülékek alkalmazására.

Néhány egyszerűbb neurolysis kivéve — a mikor  $\frac{1}{2}\%$  novocain-anaesthesiában operáltunk — általános *narcosist* használtunk. Műtét előtt  $\frac{1}{2}$  órával 0.02 cgr. morphin-injectiót adtunk, azután chloroformmal bevezettük és aetherrel folytattuk a narcosist.

Az első időben *Esmarch*-ot alkalmaztunk, de minthogy a leszorítás az amúgy is sérült idegeket károsan befolyásolja, az intraoperatív villanyos vizsgálat nem lehetséges, a cen-

tralis idegcsontok nyújtása meg van nehezítve, különösen pedig alkalmazása után haematomák szoktak jelentkezni: alkalmazását elhagytuk. Rétegenkénti praeparálással, exact vérzés-csillapítás után elkerültük a haematomák keletkezését.

*Műteti beavatkozás* alkalmával a legnagyobb kímélettel jártunk el. Óvakodtunk a sérült ideget durván vongálni, annak a hegszövetből vagy csontos összenövéséből való ki-praeparálása alkalmából erőszakot alkalmazni. Kampók helyett a Spitzgyűrűműszert használtuk, melylyel kíméletesen dolgozhattunk.

Súlyosabb izomátmetszések sokszor nagyobb kárral járnak, mint haszonnal, t. i. ha meg is oldjuk feladatunkat az idegsérülésre vonatkozólag, az illető végtag *functionalis működése* rosszabb lesz, mint volt műtét előtt.

Minden idegműtét alkalmával figyelemben részesítettük az ideget kísérő *véreket*. Sok esetben találtunk elváltozásokat (aneurysmát, kisebb vérértágulatokat, összenövéseket), melyeket műtét előtt nem konstatalhattunk. Néhány esetben nagyobb véreket obliterálva, hegszövetté elváltozva találtunk.

A mikor aneurysma miatt operáltunk, majdnem minden esetben a sérült vért kísérő idegek kóros elváltozását találtuk, mely annál súlyosabban jelentkezett, minél később történt az aneurysma operatiója.

Műtét közben steril *electroddal* meggyőződünk az idegek vezetőképességéről; ennek nagy hasznát vettük különösen részleges idegsérülésekben, máskor, tájékozódás szempontjából, súlyos anatómiai elváltozások eseteiben (plexussérülésekben).

*Idegvarrat* esetén selymet és béltűket használtunk. A főszűlyt arra fektettük, hogy a varrás az idegrostok sérülése nélkül történjék; csak a perineuriumot varrtuk és arra törekedtünk, hogy lehetőleg valamivel hosszabb tokot tartunk meg (manchetta), hogy az idegrostok a perineuriumon belül maradjanak.

*Bardenheuer* ajánlja neurolysis után a *paraneurotomiát*: a toknak egy vagy több helyen hosszirányú feltárását. Ezen módszer a komprimált idegrostokat felszabadítja, továbbá fájdalomcsillapító hatása van.

Olyan esetekben, midőn az összevarrt idegvégék feltehetőleg a szomszéd szöveteknek összenövéséi által másodlagos nyomásnak voltak kitéve (közel a csontoz), *tubulatiót* alkalmaztunk Foramitti szerint. Borjúarteriák helyett azonban könnyebben praeparálható vékonyabb venákat használtunk.

Több esetben az ideget új viszonyok közé hoztuk, néhány varrattal egészséges izmok közé áthelyeztük. Néhány esetben alkalmunk volt nyeles zsírlebenyt használni. A többi módszert (gelatin, magnalium, vulkanizált gummicsövecské, frissen excindált vena, nyeles izomlebeny, fascia, Edinger-módszer) nem alkalmaztunk, minthogy kevés biztató eredményről referáltak.

*Stoffel* az idegsebészetben nagy érdemeket szerzett, több értékes tételt köszönhetünk neki. Ő hívta fel arra figyelmünket, hogy az izmokat beidegző idegvégék működése már a plexusban nyer elrendeződést. Gyakran tapasztaljuk, hogy az ischiadicusnak centralis helyen való részleges sérülésében egyszer csak a tibialis, máskor csak a peroneus hűdött, vagy míg a nyakplexus-sérülések esetén egyik-másik ideg főfunctiója intact, addig kisebbfokú kiesési tünetek észlelhetők.

*Stoffel* nevéhez fűződik azon tétel, hogy az idegek belső topographiája bizonyos törvényszerűséget foglal magában, mely szerint az egyes izomcsoportokat az idegkeresztmetszetnek egy meghatározott része idegezi be. Magunk is meggyőződünk arról műtét alatt, hogy ha az idegnek más-más (elülső, hátulsó, külső, belső) részét villanyoztuk, mindig más izomcsoportok jöttek működésbe. Nagy vita tárgya volt, midőn *Stoffel* ezen tételnek czélszerű alkalmazását ajánlotta az idegvarratnál: a motoros kötegeknek a motorosokkal, a sensibilis kötegeknek a sensibilisekkel való összeillesztését és egyesítését. Ez azonban keresztülvihetetlen: *Selig* ugyanis kimutatta, hogy az idegkeresztmetszet belső topographiája a

benne futó kötegeknek helyzetváltozása miatt minden magasságban változik. Továbbá nem tudjuk a vastag centralis csontot a vékonyabb peripherikusra úgy illeszteni, hogy az idegkötegek egymást pontosan fedjék, azután meg a degenerált ideg keresztmetszete sokszor annyira homályos, hogy az egyes idegkötegeket felismerni nem lehet.

Ugyancsak *Stoffel* ajánlotta az endoneuralis lysis műtétét, melylyel számottevő sikereket ért el. Mi is végeztünk néhány esetben endoneuralis lysis-t, de jó eredménnyel nem dicsekedhetünk. Ezen módszer nagyon minutosus és varrat esetén az endoneurium igen vékony és szakadékonny. Mi arra törekedtünk, hogy a mennyire csak lehetséges volt, a physiologiai viszonyokat ismét helyreállítsuk; ezen célból azon helyzetet, a melyben a sérült ideget műtét alatt találtuk, irányvarratokkal rögzítettük, majd a heges góczok kiirtása után az idegcsontokat az irányvarratokkal biztosított helyzetben egymáshoz varrtuk, a természetre bízva a megfelelő rostok helyes találkozását. *Spielmeyer* szerint az új idegrostok a centralis csontból a periphericus felé nem az anatómiai utakon, hanem keresztül-kasul haladva képződnek.

Az endoneuralis lysis műtétét a *Hofmeister* által ajánlott *infiltrációs módszerrel* pótoltuk:  $\frac{1}{2}\%$  novocain-adrenalinoldatot fecskendeztünk centralisan és peripherián az idegtok alá. Az idegek megduzzadnak és az infiltratio alatt az összenövés rendszerint oldódik. Újabban physiologiás konyhasóoldatot használtunk e célra.

*Bielschowsky* szerint a peripheriás csont minden esetben *degenerálódik*, a *Waller-degeneratio* törvényeinek van alávetve. A regeneratio a centralis csontból előrehaladó idegrostok útján történik, ezek előbb-utóbb a legperipheriásabb idegvégződéshez haladnak.

Az idegcsontok *adaptálása* alkalmával súlyt helyeztünk a heges góczok gyökeres kiirtására; éles késsel milliméterről-milliméterre addig excindáljuk vagy reszekáljuk azokat, míg puha tapintatú normalis idegkeresztmetszet structuráját kapjuk (csigafejek). Működésünk első idejében a kényelmes adaptálás elérésének céljából nem jártunk el elég radikálisan, azon hiszemben, hogy az újonnan képzett idegrostok az egyes helyeken visszamaradt heges szöveteken keresztül törnek. Azonban ilyen módon operált betegeinknél rosszabb eredményt értünk el, mint a kikként a tökéletes kiirtásra fektettük a főszűlyt.

Nagyon fontos kellék az adaptálás esetén az idegcsontok közötti diastasisnak a minimumra való redukálása, hogy a varrat feszülés nélkül, kényelmesen történhessék. Ezen célból az idegcsontokat kíméletesen nyújtottuk, a végtagot az esetek szerint megkívánt helyzetben (extensio, flexio, abductio vagy elevatio) rögzítettük. A rögzítés gipszsinben történt, melyet 2—3 hét múlva eltávolítottunk. Két alkalomszerű esetünk — melyekben a diastasis oly nagyfokú volt, hogy direct idegvarrat eszközzése lehetetlen lett volna — *csontresectio* oly szerencsés helyzetbe juttatott bennünket, hogy a megrövidített végtagon kényelmesen, feszülés nélkül varrhattuk az ideget. Mindkét eset, apróbb kihagyási tünetet leszámítva, meggyógyult.

N. S. honvéd 1915 márczius 2.-án lősejttilést szenvedett a jobb felsőkaron.

Athatóló lövés a jobb felsőkar alsó és középső harmada határán, lövés irány a külső oldaltól a belső felé. A kilövési helyen genyes fistula. A lövés iránynak megfelelőleg pseudoarthrosis, mely érdes csontozat vezet. A Röntgen-kép körülbelül ujnyi diastasis-t mutat a két törésvég között. Az egész végtag izomzata atrophias, deformált, a radialis és ulnaris benuulásának képét mutatja. Az izületek contracturája áll fenn. A radialis és ulnaris hűdött izomzatának teljes elfajulási reakciója.

Első operatio 1915 augusztus 2.-án. Sequestrotomia és néhány shrapnell-szilánk eltávolítása. Gyógyulás után physikalisk gyógymódok. Második operatio 1916 január 22.-én morphium-, chloroformaether-narcosisban. Körülbelül 15 cm. hosszú metszés a radialis és az ulnaris lefutásának megfelelőleg, a be- és kimeneti nyílás magasságában.

Nehéz munkába került a folytonosságukban megszakított radialis- és ulnaris-csontokat az őket körülvevő csontkemény heges szövetből (callus), összenőtt vérekből kiproeparálni. A radialis-csontok közötti diastasis három, az ulnaris közötti kétujnyi volt. Steril electroddal reactiót nem lehet kiváltani. A csontokból nagy darabot kellett reszekálnunk, míg a normalis képet mutató keresztmetszethez jutottunk, úgy

hogy körülbelül 8—9 cm.-nyi diastasis maradt vissza, mely a csontok kíméletes nyújtása után kisebbedett ugyan, de direct varrat semmiképen sem lett volna lehetséges.

Csak a pseudoarthrosis megoldása után sikerült az idegcsontokat kényelmesen, feszülés nélkül egymással egyesíteni. A biceps és brachialis között behatoltunk, a triceps-t hátratóltuk, a törésvégek között hegyszövetet és igen megvastagodott periosteumot találtunk. A törésvégekből háromujnyi darabot ferdén reszekálunk. Ezüst sodronyvarrat. Hofmeister-infiltratio.

Perineuralis varratok. Az ulnaris varrata után megnéztük a medianust is, mely a szomszéd izmokkal, vérerekkel szorosan össze volt nőve. Villanyos izgalom normalis.

Mind a három idegnek tubulisatiója Foramitti szerint.

Bőrvarrat. Gipszsin. Gyógyulás per primam. 1916 február 20.-tól kezdődőleg physikalisk és kíméletes medico-mechanikai gyógyeljárásokat alkalmazunk.

A Röntgen-kép a törésvégek normalis helyzetét és erős összenövését mutatja.

Az egész végtag, melynek bőre azelőtt száraz, hideg, cyanosisos volt, melynek izületei contracturában, izmai, körmei atrophisáltak voltak, kezd lassan-lassan magához térni, meleg lesz, megerősödik.

A beteg, ki súlyos neurastheniában, sokszor neuralgiákban szenvedett, nyugodt és bizakodó lett. 1916 május 10.-én a benuált radialis és ulnaris izmok motoros functiója kezd helyreállani, a kéztőizület és ujjak extensiója, a IV.—V. ujj flexiója kis fokban active kivihető. Az interosseusok még nem működnek. A villanyos vizsgálat az alkar oedemája következtében még kifejezett eredményt nem ad.

W. P. gyalogos, A jobb felsőkar shrapnell-sérülése 1915 márczius 2.-án. Különböző kórházakban operálták.

A radialis áthajlásának megfelelő magasságban, a jobb felsőkar külső és belső oldalán be- és kimeneti nyílás, melyekben genyedő fistulajáratok érdes csontozat vezetnek.

Röntgen-kép rosszul gyógyult fracturát mutat, nagyfokú elvékonyodással a sérülés helyén (Homokóra-kép). A radialis teljes elfajulási reactiója trophiás zavarokkal. Typusos radialishűdés, az izmok atrophisáltak, a bőr cyanosisos, hideg; a körmei szakadozottak. Újabb sequestrotomia után a fistulák végül begyógyulnak, utána nyolcz hétre physikalisk gyógymódok.

Műtét 1916 május 12.-én morphium-, chloroform- és aether-narcosisban. Metszési irány a radialis lefutásának megfelelőleg. A csontokat a sérülés helyétől jóval magasabban keressük fel és onnan kisérjük a sérülés helyéig, a hol a centralis csontot visszahajtva a belső oldalon, a peripheriát pedig a külső oldalon a shrapnell-szilánkokkal imbibált törékeny callusba ágyazva találjuk. A csontok közötti diastasis négyujnyi.

Steril electroddal villanyozva, reactiót nem kapunk. A csontokat az összenövésből fölszabadítottuk, nyújtottuk, reszekáltuk. Ezután 6 cm. diastasis maradt.

Most következett a keskeny callussal rosszul gyógyult fractura ferde csontresectiója kettős sodronyvarrattal, mely után az idegcsontokat kényelmesen összeilleszthettük.

Hofmeister-infiltratio. Perineuralis varrat. Tubulisatio sec. Foramitti. Bőrvarrat. Gipszsin. Gyógyulás per primam. Gyógyulás után négy hétre forrólég-kezelés, fürdők, massage, villanyozás, gymnastika, írógyakorlatok.

Hat hónap múlva functionalis javulás konstataható, villanyos izgalomra az izmok renyhén reagálnak.

A beteget, ki foglalkozása szerint asztalos, a kórházban lévő asztalosműhelyben dolgoztattuk.

(Folytatása következik.)

Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő gyógyintézetéből.

### A koponyasérülések következményeinek és késői szövődésük sebészeti kezelése.

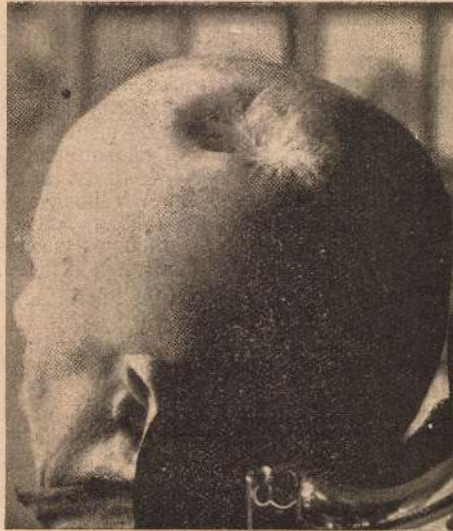
Irta: *Borszék Károly* dr., egyetemi cz. rk. tanár, igazgató-főorvos, honvéd 2. oszt. főorvos.

(Folytatás.)

Operált eseteim között volt egy, a melynél a transzplantált csontleány a műtét után 7 hónappal oly szívósan be volt gyógyulva a defectusba, hogy csak vésővel volt helyéből eltávolítható és eltávolítása után épp oly vastagnak bizonyult, mint a koponyacsont többi része.

Más esetekben a transzplantált csont hosszú ideig, 4—6 hónapig mozgatható marad, sőt mozgathatósága eleintén még fokozódik is, vagy eredeti domborúságából állandóan veszítve lelapul, elsimul, sőt elég gyakran a koponyaüregbe be is süpped: mint olyan tünetek, a melyek a felszívódás nagyobb mérvét bizonyítják. Ez a felszívódás olyan fokúvá is válhat, hogy az átültetett csont teljesen el is tűnhet; egy pulsáló koronári homlokcsontthiány esetében, a pótlást az eredeti *Hacker-Durante*-féle előírás szerint végeztem. Az átültetett

csontlebeny minden zavar nélkül primára begyógyult, a pulsatio megszűnt, de a csontlebeny a nyomásnak engedett. Műtét után 2 hónappal a beteg 3 hónapi szabadságot kapott; ennek visszatérte után (tehát 5 hónappal a műtét után) az átültetett csontot nyomtalanul eltűnve találtam, a defectus helyén a bőr éppen úgy elődomborodott és pulsált, mint a műtét előtt. Ez a pulsatio azonban lassacskán gyengült és 10 hónappal a műtét után teljesen megszűnt. A hiány helyét borító heg porc keménynyé vált és Röntgen alatt is egy halvány árnyékot lehetett kimutatni ott, a hol 5 hónappal a műtét után a csontnak nyomát sem lehetett találni.



14. ábra. Falcsonti nagy csonthiány műtét előtt.

Ezzel szemben vannak operált eseteim között elég nagy számmal olyanok, a kiknél a mozgatható csont hónapok múlva mozdulatlaná vált és a kezdetben mutatkozó besüpedés is kisimult, jeléül annak, hogy a csontujdonképződés kifogástalanul bekövetkezett. Annak az eldöntésére, hogy vajjon az átültetett csont vastagsága bír-e valami jelentőséggel a felszívódást illetően, próbáltam vastagabb, még vékony csontvelőállományjal is bíró csontdarabot venni a tibiából, de semmi különbséget nem tudtam kimutatni; sem a felszívódás nagyságát, sem idejét illetően. Úgy látszik, hogy nem is ez a körülmény a fontos, hanem a kivétel kiméretessége és főként a csontot borító csonthártya sértetlensége. A kifűrészelt vagy kivésett csontlemezeknek sokszoros nyomkodása, vongálása — a mi főként akkor következik be, ha a lemezt a defectusnak megfelelő alakúvá tesszük csontcsípővel — a csonthártyának a csonttól való leemelését, lehülését és roncsolását eredményezheti, a mi a csont életbenmaradását mindenesetre megrontja.

Ha az átültetett csontlebeny helyén vagy körülötte vérömleny keletkezik, vagy a seb elgenyed, a csontlebeny elhal és egészben vagy részben kilökődik, 78 operált esetem között ez 6-szor következett be; két esetben ezenkívül csak egészen kicsi kis csontdarabok lökődtek le, míg az átültetett csont legnagyobb részében megmaradt. Rendkívül érdekes ezen esetek közül egy; ezen esetben egy 3—2 cm.-nyi a tibiából vett csontcsont-hártyalebeny minden zavar nélkül primam begyógyult; 45 nappal a műtét után a beteg egy súlyos follicularis tonsillitist kapott, a melynek lezajlása után a műtét után 2 hónappal a hegvonal megduzzadt, tályog keletkezett és a transzplantált csontlebeny kilökődött. Ez az eset azt mutatja, hogy új környezetébe még szervesen be nem gyógyult transzplantált csont a szervezetben idegen testként szerepel.

Ha az átültetett csontlebeny behelyezése előtt a vérzést nem csillapítjuk pontosan, megtörténhet, hogy agnyomási tünetek fejlődnek ki a műtét után; enyhébb esetekben fejfájás, súlyosabb esetekben rángatózások, sőt egész Jackson-típusú epilepsziák is fejlődhetnek ki. Ha ezeknek nem lehet

egyéb oka (egyidejű durapótlásnál a behelyezett zsírlebeny túlságos vastagsága), akkor a rohamok egy néhány nap alatt maguktól megszűnnek és nem szükséges a csontot eltávolítani.

A csonthiány pótlások sikerült eseteiben a műtét a hozzáfűzött várakozásnak tényleg meg is felel; mindazok a kellemetlenségek, a melyekről a betegek panaszkodtak, megszűntek, munkaképességük ismét helyreállt. Betegeim között vannak olyanok, a kiket több mint két évvel a műtét után alkalmam volt újra látni és meggyőződhettem, hogy a defectusba átültetett csont teljesen, mozdulatlanul be van gyó-



15. ábra. Műtét után 2 1/2 évvel.

gyulva, a boltozat niveau-ja alá nem süppedt be, úgy hogy alig lehet felismerni a műtét helyét. Betegeim közül egy gyermekenyérnyi falcsonttáji defectus a műtét után másfél évvel felülvizsgálat után egy évre szabadságot tartott; ezen év elteltével újra felülvizsgálatra állítatván, fegyveres katonai szolgálatra találtatott alkalmasnak. (14. és 15. ábra.)

Az intézetből véglegesen elbocsátott betegek mindegyikének a lelkére kötöm, hogy állapotáról időnként értesítsen, ha teheti keressen fel, és ha a legcsekélyebb kellemetlenséget érez, azonnal jelentkezzen. Megnyugvással állapíthatom meg, hogy az operált betegek mind munkaképesek, zavartalanul dolgoznak és jól érzik magukat. Egyetlen egy betegnél fordult elő (homlokcsonti ötkoronányi defectus a környezetből pótolva), hogy 8 hónappal a műtét után azzal jelentkezett, hogy több ízben rövidebb-hosszabb ideig tartó epilepsziás rohamokat kapott; a transzplantált csont nyomásra nem volt fájdalmas, Röntgen, ideggógyászati vizsgálat, stb. mint negatív leletet adtak, úgy hogy az epilepsia oka ismeretlen maradt, három havi tartózkodásra első idejében még léptek fel nála rohamok, de utóbb megszűntek.

Az operált esetek késői eredményének megállapítása ezéjjából eszközölt vizsgálatnál úgy tapasztaltam, hogy a műtétnek semmiféle káros eredménye még az esetben sem volt, ha a transzplantált lebeny kilökődött, vagy azt el kellett távolítani.

Az agyba ékelt projectil eltávolítása után visszamaradt ötkoronányi csonthiányt egy esetben nem pótoltam csonttal, hanem csak nyeles csonthártyalebennyel. A betegnek az intézetből való végleges elbocsátásakor (11 hónappal a műtét után) a defectust borító heg kemény volt ugyan, de pulsált és a Röntgen-felvételnél sem lehetett a csontujdonképződésnek még csak nyomait sem látni. Midőn ugyanezt a beteget 28 hónappal a műtét után újra alkalmam volt látni nagy meglepetéssel láttam, hogy a csonthiány helyén nincs pulsatio és a Röntgen-képen is egy halvány, fátolszerű árnyék volt kivehető a defectus helyén, jeléül annak, hogy csontujdonképződés indult meg kizárólag a transzplantált csonthártyából.



Ez a megfigyelés arra indított, hogy ilyen irányban további kísérleteket tegyek.

1918 május 1.-ig összesen 78 esetben végeztem csont-defectus-pótlást és pedig nyeles csont-csonthártyalebennyel 12 esetben, a koponyacsontból nyeletlen lebennyel 21 esetben, a tibiából 45 esetben.

Műtéti eredményeim a következők: meghalt 2 = 2.55% (az egyik fel nem ismert agytályogban, a másik tetanusban), gyógyult 70 = 89.7%, az átültetett csont kilökődött 6 esetben = 7.75% (16. és 17. ábra.)



16. ábra. Kettős csonthiány műtét előtt.

#### IV. Kemény agyburokhiány.

Durahiány esetében nem elegendő csupán a hiányzó csontot pótolni, mert ez esetben az agykéreg odanövése a transzplantált csonthoz elkerülhetetlen. Kisebb hiányok esetében a pótlást legcélszerűbb a szomszédos ép durából eszközölni. *Brünning* e célból a durát a defectus szomszédosságában lap szerint kettéválasztja és a felszabadított felső lemezt, mint kocsányos lebenyt a hiányra ráfekteti. A durának ez a kettéválasztása azonban nem mindig sikerül és a csontos hiány tetemes megnagyobbítását teszi szükségessé. Hét alig fillérnyi hiányt nekem is sikerült ily módon pótolni. Valamivel nagyobb, de nem túlnagy hiányok pótlására jól fel lehet használni a csonthiány széleinek csonthártyáját *Hoffmann* ajánlata szerint; a csonthártyát a csonthiány szélei körül 1–2 cm.-nyire körülvágjuk, a hiány felé letoljuk és a dura hiányára ráfektetve néhány öltéssel összevarrjuk. 15 esetben jártam el így. Nagyobb hiányok vagy kiterjedtebb hegesedések, arachnoidealis cysták, valamint kéregdefectusok eseteiben, ezekkel az eljárásokkal nem boldogulunk, úgy hogy a transzplantációk különböző módjaihoz kell folyamodni. Itt is, mint a csontpótlásnál a transzplantatio minden módját megkísérelték alkalmazni, de egyrészt a kemény agyburok szerkezeténél, másrészt élettani működésénél fogva létjogosultsága csakis az autoplastikus methodusoknak van.

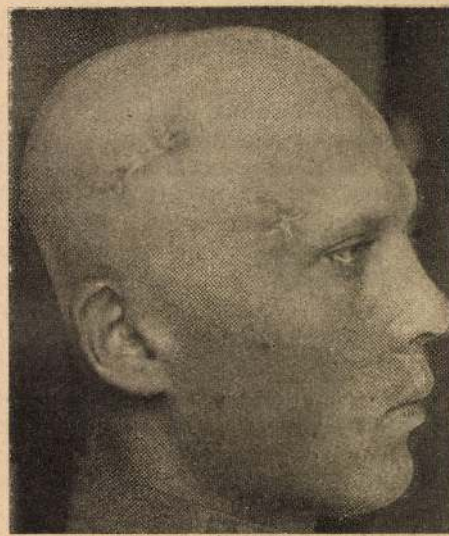
A dura anatómiai szerkezeténél és élettani funkciójánál fogva ideális pótlóanyag az lenne, a mely elegendő ellenállási képességgel bíró olyan kötőszövetből állana, a melynek endothel borítéka van; csak ilyen anyag akadályozhatná meg az agyfelszínhez való odanövést és tudna az intracranialis nyomás okozta ellenállást is legyőzni.

Ilyen szerv, a mely a plastikus pótlás szempontjából szóba jöhet csak az edényfal, de alkalmazhatóságának legyőzhetetlen akadálya az, hogy nem áll rendelkezésre a pótláshoz szükséges mennyiség, vagy legalább megszerzése igen nagy nehézségekbe ütközik. Ezért be kell érni a fasciának, a csonthártyának vagy a peritoneumnak felhasználásával, ámbár ezek mindegyike a követelmények csak egyikének felel meg.

A csonthártyának alkalmazását a *Hoffmann*-féle eljárás-

nál már említettem; egészen kis hiányok pótlásánál szóba jöhet, mert igen egyszerű és könnyű módon elvégezhető; de nagyobb hiányok pótlására — mint azt *Saar* vizsgálatai kimutatták — nem alkalmas, mert kiterjedt és szívós odanövésekhez vezet.

A hashártyával való pótlás — eltekintve a pótláshoz szükséges darab megszerzésének nehézségeitől — nem kecsegtet sikerrel azon állatkísérletek alapján, a melyeket *Kolaczek*, *Smirnow* és *Saar* végeztek. Ugyanis ezen kísérletek mindegyikében az átültetett hashártya lapszerint odanőtt az



17. ábra. Műtét után 21 hónappal (kisebb defectus *Hacker-Durante* szerint, nagyobb tibiából pótolva).

agykéreghez és endothel borítéka egészben vagy részben elpusztult. Ugyan e miatt nem lehet célszerűnek tartani a a homoplasticus úton sérv vagy hydrobele műtéteknél nyert anyag felhasználását még frissen sem, annál kevésbé conservált állapotban.

A hozzáférhetés könnyűsége és physikai tulajdonságainál fogva a fasciával való pótlásnak határozottan nagy előnyei vannak; *Kirschner*, *Saar*, *Kostenko* és *Rubaschew*, *Smirnow*, *Denk* és *Chiari* kísérletei és vizsgálatai kimutatták, hogy a transzplantált fascia életben marad, szövettani structurája alig változik. A klinikai tapasztalatok is kedvezőknek mondhatók; *Lawroff* 73 ily módon operált esetről számol be, a melyekhez *Kleinschmidt* még 8-at sorol. Valamennyi szerző szerint a transzplantált fascia functionalis szempontból megfelelt a követelményeknek. De úgy az állatkísérletek, mint a klinikai tapasztalatok nagy része alapján bebizonyítottnak vehetjük azt is, hogy a transzplantált fascia az agykéreghez egész terjedelmében odanő még akkor is, ha maga az agykéreg sértetlen volt. A keletkezett odanövés nem laza, hanem szívós kérges összenövés.

De ezen összenövés, bármilyen anyaggal végezzük is a durapótlást, nem kerülhető el, mert a transzplantatum életbenmaradásához nem lehet elegendő a vérellátás azon foka, a mely csak a környezettel (ép dura, csont belső lemeze) érintkező oldalak felől történik; a koponyadefectusban kifeszített transzplantált fascia csak úgy maradhat meg, ha egész terjedelmével az agykéreggel érintkezik és innen is táplálkozik. Ennélfogva a hiányzó dura anatómiai pótlása ép oly kevésbé lehetséges, mint normalis subduralis hézag helyreállítása. Tehát, ha az összenövés semmi módon sem kerülhető el, akkor azt lehetőleg olyanná kell tenni, a mely a koponyaurbéli nyomásingadozásokat kevésbé befolyásolja, mint a rigid fascia és az agyfelszín sem rögzíti mereven, mozdulatlanul. Ezt a célt a zsírszövetet inkább el lehet érni, mint a fasciával. *Lexer* volt az, a ki durahiányok pótlására először alkalmazta a zsírszövetet és *Rehn* mutatta ki állatkísérleteivel annak előnyeit. A zsírszövet anatómiailag

nem pótolhatja a durát, de puhaságánál és bizonyos rugalmasságánál fogva nemcsak az agykéreg odanövését képes megakadályozni a csonthoz, hanem mint puffer hat és nyomáskülönbözeteket is képes kiegyenlíteni (*Eden*).

Ezen feladatát a transzplantált zsírszövet azonban csakis abban az esetben képes maradandóan teljesíteni, ha a transzplantatio után is zsírszövet marad és nem változik át kötőszövevé, vagy ha nem zsugorodik nagy mértékben, — úgy a mint azt *Krause* és mások állítják. Ezen kérdésre a feleletet csakis klinikai tapasztalatok és megfigyelések adhatják meg, mert az állatkísérletek eredményei nem feltétlenül megbízhatók.

Nagy meggyőző erővel bír, mert górcsövi vizsgálatok is támogatják, *Eden* tapasztalata.

*Eden*-nek ugyanígy alkalma nyílt 5 hónappal előbb egy agy- és duradefectusba transzplantált zsírlébenyt úgy makroszkopice mint górcső alatt megvizsgálni. A transzplantált két, egyenként 7 cm. hosszú, 4 cm. széles és 2 cm. vastag zsírlébenyt a második műtét alkalmával, a melyet a csonthiány pótlása céljából végzett, alig valamivel találta megkisebbedettnek; a lebeny teljesen normalis színű és összeállású volt és agykéreggel egy laza kötőszövetes réteg tapasztotta össze, úgy hogy enyhe húzással könnyen le volt róla vonható. Górcső alatt a kimetszett zsírlébenynek a csont felé eső — tehát kifelé tekintő — felületes rétegében sehol kötőszövetes szaporulat vagy gömbsejtes beszűrődés nem volt kimutatható; a középső részében a lebenynek degenerációs és regenerációs folyamat jelei voltak feltehetően (cystikus, sárga, higan folyó zsírral telt üregek és rekeszek).

*Eden* esete tehát azt mutatja, hogy a transzplantált zsírlébeny 126 nap alatt lényegesen nem változott, hanem eredeti alakjában és szöveti szerkezetében megmaradván, izoláló feladatának megfelelt. *Lexer* szerint mindazon esetekben, a melyeknél a transzplantált zsírlébeny kilökődik vagy a traumás epilepsziás rohamok kiujlása a zsírlébeny zsugorodására vagy elhegesedésére vezethetők vissza, a balsiker oka infecióra vagy a transzplantatio eszközlése alkalmával elkövetett technikai hibára vezethető vissza. Ilyen technikai hiba a zsírlébenyt ért mechanikai vagy thermikus ártalom, vagy a táplálkozást gátló nyomás a zsírlébeny behelyezése után. Ezen körülményre való tekintettel, nem is tartja tanácsosnak a zsírlébeny transzplantatióval egyidejűleg csonttranszplantatiót is végezni.

Én magam is zsírszövet transzplantatióját tartom a legcélszerűbbnek durahiányok pótlására; eddigél 18 esetben végeztem, a zsírlébenyt a csombról vevén. Egyetlen hátrányát abban a körülményben látom, hogy a transzplantált zsírlébenynek a dura hiányába való beleillesztése, illetve kiterítése és rögzítése nagyon nehéz, különösen akkor, ha az agy sértetlen volt. Ezért én a zsírlébennyel egyidejűleg mindig a fasciát is transzplantálom, még pedig úgy, hogy a fasciával borított felszín kifelé, a zsír pedig az agy felé jut. Ha a pótlandó hiány nem volt tulságosan nagy, a dura pótlásával egyidejűleg a csonthiányt is pótoltam, mert *Lexer*-nek ez irányú aggodalmait túlzottnak tartom; természetesen a traumás epilepszia miatt végzett durapótlások eseteiben — mint már említettem — a csonthiány pótlását én is egy második ülésben végzem.

*Perthes* szerint a durapótlás követelményeinek a zsírszövetnél sokkal jobban meg tud felelni a cseplest; éppen olyan rugalmas anyag, mint a zsírszövet, de vékonyságánál fogva jobban alá tehet tolni a dura szélei alá és idealisan odasimul az agyfelszínhez, annak hiányait jól kitölti és nincs sebfelszínre átmetszett edényekkel, hanem normalis endothelborítéka.

Mindezen előnyei a cseplestnek a zsírszövet felett kétségtelenül megvannak, de a hozzájárás körülményessége, a mely egy hasmetszést tesz szükségessé, — általános elterjedésének nagy akadályát képezik; én legalább nem tudtam rászánni magam, hogy a plastikus pótláshoz szükséges anyag megszerzése céljából egy hasmetszést csináljak, a mely beavatkozás mégsem egyforma jelentőségű egy lágyrészmé-

széssel, annál is inkább, mert azon hátrányai a zsírtranszplantationak, a melyek miatt *Perthes* a cseplest ajánlja, lényegesen csökkenthetők — a mint már említettem — azáltal, hogy a vékonyra szabott zsírlébenyt a fasciával együtt használjuk a pótláshoz.

A kemény agyburok pótláseredményeit megítélni sokkal nehezebb, mint a csonttranszplantatiót, mert az, hogy a transzplantált fascia-zsírlébeny minden reactio nélkül begyógyul és begyógyulva is marad, még semmit sem bizonyít; némi támpontot csak az operált beteg tartós megfigyelése nyújt; ha ugyanis az átültetett fascia-zsírlébeny izoláló feladatának évek múlva is megfelel és Jacksonepilepsia nem fejlődött ki, vagy visszafejlődött, akkor azt kell feltételezni, hogy az átültetett zsírlébeny mindvégig megmarad eredeti szöveti szerkezetében vagy legalább is lényeges sorvadást vagy kötőszövetes átalakulást nem szenvedett. *Eden* előbb említett esete ezt bizonyítaná, de operált eseteim között van egy, a mely hasonló meggyőző erővel azt bizonyítja, hogy az állandó eredmény megítélésére 126 nap nem elegendő, mert ennél jóval hosszabb idő múlva következik csak be a zsírlébeny átalakulása.

Ez az eset a következő: Sz. Gy. cs. és kir. 1. huszárezredbeli huszáron 1917 márczius 6.-án Witzel-féle enkephalolysist végeztem naponta 2—3-szor fellépő Jackson-typusú epilepsia miatt; a műtét alkalmával egy gyermektenyényi fascia zsírlébenyt ültettem a dura-defectus helyére; a műtét után 4 hónappal a rohamok már teljesen megszűnván, a beteg szabadságoltatott. 1918 márczius 10.-én agytályog- vagy cysta-diagnosissal műtét céljából helyeztetett át a Bajza-utcai utókezelő gyógyintézetből fokozódó agnyomási tünetek miatt. Műtétkor az egy év előtt átültetett zsírlébenyt vizsgálat céljából kimetsztem és a tályogot megnyitottam; a lebeny makroszkopice jól felismerhető volt és az agykéreggel, valamint a szomszédos ép duraszóvettel mindenütt elég szívosan össze volt tapadva.

A kimetszett lebeny górcsövi vizsgálatát *Jankovich László* dr. tanársegéd volt szíves végezni. Ezen lelet szerint a lebenyen nagyjában két réteget lehet megkülönböztetni: az alsó gliaszóvetből, a felső zsírszövetből áll. A gliaszóvet meglehetősen sejt- és érdús és sarjszóvet utján megy át a felette levő zsírszövetbe, a mely általában a sorvadás és kötőszövetes átalakulás jelenségeit mutatja; a tömeges, de azért eléggé rendezett rostos kötőszövetben, csak helyenként látni tisztán zsírszövetből álló szigeteket (egyes zsírlébenyek maradványai), míg túlnyomó részét a kötőszóvet képezi. A zsírszóvet sejtjei, különösen a szigetek széle táján feltűnő kicsinyek, de azért a bennük levő zsír kifogástalanul festődik, de a zsír az egyes zsírszövetekben csak gyűrűformában helyeződik el, a közepén már felszívódott, míg másokban már esetleg teljesen el is tűnt; a zsírnak helyét halvány, savósan átvódott plasma foglalja el. A zsírszóvetből álló szigetek környezetében elég sejt-dús kötőszóvetben elszórtan apró zsírcseppeket találhatunk, jelölül annak, hogy az eredeti zsírszóvet helyét itt kötőszóvet foglalta el, a melyhez helyenként legfelül eléggé szabályosan párvonalas, hullámos lefutású kötőszóveti rostok csatlakoznak.

Ez a szövettani lelet, a mely a transzplantált fasciazsírlébenynek egy évvel az átültetés utáni képét mutatja, abban különbözik az *Eden* által leírt és 5 hónapos transzplantatiót mutató képtől, hogy semmiféle regenerációs jelenség már nem található fel, hanem csak a kocsonyás zsírszóvet-sorvadás és a kötőszóvetes átalakulás; azt is mutatja ez a lelet, hogy az átültetett fascia-zsírlébeny a környezettel és az agyvelővel is szerves kapcsolatba lépett.

Mindabból az következik, hogy a transzplantatio után hosszabb idő múlva (1 év után) a zsírszóvet teljesen vagy legnagyobb részét eltűnik és helyét sejt-dús kötőszóvet foglalja el; minthogy azonban klinikailag ezen kötőszóvetes átalakulásnak semmiféle káros következménye nem mutatható ki: azt kell felvennünk, hogy a zsírszóvetből keletkezett kötőszóvet is izoláló réteggé szerepel, éppen úgy, mint az eredeti zsírszóvet; lehetséges, hogy ezen átalakulási processus lassúsága is szerepet játszik az eredmény létrehozásában.

(Folytatása következik.)

## A katona joga a reparatív műtét megtagadásához.

Irta: Kluge Endre dr., tart. főorvos.

Sérülések gyógyulása gyakran zárul kisebb-nagyobb defektussal, a melynek kiküszöbölése és a maximalis funkcióképesség elérése néha csak újabb reparatív műtétek (csont-, in-, idegműtétek, plastikák) útján lehetséges. Psychés és gazdasági hatásánál fogva bármilyen terhes is egy ilyen újabb sebész, az bizonyos, hogy sérültjeink nagy része beleegyezik a följánlott műtétbe, vagy legalább is nem tagadja meg kifejezetten consensusát, nem mond vetőt, hiszen előnyökkel is kecsegteti a műtét sikere. Két esetre kell gyakorlati szempontból itt mégis figyelni, a hol könnyen belátható okból gyakori a beleegyezés megtagadása: először a betegsegélyző pénztárak, társulások tagjai, biztosítottak, magánüzemi alkalmazottak és hasonlóak, egyszóval a kárpótlásra jogosultak, és másodsor a katonák esete.

Ha valaki nem támaszt kifogást a beavatkozás ellen, az magától értetődőleg nem is lehet jogi mérlegelés tárgya, hiszen volenti non fit injuria. Más az, ha kifogást emel; akár maga, akár a helyette rendelkezésre jogosított személy (szülő, gyám, gondnok). Hacsak 1. nem életveszély sürgős távoltartására szükséges a műtét (a mennyiben a BTK. 301. §-hoz elengedhetetlen a testi sértésre vonatkozó szándék; lásd Magy. bünt. jog, 117), vagy 2. fel nem tehető, hogy — *Binswanger* kifejezésével élve — a képzetek dynamikájának lefolyása zavart, azaz beszámíthatatlan a tiltakozó: nincs joga az orvosnak arra, hogy másnak testi állapotába tiltakozása dacára beavatkozzék. A patiensnél sokszor aránytalanul fejlettebb intellektusa és etikája bárhol is lázadjon, az orvosnak hivatásából ilyen joga még nem származik. (Hübner: *Forensische Psychiatrie*, 239. o.) Csupán annyit enged meg a joggyakorlat, hogy a beteg hallgatását beleegyezésnek vélelmezi, a mi nevesebb műtők, nagy intézetek suggestiv atmosphaeráját tekintve, in praxi valóban jogosult. Ha az orvos mégis beavatkozik, cselekedete kimeríti a testi sértés tényálladékát (BTK. 301. §.), illetve esetleg a minősített súlyos testi sértését (BTK. 303. §. vagy 309. §. vagy 305. §., a német Str. G. B. 223. §. körperliche Misshandlung), segédei pedig mint tettestársak kerülnek vád alá.

Igy áll előtünk a kérdés az igazságszolgáltatás jegyében; hiába boszankodunk, midőn látunk kell, hogy az értékes munkakerő inkább a tunyaságnak és nyomorúságnak áldozatává lesz, semhogy a reparatív műtétnek magát alávetné. Ez esetben a jogszolgáltatás nem elégíti ki ethikai jogszomjuságunkat. Érezzük, hogy a sebészi beavatkozás céljánál, indicatioállításának komolyságánál, kivételének körülményeinél fogva nem állítható a delictummal egy színvonalra, szükségét érezzük, hogy bizonyos esetben joga legyen az orvosnak a beteg tiltakozása ellenére is operálni, anélkül, hogy a kettő bármelyikén is jogtalanság esnék. A fentemlített gyakorlatilag legfontosabb két eset egyikére ennek elméleti megalapozása nehézségekkel jár.

Az első esetben, a kárpótlást követelőknél, a kérdés egyszerűen megoldódik azáltal, hogy a német döntvények szerint a beteg igényjogosultsága megcsorbul, vagy megszűnik, ha a beteg a keresetképességének fokozására vagy visszaállítására alkalmas életveszélytelen operációt megtagadja. Így az orvos alig kerül abba a helyzetbe, hogy működését rá kellene erőszakolnia.

A második eset komplikáltabb. Vegyük az olyan katona esetét, kinek átlótték karidegét; a műtét sikert ígér, esetleg újra harctérre alkalmas lesz. De ez az éppen, a mit ő nem akar; megtagadja tehát beleegyezését. A törvény látszata az ő igaza mellett szól. Mint látni fogjuk, okoskodása mégsem helytálló. A következő elméleti fejtegetés egy német döntvényen alapul (teljesen lásd: *Joachim & Korn: Ärzterrecht*, Berlin, 1911. 89. Reichsgericht. 31. V. 1908), a mely nézetünk szerint következei révén világosságot vet a mi kérdésünkre: a katonák consensusának értékelésére is. A beteg és az orvos viszonyára az a körülmény irányadó, hogy aka-

ratuk a kezelésre vonatkozólag megegyezik. A betegnek vagy hozzátartozóinak (szülő, gyám stb.) akarata az, a mely az orvost kiválasztja, odahívja, kezelését eltűri vagy nem, elbocsátja, fölcseréli. Ezzel szemben áll az orvos akarata, hajlandósága a kezelés elvállalására.

A betegnek ezt az akarátát úgy a pénztárak, mint a katonaság esetében mintegy meghatalmazás folytán átvette az egyéntől egy szervezet: az egyet, illetve az állam. De itt van a különbség is a kettő között. Míg a kezelésre vonatkozó akarátának képviselője a meghatalmazást az egyén a pénztárnak közvetlenül adja, a mennyiben oda önként belép vagy nem lép be, kötelező biztosítás esetén kártérítési igénnyel föllép avagy nem, addig a katonaságnál ezt az akarátát az individuum nevében az individuumok complexumának legitim képviselője, az állam ruházza át saját megbízottjára, a katonáorvosra. Ha tehát a patiens az illető állam polgára, illetve ezt az állapotát meg nem változtatta, a mi abból látható, hogy katonának bevonult, akkor beleegyezését nyilvánította abba, hogy az illető állam az ő képviselőjében is elintézte a szokásos actust, átruházta a kezelésre vonatkozó akarátát az állam által kiválasztandó orvosra. A míg tehát valaki állampolgár s így katona, vagyis a meddig sem ki nem vándorol, sem nem dezertál, addig a katonáorvos és a sérült katona között fönnáll az a kötelezettség, hogy ennek következményeit levonja, azaz beleegyezzék minden kezelési eljárásba, műtétbe, a mit csak néki államilag kirendelt (katona-) orvosok az állammal szemben való viszonyából kifolyó körülményekre (harctéri alkalmasság reparatiója) följánlanak. Idegműtétekbe épp úgy, mint, ha kell, laparotomiába vagy narcosisba. Hogy a joggyakorlat ennek a fételnek szigorúságát enyhíti-e majd, a mint nem katona-ügyben a narcosisra, az életveszélyes műtétre tette, meg fogjuk látni.

Természetes, hogy a mondottak csak akkor érvényesek a katonára, ha 1. az orvos, a kire az állam a beteg akarata mérlegelésének jogát átruházta, valóban alkalmas is arra, hogy ilyen átruházást, fölhatalmazást elfogadjon, tehát államilag képesített legyen; 2. az akarat kölcsönössége is kifejezésre kell hogy jusson, az orvos ne csupán mint parancsot teljesítse az állam akarátát, hanem, ha czimzetesen is, szerződéses viszonyban álljon az állammal. Ez gyakorlatilag annyit jelent, hogy fizetést kapjon. Oroszországban, a hol most a tisztek nem kapnak fizetést, más jogalapot kellene teremteni az imperatív katonáorvosi működés számára.

Nagyon érdekes a német B. G. B. 679. §-a, mely második esetünk megítélését is megkönnyítené és így szól: Nem jön számba a cselekmény (*Geschäftsführung*) keresztülvitelével ellenkező akarata a cselekményben résztvevő személynek (*Geschäftsherr*), ha a cselekmény elmulasztása esetén az illetőnek egy olyan kötelessége, melynek teljesítése közérdek, vagy pedig valamely eltartási kötelezettsége nem lenne teljesíthető. Hasonló rendelkezés nálunk nincs.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Az orthotikus albuminuriáról** ír *Beckmann* és *Schlayer*. Jelenleg két irányban keresik az orthotikus fehérjevizelés okát: az egyik ok volna a mechanikus, ill. keringési, a másik pedig a constitutio befolyása. Jellemzőnek találták az anatómiai elváltozások hiányát, bizonyos statikus-mechanikus befolyásokat és végül gyógyíthatóságára, a betegek életkorára és a kórkép kísérő jelenségeire vonatkozó klinikai megfigyeléseket. Újabban ezen kísérő jelenségekből kiindulva, a melyek az idegés a keringési rendszert illetik és sokszor a vagotonia kórképének felelnek meg, igyekeznek az orthotikus albuminuriát másképpen magyarázni. Először *Dziembowski* dolgozott ebben az irányban, a ki ezt a vagotoniát kórosan csökkent sym-

pathicotonia következményének tartja. A szerzők 5 olyan orthototikus albuminuriás esetet vizsgálva, a mely vagotoniás tüneteket is mutatott, a következő eredményekre jutottak: a sympath. tonus fokozása (adrenalinnal és colnitrinnal) nem befolyásolja a fehérjevizelést, a vagustonus csökkentése azonban (atropinnal) meglepően jó eredménnyel jár, mert állás közben még lordosisos tartásban is megszűnik a fehérjevizelés, egy esetben egyetlen atropinbefecskendezésre ( $^3_4$  mgr.) tartósan fehérjementes maradt az illető beteg vizelete, még igen erős provokáló eljárások után is. A vagustonus emelése (pilocarpin, physostigmin) sem fekvő, sem álló helyzetben nem fokozza a fehérjekiválasztást. Kérdés tehát, hogy milyen módon fejti ki hatását az atropin. Két módra gondolhatunk, az egyik volna a vagusnak a vesére való hatása, a másik és valószínűbb a vagusnak egy közbeiktatott szerv vagy a vér útján kifejtett befolyása a fehérjekiválasztásra. További kérdés, hogy miért okoz a vagushypertonia éppen csak álló helyzetben fehérjevizelést. *Dziembowski* azt hiszi, hogy álló helyzetben fokozódik a vagustonus, a szerzők azonban a tonusnak az egyensúlyszervek okozta befolyásolására gondolnak és ez irányban folytatnak kísérleteket. *Dziembowski*-nak az elsődleges sympathicus-hypotoniára vonatkozó nézetét az adrenalinus kísérlet eredménytelenségével czáfolják meg. Az atropinhatás nem minden esetben válik be, még nem is minden vagotoniát mutató esetben. Ezen az alapon a szerzők az orthototikus albuminuriának két csoportját különböztetik meg, ú. m. a vagotoniásat és a nem vagotoniásat, az előbbinél többnyire hatásos az atropin, az utóbbinál nem. Egyéb különbség a két fajta között ki nem mutatható és ezért nem is tekinthetjük a fehérjevizelést direct vagushatásnak. Erősen vagotoniás betegeknek megkíséreltek pilocarpinnal és physostigminnel mesterségesen fehérjevizelést előidézni, de ez egy esetben sem sikerült. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 27. sz.)

Iffj. M. B. dr.

### Sebészet.

**A chininderivatuumokkal végzett gyógykezelés eredményeiről** számolt be *Klapp* a III. hadsebészeti értekezleten (Brüsszel). A *Morgenroth*-féle chininkészítményekkel (vucin) való kezelésnek lényege az, hogy ez anyagok magukban a szövetekben fejthetik ki antisepsis hatásukat. A befecskendezés elsősorban mint prophylaxisos eljárás jön figyelembe. Különösen oly esetekben ajánlható, a melyekben a zúzott seb tökéletes kimetszése technikailag lehetetlen. Csontsérülés esetében a csontot szabaddá tesszük s a folyadékot a csontthártyába fecskendezzük. Az esetek 95%-ában az infectio elmarad, minden esetben lokalizálódik a fertőzés. 57 ízület-lövés közül 41 esetben az ízület mozgathatóan gyógyult. Gázüszök esetén is megakadályozta a vucin a gázfejlődést egyes esetekben 17 eset közül csak 3 eset végződött exitussal. A szerböl igen nagy mennyiségű fecskendezhető be, a nélkül, hogy mérgezés tünetei jelentkezzenek.

*Schöne* szerint a vucinak a sebfertőzés első szakában van desinficiáló hatása, azonban csak rövid időre. Kellemetlen hatását a vucinak nem észlelte, csak kivételes esetekben látott kevés fehérjét a vizeletben és hőemelkedést. Izületsérülés esetében jók az eredmények, azonban szövetnecrosis esetén már kevésbé. Phlegmone szerinte egyáltalán ne kezeltesék a chininderivatuumokkal. A vucin a fertőzés incubatiós szakát meghosszabbítja.

*Stich* hangsúlyozza az objectív kritika nehézségeit; igaz ugyan, hogy vucinra a könnyebb ízület-sérülések simán gyógyulnak, azonban az eredmény nem volt rosszabb a vucinkezelés előtt sem. A vucin-kezelés káros hatását nem észlelte.

*Haertel* 100 esetről referál. Daczára annak, hogy igen súlyos sérülésekben alkalmazta, csak 2 esetben fejlődött ki gázphlegmone. Az 1:10.000 concentratio gyengének bizonyult, bátran használható 1:1000 oldat.

*Wassermann* azt találta, hogy a vucin gázüszök eseteiben a serum hatását egyáltalán nem befolyásolja, miért is együttes adagolásuk ajánlatos. A gázüszök toxinjaira hatással nincs, ellenben különösen a *Fraenkel*-bacillusra bactericid hatást fejti ki.

*Rosenstein* szerint circularis befecskendezésekkel az infectio tovaterjedése megakadályozható.

*Ausin* a sebsecretio lényeges csökkenését észlelte; gázüszök egy esete, a hol a gázüszök oly helyen volt, hova a vucin nem hatolhatott be, halállal végződött. Gummi arabicum (30 gr. 1 liter vucinoldathoz) a gyógyszer felszívódását késlelteti s így jobban kifejtheti helybeli hatását.

*Morgenroth* a vucin chemiai tulajdonságait fejtegeti. A chinaalkaloidok csoportjába tartozó ez a gyógyszer igen nehezen oldódik. A strepto- és staphylococcusokra specifikus hatást fejti ki, úgyszintén a tetanus, diphtheria, gázüszök bacillusaira is. A pyocyaneusra hatástalan. Igen jó eredménnyel jár a használata gázüszök eseteiben serummal kombinálva. A mi a mérgező hatását illeti, az idiosyncrasiával számolnunk kell. Belsőleg az eucupin (5—10 gr. pro die) adagolható.

Iffj. Háhn Dezső dr.

**Átfuródott gyomorcarcinoma** esetéről értekezik *J. Ritter*. A kórelőzmény szerint a 46 éves beteg már hosszabb idő óta szenved gyomorbántalmakban; 12 órával felvétele előtt hirtelen fájdalmak lepték meg, azóta széke nincs, szelek nem mennek tőle. A beteg rendkívül elesett, lesóványodott, hőmérséke normalis, pulsusa kissé szaporább, erőteljes. A has meteoristikus, mindenütt hasfali feszülés, nyomási érzékenység. A diagnosis: peritonitis. A műtét alatt kitűnik, hogy a pyloruson egy infiltratio van jelen, a mely a közepén átfuródott. Miután a peritonitis miatt a perforatio összevarrása czéltalannak látszott, szerző a pylorust resecálta és a duodenum és a gyomorcsont hátsó fala között anastomosist képezett. Draincső a Douglasba. A szövettani lelet gyomorrákot állapított meg. A műtét után a beteg gyomorpanaszai elmúltak, összeszedte magát úgy, hogy pár kilóval meghízott. A gyomorráknak átfuródása általában a ritkábban észlelt műtéti leletekhez tartozik, aminek oka valószínűleg az, hogy a rákos gyomor chemismusa megváltozván, a szabad sósav hiányzik és így ennek emésztő hatása nem jut érvényre (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 25. szám.)

Iffj. Háhn Dezső dr.

### Ideg- és elme-kórtan.

**Az álomassimilatióról** közöl megfigyeléseket *Kollarits Jenő*. Három fajtáját ismeri ennek a jelenségnek. Előfordul, hogy külső benyomás szövődik össze az álom képeivel. Mások az egyik kép lassan alakul át mássá, és néha két képzeleti képből lesz egyetlen egység. A külső benyomás csak akkor assimilálódik az álomképpel, a mikor az alvás nem mély, a mit a lélegzés mélységének csökkenéséből, az arcjátékról, mozgásokról lehet megítélni. Arról, hogy az alvó ember mellett mondott szók belekerülnek az álomba, felvilágosítást kapunk, a mikor felébred és elmondja látomásait, de van olyan külső benyomás is, a mi az álomban részt vesz, a nélkül, hogy a felébredéskor tudnánk róla. A szerző kísérleteiben megessett például, hogy az alvó a kísérletező kérdésére igenlően bólintott fejével, sőt egy esetben egy dal végső sorát alva a kísérletezővel énekelte és mindkét esetben közvetlen ezután felébredve, nem emlékezett semmire, még pedig sem rögtön ébredés után, sem további kérdezősködéskor. Az alvó testtartása csak akkor megy át az álomba, ha szokatlan. A kísérletező czeruzát vett a kezébe, mintha azzal írni akarna és egy pár pillanatra elszundított és egymásután olyan álomképek merültek fel, a melyben a szereplő jobb kezével tett valami mozdulatot. Azt lehetne felvenni, hogy ez azért történt, mert az a gondolat foglalkoztatta, hogy ilyen álma lesz. De ez ellen szól, hogy avval az akarattal aludt el, hogy álmában írni fog, de ez egyetlen egyszer sem vált be, hanem részben idegen kezeket látott, melyek sokszor az írástól egészen elütő mozdulatot végeztek, például az egyik rajzot mutat, a másik puskát süt el, a harmadik kezében tart valami tárgyat, a negyedik asztalra támaszkodik. A mint a kísérletet többször ismételtük és a czeruzatartás megszokott lesz, többé nem okoz álomképet. Ezek a külső benyomások néha olyan idegenül állanak az álom többi képe között, hogy szinte mint idegen testek ékelődnek be, megzavarják a történet

lefolyását, mint ahogy a folyóba dobott kő egy időre hullamossá teszi a sima vizet. A meztelen álmok és a szűk folyosók nem Freud szerint magyarázhatók, hanem úgy, hogy az alvó felületes alvásban tudomást szerez öltözethiányáról és a második esetben becsavarodik takarójába. Néha egész series ilyen kép követi egymást vég nélkül, mindig ugyanazokat a helyzeteket ismételve. Érdekes az olyan álomassimilálás, a mikor két képzelt kép lesz egygyé. Ha ezeket összehasonlítjuk az éber állapot képzetassimilációival, azt a különbséget találjuk, hogy ébren csak olyan képzetek folynak egybe egészséges emberen, a melyek legalább egyes részeikben egyenlők, például két egymáshoz többé-kevésbé hasonló, régebben látott ember emlékképét nem tudjuk megkülönböztetni. Az álomban azonban az *ítélőképesség sajátságos csorbulása következtében* előfordul, hogy két kép összefolyik, a mikor alig van közös vonása, például egy asszonynak szőke haj helyett oroszlánsörény van a fején, vagy a svájci völgy közepén a kis Landwasser helyén a Duna folyik. Így magyarázhatók azok a furcsa esetek, a mikor az álmodó Budapesten a Dorottya-utczában vél járni-kelni és felébredve megállapítja, hogy a látott utca inkább Kairóban lehetett volna, vagy a mikor az álmodó valamelyik jóbarátjával vél társalogni és felébredve észreveszi, hogy az álomkép külseje teljesen más volt, mint a valóságban. Az álomban bármí, a mi két képet egyszerre hoz a tudatba, már egyesítheti a kettőt, sőt egy személynévnek vagy városnévnek előtölulása, ha egy időben történik, egy azoktól teljesen idegen személy vagy más város képzeleti képével elég arra, hogy a kettőből egységes kép legyen. (Journal für Psychologie und Neurologie, 1918, 23. kötet.) *Autoreferatum.*

### Bőrkiórtan.

A kézhát kemény, traumás oedemájáról ír K. Stromeier. Rendszerint tompa ütés következtében, hetekkel a sérülés után megduzzad a kézhát. A duzzanat fájdalmas, kemény tapintatú, az ujjbenyomatokat nem tartja meg. A bőr kékes, szederjes, hideg, gyakran pörkkel fedett. Gyuladással tünetek hiányzanak. Az oedema a kéz tenyéri részén nem észlelhető. Az ujjak működése vagy teljesen, vagy csak részlegesen hiányzik, a hüvelykujj mozgása rendszerint megmarad. A kézháton előforduló ezen elváltozás műviileg is előidézhető annak gyakori ütögetésével. A betegség lényege a vér- és nyirokerekek elváltozásában keresendő; a trauma lobos elváltozását idézi elő a vér-, illetve nyirokerekeknek, a minek következtében pangás, táplálkozási zavarok és végül a kötőszövet megszaporodása és heges elváltozása jön létre. Ezen súlyos szövetelváltozások csekély trauma következtében a fasciának a kéz- és lábháton található sajátságos anatómiai berendezéséből magyarázhatók. Már normalis viszonyok mellett is megnehezített a spatium dorsale manus és a subfascialis ür közötti nyirokkeringés. Csekély traumás behatás a kéz- és lábháton annak pangását idézi elő. A fascia felhasítása vezethet gyúgyuláshoz, esetleg a kérges szövetrészek, hegek eltávolítása. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 21. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat,** 1918, 31. szám. *Finály György:* Szívlövés, szívfeltárási esete. *Ifj. Háhn Dezső:* Adatok a véredénysérülések casuistikájához.

**Budapesti orvosi ujság,** 1918, 32. szám. *Mező Béla:* A prostata atrophijáról. *Zsakó István:* A csarnokvíz szerepe a pupilla változásainál a hulla-szemben.

**Orvosok lapja,** 1918, 27—28. szám. *Hoffmann Géza:* A házalulandók kötelező orvosi vizsgálata.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király *Tanárky Árpád* dr.-nak, a szegszárdi Ferencz-kórház igazgató-főorvosának a III. osztályú vaskoronarendet adományozta.

**Kinevezés.** *Györgyi Sándor* dr.-t a háromszékmegyei „Málnás-füldő” igazgató-főorvosává, *Weinberger József* dr. királyhelmecezi járási tisztiorvost tb. vármegyei főorvossá nevezték ki.

**Hírek külföldről.** Németországban az állkapcsi sebesültek központi kezelőhelye a Düsseldorfban *Bruhn* tanár vezetése alatt álló hadikórház. Magánadakozásból olyan összeg gyűlt össze, hogy a kórház fennállása a háború után is biztosítva van s belőle központi stomatológiai gyógyító-, tanító- és kutató-intézetet fognak fejleszteni. — Az ismert darmstadti *Merck*-féle kémiai gyár 250. évfordulóját ünnepelte annak, hogy azt a gyógyszerárt alapították, a melyből a múlt század első felében a mai virágzó kémiai gyár fejlődött. Ma a gyártelep 300 épületből áll és 2200 embert foglalkoztat.

**Személyi hírek külföldről.** Az erlangeni anatómus, *L. Gerlach* tanár, nyugalmába vonul. — *W. Libensky* dr., a belorvostan magántanára a prágai cseh egyetemen, rendk. tanár lett. — A zürichi egyetem sebészeti tanszékére, mely *Sauerbruch* tanárnak a müncheni egyetemre való átköltözésével üresedett meg, *P. Clairmont* bécsi czimz. rendk. tanárt nevezték ki. — A würzburgi egyetemen szervezett orthopaediai rendk. tanszékre *K. Post* dr. nürnbergi szakorvos nevezték ki. — *Zuntz* tanár, az ismert berlini physiologus, 50 éves orvosdoktori jubileumát ünnepelte.

**Meghalt.** *Irsay Artur* dr. udvari tanácsos, egyet. czimz. rendk. tanár, a Duna jobbparti közkórházak igazgatója, augusztus 5.-én 63 éves korában. *Irsay* dr. évekig volt néhai *Korányi Frigyes* tanár tanársegéde, azután 1886-ban, mint specialista a gégeészetre adta magát, az orr- és gégetükrözés magántanára lett a budapesti egyetemen. 1891-ben a székesfővárosi Szent János-kórház gégeészeti osztályának rendelő orvosává nevezték ki. 1897-ben a király az egyetemi rendk. tanári czimmmel ruházta fel. Ugyanazon évben a Szent Margit-kórház főorvosa lett. 1912-ben reábizták a Duna jobbparti közkórházak igazgatóságát. 1906-ban magyar nemességet, 1917-ben udvari tanácsosi czímet kapott. *Irsay* dr. irodalmi működése számottevő s leginkább a belorvostanra és a gégebetegségekre vonatkozik. Halálát hosszas betegség előzte meg. *Irsay* dr. kartársai, barátai, ismerősei, betegek körében nagy tiszteletnek örvendett s halála mély részvétet keltett mindenfelé. Áldás emlékére! — *Bierbauer Viktor* dr., Székesfehérvár városi tisztifőorvosa, 62 éves korában. — *Félegyházi Ernő* dr. losonczi kórházi igazgató-főorvos július 24.-én. — *Nemes Áron* dr. városi orvos Nagyváradon aug. 3.-án 53 éves korában. — *Barna Andor* dr., segédorvos, 29 éves korában, a harcúterén. — *H. Berenberg-Gossler* dr., cz. rendk. tanár (Freiburg, anatómia) a nyugati harcúterén.

## Fővárosi Fásor Sanatorium

vegyi-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma.

Budapest, VII., Városligeti fásor 9.

Telefon: József 15—26.

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

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

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forrójégkészülékek, frigortherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

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

**DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete** VIII., Máriatervező 34.

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

**Dr. SZEGŐ-féle ORVOSI DAJKAVIZSGÁLÓ és ELHELVEZŐ INTÉZET.** Telefon: 93—22. Tulajdonos: Dr. Weisz Henrik orvos. Budapest, VII., Szív-u. 69, I. em.

**D<sup>R</sup> Réh** Elektromagneses gyógyintézete, VII., Városligeti fásor 15. sz. Az összes modern villamos gyógyászati eszközök. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — benuulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

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

**TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.** Diéta-physikalís magastati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (czukor-baj, közsvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére. Fogyasztó- és hízaló kúrák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

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

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

**Hüvösvölgyi Park Sanatorium** Klimatikus, physicalis és diéta gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. \* Villamos megálló. \* Telefon: 145—90. Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegnek üdülni és rekonvalescenseknek. \* Hízó-kúra.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (III. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.) 432–433. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.)

Elnök: Verebély Tibor. Jegyző: Mutschbacher Béla.  
(Folytatás.)

## 2. Endothelioma durae matris.

Ollé Imre: P. J. 39 éves beteg előadja, hogy 1915 elején kocsiról lezuhanva, homlokára esett. Ezen idő óta bal homlok-dudora fájdalommal nőni kezd. Egy év óta áll orvosi gyógykezelés alatt, miközben daganatja igen lassan, de fokozatosan tovább növekedik. Felvételekor bal homlok-dudora két cm.-nyire elődomborodó. A daganat csontkemény, környezetéből határ nélkül növekedik előre, felette a bőr redőbe emelhető, egészséges. A beteg lueszt tagad. Wassermann negatív. Semmi agy-tünet, fájdalom vagy látás-zavar nincs, a szemfenékek épek. Három heti megfigyelés után a daganat közepe további növekedés mellett puhulást kezd mutatni. Röntgen-vizsgálat e helyen a koponyacsont ritkulását jelzi körülbelül 2-koronányi terjedelemben. Műtét április hó 21.-én narcosisban. A daganattól egy-egy harántujjnyira ejtett metszéssel a csontig hatoló, az orbitaszél felé lebenyezett ellipsis-alakú lebenyt készít. A tumor határán próbafúrást végezve, nem durára, hanem lágy daganatra jutnak, miért is Borchardt-fraise-zel Wagner-lebenyt fűrészelnek ki a koponyából. A mögötte levő daganat férfikölnyi, a homlokagyvelővel és csonttal összenőtt. Részbeni kiemelése után az agyvelő részéről óriási vérzés indul meg, mely miatt a műtétet meg kell szakítani. Az üreget 30 méter hosszú, 5 cm. széles jodoformgaze-zal tamponálják és a bőrlebens helyére visszavarrják. A daganattal összefüggő csontrészek eltávolítása alkalmát a homloküreget is megnyílik. A beteg infusio, digalen, kámfor, coffein, oxygen-belégzés alkalmazása ellenére is csak a műtét utáni harmadik napon tér eszméletre. Az orrból a sinus frontalisra keresztül jodoform-szagú liquor ürül. A kórlefolyás zavartalan, az erőbeli állapot gyorsan javul, miért is a műtét utáni 10. napon a tamponálás céljából behelyezett jodoform-gaze és a bennhagyott daganatrészek eltávolítása céljából a sebet újból kinyitják. Okulva azon tapasztalatokon, melyeket mások, így Taylor közölt, ki 6 endotheliomás betege közül 3-at a műtőasztalon való elvérzés következtében vesztett el, továbbá figyelembe véve azt a körülményt, hogy a beteg sinus frontalisra nyitva van, újból elállnak a seb végleges ellátásától s az erősen vérző, az agyállomány előnyomulása által megkisebbedett üreget újból jodoformgaze-zal tamponálva, a sebet bevarrják.

Június hó 18.-án, vagyis 49 nap múlva újlagos műtét a jodoform-tampon, a bennmaradt daganat-részletek eltávolítása s az üreg kitöltése céljából. A jodoform-tamponnak ilyen hosszú bennhagyása a zárt üregben azáltal vált lehetségessé, hogy a képződő sebváladék a sinus frontalisra keresztül az orrüreg felé állandó lefolyást talált. A sebet kinyitva, a tampon úgy az agy, mint a lágyrészelebens felé erősen lenőve, élénken granuláló üregben találják. A vérzés kistokú, úgy, hogy a hátralékos daganatrészletek, melyek a falon keresztül a tulsó oldali frontalis lebenybe is benőnek, kényelmesen eltávolíthatók. Az üreget a farpofából vett zsírlebensnyel kitöltve, a lebenyt helyére visszavarrják. A sebgyógyulás teljesen zavartalan. A liquor-folyás az orron keresztül még körülbelül 5 hétig tart. Jelenleg az 54 négyzetcentiméternyi csonthiány helye kissé besüppedt, pseudofluctuatiót mutat s enyhén pulzál. A csontdefectus a beteg közérzetében semmi zavart sem okoz, sem fejfájása, sem szédülése nincs, még mély lehajlaskor sem; a csontos elzárást épp ezért egyelőre nem is veszik tervbe, mert a daganat területe a recidiva szempontjából ilyen módon szemmel tartható és a sugaras therapiának is hozzáférhetőbb. Tekintettel az ilyen endothelioma eseteiben elért kedvező eredményekre (Horsley 8 esete közül 7 három év múltán

is recidivamentes), bizton remélik, hogy a beteg a daganat nagy kiterjedtségének ellenére is a véglegesen gyógyultak arányszámát fogja növelni.

## 3. Osteoma intracraniale ossis sphenoidalis.

Ollé Imre: K. S. 21 éves férfibeteg felvétele előtt négy hónappal vette észre, hogy szengolyója kifelé dülled s jobb szemének látása romlik. Grósz tanár klinikáját felkeresve, a következő lelettel küldék át műtét céljából: Látás jobb szemén  $\frac{5}{30}$ , bal szemén  $\frac{5}{7}$ , protrusio et dislocatio bulbi, jobb szemfenéken igen nagyfokú gyűjtőeres pangás, neuritis nervi optici in atrophiam vergens. A lefelé és kifelé tolt szemteke mögött csontkemény, sima falú daganat határvonalai tapinthatók. A beteget megröntgenezve, a jobb homloktájon lúdtójasnyi dudoros csontdaganat látható, mely hátrafelé majdnem a sella turcica-ig terjed, lefelé a szemüreget tölti ki, befelé pedig a középvonalat körülbelül 1 cm.-rel túlhaladja. Műtét általános bódításban február hó 7.-én. Felfelé lebenyezett U-alakú Wagner-lebenyt készítenek, mely a jobb betekintetőség céljából a felső, a szengödri csontszélt magában foglalja (Krause szerint). A lebeny készítése közben megnyílik a sinus frontalis, melyből sűrű sárgás-zöldes turha ömlik. A lebeny kitörése után előttük fekszik a dudoros karéjozottságú kőkemény daganat, mely a durát felfelé és hátrafelé maga előtt tolja, róla könnyen leválasztható. Rendkívüli keménysége miatt feldarabolása nagy nehézségbe ütközik, ezért egy darabban a 9 mm. vastag csontszélre támaszkodó elevatoriumokkal szakítják le az alapjáról. Nagysága  $5\frac{1}{2} \times 6 \times 6\frac{3}{4}$  cm. A visszamaradt üreget szemügre véve látjuk, hogy a daganat az os sphaenoidale nagy szárnyának elülső széléből gombamódra nőtt ki, s a szemüreg felső csontos falát, a sinus frontalis hátulsó falát selyempapír vékonyaságra sorvasztotta. A visszamaradt üreg helyét az előnyomuló dura majdnem teljesen kitölti. A lebenyt visszahelyezve, a visszamaradt, körülbelül 2 cm. mély üreget jodoform-csíkkal tamponálják. A beteg a homloküregeből eredő fertőzés következtében egy hétig lázas ( $38^{\circ}6'$ ), a sebüregeből zöldes-sárga nyálkás váladék ömlik egy héten keresztül. A sebüreg feltisztulása és kitelődése után a tamponálást a harmadik hét elején megszüntetik. Az orron keresztül három héten véres savó ömlik. A lebeny jelenleg kissé behűződött, a szomszédos csontokra jól támaszkodik. Az exophthalmus megszűnt, a szemmozgások teljesen szabadok, a bulbus állása normalis. A jobb szemfenéken a venosus hyperaemia megszűnt, a látás  $\frac{5}{50}$  s javulása nem is várható, kifejezett szemidegsorvadásról lévén szó. A közérzet épp úgy, mint a műtét előtt, kifogástalanul jó.

A bemutató az utóbbi két esetből kifolyólag felhívja a figyelmet, hogy mily csodálatos nagyságra nőhetnek meg a homloktáji intracranialis daganatok anélkül, hogy agytüneteket okoznának. A koponya feltárasakor a sinus frontalis megnyitása nem kerülhető el, a mi nemcsak a műtét alkalmával, de még később is szövödményekre vezethet. Így például Eiselsberg esete a kórházból való távozása utáni hetedik héten halt meg náthából eredő meningitisben. A betegek szemmel tartása, illetve a kórházban való visszatartása a liquor-folyás megszűnte után még hosszabb ideig indokolt és szükséges.

Ranschburg Pál: A sebész szavaihoz nem óhajt hosszabb psychophysiologiás fejtegetéseket hozzáfűzni a homlok-agy sokat vitatott élettani jelentőségéről. Ellenben nem mulaszthatja el újból utalni arra, hogy az elülső homlokagy, az intelligentiának állítólagos központja, a sebész számára — tapasztalásai szerint — az agynak legindifferensebb területe, feltéve, hogy csakis az egyik hemisphaeráról, csak a jobbról vagy csak a balról van szó. Állításait főleg azon esetekre alapítja, melyeket legalább is hónapokig észlelt és elmentanilag is behatóan vizsgált. Egy ilyen féléven át behatóan észlelt és vizsgált esetet Verebély klinikájáról, melyben a jobb oldali homlokagy úgyszólván teljesen elpusztult, a be-

mutató 1915-ben az Orvosi Hetilap-ban részletesen közölt. Egy másik hasonló, ugyancsak féleven át észlelt esetet az idegkórtani szakosztályban nemrégiben mutatott be. Ezekon kívül is egész sorozat homlokagy-esetet észlelt, de minőleges defectusokat az értelmiségben egyáltalán képtelen volt kimutatni, hacsak baloldali bántalom esetén a pusztulás nem terjedt hátra a beszélő központra is. Számos esetben a homlokagy bántalmainál a kóros elmetüneteket és defectusokat nem a homlokagy pusztulása, de az agygyomlás okozza, melynek megszűnésével (műtét) a defectusok vagy kedélyzavarok is eltűnnek.

A bemutatott két esetre vonatkozólag a maga részéről a következőket kell megemlítenie:

Az operált százados a műtét után a fokozott irritabilitás jeleit mutatja, anélkül azonban, hogy bármikor állásához és értelmiségéhez nem méltó viselkedésre vagy tettlegességre ragadtatta volna magát. Fennáll ezenkívül hajlam a fejfájásra, mely huzamosabb szellemi munka esetén őt koncentrált figyelésben néha zavarja. A mi magát az értelmiséget illeti, az az iskolafokoknak, melyekig eljutott és a posztionnak, melyet a magánéletben és a katonaságnál mint posta- és távirtdai építésvezető, illetve osztagparancsnok elért, legalább is megfelel. Élettörténetét s ennek keretében háborús élményeit és impressióit terjedelmes kötetben igen ügyesen írta meg. Idegen nyelvekben való mérsékelt tudását ma is teljességgel bírja és értékesíti. Anyanyelve körében szöbősége elsősorú. Elméje legalább is átlagosan jól működik olyan területeken is, melyek voltaképpen hivatásától távolabb esnek. Bir bizonyos általános tájékozottsággal a zene körében, ügyesen rajzol és fest fantáziából kombinált iparművészeti mintákat, minden téren szabatosan és kifogástalan szöbőséggel tudja magát kifejezni szóval és írásban. A mi az emlékezetét illeti, az a régmúltakra ugyanúgy, mint a legfrissebb benyomásokra minden téren kifogástalannak látszik, akár észlelés, akár elemzés, akár kísérletek útján vizsgáljuk. Reproductiójának gyorsasága és korának megfelelő számoló-képessége jó s olyan tereken is, a hol régóta nem működött, csakhamar helyén találja magát. Alkalmazott egyeneteket több ismeretlennel, melyekben láthatólag teljesen gyakorlatlan, csakhamar kifogástalanul old meg, midőn is főleg a felállítás rapid gyorsasággal történik. Akaratában, a motívumok között való választásban, döntésben, cselekvésben, önmaga felett való uralmában semmi kóros sem mutatható ki; sem nem befolyásolható túlságosan, sem nem makacs. A műtét óta lefolyt 11 hónap alatt a beteg állandóan a bemutató észlelése és vizsgálata alatt állott.

Tehát az, hogy *bal homlok-agyának túlnyomó részét, annak legalább is úgynevezett polusát* csaknem hátra a központ előtti tekervényig a daganat elpusztította, *az egyén elméjében* — némi fokozott irritabilitást és fejfájásra hajlamot leszámítva — *kóros változást, intelligenciás defectust nem okozott*, sem pedig a jobb kéz tremorján kívül neurologiás változásokat elő nem idézett. Hogy a tartós szellemi foglalkozást s az élet küzdelmeit hogyan fogja bírni, az még ugyan nincs, eldöntve de itt is inkább mennyileges hiányról, mint sajátképpen kiesésekről lehet szó.

A másik, 21 éves, törpenövésű egyéne a csontkemény daganat az egész elülső koponyagödröt kitöltötte, ilyképpen legalább is 4 hónapon, de valószínű, hogy jóval hosszabb időn át kiméltlenül összepréselte a praefrontális lebenyt, melyet a nyomás közvetlenül ért. El sem képzelhető, hogy ez alatt e lebeny neuronjai túlnyomó részben elfajulásnak ne indultak volna. Ennek daczára, amellet, hogy sensibilitási,

motoros, trophiás és reflexes változások, statikai, egyensúlyi, összerendezési stb. zavarok teljességgel hiányoztak, a beteg elméje a műtét előtt történt vizsgálatkor teljesen normalis volt, értelmileg a legcsekélyebb kiesés sem volt megállapítható. A műtét óta rajta végzett beható észlelés és vizsgálat is az egyént úgy neurologiai, mint elmebeli tekintette mindenemű minőleges defectustól mentesnek találta.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

8166/918. szám.

A 60 ágyra berendezett városi közkórháznál elhalálozás folytán megüresedett, a X. fizetési osztály szerint 2000 korona kezdő fizetéssel, 630 korona lakáspénzzel javadalmazott **igazgató-főorvosi állásra** Nógrádvármegye alispánjának 10271/918. szám alatt kelt felhatalmazása alapján pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, származásukat, magyar honosságukat és eddigi működésüket igazoló okmányokkal szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **folyó évi és hó 25-éig** annyival inkább nyújtsák be, mivel az elkészen érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

A közkórházi igazgató-főorvos magánygyakorlatot folytatni jogosult. Műtő-orvosok a pályázat elbírálásánál előnyben részesülnek. Losoncz, 1918 augusztus hó 3.-án.

A kir. tan. polgármester.

## Diplomás orvosnő

több évi kórházi és sanatoriumi gyakorlattal, keres jó jövedelmű **állandó alkalmazást.**

Ajánlatok „Állandó” jellegre Györy-Nagy hirdetési irodájába, VII., Kertész-utca 16. kéretnek.

## Helyettesítésre vállalkozom

**Budapestben vagy szebb vidéken négy hétre, szeptember hónapban.**

„Diplomás orvos” jelige alatt a „Petőfi” irodalmi vállalathoz, VII., Kertész-utca 16.

## Röntgen-készülék

45 cm. inductorral, wehnelt- és gázmezsakítással **olesón eladó.**

Mehmed szultán-út 13. II. 4. Telefon: József 102—88.

## Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

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

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

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

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

## PROVIDOFORM Prof. BECHHOLD szerint.

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

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

**sokkal jobb és ilesőbb a jodnál.**

— Irodalom rendelkezésre. —

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

Verlagsbuchhandlung  
Hermann Meuser, Berlin W57.

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

94 oldal, 6 ábrával a szövegben.

Vászonba kötve.

Ára M 4.60.

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

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

Iff. Paul Unna.

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

ODELGA MAGYAR GYÓGYTECHNIKAI IPAR R.-T.

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

Ezelőtt: Odelga J.

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t.

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

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

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

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

**Családi otthona**

A magy. kir. belügyminister által engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

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

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



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLESEK.

**Láng Adolf:** Közlemény a trienti cs. és kir. II. számú várkórházból. (Parancsnok: Grünfeld Viktor dr., törzsorvos.) A csípőizület lősérüléseinek kezeléséről. 435. lap.

**Borszék Károly:** Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő-gyógyintézetéből. A koponyasérülések következményeinek és késői szövődéseinek sebészeti kezelése. 438. lap.

**Fischer Imre:** Tapasztalatok 100 operált peripheriás idegsérülés kapcsán. 439. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle. Belorvostan. Schrupf:* A syphilis okozta belső betegségek gyakorisága. — *Sebészet. R. Klapp:* A mély antisepsis terén szerzett tapasztalatok. — *J. Philipovicz:* A vérző gyomorfekély kombinált sebészeti és belső kezelése. — *Jehn:* Alacsony és magas nyomással végzett műtét-k alkalmával tett tapasztalatok. — *Venerás betegségek. J. Odstrčil:* A jodgőzök provokációs hatásáról a gonorrhoea gyógyulásának megítélésében. — *Lanter:* Az anya táplálkozásának befolyása a magzat fejlődésére. 442–443. lap.  
*Magyar orvosi irodalom.* 443. lap.  
*Vegyes hírek.* 443. lap.  
*Tudományos Társulatok.* 444. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a trienti cs. és kir. II. számú várkórházból.  
(Parancsnok: Grünfeld Viktor dr., törzsorvos.)

## A csípőizület lősérüléseinek kezeléséről.\*

Irta: Láng Adolf dr., műtőorvos, a sebészeti osztály orvosfőnöke.

A rendelkezésemre álló háborús sebészeti irodalom áttanulmányozása arról győzött meg, hogy a súlyos csípőizületi sérülések kezelésmódja nem egységes. A conservatív irány képviselői amaz állásponton állanak, hogy a műtėti beavatkozás csak akkor megokolt, ha az infectio következtében a csípőizületben létrejött gyuladás oly fokú roncsolást idézett elő, hogy a conservatív gyógyítási eljárásokkal a restitutio már el nem érhető, és ha valamely műtėti beavatkozás szükséges is, az csak oly fokú legyen, hogy általa a csípőizület anatómiai felépítése ne sokat szenvedjen.

Az activ beavatkozást sürgető sebészek nem elégszenek meg — a rossz tapasztalatok alapján — a conservatív kezeléssel, hanem a törési hely tág feltárásával a szabadon fekvő csontrészek, esetleg a czombfej eltávolításával igyekeznek az izületben lejátszódó infectiosus folyamaton úrrá lenni. Az első csoportba tartozó szerzők a műtétes beavatkozás után beálló rossz functionális eredménnyel érvelnek, míg a másik táborhoz tartozó sebészek inkább hajlandók a csípőizület functionális zavarait eltűnni, mint a másodlagos acut csípőizületi genyedés után sokszor kiszámíthatatlan és azután irreparabilis következményeket kivárni.

A csípőizület lősérüléseinek gyógykezelésére irányuló feltűnő véleménykülönbség oka, hogy a sebesülteket a két csoportba tartozó sebészek különböző körülmények között és különböző időben látják. A conservatív irányhoz tartozók kezei közé a betegek rendszerint a sérülés után hosszú idő múlva jutnak. Ama sebesültek, a kik daczára csípőizületi sérüléseiknek az ország belsejében levő stabil kórházakat elérték, a bacteriumok virulentiájának csekélyebb fokáról már bizonyosságot tettek, mert daczára csípőizületi sérülésüknek, az ország belsejébe eljutottak.

Goebelen a balkán-háborúban szerzett tapasztalatai alapján arra a következtetésre jut, hogy a csípőizületi lövések gyógykezelése sokkal eredményesebb lehetett volna — 60% halálozás —, ha a fejet eltávolították volna és emellett megjegyzi, hogy bár a löcsatorna a geny lefolyásának gyakran

elegendő teret biztosít, a czombfej mégis anélkül, hogy magasabb hőmérsékletek jelentkeznének, necrotizálódik.

Gundermann a giesseni klinikának 14 esetéről számol be, melyek közül kettő halálosan végződött. Tizenegy operált betegén a czombcsont feje távolított el; egy esetében a czombnyak tangentialis sérülése után a fej necrosis következett be. Hahn (Prof. Hotz, Freiburg) a conservatív állápontra helyezkedik, mert a fej exstirpációja lényeges rövidülést von maga után. Payer csak a súlyos sepsises esetekben folyamodik a resectióhoz, míg az acut empyema eseteiben incisiókkal hátrafelé drainezést ajánl. Hennes csak egy kicsiny nyíláson át drainezi a csípőizületet, az eltört csontrészeket reponálja és rögzíti. Ezzel ellentétben Vollbrecht és Wieting pasa izületi sérülés eseteiben az egész végtagot amputálja.

A mint látjuk, hét szerző közül öt különböző módon igyekszik a csípőizületi sérülést gyógyulásra bírni, csak Goebelen és Gundermann egyik a gyógykezelésben.

A következőkben egyrészt a budapesti I. számú anatómiai intézetben (Lenhossék tanár) végzett és 1916-ban befejezett vizsgálataim alapján, másrészt a jelen háborúban különböző helyeken megfigyelt és operált nyolcz esetem alapján igyekszem amaz alapelveket vázolni, a melyek szerint járok el a csípőizület lősérülése esetén.<sup>1</sup>

A nyolcz eset történetének kivonata:

1. eset. 35 éves népfelkelő a kórházba való felvétele előtt 14 nappal sebesült meg; jobb alsó végtagja és medenczéje circularis gipszkötésben van. A gipszkötésen nagy betűvel írott „csak hat hét múlva távolítandó el” felírás látható. Hőmérséklet 38,6°, pulsus 100. A gipszkötés szélén geny folyik. A beteg fájdalomról nem panaszkodik, a gipszkötés azonnali eltávolítása után a jobb spina anterior superior fölött pörkkel fedett kis lövési nyílás látható, továbbá mintegy koronányi lövés-nyílás a jobb far tájékán, mely utóbbiból eves, zöldes, sűrűn folyó geny ürül. A csípőizület legcsekélyebb mozgásakor heves fájdalmak. A trochanter major csúcsa a Roser-Nélaton-vonal fölött 3 cm.-nyire áll. A Röntgen a czombnyak szilánkos törését mutatja. Másnap a csípőizület feltárása alalmával a czombnyak szilánkjai az izületi üregben szétszórva találhatók, a czomb fejé büzös genyben úszik, eltávolítása Museux és elevator segítségével könnyen sikerül. A porczboritéka és csontállománya teljesen necrosisos. Láztalan lefolyás. Mintegy két hónapi kezelés után a nagy sebűreg záródik.

2. eset. 28 éves gyalogos elégtelenül rögzített kötéssel a sebesülés után egy hét múlva kerül a kórházba. Hőmérséklet 39°, pulsus 120. A nyelv kissé száraz, nagy fájdalmak a jobb csípőizületben. A czombnyak törésére typosus végtagállás. A belövési nyílás a jobb czomb felső harmadának közepén, kilövési nyílás szabálytalan, koronányi, két harántujnyira jobbra a keresztcsonttól. Mindkét sebből eves geny

\* Előadta részben a trienti tábori orvosgyűlésen 1917 január 13.-án.

<sup>1</sup> Megjegyzés a correctura alkalmával. Időközben újabb két operált esetről számolhatok be, mindkettő teljesen láztalan állapotban az ország belsejébe szállítottatott.

folyik, a kilövési nyílásból csontszilánkok távolíthatók el. Azonnali műtét. A sebcsatorna feltárása után kitérnek, hogy a csombnyak teljesen szét van roncsolva, az ízület pedig gennyel telt. A csomb fejének eltávolítása. A porcz piszkossárga, szigetszerűen necrosisos. A beteg műtét után még egy hétig lázas. Gyógyulás.

3. eset. 30 éves gyalogos 1½ hónappal sebesülése után kórházkiürítés miatt jut osztályomra, tökéletesen rögzítő és jól simuló gipsz-sinnel. Élénken írja le a semiflexiós extensiós kötést, melylyel egy másik kórházban gyógykezelték. A bal csípőtájéék erősen duzzadt, nyomásra a csombnyak magasságában található, egymással szemben fekvő ki- és belövési nyílásokon zöldes bűzös geny folyik. Hőmérsék 38,40, pulsus 100. Röntgen: a csombnyak szilánkos törése. Műtét egy héttel a felvétel után. A csípőizület feltárása Kocher szerint, melyet a lövés-csatorna feltárása követ. A fej az ízületi üregben fekszik, eltávolítása nagyon könnyen sikerül. A fejecss teljesen elhalt, porczborítéka eltűnt. Még egy ideig a műtét után lázas. A gluteusok közötti tályog képződik, melynek bemetszése után láztalaná válik. Gyógyulás.

4. eset. 21 éves honvéd 3 nappal a sérülése után kerül osztályomra. Hőmérséklet 39°, pulsus 130. A bal csípőizület tájéka nagy fokban duzzadt. A kinyújtás rendkívül fájdalmas. A ki- és belövési nyílásból geny folyik. Röntgen: a csombnyak szilánkos törése. Pár órával a felvétel után műtét. A csípőizület feltárása Kocher szerint, a lövés-csatorna feltárása, a csombnyak szilánkjainak eltávolítása. A trochanter major felfelé húzódt; a genyben úszó fejecset eltávolítottam. A porcz borítéka fényét veszítette, sárgásan elszinesedett és alapjáról könnyen leválasztható. A trochanter majorhoz tartozó izmok húzó hatását kiiktatandó, a trochanter levésem, amivel a hátrafelé való drainezést biztosítom. A beteg még hosszabb ideig lázas. Több para-articularis tályog megnyitása válik szükségessé, melyek a gluteusok között fekszenek. Négy hét után az adductorok tájékának nagyfokú fájdalmassága miatt a gipsz-sint, melyben a beteg feküdt, eltávolítottam. Az eltávolítás után a végtagot bahajlítot helyzetben tartja. A pszoa-tályog könnyen felismerhető. Kiürítése a Poupert-szalaggal párhuzamosan futó és felfelé hajló metszéssel történik. A beteg láztalan lesz és három hónap múlva granuláló sebfelülettel más kórházba szállítatik. 1½ év múlva közli teljes felgyógyulását.

5. eset. 22 éves hadnagy. A jobb csípő tájékán elszennvedett sérülés után 3 nappal a következő állapotban jut a kórházba. A jobb csípőizület tájékán genyes lepedékkel fedett, a glutealis izmokig terjedő tenyérnyi nagyságú anyaghány, a seb mélyén a szétromcsolt csombnyak látható. A csípőizület tájékát fedő bőr oedemás. Az ízület active nem mozgatható. A seb feltáratott, számtalan csontszilánk távolítottatott el és a beteget semiflexiós-extensiós kötással látták el. Állandóan 39°-ig terjedő hőmérséklet. Rossz általános állapotok között a sebből bőven ürül a geny. Állandó fájdalmak. Különböző helyeken és különböző időközönként támadt tályogok bemetszéssel nyitattak meg. Ennek dacára állandó magas hőmérséklet. A beteg nagy fokban leromlott. Az osztály átvétele után a csípőizület szélesen feltáratik és teljesen elhalt fejecset eltávolítottam. Az ízületben és környékén nagymennyiségű geny. A fejecss eltávolítása után a váladék feltűnően kevesebb, a nagy sebfelület rohamosan kisebbedik, végül a genyedés megszűnik. A hosszantartó ágybanfekvés miatt rendkívül lesoványodott beteg a tövisnyujtványok és a far tájékán decubitus fejlődik, mely miatt vízgyába fektetjük. Nyolcz hónappal sebesülése után a seb és a decubitus meggyógyult, a hosszantartó genyedés következtében beállott vesebántalom megszűnt, a beteg mankóval tud járni.

6. eset. 22 éves gyalogos, 1917 április 30.-án gyalogsági fegyvergolyótól a jobb csípő tájékán sebesült meg. A sebesült követő napon egy hadosztály egészségügyi intézetében bekötötték, május 2.-án 40°-os lázzal valamely tábori kórházba szállítatik, a hol bemetszéssel az elgenyedt haematomát kiürítették. Mint sürgős műtét beavatkozást igénylő beteget május 9.-én küldték osztályomra a következő állapotban: Hőmérséklet 38,7°, pulsus 120. A beteg nagyon szűk gipsz-nadrágban van, a jobb csomb külső oldalán a felső harmadban a gipszkötéstől okozott decubitus. A jobb trochantertájék fölött, a kereszt-csont közepén s ettől valamivel lateralisán több incisio. A jobb csípőizület active mozgathatatlan, passive rendkívül fájdalmas. A Röntgenkép a csípőizületben levő lövedéket mutat. Az állandóan magas, egész 40°-ig terjedő hőmérséklete miatt május 14.-én aethernarcosisban a trochanter fölött futó sebet meghosszabbítottam és mélyíttem, a mikor kiderül, hogy a csombnyak felső felszíne és a fossa trochanterica szilánkosan törött, valamint a csombnyak felső felszíne necrosisos. A lig. Bertini maradványának átmetszése után a fejecset megfelelő mozdulattal az izvpából kifizsamítottam. A porczboríték elülső alsó segmentumában szigetszerű necrosis, hasonló az elülső oldali epiphysis-vonalban. A lövedék a csípőizületben van, eltávolítása nagyon egyszerű. Az ízületiüregben geny és ruhafoszlanók. A kezdődő fejecss-necrosis miatt, mely a csombnyak sérülésének következménye és az ízületi üreg könnyebb drainezhetése végett a fejecset és a nyakat eltávolítottam. A műtét után semiflexiós extensio és enyhe kifelé rotatio. A hőmérséklet remissiókkal 40°-ig marad. Május 21.-én a csomb hajlító felszínén egy tályogot üríttek ki. A szilánkosan törött fossa trochanterica necrosisos. Május 25.-én a tovahaladó necrosis miatt a trochanter resectiója. A beavatkozás után a hőmérséklet leesik és a seb tisztul. A decubitus miatt a beteget vízgyába helyeztük. Láztalan és a javulás útján volt, a midőn helyhiány miatt a kórházból más kórházba kellett átváltatnom.

7. eset. 22 éves beteg. 1917 június 11.-én a jobb csípő tájékán sebesült meg. Egy egészségügyi intézetben a bennmaradt lövedéket igyekeztek eltávolítani, de eredménytelenül. A beteg a következő jelenállapottal kerül osztályomra: A jobb spina anterior superior alatt a csomb elülső oldalán körülbelül 12 cm. hosszant futó bemetszési seb. A trochanter csúcsa a Roser-Nélaton-vonal fölött 3 cm.-nyire. A végtag megrövidült és kifelé rotált. A csípőizület be van hajlítva, active nem mozgatható. A passiv mozgás megkísérlése alkalmával heves fájdalmak. Kisugárzó fájdalmak a térdizületben. Hőmérséklet 37,2°, pulsus 100. Röntgen-lelet: ferdén haladó törés a csombnyakon. A törési vonal a fossa trochantericától az epiphysis-vonalig fut. A fejecss az ízületben maradt, a csombcsont felfelé csúszott. Aether-narcosisban Kocher szerint az ízület feltárása; a lig. Bertini bemetszése után az üregből sok geny ürül. A lig. Bertini csontszilánkok által van felnyársalva. Museux-vel és elevatoriummal a 3 részre széthasadt csomb-fejecset eltávolítottuk. A lövedéket az ízületi üregből kiveszem, drainage, extensio semiflexióval. A beteg láztalan, 1917 október 29.-én a végtag 6 cm.-nyi rövidülésével, sarjadzó sebfelülettel az ország belsejébe szállítottattott.

8. eset. 27 éves főhadnagy. 1918 február 19.-én gránátszilánktól sebesült meg és február 21.-én a következő jelenállapottal vétetik fel: A jobb trochanter major fölött, tőle lateralisán mintegy ötkoronányi mélyedéses seb, melynek környéke duzzadt és fájdalmas. A csípőizület szabad. Az activ és passiv mozgathatóság nem korlátolt. Rövidülés nincs. Egy hosszant futó metszéssel a seb feltáratik, a löcsatorna a gluteusok között vezet, melyek rostjai között egy üregben szétromgyolt izom, ruha- és papirdarabok vannak. Ezeknek eltávolítása után a gluteus maximus alatt a legmélyebb ponton az üreget drainezzzük. Állandó magas hőmérséklet, nagyfokú váladékképződés, a mely miatt kötés nélküli kezelés. A Röntgen-kép normalis viszonyokat mutat, egy draincső árnyéka a csombnyak és a fejecss fölött fut. A kötés nélküli kezelésre a hőmérsékletek subfebrilisek. Március 26.-án a beteg nagy fájdalmakról panaszkodik, mely fájdalmak a csomb felső harmadára lokalizáltak; a végtagot erős hajlításban és befelé rotatíóban tartja. A csípőizület active mozgathatatlan, passiv mozgáskor nagy fájdalmak. Rázóhideg, hőmérséklet 40 fok, a bal térdizület duzzadt és fájdalmas. Ballotement. A punctio által a térdizületből kiürített mintegy 50 cm<sup>3</sup>-nyi exsudatum bacteriologiai vizsgálata staphylococcus eredményez, a kiürített exsudatum helyett 4 cm<sup>3</sup> Chlumsky-folyadékot fecskendezünk be. A Röntgen-felvétel chloraethyl-bódulatban (draincső nélkül) a csombfejecss szilánkozottságát, valamint egy, legnagyobb valószínűség szerint paraarticularisan fekvő gránátszilánkot mutat. Április 1.-én Billroth-keverék-narcosisban az eredeti bemetszési seb mélyítése után kitérnek, hogy az ízület nyitva van és a fejecss érdes. Extrem extensióval és rotatíóval a fejecset az ízületből kifizsamítottam. Az ízület szétromcsolt szövettel és csontrészekkel van kitöltve. A fejecss porczborítéka eltűnt, állománya necrosisos, maga a fejecss erősen kisebbedett és porosus. A fejecss resectiója. A paraarticularis szövetből a gránátszilánkot eltávolítottam, majd semiflexióval és extensióval az ízületet nyitva hagyom. A műtét után a hőmérséklet 38,5°-ra esik és az általános állapot jelentékenyen javul. A bal térdizület fájdalmassága megszűnik, azonban még duzzadt. Április 10.-én már csak néhány cm<sup>3</sup> zavaros folyadék szívható ki az ízületből, a hova újból 4 cm<sup>3</sup>-nyi Chlumsky-folyadékot fecskendezünk. A folyadék bacteriologiai vizsgálata ez alkalommal streptococcusokat mutat. Négy nap múlva rázóhideg, anélkül, hogy új metastasis lenne kimutatható. A seb lepedékes, granulatióra való hajlandóság nélkül. A nyelv száraz, általános közérzés rossz, a sepsis typosus képe. A vér bacteriologiai vizsgálata streptococcust eredményez. Három nap múlva exitus.

A békében elszennvedett csombnyak-fracturák után létrejövő pseudarthrosok, valamint a csombnyak eltűnése, melyek a fracturákat oly gyakran kísérik, a csombnyak táplálkozási viszonyainak tanulmányozására készítették.<sup>2</sup> A csombnyak rossz gyógyulási tendenciája régóta ismert. Astley Cooper szerint a csombnyakfracturák azért nem gyógyulnak, mert a törés alkalmával a periosteumot pótló tokszalag, mely a tápláló véreket szolgáltatja, szétszakadt. A lig. teres-ből jövő erek a fej táplálására nem elégségesek és a periosteum hiánya miatt a callus helyett kötőszövet képződik. Kocher Cooper véleményét nagyjában elfogadja és klinikai, valamint operatív vizsgálatai alapján megbizonyítottan látja, hogy a törésvégék között a csombnyakfractura után hónapokon keresztül callus nem képződik. Senn és Langer kimutatták, hogy a lig. teres a későbbi időkben obliterálódik és az állizületképződés oka a véretek sérülése.

Lexer 1904-ben megjelent munkájában a csontok véreinek tanulmányozását teszi vizsgálat tárgyává, de sajnos, a felnöttek csombnyakának vérrellátására vonatkozó adatok nélkül. Ezért tartottam vizsgálataimat emez irányban annál inkább szükségesnek, mert az állizuletek létrejövetelének

<sup>2</sup> Lásd „Orvosi Hetilap” és „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie” 1916.

magyarázatául kellő felvilágosítást eddigi ismereteink alapján nem kaphattam. A hullákon végzett vizsgálataim technikájáról, mely a más szerzők által követett eljárástól sokban különbözik, e helyen nem szólok és utalok említett dolgozatomra.

A vizsgálatokból kiderült, hogy a tokszalg véreért alig tartalmaz, bár a czombnyak felett elhúzódnó tokszalg felső részletén milliméter vastag oszlott arteriaágakat állandóan találhatunk. Az arteria a czombnyak közepének magasságában a tokszalgba jut, a hol azonnal két részre oszlik. Előfordulhat, hogy ezen törzsarteria, mielőtt a tokszalgba furódnék, már elágazódik és lefutásában még kisebb ágakra szakad.

A czombnyak vérellátása két oldalról történik: az *epiphysis*-vonal és a *fossa trochanterica* felől. Az *epiphysis*-vonalban az erezettség csekély, innen finom ágacskák ívalakban futnak a fejbe és ennek mintegy közepéig követhetők; mielőtt a fejbe mennek, elágaznak. Az egyik részük ellátja a *epiphysis*-vonalat, a másik a fejet táplálja. A *fossa trochanterica* erezettsége dús, a *foramina nutritiákon* keresztül 1—2 milliméter vastag erek nyomulnak át, melyek egymással számtalan anastomosist alkotnak, a csontban mint faágak oszlanak szét, ágaik, bár nagyon ritkán, a czombnyak közepéig látszanak futni. Összes praeparatumaiban közvetlen anastomosist mindkét érrendszer között csak egy-két finom ágacskát tart fenn és így a czombnyak közepén úgyszólván vérér sincsen.

Felnőttben a *lig. teres* felől a fejbe vér nem jut, erei oblitéráltak, a fej proximalis részlete az *epiphysis*-vonalától való nagy távolsága miatt csak nagyon hiányosan táplálódik.

Anatomiai vizsgálataimból tehát kétségtelenül kiderül, hogy a czombnyak táplálása két vércsőből történik, az egyik erei az *epiphysis*-vonalban futnak és a fej distalis részének adnak tápanyagot. A czombnyak közepe úgyszólván érnélküli. A czombnyak distalis fele a *fossa trochanterica* érrendszere által gazdagon ereszett. E táplálkozási viszonyok adják meg a czombnyakfracturák gyógyulási feltételeit, melyek therapiái fontossága kétségtelen. A czombnyaktörések sorsa függ a leírt táplálkozási viszonyoktól, a periosteum hiányától, anatómiai fekvésétől és a tokszalg sérülésének kiterjedésétől. A gyógyulási hajlam a distalis részek törésénél jobb, mint a proximalisoknál. Itt is azonban a regenerációs folyamat eredménye rossz lesz, ha a tokszalgból interpositiók ékelődnek a törésvégek közé, a midőn, daczára a burjánzó callusnak, csontos egyesülés nem következik be és minél kedvezőtlenebb a törésvégek egymáshoz való helyzete, annál több callus képződik.

A proximalis törések prognosisa még zárt törések esetén is nagyon problematikus, mert a tokszalg regeneráló képessége még jobban lefokozódik akkor, ha a dislokált törésvégek a tokszalgot felnyársalják, a lövedék pedig széttroncsolja. A tokszalg csontképzésére annál kevésbé számíthatunk, mert hiányos erezettsége folytán a subcutan törések esetén sincs abban a helyzetben, hogy kellő mennyiségű callust alkosson. Hogyan produkálhasson a szétromgyolt, az infectio folytán necrosisos tokszalg csontállományt? Az esetleges callusképződés a spongiosából történhetnék. Azonban a czombnyak rossz vascularisatiója miatt — a törés folytán — nagy mértékben szenved, a mi még jobban fokozódik a beálló infectio következtében; most már a czombnyak csekély számú véreinek thrombosisa miatt azt a vérquantumot sem tartalmazza, a mely a normalis vérkeringésre szükséges és így mi sem természetesebb, mint a necrosis bekövetkezése. A letörött fej, mint inicitált idegen test foglal helyet az ízület üregében. A necrosis nagyon hamar bekövetkezik, ennek bizonyítéka második esetem, a mikor a lősérülés után egy héttel a porcson szigetszerű defectus volt fellelhető; még jobban bizonyító 4. esetem, a midőn már a sérülést követő harmadik napon a porcson necrosis nyomai mutatkoztak.

A *paraarticularis* tályogok képzésére alkalmat ad a gyors és nagymértékben képződő geny, továbbá az izmok között vezető utak, melyeket a genynek sülyedésekor követnie kell és azok a természetes üregek, a melyek az ízület környékezik és a geny felgyülemelésére alkalmat adnak. E czélra

különösen alkalmas a *bursa ilio-pectinea*, ahonnan a geny a *psaos* mentén előre kúszhatik. *Payr* ír le egy ilyen esetet és ilyen értelemben kell magyaráznunk a negyedik esetemben képződött tályogot is. Gyakoribb a hátrafelé, a *gluteusok* közé irányuló sülyedés (8 eset közül kétszer), azonban a geny különböző irányban törhet utat magának, mert a szétszakadt tokszalg egy úgynevezett *empyema* képződése ellen nem nyújt garanciát. Az előrefelé igyekvő geny az *ilio-psyost* is beolvaszthatja, majd súlyánál fogva lefelé sülyed, míg nem gördül valamely akadály a sülyedés elé. Ilyen akadály a *Poupart*-szalag, melynek ellentálló bonyelémzeit a geny csak desolált esetekben tudja áttörni. Minthogy a felgyülemelő genynek útját a *lig. inguin.* elzárja, ezért kevésbé resistens helyet keres és így törhet be a hasüregbe, hogy általános hashártyagyuladást hozzon létre. Az előfelé haladó genyedés a *n. femoralis* állítatja. A *n. ischiadicus* eléggé védi a hátrafelé sülyedő genytől a *pelvitrochanteres* izomlemez; csak ennek keresztültörése után juthat a sülyedéses tályog az ideghez.

A csípőizület- helyesebben a czombnyak-lövések *diagnosisa* a czombnyak törésével nagyjában egyező. A czombnyak sérülésére mindama esetekben gondolnunk kell, amikor a löcsatorna irányából arra következtethetünk, hogy a lövedék a czombnyakat el is érte; a czombnyakfracturák egyéb symptomái azután *diagnosisunkat* csak megerősíthetik. A csípőizület nagyfokú fájdalmassága passiv mozgatóskor, az activ mozgathatóskor megszűnt, a *trochanter major* magas állása, a saját súlyánál fogva kifelé rotált végtag és végül a végtag rövidülése csakhamar elárulja a czombnyak-fracturát.

Röviden érintem az úgynevezett *paraarticularis* tályogok *diagnosisát*. Az ízületet körülvevő fájdalmas duzzanat, a löcsatornából kifolyó geny, az ízület nagyfokú fájdalmassága és a magas láz minden kétség nélküli jele az ízületi genyedésnek. És miután az ízület az átszakadt tokszalg miatt nincs elhatárolva, könnyen felismerhetővé válik az akadálytalanul sülyedő geny a *gluteusok* között. A *Poupart*-szalag felett és tőle kifelé jelentkező fájdalmak és *resistentia* a csípőizületben, behajlított helyzetben elhelyezkedő végtag az előrefelé törekvő tályog mellett szólnak.

A therapiás beavatkozás módja attól függ, vajjon a törés a distalis avagy a proximalis czombnyak végén következett-e be. Erről felvilágosítást nyújt a Röntgen-kép. A mint a nyolczadik eset figyelmemet bennünket, *távolítsuk el a sebből a Röntgen-felvétel előtt az árnyékot adó gummi- és drain-csőveket, hogy a tökéletes diagnosist felállíthassuk.* Már az első Röntgen-felvétel alkalmával megállapíthatunk volna a helyes diagnosist és a megfelelő operatív beavatkozást; a gránátszilánkot, valamint a súlyosan sérült czombfejet eltávolíthatunk volna, mielőtt az általános sepsis metastasisal kifejlődött.

Ha a zárt, békebeli intracapsularis, azaz proximalis czombnyaktöréseket tekintjük és ezek therapiájából következtetést akarunk vonni a csípőizületi lövések gyógykezelésére, úgy anatómiai vizsgálataimból és a klinikai tapasztalatokból a következőket mondhatjuk: bármelyik módszert választjuk a *fractura* gyógykezelésére, egyik sem fog bennünket az ízület képződésétől megóvni, mert a callusproductiót nem tudjuk befolyásolni. Ez különösen azon törésekre áll, melyek az *epiphysis*-vonalban, avagy a czombnyak közepén futnak; első esetben az ott húzódnó és a fejet tápláló kicsiny véresek tönkremennek, a czombnyak közepén pedig véresek nincsenek. A legjobb akarat, a leg gondosabban kiválasztott methodus cserbenhagyhat bennünket. *Senn, Ito* és *Asahara* állatkísérletei eléggé igazolják, hogy a mesterségesen készített czombnyakfracturák csak a legkritább esetben gyógyulnak meg, mert nem a törésvégek kedvezőtlen helyzete, hanem a fej rossz vérellátása az ízület oka. Bár a két utóbbi szerző kijelentései nem teljesen fedik a valóságot, minthogy láttuk, hogy a fej táplálkozása elég jó, az ízületképződés okát a czombnyak közepének mostoha vérellátásában kell keresnünk. Hiába igyekszünk a törésvégeket varratokkal egyesíteni, vagy csontcsapozással rögzíteni. A sikertelenség oka a rossz táp-

lálkozási viszony. *Kocher* az állület gyógyítására a fej extirpációját ajánlja. Az elmondottakból a *proximalis* nyitott törések therapiájára vonjuk le a következtetést. Miután a mostoha vérellátás következtében a rosszul, vagy egyáltalán nem táplált törésvégék az infekciónak ellentállni nem tudnak, a fej necrotizálódik és mint elhalt idegen test az izület üregében rögzítve foglal helyet, minthogy spontan eltávolítására mély és rejtett helyzeténél fogva nincs kilátás: ezért azt el kell távolítanunk, oly gyorsan, a mint csak lehetséges, mert nem tudjuk, az eleinte még lokalizált gyuladástól mikor lesz általános (8. eset), esetleg foudroyans sepsis. Ha azonban a fertőző csirák virulentiája gyengébb is és az elhalt fej hosszabb ideig az izület üregében visszatartva marad, és ha általános sepsis nem is fejlődik ki, a hosszantartó genyedés a beteget nagy fokban lerontja, a kifejlődő amyloid degeneratio tönkreteszi.

Eme ismeretek birtokában akkor, a midőn a diagnosztikus és a törési helyet megállapítottam, proximalis törések esetén műtéti beavatkozásra, a fej eltávolítására határozom el magam. A beavatkozás vitalis indicatioja kétségtelen; időpontja: amilyen hamar csak lehetséges (egy esetben a sérülés után a 3. napon). Míg distalis nyitott csomonyakfractura eseteiben megkísérelendő a conservativ gyógykezelési mód, a proximalis törések a conservativ kezelést nem türik és parancsolólag követelik a sebészi beavatkozást. *Goebeler*-nek igaza van, a midőn azt mondja: „Sok emberélet lett volna megmenthető a balkán-háború alatt, ha csomonyakfracturák esetén a fejcsont eltávolított volna” és engedtesse meg, hogy *Goebeler*-nek ezen szavait kiegészíthessem; a most folyó háborúban több ember lett volna visszaadható a társadalomnak és a családnak, ha megfelelő indicatio mellett több csipőizületresectiót végeztek volna.

Közlés az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsi-utcai utókezelő gyógyintézetéből.

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

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

(Vége.)

#### V. Agyállományhiány.

A koponyacsont- és durahiányok egy részében az agy állományában is kisebb-nagyobb hiányt találunk; ez a hiány — a mint már említettem — akkor lesz nyilvánvaló, ha a heges összenövéseket megoldottuk vagy kimetszettük, illetve ha a meglévő cysta megnyílt; ilyenkor az addig nivauban volt agy visszasülyed és a defectus teljes nagyságában felismerhetővé lesz.

Az agyállományban levő ilyen hiányok igen sokféle változatot mutatnak nemcsak elhelyeződésük és nagyságukat illetőleg, hanem a hiány falzatának minemőségét illetőleg is.

A hiány nagysága, illetve kiterjedése nem mindig felel meg a sérültön észlelhető klinikai tüneteknek; volt alkalmam operálni teljes féloldali bénulással és aphasiával járó esetet, a melynél csupán az agyfelszínen lehetett egészen jelentéktelennek mondható elváltozást találni, viszont mgyorónyi, sőt ennél nagyobb hiányokat is találtam minden bénulásos tünet nélkül. Az agyállományban levő hiány a legtöbbször közvetlenül a csonthiány alatt fekszik, úgy hogy a bőrheg felszabadítása után azonnal nyilvánvalóvá lesz; de vannak esetek, a mikor a meglévő hiányt egy többé-kevésbé ép vagy elhegesedett agyállományréteg fedi be, úgy hogy csak ennek bemetszése után lehet feltalálni, vagy a csonthiánytól oldalt feküsznek; ezen esetekben a durán észlelhető elváltozások terelik a figyelmet az agyhiány helye felé.

Maga a hiány, vagy csak a kéregállományra kiterjedő lapszerű vagy mélyebb terjedő üreges; ezen utóbbi esetben közlekedhet az agygyomorocscsal is.

A sérülés óta eltelt idő nagysága, illetve a gyógyulási folyamat előhaladottsága szerint különböző az a kórbonczati

kép, a melyet a hiány mutat. Vannak esetek, a mikor a hiányt csak a felszín alá besüppedt szürkés-fehéres szilárd heg jelzi; ez a heg az állományvesztés nagysága és kiterjedése szerint vagy egészen lapos, vékony, vagy vastos, tömegesebb; máskor a felszínen észlelhető kis területű heg mélyen betérjed kötegszerűleg az agyállományba. Maga a heg vagy teljesen tömött, vagy helyenként lágyabb, üreges; elég gyakran a heg környékén apróbb, egymással nem közlekedő cystákat lehet találni. Ezek a gyógyult esetek.

Máskor a gyógyulás még nem érte el ezt a fokot akár a sérülés óta eltelt idő rövidege, akár a tönkrement agyállomány nagysága miatt. Ilyenkor a heg nem egyformaszínű, hanem egyes helyeken áttetsző, vagy sárgás szineződést mutat. Ha ezen helyeken bemetszünk, sárgás-szürkésen elváltozott falzatú, esetleg törmeléken savóval felt üregek akadunk: ezek enkephaliticus göczok. Az ilyen üregek néha nagyon régóta állanak fenn és tüneteket nem okoznak, úgy hogy a legtöbbször csak a csonthiány pótlása miatt végzett műtét alkalmával ismerjük fel jelenlétüket. Máskor olyan tüneteket okoznak, mint az agytályog, úgy hogy ezen indicatio alapján végzett műtétnél bukkanunk rájuk; sőt előfordulhat az is — mint egyik operált esetem bizonyítja —, hogy a műtétnél nem is lehet határozottsággal eldönteni, hogy késői agytályog-e a talált üreg, vagy csak enkephaliticus göcz. Ezen esetben a klinikai diagnózis agytályog volt és a műtét alkalmával talált diónyi üreg a tályoghoz hasonló falzattal bírt, de nem tartalmazott genyét, hanem vörhenyes-sárgás agytörmelékkel, a mely bacteriologicz sterilnek bizonyult.

Az agyhiány magában véve sebészeti beavatkozást nem igényel; a műtéti beavatkozás javallatát nem is ez, hanem az egyidejűleg jelen levő koponyacsonthiány képezi, vagy az általa előidézt Jackson-epilepsia, vagy az agytályoggal való összetévesztés: úgy hogy a legtöbbször csak mellékes műtéti lelet, a melyet azonban teljesen figyelmen kívül hagyni még sem lehet. A sebészi teendő a talált lelet szerint különböző; ha az agyhiány teljesen meggyógyult, ha a meglévő heg, vagy annak szomszédsága semmiféle lobos tünetet nem mutat: véleményem szerint a heg kiirtásával a betegnek semmit sem használunk, de annál többet árthatunk. A látható heg kiterjedését és mélységét előre megállapítani nem lehet, mert nem tudhatjuk, hogy a sérülés következtében milyen nagy kiterjedésben és milyen fokban ment tönkre az agyállomány. A meglévő heg annak a biztos jele, hogy az agyseb meggyógyult: azt megbolygatni, azt kiirtani annyit jelent, mint a környező ép agyállományt megsérteni vagy legalább is megbolygatni, esetleg irreparabilis melléksérüléseket vagy vérzést okozni. Ezért az ilyen agyhiányokat békében kell hagyni; a jelenlevő dura és csonthiány pótlását véleményem szerint az ilyen agyhegek nem ellenjavallják.

Felületes lapszerű hegeknél azon esetben, ha magában a hegben vagy annak közvetlen szomszédságában kisebb vagy nagyobb cysták vannak: *Borchard* álláspontját tartom helyesnek, a ki ezen cysták kiirtását, vagy mellső falzatuk eltávolítását szükségesnek tartja. Az ilyen cysták az agyfelszín és a burkok összenövése által előidézt nyirok és vérpangás következményei, tehát a cysták eltávolításával és az összenövések felszabadításával a normalis keringési és nyomási viszonyokat állítjuk helyre. Az újabb összenövések megszüntetésére a fascia-zsírlebens-transplantatio éppen úgy szükséges itt, mint a Jackson epilepsziánál végzett *Witzel*-féle enkephalolysis után.

A műtétnél talált enkephaliticus göczöt, illetve üreget úgy kell kezelni, mintha az agytályog volna: tehát nem szabad megbolygatni, vagy kiirtani, hanem drainezni kell. Semmi esetre sem tartom megengedhetőnek az üregnek zsírlebensnyel való kitöltését és a csonthiány plasticus pótlása után a koponyaüreg zárását. Ez kétféle veszedelmet rejt magában: először a szunnyadó infectio lángalobbanását és feltartóztatatlan továbbterjedését a csökkent ellentállással bíró környező agyállományban, másodsor a vérzést. Az e fajta lágyult göczok szomszédságában levő edények szintén a bántalom körébe szoktak vonva lenni, úgy hogy a megrepedésre nagyon hajlamosak. A göcz kitisztogatásával, a csont vésésével járó

mechanikai insultus vérzést idézhet elő vagy az üregbe magába, vagy a környező agyállományba. *Nieny* egy halálosan végződő csontplasticával kezelt ilyen esete kapcsán hívta fel a figyelmet az ilyen késői apoplexiákra.

Ezért ilyen enkephalitikus göcz jelenlétében a koponyaüregét nyitva kell hagyni és az üreget tamponálni még akkor is, ha a műtétet a csonthiány plasticus pótlása miatt kezdtük meg.

Operált eseteim között 14 esetben találtam a műtétnél agyhiányt; közülök 11 esetben a koponyacsonthiány plasticus pótlása céljából, 3 esetben agytályog körjelzése miatt történt a beavatkozás. Ezen utóbbi esetek közül kettőben enkephaliticus göczöt, egy esetben galambtojásnyi, a gyomrocscsal közlekedő cystát találtam igen nagy hiányával az agyállománynak; közülök az elsőnél zsírtransplantációt végeztem és a koponyaüregét zártam, ez meghalt, a másik kettőt draineztem, ezek meggyógyultak.

A többi 11 eset közül csupán 5-ben kellett az agyhiány, illetve cysták miatt fascia-zsirlebens-transplantációt végezni, a többi 6 esetben az agyheg semmi külön tenni valót nem igényelt. Valamennyi 11 esetben a szándékolt csonttransplantációt is elvégeztem; valamennyi gyógyult. (18. és 19. ábra.)

\* \* \*



18. ábra. Csont, kemény agyburok és agyállományhiány műtét előtt.

A koponyacsont, dura- és agyhiányban szenvedő esetekre vonatkozólag az elmondottak alapján tapasztalataimat a következőkben összegezhetem:

*Minden egyes* olyan koponyalövést, a melynél a sérülés gyógyulása után csonthiány maradt vissza, pontos ideggyógyászati, szemészeti és Röntgen-vizsgálatnak kell alávetni annak a kérdésnek elbírálása céljából, hogy a hiány plasticus pótlása indicált-e vagy sem? A műtét indiciójának felállításánál a legnagyobb óvatosság és gondosság elengedhetetlen, mert a legegyszerűbbnek ígérkező esetekben is olyan technikai nehézségek állhatnak elő, a melyek a műtét befejezését lehetetlenné teszik (sinus sérülés, enkephaliticus göcz, elhalt csont stb.).

A műtét időpontját illetőleg határozott pontos időt megállapítani nem lehet, mert az nemcsak a sérülés óta eltelt idő nagyságától függ, hanem az elszenvedett sérülés nagyságától is: csak a csont lokalizált sérülések korábban operálhatók meg, mint az agyroncólással vagy plane agytályoggal járó esetek. A szunnyadó fertőzésre tekintettel, még a legegyszerűbb esetekben sem ajánlom a plasticát 6—8 hónapnál hamarabb a sebgyógyulás teljes befejezése után. A műtét indiciója olyan koponyacsonthiányoknál állítható fel, a melyek pulsálnak, a melyek legalább egy koronányiak vagy a melyeknél a hiányt borító heg nagyon vékony; nem szükséges a

műtét kicsiny, kemény heggel borított hiányoknál, súlyos bénulással, vaksággal vagy némasággal járó esetekben.

Ellenjavaltnak tartom a műtétet prolapsussal járó, valamint az agyba zavartalanul begyógyult projectilek esetében és fennálló sipolyoknál.

Különösen pontosan mérlegelendő a műtét indiciója olyankor, ha a defectus valamely sinusnak megfelelő helyen van, vagy a homlokcsonti öböllel közlekedik. A koponyaalapra terjedő hiányok pótlása technikailag kivihetetlen.

A csonthiányt pótló műtéti módok közül csak az autoplastikus eljárásokat tartom jogosultaknak; hogy ezek közül melyik érdemel előnyt a másik felett: azt az eset szabja meg. Mereven egyféle methodushoz ragaszkodni és minden esetben azt alkalmazni, nem czélszerű. Mindegyik eljárással lehet jó eredményeket elérni: ha kellő asepsissel és kellő kimélettel dolgozunk.

A kemény agyburok hiányaiban, ha azok nem nagyok, a pótlást a környező dura állományából vagy a csontthártyából czélszerű eszközölni, ha nagyobbak, akkor szabad fascia-zsirlebens-átültetéssel.

Agyhiányok esetében a plasticus pótlás szükségessége nem igen merül fel, legfeljebb nagyobb olyan hiányoknál, a melyek a gyomrocscsal közlekednek; agyhegek kiirtása nemcsak felesleges, hanem határozottan káros; enkephalitikus



19. ábra. Tibiából vett csont, fascia-zsirlebens-transplantatio után 19 hónappal.

göczök zsírlebenssel való kitöltését veszedelmesnek tartom; ezek egy agytályoghoz hasonlóan drainezendők.

Ha a koponyacsonthiány pótlása nem indokolt, vagy a beteg a műtétbe beleegyezni nem akar: a bőrből vagy más nem mosható anyagból készült operculum viselését perhorrescálok; nyáron könnyebb, télen melegebb mosható szövetből készült, pontosan a fejre illő sapka nem ártalmas és céljának éppen úgy megfelel, mint a többi fedőkészülék.

### Tapasztalatok 100 operált peripheriás idegsérülés kapcsán.

Irta: *Fischer Imre* dr., a nagyváradai izr. kórház sebésze, ezredorvos a harcztéren.

(Vége.)

Nagyfokú diastasis néhány esetében, a midőn közvetlenül varrat nem volt lehetséges, a centralis csont felezésével idegplasticát végeztünk.

Érdekes *Müller ajánlata*: két időben operál, a végtagot olyan helyzetben rögzíti, melyben az idegcsonkok legjobban közelednek egymáshoz, ezen helyzetben az össze nem hozható csonkok közé fascialebenyt varr. Három-négy hét múlva sikerül a végtagot lassan kiegyenlíteni, mely idő alatt az ideg

tetemesen megnyúlik. A második alkalommal reszekálja az interponált fascialebenyt és mialatt a végtagot ismét a legkedvezőbb helyzetbe állítja, rendszerint feszülés nélkül sikerül a direct varrat. Néhány hét múlva újra kiegyenlíti a végtagot, mialatt az ideget másodszer nyújtja.

Nagyfokú diastasis eseteiben két ízben kíséreltünk meg *idegbeültetést Hofmeister szerint*. Az egyik esetben a beteg a bal felsővégtag medialis oldalán shrapnellsérülést szenvedett a felsőkart, a könyököt és az alkart befoglaló 26 cm. hosszú és 8 cm. széles területen.

Az izomzat elég jól megtartott, fölötte érzékeny hegesegett bőr, a könyök mérsékelten mozgatható. Ulnaris teljes elfajulási reakciója, az izmok typosus hűdésével. A műtét alatt körülbelül 20 cm.-nyi diastasist, a centralis csontot a felsőkar alsó harmadában, a peripheriast az alsókar középső harmadában találjuk. A csontokat a medianusba ültettük be.

Egy másik esetben, a midőn a peroneus nagy fokban roncsolva volt és direct idegvarrat nem volt lehetséges, a csontokat a tibialisba ültettük be. Műtét után mindkét eset változatlan maradt.

A műteti beavatkozás idejére vonatkozólag eleinte eltérők voltak a vélemények, ma a legkiválóbb ideg orvosok és sebészek a korai operatio álláspontjára helyezkednek. Heges összenövés eseteiben a hegek idővel durvábbak, az eleintén puha callustömegek idővel keményebbek lesznek, az ezen szövetek közé foglalt idegek rugékonysága napról-napra szenved. Minél tovább marad az idegentest az idegben, annál nagyobb és keményebb lesz az általa előidézett heg. Minél tovább tart az ideg vezetőképességének hiánya, annál lassabban tér az magához. A korai operatio mellett szólnak az idegsérülések következtében jelentkező contracturák az izmokban és ízületekben; minél hosszabb ideig tart a bénulás, annál nagyobb fokú az egészséges izomzat contracturája és ennek következtében az ízületek pathológiás fixatiója. Korai operatio megakadályozza a contracturák jelentkezését, melyeknek kiegyenlítése annál nehezebb, minél hosszabb ideig állanak fenn.

Ha bizonyos okból a korai operatio nem viheto keresztül, úgy gondoskodnunk kell kellő időben physikalís és medico-mechanikai gyógmód alkalmazásáról, továbbá megfelelő sinekről, hogy a végtag physiologiai helyzetét biztosíthassuk.

Sérülés után egy évre került hozzánk gyógykezelés végett a következő tanulságos eset.

M. D. népf. 1914 december 22.-én a jobb felsőkaron lősérülést szenvedett. Különböző kórházakban volt kezelés alatt, alsókarját hónapokon keresztül mitellában viselte, műtétet nem ajánlottak neki. Hegesedéssel gyógyult be- és kimeneti nyílás a deltaizom tapadási helyének magasságában. A kézfej pathológiás contracturában, a radialis súlyos bénulás képét mutatja. Az egész végtag izomzata inaktivitás következtében atrophizált. A kéztőizület és az ujjak active nem, passive csak kisfokban mozgathatók. Neurologiás vizsgálat középsúlyos radialis-bénulást állapít meg, az izom-ingerlékenység nagyfokú lefokozódásával, elfajulási reactio nélkül.

Hat heti physikalís és medico-mechanikai gyógykezelés után az egész végtag megerősödött, az ízületek elég szabadok lettek, az electrodiagnosis vizsgálat nagyfokú javulást mutat, az ideg prompt vezetőképessége visszatért. De a kéz pathológiás helyzete, a kéztőizületben lefelé lógó állapota megmaradt.

Műtét 1915 december 14.-én morphium-chloroform-aether-narcosisban, a radialis lefutásának megfelelőleg. Az áthajlás fölött találjuk az ideget a csonttal és a szomszédsággal erősen, hegesen összenöve, kissé megkeményedve, megvastagodva. Neurolysis. A megvastagodott tok eltávolítása után steril elektroddal villanyozva prompt reactiót kapunk, de a legerősebb áram alkalmazásánál sem emelkedik a kéz a vízszintes niveau fölé.

Infiltratio sec. Hofmeister.

Tubulatio sec. Foramitti. Bőrvarrat. Műtét után hónapokon keresztül physikalís és medico-mechanikai gyógmódban részesítettük a beteget. Az egész felsővégtag izomzata megerősödött, az idegbénulás meggyógyult, a beteg munkaképes lett, de a kéz pathológiás lógó állapota továbbra is fenmaradt.

A kéztőizületnek deformált helyzetben való hosszú fixatiója az extensorok inainak oly nagyfokú kitágulását okozta, hogy azoknak természetes contractiója az elasticitas hiánya miatt nem állt ismét helyre. Ezen esetben inplasticát ajánlottunk a betegnek, melybe azonban nem egyezett bele.

Normalis viszonyok között hat-nyolcz hétre van szükség, míg az összes tünetek kifejlődnek és míg a sebgyógyuláskörüli viszonyok megengedik a műteti beavatkozást.

Küttner figyelmeztet genyedéssel járó gyógyulásuk után eltolt bacteriumokra, melyeknek virulentiáját a beavatkozás ismét előidézi. Műtét közben a szövetek átvéreznek és alkalmas talajt alkotnak a bacteriumok számára, a genyedés pedig az idegműtét sikerét veszélyezteti.

Ha neuralgiák jelentkeznek az idegsérülés mentén, legtanácsosabb a korai beavatkozás, minthogy a belorvostani kezelés úgys eredménytelen.

Csak olyan esetekben helyezkedtünk várakozó állápontra, ha az ideg villanyos ingerlékenysége akármilyen minimalis, de konstatalható javulást mutat. De ezen esetekben is, ha a gyógyulás négy hónapon belül nem áll be, ha az izmok atrophizálódni kezdenek, várakozásnak többé helye nincs. Operáltjainkon a műtét és sérülés közötti időtartam nagyon változó volt. Korai beavatkozásokat három esetben eszközölhattunk, mindháromban vérsérülés volt a műteti beavatkozás vitális indicatiója.

I. N. orosz fogoly 1916 április 6.-án jobb alsókar-lövést szenvedett. Nyomókötéssel ellátva vétetett fel kórházunkba, a hol súlyos vérzés miatt azonnal operáltuk. Előzetes neurologiás vizsgálatra nem került a sor.

A jobb alsókar felső harmadában a hajlító felszín közepén bemeneti, ulnaris szélén kimeneti nyílás.

Műtét aether-narcosisban Esmarch alatt. Bemetszési irány a be- és kimeneteli nyílás között. A pronator teres széjjel van roncsolva, annak teljes széjjelválasztása és a flexor carpi radialisnak elkampozása után látjuk az átlótt arteria és vena ulnarist, továbbá folytonosságában teljesen megszakítva a nervus medianust. A sérült véreket alakítottuk.

Intraoperatív villanyozásra a medianus részéről reactiót nem kapunk, míg a radialis és az ulnaris normalisan működik.

A csontokat felrisszítás után, a kéznek behajlítása alatt kényelmesen sikerült perineuralisan varrni.

Tubulatio sec. Foramitti. Bőrvarrat. Gipsz-sin. Gyógyulás per primam. 16 napra physikalís gyógmód, három hónapra kezdődő omotoros functio a nervus medianus területén, mely hétről-hétre javul.

L. M. népf. 1916 szept. 13.-án a jobb czombon lősérülést szenvedett. A jobb alsóvégtag térdizületét a beteg körülbelül 110 foknyira behajvta tartja, a legkisebb passiv mozdulatot fájlalja, active lábát mozgatni nem tudja.

Bemeneti nyílás a térdizület felett négyujjnyira a czomb alsó harmadának hátulsó belső oldalán, annak megfelelő magasságban a külső oldalon kimeneti nyílás. A sérülés helyének megfelelőleg tumor tapintható, mely időről-időre nagyobbodik, mindig fájdalmasabb lesz; az alsószár oedemás.

Diagnosis: Aneurysma art. poplit. Compressio kezelésre a beteg állapota nem javul.

Műtét 1916 szept. 26.-án morphium-chloroform-aether-narcosisban Esmarch alatt.

Arterio-venosus aneurysmát találunk; úgy az art. popliteát, mint a venát intracapsularisan duplán kötöttük alá. Azután felkerestük a nervus tibialist és peroneust, melyek a szomszédsággal erősen össze voltak növe. A nervus tibialis részleges lősérülést szenvedett. Intraoperatív villanyozásra a tibialissal ellátott izmok alig reagálnak, a láb flexiója csak erős farados áramra kis fokban áll elő. A peroneust összenövéséből felszabadítva, intactnak találtuk. Az átlótt idegrészlet csontjának felrisszítése után perineuralis varrat. Hofmeister-infiltratio. Tubulatio sec. Foramitti. Bőrvarrat. Drainage. Gipsz-sin. Gyógyulás per primam. Az alsószár még hetekig oedemás. Physikalís gyógmódra néhány hónap alatt a láb megerősödik, a nervus tibialis motoros és villanyos functiója konstatalható.

H. N. gyalogos 1917 szept. 1.-én a jobb mellkason lősérülést szenvedett.

Bemeneti nyílás a paravertebralis vonalban az V—VI. borda között, kimeneti nyílás az infraclavicularis árok közepén. A kimeneti nyílás körül két tenyérnyi területen napról-napra növekvő daganat képződik, a jobb felsőkar élettelenül lelóg, activ motoros functiót nem tud kifejtetni, nagy fokban oedemás.

Állandó fixatio és compressio daczára a tünetek súlyosbodnak, nagy fájdalmak, nyugtalanság, hidegrázás, a kéz bőrének egyes helyein necrosisok jelentkeznek.

Műtét 1917 szeptember 7.-én morphium-chloroform-aether-narcosisban. A clavicula osteotomiája után átvágjuk a pectoralis majort és minort, felkeressük az aneurysmazsák fölött az ép arteria és vena axillarist, melyeket ideiglenesen leszorítunk, majd megnyitjuk az aneurysmazsákot, eltávolítunk két férfiökölnyi szervült vérrögöt. Az arteria axillarison fillérnyi anyaghiányt találunk, a vena intact. Intracapsularisan a sérülés helye fölött duplán alakítottuk az arteria axillarist, majd a venát. Az aneurysmazsákot félretolva, átvizsgáljuk a plexus brachialist, mely utóbbihoz erősen hozzá volt növe. Neurolysis. Izommatracz-varrat, csontvarrat, bőrvarrat, drainage. Gyógyulás per primam. Műtét után két hétre fürdő, massage alkalmazása, a végtag lassan magához tér, a bőrcrosisok gyógyulnak, az oedema kisebbedik. Négy hétre kezd helyreállani a motoros functio, az alsókar activ emelése, az ujjak mozgása.

Időstül esetekben, hosszú genyedésekkel járó csontsér-

rülés esetén, vagy ha a beteg a műtétbe nem egyezett bele, még hónapok, sőt évek után is fennáll az operatív gyógykezelés indiciója.

P. Z. tüzer 1914 okt. 3.-án lő sérülést szenvedett a balcsonban. A balcsonb középső harmadának hátulso felszínén, a külső és belső oldalán gyógyult be- és kimeneti nyílás, a közepén durva, kemény köteg tapintható. A lő sérüléstől lefelé az alsószár és a láb izomzata atrophizált, a bőr cyanosisos, hideg, a láb active nem mozgatható. A betegnek támasztó készüléke van és csak avval tud járni. A beteg többször volt fürdő- és hónapokon keresztül medico-mechanikai kezelésben.

Neurologiás vizsgálat az ischiadicus teljes benulását konstatálja. Műtét 1916 aug. 28.-án morphium-, chloroform-, aether-narcosisban. Kipraeparáljuk a nervus ischiadicust. Az erősen atrophizált biceps és semitendinosus között hegyszövetbe ágyazva találjuk a szomszéd-sággal összenöve (izmokkal, vérerekkel) az ideget. Orsóalakúan, körülbelül  $2\frac{1}{2}$  újjnyi területen majdnem duplájára meg van duzzadva, kőkemény tapintatú.

Neurolysis után legerősebb villamos vizsgálatra sem áll be reactio. A neuromát incindáljuk, de egész terjedelmében homogen, porczkemény hegyszövetet találunk. Az irányvarratok eszközlése után körülbelül 5 cm.-nyi darabot excindálunk. Majd a csontok nyújtása után erősen behajlított alsószár-helyzetben, nagyobb feszülés nélkül sikerül a csontokat perineuralisan varrni.

Tubulatio sec. Foramitti. Bőrvarrat. Gipszsin. Gyógyulás per primam. Szeptember 28.-án physikalisk gyógymód megkezdése. 1917 januárban a beteg támasztókészülék nélkül egy botra támaszkodva tud járni. 1917 márciusában az egész alsószár megerősödött, melegebb. A láb villamos functiója még nem konstatálható, de kezdődő motoros functiója úgy a tibialisnak, mint a peroneusnak fennáll.

Gyógyultaknak azon eseteket vettük, hol a motoros functio helyreállott.

Javultaknak neveztük azokat, hol a benuált izomzat megerősödött és a motoros functio javult. Az idegműtétek **eredményei** sok körülménytől függnek:

A sérülés nemétől: vajjon teljes vagy részleges folytonosság megszakítással, teljes vagy részleges hegesedéssel, súlyosabb vagy enyhébb összenövéssekkel, complicatiókkal (csont- és izomsérülés, ankylosis, contractura) állunk-e szemben.

A sérülés helyének magasságától, mellyel a gyógyulási eredmény egyenes arányban áll. Ha az ideg mélyebben sérült, a sérülés fölötti idegágazódások idők folyamán operatív beavatkozás nélkül is kifogástalanul működnek. Ezen körülmény gyakran ad okot tévedésekre és így magyarázhatjuk meg a műtétek utáni feltűnő gyors gyógyulásokat.

A sérülés és műtét közötti időtartamtól.

A prima intentiótól, a reactionmentes gyógyulástól.

Az idegeket kísérő vérerek állapotától.

A sérült idegek számától.

Az eredmények megítélésekor súlyt kell helyeznünk szigorú kritikára; sokszor kiegészítő segéd- és álmozdulatok jönnek létre. Helyreáll valamelyes mozgás, mely azonban az antagonista izmok contractio-csökkenésének következménye. Máskor az áleredmények a természetnek köszönhetőek; tekintetbe kell vennünk az izmok beidegzésének különféleségeit. Ujabban olyan ideganastomosisokat fedeztek fel, melyekről azelőtt fogalmunk sem volt.

Borchardt és Wjasmenski a medianus és ulnaris között konstatáltak anastomosisokat.

Egyik esetünkben a musculocutaneus functióját a radialis vette át.

D. A. honvéd 1916 április 6.-án jobb felsőkar-lövést szenvedett. A felsőkar felső harmadában elülről a hónalj felé gyógyult be a kimeneti nyílás. A bemeneti nyílásnál 5 koronányi adhaesió heg. Az egész jobb felsővégtag izomzata inactivitas következtében atrophizált, a beteg alsókarját nem tudja behajlítani, az alsókar és a kéz hajlító felszínén fájalmakat érez.

Villanyos vizsgálat musculocutaneus-hűdést, az ulnaris és medianus renyehe reactióját adja.

Műtét 1916 június 10.-én morphium-chloroform-aethernarcosisban. Körülbelül 16 cm. hosszú, a pectoralis mentén haladó metszéssel feltárjuk a hónaljot. Kipraeparáljuk az egész plexust, mely a radialis kivételével a szomszéd szövetekkel, vérerekkel igen erősen összenőtt. A nervus musculocutaneus a coracobrachialis átfúródása fölött két-újjnyira folytonosságában teljesen meg van szakítva. A peripherias csont hátrahajolva, az egyik erősen kitágult vena brachialishoz van növe, melyet duplán alakítottunk. Intraoperatív villanyozásra a musculocutaneus nem ad reactiót, a többi idegek normalisan reagálnak.

Minthogy a felfrissített idegcsontokat nem sikerül direct varrni, idegplasticat végezzük, a centralis csontot megfelelően a periphericusshoz varrjuk.

Tubulatio sec. Foramitti. Bőrvarrat. Az alsókart gipszsinbe erősen behajta fixáljuk.

Gyógyulás: elgenyedt haematoma miatt per secundam.

Physikalisk gyógymód alkalmazása után, néhány hónapra a beteg alsókarját már kissé emelni tudja.

Kétségtelen, hogy a radialis által beidegzett brachio-radialis idegműködése és nem a musculocutaneus functiója érvényesült.

Sokszor a motoros innervatio korábban tér vissza, mint a villanyos.

Műtét alatt meggyőződünk intraoperatív villanyozással, hogy míg az ideg fáradós és galvános áramra nem reagált, addig az izom galvános áramra prompt összehúzódott.

18-szor folytonosság megszakítás eseteiben, resectio után, direct varratot, 14-szer orsóalakúan megvastagodott idegheget excindálva, direct varratot, 18-szor partialis idegvarratot, 3-szor idegplasticát, midőn a diastasis akként egészítettük ki, hogy a centralis csontot megfelelően a periphericusshoz varrtuk, 2-szer Hofmeister-idegbeültetést, 45 esetben neurolysis eszközlöttünk.

Több operált esetemben még nem alakulhatott ki végleges eredmény, minthogy a functio visszatéréséhez hosszú megfigyelési időre van szükség és az idegsérültek jó része utókezelésre berendezett gépekkel felszerelt kórházakba került.

Minálunk is részesültek az idegsérültek úgy a műtét előtt, mint a műtét után rendszeres utókezelésben. Orthopaediai gépek csak néhány hónapig álltak rendelkezésünkre, de a legtöbb esetben egyszerű zsinórokkal, súlyzókkal ugyanazon gyakorlatokat tudjuk végeztetni, mint a legkomplikáltabb Zander-készülékekkel. Az orthopaediai gyakorlatoknál fontosabbak a physikalisk gyógytényezők: forrólégkezelés, massage, fürdő, villanyozás, gymnastica, melyekben műtét előtt és utána 2-3 hétre a functio visszaállítása érdekében részesítettük betegeinket.

A forrólég-kezelés alkalmával nagy elővigyázat szükséges, sensibilitas-csökkenés következtében égési sebek keletkezhetnek.

Megszívleendő a Spitzky által ajánlott munkatherapia. Az unalmas orthopaediai gépek helyett sokkal nagyobb kedvet és annak megfelelő eredményt látni kisebb műhelyekben dolgozó idegsérülteken, kik minden igyekezetükkel azon vannak, hogy az egyszerű szerszámokhoz szükséges kézügyességet visszanyerjék.

Ischiadicus- és radialisbenulás eseteiben műtét előtt és műtét után, míg a functio ismét helyreáll, egyszerű gépekkel megakadályozzuk a kóros állások kifejlődését.

Jóllehet betegeinknek legnagyobb része chronikus idegsérült volt, eredményeink mégis kielégítőek. Legjobb eredményeket értünk el neurolysisokkal, majd partialis idegvarratokkal, azután direct varratokkal.

Neurolysis néhány esetében a functio egy hónapon belül tért vissza, viszont néhány súlyosabb esetben, a midőn az intraoperatív villanyozás negatív volt, egyáltalában nem tért vissza a motoros functio.

A neuralgiák legtöbb esetben a műtét után teljesen megszűntek.

Legrosszabb eredményeink plexus-sérülés eseteiben voltak: nyolcz plexus-benulás közül csak egy gyógyult meg, mely esetben idegen testet távolítottunk el, két eset megjavult, a hol lysis végeztünk, öt eset változatlan maradt. A plexus-műtétek technikailag a legnehezebbek; legtöbbször vérérsérüléssel járnak együtt. A rossz eredmény főoka azonban az esetek chronikus állapota volt, melynek következtében súlyos degeneratív folyamatok állottak be.

A neurologiás vizsgálatokat Berkovics René dr. ideg-orvos, kórházparancsnok igen lelkiismeretesen, fáradhatatlanul végezte és engem munkámban hathatósan támogatott.

Köszönettel adozom Fonet Miklós dr., I. oszt. főorvos- orvos úrnak, kinek parancsnoksága alatt álló kórházban  $2\frac{1}{2}$  évig az I. számú sebészeti osztályt vezettem és a ki a kórház modern, mintaszerű felszerelésével lehetővé tette működésemet.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Lapszemle.

## Belorvostan.

A syphilis okozta belső betegségek gyakoriságáról ír *Schrumpf*. A berlini egyetem poliklinikájának férfi-belosztályán átvizsgálták az elmúlt év beteganyagát a luesszel összefüggésbe hozható betegségek szempontjából. Statisztikájuk 4280 esetre vonatkozik. Megjegyzendő, hogy csak férfiakról van szó és a háborús viszonyok miatt túlnyomóan idősebb emberekről, akik többnyire rosszabbul tápláltak a rendesnél, viszont erősebb munkát kénytelenek végezni. A kórismét igyekeztek az anamnesisből és a klinikai leletből felállítani, kétes esetekben (körülbelül az esetek felében) Wassermann-reactiót is végeztek. A 4280 beteg közül 317 = 7.46% valott be az anamnesisben lues és az utóbbiak közül 78 = 32.63% tünetmentesnek s Wassermann-reactiója negatívnak találtatott. A többi 239 esetben lueses eredetű betegséget mutattak ki, de közülük csak 113 = 47.28%-nak volt pozitív Wassermann-reactiója. A lues be nem valló betegek közül 175 mutatott lueses eredetű belbetegséget (135 = 64.58%-ban pozitív Wassermann-reactióval). Összesen tehát a 4280 férfi közül 414 = 9.67%-ban találtak lueses vagy paralueses belbetegséget. Ezen 414 eset közül 56.76% a keringési szervek, különösen az aorta, 23.43% az idegrendszer betegségeit illeti, kisebb %-okkal szerepelnek a máj, a tüdő és egyéb szervek, valamint a lues latens. Kétes esetekben a Wassermann-reactio segítségét vették igénybe, melynek negatív eredménye nem bizonyít ugyan lues ellen, pozitív eredménye, néhány kivételtől eltekintve, lues mellett szól, de még ilyenkor is megvan annak a lehetősége, hogy egy lueses ember nem lueses eredetű betegséget kap, úgy hogy ilyen esetekben csak a specifikus kezelés eredménye döntheti el a kérdést. Sok esetben nagyon nehéz a betegség lueses eredetét bizonyítani, erre vall az is, hogy boncsolások alkalmával több lueses eredetű betegség mutatható ki, mint amennyi az életben diagnosztizálható. A legtöbb lueses belbetegség a tertiaer-szakban fordul elő. Ha a betegség és az anamnesis luesre utal, specifikus kezelést kell megindítani akkor is, ha a Wassermann-reactio negatív. Nőknél a lues okozta belbetegségek valamivel ritkébbak, mint férfiaknál, de valószínűleg nagyobb náluk a kezdetben fel nem ismert és nem gyógyított esetek száma. (Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 28. szám.)

Ifj. M. B. dr.

## Sebészet.

A mély antisepsis terén szerzett tapasztalatait *R. Klapp* a következőkben foglalja össze: A vuzinnal való gyógykezelés csak mint prophylaktikus gyógyeljárás jöhet figyelembe. A már meglévő genyedéséknél való alkalmazása nem sok eredményt ígér. A tökéletes prophylaxis a sebnek körülmetszéséből s a seb környékének vucinnal való infiltrálásából áll. Ha a sebesültek tömegesebben jelentkeznek és a sebellátása pontos excisióval lehetetlen, akkor legalább a sebet tárgítsuk, az idegen testet — ha könnyen eltávolítható — távolítsuk el és a környező szövetekbe vucint fecskendezzünk. A seb kimetszésénél különösen arra kell tekintettel lennünk, hogy izomcszafatokat, a kevésbé életképesnek látszó szöveteket, a necrotikus részeket a legnagyobb körültekintéssel távolítsuk el. Bőrlebenyeknek, ujjaknak infiltrálásánál óvatosnak kell lennünk, nehogy a folyadék nyomása következtében azok táplálkozását megakadályozzuk. Csonttöréseknél a laza csontszilánkok eltávolítandók, a csonthártya alá és a csontüregekbe vuzin fecskendezendő. Az ízületek lövési sérüléseinek a löcsatornát az ízületig ki kell metszeni, az ízület összevarrandó és annak ürébe vuzint kell juttatnunk. A térdizületbe 15—20 cm<sup>3</sup>-t, a vállizületbe 5 cm<sup>3</sup>-t. Valamennyi sérülésnél, különösen ahol az ízület vagy csont van folytonosságában megszakítva, a fixáló kötésnek fontos szerepe van. A lágyrészek sérüléseinek kívül az ízületek sérülései

gyógyulnak legjobban vuzin-kezelésre. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 19. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

A vérző gyomorfekély kombinált sebészi és belső kezeléséről értekezik *J. Philipovicz*. A gyomorfekélyek jó része belső kezelésre meggyógyul, állandóan fennáll azonban a perforatio, vérzés, recidiva és a szűkülethez vezető hegesedésnek veszedelme, a mely végül mégis csak műtéti eljárást tesz szükségessé. Operatív beavatkozás esetében nincs tisztázva ama kérdés, hogy vajjon resectiót, excisiót vagy gastroenterostomiát végezzünk. Annyi bizonyos, hogy a resectio a legradikálisabb műtét, azonban a mortalitás jóval magasabb számot mutat, mint egyéb sebészi beavatkozásnál. A therapia megválasztása különösen a vérző gyomorfekélynél bir nagy jelentőséggel, ahol egyrészt a beteg gyengesége, másrészt az elvérzés veszedelme ellene vagy mellette szól a műtétnek. Ha meggondoljuk azt, hogy gyakran a belső kezelés is elegendő a gyomorvérzés csillapítására, valószínűnek kell tartanunk, hogy ezen gyógy mód, kombinálva valamely egyszerűbb sebészi eljárással — amelynek a gyomor tehermentesítése vagy annak részleges kikapcsolása és nyugalomba való helyezése a célja —, így jejunostomiával, gyorsabban és biztosabban vezet a beteg gyógyulásához. Szerző a vérzéses gyomorfekélyeknél gastroenterostomiát végez, a főszűlyt azonban arra helyezi, hogy az anastomosis széles legyen, körülbelül 10 cm. Ezáltal azt éri el, hogy az atropin által nyugalomba hozott gyomorból a táplálék különösebb peristaltica nélkül jut a bélbe, másrészt az anastomosis szűkülése után is még elég bő marad a gastroenterostomia nyílása. Minden gyomorműtét előtt és után a beteget belsőleg is kezeli, a mely kezelés a következőkből áll: műtét előtt 3-szor napjában 0,001 atropint ad, ezenkívül gelatin steril. Merck-et subcutan (1 injectiót) coagulen 10%-os oldatából 20 cm<sup>3</sup>-t intravenásan. Tejdiaétát, aqua calcist, esetleg digalent kap a beteg. A műtét széles gastroenterostomia retrocolica posteriorból áll, esetleg a fekély átvarrásával, amennyiben lehetséges, helyi érzéstelenítéssel. 4 nappal a műtét után ismét atropin-injectio, táplálécsőre, coagulen intravenásan. Egy hónappal a műtét után nyugalom, tej, bismuth, tojás, tea, aqua calcis többször napjában étkezés közben kortyonként, kétszersült, gelatina per os, atropin 0,001 × 3-szor napjában. Profus vérzésnél serum. Műtét előtt a gyomor kiürítése nem ajánlatos, miért is egy nappal a műtét előtt a beteg csak kevés tejet kap. Ezen belső kezeléssel eléri szerző azon célt, hogy a gyomrot nyugalomba hozza, a vérzést megakadályozza és a fölösleges gyomorsav képződését meggátolja. (Wiener kl. Wochenschrift, 1918, 25. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Alacsony és magas nyomással végzett műtétek alkalmával tett tapasztalatairól számolt be *Jehn* a III. had-sebészeti értekezleten (Brüsszel). A nyitott pneumothorax oly pleura-reflexet válthat ki, a mely rögtöni halállal végződhetik. Ugyancsak a nyitott pneumothorax a pleura fertőződésére vezethet. A magas nyomású eljárás lehetőleg az első 12 órában végeztessék a sérülés után, mielőtt a pleura fertőzése létrejött volna. A pneumothorax elzárandó. Ha nincs tüdőszűrés, nagy defectus esetén a tüdő belevarratik az anyaghányba, egyébként a tüdő felfúvandó és a bőr fölötté elzárandó. A tüdő sérüléseinek a tüdő felfúvandó, a pleura pulmonalis a costalissal összevarrandó s a mellkas falának szűkítése után tamponálást alkalmazunk. Az irodalomból összegyűjtött 63 és saját 14 operált esete közül 50% gyógyult. Kivérzett egyénen a magas nyomású eljárás a collapsus megakadályozására igen alkalmas. Gázmérgezés esetén is bevált, csakhogy ilyenkor a nyomásnak nem szabad túlmagasnak lenni.

*Sauerbruch* szerint a simán begyógyult tüdőlövések után is egy későbbi időszakban beállhat vérzés avagy fertőzés. A golyó, ha lokalizálható, lehetőleg eltávolítandó. Tüdőtályogok két ülésben operálendók; az elsőben tájékozódás és tamponade, a másodikban (8 nappal később) a tulajdonképpeni műtét. A magas nyomású eljárás strumaműtétek alkalmával a légembolia elkerülésére célszerűen alkalmazható.



Burckhardt szerint a tüdő felfúvása csak sértetlen tüdő esetén végzendő.

Krukenberg zsebben hordozható nyomásos készüléket mutatott be. *Ifj. Háhn Dezső dr.*

### Venereás betegségek.

A jodgőzök provociós hatásáról a gonorrhoea gyógyulásának megítélésében nyilatkozik *J. Odstrčil*. Általánosan ismert tapasztalás, hogy a gonorrhoeás esetek nem jelentéktelen száma előbb-utóbb oly csekély tünetekkel jár, hogy a még megmaradó bajt úgy az orvos, mint főként a beteg igen gyakran elhanyagolja. Pedig természetüknél fogva éppen az ilyen esetek terjesztik leginkább a kankós fertőzést. Különösen fokozott ez a veszedelem a most dühöngő háború alatt. Szükséges ezért, hogy a gonorrhoeás beteget csakis akkor bocsássa el a kezelőintézet, osztály, vagy orvos, ha a gonococcusok végleges és tökéletes hiánya feltétlen beigazolást nyert. A gyógyulás kriteriumát a provociós eljárások negatív eredményében találhatjuk. Sokszoros tapasztalás ugyanis, hogy vannak annyira latens gonorrhoeás esetek, melyekben a vizelet állandóan kristálytiszta, a kevés filamentumokban pedig górcsövileg gonococcusok ki nem mutathatók. Ugyanezekben az esetekben a gyér húgycsövi váladékban, sőt a prostata váladékban sem találhatunk gonococust. Ha a többszöri váladék és massagevizsgálat állandóan negatív eredményt ad, helyénvaló a provociós eljárások. Ezek mechanikaiak (dilatatio), chemiaiak (például lapis) vagy biológiaiak (vaccin) lehetnek. A szerző a chemiai provociót alkalmazza s e célra a jodgőzökkel kísérletezett. Kísérletei már több évre terjednek vissza. Kiindulásul a *Jungenfels*-féle kísérletek szolgáltak. A szerző a jodot melegítés által gőzzé változtatja s azt megfelelő katéter és ballon segítségével a húgycsőbe vezet, illetőleg fújtatja. Az eljárást, melyet a szerző provociós jodizgatás „in statu nascendi”-nek nevez, eddig mintegy 256 esetben vált be. A mely esetekben ez a provociós eljárás a gyógyulást beigazolta, azokban az utóbbi és ellenőrzés-képpen alkalmazott vaccinás-provoció sem tudott gonococcusokat kideríteni. A felmerülő aggodalmat, hogy a jodgőzök a húgycsövet tartósan megbetegíthetik, a szerző határozottan elhárítja. (*Dermatologische Wochenschrift*, 1918, 25. szám.)

*Guszman.*

### Gyermekorvostan.

Az anya táplálkozásának befolyása a magzat fejlődésére. *Lanter* dissertációja a strassburgi egyetemi szülészeti klinikáról. 1917.

A szerző a nevezett klinika anyagán vizsgálta az újszülöttek súlyviszonyait a háború 2 éve alatt, 1915. évi júliustól 1917. évi júliusig.

Statisztikai adatai szerint (kizárólag érett: 49 cm.-nél hosszabb, 2700 gr.-nál nehezebb újszülötteket véve csak számításba) a következő eredményekre jut:

A 2 utolsó békeévben s a statisztikája alapjául vett 2 háborús évben született gyermekek súlya között alig van különbség, mert míg 1913/14. évben átlag 3439.85 gr. volt, 1914/15-ben 3412.72 a közép súly.

A háborúban született ugynevezett „nehéz” gyermekek (4000 gr.-on felül) száma aránylag annyi, mint békeidőben. Ugyanez áll a hosszviszonyokra is, 1913/14-ben 50.4 centiméter, 1916/17-ben 50.2 cm. az átlaghosszúság.

A fiúszülések számának emelkedése (1913/14-ben 100:109.2-re, 1916/17-ben 100:135.7-re) azon teoriák mellett látszik szólni, melyek a nemek keletkezésénél az anya tápláltságának befolyását veszik fel.

Az ugynevezett háziterhesek, akik legalább 3—4 hétig a klinikán, aránylag jobb táplálkozási viszonyok közt éltek a szülés előtt s a vidékről beszállított nők gyermekeinél észlelt súlytöbblet csak elenyészőnek bizonyult.

Eszerint valószínűnek látszik a feltevés, hogy az embryo az anya tápláltsági állapotára való tekintet nélkül fejlődik ki az anyai szervezet rovására, mint egy rosszindulatú daganat.

Ezen tapasztalat felszínre vetette ismét azt a kérdést, jogsult-e a *Prochownik* által ajánlott diaeta szűk medenczéjű terheseknél, amelynek célja lenne az anya táplálkozásának korlátozása által érett, de az átlagosnál kisebb súlyú, a szülőtutakon könnyebben áthaladó magzat világra hozása.

*Toffler Augustza dr.*

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1918, 32. szám. *Manninger Vilmos*: Az izületek lövési sérüléseiről. *Tóth Gyula*: Néhány szó az analis ekzema gyógyulásához egy eset kapcsán.

**Budapesti orvosi ujság**, 1918, 33. szám. *Horváth Ferencz*: Haemorrhagiás mastoiditis. *Berkovits René*: A háborús évek néhány tanulsága.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Gráf Andor dr.* hatvani községi h. orvost tb. járás-orvossá nevezték ki.

**Választás.** *Bedő Imre dr.* szabadkai gyermekorvost a szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár orvosává választották meg.

**Az osztrák közegészségügyi ministerium** (Ministerium für Volksgesundheit) ténnyé lett. Ministerré *J. Horbaczewski dr.* képviselőt nevezték ki, a ki régebben a biochemia tanára volt a prágai cseh egyetemen.

**Új közkórház Szegeden.** Szeged város közgyűlése ötszáz ágyas új kórház építésére ötmillió koronát szavazott meg; a kórházépítés még fennmaradó költségének fedezését a város a kormánytól kéri. Az új kórház alapkövének letétele szeptember második felében lesz, a királyi pár látogatása alkalmával.

**Személyi hírek külföldről.** A Münchenbe költözött *Nissl* tanár utódja a heidelbergi elmekörtani tanszéken *K. Wilmanns dr.*, a konstanci tébolyda igazgatója lett. — *P. Manasse dr.-t.* a fül- és gégeorvostan rendk. tanárát a strassburgi egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. — *R. Siebeck* (belorvostan), *A. Cahn* (belorvostan) és *H. Freund* (nőorvostan) rendk. tanárokat pedig ugyanazon egyetemen prof. ord. honorariussá nevezték ki. — *K. Franke* és *B. Baisch* heidelbergi magántanárok (sebészet) czimz. rendk. tanárok lettek.

**Hírek külföldről.** *Rodenwaldt dr.*, az 5. török hadsereg hygienikusa, Smyrnában német orvosi kutatóintézetet alapított, mely bakteriologiai, serologiai és protozoologiai osztályból áll s melyet később a fertőző betegségekkel foglalkozó nagyobb szabású intézetté akarnak továbbfejleszteni.

## Fővárosi Fásor Sanatorium

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

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

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

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

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

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

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

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

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

**TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.**

Dietás-physikalisk magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegség (cukor-baj, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére. Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

Budapesti **ZANDER** -intézet. Sesselweis-utca 2. medico-mechanikai 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: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (III. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.) 444. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.)

Elnök: Verebély Tibor. Jegyző: Mutschenbacher Béla.  
(Folytatás.)

## Görccsös homokóragyomor rák esetében.

Révész Vidor: A Röntgen-vizsgálat ma már élesen el tudja különíteni a fekély okozta homokóragyomrot a rákostól. A spasmosus homokóragyomor annyira jellemzi a fekélyt, hogy adott esetekben szinte kizártnak tarthatjuk a rákot. De azért rendkívül ritka esetekben láttak rák mellett is spasmosus homokóragyomrot, ilyen eset az alábbi is: 1914 telén 43 éves nőn, ki már 3 év óta szenvedett folyton megújuló gyomorfekélyben, a Röntgen-vizsgálat typosus callosus fekélyt mutatott a pars media felső harmadán, a kis görbületen. Fekélykürára megint megjavult az állapota, de 1917 telén újra a régi panaszaival jelentkezett. Gyomornedvében a szabadsósav 17, összes aciditas 40, tejsav positiv, a bélsárban vér kimutatható. A Röntgen mérsékeltén tágult gyomrot mutatott, mely a kisgörbület mentén zsugorodott, a pylorus balra helyezett, csigaszzerűleg összegöngyölydött. A pars media, a nagy görbületről kiindulól, teljesen ketté van osztva; keskeny összekötő hid van a kis görbület mentén, melynek azonban csak felső és alsó részében van kevés contrastanyag. Telődési defectus, „kiesés“ nem látható, a konturok mindenütt élesek. Azt teteleztük föl, hogy mindenütt kiújult a fekély, a homokóra most már, a hegek kiterjedtebb zsugorodása folytán, organikus, a mit a hozzájáruló spasmus még fokoz. A műtét csigaformájú gyomrot mutatott, azonkívül az egész kisgörbületen a cardiától csaknem a pylorusig fölhányt szélű, porc kemény. 1½ cm. vastagságú carcinomás fekély volt, mely az alapjával, az aortával és a pankreással leválaszthatatlanul összenőtt; az aorta mentén porc kemény mirigyköteg húzódtott a diaphragmaig.

Ulcusból fejlődött carcinomát láttunk tehát, mely röntgenologice spasmosus homokórákat mutatott.

## A belek kóros állapotai mellett előálló pseudohomokóragyomor.

Révész Vidor: Ha a bél rendellenesen hosszú és így rendellenes kanyarulatok vannak, egyes részei olyan magasra emelkedhetnek föl, hogy a gyomrot is fölemelik, pylorus-részt jobbfelé tolják, sőt néha a telt gyomrot kétfelé osztják. Ilyenkor a kettéoszlás helyén egyenetlenek is lehetnek a gyomorkonturok és így telődési defectusnak imponálva, félrevezetik a vizsgálót. Ilyen leleteket láthatunk például megacolon, makrosigma esetén. Megtörténhetik ilyen esetekben, hogy a pars mediát annyira összenyomja a bél, hogy a fundus kitágul, az étel pang benne, sőt a pars pylorica csak későbbi ¼—½ óra múlva tud kitelődni.

Hasonló képeket kaphatunk akkor is, ha a különben normalis vastagbélben sok gáz gyülemlik föl, akár stenosis következtében, akár anélkül is; a meteorismusos colon ilyenkor fölemelkedik, a gyomrot emeli és félrenyomja. Ilyenkor a legegyszerűbb deformitástól kezdve, mikor csak félkör (félgömb) alakú impressio van a gyomor testén, a leg súlyosabb alakig, mikor a gyomorkép teljesen két részre van szakítva, az alakok nagy sorozatát láthatjuk. A leg-typusosabb alak az, a melyekben tág fundus, vízszintesen haladó pars mediát és merőlegesen lefelé eső pars pyloricát látunk. Mindegyik alakra jellegzetes az, hogy a konturok simák, kiesés nincs, a motilitas jó, sőt legtöbbször hypermotilitas van. Minden esetben ott látjuk a gyomorkép mellett, alatt és fölött a gázokkal bőven telt colont. Ha a beleket sikerül alaposan kiürítettünk, meggyőződhetünk arról, hogy a gyomorkép is normalissá válik.

A Röntgen-irodalomban csak szórványosan írnak le ilyen eseteket, s vizesésalakú gyomornak, a gyomor és bél pneumatosisának, sonkaalakú gyomornak stb. nevezik. A bemutató egész sorozatát (legalább 35—40 eset) észlelte ezen gyomoralakulatoknak és legmegfelelőbbnek a „zaboszsákgyomor“ elnevezést tartaná, mert az a dolog lényegére is rávilágít, ugyanis a gyomor ugyanúgy nyargal a colonon, mint a ló hátán keresztbevetett zaboszsák.

Nem tévesztendő össze ez a gyomoralak a fekély mellett perigastritiszes összenövésnek következtében létrejövő hasonló gyomoralakulatokkal. Számos példával illusztrálja a mondotakat.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

2066/1918. sz.

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

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket folyó hó 31.-éig kell hozzám beadni.

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

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

Szeghalom, 1918 augusztus 3.

Csánki Jenő, főszolgabíró.

Ad 2558/1918. sz.

A Körösladány községnél elhalálozás következtében megüresedett nem-ügyvezető orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket folyó hó 31.-éig kell hozzám beadni.

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

Szeghalom, 1918 augusztus 5.

Csánki Jenő, főszolgabíró.

7/1918. ig. szám.

Belügyminiszter úr öngyméltóságának 1915. évi 10.429. és folyó évi 53.417. számú magass rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyalföldi m. kir. áll. elmeógyógyintézetnél megüresedett másodorvosi állásra, a mely évi 1600 korona fizetéssel és évi 1500 korona háborús segélyvel, továbbá egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezzel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés 2 évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az 1 koronás bélyeggel ellátott s a m. kir. belügyminiszter úr öngyméltóságához címzett folyamodványok orvosdoktori oklevéllel, honossági bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelten hozzám bezárólag folyó évi szeptember hó 7.-éig nyújtandók be.

Ideiglenesen az itt hirdetett állás a fent megjelölt illetményekkel akár okleveles, akár szigorló orvossal vagy orvosnővel már folyó évi szeptember hó 15. napján is betölthető.

Budapest, 1918 augusztus 8.

Epstein László dr. s. k., egyetemi magántanár, igazgató.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet“-közkórháznál megüresedett három alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A sebészeti alorvos fizetése évi 1800 korona és a megfelelő háborús segély teljes ellátással. A másik két alorvos fizetése 1400 korona, a megfelelő háborús segély és teljes ellátás. Pályázhatnak orvosok, orvosnők és orvostanhallgatók. A pályázati kérvények felbélyegezve és okmányokkal felszerelve Szabolcs vármegye főispánjához címelve a „kórház-igazgatóság“ küldendők.

Nyiregyháza, 1918 augusztus 8.

Klekner Károly dr., igazgató-főorvos.

6018/1918. sz.

A szapáryligeti orvosi körben a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó hó 26.-áig adják be. A kör áll Szapáryliget, Kerülő és Szinte községekből, melyek a kör székhelyétől 4—5 km.-nyire fekszenek. Székhely Szapáryliget, a kör lélekszáma 7753.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 800 koronáig terjedhető ötdéves korpótlék, 400 korona lakbér.

Fuvar természetben vagy ennek megváltására 400 korona úti-átalány.

Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtéti, úgyszintén a székhelyen a halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógytár tartására megválasztott körorvos engedélyt nyer. Kisjenő, 1918 augusztus 6.

A főszolgabíró szabadságon:  
A szolgabíró.

6014/1918. sz.

Seprős községben a községi orvosi állás megüresedvén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket folyó hó 26.-ának d. u. 5 órájáig hozzám adják be.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötdéves korpótlék, 500 korona lakbér.

Háborús segélyek, szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtéti, halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszerár tartására a megválasztott községi orvos kötelezve van.

A községhez több nagyobb uradalom tartozik, honnan a községi orvos tekintélyes jövedelemre számíthat.

Kisjenő, 1918 augusztus 6.

A főszolgabíró szabadságon:  
A szolgabíró.

### Előkelő fővárosi gyógyintézet keres

egy a belgyógyászatban és elektroterápiában és egy a laboratoriumi munkákban jártas, jól minősített **hadmentes**

### orvost vagy orvosnőt,

segédorvosi állásra. Belépés rövid időn belül.

Czím megtudható a kiadóhivatalban, VII., Kertész-utca 16. sz. Telefon: József 106—47.

### Fogorvosi szék és műszer-szekrény stb.

megvételre kerestetik.

Árajánlat kéretik „Berendezés” jelige alatt „Petőfi” irod. vállalati irodába, VII., Kertész-utca 16.



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

**Dr Thilo-féle  
Chloraethyl**

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

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

**Társul diplomás orvost vagy orvosnőt** keres fogorvosi rendelés bevezetése céljából fiatal hölgy, a ki a fogászat operatív és technikai részében kiváló erő. Esetleg már meglévő orvosi rendeléssel egyesíthető. Részesedés vagy fix, megállapodás szerint.  
Ajánlatok „Fogász” jeligére a „Petőfi” irodalmi vállalatához VII., Kertész-utca 16. szám kéretnek.

**Hadbavonult orvos rendelőjét rögtön átvénné, akár helyettesítését elvállalja, csakis Budapesten, képzett orvos. Előnyben részesítené a fogászati rendelőket.**  
Czím: „Petőfi” irodalmi vállalatnál, VII., Kertész-utca 16. szám.



### Natrarsen ERI

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

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

### 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!**

### TEBECIN

(Emulsio Tuberculovaccinae)

Dr. Dostal járási főorvos előírása szerint.

**Javlatok:** A tuberkulosis és górvélykór összes alakjai.

Phiolák à 10 gr. bórallati fecskendezésre.

Főraktár Ausztria-Magyarország számára:

**Richard Seipel, gyógyszerész, Wien III., Hauptstrasse 60.**

### Reichhold, Flügger & Boecking

vegyi gyógyszer.-osztály  
Wien, XXI/4 Kagran N<sup>o</sup> 108.

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

# A tuberculosis leküzdése



## a mai kor követelménye.

Prof. Hagemann (Marburg), Prof. Vulpus (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 ifjagnál. — Újdonságunk 1916-ról, a csarnoki kvarzlámpa Prof. Jesionek (Giessen) szerint, új erősebb fényű kvarzégők által minden orvosnak lehetővé teszi,

**hogyan 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.**

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

**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.

**Természetes gyógyfürdők  
házi használatra!**

űgymint: sós (Sole-)  
szénsavas-  
kén-

Abietin-Pinosal (a fenyőtűkivonat pótlására)

fürdők  
fürdők  
fürdők

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

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

**Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.**

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

Budapest, VI., Hajós-utca 41. szám.

Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fog-technikai műtermek és laboratóriumok berendezését, valamint e szakba vágó műszerek javítását elvállalom. — **Elektromedikai és mechanikai műhely.**

**Máté Mihály és Társa**

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

**IV., Mehmed szultán-út 31,**

Nemzeti múzeummal szemben.

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

Letelepődő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Tar Alajos:** Közlés a budapesti kir. magy. tud. egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi ny. r. tanár.) A passiv tüdőmozgás jelentősége a tüdőtuberculosis diagnostikájában. 447. lap.

**Lóránt Aladár:** Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról. (Vezető: Herzog Ferencz dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) Osteoarthropathie hypertrophiante elsődleges betegség nélkül. 451. lap.

**Karl v. Planner:** Bajtársak. 453. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle.* *Sebészet.* *G. Nobl:* A gyűjtőértágulásnak művi jiton rögzítése. — *J. Witt:* A lágyrészsérüléseknek excisióval és pyoktaninnal való gyógyítása. — *Gyermekorvostan.* *H. Rietschel:* A veleszületett bujakór problémája. 454—455. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* 455. lap.

**Vegyes hírek.** 455. lap.

**Tudományos Társulatok.** 456. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magy. tud. egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi ny. r. tanár.)

### A passiv tüdőmozgás jelentősége a tüdőtuberculosis diagnostikájában.

Irta: *Tar Alajos* dr.

Ha helytálló az a diagnostikus elv, hogy minden szerv kóros állapotát és ennek fokát elsőbbsen és főképpen az illető szerv működéséből kell megítélnünk, akkor kétségtelen, hogy a tüdő megbetegedéseiben magának a légzésnek a vizsgálata a legfontosabb. Kétségtelen továbbá, hogy az összes egyéb módszerek mellett éppen ezért a légzés látható és kikopogtatható *terjedelembeli* változásai minden esetben beható észlelést igényelnek. Különösen a tuberculosisról áll ez, ahol körjelzésünk elég gyakran csak finom és nehezen értékelhető árnyalatokon mulik. Mégis az a benyomásunk, hogy a tüdő activ kitéréseit, belégzési mozgásait még a tuberculosis szempontjából sem részesítették elég figyelemben. Az alsó tüdőhatárok csökkent feltisztulását — belégzési leterjedését — és a mi ezzel dinamikailag azonos, a *Williams*-Röntgen-tünetet, a kóros oldali rekesz csökkent kitérését, jelenleg is igen különbözőképpen értékelik. *Goldscheider* legújabb diagnostikai összefoglalásában (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1918, 4. szám) egyáltalában nem tartja körjelzőfontosságúnak. Viszont *Korányi* régóta hangoztatott felfogását a tüdő légzési mozgászavarainak tünnettani értékét illetőleg a klinikán végzett összes vizsgálatok, így az itt feldolgozottak is vitathatatlanná teszik.

Ebben a dolgozatban azonban az a célom, hogy az activ tüdőmozgás vizsgálatát is tetemesen bővítő új eljárás kapcsán, főképpen egy új diagnostikai elemmel, a passiv tüdőmozgással, foglalkozzam. Minthogy a passiv tüdőmozgás mivolta és tünete kevésbé ismertek, néhány megjegyzést kell előrebocsátanom.

*Activ* tüdőmozgásnak nevezzük a tüdő ama helyzetváltozását, melyet belégzéskor, elsősorban a rekesz activ működése folytán végez, a mikor is a tüdő alsó határai mindenütt, főképpen oldalt és hátul, mélyebbre ereszkednek, „feltisztulnak“. A *passiv* tüdőmozgás ellenben a törzs és ennek kapcsán a tüdő helyzetváltozásai alkalmával jelentkezik. Az a lényege, hogy ha a beteget hasrafektetjük, akkor a hátán, ha oldalára fektetjük, akkor a felülkerülő oldalon az alsó tüdőhatárok rögtön — *légzés nélkül* — mélyebbre ereszkednek le. A tüdő tehát az orthostasiás (álló vagy ülő) helyzethez képest

mintegy belégzési állást foglal el, anélkül, hogy légzés történék, de természetesen csak a felülkerülő oldalon. Ha a passiv tüdőmozgás nem volna egyéb, mint a tüdő saját súlyánál fogva való helyzetváltozása, akkor voltaképpen éppen az ellenkezőt várnók. Akkor például térdkönyökhelyzetben a tüdőnek fölfelé, a lapoczkák felé kellene csúsznia. Holott a tüdő alsó széle, térdkönyökhelyzetben is csak úgy, mint hasfekvésben, mélyebbre száll. A passiv tüdőmozgás tehát nem a tüdő egyszerű fekvési helyzetváltozása. Lényege, melyre itt nem óhajtok kiterjeszkedni, röviden az, hogy a has-szervek, főleg a máj, a lép stb., fekvési helyzetváltozása folytán megnyílnak a complementaer mellhártyarészek a rekesz-szárakat és az alsó bordákat fedő és légmentesen összetapadó mellhártyalemezek közt. Ezekbe az üregekbe a passiv tüdőmozgás alkalmával a tüdő alsó szélei nyomulnak bele, habár nem a complementaer részek fenekéig; ezt a tüdő hasfekvésben is csak mély belégzéskor éri el.

Passiv tüdőmozgás áll be egyszerű hanyattfekvéskor is, amikor pedig a rekesz a Röntgen-ernyőn fölfelé tolu. A tüdő elülső alsó határa ilyenkor 1 cm.-rel leszáll. Csakhogy ez a passiv tüdőmozgás jelentéktelen, mert a tüdőszövetből kitöltendő *costomediastinalis sinusok* kicsinyek és sekélyek.

Annál nagyobb azonban a kitérés has- vagy oldalfekvésben. *Sahli* szerint oldalfekvésben a passiv tüdőmozgás 7 cm.-t is elér és további, ebben az oldalfekvésben végzett mély belégzéskor még további 6 cm. lehet a feltisztulás, úgy hogy a tüdő alsó határa ilyenkor az orthostasiás helyzettel szemben összesen 13 cm.-rel mélyebben van. Ez a szám, 13 cm., a complementaer részek mélységéül kissé nagynak látszik, holott nem az; a *Luschka*-féle 4—6 cm.-es bonczolástani adatok abból erednek, hogy hullán, a szervek legkevésbé sem vitális helyzetében és tonusában végzett mérések nem szabatosak. Vizsgálataim, melyek rövid foglalatját alább közlöm a bonczolástani viszonyoknak, melyek szerint például a complementaer sinus hátulsó alsó feneke a 12. bordán van, teljesen megfelelnek.<sup>1</sup>

Adataim a következők: A tüdő hátulsó alsó határa *légzésszünetben* körülbelül nem egészen négy harántujjnyira van a lapoczka alsó csúcsától; gyakran, főleg nőknél, csak három ujjnyira, ritkábban, egészségesen is 5 ujjnyira. Ez a

<sup>1</sup> Érdekes, hogy a passiv tüdőmozgás nemismerése mennyire félrevezethet. Például *A. Hoffmann* szerint emphysemában gyakori, hogy fennálló helyzetben a tüdő alsó határa a 10. bordán van, előre-görnyedve azonban a 12. bordáig ér, tehát a feltisztult tomputat „transsudatumra vall már olyankor is, mikor oedemáknak még sehol nyoma sincs.“ (*Nothnagel*, Handbuch, XIV. kötet.) A feltisztulást a passiv tüdőmozgás okozhatta.

légzésszüneti, nyugalmi alsó határ általában a 10. hátsigolya alsó részének felel meg és jobboldalt valamivel *csaknem mindig* magasabban van, nem pedig csak gyakran, a hogy a legjobb diagnostikák is állítják. (*Brusch-Schiltenshelm, Schmidt-Lütje, Krause, Wilson*). A tüdő légzésszüneti alsó határa is magasabb ezek szerint, mint ahogy általában elfogadják, a diagnostikák adatai a nyugodt, *kis kitérésű légzőmozgások alatt* észlelt határokat jellemzik nyugalmi határul, a mi nyilván képtelenség. Mert ha például a tüdő hátulsó alsó határul a 11. hátsigolya magasságát fogadjuk el szerintük, akkor a *Sahli* szerint hasfekvésben, mély légzésben 8, oldalfekvésben 13 cm.-t is könnyű szerrel meghaladó tüdőszélek tetemesen átlépnék a sinusok legfenekét is.

Mély belélegzőkor a tüdő activ mozgása lefelé két, harmadfél ujj; nem ritkán háromujjnyi közt is elér.

A tüdő oldalsó alsó határa a hátulsó hónaljvonalban a 7. borda alsó széle, 8. bordaív alsó széle, feltisztulása ugyanannyi, mint hátul, úgy hogy a mélybelélegzési alsó határ 9. borda alsó szélére jut. Jobboldalt mind a nyugalmi, mind a mély belélegzési határ valamivel magasabban van és a tüdőmozgások, kivált duzzadt májtól, kissé gátoltak.

Ha már most hasra, vagy oldalra fektetjük a vizsgált egyént, azt tapasztaljuk szabályul, hogy a tüdő passiv mozgása folytán pontosan azt a helyzetet foglalja el, mint ortostasiás — álló, vagy ülő — helyzetben való mély belélegzőkor. A *passiv tüdőmozgásnak tehát az alsó határok eltolódásában nyilvánvaló effectusa az ortostasiás mély belélegzéssel egyenlő. Has- vagy oldalfekvésben a tüdő légzés-mozgás nélkül ugyanazt az alsó határt éri el, mint ortostasiás helyzetben, mély belélegzőkor.*

Ha ezután has- vagy oldalfekvésben mélyet lélezkzik a vizsgált egyén, az alsó határ még mélyebbre terjed, még pedig általában kétujjnyira, hátul inkább valamivel kevesebbet, oldalt többnyire többet, úgy hogy oldalfekvésben mély belélegzőkor a hátulsó hónaljvonalbeli alsó határ a 11. bordát éri el.

Ezeket az adatokat azért részletezem, mert több helyütt ellenkeznek a diagnostikákon keresztülvándorló megállapításokkal. Így például általában azt állítják, hogy oldalfekvésben a felülkerülő tüdőfél lejjebb száll, ellenben az alsó tüdőfél hasonló mértékben fölfelé emelkedik. Ezzel ellentétben azt találtam, hogy az alsó tüdőfél nemhogy fölfelé billenne, hanem ellenkezőleg, mechanikai és kopogtatási physicalis okokból, úgy látszik, mintha valamivel szintén lejjebb ereszkednék. Ez érthető. Az alulkerülő tüdőfél jobban a mellkas falához lapul, viszont, a mint már *Laënnec* is megjegyezte, kevesebb levegő jut bele; szövete kisebb feszülés alatt áll. Minthogy pedig a test súlya jórészt az ezoldali bordákra nehezedik, ezek nem tágulhatnak szét, a bordaközi izmok inkább ernyedtek, mintsem megfeszültek. Ennek következtében a kopogtatási hang nem oly teljes éles, mint a felülkerülő tüdőfélre, hanem inkább mély, hangzatos, kissé a doboshoz közelít és azonos kopogtatás mellett kissé mélyebben kapjuk meg az alsó határt.

Noha, mint látnivaló, az oldalfekvés a passiv tüdőmozgás vizsgálatára, ha nem is jelentékenyen, mint *Sahli* véli, de kissé mégis kedvezőbb, vizsgálati eljárásul mégis a hasfekvést ajánlom. Hasfekvésben ugyanis mindkét oldal viszonyai egyidejűleg szemlélhetők és a belek szomszédsága is kevésbé zavar. Vizsgálható a passiv tüdőmozgás egyszerűen olyanformán is, hogy a beteg 90° szögig előregörnyed, az eredmény többnyire nagyjából ugyanaz, de ezt a módot nem ajánlom. Ez a tartás a mellkas olyatén deformálását és főképp oly izomfeszülést okoz, mely a leletet gyakran nagyon is befolyásolja.

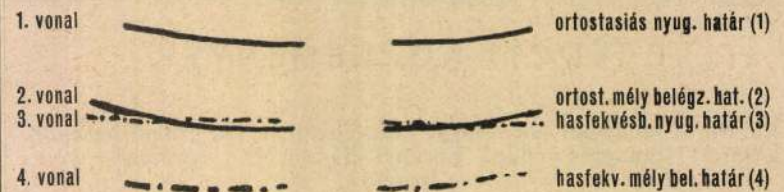
Eljárásom lényege egyszerűen az, hogy megállapítom

<sup>2</sup> Mindezek az adatok csak átlagosak. Kisebb egyéni eltérések gyakoriak. Nőkön, ismétlem, az alsó határok általában valamivel feljebb állanak; viszont például *Stiller-féle astheniás habitusokon* a tüdő, például a hátulsó hónaljvonalban, *légzésszünetben* is a 9. bordáig ereszkedett lehet. Már pedig az astheniás alkat korántsem ritka, egyes fajokra nézve (délszlávok) szinte pathognomikus.

és megjelölöm a tüdő alsó határát ortostasiás helyzetben (álló vagy ülve) légzésszünetben és mély belélegzőkor; ezután megállapítom és megjelölöm az alsó határt hasfekvésben, szintén légzésszünetben és mély belélegzőkor. Az eredményeket egybevetem.

Kivitele a következő: Az álló vagy ülő betegen kikopogtatjuk a tüdő alsó, légzésszünetbeli határát, még pedig mindkét oldalt hátul a gerincoszlop és lapoczkavonal közt, közepén. Ezt a légzésszünetbeli vagy „nyugalmi“ alsó határt megjelöljük színes czeruzával, haránt vonallal. (1. vonal.) Ugyanezen a módon kikopogtatjuk ezalatt 2—2½ ujjnyira a mélybelélegzési alsó határt és hasonlóképpen megjelöljük. (2. vonal.)

Most hasrafektetjük a beteget, még pedig izmainak legcélszerűbb elernyesztése végett mentől horizontalisabban, kezét zombja alá téve és fejét balra fordítva. Ebben a hasfekvésben, mint fentebb vázoltuk, a tüdő azonnal az előbbi 2. vonalat foglalja el, vagyis a tüdő hasfekvésbeli *légzésszünetbeli* („nyugalmi“) alsó határa: a 3. vonal egybeesik a 2. vonallal, az ortostasiás mély belélegzési alsó határral. Ezután mély belélegzést végeztetünk; a tüdő alsó határa ekkor 2 (1½) ujjal, ritkán még valamivel többet is lejjebb száll: 4. vonal. A séma ilyen tehát, ép emberen:



Eljárásom e szerint nemcsak a passiv tüdőmozgást vizsgálja, hanem az activot is és eredményeinek körjelző értékét csak fokozza az összehasonlítás révén. Az eljárást kiegészíti továbbá minden alaposabb vizsgálatkor az alsó tüdőhatárokon való hallgatóság is, mind ortostasiás, mind pedig hasfekvéses helyzetben, kiegészíti továbbá az *oldalfekvésben való vizsgálat* is, mely, a mint arra később kitérünk, sok esetben, kivált mellhártyaösszenövésnek körjelzése szempontjából nélkülözhetetlen. Kivitele, az 1. és 2. vonal, (ortostasiás helyzetbeli légzésszüneti és mélybelélegzési alsó határ) a 3. és 4. vonal (oldalfekvésben ugyanazon határok) megállapítása a *hátulsó hónaljvonalban* ugyanolyan módon történik, mint a hasfekvéses vizsgálaté. A normalis határokról oldalfekvésben már volt szó. A karokat a törzs mellé fektetessük; a hátulsó hónaljvonalban kopogtassunk, ily módon baloldalt a lépére haladva, többnyire könnyen elkerüljük a belek zavaró hatását.

## II.

A módszer lényege tehát az, hogy megvizsgáljuk a tüdő activ kitérését nemcsak az eddig szokott ortostasiás, hanem a nagyobb kitérés, tehát kóros elváltozásoknak nagyobb nyilvánulási lehetőségét biztosító hasfekvésben is. Ennél fontosabb azonban a passiv tüdőmozgás diagnostikai értékelése, mely önként következik a tünet physicalis értelmezéséből. Ennek a fejtegetése másik dolgozatnak lévén a tárgya, itt csak annyira foglalkozunk vele, amennyire a klinikai jelentőség kidomborítására szükséges.

A passiv tüdőmozgás tünetét, ha nem is szabatosan, de észrevették a régi jószemű klinikusok is. *Laënnec*, *Gerlach* szerint „a tüdő hátrésze hasfekvésben több levegőt tartalmaz“ és sajátságosképpen *James Wilson* is csak körülbelül ennyit említ róla tüzetes, modern diagnostikájában. A passiv tüdőmozgás tüneti lényegét először *Sahli* emelte ki határozottan, mikor kifejtette, hogy a has-szervek, a máj stb. hasfekvésbeli helyzetváltozásáról, a légüres complementaer ürok következményes megnyílásáról és a tüdőszélek beljük való tódulásáról van szó. A máj stb. helyzetváltozása valóban megvan és mint *Korányi Frigyes*, *Elischer*-rel végzett vesekopogtatási tanulmányai kapcsán bizonyította, nagyon is lényeges. De

hogy ezt a helyzetváltozást a hasúr-nyomás megcsappanása okozná, mint *Sahli* véli, az nem áll; a passiv tüdőmozgás hasfekvésben hasprés mellett is beáll. Az mindenképpen nyilvánvaló, hogy a légüres complementaer ürök megnyílnak és ezzel a mellkas-nyomás csökken (illetve negatív irányban nő), mindenesetre azonban sokkal kisebb mértékben, mint belégzéskor, a rekesz activ működése folytán. *Míg a rekeszösszehúzódás-belégzéssel kapcsolatos nagy nyomáscsökkenésnek még akárhány beteg, beszűrődött tüdő is teljes mértékben engedni és tágulni kénytelen, addig a passiv tüdőmozgással kapcsolatos csekély nyomáskülönbségre csak ép tüdőszövet reagálhat kellő módon, beteg tüdőszövet kevésbé, vagy egyáltalában nem, tehát a passiv tüdőmozgás korlátolt, vagy hiányzik.*

Azonban nemcsak az a lényeges, hogy a tüdőnek csekélyebb nyomáscsökkenésre való reakcióját, hanem az is, hogy a tüdőszövet bizonyos kóros behatásokra különösen érzékeny, peripheriás szél-részeit vizsgáljuk. Kétségtelen ugyanis, hogy egyrészt a tüdő- és pleuranyomás közti különbségnek a tüdőszövetet tágító, másrészt a tüdő rugalmasságának ezzel ellentétes törekvése folytán a sinusokat elfoglaló tüdőrésztelben a legnagyobb a szövetfeszülés. *Ennélfogva ez a rész sínlí meg a leghamarább a szövet oly kóros megváltozásait, melyek a tüdő táguló képességét befolyásolják.*

Ez az oka annak a meglepő jelenségnek, hogy már egészen korai csúcsbeszűrődés eseteiben, mikor gyakran csak a *Da-Costa—Molnár*-féle, vagy még határozottabban a *Korányi*-tól legutóbb közölt (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1918, 7. szám) csúcskopogtatással érünk el kétségtelenül objectiv eredményt, ugyanakkor, sőt még előbb is a csúcstól oly távoli tüdőrésztel szövetmegváltozása folytán egy igen durva, szembeötlő körtünet: a passiv tüdőmozgás kiesése jelentkezik. Ennek a jelenségnek a magyarázatára egybeült még kitérek, nyilvánvaló azonban, hogy további kutatást igényel.

Kevésbé meglepő a passiv tüdőmozgás kiesése központi, a hilusból kiinduló, vagy egyébként a sinusokhoz közelebb eső beszűrődés eseteiben. A „beszűrődés“-en itt nem a szűkebb jelentésű kórbonczolástani elváltozást, hanem a *Fraenkel* csoportosítása szerint ismert akár cirrhisos, akár peribronchitis-es-csomós folyamatot is értem, ha annak valóban fennálló — bármennyire idősült — lobos jellege van. A beszűrődés kifejezésével a folyamat activ voltát óhajtom jelezni, a mely önként érthetőleg elsősorban alkalmas a tüdőnyújthatóság csökkentésére s a passiv tüdőmozgás felfüggesztésére. Más alkalomra kell fentartanom annak vizsgálatát, hogy vajjon nagyobb góczú zsugorodó, cirrhisos—inactiv-folyamatok mennyire befolyásolhatják a tüdő mozgását. Mindenesetre az a nézetem, hogy az activ folyamatot, ha talán nem is mindig, de csaknem mindig kíséri a passiv tüdőmozgás korlátoltsága; azt, hogy — ritka esetben — inactiv folyamat is kiválthatja-e ezt a tünetet, elfogadható, de csak szórványos lehetőségnek tartom. Nem beszélek itt az egész tüdő collapsusával járó állapotokról, melyeknek elkülönítő körjelzésében azonban aligha vagyunk új módszerre utalva.

A passiv tüdőmozgásnak a tuberculosis szempontjából ebben rejlik klinikai jelentősége. A passiv tüdőmozgás értékes tapasztalati anyaggal gazdagítja a kóros tüdőmozgások pathológiáját, sőt részben a légzés kórtanát is.

Már régóta ismeretes gümös beszűrődés eseteiben a beteg tüdőfél légzésbeli gátoltsága, mely mind a csökkent activ kitérésben, kisebb belégzési feltisztulásban, mind pedig a betegoldali rekesz magasabb állásában, csökkent vagy lassult lefelé mozgásában (*Williams*) megnyilvánul. Ennek a jelenségnek, melynek korai körjelző értékéről jelenleg is eltérők a nézetek, értelmezésére több elmélet szolgált. *De la Camp* és *Mohr* állatkísérleteik alapján a rekesznek a n. phrenicus paresise által okozott viselkedésében látták a csökkent activ tüdőmozgás okát. Szerintük a n. phrenicus a csúcs körüli pleuritis ideghüvelyre való terjedése, vagy a mellhártyavastagodások, kergek nyomása folytán betegednek meg.

*Jürgens* szerint esete, melyben egy pneumonia éppen a felső belső tüdőnegyedét kimélte meg s a *Williams*-tünet mégis positiv volt, ellenmond ennek a feltevésnek. Szerintem azonban sokkal jobban ellene mond az a körülmény, hogy a tüdőcsúcs nyomásra való fájdalomassága, mely, mint *Mackenzie* nyomán tudjuk, feltétlenül helyi pleuritis jele, igen sokszor jelen van, a mikor a *Williams*-tünet negativ. A körtörténetek közt rámutatok ily esetekre. *De legbizonyítóbb érv ez elmélet ellen a passiv tüdőmozgás maga, mely igen sokszor hiányzik, amikor az activ kitérés, a rekesz még szabad.* Tehát a tüdőmozgás a n. phrenicus és rekesz állapotától függetlenül korlátozva van.

*Mackenzie* elmélete szerint akárhol van egy tüdőfélben a megbetegedett gócz, a tüdőből kilépő afferens symphatikus rostok reflexes ingeráttele a n. phrenicusra volna a tünet oka. Minthogy azonban ilyenformán *Mackenzie* szerint is a rekesz működésbeli változása a főok, a passiv tüdőmozgás kiesését, a hol a rekesz activ működéséről szó sincs, ez se magyarázza meg.

*Rosenbach* a mellhártyaizadmányok dinamikai viszonyait fejtegetve, azt hangsúlyozza, hogy a tüdőnek, mint minden egyéb szervnek, normalisan bizonyos állandó activ tónusa van, bizonyos feszülése, a nélkül, hogy nyújtva volna. Szerinte belégzés csak úgy történhetik, hogy a tüdő tonusa minden egyes belégzés előtt elernyed. Ennek zavara okozhatná tehát az activ tüdőmozgás csökkenését. De a passiv tüdőmozgás mechanizmusa a belégzésétől egészen független és minthogy helyzetváltozaskor a felülkerülő oldalon mégis szabályszerűen fellép, a tüdő részleges tonuselernyedését kellene feltételeznünk.

Kiindulási pontul sokkal alkalmasabbnak tartom *Williams* magyarázatát. Szerinte a beteg tüdőfélben a beszűrődött góczból eredő lobos pangási merevség a tüdő megcsappant activ mozgásának az oka. A pangásos tüdőmerevség szerepét a passiv tüdőmozgásnak a kisvérköri pangásban és szívkompenzációban való viselkedése kapcsán teszem szóvá. Itt csak annyit, hogy ha nem is lobos „pangási merevség“, de mindenesetre a lobos folyamattal okozott szövetváltozás, még pedig mindenesetre a tüdő nyújthatóságának a megváltozása alkalmas arra, hogy az összes jelenségeket ugyanazon az alapon érthetővé tegye. Az kétségtelen, hogy a tüdő nyújthatósága megsínli a lobos folyamatot; mert sem a tüdőalveolusokra ható légnyomás, sem a mellkas alakí viszonyai a folyamat révén nem változván, akár az activ, akár a passiv tüdőmozgás csökkenésekor csak erre a tényezőre gondolhatunk; annál is inkább, mert legalább is kezdő, vagy kisebb kiterjedési folyamatokban a rugalmas rostok kórszöveti elváltozása alig kerülhet szóba. A nyújthatóság lobos alapon kifejlődött csökkenésére vallanak a klinikai tünetek is. *Ugy látszik, hogy a passiv tüdőmozgás kiesése — eddigi eredményeim szerint — csaknem elválaszthatatlan kísérelje az activ folyamatnak; azon a tüdőfélben jelentkezik, a hol activ a tuberculosis elváltozás; az activ jelleg elmúltával helyreáll a passiv tüdőmozgás is.* Viszont kimaradását, vagy korlátoltságát észleljük egyéb, bebizonyítottan pangásos tüdőmerevséget és nyújthatóságcsökkenést okozó betegségekben aminők a szívinkompenzátsággal kapcsolatosak. És jellemző, hogy a lobos beszűrődés természetére utaló módon, az egészen kicsiny activ tuberculosisos gócz hamarabb és teljesebben kiváltja a passiv tüdőmozgás teljes kiesését, mint valamely pangásos folyamat. Vitiumokban a tünet aránylag kevésbé kifejezett. Bronchitis eseteiben, bármily súlyosak, amíg a tüdő szövege érintetlen, negativ a tünet. Positivnak látszik ellenben a tüdőszövet funkcióképességét feltétlenül befolyásoló emphysema korai alakjaiban is, noha jóval kevésbé kifejezetten, mint tuberculosisban.

A fent tárgyalt vizsgálati eljárás a tüdőnyújthatóság különböző fokainak megállapítását teszi lehetővé.

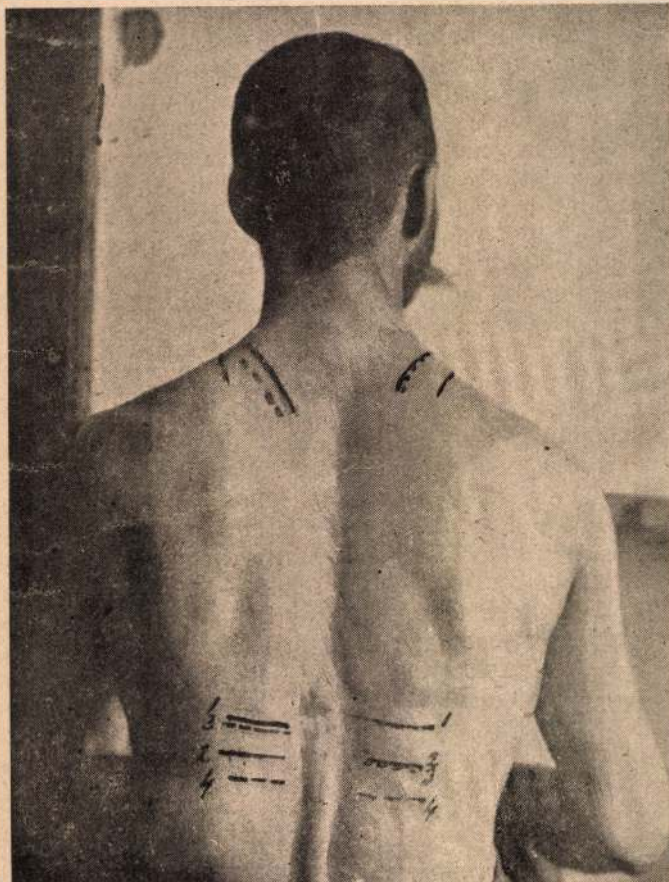
1. A nyújthatóság csökkenésének legkisebb foka az, mely a passiv tüdőmozgás kiesésében nyilvánul; a mikor a tüdő még csak kis nyomáskülönbségre nem tud reagálni.

2. A nyújthatóság csökkenésének nagyobb foka az,

mikor hasfekvésben az activ (belégzési) mozgás is korlátozott (l. 4. vonal). A hasfekvés az alsó tüdőszélnek nagyobb kitérési lehetőséget adván, érzékenyebben jelzi az activ tüdőmozgás zavarát.

3. A nyújthatóság csökkenésének ennél súlyosabb fokában az activ tüdőmozgás az ortostasiás — eddigelé vizsgált — helyzetben is zavart; a belégzési feltisztulás csökkent.

Az elsőfokú nyújthatóságcsökkenés sémája például az 1. ábrán látható. Jobboldali régi, csúcszsugorodással gyógyult folyamat; activ tüdőmozgás, az 1—2. vonal köze rendes, a passiv tüdőmozgás szintén. Baloldalt az activ mozgás — a belégzési feltisztulás — (1—2. vonal köze) a jobboldalhoz képest szintén érintetlennek látszik, de a passiv tüdőmozgás hiányzik: a hasfekvésbeli légzésszüneti alsóhatár, — 3. vonal — a 2. vonal helyett az 1. vonallal esik egybe. Hasfekvésben az activ mozgás (4. vonal) rendes. Ugyancsak baloldalt a Korányi-féle csúcskopogtatási eljárással, ha először ortostasiás, aztán erősen előregörnyedt tartásban megrajzoljuk a Krönig-csúcsvetületet, utóbbi tartásban a léghangot még adó belső határvonal ki és lefelé való tolodása áll be.



1. ábra. Baloldalt passiv tüdőmozgás hiánya. Korányi-féle csúcskopogtatási tünet. Activ folyamat.

A Korányi-féle csúcskopogtatási eljárás által egészen korai esetekben is megkapható eltérések éppen a csúcskörüli tüdőszövet csökkent nyújthatóságából magyarázhatók. Ez a körülmény az egészen korai esetekben kongruensen jelentkező passiv tüdőmozgási kiesésben hasonló kóros tényezőre mutat. Nem hinném, hogy a klinikai esetek egybevágósága mellett más felvételhez nyulni megokolt volna.

### III.

A tüdő akár activ, akár passiv mozgásbeli gátoltságát nemcsak a tüdőszövet nyújthatóságának a csökkenése, hanem mellhártyaösszenövés is, okozhatják. Főleg, hogy ezeknek kórjelző jelentőségét a tuberculosis szempontjából kifejtem. Inkább azt szeretném kiemelni, hogy a mellhártyaösszenövéseknek anélkül, hogy e szempontból tekintenők őket, önmagukban is számottevő gyakorlati szerepük van.

Ez csak azért látszik aránylag csekélynek, mert a diagnosztikának, még a Grancher-félének is, fogyatékossága folytán nem kerülhet eléggé felszínre.

A közöltém eljárással e téren bizonyos haladást értünk el.

Ismeretes dolog, hogy a mellkasfalhoz tapadó mellhártyalenövés kórjelzése néha még nagy gyakorlat mellett is mily nehéz. Ugyanis minden lenövésnek, mely a tüdőt akár a pereménél fogva, akár egyebüt a bordákhoz rögzíti, feltétlenül helyi emphysemát kell okoznia. Ez kórbonczolástaniag sokszor alig észlelhető, ellenben a legnagyobb kitéréseket végző, például széli részleteken tetemes is lehet. Ez a széli emphysema nem egyszer utánozza a tüdő feltisztulását belégzéskor, úgy hogy az activ tüdőmozgást zavartalannak vélnők. A megkülönböztető jelek, mint például az, hogy a feltisztulás kopogtatási hangja nem elég éles, a feltisztulás maga, noha elég kiterjedt lehet, de élesen határolt, vagyis még mélyebb belégzésre is ugyanazon a vonalon marad, ezek a jelek ilyenkor cserben hagynak.

Ilyenkor, de általában mindennemű mellhártyalenövés kórjelzésében, sőt sok esetben topographiás meghatározásában is nélkülözhetetlen ez az eljárás. Meg kell vizsgálnunk a passiv tüdőmozgást, valamint az activ tüdőmozgást is hasfekvésben.

Ha a passiv tüdőmozgás fel van függesztve, annak a nyújthatóság csökkenése is oka lehet. Ezért vizsgáljuk meg a beteget oldalfekvésben is, ugyanazon a módon. Ha a passiv tüdő mozgás oldalfekvésben is hiányzik, akkor oka az egész tüdő mozgáskéességére kiható tényező. Ez lehet ugyan az egész complementaer üreget kitöltő kérges lenövés is. De ilyen esetben már csak bajosan képzelhető el, hogy a lenövés egyéb határozott diagnosztikai jelei hiányoznának.

Általában, ha például hasfekvésben hiányzik a passiv tüdőmozgás és ennek összenövés az oka, akkor oldalfekvésben a passiv tüdőmozgás vagy teljesen szabad, vagy sokkal kevésbé korlátozott. A passiv tüdőmozgásnak hasfekvésben és oldalfekvésben más-más viselkedése lenövésre vall.

A mi a lenövés topographiáját illeti, nyilvánvaló, hogy a mellkasi lenövés inkább befolyásolja a tüdő activ kitérését, mint az alapi, a diaphragmával való összetapadások. Ez utóbbiak éppen ezért nehezen voltak hozzáférhetők az észlelés számára, pedig igen gyakoriak.

A francziák foglalkoztak a legbehatóbban ezekkel a pleurésis diaphragmatiques-kel és következményekkel. Dieulafoy éppenséggel a leggyakoribbaknak tartja őket, kivált cirrhosis, hashártyaizgalmak, vesegyulladások és puerperiumok kapcsán. Tüneteiül kiemeli a „bouton diaphragmatique“-et: a rekesznek tapadási helyét az epigastriumban, két ujjnyira a linea albatól megnyomva, fájdalmat váltunk ki (Guéneau de Mussy). A betegoldali hypochondrium mozdulatlan a rekesz paresise folytán: hypochondre immobilisé, Andral. Összefügg ezzel a Bronardel-Gilbert-kiemelte Pitres-tünet, a kardnyúlványnak a zsugorodó-beteg fél felé görbülése. A n. phrenicus a fejbiczcintő mögött megnyomva, fájdalmat váltunk ki (De Mussy).

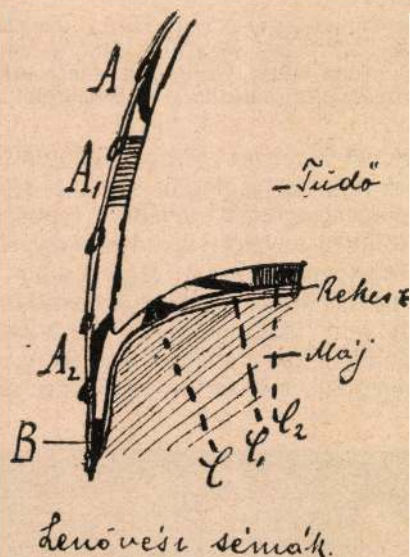
Mindezek közül csak a de Mussy tüneteit észleltem gyakran, melyek általában a nerv. phrenicus reakciói. Ugyanekkor jól használhatók a Mackenzie-féle fájdalom-kisugárzási zónák is, az epigastriumban például, vagy a vállon; előbbieket a 8.—9. nervus thoracalis, utóbbiak a nervus phrenicussal egyszintű 4. cervicalis ideg reflexe folytán.

Mindez azonban, ismétlem, elsősorban heveny folyamatokra és nem idősült, régi lenövésekre vonatkozik. Ezeket még a Röntgen-vizsgálat is csak az esetek kisebb részében derítheti ki.

A mellékelt ábra, mely a lenövési sémákat ábrázza, jól érzékelteti az eljárás folytán szereshető topographiás útmutatásokat. Eleve hangsúlyozom természetesen, hogy sémákról, a kórjelzésben elsősorban csak útmutatásokról van szó, hogy az esetek többségében ezek a sémák kombináltan szerepelnek; azonban az egyik többnyire dominál. Ilyenformán, ha szemünk előtt tartjuk ezt a rajzot és eljárásunk ered-



ményeire alkalmazzuk, akkor, ha nem is jutunk minden esetben *kizárólag* ezzel a technikával élve szabatos megállapításokra, de bizonyos, hogy az eddigi mérték szerint sokkal jobban megközelítjük a kórbonczolástani valóságot.



Igen gyakoriak az A és A<sub>1</sub> típusú lenövések; utóbbi a lapszerű mellkas-letapadásokat (Grancher) jelzi. Mindkét típus többnyire korlátozza a tüdő activ kitérését; de mint említém, a marginalis vikariáló emphysema olykor leplezheti ezt. De ha a passiv tüdőmozgást vizsgáljuk, ezt csaknem mindig teljesen hiányzóknak, mindenestre igen gátoltnak, fogjuk találni és akadályozottnak látjuk a hasfekvésbeli activ kitérését, mélybelézési feltisztulást is.

(Folytatása következik.)

Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról. (Vezető: Herzog Ferencz dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

### Osteoarthropathie hypertrophiante elsődleges betegség nélkül.

Írta: Lóránt Aladár dr.

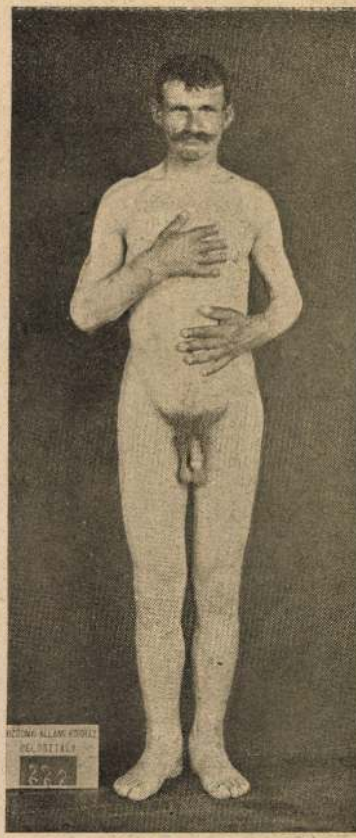
Belső szervek genyedeése, genyes vagy éves szétesése (bronchiectasia, gangraena, empyema, tuberculosis) billentyűhiba (különösen congenitalis) gyakran okoz az ujjak végperczén sajátos alakú lágyrészmegvastagodást, a mit dobverőujj elnevezés alatt ismerünk. A dobverőujj mellett aránylag ritkán a hosszú csöves csontok distalis vége (ulna, radius, tibia, fibula), valamint a kéz és láb valamennyi csontja megvastagodik, a csontokon osteophytás felrakódást találunk, a mit ossifikáló periostitis okoz. Marie,<sup>1</sup> a csontelváltozással járó dobverőujj első leírója ezt külön kórképbe foglalta össze és osteoarthropathie hypertrophiante pneumiquenek nevezte el. Az elnevezés nem egészen megfelelő, mert amellet, hogy ízületelváltozás nem mindig mutatható ki, a tüdő betegségek kivül a keringés zavara is kiválthatja a kórképet.

A dobverőujj és az osteoarthropathia, mint közös aetiologiájú consecutiv-betegség kétségkivül együvé tartozik. Schmidt<sup>2</sup> szerint legvalószínűbb az a feltevés, hogy az osteoarthropathia a dobverőujj súlyosabb alakja, mert az osteoarthropathias dobverőujjon is az utolsó percz megvastagodását legtöbbször kizárólag lágyrészzaporodás okozza és mert osteoarthropathiát dobverőujj nélkül sohasem észleltek.

Az osteoarthropathia kórtana nincs egészen tisztázva; a klinikai tünetek és a betegség aetiologiája leginkább amellet szólnak, hogy a csontfelrakódást és a lágyrészmegvastagodást egyéni dispositio mellett állandó vénás pangás okozza. Ezt teszi valószínűvé Dumreicher-nek<sup>3</sup> a pseudarthrosokban végzett kísérlete is, a melylyel igazolta, hogy a végtagon előidézett vénás pangás periostalis csontvastagodást okoz. Az osteoarthropathiában a vénás pangást az elsődleges betegség váltja ki, még pedig a nagyfokú cyanosissal járó

congenitalis vitiumban a keringés zavara, a genyedeással és évesedéssel járó folyamatokban — a feltevés szerint — a pangó váladékból felszívódó toxikus anyag.

Az osteoarthropathia igen ritkán elsődleges betegség nélkül jelentkezik. Schulze és Fischer,<sup>4</sup> továbbá Becher<sup>5</sup> írt le ilyen esetet, a melyet a klinikai tünetek alapján biztosan osteoarthropathiához tartozónak kell tartani. Ezen esetek száma csak akkor lesz lényegesen nagyobb, ha idesoroljuk azokat is, a melyekben az osteoarthropathiának valamely elsődleges betegséggel való összefüggése eléggé bizonyítottnak nem látszik. Az osteoarthropathiát Obermeyer<sup>6</sup> chronikus cholaemiával, Calindero<sup>7</sup> ulceráló sarkomával, Chatin és Cade<sup>8</sup> chronikus vesegyuladással, Teleky<sup>9</sup> dysenteriával, Schittenhelm<sup>10</sup> endocarditis és chronikus pneumoniával, Krüger<sup>11</sup> carcinomával, Schlesinger<sup>12</sup> syringomyeliával, Berent<sup>13</sup>



1. ábra.

polyneuritissal stb. hozta összefüggésbe. Ha kétségen kivül állónak tartjuk is, hogy az osteoarthropathia általában consecutiv megbetegedés, ennyi különféle és rendkivül gyakori kórképpel való kapcsolatbáhozása bizonyosan erőltetettnek látszik. Jogosultsága pedig megszűnik akkor, ha meggondoljuk, hogy az osteoarthropathia nem minden esetben consecutiv, mert bár egészen kivételesen, de olyan betegen is észlelték, a kin elsődleges betegséget kimutatni nem sikerült. Ezért az ilyen esetekben aetiologiai kapcsolat felállítása indokoltnak nem látszik és együttes előfordulásukat véletlennek kell tartani, a mi a betegség chronikus lefolyása mellett könnyen elképzelhető.

Ez év őszén volt alkalmunk osztályunkon egy beteget észlelni, a kin az osteoarthropathia tünetei elsődleges betegség nélkül jelentkeztek. Az eset ismertetését nemcsak ritkásága miatt tartom érdemesnek, hanem mert az előzők szerint hozzájárul az osteoarthropathia aetiologiájának a fenti szempont szerint való tisztázásához.

P. J., 44 éves földműves, jelenleg katona. Szülei nem élnek, apja 54 éves korában, anyja 67 éves korában előtte ismeretlen betegségben halt meg. 9 testvére közül kettő él, egészséges. 8 éve nős, 3 élő, egészséges gyermeke van. Hasonló betegség családjában nem fordult elő. Régebbi betegségekre nem emlékszik.

Jelen baja 8 év előtt kezdődött állítólag azzal, hogy mindkét lábfeje, majd 14 nap mulva mindkét keze erősen megdagadt. Keze

annyira dagadt volt, hogy ököbe szorítani sem tudta. Ezen állapota körülbelül két hétig tartott, mely idő után a duzzadás részben visszafejlődött, azonban keze és lába vaskosabb maradt. Ha sokat dolgozik, vagy sokat jár, keze és lába azóta is gyakran megdagad és kékes-vörösré színeződik. Izületi fájdalmai nincsenek, lábaiban időnként szagatást érez. Munkaközben és járáskor keze, illetve lába izzad. 2–3 év óta keze és lába állítólag gyengébb lett. Betegsége alatt az arcza nem változott meg. Sexualis funkciója rendes, nem köhög, köpete nincs.

Közepesen fejlett és táplált beteg, mérsékelt zsírpárnával. Testmagasság 170 cm, a törzs és végtagok hossza arányos. A szőrzet, bőrpigment rendes eloszlású. A fej rendes nagyságú, az állkapocs, az orr, a fül és az ajak nem nagyobb. A szemek kicsinyek, mélyen állók (állítása szerint ilyen volt mindig és két testvére szeme is ilyen). A fogak rendesen fejlettek, rendes elhelyezkedésűek. A nyakon mirigyek nincsenek, a thyreoidea nem nagyobb. A gégeizmok rendesen működnek.

A bal tüdőcsúcs kissé tompult, légzési eltérés nincs. A szívtompulat rendes, a hangok tiszták. A Röntgen-átvilágítás a mellkasi szerveken eltérést nem mutat. A hasban rendellenes resistentia, különös érzékenység nincs. A máj, a lép nem nagyobb. Herék rendes nagyságúak. Pulsus középített ritmusos, száma percenként 70–80. Láz-talan, a vizeletben fehérje, geny, cukor nincs. Vizelet napi mennyisége 1500–1800 cm<sup>3</sup>.



2. ábra.

A pupillák középtágak, egyenlők, fényre s alkalmazkodásra jól reagálnak. Szemmozgás szabad, nystagmus nincs, a szemfenék ép, a látótér rendes. Az inreflexek kiválthatók, kétoldalt egyformák. A has- és cremaster-reflex kétoldalt egyforma, conjunctiva, cornea- és garat-reflex kiváltható. A fejidegek területén nincsen eltérés. A végtagok activ és passiv mozgása rendes. A tapintási, hő-, fájdalom- és mélyérzésben eltérés nincs.

Az ujjak rendes hosszúságúak, de vastagabbak. A két első percz egyenletesen megvastagodott, a harmadik percz bunkószerűleg kiszélesedett, a mi által az ujjak legyezőszerűen széjjelállnak. Az utolsó percz háti felszíne az ujj nivójából kiemelkedik a bőr fölötté megvékonyodott, kékes-vörösré színeződött. A köröm nagyobb, óraüvegszerű, trophiás zavart nem mutat. A láb ujjain kisebb mértékben ugyanilyen elváltozás van. Az ujjak vastagsága kétoldalt egyforma. A hüvelyk végperczének kerülete 8,5 cm., a mutatóujjé 6,8, a középujjé 7, a negyedik ujjé 6,9, a kis ujjé 6,8 cm. Jelentékenyen megvastagodott az alkar és lábszár distalis vége, a bokák erősen kiállanak. A boka kerülete 31,5 cm. A végtagok felületén venái kanyargós lefutásúak, duzzadtak. (1. ábra.) Wassermann-reactio a vérben negatív, vérnyomás 125 mm. RR. Vörösvérsejt-szám 4,200,000, fehérvérsejt-szám 8000, haemoglobin 80%.

Qualitativ vércép: 29,2% lymphocytá, 66% n. leukocytá, 2% eosinophil leukocytá, 0,4% basophil leukocytá, 2,4% átmeneti sejt.

A végtagokról készített Röntgen-felvétel tipusos elváltozást mutat. A tuberositas unguicularis megvastagodott, kifejezett eperszerű rajzolatot mutat. (2. ábra.) Az ujjak összes phalanxainak basisa és diaphysise új csontképződés miatt jelentékenyen megvastagodott, ezáltal elvesztik normalis karcsúságukat. A csontfelrakódást megtaláljuk a kézközép és kéztöcsontokon is, de az elváltozás legkifejezettebb a radius és ulna distalis végén, a hol a felrakódás a csontot jelentékenyen kiszélesíti.

(3. ábra.) A corticalison mindenütt éles vonal jelzi az új csont határát. A lábcsonatok Röntgen-kepe ugyanilyen elváltozást mutat, itt ezenkívül helyenként a lágyrészekben lencsényi, a csonttárcsák intenzitásának megfelelő, éles szélű homály látszik.

A koponyáról készített Röntgen-felvétel szerint a sella turcica rendes méretű.

A hypophysis funkciójának vizsgálására alimentaris glykosuriás kísérleteket végeztem. A beteg reggel éhgyomorral 100 gr. szőlőcukrot kapott és a kétóránként ürített vizeletet szőlőcukorra vizsgáltam. A vizeletben szőlőcukor nem jelent meg, tehát betegünk cukortoleranciája nem csökkent.

A kórtörténet lényeges részét összefoglalva: betegünkön az ujjakon, valamint a végtagok distalis részén 8 év óta tartó sajátos megvastagodást, továbbá tipusos dobverőujjat találtunk. A Röntgen-felvétel szerint a dobverőujjat nagyobb részben lágyrész-szaporodás, a végtag többi részének megvastagodását pedig kizárólag csontfelrakódás okozza. Betegünk belső szervein, idegrendszerén és koponyáján elváltozást nem találtunk. Ezen tünetek alapján azt kellett felvennünk, hogy betegünk osteoarthropathiában szenved, a mely



3. ábra.

elsődleges betegség nélkül keletkezett. Differential-diagnostikai szempontból mindössze az akromegalia jöhetne szóba, mely szintén a végtagok distalis részének megvastagodását okozhatja. De akromegalia esetén a végtagok distalis részének megvastagodása sohasem egyedülálló tünet, hanem csak egy részét teszi ki azoknak az elváltozásoknak, a melyeket a beteg koponyacsontjain (az állkapocs, a sella turcica megvastagodása), idegrendszerén (bitemporalis hemianopsia), arczán (orr, fül, ajak, megnagyobbodása), belső szervein (polyuria, splanchnomegalia), vérében (mononucleosis, eosinophylia) stb. találunk. Amellett, hogy betegünkön ezen elváltozások közül egyet sem találtunk, még a végtagok alakja és Röntgen-kepe sem akromegáliának felel meg. Míg akromegalia esetén az ujjak egyenletesen vastagodottak, elvesztik külső tagozottságukat, betegünkön az ujjak alakja nem így változott meg. A dobverőujj akromegáliában igen ritka, a periostalis csontvastagodás pedig sohasem ilyen nagyfokú és nem terjed rá a végtagok distalis részére.

Az osteoarthropathia anyagcserejének vizsgálásával keveset foglalkoztak, pedig az ugyancsak csontelváltozással járó akromegalia, több vizsgáló megegyező észlelése szerint, jellemző anyagcsereváltozást, fokozott húgysav-, csökkent foszfat-, chlorid-, calcium- és nitrogen-kiválasztást okoz. Mindössze Guérin és Etienne,<sup>14</sup> továbbá Schittenhelm<sup>10</sup> végzett osteoarthropathiában vizelet-analysist. Az előbbi csökkent

phosphat- és calcium-kiválasztást talált, *Schittenhelm* esetében pedig a kiválasztott sók mennyiségében eltérés nem volt.

A mi esetünk, minthogy elsődleges betegség hiányzott, különösen alkalmasnak látszott ezek megvizsgálására. E célból betegünk vizeletét, vegyes táplálkozás mellett, három egymásután következő napon vizsgáltam nitrogen-, chlorid-, phosphat- és húgysav-kiválasztásra. Az analysisek eredményét a következő táblázatba foglalom össze:

Datum	Mennyiség	Fajstíly	Nitrogen	Chlorid	Phosphor P <sub>2</sub> O <sub>5</sub> -ban számítva	Húgysav
Nov. 15	1800	1:011	10:41	14:50	1:58	0:36
Nov. 16	1500	1:012	10:74	14:78	1:66	0:32
Nov. 17	1660	1:012	9:96	14:31	1:49	0:32

Betegünkön tehát a nitrogen- és chlorid-kiválasztás rendes, a phosphat- és húgysav-kiválasztás pedig valamivel kisebb, a mit talán a nuclein anyagcserecsökkenése okoz.

Az osteoarthropathiát, mint már említettem, a leginkább elfogadott nézet szerint állandó venás pangás okozza. Némrég *Weiss*<sup>15</sup> egy módszert dolgozott ki a capillarisonak az élőben való vizsgálására. Ez a módszer egyszerűen abból áll, hogy a beteg körömágya szélénél a bőrre valamilyen illó olajat csepegtetünk és az így transzparenssé tett szövetet ráeső fényvel erősen megvilágítva, mikroszkop alatt megfigyeljük. Betegünk capillarisaikat ilyen módon vizsgálva, rajtuk fetűnő elváltozást észleltem. A capillarisonak száma szaporodott, venás águk jelentékenyen kiszélesedett, az alapszövet, mely máskor világos rózsaszínű, betegünkön kékes-vörös. Mindezek az elváltozások *Weiss* szerint a keringés zavarából eredő pangásra vezethetők vissza. Betegünk végtagjai az állandó vastagodáson kívül időnként, ha sokat dolgozik vagy sokat jár, megduzzadnak. Ezt az oedemát a capillarisonak észlelt jelek és a bőrvenák tágult volta miatt pangásos oedemának kell tekintenünk.

Minthogy semmi okunk sincs feltenni azt, hogy betegünk általános keringési zavarban szenved, a végtagokon észlelt venás és capillaris pangásnak és vele az osteoarthropathiának okát az erek vagy idegek helyi elváltozásában kell keresnünk.

*Esetünk tehát az osteoarthropathia azon igen ritka alakjához tartozik, a melyben kiváltó betegséget kimutatni nem sikerül. Az elsődleges betegség hiánya alkalmasnak látszott annak bizonyítására, hogy az a sokféle betegség, a melylyel az osteoarthropathiát összefüggésbe hozták, e betegség kiváltásában nem szerepel Valószínű, hogy esetünkben az osteoarthropathiát helyi keringési zavar okozta.*

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Marie*: De l'osteoarthropathie hypertrophique pneumique. *Revue de méd.*, 1890, 10. kötet. — <sup>2</sup> *Schmidt*: Die allgemeine hyperplastische Periostitis und Ostitis. *Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse der allg. Pathologie*, 1898, V. évfolyam, 937. oldal. — <sup>3</sup> *Dumreicher*: Methode zur Behandlung drohender Pseudoarthrosen. *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1875. — <sup>4</sup> *Schulze és Fischer*: Zur Lehre von der Akromegalie und Osteoarthropathie hypertrophante. *Mitt. aus dem Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie*, 24. kötet. — <sup>5</sup> *Becher*: Ein Fall von Osteoarthropathie hypertrophante (*Marie*) ohne primäre Erkrankung. *Zeitschrift für klin. Medizin*, 84. kötet, 491. oldal. — <sup>6</sup> *Obermayer*: Knochenveränderungen bei chron. Icterus. *Wiener klin. Rundschau*, 1897, 38. és 39. szám, 625. oldal. — <sup>7</sup> *Calindero*: Sur acromégalie Romaine méd., 1894, III. ref., *Schmiedt Jahrb.*, 1895, 246, 25. oldal. — <sup>8</sup> *Chatin és Cade*: Déformations hippocratiques des doigts avec lésions osseuses dans la néphrite et la cirrhose biliaire. *Lyon médicale*, XXXIII, 35, 1901, ref. *Schmiedt Jahrb.* 1902, 195. oldal. — <sup>9</sup> *Teleky*: Beiträge zur Lehre von der Osteoarthropathie hypertrophante *Marie's*. *Wiener klin. Wochenschrift*, Vol. X, 1897, 1420. oldal. — <sup>10</sup> *Schittenhelm*: Ein Beitrag zur Lehre von der Osteoarthropathie *Marie's*. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1902, 12. sz. — <sup>11</sup> *Krüger*: *Virchow's Archiv*, 185. kötet, 43. oldal. — <sup>12</sup> *Schlesinger*: Die Syringomyelie. *Wien*, 1900, 2. kiadás. — <sup>13</sup> *Berent*: Zur Aetiologie osteoarthropathischer Veränderungen. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1903, 4. sz., 75. oldal. — <sup>14</sup> *Guérin és Etienne*: Recherches de quelques

éléments urologiques dans un cas particulier d'osteoarthropathie hypertrophante. *Arch. de méd. expérimentale*. T. VIII, 1896, 468. oldal. — <sup>15</sup> *Weiss E. és Müller*: Ueber Beobachtung der Hautkapillaren und ihre klinische Bedeutung. *Münchener mediz. Wochenschrift*, 1917, 609. oldal.

## Bajtársak.

(A „Grazer Tagespost“ című napilapból.)

Fogylyáborunk két versztnyire volt Krasznajarszktól. Egyik nap egy osztrák hadnagy nyit be sietve a barakkomba s elmondja, hogy az orosz őrség éppen most lőtt le egy osztrák foglyot. Hamar összeszedem a kötözőszerkeimet s futok ki. Segíteni akarok szegényen. Látom őt már, a mint vergődik a homokban. De miközben futok feléje, észreveszem, hogy az őrség célba vesz. Irányt változtatok s a tábor szélén álló orosz tiszték csoportjánál kersek fedezetet. Az őrség láthatta, hogy ezredorvos vagyok s mégis fegyvert fogott reám! Felindulásomban kifakadok a tiszték előtt, erős szavakat használok. A tiszték replikáznak, én visszafelelek — én megértem őket, de ők nem értenek meg engem.

Azonnal letartóztatnak. A fogylyábor parancsnoka elé visznek: szöke fiatal kapitány, a ki a polgári életben a fakereskedés jövedelmező foglalkozását űzte. A tábor börtönébe csukat. Innen pár óra múlva a városi fogházba szállítanak, amelyre nem lehet reáfogni, hogy szalon.

A városi parancsnok maga elé hivat. Öreg alezredes, vörös, pufók alkoholistá-arcu. De mint minden orosz, udvarias: ülésel kínál meg s csak utánam ül le. . . Tolmács útján értésemre adja, hogy a foglyokra ugyanazok a rendelkezések állanak, mint az orosz legénységére a fronton. Felázadtam, kezem emeltem (?) orosz tiszték ellen, súlyosan megsértettem a katonai fegyelmet, ezért halálbüntetés jár; sajnálja, de példát kell statuálnia. S hogy félre ne értem a szavait, a gesztusok nemzetközi nyelvén a nyaka tájékán meg is mutatja, hogy mi vár reám. Semmellett mindvégig udvarias marad, udvarias az akasztófa utolsó létrafokáig. — Hogy van e még valami kívánságom?

Olyan hirtelen jutottam az élet és halál határmesgyéjére, hogy szinte időm se volt, hogy komolyan vegyem a dolgot. Kívánságom? Nincs. De igen, van egy: régi osztrák katonacsalládból származom, olyanból, amelyben az akasztófa eddig nem dívott. Tisztességes katonai halált kérek, agyonlövését.

Rendben van.

Elvezetnek. A városi fogházban várom sorsom eldőlését.

Hallgatom a Jeges-tenger felé úszó nagy Jenisszei-gőzösk gőzsípjának sajátságosan panaszos, sívító hangját; stilszerű kíséret ez kétségbeejtő helyzetemhez.

Közben az történik, hogy a fogylyábor parancsnokának a kis gyermeke megbetegszik. Valami súlyos toroktályogja támadt. Csak egy ember tud rajta segíteni Krasznajarszkbán: *Popper* dr. fogylytársam. Kitűnő, ügyes keze van, mestere a gégeműtétéknek. A kommandánsné érte küld. De a doktor azt üzeni, hogy nincs kedve eljönni.

A kommandánsné maga megy érte. Könyörög, a kezében egy csomó bankjegy: több ezer rubel — ha kell, még többet ad, csak mentse meg a gyermekét. De a doktor hajthatatlan marad. A műtétnek csak egy ára van: bocsássák szabadon *Planner* dr.-t!

„De hisz a gyermekem életéről van szó! „Az ezredorvosnak is vannak szülei. Egyik élet annyit ér, mint a másik. Ha halni hagyják az ezredorvost, halni hagyom én is a gyermekét.“

Hosszabb idő múlva megint megjelenik a kommandánsné. „Ön mint orvos köteles egy beteg megmentésére sietni.“ „Nem vagyok köteles.“ „Az uram önt is . . .“ „A hogy tetszik. Nem bánom, ha akár főbe is lőnek, vagy fel is akasztanak. Addig egy tapodtat sem megyek, míg *Planner* dr.

bajtársamat szabadon nem bocsátják, minden hamisság és csalás nélkül. Ajánlom magamat.“

\* \* \*

Másnap zárt kocsi áll meg börtönöm előtt. *Planner* dr. azonnal jöjjön le. Azonnal, azonnal — a dolog nagyon sürgős! Hat óra felé jár az idő. Musik ül a bakon, de nincs se fegyvere, se bajonetje.

A kapu alatt egy honvédfőhadnagy áll. „Pajtás, csak nyugalom. Csak kihallgatásra visznek. Hogy talán szabadon bocsátanak? Erről szó sem lehet. Akit ide hoznak, az három hónap alatt nem szabadul innen: ez a minimum.“

A városi parancsnok, az öreg, rövidre nyírt fehér szakállú, udvarias alezredes előtt állok. Egy pár formalitás — és a kocsi visszavihet a fogolytáborba. Szabad vagyok! A tábor parancsnoka eleitől végig visszavonta a panaszjelentését . . . félreértés volt az egész . . . csak menthető idegesség, nem lázadás . . .

Megérkezem a táborba. A fegyvertelen kisérő katona leszáll a bakról s nem tágit mellőlem, de a kapitány hozzá lép s hatalmas orosz pofonnal űzi el őt: „Marha, takarodj innen — még majd nem hiszik el, hogy a doktor csakugyan szabad.“

Egyedül, kisérlet, őrizet nélkül kell *Popper* dr.-hoz belépnem, hogy meggyőződjék róla, hogy igazán szabad vagyok . . . Én vagyok az ő honorariuma, az ő tiszteletdíja. A hogy kikötötte magának: szabadon, tetőtől-talpig szabadon jelenek meg nála.

A gyermeket még aznap megoperálja, a gyermek élete meg van mentve s az enyém is

Ilyen az orvosi bajtárs.

*Dr. Karl v. Planner.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Sebészet.

A gyűjtőértágulásnak művi úton rögzítéséről értekezik *G. Nobl*. Többen megkísérelték a gyűjtőértágulások therapiájában adstringensek és egyéb gyógyszerek befecskendezésével a gyűjtőér rögzítését létrehozni. A szerző több száz esetében a sublimatot alkalmazta 1%-2%-os vizes oldatban oly módon, hogy 4—6 napi időközben ezen oldatnak 1—3 cm<sup>3</sup>-ét fecskendezte be a kitágult vénába. Chlor-natriumnak az oldatban való jelenléte csökkenti a sublimat hatását. Ajánlatos az injectiókat a magasabban fekvő tágult gyűjtőereken kezdeni, a hol az elvékonyodott bőr közel van a kilyukadáshoz. A befecskendezés után néhány nappal a vena falában gyuladás áll be, miáltal thrombus jön létre s a vena néha 20—30 cm.-nyi hosszban mint kemény köteg érezhető, kiemelkedése nyomással már nem tűntethető el. Kellemetlen, intoxicációs tüneteket a szerző nem észlelt sem a nyálkahártya, sem a vesék avagy a bél részéről és különösen kiemeli, hogy egyetlen esetében sem látott tüdőemboliát. A vizenyős végtag lelohad, a fáradtságérzés megszűnik s a kisebb lábszárfeleképek sarjadzani kezdenek s gyorsan meggyógyulnak. Természetesen, hogy évek óta fennálló, fibrosus szélű, lepedékes, igen kiterjedt, mély fekélyeket ezen conservatív eljárás sem befolyásolja. A szerző két évi tapasztalata alatt recidivát nem észlelt. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1918, 11. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

A lágyrészsérüléseknek excisióval és pyoktanin coeruleum Merck-kel való gyógyításáról értekezik *J. Witt*. A sebkezelésben, különösen harctéri sebesülések esetein, a conservatív eljárásnak gyakran nem kielégítő eredményei következtek, az actívabb gyógykezelés jut mindinkább előtérbe. E felfogás azonban nem általános. Némelyek megelégszenek a sérülés tasakjainak feltárással és drainézásával,

mások a seb egy részét kimetszik, azonban a gázúszók veszélyére való tekintettel csak másodlagosan zárjuk el azt. Vannak, akik a radicalisabb felfogás szerint járnak el (*Hutschmidt, Eckart*), elsődlegesen zárják a sebet és esetenként drainezik. Különösen fontos, hogy a sérülések sebek elzárásakor, a hol a bántalmazott szövetekben majdnem mindig pathogen bacteriumok vannak, ezeket antisepticumokkal tönkretessük. A leggyakrabban használt joddal, jodoformmal, carbollal, sublimat e hatást részben elérhetjük, azonban egyrészt ezen készítményeknek a szövetekre való káros hatását, másrészt a resorptio veszedelmét figyelembe kell vennünk. *Bruns* egy újabb antisepticumot vezetett be a sebkezelésbe, a Carrel—Dakin-oldatot. Az eredményekről a vélemények nem egybehangzóan jók. A fehérenemű rongálása, a betegszobában állandóan chlorszag, a kötszerrel való párlás oly hátrányok, amelyek nem tették elterjedté a sebkezelésben. A szerző alkalmasabbnak találja az anilinfestékből előállított pyoktanin használatát. Eseteiben következőképpen jár el: A kisebb zúzott sebeket, amelyek 24 órán belül jutnak kezelés alá, excindálja és primaer zárja. A súlyosabb esetekben az excisió mellett a pyoktaninnak 5%-os alkoholos oldatából 2%-os vizes oldatot készít, a melylyel a sebtűt megtisztítja. *Baumann* úgy találta, hogy a pyoktanin a bacteriumokat in vivo megfesti és ily módon tönkretesz. Ezen folyamat már akkor megy végbe, a midőn a bacteriumok a szövetekre való hatásukat nem fejtették ki és intoxicációs tüneteket nem hozhattak létre. Az ízületek nyitott, valamint a mellkas lövéses sérülése eseteiben igen jó eredményeket látott, az elsődleges elzárás dacára genyedés nem állott be. Acut genyedés, phlegmone és carbunculus eseteiben szintén jó eredménnyel alkalmazta a pyoktanint. (*Med. Klinik*, 1918, 9. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

### Gyermekorvostan.

A veleszületett bujakór átvitelének problémáját fejtegeti *H. Rietschel* egyik Würzburgban tartott előadásán. Elsősorban is kifejti, hogy helytelen „öröklésről“ szólni, mert itt közvetlen átvitelről van szó, amely átvitelkor épp úgy, mint minden más fertőző betegség esetén, amely a szülés előtt vagy alatt vitetik át a magzatra, a placenta játsza a főszerepet. Valóban pontos vizsgálatok kimutatták, hogy egyrészt a bujakóros csecsemő szervezetében sokkal több spirochaeta van, mint a lueses felnőttnél, másrészt nagyszámú kísérletek és vizsgálatok biztosan kimutatták a spirochaetát úgy a placenta decidualis, mint magzati részében is. Ebből tulajdonképpen csak az világlik ki, hogy a veleszületett bujakóros gyermek anyja is luesben szenved. A fertőzés szerinte az apa spermájából történik; de nem a sperma-sejt beteg, hanem a spermafolyadékban a spermiumok mellett vannak nagyobb számmal spirochaeták. Ez a valóság mesterségesen inficiált állatokon végzett kísérletekkel is bizonyítható, valamint *Finger* és *Landsteiner* kísérleteiből emberen is kimutattatott. Így a placenta útján csak akkor fertőződik a magzat, ha a placenta nem ép, és a két vér keveredése megtörténhetik, tehát főleg szülés esetén; ebből magyarázható a 3—4 heti tünetmentesség — latentia —. A fertőzés bekövetkezését *Rietschel* tehát úgy képzeli, hogy a szülési trauma következtében leváló és sérült placenta-részekből, bolyhokból a spirochaeták bekerülnek a magzat testébe és ott 3—4 hét alatt elszaporodva, kiváltják az első tüneteket. Ez a módja a fertőzésnek magyarázná azt is, hogy alternálva születhetnek egy házasságból egészséges és lueses gyermek, valamint azt is magyarázza, hogy hogyan lehet az, hogy két iker közül az egyik bujakóros, a másik egészséges.

Kérdés volna már most az, hogy vajon az anya luese a gyermek apjától származik-e közvetlen úton, avagy a germinatív úton ex patre inficiált magzat útján, mint „*dioc en retour*“?

Erre a kérdésre azok az állatkísérletek vetnek világot, amelyek utóbbi időkben számosan végeztek. Az összes állatkísérletekben a buvárok úgy látták, hogy dacára annak,

hogyan a fertőzés sikerül, az, hogy a kísérletes bujakór általános és erős lesz-e, avagy csak helyi jelentőségű folyamat, attól függ, hogy az inficiálás hol történt. Így például a szemben való fertőzés localis betegség marad, ellenben a bőrön át való fertőzés, a herékbe való oltás mindig súlyos általános tünetekkel járó folyamatot vált ki, míg a subcutan szövetbe való oltáskor vajmi ritkán sikerül a fertőzés. Ebből oda következtet, hogy a kórokozó behatolási kapujától függően nagyon változhatnak a kórkép alakja.

Az anya fertőzésének tehát két módja van, az egyik az, hogy a bőrön keresztül, látható elsődleges tünettel fertőződik, ilyenkor manifest bujakór jeleit látjuk fejlődni; a másik az, hogy az apa spirochaetát tartalmazó spermája által a portión át fertőződik a méhürben, ahol a bőr helyett a csillószőrös hám betegszik meg elsődlegesen, midőn is az előbb elmondottak alapján felveszi, hogy ilyenkor a betegség lefolyása más lesz, mert más az elsődleges fertőzés helye, s egy sokkal jobb indulatú, könnyebb lefolyású kórfolyamat áll be. A fertőzés főfeltétele az, hogy az apa spermájával együtt spirochaeták is kerüljenek az anya uterusába. Persze ép, intact csillószőrös hámnál nem igen lehet felvenni a fertőzés lehetőségét, hanem gondolkodjunk csak arra, hogy minden egyes ovulációkor, menstruációkor a csillószőrös hám megváltozik és fertőzésre alkalmassá válhatik. A bekövetkezett fertőzés folytán megváltoznak a méhkörüli mirigyek, azok megnagyobbodva lokalizálják a megbetegedést, az nem terjed úgy el, viszont a hosszú ideig tartó lefolyáskor az anya szervezetének ideje marad elegendő ellenanyagot, antitestet termelni és így a megbetegedés sokkal enyhébb lesz. A beteg méhlepénytől a magzat két úton fertőződhetik, először is a spirochaetáknak emboliás úton való elragadásával a magzat felé menő véráram útján, másodsor a spirochaetáknak a köldökzsinoron át való tovakúszása folytán. (Sitzungsberichte der Physikalisch-medizinische Gesellschaft zu Würzburg, 1917, okt. 18.)

Bókay Zoltán dr.

### Magyar orvosi irodalom.

**Magyar orvosi archívum**, 18. kötet, 6. füzet. *Verzár Frigyes*: Izomösszehúzó és hullamerevség. *Verzár Frigyes*: A vérellátás hatása az izom oxygenfogyasztására. *Berczeller László*: Fizikai-chemiai vizsgálatok a Wassermann-reactióra vonatkozólag.

**Orvosképzés**, 1918, 4-6. szám. *Jendrassik Ernő*: 1. A fertőző bajok lektüzdéséről és az azoktól való megóvásról. 2. Észrevételek a szivbajokról. *Bálint Rezső*: Diaetetikai tévedések, diaetetikai feladatok. *Gerlőczy Zsigmond*: A himlőre vonatkozó epidemiológiai, diagnostikai és therapiai megfigyelések. *Dollinger Gyula*: A sebészeti tuberculosis elleni küzdelem szervezése. *Farkas Géza*, *Manninger Vilmos*, *Mátéfi L.* és *Vészi Gyula*: Az antisepsisről. *Horváth Mihály*: A spondylitis mechanikai kezelésének néhány alapelvéről. *Grósz Emil*: Az orvos feladata a háború alatt és a háború után a néperő megmentésére és helyreállítására.

**Gyógyászat**, 1918, 33. szám. *Berczeller László*: Az aethylalkohol szerepe a Wassermann-reactióban. *Manninger Vilmos*: Az izületek lövési sérüléseiről.

**Budapesti orvosi ujság**, 1918, 34. szám. *Remete Jenő*: Adatok a hólyagkövek pathológiájához. *Chitul Gyula*: A febris epidemicáról vagy ú. n. spanyol lázról.

### Vegyes hírek.

A német, osztrák, török és magyar bajtársi szövetségek orvosi szakosztályai 1918 szeptember hó 21. és 22.-én Budapesten együttes tudományos ülést tartanak, amelyen az orvosok képzése és továbbképzése, továbbá a malaria-ellenes küzdelem lesznek a megbeszélés tárgyai. Az együttes ülést követően szeptember hó 23.-án délután a m. kir. országos hadigondozó hivatal megismerteti a magyar hadigondozás szervezetét és bemutatja annak intézményeit, szeptember hó 23.-án délután pedig a magyar fajegészségtani és népesedéspolitikai társaság az I. német-osztrák-magyar fajegészségtani és népesedéspolitikai nagygyűlést rendezi. Szeptember 22.-én délután az új Gellért-fürdőt és a Margitszigetet látogatják meg, szeptember 24.-étől 27.-éig pedig Pöstyén, Trecsentepliz és a Tatra-fürdők meglátogatása van tervbe véve.

**Kitüntetés.** A király *Fráter Imre* dr.-nak, a biharvármegyei köz-kórház igazgató-főorvosának az egészségügyi főtanácsosi címet adományozta.

**Kinevezés.** *Moldován György* dr.-t az alsóárpási járás orvosává nevezték ki.

**Az új osztrák közegészségügyi ministerium négy osztályból:** három orvosiból és egy jogiból áll. Ügykörük a következő:

1. osztály: fertőző betegségek, közlekedési és tengeri egészségügy, kórházak és ápolóügy, elmebajosok ellátása, mentőügy, asszanálási és építkezési higiéné, lakásügy, börtönök, hullaugy.

2. osztály: egészségügyi szolgálat, gyógyszerészeti ügyek, gyógyszerforgalma.

3. osztály: tuberculosis, nemi betegségek, alkoholizmus, hadikárosultak, ifjúság egészségügyi gondozása, foglalkozási, ipari, baleseti higiéné, egészségügyi statisztika, propaganda, sajtó. Ehhez tartozik a közegészségügyi és a többi szakba vágó tanács is.

4. osztály: nem orvosi természetű személyi ügyek, budget- és számvevőszéki ügyek, adminisztrációs ügyek, jogi kérdések.

A „spanyol betegség” most már egész Európán végigszárgult. Christianiában egy hét alatt 35.000 ember betegedett meg; Svédországban és Dániában is nagyon elterjedt a járvány. Igen nagy mérveket öltött az epidemia Olaszországban is; Északolaszországban egyedül egy millióra becsülik a megbetegedettek számát. Különösen rosszmérszetűnek mutatkozott a betegség Svájcban; július 27.-éig 800 ember halt meg benne, köztük 305 katona. A járvány még Sumatrában is felütötte a fejét. Berlinben a járvány már megszűnt.

**Személyi hírek külföldről.** *L. Küpferle* (Freiburg, belorvostan), *T. Unterberger* (Königsberg, nőorvostan), *A. Busch* (Tübingen, elme-kórtan), *H. Rotky* (prágai német egyetem, belorvostan) magántanárok rendk. tanárok lettek. — *V. Urbantschitsch* (fűlorvostan) és *J. Scheff* (fogászat) bécsi egyetemi tanárok nyugdíjaztatásuk alkalmával osztrák nemességet kaptak.

**Meghalt.** *Freund Arthur* dr. államvasuti orvosi tanácsadó Budapestben 56 éves korában. — *Vessa György* dr. székudvari községi orvos 60 éves korában. — *Balog Imre* dr. ezredorvos 28 éves korában az olasz harctéren szerzett súlyos sebesülése következtében. — *Róna Ferencz* dr. nagykaposi körorvos. — *Kovács István* dr., Kőszeg város tisztí főorvosa 59 éves korában augusztus 15.-én.

### Fővárosi Fásor Sanatorium Radiológiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnostikára és mélytherapiára.

Vezető: **Biró Ernő** dr., főorvos.

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

Telefon József 14-51.

Belbetegek részére. — **Vizgyógyintézet.** — **Laboratorium.** — **Röntgen.**

**Dr. RAJNİK PÁL.** — **Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

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

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-ékkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

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

Felvételek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

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

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

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

**TÁTRA-SZANATÓRIUM** Ótátrafüreden.

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

Fogyasztó- és hizlaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.

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

**Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet**

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.)

Telefon. Iroda: József 91-47. Telefon. Orvosok: József 95-08.

Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.

**Szabad orvoslászat.**

**RÖNTGEN. RÁDIUM-KEZELÉS.**

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

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. *Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis*.

— *bénulások, rheumás bajok, arteriosklerosis* stb. ellen. —

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

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

**DOLLINGER BÉLA** dr. **Testegyenészeti intézete** VIII., Máriatoróza 34.

**Dr. SZEGŐ-féle ORVOSI DOKUMENTÁCIÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.**

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

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

**UJTÁTRAFÜRED.** Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (II. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.) 456. lap.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.**

(II. bemutató ülés 1918 márczius 14.-én.)

Elnök: Verebely Tibor.

Jegyző: Mutschbacher Béla.

(Vége.)

**Gyermekkori vesekő eset.**

**Mutschbacher Tivadar:** A bemutatott 11 éves fiú betegségének kezdete évekre vezethető vissza. Bala baloldali vesetáji fájdalmakkal kezdődött, melyek mint nyomási fájdalmak állandóan tartottak. E fájdalmakat időnként heves görcsös fájdalmak váltották fel, melyek nagy intenzitással egy-két óráig tartottak. Bala miatt másfél év előtt Bécsben egy kiváló orthopaed sebész állítólagos csipőizületi megbetegedés miatt műtétet végzett rajta. A műtét után a bal csipőtájékon több egymással kommunikáló sipoly keletkezett, melyek mindegyikéből bőven ürült a geny. Röntgen vizsgálatnak sohasem lett alávetve, functionalis vesevizsgálat sem történt. Felvétele alkalmával a beteg bal alsó végtagját a csipő- és térdizületben 90 fokon túl flectálva tartja, úgy hogy sem active, sem passive nem nyújtható ki. A beteg ezen helyzet miatt egy év óta ágyban fekszik. A lumbalis tájékon lévő sipolynyláson át bevezetett szonda érdes kőkemény testre vezet, a Röntgen felvétel baloldalon egy ágazatos, körülbelül 7 cm. átmérőjű vesekövet mutat. A műtét a lumbalis tájékon, valamint az os ilei spinája mentén az inguinalis tájékig terjedő sipolynylások összekötéséből állott. Hatalmas, férfiköl mekkoraságú sarjadzó üregbe jutnak, melyben a vesekő fekszik. Veseállományt, valamint vizelet-szivárgást a műtét alkalmával találni nem lehetett. A bemutató néhány casuistikai adattal bizonyítja, hogy pyelitis calculosa esetén a veseállomány a genyedés következtében annyira elpusztulhat, hogy a műtét alkalmával vese-szövet többé nem található valamint, hogy a genynek nem kell szükségképpen állandóan ürülnie a veséből, hanem a kő által eldugaszolt vesében, vagy az ureter teljes obliteratiója miatt akár egy évig is visszatartatik. Ezzel ellentétben sajtosodó folyamatok esetén a geny rendszeren megszakítás nélkül ürül.

Tévedésre adhat okot, hogy az ágyéktáji fájdalom nagy fokban fokozódik az ágyéki gerincoszlop mozgásakor. A folyamatnak a retroperitonealis szövetre való áttérése következtében mint állandó tünet mutatkozik a czomb flexiós állása, mely ischiasszerű fájdalmakkal van összekötve. A czombnak fixált flexiós contracturája miatt a kórkép coxitishez hasonlíthat. Előállhat az ágyéki gerincoszlopnak reflexes scoliosisa, concavitással a kóros oldal felé fordulva. E reflexes scoliosisból valóságos is fejlődhetik a kóros oldal lágy részeinek heges zsugorodása következtében. A kórlefoyas mindig attól függ, hogy mikor és hol ürül ki a geny. Ritkaságszámba megy, ha a lumbalis áttörés daczára további retentio és a genynek sülyedése áll be újabb fistulaképződéssel. Még ritkább az az eset, mely a bemutatott betegen áll fenn, hol először sülyedt a tályog a psoas mentén és csak később fakadt ki a lumbalis tájékon. Döntő bizonyítékot a diagnosis felállításában a Röntgen-vizsgálat adhat, ha vele a kő kétségtelenül kimutatható.

**Báron Sándor:** A m. psoas spasmusos összehúzódását az appendix, a vese, a gerincoszlop, intra- és extraperitonealis mirigyek elváltozásainál és magának a psoasnak elsődleges megbetegedése mellett egyformán megtalálhatjuk és sok esetben ez a téves körjelzésnek az oka.

**Kocsányos gyomor-myoma műtött esete.**

**Neuber Ernő:** 62 éves nőbetegről referál, aki 1915 tavaszán hányással kapcsolatos gyomorgörcsőkben betegedett meg. Állapota majd jobbra, majd rosszabbra fordult és egy másfél évi teljes jólét után 1917 tavaszán újlag a leghevesebb

gyomorgörcsők közepette betegedett meg; ugyanakkor a beteg észreveszi, hogy széke szurokszerű. Fájdalmak a bal bordaív alatt és a gyomorgödörben nagyobbára görcsös jellegűek. Könnyebbülést a betegnek főleg a hányás okoz. A beteget megvizsgálva mindenekelőtt erős lefogyását állapíthatjuk meg (20 kg). A gyomorgödörben egy kis almányi, meglehetősen szabadon mozgatható daganat, mely időközben el is tűnik és csak hosszabb keresés után lelhető fel ismét. A daganat megjelenése többnyire görcsrohamokkal van kapcsolatban. A Röntgen megnagyobbodott gyomrot mutat, a mely caudalis polusával mintegy 3 ujjnyival a köldök alatt fekszik. A pars medián spasmusos behúzódás. A pylorus sem fekvésben, sem álló helyzetben nem telődik ki. A kórtörténet adatai szerint a valószínűség mellett szól, hogy gyomordaganattal, még pedig carcinomával van dolgunk. A bemutató hangsúlyozza, hogy mindazonáltal meggyőződése nem volt ezirányban határozott és műtét előtt több ízben kételyek merültek fel aziránt, hogy az észlelt daganat valóban carcinoma-e? A műtétet narcosisban végezte a középvonalban vezetett metszéssel. Az epehólyag ductus cysticusában néhány szedernyi kő. Epehólyag-exstirpatio. A gyomor kívülről kóros elváltozást nem mutat, bimanualisan azonban kis almányi daganat tapintható ki. A hasüreg izolálása után a gyomrot megnyitja és ékalakban a kocsányon ülő tekegolyónagyságu daganatot kimetszi. A gyomrot két etageban, a hasüregtet rétegzetesen bevarrja és tamponálja. A beteg 18 nap mulva gyógyultan távozik. Érdekessé teszi az esetet relativ ritkasága és nehéz felismerhetősége. A jelen esetben érdekes, a pylorusnak ventil szerű elzáródása.

**Rosenthal Jenő:** A diagnosis szempontjából óhajt néhány megjegyzést fűzni Neuber bemutatásához.

A gyomor polypusai igen könnyen elkerülhetik a figyelmet, ha a beteget a bismuthkása elfogyasztása után minden egyéb manipulatio nélkül világítják át. Ez esetben a polypus ugyanis a gyomor üregébe jógván le, a contrastanyag a gyomor konturjait minden kiesés nélkül élesen mutatja. Ha azonban olyan gyomron, melynek hátulsó falán polypus ül, a kása elfogyasztása után a gyomor elülső falát a hátulsóra nyomjuk, akkor a polypusnak megfelelően többé-kevésbé szabályos telődés-hiányt fogunk a gyomorárnyék közepén vagy szélén láthatni. Ezen egyszerű eljárás elmulasztása magyarázza meg azokat az eseteket, midőn gyomor-polypust a Röntgen-vizsgálat nem mutat ki. Hogy a leirt módon valamely gyomor-polypus csakugyan kimutatható lehet, azt bizonyítja a következő esetük: Bálint professor rendeléséről egy 57 éves férfi-beteget küldött be vizsgálatra a klinikára, kinek panasza 3 hónap óta állottak fenn. A gyomor secretiós viszonyai normalisak voltak, a Röntgen-vizsgálat pedig a következőket mutatta: a kása elfogyasztása után a gyomor szélei mindenütt élesek és teljesen normalis Rieder-typusú gyomor látható. A gyomorra gyakorolt nyomás után azonban a gyomortöltés a gyomor középső részének bal felében eltűnik és ha ezt a compressiót állandósítjuk, a bismuth a compressio helye felett sedimentálódik. Ezt a képet nyújtja a bemutatott Röntgen-kép. A betegen a kiürülési viszonyok és a peristaltica normalisak voltak. Ezen vizsgálati lelet alapján a gyomor hátulsó falából kiinduló daganatra gondoltunk, melynek felvételét az utóbb megejtett műtét, melyet Kuzmik professor végeztet igazolta. A műtét alkalmával a gyomor hátulsó falából kiinduló, körülbelül 7 cm.-es kocsányon lógó, mintegy gyermekkölnyi polypus volt található.

Hogy az ilyen esetek az említett eljárással csakugyan kimutathatók, azt bizonyítja egy másik eset is, melyet még Réczey tanár klinikáján hasonló eljárással Bársony mutatott ki, mely hasonlóképpen kocsányon ült és a melynek szöveti vizsgálata fibromát mutatott.

Valószínűnek kell tartanunk, hogy kellő körültekintéssel végzett vizsgálatokkal a gyomor polypusai diagnoskálhatók.

**Biró Ernő:** Az utolsó két évben három esetet észlelt. Kettő katonára, a kik nem engedték magukat megoperálni. A harmadik eset 62 éves férfi gyomorpanaszokkal, tejsav positiv, a székben vér. A Röntgen-vizsgálat az ernyő komprimálásával kétkoronás nagyságu telődés-hiányt mutatott. Benignus kocsányos daganat volt, melyet *Manninger* megoperált.

**Ádám Lajos:** Neuber esetével kapcsolatban felelmi, hogy 1909 október 1.-én operált egy esetet, melyet a Közkorhási Orvostársulatban is bemutatott. Időnkint gyomortáján fájdalmai voltak, subacid gyomor, daganat. Rákra tették a diagnosist. Műtétkor a kis curvaturán behuzódás és a gyomorban mandarin nagyságú daganat, mely felett a gyomor fala el volt tolató. Szelvényes gyomorresectiót végzett. A szövettani vizsgálat fibrosarkomát mutatott.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Initialis görcsök felnőttek pneumoniájában.** A hamburgi orvosegylet február 5.-én tartott ülésén *Querner* két esetet ismertetett, melyekben (55 és 36 éves nő) a rázóhideg aequivalense gyanánt sajátságos görcsös állapot vezette be a pneumoniát: tonusos görcsök testszerte, teljes eszméletlenség, collapsus és subnormalis hőmérsék, ezenkívül az első esetben Babinski-jel, a pupillák fényerevsége. Ez az állapot az első esetben néhány óra múlva megszűnt és másnap a hőmérsék emelkedésével tipusos, középsúlyosan lefolyt pneumonia kezdődött. A második esetben collapsusban halál következett be. Az első esetben psycho- vagy neuropathiás terheltség nem volt kimutatható, a második esetben hónapok előtt acut elmezavar folyt le.

### PÁLYÁZATOK.

7/1918. ig. szám.

Belügyminister úr öngyméltóságának 1915. évi 10.429. és folyó évi 53.417. számú magas rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyal földi m. kir. áll. elmeorvosintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetéssel és évi 1500 korona háborús segélyvel, továbbá egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. ételmezzéssel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés 2 évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az I. koronás bélyeggel ellátott s a m. kir. belügyminiszter úr öngyméltóságához címzett folyamodványok orvosdoktori oklevéllel, honossági bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelten hozzám bezárólag folyó évi szeptember hó 7.-éig nyújtandók be.

*Ideiglenesen az itt hirdetett állás a fent megjelölt illetményekkel akár oklevéllel, akár szigorló orvossal vagy orvosnővel már folyó évi szeptember hó 15. napján is betölthető.*

B u d a p e s t, 1918 augusztus 8.

*Epstein László dr. s. k., egyetemi magántanár, igazgató.*

Ad 2558/1918. sz.

A Körösladányi községnél elhalálozás következtében megüresedett **nem-ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket folyó hó 31.-éig kell hozzám beadni.

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

S z e g h a l o m, 1918 augusztus 5.

*Csánki Jenő, főszolgabíró.*

A szabolcsvármegyei „Erzsébet“-közkórháznál megüresedett **három alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A sebészeti alorvos fizetése évi 1800 korona és a megfelelő háborús-segély teljes ellátással. A másik két alorvos fizetése 1400 korona, a megfelelő háborús-segély és teljes ellátás. Pályázhatnak orvosok, orvosnők és orvostanhallgatók. A pályázati kérvények felbélyegezve és okmányokkal felszerelve Szabolcs vármegye főispánjához címelve a „kórház-igazgatóságához“ küldendők.

N y i r e g y h á z a, 1918 augusztus 8.

*Klekner Károly dr., igazgató-főorvos.*

2066/1918. sz.

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

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket folyó hó 31.-éig kell hozzám beadni.

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

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

S z e g h a l o m, 1918 augusztus 3.

*Csánki Jenő, főszolgabíró.*

### HIRDETÉSEK.

**ORVOSI LABORATORIUMBA ALKALMAZÁST KERES** (esetleg vidékre is) két évi gyakorlattal bíró képzett orvosi vegyész. Levelek intézendők „Orvosi vegyész” jelige alatt a „Petőfi” irodalmi vállalatához, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

### Orvos-társat keresek

egy kozmetikai intézet megalapításához nagyobb vidéki városban. Levélben részletes felvilágosítással szolgálók.

**Kocsisné Arad, Lévai-utca 3. szám.**

**Hadbavonult orvos rendelőjét rögtön átvenné, akár helyettesítését elvállalja, csakis Budapesten, képzett orvos. Előnyben részesítené a fogászati rendelőket.**

Czím: „Petőfi” irodalmi vállalatnál, VII., Kertész-utca 16. szám.

**Dr. MOLNÁR JÁNOS** kórházi főorvos

### Családi otthona

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

**kedély- és idegbetegek részére**

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

### Epileptikusok

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

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. 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 Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa:

toina! Wosinski István dr., ö. r. gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

**UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI** nyilvános tehénhímő-  
:: 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.)

### PROVIDOFORM Prof. BECHHOLD szerint.

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

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

**sokkal jobb és olcsóbb a jodnál.**

— Irodalom rendelkezésre. —

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

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

Elsőrangú orvostudományi monumentális mű!

KIADÁSUNKBAN MEGJELENT:

**Die  
künstliche Höhensonne  
(Quarzlampe) in der Medizin**

Irta: Dr. med. Karl Wagner.



Oktáv, 36 iv vagy 560 oldal számos ábrával.

== Bolti ár Németország és a neutralis külföld számára: ==  
füzve **M 16.50** --- --- --- kötve **M 19.50**

== Bolti ár Ausztria-Magyarország számára: ==  
füzve **K 22.** --- --- --- kötve **K 26.**---

Portó külön felszámítatik.

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

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

A mű a Quarzlampe-Ges. m. b. H. in Linz a. D. által is beszerezhető.

**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.**

**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 képviselete.

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

**LILIENFELD-, RÖNTGEN- és QUARZLÁMPA-  
berendezést szállít**

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

Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron.

**Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:**

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

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

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

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



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Fischer Ernő:** Tanulmány a pes valgo-planus mobilisnek betéttel való kezeléséről. Újfajta orthopaedbetét 459. lap.

**Tar Alajos:** Közlés a budapesti kir. magy. tud. egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi ny. r. tanár) A passiv tudómozgás jelentősége a tüdőtuberculosis diagnosztikájában. 462. lap.

**Ónodi A.:** A harcztéri halló-, beszéd-, hangzavarok és légszomszettek osztályának működése. VIII. Markbreiter Irén: Szemeletek. 465. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. Otto Dornblüth: Klinisches Wörterbuch. — *Lap-szemle.* Belorvostan. Klemperer: Az idegesség és az érlemzesedés közötti átmenet. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Kuhn: Súlyos streptococcus sepsis. — Migrol. 468—469. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* 469. lap.

**Vegyes hírek.** 469. lap.

**Tudományos Társulatok.** 470. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Irta: Fischer Ernő dr.

### I. A megbetegedés eredete.

*Aligha van betegség, mely olyan elterjedt volna, mint a talpsülyedés.* Szándékosan használom e kifejezést, minthogy jobban fejezi ki a betegség mobilis stadiumának lényegét, mint a mindennap használatos kifejezés: „ludtalp“, a mely igen sok esetben tévútra vezeti az orvost is, és a mely szót a megbetegedés fixált stadiumában lévő lábakra kellene fenntartani. *A talpsülyedés kulturbetegség.* A mikor az ember elhagyta azon lakhelyeket, a hol egész éven át mezítelen lábbal a természetes göröngyös talajon járhatott és kénytelen volt lábára a hideg ellen védő-sarukat venni, *megszűnt a láb ama feladata, hogy a talppal és lábujjakkal a talaj egyenetlenségeibe kapaszkodjék, s így a működésükből kizárt izmok elgyengülése következett be.*

A kultúrember nemcsak sima és kemény talajon jár, hanem a lábakat nagyobbrészt nem is járásra, hanem állásra használja és a kulturszokások folytán nem ül le akkor sem, ha nem kell járnia. Pedig a láb nem hosszas állásra van teremtve, nem stabil támaszkodási szerv, hanem izmok által fenntartott, járásra szolgáló készülék; ezért könnyebb is a lábnak a járó, mint a nyugvó test tartása. A kultúrellet csak bizonyos izomcsoportokat vesz igénybe, anélkül, hogy alkalmat adna ezeknek a kipihenésre; ennek következtében ezen izmok túlnyújtatnak és sorvadnak; más izomcsoportokban pedig a nemzedékeken át fenntartott inaktivitás degenerációra vezetett és ez az oka a talpsülyedés nagy elterjedtségének.

E mellett úgy a járás, mint az állás typusa a kultúrember legfőbbjénél hibás. A szabad természetben élő emberfajok nem járnak és nem állnak kifelé fordított lábbal, hanem egyenes, sőt kissé befelé fordított lábbal. Így járnak nálunk a hegyi vezetők és a balkáni népek is. A kifelé fordított lábbal való járást és állást utánzás folytán tanuljuk; az iskolában rendszeresen tanítatunk reá. Pedig nem így születünk, és — mint azt a későbbiekben látni fogjuk — a lábának habitualis kifelé való forgatása nagy fokban hozzájárul a láb elsatnyításához.

Teljesen hibás (mert a csont-, izom- és szalagrendszer physiologiai rendeltetésével ellentétes) a kultúrember ama szokása is, hogy állás és járás közben a térdet teljesen nyuj-

tott helyzetben tartja; így a test súlya nem az e célra rendelt izmokról, hanem a térd szalagrendszerétől tartatik fenn, a melynek túlnyújtása az egész ízület elváltozását vonja maga után; viszont a működésből kizárt lábikra- és czombizomzat elsovad. A szabad természetben élő emberek, többek közt a sziklás vidéken lakó balkáni népek is, mindig kissé hajlított térdrel állnak és járnak; ezáltal járásuk rugalmas, izmaik erősen fejlettek, kitartóak, ízületeik nem deformálódnak.

Rendkívül káros hatással van a kultúrember lábának alakulására a cipő. A cipő a kultúrembernél munka-segéd-eszköz, nélküle már nem is tud állni, járni; az volna fontos, hogy a láb normális mozgásait ne akadályozza. Azonban a cipő ma elterjedt és közhasználatos formái a lábak kifelé fordított helyzetét és az izominsufficiencia okozta elváltozásokat nagy fokban növelik: a láb elülső részét és az I. ujját erősen abdukálják, azonkívül az utóbbinak mozgásait rendkívül nagy fokban korlátozzák. Ugyanilyen hatással van az I. ujjra a rugalmas csövet alkotó harisnya is.

A kultúrellet követelményei és szokásai deformálják a lábat és annyira meghaladják már az emberi láb teljesítő-képességét, hogy rationalis reformok ezen a téren immár elkerülhetetlenek. Ezen reformok, a melyekről e helyen bőven tárgyalni nem akarok, főleg a következők: a lábtartásnak, a térdtartásnak, járásnak reformja; a tornagyakorlatoknak megfelelő módosítása a gyermeknevelésben, iskolákban és a katonaságnál; az álldogálás kiküszöbölése minden foglalkozási ágban, főleg pedig az iparban; rationalis cipőforma.

### II. Mi a pes valgo-planus mobilis lényege?

Henke-é az érdem, hogy (1859-ben) felderítette e megbetegedés lényegét és pathologiai anatómiáját: a megterhelés az articulatio talocruralisban a láb dorsalflexióját intendálja, a melynek a lábikraizomzat áll ellen; a talotarsalis ízületben dorsalflexiót és abductiót intendál a megterhelés, a melynek főleg a musc. tibialis posterior áll ellen. Ezen izom elégtelensége esetén a talotarsalisizület a középhelyzetből az abductio-pronatio helyzet felé tér ki és a distalis láb-részlet felhajlik (reflexio); ezen utóbbi elváltozást a lábikraizmok azzal kompenzálják, hogy plantarflexiót hoznak létre a talocruralis ízületben (flexio). Így Henke szerint az elváltozások lényege: izomelégtelenség alapján fejlődő pes abductus seu pronatus, reflexus, flexus.

Hueter szerint (1862) a talpsülyedés tulajdonképpen túlzott mértékű bekövetkezte azon átalakulásoknak, a melye-

ket a gyermekláb a megterhelés folytán elszenved. E theoria nemcsak Henke-ével, de a későbbiekkel is ellentétben áll.

Hermann von Meyer zürichi anatomus szerint (1883) nem áll meg azon általánosan elterjedt nézet, hogy a megbetegedés lényege a lábholtozat lelapulása; szerinte a lábholtozat befelé való ledőlése alkotja e betegség lényegét.

Lorenz felfogása szerint a láb hosszanti boltozata két ívből áll: egy erősebb, egyszerű tagozatú külső ívből, a mely a calcaneus, cuboideum és IV., V. metatarsusból áll, és egy lazább összefüggésű, tagozottabb belső ívből, amely az I., II., III. metatarsusból, a cuneiformékból, a naviculareből és a talusból áll és ezen utóbbi csont közvetítésével a calcaneusra, azaz a külső ív leghátulsó tagjára támaszkodik; a támaszkodás a facies articularis lateralis calcanein történik. Ha az izmok és szalagok elégtelensége folytán a külső ív lesüllyed, akkor a talus lecsúszik a facies articularis lateralis calcanei ferde, meredek felületéről, még pedig le, előre és median felé, azaz a láb elülső része pronatióba jut. Lorenz szerint tehát a szerzett pes valgus a láb azon deformitása, a mely a külső lábívnek a megterhelés következtében beálló lesüllyedéséből és a belső ívnek lecsúszásából áll.

Mindeme theoriák tüzetes leírását és bírálatát mellőzöm. Anatómiai és physiologiai tények, valamint a később említendő vizsgálatok is igazolják, hogy az izomzat és a szalagok együttes működése tartja fenn a láb normalis helyzetét és boltozatait; a munka legnagyobb része az izmokra hárul, a szalagok feszülése csak biztonsági berendezés, a csontok ütközése pedig a normalis functióban nem is vétetik igénybe. A pes valgus és pes planus kezdete mindig bizonyos aránytalanság a láb teljesítőképesége és a vele szemben támasztott követelmények közt; ezen követelmények első sorban a normalis lábformát fentartó izmokat illetik. Ezen izmok relativ insufficientiájának következménye a betegség lényege: a lábholtozatok lelapulása és a hosszanti boltozatnak a medialis oldal felé való ledőlése.

### III. Az izomzat szerepe.

Melyek azok az izmok, a melyek a lábon a normalis tartást eszközlik?

Ezek az izmok legfőképpen: a musc. triceps surae, a musc. tibialis posterior és anterior, a musc. flexor hallucis longus, a rövid talpizmok.

A musc. triceps surae tartja egyensúlyban a lábat a test súlya által intendált dorsalflexióval szemben. Ujsszületőn a lábikraizomzatnak még addukáló hatása van, épp így azon lábknál is, a melyek (hacsak kis foknál is) varus-helyzetben állanak. Elvész azonban a lábikraizomzat ezen előnyös hatása, mielőtt a sarokcsont nem varusban, hanem középhelyzetben tartatik, és ellenkező hatásivá, azaz a kóros valgust növelővé lesz, ha a sarokcsont a valgus felé van fordulva.

A musc. tibialis posterior közvetlen a tibia mögött fekszik; ered a tibia hátulsó felszínén, a ligamentum interosseum és részben a fibulán is; széles lapos ina a belboka mögött és a talusfej alatt halad el, így összehúzódásával a talust emelni tudja. Legnagyobb részét a tuberositas o. navicularishoz, kis kötegekkel a cuneiformékhoz, cuboideumhoz és a II. és III. metatarsushoz is tapad. Ezen izom működésének fontossága felől a vélemények régebben eltérők voltak.

Hoffa, Schultze, Franke és Frank szerint mint a láb belső szélének emelője, fontos supinator-szerepet visz. Nikoladoni 1895-ben a musc. tibialis posterior traumás átmetszése után talpsülyedést észlelt és ebből ezen izom működésének nagy fontosságára következtetett. Vulpius is írt le ilyen esetet 1896-ban. Nikoladoni később megváltoztatta nézetét; Lorenz sem tulajdonít ez izomnak nagy szerepet, Ewald sem. Engels és Riedinger viszont a lábholtozat legfontosabb fentartójának tekinti ezt az izmot; Hoffa, Franke és Helbing az izom megrövidítésével talpsülyedés esetén jó eredményt ért el.

A mai nézetek szerint a musc. tibialis posterior a leg-erősebb supinator a talotarsalízületnek: a talusfejet alulról támasztja és minthogy lapos inának belső szélé a talusfej belső oldalán magasra nyúlik fel, a talusfejecs befelé való elmozdulásának is ellenáll.

A supinator-csoportozhoz tartozó musc. tibialis anterior a tibia oldalsó felszínén, a membrana interosseán és a fascia crurison ered s az I. metatarsus basisának medialis szélén és az I. cuneiforme lábhatí felszínén tapad. Működése felől a régebbi nézetek eltérők.

Vulpius leír egy esetet, a melyben trauma folytán ezen izom és az extensor digitorum átmetszetett és nagyfokú talpsülyedés fejlődött ki. Barwell, Henkel, Reismann, Müller és Bossi is fontos szerepet tulajdonítanak neki. Giani szerint ezen izom flektál és addukál, de nem minden esetben; 600 lábon figyelte meg villamos ingerlékenység segítségével a musc. tibialis anterior szerepét: 53%-ban kifejezetten mint adductor szerepelt, 40%-ban gyenge adductorok bizonyult, 7%-ban egyáltalában nem fejtett ki adductiót. A vizsgált esetek 83%-ában a két lábon az izom adductió-képessége egyenlő volt, 17%-ban különböző. A hol jó volt az izom adductió-képessége, ott a láb is ép volt; azok a lábak, a hol az adductió-képesség hiányzott, néhánynek kivételével sülyedés jeleit mutatták.

Ez utóbbi vizsgálatok alapján ezen izom általában véve számottévo adductoroknak tekintendő. Elsatnyulását elősegíti a cipőben való rugalmatlan járás, valamint az I. metatarsusnak kóros helyzetváltozása. Különleges szerepe van a dispositióban ezen izomnak: a talpsülyedésre való dispositio annál nagyobb, minél kifejezettebb az abductor-izomcsoport fölénye az abductor izomcsoport felett (Osgood); a musc. tibialis anticus, különböző fejlettsége folytán, eldöntheti egyik vagy másik izomcsoport fölényét.

Igen nagy szerepe van a talpsülyedés pathogenesisében a musc. flexor hallucis longusnak.

A flexor hallucis longus ered a tibia alsó felszínén, a septum intermusculare posteriuson és a fascia cruris mély lemezén; rostjai lefelé konvergálnak és kerekded átmetszetű inba mennek át, a mely a talustól medialiter és a calcaneus sustentaculum tali-ja alatt saját hüvelyében halad a talp felé és a ligamentum laciniatum mély rétege által tartatik helyén. A talpon a flexor digitorum communissal, a vele való keresztezésnél, vékony ággal közeledik; rendszerint oly erős, mint a musc. tibialis posterior, ami szintén arra mutat, hogy tulajdonképpeni functiója (az első ujj hajlítása) mellett fontos supináló feladata is van, annál inkább is, minthogy erre lefutása kiválóan alkalmas teszi: a sustentaculum tali-ra, mint emelőkarra való hatásával egyenesen emeli a calcaneus medialis szélét és megakadályozza, hogy a test súlya csupán a szalagokra nehezedjék.

Hübscher ezen izom fontos szerepét a következő kísérlettel is bizonyítja. A beteget az asztal szélére állítja, úgy hogy sarkainak széle kiérjen az asztal széléig; a valgus-szöglet a boka és sarok hátsó felszínén kék czeruzával megjelöltetik és a mérőn függélyesével képezett szög megállapítatik. Ha most a hüvelyket erősen dorsalflektáljuk, azaz a flexor hallucis longust megfeszítjük, akkor a valgus csökken, sőt egészen meg is szűnik, vagy néha akár varus-állásba megy át a boka. Talpsülyedés esetén az első ujj második phalanxa dorsalflektálva tartatik (normalis lábknál könnyű flexióban van), mert a flexor hallucis longus insufficientis és az extensor hallucis túlsúlyba jut.

Meng a hullán eszközölt vizsgálatokat az ép és sülyedéssé láb izomtömegeit illetőleg, és azt találta, hogn a supinatorcsoport gyengülése nem volt nagyon kifejezett, ellenben a musc. flexor hallucis longus atrophijája feltűnő volt: ezen izom volumene a normalisnak átlag csak  $\frac{2}{3}$ -a volt. Mindenesetre ezen izomnak van a legfontosabb szerepe a talpsülyedés pathogenesisében. Mindazon momentumok, a melyek ezen izmot károsítják, egyszersmind okozói a talpsülyedésnek is: így a lábak „habitualis“ hibás tartása, a kifelé forgatott lábbal való járás; az így tartott lábon a legördítés nem a metatarsusfejek domborulatán át történik, a melyek erre vannak teremtve, hanem a láb és az I. ujj belső szélén át; ezzel a musc. flexor hallucis longus járáskor télenyegre kárhoztatik és a láb elülső részének pathológiás abductiója növeltetik. Minden olyan ok, a mely a lábnak e módon való legördítését teszi szükségessé, előbb-utóbb talpsülyedésre vezet, pl. a láb külső szélének kimélese sebesülés következtében, tukszem folytán stb.; a rossz szabású cipők kifelé terelik a hüvelykujjat, mozdulatlanúságra kárhoztatik azt és ezzel lehetetlenné teszik a musc. flexor hallucis longus működését; a túl magas sarok a lábnak erős plantarflexiója által zárja ki az izmot a működésből. A túlfeszített térdekkel való hosszabb állás, a melynél a test súlya a térdizületi szalagok megfeszülésével tartatik fenn, szintén kizárja a működésből a musc. flexor hallucis longust; a természetben élő népek hajlított térddel való állásánál ezen izom az öregujjnak a talajhoz való feszítésével lényegesen hozzájárul a test egyensúlyának fenntartásához.

A rövid talpizmok közül a musc. flexor digitorum brevis, flexor hallucis brevis és a musc. quadratus plantae közeli a láb hosszanti boltozatának felfekvő pontjait, a musc. interossei a haránt boltozatot tartják fenn; ezen izmok sorvadását főleg az okozza, hogy a cipőben, egyenes talajon való járáskor jóformán teljesen működésen kívül helyeztetnek. A hosszirányú talpizmok sorvadása a hosszanti boltozat sülyedését, az interossealis izmok insufficientiája pedig a ligamenta capit. metatarsorum transversa kinyulását és ezzel a harántboltozat sülyedését hozza létre.

A pes valgo-planus egyik részjelensége a hallux valgus is. Keletkezése ugyanazon okokra vezethető vissza, mint a megbetegedés többi jelensége: a kulturtalajon való járás,

a helytelen cipőviselet, az elastikus harisnya állandó húzása, a hibás lábtartás és legördítés, a sok álldogálás; ezek következménye a musc. flexor hallucis longus sorvadása és túl-erőre jutása az extensoroknak, a melyek egyszersmind abductiók hatást is fejtenek ki.

A harántboltozat süllyedése és a hallux valgus keletkezése közt véleményem szerint még a következő okozati viszony is van. Ha a harántboltozat lesüllyed, a ligamenta capitolum transversa megnyúlnak, a metatarsusfejek szétterülnek; ezen szétterülés folytán a musc. adductor hallucis haránt-kötege (a mely a III., IV. és V. metatarso-phalangealis ízületlen ered és az I. metatarsophalangealis ízület tokján tapad) erősen megfeszül és az I. ujjat kifelé húzza, azaz hallux valgust hoz létre.

#### IV. A láb elváltozásai az izominsufficiencia következtében.

Az izominsufficiencia következtében az izmok a test súlyát a szalagokra bízják. Mivel a szalagok állandó igénybevételre nem alkalmasak, megnyúlnak; az insufficiens láb calcaneusa, a melyre a testsúly a belső oldalon erősebben nehezedik, elsősorban is pronatiót szenved el, azaz kifelé a valgitas irányában elfordul (*pes pronatus, pes valgus*), egyszersmind elülső részével lesüllyed. Vele együtt a talus is lesüllyed és medialis irányban eltolódik. A calcaneus elülső részének és a talusnak süllyedése folytán a trochleának mind szélesebb része kerül a malleolusok közé és a gyenge malleolus lateralis kifelé nyomatik.

A calcaneus pronatiójával az alsó ugrócsonti ízületben az elülső lábészlet dorsalfelé való emelkedése jár együtt (*pes reflexus*). Míg a testsúly nyomása következtében a calcaneus elülső részében a vízszinteshez közelítettik, egészben pronáltatik és hátrafelé nyomatik, addig a talus nemcsak medialis irányba tolik el, hanem egyszersmind lenyomatik a calcaneusról; a talus ezen elmozgásában magával viszi a medialis lábív csontjait (a naviculare, cunciforméket és az I. metatarsust) mindaddig, a míg ezen elmozdulást meg nem akadályozzák az őket a lateralis csontsorozattal összekötő szalagok, főleg az erős ligamentum calcaneo-naviculare plantare. A medialis és lateralis csontsorozat ezen ellentétes elmozdulása által keletkezik a *pes abductus*.

A naviculare ezen elmozduláson kívül a ligamentum tibionaviculare (azaz a lig. deltoideum elülső részlete) és a lig. talonaviculare dorsale megnyúlása következtében még a sagittalis tengely körül is elfordul, azaz tuberositásával lefelé fordul. A cuboideum és a IV.—V. metatarsus a calcaneus-szal együtt pronatiót szenved el, a mely oly nagyfokú lehet, hogy a tuberositas ossis metatarsi I. kifejezetten felfelé áll.

Azon ritka esetekben, midőn a megbetegedés tisztán csak a boltozatok süllyedéséből áll, azaz midőn a pes planus minden valgitas nélkül jelentkezik, leglényegesebb eltérés a calcaneus processus anterioriának és úgy a lateralis, mint a medialis hosszanti csontsorozatnak süllyedése. Ennek következtében a boltozatokat alkotó csontok közti ízületi rések a talpi oldalon tátonganak, ezen csontok felső szélei pedig nyomási atrophiat szenvednek el.

A láb harántboltozatának süllyedése is izominsufficiencia következménye. A láb elülső részének architecturája mint harántboltozat világosan felismerhető, úgy az anatómiai praeparatumon, mint a Röntgen-képen: a II. és III. cuneiforme, valamint a középső metatarsusok basisai is typosos boltozat-kövek, sőt ezen utóbbi csontok distalis diaphysisvégei is. E boltozat fontosságát Hohmann, Lehr, Hasebroek, Schanz és Blecher méltatta. A harántboltozat süllyedése ugyanazon okokra vezethető vissza, mint a talpsüllyedés többi jelensége: a harántboltozatot emelő és fenntartó hosszú és rövid talpizmok, a kulturtalajon való járás, a hibás típusú lábtartás, a sok álldogálás, a czélszerűtlen cipőviselet következtében elgyengülnek; ezen elgyengülés növeltetik az által, hogy ezen izmok tapadási pontjai a láb kóros pronatiója, abductiója, reflexiója következtében eltolódnak; a láb medialis csontsorozatának a lateralistól való eltolódása is hozzájárul a harántboltozat szalagjainak ellazításához.

#### V. A pes valgus és pes planus közti kapcsolat.

A pes valgo-planus két componense: a láb boltozatainak befelé való dőlése és e boltozatok lesüllyedése rendszerint egyidejűleg áll fenn.

Mégis a friss esetekben megfigyelhetjük, hogy a valgitas jelentkezik előbb és sok esetet még azon stadiumban észlelhetünk, a mikor a megbetegedés még tisztán valgitasból áll, a láb boltozatai pedig még teljesen épek.

A valgitas beálltával azonban a boltozatok süllyedése csakhamar bekövetkezik, mert

1. a supinatorok és a musc. flexor hallucis longus nemcsak magának a lábnak, hanem a talp boltozatainak emelését is eszközlik, ezen izmok elgyengülése által tehát a boltozatok is elvesztik legfontosabb rugalmas támaszukat. Ezen izmok insufficienciájával rendszerint egy időben a rövid talpizmok gyengülése is beáll.

2. A valgitas folytán megváltozik az ínak lefutása, a szalagok és csontok megterhelési viszonyai. Az ínak eltolódása folytán csökken az izmok hatásának ereje és megváltozik a hatás iránya; a szalagok gyengébb, megterhelésre nem alkalmas részletekben vétetnek igénybe és ennek folytán megnyúlnak, másrészt az erős szalagok működésen kívül helyeztetnek és zsugorodnak.

3. A valgitas következtében a testsúly a lig. plantare longumnak nem külső, azaz legerősebb részére kerül, hanem belső gyengébb részletére, a mely csakhamar megnyúlik és ezért a hosszanti boltozat lateralis ívének süllyedése következik be.

4. A calcaneus kóros pronatiója következtében ferdébbé lesz a talusmeredek támaszkodási felülete, a facies articularis lateralis calcanei és ez maga után vonja a talusnak a calcaneusról való fokozatos lecsúszását, a minek következtében a hosszanti boltozat medialis íve eldől és lelapul.

Csak főbb vonásaiban vázoltam itt ama szoros kapcsolatot, a mely a pes valgus és a pes planus közt van, a mely kapcsolat nemcsak ugyanazon okozati alaptól: a veleszületett vagy szerzett izominsufficienciából indul ki, de igen sok tekintetben kölcsönös okozati jellegű is.

Nagyon helyes volna, ha mindig pontosan megjelöltetnék, hogy pes valgus, pes valgo-planus vagy pes planus van-e jelen, aszerint, hogy melyik elváltozás a domináló. Magyarban is kívánatos volna megfelelő jó fordítása e kifejezéseknek, valamint a megbetegedés első stadiumát kifejező insufficiencia pedis-nek is. Talán helyes volna az insufficienciát a „lábgyengeség“ szóval fordítani, a mobilis stadiumban levő láb megjelölésére a „talpsüllyedés“ kifejezést használni; a fixált állapotra a „lúdtalp“ kifejezés volna a legmegfelelőbb.

#### VI. A Röntgen-vizsgálat szerepe.

A Röntgen-sugár lehetővé teszi a talpsüllyedés keletkezésének és mibenlétének az élőben való megfigyelését, úgy az ép, mint a megbetegedés különböző fokán levő lábon. Főleg Baisch eszközölt ilyen vizsgálatokat és mivel ezek eredménye a therapia szempontjából rendkívül nagy jelentőségű, magam is utánvizsgáltam Baisch leleteit és csak megerősíthetem e vizsgálatok eredményeit, a melyek röviden összegezve a következők: *normalis lábnál a talp süllyedése a megterhelés alatt (a talplágyrészek összenyomatása folytán) egészben történik; e süllyedés fiatal egyéneken 5—10 mm.-t, idősebb egyéneken 2—3 mm.-t tesz ki. Figyelemreméltó e süllyedés esetén, hogy a talus süllyedése egyenletes: a caput tali sem süllyed többet, mint a csont többi részlete; a calcaneus elülső részlete csak akkorát süllyed, mint a tuber calcanei, azaz normalis lábnál a calcaneus nem fekszik le.*

Normalis lábon az oldalsó irányú Röntgen-vizsgálattal észlelhető, hogy a talocalcanealis ízület ízfelszínei pontosan congruálnak és csak kevéssé hajolnak előre és lefelé; a talus-fej csak kevéssé (átlag  $\frac{1}{2}$  cm.-nyire) fedi az elülső calcaneusnyúlványt. A naviculare, a cuneiformia és az I. metatarsus nem fedik vagy csak kevéssé fedik a cuboideumot és az V. metatarsust. A naviculare erősen odafekszik a caput talihoz; a talus, naviculare és cuneiformia belső határa egy kevéssé

ivelt egységes vonalat alkot. Megterheléskor a normális lábon a lábúcsontoknak egymáshoz való helyzete nem változik meg; a naviculare igen kisközü pronaató vége, egyébként a talushoz és a többi lábúcsonttal való viszonya lényegesen nem változik.

*Mobilis pes valgo-planus eseteiben* a láb meg nem terhelt és megterhelt állapotában Röntgen-vizsgálatot eszközölve, azt tapasztaljuk, hogy a *meg nem terhelt állapotban a csontok jóformán normalis helyzetet mutatnak, addig megterheléskor kisebb-nagyobb mértékben bekövetkeznek amaz elváltozások, a melyek röviden a IV. fejezetben leírtak és a melyek az oldalsó irányú Röntgen-felvételeken is jól észlelhetők.*

Megterheléskor pes valgo planus esetén oly nagy a süllyedés, hogy a tibio-fibular irányú Röntgen-képen a talusfej 10–15 mm.-nyire fedti a calcaneust. A talus az alapvonal felé lefordul, a mi által némileg kijön a bokavillából, úgy hogy a trochlea egy része szabadon előáll és csak a hátulsó körfogata van a bokavillában; ezenkívül befelé is elfordul a talus és ennek következtében a trochlea medialis és lateralis széle nem egy síkba esik, hanem külön-külön látszik. Továbbá: míg normalis lábon a talus, naviculare, cuboideum felső conturjai egy folytatódó vonalat alkotnak, addig a süllyedéses lábon a caput tali csúcsa erősen kiáll felfelé, megterheléskor pedig ismét besüpped; ha ez a besüppedés nagyfokú, akkor a csontok felső conturja már fordított domborulatú ívet mutat (pes reflexus). A talusnak ez a folytonos lecsúszása a megbetegedés későbbi folyamán úgy a csontokban, mint az ízületekben elváltozásokat idéz elő, a melyek a talpsüllyedésnek még mobilis szakában is már nagyon kifejezettek lehetnek. A calcaneus leglényegesebb helyzetváltozása a csont elülső részének a vízszintes felé való süllyedése és a befelé dőlés; a meg nem terhelt láb Röntgen-képen a tuber calcanei-n a processus lateralis jól felismerhető dudort alkot, a megterhelt láb Röntgen-képen e csontdudor a pronatio következtében a talus ízfelszíne által fedetik. Súlyos esetekben a csont elülső része megterheléskor még a vízszintesnél is lejjebb jut. A calcaneus megterheléskor ezenkívül in toto hátrafelé is eltolatik; a tuber calcanei hátrafelé erősen kiáll; a hátrafelé elmozgó calcaneus magával hátrahúzza a vele szalagokkal szorosan egybekötött cuboideumot és ezzel a többi lateralis lábcsontot is; viszont az előrenyomuló talus a medialis csontokat elöretolja (így keletkezik a pes abductus). A naviculare medialis oldala megterheléskor igen erősen lefelé fordul. A tuberositas metatarsi V., a mely normalis lábon megterhelés alatt a talajhoz közeledik, a süllyedéses lábon a szalagok elazulása folytán nem tudja követni a láb hátulsó részének süllyedését, hanem a talaj nyomása következtében magasabbra emelkedik (pes reflexus).

A dorsoplantaris irányú Röntgen felvételeken feltűnik, hogy míg az ép lábon a median felé való eltolódás megterheléskor átlag csak 3 mm., süllyedéses lábon ez az eltolódás 10–12 mm.-t tesz ki. Ugyancsak a dorsoplantaris Röntgen-felvételeken észlelhetjük, hogy a süllyedéses láb metatarsusainak fejei megterheléskor erősen szétterülnek, az I. ujj valgítása pedig nagyobbodik; jól látható a láb elülső részének pathológiás abductiója is.

*Még egy kérdést igyekeztem tisztázni Röntgen-vizsgálatok segítségével, és ez: a láb elülső támaszpontjainak megállapítása.* E kérdés eldöntése ugyanis fontos a láb harántboltozata süllyedésének megítélését és kezelését illetően.

Beely (1882) szerint a II. és III., v. Meyer szerint csak a III. metatarsusfej, Lazarus szerint csak a II. metatarsusfej a támaszkodó felület, mert ez a leghosszabb és basisa erősen fixált. Seitz az I. és V. metatarsusfejet tartja a láb elülső támaszának, a mit kísérletekkel (üvegfelületen át való megfigyelés, plastikus anyagban történt lenyomatok) igazol. Momburg nem ismeri ezt el és a megterhelt és meg nem terhelt lábról, állás, járás, szaladás és ugrás közben készített gipszlenyomatokkal, továbbá Röntgen-lemezek tanulmányozásával, anatómiai praeparatumok és physikai törvények alapján arra az eredményre jut, hogy a láb elülső támaszpontjai a II. és III. metatarsusfej.

A kérdés eldöntésére a következő kísérletet tettem: a kísérleti egyént a Röntgen-ernyő mögött keskeny pad széleire állítottam és a metatarsusok alá úgy helyeztem el 5 vasrudacsát, hogy azok egyik vége pontosan a metatarsusfej alá kerüljön, közéjük a padra erősített kis ékre fektüdjék fel, szabadon álló végeikre pedig Röntgen-átvilágítás közben súlyok legyenek akaszthatók. A metatarsus-fejeknek a súlyok által létrehozott felemelkedését megterhelt láb mellett ép és süllyedéses lábakon figyeltem meg.

Ezen kísérletekkel azt találtam, hogy ép lábon állás közben a legfontosabb támaszpont az I. metatarsusfej; ennek felemeléséhez kellett mindig a legnagyobb súly, felemelése esetén az állás labilissá vált és a testsúly az V. metatarsusra tevődött át. Az V. metatarsus felemeléséhez rendszerint valamivel kisebb súly kellett, mint a II., III. és IV.-éhez, ez azonban nem jelenti azt, hogy erre a láb nem támaszkodik, mert a középső metatarsusok egymást erősebben tartják szalagos összeköttetések által; az V. metatarsus

felemelésekor a testsúly az I. metatarsusra helyeződött át. A III. metatarsus felemelése, valamint a II. és IV.-é, nem tette az állást labilissá mindaddig, a míg akkora fokot nem értel, hogy az I. vagy V. metatarsus is felemelkedett.

Ennek folytán azok véleményéhez kell csatlakoznom, a kik a láb elülső támaszpontjainak az I. és V. metatarsusfejet tartják; a többi metatarsusfej is felfekszik ugyan a talajra, de állás közben a testsúly tartásához csak kevés járul hozzá.

Másként áll a dolog a süllyedéses lábnál, a hol a láb elülső részének pathológiás pronatiója, abductiója és reflexiója következtében az V. metatarsusfej felemelkedik és nem vesz részt a testsúly viselésében, és a hol a metatarsusfejek alkotta harántboltozat lesüllyedt: ezen lábakon az I. metatarsuson kívül a lesüllyedt II. és III. metatarsusfej is viseli a testsúlyt.

A láb legördítésének folyamán — a mint azt Röntgen-vizsgálatokkal jól megfigyelhettem — a testsúly lassanként áttétetik a II. és IV.-re, ezekről pedig a III. metatarsusfejre; ezen fejen azonban a test csak rövid ideig nyugszik és nem is teljes súlyával, mert a lépés e szakában a testsúly már a másik lábra tétetik át.

*E Röntgen-vizsgálatok olyan tényeket állapítanak meg, a melyek döntő fontosságúak a pes valgo-planus mobilisnek orthopaed betéttel való kezelésében:*

1. megállapítják e vizsgálatok, hogy a normalis lábon a megterhelés csak akkora süllyedést hoz létre, a mekkorát a talp lágyrészei engednek, a csontok azonban egyenletesen süllyednek és egymáshoz való helyzetük nem változik, ellenben a pes valgo-planus mobilisnél a megterhelés alatt a csontok eltolódást szenvednek el, a mely eltolódás a megterhelés megszűntével egészen vagy részben megszűnik:

*megkövetelendő tehát az orthopaed-betétől, hogy megterhelés alatt is annyira normalis helyzetben tartsa meg a láb csontjait, a mennyire normalis helyzetet foglalnak el azok megterhelés nélkül (vagy: a mennyire normalis helyzetbe hozható a láb enyhe redressálással).*

2. A betétnek olyképp kell megszerkesztve lennie, hogy a lábat elül az I. és V. metatarsusfejnél engedje a talajra támaszkodni.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. magy. tud. egyetem III. számú belklini-kájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi ny. r. tanár.)

## A passiv tudómozgás jelentősége a tüdőtuberculosis diagnostikájában.

Irta: Tar Alajos dr.

(Vége.)

Igen ritka önmagában az  $A_2$  típusú, a tüdő peremét inkább lefelé vongáió áhártya, mely még a passiv tudómozgást is alig, az activot ellenben, a feltisztulást hasfekvésben többnyire tetemesen gátolja. Olyan esetekben, mikor a passiv tudómozgás ép, az activ ellenben, akár ortostasiás helyzetben, vagy még inkább hasfekvésben, korlátolt, csakis összenövésre gondolhatunk. Ez, ilyenformán, ritkán fordul elő.

A mellkasfal-lenövéseknél is gyakoribbak a complementaer lenövések, kérgesek (B). Ezek, ha csak a sinus legmélyebb részét töltik ki, csak a hasfekvésbeli activ kitérés korlátozzák, a passiv tudómozgás megvan. Tehát az előbbi típusúhoz hasonló a viszonyok. Ha complementaer üregbeli kérges magasabbra terjednek, akkor a passiv tudómozgást is megakaszthatják. Ilyenkor az ortostasiás activ kitérés, a belégzési feltisztulás többnyire szintén korlátolt, mert a tapadó hárták a tüdő tágulását a belégzés erő kifejtése ellenére is akadályozzák.

A mellkasfalhoz tapadó összenövés, valamint a complementaer üregbeli kérgesedések eszerint nagyjából azonos eltéréseket okoznak.

Azt, hogy összenövésekről van szó és nem a tüdő-

nyújthatóság általános csökkenéséről, mint említettem, legtöbbször megismerjük abból, hogy az oldalfekvésben való vizsgálat lényegesen eltérő eredményeket ad.

Ezt az utóbbi állapotot tünteti fel a 2. és 3. ábra.



2. ábra. Baloldalt passiv tüdőmozgás és activ kitérés hasfekvésben korlátozt, oldalfekvésben rendes. Valószínűleg hátulsó basisos mellhártyalenövés.

K. B., 18 éves, elég gyengén fejlett és közepesen táplált önkéntes. Mindkét kulcs és a bal tövis felett mérsékelten rövidült kopogtatási hang. Jobb Krönig szűkült. Korányi-csúcskopogtatás eredménye negatív. Mindkét tövis felett gyengült légzés. Egyébként negatív szervi lelet. Baloldalt gyakori szúrások, kifulás, szívdobogás, olykor izzadás. Hőemelkedés, thermolabilitás nincs. A tüdő alsó határa légzésszünetben (1. vonal), beltisztulás (2. vonal) rendes. Hasfekvésben baloldalt hátul passiv tüdőmozgás hiánya (3. vonal), activ tüdőmozgás (4. vonal) korlátozottsága. Jobboldali oldalfekvésben, bal hátsó hónaljvonalat vizsgálva, ismét rendes viszonyok. (L. 3. ábra.) A tüdőmozgás gátlásának tehát helyi oka van. Alsó határokon ortostasiás helyzetben hallgatózva, rendes légzés. Hasfekvésben baloldalt hátul gyengült légzés. Anamnesisben két év előtt mellhártyaizgadmány. Mindezt egybevetve, alkalmasint *tüdőalapi, hátsó rekeszes összenövés van jelen*, mely hasfekvésben a tüdőt ventralis irányban vongálva, a passiv tüdőmozgást ezen a területen teljesen, az activot észrevehetően gátolja. E rövid leletet a lenövések sémás ábrájával egybevetve (C-typus) világos lesz, hogy miért gondolunk inkább erre a kórjelzésre, mint complementaer-üregbeli nagyobb kérgesedésre.



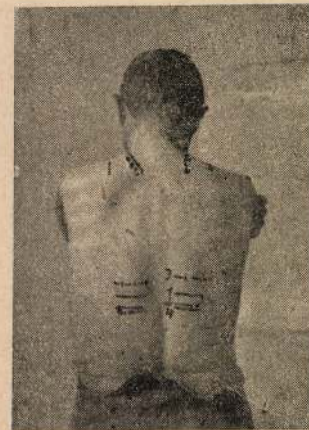
3. ábra. Ugyanaz az eset. Oldalfekvésben rendes, negatív lelet.

Ezzel az esettel a *diaphragmás, basisos mellhártyalenövések* kérdésére térünk. Mint tudjuk, a diagnosis főnehézsége az, hogy ezek a letapadások, legalább ortostasiás helyzetben, aránylag ritkán befolyásolják a tüdő activ mozgását, mert belégzéskor a tüdő akadálytalanul követi a le szálló rekeszt; inkább a kilégzési retractiót akadályozzák ezek a rostos szalagok, lapszerű lenövések. Máskor inkább az összehúzódó rekeszre fejtenek ki vongálást, minek következtében a Röntgen-átvilágítás alkalmával — könnyebben baloldalt — a mozgó rekesz szöglettörései, sáterszerű felhúzódásai mutatkoznak. Azonban a Röntgen nyilván csak a rekesz kisebb részének árnyékát jelenítheti meg; de még az ezen feltételezhető elváltozásokat sem jelzi mindig. Kopogtatási eljárásunktól sokkal többször várhatunk felvilágosítást.

Míg a mellkasfalhoz való akár szalagos, akár lapszerű lenövések (A, A<sub>1</sub>), valamint a complementaer üreg-kérgesedés jelentékenyebb jelentkezései az activ tüdőmozgást — ritka kivétellel — ortostasiás helyzetben is akadályozzák, addig rekeszes összenövésekre jellemző az, hogy ortostasiás helyzetben a belégzés-feltisztulást észrevehetőleg nem, vagy alig, hasfekvésben azonban többnyire jelentékenyen korlátozzák és felfüggesztik a passiv tüdőmozgást is.

Gyakori azonban az, hogy a rekeszes lenövés tünetei mellett a tüdő activ kísérése is tetemesen gátolva van (4. ábra); ilyenkor az egyszeri átvilágítás is csaknem mindig kétségtelenné teszi, hogy a rekeszes, tüdőalapi lenövés mellett a bordákhoz is odatapadt a tüdő.

Természetes egyébként, hogy has- vagy oldalfekvésben például a máj helyzetváltozása kapcsán a májdomborulattal összenőtt rekesz is előrecsúszik, magával vonja a tüdő odatapadt basisos felszínét. Ezzel nemcsak hogy a passiv tüdőmozgás esik ki, hanem gyakran előfordul az is, hogy hasfekvésben a tüdő légzésszüneti alsó határa még az ortostasiás alsó határnak is tetemesen fölébe kerül. Ennek a tünetnek kisebb mértékű megjelenését okozhatja talán a nyújthatóság csökkenése is, melynél fogva a tüdő a mellkas alakváltozásait nem tudja megfelelőképpen követni. De míg ez az értelmezés Korányi csúcskopogtatási módszerében, a hol közvetlenül a beszűrődött góczról van szó, logikus, addig a tüdőnek éppen peremi szélén — jó belégzési feltisztulás mellett — a nyújthatóság ekkora csökkenését feltenni kissé megokolatlan volna. *Mindenesetre, ha a fenti tünet oldalfekvésben hiányzik, vagy lényegesen eltérő módon jelentkezik, valószínű, hogy basisos lenövés az oka.*



4. ábra. Activ — belégzési — tüdőmozgás, mind ortostasiás (2. vonal), mind hasfekvésben (4. vonal) csökkent. Passiv tüdőmozgás helyett alsó határok felfelé emelkedése (3. vonal). Inactiv kétoldali csúcsfolyamat; basisos tüdő-rekesz-összenövés.

A séma megtekintése érzékelhetővé teszi, hogy akár a C<sub>2</sub>-typusú lapszerű lenövések, akár kivált a C<sub>1</sub>-typusú, hasfekvésben erősen megfeszülő szalagok könnyen kiválthatják ezt a jelenséget. Erre kell gondolnunk például a következő esetben is (4. ábra).

M. J., 38 éves férfi, jól fejlett és táplált. Mindkét kulcs, kulcs és tövis felett tompult kopogtatási hang. A léghang az 1. hát-csigolyától jobbra 2, balra 1 ujjnyira. A csúcson gyengült légzés, jobb tövis felett elvéve néhány pattogás. Könnyen kiful, olykor szúr a szíve alatt. Láztalan. A tüdő alsó határa (1. vonal) rendes, feltisztulás alig 1 1/2 ujjnyi; hasfekvésben légszüneti alsó határ jobboldalt 2 1/3, baloldalt csaknem 2 ujjnyira az 1. vonal felett, a belégzés alig haladja meg (4. vonal) az ortostasiás belégzési határt. A légzés az alsó határokon hasfekvésben aránytalanul gyengült. Oldalfekvésben rendes viszonyok. Korányi-csúcskopogtatás negatív. Kórjelzés: *inactiv kétoldali csúcsfolyamat, nagyfokú basis os mellhártyalenövésekkel*. Az anamnesisben egy év előtt hónapokig tartó haemoptoe. Röntgen: (Pozsonyi helyőrségi kórház 1918, Zeugn. Prot. 304.) Mindkétoldalt Williams +: rekeszek alig és szakadozottan térnek ki, jobb rekesz felszíne egyenetlen, hullámosan megmerevült.

Hasonló eset a klinikáról:

U. B., 26 éves festő. Jól fejlett, elég jól táplált. Jobb csúcs felett mellül a 2., hátul a 3. bordáig rövidült, érdes, szaggatott be, hallható, megnyult kilégzés. A bal kulcs felett rövidült kopogtatási hang, gyengült

légzés. Kisebb hőemelkedések, izzadás, gyakori szívdobogás, fejfájás. Az alsó határok vizsgálata: Légzésszüneti alsó határ 10 hesig, alsó széle, mélybelégzési határ ezalatt mindkétoldalt 3 ujj, passív tüdőmozgás jobboldalt has- és oldalfekvésben egyaránt hiányzik; baloldalt hasfekvésben a légzésszünet-határ (3. vonal) körülbelül másfél ujjal az 1. vonal fölött, oldalfekvésben passív tüdőmozgás alig korlátozott.

Kórjelzés: *jobboldali activ tüdőcsúcsurult, baloldali hátulsó basisos mellhártyaösszenövés.* Röntgen: A jobb csúcs homályosabb. A rekeszek szabadok, Williams-, bal rekeszen *kisebb meglörés.* A szöglettörés a bal rekesz belégzési leszállásakor nem oldódik meg teljesen, a rekesz e részének kitérése kissé retardált. (*Elischer tanár.*)

Az anamnesisben egy a bal mellkas alsó részén évekkal ezelőtt elszenvedett erős ütés szerepel, mely miatt U. B. napokig feküdt. Az ütés helye jelenleg is gyakran fáj.

Ezek szerint tehát a tüdő basisos mellhártyalenövéseire jellemző az, hogy hasfekvésben igen hamar felfüggesztik a passív és igen gátolják az activ tüdőmozgást, míg ortostasiás helyzetben a tüdő activ, belégzési mozgását nem, vagy alig érintik; és elsősorban basisos összenövésre tereli figyelmünket a tünet, hogy hasfekvésben a tüdő légzésszüneti alsó határa jelentékenyen az ortostasiás határ fölé kerül.

#### IV.

Ezekkel a mellhártyaösszenövésekre vonatkozó adatokkal már mint differentialis kórjelző eszközökkel térhetünk vissza kiindulási pontjukhoz, a *tüdőnyujthatóság* megállapításához és a hol ennek gyakorlatilag a legnagyobb jelentősége van: *a tuberculosis korai felismeréséhez.*

Ha a háború alatt orvosi megfigyelésen átvonult óriási tömegek, a rendelkezésre álló kísérleti anyag eddig sohasem képzelt méreteit tekintjük, meg kell állapítanunk, hogy orvosi haladásunk, mint általában a legtöbb téren, úgy itt is elmaradt a talán elérhető lehetőségek mögött. A háború lázas tömegmunkája nem mutatkozott termelő erejűnek, részint bizonyára a szervezők, vagy a szervezőknek adandó eszközök híján. Ha *Cornet* vagy *Bandelier-Roepke* kézikönyveit egybevetjük *Godscheider* legutóbbi közleményével, inkább csak régi, megbízhatóknak vélt tünetekkel szemben felmerült kételyekben mutatkozik haladás. Nagy háborús anyagról közölt megbízható tapasztalatok és gondos statisztikák, minők a *Parassin-éi*, oly cardinalis tüneteknek, minők a láz és a Koch-positív köpet, hiányát jelzik a súlyos esetek nagy részében is. Sokszorosan fontossá lett tehát a korai kórjelzés minden lehetőségének kihasználása.

A harctéren, nevezetesen az olasz front kavarnáiban időzvéen a mult év tavaszán, számos esetben módomb volt szinte kísérletszerű megfigyelésekre. Régi, a harctéren eleddig teljesen egészséges, hatalmas munkabírású bajtársaim betegedtek meg szemem láttára. Általános toxikus jelenségek, fejfájás, ingerlékenység a vasomotoros zavarokkal, a labilis, fáradékony szív működéssel, izzadással körülbelül *egyszerre* jelentkeztek. Többnyire apró hőemelkedések is, gyakran thermolabilitás nélkül. Ugyanekkor azonban az esetek nagyobb részében kifejezetten jelentkeztek a *Mackenzie*-féle reflexes tünetek is, még pedig gyakoriságuk sorrendjében spinalgiák,<sup>1</sup> vállfájdalmak, epigastriális szűrő fájdalmak (nn. thorac. ant. VIII—IX.), *Stokes*-féle lapoczkatáji fájás. A *Head*-zónák ritkán mutatkoztak.

A korai kórjelzés szempontjából ki kell emelnem a tüdőcsúcsra a fejbizcentő tapadása mögött lateralisán gyakorolt nyomás fájalmat kiváltó hatását. Ez a fájalmasság, a csúcsot borító mellhártya gyuladásának jele, az esetek nagyobb részében megvan és annál inkább jellemző, mivel súlyos idősült folyamatokban, alkalmasint a mellhártyakérgék reakciója folytán gyakran hiányzik. Különösen gyermekek tuberculosisában, a mennyiben a felnőttekkel szemben ritkább csúcselváltozásról van szó, szembeötlő ennek a tünetnek a jellemző volta. *Küss* és *Ghon* bonczolatai óta legalább

<sup>1</sup> A spontán spinalgiát értem. A kopogtatás által a felső hátcsigolyákon kiváltható fájdalom okául is elfogadhatóbb *Mackenzie* fel-fogása, mint *De la Camp-é*, a bronchialis mirigyduzzanatok nyomása. Ez utóbbira akkor gondolhatunk, ha a *Korányi*-csigolyakopogtatás pozitív és ha a felvételt lehetőleg a frontális vagy ferde átvilágítás is gazolja.

is valószínű, hogy a kezdeti gümös gócz gyermekeknél inkább közvetlenül a pleura alatt fejlődik ki, mintsem egyebütt a parenchymában.

E dolgozatban közölt eljárásomat, éppen a diagnostikai eszközök fogyatékosága folytán a harctéren, az imént jellemzett esetekben alkalmaztam először. Legkivált az a körülmény késztetett erre, hogy az esetek felében semmiféle határozott kopogtatási eltérés és mintegy negyedében semmi biztosan értékesíthető, még csak árnyalatbeli hallgatózási lelet sem volt. Először a tüdő activ mozgásának zavarait vizsgáltam és a mély belégzési feltisztulást ezekben az egészen korai esetekben igen gyakran találtam — ha csak kis fokban is — akadályozottnak. Eljárásommal azonban kórtörténetileg észlelt 61 esetem mindegyikében határozott, egészen durva eltérést állapíthattam meg. Korai eseteim további sorsát nagyjából részben módombban volt figyelemmel kíséreni; a kórházi észlelés kórjelzésemet minden esetben igazolta.

Ezeket az eredményeket szabatos adatokkal erősítették meg és egészítették ki a III. sz. belklinikán folytatott vizsgálatok. Elsősorban az *Elischer* tanár által végzett Röntgen-észleleteket emelem ki. *Bebizonyult, hogy a Williams-tünet a korai diagnosis szempontjából igen használható.* *Bebizonyult továbbá, a mennyire a Röntgen-technikával lehetséges, hogy a tünet pozitív volta, illetve az ugyanekkor fennálló activ tüdőmozgásbeli korlátozottság csak számos, de korántsem minden esetben mellhártyalenövések következménye, a mint Krönig hitte.* A *Ph. Francis* által válogatás nélkül való tuberculosisos anyagról közölt eredményekkel szemben a legutóbbi esetekkel együtt 26 betegen történt vizsgálat. A betegek háromnegyed része a *Turban I.*, egynegyede a könnyebb jellegű *Turban II. stadiumból* való, a *Williams* 26 közül 21-ben pozitív volt. A tünet pozitív volta azonban oly gyakran nyilvánul bár kifejezett, de csekély különbségben, hogy nézetemnek — mely szerint az ilyen stadiumban levők igen nagy részében nem kopogtatható ki határozott activ tüdőmozgásbeli eltérés — körülbelül megfelel. Láttuk ugyan ismételtlen is, hogy a *Williams-tünet hiánya* a folyamat előrehaladottabb fokán is előfordulhat; de meggyőződünk arról is, hogy a rekeszmozgás gátlásával, mint kórjelző tényezővel egészen kezdő esetekben is számolnunk kell. *Turban* és *Goldscheider* kicsinyítő véleménye szerintem nem jogosult.

Míg azonban egészen kezdő eseteink nagyobb részében a *Williams-tünet* sem mutatkozott, addig eljárásunkkal eddigelé minden esetben határozott eredményre jutottunk. A passív tüdőmozgás gátlása, vagy többnyire teljes hiánya ki volt mutatható a klinika valamennyi tuberculosisos betegén.

Az eddig megvizsgált betegek száma még nem jogosít fel arra, hogy azt állítsam, hogy a passív tüdőmozgás korlátoltsága minden tüdőtuberculosis esetben megvan. Ez nem is valószínű. A tüdőnyujthatóság reakciójának feltűnően egyéni voltára alább magam is közlök egy példát. Azt azonban mindenesetre állíthatom, hogy ez a tünet az egészen kezdő esetek igen nagy többségében megvan. Igaz, hogy eldönteni azt, hogy csakugyan esetről, hogy activ folyamatról van-e szó, csak nem szakembernek látszik mindig kivihetőnek. Ismétlem, hogy nagy elvéve még a fenti igen érzékeny tünet is hiányzik. Ha viszont megvan a tünet, a passív tüdőmozgás kiesése, ellenben minden egyéb jele hiányzik az aktivitásnak, eddigi klinikai vizsgálati anyagom alapján még nem merném határozottan activnak jelezni a folyamatot. Ilyen esettel azonban még nem találkoztam. A passív tüdőmozgás kiesése mellett rendszerint találunk több-kevesebb igen jellegzetes, de önmagában, sőt együttesen sem kórjelző tünetet is, úgy hogy egészen korai megbetegedés sem igen állít dilemma elé.

Ezt a kérdést ennél is határozottabban csak bővebb adatgyűjtés fogja eldönteni. Első közleményem óta (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1917, 51. sz.) szerzett, főképpen a klinikai anyagom kapcsán azonban kétségtelennek látom azt, hogy a tünet jelenléte legalább is főképpen a folyamat aktivitásának jele és a hol határozott physikalís tünetek ellenére hiányzik, ott csak ritka esetben lehet activ bántalomról szó.

A passiv tüdőmozgás dinamikáját tekintve, melylyel ezúttal nem foglalkozom, nem tartom lehetetlennek mindkét oldali hiányát egészséges emberen is, de ilyen esetre még nem akadtam.

Néhány kezdő eset kórtörténeti kivonata:

H. E., 26 éves leány, eléggé fejlett és táplált, kissé astheniás alkat. 5 év óta fíradékony. Jobb kulcs felett rövidült kopogtatási hang. Légúti hang 1 hesig-től jobboldalt 2 ujjnyira, baloldalt 1 ujjnyira. A jobb csúcs nyomásra fájdalmas. Jobb csúcson valamivel gyengébb légzés. Szórványosan apró hőemelkedések. A jobb paravert. vonalban Headzóna. Röntgen (Elischer tanár): a jobb csúcs kissé homályos. Williams —. A tüdő alsó határai, a feltisztulások rendesek. *Passiv tüdőmozgás jobboldalt mind has-, mind oldalfekvésben hiányzik.* Jobboldali activ csúcs-megbetegedés.

K. A., 16 éves fiú. Közepesen fejlett és táplált. Vért köpött, jobb oldala fáj. A jobb kulcs és tövis felett tompult, jobb kulcs alatt és bal kulcs felett rövidült, a bal kulcs alatt és a bal tövis felett kissé rövidült. A jobb csúcson érdes, gyengült belégzés, bal csúcson ugyanez, érdes, megnyult kilégzéssel. A jobb csúcs nyomásra fájdalmas. Láz-talan. Röntgen (Elischer tanár): a jobb csúcs homályos. Williams —. A rekesz mély belégzési kitérése 7–8 cm., részarányos. *A passiv tüdőmozgás jobboldalt mind has-, mind oldalfekvésben hiányzik.* Activ, belégzési mozgás zavartalan. Jobboldali activ csúcsurut. A klinikáról való távozása után másfél hónapra jobboldali pleur. exsudattal tér vissza.

B. J., 22 éves leány, jól fejlett és táplált. Körülbelül 3 éve beteg, 3 év előtt jobboldalt pleur. exsudatum és ezután nitrogentöltés (I. belklinikai), szívdobogás, fejfájás, spinalgia. Jobboldalt *Mussy* +. Mindkét csúcs felett baloldalt hátul a 2. hesig-ig kissé rövidült kopogtatási hang. A jobb csúcson gyengült légzés. A jobb csúcs nyomásra fájdalmas. Láz-talan; gyér hőemelkedések. Röntgen (Elischer tanár): jobb csúcs kissé homályos. Rekeszek szabadok. Activ tüdőmozgás zavartalan, *passiv baloldalt igen gátolt, jobboldalt 3. vonal egy ujjal az 1. vonal fölé kerül hasfekvésben; oldalfekvésben az 1. vonalon van.* Mindkétoldali activ csúcsurut, jobboldali rekeszes lenövással.

D. M., 24 éves leány, 5 hónap óta köhög, gyenge. Jól fejlett és táplált. A nyak mindkét felén borsónyi-babnyi mirigyek. Jobboldalt a 2. bordáig kissé rövidült kopogtatási hang. A jobb kulcs felett határozatlan be- és kilégzés, bal kulcs felett határozatlan be- és hasonló megnyult kilégzés. A bal kulcs alatt a 4. bordáig érdekes belégzés. Hátul mindkét csúcs felett hangosabb kilégzés. Alacsony subfebrilis hőmérsék. *Korányi-csúcskopogtatás* alkalmával a Krönig-tér belső határa mindkétoldalt 1½ cm.-rel ki- és lefelé csúszik. *Da Costa-Molnár-tünet* baloldalt a csúcson. Röntgen (Elischer tanár): jobb felső lebeny foltos, a bal kulcs alatt peribronch. erezettség, a rekeszek szabadok. Activ tüdőmozgás kopogtatáskor zavartalan. *Passiv mindkét oldalt felfüggesztett.*

A klinikáról közölt esetek mindegyike olyan, hogy a passiv tüdőmozgás kiesése mellett az activ tüdőmozgás zavartalansága van jelen és a Williams-tünet negatív. Ez az ellentét kivált a legutóbbi esetben feltűnő, melyet kezdőnek egyáltalában nem lehet nevezni. Érdekes volna továbbá felsorolnom azokat az eseteket, melyekben a Röntgen szerint csak féloldalt volt pozitív Williams-tünet, a passiv tüdőmozgás kétoldali hiánya ellenben egyéb klinikai jelekkel kétoldali activ folyamatra vallott. A csökkent rekeszmozgással összefüggő *urobilinogen*-próbráról az a benyomásom, hogy kivált baloldali folyamatokban a Williams-nál jóval kevésbé alkalmas korai diagnosis céljára. *Goldscheider* kisebb idézett statisztikája szerint aránylag ritkán pozitív. Az eljárás elméleti alapja mindenesetre figyelmet és nagyobb gyakorlati kipróbálást érdemelne. A passiv tüdőmozgás hiányával elméletileg szintén összefüggő *Korányi-csúcskopogtatás*-módszer fontosságát a korai körjelzés szempontjából kiemeltem.

Még csak azt a nézetemet óhajtom aláhúzni, hogy a *passiv tüdőmozgás viselkedésének a korai tuberculosis-diagnosisban való jelentőségénél nem kisebb a prognosisos értéke sem.* A *passiv tüdőmozgás helyreállása a gyógyulás egyik legobjectivebb, legérzékenyebb, szinte körszövegtani tünete.* A klinikán észlelt esetekben ezt a kedvező tünetet egy ízben sem állapíthattam meg, de nem is vártam, ismervén a klinikai esetek természetét és teljes gyógyulásuk eshetőségeit. Annál inkább volt módomban észlelnem a passiv tüdőmozgás helyreállását a harcztérről betegen elküldött és 8–12 havi üdülés után viszontlátott betegeken, továbbá oly felülvizsgálatom alá kerülő katonákon, a kik a rózsahegy-i s egyéb tüdőgondozókból kerülnek vissza ezredem felülvizsgáló osztályához. Statisztikám még hiányos. Nem hallgathatom azonban el némely esetben szerzett benyomásomat:

mintha a tüdőnyújthatóság előbb állna helyre, mintsem a gyakorlatilag gyógyult, de még lábadozó beteg általános toxikus zavarai teljesen eltűnének. Azt hiszem, hogy a passiv tüdőmozgás vizsgálata egyéb érdekes problémákat is fel fog vetni és talán megvilágítani is.

A III. számú belklinikán folytatott és itt értékesített vizsgálatok engedélyezéséért és azok meleg felkarolásáért őszinte hálámát fejezem ki *bárá Korányi Sándor* tanár úrnak, ki a közölt eljárást személyesen is többször, mint az itt adott köresekben is, tanulmányozta, valamint *Elischer Gyula* tanár úrnak, ki lekötelező szíveséggel végezte az összes Röntgen-vizsgálatokat és eredményeit e dolgozat számára rendelkezésemre bocsátotta.

**Irodalom.** *Goldscheider*: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 4. sz. — *Korányi*: Belorvostani előadások, Tbc., 1911. — *Sahli*: Lehrbuch der klin. Unters.-Methode, 1908. — *Brugsch-Schittenhelm, Schmidt-Lüthje, O. Krause* diagnostikái. — *James Wilson*: Handbook of med. Diagn., 1909. — *Stiller*: Grundzüge der Asthenie, 1916. — *Korányi S.*: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 7. sz. — *Molnár*: Orvosi Hetilap, 1916. — *Nothnagel*: Handbuch der spez. Pathologie und Therapie, XIV. köt. (*Hoffmann*) *Williams* cit. — *Ph. Francis*: The Tbc. in intrathoracic Relations, *Korányi Fr.-Elischer*, Congrès internat. de Méd., 1910, VI. kötet. — *K. Turban*: Physik und Röntgen-Diagnostik der Lungen, ugyanott. — *James Mackenzie*: Krankheitszeichen, 1917. — *O. Rosenbach*: 1. Nothnagel, Handbuch, XIV. köt. — *J. Grancher*: Maladies de l'appareil resp. 2<sup>e</sup> éd. 1890. — *Dieulafoy*: Manuel de pathol. int. Tome I., 1897. — *Bronardel-Gilbert*: Nouveau traité de méd., 1910, XXIX. köt. *Bandelier-Röpke*, *Cornet* kézikönyvei. — *Parassin J.*: Pénztintézetű Hadikórház Evkönyve, 1916. — *Ant. Ghon*: Der primäre Lungenherd, Wien, 1912. — *G. Küss*: De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine, Paris, 1898. — *Krönig*: Deutsche Klinik, 1907.

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

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

(Folytatás.)

VIII.

### Szemleletek.

Irta: *Markbreiter Irén dr.*, h. tanársegéd.

A klinikának specialis osztályán 1000 oly katonán végeztem szemvizsgálatot, kik a harcztéren betegedtek meg; ezek közül 266 esetben teljesen ép volt mindkét szem és 734 betegen különböző elváltozások voltak a szemben, tehát az összeseteknek  $\frac{2}{3}$ -ában volt a szemben eltérés.

A betegek legnagyobb részén functionális volt a szem-beli eltérés, kapcsolatban a beszéd- és hallószervek és az idegrendszer functionális elváltozásaival. Kevesebb volt azon esetek száma, a hol közvetlen sérülés, ütés, lövés stb. érte a szemet, a hol tehát anatómiai elváltozás volt észlelhető. Egy egész külön csoportba osztom ismét azokat az eseteket, különös érdekességükönél fogva, hol tisztán csak erős légnyomás érte a szemgolyót és a szem összes külső burkainak épségben hagyása mellett csakis a szemfenéken vagy retrobulbarisan okozott a légnyomás elváltozást.

A functionális elváltozásokkal kapcsolatban sokszor érdekes fejlődési rendellenességeket találtam a szemben, a melyek mint degeneratív jelenségek értékesíthetők a functionális zavarok aetiologiájában. Míg normalis viszonyok közt csak elvétve találunk ilyen fejlődési rendellenességeket a szemben, addig feltűnő, hogy eseteink közül a háborús neurosisoknál mily nagy számban fordulnak ezek elő, tehát nem lehet véletlen e gyakori megjelenésük és ezért, mint dispositív jelenségek, mint degeneratív jelek értékesíthetők oly értelemben, hogy túlnyomólag az ily egyének idegrendszere szenved hamar a harcztéri rendkívüli behatásokra, míg jól fejlett szervezet inkább ellenáll.

Tehát, a mint látni fogjuk, ha egészen új tételt nem is vezethetünk le vizsgálataink folyamán, mégis megérdemli e tanulmány a fáradságot, mert csak ily nagy anyag áttekintése alkalmas arra, hogy eredménye megerősítsen egy oly nézetet,

melyről még vita folyik, hogy a degenerációs stigmák, mint dispositiók, szereppel bírnak a háborús neurosisok létrejötténél. És másrészt azért is érdekes e közlés, mert a másik csoport, a nem functionalis elváltozások is érdekesebb képeket mutatnak itt, mint a rendes életben előforduló baleseteknél azt megszoktuk, mert a már ismert kórtani formáknak egészen új, különös csoportosulását hozzák létre a harcztéri specialis viszonyok. Functionalis elváltozásoknak tartom a következő eltéréseket, melyek eseteink nagy számában jelen voltak: a bulbaris kötőhártya érzéstelensége, renyhén reagáló pupillák, hol erre más ok a szervezetben nincsen, hyppus, ferde pupilla ép, szabad széllel, contrast pupillamozgások, anisochoria, hol más ok erre nem volt kimutatható. Míg más okból származó anisochoriáknál eltérés van a pupilla prompt mozgásában, addig itt mindig jól reagált. Még azoknál az anisochoriáknál is van némi eltérés a reakcióban, a melyeket a nyaki mirigyeknek a nervus sympathicusra való nyomása vált ki; míg ezen functionalis anisochoriáknál mindig prompt volt a reactio fényre és alkalmazkodásra. Functionalis elváltozások még: látótérszűkület, tág szemrés.

A fejlődési rendellenességek közé a következő képeket soroltam: nagyobb kiterjedésű velőshüvelyű idegrost a papillán és a retinában; nagy temporalis és nasalis conusok ép emetrop szemben; erősen elferdült papilla emetrop szemben; conus inferior; chorioidealis coloboma; a retina partialis hiánya; kötőszöveti lemez, meniscus a papillán; erős pigmentatio a papillán; pigmentgyűrű a papilla körül; erősen kanyargós arteriák és vénák a szemfenéken; veleszületett decoloratio papillae teljes visus mellett.

A nagy kiterjedésű velőshüvelyű idegrost, mint degenerációs tünet, fejlődési többletet jelent; míg normalisan az idegrostok a papillába való betérésükkor elvesztik velőshüvelyüket, ezen eseteinkben azok tovább fejlődve követték a rostokat.

A kötőszöveti lemez, meniscus valószínűleg az arteria hyaloidea maradványa, mely normalisan csak az ébrényi életben van meg; míg itt megmarad a csökevénye az egész életen át.

A conus inferior és coloboma chorioideae a másodlagos szemrés hiányos záródása által jön létre. Közvetlen sérülésekből eredő anatómiai elváltozások a következők voltak: cornealis maculák; iritis; cataracta partialis; abducens-facialis hűdés; anophthalmus; ectropium cicatriceum; sympathicus idegbénulás; iridoplegia; iridodialysis partialis; neuritis; chorioretinitis; atrophia nervi optici.

### I. Functionalis eltérések.

A scleralis conjunctiva összesen 93 esetben volt érzésten és pedig 5-ször hysteriás aponia esetében, 2-szer functionalis süketnémaság esetében, 1 esetben tüdőlövésnél, hol a gégében internus és transversus paresis volt jelen; 85-ször a háborús neurosisal kapcsolatosan még a következő elváltozások voltak jelen:

16-szor aponia, 1-szer aponia + anaesthesia acustica, 10-szer dadogás, 5-ször süketnémaság, 1-szer otitis media és 52-szer anaesthesia acustica e commotione labyrinthide.

Renyhén reagáló pupilla 9 esetben volt jelen, mind a 9-szer háborús neurosisnál és pedig kapcsolatban 1-szer aponia esetével, 1-szer a gégében levő paresis adductorum esetével, 1-szer a gégében levő internus paresissal és 6-szor hypaesthesia acusticával.

Ezen 9 esetben más okot a renyhe reakcióra nem lehetett kimutatni a szervezetben, tehát functionalis elváltozásnak tekinthető.

Hyppus 1 esetben volt észlelhető, háborús neurosis esetében anaesthesia acusticával kapcsolatban.

Ferde pupilla 4-szer volt jelen háborús neurosisnál, kapcsolatban anaesthesia acusticával.

Contrast pupillamozgást, hol fénybevitésre tágult, elsötétítésre szűkült a pupilla, 11-szer találtam, háborús neurosisal kapcsolatban; 4-szer aponia, 1-szer dadogás és 6-szor hypaesthesia acustica volt jelen.

Anisochoria 22 esetben volt jelen, kapcsolatban háborús

neurosisal, 6 esetben aponiával és 15 esetben hypaesthesia acusticával.

A mint már említettem, mindezen anisochoria-esetekben prompt volt mindkét pupilla reakciója.

Látótér-szűkület több esetben volt jelen, mint az általában igen gyakori a hysteriánál és a háborús neurosisnál, de ezekről külön összefoglalást nem adok, mert a betegek erős remegése sokszor gátolta a pontos felvételt, úgy, hogy igen pontos felvételt csak 6 esetben végezhettem; ezen 6 esetben 10–15°-ig volt concentrikusan beszűkülve mindkét szem a látótér; ezen 6 egyén közül 3 háborús neurosisal kezeltetett és 3 neurastheniával.

Nystagmus 1 esetben volt jelen háborús neurosis mellett.

Tág szemrés szintén 1-szer észleltetett, gránátrobbanás után létrejött háborús neurosis esetében.

### II. Fejlődési rendellenességek.

Velőshüvelyű idegrost 4-szer volt jelen háborús neurosis mellett, kapcsolatban hypaesthesia acusticával.

Nagy temporalis conus emetrop fénytörés mellett 18 esetben találtam háborús neurosisal kapcsolatban, 1-szer hysteriás süketnémasággal, 5-ször aponiával, 7-szer hypaesthesia acusticával és 3-szor dadogással.

Nagyobb nasalis conus emetrop fénytörésű szem 2-szer volt található, egyszer háborús neurosis esetében.

Erősen ferde papilla emetrop fénytörés mellett 1-szer volt jelen háborús neurosis esetében.

Conus inferior és coloboma chorioideae 5 esetben volt jelen, functionalis aponiánál.

Egy különös fejlődési rendellenesség háborús neurosis egy esetében volt észlelhető: a papilla mellett oldalt egy papillányi szürke, félgömbalakú, kissé bemélyedt terület, egyébként teljesen ép szemfenék teljes visus mellett.

Kötőszöveti lemez, meniscus a papillán és retinán 11-szer volt, ezek teljes visus és teljesen ép szemfenék mellett fordultak elő, fedve a retinalis ereket; többnyire oly nagy kiterjedésűek voltak, hogy a papilla felét fedték és átterjedtek néhány esetben a retinára is.

9 esetben háborús neurosis, 2-szer aponia, 1-szer dadogás és 4-szer anaesthesia acustica volt jelen.

Elég nagy kiterjedésű pigment a papillán 9 esetben fordult elő, ezen esetekben sem a szemfenéken, sem a retinalis ereken kóros elváltozás nem volt, semmi nyoma gyuladásnak, teljes volt a látóélesség, úgy, hogy csak fejlődési rendellenességnek volt felfogható.

Ezen 9 eset között 4-szer aponia, 2-szer anaesthesia acustica volt jelen.

Széles pigmentgyűrű a papilla körül 11 esetben volt jelen; 2-szer aponiával, 2-szer dadogással és 7-szer hypaesthesia acusticával.

Erősen kanyargó arteriák és vénák a szemfenéken szintén csak fejlődési anomaliáknak tekinthetők, mert teljes visus mellett fordultak elő és semmiféle gyuladással vagy pangással jelenségnek még nyoma sem volt a szemfenéken.

Ezen rendellenesség 3 esetben aponiával fordult elő.

Veleszületett decoloratio mindkét papillán teljes látóélesség mellett, normalis erekekkel 1 esetben volt jelen hypaesthesia acustica mellett.

### III. Közvetlen sérülésből származó elváltozások.

Macula corneae 8 esetben fordult elő; mind a 8-szor gránátrobbanás érte a szemet és a cornealis homály mint ulcus corneae vagy keratitis maradványa volt jelen.

Iritis traumatica maradványaként homályok az elülső lencsetokon, szűk, szegletes pupilla egyszer volt észlelhető; ezen esetben bombarobbanástól lett a szem beteg.

Kétszer fordult elő a bal szemlencsében finom, éles, partialis, vonalszerű homály; a beteg szemét gránátrobbanás érte; mindkét beteg ideglelete háborús neurosis volt nagyot-hallással.

Abducens-hűdés 4 esetben volt, 2 esetben golyó érte a beteget és 2 esetben gránátrobbanás.



2 esetben az abducens-hűdés egyedül volt jelen más szemelváltozás nélkül, 1 esetben centralis scotomával együtt, a negyedik esetben több ideg együttes sérülésével; ezen esetben a fejet lövés érte, a golyó a sternocleidomastoideus mellett jobb oldalon, az izom közepe táján hatolt be és a bal falcsonton jött ki.

A jobb szem teljesen ép volt. A bal szemén ptosis, mydriasis volt, oculomotorius, abducens és trigeminus bénulás; a trochlearis működése rendes volt. Szemfenék ép, visus teljes, látótér rendes kiterjedésű, színlátás zavartalan.

Facialis-hűdés és ennek következményeképpen lagophthalmus paralyticus 12 esetben volt; 10-szer erős légnyomás érte a beteget és 2-szer fejlődés.

Jobboldali anophthalmus 1-szer volt jelen fejlődés után.

Ectropium cicatriceum palpebrarum 2-szer fordult elő direct gránátsérülésből kifolyólag.

A sclera külső fele egy esetben palaszürke, elvékonyodott volt légnyomás következtében.

A nervus sympathicus bénulása 1 esetben volt meg, ezen betegen a géget gránátszilánksérülés érte, a gége recurrens-hűdés képét mutatta. Bal szemén a pupilla, szemrés szűk volt és enophthalmus volt észlelhető. Szemfenék ép. A nyak baloldalán behatolt gránátszilánk sértette a recurrens és a nyaki sympathicust.

Neuritis nervi optici mint közvetlen sérülés következménye 3-szor volt jelen vörös-zöld centralis scotomával, borús papillahatárokkal. Ezen esetek közül az egyik atrophia-hajlott, e betegen háborús neurosis mellett dadogás is fennállott.

E 3 beteget gránátrobbanás érte.

Atrophia nervi optici egyik szemén 2-szer fordult elő, mindkétszer gránátszilánk hatolt be a halántékon.

Ezen közvetlen sérülésekhez tartozik még egy eset, melyet különös érdekességénél fogva és mivel oly szoros kapcsolatban volt a szemsérülés az orrmelléküreg sérülésével, részletesen írok le. Az eset a következő:

I. H. zászlós golyó által sérült. A jobb halánték alatt 2 cm.-re a bemeneti nyílás, ellenkező oldalon ugyanilyen magasságban a kimenet. A bal szem ép. Visus  $\frac{5}{5}$ . A jobb szem az arczon levő hegek miatt hiányosan zárul.

Kifelé a jobb szem nehezen mozog. A bulbaris conjunctiván nagyobb vérömleny látható.

A töröközegek tiszták, a szem külső rétegei épek.

Visus:  $1\frac{1}{2}$  méterről ujjak olvasása. A látótér felső fele kiesett.

Jobb papilla mérsékelten halvány, kissé borús határok. Venák rendesek. Az arteria centralis retinae temporalis oldalága elzáródott, vértelen. Fordított képben a papilla felső szélénél az ereket kis velőshüvelyű idegrost fedi; az orri oldalon az arteriák üresek, a papilla mellett a retina zavaros.

A papillától temporaliter egy papillányi távolságra egy sárga chorioidealis folt van, e felett pigmentált hely és chorioretinitises terület.

A papilla felett a retinán több helyen kisebb, élénk vörös vérző hely látható, továbbá egy nagyobb vérzés 2—3 papillányi kiterjedésben, mely vérzés beemelkedik az üvegtestbe és a szemmozgásokkal lebeg. A vérző területtől az orri oldal felé ferdén húzódik 3—4 papillányi hosszúságban egy keskeny kötőszövet, mely fehér, fénylő és véresek hatolnak belé; egyik vége beemelkedik az üvegtestbe, a másik vége laposan megy át egy chorioiditises foltba.

Fordított képben tehát a retina felső fele elváltozott, egyenesben tehát az alsó és ennek megfelelőleg a látótér felső fele kiesett. Körülbelül 7 héttel a sérülés után a retinában a vérzéses helyek helyett palaszürke foltok voltak láthatók és a vér helyett egy sűrű gomolyag nyúlt be az üvegtestbe. Visus változatlan. A Röntgen-kép a jobboldali Highmor-fal törését mutatta, mely üreg csontszilánkokkal volt tele. Geny nem volt. Azt hiszem, hogy az opticus és a retina alsó fele azáltal sérült, hogy a Highmor felső falának elroncsolásakor csontszilánk hatolt az opticusba és retinába.

#### IV. Tisztán légnyomás által okozott retrobulbaris és szemfenéki elváltozások.

Ezen csoport azért bir különös érdekességgel, mert ide tartozó esetet normalis időkben alig észlel szemorvos. Ipari foglalkozásoknál csak ritkán hat egyedül erős légnyomás a szemgolyóra és ha robbanás történik is, apró idegentestszilánkok jutnak a szembe; azonban idegen test behatolása nélkül igen erős légnyomás egyedül különösen a harcztéren éri a szemet.

Eseteink közül 8 volt olyan, hol a szemgolyó külső rétegei sértetlenek voltak; csak a szemfenéken volt elváltozás.

Mindezen 8 esetben direct sérülés nem érte a szemet, csak erős légnyomás.

Ezen esetek egyik csoportjában neuritis retrobulbaris volt észlelhető, hol a szemfenék ép volt, csak a látóélesség erős lecsökkenése centralis scotomával, vagy vakság ép szemfenék mellett volt jelen.

Egy másik csoportban a szemfenéken volt elváltozás: papillitis kifejezett tünetekkel, mint elmosódott szélű vörös papilla tág erekkel, néha vérzésekkel; retinitis; haemorrhagia retinae; chorioretinitis. Egy esetben ruptura chorioideae-t találtam, a ruptura mellett még retinitis proliferans is volt látható; egy másik esetben a vortex-vena rupturája volt észlelhető.

Ezen esetek legtöbbje néhány hét alatt gyógyult, a látóélesség teljesen visszatért, a szemfenék és látótér ismét normalis lett.

Összesen 8 ily eset volt, hol sem a szemet, sem az orbitát nem érte direct sérülés, csak légnyomás; a szem külső burkai teljesen épek voltak, a töröközegek átlátszók, tiszták, csak a szemfenéken vagy csak egyedül az opticusban volt elváltozás.

Ezen 8 eset közül neuritis retrobulbaris scotomával 2-szer volt jelen; ezen 2 beteg közül az egyik csak egyszer jelentkezett, további sorsáról nem tudunk; a másik, a kinek a beteg szemén a visus  $\frac{5}{15}$  volt, néhány hétig kezelésünk alatt állott, teljesen gyógyult,  $\frac{5}{15}$  visussal bocsájtott el.

Papillitis 3 esetben volt észlelhető; az egyik betegen a bal szemén  $\frac{5}{15}$  látóélesség mellett a papilla vörös volt, elmosódott szélekkel, látótérkieséssel, ezen beteg teljesen meggyógyult. A második betegen ugyancsak a bal szem volt megtámadva, a papillitisen kívül ptosis és iridoplegia traumatica is volt, ez a beteg is teljesen felépült.

A harmadik betegen a bal szemén levő papillitis vérzésekkel volt kombinálva, a visus  $\frac{5}{50}$  volt, a látótér  $10^\circ$ -ig concentricusan be volt szűkülve. Néhány hét alatt a beteg teljesen gyógyult  $\frac{5}{5}$  látóélességgel.

Retinitist 2 esetben észleltem. Az egyik eset a jobb szemén partialis, traumás retinitis volt, nagy látóir-kieséssel; ezen beteg is teljesen gyógyulva bocsájtott el. A másik esetben a retinitis együtt volt jelen a vortex-vena repedésével, itt a szétszórt retinalis foltokhoz vérzés csatlakozott körülbelül papillányi terjedelemben. A látótérben több helyen volt kiesés észlelhető. Ezen beteget csak egyszer láttam, további sorsát nem tudtam követni.

A nyolczadik eset igen kiterjedt és igen érdekes elváltozás volt a szemfenéken. Az eset a következő: S. H. 24 éves tiszt a harcztéren megbetegedett. A jobb Highmor táján golyó hatolt be és a szájon jött ki, a szem környékét a golyó megkimélte.

A beteg elbeszéli, hogy ezen golyón kívül a homlokát erős ütés érte, úgy, hogy eszméletlenül összeesett és midőn eszméletre tért, bal szemére nem látott és bal szemhéját nem tudta emelni.

Lelet: Jobb szem teljesen ép. Bal szemén fényérzés nincsen. Bal felső szemhéj lecsüng, patiens ezt emelni nem tudja; a szem a félfelé forgásában akadályozott. Cornea, iris, sclera, lencse, pupilla normalis; töröközegek tiszták. Bal papilla színe rendes, orri oldala erős pigmenttel van körülvéve, a halántéki oldalon a papilla mellett van egy negyed papillányi pigmentatio, belül-alul egy félpapillányi.

A papillától lefelé körülbelül 1 papillányi nagyságban látható egy terület, mely négy papillányi hosszú, egy papillányi széles, itt a chorioidea megrepedt és a repedés belső-külső

alsó széle erősen pigmentált; az alsó pigmentfolt lefelé háromszög alakban terjed. A repedésnek felső, a papilla felé néző szélén nincs pigment, hanem a hasadékot fele útján fehér fénylő kötőszövet kíséri, mely beemelkedik az üvegtestbe; a kötőszövetet itt-ott ér szövő át; a halántéki felét chorioretinitin foltok határolják.

A repedéstől lefelé a chorioretinitis következtében a retinán halvány foltos helyek láthatók.

Diagnosis: ptosis, ruptura chorioideae, chorioretinitis traumatica, retinitis proliferans oculi sinistri.

Ezen bal szem megvakult és a nervus oculomotorius részleges bénulása volt jelen.

A kórkép a jobb álcson táján behatolt dolgoktól és a lövés sebétől független, összefügg azonban a homlokot ért ütással és az ezt követő commotióval.

Ezen nyolcz érdekes esetből látható, hogy a macula, az opticus centralis rostjai a legérzékenyebbek, a benyomásoknak legkevésbé tudnak ellentállni. Miközben az opticus erős nyomásra hátrafelé ütődik, a centralis kötegben futó vérér valószínűleg bénul és oedema fejlődik, mely gyorsan el is tűnik, innen a gyors és teljes gyógyulás az egyes esetekben; vagy a rostban vérzés állhat be, ilyenkor a felszívódás és gyógyulás lassúbb.

Lehetséges, hogy az ütés következtében a chorioidea erei és idegei contusiót szenvednek és innen értelmezhetni a chorioretinitist vérzéssel, mely táplálkozási zavarok következtében áll elő és melyből retinitis proliferans fejlődik ki.

Légnymástól származó tisztán üvegtesti vérzést nem láttam, valószínűleg egyrészt a belső nyomás, másrészt a retina ereinek nagyfokú elasticitása ellenáll; ellenben az egész szem hátratulatik az orbita hátulso falához és a hátulso ciliaris erek és idegek zúzódnak és bénulnak és így trophiás zavarok állnak be a chorioideában és consecutive a retinában.

Könnyen el lehetne képzelni, hogy az erős légnymástól cyklodialysis keletkezik; az ütés a csarnokvizet hátranyomván, az egyenletesen kiter a csarnokzúg felé; azonban ilyen esetet egyet sem észleltem a harcztéri betegek között.

Valószínű az is, hogy a Berlin-féle retinalis zavarosság gyakori a harcztéri légnymásnak kitett katonákon, azonban, mivel igen gyorsan elmúlik, az orvos ritkán észlelheti; esetekben egyet sem láttam.

## IX.

### Hallás-zavarok.

Külső körülmények megakadályozták a fülbajosok és hallás-zavarok eseteinek fülgyógyászati szempontból való feldolgozását, ez okból csupán néhány statistikai adat említhető meg. Osztályunkra harcztéri fülhajjal és hallás-zavarral 577 eset, hang-, beszéd- és hallás-zavarral 180 eset lett felvéve és kezelve. A fülbajosok és hallás-zavarok 577 esete közül 415 bevonultatott, 35 más kórházba helyeztetett át, 11 rokkantná lett és jelenleg kezelés alatt áll 116. A hang-, beszéd- és hallás-zavarok 180 esete közül bevonultatott 132, más kórházba helyeztetett át 38, rokkantná lett 8 és jelenleg kezelés alatt áll 2.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Otto Dornblüth: Klinisches Wörterbuch.** Die Kunstaussdrücke der Medizin. Leipzig, Verlag von Veit und Comp. Ára 6 márka.

A tudományos orvostan annyi műkifejezést és idegen szót használ, hogy a legolvasottabb orvos sem tudja valamennyit emlékeztében megtartani. Főleg azokra a szókra áll ez, melyek valamely betegségnek vagy tünetnek a nevét a felfedezőjük nevéhez fűzik.

A szóbanforgó könyv a használatban álló idegen szókat, nyelvtani levezetésüket és jelentésüket, a régi és az új nyelvekből alkotott legfontosabb műkifejezéseket a lehetőségig teljes sorrendjükben hozza, rövidítésben jelezve azt is, hogy melyik nyelv állományából került ki az illető szó. A görög vagy a latin nyelvből eredő szóknál cursiv írással jelzi levezetésüket.

Külön gondot fordított azoknak a szóknak és műkifejezéseknek a közlésére, melyeket egyesegyedül a felfedezők használtak, más senki.

A magyarázatok rövidre fogott megfogalmazása és a sűrű nyomás tette lehetővé, hogy e könyvnek nem nagy terjedelmében is — mindössze 372 lapból áll — az idegen szók és értelmezésük tömege felhalmozassék.

Nem lesz érdektelen megemlítenünk, hogy 35 nyelv az, melyből használatos idegen műkifejezéseink erednek, köztük például a bengaliai, hindostan, jávai nyelvből.

Hogy *Dornblüth* közkezen forgó segédkönyve immár a hetedik kiadását érte meg, világos jele annak, hogy összeállítója csakugyan hasznos munkát végzett.

A nyomás és kiállítás a háborús körülmények daczára is mintaszerű s a kiadó czég izlését és gondosságát dicséri.  
*Györy.*

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Az idegesség és az érlemeszesedés közötti átmenetekről** ír *Klemperer*. Az arteriosclerosis kóroka nem egységes. A lues kórokozó jelentősége kétségtelen, más fertőző kórokok ritkák. A mérgek közül kiemelendő a dohányzásnak a szerepe, ellenben kétséges az alkoholnak és a bőséges húsfogyasztásnak a befolyása. Nem kételkedhetünk a tartósan fokozott izommunka kórokozó jelentőségében. Az izommunka vegyi termékei az erek belfelületét közvetlenül is megtámadhatják, de a munka alatt képződő szénsav az érmozgató központ útján is kifejtheti az ereket összehúzó és a vérnyomást emelő hatását. Ez utóbbi hatásban keresendő az arteriosclerosis főoka. Az érfalakra gyakorolt nyomás tisztán mechanikusan is okozhat sclerosisos elváltozásokat. Fontos klinikai jele a vérnyomás fokozódásának az aorta II. hangjának ékeltsége, a melynek erőssége a vérnyomással arányos. Az aortahang ékeltsége a szívizomtúltengés visszafejlődése és a vérnyomás csökkenése esetén szintén csökkenhet. Az aorta II. hangja erősségének ingadozását számos tapasztalat erősíti meg; sportolók és katonák szíven megfigyelhetünk hypertrophiát és aortahangékeltséget, a melyek később tökéletesen visszafejlődhetnek. Az a kérdés tehát, hogy azok az emberek, a kiken a kezdődő sclerosis tünetei kimutathatók, amelyek a megerőltető munka további végzése esetén fokozódnának, csakugyan arteriosclerosisban szenvedtek-e. Fel kell tennünk, hogy *nem*, mert az arteriosclerosis elváltozások (necrosis és degeneratio) nem gyógyulhatnak meg teljesen. Bizonyos esetekben tehát a vérnyomásemelkedés és a II. aortahang ékeltsége csak functionalis tünet, a mely a kórokozó megszűnésével eltűnhet. A kórokozó pedig az említett esetekben a fokozott testi munka, amelyhez a katonánál lelki izgalom, erős dohányzás és ivás is járul. Az arteriosclerosisnak másik gyakori kórokozója, különösen nagy városokban, az élet nehézségeivel járó számos lelki izgalom. Ezeknél az ideges-lelki aetiológiájú elmeszesedéseknél is előfordul egy az előbbiekhöz hasonló funkciós előstadium, amelynek tünetei: a vérnyomás emelkedése, az aorta II. hangjának ékeltsége és az általános ideges tünetek hasonlóképpen visszafejlődésre képesek. A lelki izgalom hatását az izommunka hatásához hasonlóan úgy képzelhetjük, hogy a peripheriás ereknek majd tágulását, majd szűkülését idézvé elő, a vérnyomást csökkentik vagy emelik. A gyakori vérnyomásemelkedés eredménye az aorta II. hangjának ékeltsége. A betegség kezdetén csak neurastheniás panaszai vannak ezeknek a betegeknek (gyors kifáradás, ingerlékenység, álmatlanság, fejfájás, szédülés, félelmi érzések, subjectiv szívpanaszok).

Az egyetlen objectív tünet az aorta II. hangjának ékeltsége mérsékelt vérnyomásemelkedéssel. Ilyen esetekben a differential-diagnózis a neurasthenia és az arteriosclerosis között csakis akkor állítható fel, ha idővel az aorta II. hangja ismét rendessé válik, a mi azonban az elméleti lehetőség daczára is csak ritkán következik be. Ennek valószínűleg az az oka, hogy csak hosszabb ideig tartó lelki behatás után jön létre az elváltozás és viszont igen ritkán sikerül a kórokozó izgalmakat teljesen megszüntetni. A lueses eredetű esetekben sohasem sikerül antilueses gyógymóddal megszüntetni az aorta hangjának ékeltségét. Bár a legtöbb neurasthenias-arteriosclerosisos átmeneti esetben nem jön létre teljes gyógyulás, a mérsékelt vérnyomásemelkedés és a II. aortahang ékeltségének megmaradása mellett minden egyéb tünet, a félelmi érzések, szédülés, álmatlanság, a subjectív szívpanaszok, az ideges angina pectoris megszűnhet. A subjectív gyógyulás rendszeren nem állandó, hanem, talán csak évek múlva, visszaesések következhetnek. A differential-diagnózis az igazi és az átmeneti sclerosis között a beteg életkorának és a kórelőzménynek tekintetbevétele mellett az objectív vizsgálattal állítható fel. Átmeneti állapotnak csak azt tekinthetjük, amelynél a vérnyomás mérsékeltén fokozott, az aorta II. hangja kevésbé ékel és a szív nagysága rendes. Idősebb embereknél különös óvatosság ajánlatos, mert előrehaladott coronariasclerosis is néha csak ideges panaszokat okoz. Az átmeneti állapotok kezelése igen hálás feladat, eszközei az életmód rendezése, hygienés-diaetás, physikai módszerek. A gyógyszeres kezelés háttérbe szorul, de bizonyos esetekben szintén szükséges. Kis arsenadagok hosszas alkalmazása sok esetben bevált. (Berliner kl. Wochenschrift, 1918, 31. szám.)

Ifj. M. B. dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Súlyos streptococcus-sepsis** gyógyult esetét közli a berlini 1. belklinikáról *Kuhn*. A kezelés antistreptococcus-serum és methylenkék használatából állott. Az előbbi 100, végül 50 cm<sup>3</sup>-es adagban, az utóbbit pedig 5 centigrammos adagban 20 cm<sup>3</sup> physiologiai konyhasóoldatban adták, két órával az előbbi után, bőr alá fecskendezés alakjában. E kezelés közben a fennállott vesegyulladás is meggyógyult s a beteg pneumoniát és pleuritist is kiállott. (Mediz. Klinik, 1918, 14. szám.)

**Migrol** néven egy új antipyreiticum és antineuralgicum jött forgalomba. E szert *Riess* jó eredménnyel használja főleg heveny izületcsúsz eseteiben; de izomcsúsz, ischias, intercostalis neuralgia, influenza stb. eseteiben is sikeres a használata. Adható tablettá alakban (0.5 gramm) vagy oldatban (5.0 gramm 150.0 gramm vízre; naponként 3-szor evőkanálnyi.) (Wiener klin. Rundschau, 1918, 15. és 16. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1918, 34. szám. *Mező Béla*: Új behatolási mód a hólyag másodszori megnyitására. *Manninger Vilmos*: Az ízületek lövési sérüléseiről.

**Budapesti orvosi ujság**, 1918, 35. szám. *Henszelman Aladár*: Beldiagnostikai érdekességek, a melyekre a Röntgen-vizsgálat figyelmet. *Horváth Ferenc*: Az a. maxillaris interna aneurysmája, az orr és fül sérülése gránátszilánk által.

#### Vegyes hírek.

**Kinevezés**. *Szapponas Mihály* dr.-t, Hódmezővásárhelyi tisztí orvost, megyei főorvossá nevezték ki.

**Semmelweis-alap**. A Közkórházi Orvostársulat Igazgató-Tanácsa folyó évi június hó 26.-án tartott ülésén egyhangúlag elhatározta, hogy Semmelweis születésének 100. évfordulóján emléket megünnepli s emlékének állandóan ébrentartása céljából „Semmelweis-alap”-ot létesít, melynek időnkénti kamatait a székesfővárosi közkórházakból kikerülő legjobb, önálló búvárkodáson alapuló és abszolút értékű orvosi munka jutalmazására fordítja. Adományok ez alapra a Közkórházi Orvostársulat pénztárosának (*Kasziper Károly* dr. közkórházi főorvos, Új Szent János-kórház) küldhetők.

**A Magyar Fajegészségtani és Népesedéspolitikai Társaság** a Bajtársi Szövetség orvosi szakosztályának nagygyűlésével kapcsolatban szeptember hó 23.-án délután 4 órakor a Kir. Orvosegyesület termében (VIII., Szentkirályi-utca 21) ülést tart a következő tárgyszorozattal: *Gruber Miksa* dr. titkos tanácsos, egyet. tanár, München: Fajegészségtan és népesedéspolitika. *Weinberg Vilmos* dr. egészségügyi tanácsos, Stuttgart: Az átöröklés tana és a fajegészségtan. *Hecke Vilmos* dr. kormánytanácsos, Wien: A népesedéspolitika Ausztriában. *Teleki Pál* gróf, Budapest: A fajegészségügy és népesedéspolitika Magyarországon. A gyűlésen való részvétel ingyenes. Bővebb felvilágosítást ad a Magyar Fajegészségtani és Népesedéspolitikai Társaság (Budapest II., Heltai Ferenc-utca 5-7).

**Meghalt**. *Lengyel József* dr., Udvarhely vármegye főorvosa, 59 éves korában augusztus 23.-án. — *Pataky Albert* dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, 62 éves korában augusztus 19.-én Csákgarabon. — *Könyi Lajos* dr. honvéd törzsorvos 42 éves korában augusztus 24.-én Budapesten.

**Czirfusz Dezső** dr. királyi tanácsos átvette az Erzsébet-sósfürdő vezetését és működését ott már megkezdette.

**Balatonalmádi Fürdő és Építő R.-T. czég** alatt *Óvári Ferencz* dr. országgyűlési képviselő kezdeményezésére két millió korona alaptőkével új vállalat létesül, mely két kilométer hosszú partrészetet, 200 szobás szállót és 300 kabinos fürdő-házat létesít Balatonalmádban. A részvények egyezer koronásak, jegyezni lehet Veszprémben a veszprémi takarékpénztárban és Almádban a fürdő-igazgatóságnál. Az aláíráskor 30%o, vagyis részvényenként 300 korona fizetendő.

#### ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

**Budapest, I., Tétényi-út 12-16.** Telefon: József 81-75. Ujjonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-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.**

#### Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA

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

#### Dr. JUSTUS <sup>kórházi főorvos</sup> bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

#### Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIAI INTÉZETE

**VII., Nyár-utca 22. szám.**

#### Fővárosi Fasor Sanatorium

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

**Budapest, VII., Városligeti fasor 9.** Telefon: József 15-26.

#### Dr. Forbát <sup>bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratorium</sup>

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

#### Dr. Batizfalvy-féle <sup>Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógyomód, villamos kezelések. Hízoló, soványító kúrák. Bejáróknak is.</sup>

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

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

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

#### TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diaetás-physikalís magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (csukor-baj, köszvény), neurastheniasok, verszegények, kimerültek részére. Fogyasztó- és hízoló kúrák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

**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.** Helioterapia.  
1010 méter magasán a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

#### Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physikalís és diétás gyógyintézet.  
**Budapest, I., Hidegkuti-út 78. \* Villamos megálló. \* Telefon: 145-90.**  
Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegnek üdülnöknek és rekonvalescensceknak. \* Hízó-kúra.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 16.-án.) 470. lap.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 16.-án.)

Elnök: Löw Sámuel, később Jendrassik Ernő. Jegyző: Csiky József.

## Egy kóros izomreflex diagnostikai értékelése.

**Henszelmann Aladár:** Organikus eredetű spasmusos alsó végtagbénulás eseteiben a végtag majdnem valamennyi izomcsoportjának reflexes együttmozgása észlelhető, ha a lábszár feszítő- és hajlító-izmaikat egyszerre ingereljük mechanikusan vagy villamos árammal. A mechanikai kiváltó inger a következő: egy vagy két kezünk hüvelyk- és középujjával a sípcsont elülső felszínétől jobbra-balra a térdtől a bokáig terjedőleg erőlesen simitunk, az izmokat mintegy masszáljuk. A reflex-mozgás abban áll, hogy a láb és a lábujjak háti hajlításba kerülnek, hajlítás támad a térdben és csípőben és a kiváltó inger befejeztével a reflex kiváltása előtti állapot automatásan visszatér. Lassan, tonusosan fejlődik ki és tűnik el a reflex. A mozgások néha olyan terjedelmesek, hogy a levegőben kalimpál a végtag.

E reflex egyébként nem újdonság, mert különböző elnevezéssel már régebben többen ismertették.

A hozzá leginkább hasonlatos reflexről, *Brissaud* vagy *Bechterew* reflexéről a bemutató „proximator“ reflexe nemcsak kiváltása módjában különbözik, hanem — és ezt hangsúlyozza — főleg abban, hogy *ép egyénen vagy hysteriáson sohasem pozitív. Továbbá némely esetben ez az egyetlen kiváltható pathológiás reflex.*

Az Országos Hadigondozó Hivatal császárfürdői intézetében és az egyetemi beldiagnostikai klinikán óriási katonanyag jutott a bemutató a fenti reflex ismeretéhez.

Több betegen és ábrákon ismerteti a reflex kiváltása módját és a motoros jelenségeit.

**Podmaniczky Tibor:** Henszelmann kartárs által említett reflex nem új, le van írva minden neurologia általános részében. Jendrassik 1893-ban Rómában tartott előadásában is ismertette. Maga is sok esetben észlelte, többek közt pettyhüdt paraplégiákban is. Ez utóbbi létrejötté theoretice még nincs tisztázva.

**Henszelmann Imre:** Tartozik annak a megállapításával, hogy néha a reflex másféle ingerrel is kiváltható. Például *Brissaud* módszerével, a talp csiklandozásával, a melylyel szintén gyakran pozitív, azonban hysteriában is sokszor észlelhető. Néha tisztán a feszítő, ritkábban a hajlító izomzat ingerlésével, sokszor a tibia csonthártyájának, máskor az Achilles-in nyomkodásával, avagy a lábszár alsó harmada hatásának marokra fogásával volt kiváltható; két esetben térdreflex, egy esetben térdclonus kiváltásának megkísérlésekor állott be. *De leggyakrabban és legtípusosabban, továbbá tisztán organikus esetekben csak az itt bemutatott ingerléssel váltódott ki.*

Podmaniczky báró tagtárs ama kérdésére, vajjon pettyhüdt bénulásnál is észlelte-e bemutató a reflexet, megjegyzi, hogy mindössze egy esetre emlékszik, hypotoniával és hyporeflexiával, activ mozgás és érzés nélkül; ez esetben a czombot megcsipkedve, a reflex kiváltódott.

## A háború okozta „traumás neurosis“ gyógyítása.

**Gonda Viktor:** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

**Makai Andre:** Figyelmeztet arra, hogy a gyors gyógyulás idegvarrat után nem tekinthető psychés eredetűnek, mivel olyankor is bekövetkezik, mikor vagy a műtét előtt, vagy a műtét alkalmával az idegfolytonosság megszakított. *Ranschburg* anastomosisokkal magyarázza.

**Oláh Gusztáv:** Kérdi, fordultak-e elő esetek, a melyekben az illető beteg bizonyos timor campi következtében nem akarván kigyógyulni, mintegy ragaszkodott bajához és nem volt-e az ilyen refractaer a suggestiv therapiával szemben?

**Gonda Viktor:** *Makai* felszólalásához hozzáfűzi, hogy *Ransch-*

*burg*-ot nem az idegvarratok gyógyulási eredményeiről szólva citálta, hanem akkor, amikor megjegyezte, hogy néha milyen nehéz diagnosist felállítani. A második kérdésre azt feleli, hogy nem volt esete, mely refractaer volt volna azért, mert az illető félt a harctérre való visszatéréstől.

## PÁLYÁZATOK.

5045/1918. sz.

Komárom vármegye gesztesi járásához tartozó **kisbéri körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Kisbér székhely községen kívül Aszár, Ete és Vérteskethely községek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, háborús segély, lakbér és természetbeni fuvar, valamint a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak. A kerületi betegsegélyező pénztári tagok gyógykezelése céljából a komáromi munkásbiztosító pénztárral szerződéses viszonyba léphet.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal és pedig születési anyakönyvi kivonattal, továbbá végzett tanulmányaikról (orvosi oklevél és egyéb különleges minősítés), gyakorlati működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **flyó évi szeptember hó 15.-éig** adják be; az elkésztett vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kisbér községhezánál az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 6. §-a értelmében a községek képviselőtestületének kebeléből és Komárom vármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

Megjegyezni kívánom, hogy a megválasztandó egyén állását azonnal köteles elfoglalni, miért is hadmentes vagy rokkant katonarvosokat előnyben részesítek.

Nagyigmánd, 1918 augusztus 17.

Troykó Béla, járási főszolgabíró.

5259/1918. sz.

Komárom vármegye gesztesi járásához tartozó **bokodi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Bokod székhely (vasúti állomással) községen kívül Császár, Dad, Szák és Szend községek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, háborús segély, lakbér és természetbeni fuvar, valamint a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak. A kerületi betegsegélyező pénztári tagok gyógykezelése céljából a komáromi munkásbiztosítási pénztárral szerződéses viszonyba léphet.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal és pedig születési anyakönyvi kivonattal, továbbá végzett tanulmányaikról (orvosi oklevél és egyéb különleges minősítés), gyakorlati működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **flyó évi szeptember hó 15.-éig** adják be; az elkésztett vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Bokod községhezánál az 1908. évi XXXVIII. t.-cikk 6. §-a értelmében a községek képviselőtestületének kebeléből és Komárom vármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

Megjegyezni kívánom, hogy a megválasztandó egyén állását azonnal köteles elfoglalni, miért is hadmentes vagy rokkant katonarvosokat előnyben részesítek.

Nagyigmánd, 1918 augusztus 24.

Troykó Béla, járási főszolgabíró.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet“-közkórháznál megüresedett **háború alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A sebészeti alorvos fizetése évi 1800 korona és a megfelelő háborús segély teljes ellátással. A másik két alorvos fizetése 1400 korona, a megfelelő háborús segély és teljes ellátás. Pályázhatnak orvosok, orvosnők és orvostanhallgatók. A pályázati kérvények felbélyegezve és okmányokkal felszerelve Szabolcs vármegye főispánjához címezve a „kórház-igazgatósághoz“ küldendők.

Nyiregyháza, 1918 augusztus 8.

Klekner Károly dr., igazgató-főorvos.

1528/1918. sz.

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

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

Felhívom mlndazokat, 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 gyógy-szertár és nagy heti- és országos vásárok vannak.

D és, 1918 augusztus hó 12.-én.

Gajzágó Vilmos, főszolgabíró.

A vezetésem alatt álló **ózdí vasgyári kórházban egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: évi 2400 korona és teljes ellátás. A kérvények az ózdí gyárigazgatósághoz intézendők és adandók be.

Roska János dr., kórházvezető orvos.

## HIRDETÉSEK.



Legjobban ajánlhatom  
önműködő zárrakkal ellátott és a  
Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő  
**Dr Thilo-féle  
Chloraethyl**  
készítményemet.  
Az önműködő üvegek újra töltenek meg.  
Prospektusok rendelkezésre.  
**MR. C. RAUPENSTRAUCH**  
em. Apotheke, WIEN II., Castellezsg. 25.

**MATTONI-FÉLŐ**  
**GISSHÜBLER**  
természetes  
égyvényes  
SAVANYÚVIZ.

**Máté Mihály és Társa**  
orvosi műszerek, teljes kórházberendezések  
**IV., Mehmed szultán-út 31,**  
Nemzeti múzeummal szemben.  
Telefon: József 103-74. Sürgőnycím: Mátészerezés Budapest.  
Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

**Röntgen-készülék**

45 cm. inductorral, wehnelt- és gázmegszakítással  
**olesón eladó.**

Mehmed szultán-út 13. II. 4. Telefon: József 102-88.

**Epileptikusok**

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

(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. 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.)

**Natrarsen ERI**

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

Rózsavölgyi Imre  
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

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

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

**Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.**

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

# Nöhring B. IV

## Tuberculosis elleni gyógyszer.

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

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

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

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

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

Verlagsbuchhandlung  
Hermann Meuser, Berlin W57.

G. Stümpke

Die

# Medizinische Quarzlampe

ihre Handhabung und  
Wirkungsweise.

92 oldal, 50 ábrával a szövegben.

Vászonba kötve.

Ára M 6.60.

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

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

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

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

Gyógyfürdők és gyógyintézetek R.-T.

Vezérigazgató: dr. Lakatos Viktor főorvos

## Abbaziai Szanatóriumai

megnyitak.

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.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

## Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

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 Velfa-Művek magyarországi képviselője.

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

**Természetes gyógyfürdők  
házi használatra!**

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

Ablatin-Pinosal (a fenyőtűkivonat pótlására)

fürdők  
fürdők  
fürdők

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

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

Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.



**Tabl. Ferri Protoxal.**

**Dr. Deér**

sine et cum arseno

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

Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!

4437