

# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR FŐSZERKESZTŐ ES SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. ANÁR SZERKESZTŐ.

## TARTALOM.

**Kubinyi Pál:** Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület nyilvános jellegű kórházából. Mivel tökéletesíthetjük a nőgyógyászati laparotomiák eredményét? 201. lap.  
**Udvarhelyi Károly:** Reflexiók Lorenz Hugó dr. „A nervus vestibularis élettani működése” című tanulmányára. 203. lap.  
**Rejtő Sándor:** Megjegyzések Lorenz dr. „A nervus vestibularis élettani működése” című cikkéhez. 204. lap.  
**Lorenz Hugó:** Válasz Udvarhelyi Károly és Rejtő Sándor dr.-ok megjegyzéseire „A nervus vestibularis élettani működése” című cikkemre. 205. lap.

**Irodalom-szemle. Lapszemle. Szemészet. Telavivi:** A trachoma Palaestinában. — **A. Vogt:** Az öregkori hályog öröklékenységéről és viszonyáról az exogen megbetegedésekhez: és a seniumhoz. — **Sébészet. Schüle:** A biceps inas részének indirect erő behatása folytán történő elszakadása. — **Pflaumer:** A cystoskopozás. — **Goedel:** A térdővések vizinkezelése. — **Veneréus betegségek. St. R. Brünauer:** Ulcus molle frenuli linguae. — **Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Bettmann:** Sajátszerű dermatitis. — **Frühwald:** Urticaria, strophulus és prurigo. — **Müller:** Húgycsőgonorrhoea. 206–208. lap.  
**Magyar orvosi irodalom.** 208. lap.  
**Vegyes hírek.** 208. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület nyilvános jellegű kórházából.

### Mivel tökéletesíthetjük a nőgyógyászati laparotomiák eredményét?

Közli: **Kubinyi Pál** dr., egyetemi magántanár, a nőgyógyászati osztály főorvosa.

Valójában annak a szemében ragyog a laparotomiákkal elért eredmény a maga fényességében, a ki ennek a fejlődésnek phasisait az utolsó évtizedekben végigélte. Magam ebből az időből több mint ezer laparotomiára tekinthetek vissza. Ezen a téren a biztonságnak valóban magas fokát értük el. Míg azelőtt minden laparotomiát nagy kockázattal járó eseménynek tekintettek, a melynek esélyei kiszámíthatatlanok, addig ma ez a veszélyesség a minimumra szállt alá s a prognostikai beállításnál szinte matematikai tényezőkkel dolgozunk.

Ezek közt természetesen alapvető fontossággal bír az *asepsis*. Az úgynevezett fokozott sebvédelem ma egy, részleteiben is kidolgozott berendezés biztonságával működik, mely az előbbihez mérten nagyot lendített a helyzeten s a hibaforrások közül többet kiküszöbölt. Ma már tisztán látjuk, hogy a műtét utáni complicatiók jó része szintén az *asepsis* hibáiból származott. A postoperatív ileusok, a nagy kivételként előforduló mechanikai ileusokat nem tekintve, bizony csak közönséges peritonitis okozta bélpáralysisek, azaz dynamias ileusok voltak, a mint hogy az *asepsis* tökéletesedésével úgy szólván el is tűntek. Magam részéről a sterilis műtétekhez csatlakozó thrombosisokat is ilyen szemmel nézem s az úgynevezett autochton thrombosisokat nem tekintve, a hol különlegesen hajlamosító tényezők szerepelnek (mechanikai tényezők, a vérösszetétel megváltozása, stb.), ezeket is az *asepsis* becsúszott hibából származtatom. Hasonló megítélés alá esnek a kövér egyének sterilis műtét után a hasfali sebben jelentkező úgynevezett zsíremulsiók is, valamint a *hasfal sebének Madelung* és mások által tanulmányozott s néha később bekövetkező *teljes szétválása*, kivéve, ha hirtelen ható erőművi behatás, heves köhögés, hányás, hirtelen felülés, stb., idézték elő.

Nem tekintve az úgynevezett szennyes műtéteket, a hol természetesen helyben van a fertőzés forrása, úgy hogy ennek esélyeit legfeljebb alászállíthatjuk, de végképp kikerülni nem áll hatalmunkban, sterilis műtétek után az említett szövődmények valamelyikének előfordulását feltétlenül hibának minősítjük.

Ma már olyanformán alakult ki a helyzet, hogy ha 100 úgynevezett sterilis műtétet végzünk, 100-nak is kell per primam meggyógyulnia s ha ez nem történt meg, kutatnunk kell a hibaforrás után, a mint hogy csakis folytonos ellenőrzés

biztosítja az eredmény állandóságát. Olyanforma a helyzet, mint bármely úgynevezett veszélyes üzemnél, a hol időnként úgynevezett ellenőrzési vagy terhelési próbákat kell alkalmazni, vizsgálat alá kell vetni a tengelyeket, biztosító csavarokat, vezetékeket, szelepeket s így tovább. Nekünk is meg kell vizsgálnunk időnként a sterilisatort, a ruhanemű- s kötőszerekből belsejében elhelyezett ellenőrző hőmérőket, felül kell vizsgálnunk a varróanyagok sterilizését stb.

Mértékünk annyira finomodott, hogy eredményeink összemérésekor a jövőben már nem is a mortalitást, hanem majd a morbiditást vehetjük mérték gyanánt, a mint azt *Werth*, s a német nőorvosok drezdai congressusán *Tauffer*<sup>1</sup> ajánlotta volt.

Az *asepsis* biztosító beállításunk tényezői a következők: A sebbel érintkező műszereket főzéssel, a kötőszert pedig túlhevített gőzben, 2 atmosphaera túlnyomás mellett kellő időn át a bakteriologia legszigorúbb kriteriumai értelmében sterilissé tudjuk tenni, varróanyagaink közül a catgutöt a *Billmann-féle* jódos-formalinos oldatban megbízhatóan tudjuk csírámentessé tenni, a silket és selymet alkoholban, nyomás alatt felfőzve hasonlóképpen. Ha sublimattal frissen felmosott műtőteremben,<sup>2</sup> sterilis keztyűben, maszkban operálunk s így az úgynevezett nyálceppfertőzést is kizárjuk, a behatolás helyén pedig az előzőleg aetherrel zsírtalanított bőr bacteriumait jodtinctura-bekenyéssel lefexáltuk, akkor azt mondhatjuk, hogy *a sebés pillanatában a beállítás az asepsis szempontjából tökéletes*. Következő feladatunk, hogy ezt az állapotot a műtét végéig fentartsuk. Sajnos, ezt ideális értelemben nem tudjuk elérni. Sokan (*Döderlein*, *Schank* és *Scheib*,<sup>3</sup> *Sigwart*<sup>4</sup> stb.) foglalkoztak ezzel a kérdéssel s ma már bebizonyított tény, hogy minden műtési tér csakis a műtét legeslegkezdetén sterilis, azontúl szinte hihetetlen bacteriummennyiség jut be a sebbe, főként a levegőből, vagyis *absolut sterilisen egyáltalában nem tudunk operálni*. E felől a *Liepmann-féle*<sup>5</sup> úgynevezett „*Dreitupferprobe*“ val, a műtét elején, közepén és végén eszközölt bakteriologiai ellenőrző-próbával egyébiránt bárki meggyőződést szerezhet. Szerencsére a levegőből behullott csírák majd mind ártatlanok, egyéb bejutott csírákkal pedig, ha nem virulensek, elkészül a szervezet. A virulensek úgy szólván kizárólag közvetlen érintés útján jutnak a sebbe. Ezt az úgynevezett *contact-infectiót* pedig módunkban van elkerülni.

Vizsgáljuk most már sorra, hogy melyek azok a tényezők, a melyek *a műtét folyamán* hátrányosan változhatnak meg s alkalmasak arra is, hogy a fertőző csírákat beojtsák,

<sup>1</sup> Verhandl. d. deutschen Ges. f. Gyn. zu Dresden, 1907, 685. old.

<sup>2</sup> Legideálisabb az esőkészülék alkalmazása a műtét előtt.

<sup>3</sup> Münchener mediz. Wochenschr., 1907, 40.

<sup>4</sup> Berlini congr., 1912.

<sup>5</sup> Gyn. Rundschau, VI. évf., 21. füz.



illetve szerteszórják. A *kötőszer* nem eshetik kifogás alá, mert hiszen az elhasználtat eldobjuk s folytonosan frissel pótoljuk. Ugyanez illeti a *varróanyagokat* is. A *műszert* ellenben *szenyessé* műtétnél véleményem szerint nem elegendő csupán leöblítve tovább használni, hanem *azt műtét közben is újra meg újra sterilizálni kell*, amivel elkerüljük, hogy valamely becsúsztott szennyezést végighurcoljunk a műtét folyamán. Olyan műszer, a melylyel például egy pyosalpinx falát fogtuk meg, újabb sterilizálás nélkül nem használható tovább. Bélresectiót például csakis akként lehet sterilísen végrehajtani, ha ugyanazt a műszert minden újabb alkalmazás előtt újra meg újra sterilizáljuk, ha ugyanaz a tű csakis egyszer járja át a bél-falat, stb.

Mindenki előtt világos, hogy a műszer pusztá leöblítése, történt az légyen bármely desinfiáló oldatban, nem felelhet meg a bakteriologia követelményeinek, ha virulens csírák tapadtak hozzá, mert a chemiai fertőtlenítéshez hosszú idő kell. Ezeknek megsemmisítése felől abban a gyors egymásutánban, a melyben a műszerek újra meg újra használatba kerülnek, egyedül a hőhatás kezeskedhetik, a melylyel a csírákat, kivéve a legveszélyesebb bacteriumok spóráit (anthrax), átlag 5 perc alatt megsemmisíthetjük.

Ezt csakis úgynevezett *forgó instrumentariummal*<sup>6</sup> lehet elérni, a mit 11 év előtt (1909 május) akként valósítottam meg, hogy a műszerező asztalra sterilizátort építettem, mely a műtét egész idején át működésben van, pedállal nyitható, s a műszerkezelő minden műszert, a melyet a műtő a lepedővel bélelt drótháló kosárba hajított, onnan egy arravaló háromujjú műszeremelő fogóval kiemelt, a vértől hydrargyr. oxycyanat-oldatban<sup>7</sup> megöblít, a sterilizátorba tesz s onnan jut ez ismét a kiszolgáló asztalra. Ennek az eljárásnak abban is előnyét látom, hogy a műszert nem viszik ki, hanem az csak helyben forog, ugyanaz a személy kezeli s így nem is kallódhatik el. Ez nálam azóta állandóan használatban van.<sup>8</sup>

Másik hibaforrássá válhatik a *műtő és a segédek keze*. Nemi is szólva arról, hogy akkor, a mikor a műtét szennyessé részletével végeztünk, *keztyűt* kell váltani, a sterilis műtét menetében is *szükséges, hogy keztyűnket időnként leöblítsük*. Szennyessé műtét menetében öblítsük gyakran a kezünket! (A segédek is!) E célra legjobbnak találtam a hydrogen-superoxydban<sup>9</sup> való leöblítést, a mely a szennyet, vért kitűnően lemosza. Talán ennek köszönhetjük, hogy dacára annak, hogy a háború folytán nélkülözniünk kell a gummikeztyűt s csupán czéznából valót használunk, eredményeink nem lettek rosszabbak. A gummikeztyű nélküli időszakban azonban már kettős fontossággal bír, hogy septikus műtét, vizsgálat, avagy kezelés után *abstinentiát* gyakoroljunk úgy magunk, mint segédeink. Igaz, hogy nagyobb anyag feldolgozásakor, vagy sürgős operatív esetek torlódásakor ez néha nagyon nehezen vihető keresztül, ámde tartasuk szem előtt, hogy ez ma talán az egyetlen, de egyszersmind a legnagyobb hibaforrás. Az ilyen infectiók a passage folytán egyszersmind sokszorososan fokozott virulentiával is bírnak. Hogy az erre irányuló óvatossággal viszont mekkora hibaforrást tudunk kiiktatni, bizonyítja *Lawson-Tait* hirneves angol operáló nőorvos példája, a ki tudvalevőleg az anti-, illetőleg asepsisnek valósággal ellensége volt, mégis kiválóak voltak az eredményei s ezeket a jó technikán kívül saját bevallása szerint annak köszönhetette, hogy sem ő, sem segédei genybe, evbe lehetőleg nem nyultak s ha erre rákényszerültek, utána abstinentiát gyakoroltak. Az abstinentia jelentőségét egyébiránt hangsúlyozta *Krönig* is az említett drezdai congresszuson.

Ha mégis operálni kényszerülünk, a védelem céljára nagyon jónak tartom a *Manninger* ajánlotta magnosterint, mely impermeabilis antisepsis réteggel vonja be a kezét, a

melyet azonban állandó használatra azért nem vezettem be, mert folytonos használatát kezünk bőre nem tűrte.

Midőn tehát azt is elértük, hogy a sterilis állapotot, már a mennyiben az egyáltalán elérhető (t. i. virulens csírák bevitelét illetőleg), a műtét elejétől végéig fenn tudjuk tartani, kimondhatjuk, hogy a sterilitas szempontjából a legkényesebb igényeknek is megfeleltünk, s feltéve, hogy a műtét technika teljes birtokában vagyunk, a *további javulást nem is annyira a sterilis műtétek, mint inkább az ú. n. szenyessé műtétekkel való elbánás terén kell majd keresniünk*. Ma még leginkább ezek rontják statisztikánkat s leginkább ezeknél látjuk a complicatiók fejlődését is. Ilyenek a gynaekológiában a genyes adnexum-műtétek, a *Wertheim*-műtét, a fertőzött méhenkivüli terhesség, a kocsánycsavarodást szenvedett, vagy elgenyedt, elevesedett petefészektömlők, az elhalt myomák, sarkomák stb. Ezeknél fenyeget a peritonitis, a kötőszövet-gyulladás, a hasfali seb genyede, a thrombosis s esetleg a sepsis. Ha ezeknél is annyira fel tudnók javítani a műtét eredményét, hogy az egyenlő szintre emelkednék a tiszta műtétek gyógyulási százalékával, ez nagy haladást jelentene. Állíthatom, hogy nekünk ez a mortalitás szempontjából, legalább is az intraperitonealis gyógyulás tekintetében, jórészt sikerült. *Itt természetesen az antisepsist kell az asepsis érdekében segítségül vennünk!* És ezt nem lehet eléggé hangsúlyozni. *Szennyessé műtéteknél nem elég az asepsis, itt antisepsis kell!* *Tiszta műtétnél elegendő, ha arra vigyázunk, hogy ne inficiáljunk, szennyessé ellenben desinfiálnunk kell.* Pedig azt látjuk, hogy ezeket is ugyanolyan beállítással végzik, mint a tiszta műtéteket. Amióta mi szennyessé műtéteknél a hydrogen-superoxyd-nak a hasürbe való öntését, a mit 1911-ben ajánlottam s irtam le<sup>10</sup> és azóta is sok száz laparotomián próbáltam ki, rendszeresen használjuk, peritonitist alig, exsudatumot, sőt hasfali abscessust is vajmi keveset látunk s a mortalitás szempontjából csaknem elértük a tiszta műtétek színvonalát. Ezzel a kérdéssel e helyt nem kívánok részletesen foglalkozni. Ez bennfoglaltatik említett közleményemben. Itt a példa kedvéért csupán a *Wertheim*-műtéttel elért eredményre bátorodom rámutatni. Azelőtt a mortalitas 10·5% volt. Az utolsó 56 esetből ellenben csak 2-t veszítettünk = 3·6% összmortalitas. Ha tekintetbe vesszük, hogy a *Wertheim*-műtét átlagos mortalitása a világirodalomban még ma is 20% körül jár, úgy ezzel az eredménnyel nagyon meg lehetünk elégedve s ezt egyenesen annak köszönhetjük, hogy az asepsis érdekében az antisepsist állítottuk be.

Emellett nem szabad elhanyagolnunk egyéb védelmi eljárásokat sem, így lehetőleg ki kell iktatnunk az ú. n. tömeg-infectiót, vagyis fertőzőanyagot, így eves rákmasszáknak, nagy tömegben való bejutását is, mert hiszen minél nagyobb felületen fertőződött a hashártya, annál nehezebben bír vele a szervezet megküzdni. Nagyon fontos kiegészítő része tehát minden méhrákműtétnek a kellő előkészítés a műtét elején, vagyis collumráknál az alapos kikanalizálás és kiegészítés, utána hydrogen-superoxyddal való kimosás s a kráternek és a hüvelynek jodtincturával való bekenése, éppúgy a hüvelyi vagy kombinált vagino-abdominalis eljárásnál a hüvelycsőből szabott manchettával való borítás, a melyet a rák előtt összevarunk, corpusráknál pedig, a hol az excochleatio a perforatio veszélye miatt nem lehet olyan alapos, a H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-val való előzetes méhüri mosás, jodtinctura befecskendése a méhürbe és a méhszáj összevarrása. A tulajdonképpeni műtét előtt persze keztyűt váltunk, műtét közben pedig ügyelnünk kell arra, hogy a bezárt rák fel ne törjön.

A részben ugyancsak a sterilitást, másrészt a tiszta tájékozódást szolgáló technikai fogások közül kiemelendő, hogy minden gynaekologiai laparotomiánál, amelyek nagyobb-részt a kis medencében, vagy közvetlenül a felett játszódnak le, a tulajdonképpeni műtét előtt lehetőleg arra törek-

<sup>6</sup> Tudtommal *Hüttl* kezdeményezte.

<sup>7</sup> Lehet 5% carból vagy lysoform, lysochlor stb. is.

<sup>8</sup> Sajnos, a gázmizéria miatt most erről is le kellett mondanunk.

<sup>9</sup> Gummikeztyűt csak nagyon rövid időre szabad H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-be mártani, mert a gummi különben meglágyul s ragadós lesz. Ha ezzel dolgozunk, akkor jobb a sublimát, utána steril víz.

<sup>10</sup> *Kubinyi*: Mennyiben váltotta be a *Wertheim*-műtét a hozzáfűzött reményeket. Budapesti Orvosi Ujság, 1911, 14. sz. — Hydrogen-superoxyd-beöntés a hasürbe szennyessé laparotomiáknál. Orvosi Hetilap, 1917. Németül: Medizinische Klinik, 1916, 36. sz.



szünk, hogy meredek Trendelenburg-féle lejtősíkon kiemelve a beleket, azokat a rekesz felé tereljük s 3—4 nagy gáz-törlővel patkó alakban kitamponálva a nagy hasúr felé vezető úrt, a hasúrt mintegy két részre osztjuk s a műtétírt elkülönítjük a hasúr többi részétől s a beleket a műtét egész tartamára a rekesz kúpjába szorítva visszatartjuk, miáltal óvjuk a lehüléstől, kiméljük a mechanikai káros hatásoktól s elkerüljük, hogy a szennyezett területre nyomuljanak s így a hashártya nagy területen szennyeződjék. Fontos ez kivált rákműtéteknél s az adnexumok lobos betegségeinél, ahol gennyzsákok pukkadhatnak meg. Tanít erre egyébiránt az a tapasztalat is, melynél fogva azt látjuk, hogy a laparotomia veszélyessége általában véve egyenes arányban nő azzal, amint a kis medenczétől a rekesz felé közeledünk.

A hasúr emez elzárását a medenczétől legjobban egészen meredek lejtősíkon tudjuk megcsinálni. Ha ezt a czélt már elértük, a továbbiakban mérsékeljük a lejtő hajlását, hogy viszont elkerüljük utóbbinak ösmert hátrányait (káros hatás a szívre, agyvérbőség stb.), amelyek hosszabb tartam után jönnek létre. Mindehhez járul a műtét végén a czélszerű peritonizálás, a felsebzett kötőszöveti felületek hashártyával való fedése, továbbá vérszivárgás és szennyezés esetén a drainezés, a kétes tisztaságu vagy szakgatott, zúzott területek kiiktatása a hasúrból, amire tulajdonképpen a természet ujmutatását használjuk fel. A hashártya leghatalmasabb védekező berendezése ugyanis valamely fertőzéses támadással szemben a gyors felszívóképességen kívül, amelylyel ebből a nyirokszákból ugyszólván órák alatt nagymennyiségű folyadékot tud eltüntetni, éppen a hashártyafelületek gyors összetapadó képességében rejlik. A támadás helyét a természet is ugyszólván kiiktatni törekszik azáltal, hogy azt adhaesiókkal veszi körül s letokolja. Ennek az utánzásaképpen, az összetapadást elősegítendő, varratokkal kapcsolhatjuk össze a szomszédos felületeket. E czélra felhasználhatjuk az összes mobilizálható szerveket, a hólyagot, az S romanumot, appendices epiploicae-it, a vakbelet, a csepeszt, a méhet, a hasfalat, szóval a kis medencze feletti összes képleteket. Így például totalexstirpatio után néhány csomós catgutöltéssel összekapcsoljuk a drainezésre szolgáló hüvely felett a hólyagot a végbéllel, ügyelve természetesen arra, hogy a bél átjárhatósága megtörés, csavarás által ne szenvedjen. Szennyezés esetén, kivált ha parenchymásan vérző felületek, vagy bacteriumokat magukba záró izzadmánykérgék maradtak vissza, a kiiktatást még azonfelül drainezéssel kötjük össze. E szempontból a kis medenczében, tehát a nőgyógyászati laparotomiák leg-többjénél, előnyös helyzetben vagyunk, amennyiben a hashártyazsák legmélyebb pontján, a Douglas-tasakon át a hüvelycső mindenkor rendelkezésre áll a sebváladék levezetésére, és pedig úgy az intra-, mint a retroperitonealis ürök, sőt az intraligamentosus daganatok ágyának drainezésére is.

A Douglas-drainaget a következő módon végzem: Amikor ennek az ideje elérkezett (többnyire a műtét végén), a nélkül, hogy a beteg elhelyeztetésén változtatnánk, felfelé tartott nyéllal keskeny lapoczt vezetünk a hüvelybe<sup>10</sup> s megemljük az elülső hüvelyfalat. Ez megkönnyíti a görbe magfogó felvezetését a hüvelyboltozatba s egyszersmind biztosít a felől, hogy a magfogó nem téved a huygcsőbe. Ezután a műtő balkézével előretolja a magfogót a lapoczméntén, miközben a jobbal a Douglasba nyulva, kitapintja a magfogó csúcsát a hátulsó hüvelyboltozatban s azt ellennyomás mellett a magfogóval tompán átböki. A rést azután a magfogó kinyitásával tágítja. A tompa áthatolás vérzést nem okoz, külön körülöletésekre tehát nincs szükség. Végül a befogott gazepamatot áthúzza a hüvelyen, azután keztyűt váltva folytatja a műtétet. Világos, hogy ha a végbél rögzítve volt a hüvelyboltozathoz, akkor azt előbb le kellett tolni. A drainezésre többnyire gazet használok, amelyet legfeljebb 1—2 napig hagyok benn, sőt hőemelkedés esetén már az első 24 óra mulva eltávolítom. Ezt tehát ventil-

drainagenak nevezném, mely biztosítószalepként működik, levezeti a vért, a sebváladékot, a mely közvetlenül a műtét után felgyülemlett s a legjobb táptalaja a bacteriumoknak. A nyílás addig vezet, amíg van váladék, ha nincs, önként záródik, viszont kóros váladék-felhalmozódás esetén út van előkészítve az utólagos áttöréshez is. A hüvely mint természetes draincső működik, csak tisztán kell tartani, amit a műtét után naponta 1—2-szer Nélaton-katheteren át a hüvelybe fecskendezett 5—10 cm<sup>3</sup> hidrogensuperoxyd szolgál a legkönnyebben s az irrigator alkalmazásának veszélye nélkül. S ez ismét nagyon fontos! A hüvelylyel közlekedő sebet óvni kell a másodlagos fertőzés ellen, amit kis adag, de relative concentrált, amellett ártatlan desinfienssel érhetünk el legczélszerűbben. Gazedrain hosszabb időn át való bennhagyásának azért nincs értelme, mert az átvődött gazé dugásszá tömörül s nem vezet eléggé, a bacteriumok pedig mérhetetlenül elszaporodnak benne. Minden 24 órán túl a hüvelyben fekvő gaze bűzös s így secundaer infectio forrása lehet. Ugyanez áll a gummi- vagy más csővel való drainezésre is, mint azt Adams<sup>11</sup> kísérletei bizonyították, a ki azt találta, hogy minden draincső nyílásait 24 óra mulva már frissen képződött sarjszövet zár el. A hashártya-felületek is gyorsan összetapadnak a drain körül. Ezért az egész hashártyaúr drainezése mindenkor illusorius fog maradni, valaminthogy a hasúr magasabb szakaszának drainezése a távoli hüvelycső felé szintén hiábavaló. Ezeket a helyeket csakis a szomszédos hasseben át, vagy a hasfal legközelebbi területén keresztül lehet eredményesen drainezni s ez is csak a legközelebbi néhány 24 órára szól. Egyébiránt drainezéssel éppen a peritonealis ürben általában ritkán élek.

(Folytatása következik).

## Reflexiók Lorenz Hugó dr. „A nervus vestibularis élettani működése“ című tanulmányára.

Irta: Udvarhelyi Károly dr., fülorvos.

Mindenekelőtt megemlítenédnek tartom, hogy a vestibularis ideg élettani működését kísérletekkel demonstrálni nagyon nehéz dolog; a labyrinthusban, névszerint a pitvarhólyagokban és az ívjáratokban elrejtett idegvégződésnek működésük alatt láthatatlanok, sőt azt sem tudjuk biztosan, hogy a macula acustica és az ívjáratok idegvégződésai (a hajszálsejtek) fölött levő, a hullában kocsonyaszerű anyag, az élőben milyen halmazállapotú. Amellett a szerv maga oly kicsiny és oly nehezen hozzáférhető, hogy hibátlan és finomabb kísérleteket végezni rajta majdnem lehetetlen. Éppen ezért a labyrinthus működésének, illetve a benne keletkezett ingerületek keletkezésének a módjáról csupán feltevésekkel, hypothesisekkel dolgozhatunk. Ezen elméletek közül az áll a valósághoz legközelebb, a melynek segítségével a labyrinthusból származó minden tünetet megmagyarázhatunk.

Különösen sok vita volt a miatt, hogy az ívjáratok izgalmi milyen módon keletkeznek. Már Goltz azt mondja, hogy az ívjáratokban (melyekről azt tartja, hogy „Sie sind sozusagen Sinnesorgane für das Gleichgewicht“) a functio mechanismusát nyomás, és pedig a lymphá nyomása indítja meg, ezt percipiálja az agyvelő, hogy azután megfelelő mozgást indítson meg. Breuer szerint a labyrinthusban nyomásváltozásról szó sem lehet. Szerinte az endolympha a fejmozgások alkalmával tehetetlenségénél fogva áramlik, még pedig a fejmozgások irányával és intenzitásával arányosan. Az ampullák idegvégződései teljesen arra vannak hivatva, hogy az endolympha áramlása által jelzett fejmozgások perceptióját közvetítsék. Mach viszont az ívjáratok alakjának és nagyságának megfelelő csövecskéket készítve és azokat forgatva, sohasem látta a bennök lévő folyadékot mozogni, s ezért azt állítja, hogy az endolympha csupán az ampullák falára gyakorolt nyomás által izgat. S mivel ez a nyomás csak a mozgás gyorsulása vagy lassúbbodása alkalmával érvényesül,

<sup>10</sup> A hüvelyt minden laparotomia előtt hidrogensuperoxyddal desinfiáljuk s jodtincturával kenjük be.

<sup>11</sup> Lancet 1913. 6630.



ezért *Mach* az ívjáratokat csak „Organe der Beschleunigung-Wahrnehmung“-nak tekinti. *Ewald* szintén a folyadék áramlásával vélte az idegvégződés izalmát [előidézhetőnek; az általa szerkesztett „pneumatischer Hammer“-jével, nyomás és szívás által különböző irányú áramlásokat iparkodott előidézni. *Högyes* a vestibulumtetőn készített kis nyílásba vékony csövecskét illesztett s a szívása vagy fújása által törekedett különböző áramlatot előidézni az endolymphában.

A mint a fentiekből látható, sokáig nem volt eldöntve az ívjáratokban keletkezett ingerre nézve, hogy az tulajdonképpen (+ illetőleg —) nyomásnak, vagy az endolympha áramlásából előálló hajszálideg-vongálásnak az eredménye-e? Ekkor állott elő *Bárány* az ő calorikus eredményeivel, hogy tudniillik, ha meleg vizet fecskendezett a fülbe, akkor ugyanazon oldal felé vágó, ha pedig hideg vizet fecskendezett a fülbe, akkor az ellenkező oldal felé vágó rotatorius nystagmus keletkezett a szemeken. Itt már nehéz volt nyomásról beszélni, itt már kézzelfoghatóvá vált, hogy a hatást csakis az ívjárat hossz tengelyével párhuzamos irányú áramlás okozza. Egyszermind az is bebizonyosodott, hogy csakis az ilyen irányú áramlás hozza ingerületbe az ampullák hajszálidegeit, mert *calorice* nem is tudunk más ívjáratban izalmat kelteni, mint a frontális síkban levő hátulsó verticalis ívjáratban, míg a sokkal közelebb fekvő horizontalis ívjárat nyugalomban marad, dacára, hogy a hideg, illetve meleg hatásának sokkal jobban ki van téve, mint a hátulsó verticalis ívjárat, még pedig azért, mert a horizontalis ívjáratban a hőmérséki változásokor keletkező folyadékáramlás nem az ívjárat hossz tengelye, hanem csak a keresztmetszete irányában mozog, ez pedig az idegvégződésre hatástalan. Most már könnyű volt a forgás által keletkező tüneteket is az áramlás irányával megmagyarázni. *Bárány* szabályainak az alkalmazásával csakugyan azt az ívjáratpárt hoztuk izgalomba, a melyiket akartuk, a forgatás által.

Ezzel ezen ügy aktáját elintéztünk tekintettük, a menyiben ezen az alapon a vestibularisból származó minden tünetet jól meg is tudunk magyarázni. Meg tudtuk érteni a természet bölcs berendezését, mely az ampullákban és a pitvarokban lévő finom hajszálidegeit még kocsonyaszerű anyag hozzátapadásával, és otolithekkel teszi érzékenyebbé bizonyos irányú, úgyszólván molecularis mozgás megérzésére is.

Most *Lorenz* újra felveti a kérdést, s észlelései alapján azokhoz szegődik, a kik a nyomást tartják a vestibularis inger megindítójának. Legfigyelemreméltóbb argumentuma az, hogy akkor is van inger a statikus labyrinthusban és specialisan az ívjáratokban, a mikor azok és a test is nyugalomban vannak és így az egyik labyrinthus elpusztításakor a másik labyrinthusból származó inger jut túlsúlyra (ebből származnak a heves tünetek). Ezt a nyugalmi ingert tehát csakis a labyrinthus belsejében lévő belső nyomás okozhatja, mert hiszen ilyenkor folyadékáramlás nincsen.

Ez helyes és teljesen elfogadható érv. Tehát megmagyarázható vele az is, hogy nyomásfokozódáskor áramlás nélkül is fokozódik a labyrinthus ingere, például serosus labyrinthitis esetén. Természetesen a gyuladós labyrinthitisekben az ingert maga a gyuladás is okozhatja, a miként a retinitisekben is fénylátási tünetekkel találkozunk. Ez azonban nem zárja ki azt, hogy mozgáskor mégis csak az endolympha áramlása okozza a cupula eltolásával a reflexeket okozó fokozott ingert, főleg a forgás-mozgáskor.

*Lorenz* annak a bizonyítására, hogy a forgáskor is csak nyomás, még pedig a tehetetlenségből visszamaradó folyadék — általa remanentiás hatásnak nevezett — nyomása és a centrifugális nyomás okozza az ampullaris idegek izalmát, rajzokat közöl, melyek segítségével azt iparkodik kimutatni, hogy bizonyos fejhelyzetben, tudniillik a mikor a forgó tengely például a hátunk mögött van, akkor a rajz szerint a horizontalis ívjáratnak nem a hossz tengelye irányában hat a remanentiás nyomás, hanem az ampulla harántmetszete irányában, és így ez a nyomás nem elmozdulást, hanem csak nyomóhatást gyakorol egyik ívjáratban a cupulára, a másik oldalon pedig csak a sima falra, míg ezen az oldalon a cupu-

lát inkább negatív nyomás éri, tehát „itt a cupula hajszálai alig térnek ki a nyugalmi helyzetből, az endolympha-áramlás már sokkal kisebb s annak dacára azt tapasztaljuk, hogy csak kevéssel csökkennek e helyzetben való forgáskor a szédléstünetek és a reakciós zavarok.“

Ezen rajzokban azonban tévedés van. Egyenes fejtartáskor a horizontalis ívjárat ampullaris vége nem függőlegesen áll, mint a hogy itt fel van tüntetve, hanem vízszintesen a forgási körrel párhuzamosan, úgy, hogy úgy a forgás megindításakor, mint annak a megszakításakor csupán a remanentiás eltolódás halad be az ívjárat üregébe annak hossz tengelye irányában, míg a centrifugális eltolódás mindig csak az ampulla harántmetszete (a forgási kör radiusa) irányában történik. A míg a remanentiás eltolódás azon ívjáratban okoz legnagyobb eltolódást, a melynek a síkja a forgási tengelyvel a legnagyobb szöveget alkotja, addig a centrifugális eltolódás minden ívjárat ampulláját egyenlő mértékben illeti a forgási kör radiusa irányában. Egyenes fejtartásnál tehát a remanentiás folyadék a horizontalis ívjárat hossz tengelye felé irányul, a centrifugális eltolódás pedig a sagittális síkban haladó elülső függőleges ívjárat hossz tengelye és a többi ívjárat harántmetszete irányában éri. Ingert azonban csak a remanentiás eltolódás irányában látunk a szokásos forgósebesség mellett, mert ez a nagyobb inger. Hogy a „remanentiás“ nyomóhatás csak akkor okoz nystagmust, vagyis erős reakciót, ha az ampullák idegvégződéseiben az ívjárat hossz tengelyének az irányában létesít eltolódást, semmi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy az igen gyors egyenes irányú haladás hirtelen félbeszakítása alkalmával, a mikor nagyerejű „remanentiás“ lökés keletkezik, soha senki szédlést nem érzett vagy nystagmust nem kapott, pedig ez a remanentiás hatás az ampullák harántmetszete irányában a cupulára is gyakorol lökő hatást. Míg körforgáskor aránylag kisebb gyorsaság után is beáll a reactio.

Fejtegetései közben azon megjegyzést is teszi *Lorenz*, hogy felteszi, miszerint a sima ívjárat felől a cupula irányában haladó endolymphamozgást, mely tehát a hajszálidegeket a sacculus felé hajlítja, szerinte megfeszíti, a szemizmok tonusára positiv, tehát növelő hatással van, míg az ellenkező irányú endolympha-mozgás, mely szerinte a hajszálidegeket meglazítja, negatív, tehát csökkentő hatással van a szemizmokra. Nézetem szerint ez a feltevés nem helyes, mert a hajszálidegeknek úgy az egyik, mint a másik irányban való elhajlása positiv izgalom a tonusra nézve. Mert különben olyan esetben, melyben az egyik oldali labyrinthus el van pusztulva, nem tudnánk mindkét oldal felé nystagmust előállítani. Az egyoldali labyrinthus ugyanis, miként egy dolgozatomban kifejtettem,\* minden egyes szemizomra bir tonusz szabályozó hatással, csak hogy azon izmokra, a melyek a szemet a saját oldala felé húzzák, ez a hatás kétszer olyan nagy, mint az antagonistákéra, ezért bomlik meg az egyensúly akkor, ha az egyik labyrinthus hirtelen elpusztul és ezért tudja egy labyrinthus a kiegyenlítődésre begyakorolni magát. Hogy forgás közben miként lehet megállapítani azt, hogy a nystagmus állandó, azt nem értem. Eddig az álláspont az volt, hogy a forgás alatti nystagmus észlelésünk számára hozzáférhetetlen.

### Megjegyzések *Lorenz* dr. „A nervus vestibularis élettani működése“ című cikkéhez.

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

A labyrinthus élettanának számos tétele szorul revisióra s azért minden részletkérdéssel alaposan kell foglalkoznunk. A midőn szót kérek *Lorenz* dr. cikkéhez, az a cél vezet, hogy más oldalról is megvilágítva a dolgokat, néhány félreértést tisztázzak. Hogy rövid legyek, a cikk összefoglaló következtetéseihez fűzöm megjegyzéseimet.

Ad 1. a) és b) „Egyensúlyunk megtartására“ nem „ér-

\* *Udvarhelyi* dr.: Az ép és beteg labyrinthus functiovizsgálatának mai állása. O. H. LIII. évf. 19—21. száma.



zések szolgálnak", hanem izom- és szalagrendszerünk symmetriás beidegzésének eredménye az egyensúly. A „nyugalmi érzést” úgy foghatjuk fel, mint öntudatos észrevételét annak a nyugalmi tonusnak, a mely az egész testünket egyensúlyban tartja a nyugalmi állapotban. Högyes vizsgálatai nyomán tudjuk, hogy ennek a nyugalmi tonusnak egy része a labyrinthusokból indul ki. Más kérdés, hogy a labyrinthus melyik részéből? Kutatásaim alapján a maculákat tartom a nyugalmi tonus kiinduló pontjának, melyeknek ingere a nehézkedési erő.<sup>1</sup>

A „mozgásérzés” alatt (talán inkább „passív mozgásérzést” vagy „mozdulás-érzést” mondanék) azon változásoknak öntudatos észrevetését értem, a melyek mozgáskor a labyrinthusban létrejönnek.

Ad 2. Érthetetlennek tartja Lorenz dr., hogy az egyenes irányú progressiv mozgást azonos ingerrel percipiáljuk, mint a forgó mozgást; argumentuma erre a nystagmus és félremutatás, a mit csak forgó mozgás után észlelünk. Tegyük azonban különbséget a mindennapos physiologiai ingerek és a mesterséges forgatás, ingere között, mert nem csak quantitativ, de qualitativ különbséget is találunk. Az egyenes irányú progressiv mozgás ingerét hasonlítsuk össze a fej élettani forgás-mozgásaival, az egyszerű oldalt vagy lefelé fordítással és akkor látjuk, hogy egyik esetben sem jelentkezik nystagmus vagy félremutatás. A nystagmus egyáltalán nem élettani folyamat, hanem mindenkor túlerős és túl hosszú ideig tartó ingerek eredménye. Progressiv mozgáskor egy pillanatig tart az inger, az irányváltozás; forgatáskor folytonos irányváltozás van s a szereplő erők eredője állandó ingert jelent, a mit a végkészülék mindaddig percipiál, a míg ki nem fárad. A forgatás után hirtelen megállva, az erős és hosszas inger okozta elváltozások csak lassan állanak helyre és ezen idő alatt jelentkezik az utónystagmus és félremutatás.

Ad 3. Nem tudok különbséget találni „a cupula hajszálainak vongálása” és az „endolympha nyomó hatása” között. Hosszú, vékony szál nyomás alatt mindig elhajlik! Ha csak mint physikus beszélek a félkörös ívjáratok mozgási elváltozásairól, akkor az endolympha nyomó hatásáról szólhatok. Ha azonban szövettani alapon keresem az élettani elváltozást, akkor a cupula szörpamatjának vongálásáról kell beszélnem. A n. VIII. mindegyik végkészüléke szörös felfogó sejteket mutat. A Corti-szerv éppen úgy, mint a maculák és a cupula. Lenhossék tanár kimutatta, hogy ezen idegsejtek nem látszanak alkalmasnak a kis nyomásdifferentiák (hullámmozgások) direkt felvételére, hanem másodkézből kapják az ingereket a szörök által. Mint megannyi kis egyenlőtlenkarú emeltyük működnek e szörös szálak. Az eddigi felfogással szemben nem látok semmi ellentmondást. Három argumentuma van a szerzőnek a hajszálak vongálása ellen. A b) alatti elesik, ha a nyugalmi tonust a maculákból kiindulónak vesszük fel. A c) alattival nem foglalkozom, mert a pathologiai kiesési és izgalmi tünetek labyrinthusát nem tartom alkalmasnak élettani magyarázásra és így csak az a) alattira kel kitérnem: „olyankor is van labyrinthusinger, a mikor a hajszálak elmozdítása ellentétes irányú”. Lorenz dr. felveszi, hogy „ilyenkor az eredménynek zérusnak kellene lennie”. A kérdés lényege azonban az, hogy ez a két ellentétes irányú mozgás egyenlő erősségű-e? A feleletem: nem. Nézzük csak meg a centrifugális erő képletét:  $C = \frac{4 \pi^2 n^2 r m}{3600}$ , a hol  $n$  a

percenkénti forgás számát,  $r$  pedig a forgó tömeg súlypontjának távolságát jelenti a forgási tengelytől. Lorenz dr. c) esetében azt írja, hogy a két labyrinthus közül az egyik kisebb, a másik nagyobb távolságban van a forgási középponttól. Akkor pedig az  $r$  nem egyenlő, az eredmények sem lesznek egyenlők, egymást meg nem semmisíthetik, hanem differentiájuk lesz a ható erő.

<sup>1</sup> V. ö. „About the Origin of the quick Phasis of the Vestibular Nystagmus.” By Dr. A. Rejtő. The Journal of Laryngology, 1920 és „A nystagmus gyors phasisáról” írott, a Magyar Orv. Archivumnak 1919-ben beküldött és elfogadott cikkemet.

Még csak azt szeretném hangsúlyozni, hogy Mach és Breuer magasabb matematikai alapon kidolgozott örökbecsű dolgozata megérdemelne, hogy a szerző szóról-szóra idézze belőle azt a részt, a melyet diffikultál. Idegen kutató cikkében hiánynak, magyar orvos dolgozatában azonban hibának tartom, hogy a külföldi írók munkái mellett egyáltalán nem említi meg Högyes tanár idevonatkozó úttörő dolgozatait. Popp kísérletei mellett nem említi meg Ewald klasszikus „pneumatikus kalapács” kísérleteit, és Ewald mindenfelé idézett tételét az ampullofugalis és ampullopetalis endolympha-elmozdulás erősségéről Mach és Breuer nevével hozza kapcsolatba.

## Válasz Udvarhelyi Károly és Rejtő Sándor dr.-ok megjegyzéseire „A nervus vestibularis élettani működése” című cikkemre.

Írta: Lorenz Hugó dr., kórházi főorvos.

Elsőben Udvarhelyi dr. észrevételeire akarok reflektálni. Megállapítja, hogy a labyrinthus-tünetek értelmezésére olyan magyarázatot kell elfogadni, melylyel e tünetek valamennyien megmagyarázhatók. Mivel pedig a calorikus ingerre bekövetkező reakciós mozgások szerinte csak a cupula hajszálemozdulásával magyarázhatók, „a hatást csakis az ívjárat hossz tengelyével párhuzamos áramlás okozza”. Ezzel szemben meg kell jegyezni, hogy az áramlás által felidézett fokozott, illetve csökkent nyomással a calorikus reakciók épp oly könnyen megmagyarázhatók, mint a hajszálak feszülésének felvételével, másrészt, mint ezt Udvarhelyi maga is bevallja, például a serosus labyrinthitis esetén beálló tüneteknél nem beszélhetünk áramlásról, itt ő is kénytelen nyomásfokozódást felvenni. Ez utóbbi felvétel tehát mindenesetre jobban felel meg követelményének, tudniillik egységesebb magyarázatát adja a tüneteknek. Felfogásom mellett szól különben az eredeti cikkben említett egyéb okokon kívül az összehasonlító állattan is. Azt találjuk ugyanis, hogy alsóbbrendű állatokban az egyensúlyi szerv szerkezete csakis nyomásingerek felvételére alkalmas, dacára annak, hogy a vízben élő állatoknak finom tájékozódó érzékre nagy szükségük volna. A medusáknak hallógödröcskéik, a molluscumoknak hólyagocskáik vannak, melyek fenekét szörös hámsejtek borítják, a melyeken úgynevezett hallókövecskék üsznek.

Második észrevételében kifogásolja, hogy a horizontális ívjáratot függőleges helyzetben ábrázoltam és kifejti, hogy ezen ívjárat egyenes fejtartásnál vízszintes helyzetet foglal el. Erre csak azt jegyzem meg, hogy ezt én is tudom és az ábra az ívjáratnak horizontális helyzetét is ábrázolja, nem is értem, hogy tételezte fel Udvarhelyi ennek ellenkezőjét. Nem írhatom azonban alá Udvarhelyi azon állítását, hogy a progressiv mozgás hirtelen megszakítása azért nem váltana ki nystagmust, mert a remanentiás nyomás csak akkor von maga után nystagmust, ha hatása az ívjáratok hossz tengelyében érvényesül. A helyzet sokkal bonyolultabb. Véleményem szerint minden elmozdulás, míg bizonyos physiologiai határt nem lép túl, egyszerűen csak a test czélszerű elhelyeződését biztosító izomtonust fokozza, illetőleg csökkenti. Minden elmozduláskor tehát az elmozdulás irányával ellentétes félremutatást kellene észlelnünk, ha erre elegendő finom vizsgálati módszer állana rendelkezésünkre. Mai durva eljárásunk azonban nem alkalmas erre, ez csak a hosszabb ideig fennálló ismétlődő ingert (körmozgás) követő reakciót mutatja ki. Nystagmus és subjectiv úgynevezett szédülés-tünetek ezzel szemben physiologiai viszonyok közt egyáltalában nem fordulnak elő, minhogya ezeket a szervezetenek a túlsóká tartó vagy túlerős ingerekkel szemben beálló alkalmazkodási hiányának kell tekintenünk. Érthető tehát, hogy egyenes vonalú progressiv mozgáskor sohasem áll be nystagmus, mert hiányzik ilyenkor a cupulának a centrifugális hatás által feltételezett folytonos izgatása. A szédülés, mely szintén decompensációs tünet, kivételesen előfordulhat progressiv mozgásnál is. Ha ugyanis elég erős a labyrinthust érő inger és nem a physiologiai viszonyok közt leginkább működésben lévő



horizontalis ívjáratot éri az inger, melyhez a központ legjobban adaptálódott, akkor progressiv mozgáskor is beállhat a szédülés. Liften például, a hol a verticalis ívjárat síkjában történik az elmozdulás, érzékeny emberek a lift hirtelen megindításakor vagy megállításakor a tengeribetegség enyhébb alakjára emlékeztető szédülést érznek. Végül *Udvarhelyi* ama megjegyzésére, hogy a nystagmus észlelése forgatás közben nem lehetséges, meg kell állapítanom, hogy ez igen könnyen keresztülvihető. Ha a vizsgált egyénnek csukott szemhéjaira ráhelyezzük ujjunkat, a szemgolyó rythmusos mozgása jól érezhető, természetesen ez esetben a vizsgálonak a vizsgálttal együtt kell forognia.

*Rejtő* észrevételeire, minthogy ő azokat eredeti cikkem összefoglaló pontjai szerint csoportosítja, szintén ezen sorrendben válaszolok. Ad 1. a) és b)-hez fűzött megjegyzésében kifogásolja, hogy a test egyensúlyának megtartását „érzésekre” vezetem vissza és kifejti, hogy ez a functio „izom-és szalagrendszerünk symmetriás beidegzésének eredménye”. Ez kétségtelen, csak hogy e beidegzés létrejöttéhez a központnak szüksége van folytonosan megújuló impulsusokra, melyek, mint azt már régen megállapították, három forrásból erednek: a látásból, a test helyérzékéből (bőr-, izom-, csontsb. érzék) és a labyrinthusból. E közismert dologra egyebek közt a Budapesti Orvosi Ujságban legutóbb megjelent, a szédülésről szóló cikkemben is rámutattam, úgy hogy most, midőn ezen érzések közül csak a labyrinthus által feltételezettekkel foglalkoztam és ezek létrejöttét igyekeztem megmagyarázni, a felemlítésüket feleslegesnek tartottam.

A következő megjegyzések azon alapulnak, hogy *Rejtő* cikkemet, úgylátszik, nem olvasta el elég figyelmesen. Ad 2-höz fűzött megjegyzésében azt olvassa ki cikkemből, hogy szerintem érthetetlen, hogyan percipiáljuk azonos ingerrel az egyenes irányú progressiv mozgást és a forgó mozgást. Ezzel szemben az összefoglalás 1. a) és b) pontjában szószerint kijelentem, hogy „egyensúlyunk megtartására csupán kétféle érzés szolgál: a) a nyugalmi érzés, melyet a pitvarhólyagok közvetítenek és b) a mozgásérzés, melyet az ívjáratok percipiálnak”. Ezen utóbbiban tehát úgy a progressiv, mint a forgásérzés befoglaltatik. A 3. pont conclusiói ellen felhozza, hogy nyomásról itt csak physikai értelemben beszélhetünk, míg szövegtanilag a szörszálak vongálása játszik szerepet. Ez ellen nem is emelek kifogást, de nem is kívántam a szövettani viszonyokkal foglalkozni, hanem megállapítottam, hogy az ingerkiváltó momentum nem az endolympháramlás, mely a szörszálak szabályos oldalhajlását okozná, hanem az azokra ható nyomáskülönbség. Hogy miféle változást, elhajlást, torziót vagy szögelhajlást szenvednek így a szörszálak, erre nem tértem ki. A 3. pont ellen tett második megjegyzése arra mutat, hogy az abban foglaltakat egyáltalában nem értette meg. Abból indul ki ugyanis, hogy a második ábra C)-helyzetében, a két ellentétes nyomás, mely véleményem szerint egymás hatását lerontja, nem egyforma erejű, mert az általa idézett centrifugális erő képletében a két  $r$  (radius) nem egyértékű. Csak hogy, mint ez cikkemből kiténik, nem az endolympha centrifugális erejének hatása rontja le egymást, hanem a remanentiás hatásuk. Szószerint ezt mondom: „Más lesz a helyzet C)-elhelyezőés mellett. Itt a remanentiányomás lerontaná egymás hatását, mert ellentétes irányú, de a centrifugális erő az egyik ívjáratban nagyobb nyomást hoz létre a cupula irányában, a másikban ellenkezőleg csökkentti azt, a mi végeredményben egymás hatását növeli”.

Ezek volnának *Rejtő* tárgyi kifogásai. A mi egyéb leczkértető megjegyzéseit illeti, hogy kit kellett volna idéznem és kit nem, ezekre nem kívánok reflektálni. Cikkemben nem akartam irodalmat ismertetni a mai papírinségben, hanem a labyrinthus-tüneteknek egységes, érthető magyarázatot adni és az irodalomra csak akkor hivatkoztam, a mikor erre mulhatatlanul szükség volt.

Végül élek az alkalommal, hogy még egyszer figyelmeztessem eredeti cikkem olvasóit az azokhoz csatolt ábrákban foglalt tévedésre, melyet az O. H. múlt számában már rectifikáltam és mely, úgylátszik, elkerülte a bírálók figyelmét.

A hiba abban állott, hogy a C)-helyzetben a szörszálak nem állanak a két oldalon ellentétes helyzetben, hanem mindkét oldalon hátrafelé (a rajzon felfelé).

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Szemészet.

**A trachoma Palaestinában.** *Telavivi* adatait és tapasztalatait a British Ophthalmic Hospital és a Jewish Health Bureau trachoma-osztályán szerezte. Először általánosan szól a palaestini kötőhártya-gyulladásokról és megállapítja, hogy a kötőhártya-gyulladások száma, azok súlyos volta, a szövödmények jelentkezése főként a hőmérsékleti viszonyoktól függ. A legtöbb megbetegedés augusztus hóban, tehát az évi maximalis hőmérsék idején fordul elő, míg a szövödményeket főként november havában észlelik. A kötőhártya-gyulladások 57,4%-át a Koch-Weeks-bacillus okozza, a súlyos szövödmények közel azonos százaléka pedig gonococcus-fertőzés folytán jelentkezik. A trachomára vonatkozó statisztikájából megállapítható, hogy a trachoma legelterjedtebb az arabok között, azután a zsidók, végül a letelepedett németek között. A zsidók közül a benszülöttek fertőzöttebbek, mint a bevándorlottak. Falun gyakoribb a baj, mint városban, a minnek részint az az oka, hogy a városi lakosság értelmesebb, részint pedig az, hogy könnyebben jut orvoshoz. A fertőzés leggyakrabban a gyermekkorban történik, azaz a legtöbb trachomás már gyermekkorában fertőződik, úgy hogy Palaestinában a trachoma valósággal gyermekbetegség, legtöbbször chronikus lefolyású, súlyos, alig befolyásolható szövödményekkel, melyek a betegség minden szakában és a beteg korától egészen függetlenül fordulnak elő. A szövödmények közül leggyakoribbak a súlyos természetű pannus, a középponti szaruhártya-fekély, a leukoma corneae és a phthisis bulbi. A betegek orvoslása sok akadályba ütközik, mert a benszülötteknek az orvosokkal szemben táplált előítélete nagyon megrögzött. A szerző végül bizonyos irányelveket jelöl meg, melyeket a palaestini trachoma leküzdésében megvalósítandónak javasol. Ilyenek: az orvosok specialis kiképzése, trachoma elleni küzdelem minden vonalon, főleg az iskolában és a nép között, központi trachoma-kórház felállítása, a nép felvilágosítása és természetesen az általános közegészségügyi állapotok javítása. (Arch. für Augenheilkunde, 1919, LXXXV. kötet, 1—2. füzet.)

R. Gy.

**Az öregkori hályog öröklékenységről és viszonyáról az exogen megbetegedésekhez és a seniumhoz** ír *A. Vogt* tanár (Basel). Az összes növényi és állati szervezeteknek ismeretes tulajdonsága, hogy az egyén élettartamát minden egyes fajnál az öröklékenység szabja meg. Az élet végével karöltve járnak a senium tünetei. Ezek, hogy az állatvilágból közismert példákra történjék utalás, a házikutyán hamarabb jelentkeznek, mint a lovon, a szarvasmarhán előbb, mint a vastagbőrűeken, a primátokon és sok majomfaján előbb, mint az emberen. A seniumnak különböző időben beköszöntése az illető fajok élettartamának felel meg. Nem lehet tehát kétség aziránt, hogy a senium beköszöntése és vele együtt azután a természetes halálé, a fajra nézve jellemző és az átöröklés által megszabott. A mi az embert illeti, általánosan ismeretes, hogy egyes családokra a korai halál, a gyorsan jelentkező senium típusos és hogy ez nemzedékről-nemzedékre mindig megismétlődik; de éppen annyira közismertes ennek az ellenkezője is, azaz a hosszú életű egyének és fajok. De nem csupán az egész szervezet seniuma, hanem egyes szerveknek, sőt szervrészeknek hasonló viselkedése és az öröklékenységhöz kötött volta is kétségtelen. Mindenki ismeri pl. a haj korai megöszülését, mert ez a jelenség igen szembeötlő és mindenki tudja, hogy ez a korai megöszülés



öröklött. A szemet illetőleg a laikus is tud a korán jelentkező arcus senilistről és a lencse korai elhomályosodásáról, a szürkehályogról. A tisztán senilis tüneteknek a külső ártalmak által okozottaktól különválasztása még nem eléggé határozott, sőt ezt a két fogalmat sűrűn összetévesztik, pedig pontos elválasztásuk elvi jelentőségű. Az orvostudományra nézve ezt az a megfontolás is igazolja, hogy az exogen-ártalmak okozta változásoknak elejét vehetjük és ezek orvoslására megvan a lehetőség, de nincs meg ennek a lehetősége a tisztán öregkori folyamatokkal szemben. Ezek vitális jelenségek, melyek a csira sajátosságában találják magyarázatukat. Hasonló összetévesztéstől már az a körülmény is megóvhat, hogy a senilis-változások öröklődhetnek. Hiába kísérlelnék meg terapiás eljárásokkal megakadályozni az öröklött módon jelentkező öszülést, az öröklődhető kopaszságot, az öröklött szürkehályogot, a körmök, fogak és nyálkahártyák senilis változását stb. Külső ártalmak hasonló tüneteket és változásokat okozhatnak és a senium módjára halálra is vezethetnek, de mindez nem jogosít fel arra, hogy ezt a két, elméletileg teljesen különböző okot, a vitalis és az exogen-okot egymással összezavarjuk. Emberen a senilis változások tanulmányozásának különösen az a nehézség állja útját, hogy egy megfigyelő ritkán tekinthet át egy nemzedéknél többet. Ha legfontosabb érzékszervünket, a látószervet tekintjük, annak egyetlen egy szervrészét (szövetét) sem kéméli meg a senium: a szemhéjak, a szemgödör, a szemizmok, a kötőhártya, a szaruhártya, a sklera, az elülső csarnok, a szivárványhártya, a sugártest, az érhártya, az üvegtest, az ideghártya és a látóideg mind egyaránt alávetettek az aggkori változásoknak. A lencse sem kivétel ez alul, a mi különösen a lencsemag és a lencsekéreg differenciálásában jut kifejezésre; hol inkább a mag-é, hol inkább a kéreg-é és az epithel-é. A szerzőnek munkatársaival végzett statisztikai vizsgálataiból kiderül, hogy a senilis lencsehomály, az öregkori hályog (cataracta senilis) oly változás, mely úgyszólván mindenkit elér bizonyos életkorban. Rendszeresen maximálisan kitágított pupillánál több mint 400, a 60. életéven túl levő egyént vizsgált meg és ezeknek több mint 90%-ában többé-kevésbé kifejezett lencsehomályt állapított meg. A vizsgáltak száma azóta újból több 100-zal gyarapodott s a vizsgálat eredménye mindig ugyanaz volt. Így bebizonyítottuk tartja Greeff nézetét, hogy az öregkori hályogot mindenki megkapja, ha elég nagy kort ér meg. Egészen sajátos jelenség volna az, hogy éppen a lencsét, ezt a finom epithel-alkotást, ellentétben a többi szervvel nem kezdené ki az öregség, hanem az örökké fiatal maradna. Pedig a lencsehomály, a szürkehályog keletkezésére vonatkozólag a legbonyolultabb feltevésekkel és elméletekkel találkozunk. Schön az alkalmazkodást okolja, Magnus a lencse táplálkozás-zavaraiban keresi a homály okát, mások a napfény behatásában vélték a homály magyarázatát megtalálni, még pedig az ibolyántúli sugarakban, de teljesen figyelmen kívül hagyják azt a körülményt, hogy a homály majdnem mindig a szivárványhártya mögött kezdődik, a hol tehát a lencse a fénysugarak behatásától védett, valamint nem veszik figyelembe azt, hogy a szürkehályog hegyes vidékeken semmivel sem gyakoribb, mint a lapályon, jóllehet amott az ibolyántúli sugarak kisugárzása a nagyobb tengerfeletti magasságnak megfelelően jelentékenyebb. Egy nagyobb általánosságban mozgó ártalom-elmélet Hess-től származik. Egyes szerzők az öregkori szürke hályogot más, még nem ismert szervek öregkori elfajulására vezetik vissza, mely szervek működés-változása, működés-hiányossága vagy hiánya következményének tartják az öregkori hályogot. Hogy ezek a kutatók elsődleges senilis változás helyett miért tételeznek fel másodlagos senilis változásokat, azt nem okadatolják. Míg annak a felfogásnak, hogy a senilis hályog kifejlődését tisztán senilis, vitális változásnak tekintjük, mi sem állja útját, a lencse öregkori változásával, éppen úgy, mint minden epithelialis képlet változásával, feltétlenül számolni kell; a fenti elmélet mellett pedig egyetlen egy megfigyelés sem szól. Hogy a veleszületett öröklékeny szürke hályogot szigorúan el kell választani a méhenbelüli, nem öröklékeny, külső ártal-

mak folytán keletkezett hályogtól, így a Röntgen-besugárzás, az anyaállatnak naphtalinnal etetése stb. folytán keletkezettől, azt Szily kísérleti és anatómiai vizsgálatai mutatják. A cataracta senilis és praesenilis, éppen úgy, mint más senilis és praesenilis tünet, az öröklékenységtörvényének alávetett. Az irodalomban ismételtelen számoltak be öröklött öregkori hályogról, de az orvostudományban sűrűn ismétlődő megfigyelés, hogy kórképek magyarázásakor éppen a biológiai alapról térnek le szívesen és helyébe physikai, chemiai, vagy más alapú okoskodások és speculációk kerülnek. Nem kell másra gondolni, mint a közellátóság keletkezését magyarázni kívánó éppen annyira változatos, mint phantastikus elméletekre, melyek mindenre inkább vannak tekintettel, mint a kétségtelenül kimutatható öröklékenységre emberben és állatban egyaránt.

Megbízható adatokat az öregkori hályog öröklékenységéről különösen a praesenilis hályog tanulmányozása szolgáltatott. Több mint 600 egészséges fiatal felnőttet, rendszeres látásélességgel, vizsgált meg a szerző és azt az eddig ismeretlen tényt állapította meg, hogy azoknak 20%-ában a lencse mag-aequator körül koszorúszerűen elhelyezett kéreg-hályog: „koronáshályog“ van, mely mindig kétoldalilag jelentkezik. Ez a hályog évtizedeken át a szivárványhártya mögött rejtőzik és az egyén látását semmiképpen sem zavarja. A homály még az öregkorban is sokszor meglehetősen állandó marad. 800 gyermekszemen végzett vizsgálat kimutatta, hogy ez a koszorúszerű homály a gyermekkorban nem fordul elő, hanem csak a pubertás időszakában, vagy valamivel később kezdődik. De kiderült az is, hogy ez a koszorúszerű lencsehomály nagymértékben öröklékeny. A hol a szülők egyikén fennáll, nagy valószínűséggel a gyermekein is látható. Ha egy ilyen cataractának testvéreit vizsgáljuk meg, jóformán mindig megjelöljük ezeken is. A koszorúhályogon kívül a lencse rendszeres megvizsgálása a réslámpával és a binocularis nagyítóval még egy egész sorát a typosus hályog-alakoknak derítette ki, melyekről a szerző 1200 beteg és egészséges szem vizsgálata alapján számolhat be. A legfontosabb typosus a pontszerű homály, mely majdnem állandó kísérője a koronás hályognak; a pontok rendetlenül szegletes alakúak, néha rövid sorokban elhelyezettek. A réslámpa fénynyalábjában fehér színben jelentkeznek és a kéregnek főleg mély részeit foglalják el az aequator táján. Fontos a vízrésekkel a rostok között jelentkező hályog-alak, mely myelin-cseppecsek meggyűlése közben homályos küllők kifejlődésére vezet. Gyakorlatilag igen fontos a maghomály, az embryonalis magnak megbetegedése. Végül előfordul egy diffus homályosodás is, mely a magaequatort homályos öy alakjában porszerűen fogja körül, mélyen a kéregbe hatol és sokszor koncentrikus rétegezettséget mutat. Valamennyi hályog-alak közös sajátossága, hogy rendszerint ugyan csak későbbben, tokalatti homályokkal párosul. A homálynak a lencsetok alatt kezdődése nem csupán az öregkori hályogot jellemzi, hanem az exogen károsodás okozta (a tágabb értelemben vett) komplikált hályogot is. (Zeitschrift f. Augenheilk., 1918, XL. kötet, 3. füzet.)

H. K.

### Sebészet.

**A biceps inas részének indirect erő behatása folytán történő elszakadása** Schülein szerint nem tartozik a legkritikább esetek közé. Ilyen szakadások az izmon mindig valamely nehezebb tárgynak felemelésekor keletkeznek. Az irodalomban azonban aránylag nagyon kevés olyan esetet találunk, melyben a biceps izmos részén indirect trauma behatására ruptura jött létre az izmot fedő bőr épsége mellett. Ilyen esetet észlelt a szerző egy 18 éves férfin, kinek jobb karjára munka közben nehezebb tárgy esett. A baleset után erősen megdagadt karját nem tudta mozgatni. Feltűnő volt, hogy a kar petyhüdtlen lóg. Az ízületek és csontok épnek bizonyultak, hasonlóképpen a felkar bőre is. Az izomzatnak sérülése nem volt kimutatható. A sérülést zúzódásnak diagnoskálva, a beteget néhány nap mulva hazaküld-



ték. 8 hónap multával a beteg azzal a panaszszal jelentkezett, hogy jobb karja feltűnően erőtlén s csak könnyebb munkát tud végezni vele. Megvizsgálva kitűnik, hogy általános erőbeli állapota kifogástalan, izmai jól fejlettek. Bal bicepse igen erős. Jobb karjának behajlításakor a biceps izmos részének közepén harántul futó, az izom egész vastagságára kiterjedő fűzési barázdát tapinthatunk kemény köteg alakjában, mely az izmot rekeszszerűen két részre osztja.

A szerző szerint ez a fűzési barázdá megfelel a rupturált izomvégek heges összegyógyulásának és úgy jött létre, hogy a zúzó erő összehúzódott pillanatában érte az izomzatot s egyúttal megvéde a töréstől a felkarcsontot.

Az ilyen esetek kezelésére vonatkozólag a szerzőnek az az álláspontja, hogy teljes resitutio csak akkor jön létre, ha az elszakadt izomvégek összegyógyulása után keletkezett heget mielőbb kimetszszük s az izomvégeket egyesítjük. A kimetszést úgy kell végezni, hogy az izomvégeken keskeny hegréteg maradjon, nehogy az összevarrásukkor a varratok kiszakadjanak. (Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 47. sz.)

Fodor Jenő dr.

**A cystoskopozás elsajátítására Pflaumer szerint a phantom nem alkalmas.** Betegeken sem szabad gyakorolni, mert a cystoskopozás túlnagy beavatkozás. Ezért a kutyát ajánlja. Foxik a legalkalmasabbak. Hímek narcosisban, nőstények narcosis nélkül is cystoskopozhatók. Az urethrárt előbb tágitani kell. Nőstényen a vagina hátulso falát a gáttal együtt felhasítja, míg az urethrayílás jól látható lesz, azután a bőrt a vagina nyálkahártyájával összevarrja. A szerző szerint minden sebészeti és nőgyógyászati klinikán kellene lennie ilyen célra előkészített kutyának. (Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 25. sz.)

Pechány dr.

**A térdlővések vuzinkezelésére** vonatkozó tapasztalatairól számol be Goedel 11 eset kapcsán. A kezelés technikája ez: Aethernarcosisban a be- és kilövési nyílást jól kimetszi, a belövési nyílást meghosszabbítja oldalmetszéssel, úgy hogy az ízület jól revidálható legyen. A csont- és porc-törmelékét kitisztítva, 1:10.000 vuzin-oldattal öblíti ki. Azután pontosan elvarrja a tokszalogot és a szalagokat. A bőrt nyitva hagyja, nem drainezi. Az ízületnek 1:10.000—1:5000 vuzin-oldattal megtöltése után végül félig behajlítva, sínre fekteti a térdet.

Az eredmények igen jók. Az első egy-két napon hőmérsék-emelkedések 38°, ritkán 39°-ig, később lázmentesség. A gyógyulás körülbelül egy hónap alatt, néhány esetben gyorsabban is bekövetkezett. A mozgathatóság az ízületben általában jó volt. (Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 26. sz.)

Pechány dr.

### Venereás betegségek.

**Ulcus molle frenuli linguae** esetét közli St. R. Brünauer (Wien). Az ulcus molle extragenitalis localisatiójával sokkal ritkábban találkozunk, mint az extragenitalis syphilitis primaer affectióval. A legtöbb statisztikában az extragenitalis syphilitis primaer affectiók arányszáma 4—15% között mozog, mely számarány a balkáni államokban 50%-ig (Finger), sőt Oroszország némely vidékén egészen 70%-ig emelkedik. Ezzel szemben az ulcus molle-nek extragenitalis localisatiója csak 2·5—3%-ban észlelhető (Tomasczewski). Tudnivaló azonban, hogy az extragenitalisan mutatkozó ulcus molle-esetek egy részében autoinoculatióról van szó, a mikor tehát az eredetileg genitális ulcus molle-t maga a beteg vitte az ujjával vagy valamilyen tárgygyal testének más részére. Ily módon természetes, hogy az autoinoculált ulcus molle a köztakaró bármely helyén előfordulhat. Külön állanak ezzel szemben azok az ulcus molle-esetek, a melyekben a streptobacillus-infectio nem autoinoculatio útján, hanem más egyénről történt. Ez utóbbi fertőzés gyakran tárgyakkal (műszer, kötszer, zsebkeendő stb.) megy végbe. De talán még gyakrabban támad az ulcus molle sexualis perversitások nyomán. A szerző esete is ilyen. 24 éves férfi frenulum linguae-jén lencsényi,

gyeny alapú, kirágott és alávajt szélű fekély volt, melyet fájdalmas állalatti bubo kísért. Cunnilinguus két hét előtt! A kísérletileg előidézett autoinoculatiós pustulában bőven voltak typosos alakban és elrendeződésben streptobacillusok. (Dermatologische Wochenschr., 1920, 4. sz.) Guszman.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Sajátszerű dermatitist látott Bettmann tanár az utóbbi időkben rendkívül gyakran.** A baj a homlokon kezdődik kisebb-nagyobb égető érzéstől kísért erythema alakjában; később oedemás megduzzadásra vezet és néha a hajzatos fejbőrre, a szemhéjakra és az orcákra is ráterjed. Az erythema néha olyan fokú, hogy erysipelással téveszthető össze. A szerző a bajt a kalapok belsejében alkalmazott, a verejték átütődését akadályozó bőr helyettesítésére újabban alkalmazott pótlóanyag károsító hatására vezeti vissza. A gyógyításra 1%-os resorcin-oldattal érintést és közömbös hintőpor alkalmazását ajánlja. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 10. szám.)

**Urticaria, strophulus és prurigo ellen Frühwald docens** nagyon ajánlja az atophan belső használatát, napi 3—4 gramm mennyiségben (gyermekeknek megfelelően kevesebb adandó). A szert 3—4 napig kell bevenni. (Dermatol. Wochenschrift, 1919, 11. szám.)

**A húgycsőgonorrhoea** gyógyult vagy nem gyógyult voltának megállapítására új provocatiós módszert ajánl E. F. Müller (Hamburg-Eppendorf). Lényege az, hogy az alkar bőrébe (nem a bőr alá!) 0·2—0·3 cm<sup>3</sup> aolant fecskendezünk 2—3 helyen, mire 6 óra múlva mérsékelt viszketés jelentkezik a húgycsőben és a váladék megszaporodik; ebben a váladékban már most kimutathatók a gonococcusok, ha a gonorrhoea még nem gyógyult teljesen. Nagyon régi lappangó gonorrhoea-esetek is kikutathatók ezzel az eljárással. (Münch. med. Wochenschrift, 1920, 1. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat, 1920, 16. szám.** Kaszás József: A spanyolbetegség gyógykezeléséről. Faragó Zsigmond: A gyakori vizelésről, különös tekintettel a pollakiuria nervosára. — 17. szám. Kluge Endre: Az asszociált szemmozgások zavaráról. Scheiber Vilmos: A kéztőizület merevségei.

### Vegyes hírek.

A „Budapesti gyakorló-orvosok segélyező egyesülete” a napokban tartotta 31. évi közgyűlését, a melyen a többi között bejelentették, hogy Herczel tanár özvegye a férje után járó nyugdíjat az egyesületnek ajánlotta fel. Az egyesület, a melynek vagyona jelenleg 136.000 korona, az elmúlt évben 20 tagnak ötezer korona segélyt fizetett ki, 3 orvos özvegye pedig 2250 korona temetkezési járulékból részesült. Elnökké Medvei Béla dr.-t, titkárrá Pfeifer Gyula dr.-t, pénztárossá Patai Samu dr.-t és ellenőrré Szikszay Sándor dr.-t választották. A tagsági díjat 60 koronára, a napi segélyt pedig 16 koronára emelték.

**Kisebb hírek külföldről.** A berlini egyetem hydrotherapiai intézetének vezetőjévé, Brieger tanár utódjává, F. Schöneberger dr.-t nevezték ki, aki eredetileg tanító volt, később megszerezte az orvosi oklevelet és Bremenben folytatott gyakorlatot, majd Berlinbe költözve, a „Naturarzt” című folyóirat szerkesztését vette át. Tudományos irodalmi munkásságáról senki sem tud, mert a „Lebenskunst, Heilkunst” című kétkötetes munkája nem nevezhető tudományos irodalmi munkának. A „Deutsche mediz. Wochenschrift” kíváncsi rá, miképpen fog viselkedni a hallgatóság a berlini orvosi fakultás e további „forradalmi” megrosszabbodásával szemben. — Németországban az orvosok száma a legutolsó statisztikai kimutatás szerint 31.602-re rúg. A német „Aerzteverband” állásközvetítő osztályában több mint 4000 orvos van előjegyezve, részben már egy évnél hosszabb idő óta! — A nagymértékű xylo-hiány arra indította B. Fischer tanárt, a frankfurti egyetem körboncolástani intézetének igazgatóját, hogy nyilvánosan appelláljon a „lánczkereskedők jószívűségéhez”. — A Hirschberg által alapított és szerkesztett „Zentralblatt für Augenheilkunde” 43 éves fennállás után megszűnt.

**Személyi hírek külföldről.** M. Walthard frankfurti tanárt meghívták a zürichi egyetem gynaekologiai tanszékére. — F. Rosenbach göttingeni rendkívüli tanár a tiszteletbeli rendes tanári címet kapta. — E. S. Faust, a gyógyszer-tanár a würzburgi egyetemen, nyugalomba vonul.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ES KIADJA:

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

## TARTALOM.

**Kubinyi Pál:** Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület nyilvános jellegű kórházából. Mivel tökéletesíthetjük a nőgyógyászati laparotomiák eredményét? 209. lap.  
**Szórady István:** Közlemény Békés vármegyei közpórházának elme-osztályáról. A spanyol betegséghez csatlakozó elme-zavarokról. 211. lap.  
**Bárony Tivadar:** Nyelési zavarok vastagbél-folyamatoknál. 213. lap.  
**Zinner Nándor:** Műfogás az emphysema subcutaneum gyors megszüntetésére. 213. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Robert Bárány (Upsala):** Primäre Excision und primäre Naht akcidenteller Wunden. — **F. Pordes:** Die radiographische Darstellung der einzelnen Zähne und der Kiefer. — **Lapszemle. Sebészet. Sárkány:** Az intracardialis injectióról. — **Kisebb közlések az orvostudományról.** Furunculosis. — Heveny és idősült cystitis. 215–216. lap.  
**Magyar orvosi irodalom.** 216. lap.  
**Vegyes hírek.** 216. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület nyilvános jellegű kórházából.

## Mivel tökéletesíthetjük a nőgyógyászati laparotomiák eredményét?

Közlő: **Kubinyi Pál** dr., egyetemi magántanár, a nőgyógyászati osztály főorvosa.

(Vége.)

A leírt tényezőkhöz kívül az operálhatóság százalékát határozottan tágította, valamint a közvetlen veszélyt is alászállította a *localanaesthesia* kiterjedtebb alkalmazása, az infiltrációs, a paravertebralis és parasacralis, esetleg a Kappisch-féle sympathicus-anaesthesia alakjában, párosítva esetleg scopolamin-narkofin-kábálommal. Kiváló hasznát látjuk főként *elgyengült* betegekben. Ha nem is mindenben, de javarészt alá lehet írni *Reinhard* nézetét, mely szerint a műtét utáni shockhatás nem egyéb, mint protrahált chloroformhatás. Mi ugyan chloroformot csak akkor használunk, ha az aether ellenjavalt, de az említett meghatározás többé-kevésbé minden inhalációs narkosisra érvényes, mert károsítja a mellkasi életfontos szerveket, távolhatásában bántalmazza a veséket, a májat, sőt a vörös vérszöveteket is, rontja az emésztőcsatorna működését, narkosis utáni gyomorhurutot idézve elő s csökkentve a peristaltikát, a műtét után bélpuffadást okozva. Mindezeket a hátrányokat elkerülhetjük a paravertebral-anaesthesiával, amelyet *Braun* és *Bier* alapján *Kuhlenkampff*, *Hirschel*, *Reinhard*, *Kappisch*, *Schmiedt*, *Pfanner*, *Finsterer* és mások, nálunk *Dollinger* és *Ádám* fejlesztettek ki s a gynaekologiai laparotomiáknál *Frigyesi* használt nagyobb anyagon. *Én is hosszabb sorozaton kipróbáltam* s megszerztem a kellő tapasztalatot, mint jó fegyvert a megfelelő helyre állítottam a műtét armamentárium keretében s ma már nem szívesen nélkülözném *elgyengült*, kivért, hosszas sorvasztó lázak folytán kimerült, lesóványodott, erejükben meggyengült szívű betegeknek, mint ezt ú. n. septikus adnex-tumor, továbbá vérzést okozó (myoma), vagy rosszindulatú daganat eseteiben látjuk, s végül öregeknél.

Ezzel sok olyan beteg átevezett a műtéten, akiről az volt a meggyőződésünk, hogy a műtét beavatkozást inhalációs narkosisban nem bírta volna ki. Ilyen beteget ma csakis ezzel az eljárással operálok, a melynek hátrányait eddig nem tapasztaltam, bár újabban írnak le novocain-halált is a Kappisch-féle sympathicus-anaesthesia kapcsán. Még az idővesztés sem jó tekintetbe, a mennyiben az érzéstelenítést má már csaknem oly rövid idő alatt el tudjuk végezni, mint az elaltatást. A beteg jó erőbeli állapota mellett, továbbá rövidebb műtéteknél azért nem általánosítottam, mivel ezeknél az inhalációs narkosis nem okoz kárt, a narcoticumot jól adagolhatjuk s a lehetőség szerint kevésre redukálhatjuk. Ez

a kis mennyiség pedig gyorsan elillan a szervezetből, vagyis rövid idő alatt méregtelenedik, holott a paravertebralis módszernél akár rövid, akár hosszú a műtét, egyaránt nagy adagot kellett befecskendezni. Mire a nagy depók felszívódnak s a hatás beáll, a műtétnek már vége is van. A hatás tehát akkor van teljében, a mikor arra tulajdonképpen már nincs is szükség. Azonkívül azt tapasztaltam, hogy a paravertebralis anaesthesia rendkívül individualis, mondhatnám szeszélyes. Nagy ingadozásokat az inhalációs narkosisnál is tapasztalunk: az egyik betegnek sok, a másiknak kevés kell belőle, de akkora különbségeket távolról sem látunk, mint a paravertebralis módszernél. Az inhalációsnál azonban legalább tudjuk, hogy a célt biztosan el is fogjuk érni. *Itt ellenben sohasem tudjuk előre, sikeres lesz-e az anaesthesia.* Az egyén erőbeli állapota, idegrendszerének minősége, ingerfogóképesége, fegyelmelzottsége, önuralma stb. itt nagyon is beleszól a sikerbe. Az anaesthesia néha egy Wertheim-műtéten keresztül is kitűnő, mások — hogy csak egy rövid műtétet említsünk — már ventrofixationál is bosszuságunkra kénytelenek vagyunk az inhalációs narkosisra áttérni s szinte megbánjuk, hogy a paravertebralisal vesztöttünk, mert a műtét közben meg kell állni, a míg a beteget elaltatják. Egyébiránt minthogy a novocain mellett kivált narkofin-kábálomban lényegesen kevesebb narcoticum kell, hosszú műtétnél még így is hasznát látjuk, rövidnél ellenben felesleges dolgot cselekedtünk, ott pedig, a hol minden perc drága, így extrauterin graviditás belső vérzésénél, persze szóba sem jöhet.

A paravertebralis anaesthesiát ezért én távolról sem tartom általános használatra valónak. Rövid műtéthez a beteg jó erőbeli állapota mellett, ép mellkasi szervek esetén nincs rá szükség, az említett esetekben ellenben tagadhatatlanul nagy nyereség, így az életfontos szervek közül a szív és tüdő betegségeinél; ellenben vesebajoknál az adrenalinhatás miatt szintén nem való alkalmazni. A legyengült beteg, a kit inhalációs narkosis után talán aggasztó állapotban, szinte collapsusban látunk volna, megnyugtató, kedvező benyomást kelt, mindjárt tud táplálkozni s így tovább.

Elsőrendű befolyással bír a gyógyulásra a jó műtét technika, mely a nehézségeket helyesen megválasztott taktikai fogásokkal győzi le, egyszersmind rövidíti a műtétet, vért kímél és nem fogyasztja hiábavaló módon a beteg tartalékerejét. Ezzel a kérdéssel behatóan foglalkoztam volt a *Tauffer* tanár 25 éves tanári jubileuma alkalmával kiadott kötetben, részletesen ismertetve ezt a célt szolgáló technikai fogásokat<sup>13</sup> s így e helyen nem bocsátkozom ismétlésekbe.

A jól operálást, mint az asepsis egyik leghatalmasabb támaszát s a jó eredmények legnagyobb garantiáját, az említett drezdai congressuson *Fritsch* referáló előadásában, továbbá *Krönig* és mások szintén nagyon előtérbe állították, *Bumm*

<sup>13</sup> Kubinyi: A nehéz abdominalis hysterektomiák technikájáról.



pedig tudvalevőleg úgy nyilatkozott efelől a kérdés felől, hogy a technika legyőzte a bakteriológiát.

Az eredmény szempontjából nem annyira a gyors, mint inkább a jól operálás, a jó anatómiai tájékozódás, mellék-sértések elkerülése, a szabatos végrehajtás, gondos vérzés-csil-lapítás és vérkímélés, a seb jó ellátása, a hashártyával való czélszerű borítás stb. s általában a gyógyulás feltételeinek minél tökéletesebb megteremtése határoz.

A leírattal úgy a mortalitást, mint a morbiditást a szennyes műtéteknél is lényegesen alászállítottuk. A local-anaesthesia kiterjedtebb alkalmazásával a minimumra csökkent az aetherbronchitisek és pneumoniák száma. A morbiditas terén azonban még egy igen durva hibát kell kiküszöböl-ölni, a mely a genyes műtéteknél és a rákműtéteknél fenyeget leginkább s a melynek távolabbi jelentősége is van, a mennyiben kaput nyit a hasfali sérv fejlődésének. Ez pedig a *hasfal-tályog*. Hogy a hasfalon nyílást készítünk, azzal tulajdonképpen még csak utat nyitottunk a hasürben végzendő műtéthez. Ez tehát voltaképpen csakis eszköz a cél eléréséhez. Annál többet szenved a továbbiakban maga ez a kapu. Ezen keresztül dolgozunk az egész idő alatt. A mechanikai insultusokon kívül, a melyeket a ki- és bejáró kéz, a feltáró lapoczkok stb. képviselnek, a legnagyobb mértékben fenyegeti a hassebet a fertőzés veszedelme, a mely iránt éppen a zsírréteg a legérzékenyebb. Az intraperitonealis gyógyulás számos szennyes műtét után is símán megy végbe, de ugyanakkor hasfal-tályog keletkezik. Pedig e téren még a prophylaxis is hiányos. A sebészeti és nőgyógyászati műtétanokban alig van erről szó, bizonyára azért, mert ez a kérdés nincs is megoldva. Itt kapcsolódik be eredményeink javítását célzó eljárásainkba a *hasfali seb védelme*. A hashártya kiszegése a hasfalt fedő kendőkhöz, avagy rögzítése a Doyen által szerkesztett horgas fogókkal, legfeljebb a tömegszennyezés ellen óv meg, épp úgy a törlőkkel való kipárnázás vagy körülágazás sem biztosíték, a mikor attól tartunk, hogy valahonnan geny fog előtörni, vagy tályogot nyitunk meg. Hiszen virulens genyből elég egy csepp, a mely millió bacteriumot tartalmaz. A hashártyához való odavarrásnak az is hátránya, hogy megnehezíti a szennyezett, esetleg genytől átázott kendő kicserélését, másrészt a varrat nagy tumorok kiemelésekor könnyen kiszakad, azonkívül időt vesz igénybe úgy a műtét elején, mint végén, a mikor ismét fel kell bontanunk a varratot. Azonfelül a száraz kendő permeabilis s legfeljebb azzal javíthatunk a helyzetet, ha antisepticumba mártva használjuk. Am a nedves kendővel való takarás sok meleget von el a betegtől, a ki a narcosis alatt az izom-elernyedés következtében amúgy is kevesebb hőt termel s egyéb okokból is (vérvesztés, párolgás, nyitott has) sok meleget veszít. Ez tehát nem czélszerű.

Épp úgy nem jó a zsírréteg védelme érdekében a bőr és a hashártya egymáshoz varrása sem, egyrészt mivel vastag hájréteg esetén nagy a feszülés, másrészt éppen szennyes műtét alkalmával nem czélszerű a bőrt összeszurkálni.

Már jobb eljárás az, a melyet *Werth*-től (Kiel) láttam, a ki a hassebet kétoldaltól gummilapokkal fedte s ezek szélét tovaftató varrattal odavarrta a hashártyához. Ha geny ömlik szét, ez a gummilapról antisepticumba mártott törlővel könnyen letörölhető. *Werth* úgy nyilatkozott, hogy amióta így jár el, alig lát hasfal-tályogot. A gummilapnak előnye az is, hogy főzéssel vagy gőzzel, tehát a legmegbízhatóbb agenssel, hővel desinficiálható.

Idealis volna, ha a hassebet gummimanchettával bélelhetnők ki, mely alul-felül visszahajtván, hermetice simulna oda alul a hashártyához, felül a bőrhöz s ennek a nyílásán keresztül dolgoznánk. Ezáltal azonban szenvedne a feltárás könnyűsége. A hasfali gyógyulás per primam való biztosításának kérdése, a mely a postoperatív herniák elkerülése szempontjából is elsőrendű érdek, már régen foglalkoztat. Nem terjeszkedem ki az idevágó próbálgatásokra, hanem röviden leírom azt az eljárást, a mit most követek s ezidőszent a legjobbnak tapasztaltam. Ez három vezető elvre támaszkodik: 1. A hasfal-seb védelme a fertőzés ellen, 2. a fertőzött has-

seb desinficiálása és 3. megtörtént infectio esetén a nagyobb tályog okozta nagyobb szövetelhalás csökkentése a prophylaxisos drainage-zsal.

A mi a védelmet illeti, sajnos, ez nem minden esetben valósítható meg. Legrosszabb a helyzet, ha a geny, vagy fertőzött egyéb folyadék, savó, vér, szabadon van a hasürben s a hashártya megnyitása után azonnal elárasztja a hassebet. Ilyenkor legfeljebb az kölcsönözhet némi védelmet, ha, feltéve, hogy ezt előre tudtuk, a hassebet a hashártya megnyitása előtt már előzetesen 10%-os jodoform-glycerin-emulsióval kentük volt be (s egy desinficiensbe [sublimat] mártott s kicsavart kendőt, a fölé pedig kifőzött Billroth-vagy Mosestig-vásznat szegtünk a fasciához). Enyhíthetünk a helyzetet azzal is, hogy az úgynevezett tömegszennyezés veszedelmét alászállítjuk a kétes folyadék szűrőcsap útján való kiürítésével a hasürből vagy daganatból. Ugyanígy védekezhetünk esetleg a hasfalhoz nőtt daganat esetén, feltéve, hogy a fascia elkülöníthető s nincs a peritoneummal, mint ilyenkor többnyire, egybeolvadva. Legkedvezőbb a helyzet, ha a hasürben nincs fertőző folyadék és a hasfal szabad, a daganat mobilis, sőt a hasból kiemelhető, pláne kocsányos.

A közönséges eset az, hogy a hasür mélyében operálva kell rögzített, esetleg már beolvadóban levő falú tályogok fel-pukkadásával számolni (pyosalpinx, pyovarium stb.). Ilyenkor mintegy előre készülve, próbáljuk a veszedelmet elhárítani. A has megnyitása után elsősorban lejtősíkon kiemeljük a kis medenczéből a beleket s a csepleszt s a diaphragma felé terelve, három nagy tamponnal, a középen, majd kétoldalt, kitamponáljuk a rést, hogy vissza ne süllyedhessenek s ezzel egyszersmind félretoltuk őket a fenyegető fertőzés helyétől. Ezután a hassebet alsó végénél mélyesztünk be egy törliőt s föléje egy sterilizált Mosestig-vásznat s e fölé jön a Doyen-ecarteur, a melyet én mindig használok s a melyet a czombhajlatokba támaszkodó villába kapcsolunk. Azután kétoldalt mélyesztünk be egy-egy nagy gaze-törliőt s föléje egy-egy lap impermeabilis Mosestig-vásznat s most az oldalirányban való feltárás, másrészt a védőrétegeknek a hasfalhoz szorítása érdekében betesszük a szétterpeszthető Sängerecarteurt, mire kitűnő betekintést kapunk. A hassebet mindenütt takart s védve van. Ha műtét közben szennyezés történik, a Mosestig-vásznat desinficiensbe mártott tamponnal jól megtörölhető s a beállításon semmit sem kell változtatnunk. Így folytatjuk le a műtét szennyes részletét. Megjegyzendő, hogy ha geny tör elő, azt felitatta, nyomban hydrogenperoxydot öntök a hasürbe. Ebben mosom le a keztyűt is s folytatom a műtétet. Ha a szennyes phasis véget ért s főként, ha új régióban kell dolgoznunk, például appendektomiát végzünk, akkor keztyűt kell váltani. A hasvarrat előtt pedig az összes eddigi takarást eltávolítjuk s egészen friss törliőket veszünk elő, most már mellőzve a Mosestig-vásznat, s kezét mosunk és keztyűt váltunk. Ezután következik a hasfal-seb desinficiálása. Bevarrva a peritoneumot, hydrogenperoxydot öntünk a hasfal-sebbe, kitöröljük s feltesszük a fasciavarratokat, a mely célra csomós silk-öltéseket használok; ezeket csak nagyon fertőzött esetben mellőzöm, itt azonban vastag csomós catguttal helyettesítem s legfeljebb néhány biztosító silkötést teszek fel.<sup>14</sup> A zsírréteg előtt, a mi csomós catguttal történik, 5% forró carbolba mártott, kinyomott tamponnal tapogatom ki a hassebet, úgy mint azt *L. Champonnière* az izületi sebészetben ajánlja, s így zárom be. Mondhatom, hogy amióta így járok el, a szennyes műtétek után is alig látok hasfal-abscessust, az egyet-egyet leg többször prima s ha előfordul is némi zavar, ez csak későn jelentkező kicsiny abscessus.

*Fehling* említi a drezdai congressuson,<sup>14</sup> hogy a Lister-féle carbolaerában alig láttak hasfal-abscessust. Mindinkább valószínű, hogy a Lister-féle sebkezelés, illetőleg az antisepsis

<sup>14</sup> Mióta a silkot használom, nem láttam Madelung-féle hasfal-szétválást.

<sup>15</sup> Loc. cit.



elveit teljesen elhagyva s a szennyes műtéteknél is mellőzve, túl messzire mentek a sebészek. A kizárólagos asepsis akkor volna teljes értékben jogosultnak mondható, ha teljesen aseptice tudnánk operálni. Ezt azonban nem tudjuk keresztülvinni. Erre vonatkozó bakteriologiai kísérletek minden kétséget kizáróan mutatják, hogy a legideálisabb beállítás mellett is, az ejtett seb a műtét első negyedórájában már sok bacteriumot tartalmaz, a melyek szakadatlanul hullanak bele a levegőből, úgy hogy a carbolspray jogosultságáról még ma is lehetne beszélni, ha nem bizonyosodott volna be, hogy a lehulló permete még csak növeli a seb bacteriumtartalmát azzal, hogy a levegő csíráit magával ragadja. Ahhoz pedig gyenge, hogy megsemmisítse, viszont eléggé toxikus arra, hogy a műtét egész idején át használva, bántalmazza a szövetek vitalitását. Szóval, többet árt, mint a mennyit használ. E szerint az úgynevezett sterilis műtétnél is számolunk bizonyos fokú infectióval, a melyet azonban a szervezet védekezése legyőz, kivált ha a szöveteket nem bántalmazzuk. A levegőből behulló, többnyire gyenge virulentiájú csírákkal rendszerint könnyen megbirkóznak a szövetek. Az úgynevezett sterilis műtétnél tehát elv az antisepticumok kerülése.

Nem így van azonban a dolog az úgynevezett septikus műtéteknél, ott, a hol a hasfal-sebre virulens geny jut, a hol, mint a rákműtéteknél, megeshetik, hogy szétesésben lévő rákos fészkek tör fel, például Wertheim-műtétnél beszakad a rákos cervix, de sőt e nélkül is jutnak felszínre bacteriumok, még pedig virulensek. Hiszen Veit kimutatta, hogy a széteső rákkal szomszédos nyirokutak és mirigyek tele vannak streptococcusokkal, a melyek a szövetek, így a parametrium átmetésékor felszínre kerülnek. Innen van, hogy ritka Wertheim-műtét gyógyul teljesen láztalanul. Éppúgy gyakoriak itt a hasfal-tályogok is. Itt tehát nem lesz elég az asepsis, hanem antisepticumhoz kell folyamodnunk s ezt a hasfal-sebnek czélszerű takarásán kívül ezidőszere a seb zárása előtt annak hydrogensuperoxyddal való kimosásával, majd forró, 5%-os carbolba mártott s kinyomott tamponnal való kitapogatásával értem el leginkább.

Ettől eltértek tuberculosisnál s itt H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-n kívül 10%-os jodoform-glycerinemulsióval kenem be a hasfal sebét a zárás előtt, számítva a jod specifikus hatására. Megjegyzem, hogy tuberculosis esetén nem alkalmazok silket, mert a tuberculosis szövetek betokolóképesége csekély s utólag sipolyok támadnak. Itt a fasciát csak csomós jodcatgutttal varrom.

Olyan hassebnél, a melyet súlyosan inficiálnak ítélek, a seb alsó s felső zúgába gummidraint helyezek, de 1—2 nap multán eltávolítom, éppúgy ezeknél a bőrt összefoglaló Michelvagy Herff-féle kapcsokat ritkábban teszem fel, hogy a geny hamarabb a felszínre törhessen, mert különben a bőr egyesül s alatta nagy tályog keletkezik, a mi az egész zsírrétegre kiterjedhet, sőt, ha nem nyitjuk meg idejekorán, kiterjedt fascianecrosis is lehet a következménye s ekkor azután csaknem bizonyos a hasfali hernia.

Ezzel fejtegetéseimnek végére értem, s hogy végül feleletet adjunk az e közlemény címében feltett kérdésre, a mondottakat a következőkben foglalnám össze:

1. A fokozott sebvédelem beállításában fontos a forgó instrumentarium s a műszerek ismételt sterilizése műtét közben.

2. A kis medenczében lefolyó műtéteknél fontos a hasür felső részének elzárása kitamponálással.

3. Steril műtéteknél aseptissal dolgozunk. Genyes, illetve éves műtéteknél nem elég az asepsis, itt antisepsis szükséges.

4. A hydrogensuperoxyd-beöntés a hasürbe szennyes műtéteknél hatalmas segítőeszköz az intraperitonealis gyógyulás kérdésében s a postoperatív peritonitis prophylaxisában s a Wertheim-műtét, valamint a genyes adnexum-műtétek eredménye rendkívüli módon javítható vele.

5. Műtét végén fontos a szennyezett területek kiiktatása czélszerű peritonizálással s a holt ürok drainezése.

6. A localanaesthesia s nevezetesen a paravertebralis és parasacralis stb. anaesthesia nagy nyereség öreg, legyengült,

kivérzett, sorvasztó lázak folytán lesoványodott, degenerált szívű, továbbá a léleklző szervek hurutos bántalmában szenvedő betegeknek s lényegesen hozzájárul az eredmények javításához.

7. A jól operálás, a jó műtéti technika egyik legfontosabb tényezője a jó eredményeknek.

8. A hasfal-seb védelmének az impermeabilis réteggel való takarás s ennek a Doyen- és a Sängger-féle lapoczkokkal való s a műtét tartamára szóló rögzítése felel meg a legegyszerűbben.

9. Genyes műtét után a hasfal sebének zárása előtt a hashártya összevarrását, utána hydrogensuperoxyddal való kimosását, majd 5%-os forró carbolba mártott s kinyomott törlővel való érintését, tuberculosis esetében pedig H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-vel s utána 10%-os jodoform-glycerinemulsióval való bekenését ajánlom. A feleslegét ennek is felitatjuk s nyomban utána bezárjuk a hassebet.

Közlemény Békés vármegye közkórházának elme-osztályáról.

### A spanyol betegséghez csatlakozó elmezavarokról.\*

Irta: Szórády István dr. főorvos.

Az influenzás megbetegedésekkel kapcsolatban fejlődő ideg- és elmebetegségek gyakorisága ismeretes volt már a multban is, a szakemberek tekintélyes száma foglalkozott velük irodalmi téren. A mult század 90-es éveiben Európa-szerte pusztított influenzajárvány után számos szerző (Althaus, Fahr és Klemm, főképpen Kirn) foglalkozott az influenzás psychosisokkal és Kirn (1891) pontos rendszerbe igyekezett foglalni őket. Hazai szerzők közül Szalay Béla (1892) casuistikai közlései jelentek meg a járványt követőleg, még nem osztályozta eseteit; 3 esete közül az egyik paralysis, melynek lefolyását csak gyorsította a súlyos influenza okozta kimerülés; a másik két eset közül az egyik depressiós-hypochondriás alak halálos véggel, a másik influenza utáni amentia.

A Kirn-féle felosztást Babarczy-Schwartz is átvette „Psychiatriai jegyzetei“-ben. Ő a megbetegedéseket két főcsoportra osztja: a lázas stadiumhoz és a láz utáni állapot-hoz csatlakozó elmezavarokra. A lázas állapot alatt deliriumokat és tartósabb láz-psychosisokat különböztet meg, a melyekben gyakorinak találja a depressiós alakot. A postfebrilis influenzás psychosisok három típusát említi: az acut kimerüléssel (amentias alak), a melancholiát és a maniát.

Mind ezek a régebbi bűvárok felvesznek még úgynevezett pseudo-influenzás psychosisokat, a mikor az influenza a régebben lappangó elmebajt, főképpen a paralyssal, csak kiváltja, illetőleg a lefolyását gyorsítja.

Hangsúlyozzák azt is, szemben Kraepelin-nel, hogy jellegzetes klinikai tünetekkel bíró influenzás psychosisok nincsenek (Althaus). Feltűnően gyakorinak találják a depressiós-hypochondriás kóralakot (Kraepelin, Althaus). A prognosist általában kedvezőnek mondják. Az esetek 12·5%-a egy hét, 33·5%-a egy hónap alatt gyógyul (Althaus).

A régi hatalmas influenza-járványokhoz méltó utódként csatlakozó spanyoljárvány az elmezavarok egész sorozatát hozta ismét a gyógyintézetekbe. Sajnos, a zavaros viszonyok miatt nem igen állott módunkban a külföld ezen esetekre vonatkozó irodalmának teljes áttekintése. Csak itt-ott találunk közléseket; ide tartozik Wesenhagen G. F. esete, melyet „Agyi tünetek influenzában“ címmel közöl. Fejfájás, nátha, hallucinációk, nyugtalanság és általános fájdalmak mellett amnesia jellemzi esetét. A német irodalomból Riese czikke foglalja össze az eseteket.

A hazai irodalomban casuistikai közlések vannak Strobl Willibald-tól, Erdész-től (osztályomról) és részletesen tárgyalja a kérdést Fabinyi (Orvosi Hetilap, 1919. évf. 8. sz.).

\* A dolgozat még 1919 június havában készült, de a megszállítás miatt nem volt a szerkesztőséghez juttatható.



Strobl esetei súlyos lefolyású inaniósiós, illetőleg collapsusos deliriumoknak látszanak. Erdész esete amentia. Fabinyi 9 esetet közöl; 2 férfin lázdeliriumot észlelt; a 7 nő közül 3 delirium, 2 amentia, 2 mania.

Saját észleléseim főként az 1918. év decemberéből és az 1919. év januárjából valók. Az előbbi hónapban a tetőfokán volt városunkban és környékén a járvány, az utóbbiban már csökkenőfélben. Mint Fabinyi, én is csak azokat az eseteket vettem tekintetbe, a melyekben az influenza és a psychosis között kétségtelenül meg volt állapítható az összefüggés, a kettő mintegy egymásból folyt. Mert hiszen az anamnesisben a hónapok előtt vagy még régebben lefolyt spanyolbetegség a járvány elterjedt volta miatt ezen időtárbeli felvételeink legnagyobb részében előfordult anélkül, hogy a később beállott psychosisra aetiologice hatást gyakorolt volna.

Az észlelt esetek száma összesen 14: 3 férfi, 11 nő. A nők nagyobb száma annál feltűnőbb, mert osztályunkon sokkal több férfi kerül felvételre (1918-ban például 68·32% férfi, 31·68% nő) a férfi férőhelyek nagyobb száma miatt.

A mi a kórformát illeti, ez a deliriumos, amentias és a maniaco-depressiós kórformák közt oszlik meg. És pedig:

delirium	2 nő,	
amentia	5 nő,	1 férfi
maniás-depressiós kóralak	4 nő,	2 férfi
összesen	11 nő,	3 férfi

Meg kell itt említenem, a mit az összes szerzők egyhangúlag megerősítenek, hogy az influenzás lázdeliriumokat azért kapják az intézetek aránylag kis számmal, mert nagy részük otthon zajlik le s a házi-, illetőleg kezelőorvos látja azokat nagyobb számmal. Tehát a közölt kevés delirium-eset nem jelenti azt, hogy az influenzás deliriumok száma a most lezajlott járványban csökkent volna. Hiszen ismeretes, hogy az influenza, főképp a pneumoniával szövődött alak szinte praedisponál a deliriumokra. Igazán csak elvétve, a véletlen folytán kerülnek ezek az elmeorvos elé. Egy ily véletlen hozott elém is egy esetet, a melynek kórrajzát röviden ismertetem, mert ismét egyike azon szabálytalan lefolyású lázas deliriumoknak, melyekhez hasonlót két év előtt az Új Szent János-kórház elme-osztályáról közöltem (*Morbili-psychosis felnőtten*. Orvosi Hetilap, 1917. évf. 28. sz.). Ez az eset is úgynevezett „incubatiós delirium“, melynél az acme-stadium beálltával a delirium megszűnik, az öntudat feltisztul s a beteg áthelyezhető betegségének további kezelése végett a betegek közé. A fent említett eset a következő:

V. E., 22 éves hajadon bányamunkásnő 1919. január 8.-án szállították be. Kísérő rokona szerint a múlt év nyarán typhust állott ki. Ugyanez év decemberében kalandos és kimerítő utazás után érkezett haza Németországból, a hol mint bányamunkásnő volt alkalmazva. Visszatérte óta sokat búslakodott azon, hogy künnhagyott holmija oda-vész. Lehangoztága feltűnt környezetének, orvost is hívtak hozzá, ki „valamely belső bajt“ állapított meg, de elméjében zavart nem volt. Január 7.-én éjjel a beteg kiugrott ágyából, ide-oda szaladgált, környezetét megtámadta, összefüggéstelenül beszélt.

Béhozatalakor, január 8.-án elhomályosult öntudat, érzéksalódások, nagy motoros nyugtalanság, járkál és nevetgél, össze-vissza fecseg. A pulsus szapora, hőemelkedés nincsen.

A következő napon enteritis tünetei mellett hirtelen magas láz, elesettség, herpes labialis, bevont nyelv. A tüdőben kezdődő hurutos jelenségek. Puffadt, meteorismusos, nyomásra diffuze fájdalmas has. Az öntudat azonban rohamosan feltisztul, az érzéksalódások, a jactatio megszűnnek, kérdésekre értelmes válaszokat ad.

Betegségének további kezelése végett a belgyógyászati osztályra helyezték át, a hol a spanyol influenza teljesen kifejlődött rajta. Úgy látszik, a tüdőbeli folyamat mellett az úgynevezett enteritises alakja állott be a betegségnek, mely serum-kezelésre gyógyult. Öntudatzavar az elhúzódó reconvalescentia alatt sem mutatkozott s hetek mulva kibocsátása előtt jelentkezvén, psychéje egészen normalisnak találtatott.

Ez a delirium-alak, mint fentebb említettem, a ritkább incubatiós deliriumok közé tartozik, szemben az influenzapsychosisok túlnyomó többségével, melyek acmés deliriumok szoktak lenni, azaz a delirium és a lázas állapot maximuma egybeesik. Ily acmés delirium volt szabályos lefolyással máso-

dik delirium-esetem is, melyet szintén nőbetegen észleltem. A reconvalescentia mindkét betegen psychés-zavaroktól mentesen folyt le.

Az amentia kórképében 5 nő és 1 férfi betegségét láttuk lezajlani. Mindegyikükre jellemző, hogy elmebajukat 7—14 nappal előzte meg a spanyol-betegség kiállása, a legtöbbször azonban pneumoniás szövödmény nélkül. Maga az elmebetegség typosus lefolyású volt s mind a 6 eset a betegek távozásáig észlelésem alatt állott. A legkedvezőbb eset 3 hét alatt gyógyult (14 éves leány), a legkedvezőtlenebb hat hónap alatt tetemesen javult (30 éves asszony.) A régi szerzők által említett 1 hetes gyógyulást egy esetben sem észleltük.

A reconvalescentia alatt beálló elmezavar természetesen a legtöbb esetben igen elnyújtottá tette a reconvalescentiát s a betegek egy része a motoros nyugtalanság és álmatlanság folytán ijeszítően leromlott, de a heveny tünetek lezajlása után testsúlyuk rohamosan nőtt. Érdekes volt egyetlen ily kórformát mutató férfibetegemen (14 éves fiú) a kórlefordulás, a kin többször, szinte periodusokban ismétlődő hallucinációs és álmatlan szakok zavarták meg a haladó feltisztulást, élénk, többnyire erotikus tartalmú látási és hallási hallucinációk, illúziók, különböző parosmiák jelentkeztek, „nőszagot érzett“, „villanykeblű nőket“ látott stb.; 6 hónap alatt ez is gyógyult.

A mi végül a maniás-depressiós csoportot illeti, ebbe 4 nő- és 2 férfibetegem tartozott. Az elmezavar ezeken is a reconvalescentia alatt kezdődött, azelőtt egyikük sem volt elmebeteg. Az összes esetek fele (2 nő és 1 férfi) az influenzás psychosisokra jellemzőnek tartott (*Kraepelin, Althaus*) depressiós-hypochondriás kórformához tartozott. A többi 3 a mania jegyében zajlott le. Míg a maniás kóralakok szépen javultak (2 gyógyult, 1 javultan távozott), a depressiós kórformák sokkal elhúzódóbb lefolyásúak és kedvezőtlenebb kimenetelűek voltak. Ezek közül csak 1 gyógyult 5 hónap mulva. Ez az eset, 22 éves nő kórese, lefolyásában az ú. n. circularis elmezavarra emlékeztetett, a mennyiben rövid, 2—3 hétig tartó hypomaniás derültség, majd körülbelül ugyanily ideig fennálló depressiós állapot és ezt követő lucidum intervallum váltotta fel egymást. Az egyes későbbi szakaszokban a tünetek intenzitása azonban egyre halványult, a lucidus szakok tartama hosszabbodott s végül a testi erősödés állandósulása mellett teljes és állandó szellemi feltisztulás állott be. A egyes szakaszok feltűnően rövid volta esetén a circularis elmezavarok kilátása kedvezőbbnek látszik (*Hudovernig*.)

A másik két esetben állandó volt a hypochondriás kórkép, ezek hónapok alatt sem javultak s hozzátartozóik gyógyulatlan állapotban vitték el őket.

Az ú. n. pseudo-influenzás kórformák, a melyeknek csak annyi közük volt a spanyol-influenzához, hogy ez mintegy kiváltotta a régen lappangó elmebajt, nagy számmal kerültek felvételre. Láttunk typosus delirium tremens-t, mely a spanyolbetegséget követő reconvalescentia alatt jelentkezett, épp úgy hysteriás zavartságot gyakori rohamokkal. Ezeket más kóroktani tényező éppen úgy kiválthatta volna.

Végeredményben a felsorolt esetek statisztikája ezt mutatja:

Összes esetek száma	Gyógyult	Javult	Gyógyulatlan
14,	9 = 64·3%	3 = 21·4%	2 = 14·3%

Áttekintve a mondottakon, láthatjuk, hogy a spanyol-betegségnek nevezett influenza-járvány számos esetben okozott elmezavart. Az elmezavar, nem tekintve a deliriumokat, majdnem kizárólag a reconvalescentia alatt állott be. Keletkezésük oka minden valószínűség szerint méreg- (endotoxin-) hatás, mely a fertőző betegség folytán elgyengült és exclusiv módon „praedisponált“ (*Kraepelin, Riese, Fabinyi* stb.) szervezetben a központi idegrendszerre hat. A fejlődött elmebetegségek nagyrészt acut módon zajlanak le, csak elenyésző csekély részük, főképp az influenza-psychosisokra typosusnak mondott, de újabb szerzők által kevésbé észlelt depressiós-hypochondriás alakok válnak elnyújtottá. 14 esetem között két ily alakot észleltem. Az elmezavar nem csatlakozik min-



*dig a legsúlyosabb, pneumoniával szövődött spanyol betegséghez, sőt eseteimben pneumoniás complicatio alig néhány betegen fordult elő. Az influenzás elmezavarok a más okból keletkezett hasonló elmezavaroktól sem a klinikai tünetekben, sem a lefolyásban nem különböznek, tehát tulajdonképpen típusos influenza-psychosis nincsen, azért csak a spanyol betegséghez „csatlakozó” elmezavarokról beszélhetünk. A betegség gyógyulási hajlama jó, eseteimben 64·3% volt a gyógyulás; időszületté csak a depressióalakok váltak, a melyeknek későbbi szakában a demens tünetek léptek előtérbe.*

### Nyelési panaszok vastagbél-folyamatoknál.\*

Irta: *Bársony Tivadar dr.*

Két betegen, aki járóbetegrendelésünkön 1914 tavaszán nyelési panaszokkal jelentkezett, a Röntgen-vizsgálat során kiderült, hogy nyelési panaszukat az okozza, hogy két tárgult colon-kacs az oesophagust a cardiánál összenyomja.

1. eset. B. F. 54 éves, férfi. Panaszai: néhány hét óta nyoléskor időnként nyomást érez a szegycsont alsó része és a gyomörgödő táján. E panaszok rohamszerűen jelentkeznek hol naponta, hol több napi szünet után, s néhány óráig tartanak; egyes esetekben erős, métsző, a hátha is kisugárzó fájdalmakkal kezdődnek. Rohammentes időszakban jól érzi magát. Spontan más panaszról nem tesz említést. Pontos anamnesis felvételekor kiderül, hogy soványodott, hogy székrekedése van, hogy nyelési panaszai székelés után szünetelnek. Röntgen-vizsgálatkor: baryum-víz rövid ideig a cardia táján időzik, baryum-pasta megakad a cardiánál, az oesophagus alsó harmada kitöltődik, ez a rész tág. Időnként antiperistaltikás mozgással a kontrast-anyag az oesophagus magasabb részeibe jut, majd visszahull. Amikor a beteget felszólítjuk, hogy nyeljen anélkül, hogy újabb kontrast-anyagot vett volna a szájába, apránként átjut a tartalom a gyomorba. A pastás vizsgálat alatt a beteg ugyanazt a nyomást jelzi, mely a panaszait teszi. A gyomor balra helyezett, kifejezett U alakja van. A colon gázzal telt, erősen tágult és megnyúlt, a flexura hepatica és flexura lienalis tág kacsán kívül a colon transversum közepén is látható egy igen tág kacs, mely a gyomor pylorus-része mellett felnyúlik a diaphragmáig. Ez a kacs a diaphragma alatt a flexura lienalis kacsával összefolyik. Amikor az oesophagus üres, a kettő közötti határ nem állapítható meg. A két kacs között foglal helyet a balra helyezett U alakú gyomor. A haustralis szerkezet a colonon jól szembeötlő. Nyeléskor a diaphragma alatt az egybefolyt colonárnyék felett időzik a kont ast-anyag; hig baryum-víz vékony, 3–5 cm. hosszú csikban jut be a gyomorba, baryum-pasta a már említett módon ujjvastagságban. A kontrast-anyag áthaladása után a diaphragma alatti 2 kacs gázárnyéka ismét egybefolyik. Gyomorleghólyag a telődés kezdetén nincs, később is igen kicsi, a haustralis colon-gáztól jól elkülöníthető. — A beteget 1/2 órán keresztül jobboldalára fektetjük, erre nyelési panaszai megszűnnek. A most megejtett Röntgen-vizsgálatkor a kontrast-anyag akadálytalanul jut be a megemelt, jobbra helyezett gyomorba. A tág transversum-kacs a gyomor jobboldaláról, a flexura hepatica mellől a gyomor baloldalára, a flexura lienalis mellé került. — A béltractus további vizsgálata nagyfokú szűkületet mutatott magasan a rectumban. Újjal elérhető nem volt. Rectoromanoscoppal 13 cm.-re kezdődött, átjutni rajta nem sikerült. — A székletét Weber-rectiója negatív volt.\* — A beteg nagyfokú szűkületet okozó magasan ülő rectum-scirrhussal diagnosissal került műtetre. Colostomia történt a colon descendens alsó részén. Műtét után nyelési panaszai nem voltak, a Röntgen-vizsgálat normalis oesophagus passage-t mutatott, a transversum tág kacs még megvolt, de nem nyúlt fel a diaphragmáig.

2. eset. U. H., 40 éves orvos-magántanár. Nyelési panaszai ugyanabban a hónapban jelentkezett vizsgálatra, mint az előbbi beteg. Kérdésünkre, hogy nincs-e bélpanasza, közli, hogy beleivel néhány napja nincs rendben. Hasmenése volt s azóta puffadt a hasa. Röntgen-vizsgálat a fentihez hasonló leletet mutat: az oesophagust két megnyúlt, erősen tágult colonkacs összenyomja. Hashajtóra s karlsbadi kúrára nyelése rendbejött, s azóta, 6 éve, állandóan rendben is van.

Hogy megnyúlt-tárgult colonkacsok a gyomrot eltorzítják, az gyakorlott vizsgálok előtt eléggé ismeretes. Sokszor emiatt alig állapítható meg, hogy van-e kóros folyamat a gyomron. Pedig az esetek nagy részében éppen a gyomor, illetőleg a duodenalis folyamat a primaer, ehhez társul csak a colon megnyúlásos tágulata. E helyen csak azokra a duodenalis ulcusokra óhajtok utalni, a hol az ulcus kapcsán

jelentkező tárgult colonkacsok balra helyezett U-alakká, vagy „Schneckenform”-má torzítják a gyomrot, a mi a duodenalis ulcus symptomái közé nem illeszthető be, vagy a hol „Kaskaden-Magen” jön létre; a mi, tapasztalataink szerint, rendszeren duodenalis ulcushoz társuló colontágulat kapcsán keletkezik. Ha ilyen eredetű torzgyomroknál passagezavart találunk, hajlandók voltunk ebben a colontágulatnak szerepet juttatni. Hogy ez fedte-e a valóságot, arra határozott választ adni nem tudunk.

Colontágulatnak az oesophagusra való hatásáról az irodalom nem tesz említést.\* Két, részletesen leírt esetünk pedig kétségtelenné teszi, hogy ily összefüggés létrejöhet; megnyúlt-tárgult colonkacsok az oesophaguson passagezavart okozhatnak oly módon, hogy ezt a diaphragma alatt a cardia táján összenyomják. Egyik nyelési panaszokkal jelentkezett betegünk-ről a vizsgálat folyamán kiderült, hogy a panaszok egy magasan ülő rectumcarcinoma következményei. A carcinoma eddig a betegnek a székrekedésen kívül más szembetűnő panaszt nem okozott. A székrekedés nem nyugtalanította, nyelési panaszai miatt vizsgáltatta meg magát. Érdekes tapasztalattunk az, hogy a magasan ülő rectum-scirrhussok feltűnően nagyfokú szűkület esetén okoznak csak panaszokat. A székrekedés, mely a betegséghez társul, a beteget nem vezeti orvoshoz, a beteg maga rendezi székét. Ha orvost keres fel bajával, ez puffadt hason kívül egyszerű klinikai vizsgálattal kóros eltérést nem talál, mert a hason át a kis scirrhussal nem tapintható, digitalisan pedig a szűkület el nem érhető. De nem is gondol végbélcarcinomára az orvos ez esetekben, mert hiányzanak ennek jellemző tünetei: a tenesmus és véres nyálkás szék. E relativ tünetnélküliség az oka annak, hogy ezek a betegek sokszor mechanikai ileus képével jutnak először az orvoshoz. A mi betegünk egészen szokatlanul nyelési panaszokkal került először vizsgálatra. A végbélscirrhussal lassan fokozódó szűkületet hozott létre, a minnek a vastagbél fokozatos megnyúlása és tágulása volt a következménye. A megnyúlás a transversumon kacsokképződésre vezetett, mely felnyúlt a diaphragmáig; ez, meg a szintén erősen megnyúlt és tágult flexura lienalis kacsát azután az oesophagust összenyomta. Székletét után, a mikor gázok is bőven távoztak, a kacsok megkisebbedtek, nem nyomták többé össze az oesophagust, megszűntek a nyelési panaszok. Jobbrafektetés után, a mikor az oesophagus összenyomását részben okozó transversumkacs a gyomor baloldalára került a flexura lienalis mellé, jól nyelt a beteg. Műtéttel a belek kóros teltségét megszüntetve, a nyelési panaszok nem ismétlődtek többé. Másik esetünkben mindenek szerint egy enteritissel kapcsolatos bélparesis hozta létre a colontágulatot, mely aztán az oesophagus cardialis részének összenyomása folytán nyelési panaszokat idézett elő. Karlsbadi kúra a béltágulattal együtt a nyelési panaszokat is megszüntette.

*Kétségtelen tehát, hogy a colon nagyfokú megnyúlása-tágulata létrehozhat passagezavart az oesophaguson, ennek a cardialis részre gyakorolt nyomás folytán. Meggyőződésünk, hogy az „ideges nyelési panaszok”-kal kezelt betegek egy része ebbe a csoportba tartozik.*

### Műfogás az emphysema subcutaneum gyors megszüntetésére.

Közli: *Zinner Nándor dr.*

Az ismert módszereknek ama csekély módosításáról, amellyel alkalmam volt egy gyermek rendkívül nagyfokú boralatti emphysemáját néhány perc alatt megszüntetni, a gyermek bemutatásával kapcsolatban több mint egy év előtt referáltam a Közkórházi Orvostársulatban.<sup>1</sup> Azonban magam is oly szörványosnak tartván az eseteket, amelyekben a beavatkozásra szükség van, az eset közlését elmulasztottam. A

\* A közlemény 1914-ben készült a budapesti kir. m. tudományegyetem 2. sz. sebészeti klinikáján. (Helyettes vezető: *Borszékly Károly dr., rk. tanár.*)

\* Tapasztalatunk szerint a gyomor-béltractus scirrhusainál az esetek jelentékeny számában negatív a Weber-reactio, míg a gelatiniformis és adenocarcinomáknál csaknem mindig pozitív.

\* Az 1914 óta megjelent közleményekben sem találtunk erre vonatkozó adatot.

<sup>1</sup> Közkórházi Orvostársulat 1919. évi első bemutató szakülése.



most lefolyt influenza-járvánnyal kapcsolatban azonban ismét volt egy esetem, melyben a műfogás alkalmazása javalt volt, úgy hogy mégis érdemesnek tartom eljárásom ismertetését.

Nincs célja annak, hogy itt az összes lehetőségeket felsoroljam, amelyek során levegő juthat a bőr alatti kötőszövetbe, csupán a therapiás beavatkozás mikéntje szempontjából fontos különbségekre akarom irányítani a figyelmet.

1. A bőr alatti emphysemák egyik nagy csoportja — ahol ugyanis a levegő (gáz) a szövetekben képződik — elesik, mert ez esetekben egyrészt nem keletkezik oly nagyfokú emphysema, mely terjedelme miatt követelné a beavatkozást, másrészt pedig az itt szereplő baktériumok okozta fertőzés miatt nem lenne célja egyedül a levegő eltávolításának.

2. A bőr alatti levegőfelhalmozódás keletkezésének másik nagy csoportja az, amikor az emphysema képződése mechanikai úton (traumás alapon) magyarázható. Itt is vannak lehetőségek, melyek a mi szempontunkból most elhanyagolhatók:

a) Penetráló hássérülések után bélgázoknak a szövetekbe kerülésével magyarázható localis emphysemák.

b) Közvetlen közléről történt lövési sérülések után keletkező localis emphysemák a bemeneti nyílás körül (ilyent robbantó gázok is okozhatnak).

c) Tracheotomia után gyakran észlelt localis emphysemák.

d) A mellkas lött és szúrt sebzése után (Küttner és Hildebrand szerint az esetek 20%-ában) rendszeren egy quantumban nagyobb mennyiségű levegő jut a pleuraüregbe és a bőr alá és csak ritkán adódik alkalom a szelepes pneumothoraxszal kapcsolatban növekedő bőr alatti emphysema fejlődésére, mivel a tüdő és a pleura egyszerű sebe nagyon jó gyógyhajlamú. Hasonló az eset akkor is, ha a mellkas penetráló sérülésekor maga a tüdő nem sérül és az emphysema az inspirium alkalmával a seb csatornáján át a külső levegőből származik. Szerfölött ritka, hogy az ily sebnél nyílása a kilégzéskor billentyűszerűleg záródik és ez módot ad arra, hogy az emphysema minden légvétellel növekedjék.

e) Gümös nyirokcsomók és cavernák áttörésekor a levegő a peribronchialis, majd mediastinalis szöveteken át a nyak bőre alá kerülhet, de ez úton hirtelenül keletkező, nagy kiterjedésű emphysemát nem észleltek.

f) A gége, légcső, nyelőcső sérüléseit vagy átfuródását követő emphysema mediastinale sokkal hamarabb vezet más irányból súlyos szövödményekre, semhogy időnk volna a bőr alatti levegő eltávolítására.

g) Bordatöréssel kapcsolatban már gyakrabban fejlődik nagy feszülés alatt álló pneumothorax és igen kiterjedt emphysema, a mely néha nagyságával olyan mechanikai akadálya a légzőmozgásoknak, hogy czélszerű az eltávolításáról gondoskodni.

h) A mellkas tompa sérülései után keletkező tüdőrepedések azok, amelyek után leggyakrabban képződik ugynevezett nyomási pneumothorax, a mediastinum lebegése és igen nagyfokú, különösen a nyakon és más lazább kötőszövetű helyen szinte kolosszális méretű bőr alatti emphysema. Hasonló tüdőrepedések keletkezhetnek nagyon erőltetett köhögéskor (pertussis, súlyos tracheo-bronchitis stb.). Ez esetekben előbb interstitialis tüdőemphysema, majd interlobularis, subpleuralis és mediastinalis emphysema képződik és innen jut a levegő mindenekelőtt a fossa jugularisba és a nyak bőre alá és terjed tovább az arcra, a törzsre és a végtagokra.

Olyan esetekben, mint a g) és h) alatt említettek, ahol a szelepes pneumothorax természete szerint minden kilégzéssel növekedik a pleuraüregben és a bőr alatt levő levegő mennyisége, sokszor nem helyezkedhetünk expectativ álláspontra, hanem a már beállott vagy fenyegető szövödmények veszélye miatt a szövetek közé jutott levegő eltávolítására kell törekednünk. Ha — amint az gyakran megesik — a beteget nagy légszomjjal, cyanosissal, talán már rossz pulssal kapjuk és vagy a sebészi készség vagy a szükséges

felszerelés (túlnyomásos készülék vagy Sauerbruch-féle alacsony nyomású kamara) hiányzik, hogy gyökeres műtétet végezve bevarrjuk a tüdő és a pleura sebé, palliative sokat segíthetünk azzal is, hogy a bőr alá és a pleuraürbe jutott levegőt eltávolítjuk.

A mellkast ért tompa sérülések kapcsán szívblock következtében beálló hirtelen halál lehetősége közismert. A „Spannungspneumothorax“ okozta mediastinum - zavarok szintén halálosak lehetnek. Kérdés, vajjon a bőr alá jutó levegő, mint a légzést mechanice gátló momentum, rejthet-e magában életveszélyt?

A közfelfogást képviselő Sauerbruch szerint igen nagy bőr alatti emphysema inkább csak rugalmatlan bőrű, lesóványodott, idősebb egyéneken fejlődik. Ezeknek a bőre könnyen tágul és mivel rugalmas ereje csekély, relative nem nagy erőt fejt ki a tágitással szemben. Fiatal, jól fejlett, feszes, rugalmas bőrrel és kötőszövettel bíró egyéneken kevésbé fejlődhetik nagy kiterjedésű emphysema. De ha mégis kifejlődik, mint ezt néha látjuk, s mint az bemutatott esetemben is volt, legalább is kérdéses, vajjon a teljes rugalmassági erejével a tágitás ellen feszülő bőr nem hathat-e oly fokú ellenkező irányú erővel a belégző izmok munkája ellen, a mely a mellkas kitérését akadályozza, s legfeljebb a tisztán has-typusú inspiratiót engedi meg. Teheti ezt annál könnyebben, mert a bőr alatti levegő a mellkast circularisan veszi körül és nyomás alá kerülve concentricusan hat.

Nem akarom ezzel azt mondani, hogy a bőr alatti emphysema megfúlaszthatja a beteget, de ha hosszabb ideig áll fenn az ellennyomás, ez akkora munkatöbbletet jelenthet a szív számára, hogy nem tartom kizártnak azt a lehetőséget, hogy a bőr alatti emphysema ily módon akár halálos is lehet. Ha ez így áll, akkor van némi létjogosultsága annak a fogásnak, amellyel a bőr alatti levegő néhány perc alatt eltávolítható.

A bemutatott gyermek nagy erővel haladó szekérnek a rudjától mellkasának közepén erős ütést szenvedett. A trauma után azonnal dagadni kezdett a gyermek nyaka, melle, arcza. Ez a légdaganat gyorsan terjedt a hasra, a felső végtagokra, a hátra, majd az alsó végtagokra és néhány óra alatt annyira fokozódott, hogy a gyermek csak nagyon nehezen tudott lélegzeni. Az új Szt. János-kórházba felvételekor az egész törzsre, a nyakra, a fejre és a végtagokra kiterjedő, szinte kolosszális nagyságú bőr alatti emphysema volt megállapítható, látható sérülés nélkül. Nehezen tapintható pulsusa szapora, kicsiny és rendetlen volt. A belégzés felületes, a kilégzés megnyúlt, utóbbi alatt fájdalmas hangot hallatott a beteg. Az arczon nagyfokú cyanosis. Azt sem lehetett megállapítani, hogy melyik tüdőből származik a levegő, tehát ha a többi feltétel adva lett volna is, sem gondolhattunk volna radikális műtetre. A gyermek állapota mindinkább súlyosbodott, cyanosisa, légzési nehézsége, nyugtalansága fenyegetővé fokozódott, tehát legalább a levegő gyors eltávolításáról akartam gondoskodni. Mint azt ajánlották, vastag punctiós tűket szúrtam sterilen a bőr alá, de erre a levegő alig észrevehetően távozott, a gyermek állapota nem javult. Ekkor erélyesen masszálni kezdtem a felduzzadt helyeket centripetalisan a tük felé, mire a levegő fűtyülve távozott a 6 punctiós tűn, melyek közül az egyik a jugulumba volt szúrva. Néhány perczig tartó massage után a kép teljesen megváltozott. A duzzanat eltűnt, a gyermek szabadon lélegzett, pulsusa rendbe jött, nyugtalansága megszűnt és még a massage közben elaludt. Másnap itt-ott serzegett még a levegő a bőr alatt, de a gyermek teljesen jól érezte magát és hőmérséklete rendes volt. A megejtett Röntgenvizsgálat bordatörést nem talált; baloldalt volt még kisfokú pneumothorax. Ebből valószínű, hogy a tüdő repedése úgy történt — mint azt Perthes magyarázza —, hogy a trauma pillanatában reflectorice elzáródott a glottis és a tüdőbe beszorult levegő talán a trauma helyétől egészen független helyen okozta a repedést.

A gyermek gyógyulását nem akarom tisztán a levegő gyors eltávolításának tulajdonítani; ehhez természetesen arra



volt szükség, hogy időközben a tüdőseb valamiképpen tamponálódjék. Hogy a tüdőseb tamponálódására csak jó hatással volt a levegő eltávolítása utáni szabályos légzés, szemben az előző, erőlködéssel járó dispoëval, az eredményt látva, hajlandó vagyok felélelezni.

Második esetem, melyben czélszerűnek látszott a bőr-alatti levegő gyors eltávolítása, a következő:

15 éves leány, akinek 7 nap óta volt magas lázzal, nagyon erős laryngitis-szel és tracheo-bronchitis-szel járó influenzás betegsége, nagyon erős és gyakori köhögéssel; egy kivételesen heves és hosszantartó köhögés-roham után, melynek során véres köpetet ürített a beteg, hirtelen megdagadt a nyaka, pár perc múlva az arca, az egész törzse és a végtagjai. Alig tíz perc múlva, mikor a beteget láttam, már nagy légszomja volt, dobálta magát az ágyban, arcán és kezén cyanosis kezdődött. Mialatt a tüket kifőztem, eszméletlen lett a beteg és cyanosisa fenyegetővé fokozódott. 5 vastag punctiós tűn erélyes massage mellett 20 perc alatt eltávozott a levegő legnagyobb része, de mivel időnként újabb levegőtömeg fujta fel a nyak bőrét, a jugulumba szűrt tűt még 30 percig bennhagytam. A beteg ezalatt teljesen megnyugodott, légzése szabad lett és 1 cgr. morphin befecskendezésére köhögése alábbhagyott. Két nap múlva baloldali pyo-pneumothorax miatt műtetre került; bordaresectio után jelenleg láztalan és teljesen a javulás útján van.

A levegő gyors eltávolítását massage segítségével már csak a sterilítás szempontjából is jobbnak tartom, mint az incisiókat vagy a punctiós tűk egyszerű beszúrását, hogy azokon a levegő magától távozzék. Hiszen ezeknek a tűknek így órákig kell beszúrva maradniok és nyitva tartják a kaput a fertőzés számára a bőr alá.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Robert Bárány (Upsala): Primäre Excision und primäre Naht akzidenteller Wunden.** Leipzig, Deuticke, 1919. VIII + 256 oldal.

Az ismert nevű, Nobel-díjat nyert szerző a háború elején az ostromolt *Przemysl*-ben működött mint egy kórház sebésze. Főleg a koponya sebészetével foglalkozott és az itt kezelt esetekre alapítja munkáját, melyet orosz fogságból visszatértekor írt meg.

Történelmi áttekintésben ismerteti azt a harczt, melyet *Hippokrates* óta vívnak egymással a sebek activabb, illetve conservatívabb kezelésének hívei. Saját agysebészi működése alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy az accidentális sérüléseket és így a háborús lövésrűléseket is minél hamarabb kell igen radicalis ellátásban részesíteni. A sebek mechanikai és antisepsises megtisztítása után csak a teljesen záró varrat az, mely a másodlagos fertőzést (ezt tartja főképpen veszedelmesnek) lehetőségig kizárja. Ha az agynak sebét — így tályog esetén — drainezni kell, erre egyedül a gutta-percha-csík alkalmas; ezt mindenkor homlokreflector segítségével vezessük a mélybe, hogy ne maradjon rejtve előttünk egyetlen egy eldugott tasak sem. A lövésrűlések rögtöni bevarrásával mások is foglalkoztak.

A munkához csatolt irodalomjegyzék 583 számot ölel fel, melyeknek jórésze bő megbeszélésben részesül a tárgyalás folyamán. Kiténik, hogy az elsődleges varrat elterjedtsége az entente országokban lényegesen nagyobb volt már a háború eleje óta, mint a központi hatalmaknál. Az idevágó francia, angol és amerikai irodalomról szóló fejezetek különösen tanulságosak számunkra, a kik annyi nehézséggel közelíthetjük csak meg ezen országok hadsebészeti szakirodalmát. Sokan akadtak itt, a kik óriási anyagon próbálkoztak meg mindennemű sebek elsődleges egyesítésével, állítólag kitűnő sikerrel.

*Bárány* könyve pontos előírások összeállításával zárul, melyek a különböző testrészek sérüléseinek ellátására vonatkoznak.

A könyvben utolsónak referált munka 1917-ről datált és így feltehetjük, hogy *Bárány* ekkor zárta le művét. Azóta a német hadsebészeti congressusok úgyszólván semmit, a szakirodalom keveset foglalkozott methodusával, melyet pedig már 1917 előtt is bőségesen ismertetett írásban, előadásokban; a szerzők legnagyobb része propositióit messzemenőknek találta. És valóban, a sérülés minősége, az egyén állapota, a sérült testrész, a sebsérülés óta lefolyt idő és ezer más tényező lehetetlenné teszi, hogy minden seb kezelését egységessé tegyük. Másrészt számtalan esetben világos, hogy csak a sebek nyitott kezelése jöhet szóba, már csak azért is, mert a harczvonalhoz igen közel — mint azt *Bárány* követeli — alapos sebészi munka nem lehetséges. A gyakorlott sebésznek sokféle methodus áll rendelkezésére, melyeknek éppen a változatossága adja meg a lehetőségét annak, hogy az adott esetben az egyiket vagy másikat alkalmazza sikerrel.

*Bárány* eljárása tehát, mely különben elvileg újat nem tartalmaz, olyan megkötése a háborús sérüléseket ellátó kéznek, melyet a magyar, német és osztrák sebészek túlnyomó része nem fogadott el, mert felesleges és nem egyszer ellenkezésbe kerül a sebészi gondolkodás legjobban megalapozott elveivel.

*Kelemen György dr.*

**F. Pordes: Die radiographische Darstellung der einzelnen Zähne und der Kiefer.** Bécs, Urban & Schwarzenberg kiadása, 1919.

A szerző a fogászati Röntgen-tudomány első részeként az egyes fogak és az álkapocs helyes Röntgen-felvételéhez szükséges előismereteket, módszereket tárgyalja, közbeszöve a bőséges tapasztalatai alapján ajánlható fogásokat, igen világosan, minden felesleges elméleti fejtegetés nélkül megírt 86 oldalon. Az ábrák (számszerint 51) nagyon szembebeszökő módon bizonyítják a sok hibaforrást, a mely a fogászati Röntgen-technikában előfordulhat és kitűnően érzékelik a helyzetet, amelyben az egyes feladatok szerint a lehető legjobb felvétel érhető el. Az utolsó fejezetben a stereoröntgenogram készítéséről és értékeléséről szól. A munka úgy a röntgenologusok, mint a fogorvosok számára az ismereteknek gazdag tára és mint ilyen melegen ajánlható.

*Morelli Gusztáv dr.*

## Lapszemle.

### Sebészet.

**Az intracardialis injectióról** ír *Hesse, von den Velden, Rüdiger, Szubinszki* megfigyelései, valamint saját 12 esete kapcsán. Az eredményt röviden a következőkben foglalhatjuk össze.

1. Javult az intracardialis injectio szívbaj, súlyos fertőző betegségek vagy sebesülések kapcsán jelentkező collapsus, acut szívhűdés (narcosis, mérgezés) vagy műteti shock eseteiben, ha a pulsus már nem érezhető, a subcutan, az intramuscularis vagy intravenosus injectio a hiányzó vérkeringés miatt kilátástalan és a szívhangok éppen hogy még, vagy már csak homályos zöreje alakjában hallhatók.

2. Az intracardialis injectiót *von den Velden*, a ki 12 év leforgása alatt 45 esetben használta, a IV. vagy V. bordaközben végzi, két harántujjnyira a baloldali sternalis vonaltól, az arteria mamma internától lateralisán. Analepticumként 1 cm<sup>3</sup> strophantint, digifolint, digipuratumot, coffeint, kámforolajat vagy mellékvesekészítményt használ, melyet a jobb kamara izomzatába injiciál.

*Szubinszki* 2 cm<sup>3</sup> digipuratumot és 10—15 csepp 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>-s suprarenint old 30—40 cm<sup>3</sup> physiologiás konyhasó-oldatban, melyet 3 részre osztva injiciál a IV. bordaközben, közvetlenül a sternum bal szélénél, a jobb kamara ürébe, azon hitben, hogy ezzel a kamara passiv túltelődését megakadályozza.

*Rüdiger* ugyancsak a jobb kamara ürébe fecskendezi „strophantin“-ját a II. vagy III. bordaközben, közvetlenül a sternum bal szélénél, az arteria mamma internától medialisan. (*Sandmann* vizsgálatai szerint az arteria mamma



interna a II.—V. bordaközben a sternum bal szélétől 15—17 mm.-nyire fut lefelé.)

Hesse 0-0005 gr. strophantint old 15—20 cm<sup>3</sup> konyhasó-oldatban és ezt a folyadékot fecskendezi be a bal kamara ürébe, közvetlenül a szívcsúcson, vagy egy harántujjnyira a csúcstól befelé. a IV.—V., erősen dilatált szív mellett a VI. bordaközből kiindulva, be- és felfelé haladva, azzal a megokolással, hogy az analepticumot egyenesen a bal szívizom rostjaihoz juttassa el. Különbösen is helytelennek tartja a jobb kamara ürébe való injiciálást, a honnan a gyógyszernek nagy utat kell megtennie, a míg a kis vércsón keresztül a bal szívbe jut, hol a sympathicus-idegvégekre gyakorolt izgalom révén a contractiókat megindítani volna hivatva.

3. Általában azt mondhatjuk, hogy az intracardialis injectio quo ad vitam nem sok eredményt ad. Von den Velden 45 esete közül 13-ban legfeljebb 8 órával tudta megnyújtani az életet. Szubinszki nehéz sebesülés esetei közül egyben ért el 10 óra hosszát tartó eredményt, míg Hesse 12 esetében csak percekkel hosszabbodott meg az élet. Rüdiger egy esetben több hónapra terjedő eredményt ért el. Zuntz-nak egyetlen esete pedig teljes gyógyulásról tanuskodik. Rüdiger és Zuntz ritka esetében a szívet előzőleg cardiacumokkal nem gyógykezelték, míg a többi esetben a szív izomzata részint mérgek által gyöngítve volt, részint gyógyszerek által már előzőleg rövidebb-hosszabb időn át igénybe volt véve. Szubinszki eseteiben valószínűleg az acut vérvesztésnek is szerepe volt.

A gyógyszerhatás tehát attól függ, hogy képes-e még az injectio alkalmával a szívizomzat contractióra, vagy pedig már nem, és hogy a hűdött szívizomzat nem merült-e ki már előzetesen a különféle analepticumok miatt. (Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 21. sz.) Sárkány dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Furunculosis** eseteiben újabb furunculosisok fejlődésének megakadályozására Kuhn szerint kitűnő hatású a thigenol, a melylyel a furunculust környező bőr beecsetelendő. Megszáradása után jól odatapad, úgy hogy kötés sem kell. (Münchener mediz. Wochenschr., 1920, 11. sz.)

**Heveny és idősült cystitis**, valamint pyelitis eseteiben Schneller nagyon jó eredménnyel használja a hexalt, a melyből naponként 3—4-szer ad 1 grammot (két tablettát) vízben oldva; kényesebb betegek a vizet kissé megcukrozhatják. (Mediz. Klinik, 1920, 3. sz.)

#### Vegyes hírek.

**Személyi hírek külföldről.** B. Stuber freiburgi docens (belorvos-tan) a rendkívüli tanári címet kapta. — H. Kuhnt, a híres bonni szemész-tanár, 70. születésnapját ülte. — N. Oeller, a szemész-tanára Erlangenben, szintén 70 éves lett április 30.-án. — Kirchner, a fülészeti tanára Würzburgban, nyugalomba vonul.

A **gyógyszerek ára** még mindig emelkedőben van; néhány szert azonban már kisebb áron lehetett kapni; így a cocain kilója 5000 márkával, a codeiné 3500 márkával, a morphiomé 1750 márkával lett olcsóbb.

## FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: Dr. Nádosi István. Ügyvezető igazgató: Fészl 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 kortermekkel kibővíve. Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: Dr. Rablóczy. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is.

**Dr. FORBÁT orvosi laboratoriuma** Budapest, VI., Teréz-körút 22. Telefon 121—02 sz. Eredeti előírás szerinti **WASSERMANN-reakciók** kedden, csütörtökön és szombaton. — Steril vérfelgőcsövecskék kívánatra vidékre küldhetők

## Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos, bőrgyógyító és kosmetikai intézete IV., Ferenz József rakpart 26. Telefon József 56—76.

**Dr. Szilas** diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

## Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-uteza 47. szám. Diétás, diagnostikus és physikotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalatorium, Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

**Dr. Szili Sándor** orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87—73

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Dr. Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó. Néhai Dr. Reich-féle **Zander** és tökéletesen felszerelt fizikai gyógyintézete. — IV., Semmelweis-u 2. Kossuth Lajos-u.sarok

### PÁLYÁZATOK.

852/1920. kig. sz.

Kiskunfélegyházi járás Kiskunmajsza nagyközségben üresedésben lévő **II. községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy felszerelt kérvényüket folyó évi május 15.-ig hivatalomhoz adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Kiskunfélegyháza, 1920 márczius 27.

A főszolgabíró.

A vezetésem alatt álló alapítványi közkórháznál elhalálozás folytán megüresedett egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása évi 1400 korona, ezen felül 1920. évre 1800 kor. drágasági pótlék, 1400 kor. háborús segély, lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

A kinevezés egy évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Magánygyakorlat nincs megengedve.

Más pályázók hiányában szigorító orvosok is választhatók, ha legalább 2 gyakorlati szigorlatuk van.

Pályázati kérvények Puky Árpád dr., Gyöngyös város polgármesteréhez, mint a kórházbizottság elnökéhez 1920. május 25.-ig adandók be.

Az állás a választás megejtése után azonnal elfoglalandó.

Gyöngyös, 1920 május hó 3.-án.

Az igazgató-főorvos.

763/1920.

A Gyulaj községben újonnan szervezett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állással egybekötött javadalom a következő: évi 1600 korona törzsfizetés, mely 5 évenként 200—200 korona korpótlékkal fog emelkedni, természetbeni lakás, a kormányhatóság által megállapított látogatási és fuvardíj, háborús segély és családi pótlék.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908 évi XXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi május hó 20.-áig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választási határidőt később fogom megállapítani.

Dombóvár, 1920 április hó 29.

A főszolgabíró.

## ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

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

Eredeti gyári áron azonnali szállít **orvosi műszereket, orvosi vasutórokat, műtő és sterilizáció berendezéseket, betegápolási cikkeket, kötszereket stb. — Sürgőnyim: Medodélgá Budapest.**

## TARCSA Gyógyfürdő

Vasvármegyében.

Glaubersó tartalmú, szénsavdús vasforrások. Természetes szénsavas acél, szénsavas pezsgő és híres vasláp (moór) fürdők. A női szervek bántalmait, sápkór, vérszegénység, légzési és emésztési szervek bajai és különösen szívbajok ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják. Hidegvizgyógyintézet férfiak és nők részére külön osztállyal. Modern berendezés. Elsőrangú ellátás. Külön tejcsarnok. Sport, kiránduló helyek és szórakozások. — **Fürdőidény megnyitása május 30.** szolgálat, prospektust és árjegyzéket küld a **Fürdőigazgató** ság, Tarcsafürdő, Vas megye. — Kényelmet, nyugalmat és csendet kívánó, üdülő és gyógyulást kereső fürdővendégeknek különösen ajánlatos június hóra szóló előjegyzéseket kellő időben biztosítani.

## FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkeket. Művegtaggyártás és műszerjavítás.

Telefon József 19—24.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ES KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Kalledey Lajos:** Közlemény a kassai állami bábaképző intézetből. (Igazgató-tanár: Kalledey Lajos dr.) Az organotherapia a nőgyógyászatban. 217. lap.

**Büchler Pál:** Agydaganat ritkább esete. 221. lap.

**Irodalom-szemle.** *Lapszemle. Belorvostan. Besten:* Typhusellenes védőoltások. — *Sebészet. Nussbaum:* A czombtörések kezelése. — *Frankenburger:* Tüdőlövés. —

*Kroiss:* Ureter-kő okozta zavarok miatt végzett vesekiirtás. — *Szemészet Zade:* Adalék az exophthalmus ismeretéhez a melléküregek megbetegedésénél. — *Hochgürtel:* Általános mérgezésről homatropin becsepegtetése után. — *Gyermekorvostan. Pototzky:* Az enuresis nocturna kezeléséről. — *Venerás betegségek. Boas:* A nők végbél-gonorrhoeája. 221–223. lap. **Magyar orvosi irodalom.** 223. lap. — **Vegyes hírek.** 223. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a kassai állami bábaképző intézetből. (Igazgató-tanár: Kalledey Lajos dr.)

## Az organotherapia a nőgyógyászatban.

Közi: Kalledey Lajos dr.

Az utóbbi évek irodalmának jelentékeny része a belső secretiós szervekről szól, azok élettani s pathológiai vonatkozásait igyekszik ismertetni. A belső secretiós szervek által fenntartott correlatio megismerése, úgylátszik, felderíti a betegségek egész sorozatának aetiologiáját. Az ezt nyomon követő organotherapia pedig lehetővé teszi a betegségek oki gyógyítását. Az orvostudomány minden szakában találkozunk correlatiós megbetegedésekkel, de a legnagyobb számú s gyakoriságú esetekkel éppen a nőgyógyászatban. A belső secretióra magára s annak jelentőségére az ivarmirigyek tanulmányozása vezetett s talán ennek a következménye, hogy a gynaekologusok jelentékeny részt vesznek a correlatióra vonatkozó kutatásban. Ha az idetartozó közleményeket — különösen a nőgyógyászatiakat — átnézzük, mind-egyikben a gyakorlóorvos számára írott utasításokat, kezelési irányokat találunk, melyek mintegy igazolásra, erősítésre várnak a gyakorlóorvos részéről. Ezzel szemben ilyen gyakorló orvosi beszámolót nem, vagy csak elenyészően kis számmal találunk. Sőt, mint ezt több ízben tapasztaltam, a gyakorló orvosok nagy részének nincs tudomása arról, hogy az organotherapiás kezelés a gyakorlat számára megérett, ennek következtében vagy nem alkalmazza azt, vagy legalább is nem olyan mértékben, mint kellene. 1913-ban és 1914-ben megjelent közleményeim óta, melyekben a *Bársony*-klinikán végzett, közel 400 esetre vonatkozó kísérleteimet ismertettem, állandóan végeztem úgy a klinikán, mint magánanyagomon nagyszámú kísérletet. Az a körülmény, hogy az eredmények csaknem egybehangzóak voltak, ösztökél arra, hogy az organotherapiára a figyelmet újból felhívjam.

A kivezető cső nélküli mirigyek rendszere, tehát azon mirigyek összessége, melyek váladékukat közvetlenül a véráramba secernálják, tartja fenn a szervezet correlatióját. A sok egyedből álló mirigyrendszer működésének egyensúlyhelyzete a physiologiás correlatiót eredményezi. Ezen egyensúly-helyzet azonban nem nyugvó helyzet, mert hiszen a physiologiás fejlődés alatt is lényeges fluxiók történnek a correlatiós vagy hormopoëtikus rendszerben. A physiologiás egyensúly megbomlásával állhat elő a pathologiás correlatio és ennek tünetcsoportja, a correlatiós megbetegedés. A fejlődés alatt történő változások inog meg leggyakrabban a correlatiós egyensúly; így az ivarérés, a terhesség eleje, a terhesség vége, a szoptatás, a climacterium azok az időpontok, a mikor leggyakrabban a correlatio megbomlása. A belső secretiós mirigyek együttműködése a klinikai képet befolyá-

solja, néha leplezi úgy, hogy a hiányzó hormon működését más (synagonista) mirigy hormonja végzi, néha erősebben kifejezésre juttatja, úgy hogy a túlsúlyban levő antagonistá hormonok hatása érvényesül erősebben. Ezt a következő esettel világítom meg. Ha pl. fogamzás történik, a teherbeeséssel — physiologiás correlatiós ingás — kiesik a petefészek belső secretiós működése; ennek eredményeképpen jelentkeznek rendszeresen a gyomorémelygés, néha a kisfokú nyálfolyás, kisebb rosszérzések. Ezek a tünetek rendszeres körülmények között csekélyek és rövid ideig tartanak, mert más mirigy (a sárga test) hormonjai lépve működésbe, helyreáll az egyensúly, megszűnnek a tünetek. Némely esetben azonban a meg-ingott correlatio nem jut egyensúlyba: a hypophysis vagy egy másik, a sympathicus-tonust fokozó mirigy hormonjai nagyobb mennyiségben termelődnek, a nyálfolyás, hányás tovább tart és az anyagcsere befolyásolásával pathologiás folyamattá áll elő.

A correlatiós egyensúly tehát — mint már említettem — követi az étellel, a fejlődéssel járó változásokat. Az ilyen változások idején jelentkeznek leginkább a correlatiós megbetegedések, melyeknek folyamán látjuk azután az őket kísérő anyagcsereváltozásokat és következményeiket, melyek esetleg lényeges szervi és szöveti elváltozással járnak. A legnagyobb fluxio éri a correlatiót a pubertás idején, a mikor a már működő és egyensúlyban levő rendszerbe belekapcsolódik az ovarium belső secretiója. A gyermekkorban ugyanis a petefészek csak igen kevéssé működik és mai tudásunk szerint valószínű, hogy igen csekély belső secretiós funkciója van.

A pubertás idején az ovarium működésének hiányosságát annak következményét három formában látjuk: 1. amenorrhoea, 2. dysmenorrhoea, 3. functionalis menorrhagia.

Mind a három alakot, mint közös okból eredőt, együtt tárgyalhatjuk. Az a változás, melynek eredményeképpen a leánygyermekből hajadon lesz, a legritkább esetben történik meg a correlatio látható ingadozása nélkül. Emésztési zavarok, acne vulgaris, furunculosis, orrvérzés, fejfájás és hasúri szaggatás a leggyakoribb tünetek. A tünetek megszűntével helyreállhat az egyensúly az ovarium interstitialis sejtjei, a folliculus s a sárga test rythmikus működésének eredményeként. Ha azonban a correlatiós rendszerbe beleillesztett ezen elemeknek a működése elégtelen vagy csökkent, akkor előállanak a fentnevezett tünetek. A hiányzó hormonok nemcsak minust jelentenek a correlatio megingott helyzetében, hanem ugyanekkor az antagonistá mirigyek megduzzadását, erősebb működését és funkcióiknak fokozott teljesítését provokálják. Leggyakrabban a pajzsmirigy megduzzadását és kifejezett bradycardiát észlelünk, nagy fejfájások kíséretében, továbbá nyálfolyást és hányást, a mi a sympathicus-tonust fokozó mirigyek (hypophysis, thyróidea, mellékvese) hatása.

Az amenorrhoea néha az első néhány — rendszeren igen



kis mértékben jelentkezett — menstruatio után áll be, úgy hogy a menstruatio idején az összes kísérő tünetek jelentkeznek, a vérzés kivételével. Néha azonban, egyáltalán menstruatio nélkül, állandó bágyadság érzete lepi meg a hajadont, a mihez étvágytalanság, emésztési zavarok stb. csatlakoznak az eseteknek jelentékeny részében. E körképéből fokozatosan fejlődik ki az az állapot, melyet chlorosis név alatt ismerünk és melyről külön emlékezem meg. Öt-hat, ritkábban 10–12 hónaponként s még ritkábban jelentkezik a menstruatio rendszerint igen kis mértékben. A genitalis vizsgálat alkalmával igen kicsinynek, zöldbínyinak, sőt mandulányinak találjuk a méhet, hosszú vékony cervicalis részszel. A szondahosszal megadott adatok — épp ez okból megbízhatatlanok. Elég gyakran kíséri a fenti tüneteket a hirtelen elhízás (obesitas). Nem ritka az amenorrhoeának az az alakja, a mikor rendes működés (szülés, szoptatás) után áll be, többnyire obesitas kíséretében. Az egész constitutio anaemiás, a nyálkahártyák, különösen a nemi szerveken, halványak, vértelenek.

Ugyanilyen külsejük van és a genitalis leletük is azonos azoknak, kiknek 5–8 hetenkint, ritkán 4 hetenkint dysmenorrhoeás tünetekkel jelentkezik a havibaja. A dysmenorrhoeások tünetei úgyszólván egyén szerint különbözők, leggyakoribb panasz a nagy szaggató fejfájás, nem ritkán orrvérzéssel. A betegek leírásából nagy nyomásra, feszülésre, a koponyaerek lüktetésére és az orr, száj, garat nyálkahártyájának duzzadtságára lehet következtetni. A vérzés — akár a méhből, akár az orrból vagy szájból — megindulásával ez az érzés kissé alábbhagy, a hasürbe lokalizált fájdalmak, a nagyfokú bágyadság azonban rendszerint tovább tartanak. Néha, különösen a havibaj első napján, szinte önkivületi állapotban vonaglik a ptiens. Feltűnő hatást látunk az ilyenkor alkalmazott intravenás ovarium-injectiótól. Utána néhány percczel a beálló vérnyomás-csökkenésnek megfelelően az összes tünetek csaknem minden esetben megszűnnek.

Dysmenorrhoeában tehát hiányzanak a keringő vérből azok az anyagok, a melyek a méhet, a hüvelyt és a méhnyálkahártyát a menstruatióra előkészítik, fellazítják és a melyek az együttérző idegrendszert a mensis beálltával előállított ingadozáson átsegítik.

Az ovulatio lefolyása után vagy azzal egyidőben indul meg a menstruatio és tart a sárga test kifejlődéséig, rendszerint 3–4 napig. A sárga test funkciója a vérzés megszüntetése és az intermenstruációs szak fenntartása. Ennek megfelelően, ha a sárga test működése kiesik, akkor vagy nem szűnik meg a vérzés, vagy az intermenstruációs szakban is vérzés áll elő. Ez az a körkép, melyet functionalis menorrhagiának vagy pubertásos vérzésnek nevezünk. E vérzések makacsok, soká tartanak és néha oly mértékűek, hogy serdülő leányokon castratiót, sőt totalexstirpatiót is végeztek már vitalis javallathól. Az illetők rendszerint anaemiás külsejűek, rosszul tápláltak, a mi az állapotukat még aggasztóbbá teszi. Az organo-therapia megismerése e betegség terapiáját is lényegesen megváltoztatta. Akárhányszor hallok azonban most is, hogy gyakorlóorvosok a curetthez folyamodnak ilyen functionális vérzésnél, természetesen eredménytelenül. Több eredménnyel jár — legalább is pillanatnyilag több eredménnyel — a Röntgen-kezelés, a mely ugyan szintén a correlatio befolyásolása, de ellenkező irányban.

Theoriára és állatkísérletekre alapozott klinikai tapasztalatok alapján végérvényesen megállapíthatjuk, hogy e három betegség oka az ovariumok elégtelen működése, gyógyításuk tehát az ovarium hormonjainak a szervezetbe való juttatása. Az ovarium hormonjait egyrészt az ovarium szárításával előállított tablettákban, másrészt oldással készített kivonatokban hozták forgalomba. Sok klinikai tapasztalatból vont következtetés alapján legcélszerűsőbb, legegyszerűsőbb s főként a leghatékonyabb, ha a hormont közvetlenül a vénába fecskendezzük. Az intravenás therapia talán leginkább az organo-therapiában javult, minthogy a hormonok — melyeknek a szövetnedvekhez való affinitását és a gyomornedv iránti érzékenységét nem ismerjük — rendes körülmények között is a

vérebe választatnak ki. A vena medianaba vagy cubitalisba minden nehézség nélkül végezhetjük a befecskendezést. A hatás az adás pillanatában nyilvánul és sokkal kifejezettebb, mint a más úton való bevitel után. A vénába való fecskendezéssel elkerüljük a gyomor emésztő befolyását és a subcutan injectio fájdalmasságát. Esetemben a Richter G. által — még annak idején az én utasításomra — készített glanduovin, extr. corp. lutei és glanduitrin-készítményeket használtam.

Amenorrhoea esetén naponként vagy másodnaponként adunk glanduovin-injectiót a vénába 15-ös turnusokban, közben 2–2 heti pihenővel.

Dysmenorrhoea esetén másodnaponként adunk glanduovin-injectiót mindaddig, míg panaszmentes menstruatiót észlelünk; utána 2 heti szünet és 2 heti kezelés; ha a havibaj így panasz nélkül folyt le, 3 heti szünet és egy heti kezelés a mensis előtt. Ha így is panasz nélkül folyik le a havibaj, megfigyelés alatt tartjuk a menstruatiót 2–5 hónapig.

Functionalis menorrhagia esetén naponta adunk glanduovin-injectiót a vérzés megszűntéig, azután másodnaponként legalább egy menstruatio közti időn át. Sok kísérlet történt e betegség ellen a sárga testtel magával s annak izolált lipoid kivonattal; az eredmény azonban ugyanaz volt, mint a mikor az egész ovarium-kivonatot használtuk. Mindama kísérletek, melyek az ovarium hormonjainak izolálását célozták, eddig még vajmi kevés eredménnyel jártak. Az egész ovariumból és a sárga testből készült vizes kivonatot a két állandó oldat, melyben minden ismert tünetet okozó hormon befoglaltatik.

A chlorosis eddig a belgyógyászat körébe tartozó betegségnek tartották s a pubertas idején jelentkező vérelváltozást elezték vele. Az a sok theoria, melylyel a chlorosis magyarázták s részben még most is magyarázzák, mutatja, mennyire ismeretlen az oka. Virchow hypoplasias érendszer-theoriájától Noorden és Jagic közleményéig a betegséget egész sor theoriával igyekeztek magyarázni. Noorden és Jagic végre kimondotta, hogy a chlorosis az ivarmirigyek működési zavara és e zavar hatása a vérkészítésre. Az esetek túlnyomóan nagy részében a genitalis zavarok uralkodnak a körképben. Leggyakrabban az ovarium csökkent működésének fentemlített tünetei kísérik, nem ritkán elhízással. Azokban az esetekben, a melyekben a betegség különböző okokból nem kezeltek, lassanként bágyadság, álmatlanság, a legkülönbözőbb helyekre lokalizált fájdalmak s étvágytalanság miatt ágyba kerül a beteg. Fekvés és reconvaescentia, néhány hónapi javulás váltja fel egymást, esetleg éveken át, az alaptalalom fokozatos fejlődésével, a szervezet lassú leromlásával. A genitalis hypofunkción, illetve hypoplasian s a vérképen kívül úgyszólván minden esetben asthenia fejlődik ki, különösen a gastro- és coloptosis gyakori. Hónapokig, évekig kezelik, átvilágítják az ilyen amúgy is neurastheniás beteget; kórházból kórházba, sanatoriumból sanatoriumba kerül a nélkül, hogy tulajdonképpen baján segítve lenne. Egy 27 éves leánybetegünket például három különböző sanatoriumban és több kórházban 10 éven át összesen 14 szer világitották át. Elég gyakran találunk a székleletben vért, a mi azonban valószínűleg a ptosis következtében előállott pangásos vérzéstől ered. Nem egy esettel találkozunk, hol esetleges ulcus-diagnóissal laparotomiára került a beteg; a hasürben azonban csak ptosist és a belek tágultságát találták.

Nem minden eset húzódik s fejlődik ily soká. Az esetek nagy tömege a pubertas utáni években — esetleg a férjhezmenéssel, — diatás és vas-therapiára, a szervezet megerősödésével gyógyul, azonban igen gyakori a visszaesés. A recidivákban a chlorosis minden tünete megvan, csak a pubertas kora nincs meg s ezért nem tartják már chlorosisnak. Csaknem minden ilyen esetben meglévő tünet a sterilitas.

Az esetek túlnyomóan nagy részében a causalis therapiával rögtöni javulást és kevés kivétellel — hosszú ideig kezelve — teljes gyógyulást értünk el. Régi és eihanyagolt



esetekben, a melyekben a ptosis okozta emésztés-zavarok következtében erős lesóványodás állapítható meg, hizókúra, állandó fekvés mellett alkalmazzuk az ovarium-therapiát. Naponta 2 intravenás injectiót adunk 30 napon át. Az ovarium hatásaként úgy is élénkebb az anyagcsere s az erőltetett etetés következtében egy hónap alatt 3–6 kilogr. hizást is észleltem; a hizással párvonalosan az összes tünetek megszűntek. Hizás után a második hónapban mozgáshoz szoktatjuk a beteget, fokozott táplálás és naponként vagy másodnaponként adott ovarium-injectio mellett. Sok esetben, különösen a régóta fennálló esetekben, észleltünk recidivát, de ezek gyorsabban reagáltak a kezelésre, mint az első alkalommal.

A correlatio megingását mint fent említettem — gyakran észleljük a terhesség elején, végén, a szoptatás alatt s a climacteriumban. A terhesség elején a leggyakrabban észlelt tünet a nyálfolyás, az émelygés, a hányás és a fejfájás. A tünetek teljesen olyanok, mint dysmenorrhoe esetében, csak hosszabb ideig állanak fenn. A hányás szokott a legtovább fennállani s néha nagy mértékben jelentkezik. Ha a correlatió egyensúly nem áll helyre, vagy causalis therapiával nem tartóztatjuk fel a betegséget, a folytonos hányás okozta fehérjevesztés annyira megzavarja az anyagcserét, hogy egyes szervekben súlyos szöveti elváltozások fejlődhetnek, melyek a szervezet elpusztulására vezetnek (atrophia hepatis flava). Korán megkezdett ovarium-therapiával eddig még minden esetben meg tudtuk szüntetni a hányást és így megmenteni a terhességet. Későn — erősen leromlott szervezet mellett — egy eset került kezelésünk alá, mikor a terhességnek azonnali megszakítása és ovarium-therapia ellenére a beteg az első 24 órában meghalt (sectio lelete: atrophía hepatis flava).

Terhességi hányás (hyperemesis) eseteiben eljárásunk ez: fektetés, felpolcolás, 1–1½ óránként kis adagokban könnyen emészthető sűrű vagy szilárd táplálék (nem tej!), burgonyapüré, bab-, borsópüré, kevés fehér hús, sonka, vaj stb. esetleg klysmá és naponta egy vagy két intravenás ovarium-injectio. Néhány nap alatt teljes gyógyulást látunk csaknem minden esetben, igen ritkán tart a hányás valamivel tovább.

A terhesség végén észlelhető chloasma, a végtagok, az arc duzzadása és a pruritus ritkán szerepelnek mint betegség, a terhesség megszűntével pedig hamarosan visszafeloldódnak.

Terhességi pruritus és ekthyma két esetét észleltük, melyek egyikét itt röviden ismertetem. D. S.-né amenorrhoea és obesitas post partum miatt állott kezelés alatt. Kétszer 15 ovarium-injectio után néhányszor rendszeresen menstruált, 15 kgr.-ot fogyott. Csakhamar terhes lett. Terhességének 5. hónapjában igen kínzó pruritus universalis lepté meg. A vizeletben cukor nincs. Carbolos vízzel (3%) ecsetelésekre és zinkoxyd-talcum (10:100) behintésre, néhány nap alatt a viszketőség elmúlt, kivéve a Venus-dombot és a két nagy ajkat. Itt a viszketés fennállott továbbra is és csakhamar dermatitis fejlődött. Néhány nappal azután a szőrtüszők genyedését is konstatáltuk. Bőrgyógyászt consulálva, a legkülönbözőbb eljárásokat kíséreltük meg, de az állapot mind rosszabb lett, a viszkető égető érzés állandóan megvolt, a genyedés pedig reáterjedt a bőr mélyebb rétegeire s elterjedt a folyamat az alhasra s a két czomb belfelületére. Két hónapi eredménytelen kezelés után gondoltunk csak correlatiós megbetegedésre s kísérelték másodnaponként egy intravenás ovarium-injectiót adunk. Már a 2. injectio után megszűntek a subjectiv panaszok s a helyi kezelés mellett néhány hét alatt teljes gyógyulást értünk el. A folytonos rosszabbodás után ugyanazon kezelés mellett felöltő volt a javulás az ovarium adagolása után, úgy hogy nagy valószínűséggel mondhatjuk, hogy az organotherapiás beavatkozás legalább is befolyásolta a betegséget.

A terhességi nephritisről és eclamsiáról akarják legújabbban bizonyítani, hogy belső secretiós megbetegedések. Bár kétségtelen, hogy sok klinikai tapasztalat szól e feltevés mellett, a bizonyítása azonban még olyan stadiumban van, hogy vele itt foglalkozni túlhaladná e közleménynek szánt keretét. Ugyanígy kevésbé bizonyított a placenta belső secretiója is. Nem ismerjük eddig semmi physiologiás functióját, az etetési kísérletek is igen keveset bizonyítanak.

Szoptatás alatt rendes körülmények között az igazi sárga test vagy a mamma belső secretiós hatásaként szünetel az ovulatio s ezzel együtt szünetel a menstruatio. Gyakran

látjuk azonban a lactatio idejében, talán a mamma vagy a sárga test hiányos működése következtében, hogy kisebb, ritkán nagyobb vérzések jelentkeznek. E vérzések igen jóindulatúak s mamma- vagy sárga test-kivonat néhány injectiójára hamarosan megszűnnek. Ilyen kisebbfokú ingadozást látunk a szoptatás megszüntetésekor is, de ez is könnyen befolyásolható.

Az operatiós és Röntgen-castratio után, ugyancsak a physiologiás climaxban is igen gyakoriak a correlatio ingadozására visszavezethető tünetek. Az ovarium belső secretiójának kiesési tünetei közül ez esetekben főleg a hevülések, kínzó, heves fejfájások, idegesség, álmatlanság és fáradtság szerepelnek leggyakrabban. A physiologiás climacterium ezen tüneteit gyakran még a vérzés rendellenességei is komplikálják. Az ilyen, a vérzéstől gyakran igen elgyengült betegek ovarium-kezelése csak az ilyenkor mindig javult explorativ curette után indítható meg. A betegek kora is, de talán a tünetek kínzó volta az oka, hogy a climacterium idejébeli kiesési tünetek oly gyakran foglalkoztatják a szakorvost.

Az operativ castratio utáni napok a klinikán szemünk előtt folynak le s közvetlenül észlelhetjük a jelentkező tüneteket. Igen gyakran látunk palpitió cordist, melylyel együtt olykor hevülés, elpirulás jelentkezik. Climax praecox esetén úgyszólván állandóan vannak ilyen kísérő tünetek, illetve leggyakrabban ezen kísérő tünetek miatt kerül az illető orvos elé.

Ezen kiesési tünetcsoportot is intravenás ovarium-injectiókkal kezeltük. Az operatiós és Röntgen-climax tünetei hamarosan (egy-négy hónap alatt) gyógyulnak s ritkán recidiválnak, a rendes climax és különösen a climax praecox tünetei 1–1½ évig, sőt jóval tovább is folytonosan recidiválnak. 4–6 injectiót szoktunk adni a menses előtti 8–10 nap alatt, illetve a tünetek jelentkezésekor. 3–4 ilyen turrius után az esetek nagy részében a tünetek többé nem jelentkeznek; a recidiváló esetekben 1–2 évig is folytatjuk havonként a kezelést.

A kiesés vagy csökkent működés okozta tünetekkel merőben ellentétes tünetcsoportot látunk metrorrhagia — helytelenül metritis chronica vagy endometritis chronica haemorrhagica — eseteiben. Ez normalisan fejlett vagy hyperplasiás genitáliájú egyéneken az ivarérettség korában jelentkező, túlnagy és gyakori vérzésekkel járó megbetegedés. Régebbi elnevezései, melyek az endo- és myometrium gyuladással megbetegedését mondják a betegség okának, már elavultnak, megdőntöftnek tekinthetők. Kétségtelenül bizonyított, hogy e méhüri vérzést a correlatio megváltozása okozza. Ma még kissé korainak kell mondani a gyakorlóorvos szempontjából azt a felfogást, mely a myomát és a myomás vérzéseket is ily okból eredőnek tekinti s a myoma therapiáját is ennek megfelelően akarja végezni. Bár kétségtelen, hogy e felfogásnak erős elméleti alapja van és sok kísérleti tény igazolja, mégis a myoma therapiája ma még a Röntgen és az operatio. A Röntgen-kezelés a legnagyobb valószínűség szerint szintén a correlatio befolyásolása útján hat, kétségtelenül azonban ez még nincs bizonyított. A besugárzás hat egyrészt az ovariumra — belső secretiójára —, másrészt magára a besugárzott szövetre. Ez utóbbi hatást azonban legutóbb is erősen tagadják s mindinkább a belső secretio megváltozásának tudják be. Az ovariumra a Röntgen-sugarak kétségtelenül erős zsugorító, a belső secretiós működést bénító hatással vannak, ez a hatás azonban múló természetű. A myománál és a metrorrhagiánál így az alkalmazott Röntgen-therapiának elméleti alapja van, mely magyarázza az elért kívánatos, jó eredményt, ellentétben a functionalis vagy pubertasi metrorrhagiával, hol a Röntgen-sugarak az amúgy is hiányosan működő ovariumot a teljes nyugalmi állapotába hozzák vissza. Ezeknél, ha van is vérzescsillapító hatása a besugárzásnak, nem mondható a hatás kívánatosnak.

A metrorrhagia leginkább két formában szokott megjelenni: az egyikben 14–21 napi szünettel köszönt be a vérzés és 4–14 napig tart, a másikban alig van egy-két



nap szünet, állandó a vérzés hetekig, hónapokig, rendszerint kis mértékben, de közbe-közbe erősen. Ez utóbbi megjelenésű alak szoptatás alatt és után, szülések után szokott mutatkozni, a mikor rendszeren működő ovarium mellett kiesik, illetve nem kapcsolódik be a sárga test vérzést gátló funkciójára. A metrorrhagiák therapiája — az ezelőtti mosások, méhinjectiók és curette helyett — tisztára a correlatio befolyásolása. E. tünetcsoportot, minthogy az ovarium fokozott működése által tartatik fenn, antagonista mirigyek kivonatának befecskendezésével kezeljük. Az antagonista mirigyek kivonatai közül ismételt ajánlásra a thyreoidea, a mamma és a hypophysis kivonatait használják legáltalánosabban. Naponként 1—2 intravenás injectio néhány nap alatt megállítja a néha igen erős vérzést, akár hypophysis-, akár thyreoidea-, akár mamma-kivonatot adunk. Legerősebb a hypophysis kivonatainak a hatása. Miután mind a hármat kipróbáltuk, most úgyszólván kizárólagosan a hypophysis kivonatait (glanduitrin Richter) használjuk.

Azokban az esetekben, a melyekben folytonosan tart a vérezgetés, a sárga test kivonatainak vérzésgátló hatását tettük próbára jó eredménnyel. A correlatio ugyanolyan zavarát véltük ilyen esetekben feltételezni, mint a pubertasi functionalis vérzéseknél. A sárga test kivonatait a vérzés megszűnéséig naponta, azután még 3 hétig másodnaponként fecskendeztük be. (A menstruatio alatt s az ezt megelőző héten nem adunk injectiót.) Az esetek túlnyomóan nagy része hamarosan meggyógyult, míg az esetek egy részében a teljes gyógyulás hosszabb megfigyelés, esetleg ismételt kezelés után következett csak be.

A therapiás eredmények kétséget kizáróan igazolják e betegségek aetiologiáját. Röviden összefoglalom, a mit az ivarmirigyek működéséről ma tudni vélnek és ebből levezetem majd a fent tárgyalt kórfolyamatok pathogenesisét.

A kifejlett ovariumban 3 mirigy van: a follicularis rendszer, az interstitialis sejtek és a rythmososan képződő sárga test. A gyermekkorban az ivarmirigyeknek igen kevés funkciója ismeretes. Az ivarmirigyek, ivarszervek fejlődése a hypophysis és a thyreoidea funkciójára. Ennek megfelelően a pubertas koráig a petefészekben igen kevés változás észlelhető: a folliculusok közül néhány lassan-lassan fejlődik, azonban nem érik meg, hanem korábbi stadiumban elhegesednek. Az interstitialis sejtek ilyenkor laposnak, nem-működőnek látszanak. Minél korosabb a gyermek, minél közelebb ér a pubertas korához, annál jobban kifejlődik a folliculus. A folliculusok az érési folyamat alatt belső secretiós működést is fejtenek ki. A leányosság, azok a sajátságok, a melyek a leánygyermeket a fiútól megkülönböztetik, a folliculus-sejtek belső secretiójának a hatása. A pubertas koráig a sárga test nem fejlődik, az interstitialis sejtek laposak, nem működnek, úgy hogy ilyenkor az ovariumban az egyetlen működő tényező a folliculus-systema. A mikor a fejlődési folyamat eredményeként a folliculus megéri, akkor köszönt be a pubertas. Az interstitialis sejtek, a folliculus és a folliculus helyén képződő sárga test ekkor kezdik meg tulajdonképpen működésüket. Az interstitialis sejtek működésének hatása a másodlagos nemi sajátságok kifejlődése, a folliculus-sejtek feladata az ovulum megérlelése mellett a menstruációs változások előkészítése (a genitális szervek fellazulása, hyperaemiája, az endometrium elváltozásai). A mikor a folliculus megérett s a hólyag megreped, akkor, vagy közvetlenül utána megindul a menstruációs vérzés. A folliculus-sejtek belső elválasztása a hólyag megrepedésével megszűnik. Ugyanez az ovulum is levált. A secretiónak ez a megszűnése megbontja a correlatio egyensúlyi helyzetét s ekkor észleljük a menstruációs moliminákat. A folliculus-sejtek kivonata — tehát valószínűen a belső secretiós váladéka is — a vérnyomást csökkenti, vagyis a sympathicotoniás mirigyek antagonistája. A mikor ez az — a folliculus-sejtek secretiójának megszüntétől a sárga test működéséig tartó — egyensúlybomlás fennáll, akkor a sympathicotoniás mirigyek kerülnek túlsúlyba. Ez idő alatt, ha aránylag több a sympathicotoniás mirigy (hypophysis, mellékvese, thyreoidea) secretum, vagy hiányos az ovarium belső elválasz-

tása, fokozott mértékben jelentkeznek a moliminák s esetleg a dysmenorrhoeát okozzák. Ezen aránytalanságnak, mely mindig előáll, ha hiányos, illetve túlkevés volt az ovarium részéről termelt váladék, az eredménye a *dysmenorrhoea*. A dysmenorrhoea oka tehát az ovarium hypofunctiója révén előállt correlatio egyensúlybomlás. Helytelenül értelmezi *Aschner* a magyarázatot, a mikor azt írja, hogy én a hypophysis hyperfunctióját tartom a dysmenorrhoea okozójának. De viszont el kell ismernünk, hogy a dysmenorrhoea tünetei kétségtelenül ugyanazok, mint a hypophysis hyperfunctiójának a tünetei.

Azokban az esetekben, a melyekben a folliculus nem érik meg és sejtjeinek belső elválasztása hiányos, nem köszönt be a rendes menstruatio. Nem teljesen bebizonyított, de valószínű az a feltevés, hogy a gyermekkorban a folliculus-sejtek belső secretiójának a hatása az, hogy a következő folliculus a teljes megéréshez mindig valamivel közelebb jut, mint az előbbi folliculus. A klinikai megfigyelés, úgyszólván a szövettani lelet e feltevést igazolja. Ha tehát a folliculus secretiója hiányos, az azután következő folliculus sem érik meg jobban, mint az előző. Ezzel a folliculus teljes megérési ideje, vagyis a pubertas ideje eltolódik, illetve az egyén nem menstruál a physiologiás időben: *amenorrhoea*. Más esetben a már jelentkezett menstruatio után lehet hiányos a folliculus belső secretiója s ekkor áll elő ugyanolyan mechanizmussal az előbbi vázolt eset, az *amenorrhoea*. Menstruatiókor a sárga test kifejlődésével, illetve functióba lépésével az egyensúly — a sympathicotoniás mirigyek rovására — helyreáll. A sárga test kivonata ugyanis csökkenti a vérnyomást. A sárga test tartja fenn az intermenstruációs szakot, termékenyülés esetén a petenidatióját teszi lehetővé. Ha a sárga test működése csökkent vagy kiesik, az intermenstruációs szak megrövidül, esetleg folytonos a vérzés: *functionalis menorrhagia*; termékenyülés esetén pedig nem mulnak el a fogamzást kísérő tünetek, sőt fokozódhatnak (*hyperemesis*), terhesség alatti vérezgetések, menstruatiók jelentkezhetnek (esetleg abortus).

A belső secretiós mirigyek működésénél *hypo-* és *hyperfunctiót* különböztetünk meg, illetve ezeknek létezését kétségtelenül be tudjuk bizonyítani. A klinikai, de meg a kísérleti- leg előállított esetekben sem kapjuk meg a tiszta *hypo-* vagy *hyperfunctio* képét. A belső secretiós mirigyrendszer egyik factorának kiesését vagy hyperfunctióját a többi antagonista vagy synagonista mirigy működésének megváltozása követi és ez a megjelenési képet esetről-esetre másképp befolyásolja. A kísérleti s még inkább a klinikai megfigyeléssel szerzett tapasztalatok alapján sikerül minden tünetnek az okát megtalálni egy mirigyfunctio-változásban, a substitutiós és elvonó kezeléssel pedig sikerül a tünetek jelentékeny részét meg is szüntetni. Ez utóbbi tapasztalatok azután megerősítik az előbbi feltevéseket. Az extirpatió, az etetési és átültetési kísérletek tanulságait és a therapiás tapasztalatokat összevonva, a *hypo-* és *hyperfunctio*val tehát sikerül még a legbonyolultabb correlatiós képet megmagyarázni s bizonyos mértékig befolyásolni is. S ha a correlatio rendszerben oly folytonos „Wechselwirkung“-ot, „felváltó működés“-t az esetek magyarázásakor számbavesszük, akkor nincs szükségünk a *dysfunctio* felvételére (*Falta*). A *dysfunctio* a mirigy működésének qualitativ elváltozása. Az amúgy is bonyolult helyzetet a correlatio zavarokban a *dysfunctio* mint harmadik ismeretlen tényező csak feleslegesen komplikálná. *Ascher*-nek az ellenkezőt bizonyítani akaró fejtegetései nem meggyőzők. A *hypo-* és *hyperfunctio* ellen az elvonó és substitutiós therapiával tudunk védekezni, míg a *dysfunctio* ellen ez nem volna elégséges. Gyakorlati szempontból tehát lényegesen előnyösebb a *Falta* felfogása, melyet annál inkább el kell fogadnunk, mert elméleti szempontból is az a helyes és a tapasztalat is azt látszik igazolni.

Az irodalomban úgyszólván teljesen figyelmen kívül hagyják — még *Ascher* nagy munkájában is — a hormonok hatástanát. Bár a kísérletezők egyhangúan ajánlják a therapiás használatukat, még mindig bizonytalan, hogy hogyan fejti ki a beadott hormon az észlelt hatást. Ama körülmény-



ből, hogy egynéhány köbcentimeter extractum néha hónapokra, sőt végleg helybillentheti a correlatiót, azt lehet következtetni, hogy a beadott hormon serkentve helyreállítja a szervezet hormon-productióját, illetőleg úgy befolyásolja a belső secretiós rendszert, hogy működésének eredménye a physiologiás correlatio. Más esetekben azonban hónapokig rendszeresen juttatunk hormont a szervezetbe, a kezelés alatt semmi pathologiás tünet nem észlelhető, de ha a szervezetet magára hagyjuk, hamarosan recidivál a baj. Ez utóbbi esetet kétféleképpen magyarázhatjuk. Elsősorban — és ez a valószínűbb — az előbbivel megegyezően úgy, hogy a hormopoëtikus rendszerben oly egyensúlyváltozás van, hogy csak a folytonos hormon-beadással állandóan serkentve, izgalomban tartva a gyenge működésű mirigyét, érünk el tünetmentes állapotot, ha pedig az izgatás megszűnik, ismét előáll a működési minus. A másik lehetőség az, hogy a beadott hormon mint gyógyszer maga hat s ebből kifolyólag azután, ha nincs gyógyszer a szervezetben, elmarad a hatás.

### Agydaganat ritkább esete.

Irta: *Büchtler Pál* dr., klinikai gyakornok.

Az Ospedale da Campo-ban a következő esetet boncoltam, melynek közlését érdekesnek tartom.

S. Luigi 33 éves katonáról van szó, a ki a 7. alpesi vadászrezredben az egész háborút végigküzdötte, orvosi viziten sohasem volt, szolgálatát lelkiismeretesen végezte, rosszullétről nem panaszkodott; márczius 2.-án dolga végzése közben hirtelen összeesett és néhány rángás után meghalt. Az esetről bővebb felvilágosítást barátai sem tudtak adni, minthogy az illetőt mindig egészségesnek ismerték.

A dura erősen feszül, különben elváltozást nem mutat.

A bal félteke erősebben domborodik, mint a jobb, tapintata rugalmas. A bal oldalkamara annyira tágult, hogy az agyállományból helyenkint csak néhány milliméternyi kéreg maradt meg. A kítágult ventriculus ependymája fénylő és folytonosságában seholt sincsen megszakítva. Az így keletkezett ürben egy kisalmányi, kocsonyás tapintatú, gránátalmaszínű daganat foglal helyet, mely a plexus chorioideussal van összekapaszkodva.

Más szervben, a mesaortitis lueticát leszámítva, számbavehető elváltozás nem volt található. A daganatnak kórszöveti vizsgálatát a paduai pathologiái intézet végezte. A mikroskopi készítmény kis orsósejtes sarkomát mutatott, a mely a plexus chorioideusból indult ki.

Az eset azért érdekes, mert a nagy daganat, mely nyomásával az agy állományát ily nagy mértékben sorvasztotta, semmi oly tünetet nem okozott, a mely az illető bajára nézve gyanút ébreszthetett volna.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**Typhusellenes védőoltásokra** vonatkozó tapasztalatait közli *Besten*. A 13.000 lakosú Euskirchen városban a megszálló angol csapat parancsára a 6—45 éves lakosokat kötelezőleg be kellett oltani typhus ellen. Később két szomszédos helysége is kiterjesztették ezt a rendelkezést, még pedig itt már az 55. életévig, mert Euskirchenben több 45 évesnél idősebb egyén is megbetegedett typhusban. Az oltások angol anyaggal történtek, a mely előlt typhusbacillusok mellett paratyphus A és B bacillusokat is tartalmazott. Minden esetben két oltás történt 10 napos időközben. Az oltás alól fel voltak mentve a lázasok, az előrehaladt tüdővészések, a terhesség három utolsó hónapjában levők és a gyermekágyasok (eleinte 3 hónapig a szülés után, később, a mikor az oltás ártalmatlansága a szoptatás szempontjából beigazolódott, csak a szülés után 4 héttel). Összesen 14.343 egyént

oltottak. Végső következtetéseit a szerző ezekben foglalja össze: Az oltás az egészségi állapotot nem befolyásolta károsan. Kedvezőtlen befolyás a terhességre és a szoptatásra nem volt kimutatható; fennálló idősült betegségekre sem volt káros hatású az oltás. A paratyphus-bacillusokkal kevert angol oltóanyag nem okozott erősebb reakciót, mint az egyedül typhusbacillusokat tartalmazó német anyag. Az incubatiós szakban levő egyének az oltás elősegítette a betegség kitérését s ez alapon is hasznosnak bizonyult az oltás, mert az esetek korábban ismertethetvén fel, könnyebb volt a védekezés. Az oltott egyének betegségének lefolyása enyhébb volt. Befolyás a typhus-morbiditásra nem volt kimutatható, a mit a szerző azzal iparkodik magyarázni, hogy a kétszeri oltás még nem elegendő teljesen, úgy hogy háromszori oltást ajánl; tekintetbe veendő továbbá az is, hogy az oltásra kötelezettek korhatára nagyon szűkre volt szabva s ezért a fertőzés veszélye a nagyszámú nem oltott közt előfordult megbetegedések révén elég tetemes volt. Az Ostendeben tett tapasztalatok szerint a korhatárt erősen bővíteni kellene: a 3. évtől a 70. évig. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1920, 12. szám.)

### Sebészet.

**A czombtörések kezelésére Nussbaum** készüléket ajánl, hogy kezelés közben korán mozgatható legyen a térdizület. A készülék a következő: Két hosszanti oldalsín, melyek a térdizület magasságában mozgathatók. A czomb-rész aránylag rövid, a lábszár-rész hossza szabályozható. A két hosszanti sín három félkör alakú harántpánttal van összerakva. A harántpántok hossza olyan, hogy a két hosszanti sín között a végtag kényelmesen elfér. A czombnak megfelelő részen két-két horg van és ugyanilyen egy-egy horg a lábszár-rész lábvégén. Használatkor a készüléket lazán a végtagra pólyázzuk és a végtagot a Florschütz- vagy Phlaner-féle suspensiók készüléke akasztjuk a Nussbaum-készülék segítségével. Az exstensiót úgy végezzük, mint az a Florschütz-készüléknel elő van írva. A mozgatóskor a nyújtáshoz használandó súlyokat ideiglenesen el kell távolítani. Az oldalt eltolódásokat a hosszanti sínek gátolják meg. (*Münchener mediz. Wochenschr.*, 1919, 37. sz.) *Sarkadi dr.*

**Tüdőlövés** 223 esetében tett tapasztalatairól számol be *Frankenburger*. Haemoptoe valamennyi esetben megállapítható volt; átlag 2—4 napig tartott, csak ritkán egy hétnél tovább. A gyógyulás gyorsasága tekintetében a haemothorax korai punctiója és nem pungálása között különbséget nem talált. Látott nagy, nem pungált haemothoraxot gyorsan felszívódni és viszont korán pungáltakat lassan, a pleura nagyfokú hegesedésével gyógyulni. A sérültek közül 145 minden szövödmény nélkül gyógyult, a többi közül 7-ben pneumothorax, 4-ben pyothorax, 3-ban böremphysema, 4-ben pyopneumothorax (nyitott), 11-ben empyema, 1-ben tüdőtályog, 29-ben pneumonia, 2-ben pericarditis, 1-ben mediastinitis purulenta, 3-ban a hasi szervek sérülése, 6-ban heveny florid tuberculosis volt a szövödmény. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1919, 20. sz.) *Kovács dr.*

**Ureter-kő okozta zavarok miatt végzett vesekiirtás** esetét ismerteti *Kroiss*. Arteriosclerosisban szenvedő 61 éves férfibetegről volt szó, a kin az évek óta fennállott és fokozatosan súlyosbodott subjectív panaszokból, valamint az objectív vizsgálatok összességéből kétségtelenné vált, hogy a jobboldali ureter lumenét a hólyagba való szájadzása felett 2 cm.-rel jelentékeny nagyságú kő zárja el. Az időnként jelentkezett stenocardialis rohamokat a szerző az ureterkövel hozta kapcsolatba, a láz okát pedig a kő körüli genyedésből magyarázta. Tekintettel arra, hogy a beteg szervezetének ellenállóképesége koránál fogva csökkent, a kő helyzetének nehéz anatómiai viszonyai és a feltételezett genyedés pedig az infectiót aligha tették volna elkerülhetővé, tekintettel továbbá arra, hogy a kő nem mint idegen test, hanem mint a húgyutakba iktatott akadály okozta a panaszokat, a szokásos műtétek helyett (*sectio alta*, nephro-pyelo-ureterostomia)



nephrectomiát végeztek paravertebralis érzéstelenítésben. Utána körülbelül 6 héttel teljesen egészséges lett a beteg. Az ér-rendszer megbetegedésének tünetei visszafejlődtek, a vesekő-kólikára jellemző kisugárzó fájdalmak teljesen elmúltak, a beteg stenocardialis rohamai megszűntek s a megmaradt vese kifogástalanul végzi működését immár másfél év óta. A beteg panaszmentes és az eredménnyel nagyon megelégedett. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 24. szám.)  
Sárkány dr.

### Szemészet.

**Adalék az exophthalmus ismeretéhez a melléküregek megbetegedésénél** címmel közöl esetet Zade tanár (Heidelberg). 35 éves férfi két hete veszi észre, hogy bal szeme a szemüregből kidagad és azóta balra nézéskor kettősen lát; a szemben nyomó érzése van, náthás és baloldali fejfájásról panaszodik. A lues vagy tuberculosis semmiféle tünetét sem lehet kimutatni, a Röntgen-vizsgálat rendes viszonyokat tüntet fel, az orr megvizsgálása ugyancsak rendes viszonyokat mutat, semmiféle jele a melléküregek megbetegedésének. A kettős képeken kívül paracentralis skotoma; a szemfenék normális. A nátha és a fejfájás melléküreg-megbetegedés mellett szólt, de ezzel szemben állott az orrvizsgálat teljesen nemleges volta. A paracentralis akotoma csupán annak a tünete, hogy a látóideg a lefutásában valahol valamiféle zavarnak van kitéve. Minthogy a Wassermann-reactio eredményét nem akarták bevárni, a beteg 2-szer naponta 1—1 evőkanál jódkáli-oldatot szed (10:200). A Wassermann-reactio különben negatívnak bizonyult. Az exophthalmus jódkáli mellett lassan ugyan, de állandóan visszafejlődött, teljesen azonban nem múlt el. A nátha erősbödése miatt egy hónap múlva a jódkáli szedésében szünet. Az orrlelet ekkor is negatív. Ugyanekkor csekély hőemelkedések, melyek kb. két hétig tartanak. Az akkor végzett újabb orrvizsgálat kideríti, hogy a bal orrüreg erősebben eldugasztolt, a bal choana három apró, hurkaszerű kidudorodást mutat, melyek közül a felső és az alsó fehéres színű, a középső vöröses, daganatszerű. 8 nappal később az alsó kagyló lényegesen túltengett elülső végét eltávolítják és a vérzés csillapítása után kiténik, hogy az orr bal felét nagy, duzzadt tömeg tölti ki. A szondának a daganat elülső falába hatolása után sűrű, sárgás színű, nyúlós folyadék ürül, melylyel kapcsolatban az exophthalmus jóformán azonnal visszafejlődik. **Diagnosis:** a rostacsont mucokelése. A szerző cikket a következő elmélkedéssel fejezi be: Egyoldali exophthalmus a melléküregek megbetegedésének objectív tünete nélkül jódkáli nagy adagaira visszafejlődik, jöllehet a folyamat nem lueses természetű; ezért óvatossággal kell megítélni az oki összefüggését a jód-therapiának a javulással. Csupán két havi megfigyelés és ismételt vizsgálat után lesz láthatóvá a daganat, mely próba-bemetszés után a rostasejtek mucokelésének bizonyul. A genyes tartalom kifolyása után az exophthalmus azonnal visszafejlődik és rövidesen megszűnik a szemizom-zavarok is, csupán a látásélesség csökkenése és csekély kiterjedésű skotoma marad vissza. (Zeitschr. f. Augenheilk., 1918, XL. kötet, 3. füzet.)  
H. K.

**Általános mérgezésről homatropin becsepegtetése után** ír Hochgürtel. A homatropint, melynek 1%-os vizes oldatát majdnem kizárólag vizsgálati célból használjuk pupilla-tágítónak és jóformán sohasem therapiás célból, teljesen ártalmatlan szernek tekintjük. Mint minden pupilla-tágító szer azonban a homatropin is fokozza az intraocularis nyomást és így glaukomára hajlamos szemben acut glaukomarohamot okozhat; ilyen esetet többet írtak le. Egyszer-más-szor kötőhártyahurutot is okoz, úgy mint az atropin. Eltekintve ezektől a ritka helyi bántalmaktól, a szervezetre való általános mérgező hatásáról nem igen tudunk és *Erb*-ben is az ő tankönyvében mindössze egy esetről emlékszik meg, melyben egy 6 éves gyermeknél néhány csepp homatropin-oldat becsepegtetése után általános mérgezés-tünetek jelentkeztek: az arcz kipirosodása, szárazság érzete a garatban, nyelési

nehézségek, szívdzavarok tachycardia vagy bradycardia alakjában, rendetlen érverés, alig érezhető pulsus, gyengeség, bizonytalan járás, végtag-reszketés, collapsus, ájulás. Már az 1918/19. év telén feltűnt a bonni klinikán, hogy úgy gyermekeken, mint felnőtteken homatropin 1%-os oldata egy cseppjének becsepegtetése után a pupilla tágulása feltűnően hosszú ideig tartott (rendes körülmények között 8—10 óráig belül elmúlik a mydriasis); előfordult, hogy még néhány nap múlva is tartott a maximalis homatropin-hatás. Utóbb azután megtörtént, hogy rövid időn belül 3 esetben általános mérgezés jelentkezett, melynek tünetei igen súlyos természetűek voltak: az egyik eset 74 éves férfira, a második 12 éves, a harmadik 10 éves leányra vonatkozik. Hogy az általános mérgezés a homatropin-becsepegtetés okozta, alig lehet kétséges; de hogy miért éppen csak ebben a három esetben jelentkezett 8 nap lefolyása közben, míg sok más betegen, kiknek ugyanabból az oldatból csepegtettek be ugyanakkor, semmi kellemetlen hatás sem mutatkozott, azt megállapítani nem sikerült. Tévedés az oldat készítésében biztossággal kizárható, a készítmény előállítására is teljesen rendes volt. A szerző a mérgezés másféleképpen nem magyarázhatja, mint úgy, hogy mind a három egyén táplálkozása a háborús idő folytán fogyatékos volt és lehetséges, hogy rosszul táplált, satnya egyén kisebb mennyiségű homatropinra is már általános mérgezési tünetekkel reagál. Okulva a tapasztalatokon, a klinikán azóta csak 1/2%-os homatropin-oldatot használnak és újabb általános mérgezés-eseteket most már nem is látnak. (Zeitschr. f. Augenheilk., 1919, XLI. kötet, 5. füzet.)  
H. K.

### Gyermekorvostan.

**Az enuresis nocturna kezeléséről** ír Pototzky (Berlin). Szerinte igen fontos az egyéni kezelés. Galvanizációt és faradizációt csak oly esetekben ajánl, a melyekben tapasztalat szerint suggestiv lehet hatni. Általában — de főleg ideges gyermekeken — a durva eljárásokat elveti. A suggestiv eljárások közül csak az úgynevezett „milieusuggestio“-t ajánlja. (Zeitschr. für Kinderheilkunde, 1919, 21. sz.) Azonkívül dicséri a nappali vizelet-visszatartásnak tervszerű gyakorlását. Mindemellett a gyógyszeres kezelést sem hanyagolja el. Kiindulva abból a tapasztalatból, hogy a nemi apparatus izalmainál a kámfor csillapító hatást fejt ki, sok esetben kipróbálta ezt ágybavizelésnél is és kedvező tapasztalatokat szerzett. A kámfort mésszel kombinálva adja a következő formában: Rp.: Camph. monobrom. 0.1, Calc. lact. 1.0. Dent. tal. dos. XX. DS. 2 port naponként. 14 napig rendeli s szükség esetén két heti szünet után megismétli. A táplálék inkább szilárd legyen. Folyadék lehetőleg csak a nap első felében fogyasztandó. (Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 7. szám.)  
Pártos Viktor dr.

### Venereás betegségek.

**A nők végbélgonorrhoeáját** vizsgálta Harald Boas (Kopenhága). Jöllehet a női gonorrhoea a legelterjedtebb betegségek egyike, a végbélkankót mint fontos és egyáltalában nem ritka complicatiót alig méltatják figyelemre. Gyakoriságát e szövődésnek az egyes szerzők igen eltérően állapítják meg. Míg például Mucha 10.8%-ban talált kankós proctitist, addig Almkvist a gonorrhoeás nőknek csak 3%-ában mutatta ki e szövödményt. Szokatlanak, sőt túlmagasnak látszik Birger adata, mely szerint a végbélkankó felnőtteken 51%-ban, gyermekeken 73%-ban található complicatióképpen. Az infectio módja a legtöbb esetben nyilván az, hogy a gonorrhoeás váladék a nemi szervekről a végbél felé folyik. Egyéb okok bizonyára jóval ritkábbak (peno-rectalis coitus, abscessusperforatio, mechanikai átvitel például ujjal stb.). A szerző gonorrhoeás kórházi nőbetegeit hetenként vizsgálta a végbélkankó szempontjából. A rectalis gonorrhoea diagnózisát csakis akkor állapította meg, ha a gonococcusokat Gram-festéssel is sikerült kimutatnia. Összesen 88 nő került vizsgálatra. Ezek közül végbélkankósnak 14 bizonyult, a mi



16<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-nak felel meg. A végbélkankós esetek alig okoztak sub-  
jectiv tünetet. Kisebb fájdalomról, mely különben is csak a  
defaecatio közben jelentkezett, csupán egy beteg panaszkodott.  
Ezzel szemben a székletét nyálkás és genyes 11 esetben volt;  
az egyikben azonfelül még véres is. Néha (2 esetben) a szék-  
letét is teljesen normalisnak látszik. Érdekes, hogy a gono-  
cococcusok spontan, minden kezelés nélkül is eltűnhetnek a  
végbélből. A végbélkankós néha subacut, sőt idősült lefolyású,  
de ez helyes kezelés mellett csak ritkán fordul elő. A szerző  
10 esetében a gonococcusok és a klinikai jelenségek 2—4  
hét alatt eltűntek.

A betegség prognosisa a legtöbb esetben igen jó.  
Gyógykezelésnek a szerző a reggeli és esti kalium hyper-  
mangános öblítéseket ajánlja. Fontos, hogy jó meleg legyen  
(50° C) a folyadékmenyiség (egy-egy öblítés 1/4 liter), mel-  
lyet Y-alakú csővel bocsátunk be s hagyunk a végbélben  
5 percig. Irrigatio után a szerző ichthyolos végbélkúpot ajánl  
alkalmazni. Protargol-oldatra (2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os) csakis makacs esetek-  
ben kerül a sor. (Dermatolog. Wochenschr., 1920, 4. sz.)

Guszman.

## Magyar orvosi irodalom.

Orvosképzés, 1920. 1. füzet. *Korányi Sándor*: A régi és az új  
belorvosi diagnosztikáról. *Benczur Gyula*: Budapest gyógyforrásairól.  
*Bársony János*: Egy pár kényes és kellemetlen szülészeti problémáról.  
*Lovrich József és Szénágy József*: Az asszony kismenedzében lefolyó  
gyulladások gyógyítása. *Beck Soma*: A syphilis gyógykezelésének elvé-  
ről és némely módjáról. *Waldmann Iván*: Az influenza kapcsán kelet-  
kező szembajokról.

Gyógyászat, 1920. 19. szám. *Fodor Imre*: Encephalomyelitis  
disseminata grippalis recidiváló esete. *Scheiber Vilmos*: A kéztőizület  
merevségei.

## Vegyes hírek.

Meghalt. *Szénágy Sándor* dr., a sebészet magántanára a buda-  
pesti egyetemen, 71 éves korában május 10.-én — *Mándoki Mór* dr.,  
a budapesti ker. munkásbiztosító pénztár helyettes főorvosa. — *Pártos*  
*Henrik* dr. községi orvos Erzsébetfalván 64 éves korában.

Személyi hírek külföldről. *Hinsberg* (laryngológia) és *Stolte*  
(gyermekorvostan) breslauer rendkívüli tanárokat rendes tanárrá léptet-  
ték elő.

A gümőkór elleni küzdelmünk céljaira *Munro* dr. angol orvos  
buzgókodása eredményeképpen, a ki még a proletárdiktatura idején  
ismerkedett meg *Korányi* tanár útján az itteni nyomorúságos viszonyok-  
kal, Angliában 20 millió korona gyűlt össze. Ez összeg hovatartozása  
tárgyában egy angol-magyar bizottság fog részletes programot össze-  
állítani, melyet annak idején ismertetni fogunk.

Népesedési statisztika. Berlinben április első hetében még  
mindig túlszárnyalta a halálozási szám (858) a születésit (845), noha a  
javulás már feltűnő. Budapesten már több volt a születés (499) a  
halálozásnál (494). Bécsben még mindig nagyon szomorúak a viszonyok,  
799 halálozeset 486 születéssel szemben. Londonban 1919 első heteinek  
egyikében 1201 születéssel szemben 2654 halálozeset állott; azóta azon-  
ban rohamosan javult a helyzet, úgy hogy a folyó év 8. hetében 1425  
halálozesetre már 2643 születés esett.

A német orthopaediai congressust, a melyet a vasúti közle-  
kedés zavarái miatt el kellett halasztani, pünkösd hetében (május 27-től  
29-ig) megtartják.

Lapunk mai számához a *dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-  
intézet r. t.* prospektusa van mellékelve.

## Orvosi Évkönyv 1920. Értesítés!

Az előre kiírt példányok mind postára adattak. Mától kezdve a 70 koronás  
bóti ár lép érvénybe. Peldányok csak az alulírottaknál kaphatók.

Telefon: József 106—47.

„PETŐFI” IRODALMI VÁLLALAT  
Budapest, VII., Kertész-utca 16.

## Dr. SZEGŐ-féle orvosi dajkavizsgáló intézet.

Vezető orvos: *Dr. Weisz Manó*. Telefon: 93—22. Budapest, VII., Szív-u. 69. I. em.

## Dr. Szily Pál orvosi laboratoriuma,

volt egyetemi tanársegéd, kórházi főorvos  
vegyi, urológiai, bakteriológiai vizsgálatok pontos elvégzése.  
Telefon: 45—59. IV., Bécsi-utca 5. II. em.

## Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma

IV., Párisi-ú. 4. Telefon: József 104—22.

## FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.

Igazgató főorvos: *Dr. Nádas István*. Ügyvezető igazgató: *Fézl József*. Budapest,  
VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26. Igazgató telefonja: József 26—21.  
Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Telje-  
sen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal és kórtermekkel kibővíve.  
Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: *Dr.*  
*Rabloczky*. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is

## Dr. FORBÁT orvosi laboratoriuma

Budapest VI., Teréz-körút 22.

Telefon 121—02 sz.

Eredeti elő- WASSERMANN-reactiók kedden, csütörtökön és szombaton. — Steril vér-  
írás szerinti felfogócsövecskék kívánatra vidékre küldhetők.

## Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-  
betegek, szülőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium

## Dr. JUSTUS kórházi főorvos, bőrgyó- gító és kosmetikai intézete

IV., Ferenc József rakpart 26.

Telefon József 56—76.

## Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diétás, diagnostikus és physikothera-  
piás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriológiai labo-  
ratoriuma, külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizgyógyintézet, inhalato-  
rium, Zander-féle gyogymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

## Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete

I. ker., Lenka-út. Telefon: József 83—21. szám.

## Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sároslúdi 47° C forrásai

Termális és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizgyógyintézet,  
pneumatikus kamra, inhalatorium, gégyógyászat, villam- és fénykezelések stb.  
Diaetas konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen-

Vezető főorvos: *Dr. Benczur Gyula*, egyet. magántanár.

Inhalatorium; *dr. Tóvölgyi Elemér*, egyet. m. tanár.

Gégyógyászat: *dr. Erdős Géza*.

Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla*.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né

Dr. Hill Paula, Dr. Mandler

Ottó. Néhai Dr. Reich-féle

## Zander

és tökéletesen felszerelt  
fizikai gyógyintézete. —  
IV., Semmelweis-u. 2.,  
Kossuth Lajos-u. sarok.

## PÁLYÁZATOK.

2070/1920 fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár Ujpesten (Károlyi-  
utca, Attila-utca, Baross-utca és Fóthi-út közötti terület, továbbá a  
Baross-utca páratlan számú oldala; a Megyeri-uradalmi házak); azon-  
kívül Erzsébetfalván megüresedett kezelőorvosi állásra pályázatot  
hirdet. A részletes feltételek fenti pénztár főorvosi hivatalában, VIII.,  
Köztemető-út 19/b, I. em., 43. sz. hétköznapokon déli 11—1 óra között  
tudhatók meg. A pályázati határidő 1920 április 20.-án jár le. A  
pályázati kérvények a pénztár főorvosi hivatalában nyújthatók be.

Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

421/1920. ált. sz.

Somogy megye kaposvári közkórháznál lemondás folytán meg-  
üresedett egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 2000 korona fizetés, lakás, teljes ellátás.  
A pályázatok Somogy megye főispánjához czimezve, a kórház-igazgató-  
ságnál május hó 25.-éig nyújthatók be. Oklevés pályázó hiányában  
kórházi gyakorlatra utasított pályázó is kinevezhető. Lemondás egy  
hónappal az állás elhagyása előtt bejelentendő.

Kaposvár, 1920 május hó 4.-én.

Az igazgatóság.

1152/1920. sz.

Az üresedésben levő györszemerei körorvosi állásra pályázatot  
hirdetek. A körhöz 8 község tartozik, fizetése az 1908: XXVIII. t.-czikk-  
ben meghatározott 1600 korona törzsfizetés és korpótlék. Lakás a kör  
székhelyén ezidőszent nincs. A mennyiben a kör székhelyét a tör-  
vényhatósági bizottság más községbe tenné, annak a megválasztott  
körorvos tartozik magát alávétetni s igényeket a mai állapotból nem  
támaszthat.

Tét, 1920 május 5.-én.

A fősztolgabíró.

A „Charité poliklinika” (VI., Csengery-utca 69. sz.) a gümőkóros  
betegek kezelésére létesített II. számú osztályának főorvosi állására  
pályázatot hirdet. Pályázatok 1920 június 12.-éig adandók be.



A Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár tartozékát képező perczesi kőszénbányatelepen lemondás folytán megüresedett második gyárorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetünk.

Ezen állással az állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasúti tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 1. fizetési fokozatának megfelelő évi 2900 korona kezdőfizetés, évi 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás, ezenkívül további kormányintézkedésig évi 2200 korona háborús segély és havi 400 korona drágasági segély élvezete van egybekötve. Az állás egy év tartamára ideiglenesen töltetik be. Egy év letelte után, megfelelő szolgálat esetén, a kinevezett orvos változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesítették. Felhívjuk azon egyetemes orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy oklevelük hiteles másolatával, születési és egészségi bizonyítvánnyal, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal kellően felszerelt folyamodványukat, családi állapotuk megjelölésével, a Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár igazgatóságához (Diósgyőrvasgyár) 1920. évi június hó 15.-éig nyújtsák be. Az állásra megfelelő lakás hiányában csak nőtlen orvosok pályázhatnak. Elkésve érkezett, vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

Diósgyőrvasgyár, 1920. évi május hó 7.-én.

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár:  
Ondrus s. k.,  
igazgatóhelyettes, gyárfőnök.

A Lorántffy Zsuzsanna Egyesületnek a középształy részére szolgáló diakonissa kórházában (Ilka-utca 51. sz.) alorvosi állás júniusban betöltendő. Javadalmazás mint a közkórházakban, illetve magánkórházakban. Lakás, I. osztályú ellátás. Szülészet és nőgyógyászatban való jártasság. Jelentkezés a Fővárosi Fásor-Sanatorium (VII., Fásor, 9.) igazgató-főorvosánál. Protestánsok, különösen reformátusok előnyben részesülnek.

418/1920. sz.

Heves vármegye pétérvásárai járásban Recsk székhellyel, hat községből, úgymint: Parád, Mátradercske, Mátraballa, Bodony, Recsk, Sirok, álló körorvosi állásra pályázatot hirdetnek. A körorvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, 600 korona labkér, 600 korona úti-átalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. Ezen jövedelemhez jönnek még a rendkívüli viszonyokra megállapított rendkívüli segélyek. A választást 1920. május 29.-én délelőtt 10 órakor fogom Recsk község község-házánál megtartani. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb folyó évi május hó 25.-éig adják be. Megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni köteles.

Pétérvására, 1920. április hó 27.-én.

Miklós Aladár, főszolgabíró.

## Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézet

a magyar állami serum termelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

Budapest, IV., Eskü-ut 6. Klotild-palota.

Ezelőtt II., ker. Marcit-körut 45.

Új telefonszám 58-97.

## TARCSA Gyógyfürdő

Vasvármegyében.

Glaubersó tartalmú, szénsavdús vasforrások. Természetes szénsavas acél, szénsavas, pezsgő és hires vasláp (moór) fürdők. A női szervek bántalmait, sápkór, vérszegénység, légzési és emésztési szervek bajai és különösen szívbajok ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják. Hídegyvizgyógyintézet férfiak és nők részére külön osztállyal. Modern berendezés. Eisörangu ellátás. Külön tejszarnok. Sport, kiránduló helyek. **Fürdőidény megnyitása május 30.** szolgálat, prospektust és árjegyzéket küld a Fürdőigazgató ságnak. **Tarcsafürdő.** Vasmegeye. — Kényelmet, nyugalmat és csendet kívánó, üdülő és gyógyulást kereső fürdővendégeknek különösen ajánlatos június hóra szóló előjegyzéseket kellő időben biztosítani.

Pártoljuk a hadiözvegyet!

Telefon: József 39-29.



## LIBÁL ÉS TÁRSA

látyszerész és műszerész

Budapest, VIII., József-körut 7. szám.

Alapított 1846.

## ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

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

Eredeti gyári áron azonnali szállít orvosi műszereket, orvosi vasbutorokat, műtő és sterilizáló berendezéseket, betegápolási cikkeket, kötszereket stb. — **Sürgőncim: Medodelga Budapest.**

## GUAJACOL-GLOMA

DR. WANDER

## Dr. PÁPAY

- FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.-T.  
VI., TERÉZ-KÖRUT 31. TELEFON 20-19

Himlőnyirok Cholera és Typhus Orvosi diagnosztikai laboratorium  
oltóanyag

## MIKROSKOP

Zeiss-féle immersióval eladó.

Budapest, IV., Párisi-utca 4. szám. „Immunitas.”

Nőgyógyászati—szülészeti műszerkészlet, sebészeti, urológiai, gégevizsgáló műszerek kitűnő állapotban átadók.

Megtekinthető: VIII., Népszínház-utca 42. III. 7. d. u. 12—3 óráig

## Sanatorium Purkersdorf Wien mellett,

idegbajosok és belső betegségekben szenvedők számára.

Elmebeteg és fertőző betegségek kizárva.

Különlegesség: Hízaló és diétetikus kurák. Főorvos: Dr. Ludwig Stein.

## Tabl. Ferri protoxal. sine et c. ars. Deér

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor” gyógyszerár, Budapest, IX. Ráday-u. 18

Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriológiai festékkoldatokat.

LEHNER ATTILA JÓZSEF orthopaed műcipész Budapest, VIII. Baross-u. 20.

Specialis készítmények: Külső v. belső emelésű műcipők rövidült lábakra, Dongaláb (Scarpa), jórégép fölé vagy alá való műcipők. Lúdtalp-betétescipők parafa vagy acélbetéttel. Valamint bármily, orvosi előírás szerinti műcipők a legtokeletesebb kivitelben.



## TÖRÖTT RECORD FECSKENDŐK

kicsérélése, orvosi műszerek köszörlése és javítása a leggyorsabban eszközölhetnek. Teljes orvosi és fogorvosi berendezések elsőrendű minőségben és legjutányosabb árban kedvező fizetési feltétellel kaphatók.

Keleti J. orvosi műszergyáros, Budapest IV., Koronaherczeg-u. 17.

WESELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES  
ÉS TÁRSA UTÓDA  
BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TÉR 1.

Orvosi műszer, kötszer és művegtaggyár. Betegápolási cikkeket, haskötők, sérvkötők, kórházi vasbutorok stb. raktára.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

Schill Imre: Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegygyógyintézetéből. (Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyet. tanársegéd.) A mesterséges pneumothorax befolyása a contralateralis tüdőfélre. 225. lap.  
Földes Jenő és Hajós Károly: Közlemény a budapesti egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.) Adatok az influenza serum-kezeléséhez. 227. lap.  
Bókay János: Jelentés az amerikai gyermeksegélyző actio eddigi működéséről. 228. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Szülészeti és nőorvos. Döderlein: A sajátvér-infúzióról. — Gyermekorvos. Plenz: A végbéllebesés kezeléséről. — Ellise Hermann: „Flexibilis cerea a gyermekkorban”. — Orthopaedia. Beck: A spina bifida occulta és a világra hozott dongaláb. — Szemészet. Wessely: Szemgödör-daganat. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 230–232. lap.  
Vegyes hírek. 232. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegygyógyintézetéből. (Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd.)

## A mesterséges pneumothorax befolyása a contralateralis tüdőfélre.

Írta: Schill Imre dr.

A tuberculosis pneumothorax-terápiájának kezdetén a javulat egyik alapfeltétele a másik oldalnak teljes épsége volt. A gyakorlat megmutatta, hogy ennek az ideális követelménynek csak a legritkább esetben lehet eleget tenni és ezért az indicatio kibővült olyan irányban, hogy a másik oldalnak kis kiterjedésű folyamata mellett a műtét megengedhető. A kezelt esetek számának szaporodásával mind gyakrabban észlelték az ú. n. relative ép tüdőfél állapotának akárhányszor rohamos romlását, amit a pneumothorax által kiváltott aktiválódásra vezettek vissza; ezért a másik oldali folyamat kis kiterjedése mellett annak inaktivitása is az indicatio feltételei közé került.

Az irodalomban, legalább a mennyire át tudtam tekinteni, a contralateralis tüdőfélnek a mesterséges pneumothorax általi befolyásolására irányuló közvetlen vizsgálatok nincsenek; a található szétszórt adatok pedig részben ellentétesek. Brauer és Spengler 102 leírt esete közül 8-ban volt a másik oldal romlása kimutatható, ha az exsudatum vagy haemoptoe, szóval valamely complicatio kíséretében fejlődött romlást nem tekintjük. Más esetekben a contralateralis folyamat a kezelt tüdőfél javulása mellett, teljesen változatlan, stationær maradt, sőt egyes esetekben, a mint azt a szerzők maguk is kiemelik, a contralateralis folyamatoknak kedvező befolyásolását látták.

Az említett 8 eset közül 3-ban 1—2 napon belül jelentkezett a rosszabbodás a már azelőtt is többé-kevésbé kifejezett folyamatot mutató relative épebb tüdőfélben, a mit a szerzők a komprimált tüdőfélből hirtelen a keringésbe került nagymennyiségű toxin által kiváltott helybeli reactio gyanánt fognak fel.

Másik 3 esetben az eleinte teljesen épnek látszó tüdőfélben 2 hó, 7 hó, illetve egy év múlva mutatkozott destruktív folyamat. Egy esetben a contralateralis oldal eleinte átvezetettnek felfogott zörejei egy hó múlva fokozódtak, egy másik esetben pedig a már kezdetben autochton rhonchusokat mutató épebb tüdőfél pár hónap múlva tovább romlott. Ezen esetekben a magyarázat: a nem komprimált tüdőfélnek fokozott igénybevétele.

Lexer-nek egy esetében (az egyik felső lebeny heveny beszűrődése) a pneumothorax-műtét után 12 nappal a másik oldalon is heveny folyamat fejlődött. Pigger egy esetben a már előzőleg is szörtyzörejekeket mutató épebb tüdőfélnek romlását észlelte 6 héttel a műtét után. A bonczoláskor régibb

gócok mellett friss miliaris tuberculomokat találtak. Adolph Schmidt egyik betege, kinek relative épebb tüdeje felett már a műtét előtt szórványos ropogások voltak hallhatók, a műtét után 5 héttel meghalt. A bonczolás miliaris góczokat mutatott. Egy másik betegén pedig a pneumothorax után egy héttel diffus szörtyzörejekeket mutatkoztak azelőtt teljesen épnek látszott contralateralis tüdőfélben; két hét múlva e mellékzörejekeket már az egész tüdőfél felett hallhatók voltak, úgy hogy az eredeti pneumothorax felszívódása után ellenoldali pneumothoraxot készítettek további két hét múlva, különben eredmény nélkül. Bonczoláskor a csúcsokban chronicus cavernosus folyamatot, lejjebb friss, részben sajtos aspiratiós góczokat találtak. Schmidt a káros hatást az első insufflációkor alkalmazott nagy nitrogenmennyiségre vezeti vissza (1500 cm<sup>3</sup>); a műtét után nem szaporodott ugyan meg az expectoratio, de a dyspnoë miatt az aspiratio lehetősége forgott fenn.

Keller egyik két hónapja tüneteket mutató esetében pár napi észlelés után pneumothorax-műtétet végzett; a relative épebb oldalnak már eredetileg meglévő középhólyagú szörtyzörejei 10 nappal a műtét után megszorodtak. Zink 110 esete közül 5-ben észlelte a másik tüdőfél romlását, így részletebben ismertetett egyik esetében is, a melyben az eredetileg is szörtyzörejekeket mutató, relative épebb tüdőfél 4 hónappal a műtét után romlott. Egy másik esetében pedig 12 nappal a műtét után a pneumothorax oldalán exsudatum, a contralateralis tüdőfél alsó lebenyében pedig szörtyzörejekeket jelentkeztek, de góczok már a műtét előtt is kimutathatók voltak. Bonczoláskor az említett helyen miliaris gümöket találtak.

Hymans van der Bergh, de Josselin de Jong és Schut gyakrabban találta a nem kezelt, illetőleg relative ép tüdőfél káros befolyásolását pneumothorax mellett, mint az irodalomban általában. Így a 4. számú esetben, a hol teljes indicatio, kifejezetten egyoldali folyamat mellett végezték a műtétet, 10 nappal a műtét után légzési eltérés, majd később további romlás volt észlelhető. Az egy hónap múlva véghezvitt bonczoláskor ugyanitt fiatal, diffuse elszórt góczokat találtak. A 7. sz. esetben, a hol a másik tüdőfél teljesen épnek látszott, 5 napi megfigyelés után pneumothorax-műtét történt; további 5 nap múlva az azelőtt ép csúcs felett rhonchusok jelentek meg, melyek később kissé szaporodtak is. A 10. sz. esetben kopogtatással alig volt eltérés kimutatható a contralateralis tüdőfélben, de szörtyzörejekeket voltak. Egy heti megfigyelés után pneumothoraxot készítettek. Egy hó múlva a beteg az azelőtt ép tüdőfél romlásának kíséretében meghalt; a sectio ugyanitt körülírt sajtos góczot és számos apró tuberculomot mutatott.

A szerzők a pneumothoraxnak a komprimált és a relative ép tüdőfélre való hatását összefoglalva, arra az eredményre jutnak, hogy pneumothorax után a contralateralis tüdőfél főleg caudalisan kitér, viszont azonban a mediastinum



átollása miatt a centralis és feljebb eső tüdőrészek kevésbé tágulhatnak ki (mikroszkop alatt a centralis részekben hasadékszerű alveolusokat találtak). Ezen körülmény, összevetve *Tendeloo*-nak azon megállapításával, hogy a jobban mozgó tüdőrészek a kevésbé mozgókba nyirkot aspirálnak, ha az anatómiai viszonyok ezt megengedik, esetleges aspiratio útján való fertőzésre enged következtetni akkor, ha a relative ép tüdőfélben, noha kicsiny, de activ góczok vannak.

Ezért csak súlyos egyoldali folyamatoknál tartják indikálnak a pneumothorax-kezelést, ha a hosszabb ideig folytatott conservatív kezelés nem ad eredményt; viszont azonban kiemelik, hogy a tapasztalt rosszabbodásokat nem szabad minden esetben a „post hoc ergo propter hoc“ elv szerint megítélni.

A szerzőknek egy második csoportja, az eddigiekkel ellentétben, az ú. n. relative ép oldal folyamataira, legalább általánosságban, directe kedvező befolyást tulajdonít a pneumothoraxnak. *Forlanini* szerint a contralateralis tüdőfél kisebb folyamataira eddig ismeretlen módon kedvezően hat a pneumothorax; ezen folyamatok stationeré válhatnak, sőt meggyógyulhatnak (viszont a bronchopneumoniás alakban lefolyó tuberculosist nem tartja alkalmasnak pneumothoraxra, egy ilyen esetben a másik oldalon csakhamar hasonló folyamat fejlődött). *Wellmann* teljesen azonos állásponton van. *Carpi* részletes kórtörténetekkel bizonyítja, hogy a contralateralis folyamat mellett is lehetséges a pneumothorax, sőt ha ezen folyamat lokalizált és nem acute tovaterjedő, kedvezően hathat. A contralateralis folyamat aktivitásának megállapítására hosszabb megfigyelési időt ajánl; ha a folyamat stationeré vált, a pneumothorax kivihető. *Gwerder* kétoldali súlyos esetekben az egyik vagy másik, vagy mindkét oldalról eredő főtünetek enyhítésére indikálnak tartja a pneumothoraxot, csak lassú, óvatos előrehaladást ajánl. Szerinte, ha az egyik oldalon progrediáló caseosus pneumonia, a másik oldalon chronikus miliaris folyamat van, ez nem contraindicatio, sőt, ha Röntgen-vizsgálatnál kicsiny, hallgatózásnál nagy a különbség a két oldal között, a therapiás eredmény lehetősége megvan. Sőt *Faginoli* még tovább menve, a kétoldali pneumothorax-kezelést ajánlja.

A szerzőknek harmadik csoportja, mint már *Hymans van den Bergh, de Josselin de Jong és Schut*, nem tulajdonít ilyen nagy befolyást a mesterséges pneumothoraxnak a contralateralis tüdőfélre. *Saugmann* azt hiszi, hogy ennek rosszabbodása nem szükségszerű következménye a pneumothoraxnak, hogy az erre való tendencia már eleve megvolt és az először megbetegetett tüdőfél kezelésével való összefüggés nélkül vált manifestté. *Samson* nem tartja a contralateralis tüdőfél romlásának az irodalomban leírt összes eseteit régi góczok aktiválódásának; felfogása szerint, mint a tuberculosis lefolyásában általában, úgy egyszer-egyszer a pneumothorax-kezelés folyamán is friss megbetegedés állhat be a nem kezelt tüdőfélben. Ugyanő ezen tüdőfél állapotának rosszabbodását 25 eset közül 3-ban látta: ezek közül egyben kezdeti javulás után, a másik kettőben már a műtét előtt pleuritis siccát talált a nem kezelt oldalon.

Mielőtt ezen különböző felfogásokat kritikai megfontolás tárgyává tenném, előbb saját idevágó eseteim ismertetésére térek át.

I. D. A. 27 éves. Felvétetett 1917 június 22. Féléve beteg. Felvételi status: *Baloldalt* a kulcsont és tövis felett tompult, elől a III. bordáig, hátul a lapoczká közötti tér középső  $\frac{1}{3}$ -áig rövidült kopogtatósi hang. Alsó tüdőhatár mindenütt jól mozog. *Jobboldalt* a kulcsont felett és a lapoczká közötti tér felső  $\frac{1}{3}$ -ában rövidült kopogtatósi hang. Alsó tüdőhatár hátul kissé korlátoltan mozog. Hallgatózáskor *baloldalt* elől számos metallikus jellegű nyirkorgás, melyek az alaplégzést elfedik; hasonló nyirkorgások, de gyengébben, a hónaljkiűpban. Bal tövis felett gyengült hörgőszínezetű, lejjebb gyengült hörgő-légzés, mindkét helyen középhólyagú csengő szörtyzörejekekkel. Bal bázis felett hátul ropogások. *Jobb* kulcsont felett érdes be-, megnyúlt hangos kilégzés.

Röntgen-vizsgálat (*Kenéz dr.*): Az egész bal tüdőmezőre kiterjedő erős diffus folyamat. A bal rekesz felső  $\frac{2}{3}$ -a korlátoltan, a külső  $\frac{1}{3}$  minimalisan tér ki. *Jobboldalt* igen erős hilusrajzolat, peribronchialis hálózattal. Igen dús injiálttság megy a jobb felső lebeny alsó  $\frac{1}{3}$ -ába; a jobb alsó lebenyben több igen apró gócz. *Jobb* rekesz jól tér ki.

Állandó remittáló láz, maximum 38.5–39°.

Három hét alatt 5 kg. súlyvesztés. Időnként hasmenések, melyek intravenás  $\text{CaCl}_2$ -injekcióra megszűnnek.

1917 július 15. *Forlanini*-műtét; 600 cm.<sup>3</sup>

Július 24. Maximumok a 38°-ot nem érik el. Utántöltés 1150 cm.<sup>3</sup>

Augusztus 9.-én hőmérsék mint fenn, utántöltés 1300 cm.<sup>3</sup>

Augusztus 10. A jobb/középső lebeny felett pár kishólyagú csengő szörtyzöreje hallható.

Későbbi vizsgálatoknál ezen consonns szörtyzörejekek állandóan hallhatók, sőt szaporodnak. További utántöltést nem végzünk. A láz csakhamar emelkedik, a jobb tüdő állapota romlik. 1917 október hó 4.-én meghalt.

Bonczolásakor a jobb tüdőben általában szétszört, a jobb középső lebenyben nagy, részben összefolyó bronchitis et peribronchitis caseosa, tbc. intestini.

2. K. G. 20 éves. Felvétetett 1918 január 30. 4 hónapja beteg. Felvételi status: *Jobboldalt* elől a kulcsont felett dobos színezetű tompult, innen a III. bordáig dobos színezetű rövidült, *jobboldalt* hátul a tövis felett és a lapoczká közötti tér felső  $\frac{1}{3}$ -ában dobos színezetű tompult, innen a lapoczká közötti tér alsó  $\frac{1}{3}$ -áig dobos színezetű rövidült kopogtatósi hang. Alsó tüdőhatár kissé korlátoltan mozog. *Baloldalt* elől a kulcsont felett, hátul a lapoczká közötti tér középső  $\frac{1}{3}$ -áig rövidült kopogtatósi hang; alsó tüdőhatár jól mozog. Hallgatózáskor *jobboldalt* elől hörgő-légzés, közép- és nagyhólyagú csengő szörtyzörejekekkel, melyek gyengébben a III. bordaközben is hallhatók; hátul hörgő-légzés, a tövis magasságában számos, lejjebb kevesebb középhólyagú csengő szörtyzörejekekkel. Az alsó tüdőhatár felett a hónaljvonalaknak megfelelően crepitatio. Bal kulcsont és tövis felett érdes be-, hörgő színezetű kilégzés, a kulcsont alatt hangos belégzés hallható. A bal spina magasságában a *jobboldali* szimmetriás helyen hallhatókkal megegyező karakterű, de kisebb számú középhólyagú csengő szörtyzöreje, melyek gyengébben hallatszanak, mint a szimmetriás oldalon.

Ezen utóbbi zörejekeket sajátságai folytán tovavezettek gyanánt fogtam fel.

Röntgen-vizsgálat (*Kenéz dr.*): *Jobb* csúcs homályos; az egész *jobb* felső lebeny majdnem egészében összefolyó homályt ad. A *jobb* rekesz magasabban áll, külső felében elég jól tér ki, belső felében alig végez kiterést. A *bal* csúcs nagyon kevés árnyékoltságot mutat, a *bal* rekesz szabad.

Állandó remittáló-intermittáló láz, maximum 39–40°.

Február 14.-én *Forlanini*-műtét; 625 cm.<sup>3</sup> 0 nyomásig. Röntgen-vizsgálatkor jórészt alul elhelyezkedő partialis pneumothorax.

Február 20.-án utántöltés 900 cm.<sup>3</sup> 0 nyomásig, láz változatlan.

Március 2.-án *jobb* spina és kulcsont felett és alatt kishólyagú csengő szörtyzörejekek.

Március 3.-án utántöltés 650 cm.<sup>3</sup> + 3 mm. kénesónyomásig. Láz változatlan.

Március 6.-án Röntgen-vizsgálatkor az odanőtt csúcs kivételével majdnem teljes pneumothorax; a tüdő a rekesz belső  $\frac{1}{3}$ -ához kinyúlt szálak, illetve tüdőrés útján fixált. A sinus phrenico-costalis alján oldalállásban kevés exsudatum mutatható ki.

Március 19.-én exsudatum nem mutatható ki. Láz általában alacsonyabb, maximum 39° körül. Röntgen-vizsgálat kb. a február 14.-iki leletnek felel meg.

Március 21.-én utántöltés 650 cm.<sup>3</sup> + 6 mm Hg nyomásig. Röntgen: mint március 6.-án.

Március 23.-án a *bal* bázison a hónaljvonalaknak megfelelőleg kishólyagú nedves szörtyzörejekek hallhatók.

Április 1.-én láz, egyes kiugrásokat leszámítva, alacsonyabb, maximum 38.5–38.8°. Utántöltés 850 cm.<sup>3</sup> + 6 mm. Hg nyomásig.

Április 8.-án hőmérsék maximum 38.4°, a *bal* lapoczká közötti térben és bázison fentebb leírt zörejekek állandóan hallhatók, ezért, noha a beteg felvétele óta egy súlyban van, az utántöltéseket nem folytatjuk.

A beteg a hőmérséknek csakhamar való emelkedése és a tüdő-állapot romlása után augusztus 9.-én meghalt. Bonczolásakor a *bal* tüdőben bronchitis et peribronchitis caseosa.

Röviden összefoglalva: az 1. esetben az előzőleg röntgenologice és physikális vizsgálatkor is inactívnek látszó folyamatot mutató contralateralis tüdőfélben nem egészen 4 héttel a pneumothorax-műtét után szörtyzörejekek jelentek meg; a 2. esetben pedig a röntgenologice minimalis, physikális vizsgálattal kifestő elváltozást mutató tüdőfél felett, melynek szörtyzörejei tovavezettek gyanánt voltak felfoghatók, a műtét után 5 hét múlva újabb szörtyzörejekek jelentek meg 7 hét múlva pedig az eredetileg is hallhatók megszáporodtak.

Mindkét eset analogiába hozható a felsorolt szerzők legtöbb esetével, azonban felvetődik az a kérdés, hogy mennyiben írható az észlelt rosszabbodás a pneumothorax rovására.

(Folytatása következik.)



Közlemény a budapesti egyetem III. számú belklinikájáról.  
(Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.)

### Adatok az influenza serumkezeléséhez.

Irták: *Földes Jenő* dr. és *Hajós Károly* dr., klinikai gyakornokok.

Az idei kisebb és gyorsabb lefolyású influenza-járvány ismét az érdeklődés központjába állította egy időre ennek a betegségnek még meglehetősen kiforratlan kezelésmódjait. Az 1918—1919. évi nagy járvány tapasztalatai nem adtak egységes képet a betegség aetiologiájáról és így a specifikus therapia sem alakulhatott ki. Különböző antitoxikus serumokat azonban már akkor kezdtek alkalmazni, abból a megfontolásból indulva ki, hogy az influenzában is általános intoxicációról van szó. Normalis serummal is próbálkoztak azoknak az eredményeknek az alapján, a melyeket vele más betegségekben elérni lehetett. Az influenza serumtherapiáját a betegség elterjedéséhez képest aránylag kevés számú esetben kísérelték meg és néhány szerző nem nagyszámú eset alapján közli észleleteit.

Francia és angol orvosok, a németek között *Friedemann*, *Reiss*, nálunk pedig *Galambos* voltak az elsők, a kik influenza eseteiben serumot használtak. *Friedemann* polyvalens serumot használt jó eredménnyel. *Reiss* normalis és reconvalescens-serumot adott részint intravenásan, részint intramuscularisan 20—200 cm<sup>3</sup> adagban. Eredményes esetben a láz kritikusan leesett, a subjectiv érzés, az érverés, a légzés javult, a tüdőbeli állapot azonban nem változott. *Vauber*, *Lustig* diphtheria-serummal, *Pfeiffer* és *Praussnitz* reconvalescens-serummal ért el jó eredményt. Mindezekkel szemben egyedül *Alder* áll, a ki a serumtól súlyos exanthemákat és collapsust látott.

A klinika influenza-osztályán az idei járvány alkalmával serumot mi is alkalmaztunk és tapasztalatainkról a következőkben számolunk be.

Tekintettel arra, hogy különböző serumokkal egyformán értek el jó eredményt, feltételezhető, hogy nem specifikus antitoxikus hatásról, hanem heteroprotein-therapiáról van szó. Ezért vegyesen használtuk a forgalomban lévő serumokat, bár legtöbbször a normalis lóserumot alkalmaztuk. A serumkezelés technikája a következő volt. Minden esetben, a hol nem lehetett kizárni, hogy a beteg előzőleg már kapott lóserum-injectiót (diphtheria-, tetanus-antitoxint), 1 cm<sup>3</sup> serum befecskendezésével kezdtük a kezelést, egyrészt azért, hogy az esetleges anaphylaxiára figyelmessé legyünk, másrészt, hogy antianaphylaxiát idézzünk elő. Ha erre anaphylaxiás tünetek nem jelentkeztek, 4 óra múlva, ha pedig anaphylaxiától tartani nem kellett, mindjárt kezdetben 30—50 cm<sup>3</sup> serumot fecskendeztünk a bőr alá. Ha ezután a beteg állapota nem javult, vagy pedig csak rövid remissio mutatkozott, másnap, harmad- vagy negyednap az esetek egy részében a seruminjectiót megismételtük. A serumkezelést általában csak a súlyosabb esetekben alkalmaztuk. Azokon a betegeken, a kiket haldokló állapotban kaptunk, már csak a szív stimulálására szorítkoztunk.

A serumkezeléssel elérhető eredmények objectiv megítélése rendkívüli nehézségekbe ütközik. Az esetek legnagyobb részében az első vagy a második seruminjectio után a beteg állapota egy-két napon belül javult. Csakhogy másrészt az influenzás beteg állapotában kedvező vagy kedvezőtlen változás a betegség különböző szakáiban igen tág határok közt jöhet létre. A kérdés ezért az, hogy ha a serumkezelés után a beteg állapota javul, micsoda criterium alapján hozható ez a kezeléssel okozati összefüggés és hogyan különíthető el a serumhatás a spontan javulástól, a mely véletlenül eshetett egy időbe a serumkezeléssel, a nélkül, hogy coincidentianál egyébről szó volna. A betegség klinikai lefolyása ennek a kérdésnek az eldöntésére támpontot nem ad. A hol az első vagy a második seruminjectio után a beteg állapota kedvező fordulatot vett, a láz legtöbbször kritikusan, néhányszor lytikusan leesett és a beteg állandóan láztalan is maradt. A dyspnoë és a cyanosis megszűnt, a pulsus és a közérzet megjavult. Ezzel ellentétben, a hol bronchopneumonia volt, ennek physi-

calis tünetei nem változtak — a mi megegyezik másoknak, többek között *Reiss*-nak tapasztalataival —, sőt néhányszor csak az általános tünetek elmúltával fejlődött ki, illetőleg lett megállapíthatóvá a bronchopneumonia, egyes esetekben a nélkül, hogy újabb hőemelkedés és egyéb intoxicációs tünetek kísérték volna. Olyan ez a kép, a milyen spontan javulásnál is észlelhető és a különbség talán csak az, hogy ez utóbbinál a lytikus lázleesés a gyakoribb.

Mint hogy a serumhatás és a spontan gyógyulás elkülönítésére a klinikai képen adatot nem találtunk, különös figyelmet fordítottunk a vér vizsgálatára, a melyet többször megismételtünk a serumkezelés előtt és után. A leukopenia, a mely kisebb-nagyobb mértékben az esetek legnagyobb részében kifejezett volt, a serumkezelés után legtöbbször fokozódott. A qualitativ vérkép nem mutatott eltérést. A vërserum refractiója, a mely általában a normalisnál alacsonyabb volt, a serumbefecskendezés után nem változott lényegesen, néhányszor kissé csökkent. A vërserum antitryptikus titere is változatlan maradt, illetőleg olyan jelentéktelenül ingadozott, hogy ezekből a vizsgálatokból következtetés nem volt levonható. A kérdés tisztázásához tehát a vér vizsgálatával sem jutottunk közelebb.

A serumkezeléssel egyrészt és az egyéb kezeléssel másrészt elért eredmények számszerű szembeállítására ugyancsak nehezen értékelhető. Nemcsak a mi eseteinkből nyerhető, hanem még a nagy számok alapján összeállított statisztikáknak is van egy hibájuk: az influenzajárvány képe időnként és helyenként szeszélyesen változik és így a statisztikák már önmagukban oly eltérő adatokat tartalmazhatnak, hogy therapiás eljárással való kíséreltetés esetén a gyógymód mellett vagy ellen szóló számok véletlenül is adódhatnak. Ezért nem állítjuk szembe azokat a számokat, a melyek egyrészt a serummal, másrészt a szokásos más módon kezelt betegeknek vonatkoznak és röviden csak a következőket említjük: Serummal kezeltünk összesen 31 beteget, ezek közül egyszeri befecskendezés után javult az állapota 17 betegnek, kétszeri injectio után 10 betegnek, összesen 27 betegnek. A serumkezelés után csak hetek múlva fordult jobbra az állapota 1 betegnek. Meghalt a serummal kezelték közül 3.

Szabatos módszerünk tehát a serumtherapiával elért eredményeink elbírálására nincsen. És ha a serumot az influenzatherapiában mégis hasznos és súlyos esetben megkísérelendő szernek tartjuk, ezt az ítéletünket a betegágnál szerzett tapasztalaink alapján mondjuk. Súlyos betegek egész sorában, a hol nagyfokú elesettség és általános intoxicációs tünetek a prognosist csaknem teljesen rossznak mutatták, az első vagy második seruminjectio után az intoxicációs tünetek az egyik napról a másikra hirtelen visszafejlődtek. Nem tudtuk magunkat ezek után az alól az impressio alól kivonni, hogy a serum itt az életveszedelmet szüntette meg.

Ime néhány eset:

B. V.-né, 39 éves, VI. hónapban terhes. Felvétel 1920 január 28.-án. Ötödik napja beteg, oldalszúrásról, végtagfájdalmakról panaszkodik. Hőmérsék 37-29, pulsus 120. Nagyfokú elesettség, cyanosis, dyspnoë. A bal tüdőben bronchopneumonia. Therapia: antipyreticumok, szívtstimulansok.

Január 30. A közérzet rosszabb, a cyanosis, dyspnoë állandóan nagyon kifejezett. A hőmérséklet 38-6°, a pulsus 144. 30 cm<sup>3</sup> serum.

Január 31. A hőmérséklet 38-29, a pulsus 160, változatlan állapot. 30 cm<sup>3</sup> serum.

Február 1. Láztalan, a pulsus 130, a dyspnoë, cyanosis lényegesen csökkent, a közérzet javult. A tüdőlelet változatlan.

Február 4. Jól van, állandóan láztalan, a tüdőlelet nagyjában változatlan.

Február 13. Gyógyultan távozott.

H. E., 22 éves. Felvétel 1920 február 9.-én. Hat nap előtt betegedett meg hidegrázással, fej- és végtag-fájdalmakkal, azóta állandóan lázas. Kétoldali bronchopneumonia, nagy elesettség, cyanosis, dyspnoë, a pulsus 120.

Február 10. Változatlan állapot. A hőmérsék 39-9°, a pulsus 120. 30 cm<sup>3</sup> serum.

Február 11. Dél előtt jobban van, láztalan. Este hőmérséke újból 38-8°. Ismét 30 cm<sup>3</sup> serum.

Február 12. A közérzet jobb, láztalan, a cyanosis, dyspnoë megszűnt. A tüdőlelet változatlan.

Február 14. Teljesen jó közérzet. Állandóan láztalan.

Február 25. Gyógyultan távozott.



Tapasztalatunk azonban nem minden esetben volt ilyen kedvező:

T. K., felvétetett 1920 február 2.-án. Kilencz napja beteg. A klinikán kívül resorcint kapott intravenásan. A hőmérséklet 39,20, a pulsus 90. Késsé cyanosisos, dyspnoés. A bal tüdőben kiterjedt bronchopneumonia. 40 cm<sup>3</sup> serum.

Február 3. A hőmérséklet 37,60, állapota változatlan.

Február 4. A dyspnoé és a cyanosis fokozódott, a hőmérséklet 39, a pulsus 70. 40 cm<sup>3</sup> serum.

Február 5. Változatlan állapot, a hőmérsék 37,80-ra süllyed.

Február 7. A cyanosis, dyspnoé igen jelentékeny, a pulsus 90, üres, könnyen elnyomható, a hőmérsék 39,80. Délután 1/6 óraker meghal.

Ha az ilyen esetek a serumkezelés hatástalanságát látszanak is bizonyítani, nem zárható ki mégsem, hogy talán a serum korábbi és helyesebb methodikájú alkalmazásával itt is eredmény lett volna elérhető. Egyik osztályunkon, a hol a serumot lehetőleg korán adtuk és ha az első befecskendezés után javulás vagy nem, vagy csak rövid ideig mutatkozott, a seruminjektiót már másnap megismételtük, még igen súlyosnak látszó eseteinkben is egy-két napon belül kivétel nélkül javulás állott be. Serummal kezelt betegeink közül itt egy sem halt meg.

A serumkezelés ártalmas hatását keresve, más kárt, mint serumbetegséget, sohasem láttunk. A serumbetegség a befecskendezés után 10—14 nappal jelentkezett néhány esetben, magas lázzal, urticariaszerű exanthemával, az izületek fájdalmasságával és — ritkábban — duzzadásával. Más esetekben az injectio helyén hyperaemiás, késsé viszkető duzzanat keletkezett, a mely rendszerint néhány nap alatt visszafejlődött. Csak megemlítjük, hogy a serumbetegséget calciummal befolyásolni nem sikerült, akár per os adtuk (3—5 gr. calc. lact. pro die), akár intravenásan optocalcil alakjában kétszer naponként.

Ismételjük, hogy a serumtól más káros hatást nem láttunk. És ha Alder, főleg azon az elméleti alapon, hogy leukopeniát okoz, illetőleg a meglévő leukopeniát növeli, a serumkezelést veszedelmesnek és mellőzendőnek tartja, ezzel szemben talán nem lesz felesleges hangsúlyoznunk, hogy a leukopeniától semmiféle kárt nem tapasztaltunk. A therapia célja pedig influenza súlyos eseteiben nem a leukopenia, hanem az életveszedelem megszüntetése.

Van azonban valami, a mit figyelembe kellett volna venni. A lóserummal való kezelésnek ugyanis ártalmas következményei lehetnek a jövőben, a mikor az így kezelt betegeinket a diphtheria-, tetanus- stb. antitoxinnal leszünk kénytelenek kezelni. Már most kellett volna más normalis állati serumot forgalomba hozni, mint a hogy a francziák az 1918.—1919. évi nagy járvány idején normalis nyúlserumot alkalmaztak.

A serumhatás módjának magyarázata a Weichardt-féle elmélettel kísérlelhető meg. Weichardt szerint a serumhatás is protoplasma-aktiválásban nyilvánul, tehát itt is a teljesítő-képesség fokozására (Leistungssteigerung) gondolhatunk, még pedig úgy, hogy a fertőzött szervezet fokozott mértékben termeli a seruminjekcio hatására a különböző antitesteket. Weichardt felfogása szerint a parenteralisan bevitt fehérje bomlástermékei csak bizonyos határozott mennyiségben fejtik ki hatásukat, csak a betegség szakának és a beteg egyéniségének megfelelő adag hat. Így az is megmagyarázható, hogy egyes esetekben miért nem használ a serum. Túlkicsi adagoknak a hatása ugyanis nulla lehet, túlságos nagy adagok pedig csökkenthetik a szervezet teljesítő-képességét.

**Irodalom.** Alder: Fol. Haemat., 1919, XXV. köt. — Friedemann: Deutsche mediz. Wochenschr., 1918, 47. sz. Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 49. sz. — Galambos: Gyógyászat, 1920, 6. sz. — Lustig: Mediz. Klinik, 1919, 2. sz. — Pfeiffer u. Praussnitz: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 5. sz. — Reiss: Deutsche mediz. Wochenschr., 1918, 48. sz. — Vauvel: Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 3. sz. — Weichardt: Münchener mediz. Wochenschr., 1909, 39. sz. Münchener mediz. Wochenschr., 1915, 45. sz.

## Jelentés az amerikai gyermeksegélyző actio eddigi működéséről.

Előadta Bókay János dr. egyet. tanár, az actio végrehajtó bizottságának elnöke, a nagybizottságnak 1920 május hó 6.-án tartott ülésén.

Tisztelt Nagybizottság!

Magyarország lakosságának nagy halálozása elsősorban szomoruan magas gyermekhalálozási arányszámának következménye. Halottjainknak közel fele a hét évnél fiatalabbak sorából kerül ki, s az élve szülötteknek körülbelül 31%-a nem éri el a hetedik évet sem. Magyarország népesedéspolitikájának kulcsát tehát a csecsemők és gyermekek megmentése szolgálja. Ha sikerül gyermekhalálozási arányszámunkat nyugat-európai színvonalra leszorítani, úgy népünk zavartalan fejlődését biztosítottnak vehetjük. Budapest fővárosában 1909-ben, tehát 10 év előtt, az összhálalozás 16,000 volt, s ezzel szemben a születések száma 22,000. A szaporulat tehát körülbelül 6 ezret tett ki. 1919-ben a halálesetek száma már 30,000 s a születések száma a 19 ezret is alig éri el, s így a hiány kerek 10 ezer lélek. Hogy ilyen szomorú körülmények között államnak, társadalomnak s az egyeseknek kéz-kezet fogva kell közreműködni megromlott közállapotaink megjavítása céljából, az kétségtelen.

Ezen herculesi erőt igénylő óriási munkához a múlt év október havában váratlanul segítségünkre jöttek tengerentúlról az Egyesült Államok, amennyiben az *American's Relief Administration European children's Fund* Magyarországot is készséggel felvette azon európai államok sorába, melyekben hathatós, nemeslelkű, nagyszabású segélyactióját gyakorolja s ezáltal bennünket magyarokat legnagyobb hála kötelezett.

Nem akarom vázolni ezen actiónak legelső kezdetét, hisz erről az igen Tisztelt Nagybizottságnak előző üléseinken már volt szerencsénk beszámolni; csak felemlítem, hogy akkor, midőn múlt év október végével az actio szervezetét megállapítottuk, s annak kifejlesztésére a programot összeállítottuk, mi, akik végrehajtó bizottság alakjában ezen munka teljesítésével megbizattunk, bizonyos félelemmel fogtunk hozzá a megindításhoz, mert oly nehézségekkel kellett megküzdünk az akkori nehéz viszonyok folytán, hogy majdnem lehetetlennek látszott a póttékezési segélynek oly nagymérvű kibővítése, amint azt az amerikai actio vezérő bizottsága nekünk program gyanánt előírta. A munka serényen indult meg s a lelkes buzgóság az erők tömörülése s elsősorban a magyar kormányának a ministertanács által jóváhagyott igazán nagyszabású pénzügyi támogatása, s emellett az amerikai segítő-actio magyarországi nagyon tisztelt vezetőjének, *Richardson* kapitánynak fáradhatatlan s a magyarok iránt érzett rokonszenvéből folyó mindenkoron erős támogatása, lehetővé tette azt, hogy actiónk, mely eredetileg öt hónapon át maximalisan 100,000 gyermekre volt praeliminálva, oly módon fejlesztettük ki, hogy 7 hónapra terjeszthettük a póttékezést s az étkeztetett gyermekek száma *április 10.-én a 110,000-et is már meghaladta.*

Engedje meg az igen Tisztelt Nagybizottság, hogy ezen alkalomból csak a márczius hó 9.-én tartott ülésünk óta lefolytatott actio fontosabb mozzanatait soroljam fel.

Az étkeztetett gyermekek száma actiónk keretében ma 110,357 s ezen szám összesen 352 étkező helyre oszlik szét. A fővárosban étkeztetünk 52,319 gyermeket 218 konyhán, Budapest környékén 41 községben 42,667 gyermeket 84 konyhán, Magyarország egyéb részein pedig 28 községben 15,371 gyermeket, összesen 50 étkezőhelyen. Ez utóbbiak közé tartoznak a tatai és salgótarjáni bányatelepek s a diósgyőri és miskolci gyári telep is. Megjegyezzük, hogy tavasz óta az étkeztetési actiót a 2 éven alóli gyermekekre is kiterjesztettük s az Ingyentej révén körülbelül 1500 gyermeket láttunk el megfelelően higított kondenzált tejjel.

Az április 31.-éig elfogyasztott tápanyag-mennyiség 2002 tonna volt, és pedig



bab	232,000
tej	382,500
czukor	146,500
kakaó	62,900
liszt	885,000
rizs	230,300
zsír	62,900

2002,100

Ezen élelmiszermennyiség hozzávetőleg számítva mintegy 12,000.000 pótétkezésre osztódik el.

Actionknak az volt a szándéka, hogy az étkeztetendők számát márczius 1-től 125 ezerre emeljük s ezek ellátását május hó végéig folytatjuk. Sajnos, ezen tervünk a pénzügyi nehézségek folytán nem tudott megvalósulni, mert úgy a lisztnek, mint a zsírnak túl magas ára nem engedte meg a fokozott szükséglet kielégítését. Miután a végrehajtó bizottság átértézte annak horderejét, hogy az actionak teljes beszüntetése június 1.-én úgy a főváros, mint a vidék gyermekeire nézve a legnagyobb mérvben hátrányos lenne, a végrehajtó bizottság *Richardson* kapitány úrral együtt alapos számításokat tett arra nézve, hogy miképpen lehetne az étkeztetések időtartamát meghosszabbítani legalább azoknál a gyermekeknél, kiknek testi ereje még nem tért vissza megkivánt állapotukba, s azoknál, akik bármi oknál fogva nem vehettek eddig részt e jótéteményben, bár azt igényelheték, s *Richardson* kapitány hathatós és nyomatékos közbenjárása eredményezte, hogy az amerikai segítő-actio londoni vezérőlbizottsága hozzájárult a meghosszabbításhoz oly körülírással, hogy az június hó 1.-én túl augusztus hó végéig folytattassék a meglévő élelmiszerekészlet figyelembevételével, tehát a mai létszám megfelelő reductiójával, amiért az Egyesült Államoknak újból csak a legmelegebb hálával kell adóznunk. Ezen az alapon május hó folyamán 65,000 gyermeket, június hótól fogva pedig augusztus végéig 35,000 gyermeket étkeztetünk. Nem hagyhatom említés nélkül, hogy az Egyesült Államok nagylelkűségüket még tetézték azzal, hogy zsírhiányunkra való tekintettel 20 tonna zsírt is hocsátottak rendelkezésünkre. Ugyanekkor hálával kell megemlékeznünk a magyar kormányról, mely az Amerikából érkező lisztmennyiségből készséggel bocsátja rendelkezésünkre a még szükséges 500 tonna lisztmennyiséget. A gyermeklétszám fent jelzett reductióját természetesen a legigazságosabban és a legméltányosabban kívánjuk végrehajtani, s e célból szakorvosaink Budapest összes iskoláiban újból sorozás alá veszik a gyermekeket. Az étkeztetendő gyermekek számának reductiója június 1-től augusztus végéig 35,000-re természetesen maga után vonja, hogy a vidéki gyermekek étkeztetését, kivéven a két szénbányát s a diósgyőri gyári telepet, beszüntessük s így teljes erőnkkel a főváros sanyoló gyermekeinek táplálására koncentráljuk.

Tekintettel továbbá a tetemes reductiókra, a fővárosi kisebb étkezőhelyek, illetőleg főzőkonyhák már május végéig fokozatosan beszüntetik működésüket s oda törekszünk, s ezt különösen a pontos ellenőrzés keresztülvitele teszi szükségessé, hogy lehetőleg nagy konyhakkal bonyolítsuk le az étkeztetést, melyekben az étkező gyermekek száma az ezret is meghaladhatja.

Tisztelt Bizottság! Már folyó évi márczius 9.-i ülésünkön vázoltuk az amerikai gyermeksegély-actionnak azon elhatározását, hogy az étkeztetésben résztvevő gyermekek egy jó részét felruházni kívánja. Az amerikai segítő actio eredeti terve szerint 25,000 gyermeknek czipővel, harisnyával és felső kabáttal való ellátásáról volt szó. A nagyszabású amerikai gyűjtés eredménye azonban lehetővé tette, hogy ezen szám 50 ezerre volt emelhető, mert az ennek megfelelő czipő- és harisnya-számon felül mintegy 91,000 yard posztó is érkezett Amerikából.

E nagy mennyiség és a Londonban székelő amerikai nagybizottság hozzájárulása lehetővé tette, hogy a téli felső kabátokon kívül még nagymennyiségű gyermekruhát is tudtunk készíttetni.

A ruha kiosztását 2 turnusban terveztük végrehajtani; az első kiosztást husvétkor a nagyhétben fejeztük be.

Eredménye:

Kiosztatott: 38,303 pár czipő,  
34,055 pár harisnya,  
27,898 felső kabát,  
936 felső ruha.

A második turnust, melyben mindazok a szegény gyermekek szerepelnek, akik az első kiosztásnál bármi okból elmaradtak, e hét folyamán látjuk el.

Kiosztásra kerül: 12,151 pár czipő,  
12,221 pár harisnya,  
751 felső kabát,  
14,689 felső ruha.

Végezetül megemlítiük, hogy az amerikai segélyactióval kapcsolatban Amerikából körülbelül 200 csecsemő-kelengye is érkezett, melyet az étkeztetés körül működő s erre ráutalt személyzetnek, jórészt tanítónőknek és tanítóknak juttattunk.

Lássuk ezek után Tisztelt Nagybizottság a hazánkban lefolyó igazán nagyszabású segítő actionak pénzügyi részét.

Az *American Relief Administration European Children's Fund* által Magyarországra 1919 augusztustól 1920 február 29.-ig küldött élelmiszerek értéke 382,000 dollár kerekében, a márczius 1.-től június 1.-ig rendelkezésünkre álló amerikai élelmiszerek értéke pedig kerekében 294,000 dollár. Az 50,000 gyermek felruháztatására szolgáló czipők, harisnyák és posztó értéke 250,000 dollár, úgy hogy mindezt összevéve ezen magyarországi gyermeksegítő actióra az Egyesült Államok lelkes és nagyszívű adakozói 927,000 dollárt áldoztak, mely összeg koronáértékben, 1 dollárt 250 koronával számítva, majdnem 232 millió koronát tesz ki. Ezzel szemben a magyar kormány actionk céljaira eddigelé összesen 17,808.000 koronát utalványozott liszt és zsírbeszerzésre s administratív költségekre, a mely utóbbiban bent foglaltatik azon szállítási költség is, melyet az amerikai élelmiszereknek Rotterdamból hozzánk való elszállításáért fizettünk, mely magában véve is a 3,000.000 koronát jóval meghaladja.

Hogy actionkat a vázolt program szerint május vége helyett 3 hónappal megnyújtva 35,000 gyermekkel sikerrel lefolytathassuk, actionknak a magyar kormány részéről még 3.000.000 korona segélyre lenne szüksége, miáltal a magyar kormány hozzájárulása a november 1.-től szeptember 1.-ig lefolytatott óriási méretű segítő actióhoz összesen 21.000.000 koronát tenne ki az amerikaiak közel 232 millió koronájával szemben. Merjük remélni, hogy a magyar kormány áthatva ezen gyermeksegítő actio óriási socialis fontosságától, ezen utolsó hozzájárulást sem tagadja meg s a szükségrendő 3.000.000 koronát a végrehajtó bizottságnak rendelkezésére bocsátja.

Hogy az actióban résztvevő gyermekek táplálkozását mennyivel sikerült megjavítanunk a nyújtott pótétkezésekkel, arra vonatkozólag pontos szám adatokkal egyelőre nem rendelkezünk.

Már most gyűjtjük az adatokat, s igyekszünk azokat tudományosan feldolgozni s az actio befejeztével kötelességszerűleg részletesen be fogunk számolni úgy az Egyesült Államok nagylelkű adakozóinak, mint a magyar kormánynak.

Azon adatokból, melyek eddig rendelkezésünkre állanak, látjuk, hogy az árvaházakban átlag 160 pótétkezés tartama alatt a testsúlynövekvés fejenként körülbelül 1 kilogrammot tett ki, a mi tekintetbe véve az egyébként rossz táplálkozási viszonyokat a fővárosban, kétségtelenül máris szembetűnő eredmény.

Hogy egyes gyermekeken, különösen a gyermekórház reconvalescens gyermekei között, a testsúlygyarapodás sokkalt nagyobb arányokban, 4—5 kiló súlygyarapodásig is volt észlelhető, azt ezuttal csak mellékesen említem.

Különben hogy ezen nagyszabású actionak kétségtelenül igen áldásos hatása leend az abban résztvevő gyermekekre, az bővebb fejtegetésre alig is szorul, ha tekintetbe vesszük,



hogy az eddig étkeztetett gyermekek által elfogyasztott táplálékmenyiség 10,431 tonnanemet tett ki, vagyis összesen majdnem 7 milliárd nagy caloriát, a mely kerekszámán körülbelül 12 millió pótétkezésre oszlott meg.

Nagyon Tisztelt Nagybizottság! Midőn mindezekben bátorkodtam beszámolni eddigi működésünkről, hazafias kötelességünknek tartjuk legmélyebb hálánkat kifejezni az Egyesült Államok áldozatkész polgárainak, köztük nagyszámú magyar honfitársunknak, kik a legnehezebb időszakban nyújtották felénk segítő kezeiket s mintegy bőségszarúból öntötték felénk bőkezű ajándékukat. Azt hiszem mindnyájunk lelkes egyetértésével találkozunk, ha arra kérem az amerikaiak képviselőjében köztünk levő nagyon tisztelt és érdemes munkatársunkat, *Richardson* kapitányt, hogy ezen hálás köszönetünket, mint a nagybizottság lelkes egyhangú határozatát, Amerikába eljuttatni kegyeskedjék.

Hálás köszönettel adózunk a magyar kormányoknak, hogy ezen nagyszabású actiót, hathatós pénzügyi erejét majdnem túlhaladó anyagi hozzájárulásával lehetővé tette.

Végül »last but not least« leghálásabb köszönetünket fejezzük ki mindazon segítő erőknél, mely erőket lehetővé tették, hogy nagykiterjedésű actiókat eddig is zökkenések nélkül programmszerűen lebonyolíthattunk, értem itt a főváros és vidék iskolai tanszemélyzetének igen tisztelt tagjait, kik önzetlen és fáradságot nem ismerő működésükkel hazafias örömmel állottak az actio szolgálatába és vállalkoztak a főző- és kiosztó-helyek vezetésére s a gyermekek paedagogikus ellátására ezen helyeken.

S most, midőn jelentésem végére értem, nem mulasztatom el, leghálásabb köszönetünknek kifejezést adni *Richardson* kapitány úr előtt azon nemes és bennünket nagy mérvben lekötő elhatározásaért, hogy daczára, hogy Amerikából 2 és fél évi távolléte után joga lett volna állásától megválni s megbízatását másnak átadni, kérésünkre körünkben maradt s az actiót végig velünk együtt bonyolítja le. Minthogy ezen irányban a Londonban székelő vezérbizottság határoz, mi táviratban kértük a vezérő bizottságot, hogy ezen kérésünket teljesíteni kegyes volna s minden reményünk megvan arra, hogy az igenlő választ Londonból mihamarabb megkapjuk.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Szülészeti és nőorvostan.

A sajátvér-infúzióról ír *Döderlein* tanár. Tapasztalatait erről a kérdéssel abban összegezi, hogy a sajátvér-infúzió életmentő volta mellett is veszélytelen eljárás. Alkalmazására aránylag gyakran nyílik alkalma a nőgyógyásznak, nevezetesen méhen kívül meglepedett pete külső burkának megrepedésekor beállott vérzés esetén, midőn, ha a lehető leggyorsabban kerül is a beteg a műtőasztalra s az azonnali műtét a vérzést rögtönösen meg is szünteti, az előbbeni nagy vérvesztés következtében rövid időn belül mégis bekövetkezik a halál. Ha ilyen hirtelen vérzés eseteiben a kiömlött vér bizonyos mennyiséget meghalad, azt konyhasós transfúzióval nem lehet pótolni, mert ezzel folyadékot igen, de haemoglobint, illetve vörösvérsejteket nem juttatunk a szervezetbe, ilyenkor csak a vér-transzfúzió segíthet. Mivel az emberi test még idegen emberi vérrrel szemben is annyira érzékeny, saját hasüregükbe kivertettek — ilyen esettel áll szemben a nőgyógyász méhen kívüli terhesség kapcsán beálló vérzéskor — a hasüregbe kiömlött sajátvér-infúziója az érrendszerbe az egyedüli eljárás, a mi az életet még megmentheti. Technikája a következő: A hasüreg megnyitása után kanállal a vért gaze-zal bélelt tölcserbe meríti, honnan a folyékony vér egy edénybe szűrődik át, melyben azt 3:2 arányban 1% natrium citricum-oldattal keveri s ezt a folyadékot testhőmérsékűvé melegítve, valamelyik gyűjtőérbe vagy egy mesenterialis vénába, esetleg a vena spermatica inter-

nába infundálja. A hatása ennek, a mint írja, csodálatos. A halotthalovány beteg arcza kipirul, előbb nem tapintható pulsusa visszatér, a beteg már a műtétet követő napokban eleven és életerős, állapota semmi aggodalomra nem ad okot, pedig az erősen kivértett beteg állapota a saját vér-infúzió alkalmazása nélkül, ha a műtét simán folyt is le, még sokszor napokig nyugtalanítja az orvost. Olyan esetekben, hol a vérzés régebbi, nem lehet ezt az eljárást alkalmazni, mert a vér már megalvadt, de felesleges is, mert ilyenkor a műtét javallata nem a fenyegető elvérzéses halál, a sajátvér-infúzió alkalmazását pedig éppen ez teszi szükségessé. Az a kérdés tehát, hogy milyen hosszasan használható ezen célra a hasüregbe jutott vér, vagyis hogy milyen hosszasan tartják meg működésképeségüket a vörösvérsejtek, ebből a szempontból nem bir jelentőséggel, ha pedig olyan eset kerül a nőgyógyász elé, hol az életet fenyegető friss vérzés mellett régebbi vérzésekből származó véralvadékok is találhatók, semmi akadály sincs annak, hogy ezt a keveréket megsűrítés után az érrendszerbe juttassa. Ez eljárás mellett *Döderlein* emboliát egyszer sem észlelt. A sajátvér-infúzió nem pótolható a vérnek a szabad hasüregben való visszahagyásával, mert igaz, hogy innen folyadék felszívódhat, de nem szívódnak fel a vörösvérsejtek. Azt az aggodalmat, hogy bacteriumokkal szennyeződne a hasürbe ömlött friss vér, mielőtt infúzióra kerülne, nem tartja jogosnak. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1920, 17. szám.)

Ugyanez a tárgya *Kulenkampff* tanár egy értekezésének. Ő annyira fontosnak tartja ilyen esetben minél több vérnek minél rövidebb időn belül visszajuttatását az érrendszerbe, hogy az eddigi operatíós cél: a vérző érnek minél előbbi lefogását, inkább pár pillanattal elhalasztja azért, hogy a fentebbi követelménynek tökéletesebben tehessen eleget. Éppen ezért a hasüreget nem nyitja meg mindjárt az operatíóhoz szükséges terjedelemben, hanem csak annyira, hogy kimerhesse azt a vérmennyiséget, mely az azonnali teljes megnyitás által elveszne s csak ezután lát a vérzés csillapításához, majd a még visszamaradt vér eltávolításához. A sajátvér-infúzió hatását éppen olyan meglepőnek írja le, mint *Döderlein*. (*Zentralbl. für Gyn.*, 1920, 16. szám.)

*Friedmann* is több esetben látott kitünő eredményt a fenti eljárástól. Az ő technikája az, hogy a has megnyitása előtt cseppenként intravenásan konyhasó-oldatot kezd adni s a hasüreg megnyitása után nyert vért natrium citricummal keverve (3%-os oldatból 1:9), hozzátölti a konyhasó-oldathoz s ezzel együtt cseppenként infundálja a kipaeparált kar-vénába. A hasüreg megnyitása előtt cseppenként adott infúzió nem növeli a vérnyomást, úgy hogy az nem vonja maga után a vérzés erősödését. (*Zentralbl. für Gyn.* 1920, 16. szám.) *Váró.*

#### Gyermekorvostan.

A végbélelőlésés kezeléséről ír *Plenz* a „Städtisches Krankenhaus in Charlottenburg-Westend“ I. sebészeti osztályáról. Az eddig használatos kétféle kezelésmódot bírálja. A conservatív, a ragtapasz-csíkokkal való kezelést, mely nehézkes, költséges és piszkos, célszerűtlennek tartja. A műtéti módok közül, nem tekintve a nagyobb beavatkozásokat, amilyen a levator ani redőbe fedése, vagy a rectum fixálása, még legjobbnak tartja a *Thiersch*-féle subcutan elhelyezett drótygyűrűt. Ez sem kifogástalan, a mennyiben igen gyakran fájdalmat okoz a székeléskor, sőt, mint idegen test, genyedetést tart fenn. Igaz, ezzel szemben a műtők azt állítják, hogy a genyedés egy kör alakú heggel az esetek 83%-ában gyógyulásra vezet. Ezek mellett a *Kirchner*-féle fasciaplastikát, melyet a szerző több esetben igen szép eredménnyel alkalmazott, az irodalomban csak két ízben találta felemlítve. A műtét menete röviden a következő: körülbelül 12—15 cm. hosszú, 2—1½ cm. széles fasciacsíkot vesz a czomb tractus iliotibialisáról, melyet physiologiás konyhasóoldatban tesz félre. Azután két 1—1½ cm. hosszú metszést ejt az elülső és hátsó raphén az anus közelében. A kacsalakúra hajlítt



fasciacsikot egy meggörbített makkfogóval az előzetesen Cooper-ollóval körkörös körüljárt csatornába a metszések egyikén bevezeti és a végbélbe bevezetett kisujjvastagságú Hegar-féle tágitó körül az előbb kiterjesztett fasciaszéléket, miután az egyik véget a másikon ejtett hasítékon áthúzza, körkörös catgutcsomós varrattal rögzíti. A körmetszéseket Michel-kapcsokkal zárva, ellátja a sebet. Lányokon a gát rövidsége miatt a bőrmetszéseket oldalvást helyezi el. A gyógyulás sima, öt nap multán kivehető a kapcsok s a széketét rendezve, prolapsus nem áll be újra. Az így operált gyermekek kora  $1\frac{1}{2}$ —5 év körül volt. Utóvizsgálatok a feszes fasciacsik jól érezhető, de az anyák adatai szerint nehézséget ez csak kemény széketét esetén okoz. A szerző e műtétet mint nagyon rövid ideig tartó és sima, gyors gyógyulást biztosító operatív beavatkozást az eddigénél nagyobb figyelemre méltónak tartja. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 11. sz.)

Farnos I. dr.

„Flexibilitas cerea a gyermekkorban“ címen foglalja össze *Elise Hermann* a lipcsei gyermekklinikán ezirányban végzett vizsgálatait, melyeket *Lesage* és *Collin* közlései nyomán végzett és melyek eredménye a következő: A gyermekeket 20 hónapos kortól 6 éves korig vizsgálva csökkent fáradtságérzésre, az esetek kétharmadában a kísérlet egyáltalán nem sikerül. Ezek a kevésbé suggestibilis gyermekek. A többi, inkább suggerálható, bár belemegy a kísérletbe, a rövidesen beálló elfáradás miatt vagy felhagy vele, vagy a fáradtság kifejezett jeleit mutatja. A gyermekeknek mindössze 8%-a tud elfáradás nélkül oly hosszú ideig maradni a beállított helyzetben, hogy csökkent fáradtságérzést vehessünk fel. Valóságos flexibilitas cereáról azonban itt sem lehet szó. Az előbbi szerzőkkel szemben idősebb, nem rachitises gyermekeken is talált pozitív eredményt. Vizsgálatai *Collin* nézetét — mely szerint a csökkent fáradtságérzés bizonyos korban physiologiás — megdöntik. (Monatschrift f. Kinderheilk., 1919, 11. és 12. füz.)

Bakay Emma dr.

### Orthopaedia.

**A spina bifida occulta és a világrahozott dongaláb közti összefüggésre mutat rá cikkében Beck** (Ludloff frankfurti orthopaed-sebészeti klinikájáról). Ez az összefüggés tapasztalata szerint gyakrabban áll fenn, mint a hogyan eddig gondoltuk. A dongaláb gyógykezelésében gyakori balsiker, mely morphologic jól redresszált lábánál is a normális functio kimaradásában nyilvánul, a gyakori recidiva, mely sokszor súlyosabb deformitásra vezet, mint a milyen az eredeti volt, a kötésben fejlődő nagy decubitus, a lábat átfúró fekély, sőt gangraena keltették fel a gyanút már régebben, hogy a deformitást az alsó végtag izomzata beidegzésének centralis eredetű zavara okozza. Ezt a felvételt támogatta a lábikrazomat fokozódó sorvadása s a peronealis izomzat működési gyengülésének a megállapítása is. A szerző a klinikán jelentkezett, 8 éven felüli, rosszul gyógyult dongalábos betegeket vizsgálta át ez irányban és a 12 beteg közül 6 esetben sikerült kimutatnia az izomzat beidegzési zavarát és a rejtett gerincz-hasadékol. Külsőleg látható symptomái: hypertrichosis a kereszttájon, teleangiectasiák, naevus, hegek, kidomborodások, sipolyszerű behúzódnások ugyanott. Sokszor azonban e külső jelek teljesen hiányoznak. Legfontosabb diagnostikai segédeszköz a Röntgen-felvétel, mely a legpontosabban mutatja az ágyéki gerinczrész és a keresztcsont defectusának a helyét, kiterjedését és alakját. Tudjuk, hogy a rejtett gerinczhasadéknál intradurális fekvő daganat vagy fibrosus köteg által képződött befűződés a gerinczvelő dysplasiáját okozza a gerincz defectusától távolosó magasabb régióban is, hasonlóképpen a kilépő idegyökök is sklerotizáltak és congenitális defectust mutatnak, ami miatt a periferiás idegek is degenerálódnak. Ez elváltozások okozzák úgy az érző, mint a mozgató sphaera kisebb-nagyobb fokú zavarait különféle combinációkban, a melyek következménye az ilyen eredetű dongalábakon észlelhető atrophia, az izomzat működési gyengülése, fejlődési visszamaradás, súlyos decubitusok, áthatoló

lábfekélyek keletkezése stb. A szerző összefüggést lát a gerincz defectusa s a lábdeformitás kifejlődése között a világrahozott dongaláb aetiologiájában is; véleménye szerint az idegrendszer zavara a méhben már képtelenné teszi a magzatot, hogy beékelt lábával védekezve, kitérjen a méh falának nyomása elől, mely e miatt kifejtheti deformáló hatását. Annál jogosultabbnak érzi magát e felvételre, mert a dongalábon kívül más lábdeformitásoknál (14 ívelt láb közül 9 esetben), súlyos lúdtalpnál is sikerült a spina bifida occulta jelenlétét Röntgen-felvétellel kimutatnia. A láb deformitása és a gerinczhasadék összefüggésének megállapítása másképp befolyásolja prognosunkat és gyógyító eljárásunk balsikerének a megítélését is. (Münchener med. Wochenschrift, 1920, 11. sz.)

Kopits dr.

### Szemészet.

**Szemgödör-daganat** (a mellékvese neuroblastomájának áttéti gócza) még le nem irt esetét írja le *Wessely*. Legutóbb *Fischer* fejtegette a sympathicus neuroblastomáinak és a retina gliomáinak rokon voltát. A retinális glioma szerinte szintén a neuroblastokból fejlődik a kezdetleges idegtelep még el nem különült sejteiből, és a szerint, a mint a kiindulás helyét alkotó sejtek többé-kevésbé előhaladott fejlődési fokon vannak, különböző képet mutatnak. A retinális gliomáknak és a sympathicus neuroblastomáinak közös sajátosságuk, hogy chromatindús magú, kevés plasmájú sejtekből állanak, hajlamosak vérzésre, elhalásra, kifejezetten rossz természetűek, szemben az agyvelő gliomáival, a csontokban áttéti góczokat okoznak és leginkább a korai gyermekévekben fejlődnek. Az említett összetartozást erősíti meg a szövettani kép alapján *Wessely* esete. A daganat a bal mellékvese velőállományából indult ki, a bal szemgödör felső falán áttéti góczot okozott, mely 3 hét alatt, a szemét akkor ért ütés kapcsán, a szemgolyót erősen kidüllesztette, félretolta és így a beteg elsősorban szemorvoshoz fordult. Az orbita felső falán tésztaszerű daganat volt tapintható. A műtét alkalmával, melyet 2 hét múlva az újra és nagyobb mértékben fejlődő exophthalmus miatt meg kellett ismételni, mindkét alkalommal puha, véralvadékokkal kevert szövetbe jutottak, melynek jórésze a seben át kiürült és erre a szem kidülledése lényegesen csökkent. Az első műtéti 6 éves fiú-beteg láztalan, a szem működése kifogástalan volt. A második műtét idején a beteg állandóan subfebrilis, a szemfenéken venás pangás. A szövettani vizsgálat határozott eredményt nem adott. Közben a bal csipő-tányéron fájdalom kíséretében hullámzó daganat fejlődött, melynek sebészi megnyitása szintén nem derített világosságot a kérdéses esetre, mert a feltételezett osteomyelitis geny helyett csak szövettörmelékes üreget találtak; ezt tamponálták. Rövid idővel azután, az első felvétel idejétől alig 2 hónapra, a beteg meghalt. Bonczolásakor a bal mellékvese helyén kis alma-nagyságú, szivacsos, kékes-vörös daganat, azonkívül daganat-góczok a keresztcsonton, a bal csipő-tányéron, a kis medenczében és az orbita egész felső és külső falán. A szövet-vizsgálat először gömbsejtes sarkomát állapított meg, figyelmeztető vizsgálatra azonban kitűnt, hogy a daganat fészkekbe elrendezett chromatindús magvú sejtekből áll, melyeknek a magot éppen csak hogy szegélyező keskeny plasmája számos rövid, csipkeszerű nyúlványt alkot; a sejtfészkeket finom rostozat szövi át. A szemgödördaganat képe már jellemzőbb, a mennyiben a sejtek nagyobb, összeállóbb tömegeket alkotnak, helyenként rozetta-alakú képletekkel, melyeknek belsejét sugárszerűen elrendezett rosthálózat foglalja el, éppen úgy, mint a retina gliomáiban is. Gyermekekori orbitális daganat jelenléte esetén tehát feltétlenül neuroblastomára is kell gondolnunk. (Archiv für Augenheilk., 1919, LXXXV. kötet.)

Sz. L.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Dysbasia angiosclerotica** esetét közli *Bamberger*, amelyben nagyon jó hatásúnak mutatkozott a chinin-therapia. 0:20—0:30 gramm chininum bisulfuricumot adott naponként háromszor néhány napon át. (Mediz. Klinik., 1920, 5. szám.)



**Fissura ani** ellen *Klemperer* a következő eljárást használja biztos eredménnyel; a fissurát naponként gondosan megtisztogatja  $\frac{1}{2}^0/00$ -s sublimatoldattal, azután  $10^0/0$ -os cocainoldatba mártott gyapotot tesz rá 3—5 perczig és ilyen módon érzéstelenítve, üvegpálczika segítségével bekeni tiszta ichthyollal. Este enyhe hashajtót ad és reggel a székelés után gondos végbéltisztogatást végez vattával és meleg vízzel. Az eljárás naponként ismétlődő körülbelül 5—6 napig, a mikor is a cocainozás többnyire már elhagyható és az ichthyollt is csak kétnaponként kell alkalmazni. A gyógyulás legfeljebb 14 nap alatt következik be. (Therapie der Gegenwart, 1919, 11. füz.)

### Vegyes hírek.

**Igen tisztelt munkatársainkat** sajnálattal értesítjük, hogy tekintettel a nagy papirhiányra és az előállítás költségeinek immár szeretlen voltára: megjelenendő dolgozataikból díjtalan különnyomatokat további intézkedésig nem adhatunk. Amennyiben valaki mégis szükségelne különnyomatokat: közvetlenül a nyomdával sziveskedjék e tekintetben érintkezésbe lépni.

**Kiseb közlések az orvostudomány köréből.** Az a femoralis embolusának eredményesen operált esetét ismerteti *Sundberg*. A műtét helyi érzéstelenítés mellett történt 12 órával az embolia bekövetkezése után; az embolus hossza 86 cm. volt. Csak az intimát és a mediát varrták, az adventitiát nem. Az irodalomban eddig 20 eset ismeretes 6 tartós gyógyulással. (Hygiea, 1920, 1. szám.) — *Momm* megerősíti *Zangemeister* észleletét, hogy a terhes nők testsúlya a szülés előtt két nappal hirtelen csökken, még pedig átlagban egy kilogrammal. (Zentralbl. f. Gynaek., 1920, 10. szám.)

**Személyi hírek külföldről.** *C. Toldt*, a bécsi hírneves anatómus, a napokban ünnepelte 80. születésnapját, a mely alkalomból tiszteletbeli bölcsész-doktorrá nevezték ki. — *P. Trendelenburg* tanárt meghívták a hallei egyetem gyógyszer-tanszékére. — *M. Rosenfeld* dr., a strassburgi egyetem pszichiatriai klinikájának volt főorvosa, a rostocki egyetem pszichiatriai tanszékére kapott meghívást. — *Flury* dr.-t kinevezték a würzburgi egyetemen a gyógyszer-tan rendes tanárává. — *Schwenkenbecher* tanár, a frankfurti egyetem belklinikájának igazgatója és *Bergmann*, a marburgi egyetem belgyógyász-tanára, helyet cserélt.

**A nő-orvostan hallgatók száma** a német egyetemeken állandóan növekszik; számuk jelenleg 2080 az öt év előtti 944-gyel szemben; ezenkívül 200 tanul fogászatot és 130 készül a gyógyszerészeti pályára.

**Turán Bódog** dr. orvosi gyakorlatát *Franzensbadban* ismét megkezdte.

## Orvosi Évkönyv 1920. Értésítés!

Az előre kitűzött példányok mind postára adattak. Mától kezdve a 70 koronás bolti ár lép érvénybe. Pédányok csakis az alulírottaknál kaphatók.

Telefon: József 106—47.

„PETŐFI” IRODALMI VÁLLALAT  
Budapest, VII., Kertész-utca 16.

Dr. Melha Armand, Dr. M.-né  
Dr. Hill Paula, Dr. Mandler  
Ottó, Néhai Dr. Reich-féle

## Zander

és tökéletesen felszerelt  
fizikai gyógyintézete.  
IV., Semmelweis-u. 2,  
Kossuth Lajos-u. sarok.

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

IV., Ferencz József rakpart 26.

Telefon József 56—76.

**Dr. Szili Sándor** orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87—73.

**FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM R.-T.**

Igazgató főorvos: *Dr. Nádasy István*. Ügyvezető igazgató: *Fészli 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 kórtérmekek kibővítve. Diagnostikai és therapiái Röntgen-Laboratorium. Vezető: *Dr. Rabloczky*. — Mesterséges napfény ambulans betegek részére is

**Dr. FORBÁT** orvosi laboratoriuma Budapest VI., Teréz-körút 22. Telefon 121—02 sz.

Eredeti előírás szerinti **WASSERMANN-reakciók** kedden, csütörtökön és szombaton. — Steril vér-felgőcsövecskék kívánatra vidékre küldhetők.

**Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA**

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-betegtek, szülőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium

**Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM**

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

**Dr. Szilas** diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

**Dr. SZIGETHY SANATORIUMA,** klimatikus és diétás gyógyintézet, napkura, strandfürdő, **Balatonkeresztur.**

**Dr. SZEGŐ-féle orvosi dajkavizsgáló intézet.**

Vezető orvos: *Dr. Weisz Manó*. Telefon: 93—22. Budapest, VII., Szív-u. 69, I. em.

**MEDIKO-MECHANIKA,** orthopädia és vizgyógyintézet a

**Dr. PAJOR - SANATORIUMBAN.**

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

**Dr. Szily Pál** volt egyetemi tanársegéd, kórházi főorvos

vegyi, serologiai, bakterologiai vizsgálatok pontos elvégzése. Telefon: 45—59. IV., Bécsi-utca 5, II. em.

### PÁLYÁZATOK.

365/920. ikt. sz.

Békés vármegye közkórházának belbeteg és elmeosztályán több **segédorvosi és egy alorvosi állás** üresedvén meg, ezen állások betöltésére pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánó orvos urak sziveskedjenek kérvényüket méltóságos *Zilahi Kiss Jenő* úr kormánybiztos főispánhoz intézve, **hozzám, folyó évi május hó 24-ig** beküldeni.

Az alorvosok javadalmazása I. oszt. ellátás (szeszies ital nélkül), évi 2000 kor., a segédorvosoké évi 1400 kor. és megfelelő háborús és drágasági segély. Az elmeosztályon úgy az alorvos, mint a segédorvos 400—400 kor. osztálypótlékban részesül.

Előnyben részesülnek azon orvosok, a kik a kötelező kórházi gyakorlati évet már eltöltötték.

Gyula, 1920 május 11.

*Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

A *Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár* tartozékát képező perczesi közszénelteletelen lemondás folytán megüresedett **második gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Ezen állással az állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasúti tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 1. fizetési fokozatának megfelelő évi 2900 korona kezdőfizetés, évi 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás, ezenkívül további kormányintézkedésig évi 2200 korona háborús segély és havi 400 korona drágasági segély élvezete van egybekötve. Az állás egy év tartamára ideiglenesen töltetik be. Egy év letelte után, megfelelő szolgálat esetén, a kinevezett orvos változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesítettik. Felhívjuk azon egyetemes orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy oklevelük hiteles másolatával, születési és egészségi bizonyítvánnyal, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal kellően felszerelt folyamodványukat, családi állapotuk megjelölésével, a *Diósgyőri m. kir. vas és acélgyár igazgatóságához* (*Diósgyőrvasgyár*) 1920. évi június hó 15.-éig nyújtsák be. Az állásra megfelelő lakás hiányában csak nőtlen orvosok pályázhatnak. Elkésve érkezett, vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

*Diósgyőrvasgyár, 1920. évi május hó 7.-én.*

*Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár:*

*Ondrus s. k.,*

*igazgatóhelyettes, gyárfőnök.*

## Dr. Egger Leó és Egger J.

gyógyszer-vegyészeti gyár új készítményei:

**Hypophosphites comp. granul.** Dr. Egger

**Syr. Hypophosphit. comp.** Dr. Egger  
szilárd alakban.

Egy kávéskanálnyi granula pontosan egy evőkanálnyi Egger-Syrupnak felel meg.

Az orvos urak által kedvezően megbírált készítmény.

**Dragées Cotarnin. hydrochlor.** Dr. Egger. 0.05

Kitünő hatású stypticum.

Az Ergotina Stypticát sikeresen pótolja.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

## TARTALOM.

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Láng Adolf:** A budapesti magyar kir. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Verebely Tibor, egy ny. r. tanár) és I. sz. belgyógyászati klinikájának (igazgató: Bálint Rezső, egy ny. r. tanár) laboratóriumából. Belső desinfectiók kísérletek vuzinnal súlyos sebészi fertőzésekben; adatok a therapia sterilisans localis percapillaris kérdéséhez. 233. lap.

**Schill Imre:** Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegy gyógyintézetéből. (Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyet. tanársegéd.) A mesterséges pneumothorax befolyása a contralateralis tüdőfelre. (Vége.) 236. lap.

**Grósz Emil:** Magyarország Szemorvosainak Egyesülete. 238. lap.

**Irodalom-szemle. Lapszemle. Könyvismertetés. Th. Brugsch:** Ergebnisse der gesamten Medizin. — Új könyvek. — **Belorvostan. Stepp:** A tüdőgangraena gyógyításáról salvarsannal. — **Börbajok. O. Baum:** A herpes simplexnek a háziyüti szaruhártyájára való átvihetősége. — **Zieler:** A lupus vulgaris gyógyítása. — **Szemészet. H. Dorff:** A lappangó szemregrésről. — **A. Eppenstein:** A háborús gázmegbetegedést és a tüdőgyuladást kísérő szemtünetek ismeretéhez. — **Groenouw:** Orbáncz után kétoldali vak-ság. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 239–241. lap.

**Vegyes hírek.** 232. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti magyar kir. tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Verebely Tibor, egy ny. r. tanár) és I. számú belgyógyászati klinikájának (igazgató: Bálint Rezső, egy ny. r. tanár) laboratóriumából.

## Belső desinfectiók kísérletek vuzinnal súlyos sebészi fertőzésekben; adatok a therapia sterilisans localis percapillaris kérdéséhez.

Írta: Láng Adolf.

A belső desinfectio célja a szervezetet elárasztó bacteriumokat a szervezetbe bevitt desinfectáló anyagokkal megölni vagy fejlődésükben meggátolni.

A desinfectiót létrehozó anyagok száma, mióta a vizsgálatok methodikája finomult és javult, erősen összezsugorodott, mert a szerek nagy számáról kiderült, hogy a megtürt töménységben és a szűkre szabott időtartam alatt a kórokozó csirákat nem ölik meg, sőt még fejlődésükben sem gátolják. Míg kémlecsőben igen sok desinfectiensnek szövetelő határ alatti töménységében bacteriumölő tulajdonsága állapítható meg, addig az élő szervezetben az e sajátosságukba vetett remény hiú marad. Nem célom e helyen rámutatni azokra a különbségekre, melyek e két physico-chemiai folyamat között fennforognak, ezeket a kísérleti bacteriologia kellőképpen bebizonyította.

A chemiai desinfectienssekkel szemben nagy mértékben lecsökkent bizalom még jobban lefokozódott *Ottolenghi* vizsgálatai következtében, melyeket *Kroner* és *Naumann*, legújabbban pedig *Vészi* megerősített. E vizsgálatokból kiderült, hogy ha lépfenespórák vagy staphylococcusok suspensiójára legelterjedtebben használatos és legmegbízhatóbbnak tartott desinfectiensünket, a sublimat-oldatot öntjük és *Ottolenghi* szerint gondoskodunk róla, hogy a sublimat kénhydrogennel vegyileg tökéletesen eltávolíthatassék, a bacteriumok megfelelő táptalajon tovább szaporodtak és így *Morgenroth* szavaival élve, a sublimat bacteriumölő-képessége „elgondolhatatlanul csekély”, mert a 0.13% sublimat-oldatnak a staphylococcusokra több napi behatása után is a staphylococcusok tovább éltek, a lépfene spórái 28 nap után is hasonlóképpen kezelve állatpathogenek maradtak. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy a sublimat fehérje jelenlétében tökéletesen hatástalan, úgy a sublimat csiraölő képességében sem szabad bizni.

E kérdés taglalása vezette *R. Koch*-ot a belső desinfectiók kísérletekhez, a melyek kapcsán azonban a nyúlnek lépfene-bacteriaemiájában a sublimatot hatástalannak találta. De nemcsak *Koch*, hanem ugyanígy vélekedik nagyszámú követője is, köztük *Behring*, ki sok desinfectiensnek belső desinfectióra való képességét és alkalmasságát vizsgálta, azonban a negativ eredmény miatt szinte törvénynek mondta ki, „hogy az élő állati és emberi sejtek sokszorosán érke-

nyebbek a desinfectienssekkel szemben, mert mielőtt a desinfectiens a bacteriumokat megölné, vagy a vérben, illetve a szövetekben szaporodásukat meggátolná, már jóval előbb megöli az inficiált állati test sejtjeit.”

A belső desinfectióval, mint említettük, a szervezetben szaporodó bacteriumokat igyekszünk a szervezetbe bevitt desinfectáló anyagokkal megölni, vagy fejlődésükben meggátolni. Hogy milyen akadálya e kísérleteknek a vér savójának fehérjéje, azt, mint láttuk, a sublimattal végzett vizsgálatok, valamint *Ehrlich* és *Bechold* kísérletei igazolják, kik szerint a halogenizált phenolok in vitro 1:200.000, sőt 1:600.000 hígításban bacteriumfejlődést gátolók, azonban serum-tartalmú közegben erre képtelenek, tehát éppen a belső desinfectio céljára nem alkalmasak. E nagyfokú hígításban e bactericid szerek a szövetelemek állandósult károsítása nélkül lennének használhatók, tehát a *Behring*-féle követelménynek megfelelően, azonban a hatástalanságot előidéző másik factor lép érvényre: az *oldott fehérje*.

Ha a belső desinfectio szövevényes utait követjük, nagy nehézségekbe ütközünk, ha a mikroorganismusok és a gazda sejtjeit vesszük szemügyre. Mindezen sejtekben a *protoplasma* veendő figyelembe, akár a bacteriumok által megtámadott szövetek elemeit alkotja, akár pedig a megtámadó bacteriumok sejtjét. És éppen ennek a *protoplasmának* egyéni sajátossága az, melynek alapján az egyes szövetek, egyének sejtjei chemiailag éppen úgy, mint physikailag, valamint functiójukat illetően is különböznek egymástól. A májsejt protoplasmájának éppen e károm cardinalis tulajdonsága által lesz máj- és nem izomsejtté, avagy éppen a bacterium testvé. E differenciált substratumok most már az egyes vegyi desinfectienssekkel szemben is másképpen viselkednek, az egyik sejt a desinfectienst esetleg jól megtüri, a másik már ugyanazon töménységű anyaggal szemben olyan vonzással viselkedhetik, hogy a sejt halálára vezethet.

A desinfectiensnek két csoportba oszthatók: 1. olyanokra, melyek külső desinfectióra használhatók, ezek belső desinfectióra egyáltalán nem alkalmasak, 2. oly antisepticumokra, melyek belső desinfectióra alkalmasnak bizonyultak. Ezen utóbbi fogalom semmiesetre sem jelenti egyúttal azt, hogy az illető szer általánosságban mindennemű desinfectióra egyaránt használható, mert míg a trypanosoma-fertőzésben hatásos az atoxyl, avagy malariában, pneumococcus-fertőzésben a chinin, az optochin, addig más bacteriumos vagy parasitász fertőzésekben ezek hatástalannak. Ezen anyagokat *Ehrlich* *parasitotrop*-oknak nevezi. Azonban e szerek legnagyobb része mérég, tehát organotropok is, mert életfontos szervek sejtjeihez is affinitással viselkednek. Gyakorlatilag ez azt jelenti, hogy a vegyi szereket a szervezet bizonyos sejtjei megkötik, fixálják.

*Ehrlich* a specifikus therapia alapjául felveszi, hogy egy bizonyos desinfectiens egy bizonyos parasitára bir ha-



tással, a minek magyarázatát a paraziták *chemoceptorában* véli találni, mely chemoceptor e parazitára jellemző tulajdonságú.

A chemotherapia kísérletezőinek a dolga, hogy valamely hatásos szer homolog sorából a leghatásosabbat (optimum) kikeressék, a dosis toxicát megállapítsák. Ezen fáradságos munkát ne kövessük, azonban valamely szer választásakor annyiban kössük magunkat, mert nemcsak individualizáláshoz van szó akkor, midőn az állatkísérleteket elhagyva, a kísérletek által nyert tapasztalatokat, őszintén megvallva félve, az emberre átvisszük. Hogy e félelem nem alaptalan, mutatja az a körülmény, hogy vannak anyagok, melyek alkalmazása különböző állatfajokon különböző hatásokban nyilatkozik meg. És hogy e különböző, előre nem sejtett hatás éppen az emberen milyen jelenségekben fog megnyilatkozni, vajjon irreparabilis elváltozások jönnek-e létre, erről az előzetes állatkísérletek nem nyújtanak felvilágosítást. E megfontolások kell, hogy vezessenek bennünket akkor, midőn chemotherapiás célból a kísérletező laboratóriumból a beteg embernek hozzuk a gyógyszert. Valamely szer általános használatnak csak akkor adható át, ha az indicatio felállítására kiterjedt tapasztalatok állnak rendelkezésre, ha a contraindicatio körülményei tisztázottak, ha a mellékhatások ismereteseek és ha tudjuk, hogy az esetleges mellékhatásként beálló jelenségek nem olyanok, melyek a szert végleg discreditálhatnák. Az alkalmazás technikájának tökéletessége is fontos tényező chemotherapiás munkálkodásunkban. Ne felejtjük el, hogy helytelen technikával létrehozott nem kívánatos hatások is akként könyveltetnek el, mintha a szer hozta volna azokat létre, a rossz technika alkalmas lehet az anyag diskreditálására.

A chemotherapiás beavatkozáskor nemcsak azt kell figyelembe vennünk, hogy az a szer bizonyos affectiót tud-e megállítani, hanem használata függ attól, milyen mennyiség kell belőle a folyamat tovaterjedésének megállítására és gyógyítására. Mert ha valamely szer gyógyító adagja egyenlő a dosis toxicával, vagy csak valamivel van alatta, akkor céljainknak nem megfelelő.

A szernek a szervezetbe való bejuttatásakor a nagy körutat megtévő per os adagolás már azért sem gondolható célszerűnek a belső desinfectio elérésére, mivel így a közvetlen contactus a vérben keringő bacteriumok és a desinfectio között nincsen meg. Directe a véráramba való bevételre, tehát direct hatásra kell törekednünk, hogy a desinfectio a bacteriummal megfelelő viszonyba juthasson.

Két főkövetelményt várunk valamely chemotherapiára alkalmas szertől: 1. a szer a véráramba bevihető legyen; 2. bacteriumokkal szemben *specifikusan* bactericid legyen olyan töménységben, melyben sem szövetártalmat nem okoz, sem általános mérgezés nem jön létre. Ha ekét feltételnek a szer megfelel, alkalmaztatása ellen elméletileg nem lehet kifogásunk.

Hogy ily desinfectio nek sebési fertőzések ellen birtokában vagyunk, az *Morgenroth*-nak elévülhetetlen érdeme. A chinin-származékok csoportjába tartozó homolog sor magasabb tagjai közül az *isoctylhydrocuprein* a lehatásosabb, melyet *Klapp* a nagy háborúban Vouzier francia város után, hol először alkalmazta, vuzinnak nevezett el s melyet a pharmacopoeában *vuzinum bihydrochloricum*nak ismerünk s a frankfurti Zimmer és társa „Vereinigte Chininfabriken“-je hoz forgalomba. A chinin-származékok közül a *vuzin*, mint *Morgenroth* és *Tugendreich* vizsgálataiból kiderült, 1:80.000 hígításban a *streptococcusokat* fehérje jelenlétében *in vitro* 24 óra alatt elöli. Erős desinfectio hatású van a staphylococcusokra, valamint *Braun*, *Schäffer* és *Bieling* szerint a diphtheria-bacillusra, továbbá a gázphlegmone előidézőjére (*Morgenroth* és *Bieling*), valamint a tetanus-bacillusra és a meningococcusra.

Állatkísérletek alapján *Morgenroth* és *Tugendreich* figyelmettetett e szer amaz előnyére, hogy állandó szövetizalom hátrahagyása nélkül tud a sejteken áthaladni. A savanyú sósavas sója savanyú reactióval vízben könnyen oldódik, azonban legcsekélyebb szabad lúg jelenlétében kicsapódik.

A vuzint *Morgenroth* ama tulajdonsága alapján, hogy vízben oldható, csekély töménységben erősen bactericid, a sejteken maradó hatás nélkül tud áthaladni és *fehérje jelenlétében* is hatékony, gondolta célszerűnek a sebek desinfectiójára. *Klapp* a háborús sebészetben kiterjedten kipróbálta a vuzint s minthogy az eredményeket frappánsáknak látta, szélesebb mederbe terelte az alkalmaztatását. Sorra kerültek meleg tályogok, panaritiumok, phlegmonék, carbunculusok és genyeltő bacteriumok által előidézett más sebési megbetegedések, a mirről először *Bier*, majd *Rosenstein*, nálunk *Manninger*, a homolog sor egy másik tagjáról (*eucupin*) pedig *Grósz* és külföldön más szerzők számoltak be részletesen.

A vuzin alkalmazás-módja a háborús sebészetben a *friss* seb alapos kimetszése után annak vuzinnal való körül-fecskendéséből és elsődleges varratból, tályogoknál punctióból, a tályog üregének kiöblítéséből és a szerrel való megtöltéséből, phlegmonosus folyamatoknál és carbunculusoknál a megbetegedett terület körül-fecskendéséből áll. Úgy az egyes szerzők által elért eredmények, mint a saját vizsgálataim alapján nyert benyomás meggyőztek arról, hogy a vuzinnal *Morgenroth* oly szer birtokába juttatott bennünket, melylyel a mély szöveti antisepsist elérni sikerült, tályogokat, ízületi genyedéseket, panaritiumokat, carbunculusokat kés nélkül meggyógyíthatunk vele, azonban kiterjedt phlegmonékat egyszerű körül-fecskendéssel megállítani nem tudunk.

Ezen alkalmazási kör bebizonyította, hogy a vuzin nemcsak fehérje, tehát vérplasma jelenlétében is hatásos, de, a mire *Morgenroth*-tal együtt súlyt kell helyezni, szövet-elemek, tehát fehér és vörös vérszövetek, érendothelsejtek jelenlétében is megtartja hatékonyságát.

Azonban *Schöne* kimutatta, hogy a vuzin desinfectio értéke serummal, még inkább defibrinált vérrel jelentékenyen csökken. Ezen értéket *Morgenroth* és *Bumke* meg is állapította és kiderült, hogy hígítatlan serumban, ascites-bouillonban öt-tízszeresére csökken, tehát nem 1:80.000, hanem 1:8000—16.000 az arány.

*Morgenroth* vizsgálataiból tudjuk, hogy úgy a vörös, mint a fehér vérszövetek a vuzint meg tudják kötni. A vuzin desinfectio értékének ily csökkenése egyúttal a *Klapp* igen híg, 1:10.000 hígítású oldattal elért jó eredményének objectiv kritikáját is involválja, a miről később részletesebben is beszámolunk.

Ezek szerint, hogy a vuzin desinfectio erejét kellően kihasználhassuk, a töménységét kell fokoznunk azon határig, a mely concentrációban sem a szövetek nem károsulnak még, sem általános mérgező hatás még nem jön létre. Meggondolásunkban vezető elvnek kell lennie, hogy a véráramba jutott vuzin olyan tömény legyen, hogy az emberi testben vagy testrészen jelenlevő vértömeggel felhigulva, még bactericid legyen, hogy az ott keringő bacteriumokat általános fertőzés esetén előlhesse, vagy szaporodásukban meggátolja, avagy lokalizált megbetegedés esetén a góczhoz eljuttatva, a bacteriumokat elpusztíthassa.

Állatkísérletek alapján emberre ártalmatlannak bizonyult a vuzinnak 1%-os, sőt 1%-os oldata is.

A vuzin parasitotropiája specifikus tehát a strepto-, staphylo- és meningococcusokkal, valamint a diphtheria és gázphlegmone bacillusaival szemben, ellenben nem parasitotrop a typhus- és coli-csoport bacillusaival és a pyocyaneus-szal szemben. Organotrop volta viszont kiténik abból, hogy vörös vérszövetek képesek megkötni; de organotropiás tulajdonságához számítható *Morgenroth* szerint az a jelenség is, a hogyan a vérsavóban oldott fehérjével szemben viselkedik.

A vuzinnak nagyfokú parasitotropiáján kívül legújában *Morgenroth* egy másik tulajdonságát is felismerte, amely tulajdonság egyúttal kulcsot ad szinte megfejthetetlen viselkedésének feltárására akkor, midőn például hatalmas carbunculus látunk, kellően körül- és aláinfiltrálva, aránylag rövid idő alatt eltűnni, anélkül, hogy a szokásos segítséghez, a késhez nyulnánk. *Morgenroth* értékes és érdekes vizsgálatával el-



döntötte, hogy pneumococcusokkal inficiált terület desinfectiójára optochin körülfecskendezésével sokkal nagyobb töménységű oldatra volt szükség, mint mikor vuzinnal fecskendezte körül; már pedig tudjuk, hogy az optochin specifikusan parasitotrop a pneumococcusokkal szemben. E látszólag paradox viselkedés magyarázatát azután megadták az inficiált holt szövetbe történt injectióval elért eredmények, mikor is az optochin vált ismét hatásosabbá. *Morgenroth* e paradoxnak látszó eredményt csak a felszívódás gyorsaságának különbségével tudja magyarázni, az optochin gyorsabban szívódik fel az élő szövetből, sokkal hamarabb hagyja el az inficiált területet, mint a vuzin.

Hogy e lassúbb felszívódásnak mi a jelentősége a belső desinfectióban, a mély antisepsisben, arról bővebben nem kell szólnunk akkor, mikor *Stich* és *Ansinn* azon törekvéseit vesszük figyelembe, melyek a vuzin hatásának fokozása céljából az injectio helyen való rögzítését vagy tovább oltmaradását különböző nehezebben felszívódó anyagok alkalmazásával a brüsseli 3. hadsebészeti congressuson 1918-ban javasolta.

A vuzinnak lassú felszívódása a szövetközi depótból végeredményben organotrop sajátosságából magyarázható, ha meggondoljuk, hogy a vuzin-oldat a szövetelemekkel és testnedvek oldott fehérjéjével reactióba jöve, azokhoz köttetik és deponálódik.

*Morgenroth* *Ansinn* kísérleteit a resorptio lassúbbítására vonatkozólag *gummi arabicum*-oldattal kilátástalannak találta, a gummioldat nem hozza meg a kívánt eredményt, mert a szövet impregnatioja nem jön létre, hogy az oldott, diffúzióra alkalmas anyag desinfectiáló hatását kifejtthesse.

*Klapp* a mély antisepsissel elért jó eredmények magyarázatára igen hig (1:10.000) oldattal való bőséges körülfecskendezés után, mellyel a gránatsérüléseket kezelte (az elhasznált folyadék quantuma  $1\frac{1}{3}$  l. is volt), a vuzin-oldat hatását három componensre bontja: 1. fizikalis, midőn a befecskendezett folyadék által a nyílt sebből kifelé és emellett a seb felé történő fokozott nyirokáramlás keletkezik; 2. bactericid és 3. biológiai-chemiai componens, melyet *Binz*-nek a 70-es években ismertetett vizsgálataira alapít s ez a chininnek a leukocytosisra gyakorolt gátló hatása. A nélkül, hogy *Klapp* *Binz* munkájára emlékezett volna, feltűnt neki a kevés sebváladék, a mivel megerősítve látja a leukocytosis gátlását.

Tárgyilagosan vizsgálva e tényezőket, a harmadik az, mellyel bővebben kell foglalkoznunk. *Klapp*, mint ismeretes, a háborúban szerzett friss nagy sebeket tökéletesen, az épbe vezetett metszésekkel vágja ki és infiltrálja nagyon hig, 1:10.000 töménységű vuzin-oldattal. Már 1898 ban *Friedrich* ajánlotta, hogy a sérülést követő 6 órán belül (Auskeimungszeit) vágassék ki a seb, azután varrjuk össze ezt. 1915-ben *Garré* propagálta, hogy messük ki tökéletesen a lehető legkorábban a gránatsérüléseket és varrjuk be, mivel így per primam intentionem gyógyulás érhető el. Hogy ez eljárástól mily nagyszerű eredmény várható, bizonyítja legújabban *Fründ*-nek, a bonni klinika segédjének 1919 májusában megjelent közleménye, melynek adatai alapján kétségtelenül megállapítható, hogy a legnagyobb rigorozitással történt kimetszés után — a sebet tökéletesen, minden drainezés nélkül bevarrva — 90—95% elsődleges gyógyulás érhető el hig vuzin-oldat befecskendezése nélkül.

Tehát a leukocytosis-gátlás nem a vuzin-oldat hatására következett be, hanem a tökéletes sebtisztítás miatt marad ki a genyedés. A seb kimetszésének annyira tökéletesnek kell lennie, hogy *Borst* szerint az elhalt szövetek után következő, de épnek látszó, azonban molekuláris rázkódtatást (molekulare Erschütterung) szenvedett szövet is kivágassék, mely regenerációra való képességét szintén elvesztette. A tökéletes exscisiótól várható jó eredményekről vuzin-injectio nélkül említést tesznek még *Stich*, *Kroh*, *Hufschmied* és mások, valamint nekem is volt alkalmam meggyőződnöm arról, bár e methodust kiterjedten nem alkalmazhattam, hogy teljes ki-

metszésre alkalmas sebzések összevarrhatók és genyedés nélkül meg is gyógyíthatók.

De vajjon számíthatunk-e 1:10.000 oldat parasitotrop hatására szövetközi injectiója után nagyterületű sebzés esetén? Az ily hig vuzin-oldat desinfectiós értéke rendkívül nagy mértékben alászáll, csak emlékezzünk *Morgenroth* és *Bumke* vizsgálataira

Azt hiszem, hogy *Klapp* kiváló jó eredményei a tökéletes kimetszésre vezethetők vissza s nem a nagy hígítású vuzin-oldat alkalmazására.

A mi pedig a vuzinnak a leukocytosisra való hatását illeti, saját vizsgálataimból a következők állapíthatók meg. Ha házinyúl fülvenájába a vuzinnak még túrt adagját, 0.015 gr.-ot 5 cm<sup>3</sup> vízben feloldva és sterilizelve befecskendezzük, akkor a fehér vérsejtek száma 24—36 óra múlva 9500-ról 20.800-ra, 7700-ról 20.400-ra, a harmadik esetben (az állat kivézetése után) 6000-ról 12.000-re ugrott fel; a hyperleukocytosis két napig tartott, majd átlagban 6 nap múlva a normalis számra szállott le.

Mint láthatjuk, éppen ellenkezőleg nem gátlás, hanem kifejezett hyperleukocytosis következik be, a minek következtében elhatárolt fertőzés esetén, pl. ha tályogot pungálunk és mosunk ki vuzin-oldattal, eleinte a tályog megnagyobbodik, megtelik gennyel, a mi a vuzinnak a leukocytákra gyakorolt csalogató hatásával magyarázható. *Bier* vizsgálatai szerint is élénk gyuladással jelenségek közepette nagymennyiségű geny képződik a megcsapolt tályogban, mely a szűrés nyílását át is törheti. *Mátéfi* vizsgálatai szerint, melyek több mint 100 genypróbára vonatkoznak, kiderül, hogy egyszeri csapolás után is az elfajult, pusztuló genysejtek eltűnnek s a fehér vérsejtek száma „relative” nő. A később említendő intraarteriás befecskendezés után is szinte ijeszítően hatalmas gennyel telt zsák keletkezett, mely a phlegmonés folyamatnak tályoggá alakulásával vezetett gyógyulásra. Ez észleletek tehát éppen hyperleukocytosis mellett szólnak. Más kérdés, hogy a leukocyták miként viselkednek a bacteriumokkal szemben és vajjon a bacteriumok virulentiájuk gyengülése, avagy teljes elpusztulásuk következtében esnek-e a leukocyták áldozatává. *Mátéfi* kísérletei élénk phagocytosist állapítanak meg, a mit saját vizsgálataim is megerősítenek.

A vuzin higabb oldatának bactericid hatását eltökelt tályog esetén használhatjuk jó eredménnyel; ilyen hígításban a vuzin a nagy bacteriumtartalmú tályog vagy ízület genyével érintkezve, a bacteriumokat vagy teljesen elpusztítja, avagy virulentiájukban csökkentve, a fehér vérsejtek martalékává teszi egy-kétszeri csapolás után; nagy tályogok is élénk genyképződés és reactiv lob jelenségei között fájdalomtalanvá vátnak, a genyes váladékot kevés savós váltja fel, melynek jelenléte még huzamosabb idő múlva is kimutatható, mely azonban lassanként felszívódik s így a tályog nyom nélkül meggyógyul.

Minthogy mindjárt kísérleteink elején 1:10.000 hígítású vuzin-oldattal való kimosás után egy tályogot egy csapolással nem sikerült meggyógyítanom, úgy hogy a tályogot fel kellett tárnom, ezért utóbb a kimosásra és a tályog megtöltésére 1:5000, sőt később 1:2500 oldatot használtam, mely oldattal 15 tályogot minden egyéb műtéti beavatkozás nélkül sikerült meggyógyítanom. Ha többszöri csapolás vált szükségessé, akkor az első csapoláskor a kimosást és megtöltést ilyen töményebb oldattal végeztem, s másodszeri, esetleg harmadszori kimosáshoz és megtöltéshez mindig higabb vuzin-oldatot használtam. Általában szabályul állítottam fel, hogy többszöri kimosás után a tályog üregében hagyandó vuzin-oldat körülbelül  $\frac{1}{5}$ -e legyen a lebecsátott genynek.

A punctio helyéül a tályog legmélyebb pontját választottam minden előzetes desinfectio nélkül.

Hideg tályog punctióját és vuzinnal való kimosását egy ízben kíséreltem meg, de eredménytelenül, a tályog megnövekedett, úgy hogy a vuzinkezelést abba kellett hagyom.

Hatástalannak bizonyult a vuzin a mellüreg empemájára két esetében is az I. sz. belgyógyászati klinika anyagán;



ezekben a mellüregből a genyét lebocsátva Dieulafoy-fecskendő segítségével, 1:5000 vuzin-oldattal egypárszor átmostam a mellüregét, a mellüregben meggyülemlő váladék azonban többszöri punctio után is kifejezetten genyes maradt, a láz nem szűnt meg, úgy hogy a bordakimetszés elkerülhetetlenné vált.

Vuzinnal kezelt tályogos betegek közül a legfiatalabb 4 hónapos gyermek volt, ki a csapolást követő kimosást 1:5000 vuzin-oldattal és a bennhagyott 2 cm<sup>3</sup> vuzin-oldatot jól tűrte el, úgy hogy tályogja feltárás nélkül gyógyult meg.

A szövetközi befecskendezést mély antisepsisnek nevezik. Célja, hogy mélyre terjedő megbetegedés esetén a betegség góczpontja felé irányuló vuzin-befecskendésekkel a szövetek között a bacteriumokat elpusztítsuk, ezzel a folyamatot megállítsuk és gyógyulásra bírjuk. Technikája a Klapp-féle prophylaxisos injectiónak felel meg. A gócz helyétől 3—4 cm.-nyire körkörösén és a gócz középpontja felé irányítottan történik a befecskedés hosszú tűvel, majd ugyancsak körkörösén a gócz alá is viszünk a vuzin-oldatból. Rendszerint előzetes desinfectio nélkül bőven itatom át a szöveteket, lehetőleg ügyelve arra, hogy azoknak minden rétegébe jusson az oldatból, és ha a bőrön valamely anyaghiány van, azon ki is áramolják. Az oldathoz novocaint is keverünk, úgy hogy az 1/2%-os novocain-oldatnak feleljen meg, minthogy a vuzin befecskendezése fájdalmas.

(Folytatása következik).

Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegyí gyógyintézetéből.  
(Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd.)

### A mesterséges pneumothorax befolyása a contralateralis tüdőfelre.

Irta: Schill Imre dr.  
(Vége.)

Az esetek áttekintésekor feltűnő, hogy a rosszabbodás elég kis százalékban (körülbelül 5—8—12%) volt észlelhető ott, a hol nagyobb számú eset szerepel; továbbá, hogy a rosszabbodást mutató esetek legtöbbször már a pneumothorax előtt nemcsak kifejezett folyamat, hanem direct szőr-csölvő zörejek vagy ropogások, esetleg száraz pleuritis voltak kimutathatók a contralateralis tüdőfel felett, a mely utóbbiakat általában az activitas jele gyanánt szokták értékelni, de a melyeket részben, mint egyik saját esetemben is, átvezetettek gyanánt fogtak fel. A mennyiben a közölt adatok megengedik, kimutatható, hogy a legtöbb eset acut lefolyású volt: csak Brauer és Spengler-nek két esete volt két éve beteg, a többi pár hónapig (mint saját eseteim is), vagy legfeljebb egy éve és mégis pneumothorax-indicatio felállítására került a sor. Kimutatható azonkívül, hogy a műtét igen rövid, akárhányszor csak pár napi megfigyelés<sup>1</sup> után történt; hogy a romlás tünetei legtöbbször egy vagy pár héttel a műtét után<sup>2</sup> váltak észlelhetővé és hogy bonczoláskor szétszórt miliaris vagy submiliaris elváltozásokat találtak.

A contralateralis tüdőfelben megelőzőleg is activitási jeleket mutató esetek nagy része a pneumothoraxtherapia kezdetére esik és éppen ezen esetek alapján alakultak ki a tapasztalatokkal párhuzamosan a ma általánosan elfogadott feltételei az indicatiónak. Manapság ilyen esetekben, egyes szerzőket nem tekintve, ritkán alkalmaznak pneumothoraxot. Mindenestre ott, a hol már valamely activ folyamat volt, a további romlás magyarázatára nincs okvetlen szükségünk a pneumothoraxra, ez önmagában is nagyon gyakran fordul elő pneumothorax nélkül is, viszont azonban a fokozott igénybevétel és a Tendeloo-féle aspiratio szerepét sem lehet teljesen mellőzni.

A mi a pneumothorax előtt kifejezett activitási jeleket nem mutató eseteket illeti, ezek magyarázatára tekintetbe kell vennünk, hogy az eseteknek acut lefolyása a pneumo-

thorax hatásának megítélését nagyon nehezé teszi, hogy az előzetes megfigyelési idő nagyon sok esetben igen rövid volt és hogy az activitas tünetei legtöbbször rövid idővel a pneumothoraxműtét után jelentkeztek.

A betegség propagálódásának phasisai igen rövid időközre zsugorodván össze, az ezen időköz egy pontjában alkalmazott valamely behatás utáni változásokat nem lehet minden esetben ezen behatással összefüggésbe hozni, hanem sokkal valószínűbb, hogy az észlelt változások ezen bizonyos behatás (jelen esetben a pneumothorax) nélkül is létrejöttek volna, legalább is az esetek túlnyomó többségében. Hozzájárul ehhez még az a körülmény is, hogy az activitas megítélése, különösen csak az egyik tüdőfelre vonatkozólag, igen nehéz, megfelelő hallgatódzási lelet hiányában majdnem lehetetlen; viszont mindenki előtt, a ki sok, általa klinice észlelt tuberculosis betegének sectióját látta,<sup>3</sup> ismeretes, hogy a sectio mennyivel több elváltozást mutat, mint a klinikai vizsgálat eljárások és hogy a kóros folyamatnak bizonyos fokára és kiterjedettségére van szükség ahhoz, hogy azt a mi relative durva eljárásainkkal kimutathassuk. A folyamat ilyen fokú kifejlődéséhez pedig idő kell, de a korbonzolástanban általánosan elfogadott felfogás szerint pár hét elegendő, úgy hogy nagyon könnyen lehetséges, hogy valamely tüdő felett nem találunk semmi gyanusat akkor, a mikor az progressióban lévő, de eljárásainkkal még ki nem mutatható folyamatot tartalmaz. Az egyetlen körülmény, a mi segítségünkre jöhet, az idő, a hosszabb megfigyelés, de az ismertett esetekben ez a legtöbbször igen rövid megfigyelési idő miatt nem szerepelhetett.

Hogy hosszabb megfigyelés folyamán az eleinte ki nem mutatható, activ folyamatok kimutathatóvá válnak pneumothorax nélkül is, következő eseteim bizonyítják, a melyekben a megfigyelés első napjaiban pneumothorax-indicatiót állítottam fel, ennek kivételére azonban különböző okokból nem került a sor.

3. S. I., 26 éves. Felvételt 1917 márczius 18.-án. Féléve beteg. Felvételi status: *Jobboldalt* elől a II. bordáig, hátul a lapocza közötti rész alsó harmadáig tompult kopogtatási hang, mely a tövis felett dobos színezetű. Alsó tüdőhatár oldalt jól, hátul kissé korlátoltan mozog. *Bal* kulcsont és tövis felett rövidült kopogtatási hang, alsó tüdőhatár kissé korlátoltan mozog. Hallgatódzaskor: *Jobboldalt* a tompulat felett az alaplégzést elől középhólyagú csengő, szőr-csölvő zörejek fedik el, hátul hörgő-légzés, hasonló szőr-csölvő zörejek. *Bal* tövis felett érdes be-, megnyúlt, hangos kilégzés.

Röntgen-vizsgálat (Kenéz): Jobb csúcs sötét, jobb felső lebeny majdnem egészében infiltrált, három apró caverna a jobb csúcsban. Erős hilusárnyék, peribronchialis góczok. Dús hilus-erezettség a jobb tüdő alsó lebenyéhez. Jobb tüdő általában kevésbé transparens. Jobb rekesz magasabban áll, külső 2/3-ában végez csak kitérést. *Bal* csúcs márványozott, baloldalt erős hilusárnyék, több elmeszesedett gócczal. *Bal* rekesz rendes helyén van, jól tér ki.

Köpet elég bő, Koch +, láztalan.

Négyheti megfigyelés alatt láztalan, súlyállandóság.

Pneumothorax-műtétet szándékozunk végezni, beteg ebbe nem egyezik bele.

Június 18. Jobb mellkasfél felett hátul mindenütt tompult a hang, illetve rövidült. Csúcs felett igen intensiv tompulat, dobos kopogtatási hang, Wintrich positiv. *Baloldalt* elől a II. bordáig, hátul a lapocza közötti tér alsó 1/3-áig tompult, illetve rövidült; a *bal* kulcsont és spina magasságában kishólyagú csengő szőr-csölvő zörejek. Állandóan láztalan kezdet óta, de 7 kgr. fogyás.

Augusztus 18.-án meghal. Utolsó 2 hónapban lázas.

4. Zs. B., 20 éves. Felvételt 1917 november 7.-én. Féléve beteg. Felvételi status: *Jobboldalt* elől a III. bordáig, hátul a lapocza közötti tér alsó 1/3-áig tompa, illetve lefelé csökkenő intenzitással tompult és rövidült kopogtatási hang, mely a kulcsont felett dobos színezetű, ugyanitt Wintrich +. Alsó tüdőhatár jól mozog. *Baloldalt* a kulcsont és tövis felett rövidült kopogtatási hang. Alsó tüdőhatár jól mozog. Hallgatódzaskor *jobboldalt* a kulcsont felett hangos be- és kilégzés, az I. bordaközben határozatlan légzés középhólyagú csengő szőr-csölvő zörejekkel, a II. bordaközben hangosabb hörgő-színezetű légzés, ropogásokkal, a tövis felett ropogások, a lapocza közötti térben érdes be-, megnyúlt, hörgő-színezetű kilégzés, ugyancsak ropogásokkal; a tüdő-basis felett számos crepitatio. *Baloldalt* a rövidült kopogtatási hangnak megfelelőleg érdes be-, megnyúlt, hangos kilégzés.

Röntgen-vizsgálat (Kenéz): Majdnem az egész jobb felső lebeny sötét, a jobb alsó lebenyben is több apró légtelen gócz. A jobb rekesz

<sup>1</sup> Eseteimben pár hét.

<sup>2</sup> Nem tekintve az azonnal mutató és localis reactio gyanánt értékelhető tüneteket.

<sup>3</sup> Rózsahegyén az összes meghalt betegeket részletesen bonczoltuk, magam körülbelül 70-et.



magasabban áll és a belső részén erősen korlátoltan, külső felében elég jól tér ki. A bal csúcs gyengén árnyékolt, rekesz szabad. *Feltűnő a bal tüdőmező relatív épsége.*

Hat hétig subfebrilitas, súlyállandóság mellett (december 25.-éig).

November 28. A bal lapoczká közötti térben *kishólyagú nedves szörcsölő zörejek.*

December 22. A bal basison crepitatio, úgyszintén elől a IV. bordaközben is.

December 25.-e után állandóan lázas, testsúlya fogy, a szörcsölő zörejek úgy jobb-, mint baloldalt szám és elterjedés tekintetében szaporodnak.

Február 10.-én meghal.

Röviden összefoglalva, 2 acut lefolyású esetben felvételekkor az idealist nagyon megközelítő pneumothorax-indicatio állott fenn; a műtét nem történt meg; az egyik esetben a felvételtől számított 3 hónap, a másikban 3 hét múlva az aktivitásnak és progressiónak kifejezett tünetei jelentkeztek, a mely tüneteket (szörcsölő zörejeket), legalább részben és eleinte, tekintettel a hőmérsék és testsúly változatlan voltára, tovavezetettek gyanánt is lehetett volna felfogni. Még 4 olyan észleletem van, a melyeknek részletes adatait nem kívánom közölni, csak a lényeges momentumokra utalok reá.

5. Két éve beteg. Jobb felső lebenyben cavernosus folyamat. Bal csúcsban minimalis elváltozás.

*Egy hónapig észlelés után utóbbi helyen szörcsölő zörejek.*

6. Két hónapja beteg. Eleinte spontan javulás, majd rosszabbodás. Pneumothorax-indicatio felállítására a kezelés 10. hónapjában. Jobb tüdő majdnem teljesen infiltrált, baloldalt kis csúcseváltozás. Röntgenel bal felső lebenyben szétszórt góczok. Röntgen-vizsgálat után *egy nappal* bal csúcsban szörcsölő zörejek!

7. Háromnegyed éve beteg. Majdnem az egész bal tüdő infiltrált, jobb tüdőben pár széjjelszórt gócz. Jobb basis felett kevés crepitatio. Hat hét múlva a jobb felső lebeny felett helyenként hörgő-légzés, helyenként kishólyagú csengő szörcsölő zörejek.

8. Majdnem az egész jobbtüdőre kiterjedő folyamat; balcsúcs minimalisan árnyékolt, bal felső lebenyben több széjjelszórt homály, azonban légzési eltérés és szörcsölő zörejek nélkül. Három hét múlva ugyanitt szörcsölő zörejek.

Ha ezen között esetekben a pneumothorax megtörtént volna, a contralateralis tüdőfélnek csakhamar észlelt rosszabbodását nagyon könnyen a pneumothorax hatásával volnánk hajlandók magyarázni, így azonban ezen esetek magyarázatukat csupán a folyamat acut lefolyásában lelhetik.

A mesterséges pneumothoraxnak a contralateralis tüdőfélre nemcsak káros, hanem kedvező befolyást is szoktak tulajdonítani, így különösen a szerzőknek második csoportja, azonban például *Brauer* és *Spengler* is leírja a contralateralis tüdőfél kisebb folyamatainak stationaerré válását, sőt javulását. Nagyobb személyes tapasztalatok hiányában nem kívánok erre részletesebben kiterjeszkedni, mindenesetre feltűnő és logikailag nehezen érthető, hogy a contralateralis tüdőfélnek jó megfigyelők által kétségtelenül észlelt és megállapított rosszabbodása, illetve javulása pneumothorax mellett mindkét esetben a pneumothoraxnak volna tulajdonítható. Ezen körülmény már régen feltűnt, megfelelő magyarázata azonban nem volt. *Ascoli* szerint a kedvező vagy kedvezőtlen hatás az alkalmazott nyomástól függ, kis nyomás kedvezően hatna a contralateralis tüdőfélre; ha a nyomás egy bizonyos fokot túlhalad, a mit ő „kritikus értéknek” nevez, a hatás kedvezőtlené válik. Ezen kritikus érték rendszeren magas, néha azonban alacsonyabb és ennek a pneumothoraxkészítés közben átlépése magyarázná a kedvezőtlenül lefolyó eseteket.

Eltekintve attól, hogy ezen magyarázat ismereteink mai állása szerint nem bizonyítható, de nem is czáfolható, rugalmasága folytán valamely heuristikus értékű munka-hypothesis szemben támasztott követeléseknek sem felel meg, mert az ismeretlen helyzetű „kritikusérték” segítségével minden kedvező és kedvezőtlen esetet a posteriori a legkényelmesebben megmagyaráz.

A contralateralis folyamat kedvező befolyását vitató szerzők az acut lefolyású megbetegedéseket legnagyobbbrészt ellenjavalltnak tartják a pneumothorax kezelésére, így *Forlanini* bronchopneumoniás esetében a másik oldalon hasonló folyamat fejlődését látta. *Carpí* ugyancsak meg nem felelőnek tartja az acut eseteket, és az ilyenek kiiktatására hosszabb megfigyelést ajánl. Ezen felfogásokat összevetve azzal a körülménnyel, hogy az irodalomban leírt kedvezőtlen esetek majdnem mind, saját észlelt eseteim pedig kivétel

nélkül acut lefolyásúak voltak, hogy az előzetes észlelési idő, legalább amennyire a között adatokból megállapítható, legtöbbször nagyon rövid volt és hogy a romlás tünetei csakhamar a pneumothorax után váltak kimutathatóvá, úgyszintén tekintetbe véve az észlelés kezdetén pneumothorax-indicatio felállítását megengedő és csakhamar pneumothorax nélkül is a contralateralis tüdőfélnek a leírt esetekhez hasonló romlását mutató hat esetemet, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a contralateralis tüdőfélnek észlelt rosszabbodása a leírt esetek túlnyomó többségében nem az alkalmazott pneumothoraxnak, hanem a tuberculosus folyamat *acut voltának* a következménye, a mely acut lefolyás mellett sohasem lehetünk biztosak a felől, hogy a folyamat *nem terjed át a másik tüdőfélre*, sőt ennek a valószínűsége elég nagy.

A mi a contralateralis tüdőfélnek kedvezően befolyásolt eseteit illeti, ezek valószínű magyarázatára tekintetbe kell vennünk a tuberculosus spontan gyógyhajlamát is. Ezen esetekben a pneumothorax sikerrel járván, felvehető, hogy a legtöbb esetnek megvolt ez a spontan gyógyhajlama, a mi a kötőszövetképződésre és zsugorodásra való készségben és a lefolyásnak bizonyos *chronicitásában* nyilvánul meg. Mindenestre ilyen esetekben ezt a spontan gyógyhajlamot a pneumothorax nagyon elősegítheti és lehetséges, hogy a betegebb tüdőfél kiterjedtebb folyamatának befolyása alól megszabadult egyén esetleg könnyebben birkózik meg egy kisebb folyamattal, nem tekintve azt, hogy a betegebb tüdőfél részéről történő újabb fertőzés valószínűsége nagyon kicsinynek válik. Ilyen chronikusabb lefolyású és bizonyos spontan gyógyhajlamot mutató esetekből kerülnek ki felfogásom szerint az ú. n. kedvező hatást mutatók, annyival is inkább, mert az ilyen kedvező hatást leíró szerzők az acut, rosszindulatú eseteket nem tartják alkalmasnak a pneumothorax-kezelésre. Ilyen módon a mesterséges pneumothorax *indirect módon* bizonyos kedvező befolyást gyakorolhatna a contralateralis tüdőfélre.

*Következtetés:* A mesterséges pneumothoraxnak a contralateralis tüdőfél folyamatára gyakorolt indirect kedvező hatása a leírt módon lehetséges. A kedvezőtlen hatás az irodalomban leírt esetek többségében nem látszik bizonyítottnak és nagyon valószínű, hogy a pneumothorax-kezelés folyamán a contralateralis tüdőfélben észlelt rosszabbodás oka a legtöbb esetben a folyamat acut voltában rejlik. Kivételt tesznek a pneumothorax-műtét után *localis reactio* alakjában *azonnal* beálló rosszabbodások; úgyszintén szerepelhet a *contralateralis tüdőfél fokozott igénybevétele* is a rosszabbodás oka gyanánt. Ez utóbbi azonban a között esetek leg többjének adatai szerint nem látszik bebizonyítottnak, mert hiányzik az előzetes hosszabb megfigyelés. Ez utóbbi kérdés eldöntésére, úgyszintén az acut folyamatoknál spontan beálló rosszabbodás elkerülése végett (amelyek ezt a bevált kezelés módot diszcreditálhatják) a műtét előtt hosszabb megfigyelést tartanék szükségesnek, a mely idő alatt az esetleges rosszabbodás kimutathatóvá válik és a mely idő a folyamat mineműségére vonatkozólag is felvilágosítást nyújthat.

**Irodalom.** 1. *Brauer und Spengler*, Erfahrungen und Überlegungen zur Lungen-Kollaps-therapie, Brauer's Beiträge, 1911, 19. kötet. — 2. *Lexer*, Therapeutische Versuche mit künstlichem Pneumothorax, Brauer's Beiträge, 1907, 8. kötet. — 3. *Pigler*, Künstlicher Pneumothorax und opsonischer Index, Brauer's Beiträge, 1907, 8. kötet. — 4. *Adolf Schmidt*, Erfahrungen mit dem therapeutischem Pneumo- und Hydrothorax, Brauer's Beiträge, 1908, 9. kötet. — 5. *Keller*, Erfahrungen über den künstlichen Pneumothorax, Brauer's Beiträge, 1912, 22. kötet. — 6. *Zink*, Brauer's Beiträge, 1913, 28. kötet. — 7. *Hymans van den Bergh, de Josselin de Jong und Schut*, Brauer's Beiträge, 1913, 26. kötet. — 8. *Forlanini*, Münchener mediz. Wochenschrift, 1894. — 9. *Forlanini*, Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. — 10. *Wellmann*, Klinische Erfahrungen in der Behandlung mittels künstlichen Pneumothorax, Brauer's Beiträge, 1911, 18. kötet. — 11. *Carpí*, Die Grundsätze und die Durchführung der Pneumothorax-Therapie in der Behandlung der Lungentuberculose, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1904, 44. évfolyam, 48. szám. — 12. *Gwerder*, Über Entspannungspneumothorax, Zeitschrift für Tuberculose, 27. kötet, 5. füzet. — 13. *Fagioli*, Doppelseitige Pneumothoraxbehandlung, Zeitschrift für Tuberculose, 22. kötet, 6. füzet. — 14. *Saugmann*, Über die Anwendung des künstlichen Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberculose, Zeitschrift für Tuberculose, 12. kötet, 6. füzet. — 15. *Samson*, Künstlicher Pneumothorax, Zeitschrift für Tuberculose, 21. kötet, 1.—2. füzet. — 16. *Ascoli*, zitiert bei Fagioli.



## Magyarország szemorvosainak egyesülete.\*

Tisztelt közgyűlés.

1904 április hó 24-ikén tettük közzé a „Szemészet“-ben a felhívást Magyarország szemorvosai egyesületének megalakítására. Az első értekezletet 1904 május hó 22-ikén, pünkösdkor, tehát éppen 16 év előtt tartottuk. Alapszabályul a heidelbergi szemész-társaság statutumait fogadták el, ezek szerint egyesületünk ügyeit az igazgató-választmány és a titkár intézi. A belügyminiszter azonban azt kívánta, hogy ügyvezető elnököt is válasszunk, ezért utólag azt a dispoziót vettük fel, hogy az igazgató-választmány évente saját kebeléből ügyvezető-elnököt választ, ki az egyesületet hatóságok és harmadik személyekkel szemben képviseli, úgyszintén helyettes elnököt. Az első tudományos ülést 1905. pünkösdjén, tehát 15 éve tartottuk s 1914-ben az egyesület titkárja már 10 év működéséről, 10 referáló-előadásról, 100 előadásról és 73 bemutatásról számolhatott be. Megalapítottuk a *Schulek Vilmos*-előadást, melyet két ízben tartottunk meg. Számos vendég-előadónk volt, közöttük *Dollinger Gyula*, de a szoros értelemben vett tudományos előadásokon kívül egyéb fontos kérdésekkel is foglalkoztunk: a vakságügyi statisztikával, a gyengén látó gyermekek külön iskoláztatásával, az optikus iparnak képesítéshez kötésével, a Credé-eljárás kötelezővé tételével, a szemészetnek a kötelező kórházi év tárgyai közé való felvételével.

1915-ben a háború miatt nem tartottunk gyűlést, de 1916 pünkösdjén a szövetséges államok szemorvosai részvételével hadi gyűlést tartottunk, melyen 250-en vettek részt. Magyarországon kívül Ausztria, Németország, Törökország és Bulgária szemorvosai nagy számmal jelentek meg s az előadók nagyrésze a Németbirodalom egyetemi tanárai voltak. Ezen ülésen terjesztette elő *Elschnig* indítványát a szemészet egyetemi oktatásának reformjáról.

Az ülés gazdag tudományos anyaga Magyarországon az *Orvosi Hetilap* „Szemészet“ mellékletében, németül az *Archiv für Augenheilkunde* külön számában jelent meg.

A külfölddel való érintkezést egyesületünk azzal is ápolta, hogy részt vettünk az 1904. évi nemzetközi orvosi congressus, az 1909. évi nápolyi nemzetközi szemész-gyűlésen, a Londonban 1913-ban tartott nemzetközi orvosi congressus szemészeti szakosztályának tárgyalásain s előkészítettük a Szt. Pétervárra 1914. augusztusra tervezett nemzetközi szemész-congressuson való részvételünket s annak meghívását az 1919. évre Budapestre.

Igyekeztünk tehát a szemészet hazai multjához munkás jelent s reményteljes jövőt csatolni. A háború szomorú végződése, az azt követő forradalmak pusztításai egyesületünket, szakmánkat is sújtották. 1914-ig évről-évre beszámoltam arról, hogy milyen fejlődést mutatnak tudományunk támaszpontjai: a szemklinikák s szemkórházak. Jogosult büszkeséggel említhetem, hogy míg 1904-ben az országnak 2 szemklinikája, 2 szemkórháza volt összesen 200 ágygyal, 130 ágy trachoma-kórházakban, 528 ágy budapesti s vidéki kórházakban, addig 1914-ben már 4 egyetemi szemklinikán körülbelül 400 ágygyal, 5 állami szemkórházunk 500 ágygyal, s körülbelül 800 ágy kórházi szemosztályon állott rendelkezésre s külsőben állott a 4. egyetem orvosi fakultásán az 5. rendes szemészeti tanszék felállítása. Nagy vidéki városokban tervezett vagy épülő állami és törvényhatósági kórházakban, Kassán, Marosvásárhelyen, Temesvárt stb. mindenütt biztosítva volt a különálló szemészeti pavillon.

Elszorul a szívem, ha arról kell szólnom, hogy utolsó együttléstünk óta mit veszítettünk! Évszázados ellenségünk, a románok, kiket joggal neveznek a háborúk hyenáinak, Bathory István és Bethlen Gábor egyetemét megszállták, a háború árulóit: a csehek, koronázási városunk, felejthetetlen *Erzsébet* királyné névét viselő egyeteméből szorították ki annak tanárait. Ugy hiszem, valamennyiünk érzését tolmácsolom, a midőn a kolozsvári és pozsonyi egyetem meg-

jelent képviselőit együttérzésünkről biztosítom. De nem elég velük együttéreznünk, ennél sokkal többet kell tennünk. Még azon esetben is, ha a jövő teendői felől nézeteltérések lehetnének, hozzánk menekült kollegáinkat a legmelegebb szeretettel, sőt ha kell, áldozatkészséggel kell fogadnunk, törekvéseikben szívvel-lélekkel támogatnunk kell őket.

Sajnos, megszállott területen van 3 állami szemkórházunk: a zsolnai, brassói és perlaki, utóbbi ezidőszerint Nagykanizsán barakkokban talált ideiglenes elhelyezést. Az aradi, munkácsi, nagybecskereki, nagyszebeni, nagyváradi, pécsi, rimaszombati, szabadkai, temesvári, újvidéki kórházi szemosztályok megszállott területen vannak s a kassai állami kórház szemosztálya épülőfélben, a marosvásárhelyi tervezésben maradt, a kaposvári betöltetlenül. Ennyi veszteség láttára igazán nincs elég könny szemünkben s joggal mondhatjuk Bánkbánnal: nincs más vesztés, csak mi. S mégsem szabad kétségbe esnünk! Hogy ez így nem maradhat, azt éppen olyan jól tudjuk mi, mint a hogy tudják a nagyhatalmak és a kis falánkok! De ne várjuk s ne reméljük, hogy a nagyhatalmak: a francziák, angolok, olaszok vagy amerikaiak megjelennek s kiparancsolják kis szövetségeseiket. A proletárdiktatura alatt elég soká vártuk a civilisatio nagy képviselőit. Maguk helyett a rablás és corruptio képviselőit küldték. Ha mi vissza akarjuk szerezni a magyar szent korona elrabolt gyöngyeit, a magunk erejére kell támaszkodnunk. Minden jó magyar embernek ernyedetlen kitarással, szakadatlan munkával kell erre törekednie. Az utat, melyet követnünk kell, megjelöli a történelem tanulsága, a jövőt borító sűrű ködön át világít a tudomány fénye. Ha mi a megszállott peripheriát vissza akarjuk hódítani, első kötelességünk a meggyengített, kirabolt, enervált centrumot megerősíteni. Minden becsületes jó magyar embernek össze kell tartania s a saját maga hatáskörében hozzá kell látnia az építés, a helyreállítás, az alkotás munkájához. A mi fegyverünk a tudomány, ennek intenzív művelésével teszünk hazánknak jó szolgálatot. Ambitionálnunk kell, hogy a magyar orvosok még a megszállott területről is hozzánk jöjjenek szemészeti ismereteik mélyítésére s kiegészítésére, arra kell törekednünk, hogy a megszállott területeket mi lássuk el kitünően képzett jó magyar érzésű specialistákkal. Ismeretes, hogy a felvidék több orvosa az oroszok és csehek fizetett ágense volt. Mi a megszállott területeken működő orvosainkat nem pénzzel, de tudománnyal és hazafias érzés erejével akarjuk ellátni. Kétségtelen, hogy Franciaországot a hosszú háború szenvedésének elviselésére a külső segítségen kívül az 50 éven át táplált revanche gondolata erősítette meg. Kétségtelen, hogy a német cultura a szörnyű béke teherpróbáját is kibírja. Ezen úton kell nekünk is haladni.

1914-ben e helyről azt mondtam, hogy nagyon kívánatos volna, ha a pünkösdüléssel kapcsolatban egyheti továbbképző tanfolyamot szerveznénk, mely arra szolgálna, hogy a vidéken gyakorló specialistáknak alkalmuk legyen az újabb diagnostikai eszközöket és műtéti eljárásokat megismerni. Jövő évben e tanfolyamot meg kell tartanunk. A „Szemészet“ folyóiratot újból meg kell jelentetnünk és pedig oly módon, hogy az összes külföldi folyóiratok érdemes dolgozatainak kivonatait közölje. Ezt nagyon megkönnyíti a *Springer* kiadásában legközelebb megjelenő referáló folyóirat. Ne feledjük, hogy a budapesti egyetem szemészeti tanszéke a világ legrégebbi szemész ordinariatusa: a mult traditiója önbizalmat nyújthat. Önbizalmat, de nem elbizakodottságot. Kis nemzet vagyunk. Nem vindikálhatjuk magunknak azt, hogy itt van a világ közepe. Nem nélkülözhetjük a nagy nyugati nemzetek kulturkincseit. De nem szabad egyik végtől a másikba esnünk. Ne kövessük azok rossz példáját, kik egyik nap a németek culturáját ismerik el, másnap már olasz, francia vagy angol imádók. Kétségtelen, hogy a német tudomány marad jövőre is az a forrás, melyből legtöbbet meríthetünk, de a francia s angol szellem termékenyítő hatását se hanyagoljuk el. Viszont a mi igazi szellemi productumainkat vigyük a külföld itélőszéke elé. A mostani ülés tárgyalásai remélhetőleg együttesen a *Zeitschrift für Augen-*

\* Az egyesület XII. ülésén tartott elnöki megnyitó.



heilkunde-ban fognak megjelenni. De igyekezni fogunk arra, hogy az új egyesített angol folyóirat, a *British of Ophthalmology* és az *Archives d'Ophthalmologie* is közölje. *Semelweis*, *Eötvös Loránd* példái igazolják, hogy mi tudományt nemcsak importálunk, hanem exportálhatunk is. Ma már minden gyermek tudja, hogy ez mit jelent az ország megerősítése érdekében!

Tisztelt Közgyűlés! Ha visszatekintek egyesületünk három lustrumára, némi megnyugvással mondhatom, hogy a 16 év előtti kezdeményezés nem volt eredménytelen. A sors úgy rendelkezett, hogy a már virágzó fát fagy érje. De a természet örök törvénye új rügyet fakaszt. Szívvel kívánom, hogy egyesületünk második korszakában annak vezetői munkájuk gyümölcsét is élvezhessék.

Budapest, 1920 május hó 23.

Grósz Emil.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Lapszemle.

#### Könyvismertetés.

**Ergebnisse der gesamten Medizin.** Unter Mitwirkung hervorragender Fachgelehrter herausgegeben von Prof. Dr. Th. Brugsch. Erster Band. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

A fenti címmel megindult új vállalat célul tűzte ki, hogy az orvostan valamennyi ágának haladását lehetőleg tömör formában és bíráló modorban közvetítse a haladni vágyó orvossal. Teszi pedig ezt elsőrangú szakemberek által kidolgozott, különálló, lekerekített egészet alkotó dolgozatok alakjában. Az imént megjelent kötet a többi között a következő dolgozatokat tartalmazza: *Naegeli*: A leukaemia. *P. Cohnheim*: Gastritis. *P. Frangenheim*: A agymorrák. *Fromme*: A puerperalis pyaemia. *Kolle*: Az anaphylaxia. *Joseph*: Az ekzema. *L. F. Meyer*: A csecsemő táplálása. *Pilcz*: A paralysis kezelése. *Bachem*: Altató szerek, sedatívumok és szívtonicumok. *Petersen*: A sebészeti gümőkór Röntgen-kezelése. *Henkel*: Gonorrhoea és sterilitas. *Bruhl*: Az otosclerosis. *Blaschko*: A syphilis terapiája. *Boas*: Bélbetegségek. *Leuba*: A napfény-kezelés. Remélhetőleg a további kötetek is a mostaniéhoz hasonló színvonalon álló dolgozatokat fognak tartalmazni és így a vállalat el fogja érni kitűzött célját: elsőrendű segédeszköz lesz arra, hogy az orvos állandóan a haladó orvostan szintjén maradhasson. A hetedfélszázalpra terjedő kötet kiállításán a mai nehéz nyomdai viszonyok semmiképpen sem látszanak meg, csak a kötet ára (60 M.) emlékeztet rájuk.

**Szekeres János: A jövő nemzedék pusztulása.** A népjóléti és munkaügyi minisztérium kiadása. Budapest, 1920, Pesti könyvnyomda részvénytársaság.

A jövő problémái között kétségtelenül első helyen áll hazánk gazdasági életének megszilárdítása, illetőleg újjáépítése. A gazdasági élet és a népesedés között azonban a legszorosabb okozati összefüggés áll fenn; a gazdasági életben történő változások szinte matematikai pontossággal éreztetik hatásukat a születések és halálozások alakulására, viszont a népesedésben mutatkozó zavarok visszahatnak a gazdasági fejlődés folyamatára. Népesedési problémánk csak a halálzási arányszám leszámításával oldható meg; az európai államokhoz képest magas születési arányszámunk hatását ugyanis az európai mértéket messzire meghaladó tuberculosos- és gyermekhalandóságunk teljesen lerontja. Ez utóbbival, vagyis a gyermekhalandósággal foglalkozik a szerző behatóan, az 1901–15. év statisztikai adatai alapján vizsgálva a gyermekhalálozások alakulását és az ezt befolyásoló tényezőket abban a reményben, hogy ez adatok részletesebb megismerése talán új támpontokat fog nyújtani népesedési politikánk helyes irányának kijelölésében. Öszintén kívánjuk, hogy a szerző fáradtságos és nagyon gondos munkájának ezirányú örvendetes hatása mielőbb érvényesüljön.

### Új könyvek.

*R. Uhlmann*: Die semiotische Bedeutung des Reststickstoffes für die Beurteilung der Nierenerkrankungen und der Uraemie. Würzburg, C. Kabitzsch. 4.50 M. — *C. Bayard*: Beiträge zur Schilddrüsenfrage. Basel, Schwabe und Comp. 2.50 M. — *B. Fellner*: Über Hautimmunität und Tuberkulose. Leipzig, J. A. Barth. 2.40 M. — *G. B. Gruber*: Ueber den Locus minoris resistentiae. Leipzig, J. A. Barth. 2.40 M. — *G. Graul*: Die Bedeutung der Konstitution für krankhaftes Geschehen. Würzburg, C. Kabitzsch. 1.20 M. — *E. Nicolai*: Die syphilitischen Erkrankungen der Luftröhre. Leipzig, J. A. Barth. 9.60 M. — *E. Gottschlich* und *W. Schürmann*: Leitfaden der Mikroparasitologie und Serologie. Berlin, J. Springer. 25 M. — *J. Schwalbe*: Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen. Band II. Leipzig, G. Thieme. 20 M. — *Boas*: Diätetik der Magen- und Darmkrankheiten. Nebst einen Anhang: *G. Kelling*: Diätetik vor und nach Operationen am Magendarmkanal. Leipzig, G. Thieme. 9.50 M. — *G. Deycke*: Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose. Berlin, J. Springer. 22 M. — *G. Jürgens*: Infektionskrankheiten. Berlin, J. Springer. 26 M. — *H. Hayek*: Das Tuberkulose-Problem. Berlin, J. Springer. 26 M. — *F. Rolly*: Der akute Gelenkrheumatismus nebst Chorea minor und Rheumatoide. Berlin, J. Springer. 20 M. — *J. Trumpp*: Kleinkinderpflege. Stuttgart, E. H. Moritz. — *H. Selter*: Grundriss der Hygiene. Zwei Bände. Dresden, Th. Steinkopff. 70 M.

### Belorvostan.

**A tüdőgangraena gyógyításáról salvarsannal** ír *Stapp* a giesseni belklinikán észlelt és kedvezően befolyásolt három eset kapcsán. A mint ismeretes, ezt az eljárást már mások is használták; így *Gross* 9 súlyos esetből 6-ban gyógyulást, 2-ben tetemes javulást ért el. A mi az adagot illeti, egészen friss esetekben első befecskendezésre 0.3 gr.-ot adjunk, s ha ezt jól tűri a beteg, második adagnak 7–10 nap múlva 0.45 gr.-ot használjunk. Már régebben fennálló esetekben célszerű azonnal ezt az utóbbi mennyiséget adni, erőteljes egyénekben pedig 0.6 grammig is emelkedhetünk. A szerzőnek általában az a véleménye, hogy a legjobb prognosztis azok az esetek adják, a melyekben korán kezdetjük meg a salvarsan használatát és a melyekben a gangraena nem valami más régi tüdőbaj talaján fejlődött. Végül még megjegyzi, hogy tüdőtályog esetén a salvarsan ügylátszik teljesen hatástalan. (Therap. Halbmonatshefte, 1920, 6. füzet.)

**Az arteriosclerosis oki gyógyítása.** *Heilner* tanár az affinitásos betegségekről és a localis szövetvédelemről szóló elmélete alapján, a mely az idősült ízületbajok és a köszvény gyógyítása terén már számbavehető gyakorlati eredményekre vezetett, kísérleteket végzett az arteriosclerosis gyógyítására is. *Heilner* elmélete röviden ez: A vérben és a szövetnedvekben állandóan keringenek bizonyos physiologiai anyagcseretermékek, a melyek specifikus affinitással viselkednek bizonyos szövetekkel szemben. Ilyen affinitas áll fenn például a húgysav, illetőleg a homogentisinsav és a porcogó között; ha ez az affinitas akadálytalanul érvényesülhetne, akkor minden embernek anyagcseréje megkezdődésétől kezdve köszvényesnek kellene lennie. Hogy ez ne történhessék, a szervezet bizonyos védelmi folyamattal rendelkezik és ez abban áll, hogy minden szövet állandóan termel olyan anyagot, a mely a vele szemben specifikus affinitással bíró, őt megkárosító anyagot tőle távoltartja, illetőleg közömbösíti. A betegség tehát csak akkor állhat be, ha valami ok (trauma, infectiosus, toxikus, neurosisos ártalom stb.) tönkreteszi ezt a localis védelmi folyamatot. Ilyenkor már most olyan módon segíthetünk, hogy az illető szövetből előállított anyagot, a mely a védőanyagot tartalmazza (idősült ízületbajokban és köszvényben a porcogókból készített anyagot = sanarthrit), visszük be a szervezetbe. Ezen megfontolások alapján *Heilner* a vérerekből állított elő anyagot és ezt fecskendezte be ismételtelen arteriosclerosisosak venájába és 33 eset közül 20-ban figyelemreméltó eredményt ért el. A szerző még nem került általános forgalomba, egyelőre csak klinikák és nagyobb kórházak szerezhetik meg kísérletezés céljára. (Münchener med. Wochenschrift, 1920, 18. sz.)

### Bőrbajok.

**A herpes simplexnek a házinyúl szaruhártyájára való átvihetőségét** tanulmányozta *O. Baum* (Prága) a prágai német belklinikán. *Löwenstein* az emberi keratitis herpeticának a nyúl corneájára való átvihetőségéből kiindulva, azzal kísér-



letezett, hogy a herpes febrilis hólyagocskái is átvihetők-e. A kísérletek azt bizonyították, hogy az átvitel mindenkor, még erősen higitott oltási anyaggal is sikerül, a mennyiben typosus herpeses oltási keratitis támad az állat szemén. A hólyagok más állatra tovább olthatók. *Löwenstein* ez alapon felveszi, hogy a herpes febrilis valamilyen vírus által előidézett betegség. A felmerült klinikai ellenvetésre, hogy az aetiológiailag és klinikailag különböző betegségek (pneumonia, meningitis, erysipelas, malaria stb.) nyomán támadó e tünet különálló virussal mint kórokozóval bajosan magyarázható, *Löwenstein* határozott és egységes kísérleti eredményeit állította szembe. A szerző most e kísérleteket megismételte s mind a 8 esetben egyöntetű pozitív eredményt kapott. Az oltási anyagot herpes labialis- és progenitalis-hólyagok adták. *Baum* ezután azt vizsgálta, hogy miképpen viselkedik a nyúl corneája másnemű betegségek hólyagos eruptiójának anyagával szemben. Az oltóanyag összesen 11 esetben a legkülönbözőbb eredésű hólyagokból került ki (herpes zoster, pemphigus, ekzema, variella stb.) s az eredmény kivétel nélkül negatív volt. Ugyancsak negatív volt az eredmény két esetben vérplasma oltásával (egy egészséges, egy lázas erysipelasos ember). Legérdekesebb a második kísérleti sorozatban a zosterrel nyert negatív eredmény, mely ily módon a két herpesfajt — simplex és zoster — élesen elkülöníti egymástól. (*Dermatologische Wochenschrift*, 1920, 7. sz.)

Guszman.

**A lupus vulgaris gyógyítására** vonatkozó tapasztalatokról számolt be *Zieler* a „Würzburger Aerzteabend“ január 17.-én tartott ülésén. Noha a lupus vulgaris általában nagyon hálás tárgya a helybeli kezelésnek, sok esetben csak az általános kezeléssel való combinatio ad kielégítő eredményt. Nagyon jó eredményeket látott az előadó a *Ponndorf* által néhány évvel ezelőtt ajánlott módszertől, a mely abból áll, hogy a felkarnak körülbelül ötkoronásnyi területét sűrűn skarifikáljuk és tiszta tuberculinnal bedörzsöljük. A Röntgenkezelést újabban azzal akarták javítani, hogy a besugárzandó területet előbb jóddal sensibilizálták; az előadó azonban azt tapasztalta, hogy ez az eljárás nem ad jobb eredményt, mint az egyszerű röntgenezés. Az előadó végül ismertette egy 20 éves leány kórtörténetét. Az illető 6 éves kora óta szenved gümös cubitalis mirigy áttöréséből kiindult lupusban; diagnosztikai tuberculin-befecskendezések és friss syphilis miatt adott ezüstsalvarsan-kezelés kapcsán a lupusos gócz csaknem teljesen visszafejlődött, 10 hét múlva azonban ismét a régi állapotba jutott. (*Münchener med. Wschrift*, 1919, 29. sz.)

### Szemészet.

**A lappangó szemregrzésről.** *H. Dorff* a lappangó nystagmus kórképét már előbbi közléseinek egyikében tárgyalta (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, 1914), a hol az idevágó irodalom is megtalálható. Ez a kérdés a szemmozgások magasabb associációs középpontjainak tudományos kutatása, de egyben a balesetek, valamint az orvosi véleményezés tekintetében is rendkívül fontos. Két éven át megfigyelt és több tekintetben érdekes esete röviden a következő: A beteg szövőmunkás és a háború előtti időben ezt a foglalkozását, mely a legkifogástalanabb kétszemű látást kívánja meg, minden nehézség nélkül, akadálytalanul végezte. A háború alatt kézigránáttól a bal szemén megsérült és később ezt a szemgolyó kezdődő sorvadása miatt eltávolították. Elbocsátásakor a jobb szem külsőleg ép volt, a töröközegek tiszták, a szemfenék ugyancsak rendes. A visus  $\frac{6}{7}$ — $\frac{6}{8}$ , mihelyt a beteg azonban csak néhány másodpercig is fixál, a látás hirtelen  $\frac{6}{18}$ -ra romlik. Ez a romlás abból magyarázható, hogy már igen rövid fixálás után kis kilengésű, horizontális nystagmus jelentkezik. Két év múlva az állapot teljesen ugyanaz, a szem úgy külsőleg, mint belsőleg ép. A visus rendes, de rövid fixálás után a nystagmus és a homályos látás mindig jelentkezik, úgy hogy a beteg más foglalkozást kénytelen keresni. Mindenféle szervi betegség (sclerosis multiplex) kizárható. A kórkép megfelel tehát *Fromaget* „lap-

pangó nystagmus“-ának, a mikor ugyanis a szem mozgékonyasága és a mozgási egyensúly teljesen kifogástalan, ha a beteg mindkét szemmel néz és lát, mihelyt azonban az egyik szemét betakarjuk, vagy erős convex üveggel a látásból kizárjuk, kis kilengésű, hullámszerű nystagmus jelentkezik, mely a látást lényegesen rontja. A *Fromaget* és mások részéről eddig megfigyelt esetekben mindkét szem jól látó volt és *Fromaget* már régebben felvetette azt a kérdést, hogyan alakulnak a viszonyok, ha az ilyen beteg az egyik szemét végleg elveszíti. Valószínűnek tartotta, hogy ilyenkor úgy a nystagmus, mint a rossz látás állandósul. Erre a kérdésre a jelen eset megfelel. A nystagmus valójában annyiban állandósult, hogy azonnal mutatkozott, mihelyt a félszemű beteg valamit szemügyre vett. Nagyon fontos az ilyen esetek felismerése az orvosi véleményezés tekintetében. Finom munkával foglalkozó ember ilyenkor 40—50%-os kárpótlásra jogosult, durva munkát azonban az illető zavartalanul végezhet. Az újabban közölt esetek számából kiderül, hogy a betegség nem is olyan nagyon ritka. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1919, LXII. kötet, júniusi füzet.)

A. K.

**A háborús gázmegbetegedést és a tüdőgyuladást kísérő szemtünetek ismeretéhez** szolgáltatt adatot *A. Eppenstein*. Megfigyelései szerint mind a két betegség súlyosabb természetű eseteiben pangásos jelenségeket találunk a szemben, különösen a szem háttérében, de a kötőhártyán is. Gázmegbetegedésnél a szemfenék venái legtöbbször kétszerhármaszor olyan vastagok, mint a megfelelő arteriák, azonfelül teltek, sötétszínűek és ismételtlen kanyargós lefutásúak. A kötőhártya venái minden esetben feltűnően tágak. Hogy ezt nem a savtartalmú gáz maróhatása okozza, az a körülmény igazolja, hogy a kötőhártya máskülönben halvány és hogy váladékának lúgos vegyhatása sem változott meg. Hasonlóan viselkednek a szemfenék venái tüdőgyulladás csaknem minden esetében, sőt egy ízben múlt papillaris vérbőséget és a papilla nervi optici határainak elmosódottságát is látta. A kötőhártya erei tüdőgyulladás esetén nem mutattak jellemző külsőt. A pupillák viselkedésében gázmérgezésnél semmiféle szabályosságot sem talált, tüdőgyulladásnál ellenben, más szerzőkkel ellentétben, a betegség elején miosist állapíthatott meg. A venák viselkedésének oka a szerző nézete szerint mindkét esetben azonos, nevezetesen a tüdővérkörben kifejlődő pangás és ennek visszahatása a jobb szívre. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1919, LXII. Bd., Feber-Heft.)

Sz. L.

**Orbánz után kétoldali vakság** *Junius* közlése szerint ritka. *Groenouw* összefoglaló munkájában öt ilyen esetet említ. A szóbanforgó esetet érdekessé a ritka ideghártya-lelet teszi. Az erysipelas kórokozója az arczról eljutott mindkét orbitába és itt valószínűleg thrombophlebitis fejlődött; a bal szem metastasisos üvegtest-abscessusban ment tönkre, a jobb szem neuritis opticában és retinitisben betegedett meg, melynek folytán látóidegsorvadás és a macula-tájék kóros változása következett be. A bal szem megbetegedése, valamint a jobb szem látóidegsorvadása typosus, de annál érdekesebb a macula-tájék kóros változása. Itt ugyanis sok egymás mellett álló kisebb-nagyobb, világos színű, kerek gócz tűnt fel; a retina itt, valamint e tájék és a papilla között kissé duzzadt, az utóbbi helyen vonalasan. A macula tájáról, inkább a halántéki oldal felé, sugarasan elrendezett, hajszálvékony, rövidebb-hosszabb, világos csíkok vonulnak, melyek egyesesen haladnak és elmosódva végződnek. A macula tájékától sugarasan haladó finom csikoltságot *V. Reiss* a membrana limitans retinae ránczának, *P. Friedenberga* az idegrostok savós folyadékkal történt beivódásának, *Hartridge* a retina oedemájának tartja. Ezzel a kérdéssel legbővebben *Haab* foglalkozott, ki a következő eredményre jutott: különböző megbetegedésekben látjuk ezt a kórképet, így könnyebb természetű spontan gyuladás, bulbus-sérülés és heg okozta tractio eseteiben; különös gyakori azonban a macula sérüléses megbetegedéseiben. Általában csak gyuladással járó folyamatok mellett jelentkezik, valószínűleg a retina oedemája által keletkezik elsődlegesen, a foveában levő zsugorodó heg útján másod-