

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY

EGYET. TANÁR ÉS

FŐSZERKESZTŐ.

SZÉKELY ÁGOSTON

EGYET. TANÁR

SZERKESZTŐ.



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Galambos Arnold: Közlemény a magyar tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.) Kopogtatási tünet az egyszerű és a légmellel szövődött mellkasi folyadékfelhalmozódás elkülönítésére. 153. lap.

Ötvös Ervin: A súlyos bélfuror bizonyos alakjairól és ezek kezeléséről. 154. lap.

Ujlaki Pál: Közlemény a 8. számú helyőrségi kórház belosztályáról. A háborús vese-megbetegedésekről. 156. lap.

Péterfi Tibor: Orvosi hivatás és világnézet. 159. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle, Belorostan. Gerhard: A háborús nephritis kimenetele.

— Kolle és Schossberger: A diphtheriaserum gyógyhatásának kérdése. — Sebészet.

A. Loewen: A szívburok és pleuraur között ablakkészítés. 161—162. lap.

Magyar orvosi irodalom. 162. lap.

Vegyes hírek. 162. lap.

Tudományos Társulatok. 163—164. lap.

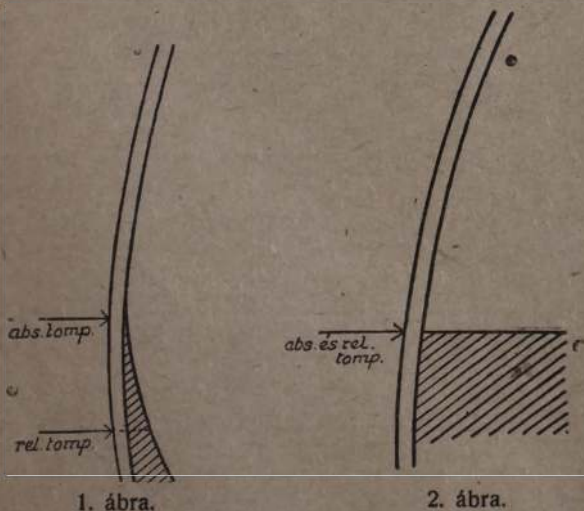
EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti magyar tudomány-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

Kopogtatási tünet az egyszerű és a légmellel szövődött mellkasi folyadékfelhalmozódás elkülönítésére.

Írta: Galambos Arnold dr., tanársegéd.

Seropneumothoraxban szenvedő beteg vizsgálatakor feltűnt, hogy a mellkasi folyadékfelhalmozódás szolgáltatott tomputat felső határa *előrehajtott* törzs mellett erős kopogtatás alkalmazásakor magasabban áll, mint halk kopogtatásakor. Minthogy egyszerű folyadékfelhalmozódás eseteiben (exsudatum, hydrothorax) ennek ellenkezőjét tapasztaljuk, kutattam e jelenség okát.



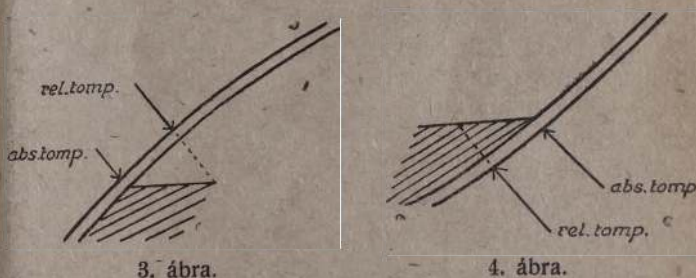
1. ábra.

2. ábra.

Ha a mellürben folyadék van (pl. exsudatum), akkor (1. ábra) a kopogtatás erejének fokozásával az abszolút tomputat felső határa mind mélyebbre száll. Az eltolódás annál nagyobb, minél vékonyabb rétegű az exsudatum. Ha a mellürben folyadékon kívül levegő is van (seropneumothorax, pyopneumothorax), akkor a folyadékoszlop felszíne vízszintes (2. ábra) és a tüdő, amennyiben nincs a fali pleurához rögzítve, retrahálódik a hilus körül. Ilyenkor a vízszintes tomputat felső határa a kopogtatás erejének módosításakor változatlan marad.

Mindez függőleges testtartás mellett végzett vizsgálatokra vonatkozik. Megváltozik azonban a helyzet, ha a beteg előre hajlik.

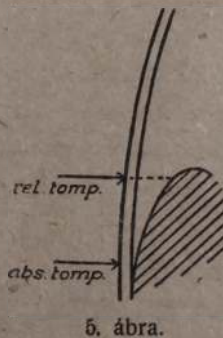
Minthogy exsudatum pleuriticum eseteiben a folyadék és a tüdőszövet közti viszony állandó, fix, erre, valamint a kopogtatás eredményére a test helyzetváltoztatásának befolyása nincs. Ellenkezőleg áll a helyzet akkor, ha a mellüregben folyadékon kívül levegő is van. Ilyenkor (3. ábra) az előre-



3. ábra.

4. ábra.

hajló törzs tengelye a vízszintesen álló folyadék-felszínnel hegyes szöveget alkot, és pedig annál hegyesebbet, minél inkább hajlik előre a törzs. A merőlegesen kopogtató ujjal annál mélyebben fekvő részeket hozunk rezgésbe, minél erősebben kopogtatunk. Tehát a kopogtatás intenzitásának fokozásakor



5. ábra.

a tomputat (relatív tomputat) határa magasabb lesz. Ha a beteg a hátán fekszik, akkor a mellkas elülső falán mutatnak ki ugyanezen tomputati viszonyok. Az ellenkező oldalon, tehát pl. előrehajtott törzs mellett a mellkas elülső falán a viszonyok fordítva vannak: tehát a kopogtatási hang erősítésekor az abszolút tomputat határa mélyebbre száll (4. ábra).

Ahhoz, hogy ezen jelenség kimutatható legyen, előfeltétel, hogy elegendő folyadék legyen a mellkasban, mert

ha kevés a folyadék, akkor ez a törzs előrehajlításakor teljesen az elülső részek felé tér ki.

Röviden összegezve tehát azt mondhatjuk, hogy *sero- vagy pyopneumothorax esetében előrehajlított törzs mellett a háton kopogtatva, a kopogtatás hangjának erősödésével a tompulat felső határa emelkedik, ellentétben az egyszerű folyadékfelhalmozódás esetében nyert kopogtatási viszonyokkal és megegyezőleg a diaphragma alatti, tompult kopogtatási hangot adó képletek vagy kóros folyamatok (máj, subdiaphragmás geny vagy tumor) eseteiben észlelt fizikai jelekkel* (5. ábra).

A súlyos bélhurut bizonyos alakjairól és ezek kezeléséről.*

Irta: Ötvös Ervin dr., tanársegéd a budapesti II. sz. belklinikán (Jendrassik Ernő tanár).

Kórházunkban 1916 telétől számított 23 hónapos periódus alatt igen nagyszámú bélhurutos beteget ápolunk. Ennek eredményeképpen állíthatjuk, hogy *a bélhurut a béke idején nem tette ekkora százalékát (40%) a többi megbetegedésnek. (Albu szerint a bélhurut aránylagos nagy száma nem bizonyító annak abszolút nagy száma mellett, mert a kórházakban a betegeloszlás a háborúban más, mint a békében volt.) Nem jelentkezett a békében ily feltűnően súlyos alakban, mint eseteinkben. Valóban súlyos bélhurutról az esetek 13%-ában beszélhetünk, aminek illusztrálására elég az, hogy 718 súlyos bélhurutos beteg közül 86 meghalt, a mivel szemben a typhus-halálozás kórházunkban csak 0.8% volt. A mozgó háború megindultával úgy a bélhurut száma, mint súlyossága határozottan csökkent.*

A betegségnek klinikai tünetei és terapiája néhány tapasztalatra vezetett, melyeket az alábbiakban ismertetek. Még pedig *a következőkben csakis azon béllobosodásról lesz szó, mely nem más betegség (vitium, nephritis, májcirrhosis, tüdőemphysema, leukaemia, anaemia perniciososa, bél-tuberculosis, appendicitis stb.) kísérelő tünete, vagy nem valamely specifikus fertőzés (typhus és paratyphus, dysenteria, botulismus, morbilli, himlő, phthisis, sepsis stb.) helyi következménye, hanem kizárólag a bél (gyomor) nyálkahártyájának elsődleges megbetegedése és a melynek egységes kóroka nincs. Az ily betegek gyomor-bélrendszerének nyálkahártyája különböző intenzitásban, de egész terjedelmében lobos. A betegség acut, subacut, chronikus volta és az intenzitásbeli különbség határozza meg a bélhurut klinikai formáját, melyet, mint-hogy aetiologiai szempontból a felosztás nem lehetséges, gastroenteritisnek, enteritisnek vagy colitisnek jelzünk. Az izolált gastritis oly ritkán fordult elő, illetve oly kevés esetben jutott a beteg tudomására, hogy ennek tárgyalását elhagyjuk. A béllobosodás úgy látszik, hogy az állóharcnak és a rajvonálnak betegsége volt és a hátulso ország kórházaiban ritkán fordult elő.*

A béllobosodás aetiologiaja és tünetei.

A vékonybélhurut egyik oka lehet általában az emésztőnedvek hiányos elválasztása és megváltozott összetétele (gyomor, pankreas stb.), melylyel karöltve csökken a physiologiás bactericid hatás. Másik oka lehet a gyomorhurut per continuitatem terjedése. Noha mindkét ok bizonyára igen jelentékeny tényező, különösen a proximalis vékonybél-nyálkahártya megbetegedésében, de nem az egyedüli. Valószínű, hogy az az ok, mely egy esetben izolált gastritist, illetve gastroenteritist idéz elő, más esetben elsődleges enteritist, sőt primaer colitist is okozhat. Ily ok például a harczólo katona életviszonyai (táplálkozás, lövészárókélet). Hogy főleg a meleg hónapokban a zsíros, faggyús, kihűlt táplálék, nyersen állott és nem konzervált hús, bizonyos megszokott népelekek hiánya meny-

nyire befolyásolja az emésztést, azt a békében is naponta tapasztaltuk (gondoljunk a házikonyha és a vendéglő közti különbségre), de különösen kifejezésre juthat ez a háborús tömegélemezésben. A nem egyéni táplálkozás közvetett hatással lehet a béltractus nyálkahártyájára. Elképzelhető, hogy a bélflórát, az emésztőnedvek normalis összetételét és elválasztását bizonyos fajtájú, sőt bizonyos módon elkészített tápszerek szabályozzák. Így befolyással lehet az is, hogy a generációk folyamán egyik néptörzs a szénhydratot például kukoricza, a másik burgonya alakjában szokta meg. Ha most a táplálék összetételét hirtelen és tartósan megváltoztatjuk, akkor az idegen szénhydrathoz, sok húshoz vagy zsirhoz nem szokott egyén bélflórája és emésztőmirigyei későn vagy hiányosan hangolódnak a megváltozott táplálkozáshoz. Albu ezzel szemben azt állítja, hogy a háborús tapasztalatok az emésztőtractus alkalmazkodó képességét és az emésztőrendszert szabályozó mechanizmus fejlettségét bizonyítják. Ehhez járul még a gyakori dohányzás, a különösen esőzés után szennyezett (nitrit, ammoniák) kútvíz, az alkoholfogyasztás, rendszertelen székürítés, kézmosáshiány, kedvezőtlen hygienés viszonyok, az időjárás viszontagságai, a hosszú ideig vízben, hóban való állás, fekvés, a gyakran megújuló vagy heteken át tartó ideges izgalmak (pergőtűz), melyek a bél-nyálkahártyát hurutra disponálják. A dispositio természetesen veleszületett is lehet, mint azt A. Schmidt a békében ritkán észlelt colitis chron. suppurativáról gondolja. A disponáló tényezők egyike-másika a bélhurutot ki is válthatja, *de könnyen lehet, hogy a baj tulajdonképpen oka valamely relative megnőtt virulentiájú physiologiás bélbacterium.*

Az acut, gyomorhuruttal társult enteritis a cholera nostras tünetcsoportjának felel meg. A choleric form gastroenteritis leggyakrabban és legnagyobb intenzitásban a meleg évszakban látható. A beteg maga leginkább „átfázásnak“ vagy valamely tápszernak tulajdonítja a bajt. E gyomor-bélhurut rendszeren gyorsan gyógyul azért is, mert a gastritis, a duodenitis, az esetleg hirtelen kifejlődő icterussal annyira feltűnő és az egész vékonybélrendszer diffus lobosodása annyira súlyos tünetekkel, táplálkozási zavarral jár, hogy a beteg előbb kerül kórházba, mint vastagbélhuruttal. (Ugyanis colitises betegek a megbetegedés 1—4. hetében, enteritissel az 1—7. napon kerültek hozzánk.) A gastroenteritis gravis tünetei (épp úgy, mint a cholera asiaticában) részben gyomor-bél-tünetek, részben a folyadékvesztés következményei, esetleg toxikusak. A hányás gyakorisága rendszeren messzemenő a székletételek száma mögött. A hányás száma naponta 4—5, rendszeren vizívás után jelentkezik, a székletét megszámlálhatatlan, azt gyakran maguk alá bocsátják, a behúzott hasfalon súlyos esetben élénk bélperistaltika látható. A beteg teljes étvágytalanságról, égető szomjúságról, kólikás hasfájásról panaszkodik. A bőr rendkívül száraz, a beteg nem izzad, vizeletmennyisége erősen csökkent (2—300 gr. vagy kevesebb), a hangadás rekedtes-fátyolozott, látható tonusos izomgörcsök a végtagokban; kifejezett a szívgyengeség, melynek következményeképp a légzés szapora, felületes, a pulsus igen szapora, néha alig érezhető, filiformis; a bőr hűvös, a kiálló testrészek (orr, fül), a körmök, a nyálkahártyák cyanosisosak, a beteg nagyon elesett. A hőmérsék 35° C körüli, s az állapot javultával normalisra, sőt 38—39° C-ra is emelkedhetik. Az alkalmazott orvoslásra rendszeren gyors javulás áll be és a beteg 1—2 nap alatt meggyógyul, ellenkező esetben valószínű, hogy 3—4 napon belül meghal. Toxikus acut gastroenteritisben, különösen ennek ritkább elhúzódó alakjában a vizelet gyakran tartalmaz fehérjét, mikroskop alatt többször láttunk oly mennyiségű hyalin, szemcsés és viasz-cylindert, zsíros vesehámot, mint acut parenchymás nephritisben, noha boncoláskor a vese csupán a parenchymás degeneratio képét mutatta. Régebben e vizeletlelet dacára nem tartották a bajt nephritisnek, sőt például Fischl nephritissel szemben jellemzőnek tartja a fehérje csekély mennyiségét a cylinderek számához képest. Az újabb felfogás szerint ez a vesemegbetegedés a nephrosis (nephropathia, nephrodystrophia, parenchymás nephritis?) legenyhébb alakját képviseli, mely — a

* E közlés a volt cs. és kir. 12. sz. mozgó járványkórházból származik (parancsnok Fejes Lajos dr., egyet. magántanár, később Stranz Gyula dr., ezredorvos).

A dolgozat egyes részei a Budapesti Orvosegyesület 1919 márczius 8.-án megtartott ülésének előadás-tárgyát alkották.

parenchyma degenerációját előidéző ártalom megszűntével — a vese teljes restitúciójára vezethet.

Mint említettük, acut gastroenteritisben igen kifejezett a *szívgyengeség*. Ez és a folyadékvesztés tünete az egész kórképet uralhatják. Azonban e szívgyengeségi tünetek nemcsak a szív primaer szerve gyengeségéből, hanem a *vízvesztés következtében besűrűsödött vér mechanikai akadályából* (tehát relativ szívgyengeségből) is magyarázhatók. Ha a beteg ily egyre fokozódó szívgyengeség közben hal meg, a *sectio* majd minden esetben a szívizomzat súlyos vagy kevésbé súlyos degenerációját mutatja. Ha ellenben e stádiumban $\frac{1}{2}$ liternyi intravenás konyhasós (5%) infúziót alkalmazunk — minél hamarabb, annál jobb —, igen sokszor egy csapásra eltűnnek a súlyos szívgyengeség tünete. A *prognosis szempontjából* tehát rendkívüli fontosságú, hogy a besűrűsödött vérű, a szívgyengeség minden jelét magán viselő beteg *miképpen reagál az intravenás hypertoniás konyhasóoldatra*. Ha az infúziót elég korán adjuk, a javulás prompt és tartós, a szívgyengeség minden tünete úgyszólván az ömlesztés közben, illetve közvetlen utána eltűnik. Ilyenkor feltehető, hogy a szívizomzat ép. Ha azonban az ömlesztés dacára is romlik a beteg állapota, akkor a tünetek nagy része a szívizomzat szerve gyengeségéből származik. *Elgyengült betegeinkben a sóláz mindig kimaradt*. Az elhúzódo acut gastroenteritis gyógyultával sokszor marad vissza hónapokon át tartó szívgyengeség: állandóan szapora, arythmiás, labilis pulsus, különösen felültetés vagy hasonló izommunka, vagy csekélyebb izgalom után.

Az acut toxikus gastroenteritis *bonczolásakor* rendszeren nem felel meg a kórbonczolástani kép az élőben észlelt tünetek súlyosságának. A gyomor- és bélnyálkahártya szabad szemmel látható és ennél nagyobb véreirei területenként foltoosan belöveltek (legalább a Peyer-plaque-ok környékén), a mucosában kisebb vérzések, felszínén kevés nyálka, ritkán exsudatum. A bélfal oedemája nem gyakori, épp úgy a Peyer-plaque-ok kifejezett duzzanata sem, ellentétben a solitaer tüszők rendszeren megtalálható megduzzadásával. Néha kisebb fekélyeket láthatunk. Az esetek egy részében mindezen, acut lobosodásra jellemző elváltozások teljesen hiányoztak. Ilyenkor a szívizom és a parenchymás szervek zavaros duzzadásából, a savós ürök, izomzat stb. nedvszegénységéből következtethetünk egy toxikus, nagy folyadékvesztéssel járó béllobosodásra. A mesenterium mirigyei ritkán, a lép esetekben sohasem volt megduzzadva.

A *subacut* vagy *chronikus enteritis* tünete nem oly hevesek, mint az előbbiek. *Rendszeren vagy gastritissel* (hányás stb.), *vagy colitissel szövődik*. A székletével száma igen változó és nem mindig fokmérője a baj súlyosságának. *(Megtörtént, hogy a betegnek csak 1—2 híg sárgás szék volt és a has diffus nyomásérzékenysége, a beteg étvágytalanságán kívül csak a rapid soványodás, a szív működés gyengülése, facies abdominalis, csuklás stb. hívta fel figyelmünket a súlyos enteritisre, melyet a sectio igazolt.)* A szék sárgás, néha zöldes, vizes, számtalan apró szövet- és nyálkaszálacskaival kevert. Chemiailag majdnem mindig vér mutatható ki, sőt ritkán a nyálka a haematintól szürkés-barna. Igen gyakran találhatók — főleg növényi — ételrészecskék (főzelék) a székben. A próbaregeli eredménye könnyebb esetben teljesen a normalisnak megfelelő lehet, de legtöbbször subacid vagy anacid, nyálkás. Súlyos esetben ebben a formában is előállnak a folyadékvesztés és toxinhatás tünete, de jóval hosszabb idő alatt, és ha előálltak, többnyire minden terapiával dacolnak: fokozódó szívgyengeség, anaemia, gyakran albuminuria és cylindruria közben beáll a halál. A hőemelkedés ritka és ilyenkor sem megy túl 39° C-on, a hőmenet szabályt nem követ. Külső vizsgálattal a bronchusokban csekély hurut; a szív és a pulsus viselkedése a baj intenzitásának megfelelő; a has gyakran behúzódo, ritkán kissé meteorismusos, gyakori a máj, ritka a lép megnagyobodása (fölfelé). Épp úgy ritka a herpes labialis és az urticaria. A reconvalescencia többnyire hetekig (3—5 hét) tart és noha a beteg jó étvágyal táplálkozik, az anaemia, szívlabilitas,

gyengeség sokáig megmarad. Többször láttuk a *tuberculosis manifestálódását*. A subacut enteritis gravis és a colitis gravis azok a betegségek, melyeket ilyen formában béke idején vajmi ritkán láttunk. A subacut bélhurutok legnagyobb része sokkal enyhébb és jobbindulatú, mint az előbb vázolt béllobosodás és hozzá minden átmenet megvan. Különösen rossz prognosist az *alkoholisták* subacut vagy chronikus enteritise.

Subacut és chronikus enteritis gravis eseteink *bonczolásakor* súlyos nyálkahártyalobosodás jelenségeit észleltük. A gyomor, a vékony-, néha a vastagbélnyálkahártya feltűnően belövelt, vagy palaszürkén elszíneződött. Emellett kifejezett a folliculusok hyperplasiája, nyálkaképződés, nagyobb vérzések, catarrhalis fekélyek, ritka esetben diphtheriás felrakódás, a bélfal oedemás duzzanata, belövelt serosa, duzzadt mesenterialis mirigyek egészítik ki a képet. Két esetben megalvadtt vért leltünk a szabad hasürben, anélkül, hogy a bélfalzat makroszkoposan sérült lett volna. Eredete ismeretlen. A többi szerv elváltozása az acut gastroenteritis gravishoz hasonló.

A béllobosodás harmadik harcztéri alakja a *colitis*, mely a béke idejében is ismert, de szintén ismeretlen aetiologiájú colitishoz (A. Schmidt: colitis chron. purulenta; Rosenheim: colitis gravis) bizonyos tekintetben hasonló. Megkülönböztetésül ajánlatos volna a békecolitis számára a colitis chron. purulenta, míg a harcztéri súlyos colitis számára a *colitis gravis* elnevezést fenntartani, mely utóbbi nem czéloz mást, mint a „súlyos, fekélyes, ismeretlen aetiologiájú colitis“ kifejezésnek megrövidítését. *Albu* a colitis ulcerosa nevet ajánlja.

A colitis legnagyobb számmal a tavaszi és nyári hónapokban jelentkezett, de egész éven át előfordult. A béllobosodás ezen alakja úgy tömeges megjelenése, mint egész lefolyása miatt *valóban hadibetegségnek tekinthető*. Előidézésében a harcztéri viszonyok épp oly jelentős szerepet játszanak, mint az acut és subacut gastroenteritis gravisban. Az aetiologiát illetőleg gondoltak átállott bacillusos dysenteriára, melynek gyógyultával locus minoris resistentiae marad vissza.

Albu legújabbán a colitis eme formáját részben mint postdysenteriát, részben mint egy secundaer nagy virulentiájú bélfertőzést fogja fel, egységes aetiologia nélkül (München med. Wochenschrift, 1918, 10. sz.). Dysenteriának tartja *Schittenhelm* is. *Kathe* szerint sokkal több az ambulans dysenteria, mintsem gondolnók. Az enteritisben kitenyészett Y-törzsről felteszi, hogy ez a rendes bélflóra megnőtt virulentiájú tagja (Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 18. sz.).

Leszámítva, hogy betegeink anamnesisében dysenteriára még csak gyanus motívumok sem voltak, kórházunkban a betegek székét rögtön és kedvező körülmények között (laboratorium a kórház területén, a székletét rázástól és kihűléstől óva stb.) vizsgálva sem leltünk valamely ismert kórokozót.* *Kolle* a háború elején a galicziai colitiseket tanulmányozva, álláspontját három pontban foglalja össze (Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 19. sz.): 1. Sem valamely dysenteria-bacillus, sem ennek bizonyos változata nem mutatható ki. 2. A kórokozó nem amoeba, sőt valószínűleg bacterium sem. 3. Sem az antitoxikus serumnak (*Shiga-Kruse*), sem a polyvalens serumnak nincs gyógyhatása. *T. H. Rumpel* bizonyos esetben hajlandó a streptococust és egy diplococcus-féleséget kórokozónak tekinteni (München med. Wochenschrift, 1915, 6. sz.): Mi több száz esetünk közül néhány esetben *feltűnő sok spirochaetát* és egy esetben a Finkler-Prior-commabacillusoz morphologiailag hasonló vibriónak úgyszólván tiszta culturáját találtuk. Legvalószínűbb ezek szerint, hogy a colitisek kóroka nem egységes. Bacteriumos aetiologiáját teljesen tagadni nem lehet, mert ellene nem bizonyító az, hogy pathogen csírákat kitenyésztenünk nem sikerült, de viszont mellette sem bizonyító az, hogy a csapatok helyváltoztatásával egyidőben a baj úgyszólván meg

* Hasonlóan negatív eredményűek voltak a kórház akkori páncsnokának, *Fejes Lajos* dr. egyet. magántanárnak ilyen irányú vizsgálatai.

is szűnt. Ha más nem, de a *physiologiás bélflorának egyik-másik relative megnövekedett virulentiájú tagja* tarthatja fenn a talán más okból létrejött, hurutot. *Infectió*s volta ellen azonban több körülmény szól: *a betegség a harcztérről a hátulsó országba kerülve, ott epidemiát nem okozott, a betegek a legkülönbözőbb és egymással nem érintkező (jöllehet azonos viszonyok között élő) ezredektől körülbelül egyforma megoszlásban jutottak hozzánk, az aránylag rendezettebb és nem lövészárok- és barlangéletet élő egyének (a front mögötti falvak polgári lakossága, tüzérek, szekerészek stb.), a helyesebben étkező tiszték ritkán betegedtek meg és akkor is gyorsan gyógyultak. Noha például a tisztelnél az is szerepet játszik, hogy súlyosan kezdődő esetben hamarabb kórházba kerülnek, mint a közember, és hogy a közemberek között jóval több a chronikus gyomorhurutos alkoholista, mint a tiszték között. Mindenesetre fontos aetiologiai tényező a harczoló katona különleges életmódja és táplálkozása, mely a gyomrot a vékony- és (per continuitatem?) a vastagbelet az infectio számára előkészítheti, illetve a chronikus burkolt vastagbélhurutot fellobbanásra bírja.*

(Folytatása következik.)

Közlemény a 8. számú helyőrségi kórház belosztályáról.

A háborús vesemegbetegedésekről.

Irta: *Ujlaki Pál* dr., tartalékos főorvos.

(Vége.)

Sokszor fedeztünk így fel functio-zavarokat mutató időszült veseelváltozásokat oly egyéneken, a kiknek vizeletében legfeljebb nyomokban találtunk csak fehérjét, az üledék pedig teljesen normalis képet adott. Különösen az ilyen bizonyos functio-kieséssel gyógyuló esetek érdemelnek figyelmet már csak a beteg szempontjából is, a kit, saját tapasztalatból tudom, a legtöbb kezelőhelyről azzal bocsátanak el, hogy gyógyult és élhet úgy, mint azelőtt, azért, mert a vizeletben vagy nincs, vagy csak nyomokban van fehérje. Ez azonban semmiképpen sem jelenti azt, hogy a vese finomabb mechanizmusa is rendben van, a mint hogy a betegek bizonyos idő múlva újra jelentkeznek kezelésre. Itálában mindig túlnagy súlyt fektetnek az albumen jelenlétére és mennyiségére. Pedig tudjuk, hogy a némelyek által physiologiainak mondott orthostatikus albuminuriánál a fehérjemennyiség felmehet 1—2%-ra is, és hogy a sokszor súlyos, nagy nitrogen-retentióval járó glomeruláris typosok alig mutatnak 0.1—0.2%-ot. Lehet, hogy a fehérjét kimutató eljárások tökéletlenségén alapszik ez az ellentmondás; értem ezalatt azt, hogy az általánosan használt módszereinkkel nem differáljuk a kiválasztott fehérjeféleségeket. *F. A. Hoffmann* és később *Autenrieth* (*Die Bestimmung von Serumalbumin und Globulin in Harn. Münchener med. Wochenschr., 1917, 8. sz.*) behatóbban foglalkozott a vizeletben kiválasztott albumin és globulin viszonyával. *Hoffman* fehérjequotiense az egy rész globulinra eső albumint fejezi ki. Szerinte ez középértékben 4:5. A quotiens emelkedése együtt járna a javulással és a magasabb quotiennel bíró esetek jobb prognosztis is adnának. Ugyanezen a véleményen van újabban *Autenrieth* is, a ki a quotiens meghatározására egy colorimetriás módszert dolgozott ki. Viszonyaink nem engedték meg ennek a kérdésnek kidolgozását, pedig érdekes lenne annak a vizsgálata, hogy van-e összefüggés a kiválasztott fehérjeféleségek és a nitrogen- és konyhasóretentio vagy pedig az oedemák közt. Bizonyos összefüggést gyanítanak azok az újabb dolgozatok, a melyek az eczetsavval melegítés nélkül kicsapható fehérjeféleségekről szólnak és ezeket főleg az orthostatikus albuminuriákban vagy pedig *Strauss* szerint tubularis folyamatokban találták.

Mi az albumen kimutatására mindig parallel használtuk a főzőpróbát és a 25%-os sulfosalicyl-oldatot. Ez utóbbi gyakran adott pozitív reactiót ott, a hol a főzőpróba nem jelzett albument, különösen oly esetekben, a hol a vizelet-üledék mikroskopi képe néhány vörös vértestet mutatott, tehát acut esetek reconvalescens stadiumában. Sőt a sulfo-

salicyl érzékenysége sokszor volt zavaró akkor, a mikor künn a csapatnál hosszabb menetelések, hegymászás után jelentkező katonák vizeletét vizsgáltam. Az ilyenekről csak a többszöri vizsgálat tudta eldönteni, hogy átmeneti albuminuriáról van-e szó, vagy pedig kezdődő veseelváltozásról. A mi a veseüledék mikroskopi képét illeti, majd minden esetben találtam vörös vérszöveteket, mint az anatómiai elváltozás, a gyuladás klinikai megnyilvánulását, természetesen sokszor még akkor is, a mikor a vizelet makroszkopice semmiképpen sem sejtetett vért. Ezért okvetlenül szükségesnek tartom a vizelet gyakori mikroszkopozását, vagy mikroszkop híján legalább a *Weber*-féle vagy pedig a sokkal érzékenyebb benzidin-próbát. Leukocyták is gyakrabban fordultak elő a vizeletben, különösen ha a betegség subfebrilis hőemelkedésekkel járt. A vesecylinderek között leggyakrabban a hyalinformák találhatók. Ezek valószínűleg a legkorábbi fractio termékei a megváltozott keringésre reagáló tubuli contortihámsejtekből. Gyakoriságban ezek után következnek a hám- és a szemcsés cylinderek. Ezek már erősebb destructiót jelentenek és tekintve, hogy a kóros folyamat a tisztán glomerulus-typusból a glomerulo-tubularis typosba ment át, rosszabb prognostissal is bírnak. Végül a teljesen időszült formákra jellemzők az elzsírosodott cylinderek és az itt-ott előforduló viasz-hengerek.

Még néhány szót az uraemiáról, mielőtt a therapia tárgyalására térnék át.

Az újabb vizsgálatok ezen a téren is tisztázták a nézeteket. *Ascoli* 1904-ben kiirtott veséjű állatokon látott uraemiás állapotot, azonban görcsök nélkül, úgy hogy már ő is gondolt az uraemia több féleségére. *Strauss* a görcsök nélküli időszült intoxicationál a vér nagyfokú nitrogenretentióját találta (míg normalisan a fehérjételenített serum 20—40 milligramm N-t tartalmaz, addig a fentemlített állapotban felmehet a nitrogen mennyisége 150—200 mgrammra is); a görcsökkel járó uraemiánál a maradék-nitrogen normalis volt. Ezért *Strauss* és *Volhard* nitrogen-retentióval járó tulajdonképpen uraemiát és görcsös pseudouraemiát különböztet meg. A görcsök okát némelyek az agyszövet NaCl-retentiójában (*Widal-Aambard*), mások bizonyos fokú agyoedemában látják (*Volhard*). *F. Müller* szerint a pseudouraemia fogalmát az agyarteriosclerosis részére kellene fenntartani és a fenti typosokat csak mint az uraemia különböző megnyilvánulásait felfogni. A mi beteganyagunkon a görcsös typos aránylag többször fordult elő, főleg a nagyfokú oedema stadiumában. Ez és a sikerrel alkalmazott lumbal punctio az agyoedema mellett szól, mint görcsökötől mellet.

A mi a therapiát illeti, legelső sorban a prophylaxisra kell gondolnunk, mert okszerűen végrehajtott prophylaxissal sokszor többet érünk el, mint a nem specifikus therapiával. Ezt teljesen beigazolta a háború. Hisz a háborúban szereplő összes fertőző betegségek megbetegedési és halálozási statisztikáját nem a therapia javította meg, hanem azok a megelőző intézkedések, a melyek kedvező hygienés viszonyokat hoztak létre. Ha ez a tétel áll azokra az esetekre, a hol a kórokozót ismerjük, mennyivel fontosabb szerepe lehet a prophylaxisnak a vesék megbetegedéseiben, a hol az aetiologia, mint fentebb láttuk, a kártékony tényezőknél egy egész complexumból van összetéve. Természetes, hogy idealis prophylaxist csakis a normalis, békés viszonyok hozhatnának magukkal; azonban az adott viszonyok mellett is teremthetünk olyan feltételeket, a melyek kevésbé kedvezők a vesék kóros elváltozására. Vegyük sorra azokat a körülményeket, a melyek a vesék megbetegedését elősegítik, hogy azután ezeknek eliminálásával kedvező viszonyokat teremthessünk.

A szerzők (*Guggenheimer, Goldscheider, Stark*) eseteiknek körülbelül 8%-ában találkoztak évekként azelőtt szerzett vesemegbetegedések recidivájával. Ez arra készit bennünket, hogy a vesebeteg katonát, még ha látszólag teljesen gyógyult is, állandóan ellenőrizzük, semmiesetre se minősítsük frontszolgálatra és legfeljebb egészen könnyű, irodaszolgálatra osztassuk be. Egyáltalában üdvös lenne az ilyeneket evidentiában tartani és időről-időre vizsgálatra berendelni. Termé-

szetesen ez az eljárás teljes organisatiót követel meg, bizonyos rendszert a vesebetegek kezelésében. Ez az, amire az illetékes körök figyelmét fel szeretném hívni. Igaz, hogy az egyes hadseregekben az idők folyamán szerveztek különféle veseosztályokat, ezek azonban részben túlmessze vannak a fronttól, úgy, hogy a vesebeteget nem kimélik meg a szállítás kellemetlenségeitől, ártalmaitól, másrészt pedig nem dolgoznak rendszeres, egyöntetű séma szerint. Ha lehet malaria-kórházakat felállítani, miért ne lehetne speciális vesebeteg-kórházokról gondoskodni, annnyival is inkább, mert hisz a vesebeteg külön ápolásra, külön diatára szorul, olyan diatára, a melyet az általában használt katonai daetaséma csak hiányosan ír elő. *Goldscheider* következőképpen rendszeresítette a vesebetegek kezelését. (*Goldscheider: Erfahrungen über Feldnephritis und ihre Behandlung. Zeitschrift für phys. und diaet. Therapie. 21. köt., 11. füz., 1917.*) Mivel szerinte az acut stadiumban mindenféle erősebb mozgás ártalmas („az acut vesebeteg úgy szállítandó, mint a súlyosan sebesült“), a csapattól a beteget kocsin, hideg ellen jól védve, fektetve szállítsuk a legközelebbi tábori kórházba. Itt addig marad, a míg az acut symptomák (haematuria) eltűnnek vagy legalább is enyhülnek. Innen kerül a tulajdonképpeni veseosztályra (Nierenstation), a hol addig marad, a míg az albumen csak nyomokban mutatható ki a vizeletben és alakelemek is csak elvéve fordulnak elő. A következő állomás már hátrább lehet a hadtápkörületben. Ez az úgynevezett vesereconvalescens-állomás (Nierengenesungs-Anstalt), a mely összegyűjti az illető nagyobb frontrészes vesebetegeit, hosszabb időn át megfigyeli és elbocsátás előtt elvégzi a szükséges functionális megterhelési próbákat, amelyekről később még lesz szó. A próbák eredménye szerint azután vagy véglegesen elbocsátják az illetőt, vagy pedig a functiokiesés nagysága szerint különböző szolgálatokra osztják be. Ez az állomás végezhetné azután egyúttal a betegek nyilvántartását és a könnyebb szolgálatra beosztottakat időnként vizsgálatra berendelhetné. Így nem fordulhatna elő az, hogy egyeseket, mert a vizeletük fehérjét tartalmaz, teljesen elbocsássanak, dacára, hogy a veseanyagcsere normalis, vagy pedig egyeseket frontszolgálatra minősítsenek, mert a vizeletük első vizsgálatra normalis, fehérjementes, a vesék azonban a legkisebb natriumchlorid- vagy N-megterhelésre ellentétesen reagálnak.

A prophylaxis szempontjából fontos az, hogy az orthostatikus albuminuriákat se tegyük ki erősebb strapáknak, áthüléseknek, mert az ilyen vesék könnyen hajlanak bármilyen progrediáló kóros elváltozásra.

Fentebb volt szó róla, hogy a vesemegbetegedések aetiológiájában milyen szerepet játszanak a különböző dermatogen infectiók (furunculosis, impetigo), intoxicatiók (tetüellenes szerek!). Ezekre is kell tehát ügyelnünk. A tonsillitomia kérdése gyakran exacerbáló tonsillitis eseteiben már nem tartozik szorosan véve a frontnephritis prophylaxisához.

Az egyoldalú táplálkozás, a vesék egyoldalú megterhelése kerülendő. Végül kerülni kell, a hol lehet, az áthülést, mint egyik fontos tényezőt a betegség létrejöttében.

A vesebetegségek therapiájában, mint általában minden therapiában, legfontosabb a beteg szerv, a vese kimélése. Ezt elérhetjük részben physikailag, részben chemiailag.

Physikailag azáltal, hogy a beteget ágyban tartjuk, elérve ezzel azt, hogy állandó hőmérsékletben van, a bőrerek vasomotoros ingadozása csekély. A bőrerek tonusváltozásait pedig tudvalevőleg követi a vese érrendszere is, úgy hogy az ágybanfekvéskor a beteg glomerulus-érrendszer is kimélve van. A physikai kiméléshez tartozik a vízszintes helyzet is, a mely kedvezőbb keringési viszonyokat hoz létre, mint az állás. Acut esetekben szigorúan ragaszkodjunk a fekvéshez. Régi esetekben ez természetesen nem vihető keresztül, azonban itt is szükséges napjában 1—2 órára lefektetni a beteget vagy pedig *Strauss* ajánlatára hetenként 1—2 fekvő napot tartani, a mikor a beteg egész napon át fekszik. Ha acut esetben a vizelet vizsgálata megengedi a felkelést, akkor az ülést, fennjárást is csak lassan fokozva engedjük

meg, közben természetesen állandóan ellenőrizve a vizeletet. A beteget óvjuk különösen az első stadiumban a meghűléstől, a mire igen könnyen hajlik. Később azonban óvatos légkúrákkal, hideg ledörzsölésekkel edzhetjük a beteget, a mivel a vasomotorok labilitását is csökkentjük. A fokozott mozgás, testgyakorlat szintén kezd szerepelni a therapiában, különösen a régi esetekben. *Edel, Goldscheider* észleletei szerint tudnillik a fehérje mennyisége egyes esetekben feltűnően csökken menetelések után és a rendszeresen végzett testgyakorlat sokszor teljesen el is tünteti az albument, úgy, hogy *Goldscheider* egyenesen bevezeti a reconvallescens stadiumba a tornát és a különböző testmozgásokat mint a vesék mechanikai megterhelés-próbáit felhasználja a hígító és concentráló képesség vizsgálatával párhuzamosan.

A diatával a vesék chemiai irritációját kerüljük el. Szándékosan használok az irritatio szót, hogy rávilághassak egyes általában elterjedt tévedésekre. Irritálni (chemiailag) csak akkor fogjuk a veséket, ha vagy egyes normális functióit terheljük túl, természetesen hosszabb időre, vagy pedig a meggyengült functióra bízunk normális feladatokat, végül, ha directe mérgező anyagokat, toxinokat kénytelen a vese kiválasztani. A vese három főfunctiójával már megismerkedtünk és azt is tudjuk, hogy ezek mindegyike lehet külön-külön kórosan elváltozott. Nincs tehát okunk a szervezettől olyan anyagokat elvonni, a melyekre szüksége van, és a melyeknek a kiválasztását a vesék normalisan végzik. A betegtől tehát nem kell a fehérjét eltüntetni akkor, a mikor a serum maradék-nitrogenje nem nagyobbodott és a vizelet carbamid-concentrációja is normalis; vagy pedig a beteget szomjaztatni, a mikor a vese hígító képessége nem zavart. Az ilyen helytelen diatával csak elvetjük a súlykot és a helyett hogy használnánk, még ártunk is a betegünknek, a ki az állandó caloria-deficitet idővel mégis csak megsínyli. Ezért helytelen minden kis albuminuriánál stereotyp tejdiaetát rendelni, a mikor még fogalmunk sincs a vese egyes functióiról. A tejdiaeta mint séma csak a megfigyelés alatt engedhető meg, t. i. az alatt a néhány nap alatt, a míg tisztába jövünk a vesék működésével. De akkor se ragaszkodjunk szigorúan csak a tejhez, mert a szükséges 3 liter tejben kb. 96 gramm fehérje és 5 gramm konyhasó van, nem számítva magát a nagy folyadék-mennyiséget, a mely magában véve is ártalmas lehet.

A folyadékfelvétel korlátozásáról a nézetek szintén az egyik szélsőségből a másikba estek. Némelyek teljes folyadék-carentiát ajánlottak, mások pedig directe ivókúrákat, hogy a vesecylindereket, elhalt hámsejteket kimossák és a csatornákat szabaddá tegyék. Természetesen ez a módszer nem veszi tekintetbe azt, hogy a folyadék kiválasztása is activ secretiója a veséknek és hogy a gyengült functio erőszakolásával csak ártunk. A középútat *Strauss* választja, a ki a teljes folyadék-abstinentiát nem ajánlja, mert szerinte mérsékelt folyadékfelvétellel a szervezet felhalmozott toxinconcentrációját kisebbítjük és ezzel esetleg elkerülhetjük az uraemia veszedelmét.

Georgopoulos, Leva, Strauss kísérletei kiirtott veséjű állatokon ki is mutatták, hogy az uraemiás stadium bő folyadék-felvétel mellett később következett be, mint száraz táplálkozásnál. A normalis folyadéksecretióval bíró veséknél, még ha szívhypertrophia is van jelen, nem szükséges a folyadék korlátozása, mert erre az úgynevezett compensatiós polyuriára a vesebetegnek szüksége van. A normalis concentráló képességgel bíró, de szívsymptomákat mutató betegnek azonban előnyös a folyadék-felvételét napi 800—1000 köbcentiméterre megszorítani. A compensatiós polyuriát vagy úgy érhetjük el, hogy a normalis napi folyadékmennyiség-nél valamivel többet adunk, vagy pedig *Noorden* ajánlatára úgy, hogy a folyadék-felvételt korlátozzuk és csak bizonyos napokon (Trinktage) adunk 2—3 literet. Az általában használt és ajánlott ásványvizeknek ügyeljünk a konyhasómenyiségére.

A konyhasó korlátozását a diatában először *Widal-Strauss* tette szóvá; oedema-elméletükben a főszerepet a

szövetek által megkötött konyhasónak juttatják. A só-korlátozás indicatióiban is főleg az oedemák jelenlétét veszik mértékül és e szerint 3 diæta-formát különböztetnek meg: 1. szigorúan sótalan diæta (napi 2·0—2·5 gramm NaCl) súlyos oedemáknál, hydropsnál, erős sóretentióval („torpor renalis hypochloruricus”); 2. kevésbé szigorúan sótalan diæta: oedemastadiumban lévő betegeknek főleg szénhidratokat és fehérjét rendeltünk, fehérjét akár hús, akár tojás alakjában. A mikor pedig a viszonyok megengedték, bőven adtunk főzelékféleket. A napi konyhasó-adagot rendszeren külön adtuk ki a betegnek, a ki kedve szerint osztotta el magának a sótalanul elkészített ételek közt. Arra ügyeltünk, hogy a napi caloria-mennyiség lehetőleg megközelítse a 2000-et. Ez könnyen ment a nitrogen-retentio nélküli betegéknél, azoknál azonban, a kiknek a vizelet-vizsgálata normalis NaCl-kiválasztást adott és dacára ennek a vizelet fajsúlya kicsi volt és szűk határok között mozgott (nitrogen-meghatározás hijján csak erre szorítkozhattunk), már bajosabb volt a mostani viszonyok közt a diæta összeállítása. A fehérjét igyekeztünk különböző szénhidratokkal, zsírral pótolni, közben azonban egy-egy napon adtunk fehérjetartalmú ételeket is. *Strauss* a megengedhető napi fehérjemennyiséget 40—50 grammnak állapította meg, amely szám jól fedi az újabb szerzők (*Hindhede*, *Chittenden*) által felállított fehérjeminimumot. Ezt a mennyiséget körülbelül mi is betartottuk és csak fenyegető uraemiánál vontuk meg teljesen a fehérjét, sőt súlyosabb esetekben teljesen koplaltattuk a beteget.

A mi az ételekben foglalt fehérjeféleségeket illeti, a régi nézet az volt, hogy különösen a húsfehérje-ártalmas és a húsok közül is főleg a vörös hús (*Senator*), míg a fehér inkább engedhető meg. Ez az állítás nem fedi újabb nézeteinket, mert hisz a szervezet a fehérjét denaturalizálja és a veséket csak a fehérje-componensek érintik. A fehér és vörös húsféleségek közti különbséget az extractiv anyagok mennyisége adja. *Noorden* és iskolája ezt a különbséget nem találta annyira nagyra, *Strauss* pedig csak annyiban találja károsnak az extractiv anyagokat, a mennyiben purintartalmuk alkalmas ad a beteg veséknek hűgysav-lerakódásra. Az acut stadiumban tehát óvatosan próbálkozhatunk egészen 100 grammig menő húsadagokkal, míg régi esetekben a napi adag 200 gramm vagy ezen túl is mehet. A húst jobb főzve adni mint sütvé, mert ez utóbbiban több az extractiv anyag. A nyers tojás fokozza némely beteg albuminuriáját, a lágy vagy kemény tojás azonban a fehérje denaturalizálása folytán ártalmatlan és ezért mi, leszámítva a súlyos eseteket, majd minden betegünknek engedélyeztünk naponta 2—4 tojást [a tojás sárgája nem egészen a felét (2·8 gramm) tartalmazza az összes fehérjének (6·1), ellenben több mint $\frac{2}{3}$ részét az összcaloriának, ezért súlyos esetekben esetleg a sárgájával is megelégedhetünk.]

A gyógyszeres kezelésben az ismert készítményekre szorítkoztunk (digitalis kis adagban 0·01, diuretin, theocin) és ezért csak röviden szölok néhány nem igen alkalmazott módszerről.

Súlyos esetekben, ha t. i. a vesék a per os adott diuretinre nehezen vagy egyáltalában nem reagáltak, szívesen adtunk *Erdélyi* ajánlatára intravenásan 10—20 köbcentimetert 5%-os diuretin-oldatból. A hatás sohasem maradt el; igaz, hogy többnyire nem tartott soká és a vizeletgörbe 1—2 napi emelkedés után újra visszaesett, de néha ez a rövid ideig tartó fokozott diuresis elég volt, hogy a beteg az uraemiás állapotot elkerülje. Digitalis kis adagban (pro dosi 0·01 háromszor-ötször naponta), esetleg diuretinnel kombinálva,

sokszor bevált. Az irritáló diureticumoktól (*scilla*, *juniperus*) óva intek mindenkit, különösen ha a vizelet-tüledékben vörös vérszemetek találunk, mert ilyenkor az esetleg tapasztalható diuresis mindig a beteg vese terhére megy. A sokak által ajánlott natrium bicarbonicumot, a mely a vizeletet alkálissá teszi és az albuminuriát állítólag csökkenti, mi is használtuk, nem sok eredménnyel. A nitrogenretentióval járó esetekben nem igen igyekeztünk az oedemák eltüntetésére, úgy okoskodva, hogy a fokozott szövetfolyadék csak kisebbségi a szervezet toxinconcentrációját. Nagy ascitest vagy kétoldali magasan álló hydrothoraxot mindig kibocsátottunk, egyrészt, hogy az ereket a nyomás alól felszabadítsuk és ezzel is kedvezőbb keringési viszonyokat teremtsünk a veséknek, másrészt, hogy a szív munkáját közvetlenül is megkönnyítsük és a transsudatummal együtt az esetleg benne lévő hypotheikus toxinokat is kiküszöböljük. Ha az oedema semmiféle gyógyszeres kezelésre sem tűnt el (izzasztó-kúrákat, fürdőket nem alkalmaztunk), akkor a felgyülemlett folyadékot a lábszárak hosszú, egészen a subcutisig menő, többszörös scarificatióival és állandó drain-tükkel (*Curschmann*-tük) vezettük le. Az eredmény minden esetben feltűnően jó volt, különösen ha a beteget 1—2 órára ültettük és ezáltal a folyadék lefolyására kedvező viszonyokat teremtettünk. Ilyenkor egy-egy túból sokszor egy perc alatt akár egy kémlőcsövet is megtölthetünk. Az egész eljárást a legszigorúbb asepsissel kell végeztünk, mert különben rögtön subfebrilis hőmérsék jelentkezik, jelezve az infectiót, a melyre a vesebetegek nagyon hajlanak. Legjobb a scarificatiót megelőzőleg mindkét lábszárát pár napon keresztül tincturával bekenni és bepólyázva tartani. A kiszivárgott folyadék maceráló hatásától megóvhatjuk a bőrt, ha a lábszárát vaselinnel kenjük be. Az anasarca levezetésének ez a módja nemcsak az alsó végtag anasarciáját tünteti el, hanem sokszor az ascitest, sőt hydrothoraxot is kedvezően befolyásolja.

Az uraemia megelőzésére a *Strauss* által ajánlott 4·5%-os szőlőcukor-oldat hypodermalis infúzióját alkalmaztuk, néhány csepp digalennal. 500—1000 köbcentimetert adtunk 2—3 napi időközben. Természetesen az esetleges folyadékretentióval számolva, aznap a per os való folyadékfelvételt korlátoztuk. A szervezetnek ez az átmosása nemcsak az uraemiás symptomákat (állandó fejfájás, szédülés, csuklás, hányás) szüntette meg, hanem a diuresist is megindította. Azonkívül a szőlőcukorral bizonyos mennyiségű caloriát is viszünk a szervezetbe. A hypodermoklysis előtt rendszeren vena-punctióval 300—400 köbcentimeter vért bocsátottunk le. Az infúzió után pedig intravenásan adtunk 20 köbcentimetert az említett 5%-os diuretin-oldatból. Ez az eljárásunk nemcsak prophylactice hártotta el az uraemiás comát, hanem a már beállott görcsöket is szemmeláthatólag szüntette, úgy, hogy a sokszor ajánlott chloralhydratra sohasem volt szükség.

A haematuriat lokálisan a vesékre alkalmazott jégtömölökkel, belsőleg pedig calcium lacticummal vagy calcium-chloriddal ($3 \times 0\cdot5$) igyekeztünk megszüntetni. A calcium lacticumot az esetleges chlorretentióra való tekintettel inkább ajánlhatom, mint a calciumchloridot. A calcium-adagolás néha azt a benyomást tette, mintha a vérzés csillapításán kívül a szív működésére is kedvezően hatott volna.

A *Goldscheider* ajánlotta testgyakorlatokról nincsenek tapasztalataim, mert betegeim közül egy sem volt olyan állapotban, hogy nagyobb mozgást engedélyezhettünk volna.

Befejezésül összefoglalva a mondottakat, arra a meggyőződésre jutunk, hogy a halmozott háborús vesemegbetegedés nem új kórkép, hanem már a békeidőből ismert kórboncztoni elváltozás. Igaz, hogy a kórboncztoni elváltozásnak ez a typusa (glomerulo-tubularis typus) a normalis időkben talán nem fordult elő oly gyakran, ennek azonban valószínűleg az az oka, hogy egyrészt az idejében alkalmazott orvosi kezelés az elváltozás tovahaladásának útját vágta, másrészt azonban az emberek szervezete nem volt annyira igénybevéve, úgy hogy a szervezet reakciója inkább tudta a kórt lokalizálni, mint most.

A halmozott kóresetek tehát még nem jelentik azt, hogy

új kórképpel állunk szemben, mint a hogy a typhus exanthematicus vagy a febris Wolhynica sem új kórkép. Újszerűvé csak a velük való intensív foglalkozás tette őket, mert tanulmányozásuk révén esetleg oly symptomákat vagy összefüggéseket ismertünk meg, a melyekre azelőtt nem ügyeltünk. Új, eddig ismeretlen adatok tehát még nem jogosítanak fel bennünket külön „genius pathologicus” felállítására. Mint mindenütt a természetben, a pathológiában sincsen ugrás, legfeljebb variatio vagy mutatio.

Irodalom (a szövegben említettek kivül): *H. Strauss*: Die Nephritiden. — *Korányi S.*: Belorvostani előadások. — *L. Aschoff*: Über die Benennung der chronischen Nierenleiden. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, 1917, 65. füzet. — *F. Müller*: Bezeichnung u. Begriffsbestimmung auf dem Gebiete der Nierenkrankheiten. Ugyanott. — *Dr. F. Schilling*: Die Nierenkrankheiten in neuerer Gruppierung. Würzburger Abhandl. aus dem Gesamtgebiet der prakt. Medizin, 1917, 17. kötet, 1—2. füzet. — *P. Th. Müller*: Vorlesungen über Infection und Immunität, 1917. — *Krehl*: Pathol. Physiologie. — *Meyer-Gottlieb*: Die experim. Pharmakologie.

Orvosi hivatás és világnézet.*

Irta: *Péterfi Tibor dr.*

Mindannyiunk lelkében áll egy nagy szövöszék, melyen öntudatunk első rezzenésétől gondolatunk utolsó világos lobbanásáig egy láthatatlan szőnyeg gyanánt szövődik a világnézetünk. Két gyöngéd kéz kezdi meg a mintáját: az anya és az apai kéz, aztán beleszövik a maguk színeit és szárait a tanítómesterek, a barátok és az olvasmányok s végül jön a leghatalmasabb takács, az élet, mely végigboronálja, ezer új meg új szállal átszövi, formálja, alakítja, a míg csak érzünk és gondolkodunk. Egyikünké egyszerű, primitív szövésű, mint a népies szőttek, másoké viszont sok mintából öntudatos művészettel megtervezett műremek. Vannak, a kiké csak házihasználatra való olcsó takaró, viszont vannak, a kiké vetélkedik azokkal az ó-perzsa templomszőnyegekkel, melyeken generációk dolgoztak s a melyek egész nemzeteknek féltett kincsei. Vannak szeszélyes mintájú, de élénk tüzeszínű lelkiszőnyegek, és ismét vannak olyanok, a melyek finom vagy grandiosus szerkezetükkel bilincselnek le.

Legsajátosabb sajátunk, legegényibb termékünk ez a lelkiszőnyeg, a mi egyéni világnézetünk. De mint a hogy a szakértő hamarosan felismeri, hogy ez török, az perzsa, az smyrna, ez bokhara, úgy az egyéni világnézetek egyéni mintáiba is nagy közös tényezők, a közös disciplinák, életkörülmények, a kor és a milieu beleszövik a maguk domináló színeit és szárait s közös bélyegekké látják el, a melyek alapján kategóriákba foglalhatjuk őket s azt mondjuk, hogy ez vallásos, az atheista, ez metaphysikus, az positivista, ez kanti, az spenceri világnézet; vagy kulturák alapján: ez indiai, chinai vagy hellén; illetőleg foglalkozások szerint: agrarius, merkantilista, jogászi vagy orvosi világnézet.

Mi hát az az orvosi világnézet, mik a domináló jellegei, milyen szerepe van, milyen szerepe lesz korunk nagy szellemi küzdelmeiben, ezek azok a kérdések, melyekre a feleletet keresni fogom.

Minden világnézet három részből áll: morálból, intellectualis tartalomból és pragmatikából. A morált főleg az érzelmi, az intellectust az értelmi tényezők szabják meg, a pragmatika, vagyis azon nagy irányelvek összessége, melyek az egyénnek, osztálynak állásfoglalását önmagával és a társadalommal szemben megszabják, a morál és az intellectus egymásra hatásából keletkezik.

Az orvosi világnézet első és fő morális tétele, hogy *szerezd az embert.*

Sötét és véres ironiája az emberiség történelmének, hogy ezt a hat- vagy tizezer éves parancsolatot én itt ma nemcsak ismételni merem, de száz torokkal szeretném bele-

kiáltani a huszadik század fajgyilkos örületébe. Ne csak nemzeteket, ne csak osztályokat, ideákat, hatalmi czélokot szeressünk, de mindenekelőtt és mindenekelőtt az embert, a philogenesist ezt a legfejlettebb gyermekét, a kin a természet 300.000 éven át különös gonddal csiszolt, s a kit ma öt év óta úgy kaszálnak, mint a dudvát, úgy pusztítanak, mint a dögvészes állatot s a kinek pusztulását ma már olyan fásultan nézzük, mintha nem is saját fajunk rettenetes végromlásáról volna szó. És hogy ezt én így a maga borzasztó perspektívájában átérzem, annak elsősorban az az oka, hogy orvos vagyok.

Az orvos nem taktikai egységet lát az emberben, mint a katona, nem jogalanyt, mint a jogász, nem consumenst, mint a kereskedő és nem statisztikai számot, mint a sociologus, hanem egy csodálatos és bonyolult világot, melynek tanulmányozására egész életét szenteli. Nemcsak mint felebarátját, hanem úgy szereti az embert, mint a szobrász a maga legrágább anyagát, mint a történetbúvár a legritkább foliansát, mint a hegedűvirtuóz a maga kedvencz hegedűjét.

Ki ne érezte volna közülünk a háborúban azt az igazi orvosi tragikumot, a mikor hetek és hónapok odaadó munkája után az orvosi tudás minden fegyverével sikerült megmenteni az embert, hogy egy pár hét vagy hónap múlva mint kanonenfutert pusztítsa el az első odatévedt buta golyó. És minden orvosi disciplina, minden orvosi működés az emberi szervezetnek szinte áhítatos megbecsülésére nevel. Minden előadáson és vizsgálódásban azt tanuljuk, hogy az életnek és a természetnek legcsodálatosabb rejtélyei és legnagyobb törvényei legkisebb sejtjeinkben is benne foglaltnak, hogyne kapcsolódnék hát lelkünk szeretete és csodálata az emberhez, az életnek ehhez a legfejlettebb szervezettü reprezentánsához.

Az orvosi világnézet második nagy morális tétele, hogy *szerezd az életet.* Az életnek mint legfőbb jónak a felismerése és megbecsülése oly természetes végeredménye minden orvosi tudásnak, oly logikus következménye minden orvosi tapasztalatnak, hogy feleslegesnek is látszik ezt itt bővebben magyaráznom. Mégis szükséges itt kidomborítanom, mert alig van az orvosi világnézetnek még egy jellege, mely annyira specialisan orvosi volna, mint éppen az életnek, más szóval az egészségnek, mint legfőbb czéljának a kitűzése. És ez természetes is, hiszen tudományunknak csak kissé mélyebb értelmezése is reávezet, hogy minden szervnek és minden szervezetnek a minél harmonikusabb működés a feladata s ezt az emberre alkalmazva, azt mondhatjuk, hogy az ember rendeltetése, életének igazi czélja maga az élet. Az emberi gondolkodásnak nem lehet olyan fictiója, mely előbbre való volna, mint szervezetünk működésének szabad lefolyását és természetes fejlődését biztosítani. Nincsen az az eszme, nincs az a fontosnak vélt érdek, ambitio vagy élvezet, mely felérne az izomzat egészséges fejlesztésével, a szív és a tüdők szabályos működésével, mirigyünk zavartalan munkájával vagy az idegrendszer harmonizált egyensúlyával. És az is természetes, hogy az orvos ezt az általános igazságot nemcsak megérti, hanem naponta minden egyes betegénél újból átérzi, a míg csak vérévé válik.

Első pillantásra paradoxnak látszik ezek után az a harmadik tétel, melyet az orvosi hivatásból levonhatunk, hogy *ne félj a haláltól.* A csontváz, melyre szent borzalommal tekint a laikus, a hulla, mely iszonytal és undorral tölti el a bonczterembe betévedőt, már pályánk kezdetén megtanít erre a tételre. És minél inkább orvossá leszünk, annál jobban megszokjuk, hogy a halálban ne egy sötét mysteriumot, ne rettenetes katasztróphát lássunk, hanem egy természetes folyamat végső következményét. A bennünk élő életosztón mindig visszaretten, ha a halálra gondol, de a hosszú gyakorlásban edzett értelem leküzdí a halálfélelem borzalmát, még ha saját haláláról is van szó. A nagy kaszás, melytől a laikus milliók rettegnek, az orvos szemében sem kevésbé hatalmas, sőt ő tudja legjobban, mennyire legyőzhetetlen, de nem is ismeretlen rém, hanem régi ellenfél, régi vívótárs, a kitől azért nem félünk, mert ismerjük. Tudjuk,

* Az orvosi szindikátus radikális szakcsoportjában márcz. 12.-én tartott előadás.

hogy legyőzhetetlen, hogy elkerülhetetlen, hogy szükséges. Tudjuk, a biológia minden igazsága erre tanít, hogy élet csak halál árán keletkezhetik, hogy az élet és a halál egyúgyazon fejlődési hullám két különböző szakasza. De ha a halállal meg is békül az orvos, a betegséggel és a gyilkossággal soha. A halál az életenergiák természetes elhasználódása s ezzel szemben tehetetlenek vagyunk, de az életnek azzal az elpusztításával szemben, a mikor külső erők, akár a természet, akár a társadalom erői vágják ketté egy még életképes szervezet működését, az embernek az ember és a bacteriumoknak az ember ellen folytatott pusztító hadjárataival a legintransigensebbül, a legkérelhetetlenebbül kell felvenni a küzdelmet és harcolni az emberi és társadalmi bűnök vagy butaságok ellen, melyek a halált butává, brutálissá és természetellenessé teszik.

A mi már most az orvosi világnézet intellectualis tartalmát illeti, ez egyesíti magában mindazokat az észmeirányokat és gondolkodási módszereket, a melyeket a természet-tudományi gondolkodás alá szoktunk összefoglalni. Az orvos, a ki kora ifjúságától késő öregségéig kézzelfogható, szemellátható, mérhető és kísérletileg ellenőrizhető tényekkel dolgozik, csak pozitív és realis gondolkodásra nevelődhetik. Az is természetes, hogy a mikor egész tudományában s magában az életben is egyre csak azt tapasztalja, hogy minden életfolyamatnak meg van a maga genesis-e, a maga természetes fejlődése és lefolyása, a melyet sem erőltetni, sem végeredményében megakadályozni nem lehet: a fejlődés gondolatának meggyőződéses hordozójává, evolutionistává lesz.

Két specialisan orvosi jelleg van azonban, a melyekre itt részletesebben rá kell mutatnom. Az egyik az, hogy az orvosi gondolkodás a más tárgyú természettudományi gondolkodásnál még realisabb, még positivebb tendenciájú. Pusztá speculatióra, fogalmakkal való combinatiókra a legritkább esetekben kapható, ehhez úgyszólván nincsen hajlama. A legnagyobb és a leglogikusabb deductiók sem ragadják el, ha nem érzi alattuk az igen széles, realis, empirikus alapot. Elég, ha csak azokra a nagy elméletekre utalok, melyek magában az orvosi tudományban évtizedes küzdelmek csomópontjaivá lettek s a melyek körül a küzdelem mindaddig tartott, a míg évek során kellő számú empirikus tapasztalat döntött pro vagy contra. A priori a leggenialisabb, a legszemléletesebb elméletet is csak kétkedéssel fogadja magába az orvosi gondolkodás s ez a magyarázata, hogy a nagy orvos-reformereknek hosszú ideig kellett és kell majd mindig várni, míg elméleteiket az orvosi közvélemény igazolja és befogadja.

Ebből aztán magától következik a másik jellemző vonása orvosi világnézetünknek: az erős *kriticismus*, mely már a *skepticismussal* határos. Mindenki, a ki közvetlenül és sokat foglalkozik az élettel, előbb-utóbb kritikussá válik az általánosítások s a rendszerbe foglalások iránt. Hát még az orvos, a ki százszor és ezerszer győződik meg róla, mennyi kivétel van a legáltalánosabb érvényű szabály alól is, hány-szor hagynak cserben csalhatatlanoknak hitt módszerek és igazságok. Az az igazság, hogy a kivétel erősíti meg a szabályt, talán sehol nem érezhető annyira s annyszor, mint az orvosi hivatásban s az a tény, hogy nincsen két sejtmag, nincsen két ujjlenyomat, nincsen két pulsusgörbe, mely egyforma volna, individualistává teszi az orvosi gondolkodást. Igenis vannak nagy általános rendszerek, kategóriák, elvek, de az életnek végső egysége mégis csak az egyéniség s elsősorban ezzel kell számolnunk. Ezt elméletek, általánosítások merev, prokrustes-i ágyába szorítani elviselhetetlen, mert természetellenes az orvosi gondolkodás számára.

Ha mindezeket egybevetjük, megértjük az orvosi világnézetnek azt az igen jellemző tulajdonságát, hogy itélet-alkotásában igen óvatos. Azt, amit éppen a legjobb, legigazabb orvosokkal szemben annyszor panaszol a beteg, hogy nem mond semmi határozottat, hogy csak biztat, így meg úgy — ez karakterizálja magát az egész orvosi gondolkodást. Sok-sok tapasztalat megtanította reá, milyen céltalan, milyen káros vagy nevetséges egy-egy elhamarkodott prognózis

s ezt a vérvé vált tapasztalatot, kriticismusának ezt a végső consequentiáját a betegágy mellől kiviszi az életbe is, ha általános emberi vagy társadalmi jelenségekkel áll szemben.

* * *

Ezek voltak azok a legfőbb irányelvek, melyeket az orvosi hivatásból levonni igyekeztem, hogy ezek alapján az orvosi világnézet siluettjét megvázolni próbáljam. Naivitás volna azt mondanom, hogy ezekben kimerítettem mindazokat a morális és philosophikus értékű tételeket, melyeket az orvosi hivatásból levonhatok. Van még sok-sok más tétel is, lehet ennek a világnézetnek számos más componense is s még sok olyan motívumra fognak világot vetni, melyeket én vagy nem láttam meg, vagy egy rövid és általános összefoglalásba nem akartam bekapcsolni.

Azt hiszem azonban, hogy már ezek a legfőbb és legjellemzőbb motívumok, amelyekről igenis hiszem, hogy orvosi hivatásunkkal oly szoros organikus kapcsolatban állnak, hogy nincsen és nem lehet egy hivatásos orvosnak olyan érzése és gondolata, mely ezekkel ne harmonizálna, mondom: hiszem, hogy már ezekből is lehet reconstituálni az orvosi világnézetet s ki lehet olvasni azt a pragmatikát, azt a kategorikus imperativust, mely e világnézetben rejlik.

Az ember szeretete, megbecsülése kell, hogy minden orvost meggyőződéses pacifistává avasson, minden emberpusztító harcz ellenségévé tegyen, legyen ez a harcz embernek ember, nemzetnek nemzet, fajnak faj, vagy osztálynak osztály ellen folytatott embergyilkos harca. Másfelől éppen az ember és az élet igazi értékének megismerése és értékelése praedestinálja az orvost azoknak a társadalmi küzdelmeknek előharcosává, melyek az embert emberi élethez, napfényhez, levegőhöz, táplálékhoz, meleghez és kulturához akarják juttatni. Mindennap látja, érzi azokat a társadalmi bűnöket és hibákat, melyek embermilliókat szolgáltatnak ki a tüdővésznek, a luesnek, a testi és lelki degenerálódás százféle fájának s a míg maga tehetetlenül áll ezekkel szemben, előbb vagy utóbb be kell, hogy lássa, hogy erre nem a patikában van orvos-ság, hanem a társadalomban, s éppen mert orvos, orvosi hivatásból kell segíteni egy olyan társadalom felépítésén, mely a legfőbb emberi jót, az egészséges életet tudja biztosítani minden egyes tagjának.

Hogy aztán ebben az actióban milyen utakat kövessen, melyik lobogó alá, melyik tábor katonájává szegődjék, azt az orvosi gondolkodás fogja eldönteni. Az orvos, a ki állandóan a természetes fejlődés principiumával dolgozik, társadalmi téren is éppen oly kevésbé állhat a *quieta non movere*, mint a társadalmi kataklysmá elméletek álláspontjára. A positiv realis gondolkodási mód, a tényeknek, az empiriának az a nagy megbecsülése s az ebből fakadó kriticismus viszont megátalják, hogy általános jelszavakat, homályos ideológiákat kövessen, vagy hogy pusztán elméleti értékű homousion és homoiusion vitákban exponálja magát. Ez a magyarázata annak is, hogy a magyar politika meddő közjogi küzdelmei alig érdekelték az orvostársadalmat és mint a múltban, úgy a jövőben sem fog felmelegedni finom jogászai vagy államtudományi distinctiók, formulák és a politikának egyéb lényegét elsikkasztó fictiói iránt.

Természetes, hogy ennek az állásfoglalásnak a színezetét, az actio tempóját és eszközeit egyénenként mindig a temperamentum és az osztályhelyzet fogja erősen befolyásolni. Akiben a morális, az érzelmi tényezők érvényesülnek erősebben, azok fiatalosabb, harciasabb szempontokat fognak követni, mint azok, akikben az intellektus, a positiv, kritikus gondolkodás dominálja a világnézetet. A ki maga is az elnyomottakhoz tartozik, sokkal hevesebben, élesebben, elszántabban fog küzdeni az elnyomott ember felszabadításáért, mint az, akit az elnyomóktól csak magasabb értelmi és érzelmi különbségek választanak el.

Minden orvos azonban, akiben öntudatosan vagy öntudatlanul orvosi világnézet él, kell, hogy minden társadalmi actiónál megérezze a közös orvosi célt, azt, hogy a társa-

dalmat az egészséges embertermelésre kényszerítse. Ez az a közös cél, mely egy nagy közös táborba: a haladás táborába egyesíti a különböző árnyalatokat és egyesíti azok ellen az institúciók és dogmák ellen, amelyek megakadályozzák, hogy olyan fejlett társadalmi berendezések, közmorál és közfelfogás születhessenek, melyek az egészséges embertermelés alapfeltételei.

Első és legfontosabb feladatunk azonban, hogy felismerjük ezt az orvosi világnézetet s minden orvosban öntudatosá tegyük. Ez a világnézet megvan, mint ahogy megvan a növények rendszere a nélkül, hogy a növények tudnának róla. Megvan — és talán sikerült kimutatnom, milyen logikusan folyik az egész orvosi hivatásból —, de eddig még a maga jellemző végconclusiójával alig érvényesült akár az orvosok között, akár a társadalomban. Voltak és vannak nagy orvosegyeniségek, akiket az orvosi világnézet reprezentánsaiul tekinthetünk, de ma még kevesen vannak, akik a bennük ugyyszólván öntudat alatt ható világnézetet öntudatos orvostársadalmi célkitűzésekben érvényesítenék. Temperamentum és más egyéni szempontok szerint különböző pártok kereteiben igyekeztek eddig elhelyezkedni az orvosok s általános társadalmi vagy politikai jelszavakhoz kapcsolták az orvosi világnézet postulatumait. Igen jellemző tünet azonban, hogy eddig legalább egyetlen politikai pártba sem tudott igazán maradék nélkül beleilleszkedni a valódi orvos, másfelől egyetlen politikai párt sem tudta igazi erővel és meggyőződéssel képviselni az orvosi világnézetet. Ma még igenis fontos társadalmi és orvosi szükséglet, hogy politikai pártokban s e pártok hatalmi súlya révén a köztudatban érvényesüljön az orvosi világnézet, amíg el nem érkezik az a fejlettebb társadalmi berendezés, amelyben a politikai pártok helyett szakszervezeti tanácsok veszik át a társadalom irányítását. Addig is azonban, míg ez elérkezik, meg kell teremtenünk e közös világnézet alapján azt a nagy orvosi közösséget, mely a pártpolitika keretein túl, sőt ha kell áttörve azokat, elsősorban az orvosi morált és az orvosi gondolatot érvényesítse a társadalmi fejlődésben.

Évszázadokon keresztül a vallásos világnézet irányította az emberiséget. Aztán jöttek az állambölcsészek és jogászok a maguk metaphysikus, spekulatív ideológiáikkal, melyek még ma is, korunk szellemi irányításában erősen érvényesülnek. Ma azonban, Bacon, Descartes, Leibnitz, az encyklopedisták és a XIX. század nagy természettudományi felfedezései után eljutottunk oda, hogy a természettudományi világnézetnek, illetőleg e philosophia legemberibb alkalmazásának, az orvosi világnézetnek döntő szót követelhesünk. És sohasem volt nagyobb szükség reá, mint éppen korunk nagy convulsióiban, mélyreható átalakulásainál, hogy az emberszeretetet, az élet szépségét, jóságát, a halál kiengesztelő philosophiáját hirdesse és a megbomlott társadalmi szervezet lázparoxysmusai alatt higgadt, objectiv kritikus gyanánt az emberiség pulsusán tartsa a kezét az orvosi világnézet.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A háborús nephritis kimeneteléről számol be Gerhardt. 125 nephritiszes katona közül 100 valódi háborús nephritisben (heveny haemorrhagiás nephritis) szenvedett. A klinikai lefolyás nagyjában megfelelt a szokásos képnek, csak néhány pontban mutatkozott eltérés. Így 5 esetben a „Kriegsnephritis” nem a harcztérren, hanem hosszabb szabadság után odahaza tört ki, sőt ujonczokon is jelentkezett a harcztéri nephritishez teljesen hasonló kezdetű és lefolyású veselob. Ezek az esetek azt bizonyítják, hogy nem kizárólag a háborús életmód okozza az acut haemorrhagiás nephritiseket. A heveny tünetek idejében több ízben észleltetett exacer-

batio, bő vérvizelés alakjában, mely néhány nap alatt különösebb zavar nélkül lezajlott. Tulajdonképpen új megbetegedés, oedemával, haematúriával, dyspnoéval stb. egy fordult elő. A betegség időtartama 2 és 13 hónap között ingadozott, legtöbbször 4—8, átlagban 5—6 hónapig tartott. Az elbocsátottak jelentékeny része subjective vesetáji fájdalomokról, bágadtságról, könnyű kifáradásról panaszkodott. Objective 58-on semminemű elváltozás sem volt kimutatható. 42 esetben egyrészt a vizeletben, másrészt a vesefunctióban és a vérkeringési szervekben voltak elváltozások. 23 esetben úgynevezett „Restalbuminuria” maradt vissza: főzésre zavarodás vagy mérsékelt csapadékképződés. 5 esetben azonban 1—2^o/₁₀₀ albumen volt és maradt a félévi megfigyelési idő alatt. Idősült alakba 10 eset ment át, ezek közül azonban csak 3 volt biztos háborús nephritis, megelőzőleg normalis vesével. Jelentékeny vérnyomásemelkedés 44 esetben fordult elő, rendszerint 3—4 hét alatt visszafejlődött. A vérnyomás marandóan magas csak a chronikussá vált esetekben volt. A vesefunctio a Strauss-féle ivópróbával megállapítva már jelentékeny idővel az albuminuria megszűnte előtt teljesen normalissá vált. Csak két esetben maradt fenn functiozavar (csökkent hígítóképeség megtartott concentrálóképesség mellett) teljes subjectiv jólét és fehérjementes vizelet mellett. 7 esetben a fenti functiozavar teljes gyógyulás után, a reconvalescentiában jelentkezett. Hogy ez esetekben valamilyen lassan lezajló zavarról avagy egy chronikus vesefunctiozavar kezdetéről van-e szó, ezidőszerint nem dönthető el. Gyakorlati jelentősége a látszólag gyógyult esetekben az ivópróba-val való kimutathatóságában rejlik. (Münch. med. Wochenschrift, 1919, 6. szám.) Weber dr.

A diphtheriaserum gyógyhatásának kérdésével foglalkozik behatóan Kolle és Schossberger. A diphtheriaserum specifikus gyógyító hatásának az utóbbi években sokat vitatták, sőt kétségbevetett kérdése indította a szerzőket arra, hogy állatokon végzett kísérletekkel győzzék meg a skeptikusokat a diphtheriaserum hatásának specificitásáról. Azon feltevésből kiindulva, hogy a diphtheriabacillusculturák mérge azonos a bacillus által az állat szervezetében termelt méreggel és a savó gyógyhatása ezen mérgek közömbösítésében áll, tengerimalacson ilyirányú kísérletsorozatot végeztek. E célból 22 különböző diphtheriatörzs virulentiáját pontosan megállapítva azt találták, hogy a különböző törzsek között sokkal nagyobbak a virulentiabeli különbségek, semmint eddig hittük. Megállapították továbbá, hogy egyes törzsek toxintermelő képessége bouillonban nem fedi tökéletesen a tengerimalacson észlelhető virulencia fogalmát. További kísérleteiket oly módon végezték, hogy tengerimalaczkok bőre alá halálos mennyiségű diphtheriatoxint és annak sokszorosait injiciálták s a fertőzött állatok egy részének diphtheriagyógyszeremot fecskendeztek be a hasüregbe. 196 nem kezelt kontrollállatból 48 a toxinbefecskendezés után néhány nappal elpusztult. 53 normalis lóserummal kezelt tengerimalaczból 2 életben maradt, 51 elpusztult. 95 tengerimalacz gyógysavót kapott. Ezek közül 51 meggyógyult, 44 elpusztult. Vizsgálataik eredménye a következőkben foglalható össze; 1. A diphtheriaserum gyógyhatása a tengerimalacz mérgezésénél parallel halad a serum antitoxintartalmával. 2. Az úgynevezett amerikai „D5”-törzsből előállított diphtheria-gyógysavó heterolog, vagyis más diphtheriatörzsek által okozott mérgezéséknél is hatásos. 3. A savó annál hatásosabb, minél rövidebb idővel a mérgezés után adjuk az állatnak. 4. A normalis lóserum hatása a halál beálltának késleltetésében nyilvánult, de csak igen nagy adagok mellett, úgy hogy neutralizáló hatást felvenni nem lehet. 5. Minél később adjuk a gyógysavót, annál nagyobbak kell lennie az adagnak. 6. Van egy bizonyos időszak, mikor a legnagyobb adagú és legnagyobb értékű savóval sem sikerül a tengerimalacz mérgezéses halálát megakadályozni. Általában a serum gyógyító hatása mellett törvénnyel igy lándzsát, csak azt jegyzik meg, hogy az emberben a viszonyok sokkal bonyolultabbak, semhogy a fenti megállapításokat minden további nélkül lehetne reá is alkalmazni. (Med. Klinik, 1919, 1. sz.) Weber dr.

Sebészet.

A szívburok és pleuraür között ablakkészítésről ír A. Loewen. Újabbán a sebészek mindtöbbben foglalnak emellett állást, hogy a szívburokban levő lobos, serosus folyadék-felhalmozódást ne folytonos punctióval, hanem a pericardium műtéti megnyitásával bocsássuk le. Az ily therapeutikus eljárásnak nemcsak az a célja, hogy a szívet pillanatnyilag tehermentesítse, hanem hogy a pericardium gyulladásos folyamatát is kedvezően befolyásolja. A szerző egy polyserositisben szenvedő betegén a műtétet a következőképpen végezte: 1%-os novocain-adrenalin oldattal a sternum bal széle és a bal emlőbimbó közötti területet érzéstelenítette oly módon, hogy a bordaközötti légnyereseket is injiciálta. A metszést a bal V. borda fölött végezte, amelyre a sternum szélén egy rövidebb incisiót végzett, úgy hogy T-alakú sebész keletkezett. Az V. bordát porczával együtt körülbelül 1—2 cm.-rel a bimbóvonalon kívül reszekálta. A pleuraür megnyitásával láthatóvá vált a feltölt pericardium, amelyet megpungált. A szívburkot a csúcsáig megnyitotta s ennek hátulsó falát klemmékkel a mellkas sebébe húzta. A medialisan és hátrafelé futó redőből 4—5 cm. hosszú ablakot vágott ki, amely nyílás állandóan megmarad, míg a szívburok elülső részét catgut-öltésekkel zárta, hasonlóképpen bevarrta a pleurát s a fedő légnyereseket. A szerző esetében a pulsus a műtét után azonnal javult, teltebbé és szabályosabbá vált, a beteg subjective is jobban érezte magát a műtét után. A műtét végzésekor igen fontos, hogy az ablakot a pericardium legmélyebb helyén készítsük és különösen a n. phrenicusra kell tekintettel lennünk. A szerző esetében a pericardium átmetszése teljesen fájdalomtalan volt és minden zavaró reflexhatást sikerült elkerülni. Az ilyen zavaró hatásokkal azonban számolnunk kell, amennyiben a kísérleti tapasztalatok azt mutatják, hogy a pericardium megnyitása jelentékeny vérnyomás-csökkenéssel járhat, sőt *Harigan* átmenetileg a szív működésnek megszűnését is észlelte, amiből a peri- és myocardium közötti physiologiás összeköttetésre következtetett. (Münch. med. Woch., 1919, 1. sz.)

Iffj. Háhn Dezső dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 13. szám. Freud S.: Kell-e az egyetemen a psychoanalysiszt tanítani? Ráthonyi Reusz Frigyes: A hadi neurosisokról.

Budapesti orvosi újság, 1919, 14. szám. Rejtő Sándor: A háborús neurosis tanárhoz. Engel Sándor: Adatok a tüdőtuberculosis statisztikájához.

Vegyes hírek.

Választás. Fülöp Tibor dr.-t Súrón körorvossá választották.

A Gyermekegészségügyi Társaság által hirdetett előadások közbejött akadályok miatt elmaradnak.

Meghalt. Navrátil Imre dr., a budapesti egyetem nyugalomba vonult címzetes rendes tanára, volt közkórházi főorvos április 1.-én 86 éves korában. Az elhunyt az elsők egyike volt, a kik a gégetükröt alkalmazták; a gégetükrészletből is nyert magántanári képesítést 1856-ban. Régebben kiterjedt és sikeres gyakorlatot folytatott a fővárosban mint gége-specialista; 1872-ben rendk. tanári, 1892-ben rendes tanári címet kapott. 1878-ban a Rókus-kórház egyik sebészeti osztályának a vezetését vette át. Élénk irodalmi működést fejtett ki, nemcsak a gégeorvosban, hanem a sebészet terén is, különösen az agysebészet terén. — Formágyi Győző dr. vallai körorvos; 56 éves korában márczius 19.-én. — H. Aronson dr., a berlini egyetem címz. tanára, ismert serologus, 53 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A lipcei egyetemen K. Sudhoff (orvostörténelem), M. Siegfried (physiologiai chemia) és J. H. Rille (gyermekorvos) prof. ord. hon.-okat valóságos rendes tanárokká nevezték ki. — N. Zuntz tanár, a berlini mezőgazdasági főiskola ismert physiologusa nyugalomba megy. — Kirchner dr.-t, a porosz belügyministerium orvosi osztályának vezetőjét a központi tanács kivánságára nyugdíjazták. — A berlini bőrkórtani klinika igazgatójává G. Arndt dr.-t, a volt strassburgi egyetem rendk. tanárát nevezték ki.

Hírek külföldről. A porosz egyetemekre ezentúl csak azokat veszik fel, a kik legalább egy hónappal a félév kezdete előtt az immatriculációs bizottsághoz címzett beadványban kérelmezik a felvételüket, irományaik, különösen pedig érettségi bizonyítványuk, illetőleg annak hiteles német fordítása melléklésével. — Bécsben himlő- és osteomalacia-járvány van; az utóbbi egyaránt támadja meg a férfiakat és nőket s nyilván a fogyatékos táplálkozás következménye. Legjobbnak bizonyult ellene a phosphor, csukamájolajban adva. — Angliában most van az influenza-járvány a tetőfokán.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbadfalva. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta ötszöri étkezés; tejkúra. Kellemes kirándulások, gyönyörű sétányok, legnagyobb nyugalom; nap- és légfürdők. Mérsékelt díjak. Az Otthon orvosa: Dr. Hoffmann László, kórházi főorvos. Az odautazás nehézségeket nem jár, a megszállás nem érezhető; bővebb felvilágosítás és prospektus kapható: „Petőfi” Irodalmi Vállalat, Budapest, VI., Kertész-utca 16. sz.

AUTOMOBIL BETEGSZÁLLÍTÓ

Vállalat. Dr. Székely Imre és Társa Budapest, VII., Erzsébet-körút 22., földszint 3. sz. Telefon 97—60.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenco József-rakpart 26. Sűrűs gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, Irigrotherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Városmajor-Szanatorium és Vizgyógyintézet

Részvénytársaság. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon 88—99. Újonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Vizgyógyimód; szénsavas-, oxigén-, villany- és fenyőfürdők, massage, hőleg-kezelés bejáróknak is. Hízáló-kurák.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriatótza 34.

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

Fővárosi Faszor Sanatorium Radiologiai Intézete.

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

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűs-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-fürdők, hőleg-kezelés és vizgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókurák. Vezető-főorvos: Dr. Czifrusz Dezső, a ki állandóan a telepen lakik. Egész éven át nyitva.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physicals és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. * Villamos megálló. * Telefon: 145—90 Főorvos: Dr. Soós Aladár, a Korányi-klinika v. orvosa.

Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIAI INTÉZETE VII., Nyár-utca 22. szám.

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

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

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerumintézet r-t. Budapest VI. ker., Teréz-körút 31. sz. Telefon 20—19

Kurzusok: { Laboratorumi diagnosztikai eljárások, Oltóanyag- és szerum-termelési methodika.

DR. RÉH Elektromágneses gyógyintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — benuások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: Újonnan kibővíve ::

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

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

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásal

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopédia, stb. Főorvosok: Termális kurák: dr. Bosányi Béla, igazgató. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Vizgyógyászati osztály: Dr. Benczur Gyula, egyet. m. tanár. Belézési gyógymód: dr. Safranek János, egyetemi m.-tanár. Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Kívánatra prospektus. Kívánatra prospektus

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED. Helietherapia.

1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (II. rendes tudományos ülés 1919 február 22.-én.)

Budapesti Orvosegyesület

(II. rendes tudományos ülés 1919 február 22.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Molnár Béla.

Gyomorátífúródás után keletkezett rekesz alatti tályogok.

Weisz Ármán: A II. számú belklinikán gyomorátífúródás után keletkezett rekesz alatti tályogot volt alkalma két esetben a Röntgen-sugaras körjelzés útján megállapítani. Ismerteti eseteinek klinikai és Röntgen-tüneteit és bemutatja az esetekről készült Röntgen-felvételeit. Az első beteg 53 éves mozdonyvezető, a kinek a jobb rekesz alatt, a máj fölött volt nagy, gázképződéssel járó úgynevezett „pyopneumothorax subphrenicus”, a mely a pyloruson ülő fekély átfúródása után jött létre. A diagnoszt a boncolás igazolta. A második eset 48 éves kereskedő. Régi ulcusos beteg. Hirtelen történt perforatio után képződött a tályogja a máj alsó felszíne és a pylorus közötti összenövések között. A beteg műtét segítségével teljesen meggyógyult.

Tracheotomia és gégetuberculosis.

Tóvölgyi Elemér: Gégetuberculosis eseteiben a tracheotomiának több indicióját különböztetjük meg. Ez indiciók közül a vitalisnak szabályai *Asklepiades* óta, a ki körülbelül 2000 esztendővel ezelőtt végezte egy fulladozón első ízben a légszömetszést, nem változtak és mint életmentő szerepet betöltő műtéti nem is változhattak. Ezzel szemben a műtét technikáját illetőleg a legutóbbi időben is oly műszereket igyekeztek szerkeszteni, amelyek segítségével, ott ahol lege artis, kellő nyugalomban a légszömetszést végre nem hajthatjuk, szóval gyors tracheotomia szükségessége esetén, veszélytelenül, gyorsan és biztosan végezhesük el a műtétet. A legutolsó ilyen műkísélet a Denker-féle kés, melyet a szerző a következő megtevészt és csalogató sorok kíséretében ajánl: „Die Technik des kleinen Eingriffes gestaltet sich höchst einfach.“ Amíg csak hullakíséletről van szó, *Denker*-nek csakugyan igaza van, de haldoklókon, mint az előadó azt egy esetben tapasztalta, a Denker-késsel csinált intercrico-thyreotomia nyílása, azáltal, hogy az élénken mozgó szövetek egymás felett eltolódnak, azonnal betömődik és a canule-t bevezetni nem lehet. Az előadó kénytelen volt szikével nyílást készíteni, és csak akkor tudta a canule-t bevezetni.

Egy másik esetben egy kartárs, a ki szintén a Denker-késsel akart operálni, gyakorlatlanságában a légszöm mellé dugta a canule-t és a beteg megfult. Az előadó ezek alapján mindenkit óva int a Denker-kés használatától, viszont a Denker-canule-t tapasztalatai alapján igen ajánlja. Oly esetekben, hol a szűkület a gyűrűporczra is kiterjed, úgy hogy intercrico-thyreotomiát végezni nem lehet, mint az előadó egy legutóbbi esetében is tapasztalta, czélszerű sürgős esetekben inkább az alsó tracheotomiát megejteni, feltéve, hogy a glandula thyroidea nem terjed igen mélyre. Ez esetekben gyorsabban megy a mirigy feltolása, mint a légszöm legfelső gyűrűiről való lefejtése.

A tracheotomia második indiciója gégetuberculosisban a curativ. Itt több kérdésre kell felelnünk: 1. Képesek vagyunk-e a tracheotomia segítségével a gégetuberculosisist a megfelelő esetekben meggyógyítani. 2. Ha gyógyulást nem érhetünk el, képtsek vagyunk-e legalább oly javulást hozni létre, hogy ezzel a beteg szenvedéseit enyhítjük, életét meghosszabbítjuk. 3. Képesek vagyunk-e a műtéttel a bántalom további gyógyíthatóságát elősegíteni. 4. Minő hatással van a tracheotomia a beteg tüdőre.

Az előadó 11 jól végigérszelt esete alapján az első két pontra csak nemmel felelhet. A 3. pontot illetőleg valóban vannak oly esetek, hol a további gyógykezelés szempontjából

a tracheotomia elengedhetetlen. Végül a mi a tüdőt illeti, mint az előadónak a tracheotomia után hosszabb idő múlva exítált eseteiben a boncolatok bizonyítják, arra a légszömetszés egyenesen romboló hatással van.

Hogy a gégetuberculosis mely esetei alkalmasak a curativ tracheotomiára, erre nézve az egyes észlelők között a legnagyobb véleményeltérés uralkodik. Az egyik szerint súlyosabb gége- és tüdőbántalom esetén is javult a tracheotomia, a másik viszont csak kistökü tüdőelváltozás esetén operál. Hogy a tüdőbántalom bármily enyhének is tünt fel a műtét előtt, a műtét után mennyire progressív válhatik, erre nézve az előadó eseteket ismertet. Viszont az is előfordul, hogy a tüdőelváltozás súlyosnak mutatkozik, és a műtét mégsem árt annyira a tüdőnek, mint gondolnánk. Ezek az utóbbi esetek azonban elenyészően kivételesek. Gégetuberculosisban az is nagy hátránya a tracheotomiának, hogy a metszés sebe begyógyulni rendszerint nem akar és könnyen maga is tuberculosussá válik. Ennek tulajdonítandók a műtét után az addig láztalan betegeken olykor beálló állandó magas lázak. A gégebeli folyamat a tracheotomia után valóban igen szép javulást mutat, ez a javulás azonban, ha a műtét után a géget magára hagyjuk, újból romlásnak ad helyet. A gégebeli javulás egyedüli oka az, hogy a műtét után a köpet nagyobbára a canule-on át távozik és így a gége az ismételt köpetfertőzéstől meg lesz óva. Az előadó 26 éves tapasztalata és ötezer betegen végzett vizsgálata szintén azt bizonyítja, hogy a gégetuberculosis ott fejlődik ki, hol a köhögés nem elég erős arra, hogy a köpetet a gégeből gyorsan eltávolítsa. A köhögést tehát tüdőbajokon csakis akkor szabad csillapítani, ha a beteget erejénél fogva hányásra ingerli, avagy éjjeli nyugalmát zavarja. *A köhögésellenes orvosságok csak arra szolgálnak, hogy a gégetuberculosis minél hamarabb kifejlődjék.*

Lermoyez tanár súlyos dysphagia esetén ennek megszüntetésére ajánlja a tracheotomiát. A kezdeti gégejavulással arányban a műtét után eleinte a dysphagia is javul, de ugyanezt sokszor alaposabban elérhetjük a perineuralis alkohol-injectiókkal. A curativ tracheotomiának csakis az esetekben van létjogsultsága, ha e műtétet a gége erélyes kezelése követi. Tehát nem curativ czélból végzett légszömetszés, hanem a gégetuberculosis további gyógyításának a biztosítására végzett műtét. A leghelyesebben *kényszertracheotomiának* nevezhetjük. Ott kell megejtenünk, a hol az erélyesebb gégekezelésre esetleg beálló reactiv duzzadás a fulladás veszélyével járhat. De még a kényszertracheotomiánál is, hacsak lehetséges, siessünk a légszömnyílás bezárásával, nehogy a tüdők romlása nagy fokot érjen el. Az erélyesebb gégekezelés alatt az előadó elsősorban a galvanocaustikát és a laringofissiót érti, minthogy az egyszerű ecsetelések úgyszólván semmit sem érnek; még aránylag legtöbb eredményt láthatni az ulsanintól és phenolum natrio-sulfuricumtól, de az ecsetelésekkel ne vesztegesük el haszontalanul a drága időt.

PÁLYÁZATOK.

A budapesti állami gyermekmenhely sebészeti osztályán megüresedett másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdet. Az orvosdoktori oklevél másolatával s esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelt és a népjóléti népbiztos urhoz intézett folyamodványok 1919 április hó 10.-éig a budapesti állami gyermekmenhely igazgatóságához (Budapest, X., Üllői-ut 86.) nyújtandók be.

Jelenlegi javadalmazás: 12 korona napidíj, ételmezés és lakás természetben.

Budapest, 1919 márczius hó 28.-án.

Szana Sándor dr. s. k., igazgató-főorvos.

2172/1919. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásában fekvő Pilis-vörösvári körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az orvosi kör áll Pilisvörösvár és Pilisszentiván községekből. A kör székhelye Pilisvörösvár.

Az állás javadalma:
1600 kor. törzsfizetés a törvényszerű korpótlékokkal.
800 kor. lakbér.
432 kor. utiátalány.

A kör két községének elválasztása és esetleg külön-külön községi orvosi állás szervezése folyamatban van és amennyiben ez megtörténne, a megválasztott körorvos a körből Pilisszentiván község kikapcsolásáért semminemű kártérítést nem igényelhetne.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és az eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérésüket hozzám folyó évi április hó 22.-éig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket nem vehetném figyelembe.

A választást folyó évi április hó 24.-én d. e. 10 órakor fogom a Pilisvörösvári községházán megtartani.

Pomáz, 1919 márczius 19.

A h. főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Fogorvossal társulna fogtechnikus

kinek teljes orvosi és technikai felszerelése van.

Ajánlatok:

Fekete festéküzletébe, VII., Dohány-utca 74. kérek.

THYOMALT HAAS

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

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

Javalva: a légzőszervek összes hurutos bántalmainál.

Mintaadaggal és irodalommal szívesen szolgál a készítő:

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

30 év óta fennálló, kiválóan hasznosító

Gyógyintézet

Pörtschach, Wörther-See mellett

teljesen berendezve, az eddigi tulajdonos visszavonulása miatt orvosnak bérbeadatik. Szíves ajánlatok „Gesicherte Zukunft” jelige alatt a következők címre küldendők: Eduard Braun, Annoncenexp. Wien, I., Strobelgasse.

Orvosi műszereket, rendelő-butorokat

(autogén-heggesztéssel) a legkényesebb igényeknek megfelelően, elsőrangú kivitelben és leggyorsabban készít saját gyárában

Wessely István és Társa Utóda NAGY KÁROLY FRIGYES

orvosi műszerész-cég

IV., Kigyó-tér 1. Telefon 6-86.

Arajánlattal mindenkor készséggel szolgálunk.

ANAEMIA

CHLOROSIS, NEURASTHENIA

IDEGES KIMERÜLTÉG, TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK
FEJLŐDÉSI VISSZAMARADOTTSÁG, GYERMEKÁGYAS ÉS
SZOPTATÓ NŐK VÉRSEGENYSÉGE ESETÉBEN



TONIKUM

NEUROTICUM

STOMACHICUM

HAEMODINAMICUM

ROBORANS

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

HIMLŐNYIROK.

Szérumok

Typhus, cholera, tetanus,
meningitis, diphtheritis,
gonococcus,
streptococcus,
staphylococcus stb.
fertőzések ellen.

Védőoltóanyagok
(Vaccinák)

Telefon 20-19.

Sürgőnyozim: Pápay-oltóintézet.

A Lilienfeld pótberendezések és Röntgen: „Radio-Silex“ a kombinált Lilienfeld-

készülékek magyarországi egyedárúsítója

Ericsson magy. villamo sági r.-t.
ezelőtt: Deckert és Homolka

Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Röntgen-csővek, lemezek stb. állandóan raktáron.

FLUORIN KISS

Pastillánként 0.5 gr. Zincum Sulfuricum, Natr. Chloratum, Cuprum Sulfuricum és 1.5 gr. Alumen Crudumot tartalmaz.

Üvegfiolákban 20—20 pastilla.

A fluor albus kezelésénél kényelmes és pontos adagolásánál fogva hiányt pótló készítmény.

Készíti: KISS A. ANDOR GYÓGYSZERÉSZ

Budapest, Fortuna-gyógyszertár
VII., Dob-utca 80. szám. — Telefon József 13—34.

Injectiones Cri

Az injectió therapy célját szolgáló használatra kész steril oldatok. Leírások és minta bérmentve. — Speciallaboratorium

ERI, Rózsavölgyi Imre, Budapest, VI., Aréna-ut 124. sz.

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.

Haberern J. Pál: Adat a húgyhólyagnak a háborúban észlelt lövési sérüléseire. 165. lap.
Pfeiffer Ernő: Adatok a kankós vesemedenczelob kórtaéhoz és kezeléséhez. 167. lap.
Ötvös Ervin: A súlyos béhurut bizonyos alakjairól és ezek kezeléséről. 170. lap.
Irodalom-szemle. Lapszemle, Belorvosian. Davidson: A fehérjevizelés nélküli heveny

vesegyuladás. — Schittenhelm: A dysenteria serumkezelése. — Gyermekgyógyászat.
H. Koepe: A gyermek koponyájának kopogtatása. 172—173. lap.
Magyar orvosi irodalom, 173. lap.
Vegyes hírek. 173. lap.
Tudományos Társulatok. 174. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adat a húgyhólyagnak a háborúban észlelt lövési sérüléseire.

Közli: Haberern J. Pál dr.

A világháború folyamán a hólyag lövési sérüléseire vonatkozólag részben érdekesebb casuistikai közlemények, részben nagyobb anyagon történt megfigyelés alapján nyertünk betekintést. A hólyag lövési sérüléseivel a békében alig találkozunk. Legtöbbször tökéletlen revolverlövéstől eredő volt a lövedék, melynek átütő ereje csekély. Különben is a hólyag anatómiailag eléggé védett helyzetben van a medencze-gyűrűben. A békében észlelt hólyagsérülések eseteit *Kielleuthner* körülbelül 50-re fészli. *Kocher* osztályán 32 év alatt 9 ilyen esetet észleltek.

A húgyhólyagnak a háborúban észlelt lövési sérüléseiről összefoglalólag értékesen foglalkozik *Kielleuthner* nagy gondal összeállított közleménye. Megemlékezik a Napoleon-háborúban *Larrey* és *Domarquay* ismertetéséről, a krimi hájáról *Heuel* irta dissertációjáról. *Otis*-nak az északamerikai háború sérüléseinek statisztikája szerint az összes sérülteknek 0.05%-a vonatkozott a hólyagra. *Fischer* az 1870.—1871.-i háborúban német részről körülbelül ugyanilyen százalékarányt talált. *Stevenson* a búr háborúban 0.09% hólyagsérülést vett fel. Azután áttér *Kielleuthner* az újabb háborúkra, erre vonatkozólag az eredeti közleményre utalok. Ezen cikkének megírásáig, 1916 április elejéig, a jelen világháborúban a szerző 47 hólyaglövési esetet figyelhetett meg közelebbről. Ezek alapján állítja össze tanulmányát. Tanulságosan foglalkozik az anatómiai és kórbonczolástani képpel, a hólyaglövések beosztásával, tünettanával, az intra- és extraperitonealis hólyaglövések terapiájával, a hólyagsipolyok és idegentestek kezelésével, kórjóslatával és statisztikájával. E tekintetben a jelen nyomdatechnikai viszonyok miatt megint csak az eredeti közleményre utalhatok, mint igazán nélkülözhetetlen tanulmányra, mely kimerítő és mindenről tájékoztató. S mert esetem *Kielleuthner*-nek azt a véleményét, hogy a hólyag lövési sérülései az urogenitalis apparatus legérdekesebb háborús sérülései közé tartoznak; közlöm szintén az 1916. év első felében észlelt egyik idevonatkozó esetemet.

Esetünket érdekességén kívül azért sem fölösleges közölni, mert mutatja, hogy a háborús sérülések következtében elintézendő tömeges beteganyag mellett milyen hosszadalmas úton és módon kerülhet a beteg végre a megfelelő diagnózis s így megfelelő gyógyulás alá. A gyorsabban s pontosan felállított diagnózis s megkezdett helyes kezelés a beteget meg-megújuló szenvedéstől kímélhette volna meg és az egyén-

nek munkaképességét rövidebb időn belül adhatta volna vissza. A sérülés utáni tünetek urogenitalis sérülésre voltak jellemzőek, később mindenütt mint sacralis lövés szerepelt a hólyagra való reflexiók nélkül. Ekkor is előző Röntgen-próbálkozások, végül a cystoskopos körjelzés alapján műtét és gyógyulás.

J. Kl. (k. u. k. Feldhaubitz-R. Nr. 15, 3. Batt.), újpesti születésű, 26 éves tűzmester, 1916 február 15.-én *vulnus sclop. dorsi regionis lumbalis* diagnosissal vétetett fel a cs. és kír. Augusztá-barakkórház egyik sebészeti osztályára. (Nr. des Krankenzugangsprotokolls 249, Zimmer Nr. 13/6, Bett 1120.)

Anamnesis. Az intelligensebb, magát jól megfigyelő betegnek anamnestikai adatait részletesebben közlöm, mert részleteiben is tanulságosak. Megsebesült 1915 december hó 31.-én Galicziában, a Strypa folyó mentén, délután 1/23-kor gyalogsági támadás közben. Baloldalt dereka körül erős ütést érzett, amelynek következtében jobb oldalra tántorodott. Nem esett el egészen, csak félig eldőlt. Nagy fájdalmakat érzett hasüregében s főhadnagya egy 10 lépésnyire fekvő parasztház szobájában (*Knidanow* falú) lefektette és itt a nem vérző sebet bekötötte. Vizelet-ingere nem volt; 1/4 óra múlva kocsin elvitték, először ülve, azután fekvő. Nagy tüzelés miatt a falú végén egy órát állniok kellett. Erre az ezredtrainhez vitték, ott másik kocsira fektették, hogy a segélyhelyre vigyék. Eközben háromszor vizelt, először ingerrel, azután észrevehető inger nélkül. Mind a háromszor tiszta vér ürült s a két utóbbi vizeletkor dült a vér magától, inger nélkül.

A segélyhelyen 5 percig várt, míg az orvos lágy katéterrel megcsapolta s nagy mennyiségű vért bocsátott ki. Éjjel nagy fájdalmak között ismét vért vizelt.

Másnap elvitték Monastercicka városba, sebesült-gyűjtő állomásra, ott sebet átkötötték.

Délután megint megindult a vér az ágybanfekvése alatt. Este kórházvonattal a stanislai kórházba vitték, ahol megfürdetés után jégtömlőt kapott 4 napig, miközben rázóhidegei voltak és lázas lett, de a vérzés megszűnt s fájdalomai csillapodtak. Itt, Stanisluban, 9 napig fektűt; nem kathetereztek, mert a vizelet feltisztult. Fájdalmi nem igen voltak, de vizelet közben a vizelet gyakran elakadt.

Ezután a sátoraljúj helyi megfigyelőben körülbelül öt hétig fektűt, ezalatt véreset nem vizelt, csak akadozott a vizelet; itt sem részesült különleges helyi vagy általános kezelésben. Onnét a dohánygyári beteg-nyugvóállomásra helyezték s itt 8 napig volt, belsőleg porokat kapott s mert lábai fájtak, villanyozták.

Február 15.-én az Augusztá-barakkórházba (katonai parancsnok *Byck* főorvos) került a következő jelen állapottal: Bemeneti nyílás a baloldali synchondrosis sacroiliacának megfelelőleg, kimeneti nyílás nincs. Vizeletkor fájdalmakról tesz említést.

Röntgen-lelet 1916 február 16.-án: A kis medence-üregben jobboldal felé, közel a középvonalhoz gyalogsági lövedék. A lövedék a háti felszínhez közelebb (lásd 1. Röntgen-ábrát) a hiatus canalis sacralissal egy magasságban, de az előtt fekszik.

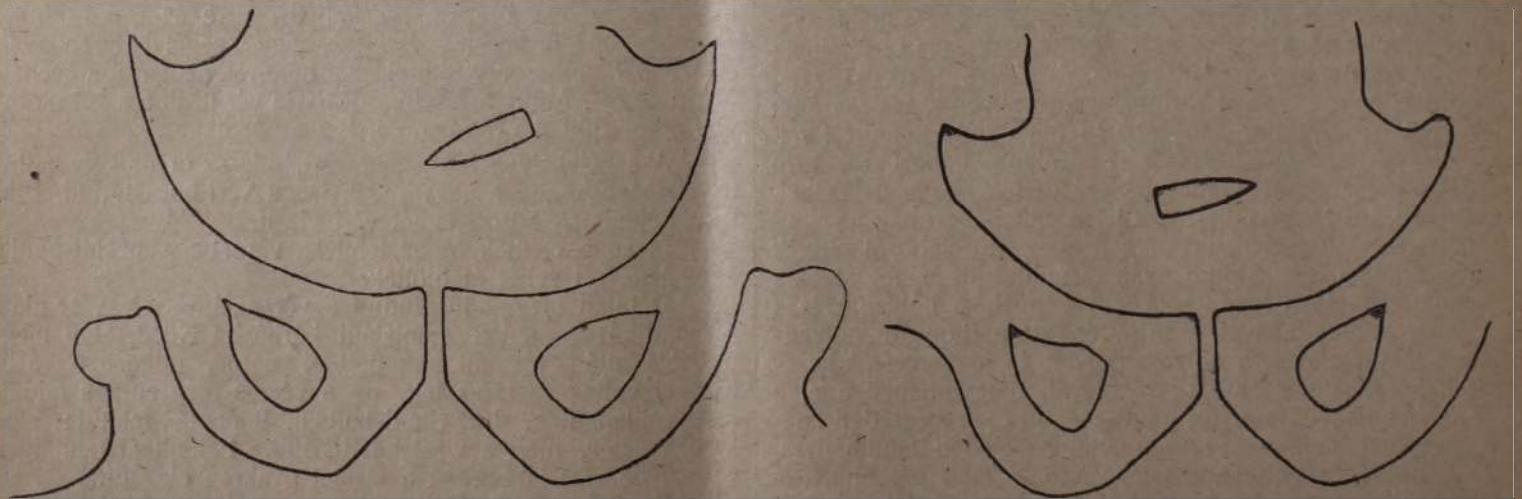


A Röntgen-felvételek, melyeket *Hajnik Emil* dr. ezredorvos készítette, valamennyien ventralsdorso irányban készültek.

A ventralsdorso irányban készült Röntgen-képek szerint a golyó helyzetét változtatva megfordult olyképp, hogy a golyó hegye változtatott irányt, de a magasság, melyben a lövedék fekszik, körülbelül azonos. Magassága megfelel a hiatus canalis sacralis magasságának (helyzetváltozás).

A beteg közérzete jó, láz nincs, pulsus 74. Peritonealis izgalmi tünetek nincsenek. Gyakori székelés. Végbélvizsgálatkor azonban rendellenesség nem található.

1916 április 4.-én láttam először, mint a kórház consiliarius sebésze, az esetet. Midőn a szakorvosokkal a Röntgen-lelet alapján a golyó pontos elhelyezését mérlegeltük, elsősorban feltétlenül cystoskopos vizsgálatot kívántam végezni. E cystoskopos vizsgálat alkalmával a hólyag fundusán elhelyezett, szabadon fekvő orosz gyalogsági, úgynevezett Spiessgeschoss képét találtam.



A képet az osztályon működő *Gerlóczy Géza* dr. segédorvosnak mint rajzolóknak és festőnek mutattam be, aki a cystoskop megfelelő beállítása után a színes vázlatot elkészítette és azután annak kidolgozása is természetűséggel sikerült. A golyónak színes képét *Gerlóczy* dr. szintén elkészítette, eszerint a golyó felszínével a hólyag üregébe néző felületén oxydatiós rajzolatot mutatott, a hólyag falán nyugvó és ezzel érintkező felületével pedig sima, fényes képet adott, mintha csiszolt volna ez a felület. (Lásd a mellékelt ábrákat.)

Ezt azért emelem ki különösen, mert a különböző időben felvett Röntgen-képek szerint a golyó a helyzetét változtatta;

ezen lelet szerint a *golyó sohasem fordult meg teljesen* a hossz tengelye körül (nem gurult tovább), hanem minden mozgáskor a hólyagür felé néző felülete ugyanaz maradt, a hólyagfalra fekvő és azzal érintkező felülete szintén. Ezen megfigyelés a *hólyag izomműködésére* s az idegen testekkel szemben tanúsított viselkedésére tanulságos.

Április 17.-én sectio alta. Helybeli érzéstelenítés mellett



minden szövődmény nélkül végeztem s a szabadon fekvő golyót eltávolítottam a hólyagból. A hólyagot azonnal összevarrtam, mert a cystitisnek semmi különösebb jele nem volt kimutatható.

Április 25. A varratok eltávolítása, a seb primam gyógyult, teljesen láztalan lefolyás.

A *Zeitschr. f. Urol. XII. kötetének most megjelent 10. füzetében Blum Viktor Geldbörsenschüsse stb. cím alatt megjelent közleményében a hólyagba jutott metallikus idegentestek baktericid hatásáról közöl érdekesebb eseteket.*

Két esetében a fémtest súlyos cystitis nélkül, incrustatiótól mentesen hetekig, sőt hónapokig feküdt a hólyagban.

Az irodalomból is ismerünk eseteket, melyekben kézfegyver-lövedékek nem incrustálva, teljesen simán távoztak el a húgycsővön át. Blum legmarkánsabb esetében 2 1/2 év előtt a hólyagba jutott gránátszilánkot talált hólyagtükörrel, fényesen és simán, minden incrustatio nélkül, cystitisnek nem találta a

nyomát s állítólag a vizelet is mindig tiszta volt. Blum ezek alapján azt hiszi, hogy ezen metallikus idegentestek baktericid tulajdonságokkal bírhatnak, melyek egyrészt a súlyosabb hólyaglob kifejlődését, másrészt az ammoniakális vizeleterjedés kifejlődését akadályozzák meg, mely utóbbinak következtében az idegentest gyorsan incrustálódhatnak.

Esetünkben a sima, nem incrustált és cystitist nem okozó lövedék 4 hónapig volt a hólyagban.

Tekintve azt, hogy a beteg időközben néha alsó végtagjaiban szaggató, bár múltó fájdalomról panaszkodott, hogy a keresztcsont mellett behatolt lövedék okozta idegsérülést

kizárhassuk, *Donáth* tanár idegletét kértük. Véleménye szerint „spinalis bántalom nem mutatható ki. A hasreflexek egy részének kiesése peripheriás eredetű, valószínűleg a hasizmok vagy idegeiknek sérülése következtében. Az alvégtagok némi gyöngesége az általános gyöngeségtől ered. A bokaizombeli fájdalom rheumás eredetű.”

A május 27.-én, a teljes gyógyulás után megejtett cystoskopos vizsgálatkor azt találtam, hogy a hólyag kapacitása bőséges. A hólyag általában normalis erezetű, az ureternyílások rendes helyen, abnormitás nélkül. A hólyag helyenként nagyon kifejezetten trabecularis, fundusán helyenként kissé belövelt; itt-ott egy-egy apró tapadó nyálkacszafat. Hegnek nyoma, mely a golyó behatolásának helyére engedne következtetni, a legszorgosabb vizsgálattal sem található.

Az Isonzo-hadsereghez 1916 június 1.-én történt áthelyeztetésem miatt a különben teljesen megerősödött beteget ezentúl nem láttam. A beteg 1916 július 22.-én hozzám intézett soraiban jelenti, hogy teljesen kifogástalan egészségben vonult be a póttéséhez Eperjesre.

Ez az esetünk is kirívó példa arra vonatkozólag, hogy a háborús tömegkezelésnél egyrészt, másrészt az egészségügyi intézletről a másikba való gyorsan váltakozó áthelyezések közben az anamnestikai adatok lényegesebb mozzanatai elmosódnak, s mint a mi esetünkben, az urológiai sérülésre kirívóan gyanus eset a kórházból-kórházba való áttétele folytán már egyszerűen mint a keresztcsont lövési sérülése szerepel s a kezelés is inkább az alsó végtagok, esetleg a keresztcsont lövésével összefüggő következményes idegfájdalmak ellen irányul, pedig ennek alapja is csak csúzos jellegű volt. Végre az anamnesis szorgos előkeresése, a tünetek újabb mérlegelése helyes irányba terelték a kórjelzést és ezzel a kezelést. Ezeket az eseteket a kórjelzés elterelődésével jelölhetnők.

Élénken emlékszem hadikórházamban (Budapest, Áldás-utca) „felfedezett” egy esetemre, mely idősebb népfelkölőre vonatkozik. A beteg hosszú időn át különböző helyeken fordult meg a gát lövési sérülésének diagnosizálásával. A beteget megvizsgálva, a gát baloldalán egy a hólyaghoz vezető sipolyt találtam, melyen át időnként vizelet ürült s mely sipoly nyílása a gát baloldalán a húgycső mellől kiinduló, ferdén lefelé a bal ülőgumó irányába eső hegben volt elhelyezve. Kiderült, hogy 6 éves korában a pesti szegénygyermekórházban hólyagkő eltávolítása céljából az akkor az esetek túlnyomó számában szokásos oldalsó gátmetszést végezték rajta és a heg azóta többször begyógyulni látszott, hogy rövid idő múlva újra felfakadjon.

Ezek azok az esetek, melyek kórházról kórházra jártak. E felületes diagnosizok megtételéhez hozzájárulhatott az is, hogy az orvos nem tudhatott minden betegével anyanyelvén beszélni, ami azonban nem enyhítő körülmény.

Irodalom. *Kielleuthner*: Ueber Schussverletzungen der Harnblase. *Brunns'* Beitr. z. klin. Chir., 1916, 100. köt., 5. füz. — *Kappis*: Ein bemerkenswerter Fall von Blasenschuss. Münch. mediz. Wochenschr., 1915, 5. sz., Feldärztl. Beil. — *Goldberg* (Wildungen): Beitrag zur Kenntnis der Blasenschüsse. Zeitschr. f. Urol., 1915, 10. füz., 361. old. Ref. im Zentralbl. f. Röntgenstr., 1917, 7. sz., 271. old. — *Petermann*: Ueber Bauchverletzungen im Kriege. Med. Klinik, 1917, 11. sz. — *Pegger*: Ein Beitrag zu den Schussverletzungen der Harnblase. Med. Klinik, 1917, 32. sz. — *Kraske*: Ueber Bauchschüsse. Münch. med. Wochenschrift, 1915, 22. sz. és 39. sz., Feldärztl. Beil. — *Stutzin-Gundelfinger*: Kriegsverletzungen des Urogenitalsystems. Deutsche med. Wochenschr., 1917, 7.-8. sz. — *Pitzner*: Két shrapnellgolyó okozta hólyaglóvési eset. Münch. med. Wochenschr., 1914, 45. sz. — *Haberer* (Innsbruck) casuistikus bemutatása. (Ref. Wien. klin. Wochenschr., 1915, 27. sz.)

Adatok a kankós vesemedenczelob kórtanához és kezeléséhez.

Irta: *Pfeiffer Ernő* dr., műtőorvos-urologus.

A gonorrhoeás pyelitis kórtana, nemkülönbön kezelése az urológia kevésbé tisztázott fejezetei közé tarozik. Hisz még arról is eltérők a vélemények, vajjon gyakori vagy ritkább affectióval állunk-e szemben. Oka ennek egyrészt a szabatos diagnosiz nehézségeiben kereshető, másrészt bizonyára a megbetegedés benignitásában. Az elmosódó tünetek elvesznek

más ismertebb symptoma-complexumok mögött. Azonban a benignitas csak relativ; függ elsősorban a szervezet ellenálló-képességétől, s a háború, mely a szervezetet munkabírásának végső határáig terheli meg, lassankint megőrli ellenálló képességét s ezzel karöltve jár a megbetegedésnek egészen megváltozott képe. A gonorrhoea a békében complicatióival aránylag szűk körben mozgott. Akkor is meg volt található az általános vonás, hogy a szövödmények főleg debilis egyéneken fejlődtek, de — a localis complicatiókról, mint prostatitisről, epididymitisről stb. nem szólva — az úgynevezett általános szövödmények, mint vesemedenczemegetedések, arthritisek, szívbillentyűbántalmak stb., a kankós megbetegedések nagy számát véve tekintetbe, ritkább esetekben jelentkeztek, vagy legalább ritkábban diagnosizáltak. Nem így a háborúban. Bár nem rendelkezünk még kellően feldolgozott statisztikai anyaggal, az általános tapasztalat mutatja, hogy a harcztéri kórházakban mindezen szövödmények rendkívül megsaporodtak. Ugyanez vonatkozik a symptomák intenzitására is, s vice-versa a gyógyulási tendenciára, mely sok esetben a leghatásosabb terapia mellett is hiányzik.

Mikor január hó elején átvettem a lemergi II. tartalék-kórház urológiai osztályának vezetését, egész sereg makacs, minden therapiával daczó cystopyelitis megbetegedés jutott örökségemül, melyek kórházunk állandó ballasztját alkották. Tehetetlenül állván velük szemben, megragadtuk az alkalmat *Gross* bécsi tanár methodusának, a neosalvarsanos injectióknak kipróbálására. Mielőtt kísérleteink eredményeinek s a velük kapcsolatos kórtani adatoknak részletezésébe fog-nánk, röviden előrebocsátjuk a kórtörténeteket.

I. S. F. káplár, 31 éves, kovács. Előzőleg pár napig a 607-es tábori kórházban volt. Gyakori vizeles-ingere miatt vétette fel magát. Jelen állapot: Közepesen fejlett egyén. A tüdő és szív normalis. Az alhas nyomásra érzékeny. Kevés nyálkás húgycsőváladék. Mikroskopi lelet: Gonococcus +, genyesejt ++, epithelsejt +, számos diplobacillus. A vizelet mindkét részben átlátszatlan, zavaros. A beteg átlag 10-15 percenként vizelet. A vizeletben fehérje +++. Február 12.-étől február 17.-éig állapot változatlan. A peracut hólyaghurut miatt a cystoskopiótól tartózkodtam. Február 18.-án neosalvarsan-injectio (0.15). Február 20.-án a tenesmus megszűnt, a vizelet szépen tisztul. 6 injectio után — utolsó kettő 0.30 gr. — a vizelet teljesen tiszta, fehérjereactio negativ, üledékben kevés genyesejt és hámsejt. Márczius 13.-án a beteg egészségesen távozik.

II. R. S., 22 éves. Felvétetett 1917 december 8.-án. Állítólag egy év előtt volt kankója, mely hosszú ideig kezelte. Kórházunkból 3 hónappal ezelőtt távozott mint egészséges. Gyengén fejlett, sápadt egyén. Húgycsőváladék genyes-nyálkás. Mikroskopi lelet: Gonococcus —, genyesejt +, epithel +, számos bacterium. A vizelet mindkét része zavaros. Gyakori vizeles-ingere. Diagnózis: Cystitis acuta. 1918 január 8.-án vettem át a beteget. Allapot változatlan. Hólyaginstillatiók hatás nélkül. Cystoskopiába nem egyezik. Január 22.-én neosalvarsan 0.15 gr. Január 14.-én a vizelet I. része zavaros, II. része tiszta. Neosalvarsan 0.15 gr. Január 25.-én a vizelet I. része zavaros, II. része tiszta. Január 26.-ától február 2.-áig K. H. öbl. prostata-massage. Február 2.-án a vizelet I. része zavaros, II. része kissé zavaros. Felhagyunk a localis kezeléssel s új neosalvarsan-injectio 0.15. Február 3.-án a vizelet I. része tiszta, II. része tiszta; február 6.-án neosalvarsan 0.15. Február 7.-én a vizelet I. része tiszta, II. része tiszta. Február 15.-én a vizelet teljesen tiszta, fehérje negativ. A beteg jól érzi magát s gyógyultan távozik.

III. B. M., 18 éves. Felvétetett 1917 december 9.-én. Allítólag sohasem közöskült. Gyakori vizeles-ingere, vizeles végén pár csepp vér. Sápadt beteg. Szív, tüdő rendben. Húgycsőváladék nincs. Vizelet mindkét részben zavaros, kissé véresen festenyzett. Üledék mikroskopi lelete: Gonococcus —, leukoc. ++, epithel +, kevés bacterium, versejtek. Prostata kissé megnagyobbodott. Diagnózis: Cystitis, haematuria terminalis, prostatitis subac. (gon.?). 1918 január 29.-én vettem át a beteget. A vizelet I. része zavaros, II. része zavaros. Fehérje +, üledék: gonococcus —, sok fehérvérsejt, kevés hámsejt és versejt, sok bacterium. Cystoskopia. A hólyag nyálkahártyája a trigonum táján belövelt, fel-lazult, a hólyag egyéb részén alig változott. Vesevizelet jobboldalt tiszta, átlátszó, baloldalt kissé zavaros. Labor. vizsgálat (*Freund* dr. főorvos): Jobboldalt normalis, baloldalt kevés fehérje, kristályok és számos különféle bacterium. Január 30.-án neosalvarsan 0.15. Hat injectio után vizelet teljesen tiszta, fehérje negativ. A beteg február 20.-án gyógyultan távozik.

IV. G. R., önkéntes, 19 éves. Felvétetett 1917 október 21.-én. Akkori anamnesis szerint már régebben volt nálunk kezelésben, innen Bécsbe került, a grinzingi hadikórházba, honnan szeptember 7.-én elbocsátották. Kifolyása azonban hamarosan újra jelentkezett. Húgycsőváladék genyes, nyálkás. Mikroskopi lelet: Gonococcus +, leukoc. ++, epithel +. A vizelet I. része zavaros, II. része kevésbé zavaros. Pro-

stata megnagyobbodott. **Diagnosis:** Gon. tot., prostatitis, epidid. chron. Január 14.-éig kezeltetett, ekkor került hozzám. Halvány, gyengén fejlett egyén. A vizelet mindkét részben erősen zavaros, fehérje ++, üledékben gonococcus ++, leuk. ++, epithel +. Prostata alig megnagyobbodott. Január 30.-án az állapot változatlan, erős vesetáji fájdalmak. Január 31.-én cystoskopia. Hólyag kapacitása normalis. Trigonum belővelt, nyálkahártya duzzadt, a hólyag többi részén alig változott. A vesevizelet mindkét oldalt zavaros. Indigocarmin mindkét oldalt körülbelül 15 percze (retardált). Labor. vizsgálat (*Freund dr.*): Mindkétoldalt fehérje erősen pozitív ++, vesehámszejtek. Gonococcus jobboldalt +. Tuberculosis mindkétoldalt negatív. Február 2.-án neosalvarsan 0.15. Öt injectio után a vizelet teljesen tiszta, fehérje negatív. Február 28.-án a beteg gyógyultan távozik. Április 14.-én kontrollvizsgálat, a vizelet teljesen tiszta, egészséges.

V. R. A., 24 éves. 1917 október 27.-én került kórházunkba acut kankóval. Húgycsőváladék: Gonococcus +, leuk. ++, epithel +. A vizelet mindkét portiója zavaros. November 30.-án epidid. gon. jelentkezett, vaccinakezelés. Január 10.-én vettem át a beteget. Mellékheregyuladás visszafejlődött, prostata normalis. A vizelet mindkét része piszkos-halványan zavaros. Üledék: Gonococcus +, leuk. ++, epithel +. Egyelőre nyugalom, tea, urotropin stb. Január 15.-én status idem. Cystoskopi vizsgálat. Hólyag kapacitása normalis. Trigonum belővelt, nyálkahártya kissé duzzadt, hólyag egyéb részein nincs elváltozás. Vesevizelet jobboldalt zavaros, baloldalt tiszta. Laborat. vizsgálat (*Freund dr.*): Baloldalt normalis, jobboldalt fehérje +, sok, részben degenerált vesehámsajt, számos bacterium, közöttük intra- és extracelluláris gonococcus. **Diagnosis:** Cystopyelitis gonorrhoeica. Január 29.-én neosalvarsan 0.15. Öt injectio után a vizelet valamivel tisztább, fehérje -, különben változatlan. Helybeli kezelés. Február 21.-én új series neosalvarsan-injectio, hasonlóan sikertelenül. Március 4.-én a beteg a hátulso országrészbe kerül.

VI. S. S., 20 éves. Kórházunkba 1917 október 17.-én került, acut kankóval. Húgycsőváladék: gonococcus +, leukoc. ++, epithel +. Állapota nem javul. 1918 január 10.-én vettem át a beteget. A vizelet mindkét részben halvány, átlátszatlan, zavaros. Vesetájék érzékeny. Január 16.-án cystoskopia. Hólyag kapacitása rendes. Trigonum belővelt. Vesevizelet zavaros mindkétoldalt. Laborat. vizsgálat: Jobboldalt fehérje ++ (0.45^{0/100}), kevés hám, gonococcus +, tuberculosis -. Baloldalt fehérje +, kevés hám, sok bacterium. Gonococcus -, tuberculosis -. **Diagnosis:** Cystopyelitis gonorrhoeica. Január 17.-én neosalvarsan 0.15. A vizelet 5 injectio után nem változik. Február 13.-án új sorozat neosalvarsan 0.15, majd neosalvarsan 0.30 kétszer. Március 4.-én a vizelet I. része zavaros, II. része tiszta. Administratív okokból a beteg a mögöttes országrészbe kerül.

VII. F. J., 28 éves. Kórházunkba 1917 szeptember 23.-án került acut kankóval. A vizelet I. és II. része zavaros. A prostata megnagyobbodott. A húgycsőváladék mikroskopi vizsgálata: Gonococcus +, leukoc. ++, epithel +. Szeptember 24.-étől kezdve egyfolytában részessült kezelésben minden eredmény nélkül. 1918 január 25.-én került hozzám. Prostata alig duzzadt, a vizelet mindkét része piszkos, zavaros. A váladékban gonococcus kimutatható. Cystoskopiába nem egyezik. **Diagnosis:** Cystopyelitis, gonorrhoeica. Január 28.-án neosalvarsan 0.15 gr. Öt injectio után, február 9.-én a vizelet I. része zavaros, II. része tiszta. A helyi kezelést folytattuk, március 22.-én gyógyultan távozott.

VIII. J. J., 36 éves. 1917 november 1.-én került osztályunkra cystitis gonorrhoeica diagnosissal; ezelőtt egy hónappal távozott ugyaninnen, állítólag gyógyultan. A vizelet mindkét része erősen zavaros, gyakori vizelés-inger. Húgycsőváladék nyálkás. Mikroskopi vizsgálat: Gonococcus -, leukoc. +, epithel +. Fekvés, tea, urotropin stb., később hólyagmosások stb. A kezelés dacára állapota nem javul. Január 10.-én cystoskopi vizsgálat. Hólyag kapacitása normalis; részben trabecularis hólyag, trigonum erősen belővelt, a nyálkahártya duzzadt. A hólyag többi része kevésbé elváltozott. Vesevizelet mindkét oldalt zavaros. Laborat. vizsgálat (*Freund dr. főorvos*): Fehérje +, üledékben sok leukocytá, kevés vesehámsajt és különféle bacterium. Gonococcus, tuberculosis -. **Diagnosis:** Cystopyelitis. Január 12.-én neosalvarsan 0.15 gr. Négy injectio után a vizelet teljesen tiszta. Azonban pár nap mulva a vizelet ismét zavaros. Helyi kezelés, majd február 23.-án új neosalvarsan-series. Azonban csak a vizelés-inger szűnt meg, a fehérje negatív maradt, azonban a vizelet nem tisztult fel. Minthogy a beteg különben jól érezte magát, s a gonococcus-lelet állandóan negatív maradt, bacteriuria diagnosissal március 29.-én távozott.

IX. R. J., 22 éves. 1917 október 14.-én vététt fel kórházunkba. **Diagnosis:** Gonorrhoea acuta ant. et. post., prostatitis gon., cystitis, epidid. gon. Váladékvizsgálat: gonococcus +, leukoc. ++, epithel +. Vizelet mindkét része erősen zavaros. Tea, urotropin, ülőfürdők, vaccina stb. kezelés folytán a prostata- és mellékheregyuladás visszafejlődött, de a hólyaghurut tünetei nem változtak. 1918 február 14.-én került hozzám. A vizelet I. és II. része zavaros; vizelés-inger; üledékben gonococcus +. Február 15.-én cystoskopia. Hólyag kapacitása körülbelül 200 gr. Trigonum belővelt, duzzadt, különben a nyálkahártyán nincs jelentős elváltozás. Vesevizelet jobboldalt zavaros, baloldalt tiszta. Labor. vizsgálat (*Freund dr. főorvos*): Jobboldalt fehérje +, sok hámsajt, különféle, de nem sok bacterium; gonococcus -. Baloldalt fehérje -, nincs üledék. **Diagnosis:** Cystopyelitis. 1918 február 17.-én neosalvarsan. Minthogy 6 injectio után, a 0.15 gr., a vizelet feltisztult ugyan, de nem tökéletesen, pár nap mulva újra 3 injectio a 0.3 gr. Március

23.-án a vizelet teljesen tiszta, fehérje negatív, gonococcus negatív, a beteg gyógyultan távozik.

X. H. G., 29 éves. 1917 november 26.-án került a 909. szmáu tábori kórházba acut kankóval. Deczember 6.-án került kórházunkba acut hólyaghuruttal. Állapota nem javul. 1918 január 19.-én vettem át a beteget. Húgycsőváladék kevés. Mikroskopi vizsgálat: Gonococcus +, leukoc. ++, epithel +. Cystoskopiába, sajnos, nem egyezik. Január 21.-én neosalvarsan 0.15. Négy injectio után január 26.-án a vizelet teljesen tiszta. Január 30.-án váladék: Gonococcus -, leukoc. ++, epithel +. A második rész teljesen tiszta, első rész alig zavaros. Február 3.-án még egy neosalvarsan 0.15 gr. Február 4.-én a vizelet teljesen tiszta; továbbra sem változik. Február 15.-én gyógyultan távozik.

XI. M. M. önkéntes, 21 éves. 1917 szeptember 10.-én került kórházunkba subacut kankóval. Akkori **diagnosis:** Gon. ant. et. post., prostat. subacuta. 1918 január 10.-én vettem át a beteget. Kevés húgycsőváladék, mely genyes-nyálkás. Mikroskopi vizsgálat: Gonococcus +, leukoc. ++, epithel +. A vizelet mindkét része piszkos, zavaros. A prostata alig nagyobbodott. A beteg vizelés-ingerről panaszkodik s vesetáji fájdalmakról, különben is erősen debilis egyén benyomását teszi. Január 19.-én cystoskopi vizsgálat: Hólyag kapacitása normalis, a hólyagnyálkahártya a trigonum táján erősen belővelt, a hólyag egyéb részén alig változott. A vesevizelet mindkétoldalt szintelen, zavaros. Indigocarmin-reactio jobboldalt 12, baloldalt 15 perc alatt pozitív. Labor. vizsgálat (*Freund dr.*): Mindkétoldalt fehérje ++, genyesejtek és gonococcusok, kevés vesehám. Tuberculosis -. **Diagnosis:** Cystopyelitis gon. Január 30.-án neosalvarsan 0.15. Február 2.-án váladékvizsgálat: gon. -, leukoc. +, epithel +, a vizelet valamivel tisztább. Öt injectio után a vizelet teljesen tiszta, fehérje negatív, a beteg jól érzi magát. Február 23.-án gyógyultan távozik.

XII. K. R., 22 éves. 1917 deczember 25.-én került kórházunkba. Előzőleg már az itteni Invalidenhausban kezelték acut kankó miatt. Felvételtkor a vizelet mindkét részben zavaros, prostata megnagyobbodott, fájdalmas, erős vizelés-inger, terminalis haematuria. Húgycsőváladék vizsgálata: gonoc. +, leukoc. ++, epithel -. **Diagnosis:** Prostatitis, cystitis gonorrhoeica. Január 5.-én vettem át a beteget. Állapota változatlan, vesetáji fájdalmakról panaszkodik. Heveny tünetek miatt előlítottunk a cystoskopiától. **Diagnosis:** Cystopyelitis gonorrhoeica. Január 7.-én neosalvarsan-injectio (0.15 gr.). Terminalis haematuria már az első injectio után megszűnik, vizelés-inger csökken, de egyébként állapota öt injectio után is keveset változik. Helybeli kezelés, prost. mass. stb., de kevés eredménnyel. Február 25.-én újból neosalvarsan 0.3 gr. Három injectio után a vizelet I. része tiszta, apró foszlányokkal, II. része teljesen tiszta. Gonoc. -. Chronikus prostatitissal került a mögöttes országrészbe.

XIII. G. J., 22 éves. 1917 november 3.-án került kórházunkba. **Diagnosis:** Urethritis gon. ac., prostat., cystit. gon. A húgycsőváladék mikroskopi vizsgálata: Gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. Január 5.-én vettem át a beteget. Ekkor már négy hét óta subfebrilis volt. Tüdő, szív rendben. A beteg heves vizelés-ingerről panaszkodik. A vizelet I. és II. része piszkos, zavaros. Kevés váladék. Mikroskopi vizsgálat: gon. ++, leukoc. ++, epithel +. **Diagnosis:** cystopyelitis. Január 7.-én neosalvarsan 0.15. Az első injectio után a láz megszűnt, fehérje negatív, a váladékban gonococcus negatív. További négy injectio után a vizelet lassan tisztult, de nem tökéletesen s január 30.-án a váladékban gonoc. +. Február 9.-én a vizelet majdnem teljesen tiszta, azonban pár nap mulva visszaesés. Február 21.-én új neosalvarsan-injectiók, azonban eredménytelenül. Március 4.-én administratív okokból mögöttes országrészbe kerül.

XIV. L. J., 24 éves. 1918 január 16.-án került osztályomra. Hólyag- és vesetáji fájdalmakról panaszkodik. Gyakori vizelés-inger. Húgycsőváladék kevés, nyálkás, mikroskopi vizsgálat: gonoc. -, leukoc. ++, epithel +. A vizelet mindkét portiója zavaros, szintelen. Állapota nem javul. Cystoskopi vizsgálat január 22.-én. Hólyagcapacitas rendes. A nyálkahártya a trigonum táján belővelt, duzzadt. A vesevizelet mindkét oldalt, főleg baloldalt zavaros. Indigocarmin 10 perc mulva pozitív. Laboratoriumi vizsgálat (*Freund dr. főorvos*): Jobboldalt vesehámszejtek, leukocyták; gonoc. -, tuberculosis -, fehérje 0.13^{0/100}; baloldalt vesehámszejtek, leukocyták, vesejtek, pseudodiphtheria bact. gonoc. -, tuberculosis -, fehérje 0.55^{0/100}, phosphaetok. Január 24.-én neosalvarsan-injectio. Négy injectio után a vizelet I. része zavaros, II. része tiszta. Véletlen incidens folytán mellékheregyuladás áll be. Vaccinakezelés. Február 18.-án epidid. visszafejlődött, a vizelet I. része zavaros, II. része majdnem tiszta. Neosalvarsan 0.15 gr., 19.-én a vizelet teljesen tiszta. A beteg állandóan jól érzi magát s március 3.-án gyógyultan távozik.

XV. E. J., 22 éves. 1917 szeptember 9.-én került kórházunkba chronikus cystitis és prostatitis gonorrhoeica diagnosissal. Mikroskopi vizsgálat: gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. Állapota hosszú, erélyes kezelés dacára alig változott. Mikor január 10.-én átvettem, a prostatitis kissé visszafejlődött; erős vizelés-inger, a vizelet mindkét portióban piszkos, zavaros, üledékben gonoc. +. Cystoskopi vizsgálatba nem egyezik. Január 15.-én neosalvarsan 0.15 gr. Már az első injectio után a vizelés-inger megszűnt, a beteg subjective sokkal jobban érezte magát. További javulás azonban hat injectio után sem igen észlelhető, csak a gonococcus állandóan negatív a váladékban; a vizelet zavaros maradt. Localis kezezésre a prostatitis visszafejlődik, de a vizelet zava-

ros. Márcz. 1.-én neosalvarsan 0.30 gr. Márczius 4.-én újra. Márczius 7.-én a vizelet I. része zavaros, II. része teljesen tiszta. Sajnos, adminisztrációs okokból elveszítjük a beteget, ki prostatitise további kezelése végett a mögöttes országrészbe kerül.

XVI. A. L., 31 éves. 1917 december 28.-án került kórházunkba a vefereás osztályra ulcus molle és balanitis miatt. Ugyanakkor hólyagpanaszai voltak. Február 19.-én balanitise kigyógyulván, hozzám került. Közepesen fejlett, halvány egyén. Nemi affectiója állítólag még nem volt. A vizelet mindkét részben átlátszatlan, piszkos, zavaros. Mikroskopi vizsgálat: gonoc. negativ, leukoc. ++, epithel +, néhány bacterium. Állapota nem javul. Február 27.-én cystoskopi vizsgálat. Hólyagcapacitas normalis. Hólyagnyálkahártya a trigonum táján belövelt, kissé felazult, a hólyag többi részén csak kevés elváltozott. Mindkét vesevizelet zavaros. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr. főorvos): Mindkét vizeletben fehérje +++ (2.25% Esbach), geny +, gonoc., tuberculosus -, diplobacillusok és diplococcusok. Márczius 2.-ától neosalvarsan-injectiók, 3x0.15 gr. és 1x0.3 gr. Márczius 16.-án a vizelet teljesen tiszta. 23.-án gyógyultan távozott.

XVII. H. B., 22 éves. 1918 január 31.-én jött hozzánk cystitis gonorrh.-diagnosissal. Gyakori vizelet-inger, vizelet mindkét portiója erősen zavaros, a mictio végén pár csepp vér. Húgycsőváladék: gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. Állapota nem javul. Február 16.-án cystoskopi vizsgálat. Hólyagcapacitása rendes, a trigonum erősen belövelt, a nyálkahártya egyebütt alig kóros. A vesevizelet mindkétoldalt zavaros. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr.): Baloldalt fehérje +, az üledékben számos genysejt, hámsejt, cylinder és kevés extracellularis coccus. Jobboldalt fehérje +, genysejtek, hámsejtek és gonococcusok -. Diagnosis: Cystopyelitis gonorrhoeica. Február 18.-án neosalvarsan 0.15 gr. Öt injectio után (az utolsó kettő 0.3 gr.) a vizelet-inger, terminalis haematuria megszűnt, a beteg jobban érzi magát, azonban a vizelet állandóan zavaros és a váladékban gonococcus +. Márczius 21.-én külső okokból kénytelenek voltunk, sajnos, mögöttes országrészbe küldeni.

XVIII. T. V. önkéntes, 22 éves. 1917 december 31.-én került kórházunkba heveny kankó miatt. Akkori diagnózis: gon. ant. et post., prostat. -. A húgycsőváladék mikroskopi vizsgálata: gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. A vizelet mindkét portiója erősen zavaros. Már több mint egy éve állandóan gyengélkedik, mióta utolsó kankóját kezelték, szerinte azóta sohasem volt egészséges. Vesetáji fájdalmak. Neurastheniás, sápadt, gyengén fejlett egyén. Január végéig állapota nem változik, vizeletében fehérje pozitív. Febr. 12.-én cystoskopi vizsgálat: A hólyag kapacitása normalis, a nyálkahártya - daczúra a gyakori vizelet-ingernek - alig mutat elváltozást. A vesevizelet mindkétoldalt zavaros. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr. főorvos): Mindkétoldalt fehérje ++, üledékben tömeges vesehámsejt, genysejt s különféle bacterium. Február 13.-án neosalvarsan 0.15 gr. Február 20.-án a vizelet teljesen tiszta, fehérje -. Húgycsőváladék: gonoc. -, leukoc. ++, epithel ++. Öt neosalvarsan-injectio után február 28.-án gyógyultan távozott.

XIX. K. K., 20 éves. 1918 január 18.-án került osztályomra urethr. gonorrhoeica tot., cystitis, epidid. gonorrh.-diagnosissal. Váladék: gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. Vaccinakezelésre a mellékherelov visszafejlődik. Hólyagtünetek, gyakori vizelet-inger, zavaros vizelet stb. azonban nem javul. Február 5.-én cystoskopi vizsgálat. Hólyagcapacitas normalis, trigonum belövelt. A vesevizelet mindkét oldalt zavaros. Laboratoriumi vizsgálat: jobboldalt fehérje +, számos hámsejt, vörösvérsejt, sok streptobacillus. Baloldalt: fehérje +, sok hámsejt, vörösvérsejt, néhány streptobacillus. Diagnosis: Cystopyelitis. Február 8.-án neosalvarsan 0.15 gr. Február 24.-én a vizelet I. része zavaros, II. része tiszta, a hólyagtünetek teljesen visszafelődtek. A beteg húgycsőkankójának további kezelésére a mögöttes országrészbe kerül.

XX. K. F., 26 éves. Nagyfokú strictura miatt került kórházunkba 1917 november 27.-én. Januárban kerül hozzám. Csak filiformis bougieval járható át a szűkület, állandó bougie vezetünk be; a strictura szépen tágul, azonban a harmadik bougienál abba kell hagynunk a kezelést. A beteg hidegrázást, majd magas lázat kap, mely 40° fölé emelkedik, piszkos, zavaros vizelet stb., súlyos urosepsis tüneteit mutatja. Erre neosalvarsan 0.3 gr.-ot adunk. Másnap a beteg láztalan s a vizelet II. része teljesen tiszta. Pár nap mulva folytattuk s sikeresen be is fejeztük a szűkület tágitását.

XXI. S. M. 1918 január 5.-én kerül osztályomra gonorrhoea ant. et post., prostatitis gonor. subac. diagnosissal. Állapota sem nyugalomra, sem kezelésre nem javul. Január 23.-án veszem át a beteget. Húgycsőváladék: gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. A vizelet mindkét része erősen zavaros, vizelet-inger. Prostata-gyulladás visszafelődött. Cystoskopi vizsgálat: Hólyagcapacitas rendes, a trigonum kissé belövelt. A vesevizelet mindkétoldalt zavaros. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr.): Baloldalt: fehérje + (0.1%), sok hámsejt, colibacillusok. Jobboldalt: fehérje +, néhány hámsejt, gonoc. -, tuberculosus -. Diagnosis: cystopyelitis. Január 24.-én neosalvarsan 0.15 gr. Az első injectiók után a vizelet némileg javul, gonococcus a váladékban negativ, később azonban újra pozitív. Öt injectio után a vizelet valamivel tisztultabb, a vizelet-inger megszűnt. További helyi kezelést, majd márczius 5.-én új neosalvarsan-sorozat. Azonban három 0.3 gr.-os adag után is az állapot stationaer. Ekkor, sajnos, a beteget adminisztrációs okokból elveszítjük.

XXII. N. L., 35 éves. 1918 február 1.-én került osztályomra. Állítólag 5 hét óta van kankója. Erős fájdalmak a vizeleskor, többi napokban véres vizelet. Felvételtkor a beteg minden 10-15 perczen vizelet, a vizelet zavaros, a mictio végén pár csepp vér. Húgycsőváladék: gonoc. +, leukoc. +, epithel +. Vesetáji fájdalmakról panaszkodik. Diagnosis: cystopyelitis gonorrh. A peracut cystitis miatt hólyagtükrözéstől elállottam. Február 5.-én neosalvarsan 0.15 gr. Már az első injectio után a vérzés mintegy varázsütésre megszűnt, de megszűnt a tenesmus is. Hat injectio után a vizelet I. része zavaros, II. része teljesen tiszta. Ettől fogva folytatjuk húgycsőlobjának kezelését.

XXIII. R. N., 29 éves. Február 5.-én kerül osztályomra. Fájdalmakat érez a szív táján, szívdobogása van. Két év előtt kankója volt, azóta gyakran vizelet-ingere van, mely most erősen fokozódott. Jól fejlett és táplált egyén, a szívtempulát rendes, a szívhangok tiszták, pulmon. II. hangja ékelt. Pulsus 68, nem változik mozgásra. Tüdő rendes. Húgycsőváladék nincs. A vizelet mindkét portiója zavaros, benne fehérje +. Mikroskopi vizsgálat: geny +, hámsejt ++, gonoc. -. Az első portióban számos foszlány. Állapota nem javul. Február 5.-én cystoskopia: Hólyagcapacitas rendes, trigonum belövelt. Mindkét vesevizelet zavaros. Indigocarmin 8 perc mulva +. Laboratoriumi vizsgálat: Jobboldalt: gyengén alkalikus, fehérje +, sok vesehámsejt, pár cylinder, genysejt és streptobacillus. Baloldalt: fehérje ++, sok genysejt és vesehámsejt. Márczius 5.-én neosalvarsan 0.15. Márczius 8.-án a vizelet I. része zavaros, II. része tisztult. Márczius 15.-én neosalvarsan 0.3 gr. Három injectio után a vizelet teljesen tiszta, fehérje negativ. Márczius 26.-án a beteg gyógyultan távozik.

XXIV. K. G., 33 éves. 1918 január 28.-án került osztályomra heveny kankó és cystit. gonorrh.-diagnosissal. Húgycsőváladék: gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. A vizelet mindkét portiója zavaros. Vizelet-inger. Állapota nem javul. 1918 február 9.-én hólyagtükrözést végeztünk. Hólyagcapacitas rendes. Trigonum belövelt, a nyálkahártya a hólyag egyéb részein kissé elhalványult, elmosódott rajzolatú. A vesevizelet mindkétoldalt zavaros. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr. főorvos): Mindkétoldalt fehérje +. Kevés epithelsejt, genysejt, tömegesen streptobacillusok. Február 11.-én neosalvarsan 0.15 gr. Két injectio után a vizelet tökéletesen feltisztult. Február 14.-én a váladék mikroskopi vizsgálata: gonoc. -. Provocációs eljárásokra (Ultzmann, vaccina) állandóan gonoc.-negatív lévén, a beteg február 24.-én egészségesen távozott.

XXV. D. M. 37 éves. 1918 február 21.-én került osztályomra. A beteg állítása szerint pár napig véresét vizelet. Erős vesetáji fájdalmakról panaszkodik. Állítólag két éve, hogy nem közsült. Sápadt, közepesen fejlett egyén. Tüdő, szív rendben. Húgycsőváladék nyálkás, a vizelet mindkét portiója zavaros, nem véres, az üledékben gonoc. -, leukoc. ++, epithel ++, számos Gram-pozitív diplococcus és különféle bact. Márczius 3.-án állapota változatlan. Cystoskopi vizsgálat: Hólyagcapacitas normalis. Trigonum belövelt. A vesevizelet baloldalt kissé, jobboldalt erősen zavaros. Indigocarmin mindkétoldalt kissé kék. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr.): Baloldalt: fehérje -, geny -, vesehámsejtek -, kevés diplococcus. Jobboldalt: fehérje +, geny +, kevés vesehámsejt és diplobacillusok. Diagnosis: Cystopyelitis. Márczius 5.-én neosalvarsan 0.15 gr. Márczius 7.-én a vizelet teljesen tiszta, a beteg jól érzi magát. Öt injectio után márczius 14.-én egészségesen távozik.

XXVI. K. M., 25 éves. 1918 márczius 17.-én került osztályomra. Két hónap óta van húgycsőfolyása, rövid idő óta vizelet-ingere, a mictio végén pár csepp vér. A húgycsőváladék mikroskopi vizsgálata: gonoc. -, leukoc. ++, epithel ++. A vizelet mindkét portiója erősen zavaros. Tea, urotropin, ülföldök stb. Állapota nem javul. Április 15.-én cystoskopi vizsgálat. Hólyagcapacitas normalis. A nyálkahártya, főleg a trigonum táján, erősen belövelt, fellazult, itt-ott kis fekélyek, melyeket részben genyes csafatok fednek. A vesevizelet jobboldalt erősen zavaros, baloldalt valamivel tisztább. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr. főorvos): Mindkétoldalt fehérje +, jobboldalt valamivel több, számos genysejt. Diagnosis: cystopyelitis. Április 16.-án neosalvarsan 0.3 gr. Három injectio után a vizelet április 23.-án teljesen tiszta.

XXVII. H. S., 21 éves. 1918 február 10.-én került osztályomra. Állítólag két hét óta van kifolyása húgycsőéből. Azonkívül vizelet-inger. Sápadt, sovány egyén; húgycsőváladék genyes. Mikroskopi vizsgálat: gonoc. +, leukoc. ++, epithel +. A vizelet mindkét része zavaros. Diagnosis: gonor. ac. tot., cystit. gonor. A beteg állapota nem javul, ellenben vizelet-ingere fokozódik és vesetáji fájdalmakról panaszkodik. Márczius 12.-én cystoskopia. Hólyagcapacitas normalis. Trigonum erősen belövelt. A vesevizelet mindkétoldalt erősen zavaros. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr. főorvos): Mindkét oldalt fehérje ++++, sok leukocyta és vesehámsejt. Gonococcus +. Diagnosis: Pyelitis gonorrhoeica I. utr. Márczius 18.-án neosalvarsan 0.15 gr. Öt injectio után a vizelet alig mutat változást. A helyi kezelést folytatjuk. Április 12.-én állapota változatlan. Vesemedenczemosás végett cystoskop. A hólyag képe változatlan, a vesevizelet zavaros mindkétoldalt. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr. főorvos): Mindkétoldalt fehérje +, sok leukocyta s intra- és extracellularis gonococcus. Vesemedenczemosás 2% lapissal. Április 13.-án a vizelet zavaros. Április 18.-án állapota nem javul. Újra neosalvarsan 0.3 gr. Április 19.-én a vizelet I. része zavaros, II. része tiszta. Április 20.-án neosalvarsan 0.30 gr. Április 21.-én a vizelet teljesen tiszta, gonoc. negativ. Április 23.-án a vizelet teljesen tiszta, a beteg jól érzi magát.

XXVIII. M. K. 1918 április 10.-én került osztályomra. Négy hónap előtt Oroszországban szerzett kankót. Jelenleg kevés nyálkás hügcsováladék (gonoc. —, leukoc. ++, epithel +), vesetáji fájdalomról panaszkodik, valamint heves, a hólyagtájról a vesetáj felé kisugárzó fájdalomról, baloldalt, vizeléskor. Gyakori vizelés-inger. A vizelet mindkét portiója zavaros. Április 15.-én állapota változatlan. Cystoskopia: hólyagcapacitas normalis. A trigonum erősen belövelt, itt-ott genyes csafatokkal fedett, a hólyag többi része alig változott. A vesevizelet jobboldalt tiszta, baloldalt zavaros. Indigocarmin mindkétoldalt 8 perc múlva +. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr. főorvos): Jobboldalt: normalis lelet. Baloldalt: kevés fehérje, sok genysejt, hámsejt s gonococcus. Diagnosis: pyelitis gonorrhoea l. sin. Április 10.-én neosalvarsan 0.3 gr. Április 19.-én a vizelet I. része zavaros, II. része tisztul. Három injectio után április 23.-án a vizelet tökéletesen tiszta, gonococcus negatív.

XXIX. F. J. G., 29 éves. Három hónap óta van állítólag hügcsováladék. Jelenleg semmi secretio. Ellenben gyakori vizelés-inger bántja. Halvány, rosszul táplált egyén. Hügcsováladék provocatióra: gonoc. —, leukoc. +, epithel +. A vizelet mindkét része piszkos, zavaros. Állapota nem javul. Április 13.-án cystoskopia. A hólyag capacitasa normalis. A trigonum kissé belövelt. Az ureterszájadékok mellett és a funduson kis ecchymosisok. A vizelet mindkétoldalt alig észrevehetően zavaros. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr.): Mindkét oldalt fehérje +, staphylococcus +, gonoc. —. Április 16.-án neosalvarsan 0.30 gr. Három injectio után a vizelet teljesen tiszta.

XXX. K. J., 39 éves. 1918 április 19.-én került osztályomra. Körülbelül egy hete éles fájdalmi vannak hügcsovában vizeléskor. Vizelés-inger bántja. Négy nap előtt állítólag kis véres csafatok távoztak vizelés közben. Erőteljes egyén. Tüdő, szív rendben. A hügcsováladék nyálkás (gonoc. —, leukoc. +, epithel +). A vizelet mindkét része erősen zavaros, fehérjertartalmú. A prostata két lobusa, különösen a bal kissé megnagyobbodott s kemény tapintatú. Diagnosis: Prostatahypertrophia minoris gradus, cystitis, pyelitis (?). Cystoskopi vizsgálat április 21.-én: A hólyag normalis capacitású, a nyálkahártya a trigonum táján alig belövelt. A vesevizelet kissé zavaros mindkétoldalt. Laboratoriumi vizsgálat (Freund dr.): Fehérje mindkétoldalt +, baloldalt genysejtek, hámsejtek. Gonoc., tuberculosis —. Jobboldalt vesehámsejtek, diplobacillusok, coccusok és Gram-positív diplococcusok. Gonoc., tuberculosis —. Április 22.-én neosalvarsan 0.3 gr. Április 23.-án a vizelet teljesen tiszta, a vizelés-inger megszűnt.

XXXI. Z. S. 32 éves. A hólyag fundusán kis dionagyságú, kocsányon ülő papilloma villosum. Intravesicalisan eltávolítottam Nitze-féle műtőcystoskop segítségével, hideg kacsccsal. Egy héttel később galvanokauterrel a megmaradt kocsányrészetlet leégettük. Ezt követően a neurastheniás beteg éjjel vizelni nem tudott és megcsapoltatott. A következő napon zavaros vizelet, vizelés-inger; kifejezett kathetercystitis fejlődik ki. Erre neosalvarsan 0.3 gr.; a következő napon a vizelet teljesen tiszta. A neosalvarsan-injectiót megismételjük és a beteg gyógyulttan távozik.

(Folytatása következik.)

A súlyos bélhurut bizonyos alakjairól és ezek kezeléséről.*

Irt: Ötvös Ervin dr., tanársegéd a budapesti II. sz. belklinikán (Jendrassik Ernő tanár).

A *differentialis diagnosis* szempontjából szóba jöhet: elsősorban a colitis chron. suppurativa, bacillusos és amoebás dysenteria, melyeket alább tárgyalunk. Ellenben balantidium coli, paratyphus, syphilis, kénesmérgezés, gonorrhoea, tuberculosis és carcinomával szemben az elkülönítő körjelzés nagyobb nehézséggel nem jár.

A harcztéri colitis különbözik úgy a régebben is ismert colitis chron. suppurativától, mint a bacillusos dysenteriatól. Az előbbi a harcztéri colitishez hasonlóan szintén elsősorban jelentkezik, szintén ismeretlen az aetiologiája (néhány a coli- és Gärtner-csoport virulens tagjait okolják), de ezzel szemben a colitis chron. suppur. általában chronikusabb lefolyású gyakori remissiókkal, inkább infectiosus betegség, illetve sepsis benyomását kelti, aránylag gyakoribbak a complicatiók (súlyos bélvérzések, localis peritonitis, venathrombosis, ízületi lobosodás), a székletét feltűnően sok genyet tartalmaz és a keményítő-emésztés zavarát leszámítva, nem enteritises jellegű. A colitis chron. suppurativa prognosisa általában rosszabb, mint a harcztéri colitis gravisé.

* E közlés a volt cs. és kir. 12. sz. mozgó járványkórházból származik (parancsnok Fejes Lajos dr., egyet. magántanár, később Stranz Gyula dr., ezredorvos).

A dolgozat egyes részei a Budapesti Orvosegyesület 1919 márczius 8.-án megtartott ülésének előadás-tárgyát alkották.

A súlyos colitis klinikai tünetei bár sok tekintetben hasonlítanak a bacillusos dysenteriaéihez is, de nem azonosak velük. A súlyos colitis kezdete és lefolyása rendszeresen elhúzódóbb, mint a súlyos bacillusos dysenteriaé és a szék csak ritkán dysenteriaszerű. Nem látjuk ugyanis a dysenteria jellegű édeskés, illetve spermazagú, pár cseppnyi üvegszerű nyálkából és véres genyből álló ürüléket, ehelyett a bélsár eleinte igen faeculens, később szagtalan, elég nagy tömegű, sárgás-zöldes-vizes-nyálkás, később esetleg nyálkás, kocsonyaszerű, több-kevesebb vérrrel, esetleg diphtheriás rögökkel keveredett; száma naponta 10—60. A *tenesmus intensitása még igen súlyos esetben sem oly kínzó, mint a súlyos dysenteriaiban*, valószínűleg azért, mert eseteinkben hiányzik a dysenteriatoxin (specifikus?) tenesmust előidéző hatása. A dysenteriaiban előforduló peritonealis izgalmi tüneteket (hányás, csuklás) csak vékonybéllobbal társult, majd mindig halálosan végződő colitisben láttunk. A *dysenteria complicatioi*; (bélperforatio, a serosa gyuladása, ízületi lobosodás, neuritis, myelitis) *sohasem fordultak elő* (egy esetben szövődött haemorrhagiás diathesissel és egy esetben periproctitisis tályoggal). A *dysenteria-bacillust* (nagyobb higitásban, illetve durva pelyhekben) *nem agglutinálja a colitis gravisban szenvedő beteg vérsavója*.

Súlyos colitises beteg *vékonybélének nyálkahártyája* is kisebb-nagyobb kiterjedésben és intenzitásban szintén lobos, azonban úgy ennek, mint a chronikus gyomorhurutnak tüneteit a colitis tünetei elfödhetik. Kivételek ez alól azok az esetek, a melyekben a vastagbél-tünetekkel a subacut gastroenteritis táplálkozási zavarai és toxikus jelenségei (vese, szív, vérképző szervek) a súlyos colitis tüneteivel parallel járnak. Mint említettük, a súlyos colitis igen gyakran szövődik vékonybélhuruttal, vagy úgy, hogy a vékonybélhurut az elsődleges, vagy megfordítva. *A szerint, amint a vékonybél- vagy vastagbélhurut tüneteinek dominálnak, a szék viselkedését illetőleg háromféle klinikai formáját különböztetjük meg a betegségnek: egy néhány sárgás-vizes székürítéssel járó (vékonybél), amikor a székletében különösen növényi ételrészecskék találhatók, egyet colitises széklettel (l. előbb) és egy átmeneti alakot.*

A colitis *subjectív* tünetei: a gyakori jellemző fájdalmas székürítés, szomjúság, néha étvágytalanság, nagyfokú gyengeség, ideges zavarok, mint pl. álmatlanság, mely utóbbiak a székletételek számát szintén fokozhatják. *Objectív* vizsgálattal a betegség praedomináló symptomáján: a gyakori székürítésen kívül, eleinte semmi feltűnőt sem tapasztaltunk. A hasfal puha, néha diffus nyomásérzékeny, máskor a nyomásérzékenység inkább a sigmabel tájára szorítkozik, mely utóbbi majd mindig tapintható és ekkor igen fájdalmas. A hőmérsék 37° C körüli. Később, ha az állapot rosszabbra fordul, a gyengeség szemmel láthatólag fokozódik, a bőr száraz lesz, rugalmasságát veszti, ezért könnyen ránczbaemelhető, a beteg gyorsan fogy, ikra- és egyéb izomgörcsök jelentkeznek, a szív működés szaporább lesz, alig érezhető pulussal és cyanosissal, a betegnek idővel néha különös (talán szennyes ruhára emlékeztető) szaga támad. Ily lassú *senyvedés* mellett 3—5 hét múlva vagy hamarabb beáll a halál. Érdekes, hogy az étvágy sokszor az utolsó napokig elég jó marad.

A *gyógyulás* elhúzódó; a betegség többnyire minden eddig használatos eljárással dacol. Először a székletételek száma és fájdalmassága csökken, eltűnik belőlük a nyálka, geny és vér, mindinkább besűrűsödnek, majd a táplálkozás javultával pótolja a beteg az elvesztett vizet. Megjegyzendő, hogy a harcztéri colitis az esetek túlnyomó részében sokkal enyhébb, mint az előbb leírt alak: néhány napig tart, 4—10 nyálkás-genyes székürítésből áll és a rendes adstringens és bélnyugtató kezelésre gyorsan megszűnik. *Különösen súlyos a chronikus alkoholisták colitise.*

Bonczolásra került eseteinkben kivétel nélkül a leg-súlyosabb nyálkahártya-elváltozásokat láttuk, melyek teljesen magyarázzák a klinikai tüneteket. A vastagbél fala tetemesen megvastagodott (phlegmone), a nyálkahártya legnagyobb részét palaszürke, heges szövet foglalja el, a megmaradt

mucosa vérbő, duzzadt, bársonyos, redős, rajta lencsényi-ötökronásnyi, részben különálló, részben összefolyó, zegzúgos, nem élesen határolt szélű fekélyeket látunk, melyeknek alapja egyenetlen, dudoros, nyálkával és gennyel, máskor szürkés-fehér crouppos álhártyával fődött, úgy, hogy egy mohával benőtt fakéreghez hasonló. A gyuladás ily súlyos chronikus alakban az ileocecalis billentyűn túl is terjedhet és rendszeren a vékonybél felső részének katarrhusába folytatódik. A solitaer tüszők és a mesenterialis mirigyek megduzzadtak, a lép nem. A szivizomzatban és a parenchymás szervekben gyakran ugyanazon elváltozások láthatók, mint a subacut gastroenteritis gravis toxicában.

A béllobosodás therapiája.

A bélhurut orvoslására különböző eljárásokat ajánlanak, melyeknek azonban éppen nagy száma mutatja, hogy egyikük sem tökéletes. Mindegyiknek vannak hívei, de tudjuk, hogy ha a bélhurut enyhe, akkor már maga a purgálás és kórházi kényelem is megszünteti a bajt. Középsúlyos esetben is beválják a szokásos therapia, ellenben súlyos esetben — főleg colitisben — ezen sémával csak ritkán érhetünk célra.

Az acut (toxikus) gastroenteritis gravis tüneteit az általában használatos kezeléssel elég jól befolyásolhatjuk. A therapia elve: ágynyugalom, meleg alkalmazása és előzetes hashajtás után a hasmenésnek és a bélhurut melléktüneteinek megszüntetése, óvatos ételrend mellett. Kórházunkban az ily filiformis pulsusú, cyanosisos, subnormalis testmelegű, önmagával tehetetlen, többnyire „choleragyanyu“-val beutalt beteget előmelegített ágyba tesszük, forró vízbe áztatott lepedőbe pakoljuk és — az általános szokással szemben — nem adunk hashajtót. Sőt opium, esetleg bismut nagy adagjával igyekszünk a folyadékvesztéséget csökkenteni. A meleg alkalmazása a fájdalomcsillapító szereket gyakran fölöslegessé teszi. Cardiacumként a digitalis- és strophantus-praeparatumokon kívül (melyek eseteinkben nem mindig használtak), a strychninum nitricum nagy adagja minden veszedelmes melléktünet nélkül jól hat. A strychnin infúzióját legcélszerűbben a konyhasós venábaömlesztéssel kapcsoljuk össze. (1% strychninum nitr.-oldatból 1 cm³.) A konyhasós infúzióval nemcsak a szívműködés javítására, hanem a folyadékvesztés pótlására is törekszünk, sőt a 1/2 liternyi hypertoniás — 5%-os — oldat a hányást és hasmenést is megszünteti. Oka ennek Gärtner szerint az, hogy a béllumenből folyadék áramlik az érrendszer felé. A magas hőmérsékű (40° C) folyadéktömeg emellett felmelegíti a testet. Gyakran már az infusio alatt javul a beteg állapota: a filiformis pulsus érezhető, majd telt lesz, mulik a cyanosis, a légvételek mélyebbé és ritkábbá válnak, a beteg főleg a mellkasában és fejében, majd az egész testében meleget érez, stb., általában mintegy kicserélődik. E feltűnő javulás többnyire tartós és bevezeti az általános gyógyulást. Máskor az infusio után csakhamar visszatér az előbbeni súlyos állapot és ha ilyenkor a következő napon alkalmazott ömlesztés sem hoz tartós javulást, akkor az infúziók további megismétlésének sok célja nincs. Sőt a kettőnél több napon át infundált napi 1/2 liternyi vízzel és a benne oldott 25 gr.-nyi konyhasóval esetleg árthatunk az érrendszernek, a zavarosan duzzadt szivizomzatnak és vesehámnak. A szívműködés javulásával, a hányás és hasmenés megszűnésével egyidejűleg csökken a vízvesztés és a kólikás fájdalom, emelkedik a hőmérsék stb.

A kínzó szomjúságot meleg keserű teával, ritkábban citromsavos vagy célszerűbben 1%₀₀ sósavas vízzel csillapítjuk. Az ételrendet illetőleg az első 24 órában teát vagy más szomjúságcsillapítón kívül semmit sem adunk, de ezután sem sietünk a kaloriákkal. A következő napokon sűrűre befőtt vizes kakaót adunk kanalankint, majd levest, mely kórházunkban egyidőben tápélesztővel készült, ezt a bouillonnál szívesebben fogyasztják. (Deutsche med. Wochenschr., 1917, 2. sz.). Ezután óvatosan próbálkozva folyékony-pépes táplálkozásra térhetünk át: lágytojás, tejben szétfőtt rizs és dara. Az étvágy fokozódásával hosszabb-rövidebb idő múlva tojásos

omlett, rizsfelfújt, gyümölcskompot, majd olajos halacsokák, pépes főzelékek, gyenge húsból készült becsinált, hasé; ez utóbbi só-, fűszer- és zsirzegényen készül és a nehezen emészthető részekről gondosan megtisztított, majd megdarált fiatal marha-, borjú-, galamb- vagy csirkehúsból, katonai kétszersültből és puhára főtt rizsből áll, melyet alig zsíros lében süttetünk ki. Mindehhez kevés vörösbor. Zsíros és fűszeres ételt a betegek nem tűrnek. Néha szinte meglepő kívánságokat hallunk (écetes tea, savanyú káposzta, ugorka). Lassan rátérve a rendes étkezésre, óvatos karlsbadi vagy ivándai kúrát kezdünk, esetleg egyidejű arseninjecciókkal. Lehetőleg korán adunk sósavat (acidolpepsin-tabletták).

A gastroenteritis subacuta kezelése fővonásaiban a choleric form gastroenteritis therapiájához hasonló, azonban eltér tőle, hogy a beteget, ha súlyos általános tünetei nincsenek, több napon keresztül purgáljuk: calomellel (0.20–0.50 gr.), ricinussal (2 evőkanál), és csak ezután igyekszünk a székletételek számát csökkenteni, mely utóbbi célból a háborús gyártású opium-tincturából naponta háromszor adunk 20–30 cseppet. Ha azonban a betegnek súlyos általános tünetei vannak, előzetes hashajtás nélkül adunk opiumot. A melléktünetek kezelése rendszeren kevésbé körülményes, mint az acut hurutban: konyhasós infúzióra rendszeren nincs szükség, de ha van, akkor ennek a hatása nem oly prompt és tartós, utána gyakoribbak a visszaesések, mint a hevenyész gyomor-bélhurutban; éppígy nincs szükség a forró-nedves pakolásra, elég a fájdalomcsillapítóul alkalmazott thermophor. A legtöbb esetben mindjárt kezdettől fogva küzdünk a subaciditas ellen és elég korán kezdetünk karlsbadi vagy ivándai (Magus) kúrát. Az ételrend megszabásában szigorúan egyénezzünk és pedig a beteg általános állapota, a gyomor savanyúsági viszonyai, a székek száma és karaktere szerint, természetesen a beteg étvágyának és egyéni izlésének lehető figyelembevételével. Ha a gyomortünetek előtérben állanak vagy a beteg kifejezetten étvágytalan, akkor 1–2 nap teljes koplálás, illetve kalóriaszegény étkezés a helyenvaló. Általában ugyanazokat a tápszerkeket nyújtjuk betegeinknek, mint az acut alak reconvalescentiájában, azonban az ételrend bővítése gyorsabb tempóban történik, de itt is fokozatosan és tapogatózva próbálunk ki egy-egy újabb ételt. Az ételrendet mindennap a székletét előzetes megtekintése után állapítjuk meg és ha ilyenkor kifejezetten gastrogen-hurutos a szék (bűzös, sötét-barna, benne izomrostok), akkor a fehérjét, ha pedig a ritkább erjedéses hurutra jellemző a szék, akkor a szénhidrátfelet szorítjuk meg. A tej némelyekben fokozza a hasmenést és kólikát, másokban dugulást okoz, ezért csak előzetes kísérlet után rendeljük állandóan. A bélhurutok zömét az enyhe enteritis subacuta alkotván, ebben 4–5 nap múlva már áttérhetünk a rendes diatára, míg a legsúlyosabb formában ez hetekig eltarthat. E legsúlyosabb alak majd mindig colitis gravissal társul, ilyenkor a diatát ugyanily elvek szerint állapítjuk meg.

A súlyos colitis kezelése kétféle lehet: sebészi vagy belorvosi. A sebészi kezelés alapfelfogása az, hogy az appendicostomiás beteg hasfali appendix-fistuláján keresztül nagytömegű folyadékkal öblítjük át a vastagbelet, anélkül, hogy a colont a bélpassageból kirekesztenénk. Ez utóbbi hátránya miatt némelyek az illiocecalis táji anus praeternaturalist tartják jobbnak. Azonban, ha tekintetbe vesszük, hogy a súlyos colitis a vékonybélbe is felterjed (és így a műtét hiábavaló volt), ezenkívül, hogy a bélpassageból soká kirekesztett colon fekélyes nyálkahártyája nagy szűkülettel gyógyul, de legfőképpen, hogy nem tudjuk az operatio indicióját a kellő időben megállapítani, a sebészi kezelés csak a legkritikább esetben indokolt és általában nem is használatos.

A súlyos colitis belorvosi kezelése szintén egyike a legnehezebb feladatoknak. Erre nézve annyi therapiás módszert ajánlottak, hogy ezeknek kimerítő leírása helyett csak néhány általánosan használtat sorolunk fel. Nagyrészükkel magunk is kísérletet tettünk, azonban súlyos esetben vajmi kevés sikerrel, a mi arra indított, hogy a vastagbéllobosodás orvoslását más módon kíséreljük meg.

A vastagbéllobosodás bélrovisi kezelésének fő irányelve: a kimerítő és nagy vízvesztéssel járó gyakori székürítések gyors csökkentése oly módon, hogy a lobos bélhártyayálkának és esetleges fekélyeinek gyógyulását is előmozdítsuk és emellett az objectív (vérzés stb.) és subjectív (fájdalmak stb.) tüneteket enyhítsük.

Az általában használt orvosságos kezelés első phasisa a *purgálás*. Könnyebb természetű colitis gyógyulásához már ez is elég, azonban a súlyos chronikus fajtában a purgálás — bármily tökéletes legyen is — a vastagbélnyálkahártyát a tapadó nyálkától megtisztítani nem tudja. A gyógyszeres kezelés második phasisa a *székletétel számának csökkentése*. Ez lenne a legfontosabb, mert a beteg a pihenéshiány és folyadékvesztés miatt lassan teljesen kimerül. Azonban épp a hasmenés korlátozása az, mely legtöbb esetben csődöt mond, mert a lokálisan ható orvosszer alig tud a nyálkával vastagon borított bélmucosához jutni.

A rendszeresen adott hashajtószerek közül úgy a resorptiót csökkentőkkel (só és calomel), mint a bélmozgást fokozókkal (ricinusolaj, phenolphthalein, rheum, senna, aloë stb.) kísérletet tettünk, súlyos esetekben hasztalanul. Az újabban ajánlott hashajtó-injectiókkal (aloin, sennatin, peristaltin, tengervíz, hormonal) nem próbálkoztunk. Sok híve van a bacillaris dysenteriában alkalmazott calomelnak. A régi calomelkezelés kétségkívül eredményes lehel könnyű és közép-súlyos esetekben, azonban colitis gravis eseteinkben (20—30 és több napi székürítés) nem láttunk eredményt tőle. Mások jobbnak tartják a peristaltica-fokozókat (ricinus, rhebarbara, senna), ismét mások a systemásan adott sós hashajtókat, esetleg adstringensekkel kombinálva. Így pl. Ziemann a karlsbadi só és bismuthum subnitricum kombinációját ismeretlen kórokú dysenteriaszerű colitisben teljes hatásának tartja (Münc'h. med. Wochenschr., 1916, 32. sz.). Súlyos esetben éppúgy eredménytelen, mint a többi. A natrium sulfuricumot részben kristályosan, részben oldatban rendelik, naponta 20—30 gr.-ot. E különösen sós hashajtókkal üzött rendszeres purgálás tulajdonképpen *contraindikált*, mert a szervezet folyadékvesztését még elősegíti, az amúgy is rossz étvágyat rontja, a beteget kimeríti. Ezenkívül súlyos esetben sem a sóhashajtóktól megkötött folyadék tömege, sem a peristaltica intenzitása nem elég a nyálkahártya megtisztítására. Mindemellett a hashajtóknak több jogosultsága van, mint az alábbi adsorptiószereknek, mert a bélnyálkahártyára tapadó nyálkának és necrosisos szövettörmeléknek, valamint a megnövelt virulentiájú bakteriumoknak legalább egy részét eltávolítják.

Az adsorptió tulajdonságú szerek: talcum, bolus alba (Stumpf) és carbo animalis (újabbban Wichowsky és követői), melyeket előzetes rövid purgálás után rendelnek. Könnyű és középsúlyos esetben e szerek, ha csökkentik is esetleg a székletek számát, ezt bizonyára nem a bakteriumok hatástalanná tétele és a toxikus anyagok megkötése folytán érik el, hanem nagy tömegükkel összedőlővá teszik a vizes béltartalmat. A bolus bevétele nagy subjectív kellemetlenséggel jár: a fogak közé és a nyelvre homokszerűen tapadva undorító, lenyelés után megfekszi a gyomrot (kő), emiatt rontja az étvágyat és emésztést. A carbo animalis bevétele kevesebb kellemetlenséggel jár (rázással jobban suspendálható). Mindkettőnek nagy hátránya, hogy az adsorptió hatás kifejtéséhez oly mennyiség (100—300 gr.) bevétele szükséges, mely plastikus oszlopként töltse ki a béllument. Ez oszlop peristaltikai továbbmozgása és kiürülése igen nagy subjectív és objectív kellemetlenséggel jár: *fájdalmas székürítéssel kökemény skybalák távoznak*, melyek a vérbő nyálkahártyát izgatják, esetleg felsértik. Ezért czélszerű mindkét szert közönséges víz helyett keserűvízben suspendálni, illetőleg előzetesen keserűsóval összekeverni (loxodesmin). Súlyos esetben nem láttunk tőlük eredményt; a kemény skybalák távozása után a szert elhagyva, a régi kőkép újra előállott.

A székletételek számát csökkentő szerek vagy mint adstringensek, vagy mint adstringensek és bevonók hatnak, vagy a

bél mozgató ideg-készülékének izgalmát csökkentik, ez utóbbiak egyuttal fájdalomcsillapítók is. Az első csoportba a *tannin* és készítményei, dermatol, ezüstnitrat, calcium, a másodikba különösen a *bismuth* és készítményei, a harmadikba az *opium stb.*, az *atropin*, az adrenalin tartoznak. Minthogy a tannin nagyobb adagjai (3—5 gr.) a különben is meglevő kólikás fájdalmat fokozzák, a hasmenés csillapítására szívesebben használjuk a bismuthot, de különösen az opiumot, mely utóbbi úgy az acut, mint a chronikus bélgyulladás kezelésében nélkülözhetetlen. Az obstipans szerek természetesen csak a bél előzetes kiürítése után adandók (az elgyengült beteget kivéve). Igen súlyos esetben előzetes hashajtás nélkül, esetleg több napon át adhatunk opiumtincturát (30—50 gr.), bismuthum carbonicumot (5—10 gr. pro die). *Sajnos, éppen súlyos esetben az opiumnak és más rekesztő orvosszereknek még heroikus adagjai is cserben hagynak* (1. később).

A kólikás hasfájdalmak szüntetésére legtöbbször elég a hasra alkalmazott melegítőpalack, csak néha van szükség a centralisan vagy peripheriásan ható szerekre, melyek részben a spasmust csökkentik, részben mint localanaestheticumok a bélnyálkahártyát érzéstelenítik. A legfájdalmasabb perioduson morphiinnal segítjük át a beteget. Erre azonban igen ritkán van szükség. Az adrenalin fájdalomcsillapító hatását Groër dicséri bacillusos dysenteriában, ellenben eseteinkben nem vált be.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A fehérjevizelés nélküli heveny vesegyuladásról ír Davidson. Több jól észlelt heveny nephritisről számol be, melyeknél, az általános tapasztalattal ellentétben, az albuminuria egy változó és lényegtelen factor volt; oly esetekről van szó, melyeknek lefolyásában csak átmenetileg lehetett fehérjét nyomokban kimutatni, míg vörösvérsejtek, cylinderek, vesehámszövetek állandóan bőven voltak jelen a sedimentumban. Az esetek egy részében a positiv görcsövi lelet dacára sokszor heteken keresztül hiányzik a vizeletből az albumen (analbuminuriás nephritiü). Ilyenek rendszeren mérsékelt vagy kissé erősebb olyguriával járnak. A két sajátfigyelte esetben az albuminuriás nephritis 3—4 napos haematuriával kezdődött, az egyik esetben kólikás fájdalommal, azonban a szóba jöhető nephrolithiasis, vesetuberculosis és vesedaganat biztos kizárásával. Jelentkezhetik analbuminuriás nephritis haematuria nélkül is, a mi szintén az üledékvizsgálat nélkülözhetetlenségét igazolja. A megfigyelt esetek kórbonczani szempontból egy gócos glomerulonephritisnek felelnek meg. Az analbuminuriás nephritis jelentősége gyakorlati szempontból abban áll, hogy felfedezésül is kellő kezelésük mellett megakadályozhatjuk egy esetleges chronikus nephritis kifejlődését. Felfedezésének egyetlen módja a gyakori chemiai és mikroskopos vizeletvizsgálat minden nephritisre legtávolabbról is gyanus esetben. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 4. sz.) Weber dr.

A dysenteria serumkezeléséről ír Schittenhelm. A dysenteria serumkezeléséről megjelent közlemények legnagyobb része nem mentes a subjectív benyomásoktól, másrészt nélkülözi a következtetések levonásához szükséges számszerű bizonyítékokat. Ezért Schittenhelm a keleti harczterén gyűjtött nagy statisztika alapján igyekszik a serumkezelés értékéről képet nyújtani, kiegészítve azt a betegágy mellett szerzett tapasztalataival. Schittenhelm mindenképpen a serumkezelés hívének vallja magát s a serummal kezelt esetekben a betegség időtartamának megrövidülését, a halálozás csökkenését s a közérzet javulását nagyrészt serumhatásnak tulajdonítja. Szerinte a korai, erélyes és okszerű serumtherapia hasznos eljárás.

Az indicatiókat illetőleg különbséget tesz a Shiga-Kruse-bacillustól okozott valódi és a pseudodysenteriak között. Míg ez utóbbiakban a serumtherapia csak bizonyos esetekben, addig a valódi dysenteriaiban minden esetben indikált. Czélszerűbb azonban az indicatio felállításakor a klinikai szempontokat irányadóul venni; eszerint a következő esetekben van helye a serumkezelésnek: 1. Könnyű esetekben, melyekben az acut tünetek (véres szék, ideges tünetek) 3 napnál tovább tartanak s nem javulnak. 2. A kezdettől fogva toxikus esetekben. 3. Mindama friss esetekben, hol 24 órában 12-nél több széklet számlálunk kinzó panaszok mellett. Szövődmények és utóbetegségek ellen a serumtherapia teljesen hatástalan. Az alkalmazandó serum mennyisége 50 cm³-nél kevesebb ne legyen pro dosi. Ez a következő napokon megismételhető, sőt emelhető 80 cm³-ig s azután ismét csökkentő adagban 50, 40, 30 adható tovább. 6 napon túl, ha addig eredmény nem mutatkozott, a serumkezelés alkalmazása céltalan. Legczélszerűbb az intramuscularis alkalmazási mód. Az intravenás alkalmazás, minthogy gyakran okoz colapsust, csak igen súlyos esetekben mint ultima ratio alkalmazandó. Ujabbán kísérletek történtek a serumkezeléssel egyidejűleg adott dysenteria-vaccinációval, állítólag jó eredménnyel. A serum minőségét illetőleg biztos Shiga-Kruse-esetekben csakis a Shiga-Kruse-antiserum jöhet tekintetbe. Kulturálisan nem igazolt dysenteria eseteiben sem követünk el hibát, ha Shiga-Kruse-t adunk, minthogy csakis e serumnak van antitoxikus hatása. Nem biztos esetekben azonban czélszerűen adhatók a polyvalens savók is, elsősorban a höchsti savó, bár lényeges eltérés a savók értéke között nincsen. (Med. Klinik, 1919, 2. sz.)

Weber dr.

Gyermekgyógyászat.

A gyermek koponyájának kopogtatásáról s ennek diagnostikai értékesítéséről ír *H. Koeppe* (Giessen). A dagasztos gyermek koponyájának kopogtatásakor dobos kopogtatási és repedtfazék-hangot kapott. E paradoxnak látszó tünetet — hiszen légtelen kopogtatási mediumról van szó — utóbb meningitisnél és más koponyaüregbeli folyamatoknál még az esetben is megtalálta, ha más tekintetbe jöhető resonantiát, például a fekvőhelyét, kizárta; szerinte a koponya lég-tartalmú üregeinek resonantiájáról sem lehet szó.

A szerző felvétele szerint repedtfazék- és dobos kopogtatási hang megnagyobbodott intracranialis nyomás jelé s a tympania intenzitása a nyomás mértéke. Feltevése értékét le szállítja az a körülmény, hogy egészséges csecsemőn és más, fokozott koponyaüregbeli nyomással nem járó bajokban is jelentkezett tympania (pneumonia, influenza).

A szerző ezt a még kiépítésre, illetve magyarázatra szoruló jelenséget értékes diagnostikai jelnek tartja intracranialis megbetegedésekben, ha nem egymagában, hanem más tünetekkel együtt értékesítjük. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 6. sz.)

Lénárt dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 14. szám. *Bókay Zoltán*: Adatok a rheumatismus nodosus kórképéhez. *Nestlinger Miklós*: Adatok az emberi conjunctiva bacteriumflórájához.

Budapesti orvosi újság, 1919, 15. szám. *Grósz Géza*: Eucupin-kísérletek. *Engel Sándor*: Adatok a tüdőtuberculosis statisztikájához.

Vegyes hírek.

A progressiv orvosok pártokivüli csoportja március 30.-án tartotta közgyűlését, melyen kimondotta feloszlását és elhatározta, hogy belép a magyar socialista pártba.

Az influenzajárvány statisztikájához. *Federschmidt dr.* a 300.000 lakosú Nürnberg városának influenzastatisztikáját közli. A járvány 1918 július elejétől október végéig, tehát négy hónapig tartott; a lakosság 6-7%-át támadta meg. A megbetegedettek 3-5%-a esett a járvány áldozatául, körülbelül egyforma arányban férfiak és nők, még pedig leginkább (a férfiak 76-8%-ban, a nők 70-4%-ban) tüdőgyulladásos szövődmény következtében. A betegségnek leginkább a 15-30 év közti korosztály volt alávetve, a legnagyobb halálozási arány a 15-30 év közti korra esett. A mostanit megelőző legutolsó járvány 1889/90-ben, az azelőtti 1847-ben volt; eszerint a járvány 30-40 évenként szokott megismélni. (Münch. med. Wochenschr., márcz. 28.)

Személyi hírek külföldről. *H. Neumann dr.* bécsi egyetemi magántanár a fül- és gégeorvostan rendk. tanárává nevezték ki a nyugatombai vonult *Urbantschitsch* tanár helyébe, *O. Mayer* magántanárnak (fülsészeti) pedig a rendk. tanári címet adományozták. — Baselenben *Oppikofer dr.* magántanár (fülsészeti) rendk. tanár lett.

Meghalt. *Hudacsek József dr.*, budapesti gyakorló-orvos e hó 10.-én 58 éves korában. — *A. Chantemesse*, az általános kórtan és közegészségtan tanára a párisi egyetem orvosi karán, 67 éves korában.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbadafalva. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta ötszöri étkezés; tejkura. Kellemes kirándulások, gyönyörű sétányok, legnagyobb nyugalom; nap- és légfürdők. Mérsékelt díjak. Az Otthon orvosa: *Dr. Hoffmann László*, kórházi főorvos. Az odautazás nehézségeket nem jár, a megszállás nem érezhető; bővebb felvilágosítás és prospektus kapható: „Petőfi” Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma Rákóczi-út 13. Telefon: József 104-22.

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12-16. Telefon: József 81-75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-fürdők, hőlég-kezelés és vizgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízőkúrák. Vezető-főorvos: *Dr. Czifrusz Dezső*, a ki állandóan a telepen lakik.

Egész éven át nyitva.

Fővárosi Fásor Sanatorium

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

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

Dr. Székely-dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel. József 129-27. Dajka-vizsgálat.

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

Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. *Dr. RAJNIK PÁL.* — *Dr. KOVÁCS ALADÁR.*

Városmajor-Szanatorium és Vizgyógyintézet

Részvénytárs. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon: 88-99.

Újonnan átalakítva *Dr. Gráf Andor* főorvos vezetése alatt. Bel-, ideg- szivbetegek és üdülők részére. Hízáló-kúrák.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz. Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20-19.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. SUGAR gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Istvánuti Sanatorium

Budapest, VII., Hungária-ut 9 (István-ut végén). Telefon József 91-47.

Sebészet, belgyógyászat, nőgyógyászat, szülészeti és vizgyógyintézet.

Röntgen. Rádium-kezelés.

Dr. Reich-féle Budapesti medio-mechanikai ZANDER -intézet. Semmelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Vezető orvosok: *Dr. Melha Armand.* *Dr. M. Hill Paula* és *Dr. Mandler Ottó.*

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED.

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásaival Termális és fizioterápiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb.

Főorvosok: Termális kurák: *dr. Bosányi Béla*, igazgató. Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza*. Vizgyógyászati osztály: *Dr. Benczur Gyula*, egyet. m. tanár. Belgyógyászati osztály: *Dr. Safranek János*, egyetemi m.-tanár. Röntgen-laboratorium: *dr. Símonyi Béla*.

Kívánatra prospektus.

Kívánatra prospektus

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1919 március 1.-én.) Közkórházi Orvostársulat (VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.)

Budapesti Orvosegyesület

III. rendes tudományos ülés 1919 március 1.-én.

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

A projectil-lokalizálás néhány kérdéséről. A Röntgen-operatio.

Révész Vidor: Rámutat a háború előtti idegentest-lokalizáló eljárások hibáira, melyek főképpen abban mutatkoztak, hogy a betegre nem tudták tökéletesen átvinni a lokalizálás eredményét, vagyis nem tudtuk biztosítani azt, hogy a golyót minden esetben, még hozzá gyorsan és minél kevesebb insultus árán el lehessen távolítani.

Nagy vonásokban végigmegy a legfontosabb lokalizáló eljárásokon, megbeszéli előnyeiket és gyöngéiket. Hangsúlyozza a rotációs átvilágítás nagy fontosságát, mert egyszerűségén, gyorsaságán és egyéb jó tulajdonságain kívül *csakis* vele dönthetjük el azt, hogy egy projectil valamelyik üreges szervben benne van-e, vagy rajta, kívül fekszik-e (pl. tüdő, szív, koponya stb.).

Ismerteti a Holzknicht-féle résdiaaphragmás mélységmérő eljárást, mint amely a legczélszerűbb, leggyorsabb és mégis teljesen pontos és megbízható.

A Röntgen-képekkel való lokalizálás után rátér a különféle geometriai szerkesztéseken és matematikai számításokon alapuló eljárások megbeszélésére, melyek legismertebbje a Fürstenau-féle eljárás, csaknem százra menő módosításával.

A Röntgen-képekkel való lokalizálás alkalmazhatóságát nagyon kiterjesztette *Lilienfeld Leon* munkálkodása, kinek sikerült kidolgoznia a pontos módszereket, amelyekkel a scapularól, a sternumról és a sterno-clavicularis izületről, a sacrumról, a csípőcsontokról, csípőizületről és czombnyakról frontális képeket készíthetünk, vagyis itt is igénybe vehetjük a kétlemes-módszert. Mindezekre példákat mutat be az előadó. *Holzknicht* és *Lilienfeld* tovább is mentek ennél és a koponya egyes részéről, továbbá a medenczéről még egy harmadik irányból, a test hossz tengelyének irányából is készítenek felvételeket. Ezek a képek, melyeket ok axialis felvételeknek neveztek el, még jobban elősegítik a tájékozódást és a projectil fekvésének meghatározását.

A projectil fekvésének megállapításakor törekednünk kell arra, hogy lehetőleg anatómiai-physiologiai lokalizálást kapjunk, vagyis megállapíthassuk azt is, melyik szervben fekszik a golyó.

A golyók eltávolítása.

Már régen igyekeztek azon, hogy a lokalizálás eredményét minél tökéletesebben vihessék át az operálandó betegre, ezért vették segítségül a szondákat, a bőrre ragasztott jeleket, a Weski-féle magasságmérőket. Sőt *Weski* egy egész apparatust konstruált erre a célra. Próbálkoztak golyókereső telefonokkal, villamos csengőkkel, villamos lámpákkal biztosítani a projectil megtalálását. Mindez azonban nem biztosította a golyó sikeres eltávolíthatóságát, azért folyton azon fáradoztak neves röntgenológusok, hogy ehhez a művelethez is directe vehessük igénybe a Röntgen-sugarak segítségét. Így született a Perthes-féle eljárás, amely abban áll, hogy Röntgen-ernyő alatt rászúrunk egy hosszú, erős tűt a golyóra, azt benne hagyjuk és a tű mentén praeparálva, megtaláljuk a golyót. Ezt követte a Holzknicht-Grünfeld-féle szigonyozás, majd csakhamar a Holzknicht-féle trochoskopasztalon való operálás váltakozó Röntgen-fény és villamos lámpafény mellett.

Ugyanezt a célt szolgálja a Grashey-féle monocularkryptoskop is, amely kis idegen testek — tűk stb. — eltávolítására való.

Minthogy a rászúrásnak megvan a maga korlátozottsága és

megvannak a hátrányai, a trochoskopasztalon való operálás mellett pedig a sebészek nem látták teljesen biztosítottnak a műtét asepsist, *Holzknicht* megszerkesztette az ő Röntgen-operálóasztalát, amely idealisan oldja meg a kérdést. Az operálóasztal alá teszünk egy Röntgen-lámpát, amelyhez a padlóból directe lép ki a két vezeték. Semmiféle egyéb készülék abban a szobában nincs, a szobát nem kell és nem is lehet besötétíteni. A Röntgen-készülék az alatta lévő, vagy a mellette lévő szobában van. A röntgenológus egy kis szekrényében, melynek a fenekét egy átvilágító ernyő alkotja (kryptoskop), nézi a műtét területét és irányítja a golyó eltávolítását. Ez a szekrényke minden irányban elmozgatható és beállítható. A röntgenológus is hozzámosakszik a műtéthez, mint a sebészek (a kryptoskop steril huzatot kap), a műtét kezdetén megjelöli a bemetszés helyét (a gépkezelővel jeladással érintkezik), azután szükség szerint még egyszer-kétszer ellenőrzi a praeparálás helyes irányát, a golyó fekvését stb. A sebész teljes nappali világításban operál, az asztal minden oldala szabad, az assistensek úgy helyeződhetnek el, ahogyan kell, az asepsis tökéletes. Minthogy a műtét egész ideje alatt ellenőrizhetjük a golyó fekvését, tehát mindig *biztosan* és gyorsan tudjuk eltávolítani a projectilt, még akkor is, ha a localisatio nem volt egészen pontos, vagy ha műtét közben megváltozott a fekvése, pl. fistulajaratban vagy izomrésekben eltolódott. A hasürből is abszolút biztossággal és szinte játszi könnyűséggel távolíthatjuk el így a golyókat. Az indiciókat nagyon kiterjeszthetjük, mert mindent el tudunk távolítani, amit átvilágítással megláthatunk.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinyei József.

(Vége.)

Primaer sclerosis a kötőhártyán.

ifj. Liebermann Leó: Az esetet mint ritkaságot mutatja be. Mandulányi typosus, szalonnás alapú fekély, porczkemény beszűrődés, nagy praeorbicularis bubo. A positiv Wassermann-reactio és a *Basch* igazgató-főorvos dologkórházi osztályán végzett spirochaeta-vizsgálat positiv eredménye igazolja a diagnosist. Meglepő a fekély elhelyeződése az alsó kötőhártya áthajlási redőjében, olyan helyen, mely hámlaesiók ellen kitűnően van védve. A kötőhártya-sclerosisok inkább a szemhéjszél mellett s a belső szemzúgban szoktak előfordulni. A fertőzés módja nem volt kideríthető.

Guzman József: Az ilyenfajta érdekes esetek fertőzési módzatának egy esetét ismerteti. Munkás szemébe munka közben apró kazánkö-szilánk esik. Munkatársa segítségére siet, bevezeti az irodába s tollszárral kezdi piszkálni a szem kötőhártyáját. Hogy ez jobban menjen — a beteg bemozdása szerint — a tollszárat *megnyalozta*. A mikor szóló a beteget észlelte, a conj. bulbin a typosus primaer affectio volt jelen. Azonkívül a praeauric. mirigycsomók indolens bubója s általános papulo-maculás kiütés volt található. Későbbi confrontatio megállapította, hogy a segítséget nyújtó munkás lueses volt.

PÁLYÁZATOK.

1261/1919. ikt. sz.

Szeghalom községnél elhalálozás folytán megüresedett **nem ügyvezető községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeket **1919. évi április hó 30.-áig** kell hozzám beadni.

Az orvosi állás javadalma: 1400 kor. fizetés és 500 kor. lakás-pénz, a törvényes rendelési, betegápolási, műtét és fuvardíjak.

Szeghalom, 1919. évi márczius hó 20.-án.

Főszolgabíró.

6832/Orvos szám.

A diósgyőri állami vas- és aczélgyárhoz tartozó Ormospuszta bányatelepen (Borsodmegye) rendszeresített bányaorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állással az állami vasgyárak tisztviselőire érvényes, az államvasutak tisztviselőivel azonos VIII. fizetési osztály 1. fokozata szerinti évi 2900 korona kezdődő törzsfizetés, évi 200 kor. fűtési átalány, természetbeni lakás, ezenkívül további intézkedésig évi 2200 korona háborús segély és 300 korona drágasági pótlék élvezete van egybekötve.

Az állás ideiglenesen töltetik be és egy évi megfelelő szolgálat után változatlan illetményekkel, de fokozatos előléptetés kiállításával véglegesítetik. Felhívtnak azon egyetemes orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy oklevél másolattal, keresztlevéllel, egészségi bizonyítvánnyal és szolgálati működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat a diósgyőri állami vas- és aczélgyár igazgatóságához (Diósgyőrvasgyár) f. évi április hó 31.-éig nyújtják be.

Az állásra megfelelő lakás hiányában egyelőre nőtlen orvos neveztetik ki.

Diósgyőr, 1919 április 4.-én.

Magyar népköztársaság diósgyőri állami vas- és aczélgyár.

382/1919. szám.

A beregszászi kerületi munkásbiztosító pénztár pályázatot hirdet: egy lemondás folytán megüresedett pénztári kezelőorvosi állásra évi 2600 korona fizetés és 600 korona fuvarátalánnyal. Ezen orvos köteles ellátni: Beregszász város, a környékéhez tartozó gyárak pénztári tagjainak felerészét és a II. számú közegészségügyi kórhöz tartozó falvakban lakó tagokat. Azonkívül tartozik a fennjártó betegek részére a pénztár központi rendelőjében naponta rendelő órát tartani. A pályázat határideje jelen hirdetemének a „Munkásbiztosítási Közlöny“-ben való első megjelenésétől számított 15. napnak déli 12 órája. Ezen határidőn túl beérkezett kérvények figyelembe nem vétetnek. A pályázati kérvényhez mellékelendők az orvosi oklevél, magyar állampolgárságot igazoló születési bizonyítvány és az eddigi szolgálatot igazoló bizonyítványok.

A pályázati kérvény a pénztár elnökségéhez címezve a hivatalos órák alatt nyújtandó be. Az állást a pénztár elnöksége választás útján tölti be. Az alkalmaztatás egy évig ideiglenes, az állás választás után azonnal elfogalandó.

A megválasztott kezelőorvos tartozik a pénztár mindenkor érvényben lévő orvosi szolgálati-, fegyelmi- és illetmény szabályzatát magára nézve kötelezőnek elismerni.

Kelt Beregszász-on, a beregszászi kerületi munkásbiztosító pénztár 1919. évi márczius hó 25. napján megtartott határozatképes üléséből.

Birta s. k., elnök.

Schuller, igazgató.

HIRDETÉSEK.

Kurhaus Semmering

Physikalisch-diaetikus magaslati gyógyintézet, 1000 méter a tenger színe felett, egész éven át megszakítás nélküli üzem.

Főorvosok: Dr. Franz Hansy és Dr. Carl Kraus
egészségügyi tanácsosok.

Orvos urak figyelmébe!!!

Ha rendelészobaberendezést, vagy egyéb orvosi műszerfelszerelést óhajtának beszerezni, kérjük előzetes árajánlatomat

Neumann H. orvosi műszer- és orthopaediai gépek gyára ::

Budapest, VIII., József-körút 33. Telefon József 1-36

Hadból visszatért orvos urak igen előnyös árengedményben részesülnek. Csakis elsőrangú gyártmány. Javítások gyorsan és jutányos árban eszközöltetnek. — Pontos és gyors kiszolgálás.

Különleges szakma: Ujrendszerű művégtagok, orthopaediai gépek, haskötők stb.

30 év óta fennálló, kiválóan hasznosító

Gyógyintézet

Pörschach, Wörther-See mellett

teljesen berendezve, az eddigi tulajdonos visszavonulása miatt orvosnak bérbeadták. Szíves ajánlatok „Gesicherte Zukunft” jelige alatt a követték címre küldendők: Eduard Braun, Annoncenexp. Wien, I., Strobelgasse.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tablettá üvegtartóban 2 korona. Kapható a gyógyszertárakban.

Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!

4437

Új gyógyszer.

Kalcinált Calcium bromatum purissim. hypertoniás oldata.

Optocalcil haemostaticum 10⁰/₀
pro injection intraven.

a **tüdővérzést** prompt szünteti, a bőséges és sűrűn jelentkező **menstruatiót** rendezi, **haemorrhagiás nephritisnél** kiváló hatása.]

Optocalcil antidiarrhoicum 5⁰/₀
pro injection intraven.

gümőkóros hasmenéseknek specificuma, **idült hasmenéseknek** és **dysenterianál** feltűnően bevált. Egy dobozban 5 drb 10 cm³ ampulla.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak

MARBERGER GYŰLŐ, orvos-gyógyszerészeti laboratoriuma, UJPEST.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására :

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LÉO és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti cikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

Néhány előkelő tudományos vélemény a LYSOFORM baktericid hatásáról.

Seydewitz A greifswaldi egyetem egészségügyi intézetéből (Löffler, titkos tanácsos). *Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, 1902, 3. sz.*

Kiterjedt kísérletek alapján a szerző a következő conclusióra jut: A Lysoform fejlesztéstgátló ereje igen lényeges; a carbolsav hatását felülmulja és azonos a formalin erejével.

Symanski A königsbergi egyetem egészségügyi intézetéből (Prof. Dr. R. Pfeiffer). *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 1901, 37. sz.*

A szerző azon eredményre jut, hogy a Lysoform igen magas fertőtlenítő erővel bír, teljesen ingermentes, majdnem szagtalan és amennyiben tapasztalatai terjednek, úgy látszik teljesen méregtelen is.

Schneider Kir. intézet fertőtlenítő betegségek számára. (Vegyi osztály.) *Deutsche Mediz. Wochenschrift, 1906, 6. sz.*

A szerző ajánlja a mérsékelten felmelegített Lysoformoldatok alkalmazását, illetőleg a Lysoform a test hőfokának megfelelő meleg vízben való oldása, mert ily módon a készítmény baktericid hatása erősen emelkedik. Ily módon öli a 47–50° meleg 2%-os Lysoformoldat a staphylococcusokat és a typhusbacillusokat nem egészen öt percen belül. A praxis számára elegendő egy 37–40° 1–2%-os oldatnak alkalmazása.

Generalarzt Pfuhl A hannoveri 10. hadtest hyg.-vegyi laboratóriumából. *Hygienische Rundschau, 1902, 3. sz.*

A Lysoform erős csiraölő erővel bír, az 1%-os oldatának baktericid hatása megfelel a 3%-os carbolsavoldatnak, mérgező tulajdonságai nincsenek, akár a szer boralatti kötszövevtől, vagy a gyomortól az állatokra hat. . . A bőrre maró hatással nincs, mint azt egy ideig folytatott kézfertőtlenítés bizonyítja.

Professor Dührssen *Gynaecologisches Vademecum.*

. . . A kezek fertőtlenítésére a szerző egy 1%-os forró Lysoformoldatot használ; a kezeket öt percen át ezen oldatban kezeli, kizárólag csak ezen módszert használja és a keze mindig sima; műtéteinek eredményei kibírják az összehasonlítást az összes egyéb statisztikával.

Prof. Dr. Robert Koch az észak-afrikai tartózkodása alatt saját és kísérői személyes használatára, csakis a Lysoformot alkalmazta, mint fertőtlenítőt.

A császári birodalmi postaigazgatóság Berlinben a telefon-készülékek fertőtlenítésére 1908-ban kötelezőleg a Lysoformot vezette be.

Ausztria és Magyarországon a Lysoformot egyedül gyártja:

Dr. KELETI és MURÁNYI vegyészeti gyára Ujpesten.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

Természetes glycerophosphat

LECITHIN

0,10 és 0,05 grammos tablettákban.

Lecithin granulé.

Maltocithin.

A Lecithin halogénderivátjai:

Bromlecithin

Neurasthenia.

Neurosis.

Anämia, chlorosis.

Jodlecithin

Arteriosklerosis.

Lues.

Asthma bronchiale et cardiale.

HYPEROL-SZÁJVIZTABLETTA

Járványok esetén.

A torok-és szájúreg fertőtlenítésére.

2 tablettá fél pohár vízre.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Kallós Arnold:** Megfigyelések a katonaság körében jelentkezett typhus-járványok alkalmával. 177. lap.
- Rados Endre:** Passiv anaphylaxiás jelenségek sympathiás ophthalmiánál. 179. lap.
- Pfeiffer Ernő:** Adatok a kankós vesemedenczelob kórtanához és kezeléséhez. 180. lap.
- Ötvös Ervin:** A súlyos bélhurut bizonyos alakjairól és ezek kezeléséről. 182. lap.

Ritscher József: Néhány szó a digitális-therapiáról. 185. lap.**Irodalom-szemle.** *Lapszemle, Betorvostan, Fischer;* Az arteriosclerosis pathogenesise 186—187. lap.*Magyar orvosi irodalom,* 187. lap.*Vegyes hírek,* 187. lap.**Tudományos Társulatok.** 188. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Megfigyelések a katonaság körében jelentkezett typhus-járványok alkalmával.

Irta: *Kallós Arnold dr.*

A typhust általában még ma is, bármennyire fejlődtek is a védekezés módjai, Európa uralkodó akut fertőző betegségének kell tartanunk. Ebből önként következik, hogy oly alakulatok körében, melyek tömegekben vannak elhelyezve, járvány keletkezésének veszélye sokkal nagyobb és így a hadseregek fokozottabb mértékben vannak kitéve a járványnak, mint az egyes ember. A typhusnak a hadseregekben való elterjedése egyenes arányban áll az illető hadsereg hygienés viszonyaival, még pedig békében és háborúban egyaránt. Békében fegyelmezett tömegeken a megadott hygienés lehetőségek és a nekik megfelelő óvintézkedések fogantatása és betartása aránylag könnyen vihető keresztül, míg háborúban természetesen nehezebb a hygienés lehetőségek megválasztása és az óvintézkedések fogantatása: embertömegek oly vidéken, hol a typhus endemiás, bacillus-gazdák embertömegekben, az orvosi kezelésnek és az egészségügyi intézkedéseknek az első vonalakban a harc helyzetétől való függése mind olyan tényezők, melyek a háborús járványok keletkezését és terjedését nem csak magyarázzák, de egyszersmind indokolják is.

A hadseregekben az egészségügynek általában csak az utolsó három-négy évtizedben kezdtek nagyobb fontosságot tulajdonítani, és ennek arányában lényegesen javult is a hadseregek egészségügyi állapota. Bizonyosságát szolgáltatja ennek a typhus-betegedések száma az egyes hadseregekben.

	Megbetegedett	
	1880—1890	1890—1900
	az átlagos élelmezési létszám	
Ausztria-Magyarország	6%-a	4%-a
Németország	4.5%-a	3%-a
Franciaország	11%-a	10%-a
Olaszország	7%-a	5%-a

Hogy a 90-es években a csökkenés általában nem volt olyan nagy, mint a hygiene haladása folytán várható lett volna, annak talán a diagnostikai eszközök tökéletesedésében is találjuk a magyarázatát, amennyiben a bakteriologiai vizsgálatok tökéletesedése folytán ezelőtt gyomorhurutnak, gastrikus eredetű láznak vélt megbetegedés sok esetében a vizsgálati eszközök tökéletesedése folytán már a typhus diagnózis volt felállítható.

Hogy a hygienés viszonyok kedvezőbbé válása sokban hozzájárult a typhus-megbetegedések statisztikájának javulásához, azt az endemiás vidékeken elhelyezett csapatok körében végzett megfigyelések bizonyítják. Anélkül, hogy a lokalitások és kontagionisták közti vitát érintenők, valóban kell elfogadnunk, hogy a typhus abdominalis — ezt az ultrakontagionisták is be kell, hogy ismerjék — számos esetben endemiás jellegű. Ha az ilyen vidékeken elhelyezett csapatok körében a typhus is gyakoribb volna, ezzel a lokalitástan hatalmas bizonyítékot nyerne. Ezzel szemben a tapasztalat azt mutatta, hogy azokon a vidékeken elhelyezett csapatok körében, ahol a typhus endemiás, békében alig volt nagyobb a typhus-megbetegedések száma, mint más helyeken, jóllehet a fertőzés lehetőségei a polgári lakossággal való érintkezés következtében nagyobbak voltak. Tehát a kedvezőbb hygienés viszonyok a katonaság morbiditását csökkentették, viszont a katonaság körében történt megbetegedések a polgári lakosságot az övrendszabályok kellő figyelembevétele mellett megkímélték.

Ezt illetőleg békében typhus-járványok alkalmával a következő érdekes megfigyeléseket tettem.

Az 1913. évben a trencsényi állomáson jelentkezett typhus-járványt typhusos egyén bélsarával történt kútfertőzés okozta. A betegséget csakis a fertőzött kútból ivott emberek kapták meg (1 zászlóalj), míg a másik két zászlóaljnak emberei közül, kik főleg a másik laktanyában teljesítettek szolgálatot, csak ketten. A polgári lakosságból senkisémet betegedett meg.

A váci 1914. évi typhus-járvány alkalmával csak az egyik laktanyában elhelyezett huszárok betegedtek meg, még pedig annak a laktanyának az emberei, amelynek kútja typhussal volt fertőzve. A polgári lakosság itt is mentes maradt a járványtól.

Ezek az esetek eléggé bizonyítják, hogy bár közvetlen érintkezési fertőzések könnyen lehetségesek (az említett járványok alatt magam figyeltem meg ilyen eseteket), mégis a katonaság körében a megbetegedések zömének oka ilyen járvány esetén a fertőzött víznek vagy más tápanyagnak tulajdonítható.

Mindenesetre van a katonaság körében egy speciális érintkezési fertőzési lehetőség is, és ez az, hogy a ruhák és a felszerelési tárgyak a régi hadseregekben, ha az előbbi gazdájuk nem volt akut fertőző beteg, fertőtlenítés nélkül kerültek új gazdához. Azokról a felszerelési tárgyokról, melyek a sértett bőrön keresztül vizsik be a fertőző anyagot (nyakszegek, sapkák, keztyűk), nem kell, hogy bővebben bizonyítsuk mily veszélyt rejtnek magukban az ily mások által hordott és nem fertőtlenített ruhaneműek; de a belső meg-

betegedéseket okozó bacteriumoknál csak a nagy valószínűség van meg, a bizonyítási lehetőség legtöbbször igen csekély. Egy érdekes esetet említhetek meg: A trencsényi járvány alkalmával a járvány idején bevonult egy ember, kit a szolgálatvezető altiszt typhus gyanúja miatt elkülönített ember ágyára fektetett; 14 nap múlva ez az ember typhusban megbetegedett. Éppen ezért az újonnan felállítandó hadseregben nagyon fontos lesz annak a keresztülvitele, hogy a felszerelési tárgyak, mikor gazdát cserélnek, tervszerűleg fertőtlenítsenek.

A háború előtt a katonaság körében jelentkezett typhus leküzdésére vonatkozó elveket a következőkben foglalhatjuk össze: megállapítandó 1. a kórjelzés, 2. hol és hogyan történt a fertőzés, 3. elkülönítendőek a fertőzöttek és mindazon személyek, kik velük érintkeztek, 4. fertőtleníttendőek mindazok a helyiségek és tárgyak, melyekben a fertőzött tartózkodott, illetve melyekkel érintkezett.

A prophylaxis szempontjából a jó víz-ellátás, a legénység kioktatása és az árnyékszék tisztántartása elsőrendű fontosságú.

Ezek az elvek voltak érvényben, amikor kitört a háború. Bár várható volt, hogy háború esetén a fertőző betegségek nagyobb számmal fognak mutatkozni, mégis a háború kitörése alkalmával nem várt tömegben jelentkeztek járványos betegségek. Ez a körülmény a harczbahívott emberek nagy számában könnyen lelte magyarázatát. Így volt ez az összes fertőző bajokban, így volt tehát a typhusban is.

Feltűnő volt elsősorban nemcsak az eseteknek nagy száma, hanem a tüneteknek és a lefolyásnak sokfélesége is. Ha e kettő okát keressük, többféle magyarázatot találunk, és pedig:

1. A fertőzéseket különböző bacterium-törzsek okozták. E feltevés mellett szól az, hogy az egyes csapatokban lefolyt járványok eseteinek tünetei körülbelül egyformák voltak, minthogy ezekben a fertőzésekben ugyanaz a bacterium-törzs szerepelt.

2. A táplálkozás, még pedig a rendszert és a minőséget tekintetbe véve, bizony sokat változott a békebeli viszonyokhoz képest, amiből joggal lehet következtetni, hogy a bélfőrában is változások állottak be és ez a körülmény befolyásolhatta a lefolyást.

3. Minden valószínűség szerint a typhus-bacillusok tulajdonságai is lényeges változáson mentek keresztül a bélen sokszor átvándorlásuk folytán.

4. A kevert fertőzések gyakoribbak voltak, mint békében és ezek tették változatossabbá a kórképet.

Ezek a feltevések csak megerősítik a sokszor hangoztatott régi elvet, hogy nem betegséget, hanem beteget gyógyítunk. A typhus-bacillus mint kórokozó és a megbetegedett szervezet közti viszonyt kell kutatnunk. Minthogy pedig a szervezetnek erőbeli állapota általában mindig, háborúban pedig különösen folyton változik, a testnek meglévő ellenállóképessége sem érvényesülhet teljesen, ezért egy betegség lefolyása sem hasonlít a másikéhoz. Egyes csapatokban a szervezet állapota körülbelül egyenlő, ez magyarázza, hogy ezekben a járvány lefolyása is nagyjából egyforma lesz.

A diagnózis megállapítását az oltások sokszor megnehezítették. Oltott egyéneknek typhus nélkül is nagy a lépe, és pedig az eddigi statisztikai adatok szerint az esetek 5%-ában, még hónapok múlva az oltás után is. Azután meg mintha háborúban a lép érzékenyebb volna. Számos betegségben láttam léptumort, így különösen a papatáci-lázban, a Karst-betegségben. Ezek a tapasztalatok a délvidéken jelentkező typhus-kórjelzésekör fokozott óvatosságra intenek.

Az atypusos könnyű esetek még nehezebbé teszik a kórjelzést.

A diagnózis felállításakor a klinikai tüneteken kívül segítségünkre van a bakt. vérvizsgálat, a Widal-reactio, a bacillusok kimutathatósága a vizeletben, székletben, de ha ezek közül egyik-másik nem is sikerül, azért a typhus lehetőségét nem szabad tagadnunk.

További diagnosztikai segédeszköz a vérkép minemü-

sége. A leukocytosist illetőleg bizonyos, hogy többször észlelték, mint békében, de ezt az oltások is okozhatták. Már itt megemlíthetjük, hogy Römer és Stiere szerint az oltási vérkép a kezdődő typhus vérképének felel meg. Rövid ideig tartó leukocytosis után kifejezett leukopenia, a neutrophil leukocyták csökkenésével és a lymphocyták szaporodásával. Tartama 3—4 hét. Épp ezért a leukopenia sem erős támpont.

A háború óta a typhus elleni védőoltások akkora teret hódítottak és a négy év alatti megfigyelések és tapasztalatok oly tömege áll rendelkezésre, hogy ma már ezek alapján is az oltásról mint a typhus-prophylaxis egyik hatalmas segédeszközéről beszélhetünk.

Röviden összefoglalva az oltások megfigyeléséből levonható tanulságokat, a következőket mondhatjuk:

Az oltás okozta kellemetlenségek, akár kétszeri, akár háromszori oltással végeztessék az immunisatio, elenyésző csekélyek azon előnyökhöz képest, melyeket az oltások adnak. Mindenesetre az oltások értéke a statisztikából állapítható meg legjobban és ezt illetőleg a háborús statisztikák meg lehetős tiszta képet adnak, bár tekintetbe kell venni bizonyos körülményeket, melyek a statisztikák abszolút pontosságát befolyásolják.

Ezek a körülmények a következők:

1. A csapatost legénységének változása a harcz helyzete szerint, mikor is egyes csapatostek bizonyos számú embere a harcz helyzetéhez képest más csapatostekhez helyeztetik át és nem áll többé az oltási statisztika megfigyelése céljából rendelkezésre.

2. Az esetek száma, minthogy ez a szám a statisztikák szempontjából szintén nem jöhet tekintetbe.

3. A mögöttes országrészekből érkezett pótlások száma.

4. A csapatost egészségügyi viszonyainak változásai.

A legjobb átlagos statisztikai képet a tábort egészségügyi intézetek ápolóinak oltása adja, minthogy ezek kevésbé voltak kitéve a fent vázolt, a statisztikát befolyásoló körülményeknek. A hadrakelt sereg egészségügyi intézeteiben a nem oltott ápolók közül 90%-a betegedett meg és 18%-a a megbetegedetteknek halt meg.

A mi csapatunkban az arány az oltottak és nem oltottak megbetegedése közt általában a következő volt abban az időben, a mikor még nem volt kötelező a typhus elleni védőoltás: A megbetegedett egyének 88%-a nem volt oltva, 9%-a egyszer, 3%-a pedig kétszer volt oltva.

Miután a typhus elleni oltás kötelezővé tétetett, az általános élelmezési létszám 0.08%-a betegedett meg typhusban (Kamp adatai).

A másik kiváló hatása az oltásnak a typhus lefolyására van. A nem oltottak halálozási százaléka .20, az első oltás alatt megbetegedetteké 10.26, az oltások utáni első három hétben megbetegedetteké 3.7, egyes csapatostekben 2.8%.

Természetesen nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a hygienés viszonyok is kedvezőbbek lettek a háború folyamán. Az oltás legfőbb haszna tehát az, hogy a megbetegedések számát lényegesen csökkentette, vagy a járványt megszüntette és a lefolyást az esetek számához viszonyítva aránytalanul könnyebbé tette. Erre szép példa az avtovaci typhus-járvány.

Avtovacon és környékén a typhus évtizedek óta emdemiás, mint ez a gackoi kerületi kapitányság adataiból pontosan kitűnik. 1914 októberben a 30. ezred került Avtovacra. Ekkor már a szomszédos Gackon a polgári lakosság körében meglehetősen dühöngött a járvány. Október közepe felé a 30. ezred egy századában, mely egy erdőben volt elhelyezve, hirtelen typhus-esetek mutatkoztak. Az incubatio tekintetbe vételével csakhamar meg volt állapítható, hogy a járványt a 30. ezred máshonnan hozta magával és nem magán Avtovacon fertőződött. Érdekes, hogy a megbetegedések kizárólag ebben az ezredben fordultak elő, az erdőben elhelyezett többi legénység mentes maradt a typhustól. A gackoi járvány keletkezésére vonatkozólag sikerült kimutatnom, hogy az oka a gackoi vízvezeték fertőzött volta volt; ez a fertőzés úgy történt, hogy egy határszéli köz-

ségnek a montenegróiak által elűzött lakói a gackoi vízvezetékfertőzést. Az egyes erődökből Avtovacra jövő legénység, mely Gackot érintette és ott vizet ivott, rövidesen megbetegedett typhusban s így csakhamar több erődben elszórtan szintén mutatkoztak typhus-esetek. A gackoi vízvezeték elzárása után az új megbetegedések száma lényegesen csökkenni kezdett, a 30. ezredben is a megbetegedések csak az említett egy századra lokalizálódtak. Most végrehajtottuk a védőterület egész legénységén a typhus-oltást, nem hagyva figyelmen kívül a lehető legpontosabb fertőtlenítést sem. Az eredmény az volt, hogy a lehető legrövidebb időn belül a katonaság körében a typhus-megbetegedések egészen megszűntek. Miután magában Gackban a polgárságot is beoltottuk és prophylactice is megtettünk mindent, a typhus-járvány ott is megszűnt, jóllehet, mint említettem, ott évek óta endemiás volt.

Ehhez képest mindenesetre van az oltásnak egy hátránya és ez az, hogy a diagnosis felállításakor az oltás okozta elváltozások folytán bizonyos nehézségek merülnek fel, még pedig főleg a Widal-reactio, a vérkép és a lép tekintetében.

Kérdés, befolyásolja-e a diagnosis felállítását a typhus-elleni oltás. A válasz: igen. És ez talán a legfőbb hátránya a typhuselleni prophylaxisos oltásoknak.

Az oltás után 1—2 hét múlva a Widal-reactio positiv volt (1:800) 41%-ban, " " 3—4 " " " " " " 25%-ban, " " 5—6 " " " " " " 28%-ban, " " ezentúl 6 hóig " " " " " " 18—25%-ban.

Mint láttuk, a lép az emberek 5%-ában háborúban úgyis nagyobb, ez a körülmény sokszor megnehezíti a diagnosist.

A mi a vérképet illeti, ez is megváltozott a typhus-oltások folytán, mint ezt az alábbi adatok bizonyítják (Luksch).

A leukocyták és lymphocyták aránya a következő:

	Oltás előtt az arány	az eosinophilek száma
Egy nappal az oltás után	67:33%	21%
Három " " "	74:26%	15%
2. inj. után 1 " "	58:42%	16%
" " " 3 " "	72:28%	06%
" " " 11 " "	66:34%	15%
" " " " " "	68:32%	10%

Tehát oltás után a polynuclearis leukocyták megsaporodtak, 3—4 nap múlva a lymphocyták, a második oltás után először leukocytosis, majd kismértékű lymphocytosis, azután 11 nap múlva a vérkép normalis.

Egy fontos kérdés marad még: van-e az oltásnak negatív phasisa?

Pfeiffer, Friedberger és Drigalski már eleve tagadta, ma Wright sem ragaszkodik többé álláspontjához, pedig ő vette fel a kérdést. Az előbbi statisztikai adatok mindenesetre ellene szólnak.

Voltak ugyan esetek, melyekben a prodromalis szakban végzett oltás a lefolyást súlyosabbá tette, de más esetekben enyhébb volt a lefolyás, úgy hogy a megfigyeléseket még nem tekinthetjük lezártak.

Az bizonyos, hogy latens typhus-esetek az oltás után acuttá válnak. E tapasztalat alapján jó volna minden alkalommal, ha egy csapatban több typhus-est mutatkozik, az egész csapatot beoltani, tekintet nélkül arra, mikor történt az előző oltás; a latens esetek ezáltal manifestté lesznek, a többi egyén pedig fokozott immunitást kap.

A mi a bacillus-gazdákat illeti, mintegy 40%-ban láttam őket lezajlott typhus után. A bacillus-gazdák 75%-a a széklet útján, a többi a vizelet útján választotta ki a bacillusokat. Kísérleteztek a bél útján kiválasztókon bő táplálék nyújtásával, menthollal, aethylalkohollal; a vizelet útján kiválasztókon még mindig az urotropin vált be legjobban.

* * *

A béke idején a typhus-járványok elleni küzdelemben lezűrdött tanulságok igen jók voltak arra, hogy a nagy háborús járványok idejére bizonyos tapasztalatokkal rendelkezünk. A háborús megfigyelések, mint látjuk, még sokszorta érték-

esebbek, hiszen számos kutató rengeteg tapasztalata áll immár rendelkezésünkre. Mindezek értékesítése remélhetőleg lehetővé fogja tenni, hogy előbb-utóbb a typhus nem lesz már Európa acut fertőző betegsége. Az új szervezéseknel és berendezésekkel e tapasztalatok alapján mindenesetre sokat tehetünk majd ez irányban.

Passiv anaphylaxiás jelenségek sympathiás ophthalmiánál.*

Irta: Rados Endre dr.

A sympathiás szemgyulladás keletkezését magyarázó különböző vélemények igen érdekes nézettel gyarapodtak *Elschnig* jól ismert teoriájában, mely a sympathiás ophthalmiát mint a homolog szerv anaphylaxiás gyulladását fogja fel. A lényege ennek a teoriának abban áll, hogy a sérült szem pigmentje mint antigen resorbeálódva, a másik szem localis túlérzékenységet eredményez, általános anaphylaxiás jelenségek nélkül. Ezen pigment ellentétben a serum oldott fehérjével csak szétbontás után nyeri anaphylactogen hatását. *Elschnig* teoriáját az uvea antitestjének szervi fajlagosságára alapította, mely szerint a kísérleti állatoknak ezen anyaggal történt immunizálása, hasonlóan a lencse anyagával történő immunizáláshoz, nem faji, hanem szervi specificitással bíró antitestproductióra vezet. Ezen szervi fajlagossággal bíró amboceptorok képződését, szerinte, az úgynevezett chemiailag tiszta pigment eredményezi, maguk az uvea-sejtek inkább fajlagos, mint szervi specificitással bíró antitesteket termelnek. A vázolt teoria erős védőre talál *Kümmel*-ben, ki egész más úton, az epiphanin-reactióval igyekszik bizonyítani az uvea antitestjének szervi fajlagosságát. *Kümmel* még egy lépéssel tovább ment és nemcsak kísérleti anyagot, hanem sympathiás ophthalmiával és áthatoló sebzéssel bíró betegek serumát is vizsgálta ezzel a reactióval.

A szervi specificitással bíró antitestek megjelenését, a mi csak egyik alapköve lehetne a teoriának, *Elschnig* a complement-eltérítés segítségével vizsgálta. Igen messzire vezetne, ha ezen a helyen az én idevonatkozó, már több helyen kimerítően közölt vizsgálataimról beszámolnék, főleg mert az alább megbeszélendő vizsgálatok egészen más irányúak. Ezen vizsgálatok a biológiai bizonyítást célozták a passiv anaphylaxia segítségével; részint a háború előtt, részint legutóbb végeztem őket.

Amint ismeretes, *Doerr* szerint anaphylaxiás antigen alatt olyan anyagokat értünk, melyek változatlanul a vérbe kerülve, a szervezetben specifikus antitestképződést s ezzel túlérzékenységet létesítenek, mely állapot ezen activ anaphylaxiás szervezetről normalis állatra átvihető. Utóbbi jelenség a passiv anaphylaxia, mely anaphylaxiás antitest létezése által van feltételezve. A következő feladatot tűztem ki magam elé: megvizsgálandó, vajjon sympathiás ophthalmiában szenvedő betegek serumában passiv anaphylaxiás kísérletekkel kimutatható-e az anaphylaxiás antitestek létezése. Az anaphylaxiás antigen specifikus arra a növény-, illetőleg állatfajra, a melytől származik, ha az antigennek faji specificitással bíró tulajdonságai vannak, ennek következtében a szervi specificitással bíró anaphylaxiát létesítő anyagoknak szervi specificitással kell bírniok. Éppen azért passiv anaphylaxiánál egy nem specifikus serum-anaphylaxiától semmit sem kell tartani, miután a kísérleti állatot előzetesen emberi serummal kezeltük, a második injectiót pedig disznó- vagy marhauvea-emulsióból kapta. Éppen ellenkezőleg, ezen eljárást bizonyítóbbnak kell tekintenünk, mert ha mindkét injectio, mint activ anaphylaxiás kísérletekben, ugyanazzal az uveaemulsióval történt volna, abban az esetben megtörténhetik, hogy egy olyan bőven erezett hártánál, mint amilyen az érhártya, esetleg nem specifikus serum-anaphylaxia a tulajdonképpeni reactiót fedí, minthogy majdnem lehetetlenség a serum és az uvea szervi fehérjéjét teljesen izoláltan előállítani. A serum-

* Az 1918. évi heidelbergi szemészgyűlés előadási sorozatából

fehérje minimalis mennyiségben uár utánozhatja a tulajdonképeni reactiót és megtévesztésre vezethet, a mi könnyen érthető, ha szemünk előtt tartjuk, hogy milyen kis fehérjemennyiségek elegendők a sensibilizáláshoz.

A sensibilizálás sympathiás ophthalmiában szenvedő betegek serumának kifejtett tengerimalaczkokban való subcutan befecskendezésével történt. Vért a szokásos steril kautelák mellett vettem s a sensibilizáló injectióval egyidejűleg steril agarrétegre oltottam. Az injectio a processus xiphoideus környékén történt. Így tulajdonképpen egy passiv heterolog anaphylaxiával volt dolgunk, mert a supponált anaphylaxiás reactió test átvitele nem ugyanarra a fajra történt (emberről tengerimalaczkra). Az átvitel ezen fajtája azonban lehetséges, mint ahogy azt *Novotny* és *Schick*, *Anderson* és *Forst*, *Jamanouchi*, *Austrian* kísérletei mutatják.

Az anaphylaxia passiv átvitelére a tengerimalaczkok, ellentétben a nyulakkal, melyek ilyen kísérletekhez nem valók (*Friedberger*, *Bail*), igen alkalmasok. A tengerimalacz teljesen egyenletesen reagál, így igen alkalmas annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy a beoltott anyagnak vannak-e anaphylaxiogen tulajdonságai.

A reinjectio minden esetben a kipaeparált vena jugularisba intravenásan történt. Néhány esetben, mikor több kísérleti állat állott rendelkezésemre, intraperitonealis reinjectiót is csináltam. Minden esetben 2, esetleg 4 állatot sensibilizáltam s 24 óra múlva disznó- vagy marha-ueveaemulsióval intravenásan, esetleg intraperitonealis reinjectióval. A legtöbb szerző a 24 órás intervallumot tartja a passiv anaphylaxiás kísérletek optimumának. Az ueveaemulsió vacuumban lett beszárítva, azután steril physiologiai konyhasóoldatban szétörzsolve, olyképpen, hogy egy rész uevéra 1.5 cm³ konyhasóoldat volt számítva, majd 24 óráig rázó-készülékben erőlyesen rázva.

Elschnig bár azt tartja, hogy különösen a pigment-szemcsék tudnak szervi specificitással bíró antitesteket létesíteni, így tehát indokolt volna ezen vizsgálatokban a reinjectiót ugynevezett chemiailag tiszta pigmenttel végezni. *Szily* kísérletei azonban azt mutatták, hogy a chemiailag tiszta pigment általános és localis anaphylaxiás kísérletekben nem bír antigen functióval, éppen azért a reinjectio kísérleteinkben állandóan csupán különböző eredetű uevea-emulsióval történt.

Összesen 7 beteg serumát vizsgáltam, akik nemcsak klinice mutatták a sympathiás ophthalmia teljes képét, hanem a később megtörtént histologiai vizsgálat alkalmával is ugyanezt a leletet adták. Minden kísérletben controllként épp annyi állatot sensibilizálás nélkül, ugyanazzal az emulsióval épp oly módon kezeltem, azonkívül épp oly számmal olyan állatokat, melyek 24 óra előtt ugyanolyan mennyiségű serummal lettek sensibilizálva, de olyan betegek serumával, kiknek nem volt perforáló sebzésből eredő gyuladásuk, s *Wassermann*-reactiójuk is negativ volt.

A megtörtént reinjectio után hőmérőztem úgy a főkísérlet állatait, mint a controllokat.

A temperatura mérése rectalisan történt a reinjectio után $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1 és 3 óra múlva. E mellett az anaphylaxia többi klinikai jelenségét is figyelemmel kísértem.

Minden kísérleti állaton vizsgáltuk a complement el-tűnését, a mely, mint ismeretes, activ anaphylaxiánál is kimutatható, de leginkább érvényesül passiv anaphylaxiánál.

Itt röviden rámutatok, hogy az összes kísérletek negativ eredményt adtak. Egy állat sem pusztult el anaphylaxiás symptomák között, az enyhébb anaphylaxiás jelenségek is hiányoztak teljesen. Nem volt görcs, complementtűnés sem volt kimutatható passiv anaphylaxiás kísérlettel a kísérleti állatok vérében. Typusos temperaturasüllyedés sem volt észlelhető. Néhány esetben bekövetkezett ugyan temperatura-változás, de ezek éppen az előzőleg nem kezelt controll-állatok, éppen azért ezt a jelenséget nem lehet az anaphylaxia javára értékesíteni.

Általában mondhatjuk, hogy a tengerimalaczkon passiv

anaphylaxia segítségével az anaphylaxiás kísérlettel sem mutathatók ki anaphylaxiás antitestek.

Amint már előbb említettem, *Elschnig* és *Salus* immunizálási és complement-eltérítési kísérletek alapján felvette, hogy sympathiás ophthalmiánál a vérben specifikus anaphylaxiás antitestek keringenek.

Több szerző különféle technikával igyekezett kimutatni ezen antitesteket, így *Hippel*, *Hegener*, *Berneaud* és mások *Abderhalden* dialysatiós próbáját használták ezen célból, mely eljárás megbízhatóságát különféleképp értékelték. *Kümmel* tapasztalata szerint epiphanin-reactio segítségével sympathiás ophthalmia 13 esetében 7-szer befolyásoltatott az uevea-antigen a beteg seruma által, 30 controll esetben pedig csak 3-szor. Második közleménye szerint már kevésbé voltak kedvezők a viszonyok, tudniillik 30%-ban ért el positiv eredményt ezzel a reactióval sympathiás és nem sympathiás esetekben egyaránt. *Wassermann* volt az első, ki ugyancsak betegek serumát vizsgálta passiv anaphylaxiás kísérletekben, de egy esetben sem sympathiás ophthalmiánál, hanem csakis áthatoló sebzés esetében. A biologiai kimutatása az antitesteknek passiv anaphylaxiás kísérletekben mindhárom esetben negativ volt, a praecipitatio és a complement-eltérítés különböző eredményeket adott. *Fuchs* és *Meller* biztos sympathiás ophthalmiából származó anyaggal dolgoztak a complement-eltérítési és praecipitációs methodus segítségével, de nem sikerült antitesteket kimutatniok a vérben sympathiás ophthalmiánál.

A fenti kísérletek áttekintésekor kitűnik, hogy a sympathiás savóban keringő antitestek kimutatása általában nem sikerült. A mi kísérleteinkben úgy klinikailag, mint histologiailag bebizonyosodott sympathiás anyaggal dolgoztunk. A vérvétel abban az időszakban történt, mikor klinikailag a heves gyuladásos tünetek még csak rövid idő óta állottak fenn, tehát oly esetekben, mikor antitesteknek határozottan jelen kellett lenniök, ha ezek egyáltalán a vérbe jutnak ebben a megbetegedésben. A serummal azonnal sensibilizáltunk, hogy az anyagot lehetőleg frissen dolgozhassuk fel. A reinjectióknak úgy idejét, mint módját a passiv anaphylaxiás viszonyok optimuma szerint választottuk. Épp azért kell különösen kiemelnünk, hogy egészen friss, klinikailag és histologiailag biztos sympathiás gyuladásoknál nem sikerült tengeri malaczkon a vérben keringő anaphylaxiás antitestek biologiai kimutatása az összes passiv anaphylaxiás kísérletekben. Még megoldatlan azonban az a kérdés, hogy ezen antitestek létezését okvetlenül fel kell-e vennünk anaphylaxiás gyuladásnál, mint az *Fuchs* és *Meller*-nek a nézete, vagy megelégedhetünk *Kümmel* felfogásával, mely szerint celluláris anaphylaxiával van dolgunk, hol egyáltalán nem keringenek szabad antitestek a vérben.

Adatok a kankós vesemedenczelob kórtanához és kezeléséhez.

Irta: *Pfeiffer Ernő* dr., műtőorvos-urologus.

(Folytatás.)

Mikor vizsgálatainkat megkezdettük, elsősorban a therapiás szempont érdekelt. Másrészt a hólyaghurutos betegek tükrözése s vesekatheterezése kissé gondolkodóba ejtett. Ezért az első 3—4 betegünket előzetes cystoskopia nélkül vettük kezelésbe, bár kezdettől fogva tisztában voltunk, hogy pontos diagnosis nélkül használható következtetéseket nem vonhatunk. Később az aetiologiai és körjelzési szempont mindinkább előtérbe lépett s kényszerített, hogy pontos vesevizsgálatra törekedjünk. S itt azonnal szembe kell hogy nézzünk azzal a kérdéssel, lehet-e s mily határig engedhető meg a gonorrhoeás hólyaghurutok tükrözése? Tudjuk, hogy *Nitze* acut hurut esetén teljesen elutasító álláspontot foglalt el, hisz tankönyvében az acut hólyaghurutok tükröképeinek tárgyalásakor azonnal megjegyzi, hogy csak mások adatait közli, minthogy önmaga az ilyen vizsgálatokat meg nem engedhetőnek tartja. *Nitze* óta ez az álláspont classikussá vált. Indokai megérthetők, bár következménye lett, hogy nem vizs-

gálván a hólyagelváltozásokat a gyuladás e stadiumában, azok jelentőségét messze túlértékelték. Eseteimben az experimentális szempont kényszerített rá, hogy e tilalmat kissé elhanyagoljam. Peracut hólyaghurutokat természetesen nem bántottam. De subacut hurutok vizsgálatakor elsősorban az lépett meg, hogy mily minimalisak többnyire a hólyagváltozások. Hogy a kankós gyuladásos folyamat főleg a hólyag basalis részén jelentkezik, elsősorban a trigonumon, már régóta tudjuk. Így többek között *Remete* már 1905-ben megjelent tanulmányában utalt rá, hogy a kankós cystitis többnyire csak trigonitis. De a szerzők nagy része, például *Casper* is, úgy vélte, hogy ez csak a kezdeti stadium s a gyuladásos folyamat később a hólyag többi részére is ráterjed. Vizsgálataink főleg subacut hólyaghurutokra vonatkoztak, s ezekben a lobos folyamat többnyire a trigonumra szorítkozott, a hólyag többi része vagy egyáltalában nem, vagy alig mutatott kóros elváltozást s a hurut erőteljes tovaterjedését a trigonumon túl a kankós hólyaghurutoknál inkább kivételnek, mintsem szabálynak kell hogy tartjuk. (Practice ebből is folyik a hólyaginstallációk fölénye a hólyagmosásokkal szemben kankós cystitis eseteiben.) A másik momentum, mely figyelmünket megragadta, a capacitas jól megtartott volta, vagyis a hólyagfal kistokú érzékenysége. A capacitas többnyire teljesen normalis volt, bár a vizelet-inger, mely a betegek legnagyobb panasza, a hólyag jelentékeny érzékenységét sejtette volna. Annnyira állandó volt a capacitas normalis volta, hogy ez talán diagnostikai momentumnak is felhasználható volna. Hogy ezt a feltűnő jelenséget megmagyarázhassuk, vissza kell gondolnunk a capacitas, a vizelet-inger és a hólyagfal érzékenysége közti viszonyra. A capacitást már *Guyon* a hólyagfal érzékenysége függvényének tartotta. Szerinte „la capacité de la vessie n'était pas anatomique, mais physiologique“. A hólyag érzékenysége tekintetében két fő tényező jut szerephez: az egyik a contact érzékenység, a másik a feszültség. Normalis viszonyok között a hólyag feszültségi érzése játszik fontosabb szerepet. Kóros körülmények között azonban másképp áll a dolog. Itt is a fő szerep a feszültségi érzésnek jut, hiszen ha ilyen hólyagba bármily kevés, langyos, indifferens folyadékot fecskendezünk, a hólyag azonnal fájdalmas contractióval felel. Emellett azonban hólyaghurutnál a contactérezékenység is rendkívül kifejezett lehet; gondoljunk csak a hólyaghurutban szenvedő köves betegek fájdalmára a legkisebb mozgásnál; ép hólyag mellett a betegeknek gyakran sejtelmük sincs kövek jelenlétéről! A legkisebb beavatkozás, katheterezés stb., de maga a vizelet jelenléte is, a hólyagban levő vizelet helyzetváltozása elegendő hurutoknál a fájdalom előidézésére.

Ha ezeket szemelött tartjuk, feltűnik az egyes hólyaghurutok közti különbség, melyeknek egyik csoportját a gümőkóros, a másikat a kankós subacut és chronikus hurutok képviselhetik. Mindkettőnél a vizelet-inger fokozódása, tenesmus áll fenn. A kapacitásban azonban jelentős különbséget találunk. A gümőkóros hólyagok gyakran alig 10–20 gr. vizeletet bírnak el. Hogy már most a vizelet mint idegen test okozza-e a rendszeren fekélyes nyálkahártya contractióját (contact-érezékenység), avagy a hólyag csak kis feszültséget bír-e el s a hamarosan elért kóros telítettség idézi-e elő az imperatív vizelet-ingert, erre most nem térhetünk ki. Való az, hogy itt a tenesmus nagyobbodásával párhuzamosan a capacitas rendkívül megkisebbedett.

A kankós subacut hurutnál azonban másképp áll a dolog. Itt a capacitas a vizelet-inger dacára is megtartott, az anatómiai elváltozások pedig rendkívül csekélyek. Mi okozza tehát itt a tenesmust? Tudjuk, jelentős táborra volt annak a nézetnek, mely a vizelet-inger keletkezését a hátulsó húgycső prostatás részének lobosodására vezette vissza, avagy a mictio előtt idejutott vizelet vagy geny izgatására. Ezzel a nézettel szállott szembe nagy felkészültséggel és sok érvvel *Guyon* iskolája, később *Zuckerlandl* és mások. Mégis a pyelocystitisnél vagy vissza kell térnünk ezen túlhaladottnak vélt álláspontra, a mi ellen különben az is szól, hogy s eteinkben a hátulsó húgycső ingere nem lehetett jelentős,

hiszen a vizsgáló műszereket a betegek minden különösebb érzékenység nélkül túrték (igaz, hogy ez mechanikai és nem chemiai inger), vagy pedig reflexérezékenység játszik itt szerepet; valószínűleg a lobos vesemedencze és ureter, részéről kiváltott kóros innervációval van dolgunk. Akárhogyan jön is azonban létre ez az inger, való az, hogy a hurutok e csoportjában a tenesmust a capacitas fogalmától el kell választanunk, s míg a gümős hólyaghurutnál e két symptoma kifejezetten fordítottan arányos, addig a kankós hurutnál a kettő között szoros összefüggés nem áll fenn. A cystoskopi vizsgálatoknak különben egy esetben sem láttuk káros hatását a kórlefolyás vagy gyógyulás szempontjából.

Eseteim nagy részében a diagnosist csak a véletlen ureterkatheterezésnek köszönhetjük, közelfekvő tehát a gondolat, hogy a gonorrhoeás vesemedencze-gyulladás sokkal gyakoribb megbetegedés, mintsem gondolnók. Megérthetővé teszi ezt a kankós pyelitis tüneteinek elmosódott képe, mely a differentialdiagnosist nehezíti, pontos vesevizsgálat nélkül esetleg lehetetlenné teszi. A pyelitis cardinalis tünete, a pyuria, itt kevésbé esik latba; eltekintve attól, hogy semmiféle chemiai eljárással sem lehet a kankós hólyaghurut genyes vizeletéből a vesemedenczéből származó genyet pontosan elkülöníteni, már csak azért sem támaszthatjuk körjelzésünket e symptomára, mert épp kankós pyelitis esetén, mint eseteink is bizonyítják, a vesevizeletben a geny mennyisége gyakran egészen minimalis. A fehérje jelenléte sem mond sokat, hisz az albumen többnyire csak nyomokban mutatkozik és a kankós genyes vizeletben ebből nem lehet következtetést vonni. A vizeletnek szintelen sápadtságát, chromogenezegénységét, melyet *Guyon* „urine rénale“ névvel jelölt meg, valóban többnyire konstátáltuk, de egyrészt nem constans jel, megvolt pyelitis nélkül is kankós vizeleteknél, másrészt sokkal kevésbé szabatos jel, hogysen más szerepet, mint segítő momentumot játszhatnak a körjelzésben. A mi pedig a különféle ureternyomásponctokat illeti, melyekre főleg a francia szerzők utalnak (*Legueu, Bazy* stb.), eseteinkben majdnem kivétel nélkül hiányoztak, csak a vesetáji és keresztáji tompa fájdalom volt gyakori panasz tárgya, de ez a legtöbb hólyaghurutnak is kíséző tünete s eddig leginkább ideges tünetnek vagy reflexérezékenységnek tartották. Hőmérsékemelkedést csak két esetben észleltünk, egyszer hosszabb ideig tartó subfebrilis lázat s csak egy esetben láttunk kifejezett magas lázat, mely szintén csak egy napig tartott. Étvágytalanság, a nyelv belepettsége stb. szintén nem voltak általános észlelt tünetek. Ha tehát a cystoskopiától eltekintünk, mely kétségtelenül eldönti a kérdést, alig van módunk a kankós pyelitisben, mely mindig ascendáló s így cystitissel karöltve jár, a differentialdiagnosist megállapítására, minthogy a tünetek legnagyobb része megegyezik a kankós hólyaghurutok általános symptomáival. Hozzájárul, hogy főleg halvány, vérszegény egyénekben fejlődik ki, de épp ezen debilis egyénekben tapasztaljuk legtöbbször a makacs, minden kezeléssel daczó hólyaghurutokat. S ha az ilyen hurutokban szenvedőkön vesevizsgálatot végzünk, mint eseteink mutatják, mindig találunk a vesékben minimalis vagy nagyobb elváltozást, mely kevés genyben, kevés fehérjében, mikroorganizmusok jelenlétében s gyakran a vese secretorius működésének kis lefokozottságában nyilvánul. Valószínű tehát, hogy e hólyaghurutok nagy részében tulajdonképpen pyelitissel van dolgunk s ha, mint fentebb kiemeltük, a kankó nemcsak a női, de a férfihólyagban is főleg csak trigonalis cystitist okoz, mely a hólyag többi részére nem igen terjed rá, annál hajlamosabbnak mutatkozik, hogy további útját az ureterek felé s ezeken át a vesemedenczékbe irányítsa. Ily módon jöhet azután létre az eddig csak subacut, makacs hólyaghurutnak tartott kép, mely tehát tulajdonképpen a pyelitis és a trigonalis cystitis együttes megjelenése. Az anatómiai adatok szintén e felfogás mellett szólnak. Már a *Kalischer* monographiájában reprodukált metszetekből kiderül, hogy a trigonum izomzata a hólyag többi részétől jelentősen eltér s a hátulsó húgycső direct folytatásának látszik. Míg a trigonum izomzatát vékony kötőszövetrostok által erősen összefor-

rasztott egyneműen finom sima-izomrostok alkotják, úgy hogy szinte szoros egészét alkotnak, addig a hólyag többi részének izomzata bő, laza kötőszövet által egymástól elválasztott vastagabb izomkötegekből áll (*Kolischer*). Ezt a különbséget még jobban megerősíti az, hogy a hólyag transversalis izomzata a trigonum izomzatával nincs összefüggésben, míg ellenben fennáll ez az összeköttetés úgy az ureterek izomzatával, mint másrészt a húgycső körkörös izomzatával. Az ureterek izomzatának a trigonuméval való összefüggését *Luschka* és *Arnold* már 1851—1863-ban megállapította. *Luschka* szerint azt, hogy a trigonumot az ureterek integrans alkatrészének kell tekintenünk, az a körülmény is igazolja, hogy veleszületett egyoldalú vese- és ureterhiánynál szintén csak egyoldalt látjuk kifejlődni. Megerősítik ezt más adatok is, így például a trigonum színe, sima felszíne, a submucosa hiánya. Mirigyek a hólyagban csak a trigonum táján fordulnak elő, *Henle* szerint olyan a szövettani képük, mint a colliculus seminalis hasonlító anatomia megegyező adatai is. *Waldeyer* utalt rá, hogy a lóban, s még szembetűnőbben a vadkanban az ureterek az orificium urethrae internumba nyílnak s egyideig még a húgycső falában folytatódnak. Ez volna a primitív állapot, mikor az ureternyílások az ondóhólyagnyílásoktól még nem távolodtak el eléggé s így e négy nyílás közel egymáshoz fekszik; a köztük lévő tér az emberben az ureternyílások felfelé vándorlása által nagyobbodik s így képződik tulajdonképpen a trigonum, mely tehát valójában a húgycső részlete (*Kalischer*).

A fejlődéstani adatok szintén az ureterek és a trigonum összefüggő fejlődésére utalnak s megérthetővé teszik a közös rendszer közös megbetegedését.

Felfogásunkat ex juvantibus is támogathatjuk. Tudjuk már *Gross* többször említett cikkéből — de fentebb közölt kórtörténeteink is nagy számmal igazolják —, hogy a neosalvarsan főleg csak a vesékben fejti ki a működését. Hogy a nyílt kankóra alig van hatása, igazolja a gonococcus megmaradása a váladékban még akkor is, mikor a cystopyelitis képe visszafeljődött már az injekciók hatása alatt; eseteink nagy számában a visszamaradó húgycsőhurutot, valamint a folliculitist, prostatitist stb. természetesen tovább kellett kezelnünk. Másrészt a neosalvarsan hatásmódja, mely, mint *Gross* kimutatta, lényegében a formaldehyd hatásán alapszik s így ha intenzitásában nem, de máskülönben az urotropin hatásmódjával azonos, új betekintést nyújt az urotropin és a többi hasonló belső desinficiens hatásmódjába. Régóta tudjuk, hogy e szerek a nyílt kankót kevésbé befolyásolják s főleg a hólyaghurutok ellen váltak be, s míg a hólyaghurutok egy része lapis-instillatióra vagy más helybeli kezelésre feltűnő gyorsan elmúlik, mások csak a belső desinficiensek hatása alatt szűnnek meg lassan. Közel áll tehát a feltevés, hogy az utóbbiakban tulajdonképpen pyelitissel és trigonalis cystitissel együtt állunk szemben s e belső desinficiensek csak úgy, mint a sokkal erélyesebben ható neosalvarsan, hatásukat főleg a vesemedenczében fejtik ki, részben gyógyítva a már meglevő, részben coupírozva a fejlődő infectiót.

Mindazon kankós hólyaghurutokban tehát, melyek nyugalomra vagy helyi kezelésre nem szűnnek meg hamarosan és a hol a capacitas megtartott a tenesmus daczára is, joggal következtethetünk a vesemedence kisérő megbetegedésére.

A kankós pyelitis bakteriológiai florája elég gazdag. Hisz a kankó characteristicumához tartozik a vegyes fertőzés. Már *Sellei* és *Unterberg* vizsgálta a vesemedence kórokozó bacteriumait s 5 eset közül egyszer tisztán gonococcust, egyszer gonococust és más bacteriumot és háromszor különféle bacteriumokat talált gonococcus nélkül. Hasonló vizsgálatokat végeztek többen, *Caspar*, *Marcuse*, *Illyés* stb.; *Gross* is kiemeli cikkében az ő statisztikáját. Eseteimben, mint a közölt kórtörténetek mutatják, a legkülönbébb mikroorganizmusok fordultak elő. Gonococcus tisztán 7 esetben kimutatható, ezek közül egy esetben csak az egyik vesében, míg a másik vesében más bacteriumok voltak kimutathatók. Összesen 21, bacteriumra pontosan megvizsgált eset közül

ez az esetek $\frac{1}{3}$ -át teszi, látjuk tehát, hogy az az eddig általánosan elfogadott álláspont, hogy kankós pyelitisnél a vesemedenczében ritkán található a *Neisser*-féle coccus, nem állhat meg. Egyéb bacteriumok közül diplobacillusokat négyszer, streptobacillusokat háromszor, Gram-positív diplococcusokat háromszor, pseudodiphtheriabacillusokat egyszer, staphylococcusokat egyszer, colibacillusokat egyszer találtunk s ezeken kívül még a legkülönbébb, közelebből nem definiált mikroorganizmusokat. Az a felfogás tehát, hogy e pyelitiseket főleg colibacillusok létesítette másodlagos fertőzés okozza, szintén nem helytálló.

A vegyes fertőzések oka még nem tisztázott. *Gross* szerint valószínűleg a helyi kezelés okozza s „a gonococcusok később tönkremennek s egy gonococcusmentes bacteriumkeverék okozza az ascendáló megbetegedést“. Azonban eseteim egy része minden előzetes kezelés nélkül jutott hozzám, tehát az artificialis fertőzésnek nem igen juthatott szerep.

Még két kórtani momentumot kell röviden érintenem. *Sellei* és *Unterberg* a fehérje legnagyobb mennyiségeül 0.10%-ot talált. Mint kórtörténeteim mutatják, jóval nagyobb fehérjemennyiségek voltak, bár ritkán, kimutathatók, mint például a XIV. számú betegnél 0.55%. Hogy itt mégis csak pyelitisről volt szó s nem nephritisről, bizonyítja az indigocarmin jó reakciója, a cylinderek hiánya s a neosalvarsan-injectiókra beállott gyors javulásnál a fehérje eltűnése.

Különösen francia szerzők hangsúlyozzák a pyelitisek kórtani osztályozásakor az éles különbséget a vesemedence tágulásával s az enélkül fejlődő gyuladások között, s a kankós pyelitist az utóbbiak közé sorozzák. Tapasztalataink e feltevést nem igazolják, mert e tekintetben igen jelentős különbségeket láttunk, a vesemedence tágulása gyakran fennállt kisebb-nagyobb mértékben, anélkül, hogy ebből akár a kórtünetek, akár a gyógyulás szempontjából valamelyes consequentiákat tapasztaltunk volna. S mint XXVIII. számú kórtörténetünk bizonyítja, a kétoldali együttes jelentkezés nem okvetlen jellemző a kankós pyelitisre; épp ezen esetben a beteg vesemedenczében tisztán gonococcus volt kimutatható, míg a másik teljesen normalis volt. Az különben, hogy a két vesében egészen eltérő infectio van jelen, első pillanatra talán meglepő, de mint láttuk, elég gyakori eset.

(Vége következik.)

A súlyos bélhurut bizonyos alakjairól és ezek kezeléséről.*

Irta: *Ötvös Ervin* dr., tanársegéd a budapesti II. sz. belklinikán (*Jendrassik Ernő* tanár).

(Vége.)

A bélvérzés a colitisben többnyire igen csekély és magától megszűnik. A használatos orvosszerek (lóserum, állati gelatina, ergotin, pituitrin, adrenalin, koncentrált konyhasó-oldat) közül a *Van den Velden* által ajánlott 10%-os konyhasó-oldat alvasztó hatása elég gyakran prompt és tartós, belőle 10 cm³-t infundálunk, szigorúan ügyelve, hogy az oldat egész tömegében a vénába jusson, mert a bőr alá kerülve mar és necrosist okoz. Súlyos esetben a többi szerrel is kísérletet teszünk. A *Kocher*, *Fonio* stb. ajánlotta (vérelemezkekből előállított) coagulenről tapasztalataink nincsenek.

A colitis kezelésének egy másik félésege az adstringens, nyálkaoldó, bevonó, idegrendszerre ható, antiparasitaer és anti-fermentatív tulajdonságú szereknek a baj székhelyén történő alkalmazása bélfűvés, bélbeöntés segítségével, amely utóbbiról *A. Schmidt* megjegyzi, hogy a bélnyálkahártyát izgatja, fokozza a hasmenést és tenesmust, a miért ez eljárás-tól jobb tartózkodni. *Niemeyer* (1868) ellenben a tannin-beöntéseket hatásosnak, de igen fájdalmasnak tartja. Tapasz-

* E közlés a volt cs. és kir. 12. sz. mozgó járványkórházból származik (parancsnok *Fejes Lajos* dr., egyet. magántanár, később *Stranz Gyula* dr., ezredorvos).

A dolgozat egyes részei a *Budapesti Orvosegyesület* 1919 márczius 8-án megtartott ülésének előadás-tárgyát alkották.

talataink szerint nem annyira a beöntés procedurája, mint inkább a beöntésre használt szer a főoka a kellemetlen meléküneteknek. A legtöbb szerző szerint naponta egyszer-kétszer kap a beteg magas beöntést (1½—2 l. langyos oldattal), ritkábban végbélklysmát (60—200 gr.). Az alkalmazott szerek száma rendkívül nagy. Sok híve van a Cantani-tól is ajánlott 1½%-os tanninos magasbeöntésnek (2-szer naponta 1½—1 liter.). A tanninbeöntések, noha fájdalmasak, de sok nyálkahártya-écszfát, nyálkát és pörköt hoznak ki, néha macacsabb esetekben is mutatkozik eredmény.

A tanninbeöntések jó hatásának fokozására erősebb tanninoldattal (1—2%), úgyszintén más szerekek is (hypermangan, jodtinctura, Ricin-féle „hyperol“, karlsbadi só) tettünk kísérletet, azonban a naponta 1—2 liternyi oldattal 1—2 ízben végzett magas beöntés jó eredménye nemcsak nem fokozódott a tannin, stb. adagjával párhuzamosan, sőt az állapot bizonyos mértékben romlott (fájdalom). Ebből látszott, hogy pl. a tannin-oldat nemcsak tannin-tartalmával hat kedvezően a betegség tüneteire. A helyes kezelés kulcsát tehát nem a beöntéshez használt orvosszerben, hanem az orvosszert vivő folyadék tömegében keressük, már csak azért is, mert a beöntést valóban súlyos esetben rögtön követő székürítés nem is enged időt az orvosszer hatásának teljes kifejlődésére. Ezen irányban végzett therapiás kísérleteink eredményei igazolják állításunk helyességét.

Minthogy valószínűvé vált, hogy a rendszeres magas bélbeöntés jó eredményei nem a bevitt orvosság minőségével kapcsolatosak, kézenfekvő a gondolat, hogy minden orvosszert elhagyva, csupán a tiszta vizet használjuk erre a célra. Hogy a bél tökéletes kiürítésére és nyálkahártyájának mechanikai megtisztítására az általában szokásos orvosságos beöntés napi 1—2 liternyi folyadékmennyisége nem elég, az a súlyos colitis pathológiájából önként következik.

A vastagbél nyálkahártyájának súlyos lobosodását oly elvek szerint kell kezelni, mint a többi, könnyen hozzáférhető nyálkahártyaüreg súlyos fekélyes gyuladást, így például a szájüregét. A szájüreg a localis kezelés számára hozzáférhetőbb és így a fekélyek gyógyulásának legfőbb criteriuma: a mechanikai tisztítás alaposabb (gondoljunk a stomatitis mercurialis kezelésére). A szájüreg relatív tisztántartása nem annyira a használt folyadék baktericid vagy más tulajdonságától, hanem inkább az öblítés alaposától és gyakoriságától függ. Az öblítő folyadék mechanikai hatására tisztul a gyuladt nyálkahártya, mely a necrosisos szövettörmelékkel és bacteriumokkal nagy tömegétől, nyálkától megszabadítva, úgy az odavitt orvosság következtében, mint magától is könnyebben regenerál. E mechanikai tisztításnak azonban alaposnak kell lennie. Amint hogy pl. a stomatitis ápolására sem elegendő a napi 1—2 pohárnyi víz, vagy a húrtos hólyagnyálkahártyának napi 100—200 cm³ folyadékkal végzett mosása, úgy nem lehet elégséges a colitis orvoslására a más meggondolás alapján szokásos napi 1—2 liternyi magasbeöntés sem. A vastagbélbe magasan ömlesztett orvosszerekkel csupán a betegség tüneteire hatunk, míg a vastagbél lumenének kimosásával a tünetek okát igyekszünk eltávolítani. Nem zárkozhatunk el emellett a béllobosodás energiás orvosságos terapiája elől sem — függően a colitis súlyosságától és macacságától —, annál kevésbé, mert a bélnyálkahártya letisztításával egyidejűleg vagy ezután alkalmazott bevonó, adstringens szereknek többnyire meglepő jó a hatásuk. Azonban túlmessze mennénk annak megállapításával, hogy minden colitis az alább leírandó módon kezeltessek. Kedvező gyogyeredményeinkből csak az következtethető elég nagy biztonsággal, hogy a tiszta vízzel történő bélmimosás legalább is egyenlő therapiai értékű az exclusiv orvosságos kezeléssel, sőt bizonyos esetekben azt felül is mulja.

A naponta többszöri, nagy tömegű langyos vízzel végzett magas bélbeöntésekkel a vastagbelet egész terjedelmében megtisztogatjuk. Hogy a coecumig biztosan eljut a folyadék, ezt Röntgen-cső előtt más bélmegbetegedésekben diagnosztikai célból adott bismutos bélbeöntések bizonyítják. Az ileocecalis billentyűn túl a folyadéknak csak kis

része jut. Grützner szerint a konyhasó jelenléte támogatja a folyadék antiperistaltikai irányú áramlását.

Az egész gyomor-bélrendszer átöblítését nagytömegű folyadékkal tudomásom szerint először *Genersich* kísérte meg. Ő ugyanis choleras beteg bélrendszerébe, a végbélen át, egyszerre 8—10 liternyi 1%-os tanninoldatot ömlesztett oly célból, hogy az az ileocecalis billentyűn keresztül a proximalis vékonybélrészletekig feljusson. Lehet, hogy a cholerebeteg hypotoniás hasfalzata nem akadályozza meg a folyadék tömeges felhatolását, azonban a mi bélhurutos betegeinken ez nem valószínű. *Genersich* jó eredményei talán a cholerebeteg nagyfokú vízvesztésének pótlásával is magyarázhatók.

Kórházunkban három évig rendszeresen alkalmaztuk a lobos vastagbél kimosását. Kárát, ellentétben *A. Schmidt*-tel, *Modrakowszky*-val, stb.-vel, sohasem láttuk, ellenben igen gyakran segített olyankor is, amikor előzetesen az orvosszerek heroikus adagjai sem használtak, sőt az egyéb kezelésben (állati szén, bolus stb.) a beteg kifáradt és állapota rosszabbodott. Középsúlyos, sőt súlyos esetekben is sokszor gyorsabban értünk célzt ez egyszerű eljárással, mint más módszerrel. Természetesen ott, ahol a chronikus és diffus gyomorbéllobosodás az emésztőtractus nyálkahártyájának nagy részét tönkretette, ahol a pörkös fekélyek és kiterjedt hegesedések miatt a bélfunció a minimumra redukálódott, ott ezen módszertől sem várható eredmény.

A vastagbéllobosodás bélmosásos kezelése igen régi, de vagy csekély mennyiségű (1—2 liter) folyadékkal végezték és a folyadékot csupán vívszernek tekintették, vagy nagyobb tömegű folyadékkal, de rendszeretlenül (a betegség tartama alatt egy-kétszer)*. A hatás súlyos esetben így nem is lehetett teljes. Ezért, és talán mert a rendszeres beöntések keresztülvitele a tömegkezelésben kissé körülményesebb, mint a therapia per os, a bélmosásos kezelés nem igen épült ki. A colitisnek ily rendszeres bélmosással történő kezelését az alábbiakban ismertetem röviden, minthogy sehol sem találtam említve.

Az első bélmosási kísérletet 1916 tavaszán oly colitises betegen végeztem, akinek előzőleg heteken át adiunk nagymennyiségű opiumot, bismutot, tannint, karlsbadi kúrát, diatétát stb. Véres-nyálkás széke naponta 30—40-szer volt, igen elgyengült, anaemiája folyton fokozódott, szóval állapota komolyan fenyegetett életveszéllyel. Az e betegen elért kitűnő és elég gyors eredmény bátorított fel a továbbiakra. Ezután is csupán a legsúlyosabb és minden más orvoslással daczó colitis-betegeket válogattuk ki. Gyakran meglepő volt a hatás anélkül, hogy akár per os, akár mosófolyadék segítségével orvosszert adtunk volna be. Ma minden középsúlyos és súlyos colitist ezzel kezelünk, ha az 1—2 napon át végzett hashajtás és az utána adott opium, bismut stb. nem csökenti rögtön a székletének számát.

Contraindikált a vastagbél kimosása a betegség praemortalis, szívgyengeségi stadiumában, oedemával járó keringési zavarok (szív, vese, tüdő, máj), bélvérzés, acut peritonealis izgalmi tünetek (cholecystitis, appendicitis), hashártya-összenövések mellett, a kis medence szerveinek gyuladása esetén, terhességben, a vastagbél nagyfokú stenosisa fennforgásakor és azon elég ritka esetben, amikor a vastagbél nyálkahártyájának reflexérzékenysége a víz bevezetését lehetetlenné teszi (ez utóbbi esetben előzetesen érzésteleníthetünk). Tehát mindenkor, ha a folyadékbevitel megszorítása, illetve a szervezet, de főleg a hasüri szervek nyugalombahelyezése az elsőrangú, illetve, ahol a folyadék bevitelével és ennek nagy tömegével mechanikailag árthatunk. Relatív contraindicationnak vehető a súlyos neurasthenia és a hysteria.

* *Megjegyzés a korrektura alkalmával.* Dolgozatom megírásakor nem volt alkalmam az egész idevágó irodalmat áttekinteni és így csak később értesültem *Brosch* eljárásáról. (Wiener med. Wochenschrift, 1915, 15. sz.) Ő bacillaris dysenteriaiban egyszerre nagytömegű orvosságos oldattal, illetve suspensióval dupla furatu katheteren végeztet beöntést. Ehhez külön öblítő szobát, 40 liter őrirtalmu rezervoárt és más hasonló, technikailag körülményesebb berendezést kíván.

Az orvoslás menete kórházunkban röviden a következő: előzetes egyszeri alapos hashajtás után (ricinus, keserűs) naponta bélmossást végzünk. Még pedig az első napon 6, a másodikon 4, a harmadikon 2 ízben. A mosófolyadék minden egyes mosáskor legalább 2 liternyi 38°—39° C-ú ivóvíz minden hozzátétel nélkül. A napi mosófolyadék összmenyisége tehát az első napon 12 liter, a másodikon 8, a harmadikon 4 liter. A beöntések ilyen széttagozása azon megfontolás alapján fejlődött ki a kísérletek közben, hogy a tulajdonképpeni hatást az első napon alkalmazott 12 liternyi víz okozza, a másik 2 nap mintegy utókezelés és megfigyelésszámba megy. Ezért súlyos esetben esetleg két nap egymásután öblítünk 12 liternyi vízzel, mielőtt csökkentenénk a napi mosófolyadék tömegét. E principium keretében a terapia tetszés szerint módosítható. Szívesen adunk esténként utolsó beöntésnek, bevonás céljából, keményítő-suspensiót (ugyan-csak 2 litert), de eredményében a tiszta víztől ez sem különbözik, éppúgy nem, mint a tiszta víz helyett rendszeresen használt physiologiás konyhasó-oldat. Ez utóbbi talán az a tapasztalat helyezi a tiszta víz fölé, hogy ez állítólag a magasabb vékonybélrészletekig is feljut (Grützner, Swierzynski és mások). A kimosás technikája teljesen azonos a magasbélbeöntéssel. Az üvegcső bevezetése legalább 15 cm. mélyen és a beöntés kezdete a beteg bal oldalfekvésében történik (a flexura lienalis szögletörése így csekélyebb). Később a beteget hanyatt és a beöntés végén jobb oldalára fektetjük. A víz lehetőleg ne túlerős nyomás alatt áramoljék (körülbelül 5 percig), mert az székingert vált ki. Beöntés alatt — különösen eleinte — a beteget türelemre intjük és többször figyelmeztetjük (úgy az ömlesztés alatt, mint ezután), hogy a székingert legyőzve, székét soká tartsa vissza. Abból, hogy a beteg mennyi ideig tudja a beöntőfolyadékot tartani és azt hány részletben bocsajtja ki, sokszor következtethetünk a baj makacsságára. Így arra is, hogy eljárásunkat szükséges-e orvosszerekkel támogatni (opium, bismut per os), hogy szükséges lesz-e a háromnapos bélmossási időszakot néhány nappal meghosszabbítani, illetve az első három nap után pár napos szünet közbeiktatásával újabb háromnapos kúrát tartani. Az egyénezésnek* tehát tág tere nyílik.

Középsúlyos colitis-beteg többnyire 5—15 percig tartja és 1—3 részletben bocsajtja ki a mosófolyadékot. Az ily betegnek a bélmosság utolsó napján a gyengeségen, esetleg étvágytalanságon kívül más subjectiv kellemetlensége nincs, hamarosan összeszedi magát, a székletételek száma ezután normalissá válik (sőt néhány napos reactiv obstipatio áll be, úgy, hogy néha a székletétel megindításáról kell gondoskodni), consistentiájuk és külsejük is gyorsan rendbe jön. Súlyos esetben a beteg a mosófolyadékot alig, vagy egyáltalában nem tudja tartani (sőt a sphincterparesis miatt a beöntés tartama alatt visszafolyhat), és ha tudja is bentartani, háromnál több részletben bocsajtja vissza. Ez utóbbi körülmény nem riaszt el azonban bennünket a bélmosság következetes és rendszeres folytatásától, sőt, tapasztalataink szerint, éppen az ily betegnek van szüksége a beöntések szaporítására. A súlyos colitisben, de általában, ha a háromszoros turnus utáni napon, amikor a beteg megfigyelés céljából beöntést már nem kap, nem csökken lényegesen a székletételek száma, újabb turnust kezdünk. Újabb sikertelenség esetén néhány nap mulva megkezdjük a harmadik turnust, de az ily különleges súlyosságú acut colitisek nem gyakoriak és az ilyenek többnyire újabb (negyedik) turnussal, vagy más egyéb therapiás kísérlettel csak igen ritkán befolyásolhatók. Opiummal és bismuttal szívesen támogatjuk a mechanikai kezelést. Ebből a célból megfigyeljük, hogyan reagál a beteg az első napon alkalmazott hatszori bélmossásra: meddig tartja, hány ízben volt egy-egy beöntés után és az első és második nap közötti éjszaka széke, vajjon nem írható-e a székinger, fájdalom stb. egy része az álmatlanság vagy izgatott lelkiállapot rovására. Ha az első nap után a javulás nem egészen prompt, akkor már a második nap estéjén 30—40 csepp tinct. opii vagy 5—10 gr. bismutot rendelünk, melyet a harmadik nap folyamán akár egyszerre, akár részletekben újra megismételhetünk.

Számtalanszor tapasztalhatjuk, hogy pl. az opium, melyre a makacs colitis a bélmosságok előtt egyáltalában nem reagált, már az első nap estéjén prompt hatott, úgy, hogy a székek száma a 3. napon rendessé és rövid idő alatt nyálkamentessé vált. A székürítések számának csökkenésével megszűnik a kólikás fájás, a tenesmus, a beteg az éjszakát nyugodtan tölti. A vízvesztés pótlása folytán javul a szív működés, szaporodik és felhigul a vizelet, a bőr reszelős, száraz tapintata elmúlik stb. A nagyfokú gyengeség és a sokszor súlyos kevésvérűség az, ami legtovább megmarad. A lábbadozás ideje 1—4 hét. Recidivát 3—4 havi megfigyelés után sem láttunk.

Tapasztalataink szerint, ha a colitis gravis obstipans orvosszerekkel kombinált 4 bélmossási turnusra sem mutat határozott javulást: a beteg többnyire elpusztul. Az ily, rendszerint elhanyagolt esetek bonczolásakor talált elváltozások a vastagbélfal és nyálkahártya legsúlyosabb diffus chronikus lobosodásán (pörkös vagy catarrhalis fekélyek, kiterjedt hegesedés stb.) kívül a vékonybél-, sőt gyomornyálkahártya súlyos chronikus lobosodásának képét mutatják. Ebből is látszik, hogy e nyálkahártyaterületekig a beöntőfolyadék nem hatol jelentékenyebb mennyiségben. A bélmossással kapcsolatban természetesen gondoskodunk a beteg kórházi kényelméről, a melléktünetek csökkentéséről stb., amint ezt előbb kiemeltük.

A vastagbél systemás kimosását néhány specifikus fertőzésben is kipróbáltuk (paratyphus, toxikus dysenteria és pseudodysenteria-bacillusokkal fertőzés). Kísérleteink alapján állítjuk, hogy a bélmosság ezekben is bevált és bacillaris dysenteriaiban a specifikus kezelést hathatósan támogatta. Hasonló jó eredményt láttunk kénesömergezésben is.

A fenti therapia hatásossága több tényezőtől függ. Függetlenül az elsősorban a colitis intensitásától, mely alatt mindazon tényezők értendők, melyeknek összességéből a bélnyálkahártya állapotára, a szervek részvételére és a supponált kórokozó csírák virulentiájára következtethetünk. E tekintetben útbaigazító a napi székletételek száma és minősége (véres, nyálkás, genyes), a kólika és tenesmus intensitása, a baj acut vagy chronikus volta, a beteg általános állapota (szív, vese, máj, gyomor, vérképző szervek, vérmérséklet, erőbeni állapot, testhő stb.). Másodsorban a bélobosodás székhelyétől: legkifejezettebbek az eredmények a komplikáló enteritis nélküli colitisben. Azonban colitis gravis könnyebb enteritissel kapcsolatos eseteiben is gyors és tartós hatást láttunk. E tényezőket egybevetve: minél kevesbé mélyreható a vastagbélnyálkahártyaelváltozása, minél kisebb területre szorítkozik a lobosodás, minél jobb a beteg általános állapota, minél acutabb a baj, illetve minél hamarabb kezdjük a fenti kezelést, ez utóbbi annál tökéletesebb eredménnyel kecsegtet. Megjegyzendő, hogy még legsúlyosabb, néha kilátástalan esetekben is megkísérlelhetjük a bélmosságokat, mert kórházunkban néhány igen nagy mértékben elerőtlenedett, rossz prognózisú fekélyes chronikus colitis-beteg aránylag elég gyors és tartós gyógyulását észleltük (opiummal és bismuttal kombinált 3—4 bélmosság-turnus).

A rendszeres bélmosságok miatt még az érzékenyebbek (tisztek) is ritkán panaszkodnak, különösen ha a baj mibenlétével és az eljárás okszerűségével megismertetjük őket. Nagy előnye, hogy sokszor akkor is gyorsan megjavítja a beteg állapotát, amikor semmiféle más kezelés nem használ.

Ugyalászik mindebből, hogy a gyógyulást és a vízfel szívódást gátló termékeket stb. a vastagbél kimosásával tökéletesen kiüríthetjük, mint akár sós, akár másfajta hashajtóval. Így a lobos bélnyálkahártyának gyógyulási alapfeltételét, a szervezet vízvesztésének korlátozását és a lokálisan ható orvosszereknek a nyálkahártyához jutását egy csapással érjük el. A nem túlságosan súlyos beteg a mosófolyadék egy részét vízvesztésének pótlására visszatartja. Az is lehetséges, hogy a sűrűn egymásután ismétlődő bélmosságok gátolják az esetleges pathogen bacteriumok szaporodását. Hogy a mosófolyadék mechanikai hatásán kívül a benne oldott sók fejtenek-e ki antiphlogistikus hatást, ez eldöntetlen. Ilyen hatás például a víz calciumától várható, melyet az emésztőrendszer megbetegedéseiben (botulismus, dysenteria) már régóta használunk.

Az alábbiakban néhány kórtörténet kivonatát közlöm. A 700-nál több, bélmosással kezelt beteg közül igyekeztem három tipusos eset körlefolysását kiválasztani. Az esetek közül az első súlyos és mosásra jól reagáló; a második súlyos és a kezelésre kevésbé jól reagáló; a harmadik súlyos és nem reagáló.

Első eset. M. R., gyalogos. Három napja minden félórán teneszmussal járó nyálkás-vizes, néha véres, székürítés. Az étvágy gyenge. Igen kimerült, álmatlan. A hőmérsék 37^o C. Objectív vizsgálattal, a has csekélyebb diffúz nyomásérzékenysége kivül, semmi feltűnő. Itt-létének első napján 32 izben volt sárgás-vizes-nyálkás székürülése. Minthogy a következő éjszakán — daczára a beadott 30 csepp opiumtincturának és 10 gr. bismutnak, a hasra alkalmazott meleg borításnak — 16 izben volt széke, elhatározzuk a vastagbél kimosását. November 15.-étől 17.-éig tart a rendes turnus, mely alatt az egyik éjjel 3, a másodikon 4, a harmadikon 1 széke volt. A beöntő folyadékot jól (10—12 percig) tartotta és 1—2 részletben bocsátotta vissza. A beöntő-kúra befejeztét követő napon már csak napi 1 széke, mely november 19.-étől kezdve formált és nyálkamentes; rá 2 napra a beteg felkel és áttérhetünk a rendes életrendre (3 havi megfigyelés alatt recidivamentes). E tipusos *vékonybélhurut-nélküli colitis feltűnő gyorsan (5 nap) gyógyult* a bél kimosására anélkül, hogy a kezelést orvosszerekkel támogattuk volna.

Második eset. S. J., gyalogos. 7 nap óta beteg. A betegség napi 1—2 vizes székekkel és köhikával kezdődött. Most szakadatlan székelési inger pár cseppnyi nyálkás székekkel, erős hasfájások, az étvágy csökkent, szomjazik. Objective: kezdődő szívgyengeség tünetei, nagyfokú elesettség, a hangadás kissé fátyolozott. A testhő 36^o C. Kórházba-érkezétnék napján úgyszólván állandóan edényen ült, emiatt székeinek száma ismeretlen, nyálkás-gegyes-véresek, kevés ételrészszel (növényi) keverték. Therapia: 0.001 gr. atropinum sulfur. és 0.20 gr. oleum camphor.-infectio, melyet a következő napon is megismételünk. Együttal szeptember 28.-án 10 gr. bismuthot és 30 csepp opiumtincturát adunk, mely a székletételek számát napi 24-re csökkenti. Szeptember 29.-én megkezdjük a bélmosást. Az első napon adott 6 beöntést alig tartja, sőt részben a bélcső mellett visszabocsátja; székeinek száma e napon 30 volt. Szeptember 30. A kapott 4 beöntésre az előbbi naphoz hasonlóan reagál. Adunk ezenkívül 5-ször 2 gr. bismuthot és 3-szor 1 gr. tannint. Székek száma 28. Október 1. A mai 2 beöntést szintén, részben a beöntés alatt, rögtön visszabocsátja. Székek száma 24. A következő nap observálás céljából nem kap beöntést. Székletételek száma e napon 18, pépések és vizesek (de vér- és nyálkamentesek), daczára a reggel adott 40 csepp opiumtincturának, a beteg rendkívül gyenge, cyanosisos. Október 3. Megkezdjük a második turnust. A 6 beöntést egyáltalában nem tartja, a nyálkás és részben véres székletételek száma 18. Október 4. A 4 beöntést változatlanul alig tudja tartani. A székek száma 21. Október 5. A mai 2 beöntést 1—2 percig tartja. 10 gr. bismuthot kap. A székek száma 9. A következő napon pihenőt tartunk és 3-szor 2 gr. tannint és 3-szor 20 csepp opiumtincturát adunk. A nyálkás-sárgás vizes székletételek száma 11. Október 7. Megkezdjük a harmadik turnust. A 6 beöntést átlag 3—3 percig tartja, a nyálkás-vizes székek száma 11. Október 8. Éjjel 5 kissé nyálkás, sárgás-vizes széke. A nap folyamán kapott 4 beöntést átlag 5—5 percig tartja és 1—1 beöntést 4 izben bocsátja vissza. Október 9. Éjjel 3 sárgás-pépes nyálkamentes széke. Cyanosisa lassan alábbhagy, köhikái nincsenek. A napközben kapott 2 beöntést az előző naphoz hasonlóan jól tartja és 1—1 beöntést 2 izben bocsátja vissza. A következő naptól kezdve beöntést nem kap és október 11.-étől kezdve naponta 1 formált széke van. Október 30.-án ágyából felkel. (5 hónapi megfigyelés alatt recidivamentes.) Az eset enteritissel szövődött igen súlyos colitis, melyet az orvosszerekkel kombinált, összesen 36 liternyi vízzel történt bélmosás teljesen meggyógyított (körülbőlül 2 hét). Valószínű, hogy a betegnek aránylag enyhébb vékonybélhurutja a vastagbél-nyálkahártyára terjedvén, annak súlyos gyuladást okozta, miközben a vékonybélhurut maga nem fokozódott, sőt a colitis javulásával kapcsolatban meg is gyógyult. Nincs kizárva, hogy a vékonybélhurut gyógyulása indirekte összefügg az alkalmazott terapiával, amennyiben régen ismeretes a vastagbél-beöntéseknek a gyomor sósavpepsin-elválását fokozó hatása. Gyomorszondát a kezdetben igen elyengült betegbe nem vezethettünk és így ezt eldönteni nem lehetett.

Harmadik eset. R. M., gyalogos. Mérsékelt alkoholista (2—3 liter bor). 7 napja lázas (38^o körül). Folytonos székelési teneszmussal járó véres-nyálkás-zöldszínű székürítések, nem hányt, az étvágy tűrhető, alig alszik; jártányi ereje nincs. Objective: a rendkívül lesoványodott, cyanosisos beteg bőre a felemelt ránczot megtartja, száraz, reszelős, a hangadás fátyolozott. A tüdők felett sem kopogtatási, sem hallgatódzásai eltérés nincs. A szívtempulát minden irányban kissé megnagyobbodott, a pulsus kishullámú, alig tapintható, könnyen elnyomható, száma 130 körül. Jól tapintható a sigma-bél és a máj; a lép nem tapintható. Hőmérsék 38^o C. Július 27. Székletétel száma 24 óra alatt 78, a székelete: nyálkás, kissé véres, epezőld színű. A has behúzódtott, diffuse nyomásérzékeny. Therapia: 5%-os intravenás konyhasós infusio (1/2 liter), 2 cm³ oleum camphor.-infectio; 10 gr. bismuth. Július 28. Székletétel száma 55, olyan mint előbb. Hőmérsék 37^o C. Therapia: 40 csepp tinct. opii, melegvizes pakkolások. Július 29. Éjjel 13 változatlanul zöldes-nyálkás székürítés. Bélmosásokat kezdünk. A 6 beöntés közül egyet sem tud tartani, sőt a bélcső mellett a beöntés alatt ki-

bocsátja. A napközbeni székek száma 21. Hőmérsék 37^o C. Július 30. Éjjel 11 nyálkás, zöldes színű, vizes székürítés. A nap folyamán adott 4 beöntést nem tudja tartani és 13 nyálkás-zöldes-vizes széke van. Július 31. A mai napon adott hét beöntésre az előbbiekhöz hasonlóan reagál: 15 székürítése van. Hőmérséke 36^o C. Igen anaemiás. Augusztus 1. Observálás céljából nem kap mosást. Therapia: 40 csepp tinct. opii és 10 gr. bismuth. 1/2 liter 5%-os intravenás konyhasós infusio, 2-szer 0.20 gr. kámforinfectio. A székek száma 18, olyanok mint előbb. Augusztus 2. Újabb bélmosást kezdünk. A mai napon adott 6 beöntés közül 1—2-t pár percig tud tartani, napközben 18 zöldes-nyálkás székürítés. Augusztus 3. Éjjel 5 zöldes-nyálkás széke. A 4 beöntést átlag 1—1 percig tartja és egy-egy beöntést 4 alkalommal ürít vissza. 16 széke. Augusztus 4. Éjjel az előbbienekhez hasonló 5 székürítés; 2 beöntést kap anélkül, hogy azokat tartaná. Napközben 10 székürítés. A folyadékvesztés pótlására és a szív működés stimulálása céljából ismét adunk 1/2 liter 5%-os intravenás konyhasós infusiót, kámforolajinfectiókat. Ezenkívül 3-szor 4 gr. bismuthot + 3-szor 20 csepp tinct. opii-t. Augusztus 5. Éjjel még 6 zöldes-nyálkás-vizes székürítés. Reggel 1/2 órakor meghal. Sectiós diagnózis: *Enteritis chronica diphtherica cum destructione partim totalis mucosae intestini crassi cum cicatrizatione*. Enteritis subacuta catarrhalis partim diphtherica intestini tenuis, praecipue intest. ilei, gastritis chronica. Degeneratio parenchym. organorum omnium, praecipue cordis.

A kezelés hatástalanságát a baj előrehaladott volta és a vékonybél súlyos gyuladása magyarázza. E bonczoláslelet elég tipusos. Máskor azt látjuk, hogy a colitis már gyógyul, fekélyei granulálnak, míg a vékonybél-nyálkahártya egész terjedelmében diffúze lobos. Az előben ily esetben azt láttuk, hogy a beöntések megszüntették ugyan a hasmenéseket, de a vékonybél katarrhus tüneteit nem befolyásolták.

Súlyos colitisnek súlyos vékonybél-lobosodással szövődött esetei közül (látható vékonybélperistaltika, teljes ételundor, hányás, csuklás, igen véres-zöldes-nyálkás napi 20—30 fájdalmas székürítés, láz) csak egy izben láttunk gyógyulást. Ez esetben végső menedékképpen a beöntésekhez folyamodtunk, daczára a peritonealis izgalmi tüneteknek. Hatásukra megszűnt a kínzó hasmenés, az elyengült beteg kialudta magát, a 6 hetes karlsbadi kúra után a vékonybél-tünetek szüntek. Sajnos, a beteget idő előtt hátrább kellett küldennünk, úgy, hogy további sorsáról nem tudunk.

Összefoglalás:

1. A súlyos bélobosodások egy jelentékeny részének aetiologiája nem egységes és eddigelé ismeretlen.
2. Nagy számmal fordul elő a békeidején ritkán látott, súlyos diffúz bélobosodás; egy részük közel áll a bacillusos dysenteria, illetve a colitis chron. purulenta klinikai képéhez, de sem klinikai, sem anatómiai tekintetben nem azonos egyikkel sem. Leginkább a chronicus bacillaris dysenteriahoz hasonló, de attól az anamnesis alapján, a bakteriologiai és serologiai vizsgálattal többnyire elkülöníthető.
3. A colitisnek nagytömegű meleg vízzel történő rendszeres kezelése sok esetben hatásosabb, más esetben egyenlő értékű a per os adott terapiával. A beöntő-folyadékhoz kevert orvosság hatása messze marad a beömlésztett és kiürülő víz mechanikai hatása mögött.

Néhány szó a digitalis-therapiáról.

Irta: Ritscher József dr.

A most dühöngő influenza-járvány idején nagyon gyakran halljuk az orvosok panaszát a digitalis hatástalanságáról. Igaz, közismert tapasztalat, hogy a heveny fertőző betegségek okozta szívműködési zavarokra sokkal kisebb hatása van, mint az inkompenzált szívbillentyűbajokra. De a teljes hatástalanságot nem lehet kizárólag a betegség minőségének rovására írni.

Igen sokszor máshol kell keresnünk az okot. Az utóbbi években inkompenzált szívbillentyűbajos (nem influenzás) betegek orvoslása közben voltam kénytelen tapasztalni, hogy a digitalis-levelel forrázata vagy maceratum, vagy a levél porban adagolva a megszokott adagokban napokon keresztül teljesen hatástalan volt. Esetleg csak oly kis fokban javította a pulzust, hogy a csekély javulás az egyszerű fekvő-kúrával is kéllőképp magyarázható volt. Ugyanezen betegek szívműködése később 3—6 adigan- vagy digalen-injectióra 12—36 óra

alatt kielégítően megjavult, ugyanígy akárhány influenzás, tüdőgyulladásos beteg gyengén működő szíve hasonló kezelésre feltűnően megerősödik. Nyilvánvaló tehát, hogy ezen esetekben a gyógyszerárakban kapható digitalis-levelek voltak hatástalanok.

Minthogy pedig valamennyi gyógyszerárunk ugyanazon 2—3 budapesti és bécsi gyógyszer-nagykereskedőtől szerzheti csak be a digitalis-leveleket, hasonló viszonyokat kell feltételeznem az egész országban. A digitalistherapia azonban egyike azon kevés gyógyító eljárásoknak, amelyeknek prompt, sokszor életmentő hatására számítani szoktunk. Fontos tehát, hogy e téren tisztázódjék a helyzet.

A digitalis-adagolásakor tehát feltételezzük, hogy teljes hatású digitalis-leveleket használunk. Teljes hatásúnak szoktuk mondani a kellő talajban termelt, kellő időben gyűjtött, jól szárított, egy évnél nem idősebb leveleket. Kisebb eltéréskülönbség ilyen levelek hatásában is lehet, de tekintve a digitalis halmozódó hatását, kis hatás-eltérések nem játszanak szerepet. De a ma forgalomban levő digitalislevelep nagy része vagy nagyon régi, vagy talán nem is digitalis-levelel, úgy hogy igen csekély hatású, sokszor hatástalan.

Ha digitalist adunk a reá szoruló betegnek, rendszeren 2—5-ször napjában adunk 0.03—0.10 grammnyi levélport, vagy ezen mennyiségnek megfelelő más készítményt. Ily módon 12—48 óra alatt fejlődik ki a digitalis hatása. A levelek 10—30%-os hatóanyag-fogyása nem lényeges. De minimalis glycosida-tartalmú levelekből napokig szedethetünk a beteggel eredmény nélkül. Előre pedig sohasem tudhatjuk, lesz-e hatása a rendelt gyógyszernek, ezért az eddigi rendelésmóddal igen gyakran kárára vagyunk a betegnek, sőt meghalhat az a beteg, aki a kellő módon alkalmazott, hatásos digitalissal az életnek megmenthető lett volna.

Mi a teendő tehát?

Van a gyógyszerhatásannak jól kidolgozott módszere a digitalis hatásának mérésére, s a serumokhoz hasonlóan számokkal fejezhető ki a hatás foka. A digitalistherapia van olyan fontos és életbevágó, mint a serummal való gyógyítás. Éppen ezért ennél a szernél is a serumoknál megszokott módszer volna a gyakorlatban alkalmazandó. A digitalist bármely formában csak úgy szabadna forgalomba hozni, hogy az orvos a készítmény burkolatán mindig láthatná, mikor készült és hány hatóegységet tartalmaz. Csak titrált digitalisport volna szabad a gyógyszerésznek infusumok, illetve maceratumok készítésére használni. Helyes mód volna gelatina- vagy más hasonló tokokat 0.05 vagy 0.10 gramm digitalislevelel 10 darabjával lezárt dobozokban forgalomba hozni, a dobozokon megjelölve a hatásfokot és a töltés idejét. De minthogy a levelek idővel elvesztik hatásukat, még megfelelőbbek a megbízható gyárak készítette igen állandó hatású kivonatok, amelyekben főleg a német vegyipar bővelkedik. Nálunk a Richter-gyár szintén jól bevált ilyen szert készít, az adigant. Ezeknél is fontos, hogy a csomagoláson leolvasható legyen fokokban a hatás és hogy valóban lelkiismeretesen végre is legyen hajtva kibocsátás előtt a titrálás, melyet leghelyesebb volna valamiképpen hatóságilag ellenőrizni.

Még egy körülményre szeretném a figyelmet felhívni. A digitalis hatóanyaga a gyomorban az emésztés hatása alatt lényegesen csökken, sőt el is tűnhetik, ezzel persze a szívre való hatás is kérdésessé válik. *Bókay Árpád* (Orvosi Hetilap, 1906, I.) 2.4 Focke szerinti erősségű vizes digitalis-maceratumhoz utólag néhány csepp sósavat tett és költökemenczébe helyezte 3½ órára, mire erőssége 0.8-ra, tehát ⅓ részre csökkent. Pepsin és sósav hatása alatt pedig 3½ órai emésztés után a maceratum hatóképessége teljesen megszűnt. Tehát a szájon át adott digitalis csak részben kerül felszívódásra, még pedig minél jobb a gyomorfunctio, annál kisebb részben. A bélemésztés, illetőleg a bél lugos közege *Bókay* szerint nem csökkenti a hatást.

A digitalis egyetlen helyes és biztos hatású adásmódja ezért: ismert titerű kivonatok bőr alá fecskendése. Ez persze főleg csak intézetekben vihető keresztül, mert a magángya-

korlatban alig van módjában akár az orvosnak elfoglaltsága miatt, akár a betegnek anyagi okokból, hogy naponként 3—5 injectio adható legyen.

Összegezve e körülményeket: *Gondoskodjék az illetékes hatóság, hogy kizárólag csak titrált digitalis kerüljön a gyógyszerárakba, az orvosok pedig mindig gondoljanak orvoslás közben a digitalis dosológiájára és hatásmódjára, mindezt úgy, amint ez a serum-therapiában már régóta szokásban van.*

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Belorvostan.

Az arteriosclerosis pathogenesiséről tartott előadást a frankfurti orvosegyletben *Fischer* tanár. Rövid történeti visszapillantás után, melyben *Thoma* és *Jores* alapvető, de túlhaladott experimentális vizsgálatainak foglalatát ismerteti, áttér mindama tényezők chronológiás ismertetésére, melyek az arteriosclerosis pathogenesisében szerepet játszanak. Először az arteriosclerosis pathogenesisére vonatkozó állatkísérletek eredményeit foglalja egybe a következőkben: állatokon adrenalin, tejsav, alkohol és egyéb mérgek toxikus érfal-eltározásokat, arterionecrosist hoznak létre; ugyanezek a mérgek bizonyos állatfajokon megfelelő körülmények között arteriosclerosisist idézhetnek elő. Növényevőkön egyoldalú rendellenes táplálás, nevezetesen cholesterindús fehérjetáplálás után arteriosclerosis fejlődhet. Túleröltetés folytán arteriosclerosis állatokon eddig nem fordult elő, de kétségtelen, hogy a verőér falának túleröltetése mint elősegítő momentum szerepet játszik. Az emberi arteriosclerosis ismeretét elsősorban a rendszeres anatómiai vizsgálatoknak köszönhetjük. Ezek elsősorban egy functionalis factort, az érfalnak a vérnyomásemelkedés folytán előidézt túleröltetését helyezték megfelelő világításba. A túleröltetés azonban relativ fogalom, mely három tényezőtől függ. Először az érrendszer ellenállóképeségétől és teljesítőképeségétől, másodsorban a követelt teljesítmény nagyságától és végül az organismus általános viszonyaitól (táplálkozás, toxikus befolyások stb.). Kedvező viszonyok között ugyanazon érrendszer csak functionalis hypertrophiával fog reagálni (hypertoniás nephritis bizonyos esetei), míg kedvezőtlen körülmények között rohamosan degeneratív processusok jelentkeznek. A vérnyomásemelkedés szerepét arteriosclerosis eseteiben több példa bizonyítja. Ezt bizonyítja az arteria pulmonalis sclerosisa mitralstenosisban, a bal arteria femoralis arteriosclerosisisa jobboldali bénulások esetén, a végtárgarteriák sclerosisa sportembereken (*Mönckeberg*). *Faber* kísérletileg is bebizonyította, hogy mechanikai ingerek, húzás, nyomás behatására a kötőszövetben és elasztikus rostokban elszírosodás és elmeszesedés áll be. Ez magyarázza a vérnyomásemelkedés szerepét az arteriosclerosis pathogenesisében. A ductus Botalli intimájának és mediájának elmeszesedése már a születés utáni 13. napon kimutatható. A kedvezőtlen tényezők egyik legfontosabbika a kor. Az arteriosclerosis kezdetének nyoma anatómiailag már a csecsemőn kimutatható, a 8. életévtől kezdődőleg mindenkin jelen van. A foka és kiterjedése a korrallal fokozódik. *Mönckeberg* a háború folyamán katonák bonczolása alkalmával feltűnő gyakran talált coronarsclerosisist, még pedig 18—20 év között 40%-ban, 21—30-ig 45.8%-ban, 31—40-ig 64.6%-ban és 41—45 évig 100%-ban. Az érfal rugalmassága, nyújthatósága a korrallal fokozatosan csökken és a korrallal fordított viszonyban áll. Egy 25 éves ember verőérének rugalmassága éppen a duplája egy 50 éves emberének. A korhoz járulnak az egyéb ártalmas momentumok, így az infectiosus megbetegedések. A mérgek közül az alkohol ártalmasságát *Orth* alkoholisták sectiója, *Ruffer* pedig 800 mohamedán zarándok sectiója alapján, kik viszont sohasem ittak alkoholt, tagadásba veszi. Aegyptomi mumiákon, melyeken lues és nicotin kizárható, szövettanilag arteriosclerosis mutatható ki.

Daczára ennek, a nicotinnak mint elősegítő momentumnak a szerepe el nem vitatható. Az utóbbi időben, állatkísérletek alapján, a vér koleszterinjének megszorodása látszik jelentősnek lenni az arteriosclerosis pathogenesisében. A bőséges evés és ivás úgylátszik a fokozott koleszterinbevitel útján segíti elő az arteriosclerosis kifejlődését, bár a kísérleti eredmények nem teljesen egybehangzók a koleszterin szerepét illetőleg. A koleszterinből kiindulva gondoltak a kutatók a mellékvesére, melynek kéregállománya a koleszterin-anyagcserében szerepet játszik, a mihez hozzájárul a mellékvese egyik productumának, az adrenalinnak vérnyomásemelő hatása. S bár súlyos arteriosclerosisban szenvedők mellékveséinek vizsgálata nem mutatott pathológiás elváltozásokat, a koleszterin szerepe mégsem zárható ki azért, minthogy bizonyossá vált, hogy a mellékvese kéregállománya csak lerakódó helyül szolgál a koleszterinnek, mely súlyos arteriosclerosisban elhagyván e helyet, a vérben mutatható ki. Vég-eredményben tehát két jelenség kristályosodik ki az arteriosclerosis pathogenesisében: a méreghatások és a vérnyomás-emelkedést előidéző tényezők. (Münch. med. Wochenschr., 1919, 3. sz.)

Weber dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 15. szám. Schein Mór és Török Lajos: A nem-i betegségek elleni védekezés irányelvei.

Budapesti orvosi újság, 1919, 16. szám. Nestlinger Miklós: Az ú. n. Koch-Weeks-bacillus mesterséges táptalajon való élettartamáról. **Engel Sándor:** Adatok a tüdőtuberculosis statisztikájához.

Vegyes hírek.

Orvosi kinevezések a fővárosi kórházakban. A főváros nép-biztossága a közkórházakhoz a következő orvosokat nevezte ki főorvosokká: **A Balassa (Zita) közkórház** három belgyógyász főorvosi állására: **Lévy Lajos-t**, a fővárosi Erzsébet szegényház-kórház osztályos rendelő orvosát, **Engel Károly-t**, a II. sz. belklinikai adjunktusát, **Szinyei József Balassa-kórházi** napidíjas főorvost; két sebészfőorvosi állásra: **Kaczvinszky János** műtőt, a gyulai közkórház volt igazgató-főorvosát, **Fischer Aladár-t**, a Bródy-kórház sebész főorvosát; egy nőgyógyász főorvosi állásra: **Scipiadés Elemér-t**, a Központi közkórház szülészeti és nőgyógyászati osztályának megbízott főorvosát; egy szemész-főorvosi állásra: **Rados Endre** I. sz. szemklinikai tanársegédet; egy fülész-főorvosi állásra: **Fleischmann László** szakorvost; egy gégeész-főorvosi állásra: **Réthy Aurél** szakorvost. — **Az óbudai (Szent Margit) közkórházba:** egy sebész-főorvosi állásra: **Borgyosy Milivoj** közkórházi orvost. — **A Központi (Szent Rókus) közkórházba:** egy szülészeti és nőgyógyászati főorvosi állásra helyettesül: **Rotter Henrik-et**, a Munkáskórház nőgyógyász-főorvosát; a megfigyelő-osztály főorvosi állására: **Józsa Jenő** közkórházi orvost. A közkórházak központi vezetője mellé főorvossá: **Hollán Henrik** közkórházi orvost; a Balassa (Zita) közkórház vezetője mellé főorvossá: **Oppenheim Ödön** közkórházi orvost. — Főorvossá a Semmelweis (Szent István) közkórház gégeészeti-osztályához: **Laub László-t**, az óbudai (Szent Margit) közkórház gégeész rendelő orvosát. Rendelő orvossá: az óbudai (Szent Margit) közkórház gégeész-rendelőorvosi állására: **Révész Ernő** közkórházi gégeész-szakorvost. Laboratorium-vezetőkké: a Balassa (Zita) közkórházba: Röntgen-lab. vezetői állásra: **Hollitsch Rezső** II. sz. belklinikai tanársegédet; egy chem.-bakt. lab. vezetői állásra: **Kiss Gyula-t**, a Balassa-kórház chem. és bakt. lab. napidíjas vezetőjét; az óbudai (Szent Margit) közkórházba Röntgen-lab. vezetői állásra: **Hisz Sándor-t**, ugyanezen kórház megbízott Röntgen-lab. vezetőjét.

A főváros tulajdonát képező közkórházak új elnevezése. A főváros nép-biztossága a közegészségi politikai megbízottak előterjesztésére a közkórházakat a következő nevekké látta el. Félreértések elkerülése végett egyideig még a régi név a jelenlegi után zárójel között használható. Központi közkórház (Szent Rókus). Semmelweis-kórház (Szent István). Járvány-kórház (Szent László és Szent Gellért). Balassa-kórház (Zita). Koch Róbert-kórház (Uj Szent János). Széna-téri közkórház (Régi Szent János). Óbudai-kórház (Szent Margit). A Kun-utcai, Telepi-utcai, Bakács-téri, Gyöngyösi-úti és a rákoskeresztúri közkórházakat változatlanul az eddigi megjelöléssel nevezik.

Éhség-osteopathia Bécsben. A typosus osteomalacián kívül még egy ettől független osteopathia-járványt észlelnek Bécsben, melyet kétségtelenül szintén a hiányzó táplálkozás okoz. Főtünete erős fájdalom a medencze, keresztcsont és a mellkas alsó részének csontjaiban; a beteg egyáltalában nem, vagy csak alig tud járni, emellett gyenge, lesoványodott. Nyomásra a csontok érzékenyek, a Röntgen-képen gyakran az egész csontváz a rendesnél halványabb képet ad, jelöl, hogy mérszálománya csökkent. A czomb adductorainak spasmusa igen gyakori jelenség. A legtöbb beteg gyermekkorában rachitist állott ki. A betegek túlnyomó része nő, 30–50 év közt. A tünetek az agykori osteo-

porosira emlékeztetnek. A betegség a hiányos nitrogénfelvétellel hozható kapcsolatba, melynek folytán a csontváz rosszul táplálatik s mérszálományából veszít. (O. Porges és A. Wagner, Wiener klin. Wochenschrift, április 10.)

Személyi hírek külföldről. **F. Lust dr.**, a gyermekorvos tanár-gáncántára Heidelbergben, rendk. tanár lett. — A berlini egyetem bőrkórtani tanszékére **G. Arndt dr.-t**, a volt strassburgi egyetem rendk. tanárát nevezték ki. — **E. Hertel dr.**, a strassburgi egyetem volt szemész-anárát a berlini egyetemen prof. ord. honorarius-szá nevezték ki. — **Sioli dr.**, a frankfurti egyetemen az elmekórtan r. tanára, S hasonlóképpen **E. Bloch**, a freiburgi egyetemen a bőrkórtan rendk. tanára, nyugalm-lomba megy.

Meghalt. **J. Kochs dr.**, a nőorvos tanár a bonni egyetemen 72 éves korában. — **L. Meyer dr.**, a nőorvos tanára Kopenhágában, 66 éves korában.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbadfalva. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta ötszöri étkezés; tejkúra. Kellemes kirándulások, gyönyörű sétányok, legnagyobb nyugalom; nap-és légtüdők. Mérsékelt díjak. Az Otthon orvosa: **Dr. Hoffmann László**, kórházi főorvos. Az odautazás nehézségekkel nem jár, a megzárás nem érezhető; bővebb felvilágosítás és prospektus kapható: „Petőfi” Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz.

Csernel-Bloch-Rajka Bakteriológiai laboratorium. Dajka-vizsgáló intézet. Sas-u. 20. Telefon: 159-69.

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

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM Budapest, I., Tétényi-út 12–16. Telefon: József 81–75. Ujjonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-fürdők, hőlég-kezelés és vízgyógyintézet. Villanyözás és massage. Hízókúra. Vezető-főorvos: **Dr. Czirfusz Dezső**, a ki állandóan a telepen lakik. **Egész éven át nyitva.**

Fővárosi Fásor Sanatorium vegyi-, bakteriológiai és serológiai laboratoriuma.

Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15–26

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

Városmajor-Szanatorium és Vízgyógyintézet Részvénytársaság. **Budán, I., Városmajor-u. 64.** Telefon 88–99. Ujjonnan átalakítva **Dr. Gráf Andor** főorvos vezetése alatt. Vízgyógyintézet; szénsavas-, oxigén-, villany- és fenyőfürdők, massage, hőlég-kezelés bejáróknak is. Hízókúra.

Dr. JUSTUS kórházi hörgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, torro légkészülékek, frigoriterapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Vízgyógyintézet, gyógyszermechanika, orthopédia, svédgyimnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérumentézet r.-t. Budapest VI. ker., Terecz-körút 31. sz. Telefon 20–19

Kurzusok: Laboratoriumi diagnosztikai eljárások. Oltóanyag- és szérum-termelési methodika.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — bennidások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED. Heliotherapia.

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásal Termális és fisioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vízgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gégyógyászat és orthopaedia, stb

Főorvosok: Vízgyógyászati osztály: **Dr. Benczur Gyula**, egyet. m. tanár. Gégyógyászat: **Dr. Erdős Geza**. Belégzési gyógyintézet: **Dr. Safranek János**, egyetemi m.-tanár. Röntgen-laboratorium: **Dr. Simonyi Béla**.

Kívánatra prospektus. Kívánatra prospektus

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1919 március 1.-én.)

Budapesti Orvosegyesület

III. rendes tudományos ülés 1919 március 1.-én.

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

Hozzászólások Révész Vidor: „A projectil-lokalizálás nehány kérdéséről” című bemutatásához.

Biró Ernő: Bemutat axialis koponyafelvételeket, demonstrálja a *Holzknicht-Pordas-Lilienfeld*-féle fistulaanализáló módszert.

Barla Szabó József: Az előadás második részéhez szól hozzá, mert háborús sebészeti működésének egyik legszebb emléke a Röntgen-műtőasztalon-operálás, másrészt Révész dr.-ral együtt működve Verebely tanárnak a Hadigondozó Révész-utcai intézetében, meg akarja világitani az egyes kiemelkedőbb műteti eseteket.

Az egyszerű Röntgen-felvételek alapján történt idegentest-keresés és eltávolítás azelőtt legtöbbször órákig igénybe vette a sebész türelmét és az eredmény mégis gyakran bizonytalan volt. A háború első felében alkalmazásba jött idegentest-lokalizálás lényegesen javított a helyzeten, de még mindig nem volt tökéletes eljárás a gyakorlati kivitelben. Így felemlít egy esetet, hol éppen Révész dr. végezte a femur condylusába került shrapnellgolyó lokalizálását és bár a műtét tervének megállapításakor biztosra látszott, hogy a jól meglokalizált golyó extracapsularisan eltávolítható lesz, a műtét menetébe akkor még be nem illeszhető Röntgenkontroll hiányában a hosszabb keresésből származó türelmellenség az ízület megnyitására készítette a felszólalót, holott kiderült utólag, hogy már csak 2–3 mm.-nyi távolságra volt a golyó felett.

A háború második felében a Röntgen-műtőasztal beállításával mindez megváltozott. A legsúlyosabb eseteket rövid negyedórán belül mindig biztos eredménnyel oldották meg Verebely tanár említett osztályán Révész dr. röntgenológiai irányítása mellett. Eseteik a legsúlyosabbak voltak, mert nagy részükben már máshol, gyakran többször, hiába kísérelték meg eltávolítani. Az esetek részben fistulások, részben zárt idegen testek voltak. Fistulás eseteik kivétel nélkül lapos csontok, még pedig a sternum és scapula mögött fekvő mély fistula-járatos komplikált esetek voltak, melyekben a már mások által megkísérelt behatolási helytől távolabban rámetéssel és reávéssel pár perc alatt távolították el a Röntgen-műtőasztalon az idegentestet.

Zárt esetek közül két ízben a hasüregben pillanatszerűleg faláltak meg és távolították el a shrapnellgolyót. A többiben is az idegentest nehezen hozzáférhető helyeken, legtöbbször a vastag lumbalis-izomzat mély részeiben, vagy az ízületek közvetlen szomszédságában feküdt. Az érvényben állott katonai szabályzatok kibővítették a beavatkozás indicióit, mert köteleességgé tették a jogtalan panasz alapját tevő idegentest lehető eltávolítását s a szolgálatképesség emelését. Részben ez okból, részben a Röntgen-műtőasztal használhatóságának kipróbálása céljából a legsúlyosabbnak ígérkező eseteket vitték legszívesebben a Röntgen-műtőasztalra. Az eredmény mindig feltűnő volt. Így a röntgenológus irányításával percek alatt távolították el idegentesteket a legkülönbözőbb ízületekből, más testrészekből, így többek közt a corpus ossis ischii mély részéből. Egyik legszebb és Révész dr. által is vetített esetükben a shrapnellgolyó a femurnak a két condylus közti középrészén, közvetlen a facies patellaris mögött helyeződött el. Hosszanti lateralis behatolással a műteti tervnek megfelelőleg extracapsularisan távolította el a szülő Révész dr.-nak négy ízben történt pillanatnyi irányítása mellett a golyót, amit mások valószínűleg az ízület sérelmének eshetősége miatt meg sem kíséreltek eltávolítani. Ha *Holzknicht* assistense: *Odella* azt állítja a Röntgen-műtőasztalról, hogy az annyira tökéletes, miszerint még eltávolításra nem szoruló idegentest kivételére is reácsábitja a sebészt, a maga részéről a felszólaló azt teszi hozzá, hogy a melyik sebész a Röntgen-műtőasztalon többször operált, annak biztos eredményével, eltávolításra szoruló súlyosabb esethez ez asztal hiányában többé hozzá sem nyúl, hanem azt — mint a felszólalónak is napok előtt volt reá esete — arra bizza, ki a Röntgen-műtőasztalon a beteg javára gyorsan és biztosan távolítja el az idegentestet.

Ádám Lajos: *Dollinger* tanár mindjárt *Holzknicht* közlése után beszerezte a *Holzknicht*-apparátust a Sommer-asztallal s így több mint két év óta számos esetben volt alkalmuk az I. számú sebészeti klinikán

idegen testet eltávolítani. Két dologra akarja felhívni a figyelmet. Az egyik, hogy bármily kiválósággal bírjon is a H.-asztal, az idegen testek eltávolításának indicióit nem szabad a végtelenségig kitágítani. Csak azokat az idegen testeket kell eltávolítani, melyek vagy sipolyokat tartanak fenn, vagy egyéb kellemetlenségeket okoznak; de megengedhetetlen, hogy kicsi, semmi kellemetlenséget sem okozó idegen testet csak azért távolítsunk el, mert el tudjuk távolítani. A másik, a mit ki akar emelni, az, hogy amióta ezen apparátussal dolgoznak, azzal a biztos érzéssel fognak a műtethez, hogy biztosan el is fogják távolítani az idegen testet; eddig egyetlen esetben sem történt meg, hogy a műtétet eredmény nélkül fejezték volna be.

Révész Vidor: Köszöni a szíves hozzászólásokat, valamint *Biró Ernő*-nek, hogy axialis koponyafelvételeket volt szíves mutatni, mert neki magának nem volt alkalmja ilyen eseteket vizsgálni, hiszen a Révész-utcai kórház anyaga rokkant anyag, a hol csak elvétve akadt egy-egy projectil, a mivel foglalkozhatott.

Ádám-nak teljesen igaza van, hogy a Röntgen-műtőasztalhoz külön kis műtőszoba a leghelyesebb, náluk is így volt a Révész-utczában. Az indicióival nem akar foglalkozni, természetes, hogy nem fogunk eltávolítani egy szilánkot csak azért, mert lehet, hanem csak akkor, ha kell; az előadó csak azt hangsúlyozta, hogy mindent el lehet távolítani. *Holitsch* szavait az előadó úgy értette, mintha az előadás *Holzknicht* könyve vázlatos idézése volna. Ez ellen tiltakozik, *Verebely* tanárra hivatkozik, a ki, mikor a Röntgen-operálóasztal kitűnő használhatóságát látta, felszólította őt, hogy írja meg a projectillokalizálás egész történetét, állítsa össze ennek a kérdésnek a teljes literatúráját, azonkívül a golyóeltávolítási technikának egész fejlődéstörténetét és ezt a munkát ki fogják adni németül, mint a Révész-utcai kórházból kikerülő nagy munkának első fejezetét (a mű részei *Ranschburg* tanár munkálatai az idegvarratokról, *Barla Szabó* dr. munkája a rosszul gyógyult törésekről, *Schreiber Vilmos* munkája az állületelekről, stb.). Az előadó éjjelt-nappal egybetéve dolgozott a hatalmas literatura teljes összeállításán, megcsinálta a dolgot, a kézirat hamarabb volt *Verebely* tanár kezében, mint a *Holzknicht* könyve. Ekkor megjelent a *Holzknicht* könyve, mire előadó azonnal kérte *Verebely* tanárt, engedje meg, hogy az ő munkája ne jelenjen meg, mert *Holzknicht* könyve után nagyon furcsán hatna a külföldön. *Verebely* ebbe csak nehezen és hosszas kérés után egyezett bele. Természetes, ha valaki projectillokalizálásról beszél, akkor folyton *Holzknicht*-et és munkáit kell idéznie, mert ő az átvilágítás herosa, a ki az átvilágításért harczolt mindig és ennek a hosszú küzdelemnek az eredménye lett az operálóasztala is. Azonkívül *Holzknicht* az ő tekintélyével és befolyásával el tudta érni azt is, hogy az ő tehetőséges és szorgalmas munkatársait meghagyták neki az ő jól berendezett intézetében, a hol nyugodtan kísérletezhettek és dolgozhattak, míg bennünket szétkergettek a monarchia minden zúgába. Végtelenül fáj az előadónak, ha becsületes és tisztességes munkájáról azt hinnék, hogy valahonnan kiírta.

Természetes, hogy a műtét előtt tudnia kell a sebésznek és a röntgenológusnak, hogy hol fekszik a golyó, de nem kell a lokaliszationának mathematikailag pontosnak lennie, mert akkor is teljes sikerrel végződik a műtét, ha nem tudja az operateur, hogy hány mm. mélyen van a golyó.

A rászúrásnak pedig megvannak a contraindiciói, nagyon sok testrészen nem alkalmazható és mit csinál az operateur akkor, ha műtét közben elmegy a helyéről a golyó?

Keppich megjegyzésére azt válaszolja, hogy bizonyára nem mondta volna azt, amit mondott, ha lett volna alkalmja Röntgen-operálóasztalon dolgozni. Az a könnyűség, az a biztosság, az a gyorsaság, a mivel a golyóeltávolítás megy, azonnal elhallgattatta volna benne ezeket az alaptalan félelmeket. Míg azelőtt félt a sebész a golyó-műtét előtt és még jobban félt a röntgenológus, mert ha nem találták meg a golyót, csak őt okolták érte, most örömmel mindkettőnek, amikor golyót kell kivenni.

Holitsch Rezső: Sajnálja, hogy Révész félreértette szavait. Csupán azt hangoztatta, hogy sajnálatos, hogy *Holzknicht*-nek mindezen eljárásokat ismertető könyve post festa, a háború után jelent meg. Azt nem vonja kétségbe, hogy Révész az előadottakat maga el ne végezte volna.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Báron Sándor:** Közlés a II. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár.) Metacarpus-ujj készítéséről. 189. lap.
- Freystadtli Béla:** Közlemény a budapesti magyar tudomány-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) A venectasiás légcsővérvételekről. 190. lap.
- Pfeiffer Ernő:** Adatok a kankós vesemedenczelob kórtanához és kezeléséhez. 192. lap.
- Garai Ferencz:** A scabies kezelése mézszívvel. 194. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle.* *Belorvostan.* *Hofstatter:* A hypophysis szerepéről a Basedow-kórban. — *Sebészet.* *E. Borchert:* A pajzsmirigy-műtét utáni tetania gyógyítása. — *Ashhurst:* A szülés közben keletkező vállizületi sérülés. — *Gyermekorvostan.* *Ochsenius Kurt:* Az acut lymphadenitis kezelése a gyermekkorban. — *Buchauer:* A diphtheria elleni védekezés. — *Venerás betegségek.* *E. Debanco:* Az ezüstsalvarsánrról, valamint az emberi és házinyúl-syphilisnek biológiája. 194—195. lap.

Magyar orvosírodalom. 195. lap.

Vegyes hírek. 195. lap.

Tudományos Társulatok. 196. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a II. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár.)

Metacarpus-ujj készítéséről.

Irta: **Báron Sándor** dr., magántanár, a II. sz. seb. klin. rendelő orvosa.

Ha a kéz összes ujjai hiányoznak, vagy pedig hiányzó hüvelyk mellett a részben vagy egészben megmaradt egy vagy több ujj fogni képtelen, akkor általában véve hüvelyk készítése a czélszerű eljárás. E hüvelyk-készítés legjobb módja véleményünk szerint a *Spitz* ajánlotta eljárás, a mely a hüvelyket oly módon készíti, hogy a második metacarpus distalis részét az első metacarpus felfrissített végére illeszti. Ha azonban az első metacarpus is hiányzik, illetőleg csak csekély töredéke van meg, vagy pedig mozgathatósága silány, akkor a megfogást lehetővé tevő metacarpus-ujj, esetleg -ujjak készítése czélszerű. A *Burkhard* ajánlotta ez eljárásnak az a lényege, hogy egy metacarpus eltávolításával és a bőr megfelelő képlésével az eltávolítottal szomszédos metacarpusok között mély bevágást, hézagot teremtünk; a hézagba jutott tárgy megfogását a mozgékonyabb metacarpusnak a rögzítettebbhez való activ közelítése végzi. Hogy adott esetben melyik metacarpus eltávolítása a czélszerű, illetőleg, hogy mely metacarpusok a legalkalmasabbak a megfogásra, az több körülménytől függ; így elsősorban az esetleg megmaradt ujjtól, illetőleg ujjrészlettől, a mennyiben a megfogást végző metacarpusok egyikével összefüggésben maradt, bár deformálódott ujj a működés-képességet lényegesen fokozza. E szempontot nem tekintve, viszont általában véve azt mondhatjuk, hogy ha az első, második és harmadik metacarpus megvan, akkor czélszerű a második metacarpus distalis részét a már említett módon felhasználni a hüvelyk képzésére és proximalis részének eltávolításával viszont a harmadik metacarpus és az újonnan készített hüvelyk között a megfelelő hézagot készíteni. Ha pedig az első metacarpus is hiányzik, akkor általában leghelyesebb a negyedik metacarpus eltávolítása révén a megfogást — az első metacarpust nem számítva — a passive és active legmozgékonyabb ötödik metacarpusra bízni. Megfelelő esetben az említett eljárások együttes alkalmazása adhat igen jó eredményt. A metacarpus-ujj készítésének egyik elve tehát, hogy a megfogás a legközelebbi harmadik metacarpus (a kéz alapsugara *Strasser*) és a legmozgékonyabb első, illetőleg ötödik metacarpus között történjék.

Egy másik fontos elve a metacarpus-ujj készítésének

az, hogy a megfogást eszközöző mozgó metacarpusnak minél kiadóbb passiv és activ mozgékonytságot kölcsönözzünk.

Hogy ez elvek személtartásával igen jó eredményt érhetünk el, azt a következő eset mutatja, melyben az ötödik metacarpus passiv mozgékonytságot ízületresectióval, activ mozgékonytságot pedig inatültetéssel fokoztuk.

A 19 éves villanyösszerelőnek gránátsérülés következtében jobb keze első, második, harmadik és negyedik ujjá hiányzott; elpusztult továbbá az első metacarpus legnagyobb része. Az ötödik ujj, mely ízületeinek zsugorodása következtében markolni nem tudott, kampószerűvé alakult, hegye a thenart nem érte el. *U*-metszéssel feltártuk a negyedik metacarpust és leválasztottuk a distalis részéhez tapadt megfelelő flexor digitorum sublimis és profundus, meg az extensor digitorum communis inait. Ezután eltávolítottuk a negyedik metacarpust és feltártuk az ötödik carpo-metacarpalis ízületet. Az ötödik metacarpus basisát vésővel és csont-csípővel csekély terjedelemben oly módon reszekáltuk, hogy passio mozgathatósága minden irányban, de főleg az adductio irányában lényegesen fokozódott. Most feltártuk az ötödik metacarpus distalis végét és elülső felszínére a negyedik metacarpusról leválasztott flexor-inakat, hátulsó felszínére pedig a megfelelő extensorinat erősítettük periostalisán, közepes feszülés mellett. Végül a sagittalis *U*-metszést frontalis *V* alakjában összevarrva, alakítottuk az ötödik és harmadik metacarpus közötti hézagot.

Nyolcz nappal a simán gyógyult műtét után betegünk ötödik metacarpusának a harmadikhoz való közelítésével a legvékonyabb czerezát is jelentékeny erővel meg tudta fogni, viszont a két metacarpust annyira szét tudta terpeszteni, hogy kétujjni vastag tárgyat is meg tudott fogni. Továbbá az ötödik metacarpust annyira tudta közelíteni és hajlítani, hogy a merev ötödik ujj hegye a thenarhoz ért, mely mozgás kombinálva a metacarpusfogással, különböző munkák végzésére bizonyult hasznosnak. A mi az ötödik metacarpus mozgását magában véve illeti, jelentékeny passiv és allg csekélyebb activ circumductio volt lehetséges, úgy hogy az intransplantatio által megvastagodott ötödik ujj nagyon hasonlított a hüvelykhez. Nyolcz héttel a műtét után rokkantunkat, a ki foglalkozását folytatni készült és motorkezelőtanfolyamra járt, az egykori bajtárs-szövetség demonstrációs ülésén bemutattam.

Az elért jó eredményt javarészt annak tulajdoníthatjuk, hogy egyrészt az ötödik metacarpus basisának resectiója után minden irányban növeltük a metacarpus-ujj passiv mozgathatóságát, másrészt pedig a negyedik ujj három izmának erejét átvittük az ötödiakra. Így a hajlító, nyújtó, távolító és opponáló izommal amúgy is bőven ellátott ötödik ujj, illető-

leg metacarpus, három olyan izommal gazdagodott, melyek ferde lefutásuk következtében a megfogásra nézve oly fontos közelítésben is hatékonyan közreműködnek.

A vázolt elveknek és módszereknek figyelembevételével tehát megfelelő esetben melegen ajánlhatom az eljárást.

Közlemény a budapesti magyar tudomány-egyetem orr- és gége-orvostani klinikájáról. (Igazgató: Onodi A. dr., egyetemi tanár.)

A venectasiás légcsővérzésekről.

Irta: Freystadt Béla dr., egyetemi tanársegéd.

Légcsővérzést a légcső localis megbetegedésén kívül a szervezetnek számos más betegsége is okozhat. Előfordul a fokozott vérnyomással, valamint a pangással járó megbetegedésekben, arteriosclerosis, haemorrhagias diathesis eseteiben és a vér betegségeiben is. Némely heveny fertőző betegséget a légcső nyálkahártyájának heves gyuladása és vérzenysége kísér. A légcső localis megbetegedései közül a rosszindulatú daganatok, fekélyek, tárgult gyűjtőerek okozhatnak vérzést. A következőkben a légcsővérzésnek csak ez utóbbi említett — venectasiából eredő — fajáról lesz szó, amely néha mint önálló megbetegedés jelentkezik. A trachealis haemoptoë ezen aetiológiája kevésbé ismeretes, a gyakorlatban rendszerint mint a tüdő specifikus megbetegedése folytán létrejött pulmonalis eredetű vérzés szerepel. Már pedig a kórjósolat és gyógyítás szempontjából a betegség helyes körjelzése igen fontos. Az észlelt eseteknek igen kis száma és a betegség felismerésének fontossága miatt szükségesnek tartom — mielőtt a betegség jellegzetes tulajdonságait leírnám — a klinikánkon észlelt következő két eset ismertetését.

1913 augusztus 21.-én H. L. 21 éves géplakatos vérköpéssel jelentkezik járóbetegrendelésünkön. Betegségének előzményét következőként adja elő. Családjában hasonló betegség nem fordult elő, tüdőbaja senkinek sem volt. Szülei, hat testvére élnek és egészségesek.

Hat év előtt volt először vérköpése, amikor ágyban fekve, reggel, úgyszólván köhögés nélkül vagy csak könnyű köhintéssel, hat napon át naponta mintegy másfél deciliter vért ürített. A vérzés nem volt folytonos, naponta többször elállt s ismét megindult. Bajával kilencz napig ágyban fekvő beteg volt. Betegségét tüdőbajnak mondta orvosa. A vérzés megszűntével egészségesnek érezte magát. Tíz hó múlva újból vért köpött, a vérzés ekkor négy hétig tartott. Baja miatt hét hétig nem dolgozott. Gyógyszert nem használt. Vérzése ezután egy évig szünetelt, majd újból megindult annyira, hogy ismét négy hétig volt fekvő beteg. A következő évben ismét többször köpött vért. Három év előtt haemoptoëvel egy tüdőbeteg-sanatoriumba került, ahol tíz hétig tartózkodott, amely idő alatt újabb vérköpés nem jelentkezett. A következő években-többször volt kis fokú haemoptoëje. Ez év (1913) januárjában öt napig tartó vérköpése volt. Egy hónapi szünet után ismét volt hat napig tartó haemoptoëje. A gyakori vérzések miatt munkáját gyakran kénytelen volt abbahagyni. Május 17.-étől június 2.-áig naponta vérzett, de azért dolgozott. Június 29.-étől kezdődőleg hat napig volt haemoptoëje. Most három hét óta naponta vérzik, naponta körülbelül 2 deciliter vért köp. Csak nappal, éjjel nem. Általában nem köhög, vérzéskor is csak akkor, amikor már érzi a vért a torkában. Orrvérzése sohasem volt, erre legalább is nem emlékszik. Állandóan láztalan, vérköpéskor sincs hőemelkedése. Mellkasi fájdalmai nincsenek. Étvágya elég jó. Testsúlya nem változott feltűnően az utóbbi időben. Negatív tüdőlelete miatt küldi orvosa most a klinikánkra.

Az erőteljes, elég jól táplált férfibeteg arcszíne, látható nyálkahártyái feltűnően halványak. A mellkasa jól fejlett. A tüdők felett kopogtatási és hallgatódzási eltérés — ismételt vizsgálat daczára — sem mutatható ki. A szívhangok tiszták. A szívhatárok normalisak. A máj nem haladja meg a bordávet. A lép nem tapintható. Varixok a testen nem láthatók. A vizelet nyomokban kimutatható genyen kívül egyéb kóros alkotórészt nem tartalmaz. A tüdők Röntgen-

vizsgálata mindkét csúcsban homályt állapít meg, s kimutatja, hogy a bal rekesz rosszul mozog. (II. sz. belklinik.)

A porcpos orrsövényen jobboldalt tágult vénák láthatók. Egyébként az orr, garat, gége nem mutat elváltozást. A foghús ép, nem vérzékeny.

Gége-tükörrel vizsgálva a beteget, a trachea legfelső részén elül tágult ereket látunk, amelyek egyike vérzik. Jól megfigyelhető, hogy az innen eredő vér lassan lefolyik a légcsőbe s a beteg azt bizonyos idő múlva kiköhögi. Alkalmam volt a ritka gégetükri leletet a klinika több orvosának bemutatni. A következő napokon a gégetükri vizsgálat ideje alatt néha szünetelt a vérzés, máskor ismét jól volt látható a vérző ér. A vérzés helye állandóan ugyanaz volt. A gége érzéstelenítése után ezt a helyet vattával gyengén érintve és így az alvadt vértől megtisztítva, különösen jól volt látható a vérzésnek újból való jelentkezése. Mivel a vérzés a következő napokon sem szűnt meg, augusztus 28.-án kellő érzéstelenítés után tracheoskoppal a vérző helyet beállítottam s trichlorezcetsavval edzem. A következő napon még köpött egy kevés vért a beteg s ezért augusztus 30.-án a trachea megfelelő helyét még egyszer edzem. A vérzés ekkor véglegesen megszűnt. A beteget még hónapokon keresztül megfigyeltem, de vérzése — bár nehéz munkát végzett — nem ismétlődött meg. Feltűnő halványsága, amelyet kétségtelenül a gyakori és jelentékeny vérvesztés okozott, megszűnt. A magát hat év óta súlyosan betegnek tartó férfi így hamarosan meggyógyult, depressziós kedélyállapota megszűnt, munkakévé visszatért s foglalkozását most már megszakítás nélkül folytathatja.

Másik betegünk V. F., 20 éves hivatalnok, 1914 június hó 20.-án jelentkezik járóbetegrendelésünkön. Előadja, hogy három nap óta vért köp. Már előzőleg is volt többször haemoptoëje.

A gégetükri vizsgálat a trachea felső részén elül — ugyanazon a helyen, mint előbbi betegünkön — tágult ereket mutat s jól látható a vérző ér. A vér a légcső mélyebb részeibe folyik s a beteg azt csakhamar kiköhögi. A haemoptoë trachealis eredete tehát kétségtelen.

A gyenge testalkatú, kissé lesorványodott férfibeteg tüdőlelete (II. sz. belklinik.) a következő: A jobb kulcscsont felett és a supraspinalis árokban rövidült a kopogtatási hang. Röntgen-lelet: A jobb kulcscsont felett és részben alatta is kifejezett árnyékoltság látható. A jobb hilusból számos durva köteg húzódik lefelé s a jobb rekeszen számos adhaesio. A bal tüdő s a bal rekesz szabad. Egyéb betegség nem volt megállapítható. A szív részéről eltérés nincs. Varicositas nincs a betegben. Az orr, a garat, és a gége nem mutat elváltozást. A foghús ép, nem vérzékeny.

A beteg felszólításunk ellenére nem jelentkezett többé klinikánkon s így a légcsővérzés további lefolyását nem kísérhettük figyelemmel.

A légcső hasonló, tágult gyűjtőerekből származó vérzéseiről csak kevés említést találunk az irodalomban. *Massei* 1898-ban közli egy betegének történetét, aki gyakrabban köpött erőteljesebb köhögés nélkül meglehetősen sok vért (kb. 100 cm³-t naponta). A tüdő, valamint a köpet vizsgálata tuberculosis ellen szólt. A gégetükör a trachea felső részén tágult véreket mutatott, melyek egész plexust alkottak s színükkel élénk ellentétben állottak a fehér trachealis gyűrűkkel. Ezek a tágult erek vérezttek ismételtelen. Hogy a vérzés székhelye a trachea kezdeti részén van, azt *Massei* physicalis és anatómiai okokkal magyarázza. Ugyanis hangadás alkalmával a kilégzésre kerülő levegő a hangrés záródása folytán fokozott nyomás alatt áll a subglottikus térben. Ez a fokozott nyomás mint állandó inger hat a felületesen haladó erekre, amely körülmény — szerinte — az ér falának elpetyhüdésére és lumene kitágulására vezet.

Pisenti 1899-ben említi két fiatal férfibetegét, akiknek éveken át többször ismétlődő, meglehetősen erős haemoptoëjük volt. Tüdőbaj nem volt rajtuk kimutatható. A tracheoskops vizsgálat a vérzés okát a légcső nyálkahártyájának tágult vénáiban találta meg. A betegekben egyebütt is voltak varico-

sifások (haemorrhoidalis csomók, varixok a lábszáron) s *Pisenti* betegeinek familiaris anamnesise alapján a gyűjtőerek falának hereditásos gyengeségét veszi fel.

Avellis 1901-ben leír egy venectasiából eredő trachealis haemoptoë- esetet. A 41 éves erőteljes férfibeteg reggel, ébredéskor, könnyű, fájdalom nélküli köhögéssel, sötét, nyálkával nem kevert vért köp. Többszöri köhögés után a vér világos-vörös színű lesz. A betegnek csak akkor van köhögés-ingere, amikor vért köp. A vérzés a trachea felső-elülső részén levő vénából ered. A vér innen lassanként lefele folyik, a beteg azután kiköhögi. *Avellis* is varicositások dispositiót állapít meg betegén. Szerinte a vérzés praedilectió helye a trachea legfelső, elülső részén, a trachealis gyűrűk közötti hely. Az e helyen levő tágult ereket a porcós orrsővény elülső részén gyakran látható venectasiákhoz tartja hasonlónak. Hogy a trachea legfelső, kezdeti része a vérzés székhelye, ezt *Avellis* ugyancsak physicalis okokkal magyarázza. Betege chronikus székrekedésben szenvedett s kénytelen volt a hasprés erős működését éveken át naponként többször igénybe venni. A hasprés erős működésekor a légcsőben s a hörgőkben fokozott nyomás alatt áll a levegő, amely a hasprés működésének megszűntével hirtelen nagy erővel tódul ki a hangrésen át. A nagy erővel kitóduló levegő a physicalis törvények értelmében szívóhatást gyakorol a körülvevő falzatra. A kitóduló levegő sebessége és ezzel a szívóhatás ereje legnagyobb ott, ahol a tracheo-bronchialis cső keresztmetszete a legkisebb. Ez pedig a tracheának közvetlen a gégehez csatlakozó részén van. Az éveken át naponta többször ismétlődő szívóhatás — *Avellis* szerint — a vena falának petyhüdttségére s esetleges beszakadására vezethet.

De Rosa 1903-ban két betegének kórtörténetét közli. Egy 32 éves férfibetegnek 11 év óta többször volt haemoptoëja. A tüdőlelet állandóan negatív volt. A tracheoszkopos vizsgálat azt mutatta, hogy a légcső nyálkahártyája belövelt, s egyes helyeken erosiók vannak. Ugyanilyen volt a lelet egy másik betegén, 40 éves nőn, akinek a havibaj idején volt vércöpése.

Az olasz észlelők (*Massei*, *Pisenti*, *de Rosa*) eseteiket „haemorrhagiás légcsőhurut” néven közlik. A leírásból azonban kitűnik, hogy haemorrhagiás catarrhusról eseteikben nem lehet szó, hanem a vérzés értágulatból ered, a mint ezt már *Avellis* is megjegyzi. *Massei* például említi esetében, hogy a trachea felső részén számos tágult vérér volt látható, melyeknek színe élénk ellentétben állott a fehér trachealis gyűrűkkel. Légcsőhurut esetén azonban a légcső nyálkahártyája egyenletesen belövelt s nem látható a porcoknak megfelelő fehér részlet. *Pisenti* esetei ehhez hasonlóak. *De Rosa* betegeinek belövelt légcsőnyálkahártyán erosiókat ír ugyan le, de egyébként észleletét a *Massei* esetéhez teljesen hasonlóan tartja. Az a körülmény továbbá, hogy egyik esetében a vércöpés 11 évig tartott, szintén emellett szól, hogy nem haemorrhagiás légcsőhurut volt a vérzés oka, amely betegség ily hosszú ideig nem tart, hanem vértágulat, amire épp jellemző, hogy évek hosszú során át okozhat vérzést.

Brünings (1911) említi, hogy egy betegének recidiváló haemoptoëja volt, negatív tüdőlelet mellett. A légcsőben tracheoskoppal erősen tágult erek voltak láthatók, melyek hurutok alkalmával — szerinte — rupturára hajlamosak voltak.

Ephraim esete (1911) 60 éves férfira vonatkozik, kinek három év óta gyakrabban volt — kimutatható ok nélkül — haemoptoëja. A kiköhögött vér mennyisége néha igen jelentékeny, félliternyi is volt naponként. A tracheoszkopos vizsgálat a légcső hátulsó falán, közvetlenül a gége alatt, nagyfokú venectasiákat derített fel, olyan helyen, a mely tükrövizsgálattal nem volt látható. A gyógyítás chromsavas edzésből állott, a mely után a vérzés nem ismétlődött.

A venectasiából eredő e vérzésektől megkülönböztetendők azok a légcsővérzések, a melyek a véretek arteriosclerosisos megbetegedése, avagy vérkeringési zavarok esetén állnak be. Ilyen légcsővérzésekről *M. Schmidt* tesz említést tankönyvében, úgyszintén *Avellis* 1911-ben megjelent egy

közleményében. Ezen aetiologiájú vérzésekkel jelen közlemény nem foglalkozik.

Saját észleleteim és az irodalom eseteinek alapján a venectasia folytán létrejött légcsővérzés kórképét következőként jellemezhetjük.

A betegség oka a légcsőnyálkahártya gyűjtőereinek tágult volta és falának repedékenysége. Hogy mi okozza az erek falának elváltozását, s hogy mi az anatómiai alapja az érfal repedékenységének, azt nem tudjuk. Ez irányú szövettani vizsgálatok még nem végeztek. *Massei* és *Avellis* physicalis és anatómiai okokkal magyarázza az erek tágulásának és repedékenységének létrejöttét a légcső felső részén. Némely esetben a szervezet különböző részeiben varicositas volt kimutatható (haemorrhoidalis csomók, gyűjtőértágulat a lábszáron stb.) s a trachealis venectasiákat ezen varicositásra való hajlam részjelenségének vették. Más esetekben — a mieinkben is — ily varicositások hajlam nem volt kimutatható. Egyéb magyarázat hiányában a megfelelő venaplexus helyi megbetegedését kell felvennünk individualis, esetleg talán hereditaer dispositio alapján. Némely esetben a vérzés alkalmi kiváltó oka gyanánt a megerőltető testi munka, a hasprés erős működtetése, a cohabitatio szerepel, egy esetben a légcsővérzést a menstruatiót helyettesítő vikariáló vérzés gyanánt fogták fel. Másokon ily alkalmi kiváltó ok nélkül teljes nyugalomban, reggel, ágybanfekve jelentkezik a vércöpés. A vérzés minden körbá beállhat, de fiatal egyéneken és középkorúakon — úgy látszik — gyakoribb mint öregeken, férfin gyakoribb mint nőn.

A betegség tünete a vérzés. A beteg a vért könnyű, nem erőltetett köhögéssel üríti ki, csak akkor köhög, a mikor vért köp. A vér mennyisége különböző, rendszerint meglehetősen sok, több evőkanálnyi — félliternyi. Színe világosabb vagy sötétebb vörös, nyálkával nem, vagy csak kevésse kevert, nem habos. Egyéb eredetű (vérkeringési zavar, arteriosclerosis, vérbetegség, heveny légcsőhurut) légcsővérzés eseteiben a vér mennyisége rendszerint csekély, csak véres csikok jelennek meg a köpetben, avagy rózsaszínű a köpet.

A mi a betegség lefolyását illeti, a légcsővérzésre való hajlam hosszú éveken át fennáll. Az egyes vércöpés-periódusok több hétre terjedhetnek, az egyes periódusok közt hosszabb-rövidebb (több heti, havi, esetleg esztendői) időköz van. A vérzés nem oly nagyfokú, hogy a vérvesztés folytán életveszélyes lenne, anaemiát azonban okozhat.

A betegség körjelzése csakis a gégetükör, néha csak a tracheoskop segítségével és csak a vérzés alkalmával történhetik biztosan, akkor, a mikor a vérző éret látjuk. Erősen tágult gyűjtőerek jelenléte esetleg valószínűvé teszi a légcsővérzés diagnózisát, de nem teszi biztossá. Esetleg ex iuvantibus — ha a tágult erek edzése után a vérzés nem ismétlődik — állapíthatjuk meg a diagnózist (*Ephraim* esete). Gyakran nem elegendő a gégetükörrel való vizsgálat — mert ezzel csak a légcső felső-elülső falát látjuk élesen —, hanem az endoszkopos vizsgálat szükséges. Hogy a vérzés helye az észleletek legtöbbszörében a légcső felső-elülső falán volt s hogy ez a hely szerepel mint a venectasiából eredő légcsővérzés praedilectió helye (*Avellis*), részben talán azzal magyarázható, hogy a haemoptoë-esetekben nagyobb részt csak gégetükri vizsgálatot végeztek, a mikor is a légcsőnek csak ez a része volt jól látható.

A kórjóslat kedvező. Mint már említettük, a vérvesztés sohasem oly nagyfokú, hogy életveszélyessé válhatna. Néhány kezeléssel a vérzés véglegesen vagy legalább is hosszabb időre megszüntethető. Az esetleg ismétlődő vérzést ugyancsak hamarosan elállíthatjuk.

A légcsővérzés gyógyításában az a cél vezet, hogy a beteg, vérzékeny ereket tartalmazó nyálkahártyát — éppúgy, mint orrvérzés esetén a porcós orrsővény nyálkahártyájának megfelelő részét — elroncsoljuk. Az edzést chromsavval vagy trichloroecetsavval végezzük, de épp így végezhetjük galvanokauterrel is. A vérző helyet tracheoskoppal beállítjuk, cocain-adrenalin érzéstelenítés és vértelenítés után edzzük. A trachea felső részén levő értágulatokat gégetükör vezetése mellett is

kezelhetjük ugyan, de ez kevésbé ajánlatos. Ha a beteg nem viselkedik nyugodtan, esetleg a gége vagy a légcső egyéb részét is roncsolhatjuk. Itt említjük meg, hogy *M. Schmidt* tankönyvében légcsővérzés eseteiben adrenalin avagy 5%-os liquor ferrum sesquichlor. inhalatióját ajánlja, *Ephraim* betegén a varicosus helyett 10%-os argent. nitric.-oldattal esztelte — sikertelenül. Venectasiás légcsővérzés esetén leg-helyesebb — meddő kísérletezések mellőzésével — mindjárt a trichloreccetsavas avagy chromsavas edzéshez folyamodni.

Azt hiszem, hogy a légcsővérzés imént vázolt alakját — a tágult gyűjtőerek okozta légcsővérzést — a *légcső külön-dlő betegségének* tekinthetjük. „Habitualis légcsővérzésről” bizonyos tekintetben épp oly joggal beszélhetünk ez esetekben, mint a „habitualis orrvérzés”-ről.

A mi a légcsővérzés előfordulásának *gyakoriságát* illeti, az irodalmi adatok alapján azt kellene hinnünk, hogy az szerfölött ritka. *Heymann* laryngologiai kézikönyve a légcsőnek ilyenmő — tágult gyűjtőérből eredő — vérzéséről nem tesz említést, és nincs szó e vézésekről a laryngologiai tankönyvekben sem. *Chiari* 1909-ben a légutak vézéseiről tartott előadásában említi, hogy légcsővérzést csupán a trachea daganatai és a tracheába áttörő aneurysma eseteiben látott. Mégis bizonyosnak tartom, hogy a légcsővérzésnek ez a faja távolról sem oly ritka. Ezt mutatja, hogy egyes észlelők, kiknek figyelme egy esetük kapcsán az ily betegek terelődött, újabb eseteket is találtak. A klinika egy évi anyagában (1913 augusztustól 1914 júliusig; a háború alatt a klinika beteg-nyaga nem állott rendelkezésemre) a haemoptoés betegek figyelemmel kísérve, két légcsővérző-beteget találtam. Azokat az eseteket, a melyekben a légcsőnyálkahártya tágult vénáinak jelenlétéből légcsővérzésre következtethettem, de a vérző eret nem láttam, nem számítom ide.

Hogy az észlelt esetek száma oly csekély, annak oka minden valószínűség szerint a következő:

Légcsővérzést csak a vérzés alkalmával lehet biztosan diagnoskálni, akkor tudniillik, a mikor a vérző eret látjuk. Haemoptoé alkalmával azonban csak elvétve végzünk gége-légcsővizsgálatot. A beteg vérköpésével a belorvoshoz fordul, a ki a vérzést legtöbbször már eleve tüdőbeli eredetűnek tartja. Ilyenkor az orvos teljes nyugalmat rendel, az alapos tüdővizsgálatot — kopogtatást, hallgatódzást — kerüli, a gége-légcsővizsgálatot szükségtelenné, sőt, a beteg nyugalmaát tartva szem előtt, károsnak tartja. Positiv tüdőlelet esetében a vérzés pulmonalis eredetéhez rendszerint már kétség sem fér, de negatív vagy kétes lelet mellett is legtöbbször mint „initialis haemoptoé”, mint a kezdődő tüdőmegbetegedés tünete szerepel a vérzés. Az irodalomban ismertetett esetek anamnesisét tekintve, azt látjuk, hogy a beteg csak akkor került a gégeorvoshoz, a mikor egyrészt a hosszú időn át fennálló vérköpés, másrészt a negatív tüdőlelet s az általános jó állapot végül felkeltette egy esetleg más eredetű vérzés gyanúját. Az irodalomban közölt esetek valamennyiben negatív tüdőlelet szerepel. A mi eseteink e tekintetben kivételek. Első esetünk ugyan negatív tüdőlelete miatt került gégevizsgálatra, de később kiderítette a Röntgen-vizsgálat, hogy gyögyult tüdőfolyamata van. Második betegünk mindjárt a gégeklínikához fordult, a hol a légcsővérzést konstatáltuk, ezenkívül jobboldali tüdőtuberculosis is volt a betegnek. Figyelembe kell vennünk továbbá, hogy a gégetükörrel való vizsgálat gyakran nem is elegendő a légcsővérzés felismeréséhez, hanem a direct, endoszkopos vizsgálatához kell folyamodnunk. Ez utóbbi vizsgálatot pedig haemoptoé alkalmával alig végezték. A legtöbb orvos haemoptoé alatt az endoszkopos vizsgálatot feltétlenül ellenjavaltnak tartja. Pedig a diagnosis szempontjából igen fontos, hogy szükség esetén ilyenkor az endoszkopos vizsgálathoz forduljunk. A gyakorlott kéz által végzett ily vizsgálat elvégezhető a nélkül, hogy a beteg erősebben köhögne, avagy öklendezne. A vizsgálat maga nem idézi elő és nem fokozza a vérköpést. Semmi okunk tehát, hogy — megfelelő esetben — haemoptoé alatt az endoszkopos vizsgálatot ellenjavaltnak tartsuk.

Rendkívül nagyjelentőségű a betegre, hogy a haemo-

ptoének esetleges légcsőbeli eredetét kimutassuk. Mig a jüdő-
vérzéses beteget hosszas, évekig tartó hygienés-diaetás élet-
móddal, klimás gyógyhelyeken való tartózkodással stb. ke-
zeljük s gyakran életbevágó fontos elhatározások elé állítjuk,
esetleg pályájának, foglalkozásának megváltoztatására bírjuk,
addig a légcsővérzőbeteget — életviszonyainak megváltoz-
tatása nélkül — rövid idő alatt, néhány nap alatt meggyó-
gyítjuk. Mindenesetre szükséges, hogy a haemoptoé kétes
aetiologiájú eseteiben légcsővérzésre is gondoljunk s a vizs-
gálatot ez irányba is kiterjesszük.

Irodalom. *Avellis*: Ueber eine Art trachealer Haemoptoë. Mün-
chener med. Wochenschr., 1901, 34. sz., 1351. oldal. — *Avellis*: Lehr-
reiche Beispiele von Fehldiagnosen etc. Monatschr. f. Ohrenheilk. u.
Laryngo-Rhinologie, 1911, 7. sz., 825. oldal. — *Brünnings*: Bericht über
die Anwendung der Tracheo-Bronchoskopie etc. Zeitschr. f. Ohren-
heilkunde u. f. die Krankh. der Luftwege, 1911, 62. kötet, 188. oldal.
— *Chiari*: Über Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme
der Nase. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salz-
burg, 20. September 1909. Monatschr. f. Ohrenheilkunde etc., 1909,
721. oldal. — *Ephraim*: Beiträge zur klinischen Bedeutung der Endo-
skopie der unteren Luftwege. Med. Klinik, 1911, 18. sz., 692. oldal. —
Massei: Sul cronico catarro tracheale emorragico. Arch. Ital. di larin-
gol. Oct. 1918. Ref. Centralbl. f. Laryngol., 1900, 197. oldal. — *G.*
Pisenti: Intorno e due casi di catarro tracheale emorragico. Arch.
Ital. di Laringol. Juli 1899. Ref. Centralbl. f. Laryngol., 1900, 197. oldal.
— *M. de Rosa*: Tracheite catarrale emorragica. Arch. Ital. di Laringo-
logia, Febr. 1903. Ref. Centr. f. Laryng., 1903, 592. oldal. — *M. Schmidt*:
Die Krankheiten der oberen Luftwege, 1903, III. kiadás, 843—849. oldal.

Adatok a kankós vesemedenczelob kórtanához és kezeléséhez.

Irta: *Pfeiffer Ernő dr.*, műtőorvos-urologus.

(Vége.)

A mi már most a neosalvarsan-injectiókkal elért eredményeinket illeti, az alábbi táblázat részletes áttekintést ad.

Összesen 31 esetünkben a neosalvarsant 26 esetben jó sikerrel alkalmaztuk. Egy esetben csak javulást értünk el és négy esetben teljesen cserben hagyott. Ez utóbbiak közül két esetben a gonococcus bakteriologiailag ki volt mutatható, egy esetben nem végezhetünk pontos vesevizsgálatot, de a hólyagvizetben a gonococcus ki volt mutatható. A negyedik esetben colibacillus volt jelen, a mely mikroorganizmusnak a neosalvarsannal szemben refractaer volta már *Gross*-nak is feltűnt. A csak javulást mutató beteg vizeletében különféle bacteriumok voltak. Másrészt gyögyult eseteink közül öt esetben volt a vesevizeletben gonococcus és a nem cystoskopozott betegekben is bizonyára találtunk volna néhányszor. Láthatjuk, hogy a kórokozó bacteriumokból nem igen lehet következtetni az injectiók hatására. Meg kell jegyezmem, hogy ezen statisztika az utóbbi időben bővült, még pedig valamivel rosszabb eredménnyel, a mennyiben a budapesti Szapáry-kórházban lévő urológiai osztályomon kezelt 15 pyelitises beteg közül csak 8 gyögyult. Pontos bakteriologiai vizsgálatot a helyi viszonyok miatt ez esetekben nem végezhetünk.

A neosalvarsant mindig intravenásan adtuk 2—3 napi időközben. Kezdetben *Gross* mintájára 0.15 gr.-ot, később azonban makacsabb esetekben 2—3 × 0.30 gr.-ot, úgy tetszett, talán jobb hatással s legutóbb már erre az adagolásra térünk át végleg. Kellemetlen melléktüneteket sem a fehérje jelenléte, sem — egyik esetünkben — a láz miatt nem tapasztaltunk, sőt, a mi legjobban meglepett, a fehérje eltűnése a vizeletből az injectióknak rendszeren közvetlen hatása. Lázás betegünkön az első injectióra megszűnt a láz.

Nyolcz esetünkben a rendszeren öt injectió series után sem látunk megfelelő javulást. Ezeknél rövidebb-hosszabb pauza után új sorozatot kezdünk, többnyire 0.30 gr.-os injectiókat háromszor. Ezek közül az újabb injectiókra öt meggyögyult és három nem reagált. A neosalvarsan hatása egyáltalában nem következik be mindig rögtönösen, gyakran csak 1—2 hét mulva látunk változást. Máskor azonban szinte csodaszzerűen áll be a javulás, hasonlóan a salvarsan hatásához a lues therapiájában. A terminalis haematuria fél nap alatt megszűnik, hónapok óta tartó pyuria egy injectióra

Sorszám	Bacterium	Injectiók száma	Gyógyult + nem gyógyult -	Sorszám	Bacterium	Injectiók száma	Gyógyult + nem gyógyult -
I.	Diplobacillus	6	+	XVII.	Gonococcus	5	-
II.	Hólyagvizelet: gonococcus +	4	+	XVIII.	Különféle bacterium	5	+
III.	Jobboldalt: normalis - Baloldalt: különféle bacterium	6	+	XIX.	Streptobacillus	5	+
IV.	Gonococcus +	5	+	XX.	Urosepsis	1	+
V.	Baloldalt: - Jobboldalt: bacterium gonococcus	8	-	XXI.	Baloldalt: colibacillus Jobboldalt: -	8	-
VI.	Jobboldalt: gonococcus Baloldalt: különféle bacterium	8	+	XXII.	Hólyagvizelet: gonococcus	6	+
VII.	Hólyagvizelet: gonococcus	5	+	XXIII.	Jobboldalt: streptobacillus Baloldalt: -	4	+
VIII.	Különféle bacterium	5	javult	XXIV.	Streptobacillus	2	+
IX.	Jobboldalt: különféle bacterium Baloldalt: normalis	9	+	XXV.	Baloldalt: Grampositiv diplococcus Jobboldalt: diplobacillus	5	+
X.	Hólyagvizelet: gonococcus	4	+	XXVI.		3 (0.3)	+
XI.	Gonococcus	5	+	XXVII.	Gonococcus	3 (0.3)	+
XII.	Hólyagvizelet: gonococcus	9	+	XXVIII.	Jobboldalt: normalis Baloldalt: gonococcus	3 (0.3)	+
XIII.	Hólyagvizelet: gonococcus	9	-	XXIX.	Staphylococcus	3 (0.3)	+
XIV.	Jobboldalt: - Baloldalt: pseudodiphtheriabacillus	5	+	XXX.	Baloldalt: - Jobboldalt: diplobacillus-coccus	3 (0.3)	+
XV.	Hólyagvizelet: gonococcus	9	+	XXXI.	Kathetercystitis	2	+
XVI.	Diplobacillus Gram-positiv diplococcus	4	+				

meggyógyul. Különösen meglepő a hatás a kathetercystitisnél, ez egy injectióra teljesen megszűnhetik (XX., XXI. sz. kórtörténet). Valószínűleg itt is már ascendált infectióval állunk szemben. Bár nem próbálhattuk ki, csak egy esetben, de minden súlyos húgysepsisnél feltétlenül indikálnak tartjuk az adagolását. Másrészt azonban, bár ritkábban, néha minden látható ok nélkül elmarad az injectiók hatása. A hatás tekintetében, mint már említettük, Gross tanár a formaldehydet tartja a főtényezőnek, hisz az alt-salvarsán szinte hatástalannak bizonyult; a hexamethylentetramin-injectiókkal szemben összehasonlíthatatlanul jobb eredményt a kedvező kémiai strukturának tulajdonítja. Bizonyos azonban, hogy a szervezet roborálása is igen fontos tényező, mely a formaldehyd hatásának kedvezőbb talajt teremt. Hogy az eredmények nem az ureterkatheterizálás alkalmával a residuum lecsapolásának tulajdoníthatók, bizonyítja azok az esetek, a melyekben előzetes vesetükörzés nélkül értünk el gyógyulást; de még világosabban bizonyítja pl. 27. kórtörténetem, hol előzetes vesemedenczemosás után, mely eredménytelen maradt, alkalmaztuk a neosalvarsant.

Tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A kankós hólyaghurut nemcsak a kezdeti stadiumban, de később is főleg a trigonumra szorítkozik. A hólyag kapacitása, függetlenül a vizelés-ingertől, alig vagy egyáltalában nem változik.

2. A kankós megbetegedés folyamán a vesemedenczék fertőzése sokkal gyakoribb, mint eddig gondolták.

3. Minden makacs hólyaghurutnál gondolnunk kell a vesemedenczék valószínű részvételére; a diagnoszt csak az ureterkatheterizálás döntheti el.

4. A pyelitis folyamán a fehérje mennyisége a vizeletben tágabb határok között mozoghat, mint eddig felvettük s így differentialdiagnostikai fontossága a pyelonephritissel szemben csak korlátozott. Hasonlóan a vesemedencze kisebb méretű tágulása sem szól pyelitis ellen. A pyelonephritis diagnoszt csak a jellemző vesealakelemek s a secretorius vizsgálatok stb. dönthetik el.

5. A neosalvarsán a kankós pyelitis legtöbb esetében kitűnő szernek bizonyul, bár néha cserben hagy. Alkalmazása, tekintve az eljárás egyszerűségét s relative veszélytelen voltát, minden esetben, hol pyelitis gyanuja forog fenn; a leghatározottabban ajánlható. Fehérje jelenléte a vese jól megtartott secretorius működése mellett nem ellenjavallja az eljárást.

* * *

Hálás köszönetemet kell hogy kifejezzem Freund Gyula dr. assistens úrnak, ki laboratoriumi vizsgálataival munkámban a leghatározottabban támogatott.

A scabies kezelése mézsvízzel.

Irta: *Garai Ferencz dr.*

Még a világháború elején felhívta figyelmemet *Vámosy Zoltán* tanár arra, hogy a scabiést jól lehetne kezelni mézsvízzel. De akkor még elegendő rühellenes gyógyszerrel rendelkezünk s így nem próbálkoztam másfajta kezeléssel. Később azonban, különösen a front mögött, már nem rendelkezünk elegendő rühellenes gyógyszerrel a nagyszámmal jelentkező esetek számára. Továbbá a nagy fehérmű- és szappanhiány is erősen megnehezítette a scabies kezelését az erősen piszkító unguentum sulfuratum Wilkinson-nal. Ezért próbálkoztam a mézsvízzel való kezeléssel. Az eredmények meglepő jók voltak. Ugyanis eddig körülbelül 150 esetben a scabiést nemcsak recidivamentesen, hanem sok esetben gyorsabban is sikerült meggyógyítanom, mint az eddig igen jól bevált Wilkinson-kenőccsel.

Az eljárás a következő: A rühes beteg naponta 2—3-szor lemossa magát különösen a viszkető helyeken közönséges mézsvízzel. Nem dörzsöli a bőrbe, nehogy dermatitist okozzon. Lemosás után bevárja, míg a szer beszárad. Ezen kezelést addig folytatja, míg a viszketés megszűnik. Azután megfürdik a beteg s tiszta fehérműt s ágyneműt vesz.

A scabies eme eljárásra rendszerint 2—3 nap alatt megszűnik; néha elegendő egy nap, máskor 6—7 nap is kell. E kezelés mellett még ritkábban fordul elő dermatitis, mint a Wilkinson-kenőccsel való kezelés mellett, s ha mégis előfordul, néhány bőrvaselines bekenés megszünteti.

A mézsvízzel való kezelés tehát olcsóbb, gyorsabb s tisztább, mint a többi használatban levő eljárás.

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Belorvostan.

A hypophysis szerepéről a Basedow-kórban ír *Hofstätter*. Kísérletes vizsgálatainak eredménye a következőkben foglalható össze: A Basedow-kór bizonyos tünetei egyszerűben magyarázhatók a hypophysis bántalmazottságával, mint a pajzsmirigy hyperaktivitásával. E tünetek közé tartozik a hőmérsék viselkedése, a polyuria, a polydipsia, bizonyos trophiás zavarok, a zsírelosztódás, az álmatlanság és a fokozott hosszúnövekedés. A fokozott adrenalinhatásra visszavezetett tünetek is magyarázhatók a hypophysishatással. A hypophysistherapia eredményei a hypophysis functioesökkenésé mellett szólnak Basedow-kór esetén. A főszerep azonban mégsem a hypophysisé, minthogy az általa előidézett tünetek nem cardinalis symptomái a Basedow-kórnak. Állatkísérletek támaszpontot nyújtanak arra a felvételre, hogy a hypophysinhatás egy része ez anyagnak mellékvese-hyperplasiát okozó tulajdonságára vezethető vissza. A hypophysis-eltávolítás Basedow-kórban nem az oka, de a következménye a betegségnek. A hypophysistherapia nem veheti fel a versenyt a dysfunctiót végző pajzsmirigy kiirtásával elérhető eredményekkel, de kezdődő esetekben, avagy műtéti contraindicatio esetén s végül bizonyos tüneteknek a műtét után megmaradásakor egyéb eljárások mellett a hypophysistherapia is javalt. A szerző 15 esetben alkalmazta a hypophysint kizárólag nőkön s a sympaticotoniás tünetek enyhülését észlelte. Ellenjavallata e therapiának a terhesség, arteriosclerosis, zsugorvása. (Arb. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir., 1918, 31. köt.)

Weber dr.

Sebészet.

A pajzsmirigy-műtét utáni tetania gyógyításáról számol be *E. Borchert*. Feltűnő, hogy a pajzsmirigy-műtétek után fejlődő tetaniáknak epithel-testecskékkel való gyógyítását mindössze csak 12 esetben végezték. Az állatokon végzett egyes vizsgálatok az átültetett mellékpajzsmirigyek sorsát illetőleg mindenestre pessimistikus megítélésre adtak okot, a mennyiben szövettanilag megállapították, hogy először a

transplantatum széle maradt csak meg, centralisan nekrosissá vált, az elhalt részek helyén kifejlődött kötőszövet végül a megmaradt epithelialis részeket teljesen tönkretette. Mások vizsgálatai szerint a transplantált epitheltestecskék még évek mulva is anatomicus épségben megtartottak voltak és jól működtek. A szerző 30 éves egészséges asszonyon észlelt súlyos tetaniát közvetlenül trauma, műtét után. Mindkét karban, a kezekben és ujjakban, később az alsó végtagokra is kiterjedő görcsös merevség állott be, majd légzés-zavarok mutatkoztak. A pajzsmirigykészítményekkel végzett gyógykezelés mitsem használt, mire 5 hónappal a műtét után egészséges férfit betegtől közvetlenül strumektomia után vett epitheltestecskét varrt be a szerző a beteg bal lágyéktájának izomzatába. Közvetlenül e beavatkozás után még egyszer igen súlyos roham jelentkezett, később azonban a görcsök teljesen elmaradtak. A szerző ez operált esetéből is arra következtet, hogy az epitheltestecskék homoioplastikai transplantációjának gyógyító hatásához kétség nem fér. Azonban csak az emberről-emberre átvitt epitheltestecskékkel lehet jó eredményt elérni, a heteroplastikai eljárások teljesen céltalanok. A frissen vett epitheltestecskék transplantációjának veszedelme abban rejlik, hogy gyakran egyetlen epitheltest van csak jelen. Különösen szülőkön fontos, hogy az epitheltestecskéket megkíméljük, mert ezek működésének már kis fokban való csökkenése tetaniát okozhat. Legbiztosabban úgy kímélhetjük meg az epitheltestecskéket, ha a pajzsmirigy alsó arteriáit jó távol a törzstől kötjük le és a hátulsi tokból minél többet hagyunk meg. (Zentralblatt für Chirurgie, 1919, 3. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

A szülés közben keletkező vállizületi sérülésekről értekezik *Ashhurst*. A gyermekeken észlelhető vállizületi sérüléseknek csak jelentéktelen része keletkezik az idegkötegek sérüléséből, legtöbbször magának a vállizületnek a sérülése, ami izomcontracturákkal és a humerus fejének luxatiójával jár együtt. Vállizületi sérüléseket a fejecs dislocatiója nélkül az izület nyugalomba helyezésével, massage-zsal és villamossággal kell kezelnünk. 4 éven aluli gyermekeken a dislocatiót műtét nélkül, 4 évnél idősebbeken csak műtéttel gyógyíthatjuk. A műtéti beavatkozás abból áll, hogy 3—4 cm. hosszú metszést vezetünk az acromion felett, hogy az acromioclavicularis izületet szabaddá tegyük. A periosteum leemelése után az acromiont átvesszük és a m. subscapularis inát átvágjuk. Ezután a fej visszahelyezése könnyen sikerül. Hogy a fej szilárdabban üljön helyén, a m. infra- és supraspinatusok inát meg kell rövidítenünk. Ezután az acromion visszahelyeztetik, az átvágott inak összevarratnak, bőrvarrat, gipszkötés, amely 6 hét mulva megújítatik. Izomcontracturák operative hosszabbíthatnak meg. (Zentrbl. f. Chir., 1919, 5. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

Az acut lymphadenitis kezeléséről a gyermekkorban ír *Ochsenius Kurt*. *Bier* kutatásaira hivatkozva, kiemeli az elsődleges értágulás okozta vérbőség ártalomgátló és fájdalomcsillapító hatását gyuladásokban, ezért indokoltnak és logikusnak csak azt a therapiát tekinti, a mely a hyperaemiát fokozza. Minthogy a megfigyelések azt mutatják, hogy a bőr felületén hyperaemiát okozó ingerek, amilyenek a derivansok és meleg borogatások, reflexhatás folytán a mélyben is vérbőséget létesítenek, acut lymphadenitis eseteiben az alkalmazásuk indokolt; a gyuladást gátló hideg alkalmazása csak akkor engedhető meg, ha a gyuladás rohamos terjedése veszélyt jelent. Logikátlan és minden esetben indokolatlan azonban a derivansoknak és a hidegnek egyidejű alkalmazása. Meleg alkalmazása mellett tapasztalatai szerint az elgyenyedés is ritkább, mint hidegség használata mellett. Elgyenyedés esetén ne incindáljunk azonnal, hanem várjuk meg, míg a meleg hatása folytán a gyengőcs élesen körülírt lesz. Kozmetikai okokból azonban a spontán áttörést sem szabad bevárni. Az incisio helye és nagysága tekintetében szintén a kozmetikai szempontok az irányadók. Tapasztalatai szerint $\frac{1}{2}$ —1 cm.-nyi nyílás, különösen, ha *Bier*-féle szívást alkal-

mazunk, bőven elég. A seb tamponálása nemcsak nélkülözhető az esetek egy részében, hanem a gyógyulás tartamát a tamponálás mellőzése meg is rövidíti. Amennyiben azonban tamponálunk, csak egyszer, legfeljebb kétszer ismételjük. A seb gyógyulása után esetleg visszamaradt beszűrődés meleg borogatásokra igen hamar felszívódik.

Helyteleníti *Wilms* ajánlatát: az állszöglet mögött vezetett ivalaku-kiadós metszést a gyermekkori acut lymphadenitis-esetekben. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 13. szám.)

A diphtheria elleni védekezésről az augsburgi iskolákban referál *Bachauer* iskolaorvos. Minden esetről nyilvántartó lapot vezet, mely tartalmazza a megbetegedett tanuló nevét, korát, iskoláját, osztályát, a lefolyt folyamatot (diphtheria vagy torokgyulladás), rovatokat a bakteriologiai vizsgálat eredményeinek feljegyzésére, a csiramentesség elérésének idejét s a fertőtlenítést. Hetenként kétszer ellenőrzésre és vizsgálati anyag vételére rendeli be külön rendelésre a megbetegedett gyermekeket s mindaddig folytatja a culturalis vizsgálatot, míg az eredménye negatív lesz. A szerző előterjesztésére a városi tanács kiadta a rendeletet, hogy diphtheriában szenvedett gyermek csak akkor látogathatja az iskolát, ha a bakteriologiai vizsgálat két ízben negatív volt, testvérei pedig csak akkor, ha a bakteriologiai vizsgálat egy ízben volt negatív. A nyilvántartó lapok útján kinyomozza az ellenőrzés alól magukat kivonni akaró szülőket. A vizsgálatokat kiterjeszti a bacteriumhordozókra is s azokat is kitélti az iskolából, de az ingyenes utántanításukról egyben gondoskodik is. A szerző 5 éven át folytatott munkájáról számol be (1912—1918) s kimutatja, hogy ez idő leforgása alatt, dacára az 1913. évi nagy járványnak, sikerült 1.90/100-re leszorítani a diphtheria-esetek számát Augsburgban, míg a környéken 3.10/100 volt a megbetegedés. A sikeres védekezés feltételeiként a szigorú egészségügyi intézkedéseket és a serumtherapiának legszélesebb rétegekben való alkalmazását állítja fel. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1919, 12. sz.) *Steigenberger Dezső* dr.

Venereás betegségek.

Az ezüstsalvarsanról, valamint az emberi és házi-nyúl-syphilisnek biológiájáról nyilatkozik *E. Delbanco* (Hamburg). A szerző tapasztalása az ezüstsalvarsant illetőleg 120 esetre s mintegy 550 injectióra vonatkozik. A legtöbb ezüstsalvarsan-injectiót ambulánsan alkalmazta s soha nagyobb, kellemetlen mellékhatást nem észlelt. Syphilises primaer affectiók eseteiben ugyan csaknem mindig láz áll be, de ez csak több órával az injectio után következik be, amikor a beteg már otthon van. Fehérje a vizeletben, valamint súlyosabb szívelváltozások ellenjavallják az új szert. A szerző vizsgálatai azt bizonyítják, hogy az ezüstsalvarsannak egyszeri 0.2 gr. adaga már az első 24 óra után eltünteti a primaer affectiókat és a mikroskoppal kimutatott spirochaetákat. *Fritz Lesser* szerint syphilises primaer affectio ellenében — ha a Wassermann-reactio még negatív — elegendő a teljes gyógyuláshoz egy héten belül alkalmazott három 0.2 gr.-os ezüstsalvarsan-injectio. Az eddigi tapasztalás szerint a Wassermann-reactio egyéb kezelés híján továbbra is negatív marad. *Delbanco* több esetben ugyanezt tapasztalta, de azért nem meri a betegeket a további kezeléstől visszatartani s egy-egy kúrához 1.4 gr. ezüstsalvarsant ajánl. *Delbanco Kolle*-nek azon felvétele alapján, hogy a kéneső erős protoplasmamérég s hogy ezáltal a megtámadott sejtek megszűnnek a spirochaetáknak jó táptalaja lenni, azt gondolja, hogy a vese sejteje is károsodnak s így *Wechselmann* álláspontja a helyes, mely szerint a salvarsankezelést nem szabad kénesővel kombinálni. A szerző fejtegetései folyamán áttér a házi-nyúl-syphilis egyes érdekes adataira is. A vizsgálatok azt bizonyítják, hogy a házi-nyúl syphilises primaer affectiójában bizonyos kemény oedema fejlődik ki, melynek tömegével arányos a spirochaeták száma. A spirochaeták igazi táptalaja a nyirok s a syphilis lényegileg a nyirokerek infectiója. *Uhlenhuth* és *Mulzer* vizsgálatai kiderítették, hogy a syphilises egyének vére, házi-nyúlba oltva, a primaer affectiónak már azon szakában is vezet spirochaetákat tartalmazó

heresyphilomára, amikor a kifejezett bubo és a positiv Wassermann-reactio még hiányzik. A syphilisesek vére tehát már az első hetekben fertőzőképes. A negativ Wassermann-reactio *Delbanco* véleménye szerint tehát nem lehet elegendő criterium arra nézve, hogy a kezelést idő előtt befejezzük, pedig *Wassermann* és *Fr. Lesser* felfogása szerint ez elegendő lenne. A syphilises betegek sorsát nem szabad egy még be nem igazolódott feltevés alapján kockára tenni. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 6. sz.) *Guszman* dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 16. szám. *Seemann Dezső*: Az impetigo figurata (circinata, annularis) kórokozója. *Scipiadés Elemér*: Háborús nyomok a szülészetben és nőgyógyászatban.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 17. szám. *Szendy József*: Az asszony kankós folyásának gyógyításáról. *Totis Béla*: Osteochondritis syphilitica érdekes esete.

Vegyes hírek.

Szily Adolf dr., a budapesti egyetemen a szemészet címz. rendk. tanára, korára való tekintettel a venia legendi-ról lemondott.

A Budapesti Gyakorló Orvosok Segélyező Egyesülete április 22.-én tartotta XXX. évi közgyűlését *Mohr Mihály* elnöklété alatt. *Pfeifer Gyula* tükári jelentése után *Patai Samu* pénztári jelentéséből kiderül, hogy az egyesület vagyona 132.860 K., az ez évben kiosztott segély 6800 K. Az egyesület fennállása óta 14.800 K.-t osztott ki. Az évi tagdíj 30 K. A napi táppénz 8 K. Betegbejelentések *Mohr Mihály* elnökhöz (IV., Károly-körút 24) intézendők.

Az orvosok reklámhirdetési tárgyában a munkügyi és népjóléti népbiztoság a következő rendeletet bocsátotta ki: A hirlapokban még most is fizetett közlemények jelennek meg, amelyekben orvosok a közönség figyelmét magukra felhívni igyekeznek. Ez az eljárás a foglalkozás komolyságával és az orvosi etikával ellenkező tisztességtelen verseny, mely a közönség félrevezetésére is alkalmas. A közegészségügyi szolgálat komolysága és tisztasága érdekében megtiltom tehát, hogy orvosok vagy orvosi műveletekre jogosítottak saját működésükre vonatkozó reklámszerű közleményeket akár hirlap útján, akár más feltűnő módon közzétegyenek. Ez a tilalom a letelepedés első bejelentésére és az esetleges lakásváltoztatás közzétételére nem vonatkozik. Nem esik a jelen rendelet alá semmi olyan közlemény sem, mely az orvosi gyakorlatra vonatkozó szakszerű ismertetést tartalmaz. A ki a jelen rendelet ellen vét, forradalmi törvényszék elé kerül.

Személyi hírek külföldről. A zürichi egyetem anatómiai tan-zékére *W. Felix* ottani rendk. tanárt nevezték ki. — Heidelbergben *S. Bettmann* (börkörtan), *E. Moro* (gyermekorvostan), *W. Kümmel* (fülészeti), *J. Hoffmann* (idegkörtan) és *H. Bäyer* (orthopaedia) rendk. tanárokat rendes tanárrá léptették elő. — *O. Dragendorff* bonni magántanár az anatómia rendk. tanára lett Greifswaldban. — *R. Wollenberg*, a volt strassburgi egyetem elmekörtan-tanára, a marburgi egyetem hasonló tanszékét foglalja el. — A freiburgi egyetem következő rendk. tanárai: *O. Kahler* (gégészeti), *K. Noeggerath* (gyermekorvostan), *Fr. Knosp* (életvegytan), *G. Rost* (börkörtan), *G. Meyer* (physicochemia) rendes tanárok lettek.

Meghalt. *Sir William Crookes*, a kiváló angol physikus és chemikus, a thallium felfedezője, 86 éves korában.

Lapunk mai számához *Urban & Schwarzenberg* orvosi könyvkereskedő cég (Berlin és Wien) prospektusa van mellékelve.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbaafaiba. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta ötszöri étkezés; tejkúra. Kellemes kirándulások, gyönyörű sétányok, legnagyobb nyugalom; nap-és légfürdők. Mérsékelt díjak. Az Otthon orvosa: *Dr. Hoffmann László*, kórházi főorvos. Az odautazás nehézségekkel nem jár, a megszállás nem érezhető; bővebb felvilágosítás és prospektus kapható: „Petőfi” Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos börgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forro légkiszűrőlékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hübensonne. Quarzlámpa.

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

Dr. Reich-féle Budapesti modlo-mechanikai —intézet. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca parkán. Vezető orvosok: *Dr. Melha Armand* Dr. *Hilf Paula* és *Dr. Mandler Otto*.

Dr. Székely-dr. Szilas

diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel. József 129-27. Dajka-vizsgálai.

Dr. Pápay-féle

oltóanyag- és szorom-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz. Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20-19.

Dr. Forbát

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (III. rendes tudományos ülés 1919 március 8.-án.)

Budapesti Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1919 márczius 8.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

Parotiskő.

Ralóczky Imre: Vázolja, miért nem foglalkozhatott a röntgenológus a háború tömegmunkájában a talált ritka megbetegedésekkel oly behatóan mint szeretett volna. Miért nincsenek lemezképei a különösebb gyomormegbetegedésekről sem (pl.: penetráló ulcus a curvatura majoron, melynek kiürítését és telítését jól demonstrálhatta a kartársaknak). Miért kellett ritkább mellkasi elváltozásoknál és sérüléseknél az átsugárzással megelégedni (pl. hernia diaphragmatica, szabadon mozgó srappnellgolyó a bal szívkamrában stb. stb.)

Két ritkább megbetegedésről szól s lemezképeket demonstrál. Egy 28 éves katonát a laibachi fogászati rendelésről küldtek nozzá, a jobb felső állkapcszon lévő galambtojásnyi daganat megvizsgálása végett. Felemlíti, miért nem készítette a kedvezőbbnek látszó intraoralis filmfölvételt. A jobb felső állkapocsról készített lemezkép a dagadt lágyrészekben 25-nél több lencsényi és kisebb concrementumot mutat; a kérdéses helyen a csonton atrophia látszik. A parotistájón kifejlődött genyedés átterjedt a felső állcsontra. A concrementumok parotiskövek. Kifejti, miért nem lehetnek mások.

Megemlíti, hogy közölve parotiskövet a Röntgen-irodalomban nem talált, csak submaxillaris, illetve sublingualis kövedések vannak közölve. Említi, hogy ha filmet készített volna a kérdéses tájról, a concrementumok elkerülték volna figyelmét.

Id. Liebermann Leó: Nagyon régen vizsgált egy parotisból származó concrementumot, mely szénsavas mészből és magnesiából állott és valószínűleg mucinnal volt összetapasztva. Valószínűleg ugyanilyen eredetű és összetételű a fogkő is.

Barla-Szabó József: A bemutatott parotis-concrementumképződés kapcsán szól a nyálmirigy-kövek nagy jelentőségéről. Az utóbbi két év alatt négy beteg került Bethesda-kórházi osztályára hasonló megbetegedés miatt, súlyos körképpel. Az acut septikus phlegmone megnyitásokor derült ki, hogy mindegyik esetben sialadenitis phlegmonosa volt a megbetegedés. Esetei közül a legsúlyosabbat a III. sz. sebészeti klinikáról helyhiánya miatt kapta azonnali műtét céljára phlegmone baseos linguae diagnossal. Előzetes punctiót végzett a plica sublingualis mellett s a mélyből véres-genyes váladékot kapott. A szájüreg felől ugyanitt végzett incisióra bőségesen ürült ki a véres geny, magával lökve egy cseresznyemag nagyságú nyálkövecskét a glandula sublingualisból. Incisio után rohamosan mult el az előzetesen fenyegető kórkép minden tünete: a helyi erős infiltratio, a nyakra leterjedő phlegmone s az általános légzési nehézségek, elesettség, filiformis pulsus. Többi esete submaxillaris mirigykő volt súlyos phlegmoneval, kevésbé ijesztő kórkép mellett.

Az előbbi sublingualis kő esetével egy időben jelent meg Küm-mel osztályáról *Roedelius* dolgozata a nyálkövek kimutatásáról. 8 esetéből 6 submaxillaris, 1 sublingualis és 1 parotiskő volt. A hol az anamnesisben az időnként jelentkező mirigyfájó rohamoszerű fájdalmak és a mirigy időnkénti megduzzadása kimutatható volt, mindig Röntgen-felvételeket csináltak. A Röntgen a submaxillaris és sublingualis követ mindig kimutatta, de a parotiskövet nem. Ez utóbbi jelenlétét a sebészi beavatkozás igazolta.

Tekintettel arra, hogy a betegre nem egyforma jelentőségű vitális szempontból, vajjon a műtét reactionmentes, vagy gyuladással időszerűen történik és mivel kétségtelen, hogy gondos Röntgen-felvétel megbízható előzetes diagnossal ad, nyálköre gyanus esetben mindig idejében, gyuladássalmentes időben történjék meg a Röntgen-vizsgálat.

Paunz Márk: A nyálkő-képződésnek jól körülírt klinikai tünetei vannak: rágáskor, evés közben a nyálkövet tartalmazó mirigy meg-

duzzad és fájdalmas lesz, minthogy a kő rendszerint a ductusban fekszik és azt elzárja. Sokszor nagy fájdalmak jelentkeznek a köképződéssel járó genyenedés folytán; ilyenkor a mirigy lobosan megduzzad; néha a ductus szájadékán át a geny kinyomható; a betegek szájukat néha alig bírják kinyitni és ezért a táplálkozásuk is szenved. Röntgen-képen a kövek mindenkor jól láthatók, a mint azt hozzászóló saját eseteiben is, melyek mind a glandula submaxillarisra vonatkoznak, megállapította. Két esetben a köveket a szájüregből tudta eltávolítani; másik két esetben a mirigy eltávolításával együtt kivülről.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1600/1919.

Borsodvármegye sajoszentpéteri járásában üresedésben levő bánhorvati körorvosi állásra, a székhelynek jelenleg Dédes községbe való áthelyezésével, pályázatot hirdetek.

A körhöz jelenleg a leendő Dédes székhelyen kívül Sajóivánka, Barczika, Vadna, Nagybarcza, Bánhorvát, Bántapolcsány, Bánfalva, Sajóvelezd, Mályinka, Tardona községek tartoznak.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 kor. fizetés és megfelelő ötdéves korpótlék.
2. 147364/1911. számú belügyministeri rendelettel engedélyezett 800 kor. helyipótlék.
3. 400 kor. útiátalány.
4. 400 kor. lakbér.
5. Az összes háborús segélyek és a szabályrendeletileg megállapított orvosi díjak.

Felhívom az állást elnyerni óhajtókat, hogy a szabályszerűen felszerelt kérvényeiket a sajoszentpéteri járási közigazgatási hivatalhoz folyó évi május 12.-éig annál is inkább adják be, mert később érkező kérvényeiket nem fogom figyelembe venni.

Az állás elnyeréséről értesített orvos állását tartozik azonnal elfoglalni.

Sajoszentpéter, 1919. április 12.

Maklary, járási közig. előadó.

9317/1918.

A Szakcs, Nak, Lápafo, Várong és Kocsola községekből álló, Szakcs székhellyel alakított orvosi körben a lemondás folytán megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi május hó 8.-áig annál is inkább nyújtsák be, mert az ezen határidő eltelte után beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 kor. kezdőfizetés és négyszer ismétlődő 200 koronás ötdéves korpótlék.
2. 800 korona helyipótlék.
3. A kör községeitől 304/rkgy. 394/1909 alisp. számú véghatározattal megállapított 700 korona lakásbér.
4. A körorvosok rendelési és látogatási díjairól alkotott szabályrendeletben megállapított díjak.

A választ és határnapját később fogom megállapítani.

Dombóvár, 1919. április hó 12.

A főszoigabíró.

Tanácsköztársasági díósgyőri vas- és acélgyárnál Miskolcz székhellyel rendszeresített gyárorvosi állásra pályázatot hirdetek. Ezen állással a tanácsköztársasági vasgyárak tisztviselőire érvényes, az államvasutak tisztviselőivel azonos VIII. fizetési osztály 1. fokozata szerinti évi 2900 korona kezdődő törzsfizetés, évi 200 korona fűtési átalány, 720 korona évi lakbér, ezenkívül további intézkedésig évi 2200 korona háborús segély és havi 300 korona drágasági pótlék élvezete van egybekötve. Az állás ideiglenesen töltetik be és egy évi megfelelő szolgálat után, változatlan illetményekkel, de fokozatos előléptetés kiállításával, véglegesítetik. Felhívom azon egyetemes orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy oklevélmásolattal, keresztlevelel, egészségi bizonyítvánnyal és szolgálati működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat a tanácsköztársasági díósgyőri vas- és acélgyár igazgatóságához (Díósgyőr-Vasgyár) f. évi május hó 15.-éig nyújtsák be. Később érkező, vagy kéllően nem okmányolt kérvények figyelembe nem vétetnek.

Díósgyőr-Vasgyár, 1919. április 15.-én.

Magyar tanácsköztársaság díósgyőri állami vas- és acélgyár.