

# ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:  
IX., Knezits-utca 15.

ALAPITOTTA:  
MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA  
ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal  
IX., Knezits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Egyes számok kaphatók Killán  
Frigyes egyetemi könyvkeres-  
kedésében (Váci-utca 32.sz.)  
Egyes szám ára 2 korona  
50 fillér.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" Irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:  
1919 novembertől:

egész évre ... 120 kor.  
fél évre ... 60 "  
negyed évre ... 30 "  
Orvostanhallgatók, szigorló  
orvosok és a kötelező kórházi  
gyakorlatot teljesítők a felét  
és a portót fizetik.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

Tornai József: Módosított mellkascsapoló-készülék. 365. lap.

Rosenthal Jenő: Közlés a budapesti tudományegyetem I. számú belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi ny. rendes tanár.) Újabb adatok a leukaemiának mély besugárzással kezeléséhez. 366. lap.

Kende Béla: Közlemény Budapest főváros Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati köz-kórházáról. (Vezető-főorvos: Frigyes József dr., egyet. magántanár.) Méh-sarkoma esetei. 369. lap.

Rejtő Sándor: A mitosis mechanikája. 371. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorostan. Bergmann: A szív chinidin-terápiája. — Bahrdt: Az epeköbetegség összefüggése a lélekzervek elváltozásaival. — Berka: A gümöbacillusok latens voltának érdekes esete. — Friedberger: A typhus- és cholera-ellenes védőoltás kérdése. — Sebészeti. Rosenstein: Emlőgyulladás. — Szülészeti és nő-orvostan. Seitz: A trichomonas okozta colpitis. — Gyermekorvostan. Lade: Gyermek-kori vulvovaginitis gonorrhoea. — Kisebb közlések az orvogyakorlatra. C. P. Gerber: Tüdővészések nagyfokú izzadása. — Zimmermann: A typhusbacillusgázok kezelése cistinollal. — Majerus: A nirvanol. — Meltzer és Auer: Epilepsia gyógyítása. 371—373. lap.

Vegyes hírek. 373—374. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Módosított mellkascsapoló-készülék.\*

Irta: Tornai József dr., egyetemi magántanár.

A mellkas csapolását általában szívás útján, vagyis olyan eszközzel szokás végezni, a mely a mellkasbeli negatív nyomást ellenhatásának legyőzésére alkalmas. Vitalis javulat esetén ugyan, egyéb eszköz híjján, egyszerű troicart, avagy gummicsovval összekötött vastagabb punctiósi tű is, legalább ideig-óráig, elég hasznos szolgálatot tehet. Ez utóbbi eszközökkel azonban a mellkasnak igazi, tökéletes csapolását nem végezhetjük.

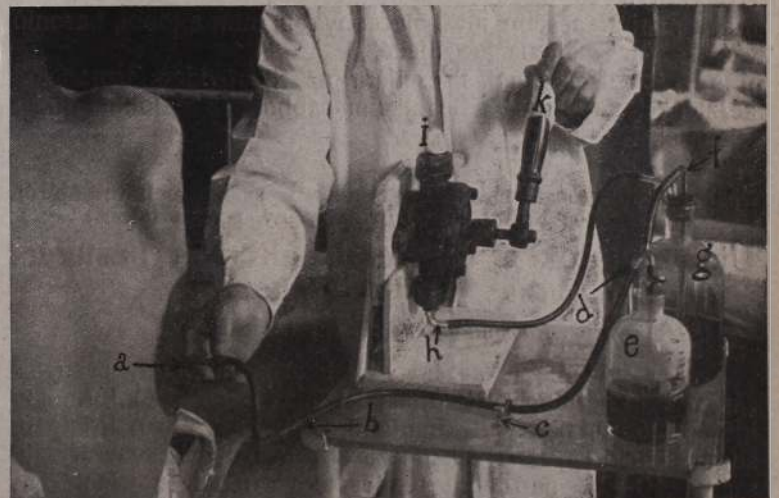
A szívásra berendezett mellkascsapoló-készülékek többféle alakja használatos. Régebben legáltalánosabban a Dieulafoy szerkesztette aspirációs fecskendőt alkalmazták. És a sebészek a mellüreg megcsapolásához ma is ezt az eszközt használják a legszívesebben. A belorvosok ilyen célra már inkább Potain, illetőleg Fürbringer palaczkos eszközét szeretik használni. Fürbringer készülékének módosított, illetőleg jelentékenyen tökéletesített alakja Kétly tanárnak mellkascsapoló-készüléke. Újabb időben többen Krönig-nek tetszetős kis eszközét használják a mellkas megcsapolására. Hogy kicsoda melyik eszközzel dolgozik szívesebben, jórészt a megszokástól függ. A legtökéletesebb eszköznek is lehet hibája és fogyatkozása; és bizony alig van orvos, a ki éppen mellkascsapolások alkalmával az eszköz makacs-kodása miatt még ne bosszankodott volna.

A mellkas megcsapolására én nem régen egy újabb eszközt szerkesztettem. Ennek leglényegesebb alkotórésze egy kis emeltyűs szivattyú, úgynevezett szárnyszivattyú (l. az ábrát), a mely azonos azzal az Allweiler-, Garwens- vagy más gyártmányú szívó-nyomó-szivattyúszerkezettel, a milyent ipari és kereskedelmi célokra már régóta általánosan használnak. Ennek belső, billentyűs szerkezete, nagyjában, úgy szólván másolata az emberi szív mechanizmusának. A szivattyút egy kis emeltyűkarnak (k) egyenletes, lassú ide-oda-mozgatásával tartjuk működésben. A szivattyú egy rövidke gummi-, illetőleg üvegcső segítségével egy mindössze literes ürtartalmú palaczkkal (g) áll közvetlen összeköttetésben, a melyben a szivattyú működése negatív nyomást, szívást teremt. Viszont pedig a palaczknak szívó hatását a

csapoló tűhöz (a), a Fürbringer-készülék mintájára, másik üvegcső és gummicso közvetíti.

A beszúrás előtt a palaczkban a szivattyú segítségével enyhe negatív nyomást idézünk elő; a beszúrás után pedig a mellüregbeli folyadékot a szivattyú fogantyújának lassú mozgatásával egyenletesen átszívjuk a palaczkba.

A készülék a próbacsapolást egészen feleslegessé teszi, illetőleg magával a készülékkel egyúttal próbacsapolást is eszközölünk. A csapolótűvel összekötött gummicso kezdeti részébe ugyanis üvegcsövet (b) iktattam be, a melyben azután,



nyomban a beszúrás után, megláthatjuk a folyadékot. Hogyha ez erősen genyes vagy véres volna, akkor a csapolást, ha kell, nyomban abba is hagyhatjuk.

Említettem, hogy a mellüri folyadék felvételére szolgáló palaczk mindössze egy liter ürtartalmú. De nem is szükséges, hogy ennél nagyobb legyen, mert hiszen egy-egy csapolás alkalmával egy liternél sokkal több folyadékot úgysem szabad kiszívni. Egyébiránt pedig a készülékkel, hogyha éppen szükséges, bármennyi folyadékot kiszívathatunk. A kis szivattyú ugyanis, mint már említettem, úgy szívásra, mint nyomásra egyaránt alkalmazható. A szivattyú alsó nyílása (h) ugyanis a szívást, a felső (i) pedig a nyomást, fúvást szolgálja. Ha tehát a csapolást a palaczk megtelte után még tovább is akarom folytatni, akkor először is szorítócsap (c) segítségével elzárom a csapolótűhöz vezető gummicsovot.

\* A Budapesti Orvosegyesület 1919 április hó 12.-i ülésén tartott bemutatása nyomán.

Most aztán a szivattyúval összekötött gummicsovét, illetőleg gummidugót a szívónyílásból kivéve, a fuvónyílásba illeszttem és az emeltyűkar mozgásával a palaczk tartalmát egy közbeiktatott, Y-alakú üvegcsövön (d) és rövidke gummicsovön keresztül egy tartalékpalczkba (e) egyszerűen átfujtatom. Ennek megtörténte után a tartalékpalczkhoz vezető gummicsovét zárom el, a szivattyú csövet pedig ismét a szívónyílásba (h) erősítem; majd a csapolótűhöz vezető csövet újból megnyitom és folytatom a csapolást. Egyébiránt a csapolásnak egy liternyi folyadék kiürítése után való félbeszakítása arra is jó, hogy az összenyomott állapotban volt, de most részben felszabadult tüdőnek a szünet alatt a megfelelő terjeszkedésre, alkalmazkodásra, lassú, fokozatos tágulásra megfelelő ideje, alkalma legyen.

Az ismertett eszköz segítségével a szívás erejét a szükséghez képest tetszés szerint fokozhatjuk vagy csökkenthetjük. Nem ismerek más szívóeszközt, a mely anynyira pontosan és hűségesen engedelmessé válik akaratunknak, mint a szóbanforgó kis szárnyszivattyú. Az eszköz olyan egyszerű, pontos szerkezetű és működésű, s oly szilárdan készült, hogy úgyszólván örökké tartó, szinte elpusztíthatatlan. Segítségével már számtalan csapolást végeztem, de még sohasem hagyott cserben. Ezzel az eszközzel, hogyha éppen szükséges, segítség nélkül, akár egyedül is elvégezhetjük a csapolást.

A csapolás céljára mindig megfelelő, bő lumenű punctiós tűt választok, hasonlót a hypodermoklysis céljára szolgáló tűhöz (de ennél vastagabbat), a melynek a hegye közelében még egy vagy két oldalnyílása is van, nehogy csapolás közben könnyen bedugulhasson.

Az eszköz, mint ismételtlen említettem, fűvásra is be van rendezve, azután pedig könnyen sterilizálható is, s így némi átalakítással a mesterséges pneumothorax előidézésére is alkalmazható.

Az egész készülék megfelelő, elzárható szekrényében kényelmesen elhelyezhető és azzal együtt könnyen szállítható. A szivattyú és az egész berendezés vételára még ma sem magas, mindenesetre jóval alacsonyabb, mint a többi, hasonló célokra használatos készüléké.

A mellkascsapolás céljára az itt röviden ismertett készüléket tartom ma a legalkalmasabbnak, a legjobban megfelelőnek.

Közlés a budapesti tudományegyetem I. számú belklinikájáról.  
(Igazgató: Bálint Rezső dr., egy. ny. rendes tanár.)

### Újabb adatok a leukaemiának mély besugárással kezeléséhez.

Írta: *Rosenthal Jenő* dr. egyet. tanársegéd.

Két év telt el azóta, hogy a leukaemiának mély besugárással való kezeléséről első kísérleteinket közzétettük.<sup>1</sup> Annak idején módunkban volt kimutatni, hogy mélyreható Röntgen-sugárással egyszeri alkalmazására a betegek fehérvérsejtszáma 10—14 nap alatt rendes lett a lép igen jelentékeny megkisebbedésének és a betegek panaszmentességének kíséretében olyan esetekben is, melyekben a betegség ellen alkalmazott egyéb gyógytényezők (arsen, benzol, nem mélyreható Röntgen-sugárzás, stb.) hatástalannak bizonyultak. Tapasztalataink első közlésünk idején alig néhány hónapra terjedtek és kiemeltük, hogy a leukaemiára gyakorolt kedvező hatás *tar'amára* vonatkozóan az esetek további észlelésétől kell felvilágosítást várunk. Mostani közleményünkben, a melyben újabb eseteinket és tapasztalatainkat ismertetjük, erre vonatkozó tapasztalatainkról is be akarunk számolni.

Legrégibb észlelésünk G. Gy.-né nevű betegünkre vonatkozik, a kinek myeloid leukaemiája volt; ez a betegünk 1916 novemberében került észlelésünk alá; előbb három hónapon át arsennel, benzollal és nem mélyreható sugárással próbálkoztunk, mialatt a fehérvérsejtek száma 300.000 és

250.000 között ingadozott; 1917 február 5.-én a beteg egy mély besugárást kapott; február 14.-én 30.000 volt a fehérvérsejt-szám, a mely később még lejjebb szállott és állandóan 50.000 alatt maradt, 1917 április végéig. Ekkor a fehérvérsejtszám lassanként emelkedni kezdett és 1917 október végén, tehát 8 hónap múlva érte el a 250.000-et. Ekkor került a beteg újból Röntgen-kezelés alá, mely ekkor szintén egyetlen egy besugárásból állott. Ennek hatására a fehérvérsejtszám mintegy kritikusan leesett 5000-re s e szám körül maradt néhány hétig; 1918 január végén, tehát 3 hónap múlva érte el az 50.000-et és ugyanezen év júniusában, tehát 8 hónap múlva, lassanként emelkedve, a 230.000-et. Ekkor, 1918 június 18.-án alkalmaztuk a harmadik mély besugárást, melynek hatása ismét a fehérvérsejtszámnak gyors leesésében nyilvánult meg, úgy hogy 10 nappal e harmadik besugárást után a betegnek eredetileg 200.000-nél magasabb vérsejtszáma 5000—10.000 között ingadozott. Lassu emelkedés közben azután 7 hónap múlva érte el a 230.000-et, 1919 januárjában. 1919 január 21.-én alkalmaztuk a negyedik besugárást, mely után 14 nappal a beteg fehérvérsejtszáma 20.000 körül volt. A lép minden besugárást után igen jelentékenyen visszaféldődött. Így pl. a legutóbbi besugárást előtt lefelé a symphysisig ért, a lép befelé pedig meghaladta a középvonalat; a besugárást után pedig alig két újjal ért a köldök magassága alá, mediális széle pedig a medioclavicularis vonalon kívül egy újjal volt tapintható. A besugárást követő ötödik-hatodik hónap alatt a beteg egészségesnek, munkabírónak érezte magát, majd lassan kisfokú gyengeség fejlődött, nyomó érzés a léptájon, a lép újbóli megnagyobbodásának következtében; mindezek a tünetek, melyek valamely komolyabb panaszra alig adtak okot, a besugárást után rövidesen megszűntek. (1. ábra.)

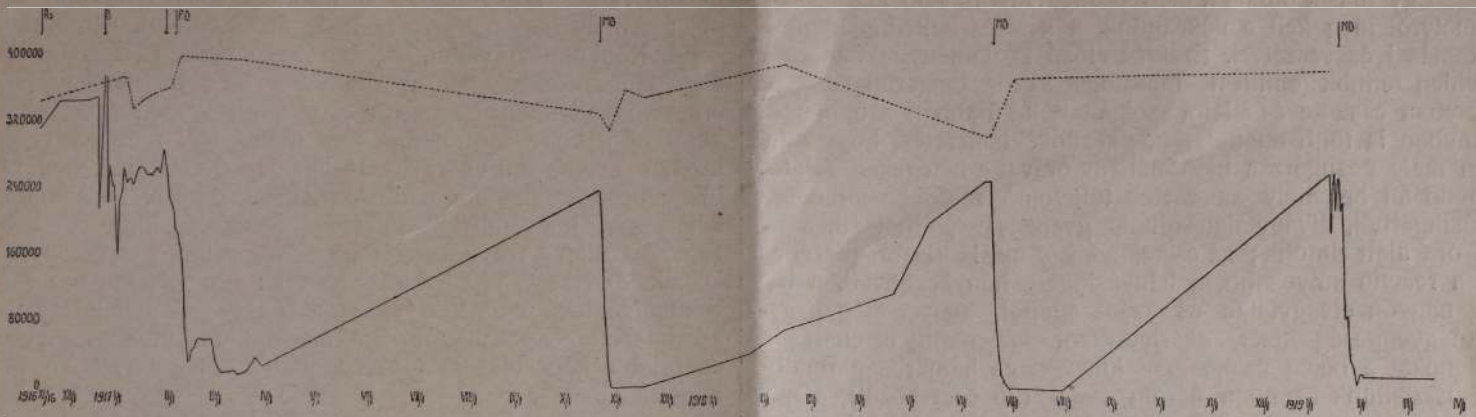
Egy másik esetünk, a melylyel a mély besugárást hatásának tartamát demonstrálhatjuk, a következő:

S. I. első ízben 1916 októberében állott észlelésünk alatt myeloid leukaemia miatt. Fehérvérsejtszáma 300.000 volt, melyet arsennel, nem mélyreható sugárással, csaknem 6 héten át adagolt benzollal 230.000-ig tudtunk leszorítani. A beteg ekkor elhagyta a klinikát, a hová 1917 március havában került vissza. Ekkor fehérvérsejtszáma 250.000 volt, mely egy besugárással hirtelen leesett; 10 nappal a mély besugárást után 25.000 volt a fehérvérsejtszáma, mely a következő hetek, sőt hónapok folyamán lassan még lejjebb szállott (1917 április végén 10.000 volt) és ekkor kezdett újból, de igen lassan emelkedni; egyidejűleg a lépnek igen jelentékeny megkisebbedése volt megállapítható. Ez idő óta csak egyszer volt alkalmunk a beteg fehérvérsejtszámát ellenőrizni, még pedig 1917 november közepén; ekkor, tehát 8 hónappal a mély besugárást után, 35.000 volt. Ebben az időben a beteget igen jó állapotban, teljesen panaszmentesen láttuk, azóta újból nem jelentkezett. (2. ábra.)

Myeloid leukaemiának egy harmadik esetében (R. R.) 150.000 volt a fehérvérsejtek száma 1917 febr. 14.-én. Az ugyanakkor alkalmazott mély besugárást után a fehérvérsejtszám egyenletesen kezdett esni, minimumát (12.000) kb. egy hónappal a besugárást után érte el, ezután lassan, egyenletesen emelkedett. Az eredeti fehérvérsejtszám 1917 deczemberében tért vissza, tehát csaknem 10 hónappal a besugárást után. Az ugyanakkor alkalmazott második besugárást hatására a fehérvérsejtszám meredeken leesett, úgy hogy két héttel a besugárást után az eredeti 150.000 helyett 5000-nél kevesebb fehérvérsejtje volt. A legutóbbi számolás 1918 áprilisban történt, mely alkalommal 18.000 fehérvérsejtet találtunk 4 hónappal a második besugárást után. Ez a betegünk is teljesen jól érzi magát, munkabíró. Ez esetben is a lép minden besugárást után igen jelentékenyen megkisebbedett. (3. ábra.)

Egy negyedik esetünkben (E. P., myeloid leukaemia) 265.000 volt a fehérvérsejtszám az első mély besugárást előtt; utána 2 héttel 10.000-re csökkent. A beteg nyolcz hónappal az első besugárást után jelentkezett újból, a mikor próbaképpen arsennt adtunk neki (natr. arsenicos. 0.001-től 0.020-ig) bőr alá fecskendezés alakjában, a mi a fehérvérsejtek számát

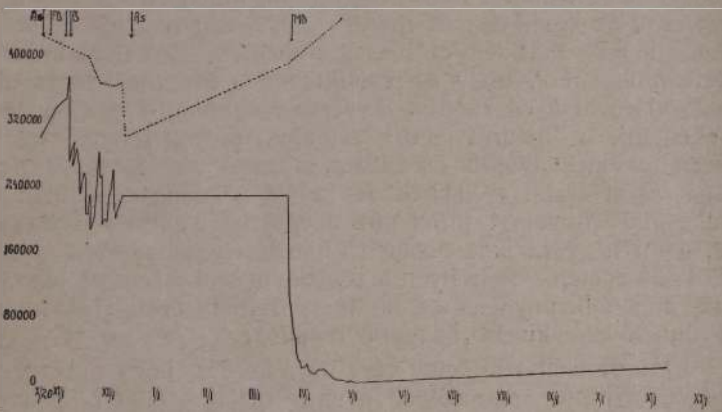
<sup>1</sup> Orvosegyesületi értesítő, 1917. Ref. Orvosi Hetilap, 1917, 29. sz. Továbbá Berliner Klinische Wochenschrift, 1917, 39. szám.



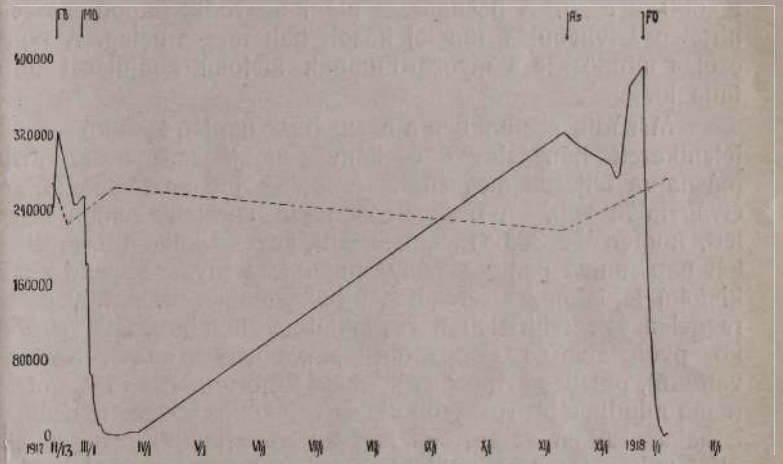
1. ábra.

kb. egy hónapra kissé lenyomta ugyan 340.000-ről 260.000-re, de a fehérvérsejtgörbe kis remissio után gyorsan emelkedett és az ezután következő része a görbének olyan, mintha egyenes folytatása volna az arsenadagolás előtti emelkedő fehérvérsejt-görbének. Ekkor, 1917 december 27.-én kapta a beteg a második mély besugárzást, a mikor a fehérvérsejtszám 400.000 volt. Egyetlen besugárzás hatására a fehérvérsejtszám megállás nélkül leesett és 14 nappal utána 8000 volt. (4. ábra.)

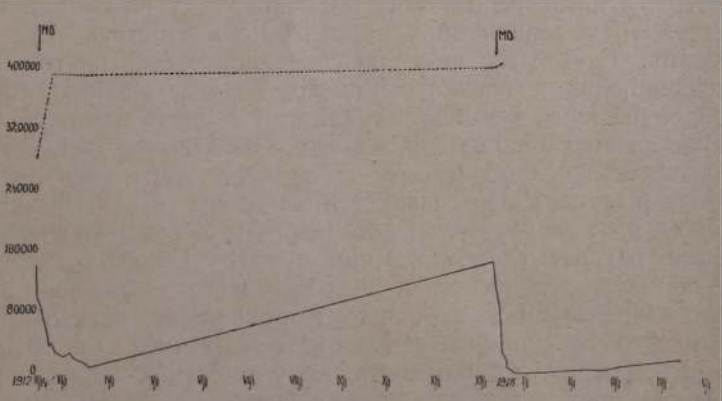
Az egyik újabb tanulság, a mit eseteinkből levonhatunk, a mély besugárzás hatásának tartamára vonatkozik: általában mondhatjuk, hogy a besugárzás előtti fehérvérsejtszám esetenként különböző idő, átlag 6—10 hónap múlva tér vissza, bár vannak eseteink, a melyekben egy besugárzás után 10 hónappal a besugárzás előtti fehérvérsejtszámmal lényegesen kisebb



2. ábra.



4. ábra.



3. ábra.

A most leírt esetekhez hasonló számos más esetről volna módomban beszámolni, de ezt az eseteknek nagy hasonlósága feleslegessé teszi. Újabb eseteink is megerősítik az első közlésünkben feltüntetett ama tényt, hogy a mély besugárzás minden eddig ismert gyógytényező között a leghatásosabb a leukaemiával szemben és a szolgálatot nem mondja fel olyan esetekben sem, a melyekben más gyógytényezők (arsen, benzol, felületes Röntgen-besugárzás) hatástalannak bizonyultak.

számokat találunk. És ez a besugárzás utáni 6, 8, esetleg 10 hónap az az idő, mely alatt a beteg subjective is jól van és mely alatt munkabíró. *Egy-egy mély besugárzás jó hatásának tartama tehát átlagban 8 hónap, melynek elteltével a mély besugárzás megismétlendő.*

Egy másik kérdés azután, hogy a megismételt mély besugárzás második vagy harmadik alkalmazása épp oly hatásos-e, mint az első?

A mély besugárzást eddig egy esetben alkalmaztuk négyszer, 2 esetben háromszor, 4 esetben kétszer és 4 esetben egyszer. Minden esetben a fehérvérsejtszám a normálisra vagy ahhoz igen közel álló számra szállott alá, még pedig rendszerint 14—20 nappal a besugárzás után, tekintet nélkül arra, hogy hányadszor történt a betegen a besugárzás: a megismételt besugárzás után épp oly gyorsan és biztosan esett le a fehérvérsejtszám, mintha először alkalmaztuk volna a mély besugárzást az illető betegen. Ezt a minden esetben visszatérő, szabályszerűnek mondható tapasztalatunkat azért tartjuk különösen fontosnak, mert a leukaemia kezelésére eddig alkalmazott gyógytényezőknek ezt az ismétlődő jó hatását nem mindig látjuk, sőt inkább azt tapasztaljuk, hogy újabb alkalmazásra a hatás vagy elmarad, vagy jóval gyengébb. Úgy látszik, hogy a mély besugárzást kevésbé szokja meg a szervezet, a minek az oka talán éppen a mély besugárzás ritka alkalmazásában rejlik, s lehet, hogy az ily ritkán alkalmazott gyógytényezőt a szervezet nem szokja meg, vele szemben való reakcióképessége a közbeiktatott sok hónapos szünetek miatt változatlanul megmarad.

FD = felületes dosis.  
MD = mély dosis.  
As = arsen.  
B = bazol.

Egy másik oldala a mély besugárással való kezelésnek, a melyről meg kell emlékeznünk, a kezelés kellemetlen mellékhatásai és veszélyei. Ezekről előző közleményünkben csak röviden tettünk említést, minthogy akkor tapasztalataink ez irányban csak kevés adatot szolgáltatottak, újabban azonban ez irányban is több adattal rendelkezünk. Ismeretes, hogy minden mély besugárás után néhány órával a betegek sajátos reactio áll be, mely az esetek túlnyomó részében muló hányásingerből, étvágytalanságból, gyengeségérzetből áll, a mi 24 óra alatt elmúlik; az eseteknek egy másik kisebb részében ez a reactio súlyosabb, a hányásingert hányás követi, a beteg nagyon étvágytalan és ez az állapot, melyet elég nagyfokú gyengeség kísér, akárhányszor két napig is eltart. E reakciókat a beteg csakhamar kiheveri és hamarosan rendbe jön. Észleltünk azonban három esetet (25 eset közül), a melyek közül az egyikben a második, a másik kettőben az első besugárás után néhány nappal a halál következett be. Ez eseteknek a klinikai képe is érdemessé teszi a kissé részletesebb megbeszélést.

Az egyik esetben a besugárás után néhány órával beállott hányásinger és hányás szüntelenül fennállott, úgy, hogy a beteg táplálkozása jóformán lehetetlenné vált. Szívműködése az egész reactio tartama alatt, sőt az utolsó napon is jó volt. A négy nap alatt a beteg fehérvérsejtszáma 270.000-ról 95.000-re esett. A besugárás utáni negyedik napon egészen hirtelen szívbénulás tünetei között halt meg a beteg. A bonczolás mindössze a myocardiumnak kistokú elfajulását mutatta ki.

Második esetünkben a besugárás napján kistokú reactio jelentkezett hányásinger és hányás alakjában, mely azonban másnapra teljesen megszűnt. A beteg jól érezte magát, de étvágytalan volt. A besugárás utáni harmadik napon lázas lett, hőmérséke 38.6°-ra emelkedett, keveset köhögött, további két nap mulva pedig a hányásinger és hányás appendix-táji kistokú fájdalmak kíséretében újból jelentkezett. A következő reggelen egész hirtelen heves fájdalom állott be az epigastrium középvonalában és az appendix-tájon, a betegen súlyos dyspnoë vett erőt, pulsusa előbb dicrot, majd filiformis lett és 1½ órával utána mindinkább rosszabbodó szívműködés közepette beállott a halál. Ebben az esetben is csak közvetlenül a beteg halála előtt volt rossz a szívműködés. A fehérvérsejtszám előbb leesett 370.000-ről 251.000-re, majd az utolsó napon hirtelen csaknem 100.000-re emelkedett. A bonczolás a szívnek, a májnak és a vesének parenchymás elfajulását állapította meg. Oly elváltozás, mely a rendkívül heves hasfájdalmakat magyarázta volna, nem volt kimutatható.

Harmadik esetünkben 6 napon át állott fenn állandó hányásinger és hányás. A besugárás utáni harmadik napon igen heves deréktáji fájdalmakról panaszkodott a beteg. Két nappal később mindkét alsó végtagján petyhüdt bénulás állott be hólyagbénulással, a délután folyamán a bénulás reáterjedt a felsővégtagokra is, estére a rekesz is megbénult, másnap délben pedig mindinkább fokozódó nehézlégzés közepette beállott a halál. A besugárás előtti fehérvérsejtszám 203.000 volt, 5 napon át elég egyenletesen esett 86.000-ig, a hatodik napon pedig hirtelen felszökött 157.000-re. A bonczolás a klinikai tüneteket magyarázó elváltozást nem mutatott.

Hogy sugárzó energiának alkalmazása után különböző súlyosságú reakciók létrejöhetnek, már régóta ismeretes. Ezeket először azok a nőorvosok észlelték, a kik a különböző nőgyógyászati megbetegedések ellen mély besugárást alkalmaztak. A besugárás után jelentkező tüneteket „Röntgenkater“ elnevezéssel írták le. Okára vonatkozólag a legközelebb álló föltevés az volt, hogy magas feszültségű kistokú reakciók keletkezése különböző nitritek okozzák; ennek megfelelően különböző berendezéseket ajánlottak<sup>2</sup> e nitritek keletkezésének meggátlására; ilyen a parallel szikraköznek zárt térben való elhelyezése, a készülék szekrényének szellőztetése stb. A mi berendezésünk mellett, mellyel a besugárások túl-

nyomó részét végeztük, ez a nitritképződés rendkívül erős volt; a mely napon ily mély besugárás történt, nemcsak az illető Röntgen-szobában, hanem az annak közelében levő nagy előcsarnokban és akárhányszor még az emeleteken is érezhető volt a nitritszag. Ennek oka mindenképpen szerint abban keresendő, hogy a mi berendezésünknek egy részét egy igen hosszú, magas feszültségű ellenállás teszi, melynek nagy felülete bőséges alkalmat nyújt nitritek képződésére. Csakugyan lehetséges, hogy nitritek huzamos belégzése idézi elő a besugárás után a reakciókat. Hogy ez valószínű, azt bizonyítani látszik következő véletlen észlelésünk: egy betegünkön mély besugárást végeztünk és midőn a besugárás befejeztével az alkalmazott adagot meg akartuk mérni, kiderült, hogy sugárzó energiát a kapcsolásnak hibája folytán a beteg egyáltalán nem kapott.

Az alkalmazott adag tehát nullával volt egyenlő, de magas feszültségű kistokú reakciók e mellett természetesen történtek s a beteg néhány órával a besugárás után rosszul érezte magát, főfájása, hányásingere volt, hányt. Ez az észlelésünk nagyon is a mellett látszik szólni, hogy a besugárás utáni reactio nem az alkalmazott adag nagyságával, hanem a nitritképződéssel összefüggő jelenség. Főbb esetünkben is az látszik kiderülni, hogy a reactio foka és az alkalmazott adag nagysága között kétségtelen összefüggés nem áll fenn.

Valószínűnek kell tartanunk azonban, éppen halálosan végződött eseteinkből ítélve, hogy a nitritmérgezés a reactionnak csak az egyik oka és hogy a súlyosabb reakciók előidézésében még más tényezők is szerepelnek. Erre kell következtetnünk abból, hogy két esetünkben a reakciók jelenségei fokozódásával a csökkenő fehérvérsejtek rohamos emelkedése jár együtt, a mi arra látszik mutatni, hogy bizonyos, talán speciális érzékenységű esetekben, a mint azt felületes besugárással kezelt esetekben is láttuk, a besugárás után a leukaemiás folyamat hirtelen hvenynyé válása következik be, a mi nagy toxikus hatásánál fogva megmagyarázza a halálos kimenetelt. Hogy ilyen toxikus tényezők szerepet játszanak, annak bizonyítéka az is, hogy radium-besugárás után is jönnek létre kisebb-nagyobb reakciók.

Mindezeket tekintetbe véve az a kérdés, hogy a beteget megvédhetjük-e valamiképpen a nagy reakciók ellen? Tekintettel arra, hogy a nitrites levegőnek rossz hatása valószínű, igyekeznünk kell a besugárást oly berendezéssel végezni, mellyel a nitritképződés vagy minimális, vagy ha ily berendezéssel nem rendelkezünk, gondoskodjunk a nitritek eltávolításáról. Egy másik mód, melynek segítségével úglátszik csökkenthetjük a reakciót, abból áll, hogy az alkalmazandó adagot megfelelő készülék segítségével a lehető legrövidebb időtartam alatt alkalmazzuk, a mihez természetesen igen erős hatásképességű berendezésre van szükség. Ezt a célt úglátszik nagymértékben megközelíthetjük egy új készülékkel (*Silex*), melynek segítségével körülbelül fele idő alatt alkalmazhatjuk ugyanazt az adagot, mint a régi „Unipuls“- vagy „Apex“-berendezésünkkel. A *Silex*-készüléknél magas feszültségű ellenállás nincs, úgy, hogy a működésével kapcsolatos nitritképződés igen csekély. Ezen készülékkel még csak rövid ideje dolgozunk, de úglátszik, hogy a reakciók lényegesen kisebbek, mint a régi készülékeink használata mellett. Hogy ez csakugyan minden tekintetben így van-e, azt a jövő tapasztalatai fogják megmutatni.

Az itt elmondottak azonban a reakciónak csak ama részére vonatkozhatnak, melyeket a nitriteknek tulajdoníthatunk. Tekintve három esetünk halálos kimenetelét, a besugárás adagolásának módosításával is foglalkoztunk. Abból a gondolatból indulva ki, hogy talán kisebb adagokkal is megfelelő hatást érünk el, ha azt mélyreható sugárzás alakjában adjuk, megpróbáltunk az azelőtt 35–40 perc alatt adott mintegy 600 F-es adag helyett 5 percig tartó 150 F-es adagot adni. E minimális adag hatására is a fehérvérsejtszám eleinte meglepő szépen haladt lefelé, de minimuma egyik esetben sem érte el azt a normálshoz közel álló számot, melyet mély besugárások után egyébként látni szoktunk; az egyik esetben

<sup>2</sup> Reusch: Münchener med. Wochenschr. 1917, 14. szám.

közel 300.000-ről 14 nap alatt 50.000-re esett a fehérvérsejtszám, lejjebb azonban nem ment, 5 hónap múlva pedig kb. 150.000 volt.

Másik esetünkben 70.000-ről 14 nap alatt 20.000-re esett a fehérvérsejtszám, de 4 hónap múltán már 98.000 volt. Látjuk tehát, hogy a rövid ideig tartó kis adagnak a reakciója kicsiny, de a jó hatása is lényegesen kisebb, mint a nagy adagé. Másik gondolatunk az volt, hogy nem lehet-e a terhelés fokozásával rövid idő alatt nagy adagot alkalmazni, a mivel a ható energiát megfelelő mennyiségben adnók, viszont a kezelés idejét lényegesen megrövidíthetnők. Fentemlített új készülékünk módot adott ily nagyobb megterhelésekre s ma alig 15—20 perc alatt 450—600 F-nyi mélyreható sugárzást tudunk adni. Észleletünk az, hogy az expositio idejének csökkenésével a reactio csakugyan lényegesen csökken, hogy ez az eljárás az, melyet továbbra is ajánlhatunk, nem zárva ki természetesen, hogy ez eljárás mellett is egyes esetekben súlyosabb reakciók még bekövetkezhetnek.

Még csak néhány szót az adagok megválasztását illetőleg. Eleinte inductoros készülékkel dolgoztunk (Unipuls, Apex) 32—34 cm-es szikratávolsággal, 25 cm-nyi focus-bőrtávolsággal, 0.5 mm-es sárgarézszűrővel,  $2\frac{1}{2}$  MA. másodlagos terheléssel. E sugárzásból eleinte 350—400 F-t alkalmaztunk, a lép elülső, oldalsó és hátulsó felszínére, összesen tehát 1050—1200 F-t. Később, hogy a sugárzásnak lehetőleg hosszú időre való hatását biztosítsuk, nagyobb adagokat adtunk, melyeknek kapcsán háromszor 500, 600, sőt egy esetben háromszor 700 F-t alkalmaztunk. A dosisoknak ilyen fokozása feleslegesnek bizonyult, a mennyiben a fehérvérsejtek számának leesése, valamint a hatás tartama alig, sőt néhány esetben egyáltalán nem volt különböző, ha az említett kisebb, vagy nagyobb adagot alkalmaztuk. E megfontolás alapján megkíséreltük némely esetben, hogy a betegnek csak minimális adagát adtuk a sugárzásnak. A besugárzás tartama ezekben az esetekben mindössze 5 perc volt a lép elülső, oldalsó és hátulsó felszínére, az adag pedig 160—165 F. Láttuk fentebb, hogy mélyreható sugárzó energiának igen minimális adagaival is igen jelentékeny hatást érhetünk el, a miből a hatás létrejöttének módjára vonatkozólag azt a fontos következtetést vonhatjuk, hogy a hatás maga elsősorban nem a sugárzó energia mennyiségétől, hanem annak mélyrehatóásától függ. Bármennyire érdekes is ez az észlelésünk elméleti szempontból, a gyakorlat szempontjából valamivel nagyobb adagok alkalmazását ajánljuk, egyrészt, hogy a fehérvérsejteknek a normális számig való leesését, másrészt, hogy a hatásnak elég nagy tartósságát biztosítsuk. Ezt a célt eléggé biztosan elérhetjük, ha a lép elülső, oldalsó és hátulsó felszínét 450—500 F-nyi adaggal sugározzuk be. Ezt az említett új készülékünkkel a következő beállítás mellett érhetjük el: primaer 100—105 Volt, 18—20 ampère; sekundaer 6—7 milliampère, 0.5 sárgarézszűrő, 25 cm. focus-bőrtávolság, 38 szikratávolság. E beállítás mellett a percenként leadott dosis 32—33 F., vagyis 15 perc alatt csaknem 500 F-t alkalmazhatunk.

Összefoglalva a mondottakat, megállapíthatjuk, hogy a mély besugárzás a leukaemia terapiájában a legmegbízhatóbb és legerélyesebb eljárás. Oly esetet, mely ezzel a gyógyításmóddal szemben refractaer lett volna, nem láttunk és még azok az esetek is, melyek egyéb eljárásokkal szemben refractaernek mutatkoztak, prompte reagáltak a mély besugárzásra. A hatás 6—10 hónapig tart; ez idő alatt a betegek jól érzik magukat, munkabírók; az újabb besugárzás épp oly jó és tartós hatású, mint az első. Kétségtelen, hogy e kiváló eredményekkel szemben állnak a súlyos reakciók (a mi statisztikánk szerint 12% halálozás); de tekintve a leukaemiának, mint megbetegedésnek általában súlyos voltát, hogy halálra vezető súlyos rosszabbodások más kezelésre, sőt kezelés nélkül is nem tartoznak a ritkaságok közé, s hogy a besugárzás idejének csökkentésével úgylátszik sikerülni fog a reakciókat is enyhíteni: a leukaemiának mély besugárzással való kezelését kiváló gyógytényezőnek tekinthetjük.

Közlemény Budapest főváros Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati közpórházából. (Vezető-főorvos: Frigyesi József dr., egyet. magántanár.)

### Méh-sarkoma esetei.\*

Irta: Kende Béla dr.

A méh-sarkomát 1860 óta ismerjük, a mikor *Virchow* egy *Mayer* által eltávolított ökölnyi méh-polypust sarkomásnak ismert fel. Azóta klinikai szempontból is rendkívül sokat haladt ez a kérdés.

A méh-sarkomák kérdése oly szorosan összefügg a méh-miomák kérdésével, és a két kérdés együttes tanulmányozásával kapcsolatosan oly fontos, még máig sem teljesen eldöntött tényezők merülnek fel, hogy lehetetlen az egyik kérdéssel foglalkozva, mellőzni a másikra kiterjeszkedést. A méh testében levő fali sarkomák histogenesisének vizsgálata az a pont, a melyen a sarkomák és miomák tanulmányozása nem választható el egymástól, minthogy még máig sem eldöntött kérdés, hogy vajjon a miomákban előforduló sarkomák a miomák rossztermészetű elfajulása útján keletkeznek-e, vagy sem. A kérdés eldöntése rendkívül nehéz lehet, minthogy a véleményünket nagy valószínűséggel egy bizonyos irányba terelő szabatos makro- és mikroszkopos lelet mellett is sok oly körülmény merülhet fel, a mely a döntést kétségessé teszi.

Könnyűnek látszik a döntés a sarkomák miomás eredete mellett azokban az esetekben, a melyekben egy jól kihamozható myoma-gócz belsejében találunk sarkomás elváltozásokat. De még ilyen esetekben is óvatosnak kell lennünk, mert előfordul, hogy az elsődleges sarkomás elváltozás körül az izomrostok mintegy tokot alkotva helyezkednek el és így az elsődleges sarkomás göb is kihámozható lehet. Ugyancsak könnyűnek látszik ilyen irányban a döntés olyan esetekben, a melyekben egy évek óta fennálló miomás daganat mellett jelentkeznek azok a tünetek, a melyek a daganat rossztermészetű elfajulása mellett szólnak és az emiatt eltávolított miomában sarkomás elváltozásokat találunk.

Ezzel szemben biztosan elsődleges sarkomát vehetünk fel, a mikor a daganat nem göbösen rendeződik el, hanem diffuse, infiltrálóan terjed a méh falában.

Ujában azonban még ama sarkomák histogenesiséről is megváltozott a pathologusok felfogása, a melyekről azelőtt kétségtelennek tartották, hogy miomák rossztermészetű elfajulásából származnak. Az újabb felfogás tudniillik az, hogy a miomákban található sarkomás elváltozások nem miomasejtek metaplasziája útján keletkeznek, hanem az egész kombinált daganat — sarkoma myomatoides — egy és ugyanazon sejtszoportból keletkezik, még pedig úgy, hogy a sejtek egy része differenciálódik myomasejteké, más része pedig éretlenebb alakban marad meg és ezek a sarkomasejtek. Más esetekben a myomasejtes vagy izomsejtes sarkoma histogenesisének magyarázata az volna, hogy a myomasejtek tulajdonképpen már eredetileg is sarkomasejtek, a melyeknek sarkomás jellege azonban csak a bennük fejlődő elfajulásos folyamatok — hyperchromatosis, hypochromatosis, karyolysis és karyorrhexis — alapján ismerhető fel.

Akármielyen elmélet alapján nézzük is azonban a miomák és sarkomák közötti összefüggést, a gyakorlat szempontjából egyedül az a kétségtelen dolog fontos, hogy a miomákban az esetek egy részében sarkomás elváltozásokat találunk.

A miomák és sarkomák közötti szorosabb összefüggés mellett szól az a körülmény is, hogy e két daganatnak az életkorok szerint való előfordulását feltüntető görbe közel egyforma. A miomákban található sarkomás elváltozások gyakoriságára vonatkozóan a régebbi és újabb vizsgálatok között lényegesen az eltérések. *Martin* 205 miomát vizsgálva, hat esetben talált sarkomás elváltozást. E szerint tehát az arány az volna, hogy ama miomák között, a melyek az általuk okozott tünetek miatt műtetre kerültek, 3%-ban találunk sarkomás elváltozást.

\* A budapesti magyar orvosegyesület nőgyógyászati szakosztályának 1919 márczius 20.-i ülésén tartott bemutatás.

A mióta azonban gyakrabban történik az eltávolított myomák mikroszkopos vizsgálata, azóta mindinkább szaporodik amaz esetek száma, melyekben a myomagóciban sarkomás elváltozásokat találunk. Így *Warnekros* 1911-ben *Bumm* klinikájáról közölt statisztikát, a mely szerint 70 eltávolított myoma 10%-ában talált sarkomát. *Fuad Fehim* ugyancsak a *Bumm*-klinikáról 1918-ban közölt statisztikát, a melyben azt írja, hogy az utolsó 7 év alatt operált 580 myoma közül 74-ben, tehát 12,8%-ban találtak sarkomát; ez esetek valamennyijében a műtét előtt egyszerű myomát állapítottak meg. De szerinte még ezek a számok is alacsonyok, mert ő is közöl 2 olyan esetet, a mikor a kivett myoma vizsgálata malignus eltérést nem mutatott és mégis később sarkomás metastasis fejlődött. Természetesnek kell ezt találnunk, ha elgondoljuk, hogy a myoma minden legkisebb részletének mikroszkopos vizsgálata lehetetlen. Különösen alaposan szoktuk vizsgálni az elfajulásos tüneteket, így a tömlős elfajulást mutató myomákat, a melyekben az eseteknek aránylag nagyobb számában találunk sarkomát.

A valóságnak félig-meddig megfelelő statisztikát a sarkomák és myomák közötti összefüggésről csak az közölhet, a kinek olyan megfelelő számú myomából álló sorozat áll rendelkezésére, a melyben minden egyes daganatot mikroszkopice átvizsgált. Mi a Bakács-téri kórházban eddig csak azokat az eltávolított myomákat vizsgáltuk mikroszkopically, a melyek makroszkopice is gyanusak voltak malignitásra. Így tehát nem lehet célozom számbeli következtetéseket vonni eseteinkből, de azért a kérdést annyira fontosnak tartom, hogy úgy hiszem, nem végzek felesleges munkát, a mikor eseteinket ismertetem.

A Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati kórházban 1917/18-ban összesen 95 myomát operáltunk; ezek közül öt esetben találtunk sarkomás elváltozást. E szám kicsiny ahhoz, hogy statisztikai következtetéseket vonjunk, de már így is feltűnik, hogy noha, mint említettem, nem minden eltávolított myomát vizsgáltunk meg mikroszkopice, mégis a sarkomák arányszáma túlhaladja az átlagosnak elfogadott 3%-ot.

Az *első* esetben 40 éves nőről van szó, a ki nagymértékű menorrhagiás panaszokkal jelentkezik a kórházban. Leletünk kétököllyi myomás méh, a mely mellett sem objective, sem subjective semmi olyan tünet nincs, a mely a daganat malignus elváltozása mellett szólna. Laparotomia útján eltávolítjuk a méhet az adnexamokkal együtt (*Frigyési*). A körülbelül öklönyi myomás gócz makroszkopice gyanus malignitásra. A mikroszkopos vizsgálat eredménye orsósejtes sarkoma; ép myomareszek a daganatban nem voltak. A beteg a kórházat egészségesen hagyta el, de figyelmeztetésünk dacára azóta vizsgálatra nem jelentkezett.

A *második* eset igen tanulságos. 26 éves nullipara, a kinek három év óta vannak rendetlen vérzése. E miatt egyszer másutt végeztek rajta méhkaparást, majd kórházunkban méhüri vizsgálat történt, a mikor is kis fibrosus polypusokat távolítottunk el a méhürből. 1916 végén igen erős vérzés miatt újra felvesszük és ekkor almányi, felületesen necrosisos, submucosus góczot távolítunk el a hüvelyen át. Betapintva a méhbe, még egy körülbelül almányi myoma-góczot találunk, a mely azonban oly szélesen ül, hogy nem enucleálható és nagyobb műtetre a rendkívül kiverzett, 140-es kis pulzusú nön gondolni sem lehet. A fiatal nön lehetőleg kerülni akarjuk a csonkítással járó műtétet és ezért ezután havonta 5-7 formalin-mosást végzünk, a mely idő alatt menstruációja rendszeren jelentkezik: négyhetenként, 3-4 napi tartással, kis mértékben. Észlelésünk utolsó hónapjaiban azonban a méh rohamosan nő, úgy hogy 1917 júliusban, minthogy az uterus már a köldök magasságáig nőtt, műtetre határozzuk magunkat. A műtétet paravertebralis érzéstelenítéssel végzi *Frigyési*; supravaginalis amputációval távolítja el a méhet. Zavartalan gyógyulás. Az eltávolított méh falában nagyököllyi gócz van, a mely malignitásra gyanus. A mikroszkopos vizsgálat eredménye orsósejtes sarkoma. Ép myomareszek a daganatban nem voltak. Ezért el akarjuk távolítani a benyagott cervix-csonkot; azonban a beteg erre a már ötödik műtetre egyelőre nem vehető rá. 1918 januárban ismét jelentkezik nálunk azzal, hogy véres folyása van. Ekkor a hüvelyboltozatban két kis polypust találunk, a melyek közül az egyik sima hámmal fedett, a másik kifekélyesedett. Ekkor vaginalisan eltávolítjuk úgy ezt a két polypust, mint a cervix-csonkot. Mikroszkopice megvizsgáltatva ezeket, az eredmény az, hogy a *kifekélyesedett polypus* és a *cervix sarkomás* fészkeket tartalmaz. A beteg hüvelyboltozatába ezután megfelelő időközökben kilenczezer 50 mgr. radiumot helyezünk réz- és keménygummi-filterben. Röntgen-terápiát nem folytathatunk, mert az első Röntgen-besugárzás után napokig tartó állandó hányás állott be.

A beteg azóta is észlelésünk alatt áll, és ma, 1 $\frac{1}{4}$  évvel a műtét után, teljesen egészséges.

A *harmadik* eset 26 éves virgo, a ki menorrhagiás panaszokkal jelentkezik. Leletünk: tömegesebb méh, a melynek hátulsó falában egy gócz van. Laparotomia útján supravaginalis amputatiót végzünk. Az eltávolított méh hátulsó falában kétököllyi gócz van, melynek egyes részei puhábbak. A mikroszkopos vizsgálat eredménye myoma malignum. A rendszeres myoma-részletek mellett feltűnő, hogy egyes helyek igen sejt-dúsak és e helyeken a sejtek közötti kötőszövet rendkívül kevés. A beteg ezután rendszeres Röntgen-besugárzásokat végzünk. A beteg ma is egészséges.

*Negyedik* esetünkben 37 éves, háromszor szült nőről van szó, a kinek azelőtt rendszer volt a havi baja, azonban 1 $\frac{1}{2}$  év óta menstruációja minden hónapban állítólag 3 hétig tart, nagyobb mértékű. Leletünk: kétököllyi myomás méh. Laparotomia, supravaginalis amputatio, zavartalan gyógyulás. Az eltávolított méhben jó almányi myoma-gócz van, a melyben galambtojásnyi, sárgás folyadékkal telt üreget találunk, a mely körül a daganatszövet szürkés, mállekony. A mikroszkopos vizsgálat a daganat e részén orsósejtes sarkomát mutat. Ezután vaginalisan eltávolítjuk a cervix-csonkot is, a mely azonban mikroszkopice malignus eltérést nem mutat. Az illető ma is egészséges.

*Ötödik* esetünkben 50 éves, kétszer szült nőről van szó, a ki előadja, hogy a havibaja azelőtt rendszeren jelentkezett; fél évi climax után, most már négy hónap óta, állandóan vérzik és fájdalmai vannak a hasában. Leletünk: emberfejnyi myomás méh. Laparotomia útján supravaginalis amputatio, sima gyógyulás. Az eltávolított myoma-góczokat tartalmazó méhben makroszkopice malignitásra gyanus részleteket nem találunk, ezért sajnálatos módon mikroszkopice nem vizsgáltattuk. Alig négy hónap mulva jelentkezik a beteg újból azzal, hogy néhány nap óta vérzése van. Leletünk: az elülső hüvelyfalról az urethra nyílása mögött körülbelül 2 cm.-rel kisujnyi kocsányon lógó kétököllyi, livid piros, mállekony, vérzékes polypus van, a mely makroszkopice biztosan malignusnak látszik. Az éppen körülvágva a daganatot, eltávolítjuk. A kis cervix-csonk a jobb csipőtanýérra ráterjedő tömött, kemény izzadmánytömegbe van ágyazva; ezért elállunk annak kiirtásától és bizva a sugaras kezelésnek a sarkoma terapiájában több oldalról hangoztatott eredményeiben, Röntgen-besugárzást végzünk és a beteget radium-kezelésre berendeljük. Három hét mulva jelentkezik, ekkor a három hét előtti műtét hege mellett egy borsónyi, makroszkopice az akkor eltávolítottal egyező polypust találunk. Másol a hüvelyben és cervixben, valamint a hasban eltérés nincs. Ezen polypust paquelin-égetéssel eltávolítjuk. Újból Röntgen-besugárzást végzünk, majd 25 milligramm radiumot helyezünk rézfilterben a cervixbe és 50 milligrammot réz- és keménygummi-filterben a sebbe. Egy hónap mulva ezt az adagot megismételjük.

Két hónappal az utolsó műtét után a beteg újból vérzésekkel jelentkezik, amikor az eddig leírt recidiváló daganatok hegében ismét egy kisdíányi polypust találunk, a mely makroszkopice az eddigiekkel egyező és tapintás szerint a mélybe is folytatódik. Paquelin-égetéssel és Volkmann-kanállal újból eltávolítjuk a polypust a mélybe folytatódó galambtojásnyi részletével együtt. Másol eltérést nem találunk. A Röntgen- és radium-kezelést megismételjük. Négy hét mulva újból vérzésekkel jelentkezik a beteg, a mikor is a két ujjnyira nyitott cervicalis csatornán át egy tojásnyi, makroszkopice az eddig leírt recidiváló daganatokkal egyező daganat lóg ki. A hasban jobboldalt resistentia van, a mely a spina ilei anterior superiorig ér. Ekkor már csak a cervixből kilógó daganat eltávolítására és helyének paquelinezésére szorítkozunk.

A beteg két hónappal e műtét után meghalt.

Feltűnő, hogy a tárgyalat 5 eset közül csak ez az egy volt (50 éves) olyan korban, a mikor már klinice is inkább gondolunk a myoma malignus, illetve sarkomás elfajulására, a többi 40, 37, 26, 26 éves fiatal nő, sőt az utóbbi kettő olyan korú, a melyben a méhfali sarkoma előfordulása irodalmi ritkaság.

Úgy ez esetek histogenesise, mint általában a myoma és sarkoma közötti összefüggés szempontjából is fontos, hogy 5 esetünk közül háromban a sarkoma még utólag is bizonyosan megállapítható módon myomában foglalt helyet. (A mikroszkopos vizsgálatokat részben *Entz Géza* tanár, részben *Johann Béla* tanársegéd volt szíves végezni.)

A myomák és sarkomák közötti összefüggés tárgyalása, illetve a méh-myomákban előforduló úgynevezett sarkomás elfajulások ismertetése kapcsán gyakorlati szempontból két fontos kérdéssel kell foglalkoznunk. Az egyik a myomák műteti javulatának felállítása, a másik a műtét nemének megválasztása. A műteti indikációnak a malignus elváltozások miatt való megváltoztatása szempontjából következtetéseket csak még nagyobb és az említett követelményeknek megfelelő myomasorozat alapján vonhatunk. Amikor azonban a myomákban található sarkomás elváltozások számának növekedéséből némelyek fontos gyakorlati következtetéseket akarnak levonni, és különösen a myomák gyógyítását activabbá kívánják

tenni, szóval az operatív terapiát e miatt a myomák nagyobb körére terjesztenék ki, nem hallgathatom el ama meggyőző-désünket, hogy az operált esetekben talált sarkomás elváltozások számának növekedése csak részben jelent tényleges százaléknövekedést, és hogy e körülmény főoka abban keresendő, hogy főleg a Röntgen-kezeléssel a myomák gyógyításában elért szép eredmények következtében utóbb mindinkább csak azon myomák kerülnek műtetre, a melyek súlyosabb tüneteket okoznak, illetve a különböző palliatív kezelésekkal daczolnak.

Másrészt befolyással lesznek a műtési javulat felállítására újabban egyes vizsgálatok szerint a Röntgennel a sarkoma terapiájában elért szép eredmények. Csak az erlangeni női klinikáról *Seitz* és *Wintz* által közölt amaz esetekre utalok, a melyekben már néhány Röntgen-besugárzás után a sarkomás daganatnak nagymértékű visszafejlődését, sőt klinice gyógyulását érték el. Ma még ezzel a közléssel szemben is a várakozást és tapasztalatok gyűjtését tartjuk helyesnek. Majd ha e szép eredmények általánosak lesznek, csak akkor fogadhatjuk el a közlők ama következtetését, hogy a myomában később fejlődő sarkomás elváltozás lehetőségére nem ellenjavolja a myomák Röntgen-terapiáját.

Mi minden olyan esetben, hol a klinikai kép a myoma malignus elváltozására enged következtetni, az operatív terapiát, még pedig a teljes kiirtást tartjuk szükségesnek. Sajnos azonban, a klinikai kép az eseteknek csak kis részében jár együtt jellegzetesen az elváltozásokkal.

Lássuk most a másik kérdést: a műtetre kerülő myoma-esetekben a megválasztandó műtét nemét.

Tekintettel az eltávolított myomákban talált sarkomás elváltozásokra, tekintettel továbbá arra, hogy még oly esetekben is előfordulnak sarkomás recidívák, a melyekben az eltávolított myomában még mikroskopicusan sem találtak sarkomás elváltozást, s ha még figyelembe vesszük a benmaradó cervixcsonkban elsődlegesen fejlődő carcinoma lehetőségét is, a minek aránylag gyakori voltát néhány szerző hangsúlyoztatja, mint *Bumm*, *Fleischmann*, *Warnekros*, *Fellenberg*, *Hansen*, akkor mindenekelőtt az a kérdés merül fel, nem kell-e myoma-esetekben a supravaginális amputatio helyett principialisan a totalexstirpációt végeznünk.

Mi még nem helyezkedünk erre az álláspontra és ebben az a megfontolás vezet bennünket, hogy minden eltávolított myomának mikroszkopos vizsgálata mégis nagy valószínűséggel megvéd az ellen, hogy a sarkomás elváltozás elkerülje figyelmünket; ha pedig az eltávolított és még a műtét alatt megvizsgált daganat makroskopicusan malignitásra nem gyanús, a mikroszkopi vizsgálata azonban sarkomat mutat, akkor utólag egészen kis beavatkozással eltávolíthatjuk a cervixet. A mi viszont a cervix-csonkban elsődlegesen fejlődő carcinoma lehetőségét illeti, ez igen ritka; mi a Bakács-téri kórház öt és fél éves anyagában eddig csak egy ilyen esetet láttunk. Így a cervix-csonk kivételének vagy bennhagyásának kérdésében ezután is nem egyedül a malignus elfajulás lehetősége, hanem egyéb szempontok együttes mérlegelése alapján döntünk (a beteg kora, a daganat anatómiai kifejlődése stb.).

Nagy súlyt helyezünk azonban minden eltávolított myoma mikroszkopi vizsgálatára, hogy malignitas esetén idejekorán eltávolíthassuk az esetleg benhagyott cervix-csonkot és végezhesük a műtét után a prophylaxisos sugaras kezelést. Azokat a betegeket, kiknek myomái elfajulásos tüneteket mutatnak, még ha a mikroszkopi vizsgálat nem is derített ki malignus elváltozást, a műtét utáni első években többször megvizsgáljuk. Különösen fontos végül, hogy a nem műtéttel, hanem Röntgen-kezeléssel gyógyított myomás betegeket figyelmeztessük azon tünetekre, a melyek a myomában esetleg fejlődő sarkomás elváltozást kísérik szokták, valamint, hogy a Röntgen-kezelés alatt álló és e kezelésre nem javuló esetekben gondoljunk a daganatban végbemenő malignus elváltozásra, vagy a méhnek a daganaton kívül jelenlevő más rossztermészetű megbetegedésére.

## A mitosis mechanikája.

Irta: *Rejtő Sándor* dr., egyetemi magántanár.

Otologiai kérdések mechanikai magyarázatát keresve, a mely magyarázatnak alapja miudenkor csakis az anatomia és histologia lehet, jutottam el mintegy mellékterményképpen a mitosis vagy fonalas mag-kettéoszlás mechanikai magyarázására.

A budapesti műegyetem mechanikai-technológiai laboratóriumában kísérletek történtek a rövid és hosszú fémhengerek viselkedésére fokozódó belső nyomás esetén.

A fémekhez szükséges 2700 légköri nyomást is előállító készülék leírását, valamint a képletek levezetését mellőzve, idézem röviden az eredményeket.<sup>1</sup> „Rideg anyagból teljesen egyforma keresztmetszettel bíró fenékkal ellátott hosszú és rövid csövet készítettünk. A hosszabb cső hosszúsága a belső átmérőnek ötszöröse volt ( $H = 10 r$ ), a rövid cső hosszúsága azonban alig érte el az átmérő méretét ( $H = 2 r$ ). Belső hidraulikus nyomás folytán a hosszú cső mindig az alkotó irányában (hosszanti tengely irányában) repedt, a kurta pedig a keresztmetszetben“. Képleteink a rideg és szívós anyagból készült, vékony és vastagfalú csövekre egyaránt olyan számértékeket adnak, a melyek a kísérleti értékekkel jól megegyeznek.

Más szóval: úgy kísérletileg, mint matematikai számítások alapján minden anyagra nézve egyaránt áll az a törvény, hogy a rövid csövek fokozódó belső nyomás esetén keresztirányban, a hosszú csövek pedig hosszanti tengelyük irányában válnak el, húzódnak be, vagy repednek meg anyaguk minősége szerint.

Mitosisnál az oszló sejtek először is „nedvfelvétel folytán megduzzadnak“. <sup>2</sup> A most még gömbalakú sejtek csakis akkor maradhatnak továbbra is gömbalakúak, ha a tartalom szaporodásával a burkolat nagyobbodása arányos volna.

Amennyiben ez nem áll fenn, illetőleg a burkolat nagyobbodása felülmúlja a tartalom szaporodását, a sejt hosszúság alakú lesz, a mi különben nyomás következtében is előállhat. Való az, a mit pl. a sejt szaporodása is szépen mutat, <sup>3</sup> hogy a szaporodó sejtek kissé megnyúlnak és így rájuk is vonatkozik a rövid csövekre vonatkozó törvény, a minek eredménye, hogy keresztirányban kezdődik a befűződésük.

A chromatin-állomány, a mely már az anaphasis végén hosszú csövecskéket alkot, mint tudjuk az alkotó irányában, hosszában válik ketté, követve a hosszú csövekre érvényes fentidézett törvényt.

Hogy itt is a fokozódott belső nyomás szerepel, hogy itt is az állomány megduzzadásának, megszorodásának kell először bekövetkeznie, azt az erre vonatkozó ábrák is mutatják, de szükségképpen folyik abból a tényből, hogy az új sejtekben elhelyeződött chromatin-állomány ugyanolyan vastag, mint a milyen az anyasejtben volt.

**Irodalom:** <sup>1</sup> *Rejtő Sándor*: Az elméleti mechanikai technologia alapelvei stb. Budapest, 1918, II. kötet, 202. és 207. oldal. — <sup>2</sup> *Lenhossék Mihály*: A sejt és a szövetek. Budapest, 1918. — <sup>3</sup> *Heidenhain*: Plasma und Zelle, 1907.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A szív chinidin-terapiájáról ír *Bergmann* tanár, a marburgi egyetem belklinikájának igazgatója. Különösen az úgynevezett pitvarlibegésre van tekintettel. Egy évvel ezelőtt ismertette *Frey* chinidinnel elért jó eredményeit e bajban; *Bergmann*-nak azóta 9 idetartozó esete volt s ezek közül 6-ban sikerült chinidinnel feltűnő jó eredményt elérnie. Pilulák alakjában adta a chinidinum sulfuricumot; egy-egy pilula 0.10 gramm hatóanyagot tartalmazott. Próbaképpen 2 pilulát ad egyszerre; ha a beteg ezt jól tűri, másnap reggel 4 pilu-

lát véte be s ezt az adagot aznap még kétszer megismétli. Ezt 3—4 napon át folytatja. Ha nincs eredmény, de jelentősebb melléktünetek sincsenek, 3-szor, sőt 4-szer 0.5 grammra pro die emelkedik, esetleg kalium chloratummal combinatióban. A hatás beállta után még 3—8 napig adja a szert lassan csökkenő mennyiségben. Mihelyt extrasystolék jelentkeznek, ismét ad 0.4—0.5 grammot 1—3-szor naponként. Ha csak lehetséges, nem használhat egyidejűleg digitális, mert némileg antagonistá hatású, a chinidin okozta rhythmus-szabályozásnak ellene dolgozik. A diaeta kaliumsókban dús (burgonya) és konyhasóban szegény legyen. Súlyos incompensatio eseteiben is néha igen jó, sőt életmentő hatású a chinidin, és pedig azokban az esetekben, a melyekben a decompensatio a szív rhythmus-zavarainak a következménye. Angina pectoris 3 esetét is látta a szerző, a melyekben a coronariák kitágítását célzó szerek (theobromin-készítmények, nitroglycerin) hatástalanok maradtak, a chinidin ellenben feltűnő jó hatású volt; ez a kedvező eredmény talán úgy magyarázható, hogy nem minden angina pectoris alapszik coronariabeli vérkeringési zavaron; esetleg a szívizomműködés túlságos intenzitása is okozhatja az angina pectoris érzését s ilyenkor azután a chinidinnak a szív működést gyengítő hatása kedvező lehet. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 26. szám.)

**Az epeköbetegség összefüggéséről a léleköszerek elváltozásaival** *Bahr*t már évekkel ezelőtt tett közlést, ismertette néhány esetet, a melyekben epeköbetegség mellett ismételt gyuladással folyamatok voltak kimutathatók főleg az alsó lebenyekben; ezek a gyuladások feltűnő rövid idő alatt (2—3 nap) szüntek meg. Az epeköbetegség összefüggését tüdőbeli folyamatokkal egyébként *Kehr* is ismertette az epeköbetegségről szóló nagy munkájában. *Bahr*t újabban megint közölt egy idetartozó esetet, a melyben hosszú sora a rövid ideig tartó gyuladásoknak folyt le, míg végre egy epekö távozása után ezek a gyuladások nem jelentkeztek többé és csak 13 év múlva, a betegnek 81 éves korában mutatkoztak újból, még pedig, a mint a bonczolás kimutatta, újabb epekö képződésével kapcsolatban. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 30. szám.)

**A gümöbacillusok latens voltának érdekes esetét** közli *Berka*. Az állandóan jó egészségnek örvendett 46 éves orvos köpetében teljes euphoria mellett tömegesen találtak — egészen véletlenül — gümöbacillusok. A tüdőben semmi eltérés sem volt kimutatható, a felső légutakban sem volt elváltozás. A köpettel beoltott kísérleti állatok typosus gümökörben pusztultak el rövid idő alatt. Az illető továbbra is teljesen jól érezte magát, klinikai tünetek nem mutatkoztak. A bacillusok körülbelül egy év múlva tűntek el a köpetből. Ez esetben felvehető, hogy a gyermekkorban bronchialis mirigyek fertőződtek, de klinice gyógyultak és elmeszesedtek (a hilus táján Röntgen-képen árnyék találtatott). Egy ilyen bronchialis mirigy körül azután gyuladás, a környezettel összenövés, majd egy bronchusba áttörés jöhetett létre, gümöbacillusok váltak szabaddá, ezek azonban az illetőben csak saprophyta-életet folytathattak, mert szervezete a lokális gümős góczok miatt az évek folyamán nagyfokban immunissá lett. A szerző azt hiszi, hogy az ilyen esetek talán nem is nagyon ritkák; csak azért nem találták eddig, mert klinikai tünetek híján nem igen szoktak köpetet vizsgálni. Még megjegyzendő, hogy a szóban levő esetben kizárólagosan granulált bacillusok találtak. (Casopis lékarn českych, 1919, 15. sz.)

**A typhus- és choleraellenes védőoltás kérdéséről** ír *Friedberger*. Annak a véleményének ad kifejezést, hogy az eddig rendelkezésünkre álló megbízható adatokból nem lehet az oltás hasznára következtetni. E véleményét a statisztikai adatoknak bíráló összehasonlítására és elméleti megfontolásokra alapozza. Az oltás ártalmatlan volta nincs bebizonyítva; az oltások elméleti alapja gyenge; antianyagok megjelenése és immunitas nem analog dolgok. A fertőző bélbetegségek számának csökkenése a most lefolyt háborúban főleg a tetemesen javult hygienés intézkedéseknek tudható be; a háború

tartamával arányosan oltás nélkül is csökkent a typhus-esetek száma. A katonaságra vonatkozó statisztikai adatok nem hasonlíthatók össze a megszállott területek polgári lakosságára vonatkozó adatokkal (az eseteknek korán felismerése, az intézkedések keresztülvitele stb. a polgári lakosság körében sokkal rosszabb). A dysenteria, a mely ellen pedig alig oltottak, körülbelül ugyanolyan arányban csökkent, mint a typhus. (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 28. köt., 3.—5. füz.)

### Sebészet.

**Emlőgyuladás** mindamaz eseteiben, a melyekben a folyamat annyira előrehaladott, hogy a sebészeti beavatkozás indokolt, *Rosenstein* az eucupin-, illetőleg vuzinkezelést kísérte meg. Körülírt emlőtályog esetén nem nagyon vékony tűvel pungál és aspiratióval eltávolítja a genyet; utána ugyanannyi vuzin-oldattal tölti meg az üreget a behagyott tűn át; az ilyenkor beálló mérsékelt fájdalmas feszülés nagyon gyorsan csökken, mert a befecskendezett folyadékból valami kevés az ejtett nyíláson át kifolyik. Az emlőt ezután felkötjük és aluminium aceticum-os borogatást tétetünk reá. Az ilyen punctiót és injectiót (mindig ugyanazon nyíláson át) annyiszor ismételjük, a hányszor szükségesnek látjuk. 5-nél több injectióra sohasem volt szüksége a szerzőnek, még pedig 2—3 napos időközökben. A győgyulás már most különböző módon megy végbe. Az eseteknek egy részében a punctió s tü vastagságának megfelelő fistula képződik, a melyen át geny ürül és nekrosisos szövet távozik. Máskor a punctió s nyílás mindannyiszor záródik s a tályog steril savós folyadékfelhalmozódássá alakul át, a mely lassanként felszívódik. A győgyulásnak ez az utóbbi módja gyorsabb, mert a vuzin zárt üregben erősebben hat. Ha több tályog van, ezeket egy punctió s nyíláson át keressük fel, ürítjük ki és töltjük meg vuzin-oldattal, a mi elég gyorsan megy és meglehetősen fájdalomtalan, mert csak az első beszúrás okoz fájdalmat, az egyes góczok felkutatása már nem nagyon fájdalmas. Természetesen semmi sem állja az útját, hogy nagyon érzékeny betegeket első ízben rövid aether- vagy chloraethylbódulatba hozzunk. A további lefolyás ezekben az esetekben már most az, hogy a kezelés folytán egységes tályog képződik, a mely a punctió s nyíláson át kiürül s a fentebb jelzett módon győgyul. 30 idetartozó eset közül 24 meggyógyult, 1 elmaradt a kezeléstől, 5 pedig még kezelés alatt áll, de már a javulás útján van.

Némileg más az eljárás mastitis parenchymatosa eseteiben, a melyekben lokalizált genyedés nincsen s a melyekben csak nagyobb, elégtelenítő műtétek vezetnek győgyulásra. Ilyen esetekben az emlő alsó kerületén submammarisan hatolunk be hosszú tűvel és 50—100 cm<sup>3</sup> vuzinoldatot fecskendezünk be a laza submammaris területbe. Azután alulról szűrjük be a tüt a mirigyszövetbe és annyi vuzinoldatot fecskendezünk be, a mennyi túlerős feszülés nélkül befér. Ilyenkor néha előfordul, hogy a bimbóból sugárban jön ki vuzinoldat; ez esetben a tüt kissé visszahúzzuk. Többnyire 10—20 cm<sup>3</sup> elegendő. Ezután felkötjük az emlőt és borogatást alkalmaztatunk. 4 eset közül 2-ben sima győgyulás következett be, más 2-ben pedig tályog képződött, a mely punctióra győgyult.

Nagy előnye a vuzinkezelésnek, hogy a kínzó tamponálás elmarad. Necrosis esetén sem kell bemetszeni; némi türelem mellett a punctió s fistulán át kiürülnek az elhalt részek.

A befecskendezést mindig 2—5 napig tartó izgalmi szak követi; duzzadás, pirosság áll be, a mely sokszor olyan, mint az erysipelatosus gyuladás; a környezet oedemás lesz, néha 40°-ot is meghaladó láz fejlődik. Rázóhideg soha sincs, általános természetű megkárosodások (albuminuria, szívműködés) nincsenek. Mindezt tudni kell, nehogy a súlyosnak látszó állapot miatt hiábavaló műtétre határozzuk el magunkat.

A szerző használta eucupin-, illetőleg vuzinoldat 1/2, illetőleg 1/5%-os és 1/2%-os novocaint tartalmaz. Legjobb 10%-os alkoholos törzsoldatból készíteni a szükséges hígítást a használat előtt. Megjegyzendő azonban, hogy ez a törzsoldat sem



tartható el nagyon sokáig, úgy hogy nem jó belőle nagyobb készletet tartani.

A szerző nem óhajtáná, ha eljárását már most bevinnék az általános gyakorlatba; kívánatosnak tartja azonban, hogy tapasztalt sebészek kísérletezzenek vele. (Berliner klinische Wochenschrift, 19.9, 28. szám.)

Az előadáshoz, a melyet a „Berliner mediz. Gesellschaft“ június 18.-i ülésén tartott a szerző, többen szóltak hozzá.

Hofmann a Bier-klinikán vuzinnal végzett kísérletekről számolt be. Helybeli genyedés eseteiben jó eredményeket láttak. Hangsúlyozza a szer ártalmatlanságát; 0.4—0.5 gramm vuzint minden káros következmény nélkül lehet vénába fecskendezni. Csak gyermekeken észleltek huzamosabban tartó pulsus-szaporodást. Diffus gyuladás eseteiben nem tudták magukat az előadó eljárására rászánni, hanem előbb katalpasmákkal és pangással abscedálást idéztek elő és csak ezután kezdték meg a vuzinkezelést.

Hammerschlag szintén használta mastitis eseteiben az eucupint és vuzint, de töményebben (1%-os eucupinoldat, 1/2%-os vuzinoldat). Sokszor feltűnő jó volt az eredmény. Különösen kozmetikai tekintetben előnyös ez az eljárás, noha néha kiterjedt necrosis miatt behúzóadások keletkeznek.

Bier szerint a chininderivatok (eucupin, vuzin) csak körülírt tályogképződés eseteiben hatásosak; nem elhatárolt genyedő folyamatokat kezelni velük veszedelmes.

#### Szülészet és nőorvostan.

A trichomonas okozta colpitisről ír Seitz, a giesseni nőbeteg-klinika segédje. A baj rendkívül makacs, recidiválásra hajlamos; a váladék bő, híg, sárgás-savós; ez a váladék nagyon alkalmas arra, hogy benne más mikrobák, köztük pathogének is, elszaporodjanak. Ebben rejlik a trichomonas-colpitis szülészeti jelentősége; a benne szenvedő terhesek nagyon hajlamosak a puerperalis fertőzésre. A mi a kezelést illeti, különböző eljárásokkal érhető el eredmény; így a Schroeder-Loeser ajánlotta öblítésekkel 1/2%-os tejsavoldattal és lenicet-bolus befúvásával. Legjobbnak mégis a Hühne módszerét tartja a szerző: a hüvely ismételt alaposan kimosandó speculum igénybevételével 1%-os sublimatoldattal és megszáritás után 10%-os szódaglycerin öntendő be, vagy pedig gelatina-capsula helyezendő be, a mely 2 cm<sup>3</sup>-ét tartalmazza az imént említett szódaglycerinnek. Minthogy azonban a hüvely nyálkahártyájának heveny lobosodása idejében a sublimáttal mosás nagyon fájdalmas, ilyen esetekben a szerző előbb zincum sulfuricum-oldattal vagy hydrogensuperoxyddal mosást vesz igénybe, míg az érzékenység csökken. A jelenleg nehezen kapható tiszta glycerin helyett bolus albat használ 10%-os szódával, utókezelésre pedig a trichomonasok újból megtelepedésének megelőzésére gelatina-capsulákat 10%-os szóda-bolus-szal. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 30. szám.)

#### Gyermekorvostan.

Gyermekkori vulvovaginitis gonorrhoeica 7 esetében Lade a düsseldorfi gyermekklinikán kipróbálta a Weiss által először ajánlott forrófürdő-kezelést. Végső conclusiója az, hogy az elérhető eredmény nem áll arányban a forró fürdő kellemetlenségeivel, sőt veszélyeivel. Ezenkívül súlyosabb esetekben semmiféle jó eredményt sem láttak e kezeléstől. Még a nyugodtabb gyermekek is rosszul tűrték a forró fürdőket, a későbbiek mindig rosszabbul, mint a legelső. 30 percnél hosszabb ideig egyik gyermek sem tűrte a fürdőt. Az analízis hőmérsék 41.5<sup>o</sup>-ig emelkedett a fürdő után, s nem egy esetben collapsus-tünetek mutatkoztak, melyek elég aggasztóak voltak. Még az a 12 éves gyermek is, a ki jól tűrte, sőt szerette a forró fürdőt, az 5. alkalommal kollabált. A kifolyást és a bakteriologiai leletet illetőleg csak 2 enyhe esetben látszott jó hatás, de ezekben már úgyszólván volt a folyamat más kezelés után. A többiben e tekintetben sem volt említésreméltó eredmény. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 26. szám.)

Bosányi dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Tüdővészések nagyfokú izzadása ellen C. P. Gerbet** feltűnő jó eredménnyel használta a cukor-befecskendezést. Nádcukor 50%-os oldatát használta 2% novocain-hozzá-tétellel; ebből 10 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett a glutaesokba. Többnyire egy befecskendezés elegendő volt, hogy hetekre megszűnjék az izzadás; csak kivételes esetekben kellett a befecskendezést már 4—7 nap múlva megismételni. Olykor a befecskendezés helyén körülbelül 48 óráig tartó, némileg fájdalmas beszűrődés keletkezik, a mely azonban genyedés nélkül eloszlik magától is, de még gyorsabban hideg behatására. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 24. szám.)

**A typhusbacillusgázok kezelése cystinollal Zimmernann** tapasztalatai szerint teljesen hatástalan. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 21. szám.)

**A nirvanol-lal szerzett tapasztalatait Majerus** abban foglalja össze, hogy 0.3—0.5 gramm adagja nyugodt álmat hoz, 1.0 gramm adagja pedig megszünteti a súlyos izgalmi állapotokat. Izletlen lévén, könnyen adható ételekben. Mint-hogy azonban nem egészen ártalmatlan, csak olyan esetekben használható, a melyekben más narcoticumok cserébe hagynak, vagy pedig nagyon súlyos izgalmi állapotok megszüntetésének szüksége forog fenn. Lázás, szív- és vesebajos egyéneknek ne rendeljük. Némelyek a szernek 6—7 alkalommal adagolása után nagyfokú bőr- és nyálkahártyakiütéssel, valamint oedemával reagálnak. (Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, 63. kötet, 5. és 6. füzet.)

**Epilepsia gyógyítása. Meltzer és Auer** ama kísérleti tapasztalatából kiindulva, hogy a parenteralisan adott magnesium-ionok gátló hatásúak az idegrendszer valamennyi részének működésére, még pedig előző excitációs szak és a szíve gyakorolt károsító hatás nélkül: *Duschak* epilepsias betegekben kísérletet tett magnesium sulfuricum 5%-os oldatának bőr alá fecskendezésével. Az eredmény az volt, hogy a rohamok száma kifejezetten csökkent, sokszor teljesen el is maradtak a rohamok. A befecskendezett napi mennyiség 15—20 cm<sup>3</sup> volt, a befecskendezés helye pedig a glutaalis tájék, esetleg a czomb vagy a mellkas. Az eljárás hosszú időn át folytatható minden káros következmény nélkül. Kedvezően befolyásolt esetekben is ajánlatos havonként néhány befecskendezést adni. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1919, 18. szám.)

#### Vegyes hírek.

##### Tisztelt olvasóinkhoz!

Olvasóink szíves elnézését kell kérnünk a lapunk megjelenésében beállott hosszabb szünetért. A papiroshiány, a nyomdai előállításnak hallatlan költségei s egyéb nehézségei legjobb igyekezetünk és anyagi áldozatokra való teljes kérésünk mellett is lehetetlenné tették lapunk rendes megjelenését s még most sem vagyunk eléggé optimisták ahhoz, hogy a legközelebbi jövőre is egészen biztosítottunk lássuk lapszámaink hézagatlan megjelenését.

E szám az első, a mióta lezáródott e sok megpróbáltatáson át-esett nemzet történelének egyik legszomorúbb lapja. Az orvos a történelem viszontagságainak magyarázatához is abban a körben keresi az analógiát, a melynek szemléletében folyik le élete: az emberi szervezet ép és kóros tüneténeinek körében. S itt meg is találja azt abban a tapasztalatban, hogy néha a súlyos kór által leromlott, elernyedt szervezetben a vértelenné vált agyvelőn az alapbetegség lezajlása után múló psychosis vesz erőt. Csak a háború utáni elernyedség és megbillent lelki egyensúly állapotából érthetjük meg azt az aránylagos passivitást, a melylyel ez a nép feje fölé engedte tornyosulni az egész lényével, minden eddigi ideáljával merőben ellenkező szélső irányzatot, a mely véleményünk szerint nem az egészséges, szerves fejlődés útját jelenti. Megint orvosi térről véve a hasonlatot: az ilyen fejlődés a rossztermészetű daganat burjánzásához hasonló, a mely magára hagyva csak pusztulásra, halálra vezethet. De szerencsére a hasonlat további kifejtésében is megáll: ha még idejében és teljesen kiirtják a daganatot, a szervezet megszabadul a bajtól, új erőre kaphat, új virulásnak indulhat. S ezt reméljük mi is. A biztató jelek nem hiányzanak; látjuk és üdvözljük a hajnal első derengő sugarait!

Nagy és komoly munka vár reánk. Magyarországot mintaoországgá kell tennünk, nem szónoklatokkal, hanem tettekkel, önzetlen, megfeszített munkával; a magyar népet nem idegen jelszavakkal, hanem az ő lényével összeforrt nemzeti eszmények ápolása mellett kell az anyagi és szellemi haladás útján rohamos léptekkel előbbre vinnünk, elsőrendű kulturnéppé fejlesztenünk. Vegyük ki ebből a nagy munkából mi magyar orvosok is a részünket!

Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, hogy a magyar orvosi kulturát immár 63 esztendeje híven és önzetlenül szolgáló lapunk további fennállásának lehetővé tételére a folyó évre 20 korona pótdíjat juttassanak el hozzánk. A még mindig elég tetemes számú hátralékos előfizetési díjak beküldését is kérjük.

Az influenza okozta halálesetek száma a múlt év őszén és telén az Egyesült Államokban 450.000-re rúgott.

A rostocki egyetem november 12.-én ünnepli fennállásának 500. évfordulóját. — A bonni egyetem is jubilált; augusztus 3.-án volt szüzsztendő.

Kiseb közlések az orvostudományok köréből. *H. van Wely* esetet közöl, a melyben a rák okozta nyelőcsőszűkülésben szenvedő beteg úgyszólván állandóan aspirált ételrészleteket, a nélkül, hogy tüdőgyulladás vagy tüdőfolyog fejlődött volna. (Tijdschr. voor Geneesk., 1919, jún. 14.) — Parenchymás gyomorvérzés két halálos esetét ismereti *Fritzsche*; a vérzésnek sem helyi, sem általános oka nem volt kideríthető még a bonczolás alkalmával sem. (Berliner klin. Wochenschr., 1919, 32. szám.) — Intrahepatikus aneurysma műtét után gyógyult esetét ismereti *Kading*; eddig csak 4 esete az intrahepatikus aneurysmának volt ismeretes az irodalomban s valamennyi halállal végződött. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 150. köt., 1. és 2. füz.)

Meghalt. *Bókay Árpád* dr., egyetemi tanár okt. 20.-án 63. évében. Necrologot legközelebbi számunkban hozunk. — *Fedák István* dr., Bereg vármegye volt tisztí főorvos, 72 éves korában Pestszentlőrinczen. — *F. Nissl*, az ismert agyvelőpatologus Münchenben. — *Chr. Socin*, a kórboncztan tanára Lausanneban, 32 éves korában augusztus 15.-én. — *A. Knoblauch* tanár, a frankfurti egyetem neurológiai klinikájának igazgatója, 66 éves korában. — *P. Grützner*, a physiologia nyugalmazott tanára a tübingeni egyetemen, 72 éves korában Bernben. — *A. Jacobi* híres gyermekorvos New-Yorkban, 89 éves korában.

**Haeckel és Retzius.** Csak most emlékezhetünk meg a biologia két nagynevű halottjáról, a kiket mint antithesisit állíthatnánk egymással szembe a tudós két ellenkező típusának a jellemzésére. *Haeckel* az volt, a mit *Ostwald* „romantikus” tudósnak nevez. Lángeszű szak-tudós a maga szűkebb birodalmában; e mellett egy nagy eszmének, a szerves fejlődés gondolatának lángelkű és hatalmas szavú apostola. Amde nagy fokban megvolt benne az entusiasták hibája: a lelkehez nőtt hypothesisok túlbecsülése s ezeknek időelőtti beledobása a közélet zsvájába. Ma a tudós világ látja, hogy ott, a hol *Haeckel* sanguinismusa befejezett dogmákat hirdetett, a fajfejlődés okainak magyarázatában, a kutatást az elején kell kezdeni. — *Retzius* *Gusztáv*-ban, az 1919 július 21.-én 77 éves korában elhunyt nagy svéd morphologusban a positiv tények kinomozásának nagy mestere áll előttünk, a ki a hypothesishez csak ott fordult, a hol azt el nem kerülhetette. Alig van fejezete a morphologiai tudományoknak, a melyen nem hagyta volna szorgalmas kutatásának a nyomát.

**Személyi hírek külföldről.** *Flügge* tanár, a híres hygienikus, orvosdoctorrá felavattatásának 50. évfordulóját érte meg. — *K. Hirsch* göttingeni tanár elfogadta a meghívást a bonni egyetem belklinikai tanszékére. — *H. Bluntschli* docent, a frankfurti anatomiai intézet prosectorát, rendkívüli tanárrá neveztek ki. — *Schmieden* hallei tanár elfogadta a meghívást a frankfurti sebészeti tanszékére. — *B. Spiethoff* dr.-t Jenában a dermatologia rk. tanárává neveztek ki. — *O. Seifert*, a laryngologia rendkívüli tanára Würzburgban, nyugalomba vonult. — *B. Naunyn*, a híres belklinikus, szeptember 2.-án ülte meg 80. születésnapját. — A göttingeni egyetem anatomiai tanszékét *H. Fuchs*, belklinikai tanszékét pedig *E. Meyer* nyerte el; mindkettő előbb Strassburgban működött. — *W. K. Röntgen* a nyáron érte meg doctorrá avattatásának 50. évfordulóját. — *Hofmeister* volt strassburgi tanárt a breslauer egyetemen a physiologiai chemia rendes tanárává neveztek ki. — *Straub* müncheni docent Halleban a belgyógyászat rendkívüli tanárává és a poliklinika igazgatójává neveztek ki. — *Curie* asszonyt meghívták a varsói egyetem radiologiai tanszékére. — *N. Guleke* marburgi tanár elfogadta a meghívást a jenai sebészeti tanszékére. — A baseli egyetem hygiene-tanárává *R. Doerr* dr.-t, a bécsi 2. sz. helyőrségi kórház bacteriologiai laboratoriumának vezetőjét választották meg. — *B. Salge* volt strassburgi tanárt a bonni egyetem gyermekorvostani tanszékére hívták meg. — *F. Penzoldt* tanár, erlangeni belklinikus, nyugalomba vonul. — *E. Steinach* dr.-t, a prágai német egyetem tanárát, a bécsi egyetemen a physiologia rendkívüli tanárává neveztek ki rendes tanári cízzel és jellel. — *Binswanger* jenai tanár nyugalomba vonul.

**Győry Tibor** dr. egyetemi rk. tanár, lakását VIII., Főherczeg Sándor-tér 3. szám alá tette át.

## Fővárosi Fásor Sanatorium R.-T.

Igazgató főorvos: **Dr. Nadasy István**. Ügyvezető igazgató: **Fézi József**. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15 26. Igazgató telefonja: József 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új születési és sebészeti osztállyal és körtermekkel kibővíve.

## Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyógyszermechanikai osztály bejáró betegek részére is.

## PÁLYÁZATOK.

3040/1919. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye nagykatái járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett kókai körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak Kóka mint székhely, Tápió-Szecső és Tótalmás községek.

Javadalmazás: 1. 1600 kor. törzsfizetés. — 2. Háborús és ötöd-éves korpótlékok. — 3. Lakás természetben a szükséges gazdasági és egyéb melléképületekkel. — 4. Fuvarátalány. — 5. Szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A körorvos tartozik a halottkémlést is külön díjazás mellett a kör székhelyén ellátni.

Felhívom az állásra pályázókat, hogy az 1908. évi 38. t.-cz. 7. §-a szerint felszerelt kérvényeiket 1919 november hó 14.-éig hivatalomhoz adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1919 november hó 15.-én Kóka község-házánál fogom megtartani d. e. 10 órakor.

Az állás a megválasztás után azonnal elfoglalandó.

N a g y k á t a, 1919 október hó 21.-én. Ney, főszolgabíró.

Ad 1836. szám.

Bányaorvosi állás meg nem szállott területen azonnal be-töltendő.

Javadalmazás:

Évi fizetés 5400 kor.

Családi pótlék: nőtlen orvosnál ... .. 1800 kor.

nős orvosnál ... .. 3000 kor.

minden 16 éven aluli gyermek után 720 kor.

Tisztviselők gyógykezeléséért 600 kor.

Remuneratio: az igazgatóság szabad elhatározása szerint változó, legutóbb 1700 korona.

Ötszobás modern lakás fürdőszobával és egyéb mellék-helyiségekkel, kerttel, kettő és fél hold földhasználattal; villanyvilágítás, fűtés, kocsihaszna-lát a szükséghez képest; olcsó élelem-beszerezés a bányatársulati élelem-tárból.

Az orvosnak főként sebészi, azonkívül fogászati gyakorlattal is bírnia kell.

Ajánlatokat auriculum vitae-vel kér a

Borsodi Bányatársulat Igazgatósága  
Rudabánya, Borsodmegye (vasútállomás Barczika).

3142/1919 kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett szigetszentmiklósi községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 kor. törzsfizetés.

2. Háborús, drágasági, családi pótlékok.

3. 700 kor. laktér a község pénztárából.

A pályázók szabályszerű kérelmeiket november hó 27.-éig adhatják be nálam.

A választást november hó 28.-án, d. u. 3 órakor fogom Szigetszentmiklós község-házánál megtartani.

R á c z k e v e, 1919. évi október hó 25.-én. A szolgabíró.

2807/1919. sz.

A Jászszentlászló és Szank községekből álló üresedésben lévő körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket f. évi november hó 10.-éig hivatalomhoz adják be.

Kiskúnfélegyháza, 1919 október hó 5. A főszolgabíró.

2806/1919. sz.

A Kiskúnmajsa nagyközségben üresedésben lévő községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kérvényeiket 1919. évi november hó 10.-éig hivatalomhoz adják be.

Kiskúnfélegyháza, 1919 október hó 5. A főszolgabíró.

9218. sz.

A népegészségügyi miniszter 17.961/919. III. 1. számú rrendeletével a budapest-lipótmézei állami elme-gyógyintézetben 2 másodorvosi és 3 orvosgyakornoki állásra pályázatot hirdet.

A kérvények szabályszerűen felszerelve az intézet igazgatóságához a pályázat megjelenésétől számítva 14 nap alatt nyújtandók be. A javadalmazásra részletes felvilágosítást az intézet gazdasági hivatala d. e. 12 óráig ad.

B u d a p e s t, 1919 október.

Budapest-lipótmézei magy. állami elme-gyógyintézet.

## Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Dyphtheriaserum

Budapest, II. ker., Margit-körut 45.

# PURGO

az ideális hashajtó  
gyermekek, felnőttek és fekvő-  
betegek részére

# MERLUSAN

bevált antilueticum és antigonorrhöicum

# EBAGA

zsírtalan kenőcsök  
dermatologiai és ophthalmologiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár  
Budapest

# Sanguiferin

Dr. Pally

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

Tonicum

Neuroticum

Haemodynamicum

Stomachicum

Roborans

Anaemia

Chlorosis

Neurasthenia

Ideges kimerültség

Táplálkozási zavarok

Fejlődési visszamaradottság

Gyermekágyas és szoptató nők  
vérszegénysége esetében stb.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és serum-intézet r.-t.  
Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

Dysenteria-szérum  
Streptococcus-serum Meningococcus-serum  
Skarlát-serum

Tetanus-serum Himlőnyirok Dyphtheria-serum

„Opsogon” „Opsodermin”  
gonococcus fertőzéseknél staphylomykosisoknál  
polyvalens specifikus vaccinák

Orvosi diagnosztikai laboratorium  
Speciális kurzusok a laboratóriumi diagnostika,  
oltóanyag- és serum-termelés minden szakából

Autovaccinae Tuberkulin Diagnostica

Vaccinae prophyl. et curativ. pro usu hum et vet.

Sera polyvalent. pro usu hum et veterin.

Értesítem az orvos urakat, valamint  
az igen tisztelt vevőimet, hogy az

## Összes orvosi műszerek

és berendezési tárgyak már nagy  
választékban raktáron vannak és

azonnal szállíthatók.

## Máté Mihály

orvosi műszerész

Budapest, IV., Múzeum-körút 31. szám.

TELEFON: József 103-74.

## Sulfotin

Kalium sulfoguaajacolicum syrup, békebeli minőségben  
200 gr-os üvegekben.

## Arsotonin

a monomethydnatriumarse-  
nat isotonias oldata steril  
ampullákban, subcutan in-  
jektiokhöz.  
20 és 100 ampulás csoma-  
golásban

## Domopon

Az összes opium alkaloidia-  
kat tiszta állapotban tartal-  
mazó készítmény.

Tablettákban, ampullákban  
és üvegekben.

## Novatropin

## Strychnotonin Protal

## Cadogel Domargin

## Ventrobaryt

## Retrobaryt



## „CHINOIN”

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.  
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)

UJPEST

# Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

## ANAESTHESIN

helybeli  
tartós hatású anaesthetikum.

Nem mérgező, nem izgató hatású, belsőleg és külsőleg gastralgia, sebfájdalmak ellen stb.

Adagja:

Külsőleg: 5–20% vagy substanzában.  
Belsőleg: 0,25–0,5 g étkezés előtt.

## ALIVAL

szerves  
jódkészítmény.

Injectiókra, külsőleg és belsőleg, 63% jód, jól tűrik. Lues, arteriosclerosis stb.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 20 tabl. à 0,3 g  
5, ill. 10 amp. à 1 g Alival.

## MELUBRIN

igen hatásos  
antirheumatikum.

Belsőleg és subcutan jól tűrik.  
3–4-szer napjában 1–2 tableta à 1 g.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 25 tabl. à 1 g.  
10 amp. à 2, ill. 4 ccm.

# ALBARGIN

(gelatose ezüstnitrat)

igen hatásos

## ANTIGONORRHOICUM.

Tulajdonságai:

Nem izgató, erősen baktericid, könnyen oldódó és tartós, erősen mélyreható.

Indikációk és adagolása:

**Urologia:** Heveny és idült gonorrhoea 0,1–2%. Urethritis posterior és cystitis 3%. Prophylaxis 5–10%.

**Ophthalmologia:** Blennorrhoea neonatorum stb. 1–10%.

**Fogászat:** A Highmor-üreg idült empyemája 0,1–2%. – Dentinanaesthesia.

**Belsőleg:** Enteritis membranacea, bacillusos dysenteria. 2 tableta  $\frac{1}{4}$  liter vízben klizmában.

Eredeti csomagolás:

20 tableta à 0,2 g.

50 tableta à 0,2 g.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

## HYPOPHYSIN

bevált  
uterustonikum.

Állandóan hatásos, steril oldata injectióra és belső használatra.

Eredeti csomagolás:

Ampullák à 0,5 és 1 ccm. dobozokban  
3, 5 és 10 darab. Üvegben 10 ccm.

## TUMENOL

kénes  
kátránykészítmény.

Szagtalan, nem izgató, viszketést csillapító és gyulladást gátló szer ekzema ellen.

Adagolása:

1–20% kenőcsök, tinktura, ecsetelések stb.  
Legjobb vényforma: Tumenol-Ammonium.

## HEXOPHAN

íznélküli  
antiarthritikum.

Jól tűrik, húgysavoldó, diuretikus.  
Belsőleg: 3-szor napjában 1 g; subcutan 0,5 g.

Eredeti csomagolás:

10 tableta à 1 g  
20 „ à 1 g.

# ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:  
IX., Knezits-utca 15.

ALAPITOTTA:  
MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA  
ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal  
IX., Knezits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ÉS KIADJA  
LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Egyes számok kaphatók Killán  
Frigyes egyetemi könyvkeres-  
kedésében (Váci-utca 32 sz.)  
Egyes szám ára 2 korona  
50 fillér.

Küldemények és előfizetések címe  
Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:  
1919 novemberbertől:

egész évre — — — 120 kor  
fél évre — — — 60 "  
negyed évre — — 30 "  
Orvostanhalgatók, szigorló  
orvosok és a kötelező kórházi  
gyakorlatot teljesítők a felét  
és a portót fizetik.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

Hoór Károly: A keratitis parenchymatosza egy eddig nem ismertetett alakja. 377. lap.  
Kenéz Lajos: Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegy-i különleges gyógy-  
intézetéből. (Vezető-őorvos: Róth Miklós dr., belklin. tanársegéd, ezredorvos.) Röntgen-  
vizsgálatok a háborús szivről és a szívnek strychnin hatására észlelhető megkiseb-  
bítéséről. 379. lap.  
Magyary-Kossa Gyula: Az orvos helyzete a régi magyar társadalomban. 381. lap.  
Vámosy Zoltán: † Bókay Árpád. 383. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. N. Ortner: Klinische Symptomatologie innerer Krank-  
heiten. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosan. H. Pollitzer: Volumen pulmonis  
diminutum. — Krokiewicz: Carcinosis miliaris acuta. — Curschmann: A Meniève-  
tünetcsoport. — Rosenfeld: Háborús adatok a diabetes ismeretéhez. — Wildbolz: Activ  
glümököros góczok kimutatása. — Sebészeti. Haberer: Gyomorékély-átúródás esete. —  
Bonne: A bőr alá teckendezés és infusio helye. — Venereus betegségek. Hoffmann:  
A syphilis korai diagnózisának helyes megállapítása és a salvarsantherapia. 384—385. lap.  
Magyar orvosi irodalom. 386. lap.  
Vegeyes hírek. 386. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A keratitis parenchymatosza egy eddig nem ismertetett alakja.

Írta: Hoór Károly dr., egyetemi nyilvános rendes tanár, a budapesti  
II. sz. szemklinika igazgatója.

Mikor 1908-ban a magyar szemorvosok egyesülete  
pünkösdi nagygyűlésén a keratitis parenchymatosáról referáló  
előadást tartottam, melyet később a „Szemészet” 1908. évi  
2. és 3. számában közzétettem és melyet a következő évben  
részben kibővítve német nyelven készségesen bocsátottam  
közlés végett Vossius rendelkezésére, olyan szembajról szá-  
moltam be, melyet közel 20 éven át állandóan különös  
figyelemmel kísértem, úgy hogy annak minden egyes a  
klinikára és magángyakorlatomba került esetét elejétől végig  
megfigyeltem, a mennyire ez egyáltalában lehetséges volt.  
Az ily módon végigélesztett esetek száma akkor 112 volt,  
körülbelül ugyanannyit tett ki a végig nem észlelt eseteknek  
száma, de ezeket is a baj különböző szakaiban vagy az  
ambulancián, vagy csupán rövidebb ideig a klinikán tartóz-  
kodásuk alatt ismételtlen megvizsgáltam.

A megfigyelt eseteknek száma azóta éppen meghárom-  
szorozódott; hiszen a keratitis parenchymatosza nem tartozik  
a ritka szembajok sorába, a mennyiben az összes szem-  
bajoknak 0.50—0.60%-át teszi.

Referáló előadásom irodalmi részének összeállításakor  
alig találtam olyan, a szokott kórképtől akár megjelenésé-  
ben, akár lefolyásában eltérő esetet, melylyel egészen azonosat,  
vagy hozzá legalább nagyon közelállót ne láttam volna, és  
az azóta, tehát 10 év óta megfigyelt esetek során sem fordult  
ilyen elő.

Annál jobban meglepett tehát, mikor röviddel ezelőtt a  
keratitis parenchymatosza megjelenése és kifejlődése módjá-  
nak olyan esetével találkoztam, a milyent eddig sohasem  
láttam és a milyent eddig tudtommal soha senki sem írt le.

A keratitis parenchymatosza megjelenésének módja a  
gyakorlóság sorrendjében a következő:

1. Az esetek túlnyomó nagy többségében a legelső  
objectiv tünet a conjunctivalis és episcleralis vérerek be-  
lőveltsége. A belőveltség rendszerint felül az aequatornál,  
vagy azon valamivel innen kezdődik, a vérerek egymással  
sokszor nagyjából párirányosan haladnak a szaruhártya felső  
segmentumának megfelelő szélességében. Ezzel a belőveltsé-  
séggel egyidejűleg, vagy csak nagyon rövid idővel később,  
a mi esetleg csak néhány órára, vagy 1—2 napra terjed, a

limbus felül 8—12 mm. hosszúságban feltűnően kivörösödik  
és nem ritkán lényegesen megduzzad, ezt a limbus épau-  
letteszerű dagadásának mondják. Ehhez csatlakozóan és vele  
concentrikusan csakhamar ott látjuk a szaruhártya beszűrő-  
dését szürkés, többé-kevésbé sűrű homály alakjában. Ez az  
eleinte csak 0.5—0.75 mm. széles homály azután tovább  
terjed vagy úgy, hogy mintegy függöny módjára ereszkedik  
le, vagy úgy, hogy hozzá csatlakozóan hasonló homályosság  
a szaruhártya felső-belső és felső-külső kerületén jelent-  
kezik, a sávyszerű homály szélesedik és egyúttal a kerület  
mentén tovább terjed, míg végre az egész szaruhártya vagy  
annak kisebb-nagyobb része befutott üveg módjára ho-  
mályos. Ez a leggyakoribb képe a keratitis parenchyma-  
tosza megjelenésének és kifejlődésének, a mely kifejlődési  
typustól semmiképp sem indokolt az elkülönítés, ha a homály  
nem éppen felül, hanem felül-belül, felül-kívül vagy oldalt  
kezdődik, a mi kivételes. Alul jóformán sohasem indul meg.  
Épp oly kevésbé tekinthetem más megjelenési alaknak *Morax*  
„type ségmentaire“-jét, mikor a homály nem foglalja el az  
egész corneát, hanem annak csupán egy részét s esetleg  
többé-kevésbé háromszögletű, ékalakú, sectorszerűt.

2. Az esetek kisebb számában a szaruhártya közepén  
vagy ahhoz közel apróbb-nagyobb, fehéres-szürke, elmosó-  
dott határú foltok jelentkeznek, melyeknek száma mindinkább  
szaporodik és melyek a kerület felé terjednek, hol jóformán  
egyenletesen minden irányban, hol sűrűbben az egyik vagy  
a másik irányban. A cornea közepén azonban mindig leg-  
sűrűbbek és itt nagyobb foltokká folynak össze. Végül az  
egész corneát vagy annak legnagyobb részét ellepik. Ennél  
a megjelenési alaknál a conjunctivalis és episcleralis be-  
lőveltség már a baj kezdetén az egész bulbusra ráterjed,  
tehát nem úgy, mint az első helyen ismertettnél, a hol  
eleinte csak felül mutatkozik a belőveltség.

3. Aránylag és absolute is ritka alakja a keratitis  
parenchymatosának *Vossius keratitis parenchymatosza cen-  
tralis annularisa*, melynél egy elég sűrű, 0.5—1½ mm.  
széles gyűrűalakú homály a szaruhártya közepi részét fogja  
körül. A gyűrűalakú homálytól körülövezett szaruhártya  
rendszerint igen sokáig egészen vagy legalább eléggé át-  
járható marad. A homályban hol több, hol kevesebb ujonnan  
képződött véreteret látunk.

Semmivel sem indokolt, ha nem centralisan, hanem  
inkább periferián elhelyezett gyűrű esetén keratitis annu-  
laris perifericáról szólunk, vagy keratitis semiannularisról,  
mikor a homály nem alkot zárt gyűrűt, a mint azt ismételtlen  
megállapíthatjuk. *Vossius* maga nem helyez súlyt a gyűrű

centralis vagy periferiás elhelyezésére, de az egész klinikai képnek a keratitis parenchymatosa egyéb megjelenési alakjától kétségtelenül feltűnő eltérése a külön elnevezést teljesen indokolja.

4. A keratitis punctata profunda s. keratitis interstitialis punctiformis specifica (*Mauthner* és *Hock*) a keratitis parenchymatosa ugyancsak elég ritka alakja, midőn a szaruhártya saját szövetének különböző rétegeiben élesen körülírt, gombostűhegynyi, apró gombostűfej nagyságú szürkés-fehér foltok keletkeznek, rendszerint igen gyorsan; a foltok nem folynak össze és aránylag elég gyorsan el is tűnhetnek.

A keratitis parenchymatosának erről a négyféle alakjáról tudunk. A fenti leírásban a megjelenésnek csupán leg-sarkalatosabb tüneteiről emlékeztem meg, melyek azonban eléggé megvilágítják a lényeges különbséget, mely közöttük és leírandó esetem megjelenése módja között fennáll.

A keratite parenchymateuse grave ou maligne (*Abadie*), a keratite interstitielle irrégulière (*Galezowski*), a keratite parenchymateuse graisseuse (*Cuignet*) és a keratitis phosphatica (*Ammon*) egymástól csupán a kimenetelben különböznek, megjelenésük módja ellenben a keratitis parenchymatosa diffusaéval azonos, melyet fentebb ismertettem.

Nyomatékosan utalok arra, hogy a keratitis parenchymatosának a cornea beszűrődése *sohasem esik szét genyesen, fekélyképződésre a corneán sohasem kerül a sor*; ezt *Vossius*, *Mauthner* és *Hock* a keratitis annularisról és a keratitis punctiformisról külön is megállapítja, midőn a nevezett megfigyelők első ízben közlik a keratitis parenchymatosának ezt a két megjelenési és kifejlődési alakját. A keratitis parenchymatosa diffusáról, melynek megjelenési alakját és módját a két első helyen közöltem, ezt a körülményt minden tankönyv megállapítja és ez különben is általánosan elfogadott, ismert és tudott dolog.

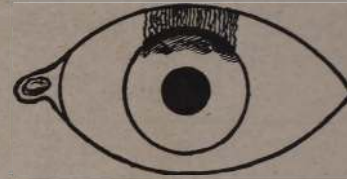
\* \* \*

Midőn esetemben a szemet először láttam, a bal szemem, csupán felül, azt a conjunctivalis és episcleralis be-löveltséget állapíthattam meg, mely a keratitis parenchymatosa diffusa első tünete szokott lenni akkor, mikor az felül a corneában kezdődik. (L. a sémás rajzot.) Két nappal később a vérerek felül a limbuszt elérték és a következő napokon a limbus felül elég nagy kiterjedésben élénken kivörösödött és tekintélyesen megduzzadt, teljesen úgy, a mint azt a felül kezdődő keratitis parenchymatosánál rendszerint látjuk. Közvetlenül ehhez az épauleteszerű limbus-duzzadáshoz rövidesen a cornea sűrű beszűrődése csatlakozott; a beszűrődött, tehát homályos rész koncentrikusan haladt végig a duzzadt limbus-résszel, egyenlőtlen szélességű volt, szélessége helyenként körülbelül 0.5, helyenként 1.75 mm. volt, hossza húr irányában mérve az egyik végétől a másikig 13 mm.

Eddig tehát a kórkép miben sem különbözött a keratitis parenchymatosa ismeretes megjelenési alakjától. Rövidesen azonban a beszűrődés szürkés-sárga színt öltött, a hám kikopott felette, a szövetkikopás mind mélyebbre terjedt és csakhamar nagy kiterjedésű, egyenetlen, kimart szélű mély fekély keletkezett. (L. a rajzot.) A fekély alakja eleinte nagyon lepedékes volt, majd megindult a kóros részek leválása és a fekély helyén oly mély szövetvesztés mutatkozott, hogy csupán a Descemet-szövet maradt meg, melyen át a szivárványhártya feketésen áttetszett. Az itt a végsőig megvékonyodott cornea azután egész hosszában a fennálló fekélynek megfelelően csakhamar annyira kidudorodott, hogy az áttöréstől minden pillanatban tartani kellett. Ez szerencsére elmaradt és a limbus véreire feltűnő sűrűségben lepték el a kiboltosult részt, úgy hogy a már kezdetben is épauleteszerűen kidagadt limbushoz most már egy második, vörösszínű, hurkászerű kidudorodás csatlakozott. Ez a kidudorodás 6—8 nap alatt mindjobban lelapult és a görbület itt újból jóval közelebb a rendeshez, valószínűleg azért, mert az újonnan képződött vérerek alatt a hámszövet regenerálódott és az így vastagságban nyert cornealis, illetőleg hegszövet az intraocularis nyomásnak ellenállhatott. Az épp

említett részlethez csatlakozóan azután a cornealis szövet beszűrődése centripetalisan tovább terjedt lefelé, egészen úgy, a mint azt minden typososan jelentkező és terjedő diffus keratitisnél látjuk.

A kötőhártyáról a baj kezdetén vett váladékban csupán néhány coccuszerű képletet és több xerosis-bacillust találtunk; a fekélyt nem mertem bakteriologiai vizsgálat céljából bolygatni, mert a mélységbeterjedése valósággal rohamosan történt. A Wassermann +++ pozitív volt, a betegnek nyereggorra van, néhány apró keményebb nyaki nyirok-mirigye kitapintható.



Öt héttel a bal szem megbetegedése után a jobb szem is megbetegedett. A baj ezen a szemem jóformán teljesen úgy indult meg, mint a másikon, azzal a különbséggel, hogy az ugyancsak épauleteszerűen duzzadt limbushoz csatlakozóan éppen oly módon jelentkezett koncentrikus beszűrődésnek csupán a felületes rétegei koptak ki, a hámszövet tehát nagyon sekély volt és sekély maradt. Ujonnan képződött felületes vérerek ide alig terjedtek át.

Csupán körvonalakban ismertetett esetemnek összevetése a keratitis parenchymatosának a bekezdésben említett kifejlődési képeivel minden kétségen felül mutatja, mennyire tér el amaz az ismert kórképek mindegyikétől; mert az, hogy a baj jóformán fekélyesedéssel indul meg, az egyik megjelenési alaknál sem fordul elő. A keratitis parenchymatosa mély beszűrődése, a mint tudjuk, a további lefolyás rendjén sem genyed el, nem hogy fekélyképződéssel venné mintegy a kezdetét, a mint az a mi esetünkben történt.

Arra is lehetne gondolni, hogy voltaképpen a szaruhártya széli fekélyesedése volt az eredeti megbetegedés és ehhez csatlakozott a parenchymás keratitis, a fekély szolgáltatta mintegy az „alkalmi okot” a parenchymás keratitis kifejlődésére.

Ez a feltételezés egy újabb esettel szilárdítaná meg azoknak a nézetét, kik azt vallják, hogy dyskrasiás egyénen egy, magában véve lényegtelen laesiója a szaruhártyának, így például annak csupán sérüléssel eróziója is, megindítója, alkalmi oka, kiváltója lehet a keratitis parenchymatosának, mely azután, mint jóformán egyébként is minden egyes esetben, a másik szemem is jelentkezik.

Tudjuk, hogy ez a munkás-balesetbiztosítás szempontjából nagyfontosságú kérdés már ismételtelen foglalkoztatta és két ellentétes táborba sorakoztatta főleg a német szemorvosokat. Részint concret eset kapcsán, részint ebből az esetből kifolyólag gyűléseken vitatták meg a kérdést, anélkül azonban, hogy az egyik fél a másikat érveinek helyes voltáról meggyőzhette volna.

Igy az említett concret esetben *Perlia* és *Nieden* amellett érvelt, hogy sérülés volt az alkalmi oka a keratitis parenchymatosa kitérésének; *Thier*, *Leber*, *Michel* az ellenkezőjét állította. A rajna-westpháliai szemorvosok összejövetele, majd a heidelbergi ophthalmologiai congressuson, a hol a kérdés újabb vita tárgya volt, *Perlia*, *Nieden*, *Scheffels*, *Limbourg*, *Guillery*, *Pfalz*, *Plange*, *Greef* nézete szembe került *Hippel*, *Hummelsheim*, *Peters*, *Hessberg*, *Schirmer* és mások ellentétes felfogásával.

Jóllehet elismerem *Hippel*, *Hummelsheim*, *Michel* és mások véleményének helyes voltát, hogy tudásunk mai állásánál az aetiologiai összefüggést trauma és keratitis parenchymatosa között nem tekinthetjük beigazoltnak, az kétségtelen, hogy tudásunk mai állásánál ezt az aetiologiai összefüggést éppen oly kevésbé zárhatjuk ki. Én legalább ismételtelen azt a benyomást kaptam, hogy egyik-másik esetemben a cornea előzetes, másnemű megbetegedése adta meg a



lökést a keratitis parenchymatosa kifejlődésére, így például a sűrűn ismétlődő conjunctivitis lymphatica.

Esetünk különben ennek a nézetnek érdekében nem értékesíthető, mert esetünkben valójában a keratitis parenchymatosa egy eddig nem ismert, tehát kétségen kívül szerfelett ritka megjelenési, illetőleg inkább kifejlődési alakjáról lehet csak szó. Emellett bizonyít az a körülmény, hogy a baj teljesen úgy kezdődött, mint minden más, felül meginduló keratitis parenchymatosa, a sajátos conjunctivalis és episkleralis belöveltséggel, a limbus épauleteszerű dagadásával és közvetlenül hozzá csatlakozóan a cornea mély beszűrődésével, úgy hogy a hozzáértő egy pillanatig sem kételkedhetett, hogy itt keratitis parenchymatosával van dolgunk; csupán akkor változott meg a kórkép teljesen, mikor a beszűrődött rész genyesen szétesett és mély fekélylyé alakult át, mert akkor a kórkép csupán a kiterjedt és mély széli cornealis fekély diagnózisát engedte. A már feltisztult fekély emlékeztetett némileg a szerfelett ritka széli-barázda-keratitisra, mely a gerontoxon egy részének szétesése révén, vagy azáltal keletkezik, hogy a mindjobban szélesedő arcus senilis felett a cornea lényegesen megvékonyodik és itt mélyebb barázda keletkezik. A megvékonyodott rész azután az intraocularis nyomásnak engedve kitüremkedik. Erről a cornealis senilis széli-atrophiáról természetesen szó sem volt.

A másik szemnek is keratitis parenchymatosában történt megbetegedése korántsem szól a „fekély mint alkalmi ok” ellen, mert mindazokban az esetekben, melyekben a dyskrasiás egyén valamelyik szeme egészen lényegtelen sérüléssel összefüggően keratitis parenchymatosában megbetegedett, a másik szem is előbb vagy utóbb ugyanabban a bajban betegedett meg. Ellene szól azonban a „fekély mint alkalmi oknak” az a körülmény, hogy a jobb szem jóformán éppen olyan tünetek között betegedett meg, mint a bal, csak hogy itt a hámkikopás a mély beszűrődés fölött felületes maradt, a mély fekélyesedés elmaradt.

Ezek után megállapítható, hogy megfigyelésünk tárgya a keratitis parenchymatosának egy teljesen atypusos, kétségtelenül szerfelett ritka és tudtommal eddig nem ismertett megjelenési és kifejlődési alakja.

Esetünkben a baj lefolyásának időtartama megegyezett a keratitis parenchymatosa súlyosabb természetű esetei lefolyásának időtartamával.

Kimenetele az atypusos jelentkezésének és továbbfejlődésének megfelelt, a mennyiben a balszemen ott, a hol a mély szaruhártya-beszűrődés, majd fekély állott fenn, sűrű, ovalakú homály maradt, a mint mást várni nem is lehetett. Kerületi fekvésénél fogva azonban ez a sűrű homály nincs kedvezőtlen befolyással a látásra.

A szaruhártya többi része, mely a keratitis parenchymatosánál megszokott beszűrődés minőségét mutatta, jóformán egészen feltisztult. Éppen így fejeződött be a folyamat a jobb szemben, melyen a szaruhártya felső szélén ugyancsak ovalakú homály maradt, mely azonban távolról sem olyan sűrű, mint a balon.

A kimenetelben is fennáll tehát az eltérés, mert a keratitis parenchymatosa-esetek túlnyomó nagy többségében éppen a szaruhártya közepi része az, mely legkésőbb és aránylag leghiányosabban tisztul fel.

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

### Röntgen-vizsgálatok a háborús szívről és a szívnek strychnin hatására észlelhető megkisebbedéséről.

Irta: Kenéz Lajos dr., a Röntgen-laboratorium vezetője.

A rózsahegy-i gyógyintézet változatos belbeteg-anyagán, mintegy 14.000 beteg mellkasának átvilágításával kapcsolatban, feltűnt, milyen sok esetben találunk megnagyobbodott szívet a frontról visszatérő katonákon, akik hosszú hónapokon át súlyos harcztéri fáradalmakon mentek keresztül és onnan

visszakerülve, nálunk csupán könnyű tüdőcsúcs miatt álltak orvosi gyógykezelés alatt. E betegeknek szívükre vonatkozólag semminemű panaszai sem voltak.

E megfigyelésekből indultak ki vizsgálataink s ennek a kérdésnek tanulmányozása céljából végeztünk 1000 beteg orthodiagraphiai vizsgálatot a szív pontos nagyságának megállapítása céljából. Megjegyzendő, hogy betegeinket általában véve 9 hónap telt el a frontról való visszatérés után, mire észlelésünk alá kerültek. „Orthodiagraphikus vizsgálatok a háborús szívről” című közleményemből azt a következtetést vonhattam le, hogy 9 hónappal a frontról való visszatérés után egyenletesen megnagyobbodott szív volt jelen 112 esetben, amelyből mindkét szívfél egyforma megnagyobbodást mutatott 62 esetben, mindkét irány főleg balfelé 20, mindkét irány főleg jobbfelé 30 esetben. Tisztán csak balfelé 78 esetben, csak jobbfelé 88 esetben. Összesen 288 esetben, 28·8%-ban.

Mindezekből következtetni lehetett 1. hogy milyen nagy százalékban észlelhető a szívmeagnagyobbodás minden subjectív panasz nélkül, akár a frontról való visszatérés után hosszú hónapok múltával vizsgálunk, és hogy az egyenletes megnagyobbodás mellett mennyire praevalált a jobbfelé megnagyobbodás, 2. hogy a szív hosszú hónapokon át történő fektetésekor spontán milyen kis tendenciát mutat a visszafejlődésre.

Ezekből közvetlenül adódott, hogy vizsgáljuk, vajjon a szívmeagnagyobbodást csakugyan a háború psychés, avagy physikai követelményei létesítették-e, miáltal van feltételezve a szívmeagnagyobbodás, csökkent-e a szív teljesítőképessége, a már egyszer megnagyobbodott szív visszafejlődik avagy visszafejlészthető-e, indikált-e annak megkisebbitése, a visszafejlésztes miképp érhető el, mit használtak eddig e célból és mit használtunk mi a megnagyobbodott szív megkisebbitésére.

E kérdések egyik-másikával már fentjelzett dolgozatomban is foglalkoztam. Nyert adataink kétségtelenül bizonyították, hogy a szív diffus vagy partialis megnagyobbodása a harcztéri megerőltető szolgálat, fárasztó menesztelések következménye.

Ugyancsak kifejtettük, hogy miáltal van feltételezve a szívmeagnagyobbodás. Ez az esetek legnagyobb többségében hypertrophiával magyarázható. Nagy vita indult meg afölött, hogy a megnagyobbodásban dilatatio is szerepel-e? A vélemények erre vonatkozólag annál inkább eltérőek lehetnek, mert pl. Henke 100 esetben végzett sectiót és szívtágulást még mellékleletképpen sem észlelt. Hasonlóképpen Schlesinger sectio alkalmával egyszer sem észlelt dilatatiót, pedig ő oly munkásokon végezte a bonczolást, akik nagyon is túlerőltető munka közepette véletlen szerencsétlenség folytán hirtelen pusztultak el. Ezekkel a bonczolási eredményekkel szemben igen értékes Hässner-nek közleménye (Virchow's Archiv, 1916), mely szerint a hatodik hónaptól kezdve nagy százalékban észlelhető pathológiás szívelet. Ezek szerint a leggyakoribb a bal kamara hypertrophiája, amivel sokszor a bal, illetőleg a jobb kamara dilatatioja van egybekötve. Feltűnt egy esetben, hogy csak a jobb kamara dilatatioja volt jelen, a bal kamara hypertrophiája nélkül. 3 esetben pedig a jobb kamara annyira dilatálódott, hogy fala egészen papírvékony volt. Klinikusoknak sokszor állt módjában acut dilatatiót észlelni. Reiche, Gerhardt, Bezold vizsgálatai mellett szóltak, hogy acut dilatatiók előfordulnak. Ezt bizonyították Hornung vizsgálatai, továbbá azok a Röntgen-képek, melyek a testi túlerőltetések előtt, illetve után készültek. His klinikáján is lehetett észlelni dilatatiót a frontról közvetlenül visszatérő katonák szívében. Kaufmann is felveszi, hogy megnagyobbodás esetén nemcsak hypertrophiák, hanem dilatatiók is szerepelnek, amelyek testi túlerőltetések behatására nemcsak szenvedett szívizom mellett, hanem ép szíveken is jelentkezhetnek. Nekünk is voltak eseteink, melyekben a dilatatio kifejlődése már megfigyelésünk alatt álló betegen volt észlelhető s éppen ezért felvesszük, hogy hypertrophiák, illetőleg dilatatiók szerepelnek tisztán egymás mel-

lett, vagy egymással kombináltan a szív volumenjének megváltozásában.

Mindezekkel a vizsgálatokkal megismerhettük, hogy vannak szívmegnagyobbodások, melyek testi túlerőltetések behatására következhetnek be és bebizonyult, hogy a megnagyobbodásban hypertrophia mellett dilatatio is szerepelhet. Vizsgálatainkat abban az irányban végeztük ezután, hogy a már egyszer megnagyobbodott szív spontán megkisebbedhet-e, avagy megkisebbíthető-e? Erre vonatkozólag *Maass* és *Zondek* vizsgálatai azt mutatták, hogy a dilatatiók a frontról való visszatérés után 10 hét múlva sem mutatnak semmi lényeges visszamenési tendenciát. Ezzel szemben *Zehbe* észlelte, bár csak nagyon kis számmal, hogy szívdilatatio eseteiben a megnagyobbodott szív többheti kezelésre megkisebbedett, sőt észlelt egy esetet, amelyben a megnagyobbodott szív a normalisra tért vissza. Hasonlóképp *Wenckebach* és *Kaufmann* közül eseteket, melyekben 4 heti kirukkolásra létrejött szívmegnagyobbodások többheti nyugalomra és kezelésre visszafejlődtek. Nekünk is voltak ilyen eseteink a szívbeteg-osztályon, melyekben a szív megkisebbedése pontos orthodiagraphikai vizsgálattal volt megállapítva.

Mint hogy egyes esetekben észlelhettük a szív megkisebbedését, akaratlanul is arra a gondolatra jutottunk, vajjon nem bírunk-e, vagy nem juthatnánk-e oly gyógytényezők birtokába, melyekkel nagyobb számmal sikerülne a szív megkisebbitése. E megfontolással kapcsolatban arra is kellett gondolnunk, hogyha már lehetséges is a megkisebbités, vajjon indikált-e annak keresztülvitele, hogy az minden esetben keresztülvihető-e s nem bírunk-e oly tünetcomplexummal, melynek alapján előre megmondhatnánk, hogy a megkisebbedés be fog-e következni, vagy nem?

Hogy várható-e a szív megkisebbedése, erre vonatkozólag tudnunk kell, hogy a háborús szívnek megnagyobbodását különbözőképpen ítélték meg. Egyesek (pl. *Schieffer*, *Dietlen*, *Moritz*) úgy fogják fel, mint a sport alkalmával beálló megnagyobbodást, mely nem egyéb, mint a megerőltetések folytán létrejött izomnövekedés. E felfogás hívei a prognosist illetőleg kedvező jelnek tekintik a megnagyobbodást és mint a szív megerősödéséről beszélnek. Egyesek viszont leírják olyan gyorsan beálló megnagyobbodást, mely néhány nap alatt a normalisra tér vissza. Az ilyent másként, mint dilatatiós alapon létrejövő és fennálló megnagyobbodást nem lehet felfognunk. A kettő között van átmenet, a *Moritz* által megadott dilatativ-hypertrophia képe. Az első esetben a szívmegkisebbités nem jöhet szóba, megváltozik azonban a helyzet, ha a megnagyobbodást dilatatio tartja fenn, vagy legalább is a hypertrophiához dilatatio társul. Hogy dilatatio milyen gyakran fordul elő, bizonyítja *Hässner*-nek már leírt sectiós leletei. A mi klinikai anyagunk is töltött annyi időt a fronton, mint *Hässner* sectiós anyaga és elváltozás ezeken is bekövetkezhetett és valóban ezek 9—10 hónap múlva is 28·8%-ban mutattak szívmegnagyobbodást, melyből leggyakoribb az egyenletes megnagyobbodás, azután pedig a szív jobbfelé való megnagyobbodása. Klinikai észleleteink alapján a szívnek jobbfelé ily nagy százalékban nyerhető és tartós megnagyobbodását csak úgy tudnók megmagyarázni, hogy a jobb szív fala vékony izomzattal bír, hypertrophiára kevésbé alkalmas; ha a követelmény nagy, akkor hamarosan tágulás következik be és a már dilatált szív nem mutat tendenciát a megkisebbedésre.

Összehasonlítva klinikai vizsgálataink eredményeit *Hässner* sectiós leleteivel, azok teljesen megegyeznek. Ugy a sectio, mint a klinikai vizsgálat bizonyítja, hogy még hosszú hónapok után is nagy százalékban van jelen megnagyobbodás, mely sokszor különösen jobbfelé dilatatióval tartatik fenn és a tágult szív spontán minimalis megkisebbedési tendenciát mutat. A dilatatio felvételének tehát megvan az alapja. Amint észlelhető volt acut szívmegnagyobbodás, amely néhány nap alatt visszament, amely csak dilatatiós alapon volt felvehető, ennek analógiájára a fent kifejtett klinikai és sectiós lelet alapján szóba jöhetett a tágulással létrejött és bár már huzamosabb idő óta fennállott szívmegnagyobb-

odásnál a szív megkisebbitésére való törekvés és az azt célzó kísérletezés.

Hogy a kisebbedés mikor következik be, erre vonatkozólag mondhatjuk, hogy nem rendelkezünk olyan biztos tünet-complexummal, amelynek segítségével erre előre megadhatnánk a feleletet. Sokszor igyekszünk a pulsus és szívverés viselkedéséből megállapítani, hogy mennyi jut a megnagyobbodásból a hypertrophia és mennyi a tágulás számlájára, amely utóbbi a szív izomzatának gyengülésével, petyhüdt voltával idéztetik elő. A orthodiagraph nagysága és formája sem absolut bizonyíték. *Krehl* mondása: „Keinesfalls wird durch die blosse Untersuchung im Leben zwischen Hypertrophie und Dilatation zu unterscheiden sein“ nagyon helyes, és mint-hogy a megkülönböztetés előre nem sikerül, minden megnagyobbodott szív esetén hozzáfogtunk a szív megkisebbitésének keresztülviteléhez.

Régóta ismeretesek azok a vizsgálatok, amelyeket abban az irányban végeztek, hogy a megnagyobbodott szív különböző gyógytényezők hatására megkisebbedik-e? Mint hogy a pontos nagyság megállapítására legalkalmasabbnak a Röntgen bizonyult, természetes, hogy az összehasonlító vizsgálatok elvégzésére mi is a Röntgent használtuk fel. Nagyon sokan foglalkoztak gyógyszereknek, mérgeknek, különböző physikalis gyógytényezőknek a megnagyobbodott szívre való hatásával. Ilyen irányú pontos vizsgálatoknak köszönhető, hogy megismertük, hogy tágulatok minden therapiás beavatkozás nélkül, csupán nyugalomra vagy kímélésre — a kórosan beható momentum távoltartásával — hosszabb idő után bár, de visszamehetnek. A különböző physikalis gyógytényezők hatásának vizsgálatával többen foglalkoztak, így *Rimbach*, aki manualis massagera szívmegkisebbedést észlelt; ugyanezt *Rumf* oscillatiós áramnak a testbe való vezetésével, *Selig* pedig szív vibratio felhasználásával érte el. Nagyon ingadozók a leletek a fürdőknek a szív nagyságára való hatása szempontjából. *Beck* és *Dohán* szerint meleg fürdő után a szív megkisebbedik, hideg fürdőre pedig ellenkezőleg. *Schmincke* és *Selig* szerint nem lehet szabályt felállítani, mert sokszor individualis különbségeket és eltéréseket kaptak. Szénsavas fürdők hatását illetőleg az eredmények szintén ellentmondók. *Schott*, *Hensen*, *Selig* szerint az egyes indifferens meleg szén-savfürdők után a szív megkisebbedik, *Grünmach* és *Moritz* viszont épp ellenkező eredményeket ért el. *Fürstenberg* és *Scholtz* oxygenfürdők után látott szívmegkisebbedést. *Groedel* szerint a következőket keresztülvitt szén-savfürdő csak akkor hat redukálólag, ha a dilatatio az izomhypertrophia által még nem fixálódik anatomiailag. 2 cm. volt nála a szén-savfürdő hatására elérhető maximális szívmegkisebbedés. Szerinte a vízgyógy módok tagadhatatlanul kitünőek a szív, illetőleg a nagy érre való hatás szempontjából, ennek azonban igazi mértéke nem a szív nagyságának minimalis megkisebbedése, hanem a szív teljesítőképességének növekedése. Gyógyszereknek és mérgeknek a hatásával szintén sokan foglalkoztak, így *Grünmach*, *Bickl* és *Bingel*, *Moritz*, *De la Camp*. Így bebizonyosodott, hogy coffein, alkohol, nicotin, morphium, chloral, chloroform nem bír befolyással a szív nagyságára. Az atropin hatását *Moritz* tanulmányozta és azt találta, hogy a pulsus szaporodásának megfelelőleg a szívárnyék jelentékenyen megkisebbedik. A digitalis hatását 1913-ban *Libansky* dolgozta fel („Orthodiagraphische Kontrolle des Einflusses der Digitalistherapie“); a digalen hatásáról 1915-ben *R. Freund* számol be. Vizsgálatai során több megkisebbedett szív volt észlelhető, sőt észlelt oly esetet, a melyben 4 heti kúra folytán a hosszátmérő 7 cm.-rel és a haránt átmérő 7·5 cm.-rel kisebbedett meg. A vizsgálatok összeredményei amellet szólnak, hogy szerves megbetegedések kapcsán, így myodegeneratio vagy billentyűbántalom folytán létrejött szív-insufficiencia esetében cardiacumra gyakran lehet észlelni a szívtompulat megkisebbedését, illetőleg a szív volumenjének redukálódását.

A háborús fáradalmak folytán megnagyobbodott szív megkisebbitésére is pontos vizsgálatot végeztek. *Wenckebach* és *Kaufmann* leír szívmegkisebbedéseket, a melyenket *Zehbe* is



észlelt néhány esetben. Nagyon értékes munkát végzett ez irányban R. Kaufmann és H. Meyer, a kik eredményeiket „Über therapeutische Herzverkleinerungen“ czímen közölték, még pedig 180 esetben végzett vizsgálatok kapcsán. Észleléseik szerint a fronton létrejött megnagyobbodás sokszor spontan, máskor szénsavfürdőkre visszamegy, de a leggyorsabb, illetőleg a legkiadósabb megkisebbedést szív dilatatio esetén a forcírozott digitalis-kezeléssel érték el. Ez pedig abban állott, hogy háromszor naponként 20 csepp folyékony digipuratumot adagoltak 3—4 héten keresztül. 180 eset közül 11 esetben érték el eredményt, illetőleg a szív volumenjének redukálódását.

Kaufmann és Meyer vizsgálataival egyidejűleg és tőlük függetlenül végeztünk mi is vizsgálatokat abban az irányban, hogy a fronton nagyszámban létrejött szívmeagnagyobbodás eseteiben miképp érhetnénk el a szív megkisebbitését. Erre a célra megfontolásaink alapján a strychnint használtuk.

A strychnin az utolsó évtizedekben mindinkább kiszorult a gyógytényezők sorából, leszámítva bizonyos hűdéseket, a melyekben kétségtelenül kedvező hatása észlelhető volt. A strychnin az angoloknak kedvencz szere volt és Mackenzie ezt a szert mint a legpopulárisabb szívtonicumot említi. Mackenzie sokat foglalkozott e szerrel és figyelte, hogy vajjon nem fejt-e ki valami specialis hatást a szívre, de nem tudta erre a szervre való hatás jeleit megtalálni. Azt találta, a mint a felvett kedvező hatásnak jeleit kereste, hogy az főleg klinikai tapasztalatokon nyugszik és a klinikai tapasztalat enged oly sokoldalú tulajdonságára következtetni. Mint szívtonicum használható lasúbbodott, máskor ellenkezőleg nagyon is izgatott szív működéskor, vagy — mint acut infectiós myocarditisben — nagyon frequens szívactio esetén. Sokszor kedvező hatás észlelhető csökkent vérnyomás, máskor magas vérnyomás esetén és még angina pectorisban is. Wenckebach hasonlóan nyilatkozik a strychninről. Wenckebach az extrasystolék gyógykezelésével kapcsolatban többször adagolja és bár olykor eredmény nélkül, mégis sokszor látott szép eredményt. 1904-ben egy részletesen leírt eset kapcsán jutott nagyon kedvező tapasztalat birtokába. Egy 48 éves férfibeteg szenvedett nagyon súlyos aorta-billentyű-elégtelenségben. Kezelés közben ventricularis extrasystolét kapott a beteg. Minden therapiás beavatkozás felmondta a szolgálatot, míg a naponként adott 2 mgr. strychnin a beteget extrasystolétól prompt megszabadította. A beteg aztán is mindig szedte a szert, a mikor extrasystoléi ismét jelentkeztek, még pedig mindig jó eredménnyel. Wenckebach megjegyzi, hogy pharmacologiai szempontból hihetetlennek látszik, hogy a reflex-tevékenységet fokozó strychnin az extrasystolék gyógykezelésére alkalmaztassék, „jedoch in solchen Sachen hat die Erfahrung am Krankenbette das letzte Wort zu reden und diese ist entschieden eine sehr günstige.“

Ujabbán megint több híve kezd lenni a strychnin-therapiának és a háborús évek irodalmában Schlesinger, Neisser utal arra, hogy az utóbbi években milyen messzire mennek az indicatio felállításakor és a praeparatum adagolásakor. Neisser felhasználja fokozott reflex-ingerlékenységre, az ér- és a légzés-centrumra izgató hatása folytán mint prophylacticumot operatiók utáni shock és collapsus elkerülése céljából. Mint nagyon alkalmas collapsusprophylacticumot adja továbbá typhus esetén a láz egész ideje alatt, akár 3—4 héten keresztül is 2 mgr.-os subcutan adagban, továbbá mint antidotumot kigyó-, cocain-, morphin-mérgezésben. Felhasználja a szívgyógyászatban is. Dekompenzált vitium eseteiben semmi lényeges hatás sem volt észlelhető, de kiterjedt tapasztalatai alapján arra az eredményre jutott, hogy a szív egyes beteges állapotaiban, például ingerlékenységcsökkenés esetén, a strychnintől kedvező hatás várható.

A strychnint használtuk fel mi is a háborús fáradalmak folytán megnagyobbodott szív megkisebbitésére. Felvételünk alapja az volt, hogy mivel kórbonczolástani tapasztalatok bizonyították, hogy megnagyobbodott, dilatált szív jelen lehet nemcsak szenvedett szívizom mellett, hanem ép szív mellett is, arra gondolhatunk, hogy vajjon ilyenkor nem játszik-e szerepet a megnagyobbodásban a szív tonusának

csökkenése, ha pedig igen, akkor valamely szívtonicummal, a szív tonusának növelésével lehetne elérni eredményt, illetőleg szívmegekisebbedést. Így gondoltunk, mint centralis szívtonicumra, a strychninre és hogy felvételünk helyes volt, bizonyítják a strychnin nyújtásával egyes esetekben elért eredményeink. Kaufmann és Meyer ugyanezen tonuscökkenésből keletkezett dilatatio visszafejlődését digitalis útján érték el, az ő felfogásuk szerint az izomra való primaer hatással, mint ők írják „Tonussteigerung des Herzens für sich“ és a mint képzelik, ilyenkor „Die Volumenabnahme dieser erweiterten Herzen unter dem Einflusse von Digitalis kommt durch unmittelbare und allgemeine Tonussteigerung des Herzmuskels zustande“. Mi a tonuscökkenés folytán létrejött megnagyobbodást úgy igyekeztünk befolyásolni, hogy a tonuscökkenést centralis uton, strychninnel akartuk leküzdeni, a mi tulajdonképpen az idegrendszerre való hatás.

De akármiképpen eszközöljük is ilyenkor a szív visszafejlesztését, vajjon indikált-e a megkisebbités? Erre igennel felelhetünk, mert a tonuscökkenés által okozott és fenntartott dilatált szívtől nem várható olyan munkateljesítmény, mint a normalistól. Ha tehát a szívet, fokozva a szív izomtonusát, eredeti nagyságára vissza tudjuk fejleszteni, akkor ez az eredmény határozottan a szív munkabírásának fokozódását jelenti.

(Folytatása következik.)

## Az orvos helyzete a régi magyar társadalomban.

Irta: Magyary-Kossa Gyula dr.

Bármennyi váddal illessük is a régi, aristokratikus berendezésű magyar társadalmat: mégis bizonyos, hogy egységesebb és bensőségesebb volt, mint a mai. Abban a felületes nézésekör zárkózottnak látszó társadalomban több volt a megértés, a kölcsönös megbecsülés, az őszinteség és a testvéri érzület, mint a mai soi-disant demokráciában. Bátran mondhatjuk (s ezt mindjárt bizonyítani is fogjuk), hogy azokban a régenmúlt időkben jobban megbecsülték a tudományos pályán levő embert, ha a sajnálkozásnak bizonyos nemével tekintettek is rá. Ennek a csöndes lesajnálásnak is elég ok-szerű alapja volt: úgy vélték, hogy quoad vitam et valetudinem mégis csak okosabb dolog az Isten szabad ege alatti független foglalkozást keresni, mint egy egész életen át könyvek közé szorulva, betegekkel vesződve, hálátlan klienseknek bókolva, megenni le egyik napot a másik után. Különösen ez az utolsó foglalkozás, a régtől fogva híres orvosi pukkedli, állott mindenkor merev ellentétben a magyar ember természetével. Még a 17. században hazánkat járó utazó Simpli-cissimus, igazi nevéen Grimmelshausen János Jakab (pedig német volt és sokszor a rosszindulat tentájába mártotta a tollát, mikor rólunk írt), még ő is kiemeli, hogy a magyarok szokásaikban udvariasak ugyan, de az üres bókolást lelkiükből utálják. Ez az ősi soron reánk maradt jellemvonás szólal meg (jóízű dunántúli dialectusban) Babóchai József zalamegyei főorvos előttem fekvő kiadatlan munkájában („Az hosszú és rövid életéről való tudósítás“, 1796, 93. oldal) is, mikor az orvosi hivatásról következőleg elmélkedik: „Nagy hivatal az orvosi hivatal; nem elég arra, hogy csak receptet írni tudgyan (!) valaki, hanem, hogy a természet titkaiba is jól bé lássan (!). Bezzeg, ez a munka, ez a dolog! Azért jól meg kell különböztetni a tudós orvost a színes orvostól. A tudós és igaz orvos a nyavalyát gondjára, a nyavalyást pedig lelki esméretére fel venni szokta. Ha a komédiás beszédekben, ha a kéz tsókulásokban, ha a térd hajulásokban és nem tudom más miben állna az orvosi tudomány, akkor a lelki esméretnek helye nem volna“ stb.

A régi magyar társadalom bókolgatás és „színeskedés“ nélkül is szívesen befogadta és megbecsülte orvosainkat. Közéletünk legelőkelőbbjei, hatalmas vagyonnal és befolyással bíró, országot vezető és császár udvarában forgoló magyarok valósággal benső baráti viszonyban voltak a művelt medicinae doctorral. Körösi Gáspár dr., kitől sok érde-

kes, Nádasdy Tamás nádorhoz intézett levél maradt fenn,<sup>1</sup> nem egyszer a palatinus hű fiának (*filiius fidelis*) mondja magát, s mikor a beteg nagyurat a bécsi orvosprofesszorok megkörményezték, figyelmezteti, hogy régi hűséges barátját el ne hagyja az újak kedvéért,<sup>2</sup> sőt egyik levelében megfenyegeti, hogy ha nem válaszol, sose fog többé írni neki. Más alkalommal megkéri, hogy ha levelét Pozsonyban kezéhez kapja, szerezzen neki ottan jó lakást és tisztességes ellátást. Viszont a nádor „*Excellentia vestra*“ és „*frater nobis honorande*“ címmel szokta megtisztelni Gáspár doctort,<sup>3</sup> ki különben a váradi püspököt is „régib barátja“-ként említi.

Számos más előkelőség egykorú írása is bizonyítja, hogy eleink mennyire megtisztelték és társaságukba fogadták az orvost. Így például Bocskay fejedelemnek *Caprioni* doctornak intézett leveleiben (1606) egymást érik az efféle kifejezések, hogy „*Excellentissime et Magnifice Domine, amice mihi honorandissime*“, „*salutem et sinceram affectionis amorem*“ stb. Kőrösi Gáspárt gróf Erdődy Péter, a későbbi horvát bán, is úgy címezi, hogy „*Excellentissimo viro Gasparo Fraxineo, amico suo charissimo*“.<sup>4</sup> Nádasdy Tamást egy bécsi olasz orvos (*Antonio Manio*) is bizalmasan szólítja, komájának nevezi. Széchy Mária, a doctorkodó murányi Vénus, Wesselényi nádor felesége, szintén komám uramnak szólítja a tragikus végű eperjesi orvost és gyógyszerészt, *Weber Jánost*, a feleségét pedig komám asszonyomnak (1669). Gróf Esterházy egyik gyermekének dr. *Slauig* (!) nevű orvos volt a keresztapja, felesége pedig a keresztanyja (1676). Gróf Károlyi Sándor és háziorvosa, Köleséry Sámuel, bizalmas barátságát nagyszámú fenmaradt bensőséges hangú levelük bizonyítja. Belchych János egyik levelében (1559) a „nagyságos“ címmel tiszteli meg az orvost,<sup>5</sup> de ennél is sokkal imponálóbb volt a német városainkban használatos „*edler, ehrenfester und hochgelehrter Herr Doctor*“.<sup>6</sup> Hogy királyaink és előkelőink udvarában az orvos gyakran „*aulae familiaris*“ (belső ember) volt, arra szintén több példát tudnék idézni.

Az orvosi rend megbecsülésének egyik sokatmondó jele, hogy már a 16. és 17. században egész sora a kiválóbb magyar orvosoknak lett kitüntetve a nemességgel. Hogy csak néhányat említek ezek közül: *Augustini ab Hortis*, *Spilemberger Sámuel*, *Debitz Boldizsár*, *Moller Károly*, *Lang J. Ambrus*, *Perliczy*, *Rayger Vilmos*, *Ruland J. Dávid*, *Gömöri Dávid*, *Zeber János Jakab*, *Zágrábi Dabi Mihály* sebész, *Seuler Lukács* stb. (Ezek nemesi diplomái közül heraldikai szempontból legérdekesebb a *Zeber*-é: Hippokratés képe, kezében orvosságos üveggel és a kigyóval, továbbá a *Dabi Mihály* chirurgusé, a ki címerül saját kérelmére három emberfogát kapott.)

A régi magyar nemesi rend és nemesi titulus sokban különbözött az újabb keletűtől. A nemesi címet régebben úgy tekintették, mint *laurea virtutis*-t, mint az igazi kiválóságnak, jelességnek, maga vérén és vagyonán hozott áldozatnak jutalmát, királyi elismerését. Nem volt az pusztán cím, hanem fölemelő kötelesség is: a hazának védelme. A háború veszedelmei elől való „bujkálás“ nemcsak ismeretlen, hanem a közfelfogás és a társadalom morális nyomása következtében szinte lehetetlen is volt. Ha mégis akadt volna ilyen gyáva ficzkó, az menten megkapta volna a maga dísznevét, például azt, hogy „*a Zimmermann kutyája*“.<sup>7</sup>

A régi nemesi rend össze volt forrva a nemzet fogalmával, s a mint valaki nemessé lett, ipso facto a „szent korona tagjává“ (*membrum sacrae regni coronae*) is lett, a kiváltságon és nemesi szabadságon kívül súlyos kötelességvállalással is. A „*noblesse de Lyon*“, vagyis a talmi-nemesség<sup>8</sup> akkor még ismeretlen fogalom volt. Jól használható kortések, hadseregszállítók, ügyes börzematadorok, mindenkor és mindenre felhasználható pártemberek akkor még hiába sóvárogtak a nemesi ármális után. Még nem volt általános Juvenalis mondásának útálatos cinizmusa: „Hogy hol szedted, senki se keresi; az a fő, hogy megvan!“ (Unde habeas, quaerit nemo; sed oportet habere.) Mária Terézia koráig nem akad példája a wertheimszekerény-nemességnek. Csak az ő uralkodása idejében esik meg az a szösz szerint is véres igazságtalanság, hogy a zabern-i ütközetben súlyosan megsebesült Laudon (a későbbi tábornagy) egyszerű nemességet, aféle hitvány „*noblesse de tournistre*“-t kap, a milyenhez minden katonaeber hozzájuthatott, a ki a lege artis történő felfelé mászás közben nem hibázta el a létra fokát; míg Fries, a bankár, gróffá lesz.

Orvosaink nem hoztak szégyent a nemesi rendre, sőt inkább a humanus műveltség díszét és előkelőségét adták hozzá. Vagyonosságuknál fogva nemesi voltukhoz méltóan élhettek is, nem úgy, mint a szegény hétszilvafás, kinek csak „fakó szekér, kenderhám“ jutott. Nem kellett félniök, hogy az akkoriban járatos gúnyszóval illetik majd őket: avval, hogy „nemes ember volna, de a fazekasok elhordották a fundusát“, vagy avval a másikkal, hogy „nobilis est, sed non valde“, a hogy a jóízű öreg táblabíró, Szirmay Antal, feljegyzései szerint a 18. század második felében a vékonypénzü nemes embert csipkedték.

Régi collegáink jómódjáról számtalan bizonyító adatunk van. Róluk csakugyan el lehetett mondani, hogy „*Dat Galenus opes, fert Iustinianus honores*“, csak az a szomorú, hogy ennek az ismert distichonnak a második fele („*Pauper Aristoteles cogitur ire pedes*“) szintén teljes realitásában ráillett a régi, sőt nem is régi, magyar viszonyokra: Aristoteles fiai, a szegény tanítók, rectorok, ludimagisterek bizony csak úgy koldusmódra, az apostolok lován, kullogtak Galenus és Iustinianus fölmentjei után. De azért az orvosok közt is akadunk szegénysorban tengődőkre. 1506-ban például az egyik nagy-szebeni orvos (*Doctor Felicius*) oly nagy nyomorúságban hal meg, hogy a városi tanács közkölségen kénytelen eltemettetni.<sup>9</sup> *Vizaknai Bereczk* (deákosan *Briccius*) *György* is panaszosan írja az ő rendkívül érdekes naplójában,<sup>10</sup> hogy „ezen esztendőben (1712), aprószentek napján, választattam Kolozsvár városának királybírájává; ugyan ezen nap ispotály-mesternek is téttem. Immár káptalan, doctor, királybíró, ispotály-mester, ecclesia curátora lévén, semmi jövedelem nincs. *Tituli sine vitulis!*“ *Gyarmathy Sámuel*, kit sokoldalúságánál és éles eszénél fogva bátran sorozhatunk az igazán genialis magyarok közé,<sup>11</sup> 1784-ben (már mint diplomás orvos) a pesti és budai színháznál mint sűgő kereste kenyerét. Ezek azonban csak ritka kivételek; szemben áll velük a vagyonos, sőt nagy vagyonú orvosok hosszú sora.

Néhány példa: *Perectoldus* (Berchtold) olasz orvos 1332-ben az esztergomi olasz városrészben házat akar venni;

<sup>1</sup> Orsz. levéltár; Nádasdy levéltár.

<sup>2</sup> *Feliciter vale et veterem amicum fidelem ne pro novis contemptas* (1554 okt. 13).

<sup>3</sup> A régi magyar orvosok excellenciás címéről lásd a „Gyógyászati“ 1908. évf. 16. számában közzétett értekezésemet.

<sup>4</sup> 1553 okt. 15.-én kelt levelén. (Orsz. Levéltár.)

<sup>5</sup> „Nagyságos Propercus doctort megvette az patikába az kis úrnak való orvosságot.“ (Orsz. Levéltár.)

<sup>6</sup> *Instruction, wessen sich der Edle, Ehrenveste und Hochgelehrte Herr Henricus Johannes Fridericus, Philos. et Medic. Doctor, derzeit hiesig bestelter Ordinarius Medicus, in seiner Ihme aufgetragenen Amt und Dienst zu verhalten.* (Sopron város levéltára.)

<sup>7</sup> A 18. században járta ez a gúnynév, mely onnan vette eredetét, hogy valami Zimmermann nevű felvidéki úriembernek a kúriájára berontottak a farkasok, felkoncizolták a juhait, sok hatalmas, jól táplált komondora pedig ijedtében beszaladt a ház pitvarába s onnan belülről, a kemence mögül ugattak kifelé a félelmes látogatókra.

<sup>8</sup> *Lyon* ezüst volt a 18. században a hamis ezüst neve; így nevezték különösen az ezüsttel bevont rézdrótból készített paszomántot s egyéb fonadékot.

<sup>9</sup> Archiv des Vereines f. siebenbürg. Landeskunde, N. F. XX. 7.

<sup>10</sup> Történelmi emlékek II. (Pest, 1860), 115. old.

<sup>11</sup> *Gabelentz* az összehasonlító nyelvészet apjának nevezi. *Gyarmathy* írta a magyar- finn nyelvokonságot megállapító híres munkát: „*Affinitas linguae Hungaricae cum linguis Fennicae originis grammaticae demonstrata*“ (1799). Ő volt az, ki először bocsátott fel Magyarországon léggömböt. Erről a nevezetes esetről azt írja az 1784.-i Magyar Hírmondó: „*Doktor Gyarmathy Úr felbotsáta ezen hólnapnak (május) 11-dik napján egy repülő Golyóbiszt itt Posenban, a' Kardinális Primás ő Eminentiaja, és sok értelmes Nézők jelen létibe. Ezen Golyóbisznak nehézsége vala 1000 árpa szem (= egy granum) nyomó; fért beléje 4000 cubicus ujnyi levegő.*“ Azt is megtudjuk a leírásból, hogy a csudálatos golyóbis ötven ölnyi magasságra emelkedett föl a „levegő-égbe“.

ugyanő 1327-ben egy pozsonymegyei falunak az ura.<sup>12</sup> *Szilágyi Péter* doctor, a 16. század első felében, Forgách Zsigmonddal együtt az ugróczi vár tulajdonosa.<sup>13</sup> *Martinus Gramelius* orvos, a 17. század elején, messze földön híres a gazdagságáról; 1610-ben az ugyancsak dúsgazdag Thurzó Szaniszlót 1000 forint kölcsönrel segíti ki pénzzavarából.<sup>14</sup> *Kőrösi Gáspár*-nak, Nádasdy Tamás házi orvosának, Pozsonyban szülője volt; házat is akar itt venni, pénzét pedig kölcsön adja és panaszodik a nádornak, hogy adósa nem akarnak fizetni.<sup>15</sup> A pozsonyi *Rayger* orvosdinasztia szintén igen gazdag volt; *Rayger Károly*-nak, a tüdőúszó-próba feltalálójának örökösire 335 frt adót vetnek ki.<sup>16</sup> A gazdag pozsonyi orvosok közül felemlíthetem még *Spindler Pált* és *Silabiust*, kinek Bakay Benedek felesége még a „rubintos bokkrétáját” is zálogba adta.<sup>17</sup> A lőcsei *Spielenberg*-ek vagyonszága országsszerte ismeretes volt.<sup>18</sup> A jeles soproni orvos, *Gensel Adám*, a berlini akadémia tagja, halálakor 6000 forintot hagyományozott a nemetországi Societas Naturae Curiosorumnak és míg élt, sokszor segítette soproni ismerőseit kisebb-nagyobb kölcsönökkel.<sup>19</sup> Pest városának 17. és 18. századbéli háztulajdonosai közt szép számmal akadnak orvosok, német és magyar sebészek („ungrischer Chyrurg”).<sup>20</sup> *Wallaszka János* pesti orvos (1767) szép könyvtárat és több mint százezer forintot hagy a fiscusra.<sup>21</sup> *Benkő Sámuel*, Borsodmelye főorvosa, a sajátjából 600 forint jutalmat tűz ki annak, a ki a marhavész ellen sikeres gyógyszert fedez föl.<sup>22</sup> *Perbegg József Károly* pozsonyi orvos szintén több mint százezer forintot gyűjtött életében, a mi akkor, a 18. században, természetesen sokkal tekintélyesebb összegnek felelt meg, mint manapság.<sup>23</sup>

(Vége következik.)

### † Bókay Árpád.

1857—1919

A magyar orvosi tudománynak, az orvosképzésnek és a magyar közéletnek nagy halottja van, kinek ravatalánál döbbenetes szívvel állottak barátai s közéleti ellenfelei is, kik csak az országot megrázó nagy tragoediában ismerték meg lelkének nemességét, szándékainak tisztaságát, a mik igazolták a multban folytatott küzdelmeit és átlátszó, tisztavízű kristálylyá fényesítik emlékét.

Kedvező körülmények között indult fényes egyetemi pályáján. Atyja néhai *Bókay János*, a nagyhirű gyermekorvos, korának mint ember és tudós egyaránt kimagasló

<sup>12</sup> Weszprémi II, 171 és II/2, 461.

<sup>13</sup> Weszprémi IV, 119.

<sup>14</sup> Ugyanott, 6. old.

<sup>15</sup> 1556 május 3. és 1561 nov. 15.-én kelt levele szerint. (Orsz. Levéltár, Nádasdy lev.)

<sup>16</sup> V. ö. *Szigeti H.* értekezése: *Gyógyászat* 1896, 304.

<sup>17</sup> *Szerémi*: Emlékek a Majthényi bárók és urak családi levéltárából. Budapest 1897, 211.

<sup>18</sup> *Spielenberg* (Spillenberger) *Dávid* 1693-ban 3000 frtot kölcsönöz Lőcse városának (Lőcsevárosi levéltár, VI. oszt., V. csomag, 166. szám); 1700-ban újabb 600 frtot (u. o. 183. sz.); 1706-ban a városi biztos megvádolja Spielenbergnét, hogy a leánya lakodalmát túlságos fényesen rendezte (u. o. XX. oszt., I, 25); 1715-ben a város elzálogosítja Ulozsa nevű birtokát *Spielenberger Dávid* özvegyének, Schuberth Zsuzsánnának, 4000 frtért (u. o., VI. oszt., B-szekrény, 220 a.); 1716-ban újabb 2000 frtot vesz kölcsön a város *Spielenberg Dávid*-tól (u. o. VI. oszt., IX, 274).

<sup>19</sup> Lásd: Sopron város levéltára, lad. II, fasc. I, num 13.

<sup>20</sup> Lásd őket névszerint is felsorolva: *Rómer Flóris*: A régi Pest (1873), 132. Továbbá *Várnai Sándor* értekezésében: *Gyógyszerészeti Hetilap*, 45. évf., 838.

<sup>21</sup> *Weszprémi*: I, 197.

<sup>22</sup> Lásd: *Kossa*, Magyar állatorvosi könyvészet, 21.

<sup>23</sup> A pozsonyi orvosok vagyonszájáról lásd még *Vámossy István* könyvében, 22. old.

alakja, kitünő nevelésben részesítette. Már orvostanhallgató korában *Hoppe-Seyler* és *Recklinghausen* laboratorumaiban dolgozott. 1878-ban *Korányi Frigyes* oldala mellett gyakorol, 1879-ben *Balogh Kálmán* mellett a gyógyszer-tani és általános kórtani tanszék tanársegéde lett. „A központi idegrendszer befolyása az állati test hőmérsékletére” című munkájával elnyervén az orvosegyesület *Balassa*-díját, 1881-ben az új *Korányi*-klinika tanársegéde lett, 1882-ben a physikalikus vizsgáló módszerek magántanárává habilitáltatott. 1883-ban a kolozsvári egyetem gyógyszer-tani és általános kórtani tanszékére hívták meg s 1886-ban a Karolina-kórház főorvosává is kineveztetett. Hét éves kolozsvári működése alatt egy évig a kar jegyzője, egy évig dékánja volt. Életében fordulóponthoz jutott, hogy 1887-ben a budapesti II. belgyógyászati tanszékét, bár jelöltetett, nem ő nyerte el. Ezután teljes erejével elméleti szakmájának szentelte magát s Kolozsvárt intensív laboratoriumi munkásságot honosított meg. 1890-ben Budapesten *Balogh Kálmán* utóda lett s magával hozta intensív munkakedvét, a laboratoriumi kutatásokra másokat is ösztönző ambíciót és *Korányi Frigyes*-sel, *Petrik Ottó*-val, *Kétly Károly*-lyal együtt rövid idő alatt egy oly fiatal gárdát nevelt és olyan munkásságot teremtett, a melynek ereje a budapesti orvosi egyetemet csakhamar a külföldi híres egyetemekkel egy sorba emelte. Mindjárt 1891-ben *Korányi Frigyes*-t 25 éves tanársága alkalmával tanítványai élén „Jubiláris dolgozatok” című gyűjteményes munkával ünnepli; ugyanez évben megalapítja a „Magyar Orvosi Archivumot”, mit anyagi áldozatokkal éveken át támogat, csak hogy legyen hol megszólalni az egyre szaporodó elméleti kutatóknak; 1894-ben *Kétly* és *Korányi* professorokkal megindítja és szerkeszti éveken át a nagy „Belgyógyászat kézikönyvét” s oroszlan-része volt az 1909-ben megjelent III. kiadású magyar gyógyszerkönyv szerkesztésében.

Irodalmi működése különösen kezdetben, mikor még kórtannal és belgyógyászattal is foglalkozott, gazdag és sokoldalú volt. Még tanársegéd korában feltűnt monographiája „a köpetekről”; 1888-ban pedig egy kötetben adta ki kolozsvári tanár korában főleg saját, kis részben tanítványai buvárlati munkáit, melyek közül a *bélmosásokra* vonatkozó vizsgálatai még ma is megállják helyüket és mindenütt idézettek. Épp ily értékesek az *ólomkólikára* vonatkozó megállapításai (1891); nemkülönbön akadémiai székfoglalója: „*néhány nehéz fém hatása a harántcsíkos izomzatra*” (1897). Ha később kevesebb munkásságot fejtett is ki a kutatás terén, azért ezzel a contactust állandóan fenn tudta tartani tanítványai révén és tudományszakának itthon állandó vezére maradt. Kitért az a tudományos értekezleteken néha éles felszólalásaiából s azon laboratoriumi megbeszélésekből, miket tanítványai sokszor folytatott, váratlan világot vetvén egy-egy homályos kérdésre.

*Bókay Árpád*-ban a buvár nagyméretű kifejlődését lelkiismeretes tanár-volta és élénk közéleti szereplése akadályozta. Passióval tanított és ő maga soha meg nem szűnt tanulni. Kitünő és gyors tolla volt, és élvezetes, világos, olykor kedélyes előadása. Számos kiadást ért, gazdag „Vénygyűjtemény”-ét haszonnal forgatták úgy a medikusok, mint a gyakorlóorvosok; 1890-ben megjelent „Újabb gyógyszerek” című könyve hézagpótló az elavult II. gyógyszerkönyv mellett; nagy „*Méregtana*” (1896), ha 23 év alatt itt-ott el is avult, még ma is szinte érdekfeszítő, rengeteg adatot elének táró olvasmány, melynek egyes fejezetei, melyekhez több vonzalma volt, monographiákká nőttek. Tankönyvet nem adott, de fordított, majd íratott egyet tanítványai, mely hírépe volt előadásai szellemének és anyagának. A pharmacologia általános fejezeteivel különösen szeretett foglalkozni és 1908-ban az orvosi kar felkérésére tartott *Markusovszky*-előadásait és 1911-ben az orvosegyesületben tartott *Balassa*-előadását is e tárgy köréből tartotta. Klasszikus fejezetei ezek a modern pharmacológiának, mikkel a jeles előadó szinte lenyűgözte klinikus és gyakorló orvos hallgatóit.

Közéleti szerepléséről a legnagyobb bámulattal kell szól-

niok különösen azoknak, a kik közlőrl látták, mit bír, s tudták, mily nemes eszményeket szolgál ez a fáradhatatlan agilitású, a legkényesebb feladatokat is bűvös kézzel megoldó, mindenképp jő ember. Az egyetem orvosi karán kezdetlől fogva vezérszerepet töltött be, az egyetemi oktatás fejlesztésének sokszor kezdeményezője, mindig lelkes harczosa volt; mint az országos közegészségi tanács, az igazságügyi orvosi tanács rendes tagja, a közért sokat és önzetlenül dolgozott; népszerű előadásaiban a mérgezések, az orvostörténelem, az olcsó és czélszerű táplálkozás kérdéseivel ismételt foglalkozott. Évtizedeken át ő látta el beható szakvéleményekkel a közegészségi tanács útján a kormányt gyógyszerészeti ügyekben, néha nem a gyógyszerészek, de mindig a közérdek és a nagyközönség megalégedésére. Minden orvosi egyesülésben, actióban vezető szerepet vitt, s mint az *országos orvos-szövetség elnöke* halt meg. *Korányi Frigyes* és *Tauffer* professorok után elnöke volt az *országos balneologiai egyesületnek* és évtizedeken át zászlóvivője, szinte megteremtője a magyar forrás- és fürdőügynek. Az egész nemzet hálaival fogja emlegetni ama két tüzes congressusi előadását, a melyekben egymás mellé állítva a külföldi és hazai forrásokat és fürdőket, felrázta az orvosokban és közönségben alvó nemzeti öntudatot és megteremtette a hazai fürdők látogatosságát, a hazai források forgalmát. Két híressé lett külföldi congressusi előadása is, egyik a jod, a másik a calcium diéta szerepéről, a forrásvizet diaetotherapiás alkalmazását propagálja.

A háborúban, noha két fiút és két vőt adott a hadseregnek, ő maga fáradhatatlan tetterejével Budapesten a szabadkőművesek nagy kórházát s a kispesti mintaszerű kis hadikórházat rendezte be és vezette. Majd mikor ezek megszűntek, a Révész-utcai nagy hadigondozó intézet élére került. A sanyarú években az egyetem beszerzési csoportját ő reorganizálta és tette életképesé, ma egy éve pedig megalapította a „*medicus mensat*”.

De mind e közéleti tevékenysége eltörpül a mellett a nagyméretű, az emberi lélek legtisztább mélységeiből fakadó munkássága mellett, a mit mint a budapesti szabadkőműves nagypáholy tagja, később nagymestere, kifejtett. Mily fájdalmas, hogy éppen erről nem lehet, nem szabad most dicsérőleg megemlékezni. De nem szabad elítélőleg sem! Mindazok, a kik ismerték ott *Bókay Árpád* nemes fellegását az emberi jogok tiszteletben tartásáról, a haladásról és kulturáról, s tudták, hogy mily szépen és bölcsen tudta ő ezt a nemzeti érzéssel, a Haza szeretetével és a vallás tiszteletbentartásával összeegyeztetni, a kik látták bölcs mérsékletre törekvését, küzdelmeit a szélsőkkel, keserves kiábrándulását egy életen át szőtt ábrándjából az élet alkonyán, azok babért kell hogy nyujtsanak felé s nem vádakkal fájó töviskoszorút.

Ha ennek a nemes életnek forrását keressük, úgy azt abban találjuk meg, hogy *Bókay Árpád* elsősorban is jó ember volt és egy igazi magyar kulturától áthatott családban nőtt fel és élte le napjait. Mindennél többre becsülte a tiszt és boldog családi életet. Erős vára, biztos, nyugalmat adó menhelye volt az neki az élet küzdelmeiben. Atyja szentként állott emléke piedestálján, s a tiszt matrónához, özvegy édesanyjához, míg élt, minden nap kézcókra járt. Gyűlölte a munkálan életet s a fényűző külsőségeket. Két fényűzőse volt csak: a zene és az utazás, melynek valóságos művésze volt. Kocsin nem járt s házában csak egy-egy esküvő bővítette meg szük baráti körhöz szokott asztalát. Hajlott korában családjának igazi feje, patriarchája volt s övéi szeretetteljes ragaszkodással vették körül. A ki látta őt bájos szentlőrinczi nyaralójában, gyermekei, unokái, virágai és kedvenc éneklő madarai közt megpihenni, felderülni, mikor a poros és küzdelmes városból hazatérhetett, annak az a boldog érzése támadt, hogy igaz embert lát, ki bölcsen és szépen él. Jóságos egyéniségének, szive melegének még a távolabb állókra is nagy vonzereje volt, s váratlan, szinte tragikus halála széles körökben fakasztott őszinte gyászt és bánatot.

Vámossy Zoltán dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**N. Ortner: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten.** Erster Band, zweiter Teil. Körperschmerzen (mit Ausnahme der Bauchschmerzen). Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg.

Az ismert bécsi klinikus tervbe vett nagy munkája I. kötetének első részét, a mely a hasfájdalmakról szól, annak idején ismertettük, kiemelve a munka jeles tulajdonságait. A mostanában megjelent folytatás a test egyéb részeiben jelentkező fájdalmakat ismerteti (szívtáji fájdalmak, a kereszt-, hát-, váll- és nyaktájék fájdalmak, mellkasi fájdalmak, fájdalmak a végtagokban, az izmokban, a csontokban és az ízületekben, végül a fejfájás). Ez a rész 412 oldalra terjedő kötetet ad. Különösen a már tapasztaltabb orvos nagy haszonnal fogja tanulmányozni főleg a differentialis diagnostikai részletek miatt, és érdeklődéssel várhatja a munka folytatását; a kezdőnek kevésbé való a munka.

### Új könyvek.

*J. Igersheimer: Syphilis und Auge.* Berlin, J. Springer. 54 m. — *E. Eichwald und A. Fodor: Die physikalisch-chemischen Grundlagen der Biologie.* Berlin, J. Springer. 42 m. — *O. Nordmann: Praktikum der Chirurgie.* 2. Auflage. Wien, Urban und Schwarzenberg. 28 m. — *F. Steinmann: Lehrbuch der funktionellen Behandlung der Knochenbrüche und Gelenkverletzungen.* Stuttgart, F. Enke. 18 m. — *E. Wertheim: Die operative Behandlung des Prolapses mittels Interposition und Suspension des Uterus.* Berlin, J. Springer. 28 m. — *J. Kyrle: Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis.* Wien, F. Denticke. 4.90 m. — *N. Ebbecke: Die kortikalen Erregungen.* Leipzig, J. A. Barth. 21 m. — *K. Goldstein: Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten.* Leipzig, F. C. W. Vogel. 20 m. — *P. Jungmann: Das wölyhynische Fieber.* Berlin, J. Springer. 12 m. — *O. Rehm: Das manisch-melancholische Irresein.* Berlin, J. Springer. 28 m. — *A. K. E. Schmidt: Die paroxysmale Lähmung.* Berlin, J. Springer. 6.80 m. — *K. Boas: Die Tabes dorsalis der Kriegsteilnehmer.* Stuttgart, F. Enke. 10 m. — *C. Pirquet: System der Ernährung. Teil II.* Berlin, J. Springer. 18 m. — *G. Tugendreich: Die Kleinkinderfürsorge.* Stuttgart, F. Enke. 16 m. — *B. Fischer: Zur Neuordnung des medizinischen Studiums und Prüfungswesens.* München, J. F. Lehmann. 2.50 m. — *H. Winterstein: Die Narkose.* Berlin, J. Springer. 16 m. — *F. Brüning: Chirurgie am unterernährten und durch chronische Krankheiten geschwächten Körper.* Leipzig, J. A. Barth. 0.90 m. — *P. Hackenbruch: Die Behandlung der Knochenbrüche mit Distractionsklammern.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 15 m.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Volumen pulmonis diminutum** címmel ír *H. Pollitzer* docens a bécsi egyetem 2. belklinikájáról. A szerző szerint van egy állapota a tüdőnek, a melyet, ellentétben a volumen pulmonis auctum-mal, volumen pulmonis diminutumnak nevezhetünk s a melyet jellemez az, hogy a jobboldali elülső tüdőszél a sinus costodiaphragmaticusba visszahúzódik s ennek következtében a szív nagyobb része marad fedetlen, vagyis az absolut szívtompulat nagyobbodik, úgy hogy ilyenkor eddig többnyire szívmegegyesülést vettek fel. Az alsó tüdőhatár is vissza szokott húzódni ezekben az esetekben a complementaer pleurasinusból, a minek következtében a máj is nagyobb területen fekszik szabadon, vagyis a májtompulat is megegyesül. A szerző a volumen pulmonis diminutumot a chlorosis, a Basedow-kór és a latens vagy idősült malaria tünetei közé sorolja és érösszehúzódás okozta tüdőbeli ischaemiával magyarázza. (München. mediz. Wochenschrift, 1919, 39. szám.)

**Carcinosis miliaris acuta** esetét ismerteti *Krokiewicz*. A 26 éves cseléd hirtelen betegedett meg fájdalmakkal a lágyéki gerincoszlopban és oldalszúrással baloldalt. 7 héttel a tünetek jelentkezése után meghalt a semmiképpen sem cachexiás beteg. A klinikai kép alapján a tüdő és a hasüregi szervek gümőkórja volt felvehető. A honczolás kifehélyesedett pylorus-rákot derített ki metastasisokkal a tüdőben, a mirigyekben, a pankreasban és a vérerekben. A májban nem voltak áttéti góczok. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 21. szám.)

**A Meniére-tünetcsoport** kezelésére *Curschmann* a már régebben is használt chinint ajánlja óvatos adagolásban. 0,1 gramm chinint tartalmazó pilulákból használtat eleinte naponként 3-szor 1-et, majd lassan fokozva a 9. napon négyszer 2—2-t. Ezt a kúrát 5 napos szünetekkel 3—4-szer megismételteti. Káros hatást sohasem látott, a fül részéről sem jelentkeztek zavarok. (Therap. Monatshefte, 1919, 1. füzet.)

**Háborús adatok a diabetes ismeretéhez** címmel tartott előadást *Rosenfeld* a „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur“ orvosi szakosztályának márczius 28.-i ülésén. Mindenekelőtt statisztikai adatokat sorol fel, a melyek bizonyítják, hogy a háborús évek alatt a diabetes-halálesetek száma tetemesen csökkent, így Breslauban 1911-ben 111 esetről 1918-ban 51 esetre, Berlinben 1912-ben 459 esetről 1918-ban 177 esetre, Münchenben 1913-ban 105 esetről 1918-ban 77 esetre. Az okát annak, hogy sok súlyos eset a háború későbbi éveiben sokkal kedvezőbb lefolyású volt, a következő két körülményben találja: 1. A fehérje-, főleg a húsfogyasztás csökkent; ez a szénhydrat-toleranciát, főleg ha huzamosan tart, javítja. 2. A táplálékfelvétel általában is erősen csökkent. Klinikai tapasztalatok is mutatják, hogy legrosszabbul azok a diabetesesek érezték magukat, a kik az ételmezés tekintetében legjobban voltak ellátva; de a statisztikai adatok is emellett szólnak: Berlinben, a hol csak 1300 caloria esett egy emberre, legnagyobb volt a diabetes-halálozás csökkenése, míg Münchenben, a hol már 1750 caloria jutott egy egyénre, a legkisebb.

*Minkowski* tanár hozzászólásában megerősítette a táplálékcsökkenés kedvező lefolyását a diabetesre; felemlítette diabetes egy súlyos esetét, a melyben szénhydratmentes, napi 6000 caloriányi fehérje-zsirdiaeta mellett az illetőnek testsúlya fokozatosan csökkent, míg a táplálékuk napi 1500—1800 caloriára csökkentése súlygyarapodást és az erőbeli állapot javulását vonta maga után.

**Actív gümőkóros góczok kimutatására** *Wildbolz* a beteg  $\frac{1}{10}$ -ére besűrített vizeletének intracutan bejuttatását ajánlja. Egészséges egyénekben és más betegségben szenvedőkön az ilyen intracutan oltásra nem áll be elváltozás, gümőkórosokon ellenben körülírt beszűrődés fejlődik, olyasféle, a milyent az intracutan tuberculin-befecskendezés okoz. Csak nephritis egyes eseteiben, valamint azokban az esetekben mutatkozott gümőkór jelenléte nélkül is ez a reactio, a melyekben sok staphylococcus volt a vizeletben. (Schweiz. Korresp.-Blatt, 1919, 22. szám.)

### Sebészet.

**Gyomorfekély átfúródása esetén** a normalis eljárás az, hogy a nyílást elvarrjuk és gastroenterostomiát végzünk. Ezzel szemben *Haberer* egy esetében haránt gyomorresectiót, egy másikban pedig unilateralis pyloruskirekesztést *Eiselsberg* szerint végzett. Mindkét eset simán gyógyult, noha az egyikben  $6\frac{1}{2}$ , a másikban pedig 21 óra telt el az átfúródás után. Hasonló három esetet közöl legújabbán *Eunicke* az elberfeldi városi kórházból. Mind a három esetben resectiót végzett primaer gyógyulással. Két esetben 6—7 órával, a harmadik esetben 8—10 órával az átfúródás után történt a műtét. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 28. sz.)

**A bőr alá fecskendezés és infusio helyéről** ír rövid cikket *Bonne*. Az előszeretettel választott infraclavicularis tájéket nem tartja mindig czélszerűnek; szívgyengeségben szenvedő, nehézlégzéssel küzdő betegek az e helyen végzett kis injectio is fokozza a légzés-zavart, a nagyobb infusio pedig éppen kellemetlen a súlya miatt. A hát bőrét választani azért nem jó, mert ha a befecskendezés helyén tályog találna fejlődni, a háton fekvés nem volna lehetséges. Nem jó hely a végtagok hajlító oldala sem, mert esetleges genyedés beálltakor a nagyobb erek közelsége miatt kellemetlen szövődmények fejlődhetnek. Legjobbnak tartja a szerző a czombok külső felületét. Végül felhívja a figyelmet arra, hogy a fecskendőnek alkohollal átöblítése után ügyeljünk arra, hogy az alkoholt a fecskendőből teljesen eltávolítsuk ismételt „száraz” átszívással, mert az alkoholmaradék egyfelől fájdalmassá teheti

a befecskendezést, másfelől a befecskendezendő gyógyszer hatását is befolyásolhatja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 28. sz.)

### Venereás betegségek.

**A syphilis korai diagnosisának helyes megállapításáról és a salvarsantherapiáról** nyilatkozik *Hoffmann* tanár (Bonn). A mióta tudjuk, hogy a korán felismert syphilis elegendően erős egyetlen kúrára (salvarsan + kéneső) is meggyógyulhat, a spirochaeta pallidának minél korábbi megállapítása még fontosabb, mint azelőtt. *Hoffmann* elfogadja *Wassermann*-nak felosztását, mely szerint megkülönböztetünk primaer seronegativ és primaer seropositiv syphilit. Ez azért fontos, mert a korábbi primaer seronegativ syphilis jóval könnyebben gyógyulhat egyetlen kúrára, mint a seropositiv. A főczélunk azonban az legyen, hogy a seronegativ szak folyamán is minél korábban történjék a diagnosis pontos megállapítása. Erre egyedül a spirochaeta-kimutatás az alkalmas módszer. A szerző ez alkalommal kiemeli, hogy a spirochaetadiagnosis nem egyszer kissé könnyelműen történik, a mi igen súlyos, semmivel sem menthető tévedésre adhat alkalmat. Bármily nagy hiba a syphilis korai diagnosisának elmulasztása, az alap nélkül tévesen megállapított syphilisdiagnosis bizonyára még súlyosabb hibának minősíthető. A tévedés a spirochaeták összetévesztéséből származhatik. A szájban a spirochaeta pallida száj- és fogspirochaetákkal téveszthető össze, a genitálékon pedig refringens és balanitis-spirochaetákkal. Itt különösen oly refringens és balanitis-spirochaeták jönnek szóba, melyek a tyustól eltérően finomabbak. Elkerülhető a tévedés részben a gondosabb átvizsgálással, részben a vizsgálati anyagnak gondosabb és a mélyebb rétegekből való vételével. A tájéki mirigyek punctiójával nyert anyag vizsgálata is sokat segíthet. A gyanus laesio felszínéről vett anyag vizsgálatok mindenkor vegyük figyelembe a „Hoffmann-féle szabályt”, mely azt mondja, hogy a pallida diagnosis akkor biztos, ha ennek typusán kívül más eltérő spirochaeta nem található. Szakavatott vizsgálattal a legtöbb esetben (*Hoffmann* szerint 90%-ban) positiv eredmény nyerhető, a melylyel azután biztosítva van a korai syphilisdiagnosis. Biztos természetesen csak akkor a diagnosis, ha „pseudopallidák” kizárhatók. A negativ eredmény is lehet döntő, de csak akkor, ha a gondos vizsgálat ismétellen végeztetett. Therapiával csakis akkor szabad beavatkozni, ha a lues diagnosis minden kétséget kizáróan meg van már állapítva. *H. Müller*, *A. Neisser* és *Stühmer* álláspontját, mely szerint az antilueses kúra már gyanus esetekben is megindítandó, ma már alig vallja valaki s így természetesen *E. Hoffmann* sem. A kezelés *Hoffmann* véleménye szerint mindenkor kombinált legyen (salvarsan + kéneső). A secundaer luesnek egyedül salvarsannal való kezelése a szerző tapasztalása szerint nem veszélytelen, mert ily módon legújában ismét 4 neurorecidiva-esetet észlelt. A szerző [ez alkalommal kiemeli azt az általános tapasztalást, hogy primaer syphilis esetén az első salvarsaninjectio rendszerint magas hőemelkedést von maga után (39—41°), feltéve, hogy kénesős kezelés nem előzte meg az injectiót. E jelenségnek az a magyarázata, hogy a spirochaeták hirtelen szétesésekor az endotoxinok felszabadulnak, melyekhez ilyenkor a szervezet még nem szokhatott. A friss syphilis diagnosisában és kezelésében a vezérelvek tehát a következők: A genitálék bármily jelentéktelennek látszó affectiója (sérülés, herpes, balanitis, fekélykék) syphilisre a leggondosabban megvizsgálendő. A spirochaeta pallidát nemcsak a laesio felszínes váladékában keressük, hanem a mélyebb rétegekben, esetleg a táji mirigyekben is. A „pseudopallidával” való összetévesztés veszedelmét kerülnünk el, a „Hoffmann-féle szabályt” pedig kövessük. A míg a laesio természete kifogástalanul nincsen megállapítva, addig kerülnünk bármily antiseptikus és specifikus kezelést. Seronegativ primaer syphilis esetén az erős kombinált kénesősalsvarsanos kúra csaknem mindenkor abortive gyógyít. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 36. szám.)

*Guszman.*

## Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 19. kötet, 6. füzet. *Belák Sándor*: A Verebély-féle madura-gombákról. *Huzella Tivadar*: A penis hiányos fejlődése újszülöttnél. *Keller Ferenc*: A lép veleszületett hiányának esete. *Huzella Tivadar*: Congenitalis influenzás pneumonia.

Gyógyászat, 1919, 32. szám. *Buday Kálmán*: A háborús seb-  
fertőzésekről. *Kaufmann Pál*: A rokkantak ellátásának reformja.

## Vegyes hírek.

A német birodalom embervesztése a háborúban. A kopenhági statisztikai kimutatások szerint a német birodalomban a védőköteles férfiak 80%-át hívták be katonai szolgálatra, a tanulók 88%-át. Ausztriában a behívottak százaléka azonos, nálunk még magasabb. Az összes embervesztés Németországban majdnem 6 millióra becsülik, ebből a harctéren 2 millió esett el. A volt osztrák-magyar monarchia katonái közül körülbelül 1 1/2 millió esett el, ebből 645.000 magyar. Jelentékeny a születések csökkenése. Nagy pusztításokat okoz továbbá a tuberculosis, az e bajban elhaltak száma rohamosan emelkedik. A német birodalom katasztrófáját *Gottstein*, a porosz közegészségügy új vezetője a következő adatokkal jellemzi: 1913-ban a német birodalomban 1.172.416 gyermek született élve és 620.455 ember halt meg; ezzel szemben 1918-ban már csak 609.777 született és 990.167 halt meg. E szörnyű helyzettel szemben vigasztaló az, hogy Finnland hasonló krízist néhány év alatt kihevert. Finnlandban 1868-ban valóságos éhség-halálozás volt, mely a lakosság 8%-át, helyenként 25%-át elpusztította; ennek ellenére 7 év alatt már helyreállt a lakosság száma.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. Az idősült ólom-mérgezés korai felismerésére *Welwirt* szerint talán felhasználható a bél-sár kémiai vizsgálata ólom jelenlétére; ez az eljárás esetleg még korábban deríti fel az ólom-mérgezést, mint a basophil szemcséjű vörös vérszövetek kimutatása a vérben. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1919, 34. szám.) — Sclerosis multiplex eseteiben biztató eredményeket ért el *Kalberlah* ezüstsulvarsannatriummal; 0.1–0.15 grammot fecskendezett be intravenásan, 10 cm<sup>3</sup> vízben oldva, hetenként 1–2-szer. (*Mediz. Klinik*, 1919, 32. szám.) — Hypernephroma egy esetében, a mely 26 éves férfira vonatkozik, *Bittorf* az emlők megnagyobbodását és a herék teljes elsorvadását észlelte. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1919, 33. sz.) — Gégediphtheria eseteiben *Hesse* szerint a gége tájékán hallgatózás alkalmával rendkívül érdes bronchialis hangot hallunk a normalis bronchialis légzési hang helyett még az esetben is, ha nem stenotizáló a folyamat. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1919, 33. szám.)

Személyi hírek külföldről. *Klingmüller* rendkívüli tanárt, a kieli dermatológiai klinika igazgatóját, rendes tanárrá léptették elő. — *R. Seefelder* leipzig-i rendkívüli tanárt az innsbrucki egyetemen a szemészet rendes tanárává nevezték ki. — *G. Fr. Nicolai* dr. a berlini egyetemen a physiologia rendkívüli tanára lett. — *Dobbertin* dr. berlini sebész és *R. Schroeder* rostocki gynaekologus a tanári címet kapta. — A hallei sebészeti tanszékre *A. Voelker* heidelbergi rendkívüli tanárt hívták meg. — *Haab* tanár utódjává a zürichi egyetem szemészeti tanszékén *Sidler-Huguenin* dr.-t nevezték ki.

Lapunk mai számához a *Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérumszertár r.-t. Budapest, V., Teréz-körút 31.*, valamint annak kórtani és vegyi laboratórium prospektusa van mellékelve.

## Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály. Röntgen laboratórium (bejáró betegek részére is). Radium kezelés.

## Fővárosi Fásor Sanatorium R.-T.

Igazgató főorvos: *Dr. Nádasy István*. Ügyvezető igazgató: *Fézi József*. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15–26. Igazgató telefonja: József 26–21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtermekkel kibővíve.

## PÁLYÁZATOK.

3450/1919. szám.

A Kalocsa községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés s a törvényes korpótlékok, a községtől ötévenként 200 korona személyi pótlék, 800 korona lakáspénz és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztandó orvos köteles az állást azonnal elfoglalni s a törvényben megszabott teendőket ellátni.

Felhívom a pályázni akarókat, hogy szabályszerű képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket folyó évi december hó 1.-éig nyujtsák be.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Kalocsa, 1919. évi november hó 2.-án.

A főszolgabíró.

9218. sz.

A népegészségügyi miniszter 17.961/1919. III. 1. számú r. n. dekrétumával a budapest-lipótmezei állami elme- és gyógyintézetben 2 másodorvosi és 3 orvosgyakornoki állásra pályázatot hirdet.

A kérvények szabályszerűen felszerelve az intézet igazgatóságához a pályázat megjelenésétől számítva 14 nap alatt nyujtandók be. A javadalmazásra részletes felvilágosítást az intézet gazdasági hivatala d. e. 12 óráig ad.

Budapest, 1919. október.

Budapest-lipótmezei magy. állami elme- és gyógyintézet.

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Vaccinae prophyl. et curativ. pro usu hum et vet.   | <b>Dr. Pápay-féle</b> oltóanyag- és serum-intézet r.-t.<br>Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz. |  | Sera polyvalent. pro usu hum et veterin |
|   | <b>Dysenteria-szérumszertár</b><br>Streptococcus-serum Meningococcus-serum<br>Skarlát-serum   |  |   |
|   | <b>Tetanus-serum Himlőnyirok Dyphtheria-serum</b>   |  |   |
|   | „Opsogon”<br>gonococcus fertőzéseknél   | „Opsodermin”<br>staphylococcus fertőzéseknél |   |
|   | polyvalens specifikus vaccinák  |  |   |
| <b>Orvosi diagnosztikai laboratórium</b><br>Speciális kurzusok a laboratóriumi diagnosztika, oltóanyag- és serum-termelés minden szakából |   |  |   |
| <b>Autovaccinae</b>   |   | <b>Tuberkulin</b>                            | <b>Diagnostica</b>                      |

**Marberger Gyula** orvos, gyógyszerészeti laboratóriuma ismét szállítja a már régebben bevált készítményeit:

**Maltocol** **Maltosucco**

**Glykomaltin** **Arsorobin**

**Argosol Hydarsol Optocalcil**

stb. és a mindennapos gyakorlatban szükséges

**subcutan oldatokat** phiolákban „PROMT”  
szóvédjeggyel.

**Ovomaltine**  
a legjobb tápszer

melyhez a kellő mennyiségű nyersanyag Svájc-ból beérkezett.

**Korlátlan mennyiségben ismét kapható!**

## Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

**Himlőnyirok** **Dyphtheriaserum**  
Budapest, II. ker., Margit-körut 45.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)

Berlin N., Müllerstrasse 170/171.

# ATOPHAN

Köszvény elleni souverain szer.

ATOPHAN az organismusból eltávolítja a jelenlevő húgysavat. A húgysav újképződésére gátlóan hat, fájdalomcsillapító, hőfokleszállító és gyuladást elleni szer, mely a colchicum-készítmények felett áll.

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

## NOVATOPHAN K

Iz nélküli készítmény.

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

vagy

Rp.: Atophan-Drageés à 0,1 Nr. 100 „Schering-féle eredeti csomagolás“.  
Minták és irodalom díjmentesen.

**Ismét kapható!**



Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

## Brom-Fersan-pastillák.

Fersan-por. Fersan-pastillák.

(à 0,5 g. vagy à 0,25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculózisnál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

**Dr. FILO JÁNOS** gyógyszerháza

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerházaiban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

## Sulfotin

Kalium sulfoguajacolicum syrup, békebeli minőségben  
200 gr-os üvegekben.

## Arsotonin Domopon

a monomethyldinatriumarsenat isotoniás oldata steril ampullákban, subcutan injekciókhoz.  
20 és 100 ampulás csomagolásban

Az összes opium alkaloidákat tiszta állapotban tartalmazó készítmény.

Tablettákban, ampullákban és üvegekben.

## Novatropin

## Strychnotonin Protal

## Cadogel Domargin

## Ventrobaryt Retrobaryt



## „CHINOIN”

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.  
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)

UJPEST

# Sanguiferin

Dr. Pallay

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

Tonicum Neuroticum

Haemodynamicum

Stomachicum Roborans

Anaemia

Chlorosis Neurasthenia

Ideges kimerültség

Táplálkozási zavarok

Fejlődési visszamaradottság  
Gyermekágyas és szoptató nők  
vérszegénysége esetében stb.

# Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

## NOVOCAIN

ideális  
helyi érzéstelenítő

nem mérgező, nem izgató, biztos hatású,  
sterilizálható, 0,5—20% suprareninnel.

Eredeti csomagolás:  
100 amp. 2% 1, ill. 2 ccm. tabletták  
és oldatok különböző adagolásban.

## SUPRARENIN

hatalmas  
szív- és véredénygyógyszer.

Adstrigens, hämostatikum, tonikum.  
0,1—1 ccm. oldat 1:1000, ill. 1 tabl. à 1 mg.

Eredeti csomagolás:  
Üvegekben à 10 és 25 ccm.  
10 amp. 20 tabl. à 1 mg.

## MIGRÄNIN

legjobb  
migränellenes szer.

Antineuralgikus, antipyretikus és analepti-  
kus hatású, 1—3-szor naponta 1 tablettá  
à 1,1 gr.

Eredeti csomagolás:  
5 tablettá à 1,1 gr.  
21 " à 0,37 gr.

# TRIGEMIN

(Dimethylamidoantipyrin-Buthylchloralhydrat)

Megbízható

## analgetikum és sedativum.

### Tulajdonságai:

Kiváló hatású fejidegbántalmaknál. Szívre mellékhatással nincsen.

### Indicatiók:

Typikus trigeminusneuralgia, fogfájás.  
Tarko-neuralgia, zyklitis, glaukoma.  
Psychikus alteratiók, neurasthenia, asthma.

### Adagolás:

1—3-szor napjában 0,25—0,75 gelatinkapsula vagy tablettá à 0,25 g.  
Tekintettel hygroskopikus voltára, csak trigemin tablettát rendeljünk.  
Pontos adagolás, tartós, megbízható, olcsó.

### Eredeti csomagolás:

10, illetőleg 20 kapsula vagy tablettá à 0,25 g.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

## MELUBRIN

igen hatásos  
antirheumatikum.

Belsőleg és injectiókra jól tűrik.  
3—4-szer napjában 1—2 tablettá.

Eredeti csomagolás:  
10, ill. 25 tabl. à 1 g.  
10 amp. à 2, ill. 4 ccm.

## HYPOPHYSIN

bevált  
uterustonikum.

Állandóan hatásos, steril oldata injectióra  
és belső használatra.

Eredeti csomagolás:  
Ampullák à 0,5 és 1 ccm. dobozokban  
3, 5 és 10 darab. Üvegben 10 ccm.

## FERROSAJODIN

tartós  
jódkészítmény.

Izléses és jó hatású.  
Görvélykór, vérszegénység, lues stb.-nél.

Eredeti csomagolás:  
20 tablettá à 0,5 g.  
2—3-szor napjában 1—2 tablettá.



# ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:  
IX., Knezits-utca 15.

ALAPITOTTA: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben. FOLYTATTA: ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE.

Kiadóhivatal  
IX., Knezits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Egyes számok kaphatók Kállan  
Frigyes egyetemi könyvkeres-  
kedésében (Váci-utca 32.sz.)  
Egyes szám ára 2 korona  
50 fillér.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" Irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:  
1919 novemberből:  
egész évre ... 120 kor  
fél évre ... 60 "  
negyed évre ... 30 "  
Orvostanhalgatók, szigorló  
orvosok és a kötelező kórház  
gyakorlatot teljesítők a felét  
és a portót fizetik.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Nestlinger Miklós:** Közlemény a budapesti magyar tudományegyetem II. számú szem-  
klinikájáról. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.) Adatok a szem  
harcztéri gáz-sérüléseiről. 389. lap.

**Kenéz Lajos:** Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal rózsashegyi különleges gyógy-  
intézetéből. (Vezető-őorvos: Róth Miklós dr., belklin. tanársegéd, ezredorvos.) Röntgen-  
vizsgálatok a háborús szivről és a szívnak strychnin hatására észlelhető megkiseb-  
béséről. 391. l.p.

**Magyary-Kossa Gyula:** Az orvos helyzete a régi magyar társadalomban. 393. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. N. Jagie:** Die diagnostische Verwendung des Leuko-  
cytenbildes bei Infektionskrankheiten. — Uj könyvek. — *Lapszemle. Belorostan.*  
*Hartung:* Pyelitis. — *Neumayer:* Intravenás strophantinkezelés. — *Brusch* és  
*Dresel:* Hereditarius renalis glycosuria. — *Neumann:* Belégzés útján beállott kéksav-  
mérgezés. — *Sebeszet. O. Jüngling:* Az actinomycosis Röntgen-kezelése. — *Szülészet*  
*és nőorvos. Winter:* A tüdő- és gegegümökörös nők mesterséges sterilizációja. —  
*Közegészségtan. Selter:* A végső fertőtlenítés. 395–397. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* 397. lap.

*Vegyes hírek.* 397–398. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlemény a budapesti magyar tudományegyetem II. számú szem-  
klinikájáról. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyetemi nyilv. rendes  
tanár.)**

### Adatok a szem harcztéri gáz-sérüléseiről.

Közlő: *Nestlinger Miklós dr.*, egyetemi tanársegéd a II. számú szem-  
klinikán.

A szemnek gázalakú termékek okozta megbetegedései  
önmagukban véve sem gyakoriak. Bizonyos ipari üzemekben  
dolgozó munkásokon azonban olykor mégis megfigyelhetők.  
Ily ipari sérülések érdekes összeállítását találjuk *Hirsch L.*  
munkájában: „Die Berufskrankheiten des Auges. Ihre Ent-  
stehung, Behandlung und Verhütung. 1910.“

A régebbi háborúban, valószínűleg a harc-  
fegyverek más minősége miatt, ily sérülések egyáltalán nem fordultak  
elő. A most lezajlott világháborúban azonban, mint *Szily A.*  
az „Atlas der Kriegsaugeheilkunde“ 1917-ben megjelent 3.  
részenek „Kampfgaserkrankungen“ című fejezetében talá-  
lón mondja, „a hosszantartó és szívós álló harc, a mely a mo-  
dern háborúban oly nagy szerepet játszik... új harc-  
fegyverekkel lepelt meg bennünket, melyeknek hatása az előző  
háborúból ismeretlen, ... ezek az úgynevezett harc-  
gáz-sérülések.“

Ilyen úgynevezett harc-gázok okozta szemsérüléseket  
volt alkalmunk két tüzeren a fenti klinikán 1918-ban és  
1919-ben megfigyelni, és minthogy egyrészt a magyar or-  
vosi irodalomban hasonló közlés eddig egyáltalán nem jelent  
meg és a külföldi irodalomban is csak egy-kettő, másrésztől,  
mert úgy *Hirsch L.* békebeli feljegyzéseivel, valamint *Szily A.*  
igazán kitűnő összeállításával szemben új, sőt eddig egye-  
dülálló megfigyelést tartalmaznak, a közlésük nem lesz érde-  
telen, annál kevésbé, mert az ilyfajta sérülések, illetve a kór-  
okozóként ható anyagok mibenlétének megállapítása csak  
számos közlés alapján lehetséges.

A szóbanforgó gáz-sérülés létrejöttére vonatkozólag az  
anamnesisekből kiderül, hogy az illetőknek nemcsak szemei,  
hanem egyéb fedetlenül maradt testrészei, például szükség  
végzése közben az altestük és czombjaik, továbbá az arcuk  
is égési sebeket szenvedtek. A gázalarczot kellemetlen volta  
miatt nem bírták sokáig, azért azt, midőn a gázok látszólag  
nem terjedtek oly tömegesen, időnként levették és ekkor  
szenvedték a szemsérüléseket.

A gázok az ellenség által kilőtt gázgránátok (olasz harc-  
tér, Piave-front, 1918 október) felrobbanásakor keletkeztek és

leginkább ott a helyszínen terjedtek, de azért oly tömegesek  
voltak, hogy az egész völgy mintegy mérges gázokkal telített-  
nek látszott. A gázlövés négy napon át tartott; embereink  
addig állottak. Hogy milyen gázok voltak, arra nézve csak  
annyit sikerült megtudni, hogy leginkább a földhöz közel  
terjedtek s igen nehezen szállottak el. Ezek szerint talán a  
szokásosabbak, mint chlór-, brom- vagy nitrose-gázok (de  
esetleg mások) szerepelhettek, melyek tudvalevőleg mindany-  
nyian nehezebbek a levegőnél.<sup>1</sup>

Mindketten 1918 október 26.-án szenvedték a gáz-sérü-  
lést és klinikai észlelésünk alá 1918 december 11.-én kerül-  
tek, tehát 6 hét múlva. Közvetlenül a sérülés után 2 napig  
az innsbrucki szemklinikán kezelték őket, hol hűvös boroga-  
tást kaptak; utána Budapestre kerültek, hol eleinte a Ludo-  
vika hadi-, majd a Vöröskereszt Győri-úti kórházában kezel-  
ték, de érdemleges szemkezelésben nem részesültek s innen  
éppen specialis szemkezelés végett, mert állapotuk nem javult,  
klinikánkra tették át.

Előadásuk szerint közvetlenül a sérülés után szemek-  
ben csak „csipő érzésük“ volt és eleinte jól is láttak. Körül-  
belül 24 óra múlva azonban szemhéjaik megdagadtak, úgy-  
annyira, hogy kinyitni egyáltalán nem tudták és e miatt sem-  
mit sem láttak, csak ha a megdagadt szemhéjakat szétfeszít-  
tették, de ekkor is igen rosszul. A sérülés után szemekből  
sokáig „gázos könny“ jött, a mely arcukat annyira csípte, mint  
maga a gáz.

### Állapotuk a felvételtkor:

1. St. P. 30 éves, jól fejlett tüzer. Vizsgálat cocain-  
érintésben. Visus: jobb szem  $\frac{5}{30}$ , bal szem  $\frac{4}{70}$ . Mind-  
két szem nagy mértékben fénykerülő, könnyezik, kevés vála-  
dék. A szemhéjak pirosak, duzzadtak. A könnykiszülékek épek.  
A palpebralis conjunctiva élénken belővelt, úgyszintén a bul-  
baris conjunctiva. Ez utóbbin helyenként marás nyomai  
láthatók, leginkább a szemrésnek megfelelőleg, hosszúkás  
ovális fehéres terület alakjában. Mindkét cornea (oldalt be-  
eső világításnál) sima, fénylő, tükröképek kifogástalanok; a  
jobb széli részein csaknem körkörös, rendetlen, vonalszerű  
mély homályosodás, különben tiszta. A bal cornea mélyében  
csaknem egész kiterjedésében diffuse homályos. A homályok  
áteső fényben csaknem teljesen átvilágíthatók. A corneákra  
erek sehol sem mennek! A csarnokvíz nem mutat eltérést.  
Mindkét pupilla ad maximum tág. Szemtükri lelet: Trö-  
közegek, a mennyire a cornea homályossága mellett megítél-

<sup>1</sup> Lásd *Szily A.*: „Atlas der Kriegsaugeheilkunde. Kampfgas-  
erkrankungen“ című fejezetét.

hető, tiszták. Szemfenék: Jobb szem diffuse kissé borús, a papilla határai elmosódottak, mintha a papillán izzadmány volna. A bal szemfenék és különösen a papilla diffuse homályos, különben eltérést nem mutat. Vérzések egyik szemfenéken sem láthatók.

2. B. J. 32 éves, hatalmasan fejlett tűzér. Vizsgálat cocain-érzéstelenítésben. Visus: jobb szem  $\frac{5}{70}$ , bal szem  $\frac{5}{50}$ . Mindkét szem nagy mértékben fénykerülő, könnyezik, kevés váladék. A szemhéjak még erősen duzzadtak, pirosak, helyenként kisebb hólyagcsák (marás nyomai?). A könnykiszülékek épek. A palpebralis conjunctiva élénken belövelt, úgyszintén a bulbaris conjunctiva is, mely utóbbin helyenként, különösen alul, a szemrésnek megfelelőleg, marás nyomai-ként fehéres területek. Mindkét cornea felülete sima, fénylő, de a mélyében diffuse homályos (oldalt beeső világítás). A homályok áteső fényben szintén csaknem teljesen átvilágíthatók. Erek a corneákra nem mennek. Mindkét pupilla ad maximum tág. A csarnokvíz nem mutat eltérést. Tn. o. utr. Szemtükri lelet: A töröközgek tiszták, a szemfenékek diffuse kissé homályosak (a corneák miatt!), különben eltérést nem mutatnak. Vérzések sehol sem láthatók.

Az egyik beteg (B. J.) állítása szerint a gázokból sokat be is szívott, e miatt azóta folyton köhécsel, eleinte erősebben, most alig; eleinte bő genyeset is köpött. Jelenleg felületen tracheitisen kívül egyéb objectív lelet nincs. A másik (St. P.) a légnyomástól azóta bal fülére rosszul hall; füle két hétig folyt, jelenleg a bal dobhártyán széles perforatio. Állításuk szerint a bőr összes testrészeikről, melyek nem voltak a sérülés alkalmával fedettek, 6—10 nap alatt lehámolt.

Kezelés mindkét esetben atropin, olaj, délután protargolbecseppentés naponta egyszer; nedves meleg borogatás háromszor, Sötét üveg. Protargol később másodnaponként, végül 0.2%-os zincum sulfuricummal váltogatva. E kezelésre mindkét beteg állapota rohamosan javul; a fénykerülés és könnyezés csökken, a corneák tisztulnak, a látás javul.

A körlefolyás rendén említésre méltó:<sup>2</sup>

Az 1. esetben december 19.-én megejtett szemtükri vizsgálat: Jobb szem: a papilla határai kissé elmosódottak és mintha az ereket helyenként izzadmánysávok kísérik. Bal szem: ugyanez és e mellett az arteria és vena nasalis superior között,  $\frac{1}{2}$  papillányi távolságban a papilla nervi opticitól, elmosódott határu fehér foltocskák, mely az erekkel látszólag nincsen vonatkozásban. Mindkét papilla talán kissé halványabb, vérzések nincsenek. Visus: jobb szem  $\frac{5}{15}$ , bal szem  $\frac{5}{20}$ . Január 5.-én a fénykerülés lényegesen csökkent. A visus felvéve cocain nélkül lehetséges. Visus: jobb szem  $\frac{5}{10}$ , bal szem  $\frac{5}{20}$ . A corneák tisztulóban. Szemfenékek: a jobb csaknem teljesen éles; bal: a papilla zsírfényű, a retinán a már jelzett fehér folt. Január 18.-án fénykerülés alig van. Visus: jobb szem  $\frac{5}{10}$ , bal szem  $\frac{5}{30}$ . Bal bulbus alsó részén a conjunctiván még mindig látszik a marás nyoma, a jobbon alig. Szemfenékek: körülbelül mint előbb; a balon az arteria et vena nasalis superior mentén levő fehér folt alig látszik. Február 15.-én fénykerülés nincs. A bulbaris conjunctiván a marás nyomai alig láthatók. Visus mindkét szemmen  $\frac{5}{15}$ . Mindkét cornea a mélyében igen finoman diffuse homályos. Szemfenékek: mindkettő körülbelül ép. Talán a bal papilla fehérebb, de határai elég élesek, az erek mellett látott fehér folt teljesen eltűnt. Távozáskor, márczius 21.-én, visus: mindkét szemmen  $\frac{5}{15}$ , a corneák és szemfenékek állapota ugyanaz. A látóterek fehér és vörös színre normalisak.

A 2. esetben január 5.-én visus: jobb szem  $\frac{5}{20}$ , bal szem  $\frac{5}{15}$ . A fénykerülés csökkent. A corneák a mélységben még kissé homályosak. A szemfenékek eltérést nem mutatnak. A látást cocain nélkül először január 12.-én lehetett felvenni: a jobb szemmen  $\frac{5}{30}$ , a balon  $\frac{5}{20}$  volt. Felette érdekes volt mindkét cornea megbetegedése finom, gyorsan képződő és ugyancsak gyorsan visszafejlődő, tűszúrásnyi—2 mm.-nyi átmérőjű víztiszta hólyagcsák alakjában (herpes neuralgicus?).

<sup>2</sup> Helyszüke miatt csak a legfontosabbat közöljük.

E herpes január 8.-ától január 14.-éig naponta újra képződött, még pedig oly módon, hogy heves szűrő szem- és féloldali fejfájás jelentkezett délután 1—2 óra között, majd délután  $\frac{1}{2}$  óra körül megjelentek az apró hólyagcsák, melyek 18—20 óra alatt nyomtalanul eltűntek. Ez a herpes jelentkezett még január 15.-én, 17.-én, 23.-án és 24.-én, mire végleg és nyomtalanul eltűnt. A beteg hőmérséke a herpes-eruptio alatt, január 10.-étől 22.-éig, állandóan 37° C alatt, csak egyszer volt 37.1° C. A herpes lezajlásakor, január 24.-én, mindkét felső szemhéj erősen megduzzadt, kipirosodott és néhány nap alatt csaknem az összes Meibom-mirigyek kivezető csövei apró genyes sárga pontoknak látszóttak, melyek közül néhány fel is fakadt. A bakteriologiai vizsgálattal csak staphylococcus albust találtunk, a conjunctivalis váladékban ezenfelül még xerosis-bacillust. Február 8.-án a felső szemhéjak duzzanata enged. Február 15.-én a szemek alig fénykerülők. A felső szemhéjak még kissé duzzadtak. A bulbaris conjunctiván alul marások nyomai még láthatók. Mindkét cornea a mélyében igen finoman homályos. Visus: jobb szem  $\frac{5}{15}$ , bal szem  $\frac{5}{15}$ . Távozáskor, márczius 21.-én, a visus ugyanez. A fénykerülés minimalis. A bulbaris conjunctiván alul marások nyomai kissé még láthatók. A corneák állapota ugyanaz. A látóterek fehér és vörös színre normalisak.

A vázoltak alapján a szöbanforgó gáz közvetlen hatása tehát eleinte jóformán semmi vagy csak nagyon jelentéktelen volt; csakhamar azonban könnyezés, csipő érzés jelentkezett, majd a szemhéjak dagadása és ettől függetlenül is csökkent látás, végül ezek a jelenségek mind fokozódtak, úgy hogy körülbelül 24 óra alatt látszólag tetőpontjukat érték el. A további lefolyást illetőleg jellemző a felette makacs kötőhártyahurut, a mely csaknem 5 hónapon át állott fenn és melynek subjectív javulása szorosán lépést tartott az objectív változások, azaz a bulbaris conjunctiván a marások nyomaként látszott fehér területek eltűnésével, illetve a kötőhártyák regenerálódásával. Nem kevésbé jellemző a corneák mély homályosodása, illetve a homály feltisztulása. Mindkét esetben közös vonás, hogy hónapokon át dacoltak a kezeléssel és végül pusztán tüneti kezelésre meggyógyultak, illetve jelentékenyen javultak: a kötőhártyákon a szó szoros értelmében teljes restitutio ad integrum következett be, míg a szaruhártyák mély finom diffus homály maradt vissza.

Hogy a cornea mély elhomályosodását tulajdonképpen mi okozza, arra nézve értékes felvilágosítást adnak Panasnak<sup>3</sup> és Erdmann-nak<sup>4</sup> aethylenchloriddal kutyákon végzett kísérletei, mely szer inhalatiója vagy subcutan injectiója után az alapanyag oedemáján alapuló mély corneahomály fejlődik ki; ez Uthoff<sup>5</sup> véleménye szerint is a felszívódott aethylenchlorid endothel-romboló hatása folytán jön létre és az endothel újraképződése után visszafejlődik, de meg is maradhat. A regeneráló folyamat körülbelül attól függ, hogy a homály meddig állott fenn. Ugyancsak Erdmann-nak<sup>6</sup> dymethylsulfattal tengerimalaczokon és házinyulakon végzett kísérletei szerint dymethylsulfat-mérgezésben a szaruhártya homályát hasonlóképpen annak oedemája okozza a vizenyösen degenerált endothel leválása folytán, de itt tisztán helybeli hatásról van szó. Erdmann szerint ugyanis az epithel mélyebb sejtrétegeinek, különösen az úgynevezett basalis sejteknek zsugorodásáról, esetleg teljes széteséséről van szó. Erdmann fel fogásának helyes volta mellett bizonyít az, hogy ha a kísérleti állat egyik szemét bevarrta vagy ragtapasz-csíkokkal elzárta, ezen a szemén a dimethylsulfatra jellemző változások elmaradtak, továbbá, hogy a változások újból csak egy szemre szorítottak, midőn második kísérleti módja szerint járt el,

<sup>3</sup> Action des inhalations du chlorure d'éthylène pur sur l'oeuil. Archiv. d'Ophth. p. 77, 1889. (Nagel: Ophthalmolog. Jahresb. XX, S. 222.)

<sup>4</sup> Ueber Augenveränderungen durch Aethylenchlorid. Versammlung der Vereinigung niedersächsischer Augenärzte, 1912. Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk. L. II. 1912, S. 370.

<sup>5</sup> Graefe-Sämisch, Handbuch der Augenheilkunde. Die Augenveränderungen bei Vergiftungen.

<sup>6</sup> Ueber Augenveränderungen durch Dymethylsulfat. Archiv für Augenheilk., 62, 1909.

tudniillik midőn csövön és megfelelő tapadó burán át egyenesen csak az egyik szemhez vezette a dimethylsulfat-gázokat és végül, hogy a szaruhártya legszembetűnőbb elváltozását mindenkor a szemrésnek megfelelőleg találta. Az epithelnek összeköttetése az alapanyaggal az említett változások folytán meglazult, ezért hólyagcsák alakjában könnyen leválik és kifekélyesedik. Ezzel ellentétben aethylchlorid alkalmazása után bármily nagyfokú is a szaruhártya oedemája, az epithel nagyobb hólyagok alakjában nem válik le.

Már most az a kérdés, hogy esetünkben hogyan jött létre a cornea elhomályosodása? Itt mindenekelőtt figyelembe veendő az a körülmény, hogy a betegek csak a 6. héten kerültek észlelésünk alá és az esetleges epithel-hiányok időközben behamosodhattak. Erdmann szerint ugyanis a szaruhártya háms-hiányai 2—3 napig változatlanul maradnak, majd 2—3 nap alatt kisebbednek és további 5—6 nap alatt a nagy háms-hiányok is hámmal újra fedettek, de az újdonszülődött háms sokáig egyenetlen és az alapján könnyen eltolható marad. Ezzel szemben esetünkben kétségtelenül meg volt állapítva, hogy a corneák felülete teljesen sima, fénylő volt, tükröképei kifogástalanok voltak és sehol a legkisebb felületi homályt sem lehetett felfedezni. Másfelől a mély homályok nemcsak a szemrésnek, de az egész corneának megfelelőleg állottak fenn. Így a mély szaruhártya-homályok létrejöttére nézve határozottan a felszívódó hatás mellett foglalnék állást. Ennek dacára viszont kétségtelen, hogy a bulbaris conjunctivákon a szemrésnek megfelelő marási nyomok a gázok helyi behatása alatt jöttek létre.

Az általános felszívódó hatás mellett szól az egyik betegen fennállott kétoldali neuro-retinitis is, mely bizonyára azonos a Teulieres és Valois<sup>7</sup> által gázmérgezésre típusosnak mondott neuro-retinitis-szel. Ez a neuro-retinitis az észlelés folyamán egy ideig továbbfejlődni látszott, a bal szemfenéken megjelent fehér foltocskák legalább e mellett látszik bizonyítani. Hogy ez a foltocskák az idegrostok zsíros elfajulása vagy exsudatio volt-e, nehéz eldönteni, exsudatumnak túlságosan körülírt volt, viszont nyomtalanul eltűnt, a menyiben szorgos kutatás ellenére sem lehetett scotomát felfedezni.

A tractus respiratoricusra gyakorolt káros hatás tudvalevőleg igen sokféle mérgező gáz közös tulajdonsága.

Félig nyílt kérdés marad a 2. esetben észlelt herpes corneae. Vajjon egy a gázmérgezés által kiváltott specifikus ideghatásról van-e szó, és ha igen, egyenesen a cornea-alapanyag idegelemeinek izgatása, vagy resorbeáló hatás útján jött-e létre? A feltevés közelfekvő: mindenestre meg kell várni, vajjon hasonlót másutt is megfigyeltek-e.

Végül e két észlelet alapján újlag hangsúlyozzuk azt a tapasztalatot, hogy a kóros változások nem mindenben párhuzamosak. A két eset közül úgy subjective, mint a lefolyást tekintve a 2. látszott súlyosabbnak és mégis az 1.-ben fejlődtek szövödmények a szem mélyebb részeiben.

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

### Röntgen-vizsgálatok a háborús szívről és a szívnek strychnin hatására észlelhető megkisebbedéséről.

Irta: Kenéz Lajos dr., a Röntgen-laboratorium vezetője.

(Vége.)

A szív visszafejlesztés céljából a strychnin injectio alakjában adtuk, még pedig felemelkedő dosisban, kezdve  $\frac{1}{2}$  – 1 mgr. adagon és felemelkedve 0.1, 0.2 – 0.3 cgr.-ig is. Természetesen mindig kellő óvatosság mellett és állandó felügyeletünk alatt tartva a beteget. Emelkedtünk a dosissal addig, míg sokszor kellemetlen érzéseket is okozott, mint izgatottságot, görcsös rázó mozgásokat, fájdalmas izomcontractiókat, sőt reflexgörcsöket. A maximalis dosison néhány napon keresztül meg-

maradtunk, majd folyton kisebbitve a dosist, abbahagytuk. Átlag egy ilyen kúra 4—6 hetet vett igénybe. A strychnin-befecskendezések után különösebb kellemetlenséget nem észleltünk, pedig tudjuk, hogy a strychnin lassan ürül ki a nyállal, illetőleg vizelettel és cumulativ hatása lehetséges. Egy esetben láttunk egy 41 éves beteg szívtáji fájdalomkat, angina pectorishoz hasonló tüneteket, de ezek másnapra elmúltak. Így injectio alakjában a betegek kevesebb strychnint tűrnek el, mint per os, mert Vámosy kimutatta, hogy a strychnint a szervezet hosszabb ideig visszatartja, a miben különösen a májnak van szerepe.

Minthogy a rendelkezésünkre álló irodalomban is nagyon ellentmondó adatokat találtunk, hogy vajjon a strychnin miképpen hat a pulsusra, a vérnyomásra, a testhőmérsékre, a vizeletmennyiségre, éppen ezért kiterjesztettük vizsgálatainkat ebben az irányban is. Ezirányú tapasztalatainkat abban foglalhatjuk össze, hogy sok esetben a vérnyomásra inkább csökkentőleg, máskor emelőleg hat, azonban ha emelkedik, az emelkedés tetőpontját az injectio után kb. fél óra múlva éri el. Ez bizonyítja, hogy a strychnin az érmozgató központot izgathatja. A pulsus viselkedésére nem találtunk szabályosságot, a legtöbb esetben a pulsus változatlan maradt, néhány esetben a pulsus meglassabbodását lehetett észlelni. Ezt úgy tudnók megmagyarázni, hogy a mint Bernstein kifejtette, a vaguscentrum izgalmi állapota a vérnyomás magasságától függ és lehetséges, hogy strychninre ilyen másodlagos uton következik be a pulsus meglassabbodása, a vérnyomás fokozódása folytán. A fent vázolt adagolása a strychninnek a hőmérsékre absolute nem volt befolyással, pedig tüdőcsúcsuruban szenvedő betegeken végeztük a vizsgálatokat, a kiknek hőszabályozó centruma amúgy is nagyon labilis; a vizelet kiválasztását sem tangálta.

Természetesen egy pillanatig sem veszítettük szemünk elől kitűzött célunkat: a szív pontos nagyságának megállapítását, illetve, hogy strychninre a megnagyobbodott szív térfogata redukálódik-e? Minthogy a szív pontos nagyságát az összes vizsgálati módszerek közül legtökéletesebben a Röntgen-vizsgálat szolgáltatja, ezt használtuk fel mi is a szív pontos nagyságának megállapítására, illetőleg az összehasonlító vizsgálatok alapján annak megállapítására, hogy a szív megkisebbedés bekövetkezett-e? Ilyen irányú vizsgálatainkat a Loewy-Dorn-Groedel orthodiographfal végeztük. Az orthodiographiai vizsgálatkor figyeltünk azokra a tényezőkre, melyek a silhouette nagyságára befolyással bírnak. Ilyenek a kor, testmagasság, testsúly, testhelyzet, hivatás, sport, infectiós betegség, teljesített harcztéri szolgálat, valamint az alkohol- és nicotin-élvezet. A vizsgálatot, mintahogy azt Groedel bevezette, úgy végeztük egészen felületes közepes légzéskor és igyekeztünk mindig, hogy lehetőleg a diastolés silhouette rögzítsük. Az orthodiagramm lemérése és értékesítése alkalomával az elfogadott módszerek szerint jártunk el és az ülő helyzetben végzett vizsgálatkor a Moritz által bevezetett tengelyeket mértük le. Hogy pedig a szív normalis nagyságú-e, vagy nagyobb, e célból összehasonlítottuk az orthodiographiai értékeket a Groedel úgy készült és általa megadott méreteivel és a menyiben nagyobb volt a szív, hozzáfogtunk a megkisebbitéséhez és néztük, hogy vajjon kezelésre az orthodiographiai értékek megkisebbedtek-e?

A szív megkisebbitésére irányuló vizsgálatainkat főleg tüdőcsúcsuruban szenvedő betegeken vittük keresztül. Tüdőbetegeinken átlag több hónap telik el a frontról való visszatérést véve tekintetbe, mikorra hozzánk kerülnek. Kórházból-kórházba, innen gyűjtőállomásokra jutnak, a honnan pedig utókezelésre hozzánk utaltatnak. Nálunk akár egy évig is maradhatnak. Ilyen körülmények között nagyon is megvolt az alkalmunk, hogy a betegeket hosszú hónapokon keresztül észlelhessük és megvolt a mód arra, hogy kísérleteinket zavartalanul végezhessük.

Vizsgálatainkat, a melyek a szív megkisebbitésére irányulnak, 3 csoportba oszthatjuk:

1. A menyiben a felvételkor a szív nagyobb volt, az orthodiographiai vizsgálat jelentékenyen megnagyobbodott ér-

<sup>7</sup> Idézve Szily A. nyomán.

tékeket mutatott: a beteget mintegy 3 hónapon keresztül fektettük, *absolut nyugalomban* tartottuk, a mit tüdőcsúcshurutja amúgy is szükségessé tett. Időről-időre pontos orthodiagraphiai vizsgálatokat végeztünk, hogy ellenőrizzük, vajjon a megnagyobbodott szív *spontan* megkisebbedett-e? Hogy spontan a szív megkisebbedhetik, erre már találtunk adatokat és ilyen eredményeink nekünk is vannak. - *Kaufmann* és *Meyer* leír egy esetet, a mikor 11 hét alatt, csupán nyugalomra, a szív úgy megkisebbedett, hogy a hosszátmérő 1.7 cm.-rel és a harántátmérő 1.5 cm.-rel lett kisebb. Ilyen a mi alábbi esztünk is.

P. A., gyalogos, polgári foglalkozása tanító, gyermekkori betegségek közül bárányhimlőre emlékszik vissza. Bevonulásig mindig egészségesnek érezte magát. A román háború kitörésekor önként jelentkezett frontszolgálatra s mintegy 6 hónapi súlyos harcztéri szolgálattétel után lágyrészekben áthatoló czombsérülést szenvedett. A seb gyógyulása után ismét a harcztérre került, a hol gránátlegnyomást kapott. Súlyos traumás neurosis miatt aránylag gyorsan került hozzánk, a frontról való visszatéréstől a 24. napon. Az egész testre kiterjedő tremor miatt a felvételek pontos mellkasvizsgálatot végezni lehetetlen volt. A tremor villányos-suggestív kezelésre megszűnt. Ekkor a klinikai vizsgálat, mindkétoldali tüdőcsúcshurutot leszámítva, a szívet illetőleg a következő leletet adta: a szívtáj rendes, a csúcslövés az V. bordaközben, a bimbóvonalon valamivel kívül, kissé szétterülő. Relatív szívtempulát határai: fent III. borda felső szélé, kifelé a csúcslövés helyéig ér, befelé a szegycsont jobbszélét majd egy ujjal túllépi. Hallgatódzaskor zöreje nincs, a dulsus: 102. Orthodiagraphiai értékek 1917. április 26.-án: \* L. 15.4 cm., Ml. 8.3 cm., Mr. 5.4 cm., T. 13.7 cm. Actív csúcsfolyamata miatt folyton fektetjük. A május 22.-én készült orthodiagraphiai felvételek minimális megkisebbedést mutattak. Azonban aug. 16.-án L. 14.1 cm., Mr. 4.9 cm., Ml. 7.7 cm., T. 12.6 cm. Összesen tehát majd 4 hónap alatt a szív *spontan* megkisebbedett és pedig úgy, hogy L. 1.3 cm.-rel, T. 1.1 cm.-rel lett kisebb.

2. Amennyiben 6—8 heti nyugalomra a szív *spontan* nem mutatott volumenreduciót a nyugalomban tartott betegen, *szénsavfürdőt* adattunk. Ismerjük bár ama közleményeket, a melyek szerint *szénsavfürdőre* a szív volumenreduciója következik be, azonban mi a háborús szíven semmi hatást sem észleltünk a *szénsavfürdő* behatására. Csupán egyetlen egy esetben kisebbedett meg valamivel a szív diagonális, a kisebbedés alig fél cm. volt. Hogy eseteinkben a *szénsavfürdő* nem hatott, annak oka talán abban rejlik, hogy betegeink csak mintegy 6—8 hónap múlva kerültek kezelés alá *szénsavas fürdővel*, míg *Wenckebach* — a ki észlelhette a háborús szíven a megkisebbedést — a *szénsavas fürdő* applikálását a dilatatio kifejlődése után azonnal megindította. Hogy ez így van, azt megerősítve találok *Kaufmann* és *Meyer* táblázatából, a mennyiben betegek között, a kiken *szénsavfürdőre* számbavehető eredményt értek el, olyanokat találunk, a kik legfeljebb 6 héttel ezelőtt kerültek el a frontról.

3. Amennyiben mintegy 3 hónapon át történő fektetés mellett sem nyugalomra, sem *szénsavasfürdők* hatására a szív volumen redukálódását nem észlelhettük, megkezdjük a strychnin adagolását. A strychnint, mint már fent kifejtettük, injectio alakjában adtuk, mintegy 4—6 héten keresztül és figyeltük a pulsusra, vérnyomásra, hőmérsékre, stb.-re való hatását, de különösen a szív nagyságát ellenőriztük, hogy vajjon a strychnin hatására a megnagyobbodott szív megkisebbedik-e? A strychninre akkor mondtuk, hogy használata eredményes volt, a mikor az összehasonlító vizsgálat kor legalább is mintegy 1 cm.-nyi vagy annál nagyobb differentiát kaptunk, összehasonlítva a kezelés előtti orthodiagraphiai értékeket a kezelés utániakkal.

I. eset. D. J., 21 éves, gyalogos, polgári foglalkozása földműves, 23 hónapig volt a szerb, az orosz és az olasz fronton. Ez idő alatt több ízben nagy gyaloglásokat végzett és nagyon sokszor volt tüzben. 1917 június 10.-én az olasz harcztéren fedezék szakadt rá, utána vért köpött és emiatt kórházba került. Kórházból-kórházba járva 3 hónap telt el, mire hozzánk került. Szívpanaszai ekkor nem voltak, de a mint elmondja, a harcztéren az utolsó hónapokban már sokszor volt szívtájéki fájdalom és sokszor erős szívdobogása. A panasza azonban a köhögés, bő köpetürítés, a mely néhány ízben már véres is volt, lesóványodás. 172 cm. magas, 68 kg testsúlyú férfibeteg mellkasa belégzési állapotban 94 cm., kilégzéskor 88 cm. A szívet illetőleg a klinikai vizsgálat a következő leletet adta: Csúcslövés az V. bordaközben, több mint 2 ujjal

kifelé, nagyon erősen szétterülő. Relatív tempulát határai: fenn a III. borda alsó szélé, kifelé a csúcslövés helyéig, befelé a szegycsont jobb szélét több mint egy ujjal túllépi. A szívcúcsban a systolés hang megnyúlt, sokszor rövid systolés zöreje, mely testi munkára erősebben vehető ki. Pulmonális II. nem ékelt, pulsus 100 körül vagy afölött. Orthodiagraphiai vizsgálat 1917 szeptember 30.-án: L. 16 cm., Ml. 10 cm., Mr. 5.1 cm., T. 15.1 cm., Al. 8.1 cm., AB. 4.3 cm. A beteg 3 hónapi házi kezelésbe ment, az őszi, ill. téli hónapokat nyugalomban, mondhatnánk minden munka nélkül töltötte és 1918 január első felében tért vissza hozzánk. Az ekkor készült orthodiagraphiai értékek teljesen egyeztek a szeptember végén nyert értékekkel. Utána 4 héten keresztül, a mikor kórházunkban fekvőkúrát tart, szénsavas fürdőt is kap, anélkül, hogy valamelyes eredményt láthatnánk. Ekkor február 16.-án hozzáfogtunk a strychnin-injectióhoz. Az első hét végén semmi változás. A 14. napon a strychnint 2 napra ki kellett hagynunk, mert a betegnek szívtájéi fájdalmai voltak, nehezen lélekezett, igen erős feszüléserzete volt a lábszár izmaiban és fejfájásról panaszkodott. 2 napi szünet után az injectiókat folytattuk, a dosist emelhetjük és 5 heti kúra után március 23.-án a vérnyomás 154 hg. mm., a pulsus állandóan 80 körül, az orthodiagraphiai értékek pedig a következők: L. 14.4 cm., Ml. 9.2 cm. Mr. 4.4 cm., T. 13.6 cm.

Amint láthatjuk, a beteg több hónapon át volt már kórházban, mire hozzánk került és a háborús fáradalmak folytán megnagyobbodott szív még mindig megnagyobbodott volt. Megkisebbedési tendenciát sem *spontan*, sem 3 hónapi nyugalomra, sem 4 heti *szénsavas fürdőkúra* nem mutatott. 5 héten át folytatott strychnin-injectió kúrára a vérnyomásnak 121 hg. mm.-ről 154 hg. mm.-re emelkedése és a pulsusnak 100-ról vagy többről 82-re leszállása mellett a szív megkisebbedett, még pedig úgy, hogy L. 1.6 cm.-rel, T. 1.5 cm.-rel lett kisebb.

Alábbi eseteinkben is csak gyógyszeres kezeléssel tudtunk eredményt elérni.

II. eset. D. A., 32 éves gyalogos kocsis 4 és fél hónapig volt a harcztéren és a frontról való visszatérés után 2 és fél hónap telt el, mire kezelés alá került. 1917 november 20.-án a strychnin-kúra kezdetén L. 14 cm., Ml. 8.4 cm., Mr. 5.1 cm., T. 13.5 cm., a kúra befejeztével december 16.-án L. 13.2 cm., Ml. 7.6 cm., Mr. 4.6 cm., T. 12.2 cm.

III. eset. V. Gy., 20 éves kereskedő, 16 hónapig volt a harcztéren és 2 hónap telt el a frontról való visszatérése óta, mire hozzánk került. Nyugalom, *szénsavasfürdő* eredménytelen. Strychnin-kúra kezdetén december 20.-án L. 4 cm., Ml. 9.5 cm., Mr. 6 cm., T. 15.5 cm., Al. 8.1 cm., Ab. 4.7 cm., január 26.-án L. 13.3 cm., Ml. 9.1 cm., Mr. 5 cm., T. 14.1 cm.

IV. eset. D. J., 23 éves gyalogos, erdőőr, 3 hónapig volt az olasz harcztéren és 4 hónapig már különböző kórházakban, a mikor vizsgálatainkat rajta megkezdjük. Február 1.-én L. 13.6 cm., Ml. 8.5 cm., Mr. 5.1 cm., T. 13.6 cm., a kúra befejezve március 4.-én, L. 12.8 cm., Ml. 7.9 cm., Mr. 4.6 cm., T. 12.5 cm.

V. eset. T. V., 29 éves földműves, 9 hónapig volt a harcztéren, 5 hónapig kórházban és december 1.-én vesszük strychnin-kúra alá. Ekkor L. 14.6 cm., Ml. 8.4 cm., Mr. 4.6 cm., T. 13 cm. Január 3.-án L. 13.7 cm., Ml. 8 cm., Mr. 4.3 cm., T. 12.3 cm.

VI. eset. U. H., 10 hónapig volt az orosz és az olasz harcztéren, a hol súlyos fáradalmakon ment keresztül. Mióta a harcztérről elkerült, már 2 hónap telt el, mire hozzánk jutott. Szokásos nyugalom és *szénsavas fürdő* után, melyek eredménytelenek voltak, november 26.-án kezdjük a strychnin adását. Ekkor L. 14.3 cm., Ml. 7.3 cm., Mr. 5.7 cm., T. 13 cm. December 21.-én L. 13.5 cm., Ml. 6.7 cm., Mr. 5.2 cm., T. 11.9 cm.

Összefoglalva a frontról visszatért katonákon 104 esetben eszközölt, a szív megkisebbitésére irányuló vizsgálatokat, azt láthatjuk, hogy ha még hosszú hónapok után is fogunk a megkisebbitéshez, egyes esetekben eredményt tudunk elérni. Összesen 9 esetben sikerült a szív számbavehető megkisebbitése, még pedig *absolut nyugalomra* 2 esetben, *szénsavas fürdő* hatására egyszer és a mikor már ezekkel nem tudtunk eredményt elérni, még akkor 6 esetben a strychnin-injectió kúrára sikerült a szív volumenének redukálását elérnünk. Ha általában tekintjük azokat az eseteket, a melyekben a szív megkisebbedést strychninnel próbáltuk elérni, akkor azt látjuk, hogy a fronton eltöltött idő a legkülönbözőbb volt, akár 16 hónap is, de a megkisebbedést csak olyan betegeken tudtuk létesíteni, a kiken a kezelést, a frontról való visszatérést számítva, 2—4 hónap múlva kezdhettük meg. Csupán egy esetben volt eredményünk, a mikor a frontról való távozástól számítva 6 hónap telt el a kezelés megkezdéséig. Korra nézve a legtöbb beteg a 20. életévhez állott közel és 30 éven felüli betegen csak egy esetben (II. eset) láttunk megkisebbedést. Foglalkozásra nézve földművest, erdőort, kocsist, kereskedőt felváltva találunk, de

\* L. = Längsdurchmesser; Mr. = Medianabstand rechts; Ml. = Medianabstand links; T. = Mr. + Ml.

nehéz testi munkát végzőt alig. A megkisebbedett szíven a kezelést megelőzőleg szétterülő csúcslökést találtunk, a mely nagyon ritkán volt emelő. A megnagyobbodás mindkét szívfélre illette és a 9 eset közül egyenletes megnagyobbodás volt 4 esetben, mindkét irányban, de főleg balfelé 3 esetben, mindkét irányban, de főleg jobbfelé 2 esetben. A megkisebbedésben részt vett éppúgy a bal, mint a jobb szív. Egyes esetekben a megkisebbedés az egyik vagy másik irányban praevaleált. Igen feltűnő a III. számú eset. Itt bár a megkisebbedésben mindkét szívfél résztvesz, de a bal csak minimálisan, igen erősen a jobb szív, a Mr. egy cm.-rel lett kisebb. Ez annyira feltűnő, hogy akaratlanul is *Hässner* sectióis leleteire kell visszaemlékezni, a ki egyes esetekben észlelte, hogy a jobb kamara erősen tágulhat, esetleg a balkamara minimális hypertrophiája mellett vagy e nélkül. Ez az eset különösen megerősít bennünket ama feltevésünk helyességében, hogy a jobbfelé nagy százalékban észlelhető és tartós megnagyobbodásban a dilatatio játszik nagy szerepet.

Nagyon érdekes még az, hogy vajon a strychninre megkisebbedett szív a kezelés utáni időben is megtartja-e a redukált volumenjét, vagyis hogy a strychninrel létrehozott szívizomtonusnövekedés átmeneti-e, vagy nem? Mindössze 2 esetben volt alkalmunk folytatólagos orthodiagraphiai felvételt végezni és ezek arról adnak felvilágosítást, hogy még 3-4 hónap után is, mikor a betegek nyugalomban voltak, a szív nagyság nem változott, vagyis hogy kezelés után tonuscsökkenés nem következett be. Értékesek volnának azok a folytatólagos vizsgálatok, a melyek arról adnának felvilágosítást, hogy az egyszer már megkisebbedített szív testi túlerőltetés behatására hamarabb tágul-e, mint általában és hogy a szív ismételtelen való megkisebbedése lehetséges-e, vagyis, hogy a szívtonusra tudunk-e több ízben is befolyást gyakorolni.

Vizsgálataink kétségtelenül bebizonyították, hogy vannak szívmeagnagyobbodások, a melyek megkisebbedésnek vehetők alá. Nem gondoltunk egy pillanatig sem arra, hogy hypertrophiával járó megnagyobbodás eseteiben eredményeket érhetünk el, de a 9 esetben eredményes szívmeagnagyobbodással kapcsolatban felvehetjük, hogy a szívmeagnagyobbodásban dilatatiók szerepeltek, tisztán vagy egyidejű hypertrophia mellett. A megkisebbedett szívek mutatják, hogy felvételünk helyes volt, mely szerint a megnagyobbodásban legalább is egyes esetekben a szívizom tonuscsökkenése játsza a szerepet, hisz centralis szívtonicummal, strychninrel, egyes esetekben sikerült a szív megkisebbedése. A megkisebbedett esetek száma nem nagy, a miben talán az is szerepet játszik, hogy az ily irányú kezeléshez aránylag későn fogtunk és nem azonnal a dilatatio kifejlődésekor. Ez magában foglalja azt a valóságot, hogy a megnagyobbodás nem átmeneti állapot, hisz hosszú hónapok után is nagy százalékban áll fenn, hanem hogy sok, főleg idősebb esetekben a megnagyobbodás tartós és állandósult elváltozás.

**Összefoglalás.** Összefoglalva vizsgálati eredményeinket azt láthatjuk, hogy a frontról visszakerült katonákon milyen nagy százalékban észlelhető szívmeagnagyobbodás minden subjectiv panasz nélkül. A megnagyobbodásban mindkét szívfél részt vehet és az egyenletes megnagyobbodás mellett, a mely a leggyakoribb, praevaleál a szív volumenjének jobb felé való megnagyobbodása. A megnagyobbodást a háború psychés, illetőleg physikai következményei létesítik és a megnagyobbodásban a hypertrophiák mellett dilatatiók is szerepelnek, tisztán, egymás mellett, vagy egymással kombináltan. Azonkívül a volumenjében megnagyobbodott szív spontán megkisebbedésre minimális tendenciát mutat.

A vizsgálatok bebizonyították, hogy vannak oly szívek, a melyek megkisebbedésnek alávetettek, és hogy valamely esetben megkisebbedés bekövetkezett-e, azt összehasonlító orthodiagraphiai vizsgálatok alapján állapítottuk meg. Megjegyzendő, hogy exact pontossággal keresztülvitt vizsgálatainkban azok az értékek, a melyeket a megkisebbedés kor minimumként fogadtunk el, jelentékenyen nagyobbak, mint a

methodusból származó hibaforrások. Még hosszú hónapok után is 104 esetből 9 esetben sikerült a szív megkisebbedése, még pedig 2 ízben nyugalommal, egyszer szénsavas fürdőkkel és még ezek eredménytelen alkalmazása után is 6 esetben strychninrel. A szív megkisebbedését strychninrel centralis úton véltük elérni, a szív tonusának növelésével, ugyanis felvettük, hogy a tágulás egyes eseteiben a szív tonusának csökkenése játszik szerepet. Therapiás eredményeink kétségtelenül bebizonyították felvételünk helyességét. A strychnin nem mutatott szabályosságot a pulsusra, a vérnyomásra, a hőmérsékre való hatás szempontjából. A strychnin befolyást gyakorolhat úgy a megnagyobbodott bal, mint a jobb szívre, de sok esetben praevaleál a megkisebbedítő hatás a jobb szívre, melynek vékony fala hypertrophiára kevéssé, azonban tágulásra annál erősebben hajlamos. A strychninkúra befejezte után a már megkisebbedett szív redukált volumenjét nyugalomban hónapokon át megtartja, vagyis a strychninrel létrehozott szívizomtonusnövekedés nem átmeneti jellegű. Végül sok és főleg régebbi esetben a megnagyobbodás tartós és állandósult elváltozásnak mondható.

**Irodalom.** *Moritz*: Über orthodiagraphische Untersuchungen am Herzen. Münch. med. Wochenschr., 1902. — *Diellen*: Orthodiagraphische Untersuchungen über pathologische Herzformen und das Verhalten des Herzens bei Emphysem und Asthma. Münch. med. Wochenschr., 1908. — *Groedel*: Die Röntgendiagnostik der Herz- und Gefässerkrankungen, 1912. — *Groedel*: Die Orthoröntgenographie, J. F. Lehmann, 1908. — *Hornung*: Beitrag zur acuten Herzerweiterung. Berliner klin. Wochenschr., 1908, 39. szám — *Moritz*: Über Herzdilatation. Münch. med. Wochenschr., 1905, 15. szám. — *Schlesinger*: Münch. medizinische Wochenschr., 1915, 42. szám. — *Hässner*: Path. Anat. Virchow's Archiv, 1916. — *Maase és Zondek*: Herzbefunde bei Kriegsteilnehmern. Deutsche med. Wochenschr., 1915. — *R. Kaufmann*: Über Häufigkeit und Art der Herzhäufungen bei rückkehrenden Frontsoldaten. Wien. med. Wochenschr., 1916. — *R. Kaufmann és H. Meyer*: Über therapeutische Herzverkleinerung. Med. Klin., 1917, 44. és 45. szám. — *R. Freund*: Über Digalen. Münch. med. Wochenschr., 1915. — *E. Neisser és Stattin*: Über Strychninbehandlung. Berl. klin. Wochenschr., 1918. — *Kreht*: Pathologische Physiologie, 1914. — *Mackenzie*: Lehrbuch der Herzkrankheiten, 1910. — *Fr. Groedel*: Grundriss und Atlas der Röntgendiagnostik in der inneren Medizin, 1914. — *Kenéz*: Orthodiagraphiai vizsgálatok a háborús szívről. Magyar Orvosi Archivum, 1918.

## Az orvos helyzete a régi magyar társadalomban.

Irta: *Magyar-Kossa Gyula dr.*

(Vége.)

Régi orvosaink vagyonságát különben legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy sokan közülök városbírók voltak, erre a tisztségre pedig csakis jómódban levő embereket választottak. *Weber Jánost* (17. század) mint Eperjes „iudex primarius“-át említi *Weszprémi*. Körmöczbányán már 1528-ban mint főbíró, városi senator és *praefectus silvarum* szerepel *Hans Arzt* és egy másik, *András* nevű, orvos.<sup>24</sup> *Spielenberger Dávid* (1670) Lőcse városának volt a bírása, *Reull János* és *Moller Ottó* Besztercebányának. *Seuler Lukács* előbb brassói városkapitány (*Stadthann*), később (1733) városbíró.<sup>25</sup> Egy közelebbiről nem ismert „*Doctor Andreas medicus*“ már a 16. század legelején mint nagyszabenyi királybíró említették.<sup>26</sup> Sopron városának bírása (*praetor*) 170-ben dr. *Beck János Vilmos* volt,<sup>27</sup> ki rangban mindjárt a polgármester után következett. Nagyszabenyben a 16. században rang szerint kilenc osztályba volt sorozva a polgárság: az első osztályban voltak a kormánytanácsosok és a proconsulok, a másodikban a szolgabírák, senatorok, a harmadikban a papok, a negyedikben a nemesek, patriciusok és a városi orvos. Lőcsén és Besztercebányán csak három osztály volt s a városi orvosok az első osztályba voltak sorozva. Német városainkban az orvosok társadalmi helyzetének megszabásánál mindenesetre hatása volt az 1500. évi németbirodalmi és az

<sup>24</sup> Lásd *Ernyey*: A bányavárosok orvosai a 16.—17. században. (Gyógyászat, 1915.)

<sup>25</sup> Századok, 12. köt., 956.

<sup>26</sup> *Herbert* értekezésében 7. old.

<sup>27</sup> Sopron sz. kir. város monographiája (1890), I., 244.

1552. évi bécsi „Ordo politiae“-nek is, mely utóbbi a legelőkelőbb helyre teszi a városi orvosokat s még a lánczok, gyűrűk és egyéb ékszerek viselését is megengedi nekik és feleségüknek, pedig ez az alsóbbrendűeknek szigorúan tiltva volt, nehogy „dardurch die Leüt wider Gott zu Hochfart vnd anderm sündtlichen nachtayl geraitzt und sonderlich die vnuermüglichen . . . . besonder gemaine Lanndtschafften an jrem vermügen höchlich erschöpft werden und erarmen“.<sup>28</sup> Ezzel a törvényes cizfrálkodási szabadalommal régi orvosaink bőségesen éltek is; ünnepélyes alkalmakkor ékszereikkel díszítve, skarlátpiros kalapban és köpönyegben, karddal az ol-



dalukon és a doctorpálczával kezükben jelentek meg.<sup>29</sup> Ha a híres-neves kereséri Köleséri Sámuel-nek (1663—1732) gyűjteményében levő, valószínűleg a 18. század elejéről való, képét megnézzük, bizony nem találjuk meg benne a debreczeni tógátus és légátus utódját; simára beretvált arcával, puderes fodros parókájával és redőkbe csapott tógájával inkább valami XIV. Lajos korabeli grandseigneurre, Voltaire-re, vagy éppen Szavojai Jenőre emlékeztet. Pedig ő volt az az ízig-vérig magyar orvos, a kiről gróf Károlyi Sándor felesége, Barkóczy Krisztina azt írta, hogy „én bizony ezer német doktorért sem adnám“. Persze akkor, Rákóczy Ferencz nagymemlékű szabadságharcának leverése után, kikezdett már bennünket a bécsi levegő, elhagyogattuk a szép magyar viseletet s az erdélyi bányák főfelügyelője, az erdélyi főkormányzók tanácsosa stb. szintén húzódozás nélkül öltötte magára a Roi Soleil udvaroncainak hivalkodó köntösét. E külsőségek dolgában a mi orvosaink egy része (kivált a német városokban) egészen a németországi (és ausztriai) divatnak hódolt és így

<sup>28</sup> Linzbauer I, 162, 163.

<sup>29</sup> Vámosy István i. h. 15.

rájuk is illett a Paracelsus szatírája a négyszögű orvosi baretről, gyűrűről és a tulipiros talárról: „Warumb Rot? gefalt den Bawren wol, und das Har fein gestrelet und ein rottes Pareth drauff, Ring an die Finger . . . . so mag der krank ein glauben an dich haben, o du mein Herr Doctor. Ist das Physica? ist das Jusjurandum Hippocratis? . . . das heisst pro forma gangen, pro Doctore“.

Az elmondottakból látjuk, hogy orvosainknak vezető szerepük volt a városok belső életében és igazgatásában. Akkor még Justinianus és Werbőczy adeptusai nem foglaltak le minden tért maguknak és a közigazgatás némely, bár csak korlátozott, területén a természettudományokkal megalapozott, szimpla emberi józanész is szóhoz juthatott. De nemcsak itt, hanem a politikában és a diplomáciában is. Műveltségüknél, emberismeretüknél és a társadalmi formákban való otthonosságuknál fogva különösen hasznavehetőek voltak ezen a téren az orvosok. Említsem-e itt *Blandrátát* és *Gyulai Pált*, kiknek oly nevezetes szerepük volt Erdély 16. századi történetében? vagy a tragikus végű *Jeszenszky János*-t, kit a csehek több ízben is küldtek követül Bethlen Gáborhoz?<sup>30</sup> vagy *Hunyady Ferencz* erdélyi orvost, kiknek jelentős része volt a Báthory Zsigmond és Rudolf császár közt 1594 ben folyt alkudozásoknál?<sup>31</sup> Úgy látszik, hogy már sokkal régebbi fejedelmeink is kedvelték az orvos-diplomatákat és politikusokat. Nagy Lajos az udvari orvosát, *Radlicza Jánost*, Lengyelország főkancellárjává nevezte ki; *Colstein Simon* mint a budai egyetem képviselője vett részt a constanci zsinaton; Mátyás király az udvarában tartózkodó olasz orvosokat, *Francesco Fontanát*, *Florio Roverellát*, *Francesco da Bressát*, gyakran bizza meg diplomáciai küldetésekkel, hasonlóképp Bethlen Gábor is az ő német származású udvari orvosát, *Scultetust* (= *Schultz*), ki később a fejedelem feleségével, Brandenburgi Katalinnal, állítólag bizalmas viszonyt kezdett s ezért Csáky István megölette.

Azt hiszem, nem végzek haszontalan munkát, ha még néhány adatot közlök itten, lehető rövidséggel, régi orvosaink politikai szerepléséről. *Tiborc* mester, IV. Béla háziorsosa, fontos politikai küldetésben járt részint Rómában, részint Konrád német királynál.<sup>32</sup> Ugyancsak IV. Bélának egy másik udvari orvosa, *Bernold*, mint királyi képviselő szerepelt Pertlin comesnek birtokába való avatásakor.<sup>33</sup> *Ferenc* mester, Nagy Lajos udvari orvosa (1358), választott bíró minőségében fungál.<sup>34</sup> *Tamás* mester (1374) a Nagy Lajos leánya és Valois Lajos közt tervezett házasság alkalmából Párisba küldetik.<sup>35</sup> Zsigmond király orvosát, *Szirmai Antult* (*Antonius Sirmensis*) követül küldi XII. Gergely pápához,<sup>36</sup> *Fülöp* orvost pedig II. Ulászló küldi követségbe a pápához.<sup>37</sup> *András* nagyzebeni orvos és városi physicus gyakran jár fontos politikai küldetésben a havasalföldi vajdánál és a királyi udvarban, a 16. század első tizedében.<sup>38</sup> *Jacobinus Bernát* kolozsvári orvos

<sup>30</sup> Lásd *Gindely*-nek „Okmánytár Bethlen Gábor uralkodása történetéhez“ című munkájában.

<sup>31</sup> Hogy ez a „Ferencz doktor“, a ki „doktor is, de egyébiránt jó politikus, tréfás és belső embernek (*aulae familiaris*) is nevezetes volt“, milyen bizalmas viszonyban volt magával a fejedelemmel, arról Kemény János életrésében olvasunk néhány érdekes adatot. Többek között, mikor Báthory Zsigmond a török (Szinán basa) ellen indult s ez a kirándulás ügylátszik nem igen tetszett a környezetében lévő doctornak, akkor ez annak a híret terjesztette, hogy „olgy orvosságot tudna, hogy semmiféle fegyver és lövő szerszám is meg nem sértené“, s mikor a fejedelem faggatni kezdte, hogy hát mi legyen az a nevezetes orvosság, akkor azt felelte, hogy eressze vissza Brassóba, mert ott felejtette a hozzávalót a „tentás ládjában“. Brassóba visszaszabadulván, azt írta Báthorynak, hogy megtalálta az orvosságot s annak az a receptája, hogy legjobb, ha az ember Brassóban marad, mert nincsen olyan lövő szerszámja Szinán basának, akármely öreg legyen is, melylyel Havasalföldéből megölhetné. (Rumy: Monumenta Hungarica, II. 18, 19).

<sup>32</sup> Hazai Okmánytár, VII, 64.

<sup>33</sup> *Wenzel*: Árpádkori új okmánytár, VII, 444.

<sup>34</sup> *Fejér*: Codex diplom., IX, 2, 693.

<sup>35</sup> Anjoukori Dipl. Eml., III, 84.

<sup>36</sup> *Weszprémi*: II/2, 1.

<sup>37</sup> *Soltész*: Az 1494.—95. évi kir. számadáskönyvek mív. tört. vonatk., 64. old.

<sup>38</sup> *Herbert*: i. h.

részt vesz Kovacsóczi Farkas krakkói küldetésében.<sup>39</sup> *Pietro da Cartagine*, spanyol származású orvos, Zápolyai szolgálatában állott mint diplomata.<sup>40</sup> 1535-ben *Hadrianus* orvos királyi küldetésben (2000 forint felvétele végett) jár a brassyaknál.<sup>41</sup> *Tectander József* Izabella királyné titkára, levéltárosa és főorvosa (scribendarum secretiorum epistolarum magister et archiater). János Zsigmondra udvari orvosai politikai szempontból is nagy befolyással vannak, s hogy ezt a befolyást megtartsák, mindenkit távol tartanak a fejedelemtől.<sup>42</sup> 1509-ben Brassó városa *Kerzius (Kerzer) Pál* doctort küldi Mihály oláh vajdához, hogy a város iránti jóindulatra bírja.<sup>43</sup> Forgách Imre, mikor nősülni akar, *Ekkard Kristóf* nevű udvari orvosát küldi Németországba, hogy Szidónia szász hercegnő kezét megkérje.<sup>44</sup> Az erdélyi fejedelem 1687-ben *Páriz Pápa*it küldi követségbe a külföldi udvarokhoz.<sup>45</sup> Kolozsvár városa pedig dr. *Bereczket Rákóczi* fejedelemhez, Rabutinhoz stb.<sup>46</sup> *Hellenbach János Gottfried* dr. mint Rákóczi Ferencz kereskedelmi és pénzügyministere kiváló szolgálatakat tett a dicső emlékü fejedelemnek. Az 1760-as években hat orvos ült az erdélyi gubernium tanácsában! stb.

Látjuk tehát, hogy az orvosi pálya a régi Magyarországon a legjobban megbecsültek közé tartozott s ez magyarázza meg, hogy nálunk a legrégebb nemesi családok sarjai is gyakran választották az orvosi foglalkozást életpályául. *Weszprémi* nagybecsű munkájában („*Succincta medicorum Hungariae et Transilvaniae biographia*“) az egyes orvosok életrajzában gyakran ott találjuk azt a megjegyzést, hogy „parentibus honoratioribus“ vagy „ex antiqua et nobili prosapia natus“. Tekintélyük évszázadokon keresztül csorbitatlan volt. Magánemberek és hatóságok megbecsülték őket.<sup>47</sup> Ha valahol segítséget nyújtottak, tisztességgel megadták fáradozásuk jutalmát.

Az orvosokkal szemben való hálátlanság eredendő bűne az emberiségnek. Universalis, közös emberi vonás, mely ellen talán legjobb gyógyszer a *Dupuytren* tanácsa: „Faites-vous payer pendant que le bistouri saigne“. Uglátszik, hogy erre a sietségre nem igen volt szüksége régi orvosainknak, mert a garaszkodás nem magyar vonás. Nádasdy palatinus még Bécsből is figyelmezteti a feleségét, hogy ha a doctor eljárt a dolgában, becsülettel adják meg neki „tikját-ludját“ (persze, nem szószertint értve). A nagy honorariumok nem voltak ritkák. Gróf Pálffy Pál (1641) száz aranyat fizet az orvosának egy sikeres kúra befejeztével;<sup>48</sup> Teleki Mihály hat lovat küld a doctorért és 50 aranyat előre. Hogy árpádházi királyainktól kisebb-nagyobb birtokot kaptak jutalmul, az egészen közönséges dolog volt.<sup>49</sup>

Mint hogy többnyire jól ment a soruk, Hymen lánczait sem vették csak úgy olcsó szerrel a nyakukba. Az orvos mindenkor az úgynevezett jó parthie-k közé tartozott Magyarországon. Feleségüket többnyire jómódú és előkelő családokból választották, a lakodalmat pedig nagy fényvel ülték meg.<sup>50</sup> Persze, akadtak köztük olyan naivul meggondolatlan lelkek

<sup>39</sup> Monum Hung. Hist. (Irók), XXXI, 273.

<sup>40</sup> *Verancsics Antal* olasz sonettet írt hozzá. Lásd: Szalai L.: Adalékok a magyar nemzet történetéhez, 159.

<sup>41</sup> Quellen z. Gesch. d. Stadt Kronstadt. II, 354.

<sup>42</sup> *B. Szabó László*: Forgách Ferencz váradi püspök évkönyvei. 144. old.

<sup>43</sup> *Szinnyei*: Magyar Irók élete. VI, 150.

<sup>44</sup> *Schustler E.*: Magyar társad. és csal. élet 1570–1600. 73 old.

<sup>45</sup> Irodalomtört. Közlemények. II, 514.

<sup>46</sup> Tört. Emlékek. 98, 99, 101.

<sup>47</sup> Hogy milyen tekintélyük volt a városi hatóságok előtt is, bizonyítja *Rayger Károly* esete (1692), ki egy ízben a pozsonyi városkapitányt is jól összeszidta, bolondnak stb. nevezte. (Lásd Gyógyászat, 1896, 304.)

<sup>48</sup> *Jedlicska*: Eredeti részl. a gr. Pálffy-család okmánytárához, 295. old.

<sup>49</sup> *Gerhard* orvos nagy birtokot kap IV. Lászlótól; *János* orvos V. Istvántól; *Bertold* doctor egy falut Róbert Károlytól (1325); *Péter* nevű orvost a szőlőadó alól mentik fel (1303) stb.

<sup>50</sup> V. ö. Adatok Spilenberger Dávid életéhez cz. értekezéssel. (Budapesti Orvosi Ujság, 1907, 379.)

is, a kik már külföldi diákeveik („bujdosásuk“) sanyarú periodusában beleszerettek valami ottani leányzóba, s úgy jártak vele, mint az a kálvinista theologus, kiről azt mondja a régi anecdoták, hogy mikor szépséges fiatal élete párját hazavitte s a hollandi tisztasághoz és jómódhoz szokott asszonyka, az ekhós szekérből kitekintve, megpillantotta a szomorú őszi csatákban úszó biharországi pátriát, ellenben nem tudta felfedezni a ravasz fondorlattal jővele beígért nagy palotákat, keserves csalódással felsóhajtott: „Pista, Pista, promisi mihi magna palatia, et nunc sumus in . . . Ér-Semjén!“

\* \* \*

A fentebbiekben vázlatos képét igyekeztem adni az orvos helyzetének a régi magyar társadalomban. Mindenesetre olyan e kép, mely sokkal vigasztalóbb a mainál. Ne felejtjük azonban, hogy a régi világban az orvosok száma is hasonlíthatatlanul kisebb volt, mint ma, s így a képzett orvosok gyér volta is jelentékenyen hozzájárult ahhoz, hogy értékük emelkedjék s a társadalom jobban megbecsülje őket. Ez a megbecsülés sem volt kivétel nélküli; hiszen lépten-nyomon szemünkbe ötlük, hogy az emberi szellem legelső képviselői közt is szép számmal akadnak, a kik félreismerhetlen gyönyörűséggel csúfondároskodnak mindennel, a mi orvosi, s ha Homeros ismert mondása („iatros gar anér pollón antaxios allón“) azt tartja, hogy az orvos többet ér legény mint sok más: ezzel szemben ott áll a Scarron satírája („Les doctes assassins que nous appelons médecins“) és a gonoszul szellemeskedő német bel-esprit, a ki a hippokratikusok axiomáját („Ars longa, vita brevis“) úgy találta lefordítani, hogy „Die lange Kunst, das Leben kurz zu machen“. Az eféle csipkedések nálunk is gyakoriak voltak, hiszen már Nádasdy Tamás is (1556) azt mondta a doctorokról, hogy „nihil nisi cacare facere sciunt“ (de azért, mikor kornyadozni kezdett, őt-hat orvost is hívott a betegágyához!). Legérdekesebb e nembem a Faludi Ferencz satírája,<sup>51</sup> ki egyik munkájában tréfásan írja le, hogy és miként tartanak „tanácstalan consilium“-ot a nagyképzű orvosok a beteg ágya mellett, hogyan „spékellik meg“ nagypompájú beszédjüket Willis-szel, Galenus-szal, Aristoteles-szel, hogyan dobálódznak a haldokló patients mellett a görög és deák aphorismusokkal, míg végre, re bene gesta, a szegény „házi doctor“-t tanácstalanul magára hagyják, csak ő törli a fejét tovább az exitus szomorú perczeiben. Mert hát a doctorok éppen olyanok, mint a bírák: „kiadják a *sententiát*, de nem szoktak jelen lenni az *execution*!“

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**N. Jagic: Die diagnostische Verwendung des Leucocytenbildes bei Infektionskrankheiten.** Wien, M. Perles.

A három íves füzetben a szerző nagy anyagot hord össze annak támogatására, hogy a vér leukocytáinak szám- és alakbeli magatartásából nagyon fontos következtetések vonhatók a fertőző betegségek diagnosisára és prognosisára vonatkozóan. Az előadottak mindenesetre nagyon alkalmasak arra, hogy a szóban levő vizsgálóeljárásnak a gyakorlatban nagyobb elterjedést biztosítsunk, mint a milyenben eddig része volt.

### Új könyvek.

*E. Rothschild*: Die ärztliche Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten. Leipzig, J. A. Barth. 1 m. — *E. Magnus-Alsteben*: Vorlesungen über klinische Propädeutik. Berlin, J. Springer. 16 m. — *Ph. Tendeloo*: Allgemeine Pathologie. Berlin, J. Springer. 48 m. — *E. Merowsky*: Geschlechtsleben der Jugend. Schule und Elternhaus. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *C. Haebelin*: Vom Beruf des Arztes. Frankfurt a. M., H. Minjon. 4 m. — *J. Citron*: Die Methoden der Immunsdiagnostik und Immunotherapie und ihre praktische Verwendung. Leipzig, G. Thieme. 17. m. — *G. Liebe*: Die Lichtbehandlung in den deutschen

<sup>51</sup> Faludi Ferencz minden munkái. 1853, I, 314.

Lungenheilstalten. Würzburg, C. Kabitsch. 3.50 m. — *J. H. Schultz*: Die seelische Krankenbehandlung. Jena, G. Fischer. 16 m. — *E. Lexer*: Wiederherstellungschirurgie. 1. Abschnitt: Beseitigung von Gewebsdefekten. Leipzig, J. A. Barth. 12 m. — *G. Winter*: Der künstliche Abort. Berlin, R. Schoetz. 3.20 m. — *E. Stückgold*: Über den Einfluss von interkurrenten fieberhaften Krankheiten und von Fieberzuständen, die durch Milchinjektionen hervorgerufen sind, auf den Verlauf der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der Kongenitalen. Berlin, R. Trenkel. — *V. van der Reis*: Die Geschichte der Hydrotherapie von Hahn bis Priessnitz. Berlin, Allgem. Mediz. Verlagsanstalt. 2.40 m. — *K. Opitz*: Die Gesundheitsverhältnisse einiger Berufe mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Berufsberatung. Berlin, R. Schoetz. 4.60 m. — *J. Fischer*: Die Arbeit der Muskeln. Berlin, W. Rothschild. 20 m. — *J. R. Rossbach*: Die Massenseele. München, Müller und Steinicke. 1.50 m. — *E. Hoffmann's* Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 10. Auflage. Vollständig umgearbeitet von A. Haberdia und J. Wagner-Jauregg: Teil I. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 18 m. — *A. Loewy und G. Meyer*: Über künstliche Atmung mit und ohne Zufuhr von hochprozentigem Sauerstoff. Berlin, A. Hirschwald. — Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Festschrift für V. Urbantschitsch. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 72 k.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**Pyelitis** esetét ismerteti *Hartlung*, a mely szinte a kísérlet erejével bizonyítja, hogy az appendicitis oka lehet a pyelitisnek. A 16 éves egyének ismételt voltak appendicitis-rohamai, a melyek kapcsán mindannyiszor pyelitis fejlődött. Appendektomia után nem mutatkoztak többé a pyelitis tünetei. (Medizinische Klinik, 1919, 27. szám.)

**Az intravenás strophantinkezelést** *Neumayer* nem csupán ultimum refugium gyanánt kívánna igénybe venni, hanem már mérsékeltbb fokú compensációs zavarokban is ajánlja a használatát; tapasztalatai szerint a szívelégtelenség első tüneteinek jelentkezésekor használva, rendkívül gyors és biztos eredményt érhetünk el vele; néhány injectióval rövid idő alatt többet érünk el, mint a stromachalis digitalis-therapiával hónapok alatt. Az első adag  $\frac{1}{2}$  milligramm, azután pedig 1 milligrammot ad és ezt 3—8 napos időközökben 3—4-szer megismétli; egyes esetekben azonban 6—12 injectióra is volt szüksége az említett időközökkel. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 26. szám.)

**Hereditarius renalis glycosuria** esetét közli *Brugsch* és *Dresel*. Családról van szó, a melyben az apa és négy leánygyermek közül három glycosuriás. Minthogy sokan még mindig tagadják, hogy huzamosabban tartó ártalmatlan glycosuria léteznék, a szerzők nyomatékkal utalnak arra megfigyelésük kapcsán, a mely most már öt éves, hogy ilyen ártalmatlan vese-diabetes létezik, mert hiszen tudjuk, hogy a diabetes a gyermekkorban végzetes, rövid idő alatt halálra vezető betegség, a szerzők esetében pedig a gyermekek évek óta teljesen jól érzik magukat, rendszeren fejlődnek. Végül összefoglalják azokat a pontokat, a melyek a vese-diabetes diagnózisában mértékadók: 1. A napi cukorkiválasztás nem több 10 grammnál. 2. A táplálék minősége és a cukorkiválasztás között semmiféle összefüggés nincs. 3. A vér cukortartalma normalis. 4. Hosszasan fennálló glycosuria dacára az általános állapot jó. 5. Kifejezett hereditas. (Medizinische Klinik, 1919, 39. szám.)

**Belégzés útján beállított kéksavmérgezés** eseteit ismerteti *Neumann*. A mérgezés az újabban divatosá vált tetűtlenítő eljárással kapcsolatban történt, a melynél cyan-natriumot hoznak össze hígított kénsavval s ily módon a tetvekre rendkívül káros hatású kéksavat fejlesztenek. A szerző betegek venaesectionára, szívizgatókra és oxygen-belégzésre rövid idő alatt helyreállottak. Ez utóbbi eljárás használatán ugyan kétséges, mert *Geppert* vizsgálatai kimutatták, hogy a kéksav hűditi azt a fermentumot, illetve enzimet, a mely az oxygenátvitelt a szövetekre közvetíti. Egyébként belégzés útján létrejött kéksavmérgezés esetén is hasznos lehet a gyomormosás, mert — a mint a szerző esetei is bizonyítják — a kéksav egy része a gyomornyálkahártyán át kiválasztatik. A felszívódott kéksav ártalmatlanná tevésére több szert ajánlottak, a hasznuk azonban nagyon kérdéses. Ilyen

szer a ferrosulfatoldat kalium bromatummal; használata után állítólag az ártalmatlan vérlúgsó képződik. A natriumthio-sulfat a kéksavat a kevésbbé mérgező rhodanhydrogensav sóivá alakítja át; újabban *Fühner* is ajánlja; 5%-os oldatából 100 cm<sup>3</sup> fecskendezendő a bőr alá; emellett mesterséges légzés és intramuscularisan  $\frac{1}{2}$  milligramm suprarenin. *Kobert* hydrogensuperoxyd bőr alá fecskendezését is ajánlja, részben a kéksavnak oxamiddá alakítása végett, részben azért, hogy a vérnek oxygen juttassunk; minthogy kéksavmérgezésben a vér nem tudja a hydrogensuperoxydot katalysis útján bontani, az oxygenembolia veszedelme nem áll fenn. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 35. szám.)

## Sebészet.

**Az actinomycosis Röntgen-kezelésére** hívja fel a figyelmet *O. Jüngling* a tübingeni egyetem sebklínikáján szerzett rendkívül kedvező eredmények alapján. Az eljárás részleteit illetőleg az eredeti közleményre utalunk; csak azt jegyezzük meg, hogy a lényeg az, hogy minden egyes gócot az erythemadosisnak legalább a fele érjen és hogy a baj tovaterjedésének megelőzése végett a besugárzott terület a góczok körül mindenütt 2 cm.-nyire túl terjedjen. A kést legfeljebb próbaincisióra használják vagy pedig az áttöréshez közel álló tályogok felmetszésére. Az éles kanalat sohasem veszik igénybe. Jodkalium egyidejű használata ügylátszik elősegíti a kedvező hatást; főleg a 4—6 hetenként megismétlődő besugárzások idejében használandó a jodkalium. Ugy a gyógyulás biztossága, mint a kozmetikai eredmény szempontjából az actinomycosis therapiájában a legelső helyre teendő a Röntgen-kezelés. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 26. szám.)

## Szülészet és nőorvostan.

**A tüdő- és gégegümőkóros nők mesterséges sterilisatiójáról** ír *Winter* tanár (Königsberg). Mindenekelőtt ismerteti a terhesség befolyását a tüdőgümőkóra. Statisztikai adatokat sorol fel, a melyek bizonyítják, hogy a latens gümőkóra nincs befolyása a terhességnek; ennek folytán latens esetekben nem indokolt a terhesség megszakítása, tehát a sterilisatio sem. Ugyanez mondható a kigyógyult esetekről, mint a melyekben a gümőkór a terhesség folyamán csak rendkívül ritkán válik activvá. Másképpen áll azonban a dolog manifest tüdőgümőkór eseteiben; itt a tapasztalás szerint az eseteknek mintegy felében rosszabbodást okoz a terhesség; minthogy azonban az eseteknek másik felében ilyen rosszabbító befolyása a terhességnek nem mutatható ki: iparkodnunk kell már eleve különválasztanunk a két csoportot, és csak azon a csoporton alkalmazni a terhesség művi megszakítását, a mely csoportra előreláthatóan kedvezőtlen lesz a terhesség befolyása. E tekintetben irányadó természetesen elsősorban a többször megismételt pontos tüdővizsgálat eredménye; progrediálás mellett szól továbbá a rövidebb ideig tartó magas, vagy a tartós alacsonyabb hőemelkedés, a nagyfokú és tartós súlycsökkenés, az objective kimutatható rosszabbodása az általános állapotnak és az ismétlődő haemoptoe.

Kérdés már most, hogy azokban az esetekben, a melyekben a terhesség mesterséges megszakítása indokolt, mi szolgálja inkább a beteg érdekét: az esetleg több ízben megismétlődő abortus, vagy pedig a sterilisatio. Az bizonyos, hogy ez az utóbbi sokkal nagyobb beavatkozás, mint az abortus s ennek folytán a primaer eredménye rosszabb. A mi azonban a tartós eredményt illeti, bizonyos esetekben előnyben részesítendő a sterilisatio, a melyre nézve a szerző tapasztalatai alapján a következő vezérlő elveket állapítja meg: 1. A sterilisatio csak azokban a tüdőgümőkór-esetekben jöhet tekintetbe, a melyek a mesterséges abortust is javallják. 2. Sterilisatio végzendő, ha a) az állapot a gümőkór meggyógyulását, vagy akár csak időleges nyugalomba jutását is teljesen kizárja, vagy ha b) a beteg socialis viszonyai olyanok, a melyek a betegség meggyógyulását vagy legalább javulását az abortus után lehetetlenné teszik.



A mi a gégegümőkört illeti, a szerző szerint sterilisatio végzendő mindam az esetekben, a melyekben a mesterséges abortus javalt és kilátás van eredményre; egészen reménytelen esetekben, a melyekben csak a veszélyeztetett élet esetleg megtartása érdekében kísérleendő meg a terhesség megszakítása, czélszerűbb mellőzni a sterilisatiót és csak az abortus végzendő.

A gümőkóros nők sterilisatiójának kérdését ezzel azonban még nem tartja véglegesen tisztázottnak a szerző s ezért felsorolja más szerzők véleményét és tapasztalatait is.

Werner a Wertheim-klinika 5 esetéről számol be; közülük 20-ban egy évvel a sterilisatio után nagyon kedvező volt az állapot. Ez a nagyon kedvező eredmény nyilván annak tudandó be, hogy inactiv esetekben is végezték a sterilisatiót, ha a beteg nagyon le volt romolva, vagy pedig más természetű szövődményekkel járt a gümőkör.

Kaminer, tekintettel arra, hogy a gümőkör meggyógyulhat, nem tartja jogosultnak a végleges sterilisatiót, hanem adott esetben csak a temporaer sterilisatiót engedi meg, esetleg a Menge vagy Sellheim módszerével.

Dütmann a kort tekinti mértékadónak; fiatal nőknél csak akkor végzi a sterilisatiót, ha a második terhesség is szükségessé teszi az abortust; öregebbeken ellenben, a kiknek több élő gyermekük van, már az első súlyosabb tüdőtünetek megjelenése és kedvezőtlen általános állapot esetén ajánlja a sterilisatiót.

Häberlin a szülők kívánságát tartja döntőnek, Krönig pedig a socialis momentumot.

Jaschke nagyon radikális álláspontot foglal el; minthogy az újbóli terhességek az abortusok megismétlését teszik szükségessé s a gümőkör ezért feltartóztatlanul halad: okvetlenül szükségesnek tartja a sterilisatiót.

Bumm nagyon termékeny nőknél tartja szükségesnek a sterilisatiót, a kik évenként 2—3-szor jelentkeznek új terhességgel.

Siegel a sterilisatio szükségességét a gümőkóros anyag kedvezőtlen életkilátásával okolja meg (mortalitása Weinberg és Winckel szerint 37 és 78% között ingadozik); ezzel szemben azonban tekintetbe veendő, hogy a gyermekek gümőkórja csak szerfelett ritkán vezethető vissza méhenbelüli fertőzésre, hanem majdnem mindig postnatalis infectiön alapszik, ez pedig kedvező körülmények között elkerülhető.

A mi már most a sterilisatio módját illeti, ennek is van jelentősége az eredmény szempontjából; egyfelől ugyanis bizonyos módok befolyást gyakorolnak magára a gümőkör lefolyására; másfelől pedig olyan módok részesítendők előnyben, a melyek technikai megbízhatóságuk mellett lehetőleg kíméletesek és biztos gyogyeredményt ígérnek.

Bumm a vaginalis méhkiirtást ajánlotta az adnexumok kiirtásával, a mivel az általános anyagcsere kedvező befolyásolását és így az ellentállóképesség fokozódását a gümőkórral szemben vélte elérhető. Ajánlatát nem fogadták kedvezően, mert egyrészt a megokolása nagyon hypothesises, másrészt pedig, mert az ovariumok eltávolítása nagyon súlyos beavatkozás az egymást kölcsönösen befolyásoló vérmirigyek működése szempontjából s mert a gyermekágy elmaradásának előnyét nagyon is ellensúlyozza a méhkiirtás utáni hosszú reconvalescencia.

Strassmann és mások a méhkiirtással egyidejűleg a menstruációs folyamatot is meg akarják szüntetni, mint a melynek kedvezőtlen befolyása a gümőkórra általánosan ismeretes.

A Krömer által ajánlott és mások által is követett vaginalis corpusamputatio, továbbá a Bardeleben javasolta corpus-excisio elvben azonos a vaginalis méhkiirtással; technikai szempontból nem állanak ez utóbbi fölött.

Henkel ajánlata, hogy még a későbbi hónapokban is a koraszülést abdominalis méhkiirtás alakjában végzendő sterilisatióval kössük össze, Winter szerint nem követendő, főleg azért, mert gümőkórosak nagyon rosszul tűrik a laparotomiát.

A ki meg akarja tartani a méhet, a sterilisatiót a tubá-

kon végezheti, legczélszerűbben talán a Menge és Stöckel módszerével (egyszerű és vértelen műtét a lágyékcsontrán át).

Winter azt hiszi, hogy a jövőben a legkíméletesebb mód lesz a mesterséges abortus vagy koraszülés laminaria vagy ballon segítségével és néhány hétre rá a Röntgen-castratio. (Medizinische Klinik, 1919, 30. szám.)

### Közegészségtan.

A végső fertőtlenítésről fertőző betegségek lefolyása után ír Selter tanár (Königsberg). Véleménye szerint a formaldehyd használata teljesen mellőzhető; egyrészt drága és sok kellemetlenséget okoz a közönségnek, másrészt csak a felületre való hatása miatt nem megbízható; a vele elérhető eredmény semmi arányban sincs a hátrányaival. Kétségtelen továbbá, hogy a bejelentési kötelezettség is jobban lesz keresztülvihető s ezzel sok baj megelőzhető, ha a közönség előtt nem fog ott állani a formaldehyd-fertőtlenítés réme. A betegszoba alapos megtisztogatása, kifogástalan eltávolítása a beteg által használt fehérneműnek s a legerősebben fertőzött tárgyaknak (például a matraczoknak typhusban) gőzzel való fertőtlenítése a legtöbb esetben elegendő. Sőt, ha pontosan végeztük a fertőtlenítést a betegség folyamán, még az említettek egy részét is elhagyhatjuk. A főszűlly éppen a betegség folyamán fogatosítandó állandó fertőtlenítésre helyezendő, s e célból nagyon jó szolgálatokat tesz az úgynevezett fertőtlenítő nővérek intézménye, a melyet Breslauban honosítottak meg először. Ezek a fertőtlenítő nővérek minden bejelentésre kötelezett fertőző beteghez elmennek, a beteg ápolóit az állandó fertőtlenítésre gyakorlatilag kioktatják s azokat ismételt látogatásokkal ellenőrzik; szolgálatot tehetnek továbbá a bacillusgazdák kikutatása és ellenőrzése terén is. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 31. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 33. szám. Lazarovits Lajos: A gombamergésekről. Buday Kálmán: A háborús sebfertőzésekről.

### Vegyes hírek.

Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, hogy a magyar orvosi kulturát immár 63 esztendeje hiven és önzetlenül szolgáló lapunk további fennállásának lehetővé tételére a folyó évre 20 korona pótdíjat juttassanak el hozzánk. A még mindig elég tetemes számú hátralékos előfizetési díjak beküldését is kérjük.

A német tudományos intézetek válsága. Aberhalden tanár a porosz képviselőház ülésén szóba hozta azt a katasztrófát, mely a német tudományos intézeteket fenyegeti. Az intézetek átalányát sem a háború alatt, sem azóta nem emelték, holott a vegyszerek, eszközök, kísérleti állatok ára az utóbbi években 500—1000%-kal emelkedett. Az átalány rendszerint már az év első hónapjaiban elfogy. Ezen a réven veszedelem fenyegeti a német ipart és földművelést s azért segíteni kell ezen az állapoton, bármily rosszul állanak is az állam pénzügyi viszonyai.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. Az adrenalin és hypophysin működésfokozó hatására következtet Borchardt azokból a kísérleteiből, a melyek szerint a nevezett két szer a typhus-agglutinin képződését gyorsítja. (Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 31. szám.) — Jagic és Piliner objectiv bizonyítékát adják annak, hogy a fúvóhangszerek használata nem segíti elő a tüdőemphysema keletkezését. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 26. és 27. szám.) — Csontplasztikához P. Müller a szegycsont használatát ajánlja. (Bruns' Beitr. z. klin. Chir., 114. k., 5. f.) — Beuttner klinikai és anatómiai vizsgálatai alapján odanyilatkozik, hogy az appendix prophylaxisos eltávolítása gynaekologiai műtétek alkalmával jogosulatlan. (Zeitschr. f. Geburtshilfe, 81. köt., 2. füzet.)

Személyi hírek külföldről. A Schauta tanár halálával megüresedett bécsi gynaekologiai tanszékre Seitz erlangeni tanárt hívták meg. — H. Brüning (gyermekorvos) és W. Friboes (dermatologia) rostocki rendkívüli tanárokat rendes tanárrá léptették elő. — G. Joannovics, a bécsi egyetemen a kísérletező kortán rendkívüli tanára, a rendes tanári címet és jellegét kapta. — M. Chotzen dr. Breslauban megbízást kapott a sexualis hygiene és paedagogia előadására az ottani egyetemen. — E. Leschke berlini docent (belorvostan) a tanári cízzel tüntették ki.

Meghalt. Ónodi Adolf dr., a budapesti egyetemen a gégeorvos-tan nyilván. rendkívüli tanára, 62 éves korában, november 16.-án.

**Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM**

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnosztikus és pszichoterapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai laboratóriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatórium, Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

**Fővárosi Fasor Sanatorium R.-T.**

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészi József. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: Józsei 15-26. Igazgató telefonja: Józsei 26-21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és körtermekkel kibővítvé.

**Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest**

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásal Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatórium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen.

Vezető főorvos: Dr. Benczur Gyula, egyet. magántanár.  
Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.  
Röntgen-laboratórium: dr. Simonyi Béla.

Kívánatra prospektus.

Kívánatra prospektus.

**PÁLYÁZATOK.**

2349/1919. szám.

Jásznagykúnszolnok vármegye jázsági alsó járás Tiszasüly nagyközségben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma 1600 korona fizetés, 800 korona helyipótlék, 500 korona lakbér, valamint az utána járó háborús pótlékok és azonkívül a község valószínűleg személyi pótlékot is fog adni.

Felkérem a pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket folyó évi november hó 26.-áig hozzám nyujtsák be.

A községben gyógyszerár és több nagybirtok van.

Jászapáti, 1919 október 16.-án.

A főszolgabíró.

2350/1919. szám.

Jásznagykúnszolnok vármegye jázsági alsó járás Besenyszög községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állással 1600 korona évi fizetés és 500 korona lakbér van összekötve, továbbá a háborús pótlékok.

Tartozik a megválasztott orvos a törvény és rendeletek által reábizott teendőket végezni.

Pályázati határidőül folyó évi november hó 26.-át tűzöm ki, mely időig kellően felszerelt pályázati kérvények hozzám beadandók. Az 5000 lakosú községnek gyógyszerára van.

Jászapáti, 1919 október 16.-án.

A főszolgabíró.

**Veszek Röntgen-készüléket**

Ajánlatok: Dr. B. P. jelige alatt Győri-Nagy hirdető irodába, Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz. alá küldendők.

**Dr. Pápay-féle** oltóanyag- és serum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz.

Dysenteria-serum  
Streptococcus-serum Meningococcus-serum  
Skarlát-serum

Tetanus serum Himlőnyirok Dyphtheria-serum

„Opsogon” gonococcus fertőzéseknél  
„Opsodermin” staphylomykosisoknál  
polyvalens specifikus vaccinák

Orvosi diagnosztikai laboratórium  
Speciális kurzusok a laboratóriumí diagnostika, oltóanyag- és serum-termelés minden szakából

Autovaccinae | Tuberkulin | Diagnostica

Vaccinae proprii, et curativ, pro usu. hum et vet.

Sera polyvalent, pro usu. hum et veterin.

**Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István**

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok Dyphtheriaserum

Budapest, II. ker., Margit-körut 45.

**Ismét kapható!**



Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.  
**Brom-Fersan-pastillák.**

**Fersan-por. Fersan-pastillák.**

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosisisnál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

**Dr. FILO JÁNOS** gyógyszerára  
BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerárban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.



**Gloma.**  
**Dr. Wander**  
száraz-malátakivonat

# •PURGO•

az ideális hashajtó  
gyermekek, felnőttek és fekvő-  
betegek részére

# MERLUSAN

bevált antilueticum és antigonorrhöicum

# EBAGA

zsírtalan kenőcsök  
dermatologiai és ophtalmologiai célokra

Dr. Bayer & Co., vegyi gyár  
Budapest

# Sanguiferin

Dr. Pallay

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

Tonicum

Neuroticum

Haemodynamicum

Stomachicum

Roborans

Anaemia

Chlorosis

Neurasthenia

Idegés kimerültség

Táplálkozási zavarok

Fejlődési visszamaradottság

Gyermekágyas és szoptató nők  
vérszegénysége esetében stb.

Értesítem az orvos urakat, valamint  
az igen tisztelt vevőimet, hogy az

## Összes orvosi műszerek

és berendezési tárgyak már nagy  
választékban raktáron vannak és

azonnal szállíthatók.

## Máté Mihály

orvosi műszerész

Budapest, IV., Múzeum-körút 31. szám.

TELEFON: József 103-74.

## Marberger Gyula

orvos, gyógyszerészeti labora-  
toriuma ismét szállítja a már  
régebben bevált készítményeit:

Maltocol

Maltosucco

Glykomaltin

Arsorobin

Argosol Hydarsol Optocalcil

stb. és a mindennapos gyakorlatban szükséges

subcután oldatokat phiolákban „PROMT”  
szóvédjeggyel.

## Sulfotin

Kalium sulfogujacolicum syrup, békebeli minőségben  
200 gr-os üvegekben.

## Arsotonin

## Domopon

a monomethydnatriumarse-  
nat isotoniás oldata steril  
ampullákban, subcután in-  
jekciókhoz.  
20 és 100 ampulás csoma-  
golásban

Az összes opium alkaloidia-  
kat tiszta állapotban tartal-  
mazó készítmény.

Tablettákban, ampullákban  
és üvegekben.

## Novatropin

Strychnotonin Protal

Cadogel Domargin

Ventrobaryt Retrobaryt



## „CHINOIN”

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.  
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)

UJPEST

# Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

## HYPOPHYSIN

bevált  
uterustonikum.

Állandóan hatásos, steril oldata injectióra és belső használatra.

Eredeti csomagolás:  
Ampullák à 0,5 és 1 ccm. dobozokban  
3, 5 és 10 darab. Üvegben 10 ccm.

## NIRVANOL

iznélküli  
altatószer.

Megbízható, jól tűrt, ártalmatlan. Belsőleg:  
1 tablettà à 0,3 gr., ill. 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:  
15 tabl. à 0,3 gr., ill. 10 à 0,5 gr.  
10 amp. à 4 ccm.

## ALIVAL

szerves  
jódkészítmény.

Injectiókra, külsőleg és belsőleg, 63% jódd,  
jól tűrik. Lues, arteriosklerosis stb.

Eredeti csomagolás:  
10, ill. 20 tabl. à 0,3 g  
5, ill. 10 amp. à 1 g Alival.

# NOVOCAIN

(Sósavas p.-amidobenzoyldiäthylaminoäthamol).

## A helyi érzéstelenítő.

### Tulajdonságok:

Könnyen oldódó, sterilizálható, közömbös, nem izgató, nem mérgező, egyenlően érzéstelenítő, 7-szer kevésbé mérgező, mint a cocain.

### Indikációk és adagolások:

**Infiltrációs anaesthesia:** 0,5%-os Novocain Suprarenin-oldat.  
**Vezető-anaesthesia:** 1–2%-os Novocain Suprarenin-oldat.  
**Medulláris-anaesthesia:** 5–10%-os Novocain Suprarenin-oldat.  
**Visszéranaesthesia:** 0,5% Novocain-oldat.  
**Nyákhártya-anaesthesia:** 5–20%-os beecsetelés ill. instillatio.  
**Belsőleg:** 0,5 g.

### Eredeti csomagolások:

A legkülönbözőbb adagolásokban tabletták és oldatok.  
2%-os N.-S.-oldat speciális csomagolásban: 100 ampulla à 1 ill. 2 ccm.  
Porcellán-oldótegei à 3 ill. 10 és 50 ccm.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

## SUPRARENIN

hatalmas  
szív- és véredénygyógyszer.

Adstrigens, hämostatikum, tonikum.  
0,1–1 ccm. oldat 1:1000, ill. 1 tabl. à 1 mg.

Eredeti csomagolás:  
Üvegekben à 10 és 25 ccm.  
10 amp. 20 tabl. à 1 mg.

## HEXOPHAN

iznélküli  
antiarthritikum.

Jól tűrik, hűgysavoldó, diuretikus.  
Belsőleg: 3-szor napjában 1 g; subcutan 0,5 g.

Eredeti csomagolás:  
10 tablettà à 1 g  
20 " à 1 g.

## PYRAMIDON

legjobb  
antipyretikum

Kiváló analgetikum, ártalmatlan anti-  
pyretikum tuberkulosis és typhusnál.

Eredeti csomagolás:  
20, ill. 100 tabl. à 0,1 g  
10, ill. 20 tabl. à 0,3 g.

# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:  
IX., Knezits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap

Egyes számok kaphatók Kilián  
Frigyes egyetemi könyvkeres-  
kedésében (Váci-utca 32 sz.)  
Egyes szám ára 2 korona  
50 fillér.

ALAPITOTTA:

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETÓFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Kiadóhivatal

IX., Knezits-utca 15.

Előfizetési árak:

1919 novembertől:

egész évre — — — 120 kor  
fél évre — — — 60 „  
negyed évre — — — 30 „  
Orvostanhalgatók, szigorló  
orvosok és a kötelező kórházi  
gyakorlatot teljesítők a felét  
és a portót fizetik.

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Benczúr Gyula:** Mellhártya-izzadmányok csapolásáról. 401. lap.

**Kristyóry Aladár:** A budapesti magyar tudományegyetem II. számú szemklinikájának közlése. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyet. nyilv. rendes tanár.) Adatok a szem gáz-sérüléseihez. 405. lap.

**Weisz Ármin:** Közlemény az Új Szent János-kórház elmebeteg-osztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.) A paralysis progressiva kezeléséről neosalvarsannal Leredde szerint. 406. lap.

**Irodalom-szemle. Lapszemle. Általános kórtan. Schade:** A meghűléses betegségek. — **Belorvostan. Determann:** A túlgyors gyomorkiürülés. — **Sebészet. F. Loeffler:** A humanol használata a sebészetben. — **Szülészet és nőorvostan. Kauert:** Az andexuni-megbetegedések gyógyítása proteintestekkel. — **Kisebb közlések az orvostudományról. Barth:** Plaut-Vincent-angina. — **Klotz:** Ascarisok elhajtása. — **Landsgaard:** Múlt myopia. — **Jagic:** Influenza-pneumonia. 408—409. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** 409. lap.

**Vegyes hírek.** 409—410. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Mellhártya-izzadmányok csapolásáról.

Irta: **Benczúr Gyula** dr., egyet. magántanár.

Az orvostudományban gyakori, hogy épp mindennapos betegségek kezelését illetőleg eltérők a nézetek. A mellhártya-izzadmány-képződés gyakori betegség. Kezelésének módja pedig még ma sem egységes. Különösen a régebbi izzadmányok gyógyításának módját illetőleg vélekednek különbözőképp az orvosok és talán e bizonytalanság az oka annak, hogy most is sok oly elhanyagolt állapotban levő mellhártyalobos beteget látunk, a kin megfelelő kezeléssel talán jobban lehetett volna segíteni.

A pleuritis exsudativa nem egységes betegség. Kétségtelen, hogy a veselőb kapcsán vagy tüdőlob után fejlődő mellhártyaizzadmányokat nem tekintve, a legtöbb mellhártyalob gümőkóros eredetű. A mellhártyalob kezelése tehát szorosan összefügg a gümőkór therapiájával. Nem akarok a mellhártyalob kezeléséről általában beszélni. Közismert, hogy friss esetekben salicyllal és borogatásokkal próbáljuk meg az izzadmány felszívását, lehetséges, hogy a legújabbban (*Deszimirotvity*) ajánlott eljárás, mely szerint fajidegen fehérje-befecskendezésekkel iparkodunk az izzadmányt felszívni, eredményel fog járni. A régebbi keletű, de újabban ismét többször hangoztatott autoserotherapiával, mely szerint az izzadmány néhány köbcenimeterét a bőr alá fecskendezzük, bizonyára sok eredményt nem érünk el, különösen nem egészen friss esetekben. A vezetésem alatt álló kórházban e kezelést néhány esetben megkíséreltük, de lényeges eredmény nélkül.

A mellhártya-izzadmányok kezelésének legfontosabb módja ma is a csapolás, melytől azonban csodálatos módon sok orvos még mindig kissé idegenkedik. Mikor, mennyit, mily módon csapoljunk, oly kérdések, melyekre pontosan felelni nehéz, pedig rendkívül fontos volna a csapolás technikáját és javalatát pontosabban körülírni, annyival is inkább, minthogy tapasztaljuk, hogy kivéve a hevenyen lefolyó és gyorsan gyógyuló mellhártya-izzadmányokat, a legtöbb nyomot hagy mellhártya-vastagodások, összenövéses, deformatók alakjában, ezek másodlagos következményeivel, mint a milyenek a hörgőtágulatok, szívelváltozások, a tüdő csökkent légző-képessége stb. Nagy anyagot kezelve, alkalmam volt a mellhártya-izzadmány csapolásának kérdését illetőleg néhány tapasztalatot gyűjteni. A csapolás javalatai kérdésének érintése mellett főleg két kérdés az, melynek tárgyalására részletesebben ki akarok térni: 1. Mily mértékben használhatók fel a

pleurair nyomásviszonyai a csapolás szempontjából. 2. Cél-szerű-e és mily esetekben a csapolt folyadék helyébe nitrogent, illetőleg levegőt befújni, avagy helyesebb-e az egyszerű csapolás.

*Donders* vizsgálatai óta tudjuk, hogy a mellkasban negatív nyomás uralkodik. A tüdő belső felületére, valamint a mellkasra a környező levegő nyomása nehezedik. A tüdő rugalmas elemei a hilus irányában iparkodnak a tüdőt húzni, és így a légnyomásból levonva a rugalmassági erő kifejtette hatást, nyerjük a mellkasban uralkodó negatív nyomást. A mellkasban uralkodó eme negatív nyomás, mint ismeretes, úgy a légzési, mint a vérkeringési viszonyokra nagy befolyással bír. Általános a nézet, hogy ez a negatív nyomás ép körülmények között a mellhártya két lemeze között is uralkodik, hogy tehát ép emberben az intrapleurális nyomás negatív. A nyomást úgy mérték legpontosabban, hogy üres tűt szúrva a mellhártya két lemeze közé, ezt manometerrel kötötték össze. Közelfekvőnek látszik, hogy mellhártya-izzadmány esetén a nyomás a folyadéktömeg arányában nő, a nyomás a két lemez között tehát kevésbé negatív, nagy izzadmányoknál pozitívvá válik és ez okozza nagyobb exsudatumoknál a légzési és keringési zavarokat.

A viszonyok azonban nem olyan egyszerűek. *Brauer* és tanítványa *Roth* bebizonyította, a mit már *Tendeloo* is említett, hogy a két pleuralemezre az említett erőkn kívül még egy erő hat, mely éppenséggel nem hanyagolható el: az adhaesio. Ez az erő oly nagy, hogy még mély belégzésnél is ellensúlyozza a tüdő rugalmasságát. Az intrapleurális nyomás tehát ép körülmények között nulla. Viszont a tüdőrugalmasság okozta negatív nyomás a mellkasban extrapleurálisan fekvő szervekre kifejti negatív hatását. Igaz, hogy vájt tűt szúrva a két lemez közé és ezt manometerrel kötve össze, ezen ép embernél is rendszeren negatív nyomást olvashatunk le, de ez a néhány millimeter negatív nyomás *Roth* szerint azért keletkezik, hogy a beszűrős pillanatában a két pleura közé behatoló kevés levegő helybelileg megszünteti a két lemez tapadását, tehát csak egy helybelileg keletkezett *Donders*-féle negatív nyomást mérünk. *Tendeloo*, *Sahli*, valamint *Roth* állatkísérletei bizonyítják, hogy a thorax különböző helyein szúrva a tűt a két pleuralemez közé, különböző negatív nyomásokat mérünk.

Ha a mellürben izzadmány fejlődött, ez a mellhártya két lemezét szétválasztja, megszünteti a tapadást és alkalmat nyújt arra, hogy a *Donders*-féle negatív nyomás érvényesüljön. E negatív nyomás tehát a két lemez között csak akkor áll fenn, ha folyadék vagy levegő jut a pleurairbe. *Muralt* is említi,

hogyan e felfogás teljesen magyarázza a mellhártya-izzadmányok ismert elhelyezkedését, melynél a nehézség csak mint másodrendű, ellenben az intrapleurális nyomásviszonyok mint elsőrendű tényező szerepelnek. Az exsudatum rendes alakja ugyanis teljesen megfelel a *Roth* meg *Sahli* által a mellkas különböző helyein nyert különböző nyomásviszonyoknak.

Ha már most az izzadmányban uralkodó nyomást meg akarjuk mérni, arra egyszerű, de sajnos, nem nagyon pontos eljárás áll rendelkezésünkre. Olyképp történik, hogy kopogtatással és lehetőleg Röntgen-átvilágítással meghatározzuk a folyadék felső szélét. Azután a mellkas alsó részében vastagabb üres tűt szúrunk be, melyet gummicső segítségével üvegcsővel kötünk össze. Az üvegcsövet most már a beteg ülő vagy álló helyzetében a test hossz tengelyével párhuzamosan felfelé tartjuk. A közlekedőcső törvénye szerint, ha a nyomás a pleuraürben nulla, a folyadék a csőben oly magasra száll fel, mint a milyen az izzadmány felső határa, ha negatív, alacsonyabbra, ha pozitív, magasabbra. A folyadéknak az üvegcsőben levő felső határa és az exsudatumnak a mellkason érzékelhető felső széle közti nívédifferencia centiméterekben fejezi ki a nyomást. E mérés módjának nagy hátránya, hogy az izzadmány felülről lefelé szélesedő ék alakjában helyezkedve el, felső határa rendszeren nehezen állapítható meg pontosan, hiszen a kopogtatás erejétől függ, hol nyerjük a tompulat határát. Mindamellett halk kopogtatással többnyire mégis sikerül a felső határt annyira pontosan kikopogtatni, hogy megállapítható, pozitív-e vagy negatív a nyomás a két pleura között. Seropneumothorax esetén, melynél a folyadék felszíne vízszintes, a folyadékban uralkodó nyomás teljes pontossággal állapítható meg.

E helyütt egy kis diagnostikai correctiót szeretnék beleszúrni tárgyalásaimba. A serothorax és seropneumothorax között egyik differentialdiagnostikai tünet az, hogy míg tisztán izzadmánynál a felső határt halk kopogtatással magasabban nyerjük, mint erősebb kopogtatással, addig, ha folyadék és levegő van a mellürben, a folyadék felszíne vízszintes lévén, egymagasságban kellene kapni a határt akár halkan, akár erősen kopogtatva. Valóságban azonban a seropneumothorax folyadékának felső része felett kopogtatva, ha erősebb kopogtatást alkalmazok, a folyadék feletti levegőréteg annyira resonál, hogy ugyan kissé tompult, de dobos kopogtatási hangot nyerek, mely a légür nem tompult, dobos hangot adó területétől nehezen különböztethető meg. Ha ellenben a seropneumothoraxnál is halk kopogtatást alkalmazok a folyadék felszíne magasságának megállapítására, úgy ezt természetesen egész élesen sikerül megállapítani. Sok esetben vizsgálva a viszonyokat, azt találtam, hogy körülbelül 4—5 cm-nyi az a sáv, mely felett erősebben kopogtatva, bizonytalan kopogtatási hangot nyerünk. Hogy e vizsgálataim helyesek, azt Röntgen-átvilágítással is kontrolláltam.

Az intrapleurális nyomás izzadmány esetén a legtöbb esetben negatív. Ez így van a látszattól eltérőleg még akkor is, ha a folyadék a rekeszizmot lenyomja, a szívet áttolja stb. E látszólagos ellentét onnan származik, hogy mi a jelzett eljárással a tüdőrugalmasság okozta negatív nyomást mérjük, de amellet érvényesül a folyadék hydrostatikai nyomása is, a mely amattól függetlenül fejt ki mechanikai hatását. A két fogalom összetévesztése okozza azt a sok zűrzavart, a mely a mellkasi izzadmányok nyomás-viszonyait illetőleg az irodalomban található. Oly kiváló észlelők is, mint *Spengler* és *Sauerbruch*, azt mondják, hogy a tüdő összenyomatása izzadmány esetén nem lehet túlnagy, hiszen a nyomás a legtöbb esetben úgyis negatív marad. Pedig negatív intrapleurális nyomás mellett is erősen összenyomhatja a tüdőt a folyadék hydrostatikai nyomása.

*Gerhardt* az említett módon 40 exsudatum pleuraticumban szenvedő betegen mérte a mellüri nyomást és ezt 38 esetben negatívnak találta, és csak két esetben pozitívnak. A nagy és heveny izzadmányoknál mindig negatív nyomást talált. Hasonló értelemben nyilatkozik *Weitz* és *Bard* is. Magam 30 betegen egészben 49-szer mértem a nyomás-

viszonyokat és az intrapleurális nyomást a 30 beteg közül 25-ön negatívnak, 2-n nullának és 3-on pozitívnak találtam. Eredményeim tehát nagyjában hasonlóak a *Gerhardt*-éihoz. A 3 pozitív eset közül az egyik egy gyermekben fejlődött genyes, tüdőgyulladás utáni izzadmány volt, a másik egy nagy, de régi, már sokszor csapolt izzadmány, a harmadik egy régi zsugorodó folyamat volt. Heveny vagy legalább is nem nagyon régi, igen nagy izzadmány eseteiben is negatív volt a nyomás. Így egy esetben 3000 cm<sup>3</sup> lebecsátása előtt az intrapleurális nyomás —4 cm., egy másikban 3700 cm<sup>3</sup> lebecsátása előtt —4 cm., egy harmadik esetben 2600 cm<sup>3</sup> lebecsátása előtt —6 cm. nyomást mértem. *Gerhardt* épp heveny és nagy izzadmányoknál találta a legnagyobb negatív nyomást (—14, —20 cm.), én ugyan ekkorának nem találtam, de azt állapítottam meg, hogy a nyomás nagy és heveny izzadmányoknál legalább is nem kevésbé negatív, mint régebbieknél és kisebbeknél. Az átlagos nyomás —4, —6 cm. Spontan seropneumothoraxoknál egy-kétszer negatívnak, egyszer pozitívnak találtam.

Miképp képzelhető, hogy nagymennyiségű folyadék daczára negatív lehet a mellüri nyomás? Csak olyképpen, hogy izzadmányképződésnél egyrészt a beteg mellkasfél erősebben tágul, a diaphragma letolódik, másrészt az egészséges oldal tüdeje fokozott mértékben lélegezve, a mediastinumot áthúzza. Amellet bizonyos mértékben összenyomódik a tüdő is. Valószínű, hogy a diaphragma letolódása nagyban hozzájárul az izzadmány nyomásának negatív voltahoz, hiszen tudjuk, hogy ép körülmények között is a belégzéskor a diaphragma leszállása fokozza az intrathoracalis nyomás negatív voltát. Talán ezért van, hogy nagy tömegű izzadmánynál a nyomás többnyire legalább annyira negatív, mint kisebb exsudatum esetében. Az a tényező, a mely azonban legnagyobb mértékben okozza azt, hogy a nyomás a pleuraürben és vele együtt egyáltalában intrathoracalis negatív marad, a thorax tágulása a fokozott lélegzési munka folytán. Ebben rejlik az oka annak is, hogy nagy izzadmányoknál, daczára a negatív nyomásnak, halálos veszedelem mégis fennáll. Ha ugyanis a lélegzési izmok kifáradása folytán a mellkas fokozott inspirációs állásából visszatér, a beteg mellkasfél mellüri nyomása mégis pozitívvá válhatik és ha ilyenkor az egészséges tüdő rugalmassága nem elegendő ahhoz, hogy az általa okozott negatív nyomás az intrathoracalis nyomást legalább az inspiratio alatt negative tartsa, az élet lehetetlen. Természetesen nagy folyadékfelhalmozódás hydrostatikai nyomása is életveszélyes körülményeket teremthet.

*Gerhardt* kutya mellürébe folyadékot bocsátott és az intrapleurális nyomást daczára annak sokáig állandónak találta. Csak egy liter (kisebb kutyának nagy mennyiség) folyadék bebecsátása után fokozódott a nyomás, de akkor a kutya nemsokára el is pusztult, nyilvánvalóan azért, mert az intrathoracalis nyomás a kompenzáló légzési izmok kifáradása folytán pozitívvá vált.

Hogy annak az oka, hogy a pleuraürbeli nyomás nagyobb izzadmányoknál is többnyire negatív, a mellkasnak a fokozott légzés okozta tágulata, azt *Muralt* következő észlelése is bizonyítja. Szerinte egy pleuraürben, ha abban összenövésék nincsenek, akárhányszor bebecsátható 2—3 liter nitrogen anélkül, hogy a nyomás lényegesen fokozódna. Magam úgy tapasztaltam, hogy egy-két liter nitrogen bebecsátása igen sokszor nem okoz nyomáskülönbséget. Gyakran tapasztaltam továbbá mesterséges pneumothorax készítésekor, hogy nitrogen bebecsátása után a pleuraürrel összekötött manometer eleinte mutat ugyan bizonyos nyomásfokozódást, de néhány perc múlva a nyomás kiegyenlítődik, a manometer színe lassan ismét a régre száll le. Nem valószínű, hogy ennek oka csak a tüdő összenyomatása, hanem nyilván a mellkasnak a fokozott inspirációs állás felé való eltolódása is szerepel. *Bruns* egyenesen azt észlelte kutyakisérleteiben, hogy a negatív nyomás nitrogennel a pleuraürbe való bebecsátása után fokozódott. *Muralt* ennire ugyan nem megy, de hangsúlyozza, hogy a nyomás az első 24 óra alatt a bebecsátás

után sokkal jobban csökkent, mint a hogy ez a gáz felzívódásának megfelelt volna.

Fordítva is láthatjuk néha, hogy a pleuraürbeli nyomás exsudatum lebocsátása után alig változik. *Gerhardt* írja, hogy egy liter exsudatum lebocsátása után a nyomást egyik esetében változatlanul találta. Emlékszem egy esetre, melyben az exsudatum egy kisebb mesterséges pneumothorax mellett fejlődött, a hol tehát a folyadékhatár teljesen élesen volt meghatározható. Egy  $\frac{1}{2}$  liter izzadmány lebocsátása után Röntgen-vizsgálattal a folyadék felszínét hajszálnyira ugyanazon magasságban találtam, mint a lebocsátás előtt, a mit úgy vélek magyarázhatni, hogy a mellkas azonnal a lebocsátás után kissé visszatért eredeti állásába.

Régebbi esetekben néha pozitív intrapleurális nyomást mérünk anélkül, hogy csak távolról is életveszély állana fenn. Ennek magyarázata egyszerű: ilyenkor eltokolt, fallal bíró üregben mérjük az izzadmány nyomását, a melynek saját, az intrathoracalis nyomástól független nyomásviszonyai vannak. A vastag fallal bíró eltokolt üregekben mérve a nyomást, ennek megfelelően többnyire azt találjuk, hogy a manometer felszíne a légzési mozgásokat nem, vagy alig követi.

Ha tehát az intrapleurális nyomás nem mértékadó a csapolás javalata szempontjából, akkor talán a folyadék hydrostatikai nyomása szolgálhatna mértékül az izzadmány csapolásakor? Ennek mérésénél azonban egyrészt sokkal fontosabb a mellkasi szervekre gyakorolt azon hatása, melyet kopogtatással, hallgatódzással és Röntgen-vizsgálattal tudunk megállapítani, másrészt nyomásának megítélése annyira nem választható el a tüdő rugalmassága okozta intrapleurális nyomás viszonyaitól, hogy mindeme talán elméleti érdekességgel bíró fejtegetésekből csak azon negatív gyakorlati következtetést vonhatjuk le, hogy az exsudatum pleuriticum csapolásának indicatiójánál, valamint annak megítélésére, mennyit csapoljunk, nemcsak azért nem támaszkodhatunk legfőképp az izzadmány okozta rendellenes nyomásviszonyokra, mint-hogy ez eljárásunkat bonyolítaná, hanem azért sem, mert a nyomásviszonyokra annyi tényező bír befolyással, hogy ezáltal a nyomás mérése a csapolás szempontjából értékét veszti.

Az tehát, hogy egy mellüri izzadmányt mikor csapoljunk, nem a talált nyomásviszonyoktól, hanem más tényezőktől fog függeni. A nyomás okozta javalat főképp csak akkor lép előtérbe, mikor már életveszélyről van szó, de ilyenkor minden nyomásmérés nélkül az egyszerű vizsgálattal is megállapíthatjuk a csapolás szükségességét. Nem gümőkóros, közepes vagy nagyobb izzadmányokat, ha azok salicylra, diureticumra és borogatás használatára nem kisebbednek, akár már az első hét végén csapolhatunk. Főlöszlegesen tartom a szokást, hogy a második hét végéig, illetőleg a harmadik hét elejéig várjunk. Legfeljebb meg kell ismételnünk a csapolást. A csapolás mellőzése úgy sem akadály a annak, hogy újabb és újabb izzadmány ne gyűljön össze, hiszen a mellkas tágítható, a diaphragma letolható, a tüdő tovább is összenyomható.

A tankönyvekben olvasható ama tétel, hogy  $1\frac{1}{2}$  liternél többet egyszerre ne csapoljunk, teljesen érthetetlen, mint *Korányi Sándor* is mondja. Sajnos, a nyomásviszonyok, mint láttuk, nem használhatók fel annak mértékéül, mennyit csapoljunk. Nagy folyadékfelhalmozódás csapolásakor nemcsak az összenyomott tüdő tágul, hanem a fokozott inspirációs állásban levő mellkas is visszahúzódik, a lelapított vagy lefelé domborított rekeszizom is eredeti állása felé tér vissza, szintúgy az áttolt mediastinum, szív stb.

Az a tényező, mely miatt sokan a nagymennyiségű folyadék csapolásától félnek, a tüdő hirtelen tágulása, tehát a reparáló folyamatoknak csak egyik tényezője. Ezért a csapolásakor adott esetben főleg egyéni körülményektől fog függeni, mennyi folyadékot bocsátunk le, és csak ha a tüdő vagy a szív részéről kellemetlen tünetek (köhögés, fájdalom, szív működési zavarok) jelentkeznek, fejezzük be a csapolást akkor is, ha nagyobb mennyiségű folyadék vissza is marad. Ha ily zavaró körülmény nincs, czélszerűnek tartom a csapolást

alaposan végezni. Voltak eseteim, melyekben 2700, 3000, sőt 3600  $\text{cm}^3$ -t bocsátottam le, kellemetlen mellékhatás nélkül.

A csapoláskor nagy ritkán mutatkozó expectoration albumineuse-t több száz esetem egyikében sem láttam. Egy esetben gümőkóros beteg izzadmányának csapolása után tuberculosis miliaris fejlődött. Ez esetben is a csapolás látszólag jó hatással volt, a beteg hetekig jól érezte magát és fentjárt. A hirtelen halállal kimúlt beteg bonczolása miliaris tuberculosist mutatott. Természetesen nem biztos ez esetben sem a csapolás és a miliaris gümőkór közti összefüggés, de tekintettel arra, hogy az irodalomban találunk adatokat, melyek ily összefüggésre utalnak (*Litten*), a lehetőség legalább is fennáll.

A gümőkóros izzadmányok csapolásának javalata rendkívül bonyolult. Heveny esetekben, ha specialis ellenjavalat nem áll fenn (az azonoldali tüdőnek egyoldali súlyos megbetegedése), a korai alapos csapolásnak vagyok híve. Már kissé régebben fennálló izzadmányok mindegyikében meggondolandó, vajjon az izzadmány lebocsátásával nem lobbantunk-e fel nyugvópontra jutott folyamatot. Kétségtelen, hogy ez előfordul. Magam is nem egy esetet láttam, melyben daczára annak, hogy alaposan megfontoltuk, csapoljunk-e vagy nem, a csapolás után nem javulás, hanem lázzal járó rosszabbodás következett be, valószínűleg azért, mert az izzadmány ez esetekben olyféle jó hatást fejtett volt ki, mint egy mesterséges pneumothorax.

M. V. súlyos, főleg egyoldalra terjedő gümőkórban szenvedett, nagy cavernával. A betegben mesterséges pneumothoraxot készítettünk. Ez a beteg javára vált, lázai csökkentek. Mindamelllett néhány töltés után (mint sok katonabeteg) elhatározta, hogy többé nem engedi magát töltetni. A tüdeje ismét kitágult, a beteg lázas lett. Ekkor mellhártya-izzadmánya támadt. A beteg ennek csapolását is megtagadta és a körülmények ebben igazat adtak neki, a mennyiben az izzadmány növekedése mellett a tüdő újból összenyomódott, a beteg ismét láztalanná vált, a közérzete még hónapokig elég jó volt, amíg azután a súlyos gümőkóros beteg állapota lassú rosszabbodás mellett mégis halálra vezetett. Valószínűnek tartom, hogy az izzadmány a beteg életét néhány héttel vagy hónappal meghosszabbította.

A mellhártya-izzadmányoknak a gümőkór prognózisára való befolyását *Ország* fejtegette a magyar orvosoknak 1917-ben Rózsahegyen tartott congressusán. Ugy saját, mint mások tapasztalatai alapján ama meggyőződésre jutott, hogy izzadmány fejlődése határozott prognostikai jelentőséggel nem bír. Az allergia-reactiót izzadmányos gümőkórosokon többnyire csökkentnek találta. Ebből azonban éppenséggel nem folyik az, hogy az izzadmány lecsapolása az allergiát fokozná. *Königer* szerint az izzadmány fejlődésének olykor észlelhető előnyös hatása a tüdőgümőkórosra nem annak mechanikai, a tüdőt összenyomó hatásában leli magyarázatát, hanem biológiai oka van oly értelemben, hogy mellhártya-izzadmány fejlődése még fokozná a szervezet ellenállóképességét. Másrészt azonban elismeri e kutató, hogy mellhártya-izzadmány esetén toxinok szívódhatnak fel és károsíthatják a szervezetet. *Ország* szerint az exsudatum a szervezetre gyakorolt általános hatásával teszi negatívvá az allergia-reactiót, úgy mint a kanyaró vagy a terhesség. *Königer* felvételét erőltetettnek tartom; sokkal valószínűbb, hogy az izzadmány mechanikai hatása az, a mely néha előnyös a gümőkóros folyamatra. Ha nem így volna, annak lebocsátása nem károsíthatná a szervezetet soha, hiszen nem engedjük le oly tökéletesen az izzadmányt, hogy annyi ne maradjon vissza, a mennyi a biológiai hatás kifejtésére nem képes.

Egyoldali súlyos tüdőgümőkórban tehát az izzadmány reparatív folyamat lehet, lebocsátása, legalább teljes lebocsátása, káros következménnyel járhat. Másrészt azonban gondoljuk meg, hogy az igazán egyoldalú gümőkóros folyamat ritka és ha csak kissé kétoldali, az izzadmány a másik oldal tüdejére oly károsan hathat, mint egy helytelenül alkalmazott mesterséges pneumothorax. Gondoljuk meg, hogy a mellhártya-izzadmány csak kissé hosszabb ideig való fennállása után is rendszeren oly másodlagos elváltozásokat okoz (zsugorodás, hörgőtágulat, légzési és vérkeringési zavarok), melyek irreparabilisak és a beteg további egész életét károsíthatják. Ezért nagyjában azt mondhatjuk, hogy nagyobb gümőkóros izzadmányoknál a

legeslegtöbb esetben helyesen cselekszünk, ha idejében csapolunk, legfeljebb ha az izzadmány oly esetben fejlődött, melyben a mellett kifejezett egyoldali súlyos gümőkóros folyamat áll fenn, a folyadék helyébe nitrogent fújjunk be. Csekély terjedelmű gümőkóros izzadmány esetén inkább várhatunk, de ritkábban fogunk bajt okozni, ha könnyebben szánjuk el magunkat a csapolásra, mintha túl conservative járunk el.

Nem tisztázott kérdés még, előnyös-e mellhártya-izzadmány lecsapolása után annak helyébe N-t, illetőleg levegőt bebocsátani, avagy helyesebb-e az egyszerű csapolás. 1882-ben *Parker* ajánlotta először, hogy a lecsapolott izzadmány helyébe levegőt bocsássunk. A N-insufflációt izzadmány-csapolás után főleg francia szerzők ajánlották. Később a kérdés körül elég nagy irodalom támadt és hol dicsérőleg, hol elvetőleg nyilatkoztak az eljárásról. Különösen a mióta *Brauer* és *Forlanini* ajánlata folytán a mesterséges pneumothorax készítése szélesebb tért nyert, vált ismét actualissá az a kérdés, vajjon a lecsapatott izzadmány helyébe ne töltsünk-e ideiglenesen N-t, illetve levegőt. Részletesebben *Wenckebach*, továbbá *Spengler* dolgozta ki e kérdést, az utóbbi években pedig *Bessel-Lorch*, *Ehret*, *Sauerbruch* és *Königer* foglalkozott vele. Ez utóbbi kétségesnek tartja az eljárás értékét, a többi általában dicséri. Az általános gyakorlatban az eljárás nem igen honosodott meg. A levegővel való utána-töltésnek egyik specialis félesége *Schmidt* eljárása. 0.4 vastag troicarral megsúrja a beteg mellkasát, ki úgy fekszik két ágyon, hogy a megcsapolt rész a két ágy között legmélyebben helyezkedik el. A beteget a vastag tüvel úgy csapolja meg, mint egy hordót, a kifolyó folyadék helyébe levegő tödul és a pleuraür mintegy folyadékot tartalmazó edény teljesen kiüríthető. Az eljárásnak akad, bár kevés, hívója. Magam a brutális eljárást egy esetben megpróbáltam, többé nem. Nem látom be, ha levegőt akarok bebocsátani a folyadék helyébe, miért ne tehetném ezt kíméletesebb módon vékony tüvel. Legfeljebb kissé tovább tart.

Nézzük, mik a csapolás és mesterséges pneumothorax-készítés combinációjának előnyei és hátrányai. Mindjárt előrebocsátom, hogy az, vajjon N-t vagy közönséges levegőt alkalmazunk-e, meglehetősen közömbösnek bizonyult, mert a levegő is négyötöd részben N-t tartalmaz és számos kísérlet mutatta, hogy a közönséges levegő bebocsátása sem szokott a pleurán infectiót okozni. Az eljárás állítólagos előnyei ezek volnának: 1. Megakadályozzuk azt, hogy az összenyomott tüdő az izzadmány alapos lecsapolása után hirtelenül táguljon. 2. Megakadályozzuk vele a két pleuralemez összenövését, sőt esetleg már fennálló összenövéseket feloldhatunk vele. 3. Megnehezítjük vele újabb izzadmány képződését. 4. Véres izzadmány esetén ennek csapolását is megengedi. 5. Adott esetben a mesterséges pneumothorax javulatának megfelelően előnyösen befolyásolhatja az azonos oldali tüdőgümőkórt.

Tapasztalataim szerint a kérdést illetőleg elsősorban különbséget kell tennünk heveny és régebbi, többnyire tuberculosus izzadmányok között. Heveny izzadmány esetén fő-célunk az izzadmány újraképződésének megakadályozása volna, de a nitrogen vagy levegő bebocsátása annak újra való képződését egyáltalában nem gátolja. Ezt *Bessel-Lorch* is kiemeli, magam is sok esetben tapasztaltam. Ez természetes is, mert ha a mellhártya az izzadmányképződésre még hajlamos, ezt a pleuraürbe beengedett nitrogen vagy levegő nem fogja megakadályozni, mert hacsak nem tömörítettük a pleuraürbe a levegőt oly mértékben, hogy ez életszélyt rejt magában, a beteg mellkasfél még mindig összenyomható, a mellkasfél még mindig tágítható, a diaphragma, a mediastinum még mindig eltolható az újonnan képződött folyadék által és akkor a levegővel való töltéssel nem használtunk, hanem ártottunk. Igaz, hogy ez az ártalom heveny izzadmányok ilykép való kezelésekor nem igen szokott érvényesülni azért, mert hiszen az első- vagy másodikban befúvott nitrogen vagy levegő gyorsan felszívódik, talán még mielőtt új izzadmány nagyobb mennyiségben képződött volna. Többször, mint egy-kétszer befújni a gázt nem szokásos és már azért sem javált, mert az ismételt be-

fúvás határozottan hajlamosít mellhártyavastagodások keletkezésére.

Nitrogennek vagy levegőnek az izzadmány helyébe való bebocsátása, mint megfigyeltem és mint *Bessel-Lorch* is kiemeli, egyáltalában nem akadályozza a mellhártyalemezek összenövését s ezáltal a mellkas retractionjának kifejlődését, sőt tekintettel arra, hogy a nitrogen izgató hatással van a pleurára, ezt talán még elősegíti. Hogy nitrogennek vagy levegőnek az izzadmány helyébe való befúvása a mellkas visszahúzódását nem bírja megakadályozni, azt következő adataimmal bizonyítom. 56 frissebb vagy régibb izzadmánnyal bíró beteget, kiknek exsudatumát részben a vezetésem alatt álló kórházban, részben más kórházakban lecsapolták, több hónappal később megvizsgáltam, midőn a thorax térfogatviszonyai, zsugorodása, a tüdő lélegzőképessége már nagyjában megállapodtak. Az 56 közül 10-en a kibocsátott folyadékot nitrogennel helyettesítettük volt, 46-on nem. Ez utóbbi 46 közül 32-ben kisebb-nagyobb retraction képződött, 14-ben nem. A 10 közül, kiknek nitrogent insuffláltunk, 7-ben szintén képződött retraction, 3-ban nem. Az arány a nitrogennel töltött később retrahált és nem retrahált mellkas között, másrészt a nitrogennel nem töltött retrahált és nem retrahált mellkas között (véletlenül tizedekig menő pontossággal) ugyanaz E kis statisztika egyszersmind azonban azt is mutatja, mily gyakori a mellkas visszahúzódása még csapolással kezelt (igaz, úgyszólván mind gümőkóros) izzadmányok kezelése után is. Ha a betegeket nem csapolták volna, valószínűleg még több esetben fejlődött volna ki retraction. Ha a betegek bementására adhatunk, még olyanokban is többnyire kifejlődött, kiket a betegségük harmadik-negyedik hetében csapoltak. A retraction legfőbb megakadályozása a korai punctio; ha annak időpontját elmulasztottuk, a levegő insufflálása nem javít már a hibán.

Nem komplikált heveny izzadmányok csapolásakor, melyeknek izzadmánya nem véres és a tüdő állapota nem teszi szükségessé pneumothorax alkalmazását, nitrogennek vagy levegőnek az izzadmány helyébe való befúvása a mondottak alapján tehát legalább is felesleges, ismételt alkalmazása pedig esetleg káros is lehet.

Ismételten újból és újból keletkező izzadmány esetén, akár gümőkóros alapon fejlődött, akár nem gümőkóros alapon, nitrogen vagy levegő befúvása még más káros hatással is lehet. *Spengler* és *Sauerbruch* említi, miszerint előfordul, hogy nitrogen-befúvás után genyes izzadmány fejlődik, vagy pedig az addig csak savós izzadmány elgenyed. A ki sok mesterséges pneumothoraxot készített oly esetekben, melyekben eredetileg izzadmány nem volt, tudja, hogy az esetek körülbelül 20%-ában savós, néha genyes izzadmány fejlődik anélkül, hogy ezt tisztasági hiba okozta volna. Oly esetekben, melyekben izzadmány lecsapolása után nitrogen-töltést mellett az izzadmány elgenyed, ez még veszedelmesebbnek látszik, mintha egyszerű pneumothorax mellett kissé genyes izzadmány áll be. Mi, igaz, csak 5—6 esetben észleltük ezt, de az elgenyedés és kezelés közötti összefüggés (a sterilitásban hiba nem történt) oly kézenfekvő volt, az esetek oly súlyossá váltak, hogy e tapasztalatok után régi izzadmányok lecsapatásakor a nitrogen-töltéstől inkább elálltunk. Az időszílen lobos pleurát a nitrogen határozottan izgatja. Még ha nem is okozza az izzadmány elgenyedését, mégis nagy lázzal járó erős izgalmat idézhet elő. Erre a következő két esetet hozom fel példa gyanánt: T. I.-nak régi mellhártya-izzadmánya volt. Egy ízben 3000, másodszer 3600 cm<sup>3</sup>-t bocsátottunk le. A beteg ezután jobban érezte magát, lázzal nem reagált. Harmadízben jóval kevesebb folyadék, t. i. 1600 cm<sup>3</sup> csapolása után egy liter nitrogent bocsátottam be steril módon. A beteg ezután a beavatkozás után 6 napig lázas volt (38—39°). Hasonlóképp K. I. esetében 650 cm<sup>3</sup> savót bocsátottunk le, a beteg ezután jól érezte magát. Másodszer csak kevesebb savót engedtem le, de 400 cm<sup>3</sup> levegőt engedtem behatolni, mire a beteg több napos magas lázzal reagált.

De még más okunk is van, a miért régi izzadmány



lebocsátásakor a nitrogennel való töltést lehetőleg kerülni kell. Régi izzadmány lecsapolása után ugyanis a tüdő többnyire már elvesztette tágulékonyságát, de bizonyos fokig mégis tágulhat még, hiszen a tüdő újabb kitágulása a csapolás egyik célja. Ha azonban a lebocsátott folyadék helyébe levegőt bocsátunk, akkor ez a tüdő lassú tágulását is akadályozza, mert az idősülten lobos pleura zsákjából, mint ismeretes, a nitrogén vagy levegő lassan távozik. Sokszor hetek, hónapok múlva sem távozott még a nitrogén, az izzadmány pedig már napok múlva megújul és ilyenkor azt a jellegzetes képet nyerjük a fizikális vizsgálattal, de főleg a Röntgen-átvilágítással, hogy a tüdő a hilus felé összenyomva marad, alul kisebb-nagyobb folyadékmennyiség, fölötte a művi pneumothorax látható. A levegő befúvásával tehát nem használtunk, hanem ártottunk, hiszen most nemcsak savó, hanem savó és levegő nyomja össze a tüdőt, tágítja a mellkast, nyomja a diaphragmát és a mediastinumot. Egész sor ily esetet tudnék leírni, melyben újból való izzadmányképződés mellett a csak az első csapoláskor befúvott nitrogén 2—4 hónappal a kezelés után sem birt felszívódni. Egyik esetemben decemberben bocsátottam le 1000 cm<sup>3</sup> savót és fújtam be 800 cm<sup>3</sup> nitrogént, egyelőre nem képződött újabb izzadmány és a pneumothorax tünetei elmúltak. De júniusban, tehát 6 hónappal később, újra kis izzadmány képződött, melynek folyadék-felszíne vízszintes volt és loccsanás volt hallható felette. Feltéve, hogy nem képződött véletlenül egy kis spontan pneumothorax, a 6 hónappal ezelőtt befúvott nitrogén tehát még mindig jelen volt. A csapolás és töltés együttes használatokor a Röntgen-vizsgálat elengedhetetlen. Láttam esetet, melyben sem a kopogtatás, sem a hallgatódzás nem engedett arra következtetni, hogy az annak idején befúvott nitrogén még nem szívódott fel, hipokratesi loccsanás sem volt hallható, mégis a Röntgen-vizsgálat kétségtelenül mutatta a kisebb folyadékmennyiség vízszintes felületét és hullámszerű mozgását. Látni eseteket, melyekben oly összenövésnek jönnek létre, hogy egyszeri töltés után is folyadék réteg, felette levegő, e felett újból folyadék réteg látható, vagy mint *H. Krausz* leírta, a mellkasban több tányér-alakú, vízszintes felületű, hullámszerűen mozgatható izzadmány-felhalmozódás látható, jelölve annak, hogy az összenövés között levegő is, savó is foglal helyet. Ha tehát régi izzadmány lecsapolása után nitrogént vagy levegőt insufflálunk, akkor az elgenyedés veszedelmén kívül azzal is kell számolnunk, hogy a csak egy ízben is insufflált gáz esetleg hónapokig befolyásolhatja a mellkas statikai és mechanikai viszonyait.

Mindamellett vannak esetek, melyekben az izzadmánynak nitrogénnel vagy levegővel való helyettesítése javalt lehet. Véres izzadmány esetén az egyszerű lebocsátás újabb vérzést idézhet elő. Ha azonban a véres savó lebocsátásával egyidejűleg gázt fújunk be a mellürbe, tehát a nyomást mégis csak fenntartjuk, az izzadmány az újabb vérzés kisebb veszedelmével csapolható. Saját tapasztalatom erre nézve nincs, de többen, főleg *Ehret*, igen dicsérőleg nyilatkoznak az eljárásról ily esetben. Izzadmányképződésen kívül egyszerű vérzéseknél is beválik a nitrogénnel vagy levegővel való után-töltés, így például lövés utáni vérzéseknél. Egy orosz fogságból szabadult orvostól hallottam, hogy scorbutos haemathoraxokat kezeltek ily módon sikeresen. Lehet, hogy vérzés után levegőnek bebocsátása még célszerűbb, mint a nitrogén-töltés, mert az oxigénnek magának haemostatikai hatása is érvényesülhet.

Természetesen javalt az eljárás, ha oly betegen csapolunk izzadmányt, a kin amellet az azon oldali gümőkóros folyamat miatt mesterséges pneumothorax alkalmazása amúgy is javalt. Tudjuk, hogy a mesterséges pneumothorax készítése a gümőkóros betegek kezelésében egyik legértékesebb eljárásunk ugyan, de hogy aránylag kevés esetben alkalmazható. Természetesen még ritkább ennél fogva, hogy ily pneumothorax-kezelésre alkalmas egyéneken éppen még azon oldali mellhártyaizzadmány is álljon fenn. Sok ezer betegem közül egyre emlékszem, a kiben eme körülmények véletlenül talál-

koztak. Ennél a lebocsátott folyadék helyébe nitrogént bocsátottunk, a pneumothoraxot egy fél évig fenntartottuk, a beteg meggyógyult. Hogy ily eset aránylag ritka, érthető, ha meggondoljuk, hogy heveny pleuritis esetén ritka a tüdő oly fokú megbetegedése, hogy ez pneumothorax készítését tenné javalttá, idősült izzadmány esetén pedig ritkán annyira egyoldali a gümőkóros megbetegedés, hogy ez a pneumothorax alkalmazását megengedné.

Végül néha előfordulhat, hogy diagnostikai célból bocsátunk egy kis nitrogént vagy levegőt a folyadék helyébe. Eltokolt izzadmány esetén a csapoláskor néha alig nyerünk folyadékot és sem a kopogtatási viszonyok, sem a Röntgen-átvilágítás nem nyújt tiszta képet a mellkas viszonyairól. Ha ilyenkor némi folyadék lecsapolása után gázt engedünk a mellkasba és akkor világítjuk át a beteget, néha tisztázódik a helyzet. Esetleg több egymástól független folyadékfelhalmozódás észlelhető, esetleg azt látjuk, hogy a folyadék teljesen elhatárolt és a bebocsátott gáz nem tud a mellkasban elterjedni. Kétségtelen, hogy a viszonyok pontosabb ismerete esetleg therapeutikai beavatkozásunkat is befolyásolhatja.

Mindamaz esetek számára, melyekben a csapolás után nitrogén vagy levegő bebocsátása javalt, oly tüt szerkesztettem (készítette Garay Samu), mely a *Brauer*-féle pneumothorax-tűhöz hasonlít, de oldalt két nyílással bír. Az egyik a csapolóval köthető össze, a másik a nitrogén-tartálylyal. Azáltal, hogy a csapolást és töltést felváltva apránként végzük, kikerülhetjük azt, hogy a mellüri nyomás átmenetileg is lényegesen csökkenjen.

**Összefoglalás:** 1. Heveny, nem gümőkóros izzadmányok, ha egy hét alatt nem szívódnak fel, csapolandók. Heveny gümőkóros izzadmányok is korán csapolandók. Régi gümőkóros exsudatum esetén az összes körülmények figyelembe vételével fogjuk magunkat a csapolásra elhatározni.

2. Az intrapleurális nyomást a csapolás mértékéül nem használhatjuk. A nyomási viszonyok rendkívül bonyolultak. Míg ép mellürben a mellüri nyomás rendszeren nulla, addig pleuritiszes izzadmány eseteiben rendszeren negatív, csak ritkán, főleg régi esetekben pozitív. Még nagy és heveny esetekben is negatív szokott lenni. A mellüri nyomás nem tévesztendő össze a folyadék hydrostatikai nyomásával, de utóbbinak mérése sem alkalmas a csapolás javalatának vagy mértékének megítélésére.

3. Heveny izzadmány lecsapolásakor annak helyébe nitrogént vagy levegőt bebocsátani felesleges. A gáz sem a folyadék újra való képződését, sem a pleuralemezek összenövését és a mellkas visszahúzódásának kifejlődését nem akadályozza meg. Régi izzadmányok lebocsátásakor a gáz befúvása könnyen vezet elgenyedésre, másrészt igen lassan szívódván fel, hetekig-hónapokig fennálló pneumothoraxot okoz anélkül, hogy ez az izzadmány újra való képződését akadályozná. A gáz bebocsátása azonban célszerű lehet véres izzadmány vagy vérzés lecsapolása után, továbbá oly ritkább esetekben, melyekben a mesterséges pneumothorax készítése oly betegeken javalt, kiken ugyanazon oldalon izzadmány is fennáll, végül néha diagnostikai célból.

A budapesti tudományegyetem II. számú szemklinikájának közlése.  
(Igazgató: Hoór Károly dr. egyetemi tanár.)

### Adatok a szem gáz-sérüléseihez.

Közli: *Kristyóry Aladár* dr., klinikai tanársegéd.

*Jess A.*, szemész-tanár a giesseni egyetemen, azt a megbízatást kapta, hogy a szemnek a háború alatt történt gáz-sérüléseire vonatkozó adatokat a *Schjering* szerkesztésében kiadásra kerülő hadegészségügyi történet, illelőleg „Kriegsmedizin“ czímen megjelenendő mű számára gyűjtse össze és dolgozza fel. A *Jess* részéről a szakemberekhez köldött körlevelet, melyben ilyen észleletek közlését kéri, főnököm is megkapta. A felhívásnak a legnagyobb készséggel tettünk eleget és a 4 megfigyelt esetünkre vonatkozó szükségesnek látszó adatokat *Jess* címére meg is küldöttük. A 4 eset közül kettőt *Nestlinger Miklós* tanársegéd-társam észlelt végig,

ő ezeket az Orvosi Hetilapban közölte is. Két eset a klinikának arra a férfi-betegosztályára került, melyen én végzem a vezető-tanársági teendőket.

E két, részről megfigyelt eset klinikai képe sok mindenben különbözött a másik két esettől. Azokban különben a sérülést okozott gáz minőségét kétségen felül megállapítani nem lehetett, bár a gázok magatartásából és tulajdonságaiból *Nestlinger* tanárségéd-társam, ki sok időt töltött a harctéren, chlor-, brom- vagy nitrose-gázokat gyanít, melyekről tudja, hogy gázlőregekhez az ellenség szintén felhasználta.

Az én két esetemben azonban tudjuk, hogy a szem-sérülést, azaz a szembajt előidézett gáz dimethylsulfat volt és ezeknek az eseteknek egyike az *Erdmann* állatkísérleteinek eredményeiből levont következtetéseket támogatja. Ezekről a kísérletekről *Nestlinger* az ő cikkében már megemlékezett, felesleges tehát, hogy újól foglalkozzam velük. Lényegük az, hogy a dimethylsulfatnak a szemre való káros hatása helyi természetű, a szaruhártya oedemát homályát okozza, a vízenyösen elfajult endothelsejtek leválása folytán. Helybeli hatásának további következménye az összefüggés meglazulása a cornealis epithel és stroma között, minek folytán az epithel könnyen leválik és a szaruhártya ott kifelélyesedhetik.

Az aethylenchlorid, és valószínűleg a használatban volt többi harci gáz mind, a szemre való káros hatását, ha talán nem is kizárólag, de túlnyomólag felszívódás útján érvényesíti.

Két esetem a következő:

1918. évi márczius hó 19.-én az újpesti Chinoin-gyár két munkása: *H. F.* és *Cs. D.* jelentkezett a klinikán.

A Chinoin-gyár a háború tartama alatt jóformán kizárólag hadianyagok, lőszer és vegyszerek előállításával foglalkozott.

A felvételre jelentkezett két beteg a gyár igazgatójától levelet hozott, melyben szembajukra vonatkozólag az igazgató előadja, hogy mindkét munkás a Chinoin-gyár dimethylsulfat üzemében dolgozik, a hol 1917 december hó 22.-én a munkateremben 50 gr. dimethyl-sulfat kiömlött és mint-hogy ennek a vegyterméknek semmiféle szaga nincs, a munkások nem vették azt észre és tovább dolgoztak a teremben. Csakhamar azonban szemük könnyezni kezdett, szúró, égő fájdalom jelentkezett és e miatt a gyár vezetősége szembajuk kezelése végett egyik fővárosi szemesztályra utasította őket, a hol ambuláner kezelték. A betegek bementése szerint körülbelül 2 heti kezelés után szembajuk látszólag teljesen meggyógyult, akkor a kezelést abbahagyták és munkára jelentkeztek a gyárban, a hol újra elfoglalták munkahelyüket. Pár hétig úgyszólván zavartalanul dolgozhattak, de márczius hó 18.-án szembajuk újra jelentkezett, *H. F.*-en jelentéktelenebb könnyezés és fénykerülés, viszketés, szúró-égető fájdalom, *Cs. D.*-n nagyfokú fénykerülés, állandó bő könnyezés, erős viszketés, szúró-égető fájdalom kíséretében, a mely éjjel-nappal egyformán kizozta és éjjeli nyugalomát is tönkretette. Következő nap jelentkeztek a klinikán, a hol a következőket találtuk:

*H. F.* mindkét szemén a tarsalis és bulbaris kötőhártya belövelt, a kötőhártya sima, fénylő, átlátszó, a conjunctivalis véregek jól láthatók; az áthajlási redőkben belöveltségen kívül semmi változás. Váladék nincs. A bulbaris kötőhártya alig változott, ciliaris injectio nincs. A szaruhártya, csarnok, iris rendes, a pupilla fényre és alkalmazkodásra jól reagál. Látás-élesség mindkét szemén  $\frac{5}{10}$ , mely 1.5 dioptria convexüveg-gel  $\frac{5}{5}$ -re javul. Szemtükri vizsgálatkor a töröközgek tiszták, átlátszók; a fénytörés kismértékben hypermetropiás, a mihez a kornak megfelelő praesbyopia társul, a szemfenéken semmi változás.

A beteg fentemlített panaszai és az objectiv változások langyos bőrvizes borogatásokra, a munkától való teljes tartózkodás mellett, egy héten belül elmúltak.

*Cs. D.*-n a subjectiv panaszok mellett mindkét szem szemhéjai puffadtak, oedemások; szemhéj-görccsig fokozódott fénykerülés, a szemrésből állandóan csurognak a könnyek. A

szemhéjak szétfeszítése és kifordítása után a tarsalis kötőhártyákat és az áthajlási redőket élénken belöveltnék, duzzadtnak találjuk, genyes csafatokkal, teli váladékkal fedettek, a kötőhártya beszűrődött. Az alsó és felső beszűrődött tarsalis conjunctiván helyenként fehéres-szürkés, sima felszíni csíkok és szigetek, az alsó áthajlási redők kissé megrövidültek.

A klinikai kép alapján lefolyt trachoma utáni hegese-désre gondolunk és erre vonatkozó kérdésünkre a beteg előadja, hogy 8 év előtt trachoma ellen huzamosabb ideig kezelték. A bulbaris conjunctiva mindkét szemén élénken belövelt, kifejezetten chemosis. Mindkét szemén ciliaris injectio. A jobb szem szaruhártyáján a felső-belső quadransban a pupilla területén kívül szabálytalan, kerekded alakú, homályos udvartól övezett felületes hám-kikopás, itt a szaruhártya felszíne egyenetlen, nem tükröző, kissé lepedékes; újonnan képződött véregek a szaruhártyán nincsenek. Mindkét szemén a csarnok rendes mélységű, az iris vérbő, finom rajzolata elmosódott; a pupilla szűk, renyhén reagál.

A látásélesség a nagyfokú fénykerülés miatt nem vehető fel.

Therapia: hűvös borogatások; 2-szer naponként atropin-, 1-szer olajbecsepegtetés mindkét szembe. A beteget mérsékelt elszórtított szobában tartjuk.

Egy hét múlva a beteg lényegesen jobban érzi magát, fájdalma alig van, éjszakáit nyugodtan átalussza. A fénykerülés, könnyezés alábbhagyott, a szemhéjak puffadtsága lényegesen csökkent. A bal szem kezd halványodni. Mindkét szemén atropin mydriasis.

Továbbra borogatások és atropin, olaj helyett naponta 1-szer 0.2%-os zink becsepegtetése, sötét védőszemüveg.

Egy további hét elteltével a fénykerülés és könnyezés megszűnt, a szemhéjak rendesek. Mindkét szem halvány, a jobb szem azonban vizsgálatkor még izgatott lesz. A kötőhártyák simák, nem belöveltek, a fent leírt régi hegese-désen kívül teljesen rendes külsejűek, a bulbaris conjunctiva mindkét szemén halvány, ciliaris injectio nincs, a pupillák maximalisan tágak. A jobb szaruhártyán a hám regenerálódott, a fennállott hám-kikopás helyén finom, alig észrevehető felületes homály maradt vissza.

Látásélesség a jobb szemén  $\frac{5}{10}$ , a balon  $\frac{5}{5}$ .

1918 április hó 6.-án 17 napi kezelés után a beteg gyógyultan távozott és azóta nem jelentkezett újból.

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

### A paralysis progressiva kezeléséről neosalvarsannal Leredde szerint.

Irta: Weisz Armin dr.

A neosalvarsannal végzett gyógykísérletek oly tömege áll már az orvosok rendelkezésére, hogy csaknem feleslegesnek látszik újabb adatokat felsorakoztatni. De talán mégis szolgálni fogja az orvosi kritikát, ha pár adattal bővíti a neosalvarsanra vonatkozó statisztika.

A midőn neosalvarsannal való gyógykísérleteknek vettük alá betegünket, korántsem gondoltunk arra, hogy *Ehrlich* szerétől meg is fognak gyógyulni. A ki csak kissé járatos a neurologia vagy pszichiatria terén, gyakran tapasztalhatja, hogy gyógyeljárásaink jó részével az egyes betegség-tünetek enyhítésére, a kórképnek bizonyos irányban való fejlődésére törekszünk, ha a kórlényeget gyógyítani nem tudjuk. A neosalvarsantól sem várhatunk mást, mint a kórtünetek egy részének ideig-óráig való elhalványulását, vagy a paralysis lefolyásának bizonyos irányba való terelését. Mert elfogadható eredménynek volna mondható a paralysis therapiájában az is, ha a dysarthria javulna, az érzékszálódások csökkennének, ha a motoros agitáltság alábbhagyna, nem is szólva arról, ha therapiánknak a psychés tünetekre is volna hatása; de hol van mindez a gyógyulástól, mikor tudjuk, hogy paralytikusaink átlagos élettartama alig három év.

Az impulsust kísérleteinkhez *Karczag* cikke szolgálta. (A *tabes dorsalis* kezeléséről neosalvarsannal *Leredde* szerint. Orvosi Hetilap, 1917. év, 51. szám.) *Karczag* tizen-nyolcz esetben a *Leredde*-kúrával meglepő és más eljárásokkal meg sem közelített eredményt ért el. Betegei között csak egy volt tabo-paralytikus, ennek paralytise a kúra befejezése után erősen progrediált.

Ugy a salvarsannal, mint egyes módosításaival (neosalvarsan, Joha) számos gyógykísérlet történt a paralytise therapiájában, de az eredmények egybehangzóan sivarak, mindenütt ellenjavaltnak látszik *Ehrlich* szerének használata. Ezért írja már 1915-ben *Hudovernig*: „én a salvarsantól *tabes* vagy paralytise esetében sohasem láttam a kéneső-készítményeknél külön hatást, de igenis sokkal több káros következményt.” (Orvosi Hetilap, 1915, 44. szám). *Oppenheim* sem tartja javaltnak a salvarsant, ha a paralytise diagnosisa biztos. *Finger* pedig egyenesen a salvarsant okolja a neurocivdiváért. *Ehrlich* és statisztikájának feldolgozója, *Benario*, tagadja, hogy a salvarsannal kezelt egyéneken gyakoriabban az idegtünetek; ők a salvarsan-kezelés utáni fokozódását az idegtüneteknek a lues hatásának tudják be; véleményük szerint a csaknem tökéletesen beállott sterilisatio mellett ilyenkor csak az idegek gócaiban maradtak spirochaeták. Mi *Finger* nézetéhez csatlakozunk, tudniillik hogy a salvarsan toxikus hatása okozza a súlyosbító idegtüneteket. A salvarsan kedvezőtlen hatása könnyen érthető, ha figyelembe vesszük az arsen hatását és kiválasztását. Tudjuk, hogy az arsen toxikus adagoláskor a hajszálerek falát támadja meg és a hajszálrendszerben vérbőség és vérpangás támad; ha ehhez még hozzájárul a paralytikusokon rendszerint jelenlevő arteriosclerosis, akkor érthető, hogy nem lehet közömbös a salvarsan az agyállományra. De csaknem általánosan elfogadott elv az, s az állatkísérletek csak megerősítenek ebben bennünket, a mit *Gautier* és a francia iskola hangoztatott legelőször, hogy a bevitt arsenből az agyban és gerincvelőben lehelhető meg a legtöbb, illetve hogy az arsen a lecithin-bő szervekben kumulálódik, míg más szerzők szerint, így pl nálunk *Vámosy* kísérletei szerint is, a májban több arsen található neosalvarsan intravenás adása után, mint az agyban. A mi eseteink azt mutatják, hogy a salvarsan úgy a májra, mint a központi idegrendszerre erős toxikus hatást fejt ki. Felfogásunkat támogatja a klinikai tapasztalatokon kívül az is, hogy az arsen a kóros szövetek iránt nagyobb affinitással viseltetik, azokban több halmozódik fel, már pedig paralytiseben az agy mindig kóros állapotban van s csaknem mindig kóros a máj is.

Tíz paralytikus betegen kezdtük meg a *Leredde*-kúrát, a melynek előnye az, hogy a szer gyors injiciálásával lehetőleg a minimumra szállítjuk le a salvarsanból oxydatio útján képződő toxikus hatású anyagokat. Az oldatot infusióval adtuk és igyekeztünk megfelelni *Leredde* kívánságainak. Kezdetben az általa ajánlott nagy adagokkal dolgoztunk, de csakhamar beláttuk, hogy paralytikus betegeink nem tűrik protraháltan még a kisebb adagokat sem, miért is kisebb dosisokra tértünk át.

Első dosis gyanánt 0.30 gr.-ot, majd 0.60, azután 0.75, végül 0.90 gr.-ot adtunk egy-egy hetes időközrel; a második és harmadik sorozat egy-egy havi pihenés után adható 0.60—0.90 gramm dosisokkal. Az első adagot a betegek még tűrik s egyeseken feltűnő javulás is mutatkozott, de csak pár napig, később a tünetek inkább súlyosbodtak. Mint alább részletezzük, semmiféle javulást sem láttunk lényegileg, de tünetileg sem. Annál több szomorú tapasztalatra jöttünk. A teljesség kedvéért meg kell említenünk, hogy a betegek mind jó testi állapotban voltak s ha a paralytikusokat osztályozni lehetne kórállapotuk szerint, azt mondhatnám, hogy I. szakban lévő betegeket fogtunk gyógykezelés alá. Egyik-másik betegségének oly kezdeti szakában volt, hogy csak a legkiterjedtebb klinikai és laboratoriumi vizsgálatok után mondtuk ki reá a paralytise diagnosist. A salvarsan hatását egyúttal két nem paralytikus betegünkön is megfigyeltük, az egyik lueses praecoxos, a másik lueses paranoiás nő volt. A salvarsan e két

betegünkön semmiféle hatást sem fejtett ki, csak — amint vártuk — a positiv Wassermann-reactiójuk lett negativvá.

Az esetek csekély számából messzemenő következtetéseket nem igen vonhatnánk le, ha gyógykísérleteink eredményesek lettek volna; de mikor szemeink előtt, közvetlen beavatkozásunk után a beteg állapota romlott: a hűdéses tünetek fokozódtak, a dementia súlyosbodott és ezzel szemben semminemű javulási tendenciát sem láttunk, nem lehetett célunk, hogy gyógykísérleteinket folytassuk, éppen csak azért, hogy minél több negativ eredményről számolhassunk be, hisz eseteink körlefolysa eléggé mutatta, hogy a salvarsantól paralytise progressivában semmi eredményt sem várhatunk, de annál több káros és kellemetlen következményre számíthatunk.

Kísérleteink egybevetésekor számításba kell, hogy vegyük azt, hogy betegeink kivétel nélkül jó testi állapotban voltak, előrehaladt hűdéses tünetek, nagyobb fokú psychibeli defecituskok alig voltak kimutathatók. Eseteink közül csak egy volt expansióss jellegű és így csak eme betegünkön számítottunk oly rohamos lefolysra, amilyen várakozásunk ellenére négy esetben előfordult. Ha mérlegeljük a más eljárásokkal elért eredményeket, akkor a *Leredde* szerinti neosalvarsan-adagolást paralytiseben igen károsnak kell véleményeznünk. Osztályunkon a kéneső-készítményekkel vagy kombinált kúrával (kéneső és jod, kéneső és tuberculin, kéneső és natrium nucleicum) kezelt nem súlyos paralytikusoknak mintegy 7—10%-a lett munkaképes (munkaképesség alatt értem, hogy az elbocsájtott egyén legalább időlegesen valóban be tudja tölteni a megbetegedése előtti munkakörét). Ha a paralytise gyógyításának eredményeül azt vesszük — és mást alig vehetünk —, hogy hány egyént adunk vissza a társadalomnak, akkor némi joggal nemcsak a teljes munkaképességüket visszanyert egyének, hanem a tetemes javulást mutató betegek is figyelembe veendő, hisz gyógykezelésük előtt valamennyien desociáltak voltak. Igaz ugyan, hogy nemcsak a gyógyszeres hatás, hanem a zárt intézeti életmód is figyelembe és tekintetbe veendő. Tetemesen javultnak azt mondtuk, aki munkakörének egy részét vagy az előbbinél kevesebb testi és szellemi erőt igénylő munkát még el tud látni. A fent jelzett kezelési módokkal paralytikusaink mintegy 15%-a érte el ezt az eredményt.

A salvarsan-kúra hatása folytán munkaképességét egy paralytikus sem nyerte vissza. Három beteg mondhatnánk olyanak, akin a kúra befejezése után némi javulás állott be, ezek azonban a salvarsan-kúra előtt kénesőkészítményekkel injectiókat kaptak és hyperpyresis elérése céljából natrium nucleicummal kombináltuk e gyógykezelést. Természetes, hogy ezek után kérdéses, hogy a salvarsan javára irható-e e három betegünkön a beállott remissio.

Talán nem végzünk fölösleges munkát, ha egy-két esetünket röviden ismertetjük:

1. 35 éves gymnasiumi tanár, felvétetett 1917 május 19.-én. Csakládi terheltség nem mutatható ki. Potust tagad. Luesre nem tud visszaemlékezni. Nem dohányzik. Közepes tápláltsági állapot, a belservesekben semmi különös.

Ideg-status: Alig reagáló pupillák. Facialis-innervatio rendben. Mély és bőr-reflexek kiválthatók. Mozgási és érzőkör szabad. Dysarthria nincs. Psyche: jól tájékozódik, betegségi belátása nincs. Lassú perceptio, megnehezült gondolkodás, szűk ismeretkör, egyszerű számlási műveleteket is elhibáz. Wassermann-reactio a vérben és liquorban ++++. A liquor minőleges vizsgálatok a következő eredményt kapjuk: fehérje Nissl szerint 0.2%; forralásra +; Ross-Jones +; Nonne-Appelt +; Hudovernig-féle sulfosalicyl-reactio 2%-nál is +; Pándy +; fehér vérszámok száma köbmilliméterenként 28.

Május 24.-én. Arsenohygrok-kúra kezdete, melynek folyamán tesztileg erősödik, lehangoztsága, zárkózottsága csökkent.

Augusztus 8.-án a kénesőkúrát befejezi és utána nuclein-kúrát kezd. Ekkor állapota a következő:

Pupillaris lelet változatlan, hangulata szintelen, viselkedése nyugodt. Beszéde komponált, összefüggő, mondatai kerek. Emlékező képessége elég jó. Téves eszméi, érzéscsalódásai nincsenek. Incontinentia nincs.

Január 29.-én *Leredde* szerinti salvarsan-kúra kezdete. Három turnusba osztva 10 intravenás neosalvarsan. Junius 1.-én kapja az utolsó infusiót (0.90 gr.). A kúra folyamán az egyes infusiók után több ízben tapasztaltunk palpitiatio cordist, de e mellett súlyosabb beszámítás alá esnek azok a kisebb vertigoszerű rohamok, melyekkel napokig tartó

zavartság és huzamosabb időre kiható testi gyengeség járt. Az utolsó (0.90 gr.) infusio után icterus is fejlődött, mely kb. két hétig tartott, alatta a szív működés inkoordinált volt.

Augusztus 10.-én, amikor betegünket házi ápolásba adtuk, a következő statust vettük fel: Icterus gyógyult. Testileg erősödött. Táplálkozás, alvás kielégítő. Pupillák közül a bal fényre jól reagál, a jobb fénymerv. Egyébként az ideg-lelet változatlan. Wassermann-reactio a vérben és liquorban ++++. Psyche: jól tájékozódik, előző betegségébe belátással bír. Perceptio megtartott, gondolkodás megnehezült. A beteg anyja 1918 októberében fia állapotáról a következőket írta: „... fiam közérzete általában kielégítő, fizikumam még nem enged meg, hogy állását gyakorolhassa“.

A közölt esetben, mely a legszerencsésebb kimenetelű esetünk, semmi adatot sem találunk, melyből a salvarsan kedvező hatására következethetnének, mert ha végig tekintünk a salvarsan-kúra előtti statuson és figyelembe vesszük a beteg állapotát kibocsájtásakor vagy jelenleg, alig találunk valami különbséget. Ezzel szemben az Ehrlich-szer adagolása idején több ízben mutatkozott szívgyengeség, a szervezetre egyáltalában nem közömbös vertigók egész sora fejlődött, melyek bizonyára kisebb agyvérzéseknek feleltek meg s ugyanakkor napokra kiterjedő zavartság, valamint testi gyengülés következett be. A súlyosabb természetű icterus is az arsen-hatás terhére írható.

A teljesség kedvéért röviden közlöm két betegünk kórrajzkivonatát, kiknek állapota a salvarsan-kúra hatása alatt nem romlott.

2. 49 éves, máv. hivatalnok. Felvettük 1916 december 18.-án. Luest, potust tagad. Nem dchányos. Nős. Házassága steril. Közepesen táplált és fejlett. Középtág, egyenlő pupillák. Fényreactio hiányzik. Rövid spasmusos reflexek. Igen kistokú dysarthria. Facialisbeidegzés jó. Belső szervek épek. Psychice: hiányos tájékozódás. Euphorias. Téves eszméi nincsenek. Gondolkodás megnehezült, intelligentia csökkent. Érzéksalódások nincsenek. Wassermann-reactio a vérben és liquorban ++++. Fehérje 0.5%. Sejt szám köbmilliméterenként 10. Forralás +; Ross-Jones +; Nonne-Appelt +; Pándy +; sulfosalicyl-reactio 2%-ra +.

Január 4.-én embarin-kúrát kezdünk, melyet január 22.-én phagocytinnal kombinálunk. A kúrát május 12.-én befejezzük, mikor is a következő statust találjuk:

Euphorias hangulat, demens, időnként türelmetlen. Könnyen megnyugtatható, családjával több ízben kísétél. Reflex-körben semmi változás sincs. Jodot szed. Wassermann-reactio a vérben és liquorban ++++.

Január 21.-én Leredde-kúra kezdete a fent említett módon. Január 26.-án tömeges hallucinációk. Június 1.-én a Leredde-kúrát befejezzük, a kúra alatt észrevehető testi és szellemi változást nem észlelünk, mint-hogy érzéksalódások jelentkeztek, amelyek ma is fennállanak.

3. Harmadik esetünk 34 éves, déliavasuti hivatalnok, kit 1917 július 21.-én vettünk fel osztályunkra. 17 éves korban luest szerzett, két ízben kapott kenőkrút. Jól fejlett és táplált férfibeteg. Pupillái szűkek, a baloldali tágabb, mindkettő szabálytalan. Fényreactio hiányzik. Alkalmazkodási reactio rendben. Baloldali facialis alsó ága paresises. Késsé vontatott beszéd, a kezujjakon durva tremor, a reflexek kiválthatók. A belső szervek épek. Psychice: jól tájékozódik, emelkedett hangulat, gyengült emlékező-képesség. Ismeretköre csökkent, betegségébe belátása nincs. Hibásan számol. Wassermann-reactio a vérben és liquorban ++++. Fehérje a liquorban 0.5%; sejt szám 14; minőleges fehérje-reactiók pozitívek.

Augusztus 12.-én kénéső-injectiók kezdete. Október 30.-áig 30 injectiót kap. Utána jodkúra és phagocytin. Január 27.-én statusa a következő: Psychice semmi változás, testileg erősödött.

Január 29.-én Leredde-kúra kezdete. A kúra alatt észrevehető változás nincs. 1918 június 22.-én a beteget javult állapotban hazaviszik. Folyó év január havában a beteg újból jelentkezik osztályunkon. Testileg legyengült. Lancináló fájdalmak, látás-panaszok. Kifejezeten demens.

Tíz betegünk közül a kúra közvetlen befejezése után vagy befejezése előtt 4 halt meg. Mindnyájukon szembetűnő volt a gyakori szédülés, valamint a kifejezeten előrehaladó testi elgyengülés, hirtelen beálló incontinentia vagy retentio. Megemlítendő még, hogy két betegen fejlődött icterus és ugyanezek voltak észlelhető májduzzanat. Az említett négy beteg közül talán érdemes lesz egynek röviden közölni a kórrajzát, a nevezett ugyanis tabes kifejezett tünetei mellett a paralysis progressiva legkezdetlegesebb szakában volt.

44 éves hentes. Felvettük 1917 december 23.-án. Lefogyott. 19 évvel ezelőtt luest szerzett. Mérsékelt potus. Tág, egyenlő, fénymerv pupillák. A facialisbeidegzés jó. A nyelv nem deviál. Ataxias járás. Lancináló fájdalmak. Térd- és Achillesreflex hiányzik. Időnként crises gastriques. Belső szervek épek. Incontinentia urinae. Emotiólnál, hosszabb azavak mondásakor kistokú szótagbotlás. Psychice: jól tájékozódik, az intelligentia megtartott. Beszéde összefüggő, komponált. Álmatlan. Téves

eszmék, érzéksalódások nem mutathatók ki. Wassermann-reactio a vérben és liquorban ++++. A liquor minőleges vizsgálata: fehérje 0.4%; forralás +; Ross-Jones +; Nonne-Appelt +; sulfosalicyl 2%; Pándy +. Fehérvérésejtek száma köbmilliméterenként 14.

Január 29.-én Leredde-kúra kezdete. Az első 0.30 gr.-os infusio után kistokú borzongás. Február 11.-én 0.45 gr. neosalvarsan, február 19.-én 0.60 gr. neosalvarsan, február 20.-án az incontinentia csaknem teljesen megszűnt. Crisisek nincsenek. A kúrát a fentebb említett módon folytatjuk. Április 10.-én salvarsaninfusio után a hőmérséklet 38.8 fok lesz. Április 13.-án haemoptoe, 14.-én crisis gastrica, nagy fájdalmak, mely morphinra is alig szűnik. Tartós testi gyengeség áll be. A pulsus arhythmias. Május 2.-án sopor. Május 4.-én exitus.

E rövid kórvázlatból kiténik, hogy a neosalvarsan a paralysis progressivára nincs eredményes behatással, s a tabes tüneteket sem enyhíti, ha azok paralysissal szövődnek.

A közöltek után joggal merülhet fel a kérdés, hogy Ehrlich szere, mely ha sterilisatiót nem is idéz elő a szervezetben, de mindenesetre a paralysist és tabest okozó luestnek egyik leghathatósabb gyógyszere, a paralysisre s a vele szövődött tabesre miért nincs semmiféle jótékony hatással, sőt kellemetlen tüneteket vált ki. Talán elfogadható az a feltevésünk, hogy oly előrehaladt megbetegedésben, mint a paralysis, a salvarsan már nem parasitotrop, hanem organotrop szerként hat.

Összegezve a salvarsannal elért eredményeket, azt kell állítanunk, hogy a salvarsan használata bármely eddig ismert adásmód mellett paralysis progressiva eseteiben ellenjavalt, mert a tüneteket nem enyhíti, a betegség lefolyását siettet. Ha a paralysis klinikai tünetei már megvannak, a salvarsan a therapiából elhagyandó s inkább kénéső-készítményekkel próbálkozunk.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Általános kórtan.

A meghüleses betegségek kérdését tárgyalja Schade tanár (Kiel). Mindenekelőtt érdekes statisztikai összeállításokat közöl, a melyek határozottan amellel szólnak, hogy a meghüleses betegségek létezése nem tagadható. Így egy 17.000 katonából álló divisio megbetegedési viszonyai az 1915/6. évi enyhe és az 1916/7. évi szigorú télen: a légutak megbetegedései 7.6-szorta gyakoriabbak voltak a szigorú télen, s a többi úgynevezett meghüleses betegség (torokbaj, rheumás betegség, a húgyhólyag izgalmi állapota) szintén 2.2—3.9-szerre gyakoribb volt. Egy másik statisztikai adat 8000 katonára vonatkozik, a kik közül 2700 három napon és éjjelen át erős hidegnek és nedvességnek volt kitéve egy ú. n. gránátöltésér-fedezékben a többivel szemben, a kik ugyanakkor a faluban voltak elszállásolva; az előbbieknél között négyannyi meghüleses betegség fordult elő. Hasonló volt a különbség azok között, a kik nagy hidegnek és szélnek voltak kitéve, azokkal szemben, a kik ugyanakkor falusi szállásokban védett helyen tartózkodtak. A hideg és nedvesség együttesen főleg a rheumás betegségek keletkezését segíti elő, a száraz hideg és szél együttesen pedig a légutakét. A úgynevezett meghüleses betegségeknek napi ingadozása teljesen azonos a fagyások napi ingadozásával. A továbbiakban azután a szerző azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy a hideg, illetőleg meghüles milyen módon fejti ki betegségokozó hatását; három utat jelöl meg: az egyik az, hogy a hideg a sejtek protoplasmájának colloid állapotát, a mely pedig a sejtek rendes működéséhez okvetlenül szükséges, megváltoztatja, ezt gelosisnak nevezi; a második út a reflexes távolhatás a vegetatív idegrendszer útjain; a harmadik út pedig az immunitás csökkenése. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 36. szám.)

#### Belorvostan.

A túlgyors gyomorkiürülésről ír Determann. Ismeretes, hogy a gyomorsecretiók zavarok (elsősorban az achylia) a gyomorkiürülés mechanizmusát megváltoztatják. Kevésbé

ismeretes azonban az, hogy a gyomorchemismus rendes volta mellett is előfordul túlságosan gyors gyomorkiürülés, a mi tartós bélzavarokra vezethet. A kérdés tanulmányozására az vezette a szerzőt, hogy néhány esetben, melyben különböző kimutatható ok nélkül bélzavarok (bélnyugtalanosság, korgás, hasfelfúvódottság, hascsikarás, rendetlen szék) állottak fenn, a gyomortartalom vizsgálata eredménytelen volt oly értelemben, hogy a gyomor már fél órával a próbareggeli után — sőt néhány esetben a próbaevés után is — üresnek bizonyult. A még korábban megejtett kiemelése a gyomortartalomnak hol normalis viszonyokat mutatott, hol subaciditást, hol superaciditást. A bélsár vizsgálata sem adott felvilágosítást. Psychés befolyások, túleröltetés fokozták a bélzavarokat, a diaeta befolyása azonban csak jelentéktelen volt. A testsúly többnyire csökkent volt; az étvágy ellenben rendszerint jó, a gyomrukra nem panaszkodtak az illetők. A megejtett Röntgen-vizsgálat azután kiderítette, hogy a gyomor túlságosan gyorsan ürül ki, néhány esetben már néhány perc múlva üres a gyomor, az illetők mintegy közvetlenül „a belükbe esznek”. Ez állapot létrehozásában fontos szerepet juttat a szerző a hig és pépes ételeknek, a hirtelen evésnek, a rágás rossziaságának, továbbá ideges, psychés momentumoknak; mindezen körülmények a háború okozta viszonyok közepette nagyon gyakoriak s így érthető a leírt állapotnak az utóbbi időben gyakrabban észlelt volta. A kezelésnek lényege tehát az, hogy az említett ártalmakat lehetőleg eltávolítsuk: szilárd koszt, jó rágás, lassú, nyugodt evés, psychés izgalmak kerülése, az idegrendszer erősítése. A táplálék főleg fehérjéből és zsírból álljon. Evés után lehetőleg a bal oldalukon fekdjék a beteg, mint a mely helyzetben a gyomortartalom legnehezebben ürül ki a duodenumba. Nagyon hasznos az opium kis mennyiségben: 2—4 csepp opium-tinctura naponként 2—3-szor kevés vízben közvetlenül az étkezés után. (Münch. med. Wochenschr., 1919, 26. sz.)

### Sebészet.

**A humanol használatáról a sebészetben** ír *F. Loeffler* docens a hallei sebkezikán szerzett tapasztalatok alapján. A humanol nem más, mint emberzsír. Előállítására a következő: egyébként egészséges egyének mütéte alkalmával nyert zsírszövet (hasháj, omentum-zsír, lipoma), a kötőszöveti részeketől megtisztogatása után néhány órára vízbe kerül, majd felaprózása után üvegedényben vízfürdőn körülbelül 3 óra hosszat főzzük; az ilyen módon keletkező folyékony zsírt steril mullrétegen átszűrjük és használjuk. A humanol csak +7° körül kezd megszilárdulni; színe világos arany-sárga; szaga sajátzerűen édeskés; reakciója közömbös; hűvösebb helyen tartva, zsírsavkristályok kicsapódása miatt kissé megzavarosodik, de testhőmérsékre fölmelegítve ismét teljesen átlátszóvá lesz; zárt edényben változatlanul eláll és rögtön használható. A humanol bőr alá juttatva körülbelül 5—7 nap alatt teljesen felszívódik. Inak, illetőleg idegek szétválasztása után az újból való összenövés megakadályozására nagyon alkalmas a humanol; az eljárás nagyon egyszerű: az inak, illetőleg idegek szétválasztása és jó vérzés-csillapítás után a sebet annyira elvarrjuk, hogy csak éppen a fecskendő végét befogadó nyílás marad varratlanul; az itt már elhelyezett fonal végével felemeljük a sebszéléket, befecskendezzük a humanolt és csomózzuk a fonalat; utána enyhe simító mozgásokkal elősegítjük a humanolnak elosztódását. Arthritis deformans, arthrogen contractura eseteiben is nagyon jó szolgálatokat tesz a humanol, 1—2 cm<sup>3</sup> mennyiségben az ízületbe juttatva; arthritis deformans eseteiben, minthogy a humanol 5—7 nap alatt felszívódik, a befecskendezés 8—14 nap múlva megismétlendő; contractura eseteiben pedig a szükségessé vált redresszálás után, nehogy újból összenövésnek létesüljenek, fecskendezzük be a humanolt. Minthogy jelenleg glicerint nehezen kapható, s a kapható glicerint is rossz minőségű, úgy hogy a használata nem egyszer okoz kellemetlen mellékhatásokat: a csont- és ízületi gümőkór eseteiben használatos jodoform-glycerint a szerző jodoform-humanollal helyettesíti; eredményeivel nagyon meg-

van elégedve. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 45. szám.)

### Szülészet és nőorvostan.

**Az adnexum-megbetegedések gyógyításáról proteintestekkel** számol be *Kauert* (Barmbeck). Az utóbbi években mindinkább tért hódított az a feltevés, hogy a heterovaccina-kezelésben a fajidegen fehérje a gyógyító tényező. Az eddig használt deuteroalbumosét és nucleinsavat az adnexum-megbetegedések kezelésében többféle okból mellőzni kellett, maradt tehát a tej, melyet a gonorrhoea kezelésében már eddig is használtak. Az alkalmazásával járó kellemetlen mellékhatások elkerülése végett *Kauert* az aolant használta, a mely nem egyéb, mint zsírtalanított tej. Az aolan-therapia azonban nem vezetett jobb eredményekre, mint a szokásos conservatív kezelés. Áttért tehát próbaképpen közönséges tehéntej befecskendezésére. Vízfürdőn sterilizált tejből 10 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett be intraglutaecalisán. A betegek a tejbefecskendezés összes kellemetlen mellékhatásait jelentkeztek, jelentékeny javulás azonban nem állott be, úgy hogy az adnexum-megbetegedéseknek tejjel való kezelésétől el kellett állania.

Ajánlja azonban a tejjel való kezelés megkísérlését amenorrhoea és sterilitas eseteiben, a melyeket eddig organo-therapiásan akartak befolyásolni, de a jövőben talán tej befecskendezésével létesített hyperaemiával lehetne eredményesen gyógykezelné. (Münch. med. Wochenschr., 1919, 35. sz.)

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Plaut-Vincent-angina** eseteiben *Barth* tanár szerint nagyon jó hatású a salicylsav 10%-os oldata, alkohol és glicerint egyenlő mennyiségben; ez a szer papálczikára csavart vatta segítségével viendő a kóros területre. Az eljárás másnap, esetleg harmadnap megismétlendő. Egyidejűleg toroköblítést végeztet, a mihez salicylsav 10%-os alkoholos oldatának 15—20 cseppjét egy pohár vízre használtatja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 23. szám.)

**Ascarisok elhajtására** *Klotz* is használta az oleum chenopodii és jó eredményeket ért el vele, de azért mégis visszatért a santoninhoz, mert egyfelől a gyermekek könnyebben veszik be, másfelől olcsóbb is; az eredmény egyébként egyforma. Tekintetbe veendő továbbá az is, hogy az oleum chenopodii a hallószervre káros hatást fejthet ki. (Mediz. Klinik, 1919, 16. szám.)

**Múló myopiát** észlelt *Landsgaard* öt esetben. A zavar nem alkalmazkodási görcsön alapult, az atropinozás nem befolyásolta és néhány nap alatt teljesen megszűnt. Egy esetben a vér czukortartalma nagyobb volt, egy esetben trauma játszott szerepet, három esetben influenza kapcsán fejlődött a zavar. Az ok a lencse görbület múltó megváltozásában keresendő. (Hospitalstidende, 1919, 18. szám.)

**Influenza-pneumonia** eseteiben *Jagic* tanár nagyon ajánlja a strychnin használatát; naponként 3-szor fecskendez a bőr alá 1 milligramm strychninum nitricumot és 20 centigramm coffeinum natrio-benzoicumot; ezenkívül belsőleg digitalist is ad. Nagyon súlyos esetekben a strychnin-coffeint intravenásan fecskendezi be, sürgős szükség esetén pedig 3 milligramm strychnint ad egyszerre. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1919, 23. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1919, 34. szám. *Flesch Armin*: Mennyiben értékesíthető a vesemegbetegedések Volhard-Fahr szerinti osztályozása a gyermekkorban?

### Vegyes hírek.

Kérjük igen tisztelt előfizetőinket, hogy a magyar orvosi kulturát immár 63 esztendeje híven és önzetlenül szolgáló lapunk további fennállásának lehetővé tételére a folyó évre 20 korona pótdíjat juttassanak el hozzánk. A még mindig elég tetemes számú hátralékos előfizetési díjak beküldését is kérjük.

**Felhívás.** „A magyar népegészségügyi miniszter úr megbízott, hogy a prolektárdiktaturának a közegészségügyre és az orvos-rendre oly végzetes működését lehetőleg teljes terjedelemben megírjam. Felkérem tehát összes kartársaimat, szíveskedjenek a birtokukban levő vagy egyéb módon tudomásukra jutott összes idevágó adatokat velem közölni. Az egybegyűlt adatokat egységesen kívánom feldolgozni s ilyformán a beküldő neve csak abban az esetben fog megemlíttetni, ha ezt az illetők maguk kifejezetten kívánják. A szíves közléseket mielőbb kérem czímemre (VIII., Főherceg Sándor-tér 3, II/1.) elküldeni. Győry Tibor dr., egyetemi tanár.

**Kisebb közlemények az orvostudomány köréből.** Bárzsing-szükületek megelőzésére maró folyadékok nyelése után Roux tanár (Lausanne) gyomorszándát vezet be az orron át a gyomorba és 4–5 hétig benntartja; ennek hatásaképpen csak kevés zsugorodó hegszövet termelődik. (Zentrabl. f. Chir., 1919, 33. szám.) — Súlyos fertőzésekben a konyhasóinfúziókkal kapcsolatos korai bőséges vérbocsátásra hívja fel a figyelmet Hilgermann tanár; ezzel az eljárással egyrészt a fertőző anyag (bacterium és toxin) kiürülését segítjük elő, másrészt a szervezetet ellenanyagok termelésére is serkentjük. (Mediz. Klinik, 1919, 42. szám.) — Loiper, Bergeron és Vahram szerint colloidalis kén naponkénti befecskendezésével a szervezet toleranciája a kénesóval szemben tetemesen fokozható. (Journ. de méd. de Paris, 1919, 1. sz.) — Lépképzés esetéről számolt be Ewald tanár a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ okt. 24.-i ülésén; érdekes az eset főleg azért, mert a lép háját ért trauma után csak 48 óra múlva jelentkeztek a heveny tünetek, melyeket a léperepedés okozott. — A gonorrhoeás izületgyulladások Klose szerint az utóbbi időben rendkívül megsaporodtak: a gonorrhoeás fertőzések több mint 10%-ában fejlődnek, míg régebben alig 2%-ban találtak. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 42. szám.)

**Személyi hírek külföldről.** Fr. Reuter bécsi rendkívüli tanárt a gráci egyetemen a törvényszéki orvostan rendes tanárává nevezték ki. — F. Hamburger, a gyermekorvostan rendkívüli tanára a gráci egyetemen, a rendes tanári címet és jelleget kapta. — A würzburgi egyetem gégeorvostani tanszékére P. Manasse volt strassburgi tanárt nevezték ki rendkívüli tanári minőségben, de rendes tanári címmel és jogokkal. — E. Küster, a marburgi egyetem volt sebésztanára, a napokban lett 80 éves. — H. Pfeiffer gráci rendkívüli tanárt az innsbrucki egyetemen az általános kórtan rendes tanárává nevezték ki.

**Meghalt.** J. Hoffmann, ismert neurológus, 62 éves korában Heidelbergben. — Amann, a gynaekologia rendkívüli tanára a müncheni egyetemen. — A. Rovighi, a belorvostan tanára Bolognában 63 éves korában. — Moeli, hírneves pszichiáter, a berlin-herzbergi elme-gyógyintézet volt igazgatója, 70 éves korában november 4.-én.

## Fővárosi Faszor Sanatorium R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádasy István. Ügyvezető igazgató: Fészi József. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15–26. Igazgató telefonja: József 26–21. Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és körtermekkel kibővíve.

## Park-sanatorium VI., Aréna-ut 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály. Röntgen laboratórium (bejáró betegek részére is). Rádium kezelés.

## Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásával Termális és fisioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benzur Gyula, egyet. magántanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratórium: dr. Stimonyi Béla.

Kívánatra prospektus.

Kívánatra prospektus.

## PÁLYÁZATOK.

19.713/orvos-szám.

A diósgyőri magyar állami vas- és acélgyárhoz tartozó Ormospuszta-bányatelep (Borsodmegye) részére 10–12 hónapi időtartamra egy helyettes orvost sürgősen keresünk. Felkérem azon nőtlen egyetemes orvostudor urakat, kik ezen helyettesítő szolgálatra pályáznak, szíveskedjenek ajánlataikkal főorvosunkhoz, dr. Zakariás János főfelügyelő úrhoz (Diósgyőrvasgyár) fordulni, kitől a közelebbi feltelek megtudhatók.

Diósgyőrvasgyár, 1919 november 17.-én.

Diósgyőri magyar vas- és acélgyár:  
Lénárt, gyárigazgató.

## Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Dyphtheriaserum

Budapest, II. ker., Margit-körut 45.

## „FAGIFOR“-sirup

(Sirupus kreosoti comp.)

A legkiválóbb kreosot-készítmény bronchitis, pneumonia, influenza, tüdőcsucshurut és tüdő-tbc. esetén.

Kellemes ízénél s összetételénél fogva felülmúlja az összes kreosot-készítményeket.

Oldott állapotban tartalmaz: Kreosot Fagi. Calc. lactic. Calc. citric. Calc. acetylo-salicylic. Calc. benzoic. Ferr. citric. Menthol. puriss.

Napi adag: 3-szor naponta 1 kávé-, illetve gyermekkanállal a beteg kora szerint.

Gyártja: „CITO“ chem. pharm. Fabrik

Budapest.

Megrendeléseket felvesz:

Aarburg.

Szalai Béla gyógyszerész, Budapest

VIII., Baross-utca 4. sz. Telefon József 98-25.

Kapható a gyógyszerárakban.

## Marberger Gyula

orvos gyógyszerészeti labora-toriuma ismét szállítja a már régebben bevált készítményeit:

Maltocol

Maltosucco

Glykomaltin

Arsorobin

Argosol Hydarsol Optocalcil

stb. és a mindennapos gyakorlatban szükséges

subcutan oldatokat phiolákban „PROMT” szóvédjeggyel.

**Ovomaltine**  
a legjobb tápszert

melyhez a kellő mennyi-ségű nyersanyag Svájc-zból beérkezett.

**Korlátlan mennyiségben ismét kapható!**

**Dr. Pápay-féle** oltóanyag- és serum-intézet r.-t.  
VI., Teréz-körút 31. Tel.: 20-19.

Alapítási év 1887.

## HIMLŐNYIROK

Enyhe, huzamos immunitást kölcsönző, járulékos csiráktól biztosan ment készítmény. Hygienikus istállóztatás. Állatorvosi felügyelet. Borju-oltás előtt tuberculin-próba.

Polyvalens  
**„Grippe“-serum**

septikus bronchopneumoniák kezelésére.  
Magas titerű antiinfektívus és antitoxikus serumok;

**Dysenteria Skarlát**

**Streptococcus  
Meningococcus  
Diphtheria Tetanus**

**Anthrax  
Pneumococcus**  
fertőzések ellen.

**Tuberkulin**

**Cholera Typhus**  
oltóanyag.

**„Opsogon“**

**„Opsodermin“**

magas immunizáló értékű specifikus vaccinák

**gonococcus és  
staphylococcus**  
fertőzéseknel.

Steril, intramuscularis injectióra szolgáló

## Tej-készítmény

sycosis, furunculosis, sebfertőzések, erysipelas stb. esetében.

Specifikus diagnostikumok. Specifikus agglutináló és präcipitáló savók. Ingredientia a Wassermann-reactióhoz.

Wassermann-vizsgálóállomás.

Vegy-, bakteriologiai-, serologiai-, szövettani vizsgálatok.  
Autovaccina-készítés.

# Sanguiferin

**Dr. Pallay**

(Elixirium Ferri albuminati Pollatsek)

seu combinationes:

c. arseno mite, c. arseno forte, c. phosphoro

**Tonicum**

**Neuroticum**

**Haemodynamicum**

**Stomachicum**

**Roborans**

**Anaemia**

**Chlorosis**

**Neurasthenia**

**Ideges kimerültség**

**Táplálkozási zavarok**

**Fejlődési visszamaradottság**

**Gyermekágyas és szoptató nők  
vérszegénysége esetében stb.**

## Ismét kapható!

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

## Brom-Fersan-pastillák.

**Fersan-por. Fersan-pastillák.**

(à 0.5 g. vagy à 0.25 g.)

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishál.

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin, megbízható és olcsó.

Magyarországi főraktár:

**Dr. FILO JÁNOS** gyógyszerháza

**BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.**

Kapható minden gyógyszerházaiban.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

## Sulfotin

Kalium sulfoguaicolicum syrup, békebeli minőségben  
200 gr-os üvegekben.

**Arsotonin Domopon**

a monomethyldinatriumarsenat isotoniás oldata steril ampullákban, subcutan injectiókhoz.

20 és 100 ampulás csomagolásban

Az összes opium alkaloidákat tiszta állapotban tartalmazó készítmény.

Tablettákban, ampullákban és üvegekben.

## Novatropin

**Strychnotonin Protal**

**Cadogel Domargin**

**Ventrobaryt Retrobaryt**



**„CHINOIN“**

gyógyszer és vegyszeti termékek gyára r.-t.  
(Dr. Keresztély és Dr. Wolf)

**UJPEST**

# Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

## NOVOCAIN

ideális  
helyi érzéstelenítő

nem mérgező, nem izgató, biztos hatású,  
sterilizálható, 0,5–20% suprareninnel.

Eredeti csomagolás:  
100 amp. 2% 1, ill. 2 ccm. tabletták  
és oldatok különböző adagolásban.

## ALBARGIN

kittinő  
antigonorrhoeicum.

Nem izgató, erősen baktericid, mélyreható.  
Prophylaxis: 5–10%. Therapia: 0,1–3%.

Eredeti csomagolás:  
20 tabl. à 0,2 gr.  
50 tabl. à 0,2 gr.

## MELUBRIN

igen hatásos  
antirheumatikum.

Belsőleg és injectiókra jól tűrik.  
3–4-szer napjában 1–2 tablettá.

Eredeti csomagolás:  
10, ill. 25 tabl. à 1 g.  
10 amp. à 2, ill. 4 ccm.

# SUPRARENIN

(o-Dioxyphenyläthanolmethylamin.)

Hatalmas

**adstringens hämostaticum kardiotonikum.**

Tulajdonságai:

Vegytiszta, tartóssága jó, megbízható, hatékonysága állandó.

Javallata és adagolása:

**Injectiók:** adalék helybeli érzéstelenítéshez; vérzések, toxikus vérnyomáscsökkenés, collapsus, asthma, osteomalacia stb. 0,05–1 ccm. az 1:1000–10.000 oldatból.

**Belsőleg:** belső vérzések, bacillusos dysenteria, vomitus gravidarum, pertussis, urticaria, stb. 1–4 ccm. az 1:1000 solutióból ill. 1 mg. tablettá 1–4 db.

**Külsőleg:** helybeli vérzések és gyuladások, pruritus, ekzema stb. 1:1000–10.000 oldatban, kenőcs, por, kúpok stb.

Eredeti csomagolás:

**Oldat:** 1:1000 üvegcsében 10–25 ccm. 10 amp. 0,5, ill. 1 ccm.

**Tablettá:** 1 mg. csövecskékben 20 db.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

## NIRVANOL

iznélküli  
altatószer.

Megbízható, jól tűrt, ártalmatlan. Belsőleg:  
1 tablettá à 0,3 gr., ill. 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:  
15 tabl. à 0,3 gr., ill. 10 à 0,5 gr.  
10 amp. à 4 ccm.

## PYRAMIDON

legjobb  
antipyretikum

Kiváló analgetikum, ártalmatlan anti-  
pyretikum tuberkulosis és typhusnál.

Eredeti csomagolás:  
20, ill. 100 tabl. à 0,1 g  
10, ill. 20 tabl. à 0,3 g.

## HYPOPHYSIN

bevált  
uterustonikum.

Állandóan hatásos, steril oldata injectióra  
és belső használatra.

Eredeti csomagolás:  
Ampullák à 0,5 és 1 ccm. dobozokban  
3, 5 és 10 darab. Üvegben 10 ccm.