

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Remete Jenő: A cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórház sebész-urologiai osztályáról. (Parancsnok: Nöel Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos.) A nagyfokú gyuladással és traumás húgycsőszűkületek kezelése, különös tekintettel a hadisebészetre. 298. lap.

Jankovich László: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú kórbonczatani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., ny. r. tanár.) A tüdővérőzbe áttörő aorta-aneurysmájáról. 303. lap.

Szana Sándor: Csik vármegye 1915.-i nagy gyermekhalandóságának okai. 304. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Sauerbruch: Die willkürlich bewegbare künstliche

Hand. — *Fleissig:* Medikamentenlehre für Krankenpfleger und Krankenschwestern. — *Lapszemle.* Sebészet. Wilms: Koponyalékelés. — *Szülészeti és nőorvosok.* Jung: A gyermekgyógyi fertőzések kezelése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Hirsch: Kiütéses typhus. — *Unna:* Callosus eczema. 307—308. lap.

Magyar orvosi irodalom. 308. lap.

Vegyes hírek. 308. lap.

Tudományos Társulatok. 309—310. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórház sebész-urologiai osztályáról. (Parancsnok: Nöel Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos.)

A nagyfokú gyuladással és traumás húgycsőszűkületek kezelése, különös tekintettel a hadisebészetre.*

(Készítmény- és betegbemutatással.)

Irta: *Remete Jenő* dr., honvédezredorvos, osztályos orvosfőnök.

Noha az újabb és régibb sebész-urologiai iskolák a szűkületek kezeléséről meglehetősen ellentétes nézeteket hoztak forgalomba, manapság mégis meglehetősen egységes elv lett általánossá, a mely a húgycsőszűkület okozta pathologikus-histologiai elváltozásoknak figyelembe vételén alapul. Mindamellett egy és ugyanazon iskola keretein belül is fordulnak elő egyéni eltérések, a melyeket a szakemberek különböző fokú technikája és tapasztalata magyaráz meg.

Igy azt hiszem, hogy húsz évi klinikai és magángyakorlatban szerzett bőséges tapasztalataim alapján a húgycsőszűkületeknek, különösen a nagyfokúaknak kezelését, annyira módosítottam, hogy az ezek kezelésekor követett eljárásomat joggal nevezhetem egyéni módszeremnek. Több mint egy éve, hogy a XVII. sz. helyőrségi kórház sebész-urologiai osztályának élén állok és az itteni gazdag beteganyag kezelése közben módszeremet még jobban megalapoztam, sőt alkalmat találtam arra is, hogy magukat a klasszikus, rég polgárjogot nyert műtéti eljárásokat módosítsam, illetőleg tovább fejleszsem.

Nem annyira gazdasági, hanem inkább katonai szempontok azok, a melyek a strictura-kezelésben követett elveimet befolyásolták. Én, a lassú, fokozatos tágítás híve (t. i. ott, hol ez indokolt), hamar megtanultam alkalmazkodni a megváltozott háborús viszonyokhoz. Ezeknek megfelelően tudtam eljárásomnak azt a bizonyos, most olyannyira szükséges gyorsabb tempót kölcsönözni, a mely a szövettani viszonyokat szem előtt tartva, a mellett, hogy megóvja a tölem annyira rettegett divulsiótól, mégis jelentékenyen gyorsabb, de mindamellett megfelelő eredményt ad.

* Előadás a kir. Orvosegyesület 1916. évi április hó 1.-én tartott ülésén.

Oly esetekben, hol a véres műtéti beavatkozás indikált volt, mindig a legradikálisabb módszert választottam és nem elégedtem meg a megfelelő szűkült húgycsőrészlet resectiójával, hanem arra törekedtem, hogy olyan viszonyokat teremtsék, a melyek maradósági késői eredménnyel járnak. Így például oly esetekben, a mikor a bulbaris húgycsövet a műtétkor fel kellett áldoznom, ennek specialis élettani jelentőségétől ösztönözve igyekeztem ezt egy később részletezendő technikával rekonstruálni. Egyáltalán alapelveim volt a normalis anatómiai viszonyokat lehetőleg tökéletesen helyreállítani, a mi az e fajta műtéteknél annál nagyobb nehézségekbe ütközik, minél kiterjedtebb a pars fixát körülvevő hegesedés. Különösen kiterjedt a hegesedés a húgyinfiltrációk miatt végzett urethrotomia externa és a gát kiterjedt traumái után. Hogy ezen hegeket alaposan kiirthassam és hogy puha, síma gátat kapjak, csakhamar eltértem az ily esetekben szokásos urethrotomia externától, hogy ezt a radikálisabb perineotomiával helyettesítsem, mely eljárás azzal, hogy a gátat szélesen feltárja, lehetővé teszi a műtét alkalmával a pontos igazodást a topographiai viszonyokhoz és így alkalmunk van oly eredményt biztosítani, a mely a beteget a későbbi, annyira káros zsugorodástól megvédi. Ezen eljárást, mely különben nem eredeti, már *Leforgue* használta.

Osztályomon 1915 februártól 1916 februárig 138 húgycsőszűkületet kezeltünk, a melyből 120 gyuladással és 18 traumás eredetű volt. A gyuladással eredetűek felosztásnak 109 postgonorrhéa (80%), 5 tuberculosusra, 4 vegyire (chemiai), 1 phosphatos diathesis okozta szűkültre és végül egy syphilitikus szűkültre. A traumásakat pedig feloszthatjuk szűkebb értelemben vett traumás eredetű szűkültre (baleseti trauma), ilyen volt 4; postoperatív szűkültre, ilyen volt 2, és végül harctéri sérülések okozta szűkültre, ilyen volt 12. (L. a táblázatot a következő oldalon.)

Az egyes aetiologiai csoportokon belül mi a szűkületeket a könnyebb tájékozás kedvéért a systemás kezeléskor a következő házi beosztással különböztetjük meg:

1. I.-fokú vagy könnyű szűkületek;
2. II.-fokú vagy közepes szűkületek;
3. III.-fokú vagy súlyos szűkületek.

1. E csoportba tartoznak azok a szűkületek, melyek még a 10. számú (mindig Charrière-t értünk) gombos kutatót (bougie à boule) áteresztik.

2. E csoportot ama szűkületek alkotják, a melyek a 20—30. filiformisok számára még átjárhatók és a hol a

később részletesen leírandó *Remete*-féle eljárás vékonyabb vezető szondával jelentékenyebb akadály nélkül még keresztül-vihető.

3. E csoportba tartoznak ama súlyos szűkületek, melyek a legfinomabb filiformisokkal hosszas manőverek után úgy a hogy átjárhatók, de a *Remete*-vezetősondát már absolute nem engedik át. Itt a kórképet rendszeren húgycsőfistulák, chronikus húgyretentiók, súlyos cystitisek, előrehaladott cystopyelitisek, sőt cystopyelo-nephritisek komplikálják.

Megnevezés	Összesetek száma	Operatio	Conservativ kezelés	Szolgálat-képes	Átlagos gyógytartam
Harcztéri trauma	12	5	7	12	52·8
Egyéb trauma ...	6	3	3	6	34·2
Könnyű szűkület	57	—	57	55	28·4
Közepes szűkület	23	—	23	23	24·6
Súlyos	fistula nélkül ...	21	—	21	34·3
	fistulával ...	8	3	5	44
Chemiai ...	4	1	3	4	57·4
Syphilises ...	1	—	1	1	57
Diathesises ...	1	—	—	szabad-ságolva	2
Tuberculosis ...	5	1	2 nem kezelve 2	3 szabadság 2	70·2
Összesen ...	138	13	122	133	

Gyuladósos:

Gonorrhoeás	109	= 79·57%
Chemiai	4	= 2·92%
Syphilises	1	= 0·73%
Diathesises	1	= 0·73%
Tuberculosis	5	= 3·65%

Traumás:

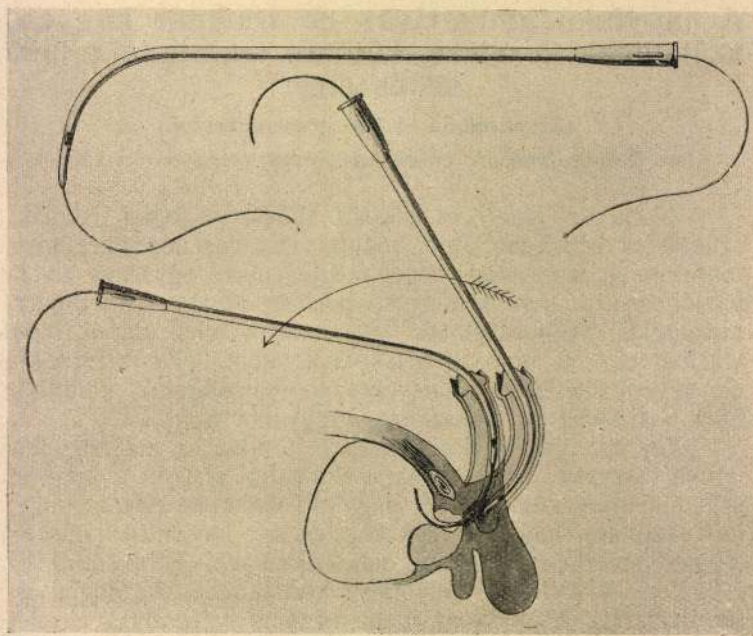
Harcztéri	12	
Egyéb	6	18 = 12·40%
Összesen	138	

A mi az átjárhatatlan (inpermeabilis) szűkület fogalmát illeti, teljesen *Desnos* véleményén vagyok, ki ilyen szűkületek fennforgását, ha a beteg húgycsőven keresztül sugárban tud vizelni, tagadja. Mindenesetre lehetséges, hogy a húgycső, mely a vizelet számára átjárható, az ellenkező irányban egy még oly vékony és lágy műszer számára is a legsúlyosabb akadályokat gördíti. Ezeknek legyőzése jó instrumentarium mellett az operateur tapasztalatától, ügyességétől, de főleg türelmétől függ. Az én praxisomban eddig inpermeabilis szűkület csak friss húgycsőtrauma esetén fordult elő.

A mi a húgycsőszűkület kezelését illeti, az nálunk is, mint mindenütt, conservativ és operativ módszerekből áll. Legyen szabad itt kiemelnem, hogy statisztikai eredményeink szerint a conservativ kezelés van előnyben az operativ eljárás rovására. Ez főleg a mi alaposan kidolgozott conservativ eljárásunknak az érdeme. Mi különben is csak akkor operálunk, ha a conservativ eljárásunk mindjárt kezdetben legyőzhetetlen akadályokba ütközik, tehát bizonyos

fokig csak absolut indicatio alapján. És erre mi mindig a a szűkület kórszövettani structuráját találtuk mérvadónak. Ha a hegyszövet mélyreható és absolute ellenállónak (resiliensnek) bizonyul, akkor ezt, a mennyiben az urethrára újra kanalizálni akarjuk, okvetlen in toto kell reszekálni. Nem lehet itt célunk közelebbről részletezni azon kóros elváltozások természetét, melyek a húgycsőszűkületet előidézik, elég, ha utalunk ennek a kérdésnek gazdag irodalmára. *Segond*, *Dittel*, *Oberlaender-Neelson*, *Wassermann* és *Hallé*, valamint honfitársaink: *Antal*, *Alapi* és *Ráskai* voltak azok, a kik a szűkület-képződés folyamatait kórszövettani vizsgálódásaikkal teljesen megvilágították.

Szinte paradoxnak hangzik, hogy mily egyszerű a gyakorlóorvos számára ezeknek a rendkívül gazdag kórszövettani folyamatoknak megismerése. Számára a dolog végül is oda lyukad ki, hogy az éppen vizsgált esetet a szűkületben szenvedő betegeknek melyik kategóriájába sorozza. E cél gyors elérésére, az eset aetiológiáját és korát ismerve, elég az egész húgycső alapos palpatiója, a mi külső és belső palpatióból áll és a melyet kombinálva is végzünk. Feltétlen biztossá lesz a mi diagnostikai megismerésünk a gyógykezeléskor már korán tehető tapasztalatok után. 1—2, de legfeljebb 3 kezelés után teljesen tisztában vagyunk már az esettel. A gyuladósos, de különösen a postgonorrhoeás szűkületek mind alkalmasak a conservativ kezelésre, hacsak a kezelésükben elkövetett polypragmasia vagy a használt drastikus marószerek a húgycső egy jelentékeny részének teljes induratiójára nem vezettek. A mi a traumás szűkületeket illeti, itt a kezelésben követendő módszer a hegesezés fokától függ, mert hisz itt a hegesezés az, a mi a húgycső lumenének nemcsak szűkülését, hanem deviatióját is okozza.



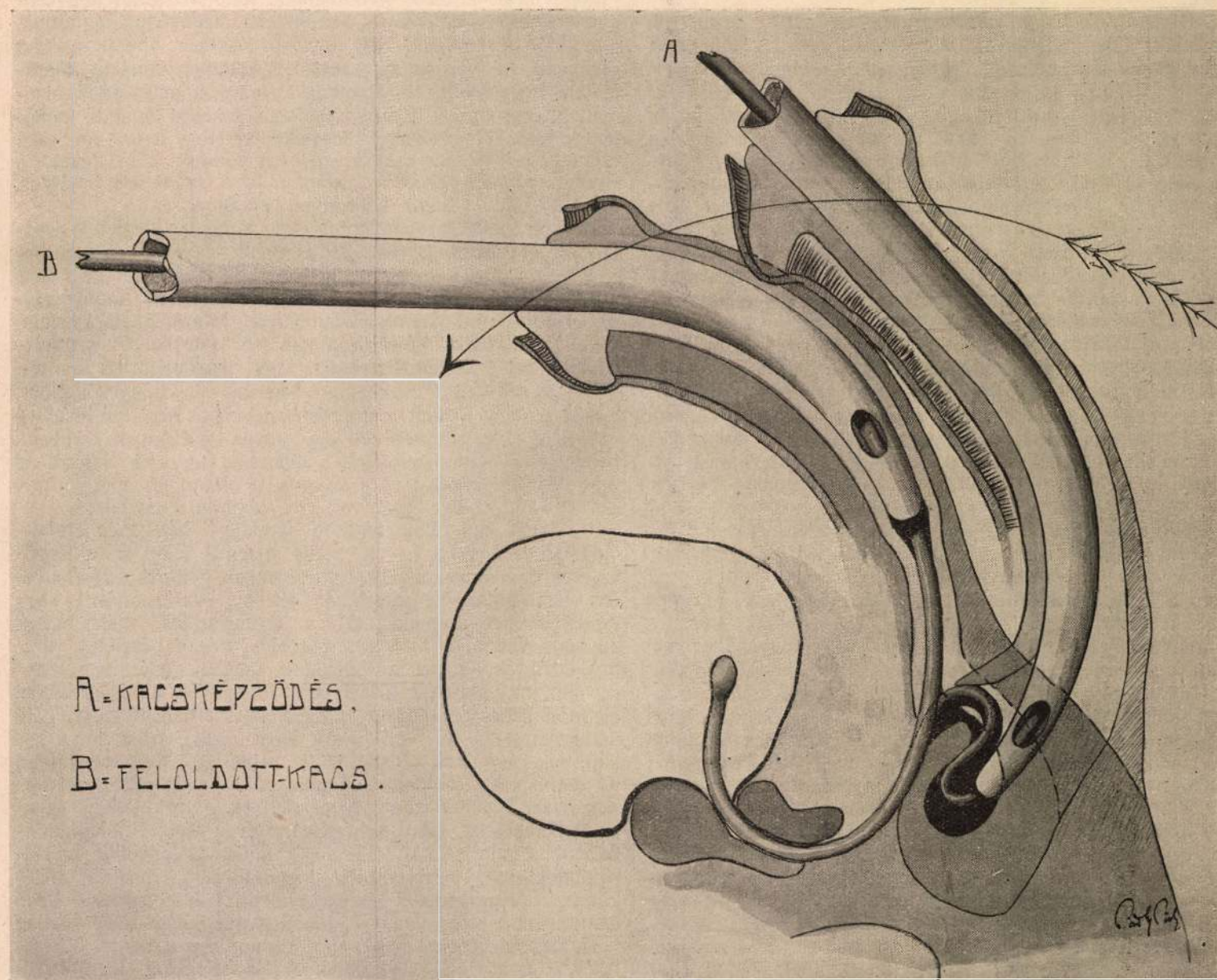
1. ábra.

A conservativ kezelés alapelve, mint fentebb említettük, a lassu, fokozatos tágitás. Ezt a szokásos filiformisokkal, bougiekkal, fémszondákkal végezzük. Azonban legfontosabb és legtöbbet használt eszközünk e therapiában az általam 1903-ban szerkesztett és ismertetett (*Centralblatt für Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane*, 1903. H. 4) kalauzos szonda, a mely egy 65 cm. hosszú filiformisból és egy erősen conusos, közepén a filiformis befogadására kanalizált fémszondából áll (helyesebben fémkatheter). Vezetősondát, a melynek eszméje *Maisonnette*-től származik, a szűkületek számára használható formában *Lefort* szerkesztett. Vezetőszondám konstruálására egy fausse route készített, a melyet annak idején a *Lefort*-féle vezetőszondával okoztam. Constructiója-

nál az a cél vezetett, hogy a therapeutának oly műszert adjak a kezébe, a melylyel a kezdő is biztosan elkerülheti az átlutak előidézését. Műszeremen ugyanis bármilyen helyzetében nagyon egyszerűen meggyőződhetik arról, hogy jó helyen, jó úton van-e. Csak meg kell húzni a vezető filiformisnak distalis, a műszerből kiálló végét; ha könnyen enged, a vezetősonda jó helyen van, mehet nyugodtan tovább. Ha megfeszül és szinte fixáltnak tűnik fel, úgy ez azt jelenti, hogy a vezető sonda letért az útról és a filiformis hurkot, kacsot alkot, ilyen esetben természetesen nem szabad erőltetnie a szondának az előrevezetését, hanem a vezetősondát 2–3 cm.-re hátrahúzza, míg a filiformis újra

kában 138 súlyos szűkület közül csak 8 esetben voltunk kénytelenek operálni, míg az összes többi esetet szinte kizárólag e módszer alkalmazásával meg tudtuk gyógyítani, illetve szolgálatképessé tudtuk tenni.

A mi az I. fokú könnyű szűkületeket illeti, ezekről kevés mondanivalónk van. Az óvatosság kedvéért a kezelést itt is vezetősondával kezdjük és csak ha a kezelés során semmiféle nehézség vagy akadály nem merül fel, térünk át a szokásos Ultzmann- és Bennigüé-féle fémszondákra. Különben is az ilyen fokú szűkület legnagyobbbrészt a status praesens egy mellékes lelete, rendszeren oly betegeken, kiket más panaszokkal küldtek hozzánk. Általában ebbe a kategóriába tartozik



2. ábra.

könnyen enged (mikor t. i. a sonda már jó helyen van és a filiformis alkotta hurok kiegyenesedik). Ekkor óvatosan újra kezdi a szűkületnek a vezetősondával való entrirozását. A folytonos ellenőrzésnek ezt az egyszerű és mégis feltétlen biztos módját nem találjuk meg a Lefort-féle eszközön és ezért konstruáltam az enyémet (I. az 1–2. ábrát).

Azt tapasztaltuk, hogy majdnem minden szűkület, úgy a II., mint a III. fokú, ha már egyszer a vezető filiformist átengedte, a legvékonyabb vezetősondám (Charr. 10) számára is átjárható volt. S ha ez egyszer megtörtént, akkor ez esetek, kevés kivételt leszámítva, a conservatív kezelés számára mind alkalmasak voltak. Mi e módszer birto-

mindama szűkület, legyen az gyulladásos, traumás vagy operatív eredetű, a hol a hegyszövet még aránylag fiatal és így a tágitás számára még alkalmasnak bizonyul. Dacára a megváltozott háborús viszonyok követelte gyors tempójú dilatációnak, mi eddig még egy esetben sem végeztünk divulsiót és eddig még semmiféle nevezetesebb reactiót a húgycső részéről nem produkáltunk.

A másodfokú vagy közepes húgycsőszűkületek is körülbelül az előbb vázolt kezelésben részesülnek azzal a különbséggel, hogy ezeket az eseteket rendszerint elő kell készíteni, már a gyorsabb előrehaladás kedvéért is, a vezetősondával való kezelésre (I. a 3. esetet).

Ezt rendszeren filiformisoknak a húgycsőben fixálásával eszközöljük, úgy hogy a beteg a fixált filiformis mellett vizel, vagy pedig 5-ös, 4-es ureterkathetert fixálunk a húgycsőben, a mely a vizeletet folytonosan levezeti. Általában a húgycsőnek mechanikai ingerekkel (kezdetben filiformis, később állandó katéter) való hyperaemizálása a gyors dilatatio elősegítésére rendkívül kedvezőnek bizonyult. Sem ebben, sem az előbbi csoportban nem akadt egy olyan eset sem, melyben a conservativ kezeléssel nem boldogulván, urethrotomia externát vagy perineotomiát kellett volna végezni. Csak harctéri sérülés okozta szűkület egy esetében voltam kénytelen a pars membranacea határán képződött kis akadályt a *Goldschmidt*-féle urethroskop segítségével késsel átvágni.

Harmadfokú vagy súlyos szűkületek azok, a melyek tudásunkat, tapasztalatunkat, technikánkat és instrumentális felszerelésünk tökéletességét legmagasabb fokban teszik próbára. Ezek azok a szűkületek, a melyeket mi rendszeren fistulákkal, friss periurethritisekkel, a cystitisek, cystopyelitisek, sőt cystopyelonephritisek legkülönbözőbb formáival, a hólyag táglásával vagy concentrikus hypertrophiájával, vagy nagyfokú húgyretentióval komplikálva szoktunk látni. S bámulatos, hogy ezeknek a complicatióknak a legnagyobb részét mily könnyen és gyorsan lehet visszafeljődesre birni azzal, hogy céltudatosan, de azért óvatosan kezelni kezdjük mindezeknek az okozóját, a szűkületet. Az idősebb esetekben, és ilyenek voltak e csoportba tartozó eseteink szinte kivétel nélkül, többé-kevésbé nehezen legyőzhető akadályok tornyosulnak a therapiás beavatkozásnak már az első actusa elé, hogy t. i. az első kalauzos szondával áthatoljunk a szűkületen. A legfinomabb filiformisokkal kezdjük, míg különböző, hosszadalmas, bonyolult manőverek után, a melyek sokszor a legjobb orvos türelmét is erős próbára teszik, sikerül az egyikkel a stricturán áthatolni. Most ezt a filiformist 24—48 órára állandósítjuk a húgycsőben (lásd a 8. számú esetet). Oly eljárás ez, a melyet egyszerűsége és hasznossága miatt már mindenütt általánosan alkalmaznak. Ha ez megtörtént és a beteg a filiformis mellett vizelni tud, akkor nyugodtan állíthatjuk, hogy az eset kezelésében jelentős előrehaladást tettünk, mert ezután a legközelebbi ülésben rendszeren sikerül a legvékonyabb kalauzos szonda bevezetése is. Ha azonban kivételesen a filiformissal való bejutás nem sikerülne, akkor ezt abban a helyzetben, a hogy megakadt, fixáljuk és 24 óráig ott feküdni hagyjuk. Másnap azután feltűnő módon rendszeren átmegegy a szűkületen a filiformis. Természetesen vannak azért oly esetek, hol oly nehézségek merülnek fel, hogy ezeket a manővereket akár többször is meg kell ismételni; ilyenkor nem szabad elveszteni a türelmünket, hanem tartunk ki nyugodtan, s akkor részünk lesz abból az örömből, hogy ilyen súlyos, a tágitásnak eleinte alig hozzáférhető esetek meglepően rövid, 4—6 heti kórházi kezelés után oly húgycsővel hagyják el kórházunkat, a mely 22—24 Ch. szondával jól átjárható. Különösen áll ez azon nem nagyon öreg gonorrhoeás eredetű szűkületekre, a melyeket még nem kezelték a szükségesen túl; ezzel ellentétben a sokat kezelt, kimart esetek hegyszövetük rigiditása miatt sokkal kedvezőtlenebb időbeli eredményt adnak.

Teljesen makacsul és meglehetősen rosszindulatúan viselkednek a chemiás eredetű szűkületek, különösen a régebb idő óta fennálló, a melyek majdnem mindig kemény feladatot rónak mind a conservativ, mind az operativ eljárásra. A hegyszövetnek a húgycső nagyobb részére kiterjedő rigiditása, mint azt az ilyen esetekben rendszeren tapasztalni szoktunk, míg egyrészt türelmünket próbára téve arra készlet, hogy már oly szerény eredményekkel megelégedjünk, mint Ch. 17°—20°, másrészt meglehetősen elijeszt a radikális műtéttől, mert hisz a húgycső reszekálódó darabja 4—5 cm.-nél nem igen lehet nagyobb (l. a 9. sz. esetet). Csak egy ilyen esetben végeztünk radikális operatiót, mert a szűkület a tágitás számára teljesen alkalmatlan volt. A beteg már a húgycsőben állandósított 2°-os Ch. filiformis mellett sem tudott vizelni és a műtétkor csakugyan beigazolódott, hogy a húgycső bulbaris

szakasza massiv, compact hegköteget alkotott, a melynek lumenét a 2°-os filiformis teljesen kitöltötte. (L. a 10. esetet.)

A mi a tuberculosus szűkületeket illeti, ezekről csak annyi a megjegyezni való, hogy a tágitásukhoz a legszerényebb óvatossággal szabad csak nyúlani. Mi már a legszerényebb eredményekkel is megelégedtünk, nehogy az urogenitalis szervekben lappangó, esetleg inactív folyamatot valahogy floriddá tegyük.

Módomban van egy periurethritis gummosa syphilitica okozta szűkületről is beszámolni. Ezt az esetet is sikerült tágitással, ungu. cin.-mal végzett Pezzoli-húgycső-massage-zsal és általános antilueses kúrával teljesen meggyógyítani.

A harmadfokú súlyos szűkületek complicatiói leggyakrabban többé-kevésbé jóindulatúak. Régi, inveterált húgycsősipolyok akkorára, mikorra a szűkületet megfelelően kitágítottuk, maguktól bezáródnak. Így egy már kétszer operált és újra recidivált húgycsősipoly csupán a szűkület causalis therapiájára begyógyult. Ha azonban ez nagyon makacsnak bizonyul, megpróbáljuk a szokásos fistula-kezelést (állandó katéter, edzés, elektrolysis, thermokauter stb.), a mi rendszeren célhoz is vezet és csak kivételesen voltunk kénytelenek, a sipolyt radicalis resectióval zárni (l. az 5. sz. esetet). 8 súlyos, fistulás szűkület közül háromban operáltunk.

A fennálló vizeletretentiót, míg a tágitás megfelelő eredményt nem adott, állandó katéterként használt ureterkatéterrel igyekeztünk, még pedig sikerrel, leküzdeni (lásd a 9. számú esetet); később természetesen megfelelő hólyagkezeléshez fordultunk, mint például hólyaggyakorlatok, faradisatio, chemiai, thermalis hólyagvizsgálgatok stb. Oly súlyos szűkületeknél, hol a körképet pyelitis vagy pyelonephritis komplikálta, a tágitással csakhamar sikerült oly húgycsőkalibert elérni, a mely mellett a pyelitis cystoskopos kezelése lehetővé vált (l. a 8. sz. esetet). Sőt egy súlyos szűkületben szenvedő betegemen módomban volt a dilatatiós therapia végeztével lithothripsiát végezni és a kő magját alkotó kb. mogyorónyi Pezzer-kathetervéget (gombot) per urethram eltávolítani.

Hogy katonáink legtöbb lappangó betegsége (tuberculosis, lues stb.) és chronikus beteges állapota (a légzőszervek katarrhusa, anyagcserebetegségek, gonorrhoea) a harctéri fáradalmak következtében heveny exacerbatiókat vagy visszaeséseket szenved, azt a kórházunkba utalt beteganyagban volt alkalmam szembeszökő módon észlelni, többek között különösen a húgyutak megbetegedéseiben megfigyelni, melyekben a főszerepet a meghülés, az észszerűtlen életmód játszsza, a mely körülményeknek a harctéren szolgáló katona folyton ki van téve. Nem csoda tehát, hogy sokan, kik chronikus prostatitissal mentek a harctérre, onnan hosszabb vagy rövidebb idő után súlyos cystopyelitis-sel térnek haza. Hasonló sorsban részesülnek a szűkületben szenvedő betegek is, kikre a húgyvászervek részéről a legkülönbözőbb complicatiók (retentio, cystitis, cystopyelitis, cystopyelonephritis, periurethritis, húgyinfiltratio, dysuria, pollakiuria, hólyagneurosis és incontinentia) leselkednek. Ezen complicatiók megszüntetése, illetőleg gyógyítása első sorban is az alapbetegség, vagyis a strictura urethrae céltudatos kezelésével eszközölendő. Osztályunkra a betegeket legtöbbször nem friss, hanem inkább lecsendesedett állapotban kaptuk, hogy alabajukat, valamint az általa előidéztet torpid complicatiókat rendbehozzuk. Így van ez a traumás eredetű, régebb szűkületekkel is. Ezek azok, a melyek rendszeren oly complicatiókkal súlyosbítva kerülnek kórházunkba, a mely complicatiók többé-kevésbé acut voltak miatt a kóros jelek centrumában állanak.

A mi a harctéri trauma okozta szűkületeket illeti, ezeket rendszeren medence-sérülés, illetőleg medence-lövés formájában kapjuk, természetesen többször régi, mint friss állapotban. Mind a két szűkületcsoport kezdetben ugyanazon conservativ eljárásban részesül mindaddig, a míg ki nem derül, hogy vagy egyrészt a szűkületet okozó hegyszövet a dilatatióra alkalmatlan, vagy pedig másrészt a pars fixa a hegesezési folyamat oly mérvű dislocatiót okozott, hogy a conservativ kezelést már a priori el kell ejtenünk. Így béke

idején szerzett szűkület 6 esetében háromszor kellett operálnunk (l. a 6. és 7. sz. esetet), és csak a másik három esetben boldogultunk conservatív kezeléssel. A harcztéri trauma okozta 12 szűkület közül 5 esetben operáltunk, 7 esetben conservative kezeltünk (l. az 1.—2. sz. esetet).

A traumás szűkületek kezelésmódja, a conservatív eljárást tekintve, nem sokban különbözik a gonorrhoeás szűkületeknél alkalmazott módszertől. Persze eme exclusive heges szűkületeknél számolnunk kell a divulsio lehetőségével, a mi még fokozottabb óvatosságra készítessen bennünket.

A mi műteti eljárásunk kezdetben a régi klasszikus urethrotomia externából állott a szokásos medialis gátmetszéssel.

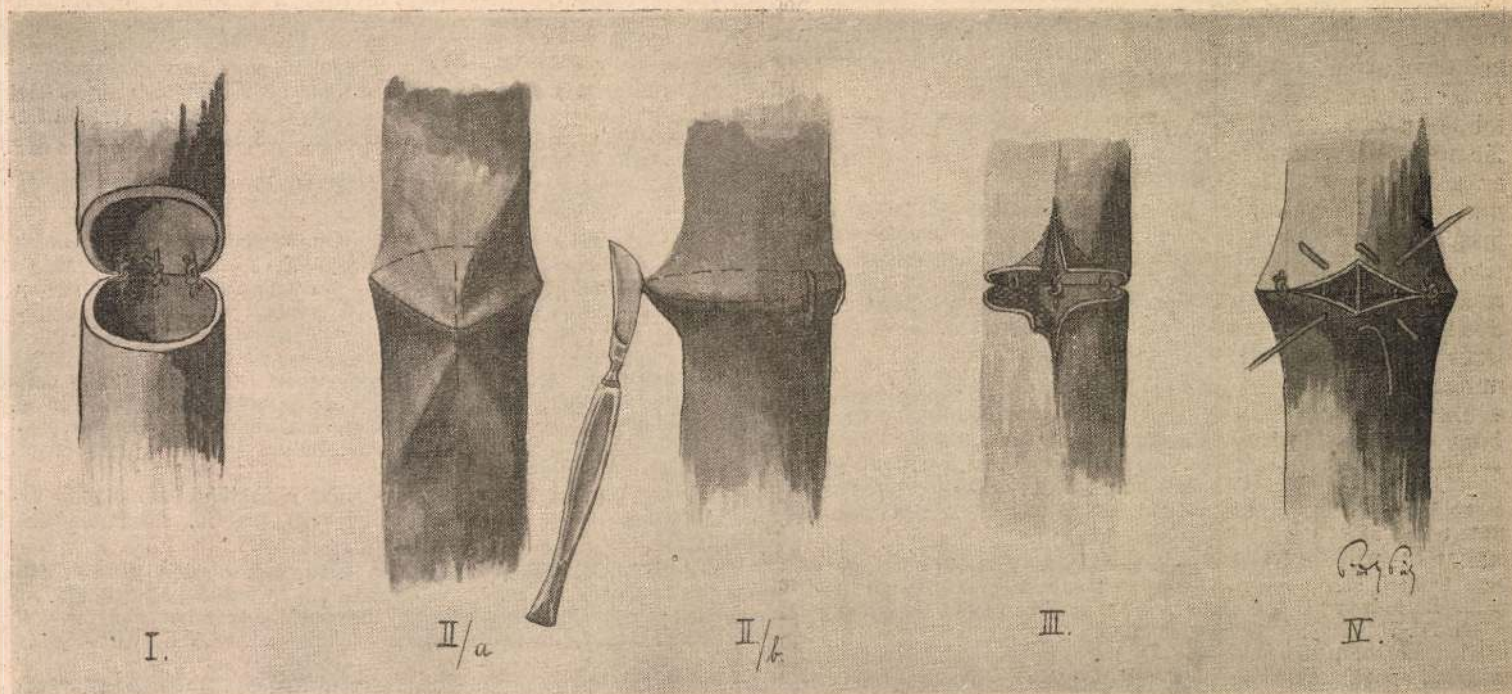
Ama megfontolásból kiindulva, hogy maradandó műteti eredményeket csak úgy érhetünk el, ha módunkban van minden hegsvövet kiirtva oly anatómiai viszonyokat teremteni, melyek a húgycsővet esetleges későbbi zsugorodástól vagy hegeképződéstől tartósan védik, kénytelenek voltunk műteti eljárásunkat úgy kiépíteni, hogy az az egész gát tökéletes, szinte boncztanai feltárása mellett, a húgycsőhöz könnyű, tetszés szerinti (pl. a prostatáig való) hozzáférést biztosítson. Ezért már a legközelebbi ily műtétnél a *Zuckerlandl-Dittel-*

a gyógyulás kriteriumául, akkor elmondhatjuk, hogy úgyszólván az összes esetekben teljes gyógyulást értünk el. A húgycső abszolút kitágítását a radikális operációk útján értük el, a conservatív eljárással pedig a nem túlságosan régi és nem agyonkezelt postgonorrhoeás szűkületek esetében. Tuberculosis szűkületeket csak akkor kezeltünk, ha az feltétlen szükséges volt, és hogy ott oly szerény eredményekkel értük be, az csak óvatosságból történt.

* * *

A ritkaságokhoz tartozik, hogy az orvos a betegét annak a kórképnek késői jelenségeivel lássa viszont, a mely betegségnek heveny stadiumát annak idején ő maga kezelte. Különösen ritka ez akkor, mikor az acut stadium és a késői jelenségek közt az évek, sőt évtizedek egész sora telt el. Kiváltképp áll ez a húgycső szűkületére, melynek már a pusztá jelentkezése is komoly szemrehányást rejt magában az illető kezelőorvos ellen, feltéve, hogy megvolt minden alkalm, hogy a beteget bajából alaposan kigyógyítsa.

A mint kötelességünk a gonorrhoeát minden kis infiltratio hátrahagyása nélkül alaposan kigyógyítani, éppúgy a húgycső traumás sérülése eseteiben is számolnunk kell azzal,



3. ábra.

féle perineotomia némileg módosított alakját végeztem, melyet perineotomia lata-val jelölhetnénk. Ezen eljárás aztán minden irányban kielégített bennünket (l. a 4., 6., 7. sz. esetet).

Ugy vélem, egészen új ösvényre léptem akkor, mikor oly műtéteknél, a hol a húgycső bulbaris részét fel kellett áldoznom, a bulbus nagy élettani jelentőségétől indítva, ezt a húgycsőkiöblösödést plastikával igyekeztem rekonstruálni, még pedig a következő módon: A szűkült húgycsőrészletet a szűkületen innen is, túl is meglehetősen távolságra mobilizálom. A szűkült részt reszekálom, aztán a húgycsőcsomok elülső falait összevarrom, a hátulsi falakat oly mértékben és távolságban teszem szabaddá, hogy összehúzza ne csak érintsék, de pár mm.-re fedjék is egymást. Most a középvonalban mind a kettőnek falát bemetszem, a lebenyek éles szélét lekerekítem és a húgycső ily módon kiszélesített falait transversálisan összevarrom, a mi által létrejön a húgycső fentemlített bulbuszerű kitüremkedése. E bulbus felett aztán az izomzatot különálló rétegben egyesítem.

A mi az eredményeinket illeti, ha a kellőképp kitágított húgycsón át való retentio nélküli vizelési actust veszszük

hogy a húgycső bármely kis folytonossághiánya vagy bármely kis gömbsejtes beszűremkedése későbbi hegeképződést hoz létre; ezért tehát ezeket a sérüléseket is megfelelő gondos utókezelésben kell részesíteni.

Hogy ez teljesen így van a húgycső harcztéri traumái esetén is, ezt meggyőzően mutatják ezirányú tapasztalataink; mert mint azt számos esetben láttuk, utólagos tünetek kíséretében a consecutiv szűkület ez esetekben meglepő gyorsan követi a traumát. És mennél nagyobb azon különböző szűkületek száma, melyeket osztályomon kezeltünk, annál inkább jogosnak érzem, hogy tapasztalataimhoz ezeket az epikritikus megjegyzéseket hozzáfűzzem. A késői eredményekből szinte feltétlen bizonyossággal megállapíthatjuk az annak idején történt kezelés hiányait, sőt hibáit; a késői kritika világításában, helyesebben mondva a késői eredmények kritikai vizsgálatkor még azon esetekben is találunk hibákat, illetőleg tévedéseket, a melyeket annak idején meggyőződésünk szerint szakszerűen kezeltünk. Hogy a szűkületek legnagyobb részét a gonorrhoeás eredetű szűkületek teszik és hogy ezek az elégtelenül vagy észszerűtlenül kezelt gonorrhoeának a szár-

mazékai, arra felesleges szót vesztegetni. És nem mi vagyunk az első, a kik azt állítják, hogy a gonorrhoea kezelésében elkövetett polypragmasia, a mely rá sem hederít a húgycső szövetének histobiológiai tulajdonságaira, oly viszonyokat teremt, a melyek később a húgycső indurációjára vezetnek. (Lásd Ráskai dolgozatát.)

Háborús tapasztalataink továbbá megtanítottak bizonyos műtétek, pl. az *urethrotomia interna* kellő értékelésére is. Ez, ha hosszú endourethralis metszéssel végezzük, a betegnek később több kárt okoz, mint hasznot.

Az a tapasztalat, a melyet az elmúlt háborús évben relativ rövid idő alatt oly nagy beteganyagban tettünk, azt hiszem, megindokolja a fent elhangzott kritikát, mely részben önkritika is, és végül engedjék meg, hogy befejezésül a húgycső súlyosabb szűkületeinek kezelésében a következő alapelveinkre hívjam fel a figyelmet:

1. Húgycsőszűkület minden esetben igyekezni kell azt conservativ módon meggyógyítani.

2. Ott, a hol a conservativ eljárással nem boldogulunk, radikális műtétet kell végezni, még pedig perineotomia lata-t a heges húgycsőrészletek teljes resectiójával.

3. Az urethrotomia externát régi formájában csak mint első segélynyújtást szabad alkalmazni, húgyinfiltratio esetén.

4. Ott, a hol a húgycső bulbaris része a műtétnek áldozatul esik, ezt a megfelelő plastikával kell rekonstruálni.

5. És végül tuberculosus szűkület eseteiben feltétlen hódolnunk kell annak a régi axiomának, hogy

Quidquid agis
Prudenter agas
Et respice finem.

1. R. P., 25 éves, a 91. gy.-e. gyalogosa, 1915 júl. 28.-án medenczelövést kapott. Belövés baloldalt, két ujjnyira a trochanter major mögött, kilövés a jobb csomb hátulso oldalán a felső harmadban. Alsó végtagok addukált és flektált tartásban, manókkal jár. 14 napon át haematuriaja volt. Suprapubicus sipolyt készítettek rajta, mialatt a hátulso húgycső sérülése szűkülettel begyógyult. 1915 decz. 3.-án szállították be kórházunkba következő állapotban:

Külső genitális infantilis fejlettségűek. A beteg gyakran vize, a vizelet zavaros, genyes. A gombos kutató a pars pr. urethrae határán megakad. 2-s számú filiformis keresztül megy és Remete-féle kalauzos szondával sikerül a szűkületen áthaladni és 200 gr.-on felüli zavaros vizeletet lebecsátani. Hólyagöblítés. Deczember végén a beteget gyógyult cystitissel és 21° Ch.-ra tágitott húgycsővel residualis vizelet nélkül a láblövés okozta elváltozások kezelése végett az orthopaediai osztályra tettük át.

2. M. T., 32 éves, 3. B.-H. gy.-e.-beli gyalogos 1915 jún. 26.-án Lemberg mellett sérült meg. A golyó a medence alsó részén hatolt keresztül. Belövés a bal glutealis izmok alsó harmadában, kilövés a gáton. Júl. 30.-án gátműtétet végeztek rajta.

Jelen állapot 1916 jan. 7.-én: A belövés helyén mandulanagyságú heg, a gáton annak majdnem egész terjedelmében tölcsérszerűen bemélyedő nagy hegtömeg, mely a végbélnyílásra is ráterjed, szűkítve azt. A pars pendula urethrae a középvonaltól jobbra van húzódva, a húgycső hátulso része szűkült. Bal here és prostata sorvad. Jan. 3.-án a Remete-féle 11-es számú kalauzos szondát átvezetjük a szűkületen. Zavaros, residualis vizelet ürül kb. 280 gr.-nyi mennyiségben. Ezen eljárást folytatjuk a 24-es Remete-ig, majd áttérünk Bennique-szondára (18-24). A beteget január 29.-én retentio nélkül tiszta vizelettel 24° Ch.-ig tágitott húgycsővel az orthopaediai osztályra teszszük át, az ischiadicus sérülése okozta elváltozások kezelése végett.

3. K. K., 27 éves, a 86. gy.-e. önk. szakaszvezetője. 5 év előtt kapta első gonorrhoeáját, a mikor is állítólag igen erősen edző folyadékokkal kezelték. Január 25.-én a bevezetett gombos kutató a pars bulbarisban megakad. Vizelete zavaros. Jan. 26.-án a legvékonyabb Remete-szondát sikerül bevezetni. Fokozatos tágitás. Febr. 8.-án 24-es Charrière-szondát könnyen átbocsátó húgycsővel gyógyultan hagyta el a kórházat.

4. K. F., 37 éves, a 23. gy.-e. gyalogosa. 1914 febr. 24.-én egy súlyos gerenda a földhöz vágta, miáltal medenczezúzódást szenvedett. Vizelet nem tudott, katheterezésre szorult, a mikor is sok megalvadt vér ürült.

Jelen állapot szept. 21.-én: A beteg lesóványodott, anaemiás. Vizeletkor fájdalmi vannak és csak kis részletekben tud vizelni. A hólyag a köldökig ér. Vizelete tiszta. A bevezetett gombos kutató a pars membranaceában megakad, a szűkület a legvékonyabb filiformisok számára is átjárhatatlan a húgycső jelentékeny deviatója miatt.

Műtét lumbalanaesthesiában. Sectio mediana. A hegyszövet kiirtásakor majdnem az egész pars fixát hegyszövetbe beágyazva találjuk. Minthogy egyrészt nem sikerül a retrahálódott hólyagrészi húgycső-csonkot felkeresni, másrészt, hogy a retrograd katheterismus lehetségesé váljék, sectio alta transversát végzünk. Az előbukkanó vesicalis csonk-

ból még kb. 1 cm.-t, mely teljesen elszűkült volt, reszekálni kellett, hogy a reconstructio megejthessük. Állandó kathetert fixálunk, a hólyagot per primam varrjuk, gátvarrat.

Négy hét alatt sima, láztalan gyógyulás. A beteget 24° Ch.-ra tágitott húgycsővel gyógyultan bocsátjuk el. A frontról írja, hogy teljesen jól van, vizelete erős sugárban ürül.

5. T. M. P. Gyermekkorában hólyagkö miatt megoperálták (sectio mediana perinealis). Január 15.-én enuresises panaszokkal vétetett fel osztályunkra.

Jelen állapot: A beteg vizeletszagú. A praeputium hosszú, a fityma és scrotumbőr eczematosus. A gáton kb. 8 cm. hosszú, 1/2 cm. széles heg. Ennek közepén széles sipoly nyílás, melyen át vizeletkor vizelet ürül bőségesen. Tapintáskor a sipoly folytatásaként egy több mm. hosszú, kemény köteget lehet érezni, a mely az urethráig terjed. Kutaszoláskor a sipoly mélyében concrementumok állapíthatók meg. Az alsó húgyutak endoskopiájánál a hólyag fenekén és a jobb bas fonds-on számos kis papillomát látunk.

Marcz. 19.-én a sipolyt megoperáljuk lumbalanaesthesiában. Fel-szabadítva a sipoly nyílását, a sipolyköteget a húgycsőig kipaeparáljuk. A húgycső és sipoly határán lévő finom járatot lekötjük, a köteget kiirtjuk. A gátsebet két rétegben varrjuk.

Sima lefolyás 8 napon belül, állandó katheter nélkül.

6. J. H., 34 éves, a cs. és kir. 3. bosny. gy.-e. közlegénye. Állítólag 4 éve gátjával éles köre esett s húgycsővét belsőleg megsértette. Osztályunkra 1915 júl. 2.-án került enuresisének megállapítása végett.

Status praesens 1915 júl. 15.-én: Külső nemi szervek épek, a gáton kiterjedt hegesedések tapinthatók. A gombos kutató a pars bulbosában megakad. A vizelet kissé zavaros. A szűkület a legfinomabb bougie számára is átjárhatatlan, tehát a tágitásra alkalmatlan.

Műtét júl. 10.-én lumbalanaesthesiában. Dittel-Zuckerlandt-féle perineotomia. A gátat megtisztítjuk a hegektől, míg a pars nuda urethraet el nem érjük; ezt a szinte porcszerű tömeggé alakult húgycsőrészletet reszekáljuk, a húgycsőcsonkokat mobilizáljuk. A hólyagba vezetett katheter 2000 gr. residualis vizeletet vezet le. Bulbusplastika, réteges gátvarrat, állandó katheter.

Sima gyógyulás 14 nap alatt. Húgycső 25° Ch. számára jól átjárható, hólyagfunctio jó.

7. L. J., 38 éves, a 17. honv. gy.-e. népfelkelője. Osztályunkra 1916 jan. 16.-án került. 5 évvel ezelőtt gátjára esett, utána véreset vizelt, majd acut retentio miatt operálták. Most újra nehezen vize, vékony sugárban, a hasprés igénybevételével. A gombos kutató a pars bulbosában megakad. Minthogy a conservativ tágitással nem boldogulunk a kiterjedt hegesedések miatt, radikális műtétre határozzuk el magunkat.

Műtét febr. 16.-án lumbalanaesthesiában. Zuckerlandt-féle perineotomiával feltárjuk a gátat, reszekáljuk az összes itt található hegeket. A húgycsövet egészen a pars prostaticáig szabaddá teszszük, reszekáljuk a szűkült, callosus húgycsőrészletet. Bulbusplastika, a gát réteges varrata, állandó katheter.

Sima, láztalan lefolyás. 8 nap múlva eltávolítjuk az állandó kathetert, 2 hét múlva gyógyulás. A húgycső 25° Ch. számára jól átjárható.

8. Cs. J., 42 éves, a cs. és kir. 4. vartüzér-zászlóalj tűzére. Hólyag- és vesepanaszai miatt 1915 decz. 12.-én került osztályunkra. A meglehetősen gyenge és vérszegény betegnek ifjúkorában kankója volt, 1910-ben és 1914-ben pedig húgycsőszűkület és vesebaj miatt kórházban kezelték.

Status praesens: Sápadt arcszínű beteg. Tüdők felett diffus, catarrhalis zörejek. A hólyag 2 ujjnyival a symphysis fölé terjed. A húgycső mint callosus köteg tapintható. A gombos kutató 6 cm.-re a külső húgycsőnyílástól megakad. A vizelet zavaros, rossz szagú, sárgás-zöldesen elszíneződött. A fehérje több benne, mint a mennyi a genynek megfelel.

A húgycső tágitását 20 Ch. filiformissal kezdjük, melyet 24 órára benne hagyunk. A legközelebbi ülés alkalmával 5° Ch. bougie, melyet több napon át megismétlünk. Ezután a tágitást a Remete-féle kalauzos szondákkal végezzük, mikor is 400 gr.-os retentio derül ki. Így haladunk előre 24° Ch.-ig, a tágitás mellett folytonos hólyagtraininget végezve. 1916 febr. 21.-én 25° Ch. cystoskoppal functionalis vesevizgálatot végzünk, a mely baloldali pyelonephritist állapít meg.

Jelenleg a beteg pyelitisét kezeljük localisan.

9. D. Gy., 38 éves, a 29. honv. gy.-e. népfelkelője. 15 évvel ezelőtt kankója volt, többszöri exacerbatióval, melyeket nagyon energikusan kezeltek. Szűkületet kapott és 1911-ben acut húgyretentio miatt operálták. Azóta folytonosan orvosi kezelés alatt áll, a mozgósítás óta különböző katonakórházakban kezelték, mígnen 1915 november végén osztályunkra került.

Status praesens 1916 nov. 30.-án: Halványsárga, anaemiás arc-színű beteg, kifejezett habitus neurasthenicussal. Csöppenként vize, a hasprés segélyével. Vizelete genyes, zavaros, erős csapadékkal. A hólyag egy ujjnyira a köldök alá terjed. A bal here indurált, kissé infiltrált. A gombos kutató 4 cm. mélységben megakad. A húgycső e helytől kezdve egész lefutásában mint kemény, heges köteg tapintható.

A nagyfokú retentio miatt megpróbáljuk a 11° Ch. Remete-szondát bevezetni, a mi sikerül is. Ez 1200 gr. residualis vizeletet vezet el. Az esetleges újabb retentio meggátlására 4° ureterkathetert fixálunk a húgycsőbe. A további lassú, fokozatos tágitás is Remete-szondákkal történik, állandó hólyagtraininggel egybekötve. Miután a pars

fixa és a pars pendula urethrae legnagyobb része valószínűleg erős marószerek (10% AgNO₃) alkalmazása folytán metaplasziás és elhegesedett, a tágitás 15° Ch.-tól felfelé csak nagyon óvatosan történhetett. Radikális műtetre a szűkület és a hegesedés nagy kiterjedése miatt még csak nem is gondolhattunk. Azért továbbra is a conservatív tágitásnál maradunk és fibrolysin alkalmazásával sikerül is 20° Ch.-t elérni.

A beteg most erős sugárban vizek, hólyagját teljesen kiüríti. Cystopyelitis még fennáll.

10. M. Gregor, a cs. és kir. 2. vartüzérszázalój tüzére, 1915 május 8-án került osztályunkra. Betegségére vonatkozólag előadja, hogy 3 évvel ezelőtt volt az első kankója, most egy éve a második. Ekkor egy ismerőse tanácsára 10%-os lapisoldattal fecskendezett. Most vizezési nehézségekről panaszkodik.

Status praesens: Sápadt, erősen lefogyott férfi. Mellkasi és hasi szervek épek. Hólyagtompulat a köldökig ér. Cseppekben vizek, a hasprés segítségével. Vizelete tiszta, de a sedimentumban sok a hámsejt. A húgycső egész lefutásában, de főleg hátul, mint kemény, indurált köteg tapintható, a pars bulbosa urethrae heges masszát alkot. A gombos kutató már közvetlen az orificium externum mögött megakad. A szűkületen hosszas előkészítés (fürdők, thermophor stb.) és fáradtságos manőverek után sikerül egy 20° Ch. filiformist átvezetni, de a beteg emellett vizelni képtelen.

Az 5% collargollal megtöltött húgycső Röntgen-vizsgálata (Stein főorvos) kideríti, hogy az egész húgycső szűkült: a pars pendulában számos jelentékeny szűkület, a pars bulbosa callosusan elváltozott, lumene fonálszerűen megvékonyodott.

Diagnosis: Stricture urethrae multiplex majoris gradus. Retentio urinae chronica.

Míthogy a conservatív kezelést itt nem alkalmazhattuk, május 31-én radikális műtétet végzünk, vezetékes anaesthesiában typusos urethrotomia externát. A szűkület mögötti húgycsőrézletbe bevezetett katheter a hólyagból 1200 gr. residualis vizeletet vezet le. hólyagmosás, majd reszekáljuk a húgycső fonálvékonyságú lumennel bíró teljesen elhegesedett bulbaris részét. Ezután urethrotomia internát végzünk és az így újra jól kanalizált húgycsőbe állandó kathertert helyezünk. Bulbusplasztika, a húgycső circularis varrata. A gátat két rétegben egyesítjük. Kötés.

Lázalan, síma gyógyulás. Már 14 nappal a műtét után megkezdjük az utókezelést 22° Charr. szondával egészen 25° Ch.-ig. A beteg június 20-án gyógyult.

Jegyzet. Május 28-án: A beteg a harctérről szabadságra hazatérve, f. év május 24-én felkeresett, hogy megmutassa magát nekem. Megerősödött, egészséges külsejű. A húgycső teljesen szabad, a gát puha. Erős, vastag sugárban vizek és hólyagját teljesen kiüríti.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú kórbonczolási intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., ny. r. tanár.)

A tüdőverőérbe áttörő aorta-aneurysmáról.*

Irta: Jankovich László dr., egyetemi tanársegéd.

A gyakorlóorvos, de főleg a kórbonczoló előtt jól ismert jelenség, hogy oly kórfolyamatok, amelyek egy orvosnak néha egész gyakorlatában alig fordulnak elő, rövidesen meg szoktak ismétlődni, hogy azután évekre vagy évtizedekre eltűnjenek vizsgáló szemeink elől. A ritka esetek duplicitásának nevezhető ily sajátosságos véletlennek kell tulajdonítanom azt, hogy a budapesti szent István-kórház prosecturáján a múlt év második felében néhány hónap leforgása alatt két oly ritka eset fordult elő, a melyent például a budapesti 1. sz. kórbonczolási intézet különben gazdag múzeuma sem tud felmutatni s a milyent magam még sohasem észleltem.

Ez a két eset, a melyekkel alább foglalkozni kívánok, az aorta-aneurysma áttörése az arteria pulmonalis törzsébe.

Az aorta-aneurysmák, mint tudjuk, elhelyezkedésük és növekedési irányuk szerint a legkülönbözőbb szervekbe vagy a test felszínére törhetnek át. A nagyszámú aorta-aneurysma közül azonban csak azok vannak abban a kiváltságos helyzetben, hogy a pulmonalisba törjenek át, a melyek az aorta kezdeti darabján, a bulbuson vagy legfeljebb a felhágó aorta elején fejlődnek, a mennyiben ezek a Rindfleisch által megállapított spirálisnak megfelelően az aorta elülső falán székelnek s így szükségképpen az arteria pulmonalisba boltosulnak be és oda törhetnek át. Minekutána azonban a felhágó aorta kezdeti részéből és különösen a bulbusból, illetőleg a sinus Valsalvae-ből kiinduló aneurysmák tudvalevőleg magukban véve is

rendkívül ritkák, a felhágó aortán magasabban székelő aneurysmák pedig a fenti törvényszerűség értelmében a véráram irányának megfelelően inkább a jobb oldal felé terjednek s ez által az arteria pulmonalist elkerülik, ennél fogva teljesen érthető, hogy miért kell oly ritkaságnak tekintenünk az aneurysmáknak az arteria pulmonalisba való átfúródását. De megkülönböztetnünk is az arteria pulmonalis mint állandó mozgásban levő szerv igen hajlandó arra, hogy a nyomás elől kitérjen.

A irodalomban tudtommal ilyen eset, a jobb szívbe való átfúródást is beleértve, csak 32 van részletesen közölve (I. Kappis) és az összes ismert esetek száma valószínűleg az 50-et sem éri el, nem számítva természetesen a heveny diphtheriás endocarditisből eredő átfúródásokat, a melyek tudvalevőleg nem tulajdonképpen aneurysmákból fejlődnek. Eltekintve az aorta kezdeti részén ülő aneurysmák ritkaságától, még vannak más szempontok is, a melyek azokat szokatlanul és klinikailag érdekessé teszik, ezek az aneurysmák t. i. ha előbb vagy utóbb perforálnak, eltérőleg a többitől, nem okoznak elvérzést, hanem olyformán viselkednek, mint az arterio-venosus aneurysmák, vagyis a verőeres és gyűjtőeres vér keveredését okozzák és bármily súlyos zavart idéznek is elő a vérkeringésben, mégis az egyén az esetek túlnyomó többségében egy időre életben marad. A közvetlenül az áttörés után mutatkozó hirtelen incompensatio és periferiás oedemák ugyanis visszafejlődnek, a mit úgy magyarázhatunk, hogy a jobb szív ráháramló munkatöbblettel hypertrophiája segítségével megbirkózik s az egyén ilyenformán még egy darabig él, a mit bizonyít az a lelet, hogy az ilyen aneurysmák perforatiós nyílása többnyire lekerekített, szabályos lyuk, a mely tehát jogosabban nevezhető communicationnak, mint perforatiós nyílásnak. A jobb szívre háramló munkatöbblet onnan származik, hogy a magasabb nyomású aortából a vér a közlekedő nyíláson keresztül a pulmonalisba áramlik és ott hasonló, de a jobb szívre nézve merőben szokatlan vérnyomást teremt.

Eseteim a következők:

I. eset. M. J., 49 éves nő (b.jksz. 14.788/363. 1915 júl. 24). anamnesisére nézve csak annyit sikerült megtudnunk, hogy felvételét megelőzőleg már vagy 11 hónapja volt beteg s azóta állandóan igen rosszul érezte magát, állítólag hasa dagadt meg először. A kórházba való szállításakor már halálán volt, vizsgálni alig lehetett; mindössze csak feltevésen alapult a következő klinikai diagnosis: Vitium cordis, insufficiencia aortae (?).

A kórbonczolási diagnosis: Lues, arteritis chronica luetica arcus aortae et aortae thoracicae (egyéb lueses elváltozást nem találtunk). Dilatio aortae ascendens cum aneurysmate sinus Valsalvae sinistri et dextri, attenuatio parietis aortae ibidem cum perforatione duplice in arteriam pulmonalem. Obliteratio ostii arteriae coronariae dextrae. (Maguk a coronariák vékony, síma falúak; a bal coronaria a rendesnél jóval tágabb.) Degeneratio adiposa striata myocardii praecipue ventriculi dextri. Incrassatio et abbreviatio valvularum aortae cum insufficiencia earum. Dilatio cordis praecipue atriorum, hypertrophia ventriculorum minoris gradus. Arteriosclerosis minoris gradus arteriae pulmonalis.

A szív igen nagy, pericardiumán apró vérzéses pettyek látszanak; a szív pitvarai kitágultak, különösen a jobb, míg a szív kamarák tágulata csak mérsékelt fokú, izomzatuk kissé túltengett (jobb oldalt 1 1/2 cm., bal oldalt 1 1/2 cm. vastag). Feltűnő az izomzatban a zsíros pettyezettség és csikolat, a mely mikroszkopice jobboldalt sokkal intenzívebbnek bizonyult. A szív száradékai közepes tágak, csak a jobb gyűjtőeres száradék mutat erősebb tágulatot. A billentyűk közül a tricuspidalis vékony, hártás, a bicuspidalisnak inbúrai azonban kissé megvastagodtak, az aorta billentyűi megrövidültek, merevek, kissé megvastagodtak, a vízpróba alkalmával nem zártak tökéletesen. Az aorta belfelülete különösen az ívnek megfelelően finom hosszanti, szabálytalan ráncokat mutat, a melyek közt a behártya néhol fehéresen megvastagodott, másutt sárgásan pettyezett vagy meszes; ez az átalakulás egész az arteria coeliaca eredéséig ér és ott hirtelen megszűnik. A felhágó aorta kitágult (legnagyobb kerülete 11 cm.), a Valsalva-öblök is tágabbak, különösen a bal, a mely körülírtan aneurysmaszerűleg, mint egy fél dió, domborodik be az arteria pulmonalis üregébe, miközben falzata fokozatosan elvékonyodik. Az elődomborodás tetején két kendermagnyi nyílást találunk, a melyek tehát az aneurysmából, illetve az aortából a pulmonalisba vezetnek. A két lyuk a jobb és bal pulmonalis-billentyűnek egymás felé eső sarkai felett 1 1/2 cm.-re van, alakjuk elég szabályos kör, széleik teljesen simák, az őket egymástól elválasztó vékony híd csak 1 mm. széles. Az említett két pulmonalis billentyű sarkai lenőttek s ezáltal a billentyűk kissé megrövidültek, sőt a pulmonalis falának az aneurysma által való tágitása folytán a két billentyű-sarok egymástól 1 1/2 cm.-re eltávolodott, a vízpróba alkalmával ezek a billentyűk sem zártak jól. Az arteria pul-

* A budapesti kir. Orvosegyet 1916 január hó 22.-i ülésén tartott bemutatás.

monalis ürtere kissé tág (kerülete 8 cm. a perforációs nyílás felett mérve, míg szájadéka 7 cm. kerületű), belfelülete pedig a lyukak körül, valamint ezekkel szemben sárgásan pettyezett és kissé heges is.

A diagnózis többi része így szól: Hyperaemia chronica universalis. Induratio brunea pulmonum, cyanotica lienis et renum, hepar moschatum, cyanosis ventriculi et intestinorum. Icterus levis. Hydrops universalis. Anasarca extremitatum inferiorum, ascites (3500 cm³), hydrothorax bilateralis (baloldalt 300 cm³, jobboldalt 750 cm³), hydropericardium (250 cm³).

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy a középkorú egyén lueses eredetű mesarteritist kapott, a mit a szövettani vizsgálat is igazolt s az ebből kifolyólag létrejött Valsalva-öböl-aneurysma a pulmonalisba perforált, az egyén azután még hosszabb ideig élt. A perforatio és valószínűleg az insufficiens aorta- és pulmonalis-billentyűk együtt idézték elő az incompensatiót, illetőleg a szív teljes kimerülését. A perforációs nyílás hosszas fennállását bizonyítja ez esetben a lyukak símaságán és a némileg túltengett jobb kamarán kívül az arteria pulmonalis tágulata és a lyukak mellett, valamint azokkal szemben jelentkező arteriosclerosis is. A sclerosisos plaqueoknak e sajátos elhelyeződését különben igen jól fel lehetne használni az arteriosclerosis ama teoriájának támogatására, a mely a mechanice leginkább igénybe vett érfalterületek (például oszlási helyek) kopásából magyarázza a kórfolyamatot, a mennyiben a jelen esetben a perforációs lyukakon átáramló vér a szemben levő falba kellett, hogy ütközzék és másrészt a pulmonalisban létrejött nagyobb nyomás, valamint a tágulat az arteriát a rendesnél erősebben vette igénybe.

II. eset. B. E., 52 éves, szakácsné (bjkvsz. 14.856/381. 1915 szeptember 22.). Anamnesiséről szintén csak annyit tudunk, hogy az egyén állítólag csak három hónapig volt beteg, lábai hirtelen megdagadtak s nehezen lélekedett. A kórházba való felvételkor nagyobb szívtompulatot konstataáltak, a szívcsúslökés nem volt tapintható, a szív felett intenzív systolés és diastolés zörejt lehetett hallani, a pulsus arhythmias inaequalis és peczelő volt. Az egyén állapota a kététi kórházi megfigyelés alatt folyvást rosszabodott, vizelete kevesedett és az incompensatio jelenségei közt halt meg. A klinikai diagnózis következőleg hangzott: Arteriosclerosis, insufficiencia bicuspidalis et aortae. Hydrops universalis. Hydrothorax lateris dextri.

A kórboncolástani diagnózis a következő volt: Endo- et mesarteritis chronica (luetica?) arcus aortae. Aneurysma sacciforme partis ascendens aortae de magnitudine ovi gallinaei cum perforatione in arteriam pulmonalem. Hypertrophia excentrica ventriculi dextri cordis et dilatatio atriorum. Degeneratio adiposa myocardii et renum. Hyperaemia chronica universalis. Induratio brunea pulmonum, cyanotica lienis et renum, hepar moschatum. Hydrops universalis. Anasarca extremitatum inferiorum, hydrothorax lateris dextri.

A szív kétökönyi, a szív kamarák közül a jobb tág, a bal alig, míg a pitvarok mindkettőn kitágultak. A szívmozzat baloldalt közepes vastag, míg jobboldalt kissé túltengett, de mindkét oldalt sárgásan csikolt, zsíros és törékeny. Az arteria pulmonalist felvágva kitűnik, hogy falzatát hosszúság, körülbelül fél szilványi területen az aorta aneurysmája benyomta az ér ürtere felé olyformán, hogy az előltozolás a pulmonalis jobb billentyűjének öblében kezdődik, legnagyobb fokát a billentyű záróvonalánál éri el és felfelé egészen a pulmonalis oszlásáig terjed. E kiemelkedő területen közvetlenül a jobb és bal pulmonalis billentyűk egymással érintkező sarkai felett, de tőlük kissé oldalt, találunk egy símaszerű, kerek, lencsényi nyílást, a melyen keresztül az aorta tyúktojás nagyságú aneurysmájába jutunk. A pulmonalis jobb billentyűje majdnem teljesen a falazathoz nőtt, míg a bal csak kissé fehéresen megvastagodott; a pulmonalis szájadéka 6 cm. kerületű, ürtere az áttörés helye felett 7 cm. Az aorta billentyűi vékonyak, a vízpróba alkalmával jól tartottak, az aorta belfelületén lencsényi, sárgás, lapos kiemelkedések behúzódtak ránczos intimával váltakoznak, a falzat megvastagodott. Az aorta elülső falán a jobb és bal billentyű sarkai felett 1 cm.-re találjuk a zsákszerű, folyékony vért tartalmazó aneurysmát, a melybe az aortából egy szűk, legfeljebb koronányi nyílás vezet s a melynek belfelülete aránylag síma s csak helyenként mutat fehéres vastagabb foltokat. Az aneurysmából a leírt perforációs nyíláson keresztül jutunk a pulmonalisba.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy leletünkkel eléggé egyezik az anamnesisnek az az adata, hogy az egyén tulajdonképp csak három hónapja érezte magát betegnek, mert feltehető, hogy ekkor történt a perforatio s az egyén daczára meglévő aneurysmájának eladdig jól volt, a perforatiókor azonban a jobb szívre háramló hirtelen munkatöbblet incompensatiót és hónapok alatt a szív teljes kimerülését idézte elő (zsíros degeneratio a szívmozgásban). A beteg észlelt systolés zörejt úgy látszik nem a klinikailag

felvett bicuspidalis billentyűelégtelenség okozta, hanem az nyilván a perforációval függött össze; a diastolés zörejt pedig valószínűleg a pulmonalison keletkezett, mert annak egyik billentyűje az aneurysma miatt beboltosult falzathoz nőtt s ezáltal insufficiens lett. Mindamellett egész határozottan állítani ezt nem lehet, mivel elképzelhető, hogy éppen az oldalfal beboltosulása helyettesítette a lenőtt billentyűt úgy, hogy a két másik billentyű segítségével a pulmonalis mégis jól zárt és az is feltehető, hogy a diastolés zörejt viszont ebben az esetben a perforációs lyuk maga adta.

Eme fejtegetések azonban a boncoló orvos szigorúan vett munkakörén kívül esnek s eseteim taglalásába nem akarom bevonni őket, mindamellett nem hallgathatom el azt a meggyőződésemet, hogy az ismertett esetekhez hasonlók mégsem oly szerfelett ritkák, mint a hogy az első pillanatra gondolnánk, azonban felismeretlenül maradnak; pedig a német irodalom a tanu rá, hogy az ilyenféle perforatiót, ha a beteg állandó kórodai megfigyelés alatt áll, bizonyos jelekből fel lehet ismerni. Nem ugyan a hirtelen rosszullétből, gyorsan fejlődő oedemákból, peczelő pulsusból a mik elvégre nem jellegzetes tünetek, hanem abból az intenzív zorejből, a mely a systolén túl rendesen a diastolába is átnyúlik, az egész szív felett jól hallható, különösen a pulmonalis áramának irányában terjed tova és mindig kapcsolódik a frémissement catère tünetményével. Hogy ez a különös systolés zörejt hol és hogyan keletkezik, arra nézve eltérők a vélemények s ez alkalommal nem foglalkozom vele részletesen; de hangsúlyozni kívánom, hogy ha segítségével nem is tudjuk a perforatiót diagnoskálni, a részletes klinikai vizsgálat és a kórboncoló együttes működése kell hogy idővel fényt vessen a jobb szívbe perforáló aorta-aneurysmák mindmáig homályos tünettanába.

Irodalom. Blume: Berliner klin. Wochenschrift, 1909, 28. sz. — Dahlen: Zeitschrift für klin. Medizin, 1909, 63. kötet. — Hödlmoser: Zeitschrift für klin. Medizin, 1901, 42. kötet. — Kappis: Deutsches Archiv für klin. Medizin, 1907, 90. kötet. (Irodalom.) — Kieseritzky: Berliner klin. Wochenschrift, 1908, 38. sz. — Taylor: Guy's Hospital Reports, 1884, 391. l.

Csik vármegye 1915.-i nagy gyermekhalandóságának okai.

Irta: Szana Sándor dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

(Vége.)

Az állami gyermekmenhelyek utasítandók, hogy közegeik és a helyi társadalomnak ugyancsak lentebb vázolt módon való bevonása által a hadbavonult családtagjainak tanácsadásával, patronage-ával a legmesszebbmenően foglalkozzanak. E célból minden egyes családban állapíttassék meg, hogy a hadisegély mely cikkek bevásárlására fordítandó és azonnal intézkedjenek, hogy ezen bevásárlás a leggazdaságosabb módon történjék. E célból az állami gyermekmenhely érintkezésbe lép az illető községben levő Hangya fogyasztási szövetkezettel és ha csak lehet, a tartásdíjat egészen a Hangya szövetkezetnek utalja át, a midőn a tartásdíj értékét a családanya természetben — előre megállapított árak mellett — kapja meg.

Ott, hol Hangya szövetkezet nincs, társadalmi egyesülés, de esetleg a községi előjáróság által lehetőleg a legközelebbi Hangya fogyasztási szövetkezet útján szereztetnek be a szükségletek. Ott, a hol, mint Csikmegyében, lisztje a szóban levő családok egyikének sincs, a tartásdíj a községi előjáróságnak utalványozandó ki a célból, hogy vele elsősorban a család lisztszükséglete fedeztessék.

Utasítandó az állami gyermekmenhely, hogy gondos figyelemmel legyen arra, hogy ne csak az állami kötelékbe felvett gyermekek, hanem a család többi gyermeke is kellő ruházattal, elsősorban cipővel bírjanak, hogy a téli és korai tavaszi napokban a szabadba mehessenek. Ezzel elhárítható a tavaszi nagy halálozás és a tuberculosis későbbi pusztítása. E célból az állami gyermekmenhely a kötelékébe fel-

vett gyermekeket fatalpú cipőkkel látja el és a tartásdíj költségén, esetleg részletek levonásával, a nagyobb gyermekeket is ellátja ilyen olcsó fatalpú cipővel.

4. Az állami gyermekmenhely gyermekvédelmi actiója, de a hadbavonultak családtagjainak, a hadiárvák, sőt a rokkantak ügyének sikere megkívánná, hogy minden egyes községben intézmény létesíttessék, mely a nevezett védelemre szorultakat felkeresi és azok érdekében eljár, azokat gazdasági jogi ügyekben tanácsokkal ellátja, értük tesz, értük cselekszik. *Embervédelmi bizottság.*

A gyám rendszere nálunk csődöt mondott, de másutt is. A pártfogói rendszer nálunk úgy a belügyi gyermekvédelemben, mint az igazságügyi gyermekvédelemben nem bizonyult jónak. Talán a hadiárvák körül nagyobb sikerrel fog járni, talán legalább az erkölcsi s paedagogiai patronage-t fogja biztosítani. Minden egyes gyermek számára, vagy egy-egy család számára pártfogóul alkalmas embert találni azonban nehéz, ezek irányítása és oktatása a különféle tapasztalatok kicserélése, az alkalmatlan gyámok elmozdítása óriási, talán leküzdhetetlen akadályokba fog ütközni. Azért bátor vagyok Nagyméltóságod figyelmébe ajánlani azt az intézményt, a mely Franciaországban, Németországban szép tökélyvel működik, de legteljesebb virágzását Magyarországon Fótón érte el *gróf Károlyi Lászlóné* csodálatraméltó alkotásában, a *fóti tanácsadóban*. A fóti tanácsadó a legtokéletesebb mintája annak, hogy miként és hogyan kell, hogy a társadalom az embervédelem munkájában részt vegyen. Nem kell nekünk ma már, ha a társadalom embervédelmi célokra való szervezéséről van szó, külföldre menni, a főváros tözsomszédságában levő Fótára való kirándulás teljes és tökéletes alakjában mutatja meg nekünk azt, hogy a társadalom az embervédelem céljainak szolgálatába miként állítható be leg-sikeresebben.

Gróf Károlyi Lászlóné fóti tanácsadója nem minta után, hanem önmagából fejlődött. A fiatal grófné fogadott a faluból egyet, majd többet is, a kik a háborúból folyó ügyes-bajos dolgaikkal hozzá fordultak. Vele született rendszeretete és szervezőképessége az eseteket gondosan feljegyezte és elintézte. Hangsúlyozni kell, hogy anyagi segélyről itt még szó sincs. Csakhamar többen és többen jöttek, úgy hogy a grófné már titkárnőjének segítségét vette igénybe és a karthotek-rendszerhez folyamodott, hogy egy-egy ügyről az áttekintést el ne veszítse.

Ma már 91 községből jönnek a grófnéhoz, az esetek száma ezekre rúg. Nyolcz segéderővel dolgozik. A nyilván-tartás ma is tökéletes, ma is minden egyes esetről minden perczen adhat felvilágosítást. A tanácsadó maga segélyeket ma sem ad, de annál jobban tárja fel az állami, községi és más társadalmi egyesülések anyagi forrásait azok számára, a kik hozzá fordulnak.

Bizonyos, hogy sok százezer koronával annyi jót nem lehetne tenni, mint a mennyit ez a tanácsadó tesz. Nálunk nem az anyagi eszközök elégtelensége a baj, hanem az eszközök hiányos felhasználása, mint a hogy meggyőződése, hogy a hadisegélyképp kiosztott összeg nem túlkicsi, hanem csak a felosztás kulcsában van a hiba.

Nagyméltóságod elé tehát azt az indítványt terjesztem, hogy minden egyes község hívassék fel egy „*tanácsadó*“, egy *embervédelmi bizottság* szervezésére. Elegendő községenként a vezetőt megtalálni. Lehetetlen, hogy legyen magyar község, a hol legalább egy ember ne akadjon, a ki a községben az embervédelem ügyének szervezésére ne vállalkozna s arra alkalmas ne volna.

Hogy miként kell ezt a tanácsadót szervezni, arra egy Nagyméltóságod, vagy a hadsegélyező bizottság, vagy a Stefánia Szövetség, vagy bárki más által kiadandó kis füzet fogja a védőket megtanítani. A Nagyméltóságod vagy a főispán által községenként kinevezendő elnök a községnek társadalmi munkára vállalkozó köreit maga mellé gyűjti. Napnap után előre meghatározott órában és helyen fogadják a bizottság tagjai azokat, a kik felkeresik őket, ellátják tanácsokkal és dolgoznak, eljárnak a védelemre szorulókat érde-

kében. De egyúttal kiküldik tagjaikat, hogy a községben keressék fel azokat is, a kikről tudják, hogy bajban vannak, tudják, hogy tanácsra és segítségre szorulnak. Terjeszteni fogják ezek még a jobbmódúak között is a higiénie alapelveit, a szellőztetést, a védekezést a fertőző betegségek ellen. Mindazokat a dolgokat, melyek nem tudása okozza a jobbmódúaknak is pusztulását. Munkaalkalmat fognak keresni, a hadimunkákból községeikbe fognak kérni. Útjaik alkalmával a fásult, eltompult éhezőket fel fogják keresni, meg fogják találni azokat, kik ellentétben a fővárosi lármás, a nyilvánosság elé tóduló nyomorgókkal szemben oduikban szótlanul pusztulnak el. Gondoskodni fognak, hogy a csecsemők anyjuk mellett maradhassanak a munkában is, vagy legalább is az anya munkaideje alatt a gyermek kellő gondozás híján el ne pusztuljon. Gondoskodni fognak, hogy a nő munkája ne legyen a nemzet átká.

A tanácsadó tagja, s főleg kutató tagja lesz az a községeket szerzendő anya- és gyermekvédő. Kétségtelen, hogy az Országos Központi Hitelszövetkezet 8000 községben gondosan megszervezett intézménye is be lesz csatolható. Minden egyes községben lesz tehát egy embervédelmi központ, melynek fejét Nagyméltóságod, illetve a főispán nevezi ki. Ezeket azután innét az Országos Központból — akár Rokkanthivatalból vagy más központból — lehet irányítani, oktatni. A vezető útján azután a helyi társadalom közegei tudatába kerül az a felfogás, hogy a szenvedőkön, synylődőkön nem alamizsnákkal kell segíteni, hanem socialis segélyt kell nyújtani gazdasági patronage-zsal.

Csikmegyei kiküldetésem alkalmából Gyergyószentmiklóson ily irányú előadást tartottam. A község kitűnő főesperes plébánosa előadásom után felszólalt, hogy köszönettel veszi a szavakat. Régóta érzi, hogy kellene tenni valamit, de eddig a formáját nem találta meg, most látja tisztán maga előtt, mit kell tenni, s mint tudom, azóta tesz is. Hasonló benyomást keltettek azon előadásaim is, a melyeket azóta Marosvásárhelyen, Budapesten a Református Nőegyletek Országos Szövetségének közgyűlése alkalmából, a Magyar Ház-asszonyok Gazdasági Szövetségében és Szolnokon a Szabad Lyceumban tartottam.

A nemzeti néperő megújhodása, regeneratiója ügyének sok része van: az anyavédelem, csecsemővédelem, hadiárvák, rokkantak, tudóvész, alkoholismus, nemi betegségek elleni védelem. Mindegyik külön-külön keresi a társadalmat, de külön-külön egy sem fogja megtalálni mindenütt. De ha az embervédelem fővárosi központja minden községben egy embert fog keresni, akkor ezen egy ember útján az egész embervédelem szolgálatába fogja beállítani tudni a községi társadalmat.

5. A pénzügyi kormányzat által megállapított rendszerén a hadisegélyezéseknek változtatni talán hiba volna. Szerény nézetem szerint talán nincs szükség erre, de kérem Nagyméltóságodat, kegyeskedjék sürgősen a pénzügyministerium figyelmét felhívni arra, hogy közegei utasítandók volnának, hogy a hadisegélyek megállapításakor legyenek figyelemmel a gyermekekre, a gyermekek korára s számára.

Azt hiszem, hogy talán eddig a pénzügyigazgatóságok figyelmét fel sem hívták arra, hogy a hadisegélyeknek emberbaráti céljuk mellett legfontosabb kötelességük a magyar néperő védelme. Nem figyelmeztette őket bizonyára senki, hogy a hadbavonultak gyermekei a legerősebb faji egyedeket képviselik. A legfiatalabbak, a legerősebbek, a legalkalmasabbak gyermekei, így tehát a faj fentartása szempontjából legfontosabb gyermekeik ez. Az itthonmaradtak, tehát alkalmatlanok gyermekeiről a jobb keresethez jutott szülők útján bőven van gondoskodva. Az alkalmassok gyermekei a hadisegély helytelen elosztása folytán elpusztulnak vagy legalább is elsatnyulnak, elcsenevészednek. Ha a pénzügyigazgatóság figyelmé fel lesz híva erre, bizonyos vagyok, hogy ezen magyar emberek is csakhamar át fogják érezni és át fogják látni, hogy működésükben a gyermek és a magyar néperő védelmének kell, hogy szem előtt tartsák.

Utasítandók volnának a pénzügyigazgatóságok, hogy az

állami gyermekmenhelyek útján tett javaslatokat gondosan vizsgálják meg, mert azok a gyermekek érdekében tétetnek és a hol szabályaik azt megengedik, tegyenek ezeknek eleget.

Utasítandók volnának a pénzügyigazgatók, hogy ugyan-ezen okból a gyermekes családok hadisegélyének ügyét soronkívül intézzék el. Sok nyomort láttam azon idő alatt, míg végre az első hadisegély kiérkezett. Természetesen, ha a javasolt embervédelmi bizottságok meglesznek, könnyű dolog lesz a hadisegélyekre a megfelelő előlegeket megadni.

A pénzügyministerium útján a pénzügyigazgatóságok figyelme arra is fel volna hívandó, hogy a hadbavonultak és a *hadiözvegyek és árva adóügyeit* ugyancsak tekintettel a gyermek- és fajvédelemre intézzék el. Rövid tanulmányutam alatt is hallottam eseteket, a hol az adókérdés a súlyos helyzetet még jobban súlyosbította. E szempontból a pénzügyministerium figyelme felhívandó arra, hogy abból a 29 koronából, a melyet egy hadiözvegy 5 árójával együtt havonta kap, 29 fillért adóra és 2 fillért bélyegre levonni igazán bűn a faj ellen.

6. Minden egyes törvényhatóság útján a községi jegyzők utasítandók volnának, hogy a *liszt szétosztásakor* első sorban azokat a családokat vegyék figyelembe, a melyekben három évnél fiatalabb gyermek van. Ezek lisztükségletéről első sorban kell a faj érdekében gondoskodni. (Németországban, Ausztriában így történik). Ha ezek nincsenek liszttel kellőképp ellátva, ez, mint vizsgálataim mutatták, katasztrális bajokat okoz.

Utasítandók egyuttal a községek, hogy ezen családoknak lisztükségletét még akkor is kell fedezni, ha a liszt szétosztása napján pénzzel nem rendelkeznek, ezeknek a lisztet előlegezni kell a legközelebbi hadisegély terhére.

7. A járványorvosok ügyében Nagyméltóságod elé külön javaslatot terjesztettem. A kiküldetéseknek azonban figyelemmel kellene lenni arra, hogy a községeket anyagilag meg ne terheljék.

8. A járványos betegségek felkutatása ügyében bátor vagyok Nagyméltóságodnak javasolni, hogy a tanítók utasíttassanak, hogy a mikor a községben valamely járványos betegség első esete keletkezett, vagy a szomszéd községekben járványos betegségekről szó van, minden egyes *iskolában a meg nem jelent gyermeket* azonnal keressék fel lakásán és győződjenek meg maguk, hogy a gyermek nem szenved-e fertőző betegségben. A tanító ily bevonása a járványok elleni küzdelembe feltétlenül erős lépés lesz a járványok elleni harcban. A tanítók munkaereje a tanításon kívül éppenséggel nincs kimerítve, azt hiszem, hogy ezen sétéval összekötött munkát szívesen fogják vállalni. Attól nem kell félni, hogy a tanító ezen útjai alkalmával a járványt terjesztene fogja. Szomorú volna, ha a tanító kézművészt útján, mint az orvos, ne tudna védekezni, sőt épp az ő védekezése, ha valamely gyanús helyen jár, fogja a népet újból és újból emlékeztetni a fertőző betegségek elleni védekezésre. A tanító ezen szerepét én csak a legelső esetekre képzelem, már a későbbi esetekben az iskolából kimaradt gyermekeknek nevét a községnek csak bejelenti, a község pedig egyéb kutató közegeivel keresteti fel a betegeket.

9. A járványok alkalmával *minden megbetegedés bejelentését kötelezővé* kellene tenni. Rövid úton és szigorúan kell, hogy meg lehessen büntetni azokat, a kik járvány alkalmával a gyermek-, illetve felnőttmegbetegedést be nem jelentik.

10. Az esetek *felkutatására és a fertőzött házakba* való közlekedés megakadályozására a csendőrség és az esküdtek teljesen elegendőnek látszanak. A tanítók által bejelentett beteg gyermekeket meglátogatják, illetve ha orvos van a községben, az orvosi látogatásról gondoskodnak. A falut, mint az ma is történik, negyedekre osztva őrzik. Feltétlenül szükséges volna azonban az esküdtek számának szaporítása.

11. Eredménye ezen intézkedésnek csak akkor lesz, ha az esküdtek és még külön is célra kiképzendő járványőrök is *fertőtlenítő tanfolyamon vesznek részt*. Ezen tanfolyamok decentralizálandók, háromnapos tanfolyam teljesen elegendő,

inkább legyenek gyakran ismétlődő tanfolyamok. Hivatkozom arra, hogy Poroszországban 1913-ban 19 központban tartott 98 tanfolyam közül 40 háromnapos volt. Csak az az esküdt, az a járványőr fogja feladatát teljesíthetni, a ki tudja, mi a fertőzés és fertőtlenítés. Fokozott mérvben áll ez a *fertőtlenítőkre*. Mint jelentettem már, Csikmegyében ezek túlnyomó részben bevonultak.

Bátor vagyok Nagyméltóságodnak ajánlani, hogy a lehető legsürgősebben méltóztassék elrendelni, hogy *minden vármegye székhelyén azonnal rendeztessék három napos fertőtlenítő tanfolyam*. Minden egyes község tartozik több kiküldöttel részt venni ezen. A tanfolyam alapanyaga az 1915. évi choleraszabályzat mintaszerű, klasszikus egyszerűséggel ismertett része a fertőtlenítés kiviteléről.

12. Kérem Nagyméltóságodat elrendelni, hogy évente minden egyes község tartozzék a vármegyei főorvos útján Nagyméltóságodnak *jelentést tenni, hogy a községben hány vizsgázott fertőtlenítő van és mindegyik mikor vizsgázott utoljára*. Bizonyos idő múlva ugyanis feltétlenül ismétlődő tanfolyam útján újabb vizsgát kell tennie.

A fertőtlenítő közegek nyilvántartása törvényhatóságokként a megyei főorvosnál történjék, sőt a statisztikai évkönyvben is évente közlendő volna az egyes törvényhatóságok területén és az országban hány vizsgázott fertőtlenítő közeg van.

13. A *fertőtlenítés közöltségein ejtendő meg*. Minden fertőtlenítésről a fertőtlenítő naplóval számol be, jelentve, hány négyzetméter falat meszelt, hány darab fehérneműt áztatott szublimátba, hány párnát gőzölt ki stb. Felette célszerű volna, ha a fertőtlenítők esetenként díjaztatnának bizonyos tarifa szerint.

Poroszország sok községében hasonlóan történik a díjazás. Ezen esetenkénti díjazás természetesen rendkívül fokozná az anyagi érdekeltség révén a fertőtlenítő buzgalmat.

14. A *járványkórházak ügyében* Nagyméltóságodnak már régebbi kiküldetésem alkalmából egy szabályzat-mintát voltam bátor felterjesztetni, a mely útmutatást és utasítást ad a járványkórház orvosának, hogy a járványkórházat hogyan kell vezetni. Ma újból kérem, kegyeskedjék ezen *„utasítást járványkórház vezetésére“* sürgősen kiadni, mert immár négy esetben számoltam be Nagyméltóságodnak arról, hogy fogalma sincs sok járványkórházat vezető orvosnak, hogy kell járványkórházat vezetni.

A szabályzatot bátor vagyok ajánlani egy lapra kinyomatni; ez a járványkórház több helyén plakátszerűen kiragasztatni, hogy állandóan emlékeztetése jusson úgy a kórház orvosának, mint az ápolónőnek, az ellenőrző közegeknek és az esetleges látogatóknak is.

15. Kérem Nagyméltóságodat, kegyeskedjék a vármegyei főorvosok útján minden egyes *járványkórház ápolószemélyzetéről* is jelentést bekérni.

16. Szerény nézetem szerint a szervezendő *anya- és gyermekvédőnőknek* a fertőző betegségek elleni harcban is szép szerep fog jutni. A mikor ugyanis járvány van a községben, vagy járvány fenyegeti a községet, akkor nézetem szerint még a csecsemők körüli teendők elhanyagolásával is, fontosabb kötelességet nem tudunk juttatni a védőnőnek, minthogy a fertőző betegségek elleni harc legfontosabb részéből, a nép felvilágosításából erősen vegye ki a részét magának. Az anya és védőnő szerepe mindinkább sebbnek és sebbnek domborodik ki. A csecsemőhalandóság elleni harcban kívül immár szerep jutott neki a község embervédelmi bizottságában, mely a hadiárva, rokkantak, hadbavonultak gyermekei ügyével foglalkozik és most meglátjuk a szerepét a fertőző betegségek elleni harcban is.

Végeredményként jelenthetem Nagyméltóságodnak, hogy egy-egy törvényhatóság gyermekhalandósága okainak felkutatása mindenekelőtt a vezetők figyelmét hívja fel arra, hogy nemcsak a vármegyei, de az egyes községekben végzett közegészségügyi közgazgatás is ellenőrzendő a népesedési eredmények útján. Felhívja a közegek figyelmét arra, hogy a közegészségügyi bajok nemcsak hygienikus tényezőkkel javítandók, hanem socialis tényezők bevonásával is; rá fogja

tehát vezetni a közigazgatás közegeit, első sorban a közigazgatás orvosi közegeit a socialhygienére, mely kiindul pathologikai tünetekből, a statisztika eszközeivel kutatja a bajok kútforrását és kiegészíti az eddigi eljárást — mely kizárólag a hygiene eszközeit gondolta igénybevenni — azzal, hogy socialis erőket is visz bele a teendőkhöz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. F. Sauerbruch: Die willkürlich bewegbare künstliche Hand. Berlin, Julius Springer, 1916.

Az újabb prothesis-irodalomnak talán egyik legérdekesebb terméke a megbeszélés tárgyát tevő munka, melyről a szerzője joggal mondhatja, hogy a tárgy továbbművelése szempontjából mutatkozott szükségesnek a könyv kiadása, noha a kitűzött cél még nem éretett el. Helyes önbírással említi: „Jedenfalls ist aber der Beweis erbracht, dass die Muskelkraft eines Amputationsstumpfes erfolgreich für nahezu gleichwertige Leistung der physiologischen Arbeit herangezogen werden kann“. A „Kraftschlinge“ és „Kraftwulst“ elmélete szóban és írással kitűnően van ismertetve a munkában.

Deutsch Ernő.

P. Fleissig: Medikamentenlehre für Krankenpfleger und Krankenschwestern. Zweite Auflage. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg, 1916.

A kis munka, a melyet első kiadásának megjelenése alkalmával 3 évvel ezelőtt már ismertettünk lapunkban, most, a mikor a betegápolással foglalkozók száma annyira meg-sokasodott, bizonyára még nagyobb kelendőségnek fog örvendeni. Ennek pedig mi orvosok is éppen a jelenlegi túlterheltségünk mellett hasznát fogjuk venni, mert a könyvet az értelmesebb ápolószemélyzet kezébe adva, sok munkától kimélhetjük meg magunkat. Egyébként ez az új kiadás kisebb javításokon és pótlásokon kívül a fertőtlenítésről szóló új fejezetet is tartalmaz.

Lapszemle.

Sebészet.

Koponyalékelés és más a fejen végzendő műtét alkalmával a *vérzés csillapítására* saját találmányú műszerét ajánlja Wilms, mely szerinte az eddigi körülményes eljárásoknál, illetve eszközöknél jobb. A műszer nagyjában a Wilms-féle bordaollóra emlékeztető, erős zúzó olló, melynek karjai a bőrt nemcsak vágják, hanem egyszersmind össze is zúzzák, úgy hogy az így szétválasztott fejbőr legkevésbé sem vérzik.

Wilms e műszert igen sok trepanatio alkalmával használta, de sem a sebszélek gangraenáját, sem a seb lobosodását nem volt alkalma észlelni, a mi szerinte a fejbőr kitűnő keringési és táplálási viszonyaiból magyarázható. Megjegyzi, hogy a test többi részén e műszer már nem alkalmazható oly jó sikerrel, mint a fejbőrön. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 18. sz.)

M.

Szülészeti és nőorvostan.

A gyermekági fertőzések kezeléséről szóló cikkeinek utolsójában Jung tanár (Göttingen) a következőket mondja:

Súlyos puerperalis fertőzéskor egyedüli teendőnk a szervezetenek támogatása a fertőzéssel való küzdelemben gondos ápolással és táplálással. Az ilyen betegek *szakképzett klinikai ápolásra szorulnak*. Nyújtunk a betegnek gyakran és egyszerűen kevés, de nagy tápértékű táplálékot. Fontos a tej, a melyből nagy mennyiséget adhatunk különböző alakban. Kevés vagdalt húst, főzelékeket, tojást adathatunk. Mérsékelt mennyiségű alkohol jó hatású, túlságos soknak az itatása azonban teljesen céltalan. Ha a gyomor felmondaná a szolgálatot, adassunk tápláló klysmát.

A legyengült beteg különösen hólyag- és bélcontinentia esetén decubitusra hajlamos, erre tehát ügyelni kell. Hideg-

rázás esetén meleg göngyölések, forró italok nyújtása jó szolgálatokat tesznek. A sepsises hasmenés igen nehezen befolyásolható. Opium, tannalbin, vörös bor kísérelhető meg. Az antipyreticumok adagolására nézve a vélemények igen eltérők.

Állandó figyelemmel kísérjük a szív működését s ha szükséges, digitaliskészítményeket adunk. Acut collapsus esetén kámfor-injectio, konyhasó-infusio.

Az uterus exstirpációja annak puerperalis infectiója esetén szóba kerülhet, de a bizonytalan prognózis mellett a pontos indicatio nem állapítható meg. Minthogy gyakori sectiók lelet különösen a hidegrázással járó esetekben a medenczevenák thrombosisa egészen a vena hypogastricáig, Trendelenburg ilyenkor, mikor tehát thrombophlebitisre van gyanunk, a hypogastricának, sőt az iliaca communisnak lekötését ajánlotta, hogy ezzel a fertőzés útját vágjuk. De itt is nagy nehézségbe ütközik az indicatio felállítása, mert minden hidegrázás lehet az utolsó és a beteg meggyógyulhat műtét nélkül is. E mellett a beavatkozás magában is igen veszélyes, a mortalitás nagy; legfeljebb chronikus esetekben, sok hidegrázás után, aránylag jó erőbeli állapot mellett kísérelhető meg.

A gonorrhoea gyakran hasonló tüneteket okoz, mint a gyermekági sepsises fertőzések. Ilyenkor a bakteriologiai vizsgálat döntő. Therapia: ágynyugalom, secale, jégtömlő; a localis kezelés, pl. hüvely- vagy méhőblítés, contraindikált. Ha a folyamat csak az uterusra lokalizálódott, néhány nap vagy néhány hét múlva szűnik a láz, az uterus involutiója teljes lesz, a lochia kevesebb, végre az acut puerperalis gonorrhoeás endometritis átmeny chronikusba s ez később újra exacerbálhat.

Ha a gonorrhoea ráterjed a tubára és a hashártyára, acut puerperalis adnextumor és acut puerperalis pelveoperitonitis keletkezik. Magas láz, nagy fájdalmak a hasban és medenczében a kísérő tünetek. A méh mellett az adnextumor rövidesen tapintható lesz. A prognózis quoad vitam kedvező, a halálra vezető igen ritka esetekben valószínűleg nem csak gonorrhoeás a fertőzés. A therapia itt is conservativ, később felszívó kezelés, ennek eredménytelensége esetén műtét.

A gonorrhoeás parametritis igen ritka, de előfordul. Jung maga is észlelt egy ilyen esetet. Kezelése a sepsises parametritis exsudatuméhoz hasonló. A gonorrhoeás általános fertőzések polyarthrit és endocarditis gonorrhoeicával ritkák. Későbbi következményei a gyermekági gonorrhoeának az egy gyermek-meddőség.

Rendkívül ritka gyermekági megbetegedés a tetanus. Most, az antisepsis korában csaknem teljesen eltűnt. A lefolyás súlyos, csaknem mindig halálos. Nagy mennyiségű antitoxint és narcoticumokat adunk. Az uterus exstirpációja megkísérelhető, de nem sokat használ.

Végül előfordul még a genitalis diphtheriás és typhusos megbetegedés, de csak mint részjelensége a torokdiphtheriának és typhus abdominalisnak. A therapiá genitalis fertőzés esetén az infectiónak megfelelő gyógykezeléssel egyezik. Typhusepidemia idején prophylactice oltunk. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1916, 15. sz.)

Selymes Sarolta,

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A kiütéses typhust C. Hirsch (Göttingen) következőképpen gyógyítja. 24 óránként 5—6-szor ad chininum muriaticumot 0.2—0.25 gr.-os adagban. Mindjárt kezdetben annyi digitalist vagy valamilyen digitalis-készítményt kap a beteg a szokásos adagban, a mennyi kb. 1.0 gr. fol. digital. titrat.-nak felel meg. E mellett — jó szív működés mellett is — naponként kétszer fecskendez be intramuscularisan 2 cm³ ol. camphoratum fort.-t. Szívgyengeség esetén fokozza a kámfor mennyiségét és coffeint is ad. Ha az időjárás megengedi, a szabadba tolatja ágyastól a beteget. Eredményeivel meg van elégedve. (Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 20. sz.)

Callosus eczema ellen Unna tanár a következő pasta használatát ajánlja: Rp. Zinci oxydati, Ichthyoli aa 10.0; Resorcini, Ungu. mollis aa 40.0. Esetleg unguentum Hebrae is adható hozzá. 3—4 napon át naponként 2—3-szor alkalmazandó. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 17. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 22. szám. *Hüll Hümér*: A chloroformhalálról. *Friedrich Vilmos*: Adatok a háború és tuberculosis egymáshoz való vonatkozásához.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 22. szám. *Szedlák Ödön*: Ideg-betegségek színlelése és aggravalása a katonai szolgálat alatt.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Láng Kornél* dr. egyetemi magántanárt a székes-fővárosi Szent István-kórház gégeészeti rendelőorvosává, *Gyulai László* dr.-t Debreczen város tiszteletbeli kerületi orvosává nevezték ki.

Tauffer Vilmos tanárt a király a főiskolai oktatás és a tudomány terén sok évi buzgó és eredményekben gazdag működésével szerzett érdemei elismeréséül a Ferencz József-rend középkeresztjével tüntette ki.

Orvosok kiténtetése. A király a hadikórházakban tett jeles orvosi szolgálatokért az orvosok egy sorának adományozott kiténtetést. A nevezetesebbek a következők:

Dollinger Gyula dr. egyetemi tanárnak, a háború tartamára kinevezett vezértörzsorvosnak a Ferencz József-rend középkeresztjét a katonai érdemkereszt szalagján.

Szepes Sándor dr. főtörzsorvosnak, a budapesti honvédegyorségi kórház volt parancsnokának, szentmiklósi *Szabó Dénes* dr.-nak, a kolozsvári honvédkerületi parancsnoksághoz, *Grósz Emil* dr.-nak és *Nékám Lajos* dr.-nak a budapesti egyetemi klinikán, *Korányi Sándor* báró dr.-nak és *Verebélyi Tibor* dr.-nak a rokkantügyi hivatalhoz beosztott háború tartamára kinevezett főtörzsorvosoknak, *Kétly László* báró dr. háború tartamára kinevezett főtörzsorvosnak, a Ludovika Akadémia hadikórház parancsnokának, *Kuzmik Pál* dr. a háború tartamára kinevezett főtörzsorvosnak, egy tartalékkórház parancsnokának a Ferencz József-rend tiszti keresztjét a katonai érdemkereszt szalagján.

Bartha Gábor dr. udvari tanácsos, egyetemi magántanárnak, a biztosító intézelek hadikórháza volt igazgatójának a Ferencz József-rend tiszti keresztjét.

Balogh Jenő dr. főtörzsorvosnak, a váci hadikórház parancsnokának, *Hevesi Imre* dr. háború tartamára kinevezett főtörzsorvosnak a kolozsvári, *Bálint Rezső* dr. háború tartamára kinevezett főtörzsorvosnak a Debrői-úti, *Herczel Manó* báró dr., a háború tartamára kinevezett főtörzsorvosnak a Mária Terézia-téri, *Sarbo Artur* dr. háború tartamára kinevezett főtörzsorvosnak az István-úti hadikórházak parancsnokainak, a rokkantügyi hivatalhoz beosztott *Borséky Károly* dr. háború tartamára kinevezett főtörzsorvosnak, valamint a háború tartamára kinevezett következő törzsorvosoknak: *Lumnitzer József* dr.-nak egy tartalékkórház, *Imrédy Béla* dr.-nak a Bösörmenyi-úti, *Ráskai Dezső* dr.-nak a Hernád-utcai, *Winternitz Arnold* dr.-nak a Munkácsy-utcai, *Hasenfeld Artur* dr.-nak az Andrássy-úti, *Hüll Hümér* dr.-nak a Pannónia-utcai, *Kertész József* dr.-nak egy tartalékkórház, *Varró Indár* dr.-nak a műgyógyi, *Navratil Dezső* dr.-nak a Hold-utcai, *Prochnov József* dr.-nak a Soroksári-úti, *Manninger Vilmos* dr.-nak a pénzintézetek hadikórháza parancsnokának, a rokkantügyi hivatalhoz beosztott *Walla Béla* dr. háború tartamára kinevezett ezredorvosnak és *Glaser Marcell* dr. háború tartamára kinevezett ezredorvosnak, a műcsarnoki hadikórház parancsnokának, a Ferencz József-rend lovagkeresztjét a katonai érdemkereszt szalagján.

Szemorvosok hadi gyűlése pünkösdkor Budapesten. Magyarország Szemorvosai Egyesülete pünkösdi ülésének programja megjelent. E szerint csupán a háborúval kapcsolatos tudományos kérdések kerülnek megvitatás alá, még pedig 1. trachoma; 2. látásélesség és fénytörési hibák; 3. a szembe és szemüregbe jutott idegen testek; 4. harctéri szemérsülések; 5. a háborúban megvakultakról való gondoskodás és a látáscsökkenés a rokkantság szempontjából. A gyűlésre, mely pünkösdi vasárnapján d. e. 1/4 10-től 1-ig, d. u. 1/4 4-től 1/2 8-ig tart. Németországból és Ausztriából nagy számmal jelentkeztek. A referensek között a berlini, jenai, strassburgi egyetem szemésztanári neveit olvassuk. Előző nap d. u. 5 órakor a Nemzeti múzeum nagytermében a porosz belügyministerium közegészségügyi osztályának főnöke, *Kirchner* tanár, az orvosi továbbképzés központi bizottságának felkérésére előadást tart „Über Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege“ címmel. Pünkösdi hétfőjén a szembajosok ápolására szolgáló budapesti intézményeket tekintik meg a gyűlés tagjai. A gyűlésre és a vele kapcsolatos összejövetelekre vonatkozó bármilyen kérdéssel szívesen ad felvilágosítást az iroda (VIII., Mária-utca 39).

A Stefánia-gyermekekórház közgyűlése. A Stefánia szegény gyermekekórház-egyesület gróf *Zichy Ágost* főudvarnagy elnökleste a tagok élénk részvétele mellett tartotta évi rendes közgyűlést. A kórház működését *Bókay János* dr. igazgató-főorvos ismertette és megjegyezte, hogy a kórház orvosainak nagy része katonai szolgálatot teljesít, de azért a kórház a legkisebb mérvben sem mutat hanyatlást vagy visszaesést; sőt az új tuberculotikus osztály megnyitásával, mely *Bachruch Károlyné* áldozatkészségének köszöni létesítését, ismét egy hatalmas léppel közeledett humánus célja felé. Lelkes örömmel fogadta a közgyűlés néhai *Keller Terézia* 300.000 koronát meghaladó és *Bachruch Károlyné* újabb 70.000 koronás alapítványának bejelentését. A zárószavak és költségeloirányzat elfogadása után *Tauffer Vilmos* udvari tanácsos szép szavakkal mondott köszönetet *Glück Frigyes* ügyvezető alelnöknek és a választmányának sikeres működéséért. A kórház ágyainak száma az új osztály létesítésével 160-ról 177-re emelkedett. A kórház ágyain összesen 1610 beteg kezeltetett s az ambulans betegek száma 27.023 volt.

Meghalt. *H. Kehr* dr., címz. tanár Berlinben, az epeköbetegségek ismert sebész-specialistája, május 20.-án 54 éves korában, műtét alkalmával szerzett fertőzés folytán. — *W. Türk* dr., a belorvostan címz. rendk. tanára Bécsben.

Személyi hírek külföldről. *M. Matthes* tanár, a marburgi klinikus elfogadta a meghívást a königsbergi belorvostani tanszékre.

Sexual-biológiai kérdések. Olvasóink talán visszaemlékeznek arra, hogy egy ízben ismertettük *P. W. Siegel* dr.-nak, a freiburgi női klinika segédének nagy figyelmet keltő közlését, mely a fogamzás gyakoriságának a menstruációhoz való időbeli viszonyára vonatkozik. *Siegel* dr. azt a remélhetően soha többé meg nem ismétlődő kedvező alkalmat használta fel e kérdés tanulmányozására, melyet a háború nyújt e szempontból, a pár napi szabadságolások s ezek által a fogamzás napjának megbízható megállapítása révén. Első közlését kibővíti most egy újabb cikkében (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 748. oldal) újabb anyagának a belevonásával s különösen azzal, hogy anyagát más irányban is kiaknázza. 220 esete alapján most már határozottabban állíthatja, mint első cikkében, hogy a nő megtermékenyítésére a postmenstruum a legjobb időszak, az intermenstruum már kevésbé jó s a praemenstruumban a nő szinte meddőnek nevezhető. A fogamzás gyakorisága a havi baj első napjától számított 6. napon éri el gyors emelkedéssel a tetőfokát, innen a 12.—13. napig körülbelül egyforma marad, azután fokozatosan leszál a 22. napig, még pedig majdnem nullára; a 22—28 nap közt alig fordul elő termékenyítés, alkalmasint a méhkiért praemenstrualis duzzadása és átjárhatatlansága miatt.

Egy másik adata, a mely, ha beválik, a népek jövőjére kiható nagy gyakorlati fontosságúvá lehet, a születendő gyermek nemének a kérdését illeti. Anyagából azt állapította meg, hogy ha a termékenyítés a legutolsó menstruatio kezdetétől számított 9 napon belül történt, a gyermekek 86%-a fiú; a 10.—14. nap közt nemzetteknek már 70%-a leány s végül a 15.—22. nap közt nemzett gyermekek közt 86%-a leány. Még meglepőbb arányszámokat kapott *Siegel* dr. a férjezett asszonyok megbízhatóbb adataira való szorítkozás mellett: 1.—9. nap: 95% fiú, 10.—14. nap: 75% leány, 15.—22. nap: 94% leány. A fiúk nemzése tehát főképp a havi baj megszűnte utáni 5 napra esik, a leányoké a havi baj utáni 11.—18. nap közti időre, 4 napot számítva a menstruációra. *Siegel* dr. ezek alapján a régi *Thuri*-féle elmélethez csatlakozik, melyet különben *Pflüger* és *R. Hertwig* kísérletei is támogatnak, hogy a nem az ivarsejtek érettségi fokától függ. Az észleletek elméleti magyarázata persze nagyon különböző lehet.

Dr. Szigeti Márton fürdőorvos működését *Gleichenbergben* megkezdte.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkezelések, frigidtherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b. Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

Dr. HALPERTH ÁKOS KARLSBAD HAUS HERZOG v. BRABANT

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01. Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály. Szabad orvosválasztás.

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

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäde-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Városmajor-sanatorium és vizgyógyintézet Budapest, I., Városmajor-utca 64. Telefon 88-99. Bel-, ideg- és nőbetegek részére. Hízlaló és soványító gyógymódok. Vizgyógyászati és villamos kezelések bejáróknak is. A betegek a sanatoriumban lakó **Dr. Kelen József**, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt állanak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A XVI. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 309. lap.

A XVI. sz. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

(Folytatás.)

Neuber Ede: Elephantiasis arabum 3 esete.

Az előadónak 6—8 hónapig volt alkalma megfigyelni három ilyen esetet. Mind a 3 esetben a lábszárak hatalmas kötőszövet-túltengést tüntetnek fel. A beteg területeken lencsényi, élesszélű, szalonnás alapú fekélyek, a melyek mindenféle kezeléssel szemben refractaer módon viselkednek. Mindhárom eset Boszniának egy déli falujából való.

Ugyanő bemutatja *rhinoscleroma* és *trichophytiasis profunda* egy-egy típusos esetét.

Komlósi Béla: A prostata paraurethralis részének gonorrhoeás gyulladásáról és carcinomás hólyagban oedema bulosum esetéről értekezik.

Herczogh Irma: Keratitis neuroparalytica esete.

Mindkét szaruhártya teljesen érzéstelen. A szemrésbe eső része a szaruhártyának sávszerűen zavaros, szurkált felületű.

Ónodi László: A homloküreg egyes sebészileg fontos alakviszonyairól.

Több készítményen demonstrálja vizsgálatainak eredményeit, melyek gyakorlati fontossággal bírnak. A homloküreg cerebrális falán 100 esetből a crista olfactoriát 12, a torus olfactoriust 16, a recessus cristae gallit 19 és a recessus paracribrosust 15 esetben találta. Ezen tények nemcsak kiegészítő adatokat nyújtanak a homloküreg kórboncztanához, hanem a homloküregbántalmak által okozott koponyaüri szövődmények kóroktanában is nagyon fontos szerepet játszhatnak. A recessus cristae galli, a torus olfactorius, a crista olfactoria, a recessus paracribrosus felette áttetsző vékony homloküregfalak s nagyon alkalmasak a kóros folyamatoknak a homloküregből az agyhártyára való átterjedésére. Ezen felette vékony csontfalak könnyen törést szenvedhetnek a homloküreg kikaparásakor, kitakarításakor, a recessus cristae galli, a torus olfactorius és a recessus paracribrosus könnyen megsérthető s ilyen módon az elülső koponyaárok a megfelelő helyeken mesterségesen megsérülhet és megnyitható. A homloküreg említett részleteinek ezen mesterséges repedései, törései természetesen súlyos koponyaüri szövődményeket vonhatnak maguk után, *Heine* és *Guiser* bonczolásleletei bizonyára erre vezethetők vissza. Ezen csontrészek repedései és törései azonban az elülső homloküregfal és léczek eltávolításakor közvetlenül vésővel és csontfogóval is előidézhetők. Ezen okból a gondos és nem erőszakos vésés van helyén, továbbá a kaparás kerülése recessus cristae galli, crista olfactoria, torus olfactorius és recessus paracribrosus jelenlétekor, mert különben ezen részek megsértése bizonyynal nem lesz elkerülhető és a közvetlen fertőzés és a postoperatív szövődmény nem lesz kizárható. Nagy valószínűséggel bír azon feltevés, hogy a postoperatív agyhártyagyulladás a homloküreg gyökeres műtete után ilyen módon keletkezik.

Komlósi Béla: Az enuresis nocturna diagnosisáról ka-tonákon.

Molnár Béla: Szükségesnek tartja kiemelni, hogy az előadásból nem szabad azt a következtetést levonni, hogy minden „ágybavizelés”-nek megtalálhatjuk az anatómiai okát, és ha az anatómiai lelet negatív, akkor az „ágybavizelő” szimulálja a baját. Mint minden egyéb, nagyrészt nervosus alapon fennálló betegségben, itt is arra kell törekedni, hogy minden specialis eszközzel kutassunk anatómiai lelet után és a bajt csak negatív anatómiai lelet esetén tartsuk functionálisnak. Viszont azonban ne essünk a másik végletbe és ne tagadjuk a nervosus alapon fennálló „ágybavizelés” lehetőségét.

Surányi Miklós: 1. Gyógyult kénese mérgezés esete.

Sz. J. 28 éves gyalogos katonának 1916 jan. 5.-én tévedésből aspirin helyett 2 gr. oxycyansavas kénese adtak s a mérgezés után kb. 20 percczel igen elesett állapotban, nagy gyomorgörccsel és hányásingerrel beszállították az osztályra. A bemutató kb. 30 liter langyos vízzel egy órán keresztül gyomormosást alkalmazott. 3 nappal a mérgezés után a vizeletben 3—4‰ fehérje jelent meg, két héttel később a vizelet már fehérjementes volt, a beteg meggyógyult.

2. Postoperatiós ulcus pepticum esete.

P. E. gyalogos katona a harctéren gyomortünetek között betegedett meg, a mely tünetek között a hányás praedominált. 1915 decz. 10.-én egyik budapesti sebészeti klinikán gastroentero-anastomosist végeztek rajta. A műtét után 3 hétig jól érezte magát, azután ismét hányni kezdett és jelenleg 2 liter gyomortartalmat hány. A Röntgen-kép az elvezető bélkacsnak teljes stenosisát mutatja. Stenosis mellett szól egyébként az igen heves gyomorperistaltica is. Nyilvánvalóan egy secundaer ulcus pepticum duodeni által okozott szűkület esete áll fenn, mely újabb beavatkozást igényel.

3. Acut bronchiectasia esete.

E. M. taraczkézredbeli katona légzési panaszokkal vétetett fel az osztályra s előadja, hogy 1915 január 8.-án gránátexplosio föld alá temette. Rövid idő múlva kiásták, fulladozott s mellkasának felső része erősen megdagadt. A tábori kórházban légszömetszést végeztek rajta, canult vezettek be (nyilvánvalóan a légszö elroncsolása következtében subcutan emphysema jött létre, mely 2 hét múlva felszívódott). Ezután még fél évig kezelték a bécsi klinikán s csak azután távolíthatták el a canult. Feltűnőek a beteg dobverő-ujjai, a nagy mennyiségű és homogén genyes köpet, a melyet reggelente teli szájjal ürít. Baloldalt hátul tompulat a tüdők felett, itt hörgihez közelálló légzés volt hallható. A Röntgen-kép a kis bronchusok nagymérvű cylindriformis tágu-latát mutatja, úgy hogy az esetet acut suffocatio útján létrejött bronchiectasiának minősíti.

Torday Árpád: 1. Cor bovinum esete.

20 éves férfin a szívtompulat haránt- és hosszirányban jelentékenyen meg volt nagyobbodva, úgy hogy a szív klinice gyermekfejnyi nagyságúnak találtatott. A szív és nagyerek felett a hangok zörejesek voltak, legkifejezettebb volt az aorta felett a diastolés zöreje. Szívcompensatio tünetei voltak jelen, a melyekhez nagyfokú vérköpés és orrvérzés társult. A kórbonczolás alkalmával óriási, majdnem emberfejnyi szív találtatott, főleg a bal szív volt megnagyobbodva. A jobb kamara szűk, mert a bal kamara fala oda erősen beledom-borodik. (Demonstratio.)

2. Csepp-szív.

Két beteget mutat be, a kiken úgy a kopogtatás, mint a Röntgen-átvilágítás feltűnően kicsi szívet mutat. Mindkettő fiatal egyén (21—22 éves) az asthenia universalis jellegzetes tüneteivel. Az egyikben specifikus tüdőcsúcshurut tüneteit is találta, phosphaturiában és dyspepsia nervosában is szenvedtek. Ezen két esettel kapcsolatban az astheniás alak létrejöttének okait ismerteti, a melyek miatt létrejön a hosszúság, lapos mellkas és a has-szervek ptosis. A csepp-szív keletkezésében fontos szerepet játszik a rekeszizom mély állása, minek folytán a szív a nagyereken lóg, úgy hogy a szívcsúc és diaphragma között át lehet látni. Ennek következtében a szív balról jobbra csavarodást szenved, minek folytán a jobb szél nem a pitvar, hanem a kamara alkotja, másrészt a bal pitvar is nagyobb terjedelemben fekszik az elülső mellkasfalhoz, innen a szív körtealakja. A szív lógó helyzetéből magyarázható az *Oliver-Cardarelli* tünet, a

melyet némely ilyen esetben észleltek. A csepp-szív mellett gyakran találtak tüdőcsúcsbeszűródést, minélfogva ezen bántalom tuberculosisra praedisponál.

3. Homokóra-gyomor esete.

A 32 éves egyénből gyomorpróba alkalmával 45 cm³ váladék ürült, melynek szabad sósavtartalma 0.162%, össz-aciditása 59 volt. Röntgen-vizsgálatkor 4½ óra múlva minimális residuum. Homokóraszerű behúzódnás a cardialis rész alatt, a behúzódnás kishajlati oldalán fájdalompont. A szűkület alatt egy péppel nem telődő részlet látható, a mely után az aboralis rész jól telődik és ürül. Ezzel kapcsolatban egy gyomorfekélyes beteget is bemutat, a kin a pars mediának megfelelően homokóraszerű állandó spasmusos behúzódnás látható fájdalompontokkal a kis curvaturán.

(Folytatása következik.)

HIRDETÉSEK.

Katarrhusok ellen!	GLEICHENBERG GYÓGYHELY Stelermark Saison: május 15-től szept. 30-áig. Prospectust küld a Kurkommission.
--	---

TARCSA-GYÓGYFÜRDŐ
Vas megyében.
(A magyar Franzensbad.)

SPECIÁLIS NŐI ÉS SZIVGYÓGYFÜRDŐ.

Hidegvízgyógyintézet. Világhírű vaslápja a franzensbadival egyenértékű, sőt a marienbadit jóval felülmulja és hazánkban a legjobb. Természetes szénsavas fürdők. Glaubersós-vasas és lithion-tartalmú alkalikus sós források. Páratlan gyógyhatású: vérszegénység, csúsz, húgysavas diathesis, idegbajok, a vese, hólyag, emésztési és légzőszervek hirtelenes bántalmái ellen is. Fürdőorvosok: dr. Bartha Kornél, v. tanársegéd és dr. Glück Gyula. Évad június 1.-étől szeptember 30.-ig. Vasút-, posta-, távírda- és telefon-állomás. Villanyvilágítás, fenyvesek. — Kívánatra prospectus.

Dr. EGGER-fele készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.
Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.
Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.
Kola Granulée Dr. Egger.
Theobromina Dr. Egger.
Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.
Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNÖ CSUKAMAJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

Kuranstalt Friedmann
Vöslau-Gainfarn, Wien mellett.

Intern sanatorium az összes természetes-diaetikus gyógy módokkal.

Egész éven át nyitva.

Vezető főorvos: Dr. K. Linnert.

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

Bad Hall
in
Ober-Osterr.

Elsőrangú jódbromfürdő.
Európa legrégebb és leggyógyhatásosabb jódos forrása.

Különösen **köszvény és rheuma**, ischias, női bajok, exsudatumok, időszült gyulladások, arteriosclerosis, görvéllykór, szerzett és öröklött syphilis és annak következményei stb. ellen.

— Idény májustól októberig. — Felvilágításokkal és pr. spektusokkal szolgál; Direktion der Landeskuranstalten in Bad Hall.

Sanatorium Dr. v. Gerstel.
Télen át is nyitva.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhez.

:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló	LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló
---	--

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész
kórházberendezési vállalata

BUDAPEST, IV., PAPNŐVELDE-UTCZA 8. — Tel. 63-33.

Egyetem templommal szemben.

Orvosi műszerek, teljes orvos- és kórház-berendezések.
:: Szakszerű pontos kiszolgálás. Jutányos árak. ::

Költségvetésekkel készséggel szolgálók. Vidékre személyesen utazom.

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

Dr. Thilo-féle
Chloroethyl

készítményemet.

Az önműködő üvegek újra tölthetnek meg.
Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH
em. Apotheke. WIEN II., Casfellezg. 25.

IGLÓFÜRED GYÓGY-FÜRDŐ
VASUTÁLLOMÁS: IGLÓ (SZEPES-MEGYE)

Gyönyörű fekvéssel, fenyvesekkel körülvéve, teljesen védett fekvésű hely. **Elsőrendű vizgyógyintézet** az összes fizikai gyógyító eljárásokra. Inhalatorium, szénsavas fürdők, fekvőcsarnok, hiszálókúra. **Mérsékelt árak.** Napi étkezés ára: reggeli, ebéd (3 fogás) és vacsora személyenként **7 korona**, 12 éven aluli gyermekeknek: **4.60 korona**. A legolcsóbb a hazai fürdőhelyek között. Fürdőorvos. Az idény június 10.-én kezdődik. Tájékoztató leírást (prospectust) kívánatra küld.

IGLÓFÜRED gondnoksága.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Szabó József:** Közlemény a m. kir. Rókkantügyi Hivatal Tavaszmező-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Igazgató: Borszék Károly dr., főtörzsorvos.) A szétválasztott szájnyalakárhártya összenövését megakadályozó módszerek. 312. lap.
- Szabó Incze:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., egyetemi nyilv. r. tanár, m. kir. I. oszt. honv. főtörzsorvos.) Gyázgási löveg a jobb szívfélben. 313. lap.
- Leitner Sándor:** Közlés a cs. és kir. 2/6. mozgó tartalékkórházból. A katonai szolgálatról szabadulás érdekes esete. 317. lap.
- Hirschfeld Sándor:** Az intertrigo gyógyítása. 318. lap.
- Tárcza. Kétly Károly:** Régi orvosi könyv. 318. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hirschfeld: Kriegspychologisches. — Verhandlungen der IV. Tagung des österreichischen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. — *Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Kammer:* A vérsav hatása a carcinoma-sejtekre. — *Roller:* A természetes és mesterséges napiénny hatásának különbözősége. — *Marmorek:* Kísérleti úton létesített typhus. — *Belorvostan. Leo:* A bélgyulladások kezelése oltódó mészókkal. — *Sebeszet. Seitz:* Retroperitonealis phlegmone. — *Gyermekegyetemen. Schmidt:* Paratyphus intrauterin átvitelének esete. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Berliner:* Supersan. — *Halbey:* Izületcsúsz. — *Müller:* A massage alkalmazásával használatos zsiradékok pótszere. 319—320. lap.

Magyar orvosi irodalom. 320. lap.

Vegyes hírek. 320. lap.

Tudományos Társulatok. 321—322. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a m. kir. Rókkantügyi Hivatal Tavaszmező-utcai utókezelő gyógyintézetéből. (Igazgató: Borszék Károly dr., főtörzsorvos.)

A szétválasztott szájnyalakárhártya összenövését megakadályozó módszerek.

Irta: Szabó József dr., egyetemi magántanár.

Állcsonttörés eseteiben, mikor esetleg a törés, a sebek már gyógyultak és a hiányzó fogak, vagy állcsontrészek pótlására kerül sor, de egyéb esetekben is, mikor állkapocstörések kezelésére sint vagy más készüléket kell a szájból alkalmaznunk, gyakran útból van a szájnyalakárhártya, a mely a megmaradt állkapocsrészekhez hegesen odanőtt. Sokszor egyenesen lehetetlen ilyen esetekben jól illő prothesiseket, céljukat betöltő készülékeket a szájból elhelyeznünk. Sokkal ritkábban ugyan, de már a békeidőben is ismeretes volt e körülmény gátló hatása a szakemberek előtt, ma pedig mindnyájan, a kik harctéri állcsonttörések gyógyításával foglalkozunk, ezzel a helyzettel sokszor találkozunk.

Kénytelenek vagyunk tehát, hogy prothesiseinket stb. elhelyezhessük, az útból álló lágyrészeket (heg, nyálkahártya) leválasztanunk, esetleg kivágnunk. Közvetlen utána rendszerint nem fogunk a prothesis stb. elkészítéséhez (tehát nem veszünk lenyomatot), de a prothesis elkészítése is sokszor több napig, munkatorlódás esetén esetleg egy hétig is eltart, ilyen idő után pedig már azt tapasztaljuk, hogy a sebfelületek újból összetapadtak és az akadály megint előtűnik van.

Ennek az az oka, hogy a nyálkahártya leválasztása, esetleg hegek, lágyrészek eltávolítása (kivágása) után, a sebfelületek rendszerint közvetlenül újra érintkezésbe jutnak egymással, egymásra borulnak és így néha már egy nap alatt — a szájból tudvalevőleg a sebek rendkívül gyorsan gyógyulnak — újra összetapadnak. A szájból az ilyen sebfelületek összetapadásának megakadályozására különböző methodusokhoz, fogásokhoz folyamodtak.

Úgy tetszik, a legegyszerűbb az, ha a sebfelületek közé néhány napra valami idegen testet, anyagot helyezünk, a mely aztán megakadályozza a sebfelületek érintkezését. És csakugyan az ilyen irányú próbálkozások számosak és szerfelett gyakoriak.

Vannak, a kik vattát, összehajtott pólyadarabkát, gummi-lapot, mások esetleg előre idomított, vulkanizált kaucsuk-darabot vagy fémlemezt, igen vékony fém (pl. zinn, újzűst), ezüst, zinn-foliákat stb. helyeznek a sebfelületek közé.

A gyakorlat arra tanít, hogy ezek a primitív és a sebészeti gondolkodással ellenkező mesterkedések nemcsak hogy az esetek többségében nem vezetnek célhoz, de sokszorosan hátrányosak is. A sebfelületek közé helyezett ilyen anyagok ugyanis nincsenek rögzítve a helyükön és így csakhamar elmozdulnak és a sebfelületek újból összetapadnak. Azok az anyagok, melyekkel néhány esetben bizonyos mesterkedésekkel sikerül relative hosszú időn át a sebfelületeket egymástól elválasztva tartani, mert vízszívók, rendszerint vatta, pólya stb., csakhamar átívódnak nyállal, vérrel, esetleg genynyel, sebváladékkal és így mobilissá válnak, mindenesetre hamarabb mozognak el, még ha elég gyakran változtatjuk is azokat, mintsem hogy a sebfelületek besarjadjanak. De ezek egyenesen hátrányosak is a seb gyógyulására, mert akadályai a sebtisztulásnak és valósággal bakteriumtenyésztő kályha szerepét viszik magán a sebfelületen. Ezek, de a többi e célra használt anyag is, általában akadályozzák nemcsak a száj kellő tisztántartását, de a táplálkozást is. Az ilyen közbeiktatott idegen test, anyag csak a legelső étkezésig marad a legjobb esetben is a helyén, szóval, célját nem tölti be, még akkor sem, ha valami módon szilárdan van rögzítve a fogakhoz, mert akkor is *alatta* megindul az összetapadás. Kétségtelenül és bizonyosan célú érünk el akkor, ha *sebészeti methodusokkal* sikerül elérnünk azt, hogy *sebfelület sebfelülettel érintkezésben ne maradjon*. Ezt sikerül elérnünk olyformán, hogy a hegesen a csonthoz (a proc. alveolarishoz, az állcsont testéhez) odanőtt lágyrészeket, szájnyalakárhártyát leválasztván, lefejtve a csontról, mélyen felszabadítjuk az alapjáról, szóval nagyobb területen mobilizáljuk és már most szabad részét egész hosszában újból *levarrjuk* (esetleg a nyálkahártyából elegendő darabot el is távolítván), úgy, hogy az többé ne legyen akadálya a prothesisnek. Így csupán *egyetlen sebfelületünk marad*: az a terület a csonton, a honnan a nyálkahártyát le kellett választanunk. Rendszerint olyan a helyzet, hogy a felszabadított nyálkahártyát az átmeneti redő legmélyebb részén kell hosszában levarrunk. Ez a varrat néha semmi nehézséget sem okoz, például alul és felül is, ha a frontfogak területéről kellett a nyálkahártyát leválasztanunk. De nagy nehézséggel küzdünk akkor, ha nagyobb területen és az állcsontoknak hátrább eső területeiről kell ilyen le-

választást végeznünk és már ezt követőleg az esetleg még többé-kevésbé elhúzódott és még itt-ott heges kötegekkel áthúzott alaphoz hosszabb vonalban levárnunk a mobilizált nyálkahártyaszélt. Nekem legalább mint nem hivatásos sebésznek mindig nagy nehézséget okozott a szájbán nehezen hozzáférhető helyeken megbízható és a célzott biztosító ilyen varratok elhelyezése; de a mint tapasztaltam, nem kisebb nehézséget okozott ez még a gyakorlott sebésznek is. Nehézséget okoz ez még akkor is, ha e célra erős görbületű kis tűket vagy alkalmasnak tetsző tűtartókat választunk. Iparkodtam megkerülni e nehézségeket és olyan eljárást kieszelni, melylyel a jelzett nehézségek elkerülésével rögzíthető a mobilizált nyálkahártya, illetve nyálkahártyalebeny felpreparált alapjához. Az tisztán állott előttem, hogy ez a lerögzítés csakis sebészi módon, tehát varrattal lesz célhoz vezető; ezt a levarrást iparkodtam tehát oly módon végezni, hogy a fentemlített nehézségeit megkerüljem.

Úgy gondoltam, hogy a varratokat, illetve a fonalakat az összes lágyrészekben átvezetem a bőrre és ott alkalmas módon csomózom. Ezzel azonban igaz, hogy megkönnyítettem a varrást, de viszont, ha a nyálkahártyalebeny szabad szélét egész hosszában csomós varratokkal vagy a folytatódólagos varratok valamelyikével így levarrom, aránylag sok szűrőcsatornát kapok a bőrön át.

A varratok ezen szaporítása semmi esetre sem előny, sőt talán nem is volna indokolható, hogy ilyen a szájon belül is elvégezhető és aránylag kisebb jelentőségű beavatkozáshoz ennyi sérülést ejtsünk az ép bőrön.

Kieszeltem tehát olyan eljárást, a melylyel kevés, legtöbb-ször csupán két ilyen szűrőcsatornát ejtek alkalmas helyen (például a lefejtett nyálkahártyalebeny két végpontján vagy ehhez közel) és hogy a bőrön a csomózáskor össze ne húzzam a lágyrészeket és ezzel a szájbán a nyálkahártyalebenyt, a bőrre alkalmas nagy fémlémezt helyezek, a melynek lyukain át vezetem a fonalat és a lemez felett csomózok. Olyan lemezek ezek, melyeket arcplasztikákhoz, lágyrészek, lágyrészelebenyek eltolásakor, nagyobb lágyrészdefektusok fedésének céljából a túlságos feszülés elkerülésére a sebészetben általánosan használnak, tudtommal azonban arra a célra, a melyről szó van, eddigelé nem használtak.

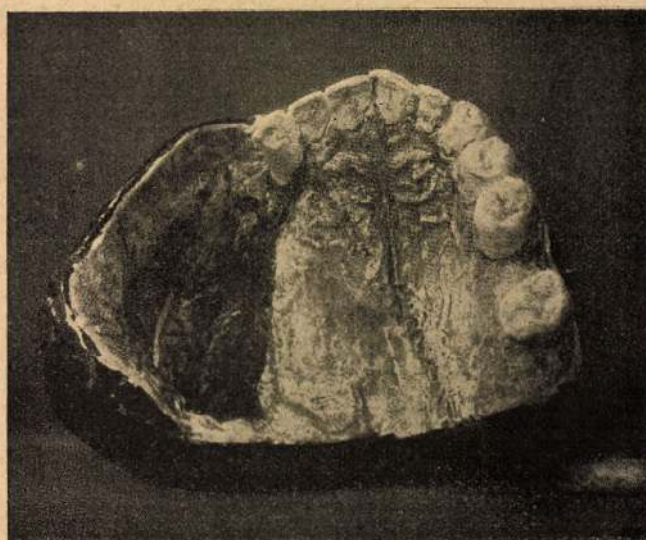
A lemezeket rendszerint ezüstből (0.45—0.50 vastag) vágatom ki különböző nagyságban és alkalmas helyeken átfuratom (1. ábra). Az ezüst elég puha ahhoz, hogy az alkalmazásakor kézzel alakítsam, hajlítsam, úgy hogy az arczon az arcz lágyrészeinek konturjait kövesse és arra jól ráfeküdjék; de azért elég merev is, hogy alakját hosszabb időn át megtartsa.

Eljárásom röviden az, hogy erősebb, mindkét végén tűvel felszerelt selyemfonal egyik végét a mobilizált nyálka-

hártyalebeny szélének egyik végpontján (illetve ahhoz közel) és az összes lágyrészekben áthúszom úgy, hogy a tűvel az arcz bőrére is kijutok, ugyanígy húszom át a fonál másik végét, a nyálkahártyaszél másik végpontjához közel szúrva be. A bőrön kivezetett két fonalat most az alkalmas nagyságú lemezke két átfúrt pontján vezetem át, a fonalakat erősen meghúszom és a lemezek felett csomózok. A fonál meghúzásakor a fonálnak a nyálkahártya felett való részlete erősen megfeszül, leszorítja a lebenyt a sebalaphoz és azon kiterítve rögzíti (2., 3., 4. ábra).



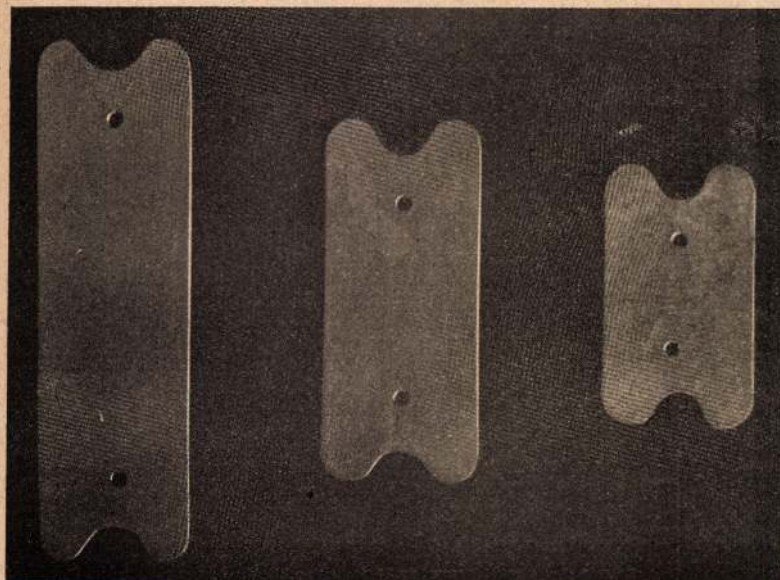
2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.



1. ábra.

Az eljárást több esetben próbáltam ki teljes megelégedésemre. Egyszer-mászor megtörtént, hogy a nyálkahártyát leszorító fonál összehúzta a nyálkahártyalebenyt és így az nem feküdt lapjával a sebfelületre. Ilyenkor a nyálkahártya fölé a szájban is alkalmaztam egy fémlemezket, a mely már most igen jól leszorította a lebenyt.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., egyet. nyilv. r. tanár, m. kir. I. oszt. honv.-főtörzsorvos.)

Gyalogsági löveg a jobb szívfélben.

Írta: Szabó Incze dr., műtőorvos.

A 80-as évek elején nem kisebb ember, mint Billroth tette azt a kijelentést, hogy „az a kollega, a ki megkísérelné a szívizomvarrást, elvesztené kartársai tiszteletét”. Alig zajlott le másfél évtized, midőn 1896-ban megjelent Rehn és Farina általános feltűnést keltő tudósítása, mely sikerrel végrehajtott szívizomvarratról szólt. Rehn első sikeres szívűtése óta kb. 250 szívűtérről tesz említést az irodalom. A szív a sebéssre nézve nem „noli me tangere” többé, hanem jól ki-dolgozott, minden phasisában ismert műtési terrenum.

A műtetre kerülő szívsérülések nagyobb, de könnyebb hányadát a szírt sérülések teszik ki (75⁰/₀); a lövési sérülések ⁰/₆-a kisebb, de ezek a súlyosabbak. Ez utóbbiak súlyosságára nézve igen fontos a szív állapota azon pillanatban, midőn a projectil találja. A systoleban lévő, összehúzó-dott izomzatú szíven átfúródhat vagy megakadhat benne a löveg, a nélkül, hogy a calibérének megfelelő löcsatornán kívül más destructiót okozna. A diastolés, vérrel telt szívben a folyadék hydrodynamias hatása minden irányban, de különösen a kimeneti nyílás felé is érvényre jut és a legkiszámíthatatlannabb roncsolást viszi véghez, de még a legnagyobb szétmállás esetén is a kamara és pitvar közti gyűrű és a billentyűk épek maradnak. Ugyisint a vékonyabb részletek sérülése is rendesen komolyabb, mint a vastagabb izomrétegeké.

Ennek megfelelően a szívsérüléseket egy acut, igen vehemens symptomákkal lezajló, s egy chronikus, eleinte talán hosszabb ideig minden symptoma nélkül lappangó csoportra oszthatjuk. Két — ez utóbbi csoportba tartozó — esetet észleltünk a budapesti II. sz. sebészeti klinikán.

I. K. L., 22 éves gyalogos közlegény, 1915 május 5.-én d. u. 4 órakor Gorlicenél előnyomulás közben, jobboldali oldaltűzbe kerülve csapattával, megsebesült. A sebesülés után azonnal eszméletét veszítette. Mások bemondása szerint kb. 2 óra múlva vitték a segélyhelyre, hol lege artis ellátták. Eszméletét csak másnap nyerte vissza. Ekkor erős fájdalmakat érzett a bal mellkasfelében s véreset köpött. A haemoptoe 4 napon át többször megismétlődött.

Jelenleg a beteget napközben is, de különösen este és éjjel, néha spontán, néha psychés vagy mechanikai izgalmak következtében a bal váll felé kisugárzó szívűti fájdalom, félelem és gyöngesség érzete, erős szívdobogás lepi meg. Valahányszor a beteg a bal oldalára fekszik, erős szívűti fájdalmai vannak. E rohamok hosszabb-rövidebb idő után maguktól megszűnnek.

Középmagasságú, közepesen fejlett, kissé lesóványodott férfibeteg. A jobboldali scapularis vonalban, a 11.—12. bordaközben egy ferde irányú, kb. 2 cm. hosszú, alapjával összekapaszkodó, nyomásra mérsékelten fájdalmas bemeneti nyílás látható. Kimeneti nyílás nincs. A hallgatódzasi lelet a tüdők felett normalis. A szívcsúcslökés az V. bordaközben a csecsbimbóvonalon belül van, jól érezhető. A szívűtompulat nagysága normalis, a szívűhangok tisztasága fokozott mozgás után is megmarad. A pulsus szapora, percenként 90—100, gyorsabb mozgás után 130—140-ig megy föl. Rhythmusos. Az idegrendszeren a fokozott reflexeken kívül más eltérés nem mutatható ki.

A Röntgen-vizsgálat a tüdőre és szívre vonatkozó előbbi adatokat megerősíti. A diaphragma légzőmozgásai egyenletesek, sehol vissza nem maradnak, a sinusok szabadok. Szabad levegő, vérömleny a mellűregben nincs. A hílusképek normalisak, a 2 m. távolságról készült teleorthogrammon megejtett mérések normalis szívűnagyságot mutatnak.

Ugy az átvilágításkor, mint a fölvételeken a középvonaltól balra 3 harántujjnyira a szív árnyékában egy a szívűmozgásokat követő hegyes löveg képe látható. A löveg — bármely átmérőben végezzük is az átvilágítást — nem vetíthető ki a szívűképből. Helyzetét a szívűhez viszonyítva nem változtatja. Belégzőkor a rekeszizom és a löveg egymástól eltávolodik, kilégzőkor egymáshoz közeledik. A haránt átmérőben készült fölvételen a löveg a sternumtól 2.5 cm.-nyire fekszik. A löveg leglateralisabb pontja a szívűcsúctól 2 cm.-nyire van median felé. Tekintetbe véve a fentieket, továbbá a bemeneti nyílást és a lövegnek

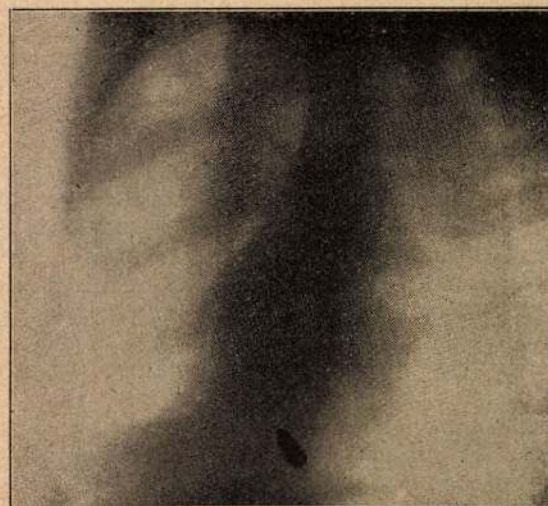
tőle legtávolabb eső pontját összekötő egyenest, nézetünk szerint a löveg a jobb szívűizomzatban van fennakadva. Minthogy a jobb szívűizomzatának vastagsága átlag 5 mm., az orosz lövegé pedig 6.75 mm., csak részben van az izomzatban beágyazva, részben a trabeculák fedik (lásd az 1.—4. ábrát).



1. ábra.
Dorso-ventralis fölvétel.



2. ábra.
Haránt irányú fölvétel.



3. ábra.
Bal ferde átmérőben történt fölvétel.



4. ábra.

Jobb ferde átmérőben történt fölvétel.

II. K. I., 33 éves gyalogos közlegény 1915 nov. 15.-én este 10 óra körül a lövészárokból hátra menvén a tartalékba, gyalogsági golyótól találva megsebesült. A sérülés után pár perczig mereven állott, majd eszméletét veszítve, bajtársai karjai közé esett. A kb. 17 km.-nyi távol fekvő segélyhelyre eszméletlen állapotban ért. Még az éjjel azonban visszanyerte eszméletét. Három napig feküdt, negyednap már ide-odamozgott. Véreset egyáltalában nem köpött. Sebesülése óta erős, a bal vállba kisugárzó szívűtői fájdalmak vannak, melyek psychés vagy mechanikai ingerek behatására a tűrhetetlenségig fokozódnak. Csak a hátán tud feküdni; ha oldalt fordul, rögtön jelentkeznek a fenti fájdalmak. Ugy nappal, mint éjjel többször szorongás, szívdobogás vesz rajta erőt.

Középtermetű, jól fejlett és táplált férfibeteg. A bal lapoczká fölött a scapularis vonalban két harántujjnyira a spina alatt lencsényi bemeneti nyílás látható. Kimeneti nyílás nincs. A hallgatózási és köpogtatási lelet a tüdők fölött normalis. A szívcsúcslökés kissé kihelyezett, jól érezhető. A szívhangok tiszták. A pulsus rhythmusos, perczenként 100—110, a legkisebb mozgás vagy psychés izgalom esetén 140—150-re megy fel. A reflexek fokozottak. A Röntgen-vizsgálat a fenti physicalis leletet megerősíti. A hilaris képek normalisak. A diaphragma szabadon mozog. Verőmenny, szabad levegő a mellüregben nincs. A teleorthogrammon a szív méretei valamivel nagyobbak a normalisnál.

Ugy az átvilágításkor, mint a fölvételen a gerincoszlop előtt, a diaphragma fölött 5 cm.-nyire a szívűtőben egy harántul fekvő löveg látható, mely a szívűtőmozgásokat követi. A löveg a szívűtőből nem vethető ki, bármely átmérőben is világítjuk át a beteget. Haránt átmérőben készült fölvételeken a löveg a sternum mögött 1.5 cm.-nyire fekszik. A fentieket, továbbá a bemeneti nyílást és a tőle legtávolabb eső lövegpontot összekötő egyenes irányát tekintetbe véve, kétségtelen, hogy a löveg a jobb szívűkamrában van. Minthogy azonban a szívűtőmozgásokkal synchron mozgó löveg kilengései nagyobbak, mint az egyes szívűrészek excursiói, úgyannyira, hogy e miatt még az $\frac{1}{10}$ másodperc alatt készült pillanatfölvételen is csak igen elmosódott képe látható a lövegnek, ennek folytán nézetünk szerint a löveg legnagyobb részben szabadon fekszik magában a szívűkamrában, csak kisebb része van beékelődve a trabeculák közé. E nézetünket csak megerősíti egy pár héttel később végzett vizsgálatunk, midőn a löveg mozgási excursiói sokkal kisebbek voltak, jeleül annak, hogy a löveg jobban beékelődött a trabeculák közé. Ennéltova az ez alkalommal készült fölvételeinken már tűrhető, reproductióra is alkalmas képeket nyertünk (l. az 5.—7. ábrát).

A szívűsérüléseknek kizárólagosan jellegző tünete mondhatni nincs, mert systolés fecskendő vérsugár a külső seben át, illetőleg systolés fecskendező zöreje (Spritzgeräusch) vajmi ritkán észlelhető. Legtöbbször érünk el a Röntgen-vizsgálattal, de ennek igénybevételét a beteg állapota és a szorgos műtői beavatkozás indiciója miatt az időrövidség az acut esetek túlnyomó számában nem engedi meg.

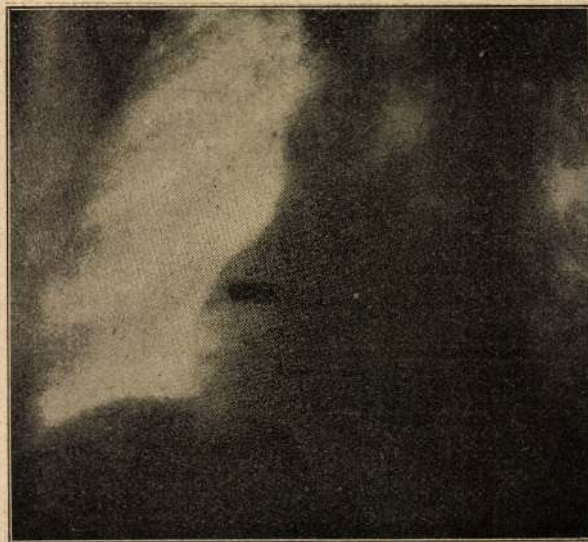
A szívűsérülés tüneteinek elsősorban három tényezőtől függenek: 1. a vérzéstől, 2. az infectiótól, 3. az ingervezetőképesség zavaraitól. Acut esetekben a kórképen rendszeren az erős vérvesztés tünete uralkodnak: collapsus és shock, vérnyomássüllyedés az arterialis vérkörben, félelemérzet, cyanosis, halványság, hideg verejték, kicsiny szabálytalan pulsus, nem érezhető szívűcsúslökés, dyspnoë.

Mindezek nem tipusos jelek, megvannak a nagyerek, az intercostalis arteriák, az arteriae mammae internae és a



5. ábra.

Jobb ferde átmérőben készült fölvétel.



6. ábra.

Jobb ferde átmérőben készült fölvétel.



7. ábra.

Haránt irányú fölvétel.

tüdők sérülése eseteiben is. A shock a legtöbb szerző véleménye szerint durva behatás következtében reflexes úton jön létre, de visszavezethető a vérzésre is. A legkisebb szívseben is systolés vérsugár áramlik ki a szívből, ez momentan vérnyomás-csökkenést idéz elő, mely maga is kiválthat shockot. Ez utóbbi mellett szól az a körülmény, hogy ferdén haladó, szűk sebcsatorna esetén, midőn nem nagyfokú az intrapericardialis vérfelhalmozódás, a shock elmarad.

Fontos következtetéseket vonhatunk le a külső seb fekvéséből. A szívtájon székelő külső seb egymagában még nem jelent szívsebtörést, egy nem a szív táján székelő sérülés is nagyon gyakran okoz szívsebtörést; különösen lősebtörés esetén igen fontos a sebcsatorna irányának meghatározása, erre a célra azonban sohasem szabad a szondázást használni, hanem mindig a csatorna primaer tágitását alkalmazzuk.

A legfontosabb és legbiztosabb jel az ú. n. szívtamponád vagy szívnyomás (Herzdruck), mely a szívburokban meggyülemelő vér nyomása folytán jön létre. A szívburokban meggyülemelő folyadék külső nyomása megnehezíti a szív mozgását; a szív, a míg bírja, küzd ezen fokozódó munkatöbblettel, egy idő múltán azonban kifárad. A külső nyomás különösen a vékonyabb falú szívreszeken fejt ki hatását, tehát a pitvarokban. Összenyomja falait, megnehezíti a vér bejutását a jobb pitvarba s a venosus vér pang. E pangás a vena cava superior hálózatán, elsősorban a nyaki gyűjtőereken lesz látható. A vena cava inferiorbeli pangás folytán előálló májduzzanat sem marad el soha, csak rejtett volta miatt kevésbé észlelhető. A szívnek akadályozott telődése következtében a pulsus kicsiny, alig érezhető lesz. A tüdőnek kevesebb vérrel telődése dyspnoét okoz, ez esetleg még fokozza a haemopericardiumot. A szívburok tágulása (nyújtása) fájdalmat és szorongás (oppressio) érzetét kelti.

Ezen meglehetősen jellegzetes tünet létrejöttéhez a szívburokban legalább 150–200 cm³ folyadéknak kell összegyűlnie, ennél fogva, ha a sebcsatorna szűk és ferdén halad keresztül a vastagabb szívizomzatban, vagy a kiömlött vér kevés, esetleg minimalis, úgy szintén olyan esetekben, midőn a vér akár kifelé egy tátongó mellkasi nyíláson, akár bő communicatio esetén a pleuraürel ez utóbbiba folyik, a szívnyomás tünete nem jelentkezik.

Gyakran a szívhangokban találunk eltérést, halkabbak, tompultabbak, alkalomadtán nem is hallhatók. A hangok erélytelensége párhuzamosan halad a vérnyomáscsökkenéssel. Gyakori s némileg jellegzetes az úgynevezett malomkeréköre. Mások fuvó, suttogó, csobogó zörejek jelentkeznek. Mindezen zörejek a szívbéli, a szív és pericardium, illetőleg pericardium és pleura közötti communicatiók folytán létrejövő örvénylő mozgások eredményei. Igen ritka, de annál jellegzetesebb az úgynevezett *fecskendőzörej* (Spritzgeräusch), melyet az esetek elenyésző számában előforduló systolés vérsugár okoz. Mind e hangváltozásokból azonban minden további nélkül mégsem vonhatunk következtetést a szívsebtörésre, csakis a tünetek csoportosulása engedi meg a diagnosis felállítását.

Absolute typusos tünet nincs. A nevezettek jelen lehetnek, de hiányozhatnak is, viszont jelenlétük nem absolute bizonyító, minek következtében a szívsebtörések diagnosisa az esetek felében lehetetlen. A megfigyelés kitolásával sem segíthetünk magunkon, mert ezzel elszalasztjuk a beavatkozás legjobb időpontját. Ennél fogva kétes, de gyanus esetekben a késedelem nélküli sebészeti beavatkozás indikált. Chronikus esetben mondhatni egyedüli, de annál megbecsülhetetlenebb diagnostikai eszközünk a Röntgen-vizsgálat.

Klinikai tünetekben végtelen szegény a körkép, s ez érthető is, ha tekintetbe vesszük, hogy itt csak az ingervezetőképesség zavarai játszanak szerepet. A szív izomzatába — mint ismeretes — egész csoport embryonalis characterű, különös tulajdonságú izomcsoport van beágyazva. A cava-sinus és jobb pitvar között van a *Keith-Flack*-féle köteg (sinus-csomók), a kamarák falában vannak a *Tawara*-féle csomók. Az aorta tövéből indulnak ki a *His*-féle kötegek, melyek a kamaraseptumok felső felébe jutnak, majd villaszerűen elágazódnak. Az említett kötegek eredésénél számos ganglion és ideg-

belépő hely fekszik. Az idegek a *His*-féle kötegekkel, melyek az egyedüli izomrost-összeköttetést képviselik a pitvar és a kamara között, egészen a papillaris izomzatig futnak.

A pitvar a sinus-csomóival a supraventricularis szívresznek egy különös, automatásan működő része. A *Keith-Flack*-féle csomók és *Tawara*-féle helyek igen nagy ingerképző képességükről (Reizbildungsfähigkeit) nevezetesek. A szív specifikus izomrostjai, melyek ingervezetőképességük folytán tűnnek ki és az extracardialis idegrendszernek vannak alávetve, az egyes szívreszek koordinált működését szabályozzák, bár egyes pathológiás esetekben automatásan is tudnak működni. A *His*-féle kötegek átvágása után a kamarák automatásan működnek. Az automatásan működő kamara lassabban ver, mint az automatásan működő pitvar s bizonyos rhythmust tart be. A *His*-féle kötegek átvágására a szívinger-tovavezetése — mely valószínűleg a sinuscsomókban ered s a pitvarból a kamara irányában halad — megszűnik, de az atrioventricularis idegrendszer átvágására ez nem áll be. Az inger tehát a specifikus systemán vivődik át. A *His*-köteg gyöngye lefogása után a kamarasystole csak kisebb szünet után követi a pitvarsystolét, erősebb leszorításra a kamaracontractio kimarad. Átmetszésre a kamara és pitvar egymástól függetlenül működik s átlag 30–40-szer húzódnak össze percenként. Ez az ú. n. tökéletes szívblock.

Minden olyan sérülés, mely az említett specifikus elemek egyikét vagy másikat éri, a szív működésben zavart idéz elő. Míg ha csak a szívizomzatban van a sérülés — mint azt az általunk észlelt két esetben is föl kell vennünk —, hosszabb vagy rövidebb időn keresztül kevés a tünet, vagy minden tünet nélkül áll fenn a sérülés.

A tünetmentesség, a beteg panasz nélkülsége azonban ne ártasson bennünket, mert ismert dolog, hogy már mellkascompressio eseteiben is, hol kisebb-nagyobb fokú szívizomközi vérzések keletkeznek a vérzés fokának megfelelő hegeképződéssel, végül cardiopathia fejlődik ki. Állatkísérletek bizonyítják a hegek ilyenmű kifejlődését. Több-kevesebb vörös vérséjt ékelődik ilyenkor az izomrostok közé, azokat egymástól szétnyomja s a vérzés közt ülő izomsejtek nagy része tönkremegy, zsíros elfajulás áldozata lesz (*Ebbinghaus*). Az izomsejtek vagy egyáltalában nem, vagy csak jelentéktelen számmal regenerálódnak, minek következtében helyükön kötőszöveti heg képződik. Direct szívsebtörés eseteiben ezen hegeképződés még inkább bekövetkezik. Minden szívsebzés után tehát myocarditis hegre számíthatunk, mely rövidebb-hosszabb idő múltán szívzavarok kifejlődésére vezet. E hegek kevésbé ellentálló, a folytonos belső nyomásnak engednek, lassan-lassan kitágulnak, kisebb-nagyobb zsákszerű kiboltosulások keletkezésére nyújtanak alkalmat s kifejlődnek az ú. n. szívaneyrismák. A szívaneyrismák rendesen rétegzetes falmenti thrombusok által ideig-óráig védve vannak a megrepedés ellen, jelenlétük esetén azonban megrepedésükre s a hozzá csatlakozó acut elvérzésre mindig el kell készülni lennünk. Oly esetekben tehát, melyekben löveg vagy más idegen test van a szív izomzatába beágyazva, ennek közvetlen nyomása következtében bármely pillanatban bekövetkezhetik a szívizomzat megrepedése s az ezt követő elvérzés. Nem kis veszedelmet rejtenek magukban az aneyrismákban, illetőleg a szívüregben szabadon fekvő idegen test körül képződött thrombusok is, melyekből bármikor leszakadhat egy darab, s ez azután mint embolus azonnali halált is okozhat, sőt kisebb, a szív kamarában szabadon mozgó projectilnek a véráramba való jutása is le van írva.

Ezek alapján bátran mondhatjuk, hogy minden spontan gyógyulás csak látszólagos gyógyulás, különösen áll ez lövéses sérülés eseteiben, mikor a roncsolás rendesen nagyobb mint szúrás után. *Ewald* esetében 4 héttel, *Simon* esetében 4 évvel a sérülés után állott be a halál. Nézetünk szerint minden szívsebtörés sebészeti kezelést igényel s e nézetünket az acut esetekre vonatkozólag mondhatni az összes szerzők vallják, a chronikus esetekre vonatkozólag azonban a vélemények megoszlanak, noha megegyeznek abban, hogy minden szívsebtörést feje felett ott lóg a Damokles kardja.

A számtalan ajánlatba hozott műtéti eljárás közül csak kevésnek van gyakorlati értéke. Általában két irányt különböztetünk meg. Az egyik minden előre meghatározott methodustól óvakodik s arra az álláspontra helyezkedik, hogy egyedül a külső seb szolgáljon irányítóul s mindig az ez által teremtett viszonyokhoz kell a műtőnek alkalmazkodnia. E methodus hívei, élükön *Wilms*-sel, az általa ajánlott bordaközi metszéssel hatolnak be s nem tartják veszélyesnek a pleura megsérülését sem, mondván, hogy ez az esetek többségében úgy is meg van sérülve, vagy ha nincs, legtöbbször a műtét alatt következik be a sérülése. Az ezen elvet követők szélesen tárják fel a sebcsatornát s követik azt a szívig. A másik irány — tekintet nélkül az adott esetre — tipusos methodussal fog a műtethez, s óva a pleurát, a legnagyobb óvatossággal halad előre.

Ez utóbbi eljárás valamivel hosszadalmasabb ugyan, hívei azonban úgy vélik, hogy a helyzet ritkán sürgős annyira, hogy az óvatosabb eljárást contraindikálná. Mindkét irány keretén belül még számtalan, egymástól lényegben nem, csak a részletekben eltérő methodust találunk ismertelve, általánosan használandónak azonban egyiket sem tekinthetjük. Minden eset külön-külön mérlegelendő és mindig a szükségnek megfelelő eljárást vegyük igénybe. A beavatkozás mineműségének megállapítására *Rehn* szerint a következő körülmények veendőek számításba:

1. A beteget momentan fenyegető kisebb-nagyobb fokú veszély.
2. A sérülés mineműsége és a külső seb anatómiai fekvése.
3. A sérülést kísérő pneumo-, illetve haemopneumothorax.
4. A mellkasfal rugalmasságának foka, illetőleg a bordaközök tág vagy szűk volta.
5. Végül a szív fedésére szükséges csontos lebeny megtartása.

Ha nagy fokban van veszélyeztetve a beteg élete s nem eléggé biztos a diagnosisunk, a sebcsatorna mentén igyekezzünk a vérző szívsebhez jutni hosszú bordaközi metszéssel vagy több borda resectiójával. Széles bordaközü, rugalmas mellkasfal esetén kiadó bordaközi metszéssel igen jó betekintést nyerünk, különösen a szív hátulso felszínére. Szükség esetén egy bordát is reszekálhatunk. A jobb szív sérülése esetén a sternumot harántul metszszük át. Rigid, szűk bordaközü mellkasfal esetén okvetlen több borda resectiója szükséges.

Ily esetekben, pedig az acut esetek nagyobb százaléka ilyen, tekintet nélkül a pleurára, mivel az rendesen úgyis meg van sérülve, kiméltése pedig sok időt rabolna el s néha a legnagyobb gondosság mellett sem sikerül, tágítjuk a sebcsatornát. Arra azonban szigorúan vigyázzunk, nehogy mindkét pleurát megsértsük.

Kevésbé fenyegető, biztosan diagnoskált esetekben csakis az osteoplastikai methodusoknak van létjogosultsága. Ezek mindegyike több borda, illetőleg a sternum időleges resectiójával egy ajtószerű izom-csontlebenyt készít, melynek felnyitása után kitűnő betekintést nyerünk a szívburokhoz és szívhez. Bármely módszer útján jutunk is a szívburokig, munkánk csak könnyebb felét végeztük el. A kritikus pillanat a szívburok megnyitása. A legkisebb szívsebsérülés is erősen vérzik, sőt nagyobb szívseb esetén oly nagyfokú a vérzés, hogy a beteg a legvégsőkig anaemiássá válik, esetleg szemünk láttára vérzik el. A seb megtalálása és ellátása az áramló vérben a legnagyobb nehézséggel van egybekötve. Legfontosabb a vérzés csillapítása, vagy esetleg — ha csak pillanatra is — annak teljes elállítása. A szív erős komprimálását, illetőleg erős kihúzását vagy a szegycsonton való megtöretését, mint olyan módokat, melyek kiszámíthatatlan utókövetkezményekkel járhatnak, jobb mellőzni. Erre a célra *Rehn* kísérleteken alapuló módszerét, a jobb atrium venosum digitalis compressióját alkalmazzuk.

E methodusnál jobb kézzel a szív alá menve, ezt kiemeljük s bal kézzel alulról a szívburokba jutva, kitapintjuk a vena cava inferiort, illetőleg annak a jobb pitvarba való beszájadását. Ujjunkkal fölfelé haladva, elérünk a vena cava superior beszájadásához s mutató- és középujjunk segítségével komprimáljuk tetszés szerint és szabályozzuk a vérbe-

ömlést a jobb pitvarba. Vigyáznunk kell, nehogy komprimáljuk a vena magna cordist, a mit legjobban úgy kerülünk el, hogy szigorúan a vena cava inferior fala mentén haladunk ujjainkkal fölfelé.

Egyedüli végleges vérzéscsillapító a szívsebre a varrat. Behelyezése nemcsak azért nehéz, mert a szív állandóan systolés és diastolés mozgást végez, hanem azért is, mert a légző- és rekeszmozgásokkal összefüggően váltakozó erővel le és fel is végez rhythmusos mozgást. Legkiméletesebb mód a szív némi fixálására a pericardium megfeszítése volna, de ezzel legtöbbször nem érünk célzt. Ilyenkor két ujjal kiméletesen megfogjuk és kiemeljük, még pedig mindig belégzés alatt, mert kilégzés alatt a szív felhúzódik a tüdők felé. Észközzel sohasem szabad fixálni a szívet, mert a szívállomány igen törékeny. Ha behelyeztük az első öltést, óvatos csomózással sikerül annyira csillapítani a vérzést, hogy a többi öltést minden különösebb fáradság nélkül sikerül elvégezzünk.

Nincs még tisztázva ama kérdés, hogy a szívmozgás mely phasisában öltünk, illetőleg csomózzunk. A műtők nagyjából diastolében csomózt, mondván, hogy a systolében megcsomózott fonál a diastolés telődés miatt megfeszülő szívizomzaton hamarabb átvághat. Néha sikerül ez, de az esetek többségében a szív működés abban a pillanatban, a midőn a szíven magán dolgozni kezdünk, oly rendetlen lesz, hogy nem sikerül megállapítani, mely phasisban csomózzunk. A fonalak átvágását elkerülendő, a beöltéstől távol öltünk ki s a fonalat óvatosan és ne túlságosan húzzuk össze a csomózáskor. Lehetőleg mélyen öltünk, hogy az epicardiumot és myocardiumot egész terjedelmükben felöltjük, de vigyázzunk, hogy az endocardiumon ne hatoljunk át. A bal kamarán ez elég jól sikerül, de a vékonyabb jobb kamarán a legnagyobb óvatosság mellett is beölthetünk az endocardiumba, sőt a vékony pitvarfalakon rendesen így járunk.

Helyrehozhatatlan complicatio a fonal átvágása, a mi zsíros szívizomelfajulás esetén gyakori. Megkísérlették a pericardiumból vett plastikai lebenynyel megerősíteni a varratot, de siker nélkül. Varróanyagul használhatunk finom selymet vagy catgutot. Az előbbinél nagyobb a genyedés veszélye, az utóbbinál a túlkorai felszívódás következtében a seb szétválása. Meglehetősen kellemetlen complicatio az, ha az öltések csomózása közben a szív megáll. Ha e megállás oka a szív nagyfokú kivérzése, akkor csaknem tehetetlenek vagyunk vele szemben. A konyhasós infusio nem bírja a rendkívüli vérvesztést pótolni. Összehasonlíthatatlanul kedvezőbb az eset, ha reflexes úton, az idegek ingerlése folytán jön létre.

Kísérletek bizonyítják, hogy a szív külingerek behatása iránt igen érzékeny. Egy öltés gyakran igen erős reactiót szülhet, a foka pedig a behatás anatómiai fekvésétől függ. A szívcsúcs sebzése minden zavar nélkül folyhat le. Egy szúrás a sulcus coronarius közelében, vagy a sulcus longitudinalis anteriorban a sulcus coronarius közelében rögtöni tartós szívmegállást okoz.

Az endocardium tetemesen érzékenyebb, mint a többi szívsvövet. Az érzékenység megszüntetésére adrenalinnak vagy physiologiás konyhasóoldatnak az endocardiumba, továbbá kámfornak vagy vérserumnak a szívizomzatba való fecskendezését ajánlják. *Meltzer* kísérletei alapján azt ajánlja, hogy egy a tracheán a bifurcatióig levezetett katheteren oxygent vagy oxygennel kevert levegőt fújjunk a tüdőbe. A physiologiából ismeretes, hogy a kivágott szív, physiologiás konyhasóval megtöltve, az aorta felől ingerületbe jön és működni kezd; ennek alapján ajánlották, hogy egy tetszés szerinti vénán át physiologiás konyhasóoldatot kell a szívbe juttatni. Az aorta descendens kézzel vagy *Momburg*-csővel le kell szorítani, hogy a folyadék ne oszoljon el túlságosan a vérpályán s így a folyadék részint az arteria coronariákba, részint az agyba jutva, mozgásra ingerli a szívet. Emberen azonban még nem kísérelték meg e módszert.

Miután a szívsebet bevarrtuk, a szívburokból a még ott lévő vért eltávolítjuk. Különösen lősebsérülés eseteiben kell a szív hátulfekvő részeit átvizsgálva, az esetleges defectust

ellátni. A szívburkot a legtöbb műtő drainezés, illetőleg tamponálás nélkül zárja, így akarván elsődleges gyógyulást elérni s ezzel a pericardialis összenövéseket elkerülni. A sebészek kisebb része a drainezés czélszerűsége mellett foglal állást, mert a serosus hárták minden beavatkozásra kisebb-nagyobb mértékben hypersecretióval reagálnak, a mi esetleg oly nagyfokú lehet, hogy szívnyomást is okozhat. Ezenkívül az így felgyülemlett folyadék igen jó táptalaj az idegen testtel bejutott mikrobáknak. Drainezésre mindig csak vékony puha gummicövet használjunk, nehogy annak sűrűsödése a szívet izgassa. A pleurát mindig teljesen zárjuk. A pleuraürbeli levegőt a Potain-féle eszközzel szívjuk ki. A beteget konyhasós infúzióval és kámmal stimuláljuk.

Minden szívűtést után kisebb- vagy nagyobbfokú reactiv pericarditis fejlődik ki, mely után — megfelelően a gyulladás fokának — pericarditises összenövések támadnak, melyek később a szívűködést többé-kevésbé befolyásolhatják. Ha nagyobbfokú zavarok fejlődnek ki ilyen összenövések nyomán, cardiolyssal vagy az ellentálló csontos mellkasfal meglékelésével javítunk a helyzetet.

A klinikai lefolyás rendszeren a súlyosabb kórképek közé tartozik. A betegek egy része a műtét alatt, vagy közvetlen utána a nagy vérvesztés következtében acut anaemiában hal meg, más része fertőzéses complicatiók áldozata lesz. Rövidebb-hosszabb idő múlva genyes szívburok- vagy mellhártyagyulladás fejlődik ki, a mi a nagy vérvesztés folytán az amúgy is elgyengült beteget elpusztítja. Az acut anaemia miatti halálozás arányszámát a betegeknek sebész osztályra való lehető leggyorsabb szállításával és azonnali megoperálásával csökkenthetjük. A fertőzéses halálozási %-ot, ha a fertőzés az idegen testtel jut be, nem befolyásolhatjuk. A halálozás 51—54% (Hesse 53%, Simon 51%, Schwarz 54%) a különböző statisztikai kimutatások szerint, de még ennél is nagyobbra tehetjük, mert míg minden sikerült eset közölve van, addig a sikertelen esetek egyrésze nem lát napvilágot.

Közlés a cs. és kir. 2/6. számú mozgó tartalékkórházból.

A katonai szolgálattól szabadulás érdekes esete.*

Irta: Leitner Sándor dr., tart. főorvos.

Azok az eljárások, szimulálások, furfangok, melyeket az emberek békeidőben alkalmaznak, hogy a katonai szolgálattól megszabaduljanak, most a háború alatt érthetően megszáporodtak. Az orvosi tudomány, a vizsgálati módszerek haladottabb, tökéletesebb volta mindezeket a törvénybe ütköző, hazafiatlan eljárásokat fel is deríti. A sorozó-bizottságok, a helyőrségi- és csapatkórházak orvosainak, a kiknek megfigyelése alá kerülnek ezek az esetek, e téren bizonyára nagyobb tapasztalataik vannak, mint nekünk, a kik a harctéren teljesítünk szolgálatot. Itt inkább olyan esetekkel találkozunk, melyek úgy származnak, hogy egyik-másik katona valamely módon — mint sebesült vagy beteg — a „Hinterland“-ba kívánczik. (Önsértés, öncsonkítás, betegségek szimulálása.)

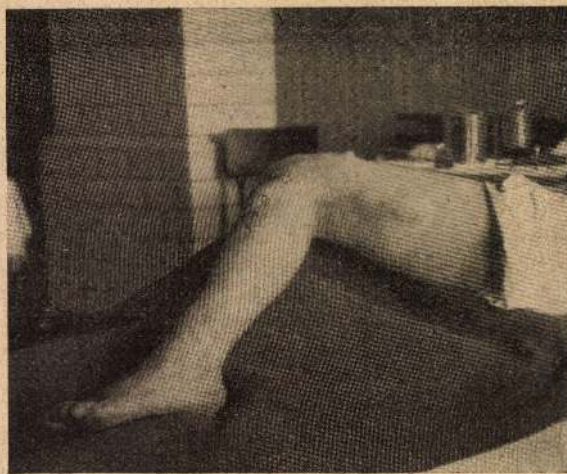
A katonai szolgálattól való szabadulásnak egy feljegyzésre méltó esetét volt alkalmunk itt künn a harctéren megtudni, illetőleg a szabadulás czéljából okozott elváltozásokat részben „meggyógyítani“. Hasonló esetet a rendelkezésünkre álló irodalomban nem találtunk.

B. A., 1. . . i (Oroszország) lakos, 22 éves, 1916 február 8.-án jelentkezik kórházunkban. Előadja, hogy hónapok óta különböző nagyságú daganatok keletkeznek bal alsó végtagjában, melyek az utóbbi időben járáskor fájdalmat okoznak. Kéri ezen daganatok eltávolítását.

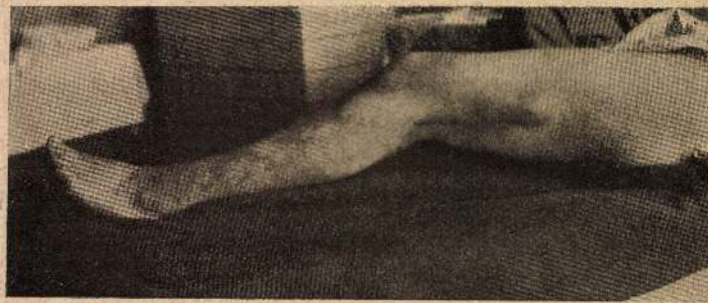
A gyengébben fejlett és táplált, sápadt egyén bal alsó végtagján felületes megtekintésre az inguinalis tájon, a czomb

elülső és külső felületén, a lábszáron és a bokaizület körül mogyorónyi-almanagságú kiemelkedések láthatók. A csípő- és térdizület úgy activ mint passiv mozgatása szabad, fájdalomtalan, a bokaizület mozgatása fájdalmas.

Közelebbről megtekintve: a bal inguinalis tájon, a Poupart-szalag középső harmada alatt, körülbelül félalmányi, tömött, egyenmő, könnyen elmozgatható, közvetlenül a bőr alatt fekvő daganatot érezhetünk, mely fölött és körül a bőr semminemű elváltozást sem mutat. A megnagyobbodott és megkeményedett lágyékmirigyűtől alakjánál fogva is különbözik, mert határozottan félgömbalakú. A czomb felső harmadában az adductorok felett és között a mélyben több borsónyi, lencsényi, sőt mogyorónyi tömött képlet; a felületesen fekvők könnyen elmozgathatók, a mélyebben ülők látszólag összekapaszkodnak az izomzattal. Hasonló kisebb-nagyobb göbök elszórtan a czombon. A czomb alsó-külső harmadában, a m. biceps femoris inának lefutása mellett egy lúdtojásnyi és egy kisebb galambtojásnyi előemelkedés. A lúdtojásnyi keményebb képlet látszólag az izomzattal összefügg, attól külön nem választható, a kisebb puhább és ellágyult atheromára emlékeztet. A térdizület külső felén néhány kisebb göb.



1. ábra.



2. ábra.

A lábszár felső harmadának külső részén, a fibula fejecse alatt almányi tumor, mely tapintásra két részből áll: az alsó kisebb rész puha, határozottan fluktuál, a felső tömöttebb, jól mozgatható, a fibula fejecseivel nem függ össze. A bokaizület körül, különösen a külső malleolus alatt számos borsónyi, lencsényi, mogyorónyi ellapult csomó. Hasonló képződmények a test más részein nem találhatók.

Említésre méltó még, hogy a bal térdhajlatban egy fillérnyi, egyenetlen szélű heg van, melyre vonatkozólag az egyén előadja, hogy onnan néhány hét előtt törmelékes anyag távozott.

A leírtak alapján lipomára, myomára, myofibromára gondoltunk. Pontosabb útbaigazítást vártunk a puhább, fluktuáló részek punctiójától és az esetleges próbaincisziótól.

Miközben a punctióhoz előkészülünk, a beteg előadja, hogy 1915 év május havában sor alá kellett állnia. Hogy a

* Az eset észlelését az északi harctéren 20 hónapi önfeláldozó harctéri szolgálat után hivatása áldozatául esett, felejthetetlen emlékü Herrmann Viktor dr. törzsorvosnak, volt kórházparancsnokomnak köszönöm.

katonai szolgálattól megszabaduljon, 15 nappal a sorozás előtt egy orosz orvos által paraffint fecskendeztetett a bal térdizület környékébe. A sorozó-bizottság további megfigyelés végett egy katonakórházba küldte. A kórházba rázós kocsin szállították. A rázástól a térdduzzanata kisebb lett, hanem a duzzanat helyett a czombjában mélyen néhány gumó keletkezett. A kórházban 10 napig feküdt, a hol az orvosok figyelmeztették, hogy meg kell operálni, megvizsgálni, milyen természetű daganat van a czombjában és esetleg amputálni is kell a lábát, mert csak így menthetik meg az életnek. A műtétbe nem egyezett bele, mire felülvizsgálaton elbocsájtották.

Ime egy eset, a hol az anamnesis adatainak elhallgatásával és valamelyes beavatkozás (punctio, incisio) nélkül nagyon bizonytalan volt a diagnosis. Az operációs beavatkozás (feltárás, próbaexcisio?) utáni amputatio kilátásba helyezéséből következőleg, az orosz katonakórház orvosai a gyengén fejlett és sápadt egyénen valószínűleg sarcomára gyanakodtak, a mi annál is inkább érthető, mert — mint a beteg előadja — akkor még kevesebb, de nagyobb, egészen kemény és mélyebben fekvő volt a „daganatképződménye“.

A fenti anamnesis után a munkánk most már könnyű volt. A fluctuáló duzzanatokat troicar segítségével kiürítettük, a keményebbeket és nagyobbakat rámetéssel távolítottuk el. Számos apróbb csomót, mely később a végtag mozgatása következtében keletkezhetett, nem távolíthattunk el, mert akkor az egész bal alsó végtagot fel kellett volna tárnunk. A sebek per primam gyógyultak. Az eltávolított anyag paraffinnak bizonyult minden sejtes elem nélkül. (Bakteriologiai és chemiai laboratorium.)

Még egy jelet említünk, mely a vizsgálatkor elkerülte a mi figyelmünket is. A patella felső szélé mellett pontosabb megfigyelésre gombostűfejnyi heg látható, mint az injectio helye. Ez az egy az orosz orvosok számára útbaigazító jel lehetett volna, mely azonban valószínűleg közvetlenül az injectio után, a mikor a térd duzzanata is jelen volt, nem tűnt fel.

A fent leírt eset — tanuljunk ellenségeinktől is — figyelmeztet arra, hogy mindazon esetekben, a melyekben a sorozáskor vagy kórházakban izületi gyulladásról vagy valamely daganatképződményről van szó, ne elégedjünk meg egyszeri megtekintéssel, kis hidegvizes borogatással vagy fürdőzéssel, és ne siessünk a felülvizsgálati javaslattal, hanem ismételt vizsgálatunk meg az izület tájékát valamelyes injectio nyomára. A próbapunctióhoz, daganatképződés esetén pedig a próbaexcisiohoz ne kérjük ki a beteg beleegyezését, hanem diagnosisunk pontos felállítása céljából vessük alá az egyént a legnagyobb szigor alkalmazásával is eme egyszerű, minden káros következmény nélküli beavatkozásnak. Csak így végezhetünk igazán pontos munkát, csak így leplezhetjük le eme bűnös lelkű, hazafiatlan egyéneket és adhatjuk át a méltó büntetés elnyerése végett az igazságszolgáltatásnak.

Az intertrigo gyógyítása.

Közlő: *Hirschfeld Sándor* orvostanhallgató.

A háborúval járó kellemetlenségek közé sorozható az intertrigo is, mert a katonák, főleg a nyári hónapokban, a sok menetelés közben megizzadnak, utána csak kevéssé vagy sehogy sem tisztálkodhatnak s pár nap alatt kiterjedt intertrigo miatt nem tudnak tovább gyalogolni.

A múlt nyáron sok ilyen beteget kezeltem mostoha körülmények között. Gyakran megesett, hogy gyaloglás alatt láttam el a szokásban levő zink-kenőccsel, vagy különféle hintőporokkal, de nem sok eredménnyel.

Kutattam tehát egy mindig rendelkezésre álló olcsó szer után s ezt a *carbo animalis*-ban találtam meg.

Eljárásom igen egyszerű. Ha az intertrigo sok bűzös-gyenges váladékot termel, langyos sublimat-oldattal lemosom. Aztán reáhintem a *carbo animalis*-t vattapamattal segítségével. A szénporral nem szabad takarékoskodni. Másnap meg-

ismétlem az eljárást. Ekkor igen gyakran már felesleges is a mosás. Negyednapra az intertrigo már teljesen gyógyult volt valamennyi eddigi esetemben. Természetesen harmad- és negyednap is használok a szénport.

Régi orvosi könyv.

Közlő: *Kétyl Károly*.

Érdekes orvosi könyv akadt a kezembe.

Czíme:

„Genius morborum epidemicus
in

Clinico medico pro medicis
Regiae scientiarum univ. hungaricae
Anno scholastico 1835/6.

Observatus et historici morborum ibidem tractatorum
illustratus

per *Emericum Koch* Med. Dr., Artis obstetric.
Magist. Professor. praxeos Medicae pro Medicis
h. t. Assistentem.

Pestini
Typis Josephi Beimele.

A könyv *Lenhossék Mihály*-nak, az orvosi kar akkori elnökének van ajánlva.

Szerzője *Bene Ferencz*nek, az akkori belklinikai tanárnak iskolájában növekedve, annak diagnostikai és gyógyító eljárásait akarta ismertetni, közölve sok kórtörténetet. A nevezett iskolai évben a klinikán 189 beteg fordult meg, ezek közül gyógyult 175, javult 3. Az év végével köz-kórházba helyeztetett 2. Meghalt 5.

A betegségek okaira nézve:

„Causam morbi excitantem jam refrigerium mite, jam excessum in alimentis et potulentis quantitate et qualitate peccantibus, jam animi adfectus ingratos accusabant; plurim tamen nullam assignarunt, ut adeo in his morbum ex *miasmate ortum fuiste probabile sit*.“

Tehát a fertőzés eszméje már akkor is szerepelt.

Érdekes a therapiára vonatkozó okoskodás.

„In therapia adornanda causarum excitantium primo rationem habuimus, quibus remotis morbus in stadio invasionis et irritationis characterem frequentissime inflammatorium praesetulerat, methodumque antiphlogisticam exposcebat; et quidem: ubi dolor vel ad minus sensus ingratus in regione epigastrica sentiebatur, ibi hirudines numero sufficienti appositae, pro usu interno decoctum emolliens praescriptum. Fracta vi inflammationis, ubi congestiones ad caput observatae, qua revellens calomela dosi purgante vel epispastica in usum tracta. Characterem vero erethistico evoluto acida, praeprimis acidum oxymuriaticum, optima cum effectu exhibita. In stadio morbi nervoso ad stimulantia, initio per alternum usum acidorum temperata, tardius sola recurrimus. Et quidem a mitissimis, ut: flor. sambuci, tiliae, herb. melissae, menthae, fol. aurantiorum, rad. angelicae, imperatoriae incipientes, ad fortiora ut: rad. valerianae, arnicae; et hinc. ad fortissima ut: aetheres, camphoram, moschum, praeparata ammoniae, phosphorum recurrimus. In decremento morbi stimulantia imminuta roborantibus, praeprimis praeparatis cinchonae locum cessere. Reconvalescentiam diueta roborante, jusculis, vinaceis, vino, animi exhilaratione et quantum possibile erat aëre puro, promovere studuimus.“

Ezekből, de főleg a közölt kórtörténetekből látjuk, mily ingatag alapon állott az indicatio; a therapia főleg antiphlogistikus irányú volt. Minden nagyobb láz vagy fájdalom esetében vérvétel, még pedig érvágás vagy pióczák útján; egy-egy betegen ismételt és nagy számmal alkalmazták a pióczákat vagy az érvágást. A következő kórtörténet legelőnkebben fogja illusztrálni az akkori therapia irányát:

Pleuro-peripneumonia.

Antonius D. annorum 22, parentibus sanis numetiam viventibus progenitus, famulus, vaccinnatus, aetate infantili crusta lactea et enteralgis, aestate praeterlapsa febris intermittenti per tres menses durante vexatus. Ab hinc sanus erat usque 15-ani April. quo post refrigerium admissum persensit horripilationem in calorem transeuntem, cephalaeam, dolorem in latere pectoris dextro pungentem, decubitus in latus dextrum impediens, tussim violentam, siccam; contra quae pulveribus quibusdam albis ab homoeopatha exhibitis effectu eo usus est, ut dolor in latere adfecto aliquantum imminutus fuerit. Die 20-a in clinicum receptus habitus eminenter phthisici exhibuit: dedolationem artuum magnam; calorem animale multum auctum, pulsum normali frequentiore, plenum, mollem in manu dextra, parvum durum in manu sinistra, cephalaeam frontalem, susurrum aurium; sitim auctam, saporem oris fatuum, appetitum prostratum; lingvam muco albicante tectam, humidam mollem; dolorem in latere pectoris dextro pungentem, fixum, pressivum in medio pectoris, respirationem laboriosam, sublimem, decubitus in latus dextrum impeditum, inspirationem profundiore impossibilem, tussim frequentem, violentam cum sputis sanguino tinctis; abdomen in regione lienis et hepatis tumidum ad tactum dolorificum; alvum diarrhoicum. Die 21 April Status inflammatorius *venaesectione*, diarrhoeam decocto salep cum syrupo diacodii sufferre conamus. Sangvine placentam firmam, crustam inflammatoriam sat crassam formante, levamen transitorium solum sequitur, nam die 22-a Symptomata cuncta cum respiratione anxiosa reversa sunt; Sangvinis evacuatione universali ob adynamiam facile ingruentem vetata, *hirudines* 24 pectori opponuntur; ad quarum adplicationem dolor in pectore cessavit, decubitus in latus dextrum magis concessus, febrisque mitior erant; nihilominus die 23-a April ejectio sputorum est difficultata, respiratio anhelosa, difficilis, lingua arida, et sudor comparet faciei largus nil allevians, quare *hirudines* 20 pectori opponuntur continuato decocto. Salep. Nocte delirando transacta die 24. April febris cum debilitate increscit, respiratio anxiosa, laboriosa redditur, tussis augetur; ad resolutionem infarctus pulmonalis exhibetur: Rp. Calomelanos, pulv. f. digitalis aa. granum¹ unum; Sacch. albi drach. unam. div. in p. = Sex. S. 01:2 hor. pulv. 1—. Absumto pulvere uno ad alvum deponendam sollicitatus. Cumque e sella perforata surgere vellet animi deliquium petitur, unde perspersione aquae frigidae excitatus, continua delirat, anxie, breviter et laboriose respirat, quare sinapismus pectori adponitur, quo tamen nihil juvante deliria nocte furiosa se insinuant, et aeger hora 2— noctis suffocatur.

Necrotomia: In cavo pectoris pulmo dexter ex integro accretus, parenchyma hepatisatum, carnificatum, difficulter, et absque crepitatione inscindendum, colore fusco rubri, pulmo sinister normalis.

A többi kórtörténet is az akkor szokásos gyakori és nagymennyiségű vérvétel mellett szól. A közölt tüdőgyulladás esetében egy érvágás után még két ízben 24—20 piócza útján vettek vért a szegény betegről.

Nem éppen csodálandó, ha ily therapia láttára *Molière* az orvosokról kíméletlenül nyilatkozott:

„Sagnare, purgare, clystirum donare“ et si aeger non sanatus: „Resagnare, repurgare, reclystirum donare“.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

M. Hirschfeld: Kriegpsychologisches. Bonn, Marcus u. Weber 1916. 32 lap. Ára 80 Pf.

A háború lélektanáról szóló iratok egyre szaporodnak a téma fontosságának megfelelően. Ez esemény okának

¹ Egy gran körülbelül 0.07 gramm.

Egy drachma körülbelül 4.2 gramm.

psychológiájában *Hirschfeld* a tudatlanságnak tulajdonít nagy fontosságot és ebből vezeti le a türelmetlenséget, a hiszékenységet és a félelmet, a melyek maguk is szerepelnek azután az okok közt. Ez a tudatlanság persze csak egy pont és azt is lehetne állítani, hogy nem a legfőbb, mert azt hiszszük, hogy az indulatok önállóak és nem következmények és ezért sokkal fontosabbak minden egyébnél. *t. n.*

Verhandlungen der IV. Tagung des österreichischen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Wien, 23. Mai, 1914. Wien, Alfred Hölder, 1916.

Az előttem fekvő füzet a tuberculosis-kérdés majdnem minden ágazatával teljesen modern alapon foglalkozik. Átnézetes bírálatot nyújt a tuberculin-készítményekről, a különböző stadiumban levő gümőkórosok intézeti és járólagos kezeléséről, s érdekes tanulmányt közöl kutyákon végzett légmell-kísérletekről s a gümőkóros pleuralis izzadmányoknak gázbefúvással eszközölt kezeléséről. *Deutsch Ernő.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A vérsavó hatása a carcinoma-sejtekre *Kaminer* vizsgálatai szerint a különböző életkorokban különböző. 1—14 éves gyermekek seruma 4—16-szor erősebben pusztítja a ráksejteket, mint a felnőttek seruma; 60—70 éves emberek seruma még sokkal gyengébb hatású, sőt felényire hígítva már teljesen elveszti a hatását a ráksejtekre. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 13. sz.)

A természetes és a mesterséges napfény hatásának különbözőségére látszik utalni az a körülmény, hogy a míg *Rollier* tapasztalatai szerint a természetes napfény akadályozza a varicella fejlődését, addig *Czerny* egy esetet látott, a melyben a mesterséges napfényvel kezelt betegnek csak azon testrészein fejlődtek varicella-hólyagok, a melyek a mesterséges napfénynek voltak kitéve. (Zeitschrift für phys. und diaet. Therapie, 1916, május.)

Kísérleti úton létesített typhus. Ismeretes, hogy a typhusbacillusokkal eddig nem tudtak állatokon az emberi typhushoz hasonló betegséget előidézni. *Marmorek*-nek újában sikerült ez, még pedig olyan módon, hogy tengeri malaczon közvetlenül az epehólyagba fecskendezte a typhusbacillusokat. Így járva el, jellegző bélbeli elváltozások fejlődnek febris continua kíséretében. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 12. sz.)

Belorvostan.

A bélgyulladások kezelése oldódó mézszókkal. A mióta *Chiari* és *Januschke* kísérletes vizsgálataiból kiderült, hogy a mézszóknak kifejezett gyulladásellenes hatásuk van, nagyon sok gyulladásos betegségben próbálták meg a mézszók használatát, több-kevesebb eredménnyel. Legújában *Leo* tanár a legkülönbözőbb eredetű bélgyulladások ellen ajánlja őket, a mennyiben a bevitt mézszóknak csaknem egész mennyisége a belfalzon választatván ki, éppen bélgyulladás eseteiben fejthetik ki legjobban lobellenes hatásukat. Állatokon végzett kísérletek csakugyan igazolták az erős hatást gyulladásos bélfolyamatokra. Emberen elsősorban a calcium-chlorid volna használható napi 5—10 gr. mennyiségben a szokásos 5%-os oldatban syrruppal. Éppen így használható a kevésbé kellemetlen ízű calcium lacticum és a vízben szintén könnyen oldódó calcium glycerinophosphoricum. Minthogy — a mint a szerző egy előbbi dolgozatában kimutatta — a calciumchlorid gyulladásellenes hatása a gyuladt nyálkahártyára közvetlenül alkalmazás esetén is érvényesül, az 1—2%-os calciumchlorid-oldattal végzett klysmák is hatásosak lehetnek, főleg az alsóbb bélszakaszokon székelő lobos folyamatokban. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 23. szám.)

Sebészet.

A retroperitonealis phlegmoneról írja *Seitz*, hogy e megbetegedés a háború okozta sérülések kapcsán jóval gyakrabban fordul elő, mint békében. De míg a békében előforduló

esetekben a kórkép meglehetősen elmosódó, úgy hogy nem igen lehet pontosan megállapítani, hogy a folyamat elsődleges-e, avagy másodlagos, addig a hadi sérülésekkor csaknem minden esetben elsődleges, ugyanis fertőző lövegszilánkok okozzák.

Tünetei: a nyelv mindenütt eléggé nedves, a pulsus rendetlen, egyenlőtlen, közepmagas láz, enyhe cyanosis, kistokú kábultság és enyhébb bélhűdés van, mely azonban gyógyszerelésre megjavul. A has nyomásra nem fájdalmas, psoas-contractura nincsen. A lefolyás néhány nap alatt halálos. A gyógykezelés csak akkor lehetne eredményes, ha a rendszerint mélyen ülő lövedékszilánkot el lehetne távolítani. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 18. sz.) M.

Gyermekorvostan.

Paratyphus intrauterin átvitelének esetét ismerteti P. Schmidt, a giesseni hygiene-intézet igazgatója.

A typhus intrauterin átvitelének lehetőségét Eberth és utána többen igazolták pontos bakteriologiai vizsgálatok alapján. Ennek kapcsán a paratyphus átvitelének lehetősége is meg volt adva, de az irodalomban eddig nem volt eset ismertelve.

A szerző ismerteti egy esetet, melyben a paratyphus-B-bacterium intrauterin átvitele kétségtelenül megállapított. Az anyán a graviditas 9. hónapjában — és pedig néhány nappal a szülés előtt — úgy a vérből, mint a faecesből sikerült kitenyészteni a paratyphus-B bakteriumot. A tejből nem voltak bacteriumok kitenyészthetők. Az egészségesnek látszó gyermek vérből, a szülés utáni második napon, tömegesen voltak kitenyészthetők paratyphus-B bacillusok, de streptococcusok is. A bélsárvizsgálat ekkor negatív volt. A gyermek a negyednapra beállott erysipelas következtében 5 napos korában elhalt; röviddel a halála előtt már a bélsárból is tömegesen voltak paratyphus-bacteriumok kitenyészthetők. A boncoláskor a szív, vér, epe, vizelet és lépnedv bőven tartalmaztak paratyphus-bacteriumokat. A szerző szerint kétségtelen, hogy a fertőzés intrauterin történt per os. E mellett szól a bacteriumok gyors elterjedése a vérben és az első bélsárvizsgálat negatív eredménye. A paratyphus-sepsis már régebbi fennállása, azaz intrauterin keletkezése mellett szól az erősebben megnagyobbodott lép is.

A szerző szerint minden lázas szülőnőn, ha a láz oka ismeretlen, bakteriologiai vérvizsgálat végzendő. A leggyorsabban célhozvezető a vérkultúra (vérepe-bouillon és véragar). (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 31. sz.)

Szász Erzsé dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **supersan** nevű újabb készítmény nem más, mint menthol-eucalyptol, mely antipyrin és antifebrin is tartalmaz. Ismeretes, hogy a menthol-eucalyptolt intraglutaealis befecskendezés alakjában tuberculosis ellen *Berliner* ajánlotta évekkel ezelőtt. Azóta *Technau* a postoperatív pneumonia megelőzésében látott tőle jó eredményt s ezt mások is megerősítették. Ujabban pneumonia crouposa, pertussis és puerperalis sepsis eseteiben is kedvező eredménnyel használták. Tuberculosis eseteiben 1 cm³, pneumoniában 1—1½ cm³, puerperalis sepsis eseteiben 2 cm³ fecskendezendő be. Gyermekeknek 0.2—0.5 cm³ az egyszeri adag. A kivételesen előforduló beszűrődés a befecskendezés helyén leggyorsabban a következő folyadék bedörzsölésével szüntethető meg: Rp. Jothioni 1.0, Olei olivarum 9.0. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1916, 20. sz.)

Izületcsúz eseteiben *Halbey* nagyon jó eredménnyel használja a melubrin 50%-os oldatát intravenás befecskendezés alakjában. Heveny esetekben gyorsan és biztosan hat, idősült esetekben pedig attól függ az eredmény, vajon vannak-e már destructiv ízület-elváltozások. Az eljárás egyszerű,

káros hatása nincs, ambulanter is végezhető. Eleinte 1 cm³-t használt a szerző, később azonban — tapasztalván a nagyobb adagoknak is teljesen ártalmatlan voltát — 3—5 cm³-t adott egyszerre 1—3 naponként. Néha az első injectio után a fájdalmak fokozódtak, a további injectiók után azonban javulás következett be. (Therap. Monatshefte, 1916, 5. füzet.)

A massage alkalmazásával használatos zsiradékok (olaj, vaselin, folyékony paraffin) pótlószere gyanánt *Müller* a lichen irlandicus-ból (carrageen) készült kocsonyaszerű anyagot ajánlja, a mely következőleg készül: 50 gr. lichen irlandicus (carrageen) 1¼ liter vízzel főzünk, majd átszűrjük és hideg helyre állítjuk. Ily módon egy kiló, majdnem teljesen átlátszó, meglehetősen szilárd kocsonyát kapunk, mely a bőrön rögtön szétfolyik. Előnye, hogy még sikamlósabb, mint bármely zsiradék, a bőrt semmiképpen sem izgatja, nagyon tiszta a vele való bánás és végül rendkívül olcsó, a mennyiben egy kiló körülbelül 20 német fillérbe jön, míg a paraffin és a vaselin jelenlegi ára kilónként 8—10 márka. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 23. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 23. szám. *Máthé Lajos*: Tapasztalataim a sebkezelés körül. *Jáhn József*: Jelentés az országos királyi vegyészeti intézet működéséről.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 23. szám. *Zsakó István*: Több nemzedéken kimutatható öröklés néhány esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Nagy Mária* dr.-t Krassó-Szörény vármegye közkórházához másodorvossá nevezték ki.

Választás. *Guttman Lipót* dr.-t Nagymihály város orvosává választották.

Meghalt. *Löcherer Tamás* dr., a gömörmezei közkórház igazgató-főorvosa, 60 éves korában, Rimaszombatban. — *Schreiber Jakab* dr. kizsombori körorvos, tartalékos honvédfőorvos, a ki Przemysl elestével orosz fogságba jutott, 37 éves korában Jaranszkban (Wyatka kormányzó-ság) április 20.-án. — *Ferenczy Emil* dr. cs. és kir. főorvos az északi harcsteren néhány napi betegeskedés után. — *P. V. Bruns*, a tübingeni egyetem nyugalmazott tanára, jeles sebész, különösen a hadi sebészet terén elismert tekintély, 69 éves korában. *Bruns* orvosi családból származott, már az apja, *P. V. Bruns* is kiváló sebész volt, a ki különösen a gégeorvostan és gége-sebészet terén szerzett érdemeket.

Személyi hírek külföldről. A königsbergi élettani tanszéket *O. Weiss* dr. ottani magántanárral töltötték be. — *N. Reichmann* dr. jeni magántanár (belorvostan) rendk. tanár lett.

Lapunk mai számához *Richter Gedeon vegyészeti gyára, Budapest, X.* czég prospectusa van mellékelve.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkésülékek, frigortherapia, fűrdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

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

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

Dr. HALPERTH ÁKOS

KARLSBAD

HAUS HERZOG v. BRABANT

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriá-utca 34.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratórium. Álmatlanság, neurosisok, neuritidák, tabes dorsalis. — **benulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.**

RÖNTGEN- és VIII. orvosi készülékek

REINIGER GEBBERT és SCHALL R.-T.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. rendes tudományos ülés 1916 márczius 4.-én.) 321. lap. — A XVI. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 322. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VI. rendes tudományos ülés 1916 márczius 4.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

Közel emberfejnýi aneurysma femorale-nak érvarrattal operált és gyógyult esete.

Ertl János: K. S., 26 éves gyalogos czomblövést szenvedett 1915 márcz. 20.-án. Felvették az osztályra szept. 6.-án következő állapottal.

Gyógyult bemeneti nyílás a jobb térdkalács felső részén, gyógyult kimeneti nyílás a czomb hajlító oldalának alsó harmadán. A czomb alsó harmada majdnem emberfejnýire megnagyobbodott, a bőr az egész területen feszes, kissé oedemás, az egész daganaton kiterjedt pulsatio érezhető. A beteg járni nem tud, kisugárzó fájdalmaktól agyonsanyargott, úgy hogy egy ízben önmaga akarta a daganatát felhasítani.

A daganat a sérülés után egy hónapig nem volt ilyen nagy, csupán egy hónap után kezdett növekedni s érte el jelzett nagyságát. Nyilvánvaló, hogy haematoma communicans arteriosummal állottak szemben.

Műtét 1915 szept. 16.-án chloroform-aether-narcosisban, előzetes esmarchozás után. Behatolnak kissé ferde hosszanti metszéssel az adductorok és flexorok közé; feltárva a canalis adductoriust, rájönnek a nagy aneurysmazsákra, melyet izolálása után felhasítanak, mikor is sok véralvadék ürül belőle, mely a periphéria felé szervülő rétegzettséget mutat. A főregtől distalisán egy kisebb kiöblösödést látnak. Az aneurysmazsák fenekén végigfut a megvastagodott arteria femoralis, melyen elül s hátul egy-egy 1—1½ cm.-nyi hosszanti, lövegtől származó rés van. Ettől distalisán a kisebb kiöblösödés területén még két lencseszerű defectust találnak. A defectusokat tovaftató varratokkal zárják. Az Esmarch-cső levétele után, meggyőződve a varratok jó tartásáról s a kellő circulatióról, a varratot még egy izomlebenynyel biztosítják. Az aneurysma külső szervült tömlőjét a lehetőségig kiirtják, a sebet zárják. A seb alsó polusába draint tesznek.

Fonalkiszedés a 8. napon, a seb per primam gyógyult. A 14. napon beteg mankókkal járni kezd.

A műtéti lelet alapján nyilvánvaló, hogy egy különlegesebb aneurysmával van dolguk, még pedig haematoma communicans arteriosum bisaccatummal (*Verebély*). Létrejöttére már az anamnesisből is egy fontos aetiológiai momentumot jegyezhető fel, ugyanis eredetileg maga az egész aneurysma nem volt ilyen nagy, csak egy hónap múlva hirtelenül érte el ezen nagyságát. Ezen körülmény s a műtéti lelet alapján méltán gondolhatni arra, hogy az eredeti aneurysmafalban lefutó distalis collateralisok az intrasaccularis nyomás következtében mindjobban összenyomódtak s a szervülő aneurysmafállal szerves összeköttetésbe léptek. Az aneurysma lassú nagyobbodása következtében pedig a főverőérrel való eredési helyükről lassan leszakítottak s a főverőérnek ezen secundaer laesiója idézte elő a másodlagos kisebb aneurysmát. A két praeformált kör alakú nyílás, a mely éppen egyezik az arteriae genu superiores eredésével, e feltevést igazolni van hivatva.

Jelenleg a láb teljesen megerősödött, a beteg jól jár s úgy a dorsalis pedis, mint a tibialis postica felett erőteljes pulsus érezhető. A beteg teljesen gyógyulva hagyja el a kórházat.

Aneurysma brachiale-nek circularis érvarrattal operált és gyógyult esete.

Ertl János: H. S. 1914 szept. havában bal felkarlövést szenvedett, sebe 3 hét alatt begyógyult, századánál újból szolgálatot is teljesített. Állapota azonban lassan rosszabbodott, keze megdagadt, állandóan livid volt, kisugárzó fáj-

dalmái voltak, ezért újból kórházba küldték. Kórházukba április 30.-án vették fel a következő állapottal:

Gyógyult bemeneti nyílás a bal felkar medialis felszínének közepén, gyógyult kimeneti nyílás a lat. oldalon. A bemeneti nyílás táján lúdtojásnyi, keménytapintatú, pulzáló daganat, mely felett a bőr feszes, fájdalmas.

Műtét május 10.-én.

Chloroform-aether-narcosisban behatolnak a sulcus bicipitalisba, majd izolálják az egész aneurysmát, ideiglenesen leszorítják a proximalis és distalis eret s az egész aneurysmát en masse kiirtják, a két ércsonkot behajlított kar mellett circularisan összevarrják, majd a klammerek levétele után meggyőződve a jó keringésről és pulsatióról, a varratokat szabad fascialebenyével biztosítják, a sebet pedig lege artis bevarrják.

8-ad napra a seb per primam gyógyult. Jelenleg a beteg mint teljesen gyógyult teljesít szolgálatot s radialis-pulsusa jól érezhető.

Ulnaris- és medianus-hűdéssel kombinált aneurysma brachiale-nek circularis érvarrattal és neurolysis-sel operált és gyógyult esete.

Ertl János: G. I. bal felkarlövést szenvedett 1915 május 24.-én. Kórházukba felvételét augusztus 2.-án a következő állapottal:

A bal felkar belső felszínének alsó harmadán levő gyógyult bemeneti nyílás táján lúdtojásnyi pulzáló daganat van, melynek környéke igen fájdalmas. A fájdalmak az alkarra, a kézre kisugároznak. Typusos medianus- és ulnaris-hűdés van jelen izomatrophiaikkal. Ujjait — kivéve hüvelykujját — és kezét mozgatni nem tudja.

Műtét augusztus 10.-én.

Chloroform-aether-narcosisban behatolás a sulcus bicipitalisba, kipraeparálják az aneurysmát, melynek falába ágyazva, hozzáöve s lapszerűen összenyomva találják a nervus medianust, melyet felszabadítanak. Az aneurysmát kiirtják, az ércsonkokat behajlított kar mellett circularis varratokkal egyesítik, majd meggyőződve a keringés jó voltáról, a circularis varratokat fascialebenyével biztosítják.

Nyolcz nap múlva varratkiszedés, a seb per primam gyógyult. A pulsus érezhető.

Okt. 25.-én egy másik ülésben a bemeneti nyílás hegyébe ágyazott ulnaris-neuromát operálják meg localanaesthesiában. Neurolysis-t végeznek, a heget kiirtják, a reszekált idegrostokat összevarrják s az egészet izomlebenyével mansetta-szerűleg fedik.

Nyolcz nap múlva a seb primam gyógyult.

Jelenleg pulsusa elég jól érezhető, az ideglelet Kövesi szerint a következő: az ulnaris és medianus területén részleges hűdés, kífokú hűdés a radialis területén. Jelenleg kezét, ujjait tudja használni.

A lapoczká testéből fejecsresectióval eltávolított és haematoma communicans-t okozott löveg.

Ertl János: F. S. főhadnagy bal felkar- és válllövést szenvedett 1915 május 11.-én. Felvételt május 16.-án a következő állapottal:

A bal felkar felső harmadának külső felszínén borsónyi bemeneti nyílás, melyből véres- savós váladék ürül. A vállizület duzzadt, zölde-kékes, a duzzanat a felkarra is ráterjed, a felkarcsont nyaka törve.

Röntgen-lelet: A caput humeri alatt darabos törés, a cavitas glenoidalis irányában hegyével lefelé álló projectil, mely nem befolyásolható, a kar mozgásait nem követi.

Műtét 1915 augusztus 29.-én.

Chloroform-aether-narcosisban a vállizületet Dollinger szerint tárjuk fel. A caput humerit teljesen elpusztulva találjuk, reszekáljuk, a golyót a cavitas glenoidalis közepén behatolva,

a lapoczká testéből eltávolítjuk. A felkarcsontban levő lőcsatornából állandóan venosus vérzés áll fenn, mely kommunikáló haematoma jellegénél fogva valószínűleg a humeruson haladó valamely vena comitansból származik. A vérzést tamponálással szüntetjük, a tampon felett az ízületet rekonstruálva lege artis zárjuk.

Nyolczadnap a varratokat eltávolítjuk, a bevarrt rész per primam gyógyult. A tampont meglazítjuk. Augusztus 7.-én hirtelen vérzés, a vér a kötésen teljesen átüt. A beteget sterilen előkészítjük, a sebet kissé feltárjuk; kifejezett extravasatiót nem találunk. A sebet újból tamponáljuk s a lágyrészeket néhány silkvarrattal egyesítjük.

Ötödik napon tampon-eltávolítás, vérzés nincs. Nyolczadnap varrat-eltávolítás, a seb per primam gyógyult.

A beteg, daczára komplikált sérülésének, aránylag igen jól gyógyult s már hosszabb ideje szolgálatot is teljesít. Jelenleg a műtét hege síma, majdnem teljesen linearis. Az ízület mozgásai aránylag elég szabadok. Előre nyolczvan fokig tudja emelni a kezét, passive százig, hátrafelé 45, passive 60, abduálni 40, passive 90 fokig. Mindkét kar körfogata egyforma, az izomzat kissé petyhüdt. Az izomerő aránylag igen nagy, a beteg állítása szerint operált karjával 20 kilót is fel tud emelni.

(Folytatása következik.)

A XVI. sz. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

(Folytatás.)

Ifj. Hahn Dezső: 1. Penetráló hassérülés két gyógyult esete.

a) D. M., 36 éves orosz gyalogos előadja, hogy 1915 decz. 29.-én gyalogsági fegyvergolyó által megsebesült. A bemeneti nyílás a bal glutaecalis táj felső részében, a kimeneti nyílás pedig a köldöktől 3 harántujnyira jobbra volt látható. A beteg sebesülése után egyetlen egyszer sem hányt, szelek mentek tőle, széke azonban csak 3 nappal sebesülése után volt. Osztályunkra 1916 jan. 20.-án vétetett fel, a midőn már teljesen egészségesnek látszott és a vizsgálat semmiféle objectiv elváltozást nem mutatott. A bélpassage teljesen szabad, a mit a Röntgen-vizsgálat megerősített. Különösen kiemelendő, hogy a beteg sebesülése előtt 48 órán keresztül egy kis darab czukron kívül semmit sem evett és nem is ivott.

b) M. B., 20 éves orosz gyalogos. 1915 decz. 29.-én gyalogsági fegyver által sebesült meg. Az egyik golyó jobb lábszáran találta és csonttörést okozott, a midőn is a hátára esvén, egy második golyó találta, a melynek bemeneti nyílása az epigastrium bal oldalán, kimeneti nyílása pedig a jobb glutaecalis tájon volt látható. A betegnek két nappal sebesülése után haematemesise volt, egyébként szelek mentek tőle, semmiféle peritonealis jel nem volt. A beteg előadja, hogy 48 óráig (ugyanis az előző beteggel egy ezredben szolgált) sebesülése előtt sem nem evett, sem nem ivott. A Röntgen-vizsgálat szerint a gyomor kissé jobbra van húzódva, egyébként a duodenum, a pylorus teljesen szabad. A bemutató ezen két esete kapcsán az irodalomban ismertett adatok felhasználásával kifejti, hogy a hassérülések prognosist illetően mily fontos, hogy a gyomor-béltractus nagyobb ütközetek előtt lehetőleg ne legyen túlságosan megterhelve. A demonstrált két beteg anamnesisében szereplő 48 órai éhezés a bemutató véleménye szerint a sima, zavartalan gyógyulásban nagy szerepet játszott.

2. Aneurysma varicosum operált és gyógyult esete a nervus femor. neurolysisével.

K. M., 34 éves orosz gyalogos 1915 szept. 10.-én sebesült meg Galicziában. Körülbelül 3 hétig tartó kórházi ápolás után okt. 9.-én osztályunkra vétetett fel. Előadja, hogy egy roham alkalmával jobb czombján megsebesült. (A beteg a műtét előtt is már demonstráltatott.) A jobb czomb alsó har-

madának felső részén a medialis oldalon már tapintással is jól érezhető állandó surranás, valamint jól látható pulsatio észleltetett a betegen. Ezenkívül a végtagban fájdalom, fáradtság és zsibbadás érzése volt jelen. 1916 jan. 17.-én a bemutató a beteget megoperálta, a midőn az art. és vena femoralist közvetlen a sérülés felett lekötötte és a nervus femoralist a hegekből kiszabadította. A műtét alkalmával feltűnt, hogy a vena femoralison zsákszerű kitüremkedés volt jelen, a mely az art. femoralis lüktetését átvette. A bemutató ezen esete kapcsán az aneurysma arteriovenosumnak ezen ritkábban előforduló alakjait bővebben ismertette.

3. Izomsequester esete.

A. G. orosz gyalogos 1915 szept. 14.-én Galicziában fegyvergolyó által sebesült meg. A golyó a bal fossa poplitea táján hatolt be s 38 napig maradt a lábszáran, a midőn a lábszár külső oldalának felső harmadán minden beavatkozás nélkül távozott. A munkácsi kórházban kb. 10 incsiót végeztek a végtagon tályogok miatt. A beteg sebei- nek gyógyulása közben osztályunkon typhust kapott. Typhusból való gyógyulása után a bal lábszáron tályog képződött, a melynek feltárása közben a musculus tibialis anticusnak körülbelül 10 cm. hosszú darabja sequestereződött. (A készítmény demonstrálása.) Johann tanársegéd vizsgálata szerint az izom el volt halva, azonban Zenker-degeneratio nem volt jelen.

4. Végbélsérülés esete.

M. P., 22 éves orosz gyalogos 1915 áprilisban a Kárpátokban sebesült meg. A golyó behatolt a bal crista ilei táján és a jobb glutaecalis tájt súrolva távozott. Felvételekor a végbél körüli lágyrészek nagyfokú zúzódása volt jelen, a végbél analis része környezetétől le volt választva és a rectum fala 6—7 cm. hosszúságban átszakítva. Ezenkívül az os ischiadicum szilánkos törése kostatáltatott. A betegen sérülése óta incontinentia állott fenn. A bemutató a lehúzott végbél falát összevarrta s az anust a még meglevő lágyrészekhez fixálta a csontsequesterek eltávolítása után. A beteg kb. 1 hónap múlva kezdte érezni székét s jelenleg végebele teljesen jól működik.

5. Tüdő- és májsérülés esete.

L. J., 22 éves orosz gyalogos fegyvergolyótól sebesült meg, a mely a sternum közepén hatolt be s a jobboldali X. bordánál távozott az axillaris vonalban. A betegen empyema miatt a IX. bordát reszekálni kellett. Hat héttel a műtét után rázóhideg kíséretében a resectio helyén át zavaros epeömlés állott be, mely körülbelül egy hétig tartott s spontán megszűnt. Bemutató szerint a pleuráról az infectio a diaphragma lött sebén keresztül a máj lött sebére terjedt át s ott egy nagyobb epeút megnyílása következtében epesipoly képződött.

6. Dermoidcysta operált esete a nyakon.

K. V., 28 éves orosz. Évek óta a gége táján daganatot vesz észre, a mely a beteg felvételekor körülbelül diónyi volt. Bemutató a nyakon vezetett harántmetszéssel a daganatot eltávolította. A histologiai vizsgálat dermoidcysta diagnosist állapított meg.

(Folytatása következik.)

Természetes gyógyfürdők házi használatra!

1. Orvosok által kitűnőnek elismerve! 2. Legegyszerűbb alkalmazás tabletta alakban. 3. Legtisztább és kúraszerű kihasználása a természetes fürdők gyógytényezőinek. 4. Legkényelmesebb és legolcsóbb eljárás. 5. Bevált és általánosan elismert természeti termékek: Természetes sós (Soole-) fürdők — Kén-sav fürdők — Fenyőtűfürdők — Szénsavas fürdők à la Nauheim és egyéb különféle gyógyfürdők, valamint belélegzési készítmény.

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

Az orvos uraknak minták és irodalom díjmentesen áll rendelkezésre. Kapható minden ásványvízkereskedésben, gyógyszerárakban és közvetl. az alólírott által

Dr. W. Sedlitzky, Hallein.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY

EGYET. TANÁR ÉS

SZÉKELY ÁGOSTON

EGYET. TANÁR

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Issekutz Béla: Közlemény a Ferencz József tud.-egyet. gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr., egyetemi tanár.) A digitalis-level hatóanyag-tartalmának mérése biológiai úton. 324. lap.

Pogány Ödön: Közlemény a csász. és kir. XVII. számú helyőrségi kórház fülészeti osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos.) A helyi érzéstelenítés a fülsebészetben. 325. lap.

Ország Oszkár: Közlés az Erzsébet királyné-sanatorium (Igazgató-főorvos: Scharl Pál) férfi-osztályáról. Lázas tertiaer bujakór érdekes gyógyult esete. 328. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Kolle und Hetsch: Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten. — Lapszemle. Belorvostan. Rumpel: Genyes stomatitis. — *Sebészet.* Flebbe: Billroth-battist helyettesítése olajba áztatott papírral. — Heinen: A genyes sebek 1%-os acetonszódaoldattal kezelése. — Orr, garat- és gégebajok. Kafemann: A felső légutak lövési sérülései. — *Kisebb közlések az orvosi gyakorlatra.* Posner: Urológiai eszközök sikamlóssá tévése. — Schleissner: A vörheny egy késői tünete. 331–333. lap.

Magyar orvosi irodalom. 332. lap.

Vegyes hírek. 332. lap.

Tudományos Társulatok. 334–336. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr., egyetemi tanár.)

A digitalis-level hatóanyag-tartalmának mérése biológiai úton.

Irta: Issekutz Béla dr., egyetemi magántanár.

Valamely drog hatóanyagának mérése legbiztosabban vegyi úton történik, úgy hogy a kérdéses anyagot a drogból quantitative előállítjuk és mérjük. Ez az út azonban csak azoknál a drogoknál követhető, a melyek hatóanyagait pontosan ismerjük s könnyen elő tudjuk állítani; és még ezek között is csak azokról nyerhetünk teljesen pontos megbízható eredményt, a melyek csak egy hatóanyagot tartalmaznak, mint pl. a semen colchici, a mely csak colchicint tartalmaz; sőt még a nux vomicanál és a china-kéregnél is megelégedhetünk a strychnin-, illetve a chinin-tartalom ismeretével, mert az ezeket kísérő mellékalkaloidák — jelenlegi tudásunk szerint — alig szerepelnek e drogok hatásában. Már az opiumnál a morphin-tartalom mérése nem teljesen elegendő, mert hiszen a mellékalkaloidoknak — a codeinnek, papaverinnek és narcotinnak — igen lényeges részük van a hatásban.

Egészen megbízhatatlanok azonban a vegyi meghatározások azoknál a drogoknál, a melyek hatóanyagait pontosan nem ismerjük, a melyeket quantitative előállítani nem tudunk, sőt ott is, a hol a hatás több különböző hatékonyságú anyagból tevődik össze.

Fájdalom, jelenleg még e csoportba tartozik egynéhány igen fontos, nem nélkülözhető drog: a digitalis, secale cornutum stb.

A digitalis-level vegyi alkotórészeinek tanulmányozásával az utóbbi 4 évtizedben számos jeles buvár (*Schmiedeberg, Kiliani, Kraft*) sokat fáradozott s mégis számos megoldatlan kérdés, felderítésre váró pont van ma is a digitalis kémia-jában.

A digitalis-level hatóanyagai: a *digitoxin* nevű, vízben nem oldódó kristályos glycosida, a *digitalein* és *gitalin* nevű vízben oldódó glycosidák; az előbbi azonban kétségtelenül több anyag keveréke, sőt legújabbban az utóbbi kémiai egységében is kételkednek.

Bár a legerősebb hatású anyag, a digitoxin, vízben nem oldódik, a drog vizes kivonatába, az infusumba, mégis átmegegy, a mint az ismételt pontos vizsgálatok bizonyítják. Ezt régebben úgy magyarázták — s ma is vannak még ennek hívei —, hogy a digitalis-level saponin-anyagai teszik a digitoxint vízben oldhatóvá s hogy ezek jelenlététől függ az infusumba való bejutása. Ezzel azonban nem egyeztethető össze az, hogy a digitalisnek olyan vizes kivonatai is tartalmaznak digitoxint, a melyeket a saponinektől megtisztítottak.

Gottlieb és Tambach szerint a digitoxint a drog csersavhoz kötve mint tannoglycosidát tartalmazza és ez a kettős glycosida vízben könnyen oldódik. Legutóbb *Kiliani* a digitoxinnak egy vízben oldódó modificációját — a β digitoxint — állította elő, s szerinte az infusum ebben az alakban tartalmazza azt. Viszont *Kraft* szerint a vízben jól oldódó gitalin nagyon könnyen átalakul anhydrogitalinná vagy hydrogitalinná, a melyek már vízben nem oldódnak.

A digitalis vegyi úton való értékmeghatározására egyedül a *Fromme-Keller*-módszert szokták használni, a mely lényegileg abban áll, hogy a drog alkoholos kivonatát ólomecszettel tisztítjuk, azután chloroformmal kirázzuk, ebből petroleumætherrel a digitoxint kicsapjuk s azután aether-petroleum-aether keverékkel való mosással tisztítjuk és mérjük.

Ez a módszer azonban egyáltalán nem adhat megbízható eredményt, egyrészt, mert a mit megmérünk, az nem tiszta digitoxin, hanem a mint *Kraft* kimutatta, digitoxinnak és gitalinnak különböző arányú keveréke; másrészt egyáltalán nem ad felvilágosítást arra nézve, hogy a drog a digitoxinon kívül mennyi gitalint és digitaleint tartalmaz. Pedig ezeknek kétségtelenül — éppen a vízben való könnyű oldékonyságuk miatt — nagy szerepük van a drog terapeutikai hatásában. Ezért csak az a vegyi módszer lenne alkalmas a digitalis hatékonyságának mérésére, a melynek segítségével egymás mellett quantitative tudnánk a drog digitoxin-, gitalin- és digitaleintartalmát mérni.

Azonban ilyen módszert alkotni eddig nem sikerült, s tekintve a digitalis bonyolult kémia-ját, valószínűleg egyhamar nem is fog sikerülni; ezért jelenleg csakis biológiai módszerek segítségével határozhatjuk meg több-kevesebb pontossággal a digitalis hatékonyságát. S ezt annál inkább kell tennünk, mert ha általában fontos az, hogy minden drog állandó hatóanyag-tartalommal álljon az orvos rendelkezésére, akkor kétszeresen fontos éppen a digitalis-levelnél, melynek

alkalmazása a betegágyánál a gyógyszeres therapia kétségte-
lenül egyik legszebb, de egyúttal egyik legnehezebb fel-
adata.

A digitalist a szív működésének és a vérkeringés zava-
rainak leküzdésére használják, naponta $\frac{1}{2}$ —1 gr.-ot adnak
belőle s a hatása rendszeren a 3.—5. napon szokott mutatkozni.
Némely esetben azonban a vérkeringés zavarai nem szűnnek
meg s ilyenkor az orvos nem tudhatja, hogy a digitalis hatás
elmaradásának okát a betegben keresse-e, mert lehet a beteg
szív izomzata annyira elfajult, hogy már nem tud a digi-
talis serkentő hatására reagálni, vagy lehet a vena portae
rendszerében olyan nagyfokú pangás, hogy e miatt a per os
adott digitalis hatóanyagai nem szívódnak fel, a mint ezt
Gottlieb és *Ogava* kísérletileg is bebizonyította, vagy pedig
a várt hatás elmaradásáért egyszerűen az alkalmazott digita-
list okolja-e, a mely lehetett rossz és gyenge. Azonnal nem
folytathatja a kezelést egy másik digitaliskészítménnyel,
mert könnyen cumulatíót, mérgezést okozhat, ha a beteg
szívizomzatban s nem az első digitalisban volt a hiba.

Egyrészt a gyógyító és mérgező adagok közelsége, a
cumulatio veszélye, másrészt a beteg szív reakcióképességé-
nek és a felszívódás gyorsaságának nagy különbségei, még
akkor is nagyon nehezé tennék a digitalis adagolását, ha
magának a drógnak hatékonysága teljesen állandó volna; de
mennyivel nehezebb s bizonytalanabb ez most, mikor a be-
tegen rejő ismeretlen, pontosan előre meg nem mérhető
tényezőkön kívül a dróg hatékonyságának nagyfokú ingado-
zásával is kell az orvosnak állandóan számolnia.

Már pedig a digitalis hatóanyagtartalma csakugyan nagyon
ingadozik. Függ az a termőhelytől: a németországi, külön-
sen a Harz-hegységben termő levél jóval erősebb, mint az
amerikai és angol, a vadon termő hatékonyabb, mint a ker-
tekben termelt; függ a gyűjtés idejétől: az egyéves növény leve-
lei kevesebb hatóanyagot tartalmaznak, mint a két éves
növényei, s ennél is a tölevelek sokkal szegényebbek, mint
a szárról eredő levelek. De különösen függ a dróg hatékony-
sága a szárítástól és eltartástól: ha a leveleket lassan szár-
rítják, akkor a bennük levő glycosidabontó enzimek a ható-
anyagokat elbontják, ellenben ha 80—90° C-on gyorsan,
esetleg vacuumban történik a szárításuk, akkor az enzimek
hamar elpusztulnak s a glycosidák bomlatlanul megmaradnak.
Az így szárított dróg hatékonyságát hosszú időn át (5—10
év, *Focke*) megtartja, ha világosságtól óva, szárazon, jól záró
edényben áll, ellenben a gondatlan, nedves helyen való tar-
tásnál néhány hónap alatt elromlik.

A jó drógból is készülhet rossz infusum, ha hossza-
sabban főzik a növényi savaknak közömbösítése nélkül;
80—90° C-on való kivonás 5—15 percig a hatóanyagoknak
nem árt. A kész infusum hatékonysága 2—3 nap alatt erő-
sen csökken, ezt azonban 5—10% alkohol hozzákeverésével
meggátolhatjuk (*Focke*).

Mindezeket nem vegyi úton, hanem biológiai érték-
meghatározások segítségével állapították meg.

A digitalis hatékonyságának mérésére biológiai mód-
szert alkalmazni már 1866-ban (*Hilton Fagge* és *Thos.*
Stevenson) megkísérelték, de azért nagyobb érdeklődést e
feladat csak 1901—1902-ben keltett, mikor egyszerre három
német laboratorium is megkezdte behatóan tanulmányozni
e kérdést (*Fraenkel-Gottlieb*, *Ziegenhein*, *Kobert-Wolf*) s
ugyanekkor Amerikában és Franciaországban (*Prevost-Jaquet*)
is jeles búvárok végeztek ez irányban kísérleteket. Ez idő
óta számosan foglalkoznak digitalis-értékmeghatározásokkal
és sokféle módszert dolgoztak ki. A legnagyobb tanulmányok
Focke-tól, *Gottlieb*-tól, *Schmiedeberg*-tól, *Holste*-tól, *Houg-*
thon-tól, *Halle*-tól stb. származnak.

A digitalis hatékonyságának mérésére az emlős állatokat
(kutya, macska, nyúl, tengeri malacz, fehér egér) ritkábban
használják, mint a békákat.

Az előbbieken vagy a legkisebb halálos adag megál-
lítására törekednek, vagy pedig a vérnyomás növekedésének
arányából igyekeznek következtetést vonni a készítmény erős-
ségére. A halálos adagok azonban annyira függnek a fel-

szívódás gyorsaságától s más halál-okoktól (pl. a lélekzés
bénulásától), hogy ezek segítségével még csak megközelítő
pontossággal sem lehet a digitalis-leveleknek a szívre való haté-
konyságát összehasonlítani. A vérnyomás emelkedése pedig
egyáltalán nincs arányban az adag nagyságával, gyakran
a kisebb adag jobban növeli a vérnyomást, mint a nagyobb.

Ezért ma már úgyszólván általában békákon szokták
összehasonlítani a digitalis-készítmények erősségét, mert
ezeknek szívéen könnyen észlelhető a digitalis hatás és pon-
tosan meghatározható a szív systolés megállásáig eltelt idő.

A békákon dolgozó módszereket két csoportra oszt-
hatjuk, a szerint, a mint a kísérleteket egész állatokon vagy
pedig kimetszett túlélő szíven végezzük. Az előbbieket (gyak-
rabban használják, mert egyszerűbbek) több alcsoportra oszt-
hatjuk az összehasonlítás alapjául szolgáló mérgezések idő-
tartama szerint; ismeretes a *Focke*-féle 10 perces, a *Gottlieb*-
féle $\frac{1}{2}$ —1 órá és a *Houghton*-féle 12 órás módszer.

*Focke*¹ 10%-os digitalisinfusumot fecskendez a gyepi
békák czombi nyiroktömlőibe, a mellkason kis nyílást vág s
ezen keresztül megfigyeli a szív systolés megállásának idejét.
Az állat súlyát (p) elosztva az adag (d) és a mérgezési idő
(t) szorzatával, a készítmény hatékonyságát kifejező valort (v)
kapja: $v = \frac{p}{d \cdot t}$, pl. ha egy 40 gr.-os béka szíve 1 cm³ 10%-os
infusumból 10 perc alatt áll meg, akkor $v = \frac{40}{1 \cdot 10} = 4$.

A valor kiszámításához *Focke* szerint csakis olyan kísér-
leteket szabad használni, a melyekben a szív 7—14 perc
alatt állott meg s legalább 4—5 kísérletből kell a középértéket
kiszámítani, a melynek 8 $\frac{1}{2}$ —10 perc között kell lennie.
A középértéktől erősen eltűő eredményeket ki kell hagyni a
számításból. A kísérlet kezdetén megállapítjuk a békák érzé-
kenységét úgy, hogy előbb 4—5 békának egy ismert valorú
próbakészítményt adunk. Ha a békák a rendesnél érzéke-
nyebbek mutatkoznak, vagyis ha a szívéük a kelletténél
kisebb adagtól már 10 perc alatt megállana, akkor a békák
lehűtésével, ellenkező esetben felmelegítésükkel az érzékeny-
ségüket a rendesre csökkentjük, illetve fokozzuk. A hő-
mérséklet szabályozását úgy végezzük, hogy a béka-
padokat melegíthetők, illetve hűthetők vízzel telt bádogszek-
rényre helyezzük.

Bár kétségtelen, hogy *Focke* előírásának pontos betar-
tása esetén módszerével, a mint magam is meggyőződtem,
jól egybevágó eredményeket lehet elérni: mégis két súlyos
kifogást lehet és kell e módszerrel szemben emelni.

Focke kénytelen igen koncentrált digitalisinfusumot
(10—20%) használni, mert hígabból olyan nagymennyiségű
folyadékot kellene a békák nyiroktömlőibe fecskendezni,
a mennyi ott nem férne el. Ha azonban 1 gr. levélből
10 cm³ vízzel készítünk infusumot, a hatóanyagok jelen-
tékeny része (kb. $\frac{1}{3}$) nem vonódik ki (*Schmiedeberg*,²
*Holste*³): hatóanyagokkal telített vizes oldat keletkezik, mely
többet nem tud belőle oldani. Ha azonban telített olda-
tokkal dolgozunk, megeshetik, hogy ezek az infusumok
olyankor is egyforma erősségűek, mikor a kivonáshoz hasz-
nált levelek hatóanyagtartalma lényegesen különböző, mert
mindegyikből egyenlő mennyiséget oldanak ki.

És valóban *Schmiedeberg*, kit a német birodalmi egész-
ségügyi tanács 3. digitalispróbának vizsgálatával, melyeket
Focke egyenlő erősnek talált, megbízott, kimutatta, hogy
ez egyik próba 33%-kal gyengébb hatású volt, mint a másik
kettő.

Focke azt kívánja, hogy a békaszív 8—10 perc alatt
álljon meg systolében; ilyen rövid idő alatt azonban egy-
általán nem szívódhatik fel az egész méregoldat s ezért a
beadott méregnek mindig csak egy része hat. Ez a rész
pedig a felszívódás gyorsaságában levő nagy eltérések szerint
igen különböző lehet.

Focke módszerének mindkét hibáját kiküszöböli *Gott-*
*lieb*⁴ eljárása, ki eredetileg $\frac{1}{2}$ órát, újabban 1 órát szab
meg a mérgezés időtartamának. Hat-hat kb. 30 gr.-os béká-
nak nyiroktömlőjébe fecskendez a híg (1—2%-os) digitalis-

Bei nervösen Erregungszuständen
(auch Herz- und Gefäßneurosen)
sowie nervöser Schlaflosigkeit
seit Jahren bewährt

Bromural-Tabletten

als kräftiges Sedativum

3—4 mal täglich 1—2 Tabletten in kaltem Wasser;

als unschädliches Einschläferungsmittel

3—5 Tabletten in heißem Zuckerwasser oder
dünnem, heißem Tee kurz vor dem Schlafengehen
(in vielen Fällen genügen auch schon 2 Tabletten).

Rp. Bromural-Tabletten 0,3 g
Orig.-Packung No. XX oder No. X.

**Beim Vergleich der Wirkung mit ähnlichen (meist
0,5 dosierten) Präparaten beachte man, daß die
Bromural-Tabletten nur 0,3 g Substanz enthalten.**

Vorzüge: **Unschädlichkeit**

wie aus zahlreichen Veröffentlichungen hervorgeht;

Keine Angewöhnung

auch nicht bei lange fortgesetztem Gebrauch;

Keine Bromwirkung

die Wirkung beruht auf der Baldriankomponente;

Keine Neben- oder Nachwirkungen

wie z. B. Benommenheit, Kopfweh.

KNOLL & Co, LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

Bitte wenden!

Bei Kreislaufstörungen

haben sich nach einer reichhaltigen Literatur
sowohl bei einzelner als auch bei kombinierter
Anwendung in hervorragender Weise bewährt

Digipuratum und Diuretin.

Beide Präparate sind – in Originalpackung ver-
schrieben – als ökonomische Verordnungen in der
Kassenpraxis anerkannt und erweisen sich stets

von zuverlässigster Wirkung

cf. Knoll's Tabellarium über Kreislaufstörungen.

Rp. Digipuratum-Lösg. z. Einnehm.
10 cem Orig.-Packg.

Rp. Diuretin-Tabletten 0,5 g
Orig.-Packg. No. XX.

Rp. Digipuratum-Tabletten 0,1 g
Orig.-Packg. No. XII
oder No. VI.

KNOLL & CO, LUDWIGSHAFEN AM RHEIN.

infusumból fokozatosan csökkenő adatokat s így megállapítja azt a legkisebb adagot, a mely 6 béka közül legalább 5-ön 1 óra alatt systolés szívmegállást okoz. Ezt az adagot „békaegységnek” nevezi. A jó minőségű digitalis 50–80 békaegységet tartalmaz.

Houghton⁵ még jobban kiterjeszti a mérgezés idejét s azt az adagot keresi, a mely 12 óra alatt pusztítja el a békát.

E módszerek higabb infusumok alkalmazását is megengedik, a felszívódásra is elég időt hagynak, de viszont nem fordítanak olyan gondot a hőmérséklet szabályozására, mint Focke.

A Gottlieb-féle békaegység meghatározásának azonban csak akkor lenne gyakorlati értéke, ha a békák nagy általánosságban mindig egyforma érzékenyek volnának a digitalisanyagok iránt.

Természetesen nem lehet kívánnunk azt, hogy minden egyes békát ugyanaz az adag teljesen egyenlő idő alatt mérgezzon meg, mert hiszen mihelyt élő szervezetet használunk a quantitativ meghatározásunkban indicatorul, azonnal kell számolnunk az egyéni különbségek okozta ingadozásokkal. Még a legegyszerűbb egysejtű élőlényeknél, pl. a bakteriumoknál is találkozunk egyéni különbségekkel, mert hiszen pl. ugyanazon ültetésnek bakteriumai valamely desiniciens szerben nem egyszerre pusztulnak el. Mennyivel inkább természetes ez az olyan komplikált szervezetnél, a milyen a béka, a hol az anyag felszívódásának gyorsasága, a véráramlás sebessége, a vér és a mérget megkötő anyagok mennyisége, a szív súlyának a test súlyához való aránya, a máj, az ovariumok stb. nagysága, az állat tápláltsága, a hőmérséklet, a szívverés szaporasága stb., mind lényeges befolyást gyakorolhat a mérgezés időtartamára.

Minthogy ezen tényezők között sok olyan van, mely évszakonként változik, természetes, hogy a békák digitalis iránti érzékenysége is változik. Gottlieb⁴ és Hale⁶ újabban kimutatta, hogy a békák a téli hónapok alatt 30–50%-kal érzékenyebbek, mint nyáron; pl. Gottlieb kísérleteiben ugyanaz a digipuratum, mely két egymásutáni télen 8–10 békaegységű volt, a közbeeső májusban csak 4–5 békaegységet mutatott.

Tehát ha az ingadozó hatékonyságú digitalis-levelet digitalissal mérjük össze állatokon, melyek érzékenysége évszakonként változik: bizonytalan ingadozó értékkel dolgozunk s ezért valamely digitalis hatékonyságát határozott standard-számmal nem fejezhetjük ki. Ezt csak úgy érhetjük el, ha a digitalisinfusumot jól definiált tiszta kristályos s ezért természetesen állandó hatású anyaggal, pl. kristályos digitoxinnal vagy strophanthinnal hasonlítjuk össze s megállapítjuk, hogy egy bizonyos digitalisból pl. 100 gr. hány gr. digitoxinnal vagy strophanthinnal egyenlő erős hatású. Így olyan arányt kapunk, mely — ugyanazon kísérleti feltételek mellett — teljesen változatlan, nem függ a békák érzékenységétől s éppen ezért jól használható a különböző digitalisok összehasonlítására.

(Folytatása következik.)

Közlemény a csász. és kir. XVII. számú helyőrségi kórház fülészeti osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos.)

A helyi érzéstelenítés a fülsebészetben.

Irtó: Pogány Ödön dr., ezredorvos, osztályos orvosfőnök.

A localis anaesthesia mindjobban kiszorítja az általános narcosist a sebészetből. Mondhatni, hogy a modern chirurgia legnagyobb és legörvendetesebb haladása ez. Maholnap szabály lesz, hogy ahol helyi érzéstelenítéssel operálhatunk, ott nem szabad az általános narcosist alkalmazni, még akkor sem, ha a beteg túlzott idegességből, félelemből vagy szeszélyből kívánja. Való az, hogy a helyi érzéstelenítéssel ma már a legtöbb műtétet absolute érzéstelenül tudjuk végezni. Ez alatt azt értem, hogy a betegnek, kezdve az első injectio

adásától egészen a műtét végéig, semmi néven nevezendő fájdalom nincs.

Bár régebb idő óta ismeretes a fülműtétek localis anaesthesiája, a gyakorlatban ritkán alkalmazták, főleg azért, mert a radikális műtét alkalmával a dobűr érzéstelenítése nehezen volt keresztülvihető. E nélkül pedig az érzéstelenítés tökéletlen.

Az első, ki a fülműtétekhez helyi anaesthesiát alkalmazott, Alexander volt. („Ueber die Eröffnung des Warzenfortsatzes in Schleich'scher Lokalanästhesie.“ Wiener klin. Wochenschrift, 1901, 33. sz.; „Zur Frage der Ausführung der Radikaloperation mit Schleich'scher Infiltrationsanästhesie.“ Arch. f. Ohrenheilk., 1902, 57. köt., 1.—2. füzet). Irt még e kérdésről Frey 1903-ban („Die Lokalanästhesie bei Eingriffen am Gehörorgan.“ Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk.); Neumann („Ueber Lokalanästhesie in der Otorrhinologie.“ Deutsche med. Wochenschrift, 1906, 15. sz. „Antrotomien und Radikaloperationen in Lokalanästhesie“ (Zeitschrift f. Ohrenheilk., 1906, 51. köt.); Tiefenthal („Zur Anästhesierung des Trommelfells und der Paukenhöhle“ Münchener med. Wochenschrift, 1909, 13. sz.); Kulenkampff („Die Radikaloperation des Ohres in Lokalanästhesie.“ Beitr. zur klin. Chir., 1913); Passow és Claus (Operation an Ohr, Nase und Tonsillen) Braun-Bier-Kümmel: Chirurg. Operationslehre, 1. kötet. Leipzig, 1913.); Voss („Lokalanästhesie am Ohr“, 1911).

Midőn specialis fülészeti érzéstelenítő módszerről beszélünk, akkor mindig radikális operációról van szó, mert az egyszerű antrotomia érzéstelenítése nem más — mire még később visszatérek —, mint a proc. mastoideust fedő csont-hártya és lágyrészek infiltrációja.

A radikális műtét alkalmával eddig használt legismertebb és legtökéletesebb módszer Neumann módszere volt. Lényege az, hogy Eichen, illetve Laval szerint a fülkagyló hátulsó felszínét és a proc. mastoideust fedő lágyrészeket infiltráljuk és ehhez Neumann hozzáfűzte az ő dobhártya- és hallócsont-érzéstelenítő módszerét: egy-egy injectio a külső hangvezető mind a négy falába, a periosteum alá. Neumann módszere közismertté vált és jó sikerrel alkalmaztuk is, ha szükség volt rá. De nem lett állandóan használva és nem szorította ki az általános narcosist, mert a dobűr érzéstelenítése sokszor tökéletlen volt. Az egyszerű Neumann-féle érzéstelenítéskor nagyon sokszor csak 20% cocain behelyezéssel lehetett a műtétet folytatni s akkor is tökéletlenül. Maga Braun (Die Lokalanästhesie stb., 1914) ezt mondja a Neumann-féle eljárásról, melyet pedig a legtökéletesebbnek tart: „Absolute schmerzlos ist nur nach sachgemäss ausgeführter Injektion der Weichteilschnitt, die Ablösung des Periosts, die Auslösung des häutigen aus dem knöchernen Gehörgang, die Gehörgangsplastik Weniger zuverlässig ist die Anästhesie der Paukenhöhle“, pedig itt van a tulajdonképpen radikális műtét, a többi csak lágyrész-műtét. A gyógyulás szempontjából ab ovo fontos a dobűr részletek pontos és aprólékos kitisztítása. Nem szabad, hogy a local-anaesthesia a műteti eredmény rovására essék.¹

A dobüreg idegellátása a következő:

A dobhártya és a dobüreg érző idegei a trigeminus 3. ágának érző rostja, e mellett még szerepelnek a sympathicus és a glossopharyngeus. A sympathicusnak mint érzőidegnek semmiféle szerepe sincs. Marad tehát a glossopharyngeus és a trigeminus.

A dobhártya s a dobűr idegellátásában a következő idegek szerepelnek:

¹ Neumann eredeti közleményében („Antrotomien und Radikaloperationen in Lokalanästhesie“, Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1906) 10 radikális műtét történetét közli. Ezek közül 1 esetben abba kellett hagyni a műtétet a nagy dobűr fájdalom miatt. Egy másik esetben, dacára a 20%-os cocainbehelyezésnek, igen nagy fájdalmak voltak. 3 esetben 20%-os cocainnak a dobűrbe helyezése után semmi fájdalom. 1 esetben nagy fogfájás, a hangvezetékfal leemelése fájdalmas, a dobűr fájdalmas. 1 esetben fájdalmas a bőrmetszés a csúcson, az antrum megnyitása, a tuba kikaparása s a plastika-készítés. 1 esetben a facialis-dudor lesimitásakor fogfájás s csekély fájdalom a dobűr kikaparásakor. Marad 3 eset, mely a Neumann-féle érzéstelenítő eljárással absolute fájdalommentes volt.

1. A glossopharyngeus ágai:

a) ramus tympanicus, mely részt vesz a plexus tympanicus alakításában.

2. A trigeminus 3. ága, melynek részei:

a) n. spinosus vagy recurrens, mely az idegnek a foramen ovaleból való kilépése után visszafut s a fissura petrosquamosán keresztül érző ágakat ad az antrumba és a csecsejtekhöz;

b) a ganglion oticum útján részt vesz a plexus tympanicus alkotásában;

c) a n. meatus audit. ext. útján ellátja a dobhártyát (ramus membr. tymp.).

Közfekvő volt tehát a gondolat, hogy a dobür érzéstelenítése céljából a trigeminus 3. ágát kell érzéstelenítenünk. Természetes, hogy egy lehetőség lenne még: a glossopharyngeust is érzésteleníteni. De a glossopharyngeus anatómiai helyzete miatt nehezen közelíthető meg s a vagussal közös hüvelyben futva, a vagus érzéstelenítésével a szív részéről kellemetlen tünetektől tarthatnánk. *Hirschel*-nek sikerült az alsó állkapocs izületi nyúlványa és a csecsenyúlvány között a glossopharyngeust érzésteleníteni, de ez nem az agyalaapon való kilépés után, hanem már peripherián történt. *Braun*-nak ez nem sikerült és ő helyesen jegyzi meg, hogy kérdés, vajon *Hirschel*-nek ezen peripheriás eljárása érzésteleníti-e a glossopharyngeustól magasan kiinduló dobüri ágakat.² A klinikai tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a glossopharyngeus érzéstelenítése nélkül, a trigeminus 3. ágának vezetési érzéstelenítésével egyedül is elérhető a dobür teljes érzéstelenítése. S úgy látszik, hogy a dobür érző idegei közül is a vezérszerep a trigeminus 3. ágáé. *W. Kirchner* egy munkája: „Ueber die Einwirkung des Nervus trigeminus auf das Gehörorgan“ részletesen foglalkozik e kérdéssel. Állatkísérletekkel a következő eredményre jutott: a trigeminus peripheriás 3. ága a dobürben két objectív is észlelhető funkcióra is bír közvetlen hatással: a vérellátásra s a váladékképződésre. Ezen állatkísérletekkel objectív igazolt ideghatást a gyakorlatból vett tapasztalatokkal is magyarázza. Tudjuk, hogy a peripheriás trigeminus-neuralgiák egyik főlocalisatioja a fülben van. A fogfájást nagyon sokszor a fülbe, speciell a dobürbe lokalizálják a betegek. Trigemini-neuralgiákkal fülzúgás, fülzúgás és múló rosszullás jelentkezik (saját észlelem is), mely a trigeminus-neuralgia megszűntével szintén megszűnik. *Kirchner* vizsgálatai alapján a ganglion oticumot s a trigeminus 3. ágát épp oly hatásúnak tartja a dobürről vonatkozólag, mint a ganglion sphenopalatinumot és a trigeminus 2. ágát az orr nyálkahártyájára nézve.

Eljárásom tehát az volt, hogy az eddig szokásos *Neumann*-féle érzéstelenítő eljárást összekapcsoltam a trigeminus 3. ágának az érzéstelenítésével. A trigeminus 3. ágának érzéstelenítése céljából *Braun* eljárását követtem. Azért *Braun* eljárását, mert ez a legegyszerűbb. E célra természetesen épp úgy alkalmas a *Schlösser*-, mint az *Öfferhaus*-féle eljárás is. A trigeminus 3. ágának érzéstelenítésére körülbelül 0.06–0.10 gr. novocaint használok. Igyekszem directe a foramen ovaleba jutni, hogy az érzéstelenítés minden anatómiai feltételének megfeleljek: hogy az érzéstelenítés körébe essék a nervus recurrens és a ganglion oticum is, mely utóbbi a foramen ovaletól lefelé, peripherián körülbelül 3–5 mm.-re fekszik.

² Magam is nagyon alaposan áttanulmányoztam a n. glossopharyngeus anatómiáját s erre nézve a következőket jegyezhetem meg: A glossopharyngeus a foramen jugulare a vena jugularis internával, vagussal s accessoriussal együtt lép ki a koponyaalapon. Nyilvánvaló tehát, hogy e helyen nem érzésteleníthető a környezete miatt. Alig hogy kilép a koponyaalapon, adja a dobüri ágát, a nervus tympanicust, mely a dobcsatornácskán (canaliculus tympanicus) keresztül jut a dobüregbe. Ezen dobcsatornácskának a külső nyílása: apertura inferior canaliculi tympanici a fossa jugularis s a canalis caroticus között van. Ez a két szomszédság magában is lehetetlenné teszi, hogy tüvel felkeressük s belétálálva, érzéstelenítsük, hozzávéve még azt, hogy a mint több koponyaalapon lemeríttem, a nervus tympanicus legfeljebb 1–2 mm.-nyi területen fekszik a koponyaalapon, mielőtt a canaliculus tympanicusba belépne. Ezekből nyilvánvaló, hogy az eddigi eljárások szerint a glossopharyngeus dobüri ága nem érzésteleníthető.

Az érzéstelenítést következőképp végzem: A műtét előtt egy órával kap a beteg 0.5 gr. veronalt, a műtét előtt félórával pedig 0.02 gr. morphiumot subcutan. 0.02 gr. novocain és egy csepp tonogen Richter van minden cm³ érzéstelenítő folyadékban. *Neumann* 1%-os cocaint használt.

Braun szerint a for. ovaleban érzéstelenítem a trigeminus 3. ágát. Ezután térek át a *Neumann*-féle eljárásra, melyet töle némiképp eltérőleg végzek. Az egész processus mastoideust lehetőleg egy pontból infiltrálom, de csak a lágyrészeket, mert a periost alá érzéstelenítő folyadékot adni felesleges. A csontthártyát ugyanis nem a csont látja el idegekkel, hanem a fedő lágyrészek. Majd ugyanezen pontból kiindulva (ez a pont a proc. mast. közepe) infiltrálom a fülkagyló tapadási helyét, majd a fülkagyló alatt egészen a külső hangvezető hátsó faláig megyek és ott a tű hegyét sülyesztve, másik végét emelve, a külső hangvezető hátulsó fala és a csont közé igyekszem bejutni. E célra különösen alkalmas egy a végén hajlított tű. Ezután felfelé haladok, a külső hangvezeték felső falához. Midőn már ide értem, a legkisebb fájdalom nélkül adhatok egy-egy a periosteum alá jutó befecskendezést, a külső hangvezető hátulsó s felső falába. Ez az eljárás, mely a hallócsontok eltávolításakor is épp így alkalmazható, nagy előnnyel bír a *Neumann*-é felett, mert absolute fájdalommentes, míg ez a betegnek igen nagy fájdalmat okoz. Én csak a hátulsó s felső falba adok injectiót, mert a trigeminus 3. ágának érzéstelenítésével a fülkagyló bőre, a külső hangvezető hámja s a dobhártya (ramus membr. tymp. trig. III.) úgyis érzéstelené válik. Ezután a műtét azonnal kezdhető.

A műtét absolute fájdalommentes. Kellemetlen annyiban, a mennyiben minden helyi érzéstelenítés mellett végzett trepanatio kellemetlen a rázkódás érzése miatt kalapácsolás közben. De ezt is csökkenthetjük részben a beteg fejének erős fixálásával, részben azzal, hogy a beteg fogai közé gummidarabokat helyezünk és hogy, a mi igen fontos, *meglepetés-szerűen* nem vésünk, hanem ha vésünk, erre a beteget mindig figyelmeztetjük. E rázkódás kellemetlenségeit csökkenthetjük azzal is, hogy a corticalis vésését lehetőleg tangentialisan végezzük, a vésőt szinte fektetjük s nem helyezzük merőlegesen. Ha a corticalis vésését elvégeztük, ez a kellemetlenség is teljesen megszűnik.

E helyen ismételtelen kell hangsúlyoznom, hogy alaptalan a félelem a rázkódás okozta kellemetlenségektől, fájdalomról beszélni pedig igazán nevetséges. Intelligens betegek egyhangúan következőképp írták le a vésés érzését: úgy érzik, mintha koponyájukra fadarab volna helyezve és ezt erősen dörzsölnék.

Eme érzéstelenítő eljárás előnye az eddigiek, főleg a *Neumann*-féle felett az, hogy a dobür teljesen érzéstelené válik. Ezt főleg azon innervációkból magyarázom, miket a trigeminus III. ága a dobürhöz, az antrumhoz és a csecsejtekhöz ad. Hogy mily fontos ez a radikális műtét tökéletes kivételéhez, az nyilvánvaló, hisz a baj lényege az antrumban és (n. recurrens) atticusban folyik le. Eljárásomnál a dobür absolute érzéstelen. Minden egyes műtétemnél, immár százon felül, pontosan és részletesen kitapogattam a dobür minden részletét, kérdeztem a beteget, hol érez. Az eredmény az volt, hogy a tuba nyílását kivéve, melyet egyedül a glossopharyngeus lát el, a dobür sehol sem volt érzékeny. Volt ellenvizsgálatra is alkalmam. Eleinte, míg a *Braun*-féle érzéstelenítő eljárásban nem volt meg a kellő gyakorlatom, előfordult két esetben, hogy ez az érzéstelenítés nem sikerült. Ilyenkor a dobür mindig fájdalmas volt s csak 20%-os cocain többszöri behelyezésével tudtam a műtétet folytatni.

Eljárásomnak egyik előnye az is, hogy a *Neumann*-féle eljárással nem lehetett érzésteleníteni akkor, ha a külső hangvezető hátulsó csontos fala elpusztult, mert nem volt támaszunk a folyadék infiltrálására. Ezen eljárással erre szükségünk nincs, mert a csontos részt a trigeminus III. ágának érzéstelenítésével, a még meglevő lágyrészeket pedig egyszerű infiltrálással érzéstelenítjük.

Minden localis érzéstelenítésnek nagy az előnye az

általános narcosis felett. De a fülműtéteknél, különösen a radikális műtétnél, a localis anaesthesiának oly előnyei vannak, melyek szinte arra kényszerítenek, hogy a műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. S biztos, hogy a közel jövőben a radikális fülműtétet épp úgy általában helyi érzéstelenítésben fogjuk végezni, mint ma már mindenki így végzi a radikális Highmor-üreg-műtéteket, pedig itt nem sokkal kevesebb a vésés, mint a radikális fülműtétnél.

Az előnyök, a melyek az esetleges csekély kellemetlenségekkel sokszorosan felérnek, a következők:

1. A műtét területe vértelen. Fülműtétekkor egyik zavaró momentum a vérzés. Az úgyis kis üregben, melyben operálunk, minden egyes vésőcsapás vagy kanalizás előtt tupfolni kell a narcosisban s így is csak pillanatokra vértelen a műtét terület. Helyi érzéstelenítés mellett ellenben absolute vértelen. A plastikakészítés is teljesen vértelen lévén, sokkal szebben lehet elkészíteni, mint narcosisban, midőn állandó vértócsában vagyunk kénytelenek dolgozni.

2. A nervus facialis megsértésének lehetősége a minimumra redukálódik. Narcosisban az a szokás, hogy az altató felszólításunkra figyeli a beteg arcát, hogy nincs-e rángás. Ez nem megbízható módszer, részben azért, mert néha reflexúton is létrejöhet rángás (fájdalomérzés, stb.), részben mert a már megsértett ideg nem reagál. Helybeli érzéstelenítésnél viszont bármikor kontrollálhatjuk a facialis állapotát a szemek becsukása, a fogak mutatása stb. által.

3. Igen fontos körülmény az is, hogy az ébren levő beteg felvilágosítást adhat esetleges szédüléséről.

Ha a horizontalis ívjárat környékén, ahhoz nagyon közel dolgozunk, a beteg maga figyelmeztet bennünket óvatosságra azzal, hogy szédülést jelez. Hogy mily óriási jelentősége van ennek, azt csak az méltányolja igazán, ki maga is sok radikális műtétet végzett és tudja, hogy a facialis hűdés és a horizontalis ívjárat megsértése a legnagyobb elővigyázat s a legkiválóbb műtő dacára is elő szokott fordulni. *Körner* (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 72, 4. sz.) 339 radikális műtete közül 15 esetben fordult elő. Ez 4.4%-nak felel meg. E közül 3 a műtét után, 12 az utókezelés alatt. Osztályomon 85 radikális műtét után három esetben fordult elő. Egyszer közvetlen a műtét után, kétszer az utókezelés alatt. Ez 3.5%. A mióta azonban a radikális műtéteket is helyi érzéstelenítéssel végzem (százon felül), még egyszer sem fordult elő. Olyannyira ellenőrizhetjük localis anaesthesia mellett a facialis és a horizontalis ívjáratot, hogy ezek megsértését, a radikális műtétek állandóan fenyegető complicatióját, majdnem teljes biztonsággal elkerülhetjük.

Már csak ezért is helyi érzéstelenítésben kell végezni a radikális műtétet.

Az egyszerű felvadásnál minden módszer kielégítő, mely a műtét terület környékét alaposan infiltrálja. Itt szabályt felállítani nem lehet, minden attól függ, mekkora előreláthatólag a műtét terület. A szerint, hogy mely irányban terjed a csontfolyamat, kell a műtét területet infiltrálni. Két részben infiltrálók: először felületesen, azután a periosteum alá adom a 2%-os novocaint. A külső hangvezeték hátulsó falát is érzéstelenítem, főleg azért, hogy a szétkampózás ne okozzon a betegnek fájdalmat. Így eljárva, a műtét ideálisan érzéstelennek nevezhető. Acut csontfolyamat lévén, puha a csont, a corticalis, vésőre alig van szükség. Kanállal és csontollóval az egész műtétet elvégezhetjük a beteg legkisebb fájdalma nélkül. Így operáltam már nemcsak egyszerű osteomyelitiseket, hanem nagy kiterjedésű perisinusos tályogot, sőt sinus-thrombosit is. S hogy ily lázas, rázóhideges, sepsises esetben mit jelent a narcosis elmaradása, azt hiszem, felesleges bővebben fejtegetnem.

Természetesen gyermekeken localis anaesthesiát végezni nem lehet, de nem követem azt a sablonos szabályt, hogy túlérzékeny s túlhideg egyéneknek trepanatiót végezni helyi érzéstelenítéssel nem lehet. Egy kis rábeszéléssel ezek a betegek tűrik legjobban a műtétet. Volt alkalmam súlyos vitiumos, súlyos neurastheniás betegen, ki a fültükrözést

sem tűrte, localis érzéstelenítés mellett súlyos perisinusos tályog műtétét végezni, a legkellemesebb műtét lefolyás mellett.

Kiterjedt, nagy periostalis tályog esetén helyi érzéstelenítésben csakugyan nem operálhatunk, mert nincs támpontunk az érzéstelenítő folyadék elhelyezésére. De kis tályogot operáltam a legkedvezőbb műtét lefolyás mellett.

Meg vagyok győződve, hogy a fülműtétek localis anaesthesiája rövidesen általánosan elfogadott és szokásos lesz. A narcosis lesz a kivétel. Én legalább osztályomon egy év óta narcosisban sem radikális műtétet, sem felvadászt nem végeztem, s hogy a műtét mennyire fájdalomtalan, legjobban kitűnik abból, hogy maguk a betegek kéri, hogy ne altassuk őket, mert hallják a többtől, hogy a műtét teljesen fájdalomtalan.

A következőkben néhány eset történetét közlöm. A közölt történetek mind radikális műtétre vonatkoznak.

I. F. J. 38. gy. e. önk., 23 éves. Kisgyermekkor óta bal füle folyik. Jobb füle ép. Jelen állapot: bal fülből sok bűzös genyes folyás, a külső hangvezetőben sok kisebb-nagyobb polypus, dobhártya nem látható. Suttogó beszéd hallása a bal fülön = 0. 1916 február 3-án totalis radicaloperatio helyi érzéstelenítéssel. Mint minden egyes radikális műtétnél, először a trigeminus harmadik ágát érzéstelenítjük és azután végezzük a fentiekben ismertetett *Neumann*-féle módosított érzéstelenítést. Műtétkor cholesteatomát találtunk a dobüregben és az atticusban. A hallócsontoknak csak cariosus részleteit találtuk. *Plastica Panse* szerint. Műtét közben a beteg nem érzett fájdalmat. A vésést úgy jellemzi, mintha fején fadarab volna és azt vésnék.

II. T. J. 19. gy. e. örvetető, 25 éves. Azelőtt fülbaja sohasem volt, 1915 február 19-én a kárpáti harcztéren megbetegedett. Heveny középfülgyuladást kapott bal oldalt. A második számú linzi tartalékházban feküdt. Mint a linzi kórtörténetből kivehető, rendkívül heves — haemorrhagiás — genyes középfülgyuladása volt. A dobhártyán 2 perforatio képződött. Daczára a szakkezelésnek, betegsége nem gyógyult. 1915 november 1-én osztályunkra helyeztetett. Jelen állapot: a dobhártya hátulsó fele csaknem teljesen hiányzik, kalapácmarmolat cariosus, az atticusban igen sok genyes váladék. Minthogy conservativ kezeléssel semmi eredményt sem tudtam elérni, 1916 január 28-án a középfülüregek teljes feltárását végeztem helyi érzéstelenítéssel módszerem szerint. A beteg az egész műtét alatt a fájdalom legkisebb jelét sem mutatta. A dobür absolute érzéstelen volt.

III. G. L. 22 éves, 52. gy. e. hadnagy. Jobb fül ép. Bal fül gyermekkor óta folyik. Jelen állapot: a bal külső hangvezeték egész terjedelmében telve több kisebb-nagyobb polypussal, bőséges bűzös váladék. 1916 március 3-án totalis radicaloperatio localanaesthesiával. A beteg a műtét alatt semmi fájdalmat sem érzett. A trigeminus érzéstelenítése után a beteg igen jellemzően jelezte a bal arczfél az alsó és felső ajkak és a nyelv bal felének érzéstelenységét. Ezen érzéstelenység 3 óra hosszat tartott. 2—3 napig tartó szájjár volt a betegen konstans.

IV. M. L. 35 éves, 38. gy. e. közember. Gyermekkor óta folyik a jobb füle. Jelen állapot: jobb fülből bőséges, bűzös folyás. Dobhártya felső hátulsó negyedében kiterjedt anyaghiány. Kalapácmarmolat cariosus. 1916 február 25-én totalis radicaloperatio, localanaesthesiában. A csészsejtek nagyfokú destructiója és a hallócsontok cariese van jelen. A beteg az egész műtét alatt semmiféle fájdalmat sem jelez. A dobür teljesen érzéstelen. Műtét után 3—4 napig tartó szájjár.

V. K. J. 28 éves, 32. gy. e. önk. szakaszvezető. Gyermekkor óta folyik a jobb füle. Jelen állapot: a dobhártya úgyiszlóval teljesen elpusztult. A kalapács és üllő maradványai cariosusak. Rendkívül ideges, félénk beteg. Ennek dacára a műtétet localanaesthesiával végeztük (*Rejtő dr.*). A beteg az egész műtét alatt az elkövetkezendő fájdalmak miatt retteg és jajgat. Fájdalmat egyáltalában nem érzett. Kérdésünkre, „hogy fáj-e?” tagadó választ adott.

VI. B. J. 85. gy. e. közember, 26 éves. 1915 december 25-én az északi harcztéren a fedezék a fejére szakadt. Azóta bal füle fáj és folyik. Jelen állapot: A bal fül külső hangvezetője vastag hegszövettel elzárult olyannyira, hogy csak keskeny szonda számára járható át. E szűk fistulanyíláson állandóan sok bűzös genyes váladék ürül. Hallás a bal fülön = 0. 1916 március 17-én operatio localanaesthesiában. Először elvégezzük a trigeminus érzéstelenítést, majd a fülkagyló környékét infiltráljuk. A külső hangvezető egyik falát sem érzésteleníthetjük a hangvezetőt teljesen elzáró hegszövet miatt. A külső hangvezeték hátulsó porcós falának lefejtése után utólag érzéstelenítjük azt. A dobür maga érzéstelen, de a tuba környéke fájdalmas. A beteg ezt a fájdalmat a torkában lokalizálja. Említésreméltó, hogy a külső hangvezető elülső fala teljesen érzéstelen.

VII. A. J. 32. gy. e. közember, 32 éves. 1915 augusztus 28-án Galicziában a jobb fül előtti tájon shrapnell által megsérült; azóta jobb füle fáj és folyik. Jelen állapot: a jobb külső hangvezető megszükkült, a jobb fülkagyló felső felén hegszövet. A jobb külső hangvezetőben sok bűzös genyes váladék, a dobüregben több kisebb-nagyobb granulatio látható. Hallás e fülön = 0. 1915 december 9-én a középfülüregek teljes feltárását végeztem localanaesthesiában. Műtétkor az antrum és atticusban sok bűzös granulatiót és a hallócsontok

cariesét találtuk. A műtét — speciell a dobür — absolute érzéstelen. Említésreméltó, hogy ezen egyetlen esetben a trigeminust érzéstelenítő szűrőcsatorna elgenyedt, a geny átfúrta a külső hangvezető elülső falát és minden különösebb complicatio nélkül kiürült.

VIII. G. F. 24. vadászászólójbeli közember, 32 éves. Gyermekkora óta folyik a jobb füle. Jelen állapot: a jobb külső hangvezetőben sok bűzös genyes váladék. A külső hangvezeték oly erősen szűkült, hogy dobhártyái részletek egyáltalában nem láthatók. Hallás a jobb fülön $\frac{1}{2}$ méter. 1916 márczius 8.-án total radicaloperatio localanaesthesiában (Lörenz dr.). A műtét egész lefolyásában teljesen fájdalomtalan volt.

IX. B. J., 24. vadászászólójbeli közember, 32 éves. 1915 június 1.-én Galicziában a bal arcfélen golyó által megsebesült. Bemeneti nyílás a fül mögött a processus mastoideusnál, kimeneti nyílás a fül előtt 3 cm.-re. A golyó átjárta a processus mastoideust és a külső hangvezetőt. A beteg osztályomra 1916 február 14.-én került. Jelen állapot: a fül előtt és a processus mastoideuson vastag hegszövet. A külső hangvezető olyannyira keskeny a sok hegtől, hogy csak keskeny szonda számára járható át. E nyíláson keresztül sok bűzös geny ürült. A fül mögött, közel a processus mastoideus csúcsához, heges fistulanyílás, melyen keresztül igen sok bűzös geny ürül. A bal fülére teljesen süket, sem suttogó, sem társalgó beszédet nem hall. Semmi-féle hangvillát sem percipál. Gyenge facialishűdés a bal oldalon. A beteg a sérülés után erősen szédült. Jelenleg már csak gyenge szédülésről panaszkodik. A Romberg-tűnet negatív, nystagmus nincs. 1916 márczius 7.-én total radicaloperatio localanaesthesiában. Először a trigeminus harmadik ágát érzéstelenítjük, majd a fülkagyló mögötti tájat infiltráljuk. Természetesen a külső hangvezető falain a nagyfokú hegesedés miatt a Neumann-féle érzéstelenítést nem végezhetjük el s ezért a külső hangvezető hátulsó porcizos falának lefejtése után a hátulsó falat pótiólag érzéstelenítjük. Ennek dacára a dobür absolute érzéstelen. Teljes radikális műtétet végzünk. A plastika nagy nehézségekkel jár a nagyfokú hegesedések miatt. A processus mastoideuson levő hegszövet kimetszése után a sebet primaer varrjuk.

X. Cs. J.-né, 35 éves, kereskedő neje. Gyermekkori postscarlatinás, genyes középfülgyulladás a bal fülön. $\frac{1}{2}$ év óta gyakori fejfájás a bal oldalon, gyakori szédülés, különösen gyorsabb fejmozgások után. Hallás a jobb oldalon teljesen ép, bal oldalon társalgó beszédet 10 cm.-ről hall (Bárány szerint vizsgálva). Műtét 1916 márczius 16.-án (Rejtő, Pajor-sanatorium). Helybeli érzéstelenítés Pogány módszere szerint. Elöl fekvő sinus, kicsiny, a sinus mögé nyúló antrum cholesteatomával telve. Plastika Panse szerint. Jodoform-tamp. vatta. A beteg a műtét alatt teljesen nyugodtan viselkedik. Társalgójával jóízűen beszélget, nevet. A műtét végén előadja, hogy fájdalmat csak az érzéstelenítő injectióknál érzett.

XI. T. K., 50 éves földmives, mindkét füle gyermekkor óta folyik. Utóbbi időben gyakran szédült, néhány nap előtt kávéházban székről lefordult, rövid ideig eszméletlen volt. Hallás mindkét oldalon 20 cm. suttogó beszéd. Gyöngye spontán nystagmus jobb oldal felé. A jobb fül hidegvíz-kifecskendezése közepérs nystagmus jelentkezett bal oldal felé. A bal fül hidegvíz-kifecskendezése után igen erős nystagmus jobb felé. A beteg szédül, egyensúlyát elveszti. Rögtön műtét (Rejtő, Pajor-sanatorium). 2 cm³ morphium-injectio után — melyet a beteg nagyon fájdalmasnak mond — helybeli érzéstelenítés Pogány módszere szerint. Typusos radikális műtét. A lateralis ivjárat környékén cholesteatoma. Műtét alatt a beteg jókedvűen beszélget környezetével és még a nagyon vastag csonttréteg felvételénél sem jelez fájdalmat. A dobür teljesen érzéstelen.

XII. H. M., 70. gyalogezredbeli közember, 33 éves. Bal fülén chronikus középfülgyulladás gyermekkor óta. A dobhártya nem látható, a dobür telve granulatióval. A külső hangvezeték szűkült. 1916 márczius 31.-én totalis radicaloperatio localanaesthesiában. Nagyon elől fekvő sinus, granulatio és cholesteatoma. Plastika Panse szerint. A beteg a műtét alatt absolute semmit sem érez. A dobür absolute érzéstelen még a legerősebb kanalizáskor is. A tuba dobüri nyílása is érzéstelen.

XIII. S. D., 3. bosnyákezedbeli közember, 33 éves. Évek óta folyik a bal füle. Az utóbbi időben sokat szédül. Jelen állapot: jobb fül ép. Bal fülben sok bűzös genyes váladék. A dobhártyából csak egy csekély felső szegély van meg. A hallócsontmaradványok cariosusak. Az atticusból sok genyes váladék ürül. A legenyhébb befecskendezésnél a beteg erősen szédül és jobbfelé irányuló nystagmus áll be. Műtét 1916 április 3.-án localanaesthesiában. Igen vastag corticalis. A csecsejtek telve genyes granulatióval. Az atticusban cholesteatoma. Horizontális ivjáratban fistulát nem talál. Plastika Panse szerint. A beteg a műtét alatt a fájdalom legkisebb jelét sem mutatta. A dobür a kanalizáskor teljesen érzéstelen volt. A beteg a műtét után kijelenti, hogy semmit sem érzett.

Váli Ernő dr. főorvos néhány esetet volt szíves rendelkezésemre bocsátani a következő megjegyzések kíséretében.

Fülgyógyászati műtéteknél a Pogány-féle helybeli érzéstelenítést 1915 november óta alkalmazom osztályomom és magánműtéteknél; az eredménynyel a legteljesebb mértékben meg vagyok elégedve. A jelzett időpont óta egyetlen esetben sem történt, hogy műtét közben narcosisra kellett volna áttermem. Előny a műtetre nézve, hogy egy segéddel kevesebb van szüksége. Tapasztalatból mondhatom azonban, hogy

szinte szükségesnek tartom, hogy a műtét alatt valaki állandóan foglalkozzék a beteggel; ezzel azon ápolónőt bízom meg, ki a fejet fixálja. A vésés alhalmával némely beteg szívesen tart a fogai között valami gummitárgyat, némelyik azonban ezt nem tartja szükségesnek. Műtét alatt kortyontként fekete kávé iszik a beteg.

Hogy a betegek szívesen alávetik magukata helybeli érzéstelenítésben végzendő műtétnek, legjobban illusztrálja az, hogy tavaly november óta két esetben volt kétoldali radikális fül-műtét, a műtétek egy és ugyanazon betegen nyolcz napon belül követték egymást s mindkét beteg határozottan kérte, hogy a második műtétet is localis anaesthesiában végezzük.

Felkérésre néhány esetet röviden közlök.

I. Sz. L. főmérnökön gyermekkorú genyedő középfülgyulladás miatt radikális felvétel. Atticusgenyedés, cholesteatoma. Pogány-féle érzéstelenítés. A műtét tartama 50 perc. Teljes fájdalomtalan, műtét alatt a beteg beszélget, nevetgél, műtét végével cigarettára gyújt és saját lábán távozik a szobájába.

II. O. K., 35 éves segédmozdonyvezető. Kétoldali genyes középfülgyulladás. Műtétek (radikális) február 26.-án és márczius 2.-án a Pogány-féle helybeli érzéstelenítésben, teljes fájdalomtalan, műtét alatt a beteg értelmesen beszélget, saját lábán távozik a kórterembe. Műtét után teljesen jó közérzés.

III. Sz. L. dr., 34 éves hivatalnok baloldali idült genyes középfülgyulladás miatt márczius 16.-án radikális felvétel a Pogány-féle érzéstelenítő eljárással. Sinusfeltárás. Műtét ideje 45 perc. Ezen idő alatt teljes fájdalomtalan, a beteg valósággal végigcsvegte a műtétet s maga csodálkozott legjobban, a mikor már a kötést tettem fel. Műtét után teljesen jó közérzet.

IV. W. S., 22 éves vasuti munkáson baloldali genyes középfülgyulladás és cholesteatoma, műtét márczius 23.-án, radikális felvétel a Pogány-féle eljárással. Műtét ideje 40 perc. A beteg jól tűrte a műtétet, véséskor olykor panaszolt fájdalmat, ellenben a dobüreg kitakarításakor nem panaszolt semmit. Ez gyanút ébreszt bennem és a műtét végén a beteg csakugyan bevallotta, hogy egyáltalában nem volt fájdalom, de előre félt már a fájdalomtól és azért panaszkodott. Műtét után megkért, hogy a jobboldali fül-műtétkor ugyanezen módszert használjam.

Közlés az Erzsébet királyné sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál) férfi-osztályáról.

Lázás tertiaer bujakór érdekes gyógyult esete.*

Irta: Ország Oszkár dr., osztályos főorvos.

A zsigerek és vérerek harmadlagos syphilises elváltozásai újabban a diagnostikai nehézségek ellenére is mind gyakrabban válnak felismerhetővé. A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületében tartott előadásomban 4 rövid időn belül észlelt tüdősyphilis-esetről számolhattam be és utalok az irodalomra, mely mind gyakrabban foglalkozik a vérerek luesével is.

A nehezen kideríthető lueses betegek sorába vehető az alább közlendő eset is, melynek érdekességét egyrészt a ritka localisatio, másrészt a kísérő láz sajátossága kölcsönöz.

K. V., 35 éves, nőtlen kereskedelmi alkalmazott, budapesti lakos, felvétetett 1914 márczius 17.-én. Előadja, hogy atyja és egy testvére czukorbeteg, egy gyermekében halt meg, anyja és kilencz testvére egészséges. Tizenegyedik gyermek volt, 10 éves korában súlyos hasmenéses bántalomban szenvedett. Hét évvel ezelőtt sankere támadt, a melynek gyógyulása után 150 kenésből álló kúrát végzett, 3 év előtt izületi fájdalmai voltak, másfél év előtt 12 kénész-injectiót kapott.

Jelen bajára vonatkozóan előadja, hogy 1913 febr. havában lázas lett s baloldalt, mellkasának alsó részén fájdalmat érzett. Az orvosi kezelés folyamán némileg jobban lett, majd ismét gyengült, láza emelkedett. Ez év októberében baloldali fájdalmai hevesebbek lettek. Orvosai tüdőcsúcshurutot állapítottak meg és a Rivierára küldték, a hol tuberculin-kezelésben részesült. E kezelés azonban állapotára befolyással nem volt, láza 39° körül ingadozott, szívujjában és bal karjában heves fájdalmat érzett, ezért 3 $\frac{1}{2}$ hónap után visszatért Budapestre és 1 hónappal később a sanatoriumba vétette fel

* Bemutatva a Budapesti kir. Orvosegyesületben.

magát. A felvétel alkalmával igen gyengének érzi magát, étvágya rossz, alvása nyugtalan, szívtájékán gyakran nyomás- és szorongásérzése van, bal karjában rheumás fájdalmat érez s mellében baloldalt alul tompa fájdalmak bántják. Nem köhög, köpete igen kevés szürkés nyálka, nem izzad, betegségének kezdete óta 5 kgr.-ot soványodott.

Az alacsonytermetű, rosszul fejlett és táplált beteg bőre feltűnően halvány. A gerincoszlop, főleg a felső hátcsigolyáknak megfelelően, balra görbülő scoliosist mutat. A kötő- és látható nyálkahártyák halványak. A mellkas asymmetriás, a jobb mellkásfél convexitása kissé nagyobb. A légzés hasimellkasi jellegű.

Kopogtatáskor jobboldalt a kulcs és hátul a tövis felett rövidült hang hallható, a t. é. n. d. kopogtatási hang elül a bimbóvonalban a VI. borda felső, a középső hónaljvonalban a VII. borda felső, hátul a paravertebralis vonalban a X. borda alsó széléig ér s az itt kezdődő tompulat mély légvételre feltisztul. Baloldalt a teljes éles n. d. kopogtatási hang a középső hónaljvonalban a VI. borda felső, a paravertebralis vonalban a VII. borda alsó széléig ér s mély légvételre kitérést mutat. A légzés diffuse érdes-sejtes, megnyúlt, baloldalt a fent jelzett tompulat felett nem hallható, ennek a határa felett néhány finomhólyagú szörtyzörej kíséri, melyek köhöggetésre eltűnnek. A kevés köpet szürkés nyálka, Koch-bacillusokat, rugalmas rostokat benne kimutatni nem sikerült. A szívcsúslökés az V. bordaközben a bimbóvonalon belül tapintható, a relatív szívtompulat a parasternalis vonalban a III. borda felső, az abszolút a IV. borda felső szélénél kezdődik, az előbbi előre a jobb szegyszélt egy ujjal túlhaladja, az utóbbi a bal szegyszélig ér, kifelé a csúslökés helyéig. A sternum bal széle mellett a IV. bordaközben körülrítan hangos systolés zöreje hallható. A pulsus rhythmusos, eléggé telt, száma percenként 90. A kissé elődomborodó és kevésbé feszes falú hasban baloldalt a bordaív alatt sima, lekerekített szélű képlet tapintható, a mely a légzőmozgásokat jól követi. A vizelet borsárga, átlátszó, vegyhatása savi, faj-súlya 1020, idegen alkotórészt nem tartalmaz. A testsúly 50·60 kgr., a hőmérsék 37·6°.

Márczius 17.-én a láz és a karfájdalmak ellen pyramidont és oleum hyoscyami-bedörzsölést rendeltünk.

Márczius 19. A hőmérsék 38·3°-ra emelkedik.

Márczius 20. Heves gyomorégés ellen magnesia usta-t és eumydrint rendeltünk. Álmatlanság ellen bromot.

Márczius 25. A gyomorpanaszok nem javultak, olajat és soda bicarbonat kap.

Márczius 27. A hőmérsék 39·1°-ot ér el.

Márczius 29. A próbareggeli után kivett gyomortartalom: 40 cm³ sárgás pép, összaciditása 55, szabad sósavtartalma 35, tejsavat, vért nem tartalmaz, mikroszkop alatt normalis képet adó.

Április 1. Röntgen-átvilágításkor mindkét rekesz mozgása szabad, felszínük sima, egyenletes, a hilusmirigyek főleg jobboldalt alul erősen megduzzadtak.

Április 2. A bakteriologiai vérvizsgálat negatív. A vörös vérsejtek száma 3,500.000, a fehér vérsejteké 7600, a haemoglobin-tartalom 70. Vérvkép: csekély anisocytosis,

polynuclearis neutrophil	---	---	67%
lymphocyta	---	---	23%
nagy mononuclearis	---	---	4%
eosinophil polynuclearis	---	---	3·5%
átmeneti	---	---	2·5%

Április 3. Háromszor napjában 2 gr. salicylt rendeltünk.

Április 8. A hőmérsék 39·3°-ra emelkedik, a salicyl hatástalan. A beteg közérzete jobb, mint a milyen a láznak megfelelően. Phenacetint is rendeltünk. A Wassermann-reactio: +++.

Április 12. Minthogy a betegnek súlyos gyomorpanaszai vannak és jodot nem tűr, enesol-injectiókat adunk.

Április 13. Maximum 38·6°, 3 tizeddel több, mint az előző napon. A szívtáji nyomás és szorongás, a balkar fájdalom csökkent.

Április 14. Maximum 38·1°, heves főfájás.

Április 16. Második injectio. 37·7°. Az injectiókat másodnaponként folytatjuk, a salicylt elhagyjuk.

Április 24. Hetedik injectio után 37·3°.

Április 26. Szájnyálkahártyán halvány foltok. Szívtáji nyomásérzés teljesen megszűnt, balkar teljesen fájdalommentes, étvágy, közérzet, alvás lényegesen javult, bőr színe élénkebb, a testsúly 51·40 kgr.-ra gyarapodott, a máj felső határa az V. borda alsó, a VI. borda felső szélén. A vörös vérsejtek száma 5,200.000, a fehér vérsejteké 10.500. A beteg felkelt, a fekvőfolyosón tartózkodik.

Május 2. A hőmérsék emelkedik, maximum 37·5°, máj gyengén tapintható, a térdizület fájdalmas.

Május 7. Maximum 38°. A jobb térdizület fájdalomra főleg éjjel elviselhetetlen. A beteg ismét salicylt szed, izületét hideggel, meleggel, radiumszappal borogatja.

Május 11. A térdizület erősen megduzzadt. A nagy fájdalmak miatt nem mozgatható. A szív felett erősebben hallható systolés zöreje. 14. enesol-injectio.

Május 18. Maximum 39°. Nagy álmatlanság.

Június 4. A 26. injectióval a kúrát befejezzük.

Június 8. Alkoholos borogatások az izületre. Étvágytalanság, gyomornyomás.

Június 14. Pyramidon és lábfürdő a fájdalmat nem befolyásolja. Luminal nem hat. Melubrint rendelünk.

Június 28. A fossa poplitea teljesen kitöltött. Az izület érintésre is igen fájdalmas. Maximum 38·2°.

Június 29. Dél előtt 12 órakor 0·45 gr. neosalvarsan intravenás befecskendezése. A hőmérsék délután 2 órakor 39·9°.

Június 30. Az izületi fájdalom enyhült. A lép felső határa a VI. borda, alsó szélé tapintható. A májtompulat felső határa az V. borda alsó szélé, homályosan tapintható. Maximum 38·6°.

Július 2. A fájdalmak lényegesen enyhültek, az izület kissé mozgatható, a lép polusa homályosan tapintható. Maximum 37·8°.

Július 4. Térdizület mozgatható, a fossa poplitea kevésbé kitöltött, lép nem tapintható, maximum 37·5°. Testsúly 48·40 kgr.

Július 8. Léptompulat felső határa a VII. borda alsó szélé. Maximum 37·2°. Szürkekenőcs-kúrát kezdünk.

Július 13. A térdizület érzékenysége fokozódik. Maximum 37·4°.

Július 16. Térdizület nagyon fájdalmas.

Július 17. 0·45 gr. neosalvarsan intravenás injectiója. Közérzet jó. Maximum 37·5°.

Július 21. A térdizület jól mozgatható, normalis alakú. A lép nem tapintható, felső határa a VII. borda alsó szélé. Maximum 37·3°.

Július 31. 0·6 gramm neosalvarsan-injectio után maximum 38°.

Augusztus 2. A szív felett zöreje nem hallható, a relatív szívtompulat a jobb szegyszélig ér. Máj nem tapintható, felső határa felett néhány finom apró zöreje. A léptompulat a VIII. borda felső szélénél kezdődik, előre normalis. Maximum 37·2°.

Augusztus 16. Beteg járása kifogástalan. Wassermann-reactio: + + +. Enesol-kúrát kezdünk. Maximum 37·1°.

Augusztus 17. Maximum 37·6°.

Augusztus 27. Maximum 37·7°.

Augusztus 29. 4. intravenás neosalvarsan-injectio (0·6 gr.). Maximum 37·5°.

Szeptember 1. Teljesen láztalan.

Szeptember 9. Teljesen egészségesnek érzi magát, 6½ kgr.-ot hízott. Status mint augusztus 2.-án.

Távozás után jodot szedett, kenőkrúrát végzett és enesol-injectiókat kapott.

1915 január 10. Két hó óta zavartalanul dolgozik. A máj normalis, a léptompulat a VII. borda alsó szélénél kezdődik. A szív normalis. A Wassermann-reactio positiv, a léptompulat

felső határa a VIII. borda felső szélén van, teljesen egészségesnek érzi magát, felváltva jodot, kénesót szed.

A diagnózis megállapítása nagy nehézségekbe ütközött. Több kiváló szakembernek azon véleménye, hogy a betegnek tüdőbaja van, kezdetben elfogulttá tett bennünket. A láz nagysága és gyógyszerekkel szemben való makacs viselkedése felhívta figyelmünket arra, hogy a tüdőcsúcs felett található csekély kopogtatási eltérés nem lehet annak okozója. A lép duzzanata hasonlóképpen a tüdőbántalom ellen szól. A tüdőcsúcs felett található csekély kopogtatási eltérések nem minden esetben tünetei a tüdőcsúcs beszűrődésének. A mellkas asymmetriás fejlődése, néhány borda nagyobb convexitása, az izomzat túlnyomása vagy fokozott beidegzése tévedésre adhat alkalmat, mint jelen esetben is, melyben mellkasi asymmetria állott fenn s a Röntgen-vizsgálat a tüdőt normalisnak tüntette fel. A beteg erőbeli állapota jobb volt, mint azt a hosszas 39^o-os lázzal járó tuberculosisban általában tapasztalni szoktuk.

A beteg tehát a lép daganat és a szívtünetek állottak az előtérben. Lép daganat a tuberculosisban igen ritka. Legfeljebb miliaris tuberculosisban észlelhető a lép némi megnagyobbodása. Ismeretes ugyan a lépnek saját tuberculosis is, az irodalomban 32 esetet találunk, ez azonban eddig csak egy esetben volt élőben, műtét nélkül diagnoskálható. A fennálló anaemia, a nagy lázak s a lép daganat alapján gondolnunk lehetett a vérképző szervek betegségére, májzsugorodásra, daganatokra, Banti-kórra, sepsises megbetegedésre és syphilisre. Az a körülmény, hogy a szív részéről subjective és objective tünetek voltak észlelhetők, a diagnózis megállapítását megnehezítette. Kérdés volt ugyanis, áll-e fenn összefüggés a két szerv elváltozása között. A vérképző szervek megbetegedése a vérvizsgálat alapján kizárható volt, májzsugor mellett bizonyító támpontokra nem találtunk, daganat ellen a cachexia hiánya és a beteg életkora szól. A Banti-kór körképe még leginkább ráillett betegünkre.

A szív feletti szorongás, nehéz légzés, a relativ tompulat nagyobb volta, a systolés zörej azonban endocarditis fennállására hívta fel figyelmünket. Nem látszott valószínűnek, hogy a szív e bántalma független volna a lép daganattól. A kettő közötti összefüggést tekintve, endocarditis lenta-ra gondolhattunk, a mely abban különbözik a rendszerint acut és súlyos általános tünetekkel meg rázó hideggel kezdődő endocardium-megbetegedéstől, hogy lassan, lappangva fejlődik ki és chronikus lefolyású. *Lenhartz*¹ és *Schottmüller*² leírása szerint főleg chlorosissal és kezdődő tüdőtuberculosisal szokták összetéveszteni. A fehér vérszám normalis száma s az a körülmény, hogy a streptococcus viridis a bakteriologiai vérvizsgálat alkalmával nem találtatott, a salicyl-kezelés pedig a láz tekintetében eredménytelen volt, e diagnózis ellen szól. Az anamnesisben szereplő syphilis arra hívta fel figyelmünket, hogy a megbetegedés talán lueses eredetű. A Wassermann-vizsgálat erősen pozitívnek bizonyult és kiinduláspontja volt további eljárásunknak. A körlefolyás s különösen az erős recidiva a térdizület megbetegedésével, végül a neosalvarsannal gyógyítás eredményessége a diagnózis helyességét bizonyítja.

Valószínű, hogy a syphilitis endocarditis gyakori megbetegedés, a myocardium és a koszorúerek elváltozásával egyetemben. Az endocardium bántalma rendszeren másodlagos és a myocarditist követi. *Krehl*³-nek és a legtöbb kórbonczolóknak véleménye szerint önállóan nem fordul elő. A myocardiumban a gummás folyamat gyorsabb lefolyású, az endocardiumban viszont a kötőszöveti hypertrophia fejlődik ki könnyebben. Az endocarditis vagy parietalis, vagy valvularis. A parietalis nem nagy kiterjedésű, szigorúan körülírt. A szív jelzett bántalma az infectio után rendszerint 6—10 évvel mutatható ki. Symptomatológiáját *Krehl* szerint abnormis érzések jellemzik, különösen szívdobogás, nyomás és félelem érzése, határozatlan fájdalom lehet az első, sokszor az egyetlen tünet. A diagnózis jelen esetben megnehezítette

az a kérdés, vajon nem régebbi endocarditis felújulásáról van-e szó, azonban a hallgatódzasi jelenségek feltűnő stabilitása és körülírtsága, a Wassermann-reactio pozitív volta, egyéb szervek megbetegedése a diagnózis megállapítását engedélyezte. Az eredményes therapia megerősíté a diagnózis helyességét.

A lép harmadlagos syphilise alig különböztethető meg a májzsugor és Banti-kór eseteiben észlelhető lépmegbetegedéstől. A diagnózis a kórelőzmény, a serumreactio és egyéb szervek megbetegedése alapján állíthattuk fel. A megbetegedés leggyakoribb alakja a splenitis interstitialis. A gumma ritka, a splenitis parenchymatosus *Virchow*, ennek az interstitialissal való kombinációját *Chamaides* írta le. Utóbbi két alakban a lép méreteinek nagyobb változása a kezelés folyamán inkább várható, mint a tisztán kötőszöveti gyulladásban. Betegünkön a lép daganat teljes visszafejlődését nem értük el.

A nagyfokú anaemia régen ismert jelensége a syphilisnek. Feltűnő, hogy mily könnyen kedvezően befolyásolható. A recidiva alkalmával beállott májbetegség aránylag leggyakoribb alakja a zsigeres lueses megbetegedésének. A térdizület syphilise a ritkább localisatiók közé tartozik. Régebben az igazi izületi syphilist oly ritkán észlelték, hogy kiváló orvosok, mint *Hunter*, *Colles*, *Zeisel H.* és mások tagadták létezését. Újabban *Gué* statisztikája a második stadiumban férfiakon 0.5%, nőknél 0.2%, a harmadik stadiumban férfiakon 5%, nőknél 3%-nyi gyakoriságát mutatja. Az izületi syphilis leggyakrabban monarticularis, főleg a térdben; a sokizületi typus inkább a második stadiumban fordul elő, mint ezt *Guszman*⁴ három esete is bizonyítja. A diagnózis a mi esetünkben, az előzményeket tekintve, könnyen meg volt állapítható. Mellette szóltak a szaggató, fűrő, melegre és különösen éjjel fokozódó, nyomásra nem csökkenő fájdalmak. Betegünkön a vegyes fertőzés lehetősége ellen szól az, hogy az állapot salicyl nagy adagjaira sem mutatott változást. Rend szerint jellemzőnek tartják, hogy syphilitis izületi folyamat esetén a savós hártályokon complicatiók nem észlelhetők. A mi betegünkön, mint láthattuk, a szív belhártyája egy időben bántalmazott volt, tehát ennek lobosodása nem bizonyíték a syphilis ellen.

A Röntgen-vizsgálat a hilusmirigyek nagyfokú duzzanatát mutatta; újabb bizonyíték ez annak, hogy e mirigyek megbetegedése nemcsak gümőkóros lehet, hanem más infectiók is előidézhethet. A beteg észlelt gyomortünetek legnagyobb valószínűséggel a súlyos általános fertőzés és a láz által okozottak.

A syphilis harmadik stadiumában láz aránylag ritkán észlelhető s ezért általában nagy diagnostikai nehézséget okozhat, midőn egyes szervek elváltozása nem kifejezett. Rendszeren tuberculosisra, maláriára gondolnak ily esetekben. *Stern*⁵ a syphilitis láz irodalmát összeállítva, 62 esetről készített statisztikát, melyek közül 14 saját észlelése volt. Ezek közül 25-ben (41.7%) a máj, 3-ban (5%) a lép, 1—1-ben (1.7—1.7%) a szív, illetőleg izület megbetegedése volt kimutatható. Betegünk lázgörbéjét nézve láthattuk, hogy continua continens (márczius 17.-étől márczius 19.-éig), remittens (márczius 25.-étől június 7.-éig) és több héten át subfebrilis hőmérséklet is állott fenn. A hőmérsék nagysága összhangban volt a beteg általános és objectiv állapotával. A nagy láz intoxicációs tünetekkel, fájdalmakkal, a szervek megbetegedésének kifejezettebb voltával járt s a láztalanság csak akkor állott be, mikor a beteg összes panaszai megszűntek. Hogy a 37.2^o hőmérséklet normalisnak nem volt mondható, bizonyítja az a körülmény, hogy csak e hőemelkedés teljes megszűnése után volt a beteg teljesen panaszmentes. Hidegrázás, izzadás nem kísérté a lázat, a mely az összes lázellenes szerekek daczolt. A beteg napi 6 gr. salicylsavas natriumra, pyramidonra, phenacetinre sem reagált.

A *Herxheimer*-féle reactio enesol-injectio után nem volt kifejezett, az első, második és harmadikat követő napon

¹ *Lenhartz*: Münchener med. Wochenschrift, 1901.

² *Schottmüller*: Münchener med. Wochenschrift, 1903, 1910.

³ *Krehl*: Erkrankungen des Herzmuskels. 1913.

⁴ *Guszman*: Orvosi Hetilap, 1912.

⁵ *Stern*: Archiv für Dermatol. u. Syph., 1912.

beállott 2—3 tizednyi hőváltozást nem tekintettük annak. Fel-tűnő volt a neosalvarsanra jelentkező reactio. Az első (0.45) adagra 39.9°-ig emelkedett a láz, nagyfokú elesettségtől és szívgyengeségtől kísérve. A következő napon azonban e bajok megszűntek. A második injectio után a hőmérsék 0.4°-nyi emelkedést mutatott, a harmadik (0.60) után az emelkedés 0.9°, a negyedik után (0.60) 0° volt.

Betegünket kénesóval is gyógykezeltük, a melyet *Jesione*k lépsyphilis eseteiben legértékesebbnek tart. A kénesókezelés teljesen eredménytelen volt, némi javulás után súlyos recidiva követte. Jodot az állandó gyomorpanaszok miatt nem adtunk. Syphilises láz esetén a neosalvarsant *Jordan*⁶ hatékonyabbnak tartja, *Stern* nézete szerint azonban nem előnyösebb a kénesó-nél. Hat esetében jó eredményt látott 0.25—0.40 gr.-tól, egy esetben azonban cserben hagyta. Betegünk állapota a második injectio után nagy mértékben javult, a hőmérsék 37.1°-ra csökkent, de alig hogy újra az enesolhoz folyamod-tunk, 37.7°-ig terjedő hőemelkedések jelentkeztek s emiatt újra salvarsant adtunk. Három nappal később a beteg teljesen láztalan lett, munkaképessége helyreállott. Egykori súlyos betegségére a még mindig positiv Wassermann-reactio és a léptompulat kissé nagyobb volta emlékeztet. Egészségét tisztán annak a körülménynek köszönheti, hogy gyógyítása kitartóan folyt. Néhány kénesóbefecskendezés vagy 1—2 salvarsan-oltás magában nem adott volna teljes eredményt, minthogy minduntalan visszaesés mutatkozott.

Ez esetről azt a következtetést vonhatjuk, hogy lép-tumorról járó, esetleg lázas megbetegedés esetén syphilis lehetőségére is gondoljunk és ne tekintsük e felvételt elinté-zettnak akkor, ha egy salvarsan-injectio vagy kénesókúra a betegséget visszafejleszteni nem tudta. *Brauer*⁷ több paren-chymás szerv harmadlagos syphilisét mint külön kórképet parenchymatitist luetica néven jelölte meg s a rendszeres kitaró kezelésre, mint e kórkép specialis gyógymódjára nyomatékosan hívta fel a figyelmet. E külön kórkép felállítá-sának gyakorlati haszna éppen az ajánlott gyógyításmódban rejlik, miként azt a közölt kórtörténet is bizonyítja.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Kolle und H. Hetsch: Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. Vierte, erweiterte Auflage. Erster Band. Urban und Schwabenberg. Berlin, Wien, 1916.

„Dem Andenken des unsterblichen Meisters (*Robert Koch*), dessen Lebenswerk und dessen Schule so viel dazu beigetragen haben, das so erfolgreiche Rüstzeug zur Bekämpfung der Seuchen in unserem Heere und Volke auch während des jetzigen Krieges zu liefern, sei deshalb auch diese Auflage (IV!) unseres Werkes gewidmet.“ Méltóbb emléket a szerzők valóban nem emelhetek *Koch*-nak, mint e munkával, melyről az első kiadáshoz írt előszavukban helyesen jegyezték meg: „Es ist zum Lesen, nicht nur zum Nachschlagen bestimmt“. Élvezetes, tanulságos olvasmány, kitűnő forrásmunka, melyet a szorosabb értelemben vett szakember is eredménynyel forgat, a gyakorlóorvos részére pedig, különösen a mai viszonyok között, alig nélkülözhető kézikönyv. Ritkán találtam könyvet, melyben az elméleti és gyakorlati rész oly arányosan van elosztva s melyben a tartalomhoz oly ügyesen illeszkedik az illusztrativ rész.

Deutsch Ernő.

⁶ *Jordan*: Archiv für Dermatol. u. Syph., 1911.

⁷ *Brauer*: Münch. med. Wochenschr., 1912, 1249. old., hozzászólás.

A többi adat: *Neumann*: Syphilis, 1896.

Handbuch der Geschlechtskrankheiten, 1913.

Mohr-Staehelin: Handbuch der inneren Medizin, 1912.

Lapszemle.

Belorvostan.

Genyes stomatitis járványáról számol be *Rumpel* tanár. Egy új orosz fogolytábor lakóinak több mint a fele bete-gedett meg; a foglyok megérkezésének második napján 12, harmadik napján 167, negyedik napján több mint 200 volt a megbetegedettek száma; a járvány tetőfokát (420 új meg-betegedés) az első hét végén érte el; az 5. hét végén a jár-vány megszűntnek volt tekinthető. A kórkép a következő volt: Kifejezett prodromalis tünetek (fej- és kistokú hasfájás, szé-dülés és obstipatio) után az egész foghús fájdalmasan meg-dagadt különböző fokban; e mellett még a legenyhébb ese-tekben is tisztán genyes váladék termelődött erős nyáladás kíséretében; az elváltozás legerősebb volt a gingivo-buccalis átmeneti redőn; a súlyosabb esetekben álhártyák képződtek, a melyeknek leszakítása után többé-kevésbé mély fekélyek maradtak vissza. A legsúlyosabb esetekben a torok-képletek is megbetegedtek. Az állkapocs tájékán és a nyak felső részén levő nyirokmirigyek többé-kevésbé megnagyobbodottak voltak. Némelyik esetben 39°-ig terjedő láz volt kimutatható. A belső szervekben többnyire nem volt elváltozás; néhány súlyos esetben a lép és a máj megnagyobbodottnak látszott, a máj-tájék pedig néha nyomásra nagyon érzékeny volt. A betegek általában nagyon súlyos bajban szenvedők benyomását tették: nyögve kuporodtak össze a fekvőhelyükön, nyitott, fájdalmasan félrehúzott szájukon át állandóan dült a bűzös, rothadt szénára emlékeztető szagú váladék. Mindazonáltal a lefolyás kivétel nélkül kedvező volt. Minden kezelés nélkül is, de gyorsab-ban szorgalmas szájöblögetésre és ecsetelésre, a duzzadás csakhamar visszafejlődött s a betegek aránylag hamar rendbe-jöttek; sokszor bő székürülés után következett be a javulás. A foghús duzzanata a súlyos esetekben 2—3 hétig is tartott, de az első néhány súlyos nap után már alig okozott zavart. Elég sok esetben mérsékelt rheumás panaszok állottak fenn. 6 esetben a betegség második napján némileg kanyaróra emlékeztető aprófoltos exanthema mutatkozott; a foltok azután nagyobbodtak és diffus, scarlatinászerű pirosságra vezettek főleg a háton; az exanthema részben haemorrhagiás jellegű volt és átlag 4 napig tartott, utána korpaszerű hámlás követ-kezett be. Az ör- és ápolószemélyzet közül senkisémbetete-gedett meg. A betegek váladékában Plaut-Vincent-csirák vol-tak kimutathatók, de sem ezekkel, sem a szájváladékkal nem lehetett emberen a betegséget előidézni. A hiányos táplál-kozás szerepe e járványban kizárható volt. A szerző szerint talán a táplálékkal bejutott avagy belőle a további anyag-cserében fejlődött bizonyos méreganyagokban keresendő a baj oka. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 22. sz.)

Sebészet.

A Billroth-battist helyettesítésére az olajba áztatott papírt ajánlja *Flebbe*, melyet jó eredménnyel használt. Az olajos papír a hideg és meleg víznek, a lysolnak, alkohol-nak, eczetsavas aluminium oldatának jól ellenáll, e mellett igen hajlékony, tartós és a nehezen beszerezhető Billroth-vagy Mosetig-battist árához képest rendkívül olcsó, úgy hogy használata nem csekély költségmegtakarítást jelent. (Mün-chener med. Wochenschrift, 1916, 20. sz.)

A genyes sebeket 1%-os acetonszódaoldattal kezeli *Heinen* törzsorvos. Ha a sebet elhalt szövetrészek vagy genyes váladék fedik, ezektől előzőleg H₂O₂-sprayvel tisztítja meg és csak ezután teszi a sebre az acetonszódaoldatba áztatott 3—4 rétegből álló gazet, melyet egy réteg vattával pólyáz be. A kötést naponként változtatja.

Genyes sipolyjáratokba erősebb acetonszódaoldatba áztatott jodoform-gazet vezet be.

A kezelés előnyei: A genyes váladékképződés gyorsan megszűnik, a túlsarjadzás és a pyocyaneussal való fertőzés biztosan elkerülhető, a seb behámosodása és a hegképződés igen kedvező, a kezelés egyszerű és olcsó. A szerző megjegyzi, hogy az acetonszódaoldattal kezelendő sebek környékét jodtinc-

turával kezelni nem tanácsos, mert maró jod-aceton keletkezik, mely a hámot felmarhatja. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 20. sz.)

Orr-, garat- és gégebjajok.

A felső légutak lövési sérüléseiről ír *Kafemann*. Az orrnak és melléküregeinek lövési sérülései általánosságban a könnyű sérülések közé sorozhatók. Ritkák az olyan esetek, melyekben az orrüregben ferdén áthatoló lövedék a szegmolyót és az agyvelőt is veszélyezteti; ily esetekben is feltűnő az általános állapotnak csekély befolyásoltsága. Kevésbé veszélyes a hosszirányú lövési csatorna; a lövedék a Highmor-üregben megakad vagy néhány fognak szétzúzása árán a proc. alveolarison át kijut; a felső állcsonttöböl a lövedékek bennmaradása iránt nagyon tolerans. Homloköböl-sérülések a szegmolyó részesedése nélkül gyakran trepanatiós nyílás képét mutatják s sokszor kiterjedt kozmetikai műtétet tesznek szükségessé. Az iköböl lövési sérülései — többnyire a homlokban levő bemeneti nyílással — ritkák. Igen gyakoriak az orron ferdén áthatoló lövési sérülések: a lövedék a könnyimirigy táján hatol be, a felső orrjáraton vagy a középső kagylón át, veszi útját, átfúrja az orrsövényt s az orrüreg másik felén áthaladva, az állkapcsot törve utat, több fognak elpusztításával a proc. alveolarison át jut ki. Ritkák a középvonal, az orrcsontok találkozási helyét érő, az orrsövényt és szájpadlást átfúró lövések, melyek az orr vázának jelentékeny eltorzításával s az orrsövény állandó perforációjával járnak, míg a szájpadlás sebe hamarosan záródik. Az orr legkönnyebb lövési sérülései az ún. alagutlövés, melyek az orr mozgatható részein oldalról hatolnak át; csupán ha igen közelről történtek, járnak nagyobb roncsolással s az ez után támadt elcsúfító hegek utóbb kozmetikai correctiót tesznek szükségessé. Általánosságban mondható, hogy leszámítva a kiterjedt roncsolással járó eseteket, az orrlövésnek jótermészetűek; az általános reactio s a fájdalmak csekélyek, 1—2 héten át a reactiós duzzanat a lélekzést az orron át megnehezíti. A therapia argent. nitric.-nak vagy cycloformnak bolus alba-val befúvására szorítkozik; csontösszezuzódás esetén jodoformgázzal kell tamponálni; a lélekzés megkönnyítésére drainsövecskét helyezhetünk az orrba. A garat lövési sérülései általánosságban szintén könnyűek. Az epipharynx sérülése esetén a bemeneti nyílás többnyire a belső szemzug táján vagy ettől kissé median felé van s a lövedék a rostacsont mellett a choanákra át veszi útját a garat felé. Ritka esetekben a sérültek a lövedéket elnyelik s ez per vias naturales távozik. Ha a szomszédos fontos szervek és vérerek nem sérülnek meg, a meso- és hypopharynx sérülései is jótermészetűek; a lövedék sokszor a garat hátulsó falán látható és tapintható. A gége és gégecső lövési sérülései azonban éppenséggel nem oly jótermészetűek, mint általában hiszik; a gége sérülései a hangszalagok magasságában, továbbá a gyűrűporcra s a gégecsőnek sérülései közvetlenül életveszélyesek és a későbbi jelentékeny működést zavarok miatt a legsúlyosabb sérülések közé sorolandók; a lobos reactio oedema útján rendszerint halálos s még oly esetekben is, melyekben az idejekorán végzett tracheotomiával az életveszély el is háríthatott, később szűkület, hegesedés, eltolódás miatt súlyos műtéti beavatkozások válnak szükségessé. (Deutsche mediz. Wochenschrift 1915, 17. sz.)

Safranek.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Urológiai eszközök sikamlóssá tevésére *Posner* a perkaglycerint ajánlja a következő összetételben: perkaglycerin 20'0, tragacantha 3'0, aqua destillata ad 100'0. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 21. sz.)

A vörheny egy késői tünete hívja fel a figyelmet *Schleissner*. Azt találta ugyanis, hogy vörheny csaknem minden esetben a reconvalescentiában a fülkagylókon hámlás. Ez, egybevetve az addigi lefolyással, sokszor hozzájárul a kétes diagnosisok tisztázásához. (Jahrbuch für Hülfskunde, 83 kötet, 3. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 24. szám. *Kelen Béla*: A Röntgen-sugárzás qualitativ mérése felvételeknél. *Szántó Manó*: Albuminuria néhány esete.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 24. szám. *Bayer Emil*: A malaria elleni védekezés.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Papp Gábor* dr.-nak, a szolnoki Ferencz József-kórház igazgató-főorvosának a magyar nemességet „óvári” előnévvel, *Körösy Kornél* dr. és *Entz Béla* dr. budapesti egyetemi magántanároknak pedig az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. — *Weisz Bertalan* dr. sátoraljaújhelyi orvost és *Hüttl Tivadar* dr. budapesti egyetemi tanárségét a magyar vörös-keresztigyleti főorvosi címmel tüntették ki.

A magyar orvosok és természetvizsgálók 37. vándorgyűlése a közbejött háború miatt elmaradt. A vándorgyűlés alkalmából készült ünnepi dolgozatok azonban megjelentek és a lapoknak nemrégiben szétküldettek. A két kötetet a nagyszabedű Erdélyi Természettudományi egyesület, illetve ennek orvosi szakosztálya adta ki. Az első kötet természet tudományi, a második orvosi értekezéseket tartalmaz. Ez utóbbiak a következők: *Müller Kornél*: Az ulcus pylori Röntgen-diagnosisa. 14 táblával. *Fischer Emil*: Adalék a börmyma ismeretéhez. 1 színes táblával. *Czekelius D.*: Adalék a születések és a gyermekhalandóság statisztikájához Nagyszabedűben az 1892—1911. években. 5 táblával. *Fabritius Ágost*: A brassói m. kir. állami szemkórház. Ez értekezések méltán tarthatnak igényt a szakemberek érdeklődésére.

Magyarország szemorvosainak egyesülete pünkösd vasárnapján, június 11.-én és a következő napon nagyszabású és fényes sikerű háborús ülést tartott, melyen az egyesület meghívására sokan vettek részt külföldről is, így Németországból körülbelül 50-en, Ausztriából körülbelül 30-an és Bulgáriából 3-an; Törökországot képviselve volt egy résztvevővel. E részvételek révén a gyűlés a szövetkezett központi hatalmak olyasféle szemészeti háborús tanácskozásává alakult, a minő a sebeszet terén a brüsszeli és berlini s a belorvoston terén a varsói volt. A német nyelvterület egyetemei közül Berlin, Würzburg, Strassburg, Jena, Giessen, Bern, Bécs, Prága volt a szemészet rendes tanára által képviselve; a hivatásos katonai orvosok karnak is számos magasabb állású tagja jött el úgy Ausztria-Magyarországból, mint Németországból a gyűlésre. A résztvevők összes száma, a magyar tagokkal együtt, 250 volt. A megnyitó ülésen, melyen *Augusta* főhercegné asszony is megjelent, *Grósz Emil* elnök, *Hazai Samu* honvédelmi miniszter, *Jankovich Béla* vallás- és közoktatásügyi miniszter és *Bárczy István* polgármester üdvözölte a bel- és külföldről jött vendégeket. A gyűlés tárgyalásai a következő témák körül csoportosultak: 1. A trachoma a katonai szolgálatképesség szempontjából. 2. Látásélesség és fénytörési hibák a szolgálatképesség szempontjából. 3. A szembe és az orbitába jutott idegen testek lokalizálása és eltávolítása harctéri sérüléseknél. 4. Harctéri szem sérülések. 5. A háborúban megvakultakról való gondoskodás és a látócsökkenés a rokkantság szempontjából. Az előadások és hozzászólások szövege az Archiv für Augenheilkunde külön füzetében fog in extenso megjelenni. A gyűlés eszméje és mintaszerű megvalósítása *Grósz Emil* tanár érdeme.

Kirchner tanár előadása. *Kirchner* dr., miniszteri tanácsos, a porosz belügyminisztérium egészségügyi osztályának főnöke, június 10.-én az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának kérésére előkelő közönség előtt tetszettel fogadott előadást tartott a Nemzeti Múzeum nagytermében a következő címmel: „Über den Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege”.

Goldzieher Vilmos tanár halála. 67 éves korában, csaknem egy évi szenvedés után, arteriosclerosis következtében elköltözött az élők sorából legkiválóbb szemészeink egyike, a kinek neve a külföldi szakköreiben is a legismertebbek és legjobb hangzásúak közé tartozott: *Goldzieher Vilmos* dr. egyetemi címzetes rendk. tanár, m. kir. udvari tanácsos, Rókus-kórházi főorvos, a Vöröskereszt Erzsébet-kórház szemészeti főorvosa stb. Az elhunyt Köpcsényben, Mosonmegyeében született; orvosi tanulmányait Bécsben és Heidelbergban végezte, szakbeli kiképzését az utóbbi egyetemen nyerte, mint *O. Becker* tanár tanítványa és tanárségéde. 1875-ben Budapesten mint gyakorló szemorvos telepedett le, 1877-ben a szem kórboncztanának magántanára lett, 1895 óta rendk. tanári címmel. *Goldzieher* tanár igen nagy és értékes irodalmi működést fejtett ki; az ő nevéhez fűződik többek közt annak a felfedezése, hogy a könnyimirigy secretorius idege az arcideg s nem a trigeminus, mint eddig hitték. Irodalmi tevékenysége úgyszólván a szemészet egész körét felöleli s szakértekezéseken kívül több tankönyvet is magába foglal. Hervadhatatlan tudományos érdemei nevének fennmaradását biztosítják.

Személyi hírek külföldről. *Fr. Gudzent* dr. berlini magántanár (belorvoston) tanári címet kapott.

A munkába járó anyák gyermekeinek védelme, a csecsemőtáplálás és ápolás tárgyában a belügyminiszter a következő rendeletet bocsátotta ki:

A nemzetek most folyó küzdelme tanubizonyosság arra, hogy az állam szempontjából a legnagyobb érték az ember. De még nagyobb

lesz az ember értéke akkor, a mikor elérkezik az ideje, hogy helyreállítsuk a háború pusztításait. Az elmúlt évtizedekben a népesség számbeli tényleges gyarapodása jóval kisebb volt, mint a mennyinek a születések nagy számához képest lennie kellett volna. Ennek oka elsősorban a gyermek-, különösen pedig a csecsemőhalandóság állandó nagy mértéke volt. 1911–1914. év átlagában 100 csemő közül az egy éves kor előtt 20 halt meg. Népszaporodásunk e kedvezőtlen tünete nem került el az illetékes hatóságok figyelmét és ezért a gyermek-, különösen pedig a csecsemőhalandóság ellen való védekezés előmunkálatai már a háború előtt megindultak. De a háború kitörésekor e munkálatok is félbeszakadtak. Az immár közel két év óta tartó világháború veszteségei azonban elemi erővel tolják előtérbe a népesség számbeli gyarapodásának nagy kérdését. A háború rettenetes embervesztései nemcsak a csataterén, kórházakban és fogságban elpusztult katonáink nagy számában sujtják nemzetünket, hanem a polgári lakosság kedvezőtlené vált szaporodási viszonyaiban is. 1915. év májustól kezdve ugyanis havonként 21–22.000-rel, októbertől kezdve pedig 26–28.000-rel kevesebb gyermek születik, mint született a békés idők megfelelő időszakában. A születések ilyen apadása mellett a háború első napjától kezdődőleg a felnőttek és a gyermekek, különösen pedig a csecsemők halandósága egyaránt emelkedett. 1915. évben a csecsemőhalandóság eddigi 20%-ról 27%-ra szökött fel. Ha tehát a viszonyok a folyó év végéig meg nem változnak, a veszteség már magában a polgári lakosságban 830–850.000 főre emelkednék. E kérdéssel úgy a hivatalos körök, mint a társadalom illetékes tényezői, a legbehatóbban foglalkoztak. E hivatalos és társadalmi tényezők bevonásával többrendbeli értekezlet tartott a belügyminisztériumban is, a melyek arra a meggyőződésre vezettek, hogy a népszaporodás csökkenésének meggátálása végett az anya- és csecsemővédelem szervezését most már az egész országra szólni meg kell indítani. Ez a nagy munka hosszabb időt igényel, de az országos szervezést a háborús helyzet is felelt megnehezíti. Elodáztatlan azonban, hogy a munkába járó anyák gondozás nélkül maradt gyermekeinek védelméről haladék nélkül törtenék megfelelő gondoskodás. Különösen sürgőssé teszi ezt az a körülmény, hogy a katonai szolgáltnak az 50 éves korig való kiterjesztése folytán az egészséges munkabíró férfilakosság katonai szolgálatra vonult be és így a férfimunka legnagyobb része a nőkre hárul, a kik gyermekeiket igen sok esetben kénytelenek felügyelet nélkül hagyni. Fokozza e felügyeleti szükségességét az is, hogy a most következő időszakban a mezőgazdasági munka a nőket még nagyobb mértékben veszi igénybe és a csecsemők halandósága is a nyári meleg hónapokban a legnagyobb. Az ország egyes vidékein már eddig is kifejlődött az a gyakorlat, hogy a nagy nyári munkaidő alatt a szülők gyermekeiket olyan idegen családbeli, de megbízható nők felügyelete alá helyezték, a kik foglalkozásuknál fogva házi tűzhelyeiket egész napon át nem hagyják el. Azokban a községekben, a hol ez a gyakorlat bevált, ezt jövőre sem szükséges megváltoztatni. Ugyancsak a munkába járó anyák gyermekeinek elhelyezésére az ország több községében (városában) már is vannak olyan intézmények, valamint az egyes gyárakban, intézetekben olyan helyiségek, a melyekben a munkába járó anyák gyermekeiket elhelyezhetik. Azokban a községekben, városokban, a hol a gyermekek elhelyezésére szolgáló ilyen helyiségek nincsenek, illetőleg a meglévők meg nem felelnek, elkerülhetetlenül szükséges *Napközi Otthonoknak* sürgős felállítása. Felhívom ennél fogva a törvényhatóság közönségét, utasítsa azonnal ezeknek a községeknek (városoknak) hatóságait, hogy az esetleg ott működő jótékony egyesületek, intézetek, illetőleg a társadalom arra illetékes tényezőinek bevonásával *haladéktalanul gondoskodjanak Napközi Otthonok szervezéséről*. Hívja fel továbbá a törvényhatóság a gyárak, iparvállalatok és nagyobb gazdaságok tulajdonosait, hogy ha ez eddig még nem történt meg, gyáraikban, ipartelepeiken és gazdaságaikban is rendezzenek be megfelelő helyiségeket az ott munkában levő nők gyermekei részére. A mi a Napközi Otthonok elhelyezését illeti, minthogy az elemi iskolákban a tanítást már a legtöbb helyen befejezték, e célra az elemi iskolák megfelelő számú helyiségei kínálkoznak a legalkalmasabbaknak. A Napközi Otthonok vezetésére pedig, amennyiben arra a helyi viszonyoknál fogva más alkalmas egyén nem található, a tanítónőket, a tanítók feleségeit, illetőleg a tanítók családjaikban felnőtt női tagjait kellene felkérni. A vallás- és közoktatásügyi miniszter úr — kérésre — intézkedett, hogy az állami elemi népiskolák helyiségei a Napközi Otthonok céljaira átengedjenek és hogy az állami elemi népiskolák tanítónői, a tanítók feleségei, vagy a tanítók női családtagjai a Napközi Otthonok vezetésére vonatkozó felkérést lehetőleg teljesítsék. Hasonló irányú intézkedésekre az egyéb népiskolák fentartóit is fel fogja kérni. Az iskolahelyiségek igénybevételére íránt a hatóságok (főszolgabíró, polgármester) forduljanak közvetlenül az illetékes királyi tanfelügyelőkhöz, a kiket a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr megfelelően utasított. Különös figyelmébe ajánlom a törvényhatóságok, utasítsa a helyi hatóságokat, hogy a Napközi Otthonok céljaira igénybevetett iskolahelyiségeknek és a berendezési tárgyaknak legnagyobb fokú kíméletére állandóan felügyeljenek. A Napközi Otthonok szervezésére a külön szétküldött „Útmutatás” ad felvilágosítást. A mint ebből az „Útmutatás”-ból kitűnik, a Napközi Otthonokban rendszeresen csak egy éven felüli gyermekeket lehet elhelyezni. A csecsemőknek nagyobb számban egy helyen való elhelyezése ugyanis a fertőzés veszélye miatt a csecsemők életére könnyen veszélyessé válhatná. Az egy éven aluli gyermekek védelmére szükséges és az adott viszonyok között lehetséges első lépéseket azonban addig is sürgősen meg kell tenni, míg az anya- és csecsemővédelemnek szervezése országsszerte rendszeresen megindulhat. Ez az első lépés pedig az, hogy mindazok, a kik a csecsemőkkel fog-

lalkoznak: anyák, hozzátartozók, gondozók a csecsemőápolás alapelveiről tájékoztatást nyerjenek. Az anyák és csecsemők védelmére alakult Országos Stefánia-Szövetség (Budapest, IV., Semmelweis-u. 4.) a csecsemők ápolásáról, valamint az anyatej hiányában a mesterségesen táplált csecsemők esetéről „Kis Káté”-t készített s azt terjesztés végett felajánlotta. Ezt a kétfélebeli „Kis Káté”-t külön megküldöm a végből hogy a legszélesebb körben való elterjesztésük iránt a törvényhatóság a saját hatáskörében intézkedjék. Ugyancsak a Stefánia-Szövetség a csecsemők közt a nyári időszakban fellépő ártalmak, betegségek ellen való védekezés céljából „Hirdetmény”-mintát terjesztett fel hozzám. Ezt a „Hirdetmény”-t is — minthogy az az elérendő cél szolgálataira alkalmasnak látszik — kellő számú példányban szintén külön megküldöm oly célból, hogy azt a törvényhatóság minden községben (városban) a lehető legszélesebb körben tétesse közzé. Megjegyzem, hogy a mennyiben a törvényhatóságnak akár a „Hirdetmény”-mintából, akár pedig különösen a kétfélebeli „Kis Káté”-ből még több példányra volna szüksége, a kellő számú példány megküldése iránt forduljon közvetlenül a Stefánia-Szövetséghez, a mely a kérésnek azonnal eleget fog tenni. A két „Kis Káté”-ban és „Hirdetmény”-ben foglalt alapelvek megtartása a nyári csecsemőhalandóságot kétségtelenül csökkenteni fogja. A csecsemőfelügyelet, ápolás és gondozás alapelveinek terjesztése, ezeknek az alapelveknek gyakorlati megvalósítása, úgyszintén az ellenőrzés, valamint a szegény anyáknak és csecsemőiknek anyagi támogatása körül nagy feladat vár a társadalomra. Azokon a helyeken, a hol ily célú egyesületek és társadalmi intézetek működnek, elsősorban ezekre hárul e nemes és nehéz feladat megoldása; a hol pedig ilyenek nincsenek, ott mindez a feladat a társadalom egyes lelkes tagjaira vár. *Különösen fontos feladatuk lenne a társadalmi tényezőknek, hogy a csecsemőket, elsősorban a munkába járó anyák csecsemőit otthonaikban és ott, a hol az anyák őket elhelyezték, minél gyakrabban látogassák meg; a gondozó anyákat az Útmutatónak és a Kis Kátéknak szemlémében tanácsos látásuk el és az e tanácsoknak megfelelő eljárást rendszeresen ellenőrizzék.* A most elrendelt intézkedések csak a halaszthatatlan tennivalók megvalósítását célozzák. Az általános anya- és csecsemővédelem sokoldalú tevékenységet, rendszeres munkát kíván. Az intézkedéseknek egész sorozata lesz még szükséges. E feladatok egy részét a kitűzött célok természete szerint állami, másrészt önkormányzati, de tekintélyes részét mindenesetre társadalmi tevékenység körében kell megvalósítani. Bizom abban, hogy a törvényhatóság, valamint a társadalom a rá váró nagy feladatokat buzgón és eredményesen teljesíteni fogják, és a Napközi Otthonok felállítását, szervezését, vezetését, szükség esetén az anyagi eszközök előteremtését körül is megteszik mindazt, a mit e nagy idők komoly napjaiban a nemzeterősítés érdekében megtenni kötelességük.

Karlsbad város polgármestere a városi tanács nevében a következő hivatalos nyilatkozat felvételére kért fel bennünket: „Karlsbadban az élelmiszeri viszonyok kifogástalanok és a város részéről minden megtörtént, hogy a vendégek ellátása ezentúl is minden igényt kielégítő legyen. Karlsbad gyógyüzeme éppen olyan, mint béke idején. Minden ezekkel ellentétes hírek a legcsekélyebb alapja sincs.”

Lapunk mai számához Knoll & Co., Ludwigshafen am Rhein „Bromural-Tabletták” című prospektus van mellékelve.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyító és kosmetikai intézete**
Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigoritherapia, fildők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvételnek férfi- és nőbetegek
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosai maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Dr. FALPERTH AKOS
KARLSBAD
HAUS HERZOG v. BRABANT

Dr. FORBÁT bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratórium. Antigenek, haemolysin, vaccinák.
VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

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

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, I., Városmajor-utca 64. Telefon 88-99.
Bel-, ideg- és női betegek részére. Hízaló és soványító gyógymódok. Vízgyógyimód és villamos kezelések bejáróknak is. A betegek a sanatoriumban lakó **Dr. báró Podmaniczky Tibor, igazgató-főorvos** állandó felügyelete alatt állanak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. rendes tudományos ülés 1916 márczius 4.-én.) 334. lap. — A XVI. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 335. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VI. rendes tudományos ülés 1916 márczius 4.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

(Folytatás.)

Gyermekekenyérnyi koponyatető-defectusnak tibia-transplantációval fedett és gyógyult esete.

Ertl János: K. M. gyalogos 1915 április 12.-én koponyalövést szenvedett. Három hétig többnyire eszméletlen állapotban feküdt. Kórházukba szeptember 29.-én vették fel a következő állapottal:

A koponyatetőn, nagyjából a jobb parietalis csonton, gyermekekenyérnyi defectus, melynek közepén körülbelül 10 cm. hosszú hegvonat van. E területen jól látni az agyvelő pulzálását. A beteg állandóan szédül, patellaris reflexei fokozódtak, a végtagokban néha rángatózások jelentkeznek, olvasáskor a betűk összefolynak, hajolni nem tud, járása nehézkes és óvatos.

Műtét 1915 november 12.-én.

Chloroform-aether-narcosisban a defectus körül a bőrt lebeszerezve óvatosan lepraeparálják, különösen az agyvelővel összenőtt részt. E helyen nagyon ügyelnek arra, hogy megmaradjon a dura folytonosságát adó kötőszövetes réteg, majd ennek sikeres kikészítése után felfrissítik a csontszéleket s a defectust a tibiából vett csontlécczel fedik következőképen:

A defectus hosszúságának megfelelően a tibia elülső felszínének egész szélességéből levésnek egy körülbelül 9 cm. hosszú corticalis periosteummal, melylyel azonban a defectusnak csak körülbelül $\frac{3}{4}$ részét tudják pótolni. A behelyezett csontot periosteumánál fogva néhány catgut-öltéssel a galeához erősítik, a defectus visszamaradó $\frac{1}{4}$ -ét, nem akarván a tibián nagyobb sebést ejteni, a corticalis lemez helyéről levéselt kisebb csontlemezekkel mozaikszerűen fedik, majd ezen területet a szomszédságból elcsusztatott galealebenynyel borítják be, melyet a periosteumhoz erősítenek néhány öltéssel. Ily módon az egész defectust sikerült csontosan pótolni s tápláló periosteummal, majd galeával fedni; azután a bőrt visszahajtják s a sebet csomós varratokkal egyesítik.

Nyolcz nap múlva fonalkiszedés, a seb per primam gyógyult.

Jelenleg a defectus teljesen csontosan van kitöltve, a mozaikszerűen fedett zóna területén csupán két kisebb behúzódság tapintható. A beteg *Kövesi* szerint idegrendszerbeli eltérés nincs, reflexei normalisak, járni, hajolni jól tud, érzési eltérések, egyensúlyzavar nincsenek, a beteg gyógyultnak tekinthető.

A mandibula proc. alveolarisának tibia-transplantációval pótolta esete.

Ertl János: P. J., 40 éves gyalogos jobb állkapcsát, 1915 május 20.-án dum-dum golyó széttronsolta. Az angulus-tól a foramen mentale-ig terjedő teljes csonthiány volt jelen. A beteg 1916 január 3.-án végzik a transplantációra előkészítő definitív lágyrész-plasztikát, majd 1916 január 20.-án a tibia-transplantációt. Jelenleg műtét után a 6. hétben van, mikor is az eljárásuknál használatos intrabuccalis támasztó pelottát eltávolítják. A beteget épp azért bátorítják bemutatni, hogy demonstrálhassa, miszerint eljárásuknál már a 6. héten callosus adaptatio szokott létrejönni a transplantatum s a törésvégek között. Erről egyrészt a Röntgen-képen, másrészt pedig a consolidált állkapocs szabad egyöntetű mozgásából győződhetünk meg.

Makai Endre: Felszólalásának célja az, hogy alkalmat adjon Ertl-nek arra, hogy félreértések elkerülése végett nyilatkozatot tegyen. Ertl úgy mai bemutatásában, mint a február 12.-i ülésen tartott előadásában az állkapocstöréseknél alkalmazott szabad transplantációt

a tibiából úgy állítja be, hogy az avatatlan vagy felületes hallgató az eljárást esetleg új és általa feltalált methodusnak tarthatja. Tudvalevő dolog, hogy a szabad transplantatio állkapocstöréseknél a sebészeten hosszú idő óta jól ismert, régen polgárjogot nyert eljárás, mely számos kézikönyvben ennek megfelelően kellő értékelést is nyert. Jól tudja, hogy Ertl-től távol áll az idegen tollakkal való ékeskedés, viszont az orvosegyesület mindnyájunk előtt sokkal komolyabb hely, semhogy aegise alatt egy régóta ismert eljárás új felfedezés gyanánt bocsáttassék világra. Azt hiszi, hogy Ertl csak a kifejezést nem választotta meg praecise s élni fog az alkalommal, hogy ezt kifejezésre is juttassa. Az eljárás egyáltalában nem új, annál kevésbé eredeti: régi, de igen jó eljárás, a melylyel elért sikerét Ertl-nek mindenki szívesen méltányolja.

Ertl János: Eljárása eredetiségének kétségbevonására vonatkozólag minden prioritási kérdés mellőzésével a bemutató a következőkben reflektál:

A mandibula-defectusok transplantatio útján pótlásának problémájával a háború előtti szakkönyvek is foglalkoznak; hivatkozik a „Handbuch der praktischen Chirurgie“ Perthes által írt fejezetére (855. oldal), mely megemlíti az egyes kísérleteket, de határozott rendszert nem közöl, sőt további kísérletezésre serkent. Manninger-Verebely sebészeti tankönyve III. részének 119. lapján ezt mondja: „A defectus pótlása az állkapocs-műtéteknek legfontosabb és ma sem teljesen megoldott kérdése.“ Az előadó ez alapon az esetek megoldására kidolgozott methodust nem kaphatott. E kérdés a háború alatt lépett előtérbe s mindenkinél nagyjából önmagára utalva kellett az esetek megoldásán fáradoznia, így függetlenül egymástól jöttek létre úgy Németországban, mint nálunk a különféle kezelési s műtési módok.

Methodusuk az, hogy a fogászilag nem gyógyítható eseteket osteoperiostealis plastikával, a nagyobb defectusokat pedig transplantációval oldják meg, s a biológiai kautelák szem előtt való tartásával végzett eljárásuk úgy theoretikus, mint praktikus értelemben teljesen megfelelő eredményeket hozott. Ezután bemutatja a német mandibula-tan mai állását, melyet híven tükröz vissza a *Kriegschirurgische Hefte* 10. számában Loos (Frankfurt) monographiája, mely e kérdést részletesen tárgyalva ismerteti úgy a maga, mint Lindemann transplantációs eljárásait. Majd felolvassa azon sorokat (127–129. oldal), melyek szerint az ő eseteikben sokszor három hónapon túl is mozgékonyaságok, fűderések állanak fenn. Ezután a monographiában foglalt Röntgen-képeket vetíti és rámutat azon okokra, melyek hátráltatják a csontos consolidációt. Majd felolvassa a monographia utolsó fejezetét, melyben maga a szerző is elismeri, hogy tapasztalataik a csontplasztika terén még nem egészen kialakultak.

Ezzel szemben az előadó ad oculos demonstrálja a 6. sz. tartalékkórházban bevezetett methodus minden műtési fázisát, melylyel már a hatodik hét végén teljes csontos adaptációt és tökéletes gyógyulást érnek el. Állítását éppen a hatodik hétben levő operált betegen igazolja, sorozatos Röntgen-képeknek s magának a betegnek bemutatásával.

Az elmondottak és eldemonstráltak után az orvosegyesület objektivitására bizza az ítéletet.

Makai Endre: Ertl válaszára félreértett szavai helyesbítése címén kér szót. Egyáltalán nem tételezett fel Ertl részéről rosszhiszeműséget, viszont kénytelen konstatálni, hogy a legcsekélyebb fáradsággal megfelelő gyűjtőmunkákban megtalálta volna ezt az eljárást, melyet *Tillmann* 1900-ban alkalmazott először. A *Bruns-Garré-Küttner*-féle munkában, melyben Ertl az eljárást hiába kereste, éppen az állkapocs lőtt sérüléseiről a 788 és 787. oldalon, továbbá az állkapocshiányok pótlásáról a 855. oldalon (1913. évi kiadás) az egész eljárás lényegileg megtalálható. Különbözik is egy sebész sem lehet a vita érdemi részét illetőleg kétségben, mindenki régóta ismeri és használja az Ertl által újak mondott eljárást. Bárki a fentidézett munkákban utánanézve, megalkothatja ítéletét.

Harcztéri állcsontsérülések sebészi és prothesises kezelése.

Szabó József és Salamon Henrik: Az előadók elsőben is megemlékeznek azon gyógyítási methodusokról, melyekkel a nagy sebészet az idők folyamán dolgozott; szólnak az immobilizáló, a functionális módszerekről, *Bardenhauer extensiós* módszeréről és a *csontvarratokról*. Majd bírálják ezeket a methodusokat az állkapocstörések szempontjából, s oda konkludálnak, hogy az olyan eljárás, mely a törésvégeket immobilizálja ugyan (a helyes irányban és tartásban), de a mellett a functióra is gondot fordít, nyújtja egyedül a jó gyógyulás biztos garanciáját.

Az állkapocstörések, és pedig a harcztéri lövedék okozta sérülések gyógyításában a szigorúan conservativ sebészi kezelés

hivei, és első céljuk a törésvégeket *normalis vagy lehetőleg normalis helyzetbe hozni*. E célra állanak rendelkezésünkre a különböző fogászati sínek, melyeket a törésvégeken ülő fogakhoz rögzíthetünk. Ez a *repositio* egyszerű és könnyű akkor, ha a *törésvégek kézzel is könnyen elmozdíthatók és reponálhatók*. Már nehezebb és komplikáltabb sínekre, készülékekre van szükségünk, ha a törésvégek nehezen elmozdíthatók, ha hegek, vagy különböző izomhatások *rögzítik* elfoglalt helyzetükben. Ha rossz helyzetben csontos callus rögzíti a törésvégeket, akkor ehhez a repositióhoz már előbb sebészi ténykedésre, a törésvégek mobilisációjára van szükség.

A már reponált törésvégeket alkalmas fogászati készülékekkel *rögzítjük* és így megadjuk a lehetőséget arra, hogy a nyugalomba tett törésvégek közt csontos callus támadjon.

Az előadónak az a tapasztalata, hogy a törések, melyek elég frissek, nem elhanyagoltak, az esetek túlnyomó többségében ilyen *prothesises* kezelésre gyógyulnak, a törésvégek összecsontosodnak még akkor is, ha közöttük *kisebb-nagyobb csonthiányok* támadtak.

Az előadók az állkapocs darabos, illetve szilánkos törése eseteiben minden törésdarabkáknak rendkívül nagy értéket tulajdonítanak és óvakodnak kényszerű szükség nélkül azok művi eltávolításától; az a tapasztalatuk, hogy az esetek túlnyomó többségében ezek mind megtapadnak, összeforrnak, illetve a csontos callus fejlődésében részt vesznek.

Ilyen tisztán *prothesises* kezelésben részesült betegek Röntgen-felvételeit az előadók bemutatják, és a gyógyulás eredményét demonstrálják. *Vannak azonban esetek, a mikor a gyógyulás ilyen prothesises kezelésre nem gyógyul; a törésvégek nem csontosodnak össze.* Ilyen esetekben fel kell vennünk, hogy a törésvégek közt csontos callus nem képződik vagy azért, mert tört darabokról a periosteum élettani működése nem indul meg, vagy azért, mert esetleg a törésvégek közé idegen test jutott, esetleg a környéki lágyrészek, hegek mint interpositumok a csontos callus képződését akadályozzák; ilyen esetekben az egyszerűbb operatív beavatkozás (idegen testek eltávolítása, a törésvégek felfrissítése, a löcsatorna kikanalizása) a legtöbbször célhoz vezet.

Ertl és Gadányi néhány hét előtt ugyanitt tartott előadásukban a harctéri lövedékek okozta állkapocstöréseket csoportosítják és azon meggyőződésüknek adnak kifejezést, hogy a mig az állkapocs egyszerű fissurái, dislocatio nélküli törései és az általok nagycontactusos szilánkú segment-töréseknek nevezettek egyszerű fogászati beavatkozásra (tehát *prothesissel*) gyógyulnak, addig az u. n. kis sequesterű segment-törések, továbbá kisebb defectusok, *csak operatív úton gyógyíthatók*, továbbá, hogy a nagyobb defectusok, a kombinált törések definitív gyógyítására a szabad transzplantatio egyedül vezet célhoz. Ehhez az előadók *ilyen merev formában* nem járulhatnak. Nemcsak az állkapocs egyszerű fissurái, dislocatio nélküli törései, továbbá a contactusos nagy szilánkú segment-törések gyógyulnak illetve gyógyulhatnak össze minden operatív beavatkozás nélkül, de a kis sequesterű segment-törések, a kisebb, sőt nagyobb defectusok is minden operatív beavatkozás nélkül gyógyulhatnak.

Az előadónak viszont volt alkalmuk látni olyan egészen egyszerű, dislocatio nélküli u. n. fissura-törést, mely sínezéssel, fogászati kezelésre nem gyógyult. — Egészen más lapra tartoznak már most az olyan esetek, melyekben már tulajdonképpen nem *állkapocstörések* gyógyításáról van szó, hanem bizonyos olyan *állapotok* javításáról, gyógyításáról, a mely állapotokat a *rossz gyógyulások* eredményeztek. Ilyen állapotok rendszerint és legtöbbször akkor támadnak, ha az állkapocs törése *nem jutott kellő időben szakkezelésbe*. Olyankor a mikor a sérültnek heteken, hónapokon át esetleg csupán külső lágyrész-sérülései részesültek kezelésben és az állcsont törésére figyelemmel nem voltak; vagy olyankor, mikor kényszerítő körülmények nélkül a tört állkapocs kisebb-nagyobb darabjait mint sequestereket eltávolították és még ezután sem gondoskodtak a tört darabok kellő nyugalomba helyezéséről, rögzítéséről. Így támadnak, az esetek túlnyomó többségében *álízületek, kisebb-nagyobb maradó defectusok*, vagy így csonto-

sodnak össze rossz helyzetben a törésvégek. Ezen állapotok javítása, gyógyítása már *csakis sebészi*.

Az előadók *Ertl* transzplantációs műtéteiről, azok eredményeiről a maradó csontdefectusok gyógyításában a legnagyobb elismeréssel emlékeznek meg.

Csatlakoznak *Ertl* felfogásához, a ki ily esetekben a definitív gyógyulást csak a műtéttől reméli. Bár voltak eseteik, melyekben nagyobb ilyen defectusok daczára is az állkapocs functiója kielégítő, és habár az ilyen beteget definitív gyógyultnak nem tekinthetik, gyakorlatilag mégis az állapotot kielégítőnek mondhatják.

Dollinger Gyula: Szabó és Salamon előadásaiból, úgyszintén *Ertl* bemutatásaiból összefoglalni óhajtaná a legfontosabbakat.

A Révész-utcai hadikórházban tanuja volt Szabó és Salamon fáradhatatlan működésének és személyesen is meggyőződött arról, hogy valóban olyan állkapocssérülések is, a melyeknél az alsó állkapocs egy része lövés folytán számos apró darabra tört és a lövés-csatorna fertőzött, conservatív kezelés mellett, az előadók által bemutatott sínek, kötések, ferdesíkok alkalmazása mellett jó működési eredménnyel meggyógyultak. De meggyőződött arról is, hogy vannak esetek, a melyek ezen gyógyító eljárások mellett nem gyógyulnak meg, úgy, hogy ha jó működési eredményt akarunk elérni, sebészeti eljárásokhoz kell folyamodnunk.

Ezek egyike azon a sebészek előbb már régebben ismert és a tankönyvirodalomba is felvett átültetési eljárás, a melybe *Ertl* tagtárs magát jól begyakorolta, beledolgozta és a melyvel, a mint a bemutatott esetekből láttuk, jó eredményeket ért el. Általános megnyugvásra szolgálhat tehát, hogy állkapocssérülteink, akár az egyik, akár a másik kategóriába tartoznak, kellő gyógykezelés mellett többnyire jó vagy legalább elég jó működési eredménnyel meggyógyíthatók. Ezzel szemben igazán nem igen nagy hiba, hogy *Ertl* tagtárs nagy munkája közben nem vette észre, hogy olyan úton halad, a melyen előtte már mások is jártak, valamint hogy egészen tévesen hozta ma *Dollinger* nevét kapcsolatba azzal a vállizületi műtét-módszerrel, a melyet egyik bemutatott esetben használt, a mely esetben a beteg a lapoczká mozgásaival pótolja némileg a reszekált vállizület mozgásait.

Visszatérve az állkapocssérülésekre, *Dollinger* még megjegyzi, hogy daczára a conservatív és a transzplantációs kezelés bemutatott fejlettségének, fájdalom, vannak egyes olyan nagy kiterjedésű állkapocssérülések, a melyeket sem az egyik, sem a másik módszerrel meggyógyítani nem lehet. Ezen esetekben az elvesztett csont-, fog- és lágyrészeket csak külső prothesisekkel lehet kozmetice pótolni, a functionális pótlás (a rágás) azonban nem lehetséges. Szerencsére ezen esetek a ritka kivételek közé tartoznak.

A XVI. sz. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

(Folytatás.)

Biró Ernő: Röntgen-képek.

1. *Spina bifidának prostata-kövekkel kombinált esete.*

A 32 éves közkatona gyermekkorától óta szenved incontinencia urinaeában. Utóbbi időben heves gáttáji fájdalmak lepték meg. A bemutatott Röntgen-felvételek a spina bifidának ritka szépen kifejezett képét mutatják nyitott hiatus sacralissal. Az eset érdekességét növeli a prostata jobb lebenyében helyet foglaló több borsónyi-kölesnyi prostatakő.

2. *Hypophysisdaganat esete.*

A 39 éves férfibeteg vidéken levő ezredétől küldték Röntgen-vizsgálatra. Első rátekintésre feltűnő a beteg általános acromegáliája. Fanzőrei hiányoznak. A beteg több mint húsz éve szenved látás-zavarokban, a harctéren ezen panasza súlyosbodtak, miért is kórházba utaltattott.

A talált Röntgen-lelet nagyfokú acromegáliát mutat. Frontalis, valamint maxillaris öblei rendkívül nagyok, előboltosodók. A sella turcica nagysága a normalisnak háromszorosa, mélyen besüpped a sinus sphenoidalisba. A sella falai nem uzuráltak. Az eset minden valószínűség szerint cystiás hypophysis-daganattól feltételezett.

3. *Végbélszűkület esete.*

A beteg 28 éves katona, civiléletben pinczér, előadja, hogy széke csak 5—6-naponként van, ilyenkor már előre retteg a fájdalomtól, melyek miatt már többször kollabált. A beteg rectuma prolabált. Per rectum akarván a vastag-végbélét megtölteni kontrast-emulsióval, az csak

vékony gummi-katheterrel sikerült. A felvétel és átvilágítás feltűnően tágult sigmát mutat, a rectalis szakasz ampullaris része czeruzányi átmérőre vékonyodott. Minthogy ezen szűkült végbélrészlet falai a felvétel szerint teljesen síma felületet mutatnak, gyanus volt az eset blennorrhoeás szűkültre. A beteg tagadja, hogy paederasta volna, ennek ellene szól a végbélnyílás állapota és a szűkület specialis alakja is.

4. Tömeges hólyagkö esete.

A bemutatott esetről készült Röntgen-képen két tyúktójasnyi és számtalan mogorónyi-borsónyi hólyagconcrementum látható.

5. Appendectomia után beállott vékonybél-stenosisnak Röntgen-vizsgálattal diagnoskált esete.

Az eset egy cs. és kir. közös hadseregbeli főhadnagyról vonatkozik, kit három hónappal a Röntgen-vizsgálat előtt operáltak egy tábori kórházban acut appendicularis rohama miatt. A beteg bemondása szerint féregnyujtványát ki is irtották, s két héttel a műtét után gyógyult bocsájtották szabadságra. A műtétet követő hatodik héten és attól fogva állandóan (különösen pedig a székelés előtt) az ileocecalis tájon jelenkező stenosisos fájdalmak bántják.

A per os adagolt contrastanyag 4 óra alatt az aboralis jejunumkacsokig ér, a jejunum ezen praecoecalis szakasza nagy mértékben tágult, nyomásra fájdalmas. A bismutos pép csak az elfogyasztást követő 16. órában halad át a coecumon, mely rendkívül spasmusos, elvékonyodott. A vékonybél kiürülése teljes 38 órát igényel.

6. A májba perforáló gyomorfekély esete.

A 33 éves közkatona hét év óta különösen étkezés után jelentkező heves gyomortáji fájdalmakban szenved, két ízben icterusa is volt. Ha a megszokott kis adagoknál többet, vagy compactabb ételeket eszik, rendszerint kihányja.

A megejtett Röntgen-vizsgálat szerint a cardialis rész alatt a gyomor nagy hajlatán homokóraszerű állandó behúzóadás, melylyel szemközt a kishajlaton atypusos *Haudek-Holzkecht*-féle gyomorfülke, mely azért atypusos, mert az eddig leírt és a bemutató által is észlelt esetekben mindig a penetratio előidézte gyomorfülke felett volt egy léghólyag észlelhető, míg a bemutatott esetben a fülke (*Nische*) alatt volt a levegőárnyék, mely tünetet a penetráló üreg alsó részletének ventilyszerű szerkezete okozhatja. A gyomor a máj felé fixált. Gyomorresectiót ajánlott a betegnek a bemutató.

Mohr Mihály: Szemészeti esetek.

1. H. J., 1915 márczius havában a Kárpátokban gránát-explosiótól sérült. A papillától ki- és felfelé félpapillányi, fémszerűen csillogó, 60 dioptriányira kiemelkedő idegen test a retinában.

2. F. F., 19 éves. Keratitis parenchymatosa nyomai dendritikusan elágazódó oblitérált erek alakjában. Az erek a szaruhártyában mint szürke fonalak gyenge átvilágítással láthatók és biztos jelei a lefolyt betegségnek.

3. R. L. Retinitis Brightica oculi utriusque. A papillák körül különösen a centrum táján a retina szürkés, zavaros; számos sárgás-fehér gócz látható, helyenként kisebb-nagyobb vérrésszel.

D. N., Galicziában fegyvergolyó által sebesült meg. A szemhátteréről szürke visszfény nyerhető, sűrű izzadmány-tömeg látszik. Az üvegtestben számos erősen fénytörő, körülbelül gombostűfejnyi lebegő képlet. (Chorioretinitis exsudativa, corpora aliena in corpore vitreo oc. sin.)

PÁLYÁZAT.

A pesti izr. hitközség kórházának belgyógyászati osztályán behívás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadmázás: lakás, teljes ellátás, havi 100 kor. fizetés és 100 korona hadi pótlék. A mennyiben orvosdoktorok nem jelentkeznek, az állást szigorlóval, esetleg idősebb orvostanhallgatóval is betöltöm.

Benedict Henrik dr.,
kórházi igazgató-főorvos, egyetemi m.-tanár.

HIRDETÉSEK.

Kuranstalt Friedmann

Vöslau-Gainfarn, Wien mellett.

Intern sanatorium az összes természetes-diaetikus gyógymódokkal.

Egész éven át nyitva.

Vezető főorvos: Dr. K. Linnert.



REICHERT K.

utóda

REIMANN GYÖRGY

BUDAPEST, VIII., Üllői-ut 12. szám.

Különleges szaküzlet:

Mikroszkopok, mikroszkopiai segédeszközök, polarisációs és vérvizsgálati készülékek, mikrotomok stb. beszerzésére.

Mikroszkopiai és bakteriológiai laboratóriumok teljes felszerelése, ezekről költségvetéssel készséggel szolgál.

Mikroszkopokat és egyéb készülékeket kívánatra előnyös részletfizetés ellenében is szállít.

Bad Hall

in
Ober-Osterr.

Elsőrangú jódbromfürdő.

Európa legrégebbi és leggyógyhatásosabb jódos forrása.

Különösen **köszvény és rheuma**, ischias, női bajok, exsudátumok, időseknél gyulladások, arteriosclerosis, görvéllyör, szerzett és öröklött syphilis és annak következményei stb. ellen.

— Idény májustól októberig. — Felvilágításokkal és pr. spektusokkal szolgál: Direktion der Landeskuranstalten in Bad Hall.

Sanatorium Dr. v. Gerstel.
Télen át is nyitva.

Katarrhusok

ellen!

GLEICHENBERG GYÓGYHELY

Steiermark

Saison: május 15-től szept. 30-áig.

Prospectust küld a

Kurkommission.

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

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

Belföldi pótkészítmény.

Hashajtó gyümölcskonfekt

LAXIPOMIN

Orvosilag számos oldalról rendelve és ajánlva:

Székrekedésnél, a belek renyheségénél, haemorrhoidáknál.

Eladási ára 1 kor. — Kapható minden gyógyszerárban.

Készíti és szállítja:

Alte f.-e. Hofapotheke, Salzburg.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Makai Endre: Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. számú sebész klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula, egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos, vezértörzsorvos.) A lép szerepe heveny fertőzésekben. 337. lap.

Somogyi Rezső: Közlemény a Rokkantügyi Hivatal rózsahegy különleges gyógyintézetéből. (Vezető orvos: Roth Miklós dr., belklinikai segédorvos.) A harctéri vese-megbetegedések. 339. lap.

Issekutz Béla: Közlemény a Ferencz József tud.-egyet. gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr., egyetemi tanár.) A digitalis-levél hatóanyag-tartalmának mérése biológiai úton. 312. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Boven:* Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la demence et de la folie maniaque-dépressive. — Új könyvek. — *Lapszemle.* *Altalános kör- és gyógytan.* *Hansemann:* Befolyásolja-e a háború a daganatok keletkezését és növekedését? — *Belorostan.* *Stephan:* Meningismus képében lefolyt általános betegség. — *Sebeszet.* *Frangenheim:* A gerincvelő lövési sérüléseinek műtéti kezelése. — *Gyermekorvos.* *Opitz:* Diphtheriabetegek vérének antitoxin-tartalma. — *Börkörtan.* *Hase:* A ruhatű élettrajza. — *Orr-, garat- és gégebeteg.* *Denker:* A harctéri sérülések okozta orrmelléküreg-gyulladások sebészeti kezelése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* *Richter:* Erythemás (vakarás okozta) fekélyek kezelése. — *Rissmann:* Az eklampsia kezelése. 345—347. lap.

Magyar orvosi irodalom. 347. lap.

Vegyes hírek. 347. lap.

Tudományos Társulatok. 348—349. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebész klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula, egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos, vezértörzsorvos.)

A lép szerepe heveny fertőzésekben.

Írta: **Makai Endre** dr., operateur, a klinika volt műtőnövendéke.

A heveny lépmegnagyobbodás lényege és jelentősége acut fertőző betegségeknél sokoldalú és beható tanulmányok daczára még mindig nincs felderítve. A kórtani viszonyok tisztázatlan volta természetesen nem meglepő olyan szervnél, melynek élettani jelentősége is még folytonos vita tárgyát teszi, és melynek szerepe a szervezet háztartásában egyáltalában nincs határozottan megjelölve.

Ismeretes, hogy a különböző kutatók az intermediaer anyagforgalom, a vérképzés és regeneratio legfontosabb emporiuma és speciálisan a vasháztartás székhelye gyanánt fogták fel. A lép élettanára vonatkozó kutatások legújabb szakában az emésztést közvetlenül befolyásoló jelentőséget tulajdonítottak a lépnek (a pankreas nedv aktiválása [Schiff, Herzen], az epeösszetétel szabályozása [Pugliese]), különféle hormonok lerakódóhelyének tekintették, melyek részint a lépben képződve az autonóm idegrendszer szabályozzák (Bayer), vagy a vörsejtszám és haemoglobintartalom változását okozzák (Fofanow, Michailow), részint a béltractusból a lépbe jutva s ott beraktározódva a gyomor- és bélperistaltikát szabályozzák (Zuelzer).

Semmiféle olyan kifogástalan adat nem áll rendelkezésünkre, mely kétséget kizárólag bizonyítaná azt, hogy az említett funkciók bármelyike, vagy a szervezet háztartásának akárminő egyéb feladata, kizárólagosan a léphez volna kötve. Tudjuk azt, hogy — bár nem gyakran — előfordul a lép veleszületett hiánya a szervezet minden észrevehető kára nélkül, sőt hogy a szervezet a teljesen egészséges lép aránylag gyakori kiirtását pl. sérülések után — a vörsejt-számarányok átmeneti és nem is lényeges ingadozását leszámítva — minden nevezetesebb reactio nélkül türi el.

Mindent összevéve, az a felfogás a legvalószínűbb, a mely szerint a lép egy nagy, az egész szervezetben szétszórt szerv-, illetve szövetrendszernek tagja, mely rendszer componensei egymást a szervezet minden megrázkódtatása nélkül tartósan helyettesíthetik, illetve kompenzálhatják. A lépét *Kurt Ziegler*-rel vényirokmirigynek foghatjuk fel, mely-

nek eltávolítására a szervezet a benne szétszórt nyirok-elemek hyperplasiájával reagál. Annak eldöntésekor, vajjon az említett szövetrendszeren belül mi a lép jelentősége, melyik és mekkora az a rész, a mely a szervezet nyirok-elemeinek feladataiból a lépre hárul, a kórtan által szolgáltatott adatokat is nyomatékosan vehetjük latba.

A lépén észlelt kórboncz-tani elváltozások e szemponttól általában nem nagy jelentőségűek és nem igen változatosak. Ha a banális keringési zavaroktól, a progressiv és regressiv elváltozásoktól s az egyébként is ritka daganatképződésektől eltekintünk, csak a lép heveny és időszűlt megnagyobbodása az, a mi célunkat szolgálhatná. Az időszűlt lépmegnagyobbodások akár a leukaemiás lymphadenosisokban, akár a leukaemiás myelosisokban vagy az aleukaemiás lymphadenosisokban csak egy részét teszik azoknak a mélyreható kórboncz-tani elváltozásoknak, a melyek a vérképző szervek (csontvelő, nyirokszövet) egyéb tagjain éppoly kifejezetten, talán még nagyobb kórtani jelentőséggel észlelhetők. Másképp áll a dolog a heveny lépmegnagyobbodással, a lépállomány heveny ellágyulásával. Leszámítva a sokszor egészen hiányzó, semmiesetre sem eklatáns sepsis véréseket, a csontvelő elváltozását, a parenchymás szervek csak másodlagosan kifejlődő elfajulásait, az esetek túlnyomó részében a lép az egyedüli kórboncz-tani substratum annak megállapítására, hogy a szervezetbe mikroorganizmusok jutottak, melyeknek élettevékenysége és elszaporodása a szervezet megmérgezésére és pusztulására vezetett.

A tekintélyesen megnagyobbodott, élőben az activ vér-bőség miatt kemény, tömött tapintatú, hullában puha, sokszor szinte elfolyósodó lép, a melyben elvéve vérzések vagy nekrobiosis elváltozások szabadszemmel is felismerhetők, annyira típusos és szembeszökő, a sepsisben elhaltakon észlelt kórboncz-tani elváltozásokon az esetek túlnyomó részében annyira dominál, hogy ez elváltozás jelentőségét és okát kutatni kézenfekvő dolog.

A finomabb mikroszkopi vizsgálat alig mond valamit. Vérbőség, esetleg kisebb-nagyobb vérzések, a pulpa oedemája, vérlemezkékkel való zsúfoltsága, a neutrophil leukocyták felszaporodása a pulpában és néha a nyirokcsomócskákban: ez minden, a mi mikroszkop alatt konstatható. E kórszövet-tani képek kielégítő olyan értelmezése, mely a lépben lezajló kórfolyamat jelentőségére nézve csak távolról is elfogadható hypothesis-t nyújthatna, nincs és alig is képzelhető.

Jawein szerint chlorsavas natriummal és toluylendiamin-

nal végzett kísérletekből az derül ki, hogy a lép heveny megnagyobbodása párhuzamosan megy a vörös vérsejtek számának csökkenésével. A vérben tönkremenő vörös vérsejteket a lép pulpasejtjei fogják el. Jogosnak látja azt a véggövetkeztetést, hogy a vérben tönkremenő vörös vérsejtek specifikus inger gyanánt hatnak a lépsejtekre; ennek a következménye az activ hyperaemia s főleg a pulpasejtekre vonatkozó hyperplasia. E felfogás plausibilis voltát a malaria példájával bizonyítja, melynél tudvalevően legnagyobb a heveny lépmeagnagyobbodás, s a melynél colossalis mennyiségű vörös vérsejt megy tönkre. Bár kétségtelen, hogy minden fertőző folyamat kisebb-nagyobb mértékben alterálja a vörös vérsejteket: utalni kell arra, hogy a tények, melyekre *Jawein* hivatkozik, inkább a subacut vagy éppen már idősült fertőzésekre vonatkoznak. Fulminans lefolyású sepsisekben, midőn a klinikai megfigyelés a vörös vérsejtek számbavehető pusztulását még nem is konstatálhatja, a legrövidebb idő alatt kifejlődhetik a lép megnagyobbodása. Tekintetbe kell venni, hogy az, a mi a sepsisre a legjellemzőbb s a mi bizonyos fokig a fertőzés súlyosságával is arányos, elsősorban nem a lép-megnagyobbodás, hanem a lép-ellágyulás. Mivel a vörös vérsejtek maradványainak lerakódása a lépállományának éppen tömöttebb jellegét kölcsönzi, a heveny lépmeagnagyobbodás értelmezése *Jawein* szerint éppenséggel nem kielégítő.

Ismeretes, hogy a mikroszkopos vizsgálat alkalmával a heveny fertőzést okozó mikroorganizmusok az esetek nagy részében fellelhetők a lépben; táptalajokon való tenyésztés vagy állatoltások révén pedig majdnem mindig sikerül a szóban forgó bakteriumok kimutatása. Az az irányzat, mely a természetben általában s az emberi szervezetben különösen fennálló viszonyokat vagy elváltozásokat rendszeresen teleologiai, célszerűségi szempontokból hajlandó vizsgálni: természetesen mit sem találhat közelebb levőnek, mint supponálni, hogy a lép a vérben keringő bakteriumokat felfogva, mintegy megszűri, megtisztítja tőlük a vért s ezáltal vagy teljesen útját állja a szervezet nagymérvű elárasztásának, vagy legalább is kitolja annak időpontját.

Minthogy azonban a virulens bakterium-tömegeknek a szervezet egy pontján való koncentrálása, felhalmozása természetesen fokozott veszély jelentőségével bír, a teleologiai gondolatmenetnek logikusan egy lépéssel tovább kellett mennie és feltételezni azt, hogy a lépben felhalmozott bakteriumok itt részben elpusztulnak, részben gyöngíttetnek. Csak a fennmaradó részlet, a melyet — hogy úgy fejezzük ki magunkat — a szervezet még nem ért rá elpusztítani, az, a mely táptalajokon való tenyésztéssel vagy állatoltásokkal kimutatható.

Ezen aprioristikus felfogás a modern bakteriologiai és serumkutatásoknak megfelelően különféle értelmezésekben nyer kifejezést. *Wassermann* szerint a lép megnagyobbodása egy specialis, activ tevékenység eredménye, a mely bizonyos anyagok túlproductiójában nyilvánul. *Scotti* szerint a lépnek egyik legnevezetesebb feladata az antitestek termelése: a haemolysinek, agglutininek és praecipitinek különös vonatkozásban vannak a lépfunctióval. *Goldscheider* és *Jacob* lép-kivonat-befecskendezésével kísérleti hyperleukocytosist idézett elő, a melynek a bakteriumok elpusztítása körül ismert fontosságot tulajdonítanak. Érdekes ezzel szemben, hogy *Blumreich* és *Jakoby* éppen lépkiirtások után talált a kísérleti állatokban hyperleukocytosist.

Huebschmann, ki a plasmasejtek viselkedését a lépben tette tanulmány tárgyává, arra a meggyőződésre jutott, hogy ezek normalis lépben vagy teljesen hiányzanak, vagy csak nagy ritkán fordulnak elő. Sepsises esetekben viszont nagy számmal talált plasmasejteket, melyek szerinte valamiképpen a védőanyagok termelésével vannak összefüggésben, olyan értelemben, hogy éppen ott, a hol a szervezet védekező ereje a leghatalmasabb, a hol specifikus védekező anyagok termelése különösen intenzív: ott vannak a plasmasejtek a legnagyobb számmal jelen. E felfogással elegendő *Hahn* beható vizsgálatokon alapuló álláspontját szembeállítani. Szerinte minden a mellett szól, hogy a baktericid anyagok főforrása a csontvelő myeloblastjaiban van; ez utóbbi anyagok termelését illetőleg

a lép, épp úgy mint a nyirokmirigyek, a csontvelőnél jóval kisebb jelentőségűek. Hogy a léptől e tekintetben bizonyos szerep el nem tagadható, arra *Sternberg* vizsgálatai látszanak utalni, ki a lépben fertőzésekkor mindig talált myelocytákat. Ezekről azt veszi fel, hogy magában a lépben képződtek, még pedig azért, mivel a megfelelő esetekben a vérben sohasem talált myelocytákat.

Bármint álljon is a dolog, az kétségtelen: akármilyen szorgalmas mikroszkopozással, szövettani leletek akármilyen szellemes értelmezésével a kérdés nem dönthető el. Mivel azok a sejtfajták, a melyekhez az ellenanyagok termelését kötik vagy köthetjük, sehol kizárólagosan, egy tömegbe koncentrálni nincsenek, hanem mindenütt szétszórtan egyéb sejtfajtákkal elegyesen fordulnak elő: már eleve tagadnunk kell annak lehetőségét, hogy exacte meg lehessen állapítani, hogy bizonyos fajta ellenanyagokat elective csak például a leukocyták, vagy például a myelocyták termelnek-e, vagy hogy az egyik sejtfajtát többet vagy kevesebbet termel-e a másiknál. Ily megállapítás már csak azért is elképzelhetetlen, mivel még az sincs meghatározva, hogy a szervezetben (nem a vérben!) az egyik vagy a másik sejtfeleség van-e számbeli túlsúlyban.

Tisztán áll a dolog, hogy azt a fontos kérdést, vajjon a lépnek van-e és milyen szerepe a szervezet védekezésében a belé jutott fertőző anyagokkal szemben: exact tudományos értelemben eldönteni csakis experimentalis alapon lehet.

Metschnikow volt az első, kinek ily irányú vizsgálatokat köszönhetünk. Majmokon *recurrens-spirillum*okkal végzett kísérletei folyamán (1887) azt találta, hogy a roham alatt a spirillumok csak a vérben vannak; röviddel a hőmérsék-csökkenés előtt s az első órákban a hőmérsék-csökkenése után eltűnnek a vérből és kizárólag a lépben, még pedig a makrophagokban lelhetők fel. Ma már tudjuk, hogy a makrophagokba való bekebelezés nem egyértelmű a spirillum elpusztításával, még csak ártalmatlanná tételével sem. A spirillumoknak a vérből való eltűnése s a lépben való megjelenése, illetve e helyen való koncentrációja nem jelenti azt, hogy a lép a szervezetet megvédi a mikroorganizmusoktól, mert hisz ennek a priori ellene szól a vérben s a lépben való váltakozó megjelenés minden újabb infectio nélkül.

A fertőzés lefolyását olyan állatokon, melyeket lépük-től művileg megfosztottak, számos vizsgáló tette tanulmány tárgyává. *Montuori* kutyákon és nyulakon a vér baktericid képességének teljes elveszését találta lépkiirtás után. Hasonló nézetet volt *Bardach* is. *Kurlow* vizsgálatai szerint lépfenével fertőzött állatok előzetes lépkiirtás után gyorsabban esnek ugyan áldozatul a fertőzésnek, ha azonban kevésbé pathogen mikroorganizmusokkal dolgozott — streptococcus-szal, diphtheria, sertésorbáncz, *Emmerich*-bacillussal —, úgy egyszer a lépüktől előzetesen megfosztott, másszor a kontroll-állatok pusztultak el hamarabb. Az az idő, a mely alatt a vér a beléje juttatott bakteriumoktól megszabadult, egyenlő volt úgy a lépüktől megfosztott, mint a kontroll-állatoknál.

Kurlow-val szemben *Melnikow-Raswedenkow* azt találta, hogy ha splenectomizált nyulakat lépfenével fertőzött, úgy maga a lépkiirtás, mint a trauma gyengíti ugyan az állatot, de egyébként a normalis és a léptől megfosztott állat viselkedése közt különbség nincs. *Martinotti* és *Barbacci* ugyanezen vizsgálatokat megismételve, arra az eredményre jutott, hogy semmi különbség sincs a lépüktől megfosztott s a kontroll-állatok közt, melyek pedig sem az infectio tartamát, sem a lépene-bacillusoknak a vérben való megjelenését illetőleg; mindkettőféle kísérleti objectumon a vörös vérsejtek pusztulása és feltűnő abszolút és relativ leukocytaszaporulat volt konstatálható a fertőzés után. Ez utóbbi a lépüktől fosztott állatokon még szembeszökőbb volt, mint az éveken.

Hogy a lépkiirtás nemcsak mikroorganizmusokkal való infectiókban, hanem egyéb vérmérgek adagolására sem befolyásolja károsan a szervezet ellenálló képességét, arra *Heinz* vizsgálatai utalnak. Ezek szerint amidobenzoësavester, hydroxylamin, phenylhydrazin befecskendezésére a vér megtisztu-

lása a szétesési termékektől s a vér újjaképződése épp oly gyorsan megy végbe lépüktől megfosztott, mint ép állatokban.

Mindezeket egybefoglalva, e vizsgálati eredmények részben a mellett szólnak, hogy a lép hiányának kártékony jelentősége van, részben a mellett, hogy közömbös a szervezet fertőzésében. E leletekkel szemben oly megbízható kutatások állíthatók szembe, melyek éppen ellenkező eredményre vezettek. Már *Kurlow* is megemlíti munkájában azt a neki paradoxnak tetsző esetet, hogy egy ízben a lépétől megfosztott állat élte túl fertőzés után a kontroll-állatot. Teljes határozottsággal ezen meglepő s első pillanatra alig érthető viselkedést *Courmont* és *Dufour* állapította meg, 1906-ban a párisi Société de Biologie-ban arról számolva be, hogy lépkiirtás után a *pyocyaneus-bacillus* és a *staphylococcus* mérgező hatása gyengül, a *streptococcus* viszont erősödik.

Behatóbb vizsgálatokat hasonló irányban *Blumreich*-nak és *Jacoby*-nak köszönhetünk. Szerintük lépüktől megfosztott tengeri malaczkok tovább tartották ki a halálos bakterium-dosist, mint a kontroll-állatok; utóbbiak átlag már $34\frac{1}{2}$ óra, az előbbieket csak 47 óra múlva pusztultak el. Kiemelendő, hogy a lépüktől megfosztott állatok ellenálló képessége csak bakteriumokkal szemben nagyobb, toxinokkal szemben nem. Annak bebizonyítása, hogy valóban a lép eltávolítása a véráramból tekintendő azon momentumnak, mely a tengeri malacz megnövekedett ellenálló képességét feltételezi fertőzésekkel szemben, a következő kísérleti berendezést használták fel: *Pyocyaneus-bacillust* részint normalis, részint lépüktől megfosztott állatok defibrinált vérével hoztak össze néhány órára. A keveréket kísérleti állatokba befecskendezve, azok pusztultak el hamarabb, melyek a bakteriumokat normalis vérrel való passage után kapták; a lépüktől megfosztott állatok vérével kevert bakteriumok a velük oltott állatokat csak később ölték meg.

Blumreich és *Jacoby* oly irányban is végzett kísérleteket, hogy *pyocyaneus-bacillussal* való fertőzés után irtották ki tengeri malaczkok lépét. E kísérletek során azt találták, hogy 8 állat közül, melyeken a lépkiirtást végezték, 2 pusztult el, 6 kontroll-állat közül pedig 1. Ez eredmények természetesen nem alkalmasak határozott következtetések levonására.

Hogy nemcsak hevenyen lefolyó, virulens infectiókban, hanem idősült fertőzésekben is hasonló befolyása van a lépkiirtásnak a fertőzés lefolyására, arra *Foa* vizsgálatai utalnak. Bizonyos meghatározott mennyiségű és virulenciájú gümőkörbácillusnak a lép tokja alá fecskendezése után kis gümős telepek képződtek a lépben s a májban s a tengeri malaczkok 30—70 nap múlva pusztultak el. Ha a fertőzés után különböző időszakokban eltávolította a lépét, akkor az állatok kiállották az infectiót, a májgümők lymphoid jellegű oltottak s elhegesedésre — tehát bizonyos értelemben gyógyulásra — való hajlamot mutattak. Ha a lépvenákat a lép tokja alá való tuberculosis-bacillus-injiciálás előtt lekötötte volt, akkor a lépben nagy conglomerat-tuberculum keletkezett. A vérpályák elzárása daczára kifejlődött ugyan a májtuberculosis is, de igen kifejezett kötőszöveti elhegesedésre való hajlammal s az állatok a fertőzés daczára életben maradtak.

Midőn saját kísérletes vizsgálatainkhoz fogtunk, a melyekkel megvilágítani iparkodtunk a lép szerepét heveny fertőzésekben, számba kellett vennünk azokat a nehézségeket, melyekkel a normalis viszonyokhoz képest megfelelő kísérleti állatok beszerzése és ellátása manapság jár. Ezért nem annyira arra fektettük a főszólyt, hogy az elérendő eredményeket minél nagyobb számadatok támogatassák, hanem arra, hogy megfelelő, bizonyító erővel bíró számmal oly viszonyok közt hajtsuk végre kísérleteinket, hogy a következtetések belőlük alapos ellenvetések nélkül exacte legyenek levonhatók. Erre annyival inkább volt szükség, mivel — mint láttuk — azonos kísérleti berendezéssel az újabb szerzők a régiekkel homlok-egyenest ellenkező eredményre jutottak.

Kísérleti állat gyanánt, mint a legtöbb kutató, mi is a tengeri malaczkot használtuk. A lépkiirtás ez állatokon aránylag könnyen, minden segédlet nélkül is, legfeljebb 5 perc alatt kivihető műtét, melyet az állatok könnyen állanak ki s pár nap alatt kihevernek. Aethernarcosisban a közép vonaltól kissé balra, a bordaív alatt kezdődő 2 cm. hosszú, hosszirányú, lehetőleg egy metszéssel iparkodunk megnyitni a hasürt. Két ujjal előhúzza a bal bordaív alól a gyomrot, a nagy domborúlaton a fundus táján könnyen megtaláljuk a lépét. Két lekötést kell alkalmaznunk: az egyiket a cseplesz felől, a másikat a gyomor felől belépő erekre; utóbbiakon a kocsány igen rövid lévén, egyfelől a gyomorfalzat becsípésétől kell óvakodnunk, másfelől arra kell ügyelnünk, hogy lekötésünk ne csúszszen le. A hasfalón áthatoló tovaftató selyemvarrat után collodiumcsik jön a sebire.

A műtétet — mint említők — a kísérleti állatok, még a fiatal, 200 gr. súlyon alóliak is, általában jól állják ki, alig 1—2 pusztult el az előkísérletek alkalmával. Annál feltűnőbb, hogy ha már előzetesen fertőzött állatokon végezzük a lépkiirtást, az állatokat életben tartani sehogysem sikerül, egy, legfeljebb két nap alatt elpusztulnak. *Blumenreich* és *Jacoby* ily irányú kísérleteikben már néhány órával a fertőzés után eltávolították a lépét, így aztán sikerült nekik néhány állatot — de ezeket sem hosszabb ideig — életben tartani. Nézetünk szerint ezen esetben legfeljebb azt mondhatjuk, hogy a fertőzés megtörtént; maga a sepsis azonban, mely alatt éppen a fertőzés behatására kifejlődő kóros elváltozások összességét értjük, még nem áll fenn. A néhány órával a mesterséges fertőzés után véghezvitt műtétnek alig van más jelentősége, mint ha a lépét közvetlenül a fertőzés előtt távolítottuk volna el. A mi kísérleteink kapcsán a fertőzés után 2—5 nap múlva végzett lépkiirtásokat az állatok legtöbbször 24 órával sem éltek túl, úgy hogy egyelőre meddőnek kell mondanunk azon fáradozásunkat, melylyel azt a hatást kutattuk, a melyet a szervezet bekövetkezett fertőzésének lefolyására a lép eltávolítása gyakorol.

Hogy a lépüktől megfosztott állatok viselkedését fertőzésekkel szemben tanulmány tárgyává tesszük, legalább 7, rendszeren 10—12 nap múlva fertőztük azokat bakteriumokkal. Ez idő leteltével már lezajlott a műteti trauma utóhatása, megszűnt a lépkiirtásra néha beálló hyperleukocytosis, viszont még nem képzelhető el, hogy a lép szerepét a nyirokszövetrendszer többi része már teljesen átvette volna.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Rózsahégyi Hivatal rózsahégyi különleges gyógyintézetéből. (Vezető orvos: Roth Miklós dr., belklinikai tanársegéd.)

A harcztéri vesemegbetegedések.

Irta: *Somogyi Rezső dr.*

A rózsahégyi specialis gyógyintézet vesebeteg-osztályán eddig 95 beteg kezeltetett, közülük 83-on a vesebetegség tünetei a harcztéren fejlődtek ki, illetve lettek nyilvánvalóvá. Ily aránylag elég nagy beteganyag átvizsgálása alkalmat lát-szott nyújtani annak eldöntésére, vajon vannak-e a harcztéri vesemegbetegedéseknek külön jellemző vonásai, melyek a béke idejében nem észlelhetők, vagy legalább nem ily mértékben.

A jelenkori hadiorvosi irodalom általában elfogadja külön „hadszívbaj” (Kriegsherz) létezését, mely a hadifáradalmak által jöven létre, bizonyos különleges sajátságokat mutat. *Kraus*¹ ugyan állást foglal a külön hadiszívbaj felvétele ellen és szerinte ugyanazokat a klinikai kórképeket látjuk, mint békében, mégis a szerzők nagy része, így *Fischer*,² *Mirtl K.*,³ *Maasse C.* és *Zondek*,⁴ *Schott*,⁵ *Heitler M.*,⁶ *Ehret*,⁷

¹ Berliner klin. Wochenschrift, 1915.

² Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 4. sz.

³ Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 11. sz.

⁴ Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 13. sz.

⁵ Münchener med. Wochenschrift, 1915, 20. sz.

⁶ Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 24. sz.

⁷ Münchener med. Wochenschrift, 1915, 40. sz.

Schlesinger⁸ bizonyos sajátságokat tulajdonítanak a hadiszívbjának, melyek békében ritkábban, vagy kisebb mértékben észlelhetők. Ha nem tekintjük azt a 12 betegünket, kiknek betegsége nem a hadifáradalmak következtében állott be, továbbá egy vesegümőkórban szenvedőt, ki, bár betegsége a harctéren állott be, más lapra tartozik, a megmaradó 82 „hadi vesebeteg“ a következőket mutatja.

Az aetiológia szempontjából betegeink átfázásra 64 esetben vezetnek vissza megbetegedésüket. Fertőző bélmegebetegedés, mint kórelőzményi adat, 7 betegnél szerepel, még pedig hasi hagymáz 2 betegnél, vérhasra pedig 5 betegünk vezet vissza megbetegedését. Mandulalobra 2 betegünk emlékszik vissza, 4 esetben már előzőleg is volt veselob jelen, még pedig az egyikben 7 évvel, a másikban 6 évvel, a harmadikban 4 évvel és a negyedikben 1½ évvel előbb.

Klein és Pulay⁹ az 1915. év nyarán tömegesen mutatkozott veselobokat a veseparenchyma colibacillus okozta megbetegedésének tartotta, a bacteriumok a megelőző bélmegebetegedések által megtámadott bél falon át jutnak a szervezetbe. Eseteink e feltevését nem látszanak igazolni. Betegeinknél épp úgy, mint Mosse¹⁰ eseteiben is az átfázás játsza a főszerepet a veselob létrejöttében. Blum¹¹ szerint a vese meghűléses betegségei akkor állanak be, ha az előzőleg megviselt vérkeringési rendszer nem tud a hideg okozta vérercontractióra reaktív hyperaemiával válaszolni.

Specialis beteganyagunkban hiányoznak az acut megbetegedések és főleg a subacut szak végén, illetve a chronikus szak elején kerülnek hozzánk a betegek. Így

2 hó óta tart	7 betegünk baja
3 „ „ „	6 „ „
4 „ „ „	6 „ „
5 „ „ „	11 „ „
6 „ „ „	10 „ „
7 „ „ „	8 „ „
8 „ „ „	14 „ „
9 „ „ „	6 „ „
10 „ „ „	3 „ „
11 „ „ „	3 „ „
12 „ „ „	2 „ „
13 „ „ „	2 „ „
14 „ „ „	2 „ „
16 „ „ „	2 „ „

Életkor szempontjából betegeink így oszlottak meg:

18—20 éves volt	2 betegünk
20—25 „ „	10 „
25—30 „ „	26 „
30—35 „ „	27 „
35—40 „ „	12 „
40—45 „ „	5 „

Első tünetként vizenyő mutatkozott 24 esetben, vérvizezés 6 betegen, mindkettő egyidőben jelentkezett 50 betegen, végül e tünetek hiányoztak 2 esetben. Könnyen érthető, hogy a primitív vizsgálhatási viszonyok között a vizenyő, mint legszembetűnőbb tünet, leggyakrabban vezetett a betegség felismerésére. De másrészt Klein és Pulay eseteiben is a vizenyő, mint a harctéri vesemegebetegedések különösen kiemelkedő tünete szerepel. Talán a keringési rendszernek egyébként is észlelt harctéri fáradalmak és nélkülözések okozta bántalmazottsága szerepel kiváltásában és a szokottnál hosszabb ideig és a betegség egyéb tüneteit túlhaladó fennállásában.

Igy betegeink közül 46-on tűnt el a vizenyő teljesen, míg 29 betegünkön még a felvételtől is fennállott és csak 7 esetben nem szerepel a kórelőzményben sem.

Erős mértékben való jelenlét és makacsság jellemezte eseteinkben a vesevérzést. Betegeink közül csak egynek

vizeletében nem lehetett még mikroszkop alatt sem kimutatni vért. Klein és Pulay, valamint Mosse eseteiben is a vér volt legtovább kimutatható a vizeletben.

Megerősíthetjük továbbá Pick F.¹² tapasztalatait, ki a vér bő és makacs jelenlétét észlelte a vizeletben; a vérvizezés gyakran később is nagyfokú és étrendi hiba, vagy más körülmény folytán erősen fokozódik.

Eseteiben feltűnően makacs volt a vérvizezés még akkor is, midőn csak kevés fehérje volt a vizeletben. Eseteink közül 3-ban már szabad szemmel is látható vesevérzést találtunk, 14 betegen vér csak Almen-kémmel volt kimutatható, míg 64-nél csak a mikroszkop mutatta a vérzés jelenlétét.

Betegeink vizeletében általában kevés fehérje foglaltatott, gyakran meglepett a csekély nyomokban jelentkező fehérje mellett a váratlanul gazdag mikroskopi lelet, szinte nephritis sine albuminuriára emlékeztetve.

Igy betegeink közül alig nyomokban tartalmazott fehérjét egy beteg vizelete, csekély nyomokban tízé, nyomokban huszonháromé.

Esbach szerint

$\frac{1}{2}^0/00$ mennyiségben	24 beteg vizelete
1 „ „	5 „ „
2 „ „	5 „ „
$2\frac{1}{2}$ „ „	4 „ „
3 „ „	2 „ „
5 „ „	2 „ „
6 „ „	3 „ „
7 „ „	1 „ „
8 „ „	1 „ „
10 „ „	1 „ „

Pick betegein 2— $4^0/00$ fehérjét talált és csak elvétve $14^0/00$ -t. Hirschfeld¹³ 3— $7^0/00$ fehérjét talált vesebeteg katonák vizeletében.

Figyelemmel kísértük továbbá betegeink albuminuriájára a fennjárás befolyását annál is inkább, mert ez a tényező a későbbi foglalkozás megválasztásánál is szerepet játszhat. Az albuminuria orthostatikai jellegét vizsgálva, azt találtuk, hogy az elég nagy számmal volt kimutatható. Még pedig nem befolyásolta az albuminuriát a testtartás 57 betegünkön, kis mértékben fokozta 20 betegen, erősebben növelte 2 betegen, míg 3 esetben fennjáráskor volt kevesebb az ürített fehérje, valószínűleg a fekvő elválasztott (éjjeli) vizelet koncentráltabb volta folytán.

E különbség maximalisan $2^0/00$ -t tett ki, így a fekvés alatt ürített $8^0/00$ fehérje járáskor $10^0/00$ -re emelkedett. Úgy látszik, az orthostatikai tényező ily gyakorisága összefügg a betegek túlnyomóan fiatal korával és ritkán sértetlen keringési rendszerével.

Betegeink vizeletének fajsúlya 1005 és 1032 között ingadozott. Legtöbbször 1005 és 1015 között volt. Még pedig

1005—1010 közötti fajsúlyt mutatott	21 beteg vizelete
1010—1015 „ „	20 „ „
1015—1020 „ „	17 „ „
1020—1025 „ „	16 „ „
1025—1030 „ „	6 „ „
1030—1032 „ „	2 „ „

Pick eseteiben legtöbbször nagy vizeletmennyiséget észlelt $3\frac{1}{2}$ literig emelkedőleg, ugyancsak polyuriát talált betegein Hirschfeld is. A mi betegeink inkább normaluriát mutattak. Mint minimalis értéket 200 cm^3 -t, mint maximalist 2600 cm^3 -t találtunk betegeinknél. Így

200—500 cm^3 volt	6 betegünk napi vizelete
500—1000 „ „	39 „ „
1000—1500 „ „	26 „ „
1500—2000 „ „	9 „ „
2000—2600 „ „	2 „ „

Kevés kivétellel betegeink vizelete savi kémhatású volt, ami annál is inkább kiemelendő, mert betegeink diatájában

⁸ Münchener med. Wochenschrift, 1915, 42. sz.

⁹ Wiener mediz. Gesellschaft, 1915 okt. 22.

¹⁰ Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 5. sz.

¹¹ Medizinische Klinik, 1916, 1. sz.

¹² Verein Deutsch. Aerzte in Prag, 1915 december 17.-i ülése.

¹³ Berliner medizinische Gesellschaft, 1915 decz. 22.-i ülés.

a burgonya jelentékeny mennyiségben szerepelt az pedig *Hindhede* szerint négyszer kisebb aciditást okoz, mint a kenyérdiéta.

A mikroszkopi kép rendesen bőven mutatott vesealak-elemeket. Csak két betegünk vizelete nem tartalmazott kóros alak-elemeket jelentékeny számban, egyébként 27 esetben elég sok vörös vérsajt volt kimutatható, elvértve 1—1 szemcsés cylinderrel, 32 esetben elég sok finoman és durván szemcsés cylinder néhány vörös vérsajttal és 21-ben igen sok szemcsés cylinder elég sok vörös vérsajttal.

Három betegünknek volt retinitis albuminuricája, a többi szemfenekének vizsgálata ép képet adott.

Ezek közül az egyiknek látóképessége a diéta kezelés folyamán feltűnően javult.

Betegeink legnagyobb része nephritis diffusában szenved, még pedig a chronikus stadiumban 31, a subacut szakban 37, míg 10 betegünk nephritis utáni albuminuriát mutat, 3 betegünk chronikus zsugorodó vesét és 1 betegünk traumás nephrosist (mely utóbbinak létjogosultságát *Knack*¹⁴ kétségbe vonja).

A hadifáradalmak okozta szívelváltozások gyakorisága valószínűvé teszi, hogy eseteink egy részében már előzőleg voltak kóros szívelváltozások. Így *Fischer* eseteiben 131 sebesült közül, kiknek sem panászaik, sem kórelőzményi adataik a szív megbetegedésére semmi gyanusát sem mutattak, 51 esetben lehetett elváltozásokat kimutatni a szíven.

Ez magyarázza, hogy betegeinken csak 14 esetben találtunk ép szívet és hogy az elváltozások legtöbbször csak tágulásban nyilvánultak és csak ritkán túltengésben.

Igy csak balszívtágulást mutatott 12 beteg, jobb- és balszívtágulást 14 beteg, excentrikus balszívtúltengést 6 beteg, concentrikus balszívtúltengést 9 beteg; 27 excentrikus balszívtúltengést és jobbszívtágulást mutatott.

Betegeinken percenként

60—70-ig	terjedő	pulsust	találtunk	4	beteg
70—80-ig	"	"	"	18	"
80—90-ig	"	"	"	18	"
90—100-ig	"	"	"	22	"
100—110-ig	"	"	"	11	"
110—120-ig	"	"	"	7	"
120—130-ig	"	"	"	1	"
160-ig	"	"	"	1	"

A vérnyomást a *Riva-Rocci*-féle eszközzel, auscultatio segítségével mértük:

120 mm. Hg.	vérnyomás	volt	4	beteg
120—130	"	"	4	"
130—140	"	"	8	"
140—150	"	"	12	"
150—160	"	"	13	"
160—170	"	"	8	"
170—180	"	"	15	"
180—190	"	"	4	"
190—200	"	"	4	"
200—210	"	"	3	"
210—220	"	"	2	"
220—230	"	"	1	"
250	"	"	3	"
280	"	"	1	"

A vizsgált betegek fele tehát 160 mm. Hg.-nál kisebb maximális vérnyomást mutatott, a mi szintén a szívmegeviseltség következményének tekinthető.

Pick eseteiben a diast. vérnyomás 120—160-ig, a syst. 175—190-ig terjedt.

Eseteinkben olyan leletek, a melyekre *Schott* hívta fel a figyelmet és a melyek abból állanak, hogy az ilyen túlerőltetett szívú egyének vizeletében fehérjével, de a nélkül is, szemcsés és hyalin húgyhengerek találtak, nem voltak. *Schott* ezek megjelenését azonosnak tartja az erős, heveny

túlerőltetések után észleltekkkel. Minthogy legalább 2 hónap óta állottak betegeink kórházi kezelésben, az ilyen heveny elváltozások kizárhatók.

Senator szerint genuin zsugorodó vese mellett az egyszerű szívtúltengés a leggyakoribb, a Bright-kór többi alakjában az excentrikus túltengés. Hogy eseteink túlnyomó részében nem túltengés, hanem csak tágulás fejlődött, annak tulajdonítandó, hogy a megbetegedés előtt rosszul táplált és a gyakori, bizonyos magasságot túlhaladó intracardialis nyomás miatt károsított szívizomzat túltengésre nem volt képes.

A szívvizsgálatkor ügyeltünk *Mirtl K.* észleletére, a ki a fáradalmak okozta tüdőtágulás által az abszolút szívtompulat nagyságának befolyásoltságát észlelte és csak a kissé előrehajlott állásban megállapított relatív szívtompulat nagyságából vont következtetést a szív állapotára.

Mint a vesebaj szempontjából legfontosabb kísérő megbetegedést az arteriosclerosist kell említenünk, mely 6 betegünkön volt jelen. Leggyakrabban tüdőcsúcsbeszűródést találtunk betegeinken a vese megbetegedésén kívül, még pedig 3 esetben mint activ, 17 esetben mint nem activ folyamatot. 3 esetben a nyakon elgenyedt nyirokmirigyek voltak kimutathatók. Atonia ventriculi 7 betegünkön volt jelen, míg hörgőhurut 5 betegen, lágyéksér 2, gégehurut pedig 1 betegen volt kimutatható.

Ha adatainkból következtetést akarunk vonni, akkor bizonyos sajátságok kiemelkedése megkülönbözteti a harcztéri vesemegbetegedéseket a békeidőben észleltektől. Elsősorban a szívnek és vérrendszernek gyakran már a vesebetegség jelentkezésekor jelenlevő laesiója okozza ezt az eltérést. Ennek tulajdonítható, hogy szívtúltengés, magas vérnyomás aránylag ritkábban jelentkezik, mint békeidőben, és talán ez okozza a rendszernél hosszabb és intenzívebb vesevérzést is. Természetesen a hypertrophia és hypertensio hiánya a compensatio tökéletességét csökkenti.

Jogosult tehát az a feltevés, hogy a szívnek előző megeviseltsége okozza a békeidőben észlelt kórképtől való eltérést.

Végezetül a vesebetegeink kezelésekor követett elvekről a következőket mondhatjuk.

Az étrend megállapításában a lehetőség szerint az individualis tolerancia szerint járunk el.

Az étrend összeállításakor több specialis szempontot kellett szem előtt tartani. Különleges szempont volt itt az előző hadifáradalmak okozta kimerülés és leromlás, a mi a rendes caloriamennyiségnél több energiát tartalmazó diéta összeállítására és a fehérjerátiónak is a szokottnál magasabb megállapítására készítetett. *Noorden*¹⁵ a fehérjebevitel messze-mező megszorítását ártalmasnak tapasztalta vesebajosokon még akkor is, ha némely esetben átmenetileg csökkentette idősebb megbetegedésekben a vizelet fehérjetartalmát, bár szerinte zsugorodó vese esetében teljesen független a fehérje-vizelés a felvett fehérje mennyiségétől. Természetesen az albuminuria nem mértéke az esetleges káros behatásnak. Hasonló véleményen van *Strauss*¹⁶ is, ki kerülendőnek tartja a fehérjemennyiség túlságos megszorítását, nehogy e miatt a szív szenvedjen.

Foglalkoznunk kellett azzal a tervvel, hogy — mint azt *Noorden* ajánlja — a bővebb fehérjeadagolást 8—14 napig terjedő fehérjeszegényebb időszakokkal szakítsuk meg, alkalmat nyújtva az esetleges retentio eliminálására, a mi megfelel a chronikus nephritis, főleg zsugorodó vese amúgy is periodusokban fokozódó, kiválasztó működésének, mint azt *Noorden* és *Ritter* kimutatta. Ugyanis az állandóan megszorított diétát betegeink nehezen tűnnek és így az időnkénti megszorítás kisebb akadályokba ütközik specialis beteganyagunkon. *Strauss* is fentebb említett hozzászólásában kezdődő functiozavarban időlegesen fehérjeszegény napok beiktatását ajánlja mindössze napi 25 gr. fehérje adagolásával. Szem előtt kellett még tartani a dolgozó betegek nagyobb energiaszorgalmát. Itt ismét a fehérjemennyiség megállapítása okozott

¹⁴ Aerzt. Verein Hamburg, 1916 jan. 11.-i ülésén.

¹⁵ *Noorden*: Path. des Stoffwechsels.

¹⁶ Diskussio a Berliner Gesellschaft 1915 decz. 22.-i ülésén.

nehézséget. *Pettenkoffer* szerint az izommunka nem gyakorol befolyást a fehérjeforgalomra (*Oppenheim* szerint csak akkor, ha dyspnoëra vezet), mégis az izomzat fentartásához a szerzők egybehangzó véleménye szerint a nyugalmi szükségletnél nagyobb fehérjebevitel kell.

Chittenden megállapításai szerint elfogadhatjuk, hogy a hivatásszerű és egyenletes nehéz munka nem igényel fokozott fehérjebevitelt. De másképp áll a dolog könnyű munkáról nehezebbre való átmenetel esetében, a hol több fehérje adagolása helyénvalónak látszik, már pedig lábadozó betegek foglalkoztatásakor éppen ez az eset forog fenn. *Lichtenfeld*¹⁷ szerint sportoló mérkőzők önként vesznek magukhoz sok fehérjét.

Mindezeket összevéve, ha kissé tágabbra is szabtuk a felvett fehérje megengedett mennyiségét, azért annak bizonyos fokú megszorításától még teljesen kompenzált vesebetegeinknél sem állottunk el. A heveny megbetegedések, valamint az exacerbatiók alkalmával pedig a szigorú megszorítást teljes mértékben keresztülvittük.

Még csak röviden haemorrhagiás exacerbatiók esetében követett eljárásunkat akarom vázolni. Az abszolút ágynyugalom mellett nagyon jól bevált a pusztán szénhydratból álló diéta (limonádé sok cukorral, málnaszörp) mellett calcium adagolása (tejsavas só alakjában).

Az uraemia tünetei a venaesectiót kísérő proktoklysisre (physiologiai konyhasóoldattal) sokkal jobban látszottak visszafejlődni, mint hypodermoklysisre, a mi egyezik *Nowakowski*¹⁸ észleletével, a ki kivérzett harcztéri sérülteken észlelte a proktoklysisnek a hypodermoklysisét felülmúló hatását, a minnek magyarázata a hadifáradalmak okozta bántalmazottsága a keringési rendszernek.

A tárgyalásunk elején felvetett kérdésünkre tehát azt válaszolhatjuk, hogy igenis jogosult a külön hadi vesebaj felvétele, a melynek különleges vonásait a keringési rendszernek harcztéri fáradalmak okozta, a vesebetegség jelentkezését megelőző bántalmazottsága adja.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr., egyetemi tanár.)

A digitalis-level hatóanyagtartalmának mérése biológiai uton.

Irta: *Issekutz Béla* dr., egyetemi magántanár.
(Vége.)

A digitalis-infusumot azonban az eddig tárgyalt módszerek egyikével sem hasonlíthatjuk össze pontosan a digitoxinnal vagy strophanthinnal, mert általában minden olyan módszernek, mely egész állaton dolgozik, eredendő hibája, hogy a mérgezés időtartama nemcsak a méreg hatékonyságától, hanem a felszívódása gyorsaságától is függ. Két különben egyenlő erős oldat közül a gyorsabban felszívódó hamarabb okoz systolés szívmegállást s ezért erősebbnek látszik, mint a lassabban felszívódó. A felszívódásbeli különbségek addig, a míg egynemű készítményeket (pl. digitalisinfusumokat) hasonlítunk össze, kevésbé érvényesülnek. Jelentékeny különbségek mutatkoznak azonban, minhelyt különböző fajtájú készítményeket hasonlítunk össze. Tapasztaltam,⁷ hogy vérbefecskendezésnél egyenlő erős adigan és digitalisinfusum közül az előbbi mintegy 25%-kal erősebb hatásúnak mutatkozott azokban a kísérletekben, a melyekben a béka nyiroktömlőjébe fecskendeztem az oldatokat; nyilván azért, mert az adigan a ballastanyagoktól meg van tisztítva s a digitalisinfusumnál gyorsabban szívódik fel. Viszont a digitoxin-oldat éppen a digitoxin lassú felszívódása miatt a valóságnál gyengébbnek mutatkozott.

Ezért különböző minőségű oldatok összehasonlításakor pontos, a valóságnak megfelelő eredményeket csak úgy kaphatunk, ha a felszívódás okozta különbségeket teljesen ki-

zárjuk, vagyis ha izolált túlélő békaszíveken dolgozunk. Ezzel azonban nemcsak azt a hibaforrást kizárjuk ki, a mely a felszívódás gyorsaságának ingadozásaiból származik, hanem egyúttal sok olyan az egész állaton pontosan nem szabályozható tényezőt is, a melynek a mérgezés időtartamára lényeges befolyása van, például az állat súlyának, tápláltságának, a vér mennyiségének, a szív súlyának az állat súlyához való arányának stb. ingadozásait.

Először *Schmiedeberg*² végzett túlélő békaszíveken digitalis-értékmeghatározásokat. Ő az ismeretes *Williams*-féle készüléket használta s az 1%-os digitalisinfusumok hatékonyságát strophanthin-oldathoz hasonlította. Ugyanezzel a módszerrel *Holste*³ végzett igen kiterjedt vizsgálatokat.

Schmiedeberg módszerében a mérgezés időtartamára még mindig három fontos tényezőnek ingadozása gyakorolhat lényeges befolyást. Az egyik a szívizomzatban rejlő egyénenként változó különbség. Erre természetesen befolyást nem tudunk gyakorolni, az egyéni különbségek okozta ingadozásokból származó kísérleti hibát csakis több párhuzamos meghatározás végzésével mérsékelhetjük, de teljesen nem kizárhatjuk ki. Annál inkább módunkban van a két másik tényezőt, a melynek szintén jelentékeny befolyása van a mérgezés lefolyására, pontosan szabályozni. Ezek a hőmérséklet és a szívverés szaporasága. Ugyanazon oldat különben teljesen hasonló körülmények között igen különböző idő alatt okozhat systolés szívmegállást a méregoldat hőmérséklete szerint.

Az I. táblázat, a melyet egy korábbi dolgozatomból⁸ közlök, mutatja ezt.

I. táblázat.

Mérgezések 20 - 30° C-nál 5 cm³ oldattal 32-es pulsus-szám mellett.

Concentratio	Digitoxin		Strophanthin		Digipuratum		
	20° C	30° C	20° C	30° C	Concentratio	20° C	30° C
0.001%	5 1/3'	1 1/2'	8 1/4'	2'	0.1%	10 3/4'	1 1/2'
0.0005%	8 1/2'	1 1/8'	14'	3 1/4'	0.05%	22 5/6'	3'07"
0.00025%	14'	3'	25 1/3'	4 1/4'	0.025%	ca 50'	5 3/4'
0.000125%	20 1/2'	5 1/2'	40	18	0.0125%	∞	30'
0.00006%	54	33	80	22			

Tehát a hőmérsékletnek 10° C-sal való emelkedése, 20°-ról 30°-ra, a mérgezés idejét 4—5-szörösen megrövidíti s ennek megfelelőleg 30° C-on valamely oldat annyi idő alatt okoz systolés szívmegállást, mint 20° C-on a nála 4—8-szor erősebb oldat. Például 0.000125%-os digitoxin-oldat 30°-on úgy hat, mint a 0.001%-os oldat 20°-on.

Valószínű ugyan, hogy a mérgezés meggyorsulása nem teljesen egyenletesen történik a hőfok emelkedésével, vagyis hogy 18°—23° között a mérgezési idő rövidülése kisebb, mint 25—30° között, de azért kétségtelen, hogy a hőmérsékletnek 20° C körüli olyan mérsékelt (4—5°-nyi) ingadozásai is, a melynek a laboratóriumban előfordulnak, jelentékeny befolyással vannak a mérgezés időtartamára.

Az itt említett kísérletekben gondoskodtam arról, hogy a szív pulsus-száma a hőmérséklet emelkedésével ne növekedjék. Ha ezt nem tettem volna, akkor még nagyobb különbségeket kaptam volna, mert a hőmérsékletnek 10° C-sal való emelkedése a pulsus-számot megkétszerezi. A pulsus-szám növekedése pedig, a mint a II. táblázat mutatja, szintén nagyon megrövidíti a mérgezési időt.

Még nagyobb különbséget kapott *Weizsäcker*, ki per-czenként 10 és 30 között változtatta a pulsus-számot, de persze gyakorlati szempontból ennek kisebb jelentősége van, mert hiszen szobahőmérsékleten 30-nál gyéribben nem igen ver a békaszív.

A méregoldat mennyiségének is volt befolyása a mérgezés idejére, a mi az I. és a II. táblázatban feltüntetett

¹⁷ Pflüger's Arch., 1901.

¹⁸ Münchener med. Wochenschrift, 1916, 4. sz.

digitoxin-mérgezések első oszlopainak összehasonlításából azonnal kitűnik: az I. táblázatban 5 cm³, a II.-ban 1 cm³ oldatot használtam a mérgezéshez.

II. táblázat.

Mérgezés 20° C-on 1 cm³ oldattal 32-es és 60-as szívritmussal.

Digitoxin 20° C-nál		
Concentratio	1'-ként 32 pulsus	1'-ként 60 pulsus
0.005%	8½	7½
0.0025%	28	12¾
0.00125%	80	12
0.0006%	∞	40

Ha már most megfelelő kísérleti berendezés segítségével gondoskodunk arról, hogy a mérgezést mindig ugyanazon hőmérsékleten, ugyanazon pulsus-szám mellett egyenlő mennyiségű oldattal végezhessük, akkor csak egyetlen egy olyan tényező marad, a melyet nem szabályozhatunk, s ez a szívizomzatban rejlő egyéni különbség. Bár kétségtelen, hogy ez jelentős tényező, mégis az eddigi mintegy 500 kísérletemből, a melyet minden szabályozható kísérleti feltétel gondos betartásával végeztem, arról győződtem meg, hogy ezek az egyéni különbségek nem szoktak a mérgezés idejében nagyobb eltéréseket okozni. Nagy kísérleti sorozatokban csak kevés olyan szívre akadtam, a mely a sorozatból kiválna akár túlrövid, akár túl hosszú mérgezési idejével. Az utóbbi eset még gyakoribb tavasz felé, mikor néha gyenge, zsírosan elfajult, rosszul összehúzódó szív kerül a sorozatba.

Abban az irányban, hogy vajon évszakonként milyen mértékben változik a szívek érzékenysége, még nem fejeztem be kísérleteimet. De ha még olyan különbségeket tapasztalnánk is ebben a tekintetben a túlélő békaszíveken, mint *Gottlieb* és *Hale* az egész állaton végzett kísérleteiben, még akkor sem vonna le ez módszerem értékéből, mert hiszen én nem a békaszív abszolút érzékenységevel mérem a digitális hatékonyságát, hanem a digitoxinhoz viszonyított relatív mérgezőhatározom meg. Már pedig a milyen mértékben csökken vagy nő a békaszívek érzékenysége a digitális iránt, olyan mértékben csökken vagy nő a digitoxin iránt is s így a digitális és digitoxin közötti arány nem változik.

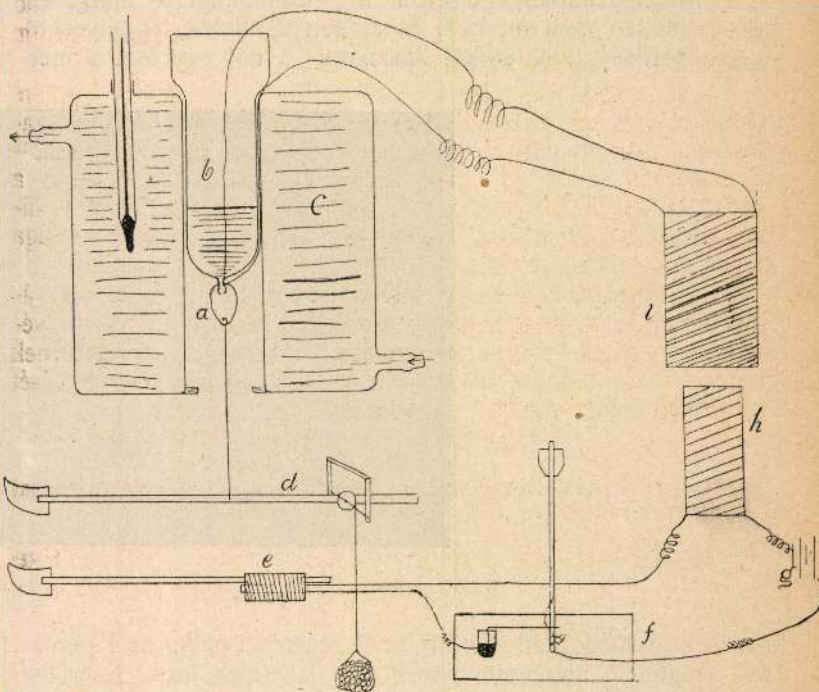
Kísérleteimben ugyanazt a berendezést használtam, a melyet a digitalis hatás chemismusának tanulmányozására két év előtt szerkesztettem, s a melynek használhatóságáról elég alkalmam volt meggyőződni.

A berendezés (1. ábra) áll egy széles 6–8 cm³ ürtartalmú üvegkanülből (b), a melyre a szív kamrát (a) az atrio-ventricularis határon kötöm fel. Ezt a kanült kettős falú üvegkamrába (c) helyezem, a melynek falai között egy thermostatból állandóan megfelelő hőmérsékletű (20° C) víz áramlik. Úgy az üvegkamara vizébe, mint a kanülbe egy-egy hőmérő merül, az utóbbi az ábrán hiányzik. A szív magától nem ver, ezért indukált áramcsapásokkal izgatom. Az elsődleges áramkörbe (h) metronom (f) van beiktatva, a másodlagos tekercsből (i) az egyik elektrod az üvegkanülon a szív felkötési helye köré csavarodik, a másik pedig a kanülbe merül. A szív mozgását egy könnyű író (d) lassan forgó kymographionra írja. A mágneses jelző (e), az ábrától eltérően, az idő mérésére külön áramkörbe van kapcsolva, melyet a *Bowditch-Baltzar*-féle óra percenként egyszer zár.

Vidékünkön a „rana temporaria” néven emlegetni szokott békafajok közül csakis a mocsári békák találhatók kellő számmal. Ezek azonban többnyire annyira kicsinyek, hogy szívük nehezen használható. Ezért én kecskebékákat (*rana esculenta*) használtam, jóllehet *Focke* és *Schmiedeberg* azt állítja, hogy e fajta béka kevésbé alkalmas a digitalis titralásra. Ez az állítás azonban csakis a spontán verő szívek-

ről helyes, de itt sem azért, mintha a kecskebéka szíve nem volna elég érzékeny, hanem azért, mert ezeken a szíveken gyakran előfordul, hogy a kamara systolés görcse egynéhány perc múlva magától feloldódik, a szív kitágul s egy darabig újból ver s ilyen szünetek és működések hosszú időn át váltakoznak; a mi természetesen nagyon gátolja a mérgezés idejének pontos meghatározását. Ha azonban indukált áramcsapásokkal rhythmusosan izgatjuk a szívet, a mint az én kísérleteimben történik, akkor a systolés görcs nem oldódik mindaddig, míg a rhythmusos izgatás tart s így a mérgezés ideje pontosan megmérhető.

A mérgezési időt a mérégoldatnak — mindig 5 cm³ — a canülbe való tételétől a kifejlődő systolés görcs maximumáig mértem. Minthogy a szív mesterségesen van izgatva, természetesen a systolés görcskor is végez kisebb-nagyobb összehúzódásokat, s ezért az író ekkor is kisebb-nagyobb amplitudójú görbét ír. Ennek nagysága már most attól függ, hogy milyen tökéletes éppen a systolés görcs. Ha ez a lehető legteljesebb, akkor az izgatás dacára sem tud a szív még jobban összehúzódni, az író egyenes vonalat ír. Ilyen hatása



1. ábra.

csak a legerősebb oldatoknak van, a melyek 8–10 perc alatt okoznak systolés görcsöt. Valamivel hígabb oldatoktól már nem ilyen teljes a systolés görcs, a szív bár nagyon csekély összehúzódásokat állandóan végez, a szív görbe 8–10-szeres nagyításban ½–1 mm. magas. Még hígabb oldatoknál a görcs még tökéletlenebb s a tetőfokon leírt görbe 3–4 mm. magas. S így tovább, minél hígabb az oldat, annál tökéletlenebb a contractura, annál nagyobb a görbe amplitudója a görcs tetőfokán is. S végül a leghígabb oldatok nem is okoznak systolés görcsöt, a hatásuk csak az amplitudo kisebb-nagyobb csökkenésében mutatkozik.

De nemcsak a systolés görcs fokában, hanem a beállása módjában is van különbség. Míg az erős oldatoknál a mérgezés 6–16. percében egyszerre hirtelen kezdenek a diastolék rövidülni s már 2–3 perc alatt a görcs teljesen ki is fejlődik, úgy hogy az ilyen görbék silhouettje — nagyon lassan forgó kymographionon felírva — csaknem szabályos negyedkörrel végződik (2. ábra), addig gyenge oldatoknál a görcs fokozatosan éles határ nélkül fejlődik ki. Ezért az erős oldatok mérgezési ideje egészen pontosan mérhető meg, ellenben a gyenge oldatoké, éppen a tökéletlen lassan kifejlődő systolés görcs és a fennmaradó aránylag nagy amplitudo miatt pontosan nem mérhető.

Természetes tehát, hogy a mérégoldatok összehasonlí-

tását inkább az erős hatású hígításokkal kell végezni, mint a gyengékkel. Túlságba azonban nem szabad menni, mert erős oldatok hatásában a mérgezési időkben 1 perc különbségek sokkal nagyobb jelentőségűek, mint a gyengébbekében.

A III. táblázatban állítottam össze a digitoxinnal végzett újabb kísérleteim középértékét. A könnyebb kiszámítás végett az oldat erősségét nem ‰-ban fejeztem ki, hanem úgy, hogy megadtam a 100 cm³ Ringer-oldatban foglalt digitoxin mennyiségét mgr.-ban. Természetesen a mérgezéshez mindig csak 5 cm³ oldatot használtam, tehát a feltüntetett adagnak huszadrészét. A táblázatból látható, hogy 1 mgr. digitoxin 100 cm³ Ringer-oldatban oldva 11 perc alatt okoz systolés görcsöt, 0.5 mgr. pedig 17²/₃ perc alatt. Tehát a mérgezés idejének 1 percczel való változása — $\frac{1.0-0.5}{17\frac{2}{3}-11}$ —

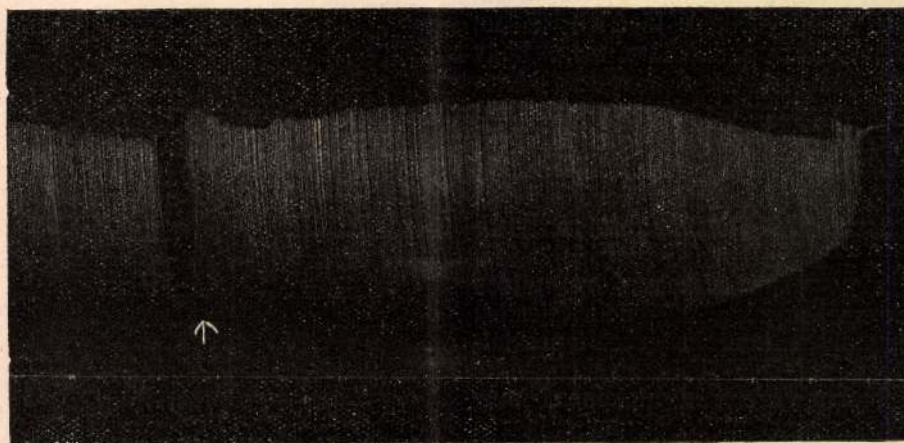
0.076 mgr.-nak felel meg, vagyis az oldat erősségének 7.6‰-kal való csökkenését mutatja. A táblázat harmadik és negyedik oszlopában vannak ez utóbbi értékek kiszámítva. Ebből látható, hogy minél hígabb oldatokat hasonlítunk össze, annál kisebb különbséget jelent a mérgezési időnek 1 percnyi eltérése.

Mivel azonban a nagyon híg oldatoknál a mérgezési idő pontosan nem mérhető és erősen ingadozik, leghelyesebb a középerősségű oldatokat használni, a hol egyrészt a mér-

A kolozsvári gyógyszerárakban személyesen beszerzett digitalis-levelekből a következő módon készítettem infusumot. Vízfürdőbe helyezett infundáló edénybe 75 cm³ Ringer-oldatot öntöttem s ezt 80° C-ra melegítettem fel, ekkor beledobtam 0.5 gr. durván tört digitalis levelet s befedve, gyakran kevergetve, 5 perczig még ezen a hőfokon tartottam. Ezután kivettem a vízfürdőből az edényt. 25 percz múlva a kivonatot szűrőpapíron átszűrtem 100 cm³-es mérőlombikba s a maradékot annyiszor mostam Ringer-oldattal, míg a szüredék pontosan 100 cm³ lett. Az így készített 0.5‰-os oldatot aztán a szükség szerint hígítottam fel.

Csakhamar meggyőződtem, hogy legfeljebb 0.25‰-os oldatokat lehet a kísérletekben használni, mert ha 1‰-os oldatot tettem a canülbe, a szív azonnal megállt diastoleban. Ezt azonban nem a digitalis hatóanyagai okozták, hanem a vízzel kivont egyéb anyagok (kalium, növényi savak stb.). Egy esetben (A-digitalis) szükségből 0.5‰ infusummal mérgeztem a szívet, a nélkül, hogy ez diastolés megállást okozott volna. Óvatosságból azonban, nehogy az infusumba belékerülő tisztátalanságok lényegesen befolyásolhassák a mérgezés lefolyását 0.2—0.25‰-os oldatoknál töményebbeket nem használtam.

Mindegyik kísérletemet 5 cm³ méregoldattal 19.5°—20.5° C között, 30-as pulsus-szám mellett végeztem, egy-



2. ábra.

gezési idő még pontosan mérhető, másrészt pedig az 1 percznek megfelelő méregmennyiség már lehetőleg kicsi. Ezért én, a hol lehetett, mindig a 0.5—0.3 mgr. digitoxint tartalmazó oldatokat vettem az összehasonlítás alapjául. Minthogy pedig ezeknél az oldatoknál az egyes kísérletek mérgezési idejének a középértékektől való eltérése ± 1¹/₂ percznél nem nagyobb, s mivel ezeknél 1 percznek a hatóanyagtartalom 4.4‰-nyi változása felel meg, a relatív hiba, a melylyel dolgozom, ± 6.6‰-nál nem nagyobb. De még ez is lényegesen kisebb, azáltal, hogy nem egy kísérletet, hanem legalább is 3 jól egybevágó eredményből számított középértéket használtam fel mindig.

III. táblázat.

Az összehasonlításul szolgáló digitoxin-oldatok mérgezési ideje.

Digitoxin adaga 100 cm ³ oldatban mgr.	A mérgezési idők középértéke	A mérgezési idő 1 percznyi változásának megfelelő	
		mgr.	‰
1.0	11'	}	}
0.5	17'40"		
0.4	22'15"		
0.3	30'20"		
0.2	ca 60'	}	}
0.1	ca 180'		
		0.076	7.6
		0.022	4.4
		0.012	3.0
		ca 0.003	1.0

szóval teljesen ugyanazon körülmények között, mint a III. táblázatban feltüntetett digitoxin-kísérleteket, melyeket párhuzamosan a digitalis-titrálásokkal végeztem.

IV. táblázat.

A kolozsvári gyógyszerárak digitalisával végzett kísérletek.

Készítmény	Adag 100 cm ³ oldatban gramm	A mérgezési idők közép- értéke	100 gr. digi- talis = hány gr. digitoxin- nal	1 gr. digita- lissal hány gr. egyenlő erős
A-digitalis ---	0.25	∞	}	}
B-digitalis ---	0.50	25'		
C-digitalis ---	0.25	24'	0.15	2.4
D-digitalis ---	0.20	21'30"	0.20	1.85
E-digitalis ---	0.25	32'30"	0.12	3
F-digitalis ---	0.20	27'30"	0.17	2.2
Caesar & Lor.	0.20	50'	ca 0.1	3.7
Adigan ---	0.20	14'30"	0.37	1.0
	0.13	17'	0.37	1.0

A IV. táblázatban állítottam össze a kolozsvári gyógyszerárak digitalisából készült infusumokkal végzett kísérleteimet. Az összehasonlítás kedvéért felvettem egy jóminőségű digitalis-infusummal, melyet a Caesar és Lorentz cégétől kapott drógból készítettem és egy adigan-fiolával végzett kísérleteket is, a melyet Richter G. cég küldött nekem a hatékonyságának megállapítása végett. A harmadik oszlopban feltün-

tetett mérgezési idők legalább három kísérletből számított középértékek. A negyedik oszlopban az van kiszámítva, hogy 100 gr. digitalis-levelel hány gr. digitoxinnal egyenlő erős hatású. Ez a kiszámítás a következő módon történik: Például a B-digitalisból 0.25 gr. (100 cm³ vízben) 24 percz alatt okozott systolés görcsöt; a digitoxinból (III. tábla) 0.4 mgr. 22' 15" alatt, 0.3 mgr. pedig 30' 20" alatt mérgez, tehát 0.4 mgr. erősebb, 0.3 mgr. pedig gyengébb hatású, mint 0.25 gr. B-digitalis. Interpolatio segítségével azonban pontosan kiszámíthatjuk a B-digitalis erősségét. A III. táblázat 3. oszlopában látható, hogy a mérgezési időnek 1 percczel való megváltozása a 0.4 és 0.3 mgr. digitoxint tartalmazó oldatok hatásában 0.0123 mgr.-nak felel meg. Minthogy pedig 0.25 gr. digitalis 24 percz alatt,

0.4 mgr. digitoxin 22' 15" alatt okoz systolés görcsöt,
a különbség 1' 45",

tehát 0.25 gr. digitalis $1\frac{3}{4}$ percznek megfelelő méregmennyiséggel, vagyis (0.0123 · 1.75) 0.021 mgr.-mal gyengébb 0.4 mgr. digitoxinnal. Vagyis 0.25 gr. digitalis (0.4—0.021) 0.379 mgr. digitoxinnal egyenlő erős, 100 gramm pedig $\left(\frac{0.379 \cdot 100}{0.25}\right)$ 151 mgr.-mal = 0.151 gr.-mal.

A táblázat megtekintésekor azonnal feltűnik, hogy a kolozsvári gyógyszerárak digitalisai kivétel nélkül mind sokkal gyengébbek, mint a jöminőségű Caesar és Lorentz-féle dróg vagy az adigan.

A míg ezek hatóanyagtartalma 0.37 gr. digitoxinnal egyenlő, a kolozsváriaké 0.07—0.20 gr. között váltakozik. Különösen tanulságos a IV. táblázat legutolsó oszlopa, a melyben azt tüntettem fel, hogy hány gr.-ot kellene a kolozsvári digitalisból rendelni, hogy 1 gr. Caesar és Lorentz-féle digitalissal, vagy pedig 10 cm³ adigannal egyenlő erős infusumot kapjunk. A különbségek valóban óriásiak, egészen 500%-ot tehetnek ki, hiszen a nálunk még viszonylag leghatékonyabb drógokból is körülbelül kétszer annyit, a leggyengébbekből pedig ötször annyit kell rendelni, mint az igazán jó digitalisból.

Ezek után, azt hiszem, felesleges bővebben fejtegetni, hogy ilyen körülmények között, mikor a beteg esetleg csak 5 nap alatt kap annyi digitalist, a mennyit 1 nap alatt kellett volna kapnia, mennyire bizonytalan nálunk a digitalis-therapia. Hiszen ennek sikere nálunk valósággal nem attól függ, hogy milyen a beteg szívének állapota, hanem elsősorban attól, hogy melyik városrészben fekszik, sőt gyakran az dönti el a beteg sorsát, hogy két egymástól 2—300 méternyire levő gyógyszerár közül melyikben készített el az infusumot.

Nem lehet most már kiszámítani, hogy hány beteg életét rövidítették meg ezek a rossz digitalisok. E nélkül is azt hiszem, minden gyakorló orvos egyformán fogja sürgetni, hogy ezeken a siralmas állapotokon minél hamarabb segítsenek.

Hiszen itt nem specialis kolozsvári hibáról van szó, mert a kolozsvári gyógyszerárak ugyanazoktól a budapesti nagy gyógyszerkereskedőktől kapják a drógjaikat, a kik az egész országot ellátják. A C-digitalist pl. az Egyetemi gyógyszerútból kaptam s ez oda néhány nappal a vizsgálat előtt egyik budapesti gyógyszerkereskedőtől érkezett.

Ha az állam tud gondoskodni arról, hogy a gyógyító vérsavók állami ellenőrzés mellett biológiailag megvizsgálva kerüljenek forgalomba, akkor kell arról is gondoskodnia, hogy olyan fontos drógok, mint a digitalis, a secale cornutum, hasonló elbánásban, hasonló ellenőrzésben részesüljenek.

A külföldön már hosszú idő óta vajudik ez a kérdés, tudomásom szerint azonban eddig egyedül Németalföldön vette át az állam saját kezébe a digitalis termelését, gyűjtését és ellenőrzését s ő látja el az ország összes gyógyszerárait biológiailag titrált digitalissal. Németországban ugyan még nincsen hivatalosan elrendelve az állandó titerű digitalis tartása, de ott a Caesar és Lorentz czég más droguistákkal együtt már régóta hoz forgalomba titrált digi-

talis-levelet. S a német gyógyszerárak a saját jól felfogott érdekükben többnyire ilyen leveleket tartanak. Mert hiszen ha az orvosnak nem áll rendelkezésére megbízható jó digitalis-levelel, akkor nem rendel digitalis-infusumot, hanem valamely állandó titerű gyári készítményt, pl. digipuratumot, digifolint stb.

Van magyar gyártmányú digitalis-készítmény is, az adigan, mely minden tekintetben felveheti a versenyt a most egyre dráguló külföldi készítményekkel. Ezen készítménynek határozott erőssége való beállítását és ellenőrzését január óta, a Richter G. gyár felkérésére, én végzem az itt ismertetett módszer segítségével.

Irodalom. 1. Focke: Archiv der Pharmacie, 1910, 248. kötet, 345. lap. Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie, 1913, 14. kötet, 262. lap, 1914, 16. kötet, 443. lap. — 2. Schmiedeberg: Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1910, 62. kötet, 305. lap. — 3. Holste: Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, 1911, 66. kötet, 161. lap. — 4. Gottlieb: Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 813. lap. — 5. Houghthon: Lancet, 1909, 1744. lap. — 6. Hale: Hygienic Laboratory Bulletin. 1911, 47. sz. (Focke után cit.) — 7. Issekutz: Lechner-Emlékkönyv, 1915. — 8. Issekutz: Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1915, 78. köt., 155. lap.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Boven: Similarité et mendélisme dans l'hérédité de la demence précoce et de la folie maniaque-dépressive.
Vevey, Säuberlin et Pfeiffer. 1915. 258 lap 8°.

Boven igen gondos munkájában 30 dementia praecox és 30 maniás depressiv elmezavart vesz találmára a cery-i kórház nagy anyagából. A 60 beteg családfájában vagy 1000 emberről találni beszámolót 3 nemzedékben. Betegei gyakran már gyermekkorukban jellembeli sajátságokat mutattak és a többi gyermektől elütöttek e tekintetben. A kiváltó okok csekély fontosságát bizonyítja, hogy esetei két harmadában illet kideríteni egyáltalán nem sikerült, míg ellenben az öröklöttség nagyon nyilvánvaló volt. A maniás-depressiv zavartaltságban 73.3% egyenmű öröklöttség van, a dementia praecoxban 10.7%. Polymorph öröklés az utóbbiban 89.3%, az előbbiben 26.7%. A dementia praecox e szerint inkább polymorph, a maniás depressiv elmezavar egyenműen öröklődő baj. Érdekes, hogy egyik sem követi Mendel szabályait. Kétes esetben ez adatok még a körjelzésben is felhasználhatók.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek.

Hillenber: Krebsepideiologische Untersuchungen. Berlin, R. Schoetz. 280 m. — E. Bleuler: Physisch und Psychisch in der Pathologie. Berlin, J. Springer. 2 m. — L. Kaplan: Psychoanalytische Probleme. Leipzig-Wien, F. Deuticke. 5 m. — K. Kleist: Postoperative Psychosen. Berlin, J. Springer. 180 m. — M. Pfandner: Körpermass-Studien an Kindern. Berlin, J. Springer. 480 m. — P. Ritter und J. Kientopf: Die Schulzahnpflege, ihre Organisation und Betrieb. Berlin, Meusser. 5 m. — G. Jürgens: Das Fleckfieber. Berlin, A. Hirschwald. 8 m. — R. Wissmann: Die Beurteilung von Augensymptomen bei Hysterie. Halle a. S., C. Marhold. 250 m. — E. Peiper: Die Säuglingspflege. Leitfadens für den Unterricht in der Säuglingspflege an Mädchenschulen. Greifswald, L. Bamberg. 220 m. — F. Thederling: Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medizin. Oldenburg, G. Stalling. 5 m.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Befolyásolja-e a háború a daganatok keletkezését és növekedését? E tárgyról értekezik Prof. Hansemann. Már békében is tapasztalták, hogy a fiatalabb emberek daganatai nagyobb terjedelemben és gyorsabban nőnek, mint az idősebbeké. A háborúban résztvevőkön a daganatok növekedésének gyorsasága csak kevéssel nagyobb a békében észlelténél. A daganatok aetiologiájáról még ma is csak keveset tudunk. Utal a ma már sokak által elfogadott ingertheoriára. De ezen külső ingerek nem elegendők ahhoz, hogy carcinoma keletkezzék, fontos kellék még az individualis, sőt

talán a localis dispositio is, mely lehet veleszületett vagy szerzett.

A tapasztalat azt mutatja, hogy azon ingereknek, melyek carcinomát tudnak kiváltani, igen hosszú ideig kell behatniok, de mindenesetre hosszabb ideig, mint a mennyi idő a háború kitörése óta eltelt, úgy hogy a most észlelt carcinomák még nem vonatkozathatók a háborúra. Másfajta daganatok például a sarcoma s különösen a csontsarcoma, továbbá a glioma, visszavezethetők traumákra, sőt acut traumára is. De az egyes eseteket vizsgálva, kevés megdönthetetlen bizonyítékot találunk, ezért óvakodjunk az általánosítástól, hanem csak esetről-esetre ítéljünk. Nem mondhatjuk azt, hogy daganatok keletkezhetnek vagy nem keletkezhetnek traumás behatásra, hanem csak azt, hogy azon egy bizonyos daganat traumás behatásra keletkezett-e vagy sem. A szerző szerint a háború elősegíti a daganatok növekedését, hiszen a daganatok traumás behatásra vagy operatív beavatkozásra is gyorsabban nőnek, mint a nélkül.

Orth is azon a nézetben van, mint *Hansemann*, t. i. hogy egyszeri trauma nem idéz elő carcinomát. A rák növekedésére vonatkozólag az acut traumának nem tulajdonít fontos szerepet, de jelentőséget tulajdonít a megváltozott életmódnak, táplálkozásnak és munkának, továbbá a psychés behatásoknak is.

Waetzold törzsorvos 295 rosszindulatú daganat közül 73 (azaz 24.7%) positiv carcinomát talált. Nem osztja azon nézetet, hogy a carcinomák legnagyobb száma az ötödik és hatodik évtizedre esik. A 20 éves korig 3 esetet, a 21. és 25. év között 29 esetet, a 26. és 30. között 8 esetet, a 31. és 35. között 16 esetet talált. A 36 éves korig tehát 56 eset esik, míg a 36—51. év között csak 9 és az 51. éven túl csak 8 esetet észlelt. *Waetzold* is nagy szerepet tulajdonít a carcinoma kiváltásában a megváltozott életmódnak s a fokozott anyagcserének. A testre sokáig ható napsugaraknak is jelentős fontosságot tulajdonít. Analógiát vél találni a napsugarak és a Röntgen-fény között, mely utóbbi, mint ismeretes, gyakran okoz bőrcarcinomát. (*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1916, 7. sz.)

H.

Belorvostan.

Meningismus képeben lefolyt általános betegség nagyszámú esetét észlelte a múlt év nyarán és őszén *Stephan*. A tünetek a következők voltak: heveny kezdet, rendkívül erős főfájás, nagyfokú érzékenységi érzéssel és passiv mozgatással szemben, herpes labialis, rázóhideg, tarkómerevség, gyakran haemorrhagiás nephritis. A betegség átlag 8—10 napig tartott, prognosisa kedvező volt. A liquor cerebrospinalisban valamennyi esetben egy Gram-negatív diplococcus találtak, mely agar-agaron nagyon buján nőtt s már ebben is különbözött a meningococcustól. A mi e sajátságos betegség gyógyítását illeti, nagyon jó szolgálatokat tett az urotropin. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1916, 19. sz.)

Sebészet.

A gerinczvelő lövési sérüléseinek műtéti kezelésével elért gyógyulási eredményeit tekintetbe véve 50 közül 40 operált eset kapcsán megállapítja *Frangenheim*, hogy gerinczvelő-lövés csaknem minden esetében jogosult a műtéti beavatkozás főképpen azért, mert ma még semmi más módot nem ismerünk arra, hogy a gerinczvelőn létrejött folytonosságmegszakítást a teljes összenyomástól megkülönböztethessük. Ez utóbbi esetben, ha a beavatkozás elég korai, teljes gyógyulást is elérhetünk a betegen.

Ellene javult a laminectomia a különben is ritkán előforduló gerinczvelő-rázódás eseteiben és akkor, ha a beteg rossz erőbeli állapotban van.

A szerző 6 teljesen bénult betege közül 3 javult, 3 pedig — a kik közül kettőnek a gerinczgya harántirányban teljesen meg volt szakítva — változatlan maradt. A 3 javult beteg közül kettőnek a löveg komprimálta gerinczgyát, egy pedig enyhébb rázódást szenvedett.

Továbbá tíz betege közül, a kiken a bénulás nem volt teljes, 9 meggyógyult, 1 gyógyulatlan maradt. Ez utóbbiakra hivatkozással javasolja a szerző, hogy ama betegeket, a kiken a gerinczgya lövési sérülése nem hozott létre teljes bénulást, kivétel nélkül minél előbb meg kell operálni. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1916, 19. sz.)

M.

Gyermekeorvostan.

Diphtheriabetegek vérének antitoxin-tartalmát a gyógyserum bevitele előtt és után vizsgálta *H. Opitz* (Kinderkrankenhaus zu Bremen).

Szerző a kis vagy a nagy gyógyszeradagok kérdésének szempontjából végezte vizsgálatait röviddel *Beyer* és *Schöne* ugyanily irányú vizsgálatai után.

Feltételezve, hogy a szervezetbe bevitt antitoxin ugyanolyan módon köti meg a szervezetben a toxint, mint in vitro, pontosan meg volna állapítható mindenkor a szükséges antitoxin-mennyiség, feltéve, hogy a szervezetben esetleg már az injectio előtt jelen volt antitoxin-mennyiséget ismerjük. Ilyen esetet szerző 26 diphtheria-megbetegedés közül 5 ízben talált, azaz 26 eset közül 5 volt olyan, melyben az antitoxin-tartalom több volt mint $\frac{1}{100}$ A. E. köbcentimeterenként. Ezekben ki lehetett zárni azt is, hogy bacillushordozók lettek volna, a kikben tudvalevőleg tekintélyes nagy lehet az antitoxintartalom. Az activ immunizálás szempontjából fontos e megállapítás, mert ez esetekből a szerző arra vél következtetni, hogy $\frac{1}{20}$ A. E. pro cm^3 nem nyújt mindig elegendő védelmet a megbetegedés ellen. Vizsgálatai során továbbá azt találta, hogy a szervezetbe bevitt antitoxin-mennyiség gyorsan fogy és ezt a fogyást a *Behring*-féle új szer sem befolyásolja lényegesen. Véggkövetkeztetése, hogy gyakran még 1 A. E. pro cm^3 sem véd meg a megbetegedés ellen, továbbá, hogy a passive bevitt védőanyagok gyors pusztulását semmi sem befolyásolja és hogy diphtheriában megbetegedett egyénekben az activ ellenanyagképzés egyáltalán nem jelentékeny, míg az egészséges bacillushordozók vérében igen sok ellenanyag konstatalható. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1915, 31. szám.)

Szász Erzsé dr.

Bőrkórtan.

A ruhatetű természetrajzát ismerteti *A. Hase* (Jena), a ki a legközelebbi vársói belgyógyászati congressuson is ennek a themának referálásával van megbízva. A neves szerző a porosz hadügyminiszterium egészségügyi osztályának megbízásából immár 9 hónap óta foglalkozik kizárólagosan e kérdéssel, mely a mostani háború folyamán oly rendkívül fontossá vált. Érdekes, ha azt halljuk *Hase*-től, hogy az intenzív kutatás ellenére is még távolról sem tudunk mindent, a mi erre a fontos állati parasitára vonatkozik. A ruhatetű a szárny nélküli insectumokhoz tartozik. Szűrő szájkészüléke van s közvetett módon fejlődik. Ismeretes, hogy a tetű a környezethez mérten bizonyos fokig változtatni tudja a színét. De a szerző ezektől a színárnyalatoktól eltekintve, bizonyos pigmentanomaliákat is megfigyelt, melyek különböző korú és nemű állatokon vegyes előfordulhatnak. A festékanomalia élénk piros színben, illetőleg barnás-vörös színárnyalat képeben mutatkozik, mely az állat egész testére kiterjed. Az ilyen állat sokkal mozgékonyabb, de egyben hamarabb is pusztul el. Olykor erősen meg is duzzadnak az ilyen állatok. Nyilván valamilyen tetűbetegségről van szó, melynek okát még nem ismerjük, de a mely talán a küteges hagymázzal is bizonyos vonatkozásba hozható. Még nem bizonyos, hogy a ruha- és fejtetű között fattyúzás fennforog-e, de valószínű. A kísérletezés ezen irányban most folyik. Még nehezebb a két tetűfaj petéi között határozott különbséget felismerni. 20.000 pete átvizsgálása legalább is nem adott erre nézve szilárd támpontot. A ruhatetű biológiáját idáig aránylag még a legjobban ismerjük. Minden pete chitintakaróval van borítva. Mindegyiknek apró fedele van, a melyben 7—23 úgynevezett mikrophylcsatorna van, a melyeken keresztül az embrió gázcseréje történik. A peték kifejlődési ideje a környezet hőfokától függ. A legrövidebb idő 5 nap (+ 37° C. mellett).

+ 25° C. hőfok esetén 16 napos a fejlődés tartama. + 10°-on alul a fejlődés teljesen megáll. Melegebb környezetben a fejlődés újra megindul. Az állat csak a harmadik vedlés után copulatioképes. A szerző ezután pontosan leírja a copulatio technikáját. Egy-egy pár átlag 11 napon át naponta egyszer copulált. A copulatio akár 70 percig is eltarthat.

A tetű helyváltozása elég gyors. Átlagos érdességű felületen, kellő hőfok esetén a mozgása percenkint 20 cm.-t ér el. A tetű és a peték ellenállóképessége vegyi és fizikai befolyásokkal szemben feltűnő nagy. 5%-os formololdatban például csak 8 óra múltán pusztul el az állat. A pete még 24 óra után sem. A tetű általában kerüli a fényt, de csak ha nem éhes. Szimatja is van, de ez legfeljebb 2 cm.-re terjed. A szerző ezt szép kísérletek útján tanulmányozta. Az állat a bőrt csak megszurja, de nem harapja. A vérszívás szakadatlanul 23 percig is eltarthat. Szívás közben az állat sérülések iránt teljesen érzéstelen (például lábai legvághatók). A legtöbb ember a tetűszúrás iránt idővel érzéstelenné válik. (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 12. szám.)

Guszman.

Orr-, garat- és gégebajok.

A harctéri sérülések okozta orrmelléküreg-genyedések sebészi kezeléséről ír *Denker* (Tournai-Halle a. S.). Míg békeidőben a külső sérülések okozta orrmelléküreg-genyedések csak nagy ritkán jutnak észlelésünk alá, a háborúban a felső állcsont-, a szem- és a homloktájék traumás sérülései következtében előállott melléküreg-genyedések igen gyakoriak s többnyire már rövid idővel a keletkezésük után az idősült genyedés jellegét mutatják. A súlyos csont-destructio következtében, csontdaraboknak és lövedékszálaknak a melléküregekben deponálódása folytán, melyek fertőzött idegen testként hatnak, a kezdetben savós-nyálkás váladék csakhamar genyessé válik. Míg a be- és kimeneti nyílás hamarosan behegyesedik, a genyedés gyorsan a mélybe halad, úgy hogy ily esetekben korai nagyobb műtét beavatkozások válnak szükségessé. Beavatkozásunkban a széles feltárást, a kozmetikai eredményt s a recidivák elkerülését kell szem előtt tartanunk. A felső állcsontból genyedése esetén *Denker* radikális műtét módszere adja a legtöbb biztosítékot az említett szempontok elérésére s eljárásunkat a traumás laesio szolgáltatott viszonyokhoz szabjuk. Így azon gyakori esetekben, a midőn a lövedék a Highmor-üregnek nemcsak külső falát, hanem medialis falát s a rostasejt-labyrinthust is elroncsolta, czélszerű az üreg medialis falát egészben eltávolítani, a midőn a rostasejtekhez s ezek eltávolítása után az iköbölhöz jól hozzáférhetünk s ezen permaxillaris úton a rostasejtek és iköböl kórfolyamatait is gyökeresen megszüntethetjük. Ha a Highmor-üreg nem sérült meg, hanem csak a rostasejt-labyrinthus, egyes esetekben endonasalis úton kísérhetjük meg a genyedés orvoslását s ha ez nem vezet sikerre, a külső feltárást végezzük *Grünwald* szerint. Ha a homlokból is megsérült, a *Killian*-féle radikális műtét eljárás vezet leginkább célhoz. Szükséges, hogy a felső állcsont, az orr és a homloktájék jelzett sérülései miatt a sebesültek csakhamar rhinologus észlelése alá jussanak s ezért a német hadvezetőség gondoskodott arról, hogy a hadtápkörletben diagnostikai és terapiás eszközökkel teljesen modernül felszerelt specialis kórházak illetve osztályok létesítenek. (Münchener med. Wochenschrift 1915, Feldärztliche Beilage 24. sz.)

Safranek.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Ekthymás (vakarás okozta) fekélyek kezelésére
Richter a következő egyszerű eljárást ajánlja: friss tömény kaliumpermanganát-oldatba mártott, fapálczikára erősített vatta segítségével megérintjük a beteg helyet, azután kevés zink-tanninport hintünk rá és kis védőkötséget alkalmazunk. Az eljárás kétnaponként ismétlődő. Sokszor már 1—2 ilyen kezelésre beáll a gyógyulás. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 21. sz.)

Az eklampsia kezelésében *Rissmann* szerint kerülendő a morphium és a chloralhydrat, mert hatás elérésére oly nagy adagok kellenének belőlük, a melyek végzetesek lehetnének a légzésre és a vérkeringésre. Könnyebb esetekben elegendő a luminal bőr alá fecskendezése 0.4 grammos adagokban. Súlyosabb esetekben e mellett magnesiumsulfatot ad csepp-klysmá alakjában (10—15 grammot 1 liter vízre) vagy befecskendezésképpen (10—15 cm³-t a 25%-os oldatból). Szóba jön ezenkívül az érvágás és a szülésnek lehetőleg gyors befejezése. (Zeitschrift für Geburtshilfe, 78. kötet, 2. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 25. szám. *Veress Ferencz*: Tapasztalatok a harctéri sypphilisről. *Jáhn József*: Jelentés az országos királyi bírósági vegyészeti intézet működéséről.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 25. szám. *Bayer Emil*: A malaria elleni védekezés. *Pető János*: Idegen test eltávolítása az orrból.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Szent-Imrey Ákos* dr.-nak, Abauj-Torna vármegye tiszti főorvosának, a királyi tanácsosi címet, *Melha Armand* dr.-né, szül. *Hilf Paula* dr. kispesti orvosnőnek a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

Kinevezés. *Candea Aurél* dr.-t a nagyszombati megyei közkórház igazgató-főorvosává nevezték ki.

Választás. *Kollár Kamill* dr.-t Besztercebánya város főorvosává, *Schick Adolf* dr.-t ugyanott rendőrorvossá választották.

Uj egyetemi magántanár. *Péterfi Tibor* dr.-nak, a budapesti egyetem I. sz. anatómiai intézete adjunktusának „A zsigerek boncz- és szövettana” cz. tárgyából történt magántanári képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter megerősítette.

Meghalt. *Rupf Adolf* dr. körorvos Lövön 51 éves korában jún. 7.-én. — *Gyárfás Leó* dr. szigetvári orvos 35 éves korában június 18.-án. — *K. A. Lingner* dr., v. b. t. tanácsos, Drezdában, 47 éves korában. Az elhunyt valóságos amerikai stílusú pályát futott be. Mint szegény bádigoslegény került Magyarországból Szászországba s ott aránylag rövid idő alatt óriási vagyont tett szert kozmetikai készítmények gyártása révén, a melyek közül az odol és a pixavon a legismertebb. De vagyonát nemes czélra használta fel s különben is érthető a szerencséje, mert páratlan szervező tehetséggel megáldott ember volt. Ő kezdeményezte és szervezte többek közt a fényesen sikerült 1911-i drezdai hygieniai kiállítást, melynek „Der Mensch”-pavillonjának anyagát a kiállítás berekesztése után megvette s egy nagyobb alapítvánnyal együtt Drezda városának ajándékozta, hogy magva legyen egy nagyszabású állandó nemzeti közegészségügyi múzeumnak. Ezért s egyéb alkotásaiért Drezda város díszpolgárává, a berni egyetem doctor medicinae honoris causaejává választotta. 30 milliónyi vagyonát is egy millió leszámításával jótékony célokra hagyta. — *Pr. Pieniazek* rendk. tanár (gégeorvostan) Krakóban.

Személyi hírek külföldről. *Sauerbruch* tanárt (Zürich) a königsbergi, *de Quervain* tanárt (Basel) a genfi sebészeti tanszékre hívták meg, de a meghívást egyikük se fogadta el. — *H. Herzog* dr. müncheni magántanárt az innsbrucki egyetem rendes tanárává s az oto-laryngológiai klinika igazgatójává nevezték ki. — *A. Murri*, a bolognai egyetem ismert belklinikusa nyugatombba vonul.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

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

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

Dr. HALPERTH ÁKOS

KARLSBAD

HAUS HERZOG v. BRABANT

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriá- utoza 34.

Dr. Réh

Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

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

**RÖNTGEN-
és VIII. orvosi készülékek**

**REINIGER
GEBBERT és SCHALL R.-T.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. rendes tudományos ülés 1916 márczius 11.-én.) 348. lap. — A XVI. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 348. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1916 márczius 11.-én.)

Elnök: Liebermann Leó.

Jegyző: Bence Gyula.

Subcutan pankreas-sérülés operált és gyógyult esete.

Fischer Aladár: Az izolált subcutan pankreas-sérülések igen ritkák, 1905-ig csak 8 eset volt ismeretes. Mind a 8 halállal végződött. 1907-ben *Körte* 11 esetet talált az irodalomban, melyek közül 3 műtét útján gyógyult. *Guleke* 1912-ig 30 esetet gyűjtött össze. A bemutató a háború kitöréséig még két esetet talált az irodalomban, úgy hogy az esete a 33. Ezen 33 eset közül 26 operáltatott, 18 gyógyulással.

A pankreas subcutan sérüléseinek klinikai képét egyrészt a vérzés, másrészt a pankreasnedv kilépése határozza meg. A vérzés az észlelt esetekben általában véve nem volt nagy, a mit az magyaráz, hogy az erőművi behatással szemben a ruganyos érfalak ellenállóbbak, mint a mirigyszövet. A pankreasnedv kilépésekor a további tünetek attól függenek, hogy a pankreasnedv activálódik-e vagy nem. Ha nem activálódik, akkor peripankreatikus cysták és pseudocysták képződhetnek, míg ha activálódik, az activált pankreasnedv toxikus, gyulladás okozó és emésztő hatása érvényesül. A pankreasnedvet ilyen esetekben a trauma által necrosisossá vált mirigyszövet bomlástermékei activálják. A klinikai tünetek bizonytalanok. Biztos diagnosis az észlelt esetek közül csak egyben volt lehetséges.

A bemutató esete 10 éves fiúra vonatkozik, ki kórházba való szállítása előtt két nappal az utcán megbotlott és hasával a járda szélére esett. Az esés után mindjárt rossz szul érezte magát, azonban még haza tudott vándorolni. Odahaza hasában nagy fájdalomról panaszkodott, többször hányt, szék és széklet nem mentek tőle. A megejtett vizsgálat azt mutatta, hogy a has behúzódtott, nyomásra mindenütt érzékeny, legkifejezettebben azonban az epigastriális tájon és a mesogastriális táj felső részén. Ugyanezen helyeken kifejezett izomrigiditas. Egyéb szervek részéről elváltozás nincs. A beteg nagy mértékben elesett, szemei karikázottak, nyelve bevont, pulsus 130, hőmérséklete 37. A kórelőzményi adatok és a tünetek alapján kétségtelen volt, hogy az előző trauma következtében valamely hasüri szerv sérülése következett be. Tekintettel arra, hogy a tünetek legkifejezettebbek a has felső részében voltak, elsősorban lehetett gondolni a fixált legfelsőbb jejunumkacs vagy a duodenum alsó részének sérülésére, a melyek éppen rögzített voltak miatt subcutan bélsérülésekre disponáltak. Bélsérülés ellen szólt azonban, hogy 48 óra alatt a peritonealis tünetek aránylag kis mértékben voltak csak kifejlődve. A bélsérülésen kívül tehát a regio epi- és mesogastriában fekvő parenchymás szervek sérülésére is kellett gondolni. A máj és vele az epehólyag, a pankreas és a lép sérülése egyaránt tekintetbe jöhetett, a nélkül, hogy a tünetek alapján biztos diagnosist lehetett volna felállítani. Hasüri szerv sérülése biztos lévén, a bemutató sürgősen laparotomiát végzett. A hasüreg megnyitása után kiderült, hogy bélsérülés nincs, azonban a flexura duodeno-jejunalis táján egy hashártya mögötti gyermekenyéri haematoma mutatkozik. Még biztosabban nyomra vezetnek a ligamentum hepato-gastricum és gastro-colicum mutatkozó nagyszámú apró zsírnecrosisok. A ligamentum gastro-colicumot behasítva, feltárja a bemutató a pankreast. A pankreas körül nagyobb vérömleny van, a bursa omentalis mérsékelt mennyiségű zavaros véres exudatumot tartalmaz és a pankreas testében 4 cm. hosszú, a mirigyállomány fél vastagságán áthatoló, ferde irányú, szabálytalan repedés van, a mely fölött a hashártyaboríték is átszakadt. A repedés helyére draincsövet és tamponat vezet és azután zárja a hasfalat a drain és a gazecsík helyének kivételével.

Zavartalan lefolyás, a hashártyagyulladás tünetei már másnapra visszafejlődnek. A drain helyén maradt sipoly is rövid idő alatt záródott.

A subcutan pankreas-sérülések therapiájában *Garré*, bonni tanár nevéhez fűződik az első siker, ki 1905-ben egy haránt pankreas-rupturát varrattal egyesített. Ha a pankreas állományát varrjuk, nem szabad elfelejtenünk, hogy a tömeges varratok további mirigyelhalásra vezetnek, úgy hogy a bemutató véleménye szerint helyesebb az esetleg szükséges vérzéscsillapítás után a sérült hely egyszerű tamponadeja és drainezése varrás nélkül. A *Heineke* által ajánlott varrata a ductus Wirsungianusnak technice alig volna keresztülvihető, de állatkísérletek szerint fölösleges is. Épp úgy fölösleges a ductus Wirsungianus sérülésekor a sérülés mögötti pankreas-rész kiirtása. A sérülés mögötti fark-részének eltávolítása csak akkor válnék szükségessé, ha az arteria lienalis is megsérül, ezen pankreas-részlet életképessége kérdésessé válnék. Ilyen esetben természetesen a lép elhalása is fenyegetne, úgy hogy ez is el volna távolítandó. Az esetek nagy többségében ügylátszik elegendő a sérült hely föltárása, az esetleg szükséges vérzéscsillapítás és a sérült helyre vezetett tampon és drainage.

(Folytatása következik.)

A 16. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

(1916 április 20.-án tartott ülés.)

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

Ertl János: 1. Az alsó állkapocs testének és horizontalis részének teljes hiánya. Gyógyulás transplantiával és csonthajlítással.

B. D., honvédhadnagy, megsebesült 1914 október 23.-án. Bemutató osztályára egy immediált aluminium-prothesissal került, a mely a corput és a bal ramus horizontalist pótolta. A nagyfokú genyedést és hegesedést okozó prothesist el kellett távolítani s az azok következtében elhalt törésvégeket reszekálni, úgy hogy a defectus a bal felhágó ágtól a jobb horizontalis nyúlvány közepéig terjedt. A hiányt egy a tibiából vett 12 cm. hosszú csontdarabbal pótolta egy ülésben. A corpusnak megfelelő görbületet teljesen élethűen sikerült megadni. A betegen már kezdődő consolidatio észlelhető.

2 Az alkar lötyögő ülizületének és az ulna hiányának transplantiával operált és gyógyult esete.

K. N. gyalogosnak 1914 szeptember 1.-én cséplőgépzúzta össze jobb alkarját. A jobb alkar harangszívalakúlag szabadon lötyög. A radiust sikerült varrattal egyesíteni. A 6 cm.-es ulnadefectust tibialis transplantiával pótolta. A beteg jelenleg gyógyult, karja jól functionál.

3. A bal felkar csontdefectusának fibula-darabbal pótolás és gyógyult esete.

K. F., gyalogos, megsebesült 1914 december 11.-én. A humerus defectusát 15 cm.-es fibula-darabbal pótolta. A beteg jelenleg a műtét utáni 6. hétben van, a felső törésvég a transplantummal teljesen összenőtt, az alsó törésvég gyengéd consolidatiót mutat.

4. Orrplastika.

B. V., főhadnagy, megsebesült 1915 július 3.-án srappell-lövés folytán. Az orr, felső állcsont és alsó állkapocs ronsolást szenvedett. Mandibulájának műtéttel való rendbehozatala után a bemutató egy újabb ülésben az orrszárnyakat, majd a septumot plastikailag teljesen rendbehozta.

5. *A mandibula horizontalis ága csontdefectusának a kulcs-csontból vett csontdarabbal pótolás és gyógyult esete.*

S. J., gyalogos, állkapocslövést szenvedett 1914 október 23.-án. A horizontalis ág 6 cm.-es defectusát a claviculából vett csontdarabbal pótolta. A törésvégék jól consolidálódtak.

6. *Pofaronscsolásnak és a mandibula horizontalis ágának plastikával, illetve tibia-transplantációval operált és gyógyult esete.*

Cs. P., gyalogos, megsebesült 1915 október 1.-én. A bemutató a sebűrt plastikával rendbehozta és a defectust a tibiából vett 7 cm. hosszú csontdarabbal pótolta.

7. *A bal mandibula horizontalis ágának tibialis transplantációval operált és gyógyult esete.*

Ny. A., gyalogos, megsebesült 1915 május 17.-én. A bal horizontalis ág defectusát 7 cm.-es tibialis csontdarabbal pótolta, jelenleg teljesen jól functionál, gyógyult.

A bemutató ezenkívül két esetet demonstrál, a melyekben a corpus teljes defectusát a tibiából vett s hajlított csontdarabbal teljes plasticitással sikerült pótolnia. Mindkét esetben a pótolta mandibula gyógyult és functióképes.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

47/1916. eln. sz.

A nagyszabesi állami elmegyógyintézetben egy kisegítő orvosi állás üresedett meg, az állást szigorú orvosok, orvosnők, esetleg felsőbb évfolyambeli orvostanhallgatók vagy orvostanhallgatónők is elfogaghatják. Díjazás napi 5 korona, I. oszt. élelmezés, lakás.

Érdeklődőknek az intézet igazgatósága ad felvilágosítást.

Nagyszabesi, 1916 június 16.

Pándy K. dr. s. k., igazgató.

29/1916. ig. szám.

Belügyminiszter úr önmagmáltóságának folyó évi 81.664. számú magas rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyalvárosi m. kir. áll. elmegyógyintézetben nyugdíjazás folytán megüresedett másodfőorvosi állásra, a mely a IX. fizetési osztályba van sorolva és ehhez képest évi 2600 korona kezdőfizetéssel, továbbá természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel jár, pályázatot hirdetnek.

Igényjogosultsággal pályázhatnak a hirdetett állásra azon orvosok (orvosnők), a kik az 1883. I. t.-cz. 1. §-ában és 9. §-ának II. szakaszában előírt minősítéssel bírnak. Az ezen minősítést, valamint a pályázónak eddigi működését egyébként igazoló okmányokkal és esetleg szakbeli tudományos dolgozatokkal felszerelt, 1 koronás bélyeggel ellátott s a m. kir. belügyminiszter úr önmagmáltóságához címzett kérvények — azok részéről, a kik már közalkalmazásban vannak, felettes hatóságuk útján — hozzám bezárólag folyó évi július hó 12.-éig nyújtandók be.

Budapest, 1916 június hó 20.-án.

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

Orvostanhallgató

kórházba (sebészeti és urológiai osztályba) vagy fürdőhelyre (massage, villanyozás és vizgyógykezelés) orvos mellé ajánlkozik. ABRAHÁM BERTALÁN, Hunyady-utca 15, III. em. 5.

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész

kórházberendezési vállalata

BUDAPEST, IV., PAPNŐVELDE-UTCZA 8. — Tel. 63-33.

Egyetem-templommal szemben.

Orvosi műszerek, teljes orvos- és kórház-berendezések.

:: Szakszerű pontos kiszolgálás. Jutányos árak. ::

Költségvetésekkel készséggel szolgálok. Vidékre személyesen utazom.

DIGALEN

a digitaliskészítmény,
kifűnően befecskendezhető,
jól fűrik,
gyers, gyakran életmentő hatással.

OLDAT
AMPULLÁK
TABLETTÁK

Minél és Irodalom kívánatra
F. Hoffmann-La Roche & Co.
Basel (Schweiz)
Grenzach (Baden), Wien

Secacornin Roche

Kipróbált megbízhatósága secalekészítmény.

A betegek jól tűrik, bőralá fecskendezhető
Alkalmas tartósabb adagolásra.

Post partum vérzések. Praeklimakterikus és
klimakterikus vérzések.

5, 10 és 20 gr. os oldatban, ampullákban és tablettákban.

F. Hoffmann-La Roche & Co., Basel (Schweiz), Grenzach (Baden), Wien

PANTOPON "Roche"

az opium összes alkotó részeit vizben
oldható alakban tartalmazza, ennél-
fogva épp úgy használható belsőleg,
mint a bőr alá fecskendezve is.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co.
GRENZACH (Baden), BASEL (Schweiz)
WIEN



Megbízható, kellemes, a morphiumot és az opiátokat
felülmúló hatása miatt a PANTOPON "Roche" mint

hypnoticum, sedativum,
expectorans

és antidiarrhoicum

a klinikus és gyakorló orvos
számára különösen értékes.

Walthers' Elixir Condurango peptonat. Immermann'.



Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorbántalominál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült bajban szenvednek.” 6759

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételt utánozva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbatívek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium
STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12.

Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél Bpsten.

TARCSA-GYÓGYFÜRDŐ

Vas megyében.

(A magyar Franzensbad.)

SPECIÁLIS NŐI ÉS SZIVGYÓGYFÜRDŐ.

Hidegvízgyógyintézet. Világhírű vaslánya a franzensbadival egyenértékű, sőt a marienbadit jóval felülmúlja és hazánkban a legjobb. Természetes szénsavas fürdők. Glaubersós-vasas és lithion-tartalmú alkalikus sós források. Páratlan gyógyhatású: vérszegénység, csúsz, húgysavas diathesis, idegbajok, a vese, hólyag, emésztési és légzőszervek hirtelen bántalmait ellen is. Fürdőorvosok: dr. Bartha Kornél, v. tanársegéd és dr. Gülek Gyula. Évad június 1.-étől szeptember 30.-ig, Vasút-, posta-, távirda- és telefon-állomás. Villanyvilágítás, fenyvesek. — Kívánatra prospectus.



Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

Évi látogatottság:

70.000-nél több fürdővendég, 200.000 áttutató és turisták.

KARLSBAD

gyógyidény az egész éven át.

JAVALATOK:

Gyomor- és bélbajok, a lép és máj daganatai, epekövek, vese-, hólyag- és prostatabajok, vese- és hólyagkövek, aranyér, elhízás, altesti plethora, cukorbetegség, köszvény, csúsz, húgysavas diathesis, oxaluria, ischias.

GYÓGYESZKÖZÖK:

16 ásványforrás, ivó- és fürdőkúrák, 5 nagy fürdőintézet.

Sprudel-, szénsavas-, légeny-, lép-, édesvíz-, folyó-, gőz- és forróleghőfürdők, gőzszekrény és egyes gázfürdők, villamos fény- és vízfürdők, négyrekeszes fürdők, 2 hidegvízgyógyintézet, Radium-Emanatorium, svéd gyógytornász, massage.

Remek erdőségek és séták, színház, hangversenyek, Lawn-Tennis, Golf, Síkló a „Freundschaftshöhe” kávéházhoz (450 m. hosszú) halászat, czéllövészet stb.

Felvilágosítással szolgál és brosurákat küld

A városi tanács.

Dr. Erényi Jenő kir. tan. és Dr. Simon Hermann speciális gyógyintézete.

Gyomor-, bél- és cukorbetegség részére hízaló- és fogyasztókúrák.
Sanatorium Esplanade, Karlsbad, Alte Wiese 36.

Stájer országos ROHITSCH-SAUERBRUNN gyógyintézet

Kiváló gyógyiskerek. gyomor- és bélbántalmaknál, köszvény, szívbajok, diabetes, idegességnél. Remek kirándulások. Az összes vendégfogadók, különösen a svájci teigazdaságok teljes üzemben. — Gyorsvonal-összeköttetések minden irányban. Prospektust és értesítéseket szívesen ad a

Kur-Direktion.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tablettát üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban.

4437

Sanatorium Davos-Dorf

Gyógyintézet a tuberculosís valamennyi alakja számára.

*** Vezető orvos: Dr. L. v. Muralt. ***

Nyomatott Pápai Ernő műintézetében, Budapest VI., Szerecsen-utca 65 (Liszt Ferencz-tér sarok).