

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Kelen Béla: Közlemény a budapesti m. kir. egyetemi I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bárony János dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Filteres Röntgen-felvételek. 87. lap.

Wagner Dániel: Sebgyógyítás illóolajokkal. 88. lap.

Dollinger Béla: Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Spondylitis tuberculosa (2000 eset alapján). 91. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Biedl: A hastyphus vaccinás gyógyítása. —

Aufrecht: A pneumonia chinin-kezelése. — **Sebészet. Payr:** Vérzések és utóvérzések. — **Pribram:** A fagyás megelőzése és gyógykezelése. — **Gyermekorvostan. Schloss:** A spasmophilia kezelése. — **Hügszervi betegségek. Bloch:** A gonorrhoea vaccintherapiája. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kuznitsky:** A sebek környékének beretválása. — **Krummacher:** A benzin pótlása a sebészetben. 96–98. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 98. lap.

Vegyes hírek. 98. lap.

Tudományos társulatok. 99–100. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti m. kir. egyetemi I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bárony János dr., egyet. tanár, udvari tanácsos.)

Filteres Röntgen-felvételek.

Irta: **Kelen Béla** dr., a klinikai Röntgen-laboratorium vezetője.

Ha kiszámítjuk azt a Röntgen-sugármennyiséget, a mely egy vastagabb testrészt fotografálásakor a testen áthatol és a lemezre jutva képet ad, igen meglepő eredményre jutunk.

Mióta a sugár-keményiséget *Christen* szerint „felező rétegek”-ben (Halbwertschicht) mérjük, azóta módunkban van ezeket a számításokat elvégezni. Így pl. a medencze 8–9 fok Wehnelt keménységű lámpával ad jó képet. A 8–9 fok Wehneltnek megfelel 1 cm. felező réteg. Ez alatti azt értjük, hogy a sugár a lágyrészekben való áthatolása közben minden centiméternyi úton elveszti intenzitásának a felét. Ha már most a hasnak nyílirányú átmérője 20 cm., akkor a sugár, míg rajta keresztül a lemezre jut, 20-szor feleződik, vagyis intenzitásának az $\frac{1}{1048776}$ -od része marad meg. Ez annyit jelent, hogy a 8–9 Wehnelt keménységű sugarakból kevesebb jut a lemezre, mint a beeső sugarak egy milliomod része! Ez oly csekély mennyiség, hogy ennek a lemezre semmiféle számbavehető hatása nem lehet. A gyakorlat azonban azt mutatja, hogy képet mégis kapunk. Ez csak úgy lehetséges, ha feltesszük, hogy a képet nem ezek a 8–9 Wehnelt keménységű sugarak rajzolják, hanem azok, a melyek ehhez hozzá vannak keverve, de sokkal áthatolóbbak, azaz keményebbek. Minden lámpa összetett sugárzást ad, melynek lágyabb és keményebb alkotórészei vannak. A keményebb részleteket eddig oly szennyezésnek tartottuk, a melytől nem volt módunkban megszabadulni. Eddig mindig a lágyságra törekedtünk, a fentiekből pedig ellenkezőleg az következik, hogy előnyös lenne a sugárkeverék kemény alkotórészeit meghagyni és a többi kiküszöbölni. És ez módunkban áll. A sugarak útjába helyezett fémlamezek (filterek) a sugárkeverék lágyabb részét többé-kevésbé elnyelik, míg kemény sugarak lényegesebb gyengítés nélkül haladnak át rajta. Nyilvánvaló, hogy nem kívánatos oly sugaraknak a jelenléte, a melyek a kép létre-

hozásában nem játszanak szerepet. Ezek a testben absorbeálódnak, jórészt secundaer sugarakká alakulnak, s ha keresztül-kasul járva a lemezre kerülnek, a lemezt megfátyolositják. Ez a secundaer-sugár-fátyol nagyon zavaró s főként ez az oka, hogy vastagabb testrészek képei (melyeknél sok az elnyelt sugár) nem oly brillánsak, mint pl. egy kézfelvétel. A filter közbeiktatásával tehát a képnek minőségében nyerni kell. Különös fontosságú e kérdés a szülészeti praxisban, a hol a medenczefelvételek, vagy egy foetus in utero olyan feladat elé állítanak bennünket, melyet a legjobban sikerült felvétel is csak selejtesen old meg.

A kép-minőség javításának a szüksége vezetett bennünket arra, hogy a filterek alkalmazásával technikai tökéletesebbet keressünk.

Kísérleteink elméleti feltevéseinket igazolták. Eredményeink a következők:

Vastagabb testrészek felvétele alkalmával lényegesen tisztább, részletekben dúsabb, brillánsabb képet kapunk, ha a sugarak útjába aluminium-lemezeket teszünk. Előttünk a csontgerendezet finom rajza ott is, a hol ilyet látni nem szoktunk: a csípőlapátokban, czombfejben, ágyéki csigolyatestekben. A szíven keresztül látszik a hilus-rajzolat, a lehágó aorta és mindezeket keresztül a csigolyák és bordák finom spongiosája. A csontok világosabbnak s a lágyrészek sötétebbnek látszanak. Izmok, inak, vesecontour jól differenciálódnak. A lámpa nem rajzolt élesebben, kontrasztosabban a filteren át, hanem azok a secundaer sugarak hiányoznak, a melyek a részleteket elmosás és a kontrasztokat betemetik.

Első pillanatra különös, de megfontolás után érthető, hogy a filter alkalmazása mellett az expositiós időt alig kell meghosszabbítani. A filter t. i. csak azokat a sugarakat nyeli el, a melyek a kép létrehozásában nem szerepelnek, a főbenjáró sugarakat ellenben csak lényegtelenül gyengíti.

Mivel a fentiekből az látszik, hogy a képet a keményebb sugarak adják, azt gondolhatnánk, hogy czél szerű volna a lámpa keménységét fokozni. A kísérletek azonban azt mutatták, hogy ezáltal a képminőség romlik. A kép elveszti kontrasztjait s a részletrajzok elhalványodnak. A keményebb lámpának ugyanis a képrajzoló sugaraival kelletlenül keményebbek.

Végeredményben tehát ugyanolyan keménységű lámpával ugyanannyi ideig exponálunk, mint filter nélkül. A különbség csak az, hogy a lámpafal és a diaphragma közé alumínium-filtert teszünk.

A filtervastagságnak a fotografált testrészt vastagságával arányosnak kell lenni. Vékony objectumok (kéz, fogak) jobb képet adnak filter nélkül. Váll, erősebb könyök, térd, boka 1 milliméteres alumíniumlemez követel. Mellkashoz a corpulencia szerint 1—2 mm.-es, has-, medence-, csípőfelvételhez 2—3 mm.-es filter illik.

Lényeges, hogy a felvétel finom rajzát az előhíváskor ne rontsuk el. Tudnunk kell, hogy az egész lemez a fától hiánya miatt világosabb, mint a megszokott. Ne erőszakoljuk tehát a hívást sötétre, mert előhívási fátolt kapunk, a mi a részleteket betemeti. Mi az „időmérési előhívással“ mindig jó képet kaptunk.*

Hangsúlyozni akarom végül azt is, hogy a filteres eljárás a bőrt az esetleges elégetésektől hathatósan védi. A Röntgen-mélytherápia kapcsán bebizonyult, hogy a bőr az erősen filtrált sugarakból 2—3-szoros dosist tűr el, a mi akkor, ha hosszas expositiót esetleg többször kell ismételni, szintén nem megvetendő haszon.

Sebgyógyítás illóolajokkal.

Irta: *Wagner Dániel* dr., kórházi főorvos Békéscsabán.

Tíz éve foglalkozom az illóolajok therapiás hatásával. A belső adagoláskor többek között azt tapasztaltam, hogy az illóolajok az általános leukocytosist s ennek révén a phagocytosist fokozzák s hogy a bacillarisan megbetegedett szövetrészekben activ hyperaemiát tudnak előidézni; két olyan tényező, mely a fertőzött sebek gyógyulásában is döntő fontosságú szerepet játszik. Ez a körülmény birt arra, hogy az illóolajokat a legkülönbözőbb sebekben külső alkalmazásban is kipróbáljam.

Ezen kísérletekkel egyúttal az a célom is volt, hogy a közönségesen használt méreg hatású desinficiens szereket nélkülözhetővé tegyem.

A szokásos sebfertőtlenítő szereknek ugyanis nem az a károsabb hatása, a melyet a sebfelületről történt felszívódás útján előálló általános mérgezés alakjában okozhatnak — mert hiszen ezen ártalom kellő vigyázat mellett elkerülhető —, sokkalta nagyobb hátrányuk az, hogy elpusztítják ugyan a sebbe jutott fertőző csírákat, de megsemmisítik egyúttal a sebfelület életképes sejtjeit is, köztudomású lévén, hogy a destillált víztől kezdve a használatos fertőtlenítő szerek minden dilutiója chemiai affinitásánál fogva protoplasma-mérgek. E szerint a physiologiai sebgyógyulást a teljesen ártalmatlan, méreg hatás nélkülinek tartott hydrogenhyperoxyd (perhydrol, hyperol stb.) épp oly károsan fogja befolyásolni, mint a sublimát, carbol vagy a cresol- és formaldehyd-csoportba tartozó desinficiensek. Mindezek a szerek a bacillusok elpusztítása mellett a sebfelületen az élő szövetek sejtjeit is megsemmisítik. Ennek pedig a sebgyógyulás szempontjából azon nagy hátránya van, hogy a sebfelületen necrobiosis réteg képződik, mely miatt az összefekvő sebfelületek mindaddig nem egyesülhetnek teljesen, míg a szervezet ezen necrosisos részeket nem küszöböli ki.

A magára hagyott, semmiképpen sem befolyásolt fertőzött sebekben is nem egy esetben azt látjuk, hogy azok teljesen begyógyulnak, hogy tehát a szervezet a sebfelületen betolakodó fertőző csírákat leküzdötte, megsemmisítette desinficiens szerek közrehatása nélkül is. Az ilyen gyógyuláskor lezajló élettani folyamatok azt mutatják, hogy a szervezet a fertőzéssel szemben fokozott élettevékenységgel reagál, melynek lényege abban áll, hogy helybelileg a szövet- és vérsejtek megváltozásával az erek kitágulnak, a véráramlás, vérnyomás fokozódik (activ hyperaemia), fehér vérsejtek vándorolnak ki, a fix szövetelemek duzzadnak, növekednek, meg-

szaporodnak, hogy lobbátat alkothassanak, a phagocyták a chemotaxis révén megtalált bacteriumokat magukba veszik és megemésztik. A szervezet általános reakciójaképpen pedig annak a bacteriummérgek által felidézett specifikus ellenméregtermelő képessége lép actióba s universalis leukocytosis indul meg. Mindezek a folyamatok az élő szövetsejtek fokozott élettevékenységét feltételezik. E szerint világos, hogy mindaz, a mi ezen szöveti sejtek integritását, élettevékenységét biztosítja vagy fokozza, egyúttal a sebgyógyulást segíti elő; a mi pedig azok vitalitására bénítólag, esetleg megsemmisítőleg hat, az a szervezet rovására a fertőző csírák elszaporodását teszi lehetővé.

Egészen kétségtelen tehát, hogy valamely sebgyógyító eljárás jogosultsága és használhatósága attól függ, mennyiben felel meg azon követelményeknek, melyeket a sebgyógyulásban szereplő emez élettani folyamatok megjelölnek.

Ezen vezérelv szem előtt tartásával hosszas kísérleteim során azt tapasztaltam, hogy a közönséges desinficiens szerekek ellentétben az illóolajok legtöbbjének megvan az a kiváló tulajdonsága, hogy a míg egyrésztől jelentékeny antizymotikus és bactericid hatás mellett szövetsérülést nem okoznak, sem helybelileg, sem felszívódás útján bármilyen hosszas használat után mérgezőleg nem hatnak, addig másrésztől a fertőzött szövetrészekben activ hyperaemiát tudnak előidézni s úgy a helybeli, mint az universalis leukocytosist — ezen a révén tehát a phagocytosist — nagy mértékben fokozzák.

Az illóolajok olajos oldatának mint sebgyógyító szernek további nagy előnye az, hogy az olajos consistentia kiválóan alkalmas bevonószer úgy az ép bőrön, mint a friss és genyedő sebfelületen, a mennyiben physikai tulajdonságánál fogva részben fixálja, még inkább azonban izolálja a bacteriumokat. Az „izolálás“ alatt azt értem, hogy az olaj chemotaxisos hatásánál fogva bevonja az egyes bacteriumokat vagy azoknak kisebb-nagyobb csoportját s az ilyen olajburkolatba foglalt bacteriumok, ha a szennyezett bőrfelületről mobilizálva be is jutnak a sebbe, ott már szintén olajjal bevont szövetsejteket találnak, a melyekkel való közvetlen érintkezésük éppen az olajréteg miatt felelte meg van nehezítve. Elszaporodásukat s a szövetekbe való hatolásukat pedig lényegesen akadályozza, sokszor teljesen meghehíttja az olajos közegnek éppen illóolajtartalma, melynek 1 : 3 arányú mennyisége kifejezetten bacteriumfejlődést gátló, a kevésbé resistens mikroorganizmusokra pedig egyenesen antisepsis — parasitotrop — hatást tud kifejteni.

Hogy az illóolajos sebbekezelés terén az empiria által szolgáltatott tényeknek magyarázatát is tudjam adni, állatkísérleteket végeztem, már csak azért is, hogy biologiai igazolást szerezzek azon feltevésem helyességének, hogy fertőzött sebek kezelésekor a fertőzés elhárításának érdekében sokkal észszerűbben és eredményesebben járunk el akkor, a mikor nem arra törekszünk, hogy a szokásos desinficiensekkel a sebbe jutott pathogen bacteriumokat elpusztítsuk, hanem ha a szövetsejtek vitalitásának lehető megóvása mellett azon biochemiai folyamatokat igyekszünk élnékiteni, melyek a szervezetnek természetes védekezőképessége gyanánt mindannyiszor actióba lépnek, valahányszor a szervezetet annak bármely csekély sérült részén a fertőzés veszélye fenyegeti.

Az állatkísérleteket a budapesti m. kir. állatorvosi főiskola sebészeti klinikáján *Berrár Mihály* dr. tanársegéd volt szíves végezni *tetanusbacillussal* oltott birkákon.

Az állatkísérletek eredménye röviden összefoglalva az volt, hogy azon birkák közül, melyeknek frissen készített sebet nagyon virulens tetanuskultúrával történt fertőzés után 1—3 óra múlva illóolajokkal leöntötték és azonnal bevarrták, 50%-a életben maradt, kétségtelen bizonyosságul annak, hogy ezekben a sebbe jutott tetanusbacillusokat nem az illóolaj oldat fertőtlenítő képessége tette tönkre, hanem a sebfelületnek élő sejtjeiben megindult azon biochemiai folyamatok semmisítették meg s eliminálták a szervezetből, mely folyamatok magukban véve ugyan elégtelenek lettek volna arra, hogy ezen életveszélyes fertőzéstől a szervezetet megóvják, az illó-

* *Kelen*: Entwicklung von Röntgenaufnahmen nach Zeitberechnung. (Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. XVII. köt.)

olajok hatására azonban ezen természetes védekező folyamatok annyira élénkültek és fokozódtak, hogy lehetővé vált úgy a bacillus-invasiót megakasztani, valamint a gyorsan termelt és vehemens hatású tetanus-toxinokat közömbösíteni.

Ezen állatkísérletek során — függetlenül a tetanus-virussal történt sebfertőzéstől — olyan jelenségek voltak észlelhetők, melyekből az észszerű sebkezelésre nézve igen fontos tanulságok és útmutatások vonhatók le. És pedig:

1. Az illóolajjal kezelt valamennyi állaton, még a tetanusban elhullottakon is, az asepsises és antisepsises cautélák mellőzésevel történt *sebzések mind per primam gyógyultak*, míg az illóolajjal nem kezelt kontroll-állatokon genyedés állott be az egyesített sebben. Experimentalis igazolása ez annak, hogy az illóolajok a fertőzött sebeken is meg tudják akadályozni a fertőzés kifejlődését s per primam gyógyulást tudnak létesíteni. Gyakorlati alkalmazásban tehát *minden frissen keletkezett seb illóolaj-oldattal okvetlenül leöntendő s egyesítendő*, ha a sebfertőzés következményeit el akarjuk kerülni. Természetes, hogy ezen utasítás nem vonatkozik az asepsises föltételek mellett ejtett műtéti sebzésekre.

2. Egy másik kísérleti sorozatban a tompa eszközzel ejtett, földdel behintett és nyitva kezelt sebek mind erősen genyedtek s az állatok tetanusban mind elpusztultak. Ezért arra kell törekedni, hogy *minden zúzott, roncsolt seben lehetőleg jól összefekvő, sima sebfelületeket létesítsünk s illóolajjal történt leöntés után azonnal egyesítsük a sebet*, ha a fertőzés kifejlődésének lehetőségét csökkenteni akarjuk.

3. Ugyanez a kísérleti eredmény azt is mutatja, hogy a szervezet a sebzés helyén a bacillaris fertőzéssel szemben annál eredményesebben védekezik, minél kevesebb ártalom éri a szövetek sejtjeleit és a sebfelületek mielőbb történő összefekvését és összetapadását semmiféle heterogen anyag nem akadályozza s nem hátráltatja.

Ezért hangsúlyozom a legnagyobb nyomatékkal, hogy *fertőzött friss sérülések sebészi ellátásakor semmiféle drainező anyagot ne használjunk*, és ne alkalmazzunk még akkor sem, ha üregképződés mellett retentióra van kilátás. A sebgyógyulást sokkal kevésbé fogja hátráltatni u. i. az, ha a seb valamelyik részében sebváladék gyűlvén meg, azt a megfelelő útmódon kénytelenek lennénk később kibocsátani, mintha a feltételezett retentio megelőzése céljából valamilyen drainező anyagot helyezünk a sebbe, a midőn az a sebfelületet érintő egész terjedelmében a felületes szövetsejtek decubitusos necrosisát idézi elő s a sebfelületek összefekvését megakadályozván, lehetetlenné teszi ezen a részen a szövetelemek természetes védekező folyamatainak a fertőzés leküzdésére irányuló érvényesülését.

Az illóolajok sebgyógyító hatásának ismerete után könnyű megállapítani az illóolajos sebkezelés eredményes alkalmazásának a területét is. A gyakorlati szempontok és követelmények figyelembevételével *öt csoportba* oszthatók mindazon esetek, a melyekben az illóolajoldat kedvezőbb eredménnyel használható, mint az eddig szokásos desinficiáló eljárás. Különös jelentősége van az illóolajoldatoknak:

1. Az *egyéni prophylaxis szempontjából*. Nemcsak az orvosok, de a laikusok előtt is szélteben ismeretesek azok a kellemetlen, sokszor életveszélyes szövődmények, melyek egy-egy jelentéktelennek látszó karczolás, horzsolás, bemetszés vagy megszúrás nyomán szoktak megjelenni. A bekövetkező bajnak elejét vehetjük, ha az ilyen sérülést illóolajoldattal rögtön leöntjük és bekötjük. Megelőzőleg a sebet megmosni nem szabad, mert ezzel fertőzhetjük azt.

II. Az *összes mezőgazdasági, ipari, gyárüzemi balesetek* s általában mindazon sérülések alkalmával, a hol *első segélynyújtásról* van szó, megbecsülhetetlen az olyan szer használata, a mely egyáltalában nem mérgező s az alkalmazása annyira egyszerű, hogy az első segélynyújtásban külön nem képzett bármely munkás is azonnal igénybe veheti. Ugyancsak nagy előnye az illóolajoldat alkalmazásának az is, hogy

az *első segélynyújtáshoz való készletet*, az ú. n. *mentőszekrények és mentőtáskák felszerelését nagyon egyszerűvé teszi*: illóolajoldat, steril gaze, vatta, pólya teljesen elegendő mindegyik sebnél a bekötözéséhez.

III. Az *összes genyedő, eves, üszkös sebek, phlegmonés gyulladások, heveny tályogok, scrophulodermák, lupusok, tuberculózis tendovaginitisek, periostitisek, osteomyelitisek, genyedő lymphomák és hideg tályogok* változatos megjelenés-formái szolgáltatják a megbetegedések azon óriási contingensét, a hol az illóolajoldattal való kezelés — feltételezve mindig a szükséges sebészi beavatkozások megtörténtét — szembetűnő eredménnyel alkalmazható. Ismétlések elkerülésével itt csak arra akarok rámutatni, hogy az orvosi ténykedésnek ez az a fontos területe, a hol a magára utalt gyakorló orvosnak igazán terhes és felelősségteljes működését felette megkönnyíti az ilyen sebkezelési eljárás azzal, hogy az egyes sebkötözések rövid időt vesznek igénybe, a kötészváltoztatások pedig jelentékenyen nagyobb időközben — 3—4 naponként — végezhetők.

IV. A *venereás megbetegedések prophylaxisának* nagy-jelentőségű socialis problémáját is feltétlenül fel kell említenem akkor, a midőn helybeli fertőzésből kiinduló megbetegedések elhárításáról van szó. Proposition és tanácsom ebben a kérdésben az, hogy az ú. n. venereás megbetegedések vírusaival bekövetkezhető infectiót is illóolajoldattal igyekezzünk elhárítani akként, a mint azt más természetű sebfertőzések esetén eredménnyel végezhetjük.

V. *Háború alkalmával a harctéri sebesültek első sebkötözését* lényegében véve ugyanazon elvek szerint kellene végezni, mint a melyek az egyéni prophylaxis szempontjából is érvényesek.

A háborúk borzalmasságát nem a harctéren elesettek, hanem azon szerencsétlenek óriási száma adja, a kik nem halálos sérüléseikkel a hiányos sebellátás folytán beálló sebfertőzés kínjait kénytelenek elszenvedni s a kik igen gyakran ennek következtében pusztulnak el vagy lesznek életük java-korában nyomorékká csak azért, mert a sebesülés alkalmával az egészségügyi szolgálat elégtelensége mellett az egyéni prophylaxis érdekében szükséges intézkedéseket nem fogantathatták, sérülésüket a másodlagos fertőzéstől meg nem óvhatták. Különben is a jelenkor háborújában a harcmodor (roppant hosszú tűzvonal) s a lőfegyverek tökéletessége következtében oly nagy a sebesültek s ezek között a nem halálos sebesültek száma, hogy ezeknek idejében való és szakszerű kezelésére kellő számú egészségügyi személyzetet szervezni s működtetni alig lehetséges. Mennyire egyszerűsíteni s megkönnyíteni éppen a harczvonalban a súlyos sebesülteknek az ellátását az, ha a sebesülthordozók és orvosok nem lennének kénytelenek sem ott, sem az első segély- és köztözhelyen a könnyebben sérültek köztözésével vesződni, a kik maguk is tudnák sebeiket bekötözni, még pedig akként, hogy az a kötés 3—4 napig is változatlanul maradjon a nélkül, hogy a seb másodlagos fertőződésétől, vagy a sebváladék bomlásától, bűzössé válásától kellene tartani. Mindez pedig csak úgy volna elérhető, ha a hadseregben az első segélynyújtást az egyéni prophylaxis értelmében szerveznék s rendszeresítenék akként, hogy nemcsak az egészségügyi segédszemélyzetet, de minden egyes katonát is kitanítanak gyakorlatilag arra, hogy miként kösse be maga a sérülését, s az ilyen begyakorlás után ki-kí sebesült bajtársának is könnyen tudna segédkezni ott a helyszínén, nem várva be az egészségügyi szolgálat közegeinek a megérkezését. Ennek legfőbb feltétele természetesen az lenne, hogy minden egyes katonát egy-két seb bekötözésére elegendő kis csomag olyan köztö- és sebgyógyító-szerrel kellene ellátni, melyet szükség esetén minden különös előkészület s a sebnél bármiféle előzetes megtisztítása nélkül azonnal lehetne alkalmazni; a sebesült sebének bekötözése után azután nyugodtan várhatná a tábori kórházba való szállítást.

S ha tekintetbe vesszük azt, hogy a mostani háborúban a szálfelegyverek okozta sérülések 1—2%-a mellett a se-

besülések legnagyobb része lövési sérülés, tehát aránylag csekély be- és kimeneti nyílással bíró sebzés, a melyet laikusok is könnyen be tudnának kötni: könnyen belátható, hogy mily nagy jelentősége van éppen a harczoló katonákra nézve az egyéni prophylaxisnak, hogy mennyire érdemes azokat sebük rögtön történő bekötözésére megtanítani s őket az e célra szükséges kötőszerszel el is látni, a mikor a sebgyógyulás további sorsa igazán attól függ, hogy milyen gyorsan történhetett meg az első sebkötözés, hogy tehát a másodlagos fertőzést mennyiben sikerült elhárítani. Még fontosabb azonban az, hogy a shrapnell-golyók és gránát-szilánkok okozta roncsolásos, sokszor kiterjedten szakított mély sebek oly módon és olyan szerrel legyenek beköthetők, mely a sebesültet a másodlagos sebfertőzés legveszedelmesebb féleségétől, a tetanus-fertőzéstől is a legnagyobb valószínűséggel meg tudja oltalmazni.

Ugy a magánpraxisomban, mint a kórházi beteganyagon, mezőgazdasági és ipari baleseti sérülések kezelése közben éveken át szerzett tapasztalataim alapján az a meggyőződés, hogy ez idő szerint úgy a harcztéri sebesülések másodlagos fertőzésének megelőzésére és elhárítására, mint egyúttal az összes sebzések végleges meggyógyítására legalkalmasabb szer az illóolajoldat azon sok kiváló sebgyógyító tulajdonságánál fogva, melyek közül itt csupán méregtelenségét s nagyon könnyű, egyszerű alkalmazhatóságát emelem ki.

Az illóolajos sebgyógyítást tárgyaló munkám*, melyben a harcztéren sebesültek sérüléseinek a helyszínén történő gyors, nagyon egyszerű s egyúttal legcélravezetőbb módon való ellátására vonatkozó emez eljárásomat köztudomásúvá ohajtottam tenni, múlt év július havában került ki a nyomdából. A háborús események explosionszerű bekövetkezése úgy az egyesek, mint az intézmények vezetőinek minden érdeklődését természetesen csak a várható fejlemények felé terelte s ezért lehetetlenné vált oly eljárásnak a megismertetése, mely nyugodt megfontolást s bizonyos ideig tartó saját tapasztalati adatok gyűjtését tette volna szükségessé, hogy kiki megfelelő kritikával alkothatott volna magának véleményét az új szer és eljárás hasznavehetőségéről. Magamnak már csak a szemléldésre nyílt bő alkalmam akkor, midőn a sebesültvívő vonatok özönével hozták és vitték a harcztéren hihetetlen változatosságban sérült hőseit s bizony meggyőződésem szerint úgy láttam, hogy nem egy esetben a gyógyulásra a kilátások és a sebesülés következményei másként alakultak volna, ha az első sebellátás megfelelően volt annak, amit az imént fejtegettem. Cselekvésre, az új sebgyógyító szer hatásának kipróbálására a harcztéren szerzett sebek kezelésekor már csak akkor került a sor, midőn a sebfertőzésnek és szövödményeinek gyógyítása vált feladatommá. S e téren szerzett tapasztalataim nem kevésbé értékesek azoknál, melyeket a friss sérülések illóolajos kezelésében szerezhettem volna.

A Békéscsabára irányított sok ezer sebesült közül a katonai kórház parancsnoksága rendszerint a legsúlyosabban sérülteket utalta a közkórházba, melynek vezetése s az összes sebesültek és belbetegek gyógykezelése Remenár dr. kartársam hadbavonulásával reám hárult. 1914 szeptember 14.-étől december 31.-éig 480 katonabeteg vétetett fel a kórházba, kik közül 130 belbeteg, 350 pedig sebesült volt. Körtörténetek közlése helyett csak röviden összegezem azon tapasztalatokat és eredményeket, melyeket a harcztéren sebesültek gyógykezelésében az illóolajos sebkezeléssel tettem, illetve elértem.

Minden fertőzött sebet illóolajoldattal forgalomba kerülő néven „wetol“-lal kezeltem. A sebek legnagyobb része fertőzött volt. Ezen sebek az egyszerű genyes, phlegmonés és üszkös-eves gyuladás különféle szakaiban kerültek gyógykezelés alá. *Tetanus* a harcztérről egyenesen kórházunkba került sebesültek közül csak egyen állott be. Meggyógyult. *Erysipelas* a kezdettől fogva itt kezelt sebesülteken nem fej-

lődött, de más kórházak evacuatiója alkalmával mi is kapunk orbánczos beteget. Sok esetben a *végtagcsontok igen kiterjedt darabos-szálkás törése és jelentékeny hiánya*, a sebek és környékének aggasztó gyuladása volt jelen s ennek daczára *amputatiót csak egy esetben kellett végezni* egy közkatonán, ki a bal tenyerén a kézközépcsontok kiterjedt roncsolásával járó shrapnell-lövéstől eredő üszkös, bűzös sebével, a III. és IV. ujjnak teljes gangraenájával a sebesülése utáni 8. napon került (egyszer váltott kötéssel) 41 C°-os lázzal kórházunkba. Az amputatiót az alkar oedemás duzzanata s halvány livid-vörös elszínesedése mellett a kéztőcsontok felett a radius és ulna epiphysisének megfelelően végeztem, hogy lehetőleg hosszú végtagcsontok maradjon. A bőrmetszés megejtésekor a bőr alatti kötőszövet savós beivódása mellett annak szürkés-barnás elszíneződése volt látható. Ennek daczára megmaradtam az amputatio megállapított helyénél. A manchettás bőrlebens bevarrása előtt a sebbe bőven öntöttem wetolt. A láz még a műtét napján leszállott 38°-ra. Harmadnap az átütött kötést levéve, a manchettás bőrlebenynek distalis felerésze éles határral demarkálódva elüszkösödött a nélkül, hogy az üszkösödési folyamat magára az amputatiós sebfelületre áttért volna s a seb per secundam intentionem a reamputatio szükségére nélkül gyorsan gyógyult s teljesen behámosodott. Ezen gyógyulási folyamat kiegészítéseképpen közlöm, hogy a kezelés alatt a sebbel a wetolon kívül semmiféle fertőtlenítő szer nem jutott érintkezésbe. A seb környékén a bőrt a kötésváltások alkalmával tiszta benzinnel tisztogattuk meg s a karra kezdetben egyszerű párákötést alkalmaztunk. A wetolnak az üszkös-eves gyuladásra gyakorolt igen kedvező, csaknem abortív hatását ezenkívül még 15 esetben volt alkalmunk észlelni.

A wetolos kezelés megkezdése után phlegmonés gyuladás jelentkezését egyetlen egy esetben sem észleltük. A már meglevő phlegmonés gyuladás pedig minden esetben megállapodott s feltűnő gyorsan fejlődött vissza az illóolajoldat hatására.

A végtagcsontok szálkás-darabos törése esetén az egyes csontdarabok, ha a wetol-kezelés előtt azokat a genyedés nem különítette el s nem macerálta nagyon, rendszerint odanőttek. A nagy csonthiányokat pedig az élénken meginduló callus-képződés 8—12 héten belül áthidalta s kitöltötte, a mi annak tulajdonítható, hogy a sebüregekben az illóolajok serkentő hatására képződött rendkívül vérbő sarjszövet a hiányzó csonthártyának nutritív szerepét töltötte be s csontszövetképződést tudott létesíteni.

Ezen vázlatos beszámolóval s a sebfertőzés extrem eseteiben is elért kedvező eredmény közlésével csak arra akartam rámutatni, hogy az illóolajoldat alkalmazásával a legmesszebbmenő conservatív sebkezelés válik lehetségessé s hogy az illóolajok teljesen pótolják, sok esetben határozottan felülmúlják nemcsak a friss, de a már genyedő sebek kezelésében is az összes folyékony és poralakú desiniciens szereket.

A mi az illóolajos sebkezelés technikáját illeti, e részben a harcztéri sebesültek kezelésekor ugyanaz az eljárás alkalmazandó, a melyet kiadott munkámban részletesen közöltem. Kiegészítésképpen csak azt említem meg, hogy a már genyedő lött sebek és lövési csatornák 3—6 napi időközökben wetollal átfecskendezendők, úgy azonban, hogy a képződött sebváladék elvezetéséről a sebnylások megfelelő tárgításával gondoskodni kell.

A sebkezelésre használt illóolajoldatnak — a wetolnak — az összetételét említett munkámban közöltem.

A harcztéri sebesültek változatos tuberculosus megbetegedéseinek altuberculin és illóolajok együttes alkalmazásával végzett gyógyítását egy külön közleményben ohajtom ismertetni.

* Mai Henrik és Fia kiadása Budapesten.

Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Spondylitis tuberculosa

(2000 eset alapján).

Irta: Dollinger Béla dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

C) A gerincoszlop és a test egyéb részeinek compensációs elgörbülései.

A spondylitises gerincoszlop szögletben való megtörésének, azaz a gibbus képződésének az a következménye, hogy a gerincoszlopon és általában a törzsön másodlagos, úgynevezett compensációs elgörbülések fejlődnek. *E compensációs elgörbülések a gerincoszlopnak megváltozott, úgy az egyén állására, mint kivált járására nézve hátrányos statikai állapotát ellensúlyozzák.* A gerincoszlop ugyanis a gibbusképződés folytán rendellenes flexiós állásba kerül és ebben esetleg mereven rögzítődik is. A törzs felső részének eme kényszerű anteflexiója folytán a test súlypontja normalis helyéből jóval, esetleg annyival előbbre jut, hogy az egyén a gerinc ellensúlyozó beállítása nélkül csakis úgy tudna megállni, ha fejét hátrahajtaná és karjaival csipőin vagy térdein támaszkodnék. Szóval a beteg a gibbus alatti és feletti gerincoszlop-részletét úgy igyekszik beállítani, hogy a törzs lehetőleg eredeti tartásban legyen, mert csakis így tud vízszintes irányban nézni és járás közben egyensúlyt tartani. Másfelől a compensációs görbületeknek megfelelő álló helyzetben a beteg *csigolyák többé-kevésbé tehermentesítve is vannak*, mert egyrészt a spondylitis feletti törzsrészlet kisebbfokú előredűlése folytán csökken a megtörés helyén a csigolyatestekben a nyomás és az ívekben a feszülés, másrészt a teher is a felső rész hátrahajlásafolytán részben a rendszerint ép ívekre nehezedik.

A gerincoszlop elgörbülésein kívül változásokat találunk a fejen és a medenczén is.

Az összes compensációs görbületek és secundaer elferdülések főleg fiatal spondylitises egyénekben állanak be, mert egyrészt a gerincoszlop e korban sokkal mozgékonyabb, másrészt a fiatal, még fejlődő csont igen plasticus.

A *koponya secundaer elváltozásai*. Ismert tapasztalat, hogy a fej valamely izomcsoportjának egy irányban való állandó megfeszülése mellett, a fej csontjai az egyoldalú megterhelés folytán asymmetriásan deformálódnak. Főleg a csecsemő- és a gyermekkorban szokott ez bekövetkezni. Typusos példa erre a congenitalis vagy a korán fejlődött torticollis folytán beállott koponya- és arczsont-deformatio. Ehhez hasonló, de spondylitises eredésű torticollist volt alkalmam egy 15 éves leánybetegemen észlelni. E leány IV. nyakcsigolyáján baloldali corpus-folyamat állott fenn, melynek lezajlása után az oldalra hajlott nyak kóros helyzetében fixálódott. Idővel ezen úgynevezett osteogen torticollis következtében az arcz még hajlékony csontjai hasonlóan elferdültek mint congenitalis torticollis esetén (16. sz. ábra.)

Az erős kyphosissal járó nyaki és magas háti spondylitiseken is azt konstataálta *Witzel*, hogy a koponya bizonyos fokban szintén deformálódik. Innen van az, hogy az ilyen kyphosisos egyén fejalkata szinte jellemző. *Witzel* szerint a deformatio oka abban keresendő, hogy a gibbus ily magas localisatiójánál a fej egyenes tartása és a vízszintes síkban való nézés csak akkor lehetséges, ha a beteg a fejét erősen hátrafelé tartja. Ezen tartásnál a fejet a mellkassal összekötő lágyrészek elül erősen megfeszülnek és az arcvázat, kivált az állat lefelé megnyújtják. De a koponya is részt vesz a deformatióban, a mennyiben az alsó része erősen kiszélesedik; a mentooccipitalis átmérő tehát hosszabb, míg a frontooccipitalis rövidebb lesz.

A *gerincoszlop compensációs elgörbülései*. A gerincoszlop kompenzáló elgörbülése rendszerint a gibbus alatt és felett is kifejlődik. Még pedig a gerincoszlop és a púp-képződés mechanizmusának megfelelően. A görbülés az anterior-posterior vagyis sagittalis síkban történik. De kivételesen a scoliosis-

hoz hasonló lateralis elferdüléseket is észlelünk, midőn oldalsó folyamatokban a gibbus az egyik oldal felé tolódik el. *A kompenzáló anterior-posterior görbülések rendszerint lordosis alakjában jelentkeznek. Ezek fejlődésére a gerincoszlop physiologiás görbületei nagy befolyással vannak.* Ha ugyanis a lordosisos compensatio helye egybeesik a gerincoszlop physiologiás lordosisával, akkor ez utóbbi erősen fokozódik. Ezt az esetet látjuk például a 18. számú ábrán. Viszont ha a kompenzáló lordosis a physiologiás kyphosis helyére esik, akkor a kyphosis kiegyenlítődve ellapul, illetve kiegyenesedik, sőt erősebb compensatio jelenlétében még lordosisos elferdüléssé alakul át. Igen szépen látjuk ezt a 25. sz. fotografián a gerincoszlop thoracalis részén, mely a normalis kyphosis helyett a nyakkal egységes, előre domború görbületet alkot.

Wullstein az infra- és supragibbaer lordosisok keletkezésében nagy jelentőséget tulajdonít azon activ izomcontractionnak, mely a lordosis képződését mintegy bevezeti. *Wullstein* szerint a hátizomzat összehúzódása közelebb hozza egymáshoz a csigolyaíveket. Nemsokára aztán a csigolyákat hátul egymással összekötő szalagszerkezet is maradandóan megrövidül és ezzel részben tehermentesíti az izomzatot. Később azután a csigolya közötti korongok és a csigolyatestek alakja is ezen mechanizmusnak megfelelően átalakul. A csigolyák hátulso részére nehezedő nyomás folytán a közti korongok kifejezett ékalakot, vagy, mivel a gömbölyded nucleus pulposus a korong elülső kiszélesedett részébe nyomul, helyesebben palack-alakot öltenek.

A kompenzációs gerincelgörbülések alakja és foka az elmondottak alapján a gibbus localisatiójától és nagyságától függ. Tekintsük most röviden át, hogy a gibbus különféle localisatiójának milyen compensatio felel meg.

A *nyaki és magas háti vagy a cervicodorsalis határon ülő gibbusok* felett a nyaki lordosis még erősen fokozódik. Ennek, mint már említettem, az oka az, hogy a beteg csak fejének erős hátrahajlítása mellett tud vízszintes irányban nézni. A háti kyphosis ilyenkor ellapul és a lumbalis lordosisal egybefolyó nagy infragibbaer lordosist alkot. Mindezt világosan látjuk az I. sz. kórbonczatani intézetnek a 18. számú ábrán reprodukált praeparatumnál. A púp képzésében itt a 7. nyaki és 8. felső háti csigolya járul, melyek aránylag igen kicsiny, idomtalan tömegekbe csontosodnak össze. A megfelelő gerincrészlet ezáltal annyira megrövidül, hogy az elülső görbületének szabad magassága, mely a 6. nyaki csigolya alsó szélét a 8. háti csigolya alsó szélével köti össze, csak 13 mm. hosszú. A 9. felső háti csigolya tövisnyúlványai legyezőszerűen szétállva fél körívben fekszenek és egymással valamint az ívekkel is összecsontosodtak. A megfelelő kompenzáló görbületek jól kifejezettek. Legkivált a nyakon, mely daczára annak, hogy a nyaki gerincoszlop harántmetszete a thorax bemenetében csaknem függőlegesen áll, a felső harántmetszet mégis vízszintes, sőt kissé hátrafelé is lejt. A nagyfokú hátrahajlás következtében a nyaki gerincoszlopon a harántnyúlványok szorosan egymáson fekszenek. A gerincoszlopnak a 8. háti csigolya alatti része a physiologiás mellkasi kyphosis alsó részének eltűnésével egyetlen gyenge ívelt lordosisos görbületté alakult át, melynek legerősebb görbülete az I. ágyéki csigolya tájára esik. Az ágyéki csigolyák egyébként csaknem egészen egyenes oszlopot alkotnak.

Ha a felső háti, már amúgy is kyphosisos gerincszakaszon extrem nagyságú púp képződik, akkor az a normalis kyphosissal egyesülve, a gerincoszlop óriási deformitását és a törzs feltűnő megrövidülését eredményezi. Ilyenkor a lapockák alsó csúcsa elfedi a csipőtányért és elül a bordaív belenyomódik a fossa iliacaiba.

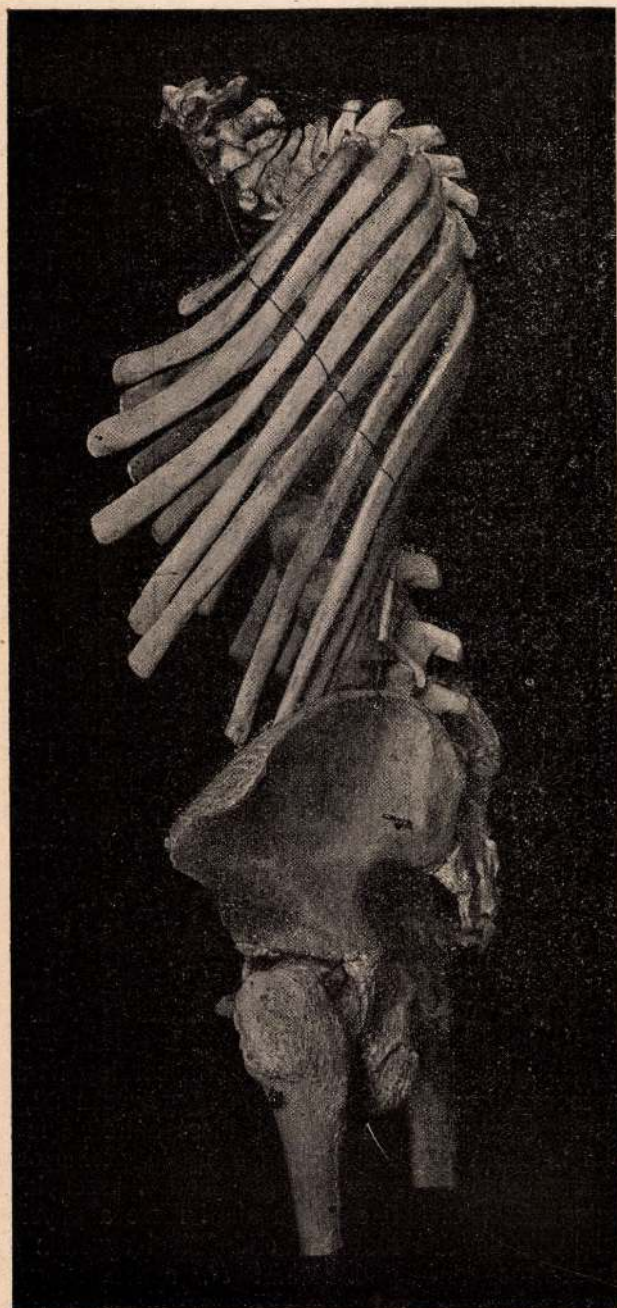
A *háti gerincoszlop közepé táján* ülő kisebb gibbus esetén a supragibbaer kompenzáló lordosis rendszerint ellapítja a physiologiás háti kyphosist, míg a gibbus alatti kompenzáló lordosis még fokozza a physiologiás lumbalis lordosist.

Ha a háti gerincoszlopra lokalizálódó púp nagy és iv alakú, akkor az összes physiologiás görbületek mintegy fokozott mértékben jelennek meg. Ez esetben a physiologiás háti kyphosist az ívalakú nagy gibbus természetesen még

jobban fokozza. A gibbus ezen alakját látjuk a 19. sz. ábrán reprodukált praeparatumon, melyet alább még részletesebben fogok leírni, továbbá a 20. sz. ábrán, melyen egy 6 éves leány különösen súlyos háti gibbusát láthatjuk. A gibbus csúcsa itt kissé lefelé is tekint és mint lelógó batyu ül a háton.

Azon esetekben, melyekben a gibbus az ágyéki szakaszon ül, a supragibbaer kompenzáló lordosis kiegyenesíti a physiologiás háti kyphosist, úgy hogy az teljesen ellapul (lásd

18. sz. ábra.



A cervicodorsalis határon ülő gibbussal járó compensatiós deformitások. A mellkas saggitalis átmérője megkisebbedett, a hosszanti átmérő megnagyobbodott.

a 21. sz. ábrát) vagy a nyaki gerincoszlop lordosisával egyesülve, előre convex nagy ívet alkot, a mint azt a 25. számú praeparatumon igen szépen látjuk. Az infragibbaer kompenzáló lordosis ez esetben nem találván elég helyet a gerincoszlopon, a keresztcsontra is reáterjed és azt alsó végével előre hajtja. A keresztcsonttal együtt a medence is előrehajlik, tengelye függélyes irányú lesz, vagy alsó végével előre dől, miáltal az alsó végtagok a csípőben hyperextensióba kerülnek. Legkivált akkor látjuk ezt, a mikor az ágyéki gibbus a gerincoszlop legalsó csigolyáira lokalizálód-

dik. Ilyenkor a medence előrehajlása folytán a törzs megrovidülése látszólag még fokozottabb.

A mellkas másodlagos alakváltozásai. A gerincoszlop erős deformálódása szükségkép a vele szorosan összefüggő bordakosár, tehát egyszersmint az egész mellkas secundaer alakváltozásait is maga után vonja. Ezen deformitásoknak, melyek főleg a szélességi és a hosszanti átmérő megváltozásában nyilvánulnak, nagy jelentőségük van, mert általuk a mellkasi és a hasi szervek egy része eltolódik, a másik része pedig komprimálódik. Ez pedig azok működésére nézve kétségtelenül hátrányos. Lannelongue figyelmeztetett

19. sz. ábra.



A thoracalis gerincrészlet legalsó részében ülő gibbussal járó compensatiós deformitások. A mellkas saggitalis átmérője kiszélesedett, a hosszanti átmérő megrövidült. A sternum erősen meggyöngyösült.

először arra, hogy a secundaer mellkasi deformitások alakja attól függ, hogy melyik részében a gerincoszlopnak ül a gibbus.

Jól kifejezett magas háti kyphosis esetén az egész törzs megkeskenyedik és látszólag megnyúlik, mivel a felső szárában szinte vízszintes irányú nagy gibbus csigolyáival összefüggő bordák csaknem függőleges helyzetbe kerülnek és a gerincoszlophoz közelednek. A mellkas saggitalis átmérője tehát megkisebbedett, míg a hosszanti átmérője meghosszabbodott. Jól demonstrálja e viszonyokat a már ismert 18. számú praeparatum, melyen ezenkívül az is szembetűnik, hogy a mellkas nemcsak relative megnyúlt, hanem annyira le is sülyedt, hogy az alsó bordák csontos részei a fossa iliaca alá nyúlnak bele.

A gerincoszlop alsó szakaszának elgyöngyösítésekor is a

mellkas másodlagos alakváltozásának kétféle formája lehetséges.

Az egyikben a kompenzáló lordosis területe a valódi bordákkal izesülő csigolyákra esik. Ennek folytán az illető bordák a vízszintes helyzethez közelednek s az egész mellkas hosszanti átmérője megrövidül, a szélességi pedig meghosszabbodik. Az elülső bordavégek felemelkedése folytán a sternalis szöglet hegyesebb lesz, a mi abban jut kifejezésre, hogy a sternum felső része szintén közeledik a vízszinteshez. Ezen esetet látjuk a 25. sz. ábrán.

A második eshetőséget azon esetek képviselik, melyekben az alsó valódi bordákkal összefüggő csigolyák még a nagy gibbus képzéséhez járulnak. A mellkasnak a sagittális irányban való kiszélesedése ez esetben még nagyobb, az

25. sz. ábra



Az egész hátgerincoszlopra terjedő, nagy batyu-alakú gibbus.
A lumbalis lordosis erősen fokozódott.

alsó bordák elülső vége azonban a gibbusnak megfelelőleg visszamarad s ezért a sternum közepe táján erősen meg-görbül vagy szögletbe törik. A szegycsont ezen deformáción kívül középső részével jóval előbbre kerül s mintegy elülső gibbust alkot. Ezt az esetet látjuk a 19. sz. ábrán, mely a thoracalis gerincrészlet legalsó részében ülő nagyfokú gibbussal járó deformitásokat illusztrálja. A gibbus legkiemelkedőbb pontjában a VIII. és IX. háti csigolya tövisnyúlványa fekszik. A görbület elülső homorú oldalán síma felületű egységes csigolyatesttömeget látunk, mely az 5. háti csigolyától lefelé érő összes csigolyák testét az első ágyéki csigolya testével együtt egymásba olvasztotta. A mellkasnak sagittális kiszélesedését és a sternum meggyöngyösödését kivált

jellegzetesen szemlélteti e praeparatum. A nagyfokú gibbus-képződés folytán a gerincoszlop természetesen nagyon megrövidült és így az egész mellkas erősen a medence felé süllyedt. Ehhez hasonló elváltozást látunk a 22. sz. ábrán is, mely egy 12 éves leány nagy thoracalis gibbusát demonstrálja.

A lumbalis gerincoszlop nagy gibbusainál a mellkas előresüllyedése észlelhető. Az alsó bordák gyakran reáborulnak a csípőtarajra, sőt olykor erről lesikolva kifelé vagy befelé dislokálódnak.

21. sz. ábra.



A lumbalis gibbus kompenzáló supragibba lordosisa elsímitotta, sőt lordotizálta a háti kyphosist.

D) A gerincvelő és az ideggyökök következményes elváltozásai.

A gerincoszlopnak a gerincvelőhöz való szoros anatómiai viszonya következtében az előbbiek spondylitis esetén beálló elváltozásai természetesen a gerincvelőre is súlyos következménnyel járhatnak. *A gerincvelő ilyenkor vagy egyszerű mechanikai compressiót szenved, vagy a tuberculosus folyamat reáterjedése folytán változik el, vagy e két mozzanat együttesen fejti ki káros hatását.*

A gerincvelő megtámadottságának helye és minősége szerint természetesen a functionális elváltozások is igen különbözők lehetnek. A legenyhébb fokú paraesthesiáktól és paresisektől kezdve a legkülönbözőbb kiterjedésű és fokú elfajulási és bénulási tünetek is — a legsúlyosabb, akár az egész testre kiterjedő paraplegiás bénulásig — előfordulhatnak.

Saját vizsgálati anyagomban 2000 eset közül 81-ben, vagyis 4.05%-ban észleltem kifejezett bénulást. De hogy a

különböző szerzők a százalék tekintetében mennyire eltérő adatokhoz jutottak, jól demonstrálja az alábbi táblázat.

9. sz. táblázat.

A szerző neve	A bénulások százaléka
Beuthner	5
Billroth	14.7
Dollinger Gyula	5.8
Dollinger Béla	4.05
Nebel	18.5
Vulpus	17.8
Wullstein	3.01

Érdekes a spondylitis localisatiójának és a bénulások gyakoriságának viszonya is. Wullstein a nyaki spondylitisekben talált leggyakrabban gerinczvelő-tüneteket, míg lejjebb fekvő spondylitisekben a gerinczvelő mind kevésbé volt megtámadva. A háti spondylitisekben tehát kevesebb, az ágyéki és keresztcsonti folyamatokban pedig már ritka a bénulás. A gerinczvelő, mint már említettem, spondylitis esetén többféle okból sérülhet. Az előforduló különböző sértő behatásokat célszerűen 3 csoportba sorozhatjuk.

22. sz. ábra.



A thoracalis gerinczrészleten ülő gibbus és azzal járó kompenzáló mellkas-deformitás.

1. Sérülhet a gerinczvelő simplex mechanikai behatás folytán. A súlyos spondylitises gerinczgörbüléseket látva, első pillanatra azt hinnők, hogy ez esetben a gerinczvelő a gerinczsatorna szöglettörése és megszükülése folytán okvetlen

erősen összenyomatik. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a gerinczsatorna nagy gibbus esetén is rendszerint alig szűkül meg, a mennyiben tagolt szerkezeténél fogva egyenletesen hajlik meg úgy, hogy benne a gerinczvelő minden compressio nélkül is helyet foglalhat. A gerinczvelő compressiója tehát nem szükségképp következménye a gibbusképződésnek. Ezt mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy gyakran oly esetekben is észlelünk bénulást, a melyekben egyáltalán nincsen gibbus.

Mindazonáltal kivételes esetekben a gerinczoszlop szöglettörése folytán a gerinczsatorna mégis annyira megszükülhet, hogy a benne helyet foglaló gerinczvelő erősen comprimalódik és ennek folytán bénulások tünetek jelennek meg. Gyakoribb ez az eset a súlyosabb destructióval járó spondylitisek sublaxatiós és infractiós alakjaiban. A gerinczsatorna végzetes megszükülése és vele kapcsolatban a gerinczvelő sérülésének klinikai tünetei azonban ilyenkor is rendszerint lassan, fokozatosan lépnek előtérbe. Nagyrítván megtörténhetik az is, hogy a destruált gerinczoszloprészlet hirtelen roskad össze, a mi hirtelen beálló teljes bénulást, vagy málum suboccipitale esetén esetleg rögtöni halált is okozhat. Az utóbbi eset akkor szokott bekövetkezni, ha az epistropheus fognyúlványa még elég szilárdan áll a helyén, ellenben szalagjait a gümös folyamat már elpusztította. Ha ilyenkor a fej erősebben előre dislokálódik, akkor a dens az atlas hátulsó íve által előretolt nyúltvelőbe nyomul. A gerinczoszlop törzs-részében a hirtelen összeroskadás olyan esetekben szokott bekövetkezni, melyekben a megtámadott csigolyatest elülső segmentuma kivételesen sokáig ép marad, vagy pedig a melyekben a test deviatiójának tartama alatt erős periostalis csontburkolat keletkezett a tönkrement csigolyatest körül. Ez a másodlagos csonttámaszték ideig-óráig elmentall a törzs reánehazedő súlyának, de aránylag igen csekély trauma folytán minden pillanatban összeroskadhat. A gerinczoszlopnak ekként beálló hirtelen összeroskadásakor a gerinczvelő-jelenségek már a compressio gyors bekövetkezése miatt is aránylag igen súlyosak. Míg ellenkezőleg a assú gibbusképződéskor a gerinczvelő bizonyos fokig adaptálódik a gerinczsatorna megváltozott alakjához.

A mi már most a gerinczvelő erőművi sértésének közelebbi módját illeti, kétségtelen, hogy nagyobb fokú szöglettörés esetén a gyökereinél fogva a gerinczsatornához rögzített gerinczvelő erősebb megfeszülést szenved el a megtörés helyén. A fokozott megfeszülés nem is annyira az idegeknek localis vongálása, mint inkább a vérereknek megszüklítés-folytán hat károsan, a mennyiben a gerinczvelő dűzsejtjeinek hiányos táplálása azok pusztulásához vezet. De sérülhet a gerinczvelő a szögletbe tört gerinczsatorna falának directe nyomó behatása folytán is. Ezen nyomás a csigolyatestek széttrésze nélkül is bekövetkezik, ha a hosszas betegség folytán a csontokon, kivált a különben is megtámadott csigolyákban porosis állott be. A megpuhult csigolyatestek ilyenkor a reájuk nehezedeő nyomás következtében fokozatosan ellapulnak s hátulsó felszínük bedomborodik a gerinczsatornába, esetleg oly mértékben, hogy a gerinczvelőre káros nyomást gyakorol. (Lásd a 8 sz. ábrát.) Gyakoribbak azon esetek, melyekben a megtámadott csigolyatest hátulsó segmentuma az erős verticalis nyomás következtében hosszában vagy ékalakban különválik és hátrafelé a gerinczsatornába szorul, melyet ezáltal nagyfokban megszüklít.

Némi joggal a simplex mechanikai compressiós factorokhoz sorozhatjuk még a gerinczsatornabeli tályogok azon alakjait is, melyek a csigolyákból vagy a csigolyaközötti lukakon át történő secundaer betörés folytán kerülnek a gerinczürbe (23. sz. vázlat) és ott, mielőtt szigorúbb gümös folyamat indulna meg, elsősorban hydrostatikai nyomásuk folytán okoznak bénulást. Speciell a dorsalis gerinczszakaszon ülő congestiós tályogokon szokott ez előfordulni. Mivel a tályogok sokszor rejtve maradtak, az a nézet uralkodott, hogy a tályogképződés és a bénulás elkerüli egymást. Bakay vizsgálatai, melyekre már fennebb is hivatkoztam, mutattak rá arra, hogy a dorsalis spondylitisen is van tályog, de az a már vázolt anatómiai viszonyok folytán nem súlyos le,

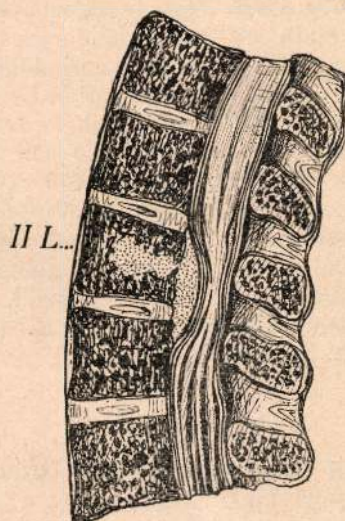
hanem congestiós tályog marad, mely a csigolya defectusán át nyomást gyakorol a gerinczvelőre és bénulást okoz. Bizonyítja ezt az is, hogy e tályogok genyének kibocsátása után a bénulás azonnal, vagy nem sokkal később megszűnik.

2. A gümös folyamat direct átterjedése a gerinczsatorna képleteire. Ez a leggyakoribb oka a bénulásnak. A gerinczvelő spondylitises secundaer gyulladásaira már Charcot felhívta a figyelmünket. Ő utalt először arra is, hogy a spondylitises folyamat sarjszöve nagy szerepet játszik a bénulások fejlődésében. A gümös fertőzés vagy közvetlenül a carieses csigolyákból, vagy néha kerülő utakon a csigolya-közötti lyukakon át terjed a gerinczsatornába, a hol a folya-

berculumok is megjelennek. Ritkább esetekben a gümös beszűrődés a duráról a lágy burokra is ráterjed mint *leptomeningitis tuberculosa circumscripta*, sőt még mélyebben, magában a gerinczvelőben is mutatkozhatnak tuberculumok, úgy hogy valóságos *meningomyelitis tuberculosa* keletkezik. Kivételesen a localis gümös folyamatból általános *leptomeningitis tuberculosa acuta* is kiindulhat.

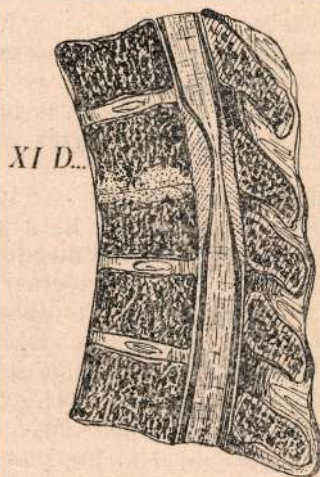
Még fokozhatja a gerinczürbéli gümös sarjszövet comprimáló hatását, ha annak genyszerű elfolyósodása következtében *belső tályog* is keletkezik. Az ilyen tályog comprimáló hatása kivált gyors kifejlődése esetén és a gerinczsatorna szűkebb helyein, tehát a háti szakaszban szokott súlyos tünetekkel járni. A mélyebben fekvő tágabb csatornarészletekben lassabban áll be a nyomás káros foka, kivált akkor, ha a sarjszövet felhalmozódása is lassan történt és így annak resorbeáló hatása folytán a gerinczsatorna ki is tágult. Klasszikus példáját ezen lehetőségnek volt alkalmam észlelhetni az I. sz. kórbonczolástani intézet praeparatumán, melyre tanulságos volta miatt valamivel bővebben kitérek. A gerinczpraeparatum a Sz. István-kórház egyik belosztályán elhalt 24 éves férfitől ered. A 25. sz. ábrán sagittalis hosszmet-szetben reprodukált gerinczoszlop több szempontból igen érde-

23. sz. ábra.



A gerinczvelőt komprimáló, gerinczsatornabeli tályog.

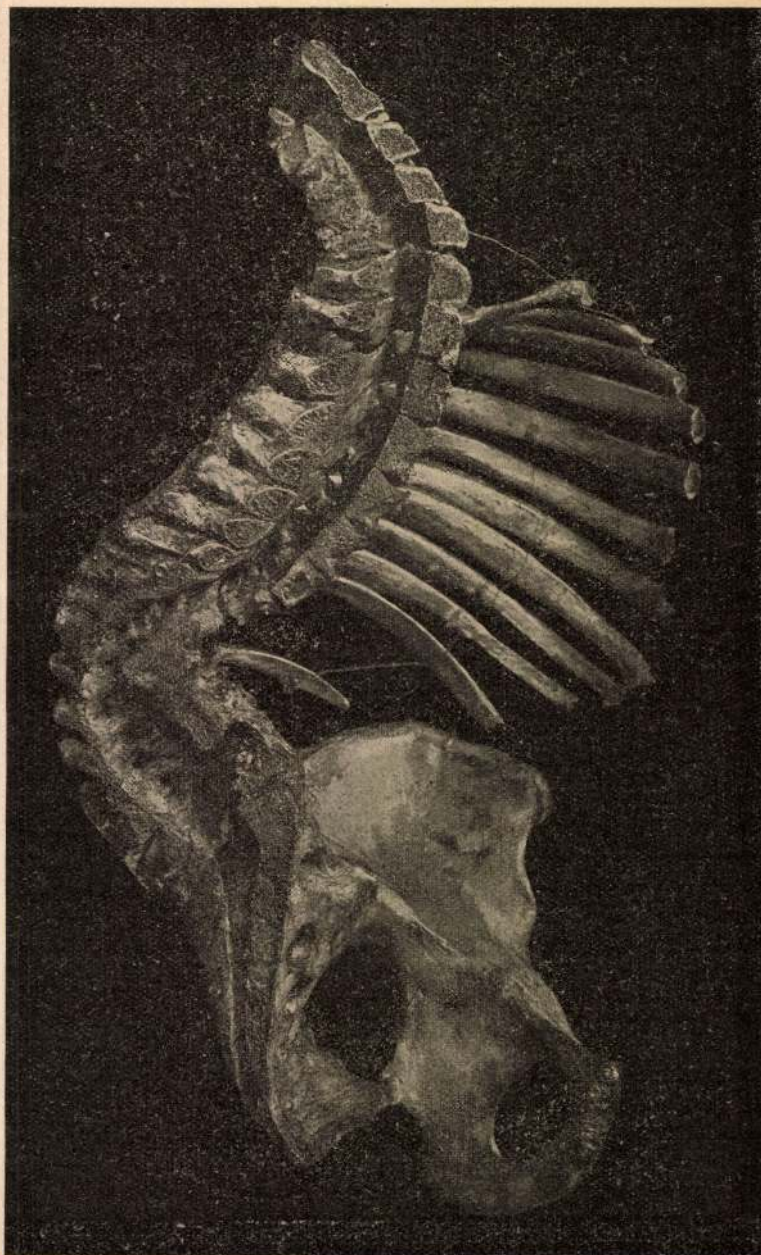
24. sz. ábra.



Pachymeningitis tuberculosa externa. A gümös sarjszövet több cm. vastag, körkörös szorító övet alkot a gerinczvelő körül.

mat aztán különféle alakot ölthet. Az epiduralis laza kötőszövet és zsírszövet infiltrálódik rendszerint először, míg a dura sokszor igen sokáig ellentáll. Már ezen *peripachymeningitises* szakban is beállhat a bénulás, mert a dura körül felhalmozódó sarjszövet egyrészt magát a gerinczvelőt is nyomhatja, másrészt olykor a plexus venosus internusra hat comprimálólag és így esetleg thrombophlebitist is okozva, a gerinczvelő keringését súlyosan zavarja. Ha a folyamat tovább terjed, akkor mint *pachymeningitis tuberculosa externa* első sorban a dura külső rétegeit infiltrálja. A gümös sarjszövet ekkor fel és lefelé vékonyuló, akár több cm. vastag vagy csak elül fekvő párnát, vagy a 24. sz. ábrán feltüntetett módon körkörös szorító övet alkot a gerinczvelő körül. Ha ehhez pachymeningitis externa is társul, akkor a dura belső felületén körülírt sűrű ereződés támad, majd e területen tu-

25. sz. ábra.



E praeparatumon jól látszik, hogy a belső tályog helyén a sarjszövet resorbeáló hatása folytán a gerinczsatorna (dacára az ottani gibbusképződésnek) kitágult.

kes. A spondylitis, a mint látjuk, a dorsalis szakasz alsó részére és az egész ágyéki gerincoszlopra terjed. A megtámadott csigolyatestek szabálytalan alakú vaskos tömeggé conglomerálódtak, melyben az eredeti csigolyatestek határai egyáltalán nem különböztethetők meg. Legfeltűnőbb ezen esetben a gerinczsutorna viselkedése. Ez ugyanis az ágyéki szakasz alsó felében tyúktójszerű üreggá tágul ki. Az üreg hátulsó részében fekszik a gerincvelő conusa a cauda equinával. Itt az üreget az eredeti csigolyaívek és egyéb normalis képletek határolják. Az üreg elülső részét azonban, mely voltaképp az ürképződésnek felel meg, többé-kevésbé elpusztult csigolyatestek maradványai és lefelé az I. keresztcsigolya alkotják. A keményburki zsák a nagy elváltozás daczára is csodálatosképp zárt maradt. Az előtte fekvő körütkölt üreget savószerű, zavaros, apró meszes rögöket tartalmazó folyadék töltötte ki. A többé-kevésbé síma felszínű, sarjszövettel és kötőszövettel fedett falzaton, mint az ábrán is jól látjuk, kisebb-nagyobb, egész lencsényi meszes rögök ülnek.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hastypus vaccinás gyógyítása. Biedl 11 esetben Vincent-féle vaccinát használt (aetherrel elölt typhusbacillusok), 9-ben pedig Besredka-félét (sensibilizált élő typhusbacillusok). Valamennyi eset súlyos, a betegség második hetének kezdetén levő volt, positiv bacteriumlelettel. A Vincent-vaccinával kezelték közül 3 eset halállal végződött, a Besredka-félével kezelték mind meggyógyultak. (3 eset kivételével, a melyekben tévedésből a bőr alá fecskendezték a Vincent-vaccinát, a többi esetben intravenásan történt az injectio.) A befecskendezés után legkésőbb 3 órával a hőmérsék 40—41 fokra emelkedett (egy esetben 39·2°-ról 42°-ra), de már újabb 3 óra múlva csökkent 39—38·5°-ra és esetleges újbóli némi emelkedés után 12—18 órával 37·2—36·8°-ra esett feltűnő jó közérzés mellett. Collapsustól kísért rohamos hőcsökkenést sohasem észlelt. A legkedvezőbb esetekben láz ezután nem is jelentkezett többé; más esetekben este legfeljebb 38°-ig felment még a hőmérséklet. Recidiva (rövid ideig tartott hőemelkedés 38·5°-ig) egy esetben fordult elő a harmadik héten diaetahiba után. Vérzés esetén azonban ellenjavalltnak tartja a szerző a vaccinás kezelést; volt két esete, a melyekben a status typhosusban levő, ismételt orrvérzésben szenvedett betegek két órával a vaccina befecskendezése után halállal végződött, csillapíthatatlan orrvérzést kaptak. — Egészen hasonló, kedvező eredményekről számol be Eggerth, a ki a losonci tartalék-kórház fertőző-osztályán kezelt nagyobb-számú typhusbeteget vaccinával. — A közleményekhez csatolt megjegyzésben Paltauf tanár megjegyzi, hogy tudomása van néhány esetről, a melyekben vaccina után a hőesés collapsus kíséretében állott be, s olyanokról is, a melyekben a vaccinás kezelés után nem állott be javulás. Véleménye szerint egyelőre még csak jól felszerelt kórházakban szabadna használni a vaccinás kezelést. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 5. szám.)

A pneumonia chinin-kezelésére hívja fel a figyelmet újból Aufrecht tanár (Magdeburg) azon alkalomból, hogy újabban az optochint ajánlják. Mindenekelőtt statisztikai adatokat közöl, a melyek a chininkezelés hatásosságát igazolják; a magdeburgi kórháznak vezetése alatt álló osztályán 5 év alatt 382 pneumonia-esetből 32 végződött halálosan, vagyis 8·4%, míg az előző 5 évben 512 esetből 75, vagyis 14·5%. Ezzel szemben optochinnal kezelt 65 esetet ismer az irodalomból, a melyekből 9 volt halálos, a mi 14%-nak felel meg. Már ezek a számadatok is mutatják, hogy az optochin legalább is nem előnyösebb, mint a chinin; ehhez járul az is, hogy az optochinnak nagyon kellemetlen mellékhatásai (múló fül-

zúgás, sükettség, amaurosis) vannak; tekintetbe veendő az is, hogy az optochintól főleg akkor várhatunk eredményt, ha már a betegség kezdetén adjuk, míg ellenben a chinin a betegség bármely szakában hatásos. A szerző a chininum hydrochloricumot használja bőr alá fecskendezés alakjában, átlag 1/2 grammos adagban; ez az adag némileg súlyosabb esetekben naponként megismételhető; 0·75 grammnál többet pro dosi sohasem adott. Minthogy a chininum hydrochloricum 34 rész vízben oldódik, régebben, ha 1/2 gramm chinint akart befecskendezni, 17 gramm folyadékot kellett a bőr alá juttatni. Újabban azonban, a mióta urethant is ad az oldathoz, 1 rész chinin már 10 rész vízben oldódik, úgy hogy 5 cm³ folyadékkal fecskendezhető be 1/2 gr. chinin. Az oldat összetétele a következő: Rp. Chinini hydrochlorici 2·0; Urethani 1·0; Aquae destill. ad 20·0. Csak nagy hidegben csapódik ki ebben az oldatban a chinin, de meleg vízbe állítva, tüstént újból feloldódik. A fecskendő tisztogatására carbololdatot nem szabad használni, mert a visszamaradó carbol-nyomokkal egyesülve, phenolchininhydrochlorid csapódik ki kristálytűk alakjában. A befecskendés helye gyanánt a has oldalsó részét ajánlja, a hol a kötőszövetben gyorsan szétoszlik és felszívódik a folyadék. Erős fájdalom ellen morphiumot ad subcutan 9—15 milligrammos adagban; ezzel elérjük, hogy a légzés fájdalomtalanra válván, a beteg nyugodtan és mélyen vesz lélekzetet, a tüdőbeli légcsere tehát javul, a mivel elejét vesszük a tüdőbeli keringés-zavarnak is. (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 5. szám.)

Sebészet.

A vérzésekről és utóvérzésekről tartott előadásának általános részében Payr tanár kifejti, hogy a vérzéscsillapításnak a háborúban egyszerűnek, biztosnak és tartósnak kell lennie. A verőerek sérülésekor a sérüléstől rendszerint távolabb fekvő typusos helyeken való érelkötéssel szemben előnyben kell részesítenünk a magában a sebben történő direct érelkötést, mely megfelelő eljárással könnyebben vihető ki, mint a hogyan sokan hiszik. A sebnek kitágítása, a véralvadék kitakarítása, a fontosabb melléksérülések felismerése s az idegen testek eltávolítása a seb gyógyulásának is nagy előnyére szolgál. Ha a typusos helyen való érelkötés helye a sérülés helyétől távolabb esik, a collateralis vérzés veszedelme fenyeget.

Elsődleges érvarratra a háborúban ritkán van alkalom. Sohasé nyugtasson meg bennünket az, ha a verőeres vérzés pillanatnyilag megállapodik. Az izomzat megduzzadása, a szövetek egyes rétegeinek eltolódása, a verőérnek perivascularis haematoma okozta összenyomódása, továbbá billentyűszerűen záró csontlemezek vagy lövedék a vérzés tartós csillapodását utánózhathat. Arrodált verő- és gyűjtőerekből létrejövő utóvérzés esetén a kötőszöveti ártatásokat a sebet gyakran beszáradt vérpörkökkel fedve találjuk. Centrifugális irányú masszálásra az alvadt vérrög a verőér nyílásán át ki fog jutni, míg a centripetalis compressio eredménye gyűjtőeres vérzésre utal.

A verő lövéscsatorna tamponálása teljesen céltalan és az infectio veszedelmével is jár. Szükség esetén a tamponokat a lövéscsatorna irányának megfelelőleg, de kívül, a bőrön alkalmazzuk.

Az Esmarch-pólya helytelenül alkalmazva veszedelmes. Gyakran látjuk, hogy nagyfokú gyűjtőeres pangást hoz létre. Egyik-másik katona magával visz gummicsovét, de sajnos, ezzel a laikus kezek már sok végtag-gangraenát idéztek elő.

Nagy jelentőségük van a végtagokon az intramuscularis haematomáknak, mert az erek összenyomása folytán súlyos gyűjtőeres pangás, thrombosis keletkezhetik, sőt a peripheriás végtagrészt elhalása is elég gyakori. Az akadályozott vérkeringést a vérömlenybe való hosszú bemetszés a legtöbbször azonnal megjavítja; az idejében végzett incisio a necrosis veszélyét elhárítja. A hűvös, livid, majd szürkés színű bőr a szövetek teljes elhalásának veszedelmére figyelmeztet. Mielőtt a haematomát fel nem tártuk, ne amputáljunk.

Aneurysma spurium esetén, a míg a külső seb teljesen nem gyógyult, az utóvérzés veszélye mindig megvan. Míg a bőrseb nem gyógyult meg egészen, a beteg továbbszállítását nagyon meg kell fontolni. A műtét ideje ily esetekben elhalasztható. Fertőzött sebekből létrejövő utóvérzések esetén a lekötés a legközelebbi helyen történjék. A szövetelhalás kezelése, a genyretentio levezetése majdnem olyan fontos, mint az érlumen sérülésének ellátása, ha a vérzés megújulását el akarjuk kerülni.

Lehetőleg ne szállítsunk oly betegeket, kiket 8 nap eltelte előtt amputáltunk, továbbá oly aneurysma spurium-csateket, a melyekben a seb még nem gyógyult, sepsises eredetű vérzésben szenvedőket, mielőtt érlelőtestet nem végeztünk, végül azokat sem, a kiknek vérzését tamponálással nem szüntettük meg.

Az arteria meningeae media lekötésének helye igen egyszerűen következőképpen található meg: a járomív közepére bocsátott merőleges vonal felezi a szabaddátételt céljából készítendő halántékcsontlebenyt s directe vezet az érre.

A sinus longitudinalisból eredő vérzés eseteiben a falx maiort a sinus alatt kell bemetszeni, a mikor is könnyen odasimítható a koponyatetőhöz. Az arteria maxillaris internából eredő vérzés eseteiben a carotis externát kötik le.

Mellüribeli vérzések — az eset természete szerint — néha le kell kötni vagy az art. mammaria internát, vagy a megfelelő intercostalist, vagy magasnyomású altatókészülék segítségével magát a tüdőt kell összevarrni. Többnyire elegendő a tüdő rögzítése a pleuranyíláshoz golyófogóval vagy odavarrással. Az olyan haemothoraxot, mely igen nehezen szívódik fel, az előadó több ülésben szokta csapolni, minden veszély nélkül. Empyemát ebből kifolyólag sohasem észlelt.

Hasúri erősebb vérzés esetén a laparotomia javalt. Az előadó egy 12 cm. hosszú mesenteriumszakadást és egy a májkapun levő repedést is sikerrel operált meg. A vesét erő lövések egyedül a vérzés miatt nem igényelnek műteti beavatkozást. Máj-, léprepedés fennforgásakor szükség esetén megkísérthetjük azt, hogy a bordaívet tapasztalókkal erősen komprimáljuk.

Húgycsőrepedés egy esetében, a mely a pars bulbosát érte, a bevezetett katheter nem csillapította a vérzést, de az urethra sebének összevarrására mindjárt megszűnt az. Erősebb végbélvérzés eseteiben vezessünk a végbélbe jodoform-gazsal beburkolt erős gummicsovét.

Az előadó több ízben kötött le oly ereket, melyeket csak ritkán szoktunk lekötöni, mint például: arteria trans-versa scapulae, arteria glutaee inferior, arteria profunda femoris stb.

Az előadáshoz hozzászóló Coenen tanár a csatamezőn csak kevés oly esetet látott, melyben a halál elsődleges külső elvérzés miatt állott be. Az egyik főköthetőhelyen megfordult 4000 sebesült közül csak három kellett verőeret lekötönie (egy radialis, egy tibialis, egy brachialis). Hogy az elsődleges belső elvérzés mily gyakori, azt csak a bonczolás tudná megállapítani. A haslövés miatt meghaltak bonczolásaikor némelyiknek sok vér volt a hasüregeiben a mesenterium beszakadása miatt.

Fotosabbak a lassanként kifejlődő másodlagos vérzések a testüregekben, az agyvelőben és az izmokban.

Arra nézve, hogy aneurysma esetén lekössük-e, vagy pedig bevarrjuk a főeret, a „collateralis próba“ a mérvadó, a mi abból áll, hogy a teljesen átmetszett értörzs csonkját centralis Höpfner-féle ércsípőbe fogva elzárjuk s ekkor nézzük, hogy a peripheriás csonkból jön-e arteriosus vér, vagy nem? Ha jön, akkor a próba pozitív s akkor az eret minden kár nélkül leköt-hetjük. Ha ellenben a peripheriás csonkból arteriosus vér nem jön — és ezt thrombus sem akadályozza —, érvarratot kell alkalmazni. Ez a szabály úgy érsérülés, mint aneurysma eseteiben egyformán érvényes.

Coenen végül felhívja a figyelmet a gyakrabban előforduló psoashaematomákra és hangoztatja a veselővések jóindulatúságát, a mennyiben észrevétlenül is gyógyulhatnak.

Végül Payr tanár megemlíti, hogy nem fertőzött haemothorax eseteiben rendszerint rövid idő múlva a bőr alatt vér-

festék jelenik meg, míg empyema eseteiben nem; ez utóbbiakban ezenkívül a bordaközök nyomásra érzékenyek. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 1. sz.) M.

A fagyás megelőzéséről és gyógykezeléséről tartott előadásában Pribram tanár az enyvét, mint régen ismert házi-szert ajánlja figyelembe.

Az enyv védő hatása ama tulajdonságán alapszik, hogy rossz hővezető, ezenkívül a bőrben igen finom physico-chemiai elváltozásokat hoz létre, a melyeknek nagyrésze még nincs teljesen kiderítve.

Ez olcsó és a harcztéren jól alkalmazható szert a prophylaxis céljából úgy használjuk, hogy a sűrű, meleg asztalosenyvet a menetelés előtt megfelelő nagy vászondarab egyik oldalára reákenve, ezzel a lábat — különösen pedig a lábujjakat —, mielőtt az enyv kihülne, bepólyázzuk s a csizmát reahúzzuk. A láb ezen enyves kötésben akár heteken át is minden baj nélkül bennmaradhat; a kötés a járást legkevésbé sem akadályozza és a lábat, mint a majmokon végzett kísérlet igazolja, a nagyobb hideg ellen is sikerrel megvédelmezi. A kötés eltávolítása meleg vízben történik. Ha azonban a láb e kötés daczára is megfagyna, akkor a kötést levenni nem szabad, hanem a lábat addig dörzsöljük, a míg felmelegszik.

Az enyv therapiás alkalmazása friss fagyás eseteiben szintén jó eredményt ad; a gyógyító hatás létrejötté szintén még magyarázatra szorul. (Wiener klin. Wochenschr., 1914, 52. sz.) M.

Gyermekorvostan.

A spasmophilia kezeléséről csukamájolajjal és tricalciumphosphattal ír Schloss. A szerző a múlt év telén négy spasmophil gyermekek különös étrendváltoztatás nélkül csukamájolaj és tricalciumphosphat adagolásával igen jó eredményt ért el, a mennyiben a spasmophil tünetek (laryngospasmus, Chvostek-tünet, villamos ingerlékenység) rövid idő alatt teljesen és állandóan elmaradtak. Ha ez a négy eset nem is elegendő a bizonyításhoz, mégis ajánlatos az e szereléssel való kísérletezés, mert más helyről is (Rohmer) hasonló jó eredményről számoltak be. A Rohmer által ajánlott chlorcalciummal szemben a szerző inkább a tricalciumphosphatot ajánlja, mert a calcium chloricum, nagyobb adagban hosszabb ideig adva, a csecsemők szervezetére korántsem kőzömbös, viszont elméleti okokból ajánlatos a phosphorcomponens adagolása az ideges tünetek ellen. (Adagolás: Rp. Tricalciumphosph. 10·0, Olei jecoris aselli 100·0. M. D. S. 2-szer naponta kávéskanálnyi. Használat előtt felrázandó.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde, 1914, 6. füzet.)

Vas Jakab dr.

Húgyszervi betegségek.

A gonorrhoea vaccinattherapiájának értékét bírálja Bloch tanár a baseli bőrkórtani klinikán észlelt megfigyelései alapján. 1909 óta a Brück-féle arthigonban igen jól használható, könnyen kezelhető, polyvalens gonococcus-vaccina van forgalomban. Ez utóbbinak akár izomközötti, akár bőr-alatti befecskendése rendszeren teljesen ártalmatlan a betegre és amellet a kankó therapiájában — főképp egyes gócszerű betegség-alakokban — lényeges haladást is jelent. Főképp arthritis gonorrhoeica és mellékheregyulladás eseteiben látunk már alig néhány nappal az első injectiók után igen kedvező eredményt, míg a többi kankós jelenség ellen a vaccina nagybárra hatástalannak mutatkozik. Egyébként a vaccina-therapia eredményei az intravenás befecskendések alkalmazása óta lényegesen javultak, a mennyiben ezzel az eljárással egyes esetekben a gonorrhoeás nyálkahártyafolyamatok, sőt az eddig ezen gyógymódra gyógyulással nem reagált prostatitisek is kedvezően voltak befolyásolhatók.

Bloch-nak mindjárt a kezelések legelején az a benyomása volt, hogy a hatás terén mutatkozó eltéréseket nem annyira a szer specifikus voltának kell tulajdonítani, hanem az valószínűleg inkább az általános reactio intenzitásával áll

kapcsolatban. Azt a kérdést tehát, hogy a vaccina specifikus hatása nyilvánul-e meg ezekben az esetekben, vagy pedig lehet-e az elért eredményeket esetleg másképpen is magyarázni, Bloch kísérletek útján kívánta megoldani s ezen célból néhány különösen súlyos gonorrhoeás arthritises betegen typhus-vaccinás (0.3—1.0 adagokban) izomközötti befecskendéseket alkalmazott. S íme a legtöbb esetben közvetlenül a lázas, illetőleg általános reakciók lezajlása után az arthritises tünetek csakhamar lényegesen enyhültek s e beteg ízületek rövidesen teljesen meggyógyultak.

Ezek a kísérletek tehát arra tanítanak minket, hogy teljesen specifikus jellegű betegségek olyan reakciók által is, melyek a fennálló kórfolyamatok genesisével semmi kapcsolatban sincsenek, csak olyan jól befolyásolhatók, mint a specifikus vagyis az eredeti antigenre célzó gyógymódok által; nem helyes tehát, ha mindazt a javulást, a mi a körképben a specifikus gyógyszer adagolása után mutatkozik, minden további megbírálás nélkül specifikus folyamatokra vonatkoztatjuk. (Schweizer Korrespondenzbl., 1914, 44. sz.)

Drucker.

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

A sebék környékének beretválása helyett Kuznitsky a dulmin nevű, aránylag kevésbé izgató szőrtelenítő szert ajánlja, a melynek alkotórészei: strontium sulfuratum, zincum oxydatum, farina tritici és kevés illatosító anyag. A port kevés vízzel sűrű péppé alakítjuk. Az eltávolítandó hajzatot vagy szőrtöket előbb ollóval rövidre nyírjuk, azután spatulával fölkenjük a pépet és a szőrök erőssége szerint 5—6 percig rajta hagyjuk. Ezen idő elteltével megnedvesített vattával letöröljük a pépet s vele együtt a szőrtöket. Az eljárás különösen ott ajánlatos, a hol a beretválás nehézséggel jár (hónalj, gát, végbélnyílás, scrotum) és a hol igen kiméletesen kell történnie a szőrtelenítésnek, például a hajzatos fejbőrön koponyatörés után. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 5. szám.)

A benzin pótlására a sebészetben Krummacher a carbonum tetrachloratumot ajánlja. Ismeretes, hogy a tiszta benzin fogytán van, már alig kapható, pedig a sebészetben nagy szükség van rá. Nagyon örvendetes volna tehát, ha igaznak bizonyulna a szerző azon állítása, hogy a carbonum tetrachloratummal éppen oly jól megtisztítható a bőr piszoktól, pörköktől, kenőcsmaradványtól, mint a benzinnel, és hogy éppen oly kevésbé izgat. (Medizinische Klinik, 1915, 6. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 6. szám. Balassa László: A „Dial-Ciba” altatóról. Sümei József: Rokkant katonák gyógyítása.

Budapesti orvosi újság, 1915, 5. szám. Sándor János: A tüdő-tuberculosis mesterséges pneumothorax-szal való kezelése a gyakorlóorvos szempontjából. 6. szám. Eredeti közlést nem tartalmaz.

Vegyes hírek.

Katonai kinevezések. A király báró Herczel Manó dr.-t a háború tartamára másodosztályú főorvossá, Kovács Aladár dr.-t pedig törzsorvossá nevezte ki.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről január 18.-ától 24.-éig 44 cholera megbetegedést jelentettek be 18 halálalalalal. Az esetek következőképpen oszlanak meg: **Városok:** Budapest 1, Debreczen 1, Miskolc 3, Szabadka 2, Szatmárnémeti 1, Ujvidék 11. **Vármegyék:** Bács-Bodrog vm.: Palánka 2, Petrócz 1, Ófutam 1, Magyar-kanizsa 3; Bereg vm.: Beregszász 1; Borsod vm.: Finke 1, Mezőkövesd 2; Esztergom vm.: Esztergom-kenyérmezői fogolytábor 1; Gömör vm.: Rimaszécs 1; Heves vm.: Gyöngyös 1, Hatvan 1; Hajdú vm.: Püspökladány 1; Jász-nagykun-szolnok vm.: Szolnok 2; Sáros vm.: Fülöp 1; Szabolcs vm.: Nyíregyháza 1; Temes vm.: Óecska 4, Szabadfalu 1. A choleraesetek közül 13 az északi harctérről, 7 eset a déli harctérről érkezett, 5 eset helyben állomásozó katonák között, 2 eset hadifoglyok között fordult elő, 17 pedig polgári egyén volt.

A székesfővárosi szent Erzsébet apáczarend kórházában 1914-ben összesen 512 beteget ápoltak; egy betegre átlag 29 nap esett. Műtétet 80 esetben végeztek. A kórház teljesen díjtalanul teljesíti emberbaráti működését. Főorvosa Vladár Márton László dr., osztályos rendelőorvosa Diescher Ferenc dr.

„Kórházi kisegítő-könyvecske” címen nagyon ügyes füzetet adott ki az Országos központi községi nyomda részvénytársaság, mely

lehetővé teszi az idegennyelvű beteg katonák és az ápolószemélyzet között az érintkezést. Ara 50 fillér.

Meghalt. Olsavszky Viktor dr., járásorvos és tiszteletbeli megyei főorvos, a nagysomkúti kórház igazgatója, 44 éves korában január 29.-én. — Rosenberg Samu dr. keszthelyi körorvos. — Singer János dr., az aradi szerb fogolytáborban szerzett kiütéses typhus folytán 46 éves korában február 6.-án. — Alexy Sándor dr., Pityvaros község orvosa, a háborúban szerzett typhus-fertőzésben 37 éves korában. — Ifj. Kovács József dr. mint szerb hadifogoly Valjevóban. — Mally Ferenc dr. gönyői körorvos február 4.-én. — L. Laquer igen ismert ideg orvos, a háborúban szerzett typhus-fertőzésben 37 éves korában. — Ph. Peck dr., vezérőrtörzsorvos, a közös hadsereg egészségügyi főnöke, a fogolytáborok látogatása alkalmával szerzett kiütéses typhusban, február 7.-én. — R. Olshausen, a nőorvostan nyugalmazott tanára a berlini egyetemen, kiváló gynaekologus, január 30.-án, 80. évében. — E. v. Esmerich, a közegészségtan tanára a göttingai egyetemen, 60 éves korában. — J. Arnold, a kórbonczolástan nyugalmazott tanára a heidelbergi egyetemen, február 3.-án, 79 éves korában.

A francia orvosi lapok gyűlölködése a németekkel szemben igazán undorító. A máskor előkelő Presse médicale minden száma hazugságoktól duzzadó vezércikket közöl, a melyekben a „francia feleségek, anyák és leányok” megbecstelítéséről ír és gyűlöletes hangon szól a német kultúráról, a mely „pusztán materialis”. E lap utolsó száma valami Dupuy nevű orvos levelét közli. Ez a collega azt mondja, hogy két fiatal leány magzatelhajtást kér tőle, hogy a gyűlölt „Boches” erőszakának következményeitől meneküljön. Ő azt ajánlotta, hogy a leányok nyugodjanak meg sorsukban, de hagyják az „Assistance” nyakára a „kétes eugenetikájú” gyümölcsöket. De mégis tanácsot kér a „Presse med.”-tól. Míles, a lap hadi szerkesztője úgy tesz, mintha nem tudna eligazodni a kérdésen és az olvasók nézetét kéri. „Annyi asszony körülötte gyávának tartja a javasolt eljárást.” Látszik ebből, hogy még a méltán és régóta nagyrabecsült francia orvosi ethika sem áll meg szilárdan a háború okozta gyűlölet hullámai közepette. Derék collegánk Dupuy azt is állítja, hogy — „hallomása szerint” — egy francia pap az ilyen criminalisan concipált gyermek megölését jogosnak, sőt kötelességnek nyilvánította.

Hírek külföldről. A Vilmos császár-társaság által alapított dalmi biológiai kutató-intézet legközelebb megnyílik. A társaság legközelebbi alkotása agykutató-intézet lesz. — Weichselbaum tanár e hó 8.-án érte meg 70. születésnapját. — Heidelbergben a félkarúak részére iskolát akarnak alapítani, a hol a félkarúakat és egyik karjukra bénákat félkarú tanár kitanítaná a megmaradt kar czélszerű használatára. A mozgalom élén Vulpius dr., az orthopaedia tanára áll.

Személyi hírek külföldről. R. Dittler (élettan) és O. Gros (gyógyász) lipcei magántanárok rendk. tanárok lettek. — Az innsbrucki egyetem nőorvostani tanszékére P. Mathes gráci magántanárt nevezték ki. — A prágai német egyetemen R. Kahn dr. magántanárt az élettan valóságos rendk. tanárává nevezték ki.

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

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

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos. IV., Ferencz József-rakpart 26.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01. Sebészeti osztály vezetője: Dapsy Viktor, v. egyet. tanársegéd. Belgyógyászati osztály vezetője: Dr. Dolécsko János, főorvos. Nőgyógyászati osztály vezetője: Dr. Schmidlechner Károly, egyet. magántanár

DR. GÁMÁN BÉLA

diétás-gyógyintézete

VOLOSCA-ABBAZIA.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujannon átalakítva. Prospectus.

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

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek GEBBERT és SCHALL R-T.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

UJTÁTRAFÜRED. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1915 január hó 16.-án). 99. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1915 január 16.-án.)

Elnök: Liebermann Leó.

Jegyző: Bence Gyula.

Febris recurrens esete.

Mandel Dezső: A betegség a 80-as évek óta Európából majdnem teljesen eltűnt, Oroszország és Bosznia-Hercegovina kivételével.

A beteg a déli harcztérről jött, hol december 4.-én jobb lábszárán szenvedett az izmok áthatoló sérülést. December hó 12.-én Belgrádból hajón Budapestre hozták, hová 20.-án érkezett meg. Két napi prodromális szak után 24.-én felszökik a hőmérsék 39°-ra, a lép erősen megnagyobbodik, profus hasmenés áll be. A láz apró remissiókkal 6 napon át fennáll. Ezek a tünetek azt a gyanút ébresztik, hogy typhus abdominalis van jelen és átteszik a beteget a III. sz. belklinikára.

A jól fejlett és táplált beteg mellkasi szerveiben diffus bronchitisen kívül egyéb eltérés nincsen. A has kissé puffadt. A léptompulat felső határa a VI. bordán veszi kezdetét, lefelé 3 ujjal meghaladja a bordaívét, előre pedig 2 harántujjal az első hónaljvonalat. A nyelv vastag lepedékkel fedett. A pulsus száma 120.

A beteg az éjszaka folyamán kritikusan deferveskál. A hasmenés pár napig még fennáll, bolus albára megszűnik. A lép rohamosan fejlődik vissza.

Nyolcz napi láztalan állapot után a hőmérsék ismét pár óra alatt borzongás, fejfájás, bágyadság kíséretében 39°-ra szökött.

A nyelvet ismét vastkos fehér lepedék fedi, a pulsus szám 120 fölé emelkedik. A beteg álmatlan, éjszaka nyugtalan. A lép két nap alatt ismét megnövekedik előbbeni nagyságára. A második napon nyilvánvaló, hogy febris recurrens relapsusával van dolguk. Ilyen irányban vizsgálva a beteg véré, megtalálják az *Obermeier*-féle spirochaetákat. Azonkívül kisfokú leukocytosist (11.000). Salvarsant a betegnek nem adtak, hiszen már 1—2 nap múlva várhatták a kritikus esést, azonkívül a beteg erőbeli állapota sem hagyott fenn semmi kívánni valót. A kritikus esés az 5. napon pontosan be is következett, a beteg a reconvalescentiában hamarosan magához tért, a léptompulat ismét eltűnt.

Rövidesen megemlékszik még bemutató a betegség terjedésmódjáról és figyelmeztet arra, hogy a klinikán most ápolnak egy újabb esetet, a melyben már Budapesten történt a fertőzés.

Febris recurrens esete.

Áldor Lajos: A bemutatott 22 éves, brünni származású gyalogos a múlt évben, november hó 22.-én a déli harcztéren mindkét kezén lőtt sérüléseket szenvedett. Sérülései és a jobb lábujjakon létrejött másodfokú fagyása miatt a harcztérről egy a harcztérhez közeleső, onnét pedig egy budapesti katonakórházba szállították. Innen a beteg a múlt év december 17.-én a Nemzeti Munkapárt Körének kórházába lett áthelyezve.

Decz. 17.-étől 19.-éig jól érezte magát. Sebe bőven gyógyult ugyan, de láztalan volt. 19.-én és 20.-án hőmérséke 38° C körül van; 21.-én éjjel erős hidegrázás áll be, a hőmérsék 39°-ra, másnap 40°-ra emelkedik. 40°-on felül marad 24.-éig, ekkor és 25.-én reggel és este a hőmérséklet 39°—39°50'; 25.-én éjjel erős izzadás után a beteg hőmérséke 35°-ra esik le, 3 napon át 36°-on aluli. A beteg 6 napon át láztalan. December 4.-én, 1 órán át tartó erős hidegrázás után a hőmérsék 40°-ra megy fel, így marad 5.-én, 6.-án 40°50'; 7.-én 39°70', 7.-éről 8.-ára virradó éjjel a láz ismét erős izzadás kíséretében 34,8°-ra

süllyed, így marad 9.-én. December 10.-e óta a beteg hőmérséke normalis.

Az első lázas periodus alatt a lép nem volt tapintható. Hátra a jobb tüdő alsó lebenyének megfelelően gyermektenyérszerű területen bronchopneumoniás gócz volt kimutatható; mérsékelt expectoratio, kissé haemorrhagiás köpet. A szív működés elég jó, a pulsus száma az első lázas periodus tetőfokán 110. A lázat ekkor részben a bronchopneumoniából, részben a bőven gennyedő sebből véltük magyarázhatónak.

A második periodus első napján a lép jól volt tapintható 1½ ujjnyival a bordaív alatt; felső határa a VII. bordánál volt. A beteg bőre különösen az arczon feltűnő piszkos sárga színeződést öltött. Hátra a jobb tüdő alsó lebenyében ismét bronchopneumoniás gócz mutatható ki; a szív-tompulat jobb felé megnagyobbodott, a pulsus 130 és 140 között. A vizelet normalis, a köpet pneumococcusokat jellemző mennyiségben nem tartalmaz.

A lázas periodus recurrens jellege, a hirtelen megnagyobbodott lép és az említett bőrszíneződés alapján a bemutató febris recurrens lehetőségére gondolt, a mely felvételre az első lázas periodus az akkor még hiányzó lép-megnagyobbodás hiánya miatt nem jogosította. A felkérésére *Gerlőczy Géza* és *Weisz Ármán* által végzett vérvizsgálat azt mutatta, hogy a vér bőven tartalmaz *Obermeier*-féle spirochaetákat. A vér histológiai képe egyébként normalis. A spirochaetákat a második lázas periodus két napján találták 40°-on felüli hőmérsék mellett. A következő, a deferveskálást megelőző napon spirochaeták már nem voltak találhatók. A beteg általános állapota ezen idő alatt a fokozódó szívgyöngeség, dyspnoé következtében meglehetősen fenyegető jelleget öltött, a mi cardiacumok erélyes alkalmazását tette szükségessé. (Digalen intravenosusan, majd digipuratum per os.)

Ma már 9 napja, hogy a beteg láztalan; ez idő alatt a therapia erélyes táplálásból és kétszer naponta 0,5 gr. chinin adagolásából állott. Teljesen jól van és rohamosan erősödik.

A salvarsantherapiára már csak az említett szívgyöngeség miatt sem lehetett gondolni és arra sincs ok, hogy az utólag alkalmaztassék. Úgy látszik ugyanis, hogy ami klímás viszonyaink és kedvező hygienés körülmények között a typhus recurrens lefolyása kedvezőbb, mint a milyen volt *Iversen* eseteiben Szt. Pétervárott, a ki minden esetben szükségnek látta a salvarsantherapiát.

E mellett szól a bemutatónak egy másik esete, a melyet röviddel a háború kitörése után a Vörös Kereszt-kórházban levő osztályán *Imrédy*-vel együtt észlelt. Itt ugyan nem sikerült a vérben spirochaetákat kimutatni, azonban a kb. 8 heti észlelés a typhus recurrens valószínűségi diagnózisát jogosulttá tette.*

A beteg négy lázas perioduson ment keresztül és minden későbbi szakasz könnyebb lefolyású volt, mint a megelőző.

A bemutatott beteg még nincs biztosítva egy harmadik, vagy akár egy negyedik rohammal szemben, azonban semmi okunk nincs az eddig bevált terapiától elállani, a mely főleg általános hygienés és roboráló jellegű.

A betegnek még hosszabb ideig szándékoznak chininum sulf.-ot adni.

* *Megjegyzés a correctura folyamán.* Nem minden recurrens esetben találhatók spirochaeták. Ennek fő oka az, hogy azok a vérben igen gyorsan mennek tönkre. Ilyenkor lehetővé teszi a biztos diagnózist a *Löwenthal*-féle kísérlet. A recurrensre gyanús beteg serumának egy cseppjét összehozzuk egy más, spirochaetákat biztosan tartalmazó beteg vérével; az eredmény pozitív, ha ilyenkor a spirochaetákra jellegzetes mozgások megszűnnek. E célból természetesen szükséges, hogy rendelkezésünkre álljon olyan beteg, a kinek a vérében spirochaeták mutathatók ki.

Mester Emil: A II. belklinikán is észlelték febris recurrens esetet. A II. lázroham után láztalan maradt a beteg. Nem adtak salvarsant, hanem nagy adag jodkalival kezelték.

Jakobi József: A váci-úti hadikórházban is észlelt két febris recurrensben szenvedő beteget. Mindkettőn oly ritkább tünetek voltak, melyek indokoltá teszik a felemlítést.

Mindkét beteg a déli harcztérről érkezett s egyike ugyancsak decz. 13-ikán, ugyancsak Belgrádból, s ugyancsak hajón érkezett, tehát minden valószínűséggel a bemutató esetével egy helyen inficiálódott. Mindkét esetben a második lázroham kezdetén ismerték fel a betegséget s a spirochaeták kimutatása a második lázroham két utolsó napján sikerült. Az egyik betegnek az első lázroham alatt egy ízben csaknem tiszta vérből álló ürüléke volt, majd a láz leesése után 3 napig acholiás, igen sok nyálkát tartalmazó széklet ürített. A másik beteg az első lázroham alatt igen kifejezett icterus jelentkezett, ezzel egyidejűleg a conjunctivák nagy részét elborító vérzések voltak, majd a bal szem ptosisa állott be. Mindezen tünetek elmúltak, legtovább a ptosis állott fenn. A lép mindkét betegben meg volt nagyobbodva s az utóbbinak a mája is kifejezetten nagyobb volt. Mindkét beteg eddig két-két rohamot észlelték.

Hutyra Ferencz: Az állatokon előforduló hasonló betegségről ki van mutatva, hogy tetvek terjesztik. Tyúkokon, libákon egy kullancs szerepel a bántalom átvitelében. Lehet, hogy az emberek között is így módon terjed. Az állatokon is salvarsannal, atoxyllal, atoxylsavas hydargyrummal lehet gyógyítani a bajt.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1327/1915. szám.

A fejemegyei Szent György-kórházban egy alorvosi állás megüresedett. Az állásra pályázhatnak okleveles orvosok, ezek hiányában szigorlók vagy idősebb orvosnövendékek is.

Az állás javadalmazása: 1400 kor. fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés.

Az állás azonnal elfoglalandó.

Az egykoronás bélyeggel ellátott kérvény méltóságos Hunkár Dénes főispán úrnak címezve, a vármegyei Szent György-kórház igazgatóságához nyújtandó be 1915. évi március 1.-éig.

Székesfehérvár, 1915 február 3.

Alispán távol:
Balassa, főjegyző.

A pesti izr. hitközség kórházának belgyógyászati osztályán a háború tartamára segédorvosi állás töltendő be.

Orvosok és szigorló orvosok, kik a belgyógyászattal foglalkoztak, jelentkezhetnek délelőttönként a kórház igazgatóságánál (VI., Szabolcs-utca 33).

Javadalmazás: Lakáson és teljes ellátáson kívül havi 100 korona fizetés és 100 korona pótlék.

Budapest, 1915 február 5.

Benedict Henrik dr., egyetemi magántanár,
a kórház igazgató-főorvosa.

76/1915. szám.

A vezetésem alatt álló kórházban lemondás folytán megüresedett három segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A segédorvosok javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos Makfalvy Géza úrhoz, Somogy-vármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók be február hó 18.-áig.

Kaposvár, 1915. évi január hó 26.-án.

Szigethi dr., igazgató-főorvos.

329/1915.

Az elhalálozás folytán megüresedett (Nógrád vm.) kékkői kör-orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kör 12 községből áll 7404 túlnyomóan tótajkú lakossal. Székhelye Kékkő, mely egyszersmind járási székhely. A székhelyen nyilvános gyógyszerár van.

A körorvos javadalmazása: 1. törvényszerinti 1600 korona törzsfizetés és korpótlék, 800 korona lakbér, 960 korona útiátalány; 2. 600 korona helyi pótlék; 3. a szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műteti díjak.

Az eddigi alkalmaztatást is igazoló pályázati kérvényeket folyó évi március 15.-éig fogadom el.

A választás határnapjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Kékkő, 1915 január hó 26.

Szerény Ödön, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

FÁJÓS LÁBAKRA ajánlja —
ERŐ ADOLF FIA készítményeit
ortopéd cipőmester
Budapest, Kossuth Lajos-u. 4

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilv. tehénhímlő-termelő intézete, II., Margit-körut 45.

A tehénhímlő oltóanyag és a m. k. áll. difteria ellenes serumon kívül kapható nálam:

- | | |
|---|---|
| 1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. K 6.50 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.20 | 4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. K 16.25 |
| K 5.20 | 5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.— |
| K 5.20 | 6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.— |

Dr. Szegő Kálmán sanatoriuma és vizgyógyintézete

felnőttek és gyermekek részére Abbazia tengeri fürdőben (Ausztria).

Elsőrangú intézet. Egész éven át nyitva. Az összes physikális gyógy-módok. Zander-intézet. Erősítő-, edző-, hizlalókúrák. Gyengeszervezetűek, lymphatizmus, dispozições katarhusok, idült peritonitikus exsudatiók stb. speciális kezelése. Idült izület- és csontbetegek conservatív kezelése, torlódási hyperaemia, fixatiós kötések, tengeri fürdők, általános erősítés stb. által. 7 éven felüli gyermekek kíséret nélkül is felvétetnek.

Sanatorium Purkersdorf Wien mellett

Ideg- és belbetegek számára.

Elmebetegek és fertőző betegségekben szenvedők kizárva. Hizlaló kúrák, gyomor- és belbetegek, valamint diabetes részére külön osztály.

Külön osztály szívbeteg részére Dr. Max Herz magántanár vezetése alatt. Egész éven át nyitva. — Főorvos: Dr. Ludwig Stein, császári tanácsos.

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyvényes
SAVANYÚVIZ.

A Zoltán-féle csukamájolaj

Ára K 2.—

kapható minden gyógyszerárban.

Ára K 2.—

Nyomatott Pápai Ernő műintézetében, Budapest VI., Szerecsen-utca 65 (Liszt Ferencz-tér sarok).

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.

Borszéki Károly: Hadsebészeti tapasztalatok. 101. lap.**Gáli Géza:** Háború és tuberkulózis. 105. lap.**Dollinger Béla:** Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Spondylitis tuberculosa (2000 eset alapján). 106. lap.**Dollinger Gyula:** A Magyar Vöröskereszt-Egyesület rokkant katonákat segélyző bizottságának munkaprogramm-tervezete. 108. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvosan. Umber:* Meningitis cerebrospinalis. — *Farmachidis és Vattuone:* A diabetes opotherapiája. — *Sebészeti. Rotter:* Mellkasi lövés 225 esete. — *Gyermekorvosan. Lövegren:* Az alimentaris láz keletkezése. — *Húgy-szervi betegségek. M. Cealic és L. Strominger:* A prostatatályog eseteiben végzett prostatotomia távoli eredményei. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Weidenfeld és Pulay:* Ruhafüti elleni védekezés. — *Singer:* Dysenteria. — *Johannesson:* Strophantia. 112–113. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi újság. 113. lap.

Vegyes hírek. 113. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hadsebészeti tapasztalatok.

Irta: Borszéki Károly dr., egyetemi rendk. tanár, a tavaszmező-utcai honvéd-hadikórház parancsnoka.

Habár a mostani háborúnak még csak öt hónapja telt el, máris oly nagyszámú és olyan különböző sebesülések szállítottak a fővárosba, hogy többé-kevésbé tökéletes képet már most is alkothatunk magunknak nemcsak azokról a sebesülésekről, a melyeket a legmodernebb hadviselési módok eredményeznek, hanem arról is, hogy milyen eredményeket tudunk elérni alkalmazott kezelésünkkel. Mint-hogy a különböző helyeken működő sebészek nemcsak különböző súlyosságú sebesülteket kezelnek, hanem a kezelés módjaiban is nem ritkán igen nagy különbségeket látunk, úgy gondolom, nem végezek felesleges munkát akkor, a mikor beszámolok azon tapasztalatokról, a melyeket saját sérülések anyagomon gyűjteni alkalmam volt. A kezelésmódoknak lehető objectív elbírálása szempontjából összeállítottam a sérültek sorsát, hogy a kedvező és kedvezőtlen eredmények egyaránt megítélhetők lehessenek.* A harctérnek közvetlen közelében vagy a tábori kórházakban működő sebészeknek nem igen lehet alkalmuk arra, hogy operáltjaiknak vagy pláne csonttörött sebesülteiknek sorsát figyelemmel kíséressék mindaddig, a míg azok sorsa véglegesen el nem dőlt; pedig egy kezelési vagy műtéti mód értékének elbírálásakor ez kétségtelenül fontosabb, mint a pillanatnyi eredmény.

Az anyag, a mely a jelen összeállításom alapját teszi, a háború kitörésétől 1915 január 1.-éig terjedő időre vonatkozik és a tavaszmező-utcai 500 ágyas hadikórház, a budapesti poliklinika, a magánmérnökök, valamint az építőmesterek 50–50 ágyas kisegítő vöröskeresztes kórházában nyert elhelyezést. Minthogy a tavaszmező-utcai hadikórházban (iskolaépületből lévén átalakítva) kényes, a legszigorúbb aseptiszt igénylő műtéteket (pl. csonttransplantációkat, aneurysma-műtéteket, idegvarratokat stb.) elvégezni nem volt módomban.

* A statisztikai adatokat **Miklós Jenő dr.** poliklinikai orvos és **Rothman István** orvostanhallgató volt szíves összeállítani.

azilyen eseteket a poliklinikára helyeztem át, míg a már gyógyulóban lévő vagy hosszadalmasabb utókezelésre szoruló operáltjaimat az említett két vöröskeresztes kisegítő kórházba vittem; ily módon alkalmam nyílt a legtöbb esetben a végső eredményt is megállapíthatni.

Kezdetben a sebesülteket egyenesen a harctérről kaptuk, később a legtöbbet már csak másodkézből, rövidebb-hosszabb ideig tartó kórházi kezelés után. Ugy az első, mint a második csoportba tartozók (igen kevés kivételt leszámítva) a legcorrectebb állapotban, sebészileg jól ellátva kerültek ide; ha egyik-másik esetben akadt is kifogásolni való, annak oka mindenek szerint nem a szaktudás vagy lelkiismeretesség hiányában, hanem a körülményekben lelte magyarázatát. A törések ideiglenes ellátása köréből sokszor igen ügyes és megfelelő improvizált kötéseket láttunk; én is csatlakozom azon már több oldalról hangoztatott véleményhez, hogy a végtag-törések szállítására a gipsz-sínek a legalkalmasabbak. Néhányszor tapasztaltam, hogy középső vagy felső harmadbeli csonttörés esetén csak a térdig vagy alig azon túl érő pléhsínbe lett a tört végtag helyezve, a mi talán még annál is rosszabb, mintha egyáltalában semmi sín sem lett volna alkalmazva. Az organtin-kötések majdnem mind behorpadva, megtörve kerültek ide; valószínűleg nem volt elegendő idő a megszáradásra. Egnéhány esetben azt is tapasztaltam, hogy súlyosabb, de csonttöréssel nem járó végtagsérülések vagy kiterjedtebb phlegmonék organtinkötéssel lettek ellátva. Ennek az volt a káros következménye, hogy hosszabb vasúti szállításkor ezen kötések nem lettek megváltoztatva, nyilvánvalóan azért, mert csonttörésnek tartották az eseteket; a kötés eltávolítása után nem egyszer a genytről valóssággal macerálva volt az egész végtag; a jodtincturával való túlságos bekenés következtében nem egyszer oly súlyos dermatitiseket, sőt nagyobb kiterjedésű hámleválásokat is láttam, hogy ezek meggyógyulása sokkal hosszabb ideig tartott, mint maga a sebzés begyógyulása.

Az első szállítmányok legnagyobbbrészt könnyű lövésű sérülések voltak; egyszerű, minden szövödmény nélküli végtag-lágyrészlövés, metatarsus- vagy metacarpus-lövés. E fajta könnyű sérüléseket azóta már nem is láttunk; srapiell- vagy fegyverlövés okozta szilánkos csővescsont-törések,

csigolya- és koponyalövés mellett súlyos fagyások és kiterjedt phlegmonosus lágyrész-sérülések kerültek hozzánk. A kezelt sérülések súlyosságát legjobban azon egy adattal illusztrálhatom, hogy a tavaszmező-utcai hadikórházban kardcsony estéjén a közel 500 sebesült katona közül csak 84 volt olyan, a ki felkelhetett.

A vezetésem alatt álló említett 4 kórházban 1915 január elsejéig összesen 1564 katona volt kórházi kezelés alatt; ehhez járul még a poliklinika sebészi járóbeteg-rendelésén kezelt 160 könnyű sebesült. A kórházakban ápolott 1564 katona közül 75 belső, 11 bőr- és bujakórban szenvedő, a többi 1478 sebészi beteg volt.

Az 1564 ápolott sorsa december 31.-én a következő:

gyógyultan a csapattesthez bevonult	604
az üdülő osztághoz áttétetett	51
más intézetbe helyeztetett át	272
magánápolásba helyeztetett át	136
mint katonai szolgálatra alkalmatlan, felülvizsgálatra bocsáttatott	40
meghalt	41
visszamaradt 1915-re	420

Összesen 1564

A halál oka a 41 esetben a következő volt:

sepsis	18
tetanus	4
agyrongcsolás	9
gerinczagyrongcsolás	4
pneumonia	4
tüdőtuberculosis	1
peritonitis	1

Összesen 41

Az 1478 sebészi eset túlnyomó nagy része lövési sérülés volt; szúrású sérülést 8, zúzott sérülést 20, égési sérülést 3 esetben észleltünk; valamennyi csupán lágyrész-sérülés volt.

Igen súlyos sérülések voltak a fagyások; a kezelt 54 eset közül csupán 6 volt olyan enyhébb fagyás, hogy műtéti beavatkozásra nem került a sor. Alkoholos párákötésekre szépen megjavultak. A többi 48 eset részben a demarcatiohoz közel álló mumificatiós stadiumban, részben kezdődő, illetve előrehaladottabb gangraenás stadiumban jutott hozzánk. A műtéti beavatkozással addig vártunk, a míg a demarcatio helye mutatkozott; a fennálló magas hőemelkedések és igen erős fájdalmak egynéhány esetben arra indítottak, hogy az amputatiót még a demarcatio bekövetkezése előtt végezzem; az Esmarch-pólyával való leszorítás után beállt következményes vérbőséges vonalban végeztem az ablatiót. Az ezen indicatio alapján végzett műtétek a következők voltak: *ujj-, illetve ujjpercz-enucleatio: 26 (lábán 20, kézen 6), Chopart-enucleatio 2, Lisfranc-enucleatio 12, lábszár-amputatio 8.*

Legszomorúbb ezen esetek közül egy honvéd gyalogos, a kinek mindkétoldalt czombtörése volt; négy napig feküdt minden segítség nélkül a harcmezőn és ezen idő alatt mindkét lába a lábszár közepéig és mindkét keze elfagyott, úgy hogy mind a négy végtagját amputálni kellett volna; a kétoldali lábszár-amputatiót el is kellett végezni, de az alsó kar-amputációra már nem került a sor. Egy Chopart-enucleált pneumoniában pusztult el, a többi mind meggyógyult.

A demarcatio siettetésére és desodorálásra chlorvizbe áztatott gazet alkalmaztam minden esetben.

Az 1393 lövési sérülés közül 1102 volt fegyver-, 287 srappell-okozta lövés; 4 esetben a sérülés minőségéből határozottan megállapítani azt, hogy milyen módon keletkezett, nem lehetett. 64 esetben a projectil a testben bennmaradt; ezen esetek közül 59-ben a löveg eltávolított. Valamennyi esetben a projectil helyét pontos x-sugaras vizsgálat állapította meg (Alexander tanár volt szíves a vizsgálatot elvégezni). 3 esetben a golyó a mellüregben, 1 esetben a hasüregben

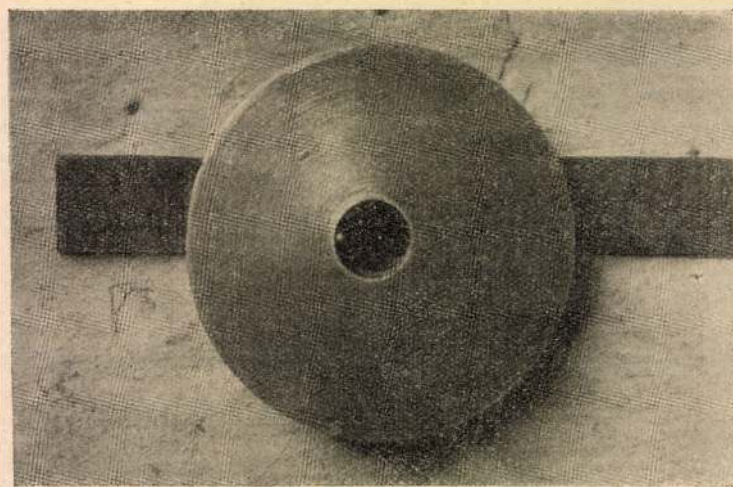
feküdvén, annak eltávolítását nem találtam indikálnak. Egy esetben a golyó eltávolítása nem sikerült; az x-sugaras átvilágítás szerint annak a csípőcsonton az acetabulum közelében kellett feküdnie, de nem sikerült megtalálni.

A löcsatorna szeszélyes lefutásának néhány érdekes esetét mi is észleltük:

Bemeneti nyílás a csípőcsonton 2 harántujjal az elülső csípőtővis alatt, a projectil közvetlenül a bőr alatt hosszirányban elhelyezve az Achilles-ín felett. Egyáltalában semmi sérülés.

Bemeneti nyílás a bal lapoczká csúcsa alatt, a projectil a jobb trochanter fölött subcutan; mellüregbeli sérülésnek semmi nyoma.

Az eltávolított projectil egy esetben a szemüregbe beékelte 5 cm. hosszú spirális dugóhúzószzerűen csavarodott fém-szalag, egy esetben a czombsont alsó harmadába beékelte srappell-hüvelyrészlet volt (l. ábra).



A projectil eltávolítását, hacsak nem volt nagyon könnyen hozzáférhető helyen, aethylchlorid-narcosisban végeztük; egyszerűségénél, könnyű kivihetőségénél és veszélytelen voltánál fogva az aethylchlorid-narcosist úgy ezen célból, mint phlegmonék bemetszése és tályognyitások alkalmával előszeretettel alkalmaztam.

Az ártalmatlan lefolyású löcsatornákkal szemben egynéhány esetben rettenetes pusztítást végzett a projectil; csak egynéhány példát említek:

M. Ignác, 22 éves gyalogos; 1914 szeptember 8.-án sebesült meg; szeptember 16.-án vétetett fel a poliklinika kórházába. Bemenet a bal szemüregben; a bal szemteke összerongcsolva, a bal sinus maxillaris megnyitva, a felső állcsont bal fele összerongcsolva, a nyelv darabokra szakadva, tele csont- és fogtörmelékkel, az alsó állcsont jobb fele darabokra törve, a kulcsont, 2. és 3. borda szilánkosan törve. A szemteke enucleatioja, a csonttörmelék eltávolítása, a nyelv varrása, az alsó állcsont varrása és plasztikája után a beteg életben maradt.

Ch. Ferencz, 30 éves trainkatona, augusztus 16.-án sebesült meg. Augusztus 21.-én vétetett fel a poliklinika kórházába. Bemeneti nyílás a bal trochanter felett; a czombsont szilánkos törése, a csípőizület megnyitva, kimenet a gát tájékán; vizelet-beszűrődés, húgycső- és prostata-sérülés. A csípőizület feltárása után a czombfejec eltávolítottatik és a czombsont az acetabulumba beleszőgeztek. Gyógyulás.

R. Miklós, 24 éves gyalogos, október 2.-án sebesült meg. Október 7.-én vétetett fel a tavaszmező-utcai hadikórházba. Bemeneti nyílás a bal kulcsont közepső harmadában, az egész felkarfejec, a lapoczkanyak, a 2. és 3. borda szilánkosan apró darabokra törve; a pectoralis és deltaizomzat kifordulva, piszkos szürke lepedékkel fedve. Tetanusban elpusztult.

Tökéletes végtag-összroncsolást, traumás amputatiót hat esetben észleltünk (3 czomb, 1 lábszár, 2 felső kar); közülök kettőben a lágyrészek a csontot nem fedvén, reamputatiót kellett végezni. Gyógyultak.

A mi a löcsatorna elsődleges fertőzöttségének gyakoriságát illeti: erre nézve számbeli adatokat nem hozhatok fel azért, mert a fertőzött esetek nagy számában a fertőzés másodlagos is lehetett. Feltűnő volt, hogy a srappell-sérülések igen nagy számában primára összetapadt bemeneti nyílás mellett a golyó a tályogüregben feküdt; ruhafoszlányok és más idegen testek nagyon gyakran találtak a löcsatornában. Ebből a szempontból, valamint a projectil deformációjának gyakoriságát tekintve, a srappell-sérülések veszedelmesebbnek mondhatók az aczélköpenyeges löfegyver okozta sérüléseknél.

A végtagok egyszerű, úgy csont-, mint ideg- vagy ér-sérülés nélküli lövései közül, mint már említettem, csak a legelső időkből származók voltak nem fertőzöttek; a később beszállítottak mind súlyos phlegmonosus állapotban voltak. A 30 alsókar-, 33 felsőkar-, 94 lábszár- és 84 czomblövés mindegyikében alapos bemetszések voltak szükségesek. Különösen sok gondot adtak a lábszárlövések; mélyen a gastrocnemiusok alatt ülő tályogok az egész lábszár végighasítását tették szükségessé. Egy esetben az egész lábszárizomzat teljesen el volt pusztulva, úgy hogy az erek és idegek kiparálva feküdtek a tályogüregben; a beszállítás után azonnal elvégzett amputatio daczára is sepsisben pusztult el a beteg. Ugyancsak ilyen lábszárophlegmone két esetében kénytelen voltam az art. tibialis anticát egészen magasan az eredése alatt lekötöni profus arrosiós vérzés miatt; mindkettő meggyógyult. Egy esetben többszörös lábszárlövés után keletkezett lábszárophlegmonehoz térdizületi genyedés társult; a beteget más intézetbe szállították, a hol a nyert értesülés szerint sepsisben elhalt.

A felső végtag, valamint a czomb phlegmonosus lágyrész-lövései kevésbé voltak súlyosak; idejekorán végzett alapos feltárásokkal a genysúlyedésnek és minden más szövődeménynek sikerült elejét venni és a sérültek gyógyultan, functióképes végtagokkal távozhattak. A genyedő phlegmonosus lövések kitisztításához hydrogensuperoxydos fecskendezéseket és jodoformgaze-zal való kitömést használtam. Pyocyaneus-fertőzés eseteiben az alkoholba áztatott steril gaze-zal való kezeléstől láttam a leggyorsabb sikert.

Két alsó végtag lágyrész-sérülés esetében gázphlegmone volt jelen; mindkettő olyan állapotban került be, hogy már semmit sem lehetett velük csinálni; mindkettő sepsisben röviddel beszállítása után elhalt.

Végtag-sérülteink közül 7-en tetanus fejlődött ki; ez a szám, ha a kórházban ápolt 1478 sebesült beteghez még a 160 poliklinikai ambulans sebesültet is hozzászámítom, 0.4%-nak felel meg, a mi körülbelül megegyezik a német hadsereg tetanusmegbetegedési percentjével. Madelung kimutatása szerint 27.677 sebesült közül 174 lett tetanusos, a mi 0.6%-nak felel meg; Volbrecht és Wieting összeállítása szerint a balkán háborúban 0.3% volt a tetanusmegbetegedés gyakorisága. A 7 eset közül 4-nek az alsó, 3-nak a felső végtagon volt a sérülése, és pedig igen súlyos üszkös, szilánkos csonttörése. A 7 eset közül 6 igen súlyos, tipusos tetanus volt, egyben pedig annak csak igen enyhe, csupán csak az egyik felső végtagra szorítkozó görcsös rángatózásokban és csekély trismusban nyilvánuló ritkább alakja volt jelen.

Minden esetet antitoxin-befecskendezéssel kezeltem nagy adag morphin és chloralhydrattal kombinálva; a befecskendezést két esetben tisztán subcutan, 5 esetben intraduralisan végeztem. Eredményeim nagyon szomorúak: csupán 3 esetet sikerült megmenteni és ezen 3 közül is az egyik a már említett igen könnyű eset volt, pedig 6 esetben a tetanus legelső tüneteinek nyilvánulásakor már megkezdtem a nagy adag antitoxinbefecskendezést. A halálosan végződött egyik eset már kifejezett opisthotonussal szállított be; daczára az azonnal fogatosított alsókaramputatióknak és intraduralis antitoxin-befecskendezésnek, 2 nap múlva beállott a halál.

Halállal végződött másik esetemben a trismus a sérülés utáni 3. hét végén mutatkozott; a serumbefecskendezést 19 napon át folytatva, a görcsök jóformán teljesen megszűntek, de 22. napra a beteg subnormalis temperatura mellett általános kimerülésben mégis elpusztult.

Gyógyulással végződött egyik esetünkben (a sérültet Paunz magántanár volt szíves gégyészeti rendeléséről a poliklinika kórházába utasítani) a sebesült 5 heti kezelés után teljesen meggyógyulva, begyógyult sebbel szabadságoltatott, de egy hét múlva enyhe recidivával újra jelentkezett.

Ezen kedvezőtlen eredmények a mellett látszanak szólni, hogy a serumkezelés a súlyos esetekben nem hozza meg a kívánt eredményt még akkor sem, ha a betegség legelső nyilvánulása után azonnal nagy adagokban alkalmazzuk. Tapasztalataim a mellett szólnak, hogy az intraduralis befecskendezéssel még a legsúlyosabb esetekben is hosszabb ideig tartó szünetet lehetett elérni a görcsökben, hosszabb ideig tartót, mint a serum más alkalmazásmódja után. Hogy érdemes-e a költséges antitoxint prophylactice alkalmazni, azt csak bőségebb tapasztalatok dönthetik el; én 4 olyan esetben alkalmaztam, a hol a sebzés alakjánál fogva tetanustól kellett tartani, egy 5. esetben a sebesült (porosz medikus) maga kívánta azt. Madelung szerint 21 sebesült a prophylaxisos serum adagolása daczára mégis megbetegedett tetanusban, sőt közülök 14 meg is halt; ezzel szemben 3 olyan esetről tesz említést, a melyben serum nem alkalmaztatott és mégis gyógyulás következett be.

Orbáncz 11 esetben fordult elő; 5 nyílt töréshez társult, 6 a sérüléstől függetlenül az arczon jelentkezett. Valamennyit oly módon kezeltem, hogy a piros elszíneződés határain jóval túl szárazon leborotválva az egész területet, acetont-alkohollal többször lemosva, jodtincturával bekentem; a súlyosabb esetekben a jodtincturával való bekenést naponta kétszer végeztem és vagy szabadon hagytam, vagy száraz kötéssel láttam el. Ugy ezeken a betegeken, mint már kb. 1 év óta ily módon kezelt orbánczos betegeimen a kezelés ezen módjával igen kedvező eredményeket értem el. Nem állítom, hogy az orbáncz továbbterjedését egy csapással sikerül ily módon megállítani, de azt határozottan láttam, hogy még a továbbterjedésre igen hajlamos esetek is gyorsabban gyógyulnak és általában enyhébb lefolyásúak. A földolog, hogy a látható széleken jóval túl kenjük be minden irányban a bőrt jodtincturával. Mind a 11 eset 6—10 nap alatt gyógyult.

A sepsises esetekben a Bárony-féle intravenás sublimat-befecskendezéseket alkalmaztam; javarészüket oly súlyos stadiumban került hozzánk, hogy megmenteni már nem lehetett; de 5 esetben kedvező hatást lehetett megállapítani.

A végtagok lágyrész-sérülései között aneurysmaképződés nélküli érsérülést 2 esetben, aneurysmaképződéssel járó 2 esetben észleltem. Az előbbeni kettő közül az egyik az art. brachialis, a másik az art. poplitea sérülése volt.

1. H. János 23 éves gyalogost a lagsúlyosabb acut anaemiában szállították 1914 nov. 6.-án a hadikórházba; nov. 3.-án a jobb felső karján lövésű sérülést szenvedett el, a melyet a segélyhelyen bekötöttek. Szállíttatása közben két ízben a kötés erősen átvérzett, a miért is pótkötést tettek rá. Az alsó kar oedemás, a kötés vérrel teljesen átvódott, kemény. A jobb felső kar felső harmadában egy kívülről a sulcus bicipitalis med. felé befelé és lefelé haladó horzsolásos lövésű barázda véralvadékkal kitöltve. Harmadik napon a kötésváltoztatás után profus verőeres vérzés, a mely miatt a löcsatornát feltárva, kiderül, hogy az art. brachialis a felső kar felső harmadában egy ferde irányú seb van; a legvékonyabb selyemmel és béltűvel a sebet harántirányban egyesítem és a varrat vonalára a bicepstől vett izomlebenyt erősítek. A sebüreget jodoformgaze-zal kitamponálom. Zavaraltan gyógyulás; a radialis pulsusa jól érezhető.

2. N. Dimitri 24 éves gyalogost 1914 november 12.-én szállították be a hadikórházba egy valamivel a térdizület fölé érő pléhsínnel. A bemeneti nyílás a bal czomb condylus medialis felett egy araszszal, a kimeneti nyílás a lábszáron a térdkalács laterális széle mellett; izületbe hatoló supracondylaris szilánkos czombsont- és tibiatörés. A bemeneti nyílásból véres geny, a patella ballottál. Metszés a térdárokban: az

izület genynyel telt, az art. popliteán harántirányú nyílás az oszlás felett. Tekintve az ízület genyes voltát, az érvarrat helyett az ér lekötésére határoztam el magam; a czombszilánkok eltávolítása után az ízületet draineztam. Végtag-elhalás nem következett be, de a sérült még most is kezelés alatt áll.

Aneurysmaképződést 2 esetben volt alkalmam észlelni; mindkettő lövési sérülés következménye volt; az egyik az art. popliteán, a másik az art. tibialis anticán. Mindkettőn a leg-egyszerűbb és legmegbízhatóbb műtétet, a *Kikuzi-félet* végeztem teljes sikerrel; mindkettő gyógyultan távozott.

Ideg-sérülést 7 esetben észleltem, még pedig 1 esetben az egész karfonat, 2 esetben a radialis és 4 esetben a peroneus bénulását.

Az egész karfonat bénulása egy a nyakcsigolyákat érintő phlegmonosus lövés következtében állott be, a 2 radialis bénulás felső harmadbeli felsőkar-lövés és az 4 peroneusbénulás alsó harmadbeli czomblágyrész-lövés után.

Ezen esetek közül az egyik radialisbénulás villamozásra határozott javulást mutatott, úgy hogy a műtétet nem tartottam javalltnak. A másik radialisbénulás egy felső harmadbeli többszörös felsőkar-töréshez társult; a több mint 5 hétig tartó genyedés után, a mikor a seb teljesen begyógyultnak látszott, a csonthegbe nőtt ideg kiszabadítását kíséreltem meg. Az ideg az áthajlás helyén egy vaskos callosus és heges csonttömegbe annyira be volt ágyazva, hogy izolálása nem sikerült. A mennyire tudtam, kiszabadítottam az ideget, szabad zsírlebensnyel vettem körül, abban a reményben, hogy a vezetés mégis helyre fog állani, de a transzplantált zsírlebensy ki-lökődött és a sérült állapotában semmi javulás sem következett be; még jelenleg is kezelés alatt áll.

A peroneusbénulások közül egy az ajánlott műtétbe beleegyezni nem akarván, felülvizsgálatra küldetett; a többi hármát megoperáltam.

Egyik esetben a térdárokban tályogüregben feküdt a projectil, melynek eltávolítása után hosszirányú heg maradt vissza. Az ebből származó heges összenövésből véltem magyarázni a teljes peroneusbénulást, a mely 6 heti villamos kezelésre semmit sem javult. A térdárokban levő heg kimetszésekor azoban kiderült, hogy az csak az izomzattal van összekapaszkodva, de az ideggel nem. Ugy a peroneust, mint az ischiadicust jó nagy darabon kiproparálva, rajtuk absolute semmi elváltozást sem találtam. Ennek dacára a műtétet követő napon a beteg lábfejét teljesen jól mozgatja és emeli.

A másik két esetben az ischiadicus hegbe volt növe; felszabadítása után az odanövés helyét szabad zsírlebensnyel borítottam be. Jelenleg még nem gyógyultak teljesen, de javulás már mutatkozik.

A végtagsérülések egy jelentékeny részét, szám szerint 137-et, a *csonttörések* alkotják; közülök csak 2 (egy kétoldali bokatörés és egy kulcs-csonttörés) volt fedett, a többi mind lövés okozta nyílt törés; a legváltozatosabb töréseket észleltük, úgy a törés helyét, mint alakját illetőleg, az egyszerű, a csonton keresztülhaladó lövési csatornától kezdve egészen apró szilánkos és nagy, úgy lágyrész, mint csontanyaghiánnyal járó törésekig. Hogy a törések kezelésekor a lehető leg-conservatívebben jártam el, azt külön hangsúlyoznom nem kell; fáradozásunkat sok esetben siker koronázta, sikerült olyan súlyos, reménytelennek látszó lábtöréseket, a csípő-izületbe hatoló felső harmadbeli czombtöréseket, felsőkarfejcstöréseket nemcsak megtartani, hanem elég jó functionális eredményt is elérni, a milyenhez hasonló eseteket békeidőben habozás nélkül amputáltam volna. *Ezen esetek a hadiseb-szetnek legnehezebb, legfáradtságosabb és legtöbb türelmet igénylő esetei.*

Legjobbakk voltak az eredmények a felsőkar-törésekben, legrosszabbak a felső harmadbeli czombtörésekben.

A *felsőkar-töréseket* mind egyszerű súlynyújtással kezelttem; a kezelt 28 eset mindegyike kiterjedt lágyrészroncsolással járó volt; 26 közülök gyógyult, még pedig 24 tökéletesen functióképes végtaggal, 2-ben (a kiken a felsőkarfejcset

és a diaphysisnek a deltaizom tapadásáig terjedő részét el kellett távolítani) még csontátültetésre lesz szükség a lágyrész-seb teljes begyógyulása után.

A nem gyógyult két eset közül egy tetanusban halt meg, a másikon a végtagot teljes lehetetlenség volt megtartani, amputálni kellett.

A gyógyult esetek közül kettőn csontvarratot alkalmaztam; az egyik a könyökizületbe hatoló mindkét condylus törése volt.

Czombtörést 25 esetben kezeltünk; a hol lehetett, itt is nyújtókötezt alkalmaztunk, de a legtöbbször gipsz-sínnel kellett beérni, oly kiterjedt lágyrész-sérülésekkel és phlegmonékkal voltak komplikálva. Ablakos circularis gipszkötést csak két esetben lehetett alkalmazni. Két esetben csontvarratot, egy esetben csontszögezést alkalmaztam. Az eredmény 10 esetben tökéletesen jó volt, 3 esetben a törés csak jelentékeny dislocatióval és rövidüléssel gyógyult, 3 esetben amputatiót (meghalt 1), 1 esetben csípőizületi enucleatiót kellett végezni (meghalt), 3 eset ismételt bemetszések és törés-darabok eltávolítása után sepsisben, illetve kimerülésben halt meg. 5 eset még jelenleg is kezelés alatt áll.

Alsókar-törés 17, *lábszártörés* 48, *térdkalácstörés* 2 esetben kezeltetett; ezekben az eredmények kielégítő jók voltak; a lábszártörések közül 2-t amputálni kellett, mert a nagy anyaghiánnyal járó csontsérülésen kívül a lábszárizomzatnak oly fokú roncsolása volt jelen, hogy a végtag elhalása elkerülhetetlennek látszott; közülök 1 sepsisben meghalt; a térdkalácstörések közül egyben csontvarratot végeztem, ez functióképes végtaggal távozott, a másik a műtétbe nem egyezett bele és felülvizsgálatra került.

Direct izületi lövést 33-at észleltünk, még pedig 7 váll-izületi, 5 könyökizületi, 19 térdizületi, 1 csípőizületi és 1 kéztő-izületi lövést. A csípőizületi lövés medenczetöréssel volt komplikálva és dacára az alapos feltárásnak, meghalt. Hasonlóképpen igen súlyosak voltak a térdizületi sérülések; 9-nek a kivételével, a kik gyógyultak, mind erősen fertőzött állapotban, genynyel telt izülettel kerültek kezelés alá; egyen czombamputatiót kellett végezni; gyógyult.

Széles feltárás és drainezés dacára 2 röviddel a be-szállítás után meghalt; 8 meggyógyult ugyan, de merev, illetve erősen zsugorodott izülettel távozott, 9 még jelenleg is kezelés alatt áll.

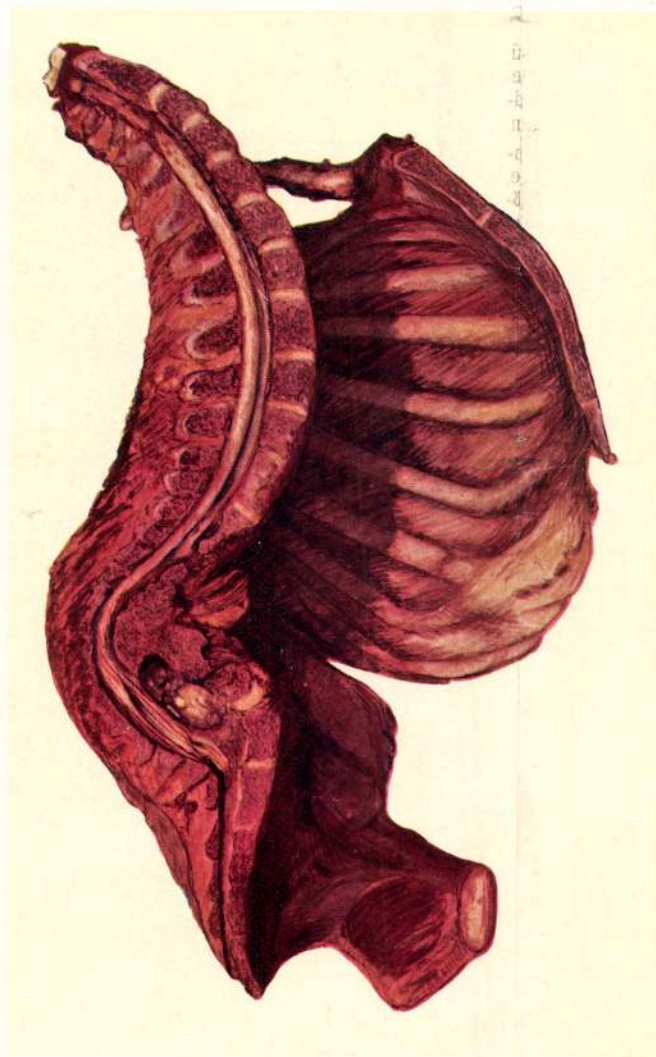
Koponyacsonttörést összesen 31 esetben kezeltünk. Ezek közül 3 felületes, a koponyaüregbe nem penetráló lövés volt, 1 oldalfegyverszúrás következtében keletkezett; mind a négy zavartalanul gyógyult, közülök 2 a csontba ékelt projectil eltávolítása után.

Egy esetben koponyaalapi törést észleltünk; a lövés be-meneti nyílása a bal járomcsont alatt volt, a projectil a koponyaüregben; a löcsatornán át agytörmelék ürült; meningitisben pusztult el.

26 esetben a lövés a koponyaüregbe behatoló volt; közülök kettő gyermektenyérynai csonthiánnyal, előesett zúzott agygyal és agytályoggal került hozzánk; röviddel beszállítatásuk után elhaltak. 4 esetben már más helyen trepanatiót végeztek; zavartalanul gyógyultak.

20 esetben trepanatiót végeztünk a koponyacsontok horpadása, agytályog illetve agnyomás tünete miatt. Közülök 6 agytályog, illetve agyroncsolás folytán pusztult el. A gyógyult 14 közül 2 teljesen eszméletlen állapotban, 3 erős végtaggörcsökkel, 6 féloldali bénulással és 1 aphasiával került műtétre. A gyógyult esetek közül 6-ban a visszamaradt csonthiány pótlására plastikai műtét vált szükségessé; a csonthiány széleinek felfrissítése után a fascia latából vett fascialebenyt és a tibiából vett csont-csontthártyalebenyt ültettem át; 5-ben az átültetett lebenyek teljesen begyógyultak, 1-ben az átültetett csontlemez kilökődött. Egyik operált és gyógyult agytályog-esetben a koponyatetőt ért lövés nem volt a koponyaüregbe hatoló, hanem csak tangentialis; a nélkül, hogy a lamina vitrea meg lett volna sérülve, egy 2-3 cm. hosszú barázda volt csak a csonton, a fertőzés minden külső jele nélkül.

26. sz. ábra.



A 25. számú készítmény macerált praeparatuma.

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

Az *arcz csontjai* közül 2 járomcsonttörést, 4 felső állcsonttörést és 7 alsó állcsonttörést észleltünk; valamennyi gyógyult. A felső állcsonttörések közül 1-ben a srappellgolyó a sinus maxillarisból távolított el. Az alsó állcsonttörések közül 3-ban csontvarratot végeztem, a többi prothesissel, illetve sínesekkel kötve gyógyult.

A legszomorúbb valamennyi törés között a *csigolya-törötték* sorsa; 4 ilyen eset volt kezelésünk alatt; közülök 3 mind a két alsó végtag teljes bénulásával, a keresztcsontig terjedő decubitus, bűzös cystitissel került hozzánk, úgy hogy csak morpint adhattunk nekik, de megmentésükre mit sem tehettünk. Az egyik esetben a 12. hát- és 1.—2. ágyékcsigolya volt törve és a lövéscsatornából liquor cerebrospinalis szivárgott ki; a kiterjedt felfekvések daczára, mint-hogy bénulási tünetek hiányoztak, laminectomiát végeztem; a dura sérülési helyét sikerült is elzárni, de a beteg a műtét utáni napon meghalt.

Csípő- és keresztcsonttörést 21 esetben észleltünk; közülök 2 a legsúlyosabban fertőzött állapotban került hozzánk; a csonttörmelék kitisztítása és alapos feltárás daczára az egyik meghalt, a többi gyógyult.

Igen érdekes volt *keresztcsonttörés azon két esete, a melyben egyidejűleg végbélsérülés is volt.* Mindkettőben a löcsatorna a keresztcsonton keresztülhaladván, a végbelet megsértette, úgy hogy a trochanterek tájékán levő be- és kimeneti nyíláson át bélsár ürült. A farkcsíkcsont és a keresztcsont egy darabjának eltávolítása után a végbelet a sérülés helyén szabaddá tettem; az egyikben a löcsatorna lefutásának megfelelően a végbélnek a keresztcsont felé eső részén 4 cm. hosszú, kisujnyi széles hiány volt, a másik esetben a végbélben egy be- és egy kimeneti nyílás volt. Mindkettőt varratokkal elzárva, teljes gyógyulást sikerült elérni, a záróizom működésének legcsekélyebb zavara nélkül.

Szerencsés lefolyásúak voltak a kezelésünkbe került, a *mellüregbe hatoló lövési sérülések*; az észlelt 31 lövési sérülés mindegyikében a tüdő is sérülve volt; közülök 16-ban egyidejűleg bordatörés is történt. Külön megemlítést érdemel a pericardium sérülésének egy esete:

H. Venczel, megsebesült 1914 okt. 17.-én; felvételét a hadikórházba okt. 28.-án. Nagy anyagihiánnyal járó középső harmadbeli darabos felsőkar-törés baloldalt; a 7. bordától lefelé gyermekenyi terjedelemben a bordák apró darabokra vannak törve, bőr alatti emphysema, tompulat a bal mellkastélen a 3. bordaközéig. A bordák törésdarabjainak eltávolítása után szabadon fekszik a szívburok, a melyen kisujj széles, 2—3 cm. hosszú hiány van. Tamponade, a mellüreg drainézése, a felső karra nyújtókötés; hosszadalmas reconvalescentia után (több ízben kellett elhalt csontdarabokat a felső karból kiszedni) teljesen functióképes karral, de besüppedt mellkassal felülvizsgálatra küldetett.

Ezen sérülés-esetekben a lehető legconservativebben jártam el; nyugalomra, helyezésre és narcoticumokra a vérköpés magától megszűnt, az emphysema szépen visszafejlődött. Lázashőemelkedések és a haemothorax spontán felszívódásának késlekedése miatt 17 esetben punctiót kellett végezni; a fertőzött esetek közül 3-ban thoracotomiát és 5 esetben bordaresectiót kellett végrehajtani. Haláleset nem volt.

Feltűnően kevés volt a *beszállított hassérülések száma*; mindössze 9. Ezekből 7 tisztán hasfalsérülés volt és csupán 2 hasüregbe hatoló. Ezen utóbbiak közül az egyikben a colon descendens felett, a bordaív alatt volt a be- és a köldök mellett a kimeneti nyílás; mindkét helyen bélsár ömlött. Sülyedésszerű tályogok, kiterjedt hasfali phlegmone és kezdődő peritonitis. Beszállíttatása után harmadnap meghalt, a nélkül, hogy a tályogok felhasításán kívül lehetett volna valamit csinálni.

A másodikban a bemeneti nyílás a bal csípőtaréj felett volt, a kimeneti a köldöktől jobbra és felette 3 haránt ujjal. Beszállításakor a hasürsérülésnek semmi tünete sem mutatkozott; 10. napon magas lázak, körülírt érzékenység a bal alhasi tájékon, csuklás. A középvoalban megnyitván a hasüreget, körültekintve nagy tályogot találtam; tamponáltam,

a nélkül, hogy a bélsérülés helyét felkerestem volna. Teljes gyógyulás.

Heresérülést 6 esetben észleltem; 4-ben kénytelen voltam a gangraenás herét eltávolítani; közülök egyben (kiterjedt lágyrész-sérülés a gáton és a bal czombon) a funiculusról leszakított here a scrotum bőrével oda volt tapadva a czomhoz. Valamennyi gyógyult.

Nyaklövés egy esetében a bemeneti nyílás baloldalt a nyelvcsont fölött volt és a golyó a jobb fossa infraspinatában akadt meg a lapoczká fölött. A sérültön a tábori kórházban tracheotomiát végeztek; beszállításkor annyira el volt gyengülve, hogy még felülni sem tudott. Nyelési kísérletkor a folyadék részben a canul mellett, részben azon keresztül ürült ki; ökölnyi tályog a jobb sternocleidomastoideus mellett.

A tracheotomiás sebet megnagyobbítva, kiderült, hogy a hátsó fal is sérült; egy tamponcanulet helyezve be, a tályogot megnyitottam; valami más műtéti beavatkozásra gondolnom sem lehetett a kiterjedt phlegmone és a beteg elgyengült volta miatt. Teljes hat héten át gyomorcsövön és tápláló klysmákkal táplálva, sikerült megmenteni a beteget. A lapoczkán megakadt golyó körül tályog keletkezett, a melyet megnyitva, a golyó könnyen eltávolítható volt. Beszállíttatása után a 7. héttől kezdve már akadály nélkül nyelt és a canule eltávolítása is minden akadály nélkül történt. Rekedt hanggal, de különben teljesen gyógyultan lett felülvizsgálatra bocsátva.

Háború és tuberculosis.

Irta: *Gáli Géza dr., a gyulai József-sanatorium igazgató-főorvosa.*

A tuberculosissal nálunk békében is kevesebbet törődnek, mint a mennyit beszélnek róla, most pedig még csak nem is emlegetik, mintha a háború egyszerűen elsöpörte volna. A hadsebészeti értekezleten (l. Orvosi Hetilap 1915. évi 6. számát), a hol a rokkantkérdéssel kapcsolatban a háborúval járó minden nyomorúságon a leghumánusabb módon akart minden felszólaló segíteni, arról, hogy mi történjék a tuberculosus katonákkal, senki sem beszélt. Az első pillantásra talán úgy látszik, hogy a két kérdésnek nincs egymáshoz köze, valójában azonban a kettő egytíve tartozik és egyszerre is kell megoldani. A katona, a ki könnyű csúcsfolyamattal ment el a háború kezdetén és súlyos elváltozásokkal jött vissza, vagy a kinek az inactiv tuberculosisa activálódott, éppúgy a háború rokkantja, mint a lövési sérülések nyomorékja. Az állam és a társadalom most, már a háború 7. hónapjában, nem bánhat ezekkel oly mostohán, mint a hogy az történt a háború első heteiben.

Akkor ezt nem is lehetett rossz néven venni, csak a sebesült volt a háború és így a haza betege; de ma már megint tudjuk, hogy nemcsak a golyó öl.

Statisztikai adatok természetesen nem állanak rendelkezésemre arról, hogy hány katona jött vissza activ tuberculosissal a harcterről, tapasztalataim alapján azonban állíthatom, hogy a szám nem lehet negligálandóan kicsiny.

A József kir. herczeg sanatorium-egyesület elnökének, *Lukács György v. b. t. t.*-nak felszólítására a Vörös kereszt-egyesület rendeletileg felhívta összes kórházait, hogy tüdőbeteg katonáit a vezetésem alatt álló József-sanatoriumba helyezték át. (Az egyesület debreczeni Augustus-sanatoriuma megfigyelő-kórház s egyelőre e célra nem használható fel.) Bár e felszólítás nem régi keletű s csak a Vörös kereszt kórházaknak szól, a helyőrségi és hadikórházaknak még nem, az ideküldött betegek száma mégis elég nagy és napról-napra nő. Egy intézet nem lesz elegendő a betegek befogadására és már most kell hogy gondoskodás történjék, mi legyen a betegekkel még a háború alatt. Mert a mi máig történt, nem mondható kielégítőnek.

Ma kétféleképp bánnak el a tuberculosus katonákkal. A nagy beteganyag mellett minden alaposabb vizsgálat nélkül a súlyosabbnak látszó beteget hosszabb szabadságra

haza küldik, a könnyebb beteg a kórházakban marad megfigyelés végett. Mindkét megoldás rossz. Az első esetben a beteg hosszú időre minden orvosi ellenőrzés nélkül marad, rendszerint nem is a legjobb anyagi viszonyok között. Nem is beszélve arról, hogy minden fajta bacillushordozót elküldtünk, hosszú időn át megfigyelünk, csak a Koch-bacillus gazdáit küldjük haza fertőzésterjesztőnek. A kórházakban maradt tuberculosus betegek sorsa sem sokkal jobb. Az orvoshiány mellett a sebesült és az akut fertőző betegek ellátása minden munkaerőt leköt és a tuberculosus betegek a legjobb akarat mellett is a kórtermek „sarok-betegeivé” lesznek. Az orvos gyorsan elfut mellettük, a kezelésük, ellátásuk sablonossá válik s ha már hosszú ideje vannak a kórházban, vagy szabadságra mennek, mint az első csoport, vagy „könnyebb szolgálatra” beosztva visszakérülnek a csapatokhoz. Kétségtelen, hogy sok megmenthető munkaerő vész így el és fogja a békében az állam és a társadalom terheit szaporítani. Már most kell mindent elkövetni, hogy egy tuberculisatio ne rontsa el a diadalmas béke fölötti örömlünket.

Az első és legsürgősebb teendő a tuberculosus katonák különválasztása a többtől. Erre a célra mindazon intézeteket, kórházi osztályokat, a melyek már békében is a tuberculosus betegek befogadására szolgáltak, tehermentesíteni kell. Ezt természetesen nem úgy értem, hogy a bentlövő polgári betegeket küldjék haza. A háború első hetében érhető túlbuzgalomból minden intézet sebesült-kórházzá alakult. Ma már e célra elegendő kórházunk van, úgy hogy az említett intézeteket eredeti rendeltetésüknek vissza lehet adni. Valószínűnek tartom azonban, hogy a polgári és katonai tuberculosus betegek számára az így rendelkezésünkre álló hely kevés lesz. Hisz békében is kórházról-kórházra megy a tuberculosus beteg, míg helyet kap. Minthogy új kórházak építéséről szó sem lehet egyrészt a dolog sürgőssége, másrészt a költségek miatt, más megoldást kell keresnünk. Az egyik volna a már meglevő kórházak kibővítése, úgy hogy udvarjaikban vagy kertjeikben most, az idő tavaszra fordultával barakkokat építenénk. A másik fűrdőhelyeink kihasználása. Legtöbb fűrdőnk az idén úgyis alig számíthat nagyobb látogatottságra.

Az alkalmas helyeket kiegészítő hadikórház vagy vöröskeresztes kórház címén a háború tartamára át lehetne venni. Kissé magasabb ápolási díjat adva a mostani 2 koronánál: a betegeken is segítettünk és sok embert a kenyerétől sem fosztottunk meg. (A sebészi rokkantak számára ugyanezt ajánlja Dollinger tanár.) A fűrdőhelyek megválasztásakor természetesen elsősorban azokra kell gondolnunk, a melyek már eddig is ezt a célt szolgálták. A barakkok a lehető legegyszerűbbek lehetnek. Alig kell, hogy valamiben is különbözzenek a fekvőcsarnokoktól és igazán nincs szükség luxussal berendezett drága barakkokra. A súlyosabb betegeket az intézetekben, a könnyebbeket a barakkokban és a fűrdőhelyeken kell elhelyezni. A könnyű betegekkal való elbánást illetőleg fontosnak tartom, hogy ez ne legyen sablonos sanatoriumi eljárás. Az arra alkalmas betegeket, hogy így fejezzem ki magamat, fokozatos, orvosilag adagolt munkára is fel lehet használni. Hogy mi legyen ez a munka, azt egyrészt az intézet helyi viszonyai (kerti munka, földművelés), részint individualis viszonyok szabják meg. A fontos az, hogy az ilyen dolgoztatással elejét vesszük a sanatoriumi semmittevés megszokásának és nem nevelünk sanatorium-„brudereket”. Természetes, hogy a hygienés életmódhoz való szoktatásban a sanatorium nevelőhatását viszont fent kell tartanunk.

Hogy mi történjék majd a békében a háború tuberculosusaival, azt csak akkor mondhatjuk meg, ha körülbelül tudni fogjuk, mekkora a számuk. Az azonban előreláthatólag elkerülhetetlen lesz, hogy ezek számára új tuberculosus-kórházakat vagy a könnyű munkáltatás elvén alapuló rokkant-házakat ne építsünk. Mindenestre fontos, hogy a rokkant-törvény már most úgy módosíttassék, hogy annak humanus intézkedései a tuberculosus katonákat is illessék. Nehogy azon a címen, hogy „csak” tuberculosusak és nem sebesültek, róluk gondoskodás ne történjék.

Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Spondylitis tuberculosa

(2000 eset alapján).

Irta: Dollinger Béla dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

A csigolyáknak viselkedését ezen igen érdekes esetben tökéletesebben látjuk a 26. sz. ábrán, mely a macerált praeparatumot ábrázolja. Itt még világosabban látjuk, hogy a gerinczsatorna a nagyfokú gibbusképződés és csigolyatest-destructio daczára nemcsak hogy nem szűkebb, hanem az ágyéki szakaszban orsóalakúlag erősen kitágult. A harántnyúlványok és az ívek mind megvannak és a kóros elrendeződésen és az összezsugorodáson kívül nagyobb a csigolyatestek elváltozása. Már a VI. felső thoracalis csigolyatesten is súlyosabb caries superficialis nyomai látszanak. A VII. háti csigolyatest már erősen hiányos, a VIII. már súlyosan deformált és hozzátartozik az 5. ágyéki csigolyatestből alakult közös szabálytalan csonttömeghez. A macerált praeparatumon az utóbbi valamivel kisebbnek látszik, mivel több laza csontdarab a maceratio folytán bizonyára elveszett.

A mi ezen érdekes eset keletkezését illeti, nem lehet kétséges, hogy először is jellegzetes kiterjedt thoraco-lumbalis spondylitis állott fenn és később az ágyéki szakasz alsó részében súlyos pachymeningitis externa és ezzel kapcsolatban egy gerinczsatornabeli tályog keletkezett. E folyamat eredményezte fokozatosan esetünk legfőbb characteristicumát, t. i. a gerinczsatorna kitágulását. A gyógyulás beálltával a gerinczsatorna tályogjában ugyanazon elváltozások jöttek létre, mint azt a hideg tályogról egyébként is ismerjük, t. i. a savós elhigulás és az elmeszesedés. A csatorna kitágulásában azt hiszem, legalább erre mutat a gerinczvelő és gyökeinek épsége, nem annyira a nyomás, mint inkább a fokozatos resorptio szerepel.

Az előző két csoportban tárgyalt bénulást okozó factorkok, t. i. a gerinczsatorna fala által gyakorolt simplex nyomás és a gümős termékek okozta compressio, hatásukban természetesen azonosak lehetnek és sokszor egymással kombinálódnak is. A meningo-myelitisen kívül végeredményben mindig a gerinczvelő compressiója az, ami a bénulást előidézi. A gerinczvelő compressiójának módját és a vele járó finomabb elváltozásokat illetőleg azonban még eltérők a szerzők nézetei. Részletesebb ismertetése a gerinczvelői folyamatoknak nem tartozik e dolgozat keretébe, azért csak a legfőbb vonásaiban óhajtom érinteni őket.

A régebbi kutatók, így főleg Ollivier, a bénulás okát kizárólag a mechanikai sérelemben látták. Később Schmaus mutatta ki, hogy a spondylitisnél beálló compressió myelitisben az esetek túlnyomó számában a degenerációs folyamatok elsősorban pangásos oedema következményei. Az oedema pedig szerinte azon keringési zavar folytán áll be, melyet a peripachymeningitis és pachymeningitis externa termelte gümős sarjszövetnek a vénákra és a nyirokerekre gyakorolt nyomása okoz. Ezenkívül szerepet tulajdonít még Schmaus a compressio folytán beálló anaemiának is. Kedvező esetben az ilyen oedemák és velük a bénulás is, mint a tapasztalat mutatja, el is múlhatnak. Az oedema és az anaemia bizonyos fokánál azonban, mint már fennebb a gerinczvelő megfeszülésénél említettem, a gerinczvelő dúcz-sejtjei elpusztulnak, a mi aztán másodlagos kötegedegenerációk és tartós paraplegiák kifejlődésére vezet. Ismételve hangsúlyozom azonban, hogy a felsorolt elváltozások rendszerint fokozatosan fejlődnek ki. A gerinczvelő hirtelen bénulása csak a beteg csigolyáknak már említett hirtelen összeroskadásánál fordul elő, a mikor erősebb dislocatio folytán a gerinczvelő kivételesen össze is zúzódhatik.

3. A gerinczsatorna secundaer infectiója. A harmadik csoportba végül azon eseteket sorolhatjuk, melyekben a bénulás, illetve a myelitis a gerinczsatorna képleteinek secundaer genyes vagy ichorosus fertőzése folytán jön létre. Ilyen meningo-myelitis kiindulhat a gerinczsatornával közlekedő

valamely sipoly révén másodlagosan fertőzött tályogból, vagy eredhet a bénult és fertőzött húgyhólyagból is. Ezen másodlagos meningo-myelitis rendszerint hamar halálos kimenetelre vezet.

A gerincvelői ideggyökök és a peripheriás idegek megbetegedése. Az ideggyökök megbetegedését, a gerincoszlopnak a spondylitissal járó súlyos elváltozásait számbavéve, aránylag ritkának kell mondanunk. Ennek oka az, hogy a csigolyaközti csatornák rendszerint nem szűkülnek meg, mert az őket alkotó csigolyaívek ellentállnak a destructiós folyamatnak. Másrészt ismeretes az is, hogy a gerincvelői ideggyökök aránylag ellentálló szövetűek. A csigolyaközti lyukak említett magatartását jól látjuk a 27. sz. ábrán, mely az I. számú kórboncztnai intézet egyik praeparatuma után készült. E praeparatum egy gyógyulófélben lévő igen súlyos

27. sz. ábra.



Nagy dorso-lumbalis gibbusnál a csigolyaközti lyukak a nagy szöglettörés daczára kevésbé szűkültek meg.

dorso-lumbalis spondylitisnek felel meg, mely a gibbus-képződés egyéb jelenségeit is szépen demonstrálja. A 7. alsó hát-csigolya és az I. ágyék-csigolya testei alig egy csigolyatest nagyságának megfelelő tömegbe roskadtak össze, melyben csak a legfelső és a legalsó csigolyatest nyoma ismerhető fel, míg a többi vagy teljesen eltűnt, vagy pedig beleolvadt a részint csontszövetből, részint kötőszövetes heg-szövetből álló közös masszába. A megfelelő csigolyaívek és nyúlványok az összeroskadt testek fölé boruló ívet alkotnak, melyben az egyes csigolyáknak megfelelő részek össze vannak ugyan csontosodva, de lényegesebb térfogatcsökkenést nem mutatnak. Igen jól láthatjuk továbbá a képen is, hogy a csigolyaközti lyukak jórészt normalis tágasságúak. A gibbus legerősebb görbületének helyén némileg szűkültek, de jelentékenyebb szűkülés csakis a XI. és XII. hátcsigolyaközti lyukon észlelhető, bár a szabad lumen itt is megfelel még egy csigolyaközti dúc méretének. A praeparatumon magán világosan látható, hogy a gerinczsatorna a görbületben nincs megszűkülve.

Vannak azonban esetek, midőn a csigolyaközti csatorna mégis megszűkül és az ideg állandóan nyomtatván, *interstitialis* vagy *vegyes neuritis* fejlődik ki.

Ritkább esetben az ideggyökök *tuberculosis infiltratio* folytán is megbetegedhetnek.

Gyakoribb szövödmény az, hogy egyszerű reactiv gyulladás áttérjedése, vagy a fungosus sarjak nyomása folytán, vagy hideg tályoggal való *collisio* következtében képződik a gerincvelői ideggyökökben vagy a tályogok körül futó idegekben *neuritis interstitialis*.

Mindezen idegelváltozások tünetileg neuralgiákban, trophiás zavarokban és bénulásokban nyilatkoznak meg.

E) A belső szervek következményes elváltozásai.

A gerincoszlopnak és a mellkasnak az előző fejezetben vázolt deformitásai a mellkasi és részben a hasi szervek súlyos elváltozásait vonhatják maguk után. A *functionalis zavarok főmozzanata a mellkas hosszanti és szélességi átmérőjének megváltozása*, a mi szükségkép a légzési típus átalakulásával jár.

Ha a *deformatio a mellkas* megnyúlását eredményezi, akkor *diaphragmás a légzés*; az oldalt összenyomott, nyílirányban kiszélesedett és hosszában megrövidült mellkas esetében inkább *costalis légzés* áll be.

A légzés-típus megváltozásán kívül e deformitáknál a tüdő és a szív működése is hol nagyobb, hol kisebb fokban akadályozva van. Kivált erősen korlátozott lehet a tüdő ventilációja, mert a tüdők alkalmazkodván a megváltozott mellüreghez, funkciójukra nézve hátrányos ellaposodott vagy megnyúlt alakot öltenek és gyakran össze is nyomatnak. Ennek következtében *atelectasia*, *emphysema*, *tüdőtuberculosis* vagy *pneumonia* fejlődhetik. A tüdő funkciójának korlátozott volta ezenkívül gyakran a szív, kivált a jobb kamara hypertrophiájára vezethet.

A *hasi szervek* a hasür megkisebbedése folytán erősen komprimáltak. Különösen a súlyos lumbalis spondylitis nagy gibbosítása folytán beálló mellkas-előreroskadás okoz jelentékeny helycsökkenést és összetörlést a hasürben. Az erősen összesajtott hasi szervek ilyenkor felfelé túlnak és nyomják a diaphragmát. A hasfalba olykor mélyen bevágó bordaív a májon nagy befűződést, a belekben és az epevezetékben pedig néha *passage-zavarokat* okozhat. Ritka esetben az egyik ureter is összenyomatik, ezt a *complicatiót* azonban főleg tályogok okozzák.

A gerincoszloppal szoros összefüggésben álló *aortá*nak a gibbussal kapcsolatos anatómiai elváltozásaira legelőször *Bouvier* fordított figyelmet. Az aorta leggyakoribb befolyásoltatása az, hogy a spondylitises gócz helyén, akár van gibbus, akár nincs, a fungosus tömeg vagy a tályog nyomása folytán bizonyos mértékben összenyomatik és ennek folytán ellapul. Ezen körülmény mindazonáltal rendszerint nem vezet súlyosabb *complicatió*khoz.

Súlyosabb következményekkel jár az aortának a gerincoszlop nagyfokú elhajlásával járó deformitója és *dislocatiója*. A gerincoszlop szöglettörése helyén az aorta háromféle módon változtathatja meg az alakját: 1. Szorosan követheti a gerincoszlopot és szöglettörés esetén annak száraival párhuzamosan hajlik meg. 2. Az aortát a szöglettörés helyén egy tályog vagy a fungosus tömeg előrenyomja, úgy hogy az a gerincoszlop concav szögletével szemben egy csúcsával előre irányuló convex szöget alkot. Az aorta ezen előrevetődése a gibbus közelében is előállhat. Ha az aorta kiszögélése, illetve megtörése nagyon kifejezett, akkor bilentyűszerű redő emelkedik ki a megtörés helyén a lumenébe. 3. Az aorta akár a szöglettörés helyén, akár azon kívül, a fungosus tömeg vagy a tályog nyomása folytán oldalt dislokálódik.

Goodhart egy esetében az aorta invaginációját észlelte, a mi a gerincoszlop jelentékeny megrövidülése folytán állott elő. *Goodhart* írta le azon érdekes esetet is, melyben a gerincoszlop torsióját az aorta torsiója követte.

Mindezen elváltozások leglényegesebb következménye az, hogy az aorta lumene megszűkül és ennek folytán *centralis* és *peripheriás vérkeringési zavarok* állanak elő. A *centralis* elváltozás rendszerint a bal szív kitágulásában és túl-

tengésében nyilvánul. Ha a fennebb említett okokból a jobb szív is túltengett, akkor esetleg igen nagyfokú általános szív-hypertrophia észlelhető. A peripheriás keringési zavarok főleg az aorta szűkült helye alatti vérrendszerrel illetik. *Lanne-longue* a végtagok spondylitisnél beálló paraesiseiben nagy jelentőséget tulajdonít az aorta lumene megszűkülésének. Ezen nézet különben kísérletileg is bebizonyosodott, amennyiben kitént, hogy az aorta lekötése után a lekötés alatti segmentumokban teljes paraplegia fejlődik és szövettanilag is a gerinczvelőben feltűnő gyorsan beálló dűczsejtelhalás mutatható ki.

A *vena cava* kevésbé szenved a gerincoszlop spondylitises szöglettörése folytán, mivel lazán lévén a szomszédos képletekkel összenőve, enyhe hajlásokkal jól kiegyenlíti a gerincoszlop révén átvitt megrövidülést és szöglettörést.

De azért nem éppen ritkák azon esetek, melyekben a *vena cava* vagy a *venae iliacae* akár a megtörés, akár a tályog nyomása folytán compressiót szenvednek s az alsó végtagokban ennek folytán többé-kevésbé súlyos oedema támad.

8. A gyógyult spondylitis kórbonczolástani képe.

Kedvező körülmények között, melyeket jórészt még nem ismerünk, a spondylitis magától is meggyógyulhat. Akár többé-kevésbé spontan jön létre a gyógyulás, akár pedig sebészi kezelés folytán, a gerincoszlopon irreparabilis nyomai maradnak a gyulladásnak, melyek a spondylitis eredeti alakja szerint nagyon különbözök lehetnek. Úgy a gyulladásos folyamat faja, mint localisatiója és kiterjedése is befolyással van a gyógyult állapot minőségére.

A gyógyulás általában a tuberculumképződés megszűntével és a specifikus sarjszövet átalakulásával vagy felszívódásával veszi kezdetét. A legkisebb deformatio kétségtől a caries sicca után marad, akármilyen localisatiója volt az egyébként. Ennél a specifikus sarjszövet egyszerűen elveszti gümös jellegét, közönséges sarjszövetté alakul, mely aztán rostos hegszövetté, esetleg valóságos csontszövetté változik. A teljes gyógyulás után peripheriás elrendeződésű spondylitis sicca esetén az illető csigolyatestek elülső felszínén érdes egyenetlenségeket, apró sclerosisos csontkinövéseket és mélyedéseket, esetleg rostos hegszövettel kitöltött hiányokat is találunk. A centralis localisatio után centralis rostos vagy sclerosisos csontheget, az epiphysealis után pedig két csigolyatestnek többé-kevésbé csontos összeolvadását kapjuk.

Az elsajtosodó spondylitis-formák után már nagyobb nyomok és torzulások maradnak. Ezek foka természetesen függ a spondylitises folyamat eredeti súlyosságától. A gyógyulás folyamata itt is a specifikus sarjszövet-termelés megszűntével kezdődik. Helyette az elsajtosodott tömegeket és tályogokat közönséges gyulladásos sarjszövet veszi körül, mely a folyékony alkotórész resorbeálása folytán azok tömegét gyorsan kisebbsíti. A sajtos vagy genyes masszák mind kisebb térre szorulnak és idővel vagy teljesen felszívódnak, vagy a mi gyakoribb, kérges tokba ágyazott vakolatyszerű vagy egészen kemény, meszes maradékká töpörödnék össze. A resorptio és heges átszövődés természetesen a megtámadott csontos részekben is megindul. A sequestrált darabokat a sarjszövet lassanként felemészti s a megmaradt részleteket egy heges tömegbe olvasztja össze, melyben csakhamar megszűnik az elpusztult csigolyatestek körül is még nagyobb bőséggben csontos lemezeket termel s ezenkívül a spondylitises folyamatba belevont csigolyák íveit és nyúlványait is rendszerint csontosan összeforrasztja egymással. Hasonló átalakulás állhat be a gerinczsatornában is. Az epiduralis sarjszövet vagy rostos rétegek itt is elhegesednek, illetve felszívódnak és a beteg csigolyatestek felett erős csontpántok keletkeznek. A gyógyulás befejeztével a gibbus táján, az eredetileg beteg csigolyák helyén egy közös, többé-kevésbé idomtalan ék-alakú csigolyát találunk, melynek hátrafelé tekintő alapja

körül, mint a 27. sz. ábrán szépen láthatjuk, az egymással összecsontosodott, de egyébként keveset változott ívek és nyúlványok merev ívet alkotnak. Hogy milyen súlyos spondylitisek is meggyógyulhatnak még, azt az előbbin kívül jól illusztrálja a 18. és 19. számú ábrán rögzített praeparatum is. Ha azonban a spondylitis elsajtosodó alakja nem volt annyira súlyos, hogy kifejezett gibbus keletkezett, akkor szükségképpen a gyógyulás után is az egyes localisatiós típusok szerint ugyanazon képeket fogjuk találni, melyeket a caries sicca gyógyulásánál fennebb vázoltam. Az elsajtosodó alakban ellenben gyakori lelet az, hogy az akár peripheriás, akár centralis vagy epiphysealis gócz után maradt rostos csontos hegbe meszes rögök vannak ágyazva. A centralis góczok teljes gyógyulása után olykor a csigolyatest közepén sclerosisos falú üreg marad, melyet esetleg egészen tiszta savós folyadék tölt ki.

Az összetöppörödött, elhegedt és elcsontosodott góczok gyógyulása azonban, sajnos, nem mindig tökéletes. A meszes zárványokban sok éven keresztül életképes gümöbaccilusok vesztegelhetnek, melyek aztán egyszerre valamely trauma behatására, vagy minden kimutatható ok nélkül ismét mozgósulnak és akár a spondylitises folyamat kiújulását, akár heveny miliaris tuberculosist beálltát okozhatják.

Alkalmos gyógykezelés mellett a gyógyulás lefolyása, időtartama, alakja és functionalis kimenetele is természetesen más, mint a jórészt magukra hagyott esetekben. Az orthopaediai és sebészi beavatkozás lehetőségéről és sikereiről a klinikai rész megfelelő fejezetében fogok szólni.

(Folytatása következik.)

A Magyar Vöröskereszt-Egyesület rokkant katonáinak segélyező bizottságának munkaprogramm-tervezete.

Készítette: *Dollinger Gyula* dr., a bizottság elnöke.

Mint a bizottság ügyvezető elnöke, reám hármlik a feladat, hogy munkaprogrammtervezetet terjeszsek a tisztelt bizottság elé. Ezen feladatnak a következőkben van szerencsém megfelelni:

A rokkant katonákról gondoskodni elsősorban az állam feladata, a melynek védelmében testi épségüket és munkaképességüket elvesztették.

A sebesültekről gondoskodni is az állam, illetőleg a hadsereg feladata és mégis azt látjuk, hogy sebesültjeink nagy száma mellett milyen tág tere nyílik a magyar vöröskereszt vezetése mellett az egész magyar társadalomnak. Rokkantjaink száma ebben a háborúban olyan nagy, a milyen még egy megelőző háborúban sem volt, de a magyar társadalom segítőactiója sem volt még sohasem annyira szervezve, mint van mai napság.

Ennek a segítőactiónak az élén a magyar vöröskereszt-egyesület halad. Alapszabályai kötelezik a rokkantaknak és a háborúban elesettek családjainak segélyezésére, ennek alapján a csász. és kir. hadügyminister és a magy. kir. honvédelmi minister egyesületünket hivatalosan felszólította a rokkantakról való többirányú gondoskodásra s ennek megfelelőleg, a mint a következőkben lesz szerencsém kimutatni, máris történtek egyesületünk részéről sürgős, el nem odázható intézkedések.

A magyar vöröskereszt-egyesület 620 fiókja behálózza az egész országot, a tagok érdeklődése az egész hadsereg, de különösen a sebesültek és így a rokkantak iránt is a legnagyobb mértékben fel van kelve s az egész ország benne látja a polgári segítséget szervezve. Nehéz lenne a rokkant katonák társadalmi segélyezése és gondozása számára hamarosan egy második hasonló nagy, elágazott, lelkes testületet szervezni.

Mindezen okoknál fogva a magyar vöröskereszt-egyesület van reá elsősorban hivatva és képesítve, hogy a rokkant katonákról való gondoskodásban az államnak azt a segélyt

nyujtsa és szervezze, a melyre, tekintve a rokkant katonák igen nagy számát és ezen kérdés sokféle viszonylatát, a magyar társadalom részéről szüksége van. Bizottságunk feladata lesz az összes társadalmi tényezőket, a melyek e nagy feladat megoldásánál számba jönnek, közös munkára egyesíteni és az erők szétforgácsolását meggátolni.

Bizottságunk, a melyre egyesületünk e nagy feladat irányítását bízta, az egyesület vezetőin kívül a kormány kiküldötteit, a társadalmi, orvosi, pénzügyi, gyári, ipari érdekeltiségek vezetőit egyesíti magában és összeállítása biztosítékot nyújt rá, hogy működése az élet gyakorlati igényeinek meg fog felelni.

A rokkantak igen nagy száma kizárja annak a lehetőségét, hogy valamennyijüket a központban gyógykezeljük, útbaigazítsuk és tanítsuk. Ezért az egész actiót egyesületünk fiókjában decentralizálnunk kell, a vezetésnek azonban egységesnek kell maradnia. A mi bizottságunk ennek a centralis vezetésnek a tanácskozó és segítő organuma, végrehajtója pedig egyesületünk igazgatósága, a mely e célra esetleg a szükséghez képest külön osztályt fog berendezni.

I. A rokkant katonák és az elesett hősök családjának állami nyugdíja.

A rokkant katonákról és az elesettek családjának nyugdíjáról szótó törvény nem felel meg többé a mai viszonyoknak. Az élet összes szükségleteinek ára az utolsó évtizedekben olyan magasra emelkedett, hogy a törvényhozás az állami tisztviselők nyugdíjtörvényét is kénytelen volt megváltoztatni és a mai viszonyokkal összhangba hozni. Ezt követnie kell a rokkant katonákról és az elesettek családjáról szóló törvény revisiójának, mert ennek a nyugdíjtételei olyan alacsonyak, hogy azok ma egyáltalában nem pótolják a rokkantság által szenvedett munkaképességcsökkenést, sem pedig nem biztosítják a teljesen rokkant katonának a mai viszonyoknak megfelelő létminimumot sem. Ebben a tekintetben a munkásbiztosító intézmény tételei sokkal kedvezőbbek s ezért azt a törvényt azonnal a törvényhozási működés megkezdése után meg kell változtatni. Azon esetre, hogyha a háború még sokáig elhúzódna, más úton kell majd mielőbb arról gondoskodni, hogy rokkant katonáink és az elesettek családja a mai viszonyoknak jobban megfelelő állami segélyben részesüljenek.

De nem csupán financialis szempontból kell a jelenleg érvényben levő idevonatkozó törvényeket megváltoztatni. Számos vonatkozása nem felel meg többé a mai kornak. Ezeket megállapítani a codificator feladata. Most csupán egyet említek meg, a melyre az egyik hadsebészeti értekezleten *Bókay Árpád* tanár hívta fel figyelmünket. Nem éppen ritka eset, hogy a sebesült megtagadja az olyan műtét végrehajtását, a mely a sebészet mai fejlettsége mellett nem veszélyes és a mely őt az örökös rokkantságtól megmentené.

Csupán az én klinikámon fordult elő 4 eset, a melyben a betegek nem egyeztek bele az átlott ideg összevarrásába, a mely műtét után az ideg megszakítását követő bénulás az esetek igen nagy számában meggyógyul s a rokkantból munkaképes polgár válik, a nélkül pedig munkaképtelen marad. Jogi kérdés, vajjon az ilyen rokkant tarthat-e igényt olyan nyugdíjra, mint az, a ki a műtétbe beleegyezett, az idegvarratot meg is kísértették, de ez az ideg nagy roncsolása miatt nem sikerülhetett s így a beteg minden igyekezete ellenére is béna maradt. Számos ilyen és hasonló kérdés fog itt felmerülni, a melyek különböző szempontokból való megvilágítást és érett megfontolást igényelnek. Azért tanácsos lenne, hogy a kormány ezzel a törvényjavaslattal, a mely olyan sok ezrek jogos érdekét lesz hivatva kielégíteni és megvédeni, már most foglalkozzék s az illetékes tényezők, többi közt az igazságügyi orvosi tanács, véleményét is kiejtse.

Magától értetődik, hogy a nyugdíjak megállapítása, a mi az egyeseket illeti, a hozandó törvény alapján tisztán a katonai és az állami hatóságok jogkörébe tartozik.

II. A rokkantság megelőzése vagy a minimumra leszállítása.

Mindenekelőtt a rokkantság prophylaxisával kell foglalkoznunk, mért vele számos sebesültet menthetünk meg a rokkantságtól. A csontsérülések, izületi sérülések, izom- és insecbzések, az idegek sebzési és ezeken kívül még számos más lövési sérülés olyan természetű, hogy nem elegendő a sebzést meggyógyítani, hanem a mikor ez már megtörtént, akkor a sérülés bizonyos utóbajaival kell még külön foglalkoznunk, mért különben a sebesült vagy egészen rokkant marad, vagy legalább a munkaképessége nagy mértékben alacsonyul, minek folytán az állam magas rokkantdíjat kénytelen fizetni, s azonkívül elveszíti egyik munkását. Ezek az esetek számtalanok. A legszembeötlőbbek közül csupán egynéhányat óhajtok itt felsorolni. Ilyenek pl. a görbén avagy nagy rövidüléssel összefüggő csonttörések, a különböző izületi merevségek, a sérült csontok lenőtt, avagy megszakított és hegesen megrövidült izmok és ínák, a keresztülváltott idegek stb., a melyek idejekorán végzett műtétekkel meggyógyíthatók.

Az esetek legnagyobb részében azonban nem sebészeti beavatkozásra van szükség, hanem a kézerővel vagy gépek segítségével korán alkalmazott mechano-therapia, továbbá a villamgyógyászat, mindegyikük külön avagy a fürdőgyógyászattal együttesen van hivatva a sebesültet a rokkantságtól megmenteni. A sebesültek, a kiket ezen és számos itt fel nem sorolt gyógykezelésekben részesíteni kell, széjjel vannak szórva az ország minden részében működő különböző kórházakban, a melyek orvosainak egyrésze ilyen betegségek gyógykezelésével eddig nem foglalkozott, e bajok pedig olyan természetűek, hogyha bizonyos határidőn belül gyógykezelésbe nem vétetnek, később már nem gyógyíthatók eredményesen.

Hogy tehát e téren mulasztás ne történjék, szükségesnek tartom az összes kórházak számára rövid, világos, ábrákkal illusztrált füzetet szerkeszteni, a mely mindezen sérülések leírását tartalmazza, azok idejében való gyógykezelésére az orvosok figyelmét felhívja és egyúttal felsorolja az igénybe veendő gyógyításmódokat és tényezőket. Ugyanezen füzetnek instructiót kell tartalmaznia ahhoz, hogy milyen szempontok vezessék az orvost a művétagok megrendelésekor és hogyan kell az ezekhez szükséges gipszmintákat elkészítenie. Az instructiónak hangsúlyoznia kell, ha ezekkel valamelyik kórház nem rendelkezik, azokat beszerezni nem tudja vagy a szükséges műtétek végrehajtásában járatos szakemberrel nem rendelkezik, akkor küldje el betegét olyan gyógyintézetbe, a mely erre berendezésénél fogva vállalkozhat. Magam fogok gondoskodni egy ilyen füzet megszerkesztéséről. Ezt a magyar vöröskeresztnek ki kell majd nyomtatnia és az ország összes kórházi orvosainak díjtalanul megküldenie.

A mechanotherapiás gyógykezelés a massage és a svédgymnastika segítségével kézerővel is megtörténhet és kevesebb számú betegnél a gépekkel való kezelés szükségtelen. Ellenben a nagyobb központokban, a hol tömeges gyógykezelés folyik, a gépkezelés elkerülhetetlen és azért ilyen orthopaediás gépkezelő intézetekről gondoskodnunk kell. A hadügyi kormány már fel is szólította a magyar vöröskeresztet egy ilyen intézet felállítására, ennek megfelelőleg egyesületünk a szükséges gépeket Németországból meg is rendelte s azokat az Erzsébet-kórházában szándékozik beállítani. Teljesen felszerelt ilyen intézettel rendelkezik a vezetésem alatt álló egyetemi I. sz. sebészeti klinika, a mely *Dollinger Béla* dr. vezetése alatt már most naponként átlag 100—150 sebesültet részesít mechanotherapiás gyógykezelésben. Azonkívül e célra rendelkezésre áll már most is az István-úti sanatorium 130 beteg számára, a melyet nekünk egy magántársaság felajánlott.

De ezen 3 intézet együttevén sem elegendő a Budapesti lévő nagyszámú katona gyógykezelésére. Nagyon kíváncsi volna, hogy a Lábadozó Katonák Otthona, a mely *Teleky Sándor* gróf vezetése alatt működik, a város központjában, a mint tervezi, szintén állítson fel egy ilyen intézetet. Azonkívül fel kell majd szólítanunk a budapesti munkás-

biztosító pénztárt, hogy kórházában vállalja el egy bizonyos számú katonáknak ilyen irányú gyógykezelését. Fel kell továbbá szólítanunk a Budapesten működő összes testgyógyászati magángyógyintézeteket is, hogy bizonyos számú sebesült katonának orthopaediás gyógykezelését legyenek szívesek elvállalni.

Hogy ezen csak ideiglenesen rokkant és orthopaediás gyógykezelés alatt álló katonák a hadikórházakban ne foglalják el azon katonák helyét, a kik még sebkezelésre szorulnak, a lábadozók otthona, a mely a magyar vöröskereszt-egyesületnek egyik organuma, már is mintegy 1000 ágyval rendelkezik a város különböző részeiben lévő otthonaiban, a melyekben az ilyen katonákat elhelyezi s a honnan azok részint a nevezett intézetekbe, részint pedig a budapesti gyógyfürdőkbe bejárhatnak.

Ugyanígy irányban működnek tudomásom szerint már most is a kolozsvári és a pozsonyi egyetemek szakferiai. Azonkívül azonban még gondoskodnunk kell, hogy más vidéki nagyobb centrumokban is, a hol nagyobb számú sebesült van elhelyezve és erre alkalmas szakterő rendelkezésre áll, az ilyen katonák megfelelő utókezelésben részesíttessenek.

Igénybe kell vennünk azonkívül mindazon fürdőhelyeket, a melyek e célra alkalmas hőforrásokkal és berendezésekkel rendelkeznek, és a bizottság feladata lesz, hogy mindazon betegek, a kiknek ezek használatára szükségük van, ott elhelyezést nyerhessenek. E végből ajánlom, méltóztassék Bókay Árpád dr., Korányi Sándor dr. báró, Heinrich Kálmán dr., Fodor Kálmán dr. és Palotay Ödön urakat mint albizottságot kiküldeni, hogy az összes e célra alkalmas fürdőhelyek és klimatikus gyógyhelyek felett legyenek szívesek szemlét tartani és rokkantjainknak ottani elhelyezéséről javaslatot tenni. E fürdőhelyek egy része jelenleg rendes szállodáit engedte át a sebesülteknek, de a tavasszal ezekre polgári betegek számára lesz szükségük, úgy hogy esetleg majd a gyógykezelést igénylő rokkantjaink számára itt-ott barakkokat kell építtetnünk.

Ugyancsak ilyen intézkedéseknek kell majd történniök alkalmas klimatikus helyeken a belgyógyászati betegségek nagyszámú lábadozó és ideiglenes rokkantjai érdekében. Itt elsősorban a tuberculosusoknak elvárható igen nagy száma fog tekintetbe jönni, a kiket illetőleg érintkezésbe fogunk lépni a tüdővész elleni küzdelem országos és központi bizottságával és mindazon egyesületekkel, a melyek a tüdővész elleni küzdelmet tűzték ki feladatukká.

III. Gondoskodás a csonkított rokkant katonákról.

A csonkítottak külön elbánásban részesítendőek, a szerint, a mint alsó vagy felső végtagjuk van csonkítva. Azok számára, a kik *alsó végtagjukat* veszítették el, az előbb említett füzet utasításai szerint gipszminta után műláb készíttendő. Hogyha ezt jól elkészítették, akkor a betegek hamarosan megtanulnak járni. Nagy részük, bár némileg csökkent munkaképességgel, de vissza fog térhetni előbbi foglalkozásához és csupán kisebb részük számára kell majd új kerekekről gondoskodnunk.

Az *elveszett felső végtag pótlása* nem olyan könnyű. Olyan műkezet készíttetni, a mely a saját kezünket teljesen pótolhatja, a melynek ujjai akaratunknak vannak alárendelve, nem lehet. Olyan műkezet azonban lehet készíttetni, a mely bizonyos manualis műveletekre használható, úgy hogy a műkezt megrendeléskor már figyelembe kell vennünk a rokkant foglalkozását s azt aszerint kell elkészíttetni.

Meg kell azonkívül az egykarút tanítani arra, hogyan pótolja a megmaradt kezével az elvesztett végtagot, hogyan szolgálja ki önönmagát egy kézzel és hogyan használja esetleg a művégtagját régi avagy újonnan választott kenyérkereső pályáján. Igaz, hogy a betegek közül az ügyesebbek maguktól is reájönnek erre, de még ezeknek is sok idejét kíméljük meg, hogyha rövidesen megtanítjuk őket azokra a fogásokra, a melyekre más egykarúak hosszú próbálkozás után reájöttek. Zichy Géza gróf már is megkezdte ezirányú nemes működését. Szükséges, hogy a bizottság az egykarúak számára külön

iskolát állítson, a hol elegendő segéderő közreműködésével a rokkantakat bizonyos kézfogásokra, egyeseket pedig osztrák és német példa szerint tehetségükhöz képest bizonyos irodai munkákra vagy iparágakra betaníttatná. Ennek az iskolának a vezetésére Zichy Géza grófot ajánlom felkérni.

Egyesületünknek továbbá arról kellene gondoskodnia, hogy a grófnak az egykarú emberről írt munkája a hazánkban leginkább elterjedt nyelvekre lefordíttassék s annak egy példánya minden egykarú rokkantnak díjtalanul kiadassék.

Az amputáltak érdekében még szükséges, hogy a bizottság feliratban sürgősen kérje meg a honvédelmi ministert, hogy a sebészeti műszerész-segédék közül különösen azokat, a kik a művétagokat készítik, mentse fel a tényleges hadiszolgálat alól és hogy azon esetre, hogyha a kereskedelemben az eddiginél is nagyobb bórhiány állana be, engedjen át a hadikormány által lefoglalt bórökből beszerzési áron a műszereknek annyit, a mennyi a művétagok elkészítéséhez szükséges.

IV. A teljesen munkaképtelen rokkantak elhelyezése és fentartása.

Olyan rokkantak, a kik semminemű munkára sem képesek, vagy családi ápolásba adandók, vagy pedig a rokkantak házában helyezendők el. Sokan vannak közöttük, a kiknek állandóan orvosi segélyre van szükségük, a kiknek családi ápolása éppen ezért nagy nehézségekbe fog ütközni és a kik azért inkább az állandó orvossal rendelkező rokkantak házaiban fognak felvételt kérni. A teljesen rokkantak ilyen nagy tömegéről az államnak még sohasem kellett gondoskodnia, mint kellend majd ezután a háború után s azért rokkant-házait ki kell bővítenie és újjakkal kell szaporítania.

Az állam csakis örömmel üdvözölhet minden actiót, a mely e téren is segítségére lesz. Hogy a közönség mennyire fogékony külön meghatározott célra adakozni, azt legjobban bizonyítja, hogy azon 20.000 koronából, a melyet a rokkantokról szóló előadásom nyomán 3 adakozó, a nélkül, hogy gyűjtésről csak említést is tettem, a rokkantak javára általam a vöröskeresztnek rendelkezésére bocsátott, 10.000 koronát egy nemeslelkű hölgy csupán rokkantak házára szánt s ehhez újabban is hozzájárult egy másik nemeslelkű adakozó 1000 koronával.

Miután tehát Egyesületünk, a nélkül, hogy külön gyűjtést indított, máris rendelkezik külön rokkantak házára 11.000 koronával, ajánlom, hogy albizottságot küldjünk ki, a mely a rokkantak házában kérdését tanulmány tárgyává tegye és tanácskozásának eredményéről nekünk mielőbb jelentést tegyen.

V. A rokkant katonák és a háborúban elesett harcosok családjainak társadalmi segélyezése.

Eddig azon, nagybárá orvosi intézkedésekről volt szó, a melyek a rokkantság megelőzésére, a rokkantak számának leapasztására, a véglegesen rokkantoknak munkaképessé tételére és a munkaképtelenek ellátására szükségesek. Most át-
térünk a társadalmi actióra.

Nemcsak a csonkítottak, hanem mindazok, a kik a háború folytán nagyobb testi fogyatkozást szenvedtek, azonkívül, hogy őket a munkára alkalmas művétagokkal vagy más orthopaediás gépekkel látjuk el, azonkívül hogy szenvedett sérülésüket alkalmas utókezeléssel minél kisebb fokra szállítjuk le és ezzel őket munkára minél alkalmasabbá tesszük, még többnyire lelki bátorításra is szorulnak, a melylyel reményt csepegtetünk csüggettségükbe, a melylyel felvilágosítjuk őket, hogy csonkaságukkal nem lesznek a társadalom csúfjaivá, sőt inkább, büszkeséggel hivatkozhatnak arra, hogy csonkaságukat a haza hősi védelmében szerezték. De egyúttal arra is figyelmeztetnünk kell őket, hogy bár az állam rokkantsági nyugdíjban fogja őket részesíteni, az nem lehet olyan nagy, a mely őket és családjukat a jövőben minden munka alól felmenti, hanem, hogy a maguk érdeke is megkívánja, hogy minél előbb folytassák régi foglalkozásu-

kat, avagy ha ez nem lehetséges, lássanak valamely új foglalkozás után, a melyet rokkantságuk megenged.

Mivel nem lehet minden csonkítottat ide Budapestre felhozni és itt a szükséges tanácsokkal ellátni, könnyen érthető nyelven írt, áttekinthető füzet kiadásáról kell gondoskodnunk, a mely az ipari, pénzügyi és socialpolitikai vonatkozások szem előtt tartásával, az érdekelteket vigasztal, és azon esetre, hogyha eddigi foglalkozásukon változtatni kellene, a választandó pálya iránt tanácsot is ellátja.

Ennek a füzetnek a különböző kenyérkereseti pályák és a munkakereseti viszonyok felett áttekintést kell adnia és meg kell jelölnie azon kenyérkereseti módokat, a melyek a fő rokkantsági csoportok számára legalkalmasabbnak kínálkoznak. Ezt a füzetet több hazai nyelvre lefordítva az ország összes kórházainak és mindazon hatóságoknak meg kell küldenünk, a kiknek feladata lesz a rokkant katonákat a szükséges tudnivalókra kitanítani.

Tekintettel arra, hogy rokkantjaink az egész országban széjjel vannak szórva és számuk igen nagy, ennek a társadalmi aciónak a végrehajtását is decentralizálnunk kell, de a mellett fenn kell hogy tartuk a központi vezetést. Ezért szükséges, hogy minden vidéki vöröskeresztes fiókegyesület alakítson a saját körében rokkant katonákat segélyező bizottságot, a mely a központi vezető bizottságunk által megállapítandó elvek szerint a működési területének rokkantjait mindennemű anyagi és szellemi támogatásban részesíti, ügyüket, a mennyiben erre képes, a saját hatáskörében elintézi és arról nekünk jelentést tesz, a mennyiben pedig egyik-másik esetben a közvetlen elintézésnek bármilyen akadály forogna fenn, hozzánk fordul.

A fiókegyesületeket evégből fel kell hatalmaznunk, hogy a saját működési területükön belül pénzügyi indíthassanak. A fölvevők, a melyeket a helyi bizottságoknak ajánlunk, a következők:

1. Minden rokkantat reá kell beszélni, hogy ha rokkantsága megengedi, foglalkozást vállaljon.

2. A mennyiben lehetséges, maradjon meg mindenki ezután is eddigi tartózkodási helyén és ha munkaképessége csak valamennyire van leszállítva, maradjon eddigi foglalkozásánál. A gyári üzemeknél, a nagyobb iparvállalatoknál és gazdaságoknál oda kell hatni, hogy azon munkásaikat, a kik a haza védelmében váltak rokkantná, ismét fogadják vissza szolgálatukba és rokkantságuknak megfelelő munkával lássák el.

3. Hogyha pályaváltoztatás válik szükségessé, hasson oda a bizottság, hogy a rokkant a productív szakmák felé forduljon. Rokkantjaink túlnyomó része valami állásra pályázik, mert tájékozatlanságánál fogva más kereső pályára magát képtelennek tartja. Ilyen esetekben lássák el a fiókegyesületek a munkakeresőt tanácsot és kérjék ki esetleg a munkafelügyelők közreműködését, szervezzék a maguk körében a *Ferenzi Imre* dr. által ajánlott munka-patronázt és vegyék igénybe a munkaközvetítő intézetek szolgálatait. A mi feladatunk lenne az egész országra kiterjedő vöröskeresztes rokkantbizottságok állandó központi vezetése és ellenőrzése.

Azon tájékoztató füzet megszerkesztésére, a mely hivatalosan fiókegyesületeinket ezen irányú működésükre kiköztetni és a mely nekik eljárásukban zsinórmértékül szolgáljon, *Hegedüs Lóránt* dr. képviselőt vagyok bátor ajánlani.

VI. A rokkant katonák statisztikája.

A háború $\frac{1}{2}$ éves tartama után ma még javában folyik, vége be sem látható. Megközelítőleg sem tudhatjuk, hogy hányszor 10.000 gyógyítható ideiglenesen rokkant, hány részben és hány egészen rokkant katonáról kell gondoskodnunk, de munkánk megkezdésével a fent előadott okokból nem várhatjuk be a háború végét, azért kíváncsok, hogy legalább eddigi feladatunk nagysága iránt már most tájékozódjunk és $\frac{1}{2}$ évi zárlatot készítsünk. *Tisza István* gróf miniszterelnök ezt a Budapesten elhelyezett sebesültekről meg-

kezdte. Ezt a statisztikát bizottságunknak minél hamarabb ki kell terjesztenie az egész országban és a monarchia másik felében elhelyezett magyarországi illetőségű sebesültekre is, úgy a hogy azt *Grósz Emil* tanár a vakokra nézve már meg is tette. Ezen statisztika keresztülvitelére *Vargha Gyula* államtitkárt ajánlom felkérni, a ki bizottságunkban a kereskedelmi miniszteriumot képviseli.

VII. A rokkant katonák és az elesett hősök családtagjainak anyagi segélyezése.

Bizottságunk egy további feladata lesz a rokkantak anyagi segélyezéséhez és a rokkant házak építéséhez és fenn tartásához, továbbá a családtagok anyagi segélyezéséhez szükséges pénzeszközök beszerzése hirdapok, ívekkel való gyűjtés, esetleg jótékonyági előadások rendezése útján. A segélyezésnél irányadó elvnek tartom *Tisza István* gróf miniszterelnök körrendeletének azon szavait, hogy ne alamizsnát adjunk a rokkant katonáknak, hanem a legnagyobb segítség az, hogyha igyekszünk őt munkaképessé és ezzel önállóvá és függetlenné tenni.

Ezen ténykedésünkben nagy szerep jut női bizottságunknak, s azért erről ismétlések elkerülése végett a következő pontban fogok bővebben értekezni.

VIII. A hölgybizottság munkaköre.

A magyar vöröskereszt egyesület igazgatósága elhatározta, hogy bizottságunkkal kapcsolatban hölgybizottságot alakít, a melynek elnökségét *Khuen-Héderváry* grófné volt kegyes elvállalni.

Ezen hölgybizottság a munkaprogramját saját maga fogja megállapítani és reméljük, hogy egyik legnehezebb és legfontosabb feladatunkban, a pénzügyi ügyekben is hatalmas segítségünkre leend. Ezenkívül igen tág működési tér vár rá a rokkantaknak és ezeknek, valamint az elesett hősök családjai hátramaradt nőtagjainak munkapatronázsában azzal, hogy számukra képességüknek és különböző társadalmi állásuknak megfelelő keresetalkalmat szerez.

Az állami rokkantnyugdíj még a legkedvezőbb esetben is alig lesz több, mint hogy a rokkantnak és az elesett hátramaradt családjának a legszerűebb megélhetést biztosítja. A többi maguknak a rokkantnak vagy a hátramaradtaknak kell megszerezniök és ezért számos esetben majd munkához kell látniök azon családtagoknak is, a kik azelőtt a rokkantná váltak vagy elesettnek keresetéből gondtalanul megélték. Munkához kell majd látni az asszonynak és a felnőtt leányoknak is. Ezek számára munkaalkalmat szerezni, őket létfenntartó életpályákra állítani a női munkapatronáznak és így a mi nőbizottságunknak lesz a legnehezebb feladata. E végből összekötetésbe kell majd lépnie az ország összes vöröskeresztes fiókegyesületeinek női választmányával, erre a munkára fel kell őket kérnie és működésüket irányítani kell.

A vigasz szavai mellett meg kell reá tanítani mindenkit, hogy a mikor a legélesebb fájdalom perczei elmúltak, akkor az özvegyi gyászfátyol nagyon jól megfér a kenyérkereső munkával, sőt hogy a legmélyebb gyászban is nagy vigasz rejlik a munkában. Hölgybizottságunk karöltve a vöröskereszt egyesület összes fiókjával számos nőt fog arra a magasabb öntudatra emelni, hogy nem szorul női méltóságát megalázó alamizsnára és külön kegydíjakra, hogy nem kénytelen ezekért kilincselni és hogy a szíveket meghassa, egész nap siránkozni, hanem hogy mint munkaképes, kenyérkereső megél a maga keresetéből, az elvesztett emléket és vesztesége feletti mély fájdalmát nem viszi a piacra, hanem csendes visszavonult órái számára szíve mélyében híven megőrzi.

* * *

Ezzel befejeztem munkaprogramtervezetemet. Nem tartom tökéletesnek. Bizottságunk illusztris hölgy- és úri tagjainak gazdag tapasztalatai, a melyeket a gyakorlati élet legkülönbözőbb pályáin tettek, bizonyára igen sok jó tanács-

csal fogják azt kibővíteni, a melyeket hálás köszönettel fogunk értékesíteni. Hiszen valamennyiünknek az a közös törekvése, a mely bennünket testületté tömörített, hogy hazánk hősi védelmében megrokkant katonáinkon és az elesett hősök hátramaradt családtagjain minél többet segítsünk és e feladatában az államot a polgári segítség szervezésével és lelkes közreműködésével minél hathatósabban támogatassuk.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Meningitis cerebrospinalis esetét ismertette *Umber* a „Kriegsärztliche Abende“ január 26.-án tartott ülésén. Az illető (ujonc) hasfájás, hányás, hasmenés tüneteivel betegedett meg, hőmérséke 38°C volt. Ezt erős rázóhideg követte általános tagfájdalmakkal. Kórházba hozatalakor a sensoriuma tiszta, collapsusra hajlandó, náthája és conjunctivitis van, nyelve és torokképletei duzzadtak; bronchitis, a köpetben streptococcusok; a hason és a háton néhány roseola és petechia; másnap reggel a hőmérsék 40°C , számos petechia a hason, a háton és a végtagokon; erős szaggató fájdalmak a tagokban, a lép megnagyobbodott, a pulsus szapora, a beteg apathiás. A Widal-reactio negativ, a vérből nem fejlődtek telepek. Hyperleukocytosis, a vizeletben 6‰ fehérje, számos cylinder, vörös- és fehérvérsejt. A beteg este, az első rázóhideg után 30 órával meghalt. A kórjelzés typhus exanthematicus accelerans volt, a boncoláskor azonban (*Benda*) meningitis cerebrospinalis derült ki. Exanthemáról meningitisben már *Gottstein* tett említést 1905-ben, a 18. században pedig még a petechialis betegségek közé sorozták a meningitis cerebrospinalist.

A diabetes opotherapiájához szolgáltat adatokat *Farmachidis* és *Vattuone*. Miután kémlőcsőben végzett vizsgálatokkal kimutatták a tonsilla-kivonat glykolysises hatását és az állatkísérletek is kedvező eredményt adtak: három súlyos esetet próbáltak kezelni tonsilla-kivonat intravenás befecskendezésével. Az eredmény az volt, hogy a cukorkiválasztás tetemesen csökkent, a testsúly és az izomerő gyarapodott és valamennyi többi kóros tünet is javult. (*Rif. med.*, 1914, 51. szám.)

Sebészet.

Mellkasi lövés 225 esetéről számol be *Rotter* tanár. Közülök 110 a mellkas falát érintő lövés volt, még pedig 62-t tüzéségi, 43-at gyalogsági lövedék, 5-öt más ok idézett elő. Bár e fentebbi sebesülések nagyobb részét tüzéségi lövedékek okozták, a halálozás igen kicsiny volt, a mi azzal magyarázható meg, hogy a sebesülteket igen hamar szállították el a főállomásra.

115 be- illetve áthatoló mellkasi sérülést szenvedett sebesült közül 14 (12‰) meghalt. Közülük 67-et tüzéségi, 48-at gyalogsági löveg okozott. Az a körülmény, hogy a halálozás úgy a tüzéségi, mint a gyalogsági lövedékek okozta sebesülések között egyforma volt — a mi a korábbi tapasztalatokkal ellenkezik —, arra enged következtetni (más okokkal együtt), hogy az angol csapatok dum-dum golyókat is használtak.

Az áthatoló mellkasi sérülések a priori annál jobb indulatúak voltak, minél távolabb estek a középvonaltól. (30 közül 1 haláleset — $3\frac{1}{2}\text{‰}$ — belső vérzés miatt.) A kulcsont feletti és alatti tájat relative gyakran érte lövés, de 26 sérült közül csak 2 halt meg súlyos dyspnoé és belső vérzés miatt.

A szegycsont táján sérült 9 sebesült közül 2 halt meg. A 9 közül 5-nek a golyó közvetlenül a szegycsontja mellett hatolt a mellkasába; négynek a jobb szélén (egy halálos), egynek pedig a szegycsont bal szélén. Utóbbi meggyógyult.

A betegen a golyó a szegycsont markolatán mély csatornát vágva ferdén hatolt be a tüdőbe, míg másik két sebesültön a szegycsont markolatát átfúrva hátul a lapoczká mellett jött ki. Ez utóbbiak közül az egyikén nyílt pneumothorax, majd pneumonia és belső vérzés állott be, mely a beteg halálát okozta. Igen szerencsés volt két másik sebesült, kiknek a golyó a mellkas egyik oldalán hatolt be és a másik oldalán ment ki.

Figyelemre méltók a mellkasi lövések tünetei, a lefoylás szövödményei és a halálozási szám.

Vérköpése 69 sebesült közül 22-nek volt s csak ritkán tartott tovább egy hétnél. Böremphysema 69 közül 8-on fejlődött s néhány nap alatt megszűnt. Hőemelkedése 69 közül 12 sebesültnek nem volt, míg 31 lázas beteg közül 20-nak mérsékelte, 39° -ot alig meghaladó s 1—2 hétnél tovább nem tartott hőemelkedése volt, 11 sebesültnek lázát pedig a fertőzés okozta.

Egyszerű zárt haemothoraxa 115 sebesült közül 43-nak volt, kik közül 5-ön annyira fokozódott, hogy a lélegzés és a szív működés akadályozása folytán halált idézett elő.

Zárt haemo-pneumothoraxa 5 sebesültnek volt, a kik közül 3 meghalt. Három más zárt haemothoraxos sebesültön fertőzés folytán haemo-pyothorax fejlődött ki, közülük 2 halt meg. A meggyógyultnak a bal pleuraüreben a lapoczká közepéig terjedő haemothoraxa volt. Ezenkívül még egy bélkacsát is megsértette egy másik, a hasürbe hatolt golyó, a minek következtében Douglas-tályogja keletkezett. Ezt a végbélen át megnyitva, meggyógyult. Néhány nap múlva, mivel a láz nem csökkent, a mellkast megcsapolva azt találták, hogy a mellüregben geny is van, mire bordaresectiót végeztek s a beteg meggyógyult.

Kilencz nyílt geny-légmellű sebesült közül 4 meghalt. A halált pneumonia, pyogen fertőzés, vérkeringési és légzési zavarok okozták, melyekhez az egyik esetben a ductus thoracicus sérülése is hozzájárult.

Bár mellkasi lövésű sérülés eseteiben az életet a vérzés nagy mértékben fenyegeti, a tapasztalat mégis azt mutatja, hogy friss esetekben a fenyegető tünetek dacára sem szabad a mellkast megcsapolni, hanem adjunk ilyenkor morphin-injectiót a betegnek s a dyspnoét csak napok, vagy egy hét elmúltával szüntessük meg csapolással; a mi ekkor a vér felszívódását is jóval kedvezőbbé fogja tenni.

A legsúlyosabb, de aránylag ritka (115 közül 12) szövödmény a mellüreg fertőzése, melyet vagy a lövedék, vagy pneumonia, vagy nyílt pneumothorax hoz létre. E 12 sebesült közül 6 halt meg, de ezeknek halálához az infection kívül a vérkeringés és a lélegzés zavara is hozzájárult.

Végeredményben a mellkasán sérült 115 katona közül 14 halt meg (8 vérzés, 6 fertőzés folytán). E szám is a mellkasi sérülések jó prognosisa mellett szól. (*Medizinische klinik*, 1915, 4. sz.) M.

Gyermekeorvostan.

Az alimentaris láz keletkezéséhez szolgáltat kísérleti adatokat *Lövegren* (*Finkelstein* és *Hansemann* berlini intézeteiből). A mióta *Finkelstein* a figyelmet az alimentaris lázra irányította, azóta ezen kérdés körül kiterjedt irodalom fejlődött. Legfőképpen a hőemelkedés magyarázatán vitatkoztak. *Finkelstein* u. i. a hőemelkedés létrejöttében kizárt minden bacteriumos befolyást, s szerinte az ok a táplálék kristalloidjainak (cukor, sók) a szervezetre kifejtett biochemiás-physicalis hatásában rejlik. Nagyon sokan azonban azon álláspontot foglalják el, hogy a bomlott táplálék csupán a bélfalat támadja meg, míg a láz eredetét bacteriumokra vezetnek vissza, melyek hatásukat a megbetegített bélfalon át fejthetik ki. Klinikai úton ezen kérdést nem lehet tisztázni, s ezért a szerző állatkísérleteket végzett, a melyek rendezésében az volt a vezető gondolat, hogy teljesen egészséges állatokon az emésztési munka közben az alimentaris componenseket, a konyhasót és a cukrot, mint olyanokat, a melyek a klinikai tapasztalatok szerint a lázat okozzák, a bél megkerülésével közvetlenül a vena portae rendszerébe

juttassák. Ha ilyen módon lázat lehet kiváltani, akkor sem bélbacteriumok, sem bacteriumos bomlási termékek nem játszhatnak szerepet. Kutyák bélfodorgyűjtőerébe hasmetszés után 40—60 cm³ hyper-, hypo- s isotoniás konyhasóoldatot, hypertoniás CaCl₂ és Ringer-oldatot fecskendezett. Hasonló oldatokat juttatott be egyik környéki gyűjtőérbe, s ugyanezen kísérleteket végezte tejcukor- és szőlőcukor-oldatokkal is. Mindezen kísérletek egyértelműleg mutatták, hogy a konyhasóoldatoknak és a tejcukornak a vérkeringésbe juttatására lázak jelentkeznek, úgy hogy a bacteriumok szereplését kizárhatjuk és kétségtelen, hogy a konyhasóoldat közvetlenül okozza a lázat, tehát valóságos sóláz forog fenn. Minthogy azonban ugyanazon sómennység, mely a környéki vérpályába juttatva csak jelentéktelen hőemelkedést vált ki, erős lázat okoz, ha a májon át halad, fel kell vennünk, hogy a sóláz keletkezésében a májnak különösen fontos szerepe van. (Zeitschr. f. Kinderhk. 1914, XII. kötet. 110. l.)

Flesch.

Húgyszervi betegségek.

A prostatatályog eseteiben végzett prostatotomia távoli eredményeiről irt M. Cealic és L. Strominger. 71 műtétről referálnak, melyeket Heresco tanár s tanítványai 1901-ig visszamenőleg végeztek. Mindenik operált beteghez kérdéseket intéztek, melyekben többek között a nősülésről és az utódokról is kértek értesítést. 22 betegről kaptak is választ, sőt egynehányat újból megvizsgálni is volt alkalmuk. A kapott feleletek szerint a nagyobbára igen kedvező eredmények a prostatotomia mellett szólnak.

3 esetben a beteg elbocsátásakor még gátsipolyok állottak fenn, melyek azonban időközben szépen begyógyultak. A húgycső-végbél- és a húgycső-gátsipolyokat elkerülhetjük, ha a húgycső megsértése esetében állandó kathetert vezetünk a hólyagba, végbél-sérülés esetében pedig székrekedésről gondoskodunk.

A mi a potentiára vonatkozó távoli eredményeket illeti, csak egy betegen maradtak el végleg az erectiók s az ejaculatio, a többin ezek részben vagy egészen megmaradtak, vagy csakhamar visszatértek. Késő ejaculációról egy beteg, 3 beteg pedig eközben fájdalomról panaszkodott. 3 operálnak a műtét után gyermekei születtek. A szerzők ezeket a jó eredményeket annak tulajdonítják, hogy műtét közben különös gonddal kimélik az ondósinórokat s hogy a mikor a prostata már szabaddá van téve, hosszmetéseket végeztek rajta. A 71 műtett beteg közül csak 2 halt meg a műtét után, még pedig az egyik sepsisben, a másik meg has-hártyagyulladásban.

Értekezésük második részében a szerzők a prostatotomiának a kankó gyógyulására gyakorolt befolyását tárgyalják s bebizonyítják, hogy az összes utóvizsgált esetekben a kankó teljes gyógyulását konstataáltak. Ezen az alapon tehát azon következtetésre jutnak, hogy a prostatotomia veszélytelen műtét, melynek kitünőek a távolabbi eredményei, s melynek végső eredménye a prostatákankó teljes gyógyulása. (Journal d'urologie médicale et chirurgicale, 1914, I. kötet.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A ruhatetűk, mint a kiütéses typhus legfőbb terjesztői ellen Weidenfeld és Pulay az alsóruha impraegnálását ajánlja a következő szerrel: Rp. Paraffini liquidi 100.0; Paraffini solidi (52°-on olvadó) 50.0; Olei anisi 5.0. Hogy néha mily rendkívüli mennyiségű ruhatetűt hordoznak ruhájukban katonáink, arra nézve felemlíti, hogy egy 120 katonából álló beteg-szállítmány ruházatából 15 liter tetűt tudtak összegyűjteni. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 6. szám.)

Dysenteria nagyszámú esetében, melyekben a serumtherapia hatástalan maradt s a melyek egyébként is súlyos toxikus lefolyásúak voltak, Singer tanár igen jó eredménnyel használta a hypertoniás konyhasóoldatok intravenás befecskendezését. 1.8%-os oldattal kezdi és lassanként

felemelkedik 25%-osig. Az egyszerre befecskendezett mennyiség 50 cm³. Az oldatok mindig frissen készítettők, frissen destillált vízzel. A befecskendezéskor ügyelni kell, hogy a vénán kívül ne jusson folyadék, mert ez necrosist okozhat. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 6. szám.)

A strophantin Johannessohn vizsgálatai szerint az emésztőszervek behatása következtében részben elveszti a hatását. Innen van, hogy néha teljesen hatástalan a strophantin. Ezért ha belsőleg adjuk a strophantint, az emésztőszervekkel szemben ellentálló kristályos g. (gratus-) strophantint használjuk. (Arch. f. exper. Path. und Pharmac., 80. kötet, 1. és 2. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 7. szám. Szegő Kálmán: Betegeink a tengerparton.

Budapesti orvosi újság, 1915, 7. szám. Géber János: Mit hoztak az újabb kutatások a syphiliskérdésben?

Vegyes hírek.

Kinevezés. Takács Sándor dr.-t a nagysomkúti járás orvosává, Bauer Berthold dr.-t a mosoni tüdőbeteg-gondozó rendelőorvosává nevezték ki.

Meghalt. Aczél Béla dr. nezsideri körorvos, tiszteletbeli járásorvos, 46 éves korában február 11.-én a hadifogoly-táborban szerzett typhus exanthematicusban. — Velics Antal dr. 59 éves korában február 14.-én Budapesten.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről január 25.-étől 31.-éig 25 ázsiai cholera megbetegedést jelentettek be 10 halálozással. Az esetek megoszlása a következő: Városok: Debreczen 1, Miskolcz 2, Ujvidék 1, Zombor 1. Vármegyék: Bács-Bodrog vm.: Bulkeszi 1, Titel 11, Ófutam 1, Petrőcz 1; Bereg vm.: Munkács 1; Heves vm.: Hatvan 1; Hajdú vm.: Püspökladány 1; Sáros vm.: Ásgút 1; Torontál vm.: Óecska 1; Zemplén vm.: Tokaj 1. A betegek közül 4 az északi harctérrel érkezett katoná, 17 helyben állomásozó katoná és katonai fuvaros, 1 orosz hadifogoly és 3 polgári egyén volt.

Polgári orvosoknak a katonai megfigyelő kórházakban szemeles szolgálata való berendeléséről a következő rendeletet bocsátotta ki a minisiterelnök: A m. kir. ministerium a hadiszolgálatokról szóló 1912: LXVIII. t.-cz. 4. §-a alapján a honvédelmi ministert felhatalmazza, hogy a katonai megfigyelő kórházakban teljesítendő orvosi szolgálata bármely munkaképes, a férfinemhez tartozó, életének 50. évét még be nem töltött polgári orvost kirendelhesen. E rendelet kihirdetésének napján lép életbe.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület novemberben 1095 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1971 szállítást végzett, 7-szer mint mozgóórság szerepelt és 22-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 3095 volt.

Személyi hírek külföldről. Rendkívüli tanári címet kaptak: A. Uffenheimer (gyermekorvos), K. Süpfle (közegészségtan), E. Rüdin (elmekörtan), F. Plaut (elmekörtan), H. Herzog (oto-laryngologia), H. Bayer (sebészet), G. Freytag (szemészet), W. Specht (elmekörtan) müncheni, E. Magnus-Alsleben (belorvos) és J. Köllner (szemészet) würzburgi, K. Kleist (elmekörtan) és R. Kümmel (szemészet) erlangeni magántanárok.

Hírek külföldről. A német hadseregben a hivatalos jelentések szerint jan. 15.-éig 56 orvos esett el, 5 járt szerencsétlenül és 216 sebesült meg. Az 1870.-i német-francia háborúban 4062 orvos közül összesen csak 9 esett el és 69 sebesült meg. Az elesett és sebesült orvosok száma feltűnően nagy a jelen háborúban, még ha számba is vesszük, hogy kb. háromszor annyi orvos (12.000) működik most a német hadseregben, mint 1870-ben; ez a modern lövedékek nagyobb vívőképességének és robbanó erejének tudható be. — Bécsben egy félkarú műépítész kezdeményezésére iskola létesült, hol az egyik karjukat elvesztett vagy megbénult rokkantokat kitanítják a félkarral elvégezhető mesterségekre. Az iskola címe: Wien IX., Michelbeuerngasse 6.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujannon átalakítva. Prospectus.

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos. IV., Ferencz József-rakpart 26.

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

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

Dr. Réh

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

Az összes elektroterapeutikai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen. —

Orvosi laboratórium: VII., Király-utca 51. Telefon 157-71.**Dr. SZONTAGH MIKLÓS** gyógyintézete**UJTÁTRAFÜRED.**

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratórium. Fekvő- és hisztalókúrák. Nap- és légfürdők. Vizgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

PÁLYÁZATOK.

329/1915.

Az elhalálozás folytán megüresedett (Nógrád vm.) kékkői kör-orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kör 12 községből áll 7404 túlnyomóan tótajkú lakossal. Székhelye Kékkő, mely egyszersmind járási székhely. A székhelyen nyilvános gyógyszerár van.

A körorvos javadalmazása: 1. törvényszerinti 1600 korona törzsfizetés és korpótlékok, 800 korona lakbér, 960 korona útiátalány; 2. 600 korona helyi pótlék; 3. a szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műtét díjak.

Az eddigi alkalmaztatást is igazoló pályázati kérvényeket folyó évi március 15.-éig fogadom el.

A választás határidejének kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Kékkő, 1915 január hó 26.

Szerény Ödön, főszolgabíró.

45/1915. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 korona évi fizetés, I. oszt. élelmezés, egy szobás bútorozott lakás a kórház épületében, fűtés, világítás és kiszolgálással. Magánygyakorlatot nem folytathat.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és 1 koronás bélyeggel ellátott kérvényeiket nagys. Ambrus Sándor úrhoz — Békés vármegye alispánjához — intézve, hozzám legkésőbb 1915. évi március 1.-éig annál is inkább küldjék be, mert a később érkezőket nem veszem figyelembe.

Békéscsaba, 1915 február 16.

Békéscsaba közkórházának igazgatója.

692/1915. szám.

Nagykörű községben a községi orvosi állás lemondás folytán megüresedett, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona évi fizetés, továbbá 800 korona működési pótlék, 1000 korona személyes pótlék, továbbá természetbeni megfelelő 4 szobás lakás és mellékhelyiség van összekötve.

Tartozik a megválasztott községi orvos teendőit a törvény és szabályrendeletekben megállapított díjak mellett végezni.

Pályázati hirdetés határidejéül folyó évi március 15.-ét tűzöm ki, mely időig a szabályszerűen felszerelt kérvények hivatalomhoz terjesztendők.

Jászapáti, 1915 február 16.

Főszolgabíró h.:
A szolgabíró.**HIRDETÉSEK.****Univ. med. Dr. PÉCSI DANI**

nyilv. tehénhimlő-termelő intézete, II., Margit-körút 45.

A tehénhimlő oltóanyag és a m. k. áll. difteria ellenes serumon kívül kapható nálam;

- | | |
|---|---|
| 1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. K 6.50 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.20 | 4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. K 16.25 |
| | 5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.— |
| | 6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.— |

**Katarrhusok ellen!****Gleichenbergi****Emma- és Konstantin-forrás**

I. Ferencz József Ő cs. és kir. Felség által rendesen használva. Mindenütt kapható, vagy az alulírott igazgatóság által:

Saison: május 15-től szept. 30-ig. Brunnendirektion Gleichenberg.

Dr. Szegő Kálmán sanatoriuma és vizgyógyintézete

felnőttek és gyermekek részére Abbazia tengeri fürdőben (Ausztria).

Elsőrangú intézet. Egész éven át nyitva. Az összes physikális gyógy-módok. Zander-intézet. Erősítő-, edző-, hisztalókúrák. Gyengeszervezetűek, lymphatismus, dispositio katarrhusok, idült peritonitikus exsudatiók stb. speciális kezelése. Idült izület- és csontbetegek conservativ kezelése, torlódási hyperaemia, fixatiós kötések, tengeri fürdők, általános erősítés stb. által. 7 éven felüli gyermekek kíséret nélkül is felvétetnek.

**A rossz, nedves időjárás a csatatéren mindennemű hurutos megbetegedéseket idéz elő, melyek legjobban a****„HELLSIRIN“**

által orvosolhatók.

A Syrupus Guajacol Comp., „Hell“ törvényesen védett megjelölése.

Lényegesen különb minden hasonló készítménynél; jóízű és könnyen emészthető. Egy kávéskanál (kb. 5 g.) tartalmaz 0.05 Ammon. petrosulfolicum és 0.45 Ka. sulfoguajacolicumot.

Emellett kapható a „Hellsirin“ kapsula alakjában is = Capsula Guajacoli comp. „Hell“. 1 capsula tartalmaz 0.025 Ammon. petrosulfolicumot és 0.225 Ka. sulfoguajacolicumot.

Adag: 3-4-szer naponta egy teáskanálnyi sirup, illetőleg 3-4 szer naponta 1 capsula

ÁR: 1 üveg sirup K 3.— 1 üveg betegpénztári csomagolás K 2.— 1 doboz kapsula K 2.—

Irodalom és minták ezen hirdetésre való hivatkozással az orvos uraknak díjmentesen áll rendelkezésére.

G. HELL & Comp. gyógyszer. és vegyi-készítmények gyára,

Troppau és Wien I., Helferstorferstrasse 11-13.

Nyomatott Pápai Ernő műintézetében, Budapest VI., Szerecsen-utca 65 (Liszt Ferencz-tér sarok).

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Az O'Dwyer-féle intubatio mint diagnostikai eszköz. 115. lap.

Fabinyi Rudolf és Selig Árpád: Kísérletek a paralysis gyógykezelésére. 116. lap.

Dollinger Béla: Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Spondylitis tuberculosa (2000 eset alapján). 118. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Schwalbe: Az alkohol a háborúban. — Wolff-Eisner: A Gruber-Widal-reactio. — Piorkowski: Tetanus. — Buiwid: A cholera-

ellenes védőoltások. — Sebészet. Volk és Stiefler: Fagyás 47 esete. — Gyermekeorvos-tan. Morgenstern és Gruber: Kanyaróhoz szövődményesen csatlakozott n. multiplex bőr-infarctusok. — Venereus betegségek. Döhring: A kénesőkészítmények, főként a contraluesin hatása és felszívódása. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Herxheimer és Nathan: A ruhatetű elpusztítása. — Pribram: A fagyás gyógyítása. 122–124. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja 124. lap.

Vegyes hírek. 121. lap.

Tudományos társulatok. 125–127. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az O'Dwyer-féle intubatio mint diagnostikai eszköz.*

Irta Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.

Az O'Dwyer-eljárás nagy therapiás haszna már évek óta beigazolt; de hogy az eljárás, mint diagnostikai eszköz is jelentőséggel bír, különösen a gyermekorvosi gyakorlatban, eddig csak igen kis körben ismert.

Az intubatio mint diagnostikai eszköz kétségtelenül azóta szerepel, a mióta egyáltalában alkalmazzuk, mert hisz kétségtelen, hogy a diphtheriás gyakorlatban kezdettől fogva ismételt fordultak elő esetek, hol a tubusbevezetés hatás-talansága a fennálló stenosisra, egyéb tünetek mellett, kellő feleletet adott azon a prognosis szempontjából fontos kérdésre, hogy a rostonyás kiizzadás a felső légutakról leterjedt-e már az alsóbb légutakra is. Diagnostikai célra egyébként cél-tudatosan Pitts és Brook (1891), valamint Ferroud (1891) használták először s Sargnon¹ és Bonain² az intubatiónak ily célból való alkalmazását monographiájukban már önálló fejezetben tárgyalták 1900-ban és 1902-ben.

Ily célú intubatiót ismételtén végeztem én is a mult-ban³ s végeztek a jelenben is, s azon nézetem vagyok, hogy a diagnostikai intubatió nagy gyakorlati jelentősége van, különösen oly esetekben, hol egyéb vizsgálatok (kopogtatás, hallgatódzás, gégetükrözés, Röntgen-átvilágítás stb.) alapján nem nyerünk kellő felvilágosítást arra, hogy pl. adott esetben thymus-hyperplasia okozza-e a csecsemő felső légút-ste-nosisát, avagy egy stridor inspiratorius congenitus, vagy pl. a vizsgálat egyébként nehezen tudja tisztázni azon fontos kérdést, hogy peribronchialis mirigymegnagyobbodás, peri-

bronchialis mirigyfolyog, illetőleg a nagy bronchus-ágba be-ékelődött s észrevétlenül aspirált idegen test okozza-e a ne-hézlégzést, vagy a dyspnoë a larynx, illetőleg felső trachea-részlet valamely bántalmazottsága által van feltételezve.

Hogy adott esetben mint diagnostikai eszköz mennyire beválik az intubatio, mutatja alábbi esetem, melyben tubus-bevezetés nélkül alig tudtam volna megállapítani, hogy a sú-lyos felső-légútstenosist a glandula thyreoidea hypertrophiája, vagy a thymus hyperplasia idézi-e elő.

Cz. László, egy napos újszülött, felvétetett 1906 szept. 10.-én. Asphyxiában született s ezért azonnal mesterséges légzést kellett végezni. Légvétele állandóan nehezített, han-gos, sipoló, időnként fulladozó.

Érett újszülött. Az ajkak, fülkagylók, felső és alsó vég-tagok distalis részei nagy fokban cyanosisosak. A glandula thyreoidea középső és jobb lebenyének megfelelőleg körülbelül diónyi mirigyes tapintatú térfogatomegnagyobbodást konstatálunk. Kissé rekedt hang. Megnyúlt, hangos, mellkasi és hasi behúzódadásokkal kísért inspirium. A kilégzés csaknem szabad, kevéssé megnyúlt. Légzés-szám percenként 40. A bal mell-kas felett a kulcsont alatt kezdődő, kifelé az elülső hónalj-vonalat megközelítő, lefelé a szívtoppulattal összefolyó, befelé a sternum jobb szélét kissé túlhaladó tompulat, mely felett a légvétel gyengült.

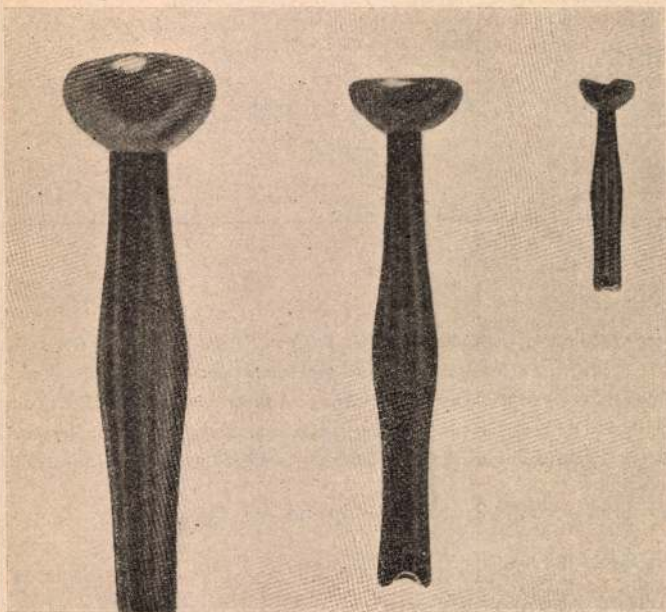
Intubatio diagnostikai célból a Northrup-féle kis ebonit-tubussal. (Lásd a mellékelt ábrát, mely a felnőttek számára szolgáló tubushoz viszonyítva mutatja be természetes nagy-ságban a Northrup-féle tubust, mely egész kis csecsemők számára szolgál.) Fekvő tubus mellett nyugodt, rendes lég-vétel, a stenosis legcsekélyebb foka nélkül. Huszonkét órai tubusfektvés. Oedema pulmonum tünetei között exitus.

Bonczolás-jegyzőkönyv: A nyelv, az epiglottis rendes. A hangszalagokon és a III. trachealis porc magasságában egészen felületes nyálkahártyahámfoszlás. A gége, légcső és bronchusok nyálkahártyája belövelt, a másodlagos és kisebb bronchusokban bő, sárgás-zöldes nyúlós váladék. A glandula thyreoidea a rendesnél sokkal nagyobb, a tracheát kör-körösen körülfogja és mindkét lebenyén, különösen a trachea, illetőleg a gége mögötti részén vastag, táguult vénák látsza-

* Minden jog fentartva.

¹ S. Sargnon: Tubage et tracheotomie en dehors du croup. Paris, 1900.² A. Bonain: Traité de l'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte. Paris, 1902.³ Bókay János: Adatok a stridor inspirat. cong. lényegének tisztázásához. Orvosi Hetilap, 1909, 3. szám és Jahrbuch für Kinderheil-kunde, 1909.

nak. Súlya 11 gramm. (Parski⁴ szerint az újszülött normalis gl. thyreoideájának súlya 1·3—2·8, vagyis átlag 1·6 gramm.) A thymus szürkés rózsaszínű, a szívburkot csaknem teljesen fedi, felfelé a pajzsmirigyig, illetőleg a felső trachealis gyűrűkig ér. Súlya 15 gramm. (Schkarin⁵ szerint az újszülött thymusának átlagos súlya 11·7 gramm.)



Azon körülmény, hogy a tubus bevitele után a légcső teljesen felszabadult, in vivo kétségtelenné tette előttem, hogy a stenosis a glandula thyreoidea megnagyobbodása okozza s hogy a Röntgen-átvilágítással is konstatált thymus-megnagyobbodás a stenosis létrehozásában szerepet alig játszhatik. A fenti jegyzőkönyv felfogásom helyességét, mint látjuk, teljesen beigazolta.

Esetem érdekes annyiból is, hogy mutatja, hogy a Northrup-féle kis tubussal az újszülött is nehézség nélkül intubálható. 1909-ben egy 16 napos csecsemőn végeztem stridor inspir. cong. miatt az intubációt, diagnostikai és curatív célból.⁶ Kétezeret meghaladó intubációs praxisomban összesen csak ezen két eset volt újszülött.

Csak röviden jegyzem ide, hogy az intubatio diagnostikai értékéről még két szerző emlékezik meg: az egyik L. Bougarel,⁷ ki a különböző stridorok differential-diagnostikájában az eljárást jól értékesíthetőnek véli, és E. Rach,⁸ ki ily célra az intubatio alkalmazását, tekintettel annak delikát (!) volta, nem tartja ajánlatosnak.

Kísérletek a paralysis gyógykezelésére.

Irta: Fabinyi Rudolf dr. főorvos és Selig Árpád dr. gyakornok.

Amióta Bayle és Calmeil a paralysist mint külön betegséget felismerte és leírta, a paralysis gyógykezelésének kérdése egyike volt azoknak, mely az elmeorvosok körében a legnagyobb érdeklődést keltette. Minden sikertelenség dacára ez időtől fogva mind újabb és újabb gyógykísérletekkel találkozunk, a melyekkel elődeink és kortársaink nagyobb lelkesedéssel és reménnyel, mint valóságos eredménnyel igyekeztek útját állani e rettenetes betegség pusztításának. Ezt az élénk igyekezetet csak természetesnek találhatjuk, hiszen tudjuk, hogy a paralysis nemcsak nagy számban arat és viszi kiremlhetetlenül sírba embertársaink egy részét, hanem éppen a legderekabbak közül szedi áldozatait, azokat

töri le férfikoruk virágában, kikre a családnak és a társadalomnak leginkább volna szüksége.

Fájdalom, a meg-megújuló kísérletek eddig mindig zsákutczába kerültek s csak igen csekély, majdnem semmis eredménynyel végeztek. A paralysis gyógyíthatatlanságának hite lassanként egész dogmává fejlődött, a melyre a mai psychiaterek többsége esküszik. Csodálkozni ezen sem lehet, de talán mégsem egészen jogosult a paralysis gyógyíthatatlanságának merev álláspontjára helyezkedni s tétlenül nézni a betegség előrehaladását és fokozatos pusztítását. „Ugy sem lehet rajta segíteni, tehát minek kezelni!” jelszóval elütni a reánk háruló feladatot nem lehet s ezért nem humánusnak és nem orvosi gondolkodásnak tartom azt, hogy összetett kezekkel álljunk a betegágyánál és ne próbálkozzunk segíteni a betegnek, még akkor is, ha erre csak nagyon kevés kilátásunk van. Tisztán empiriás módszer nem egyszer hozta meg már a maga gyümölcsseit. A paralysis kezelésének kérdésében pedig már nem kell egészen a sötétben tapogatódznunk, mivel már többé-kevésbé biztos elméleti alapokra is támaszkodhatunk.

Az utóbbi időben újult erővel megindult gyógykezelési törekvéseknek az előbbiekkal szemben éppen az nyújt több kilátást a sikerre, hogy a paralysis aetiologiájának és mi-benlétének tekintetében tudásunk rendkívül bővült, és szilárdabb alapot nyújt gyógyító beavatkozásokra. Fájdalom, az alap azonban még mindig nem elég biztos, a kérdéseknek egész sorozata vár még eldöntésre, a melyek közül a therapiára nézve egyike a legfontosabbaknak az, hogy a paralysis helyi, vagy általános megbetegedés-e (Kraepelin), illetve, hogy a paralysisben csak a központi idegrendszer beteg-e és hogy az összes többi tünet és elváltozás csak ennek a folyamán, vagy pedig az idegrendszeren kívül a megbetegedésben más szervek is részt vesznek.

Egy másik biztató körülmény a paralysis kórle-folyásának megváltozása. Az utolsó 10—15 év óta a paralysis tüneteiben is látunk változást, a virágzó grandeur ideákkal kevésbé találkozunk, az azelőtt klasszikus paralysis nagyon ritka lett és túlsúlyban vannak az egyszerű elmeegyen-szintelen, demens alakok. A mi a fő azonban, a betegség időtar-tama meghosszabbodott, a remissiók gyakoribbak és hosz-szabbak, a stationær paralysisek száma pedig szintén emel-kedett, úgy hogy nagy általánossággal azt állíthatjuk, hogy a betegség némi enyhülést mutat. Mintha a paralysis vala-mivel jobb indulatúvá változnék, a mi nem volna különben egyedülálló jelenség, tekintve, hogy fertőző bajokban is a be-tegség lefolyásának lényeges változásaival lépten-nyomon ta-lálkozunk.

Igy talán az a remény is biztathat bennünket, hogy az amúgy is jobb indulatúvá váló paralysisnek még jobb indu-latúvá tétele talán könnyebben fog sikerülni s esetleg talán elérhetjük azt is, hogy a betegség-folyamatot a kellő időben megállítsuk.

A fogalmak tisztázása végett már ez alkalommal megjegy-zem, hogy gyógyulás alatt a paralysisben csakis a betegség-folyamatnak, a bonczolástani elváltozásoknak megállását érthet-jük, a mi a valódi gyógyulással csak akkor lehet megközelítőleg egyenértékű, ha olyan időben következett be, a mikor a re-generatio még lehetséges vagy a még épen maradt idegszövet elegendő a már tönkrement funkciójának átvételére.

Ez a körülmény azonban a therapia sikerére nézve gát-lólag hat, mivel az esetek túlnyomó része rendszerint csak később kerül intézetbe, a mikor már az idegelemek pusztu-lása sokszor olyan nagy mérvben haladt előre, hogy a folyamat megállása esetén is olyan defectusok maradnak vissza, a melyek az illetőt asocíálissá és keresetképtelenné tehetik. Ezért a siker a paralysis gyógykezelésében mindenekelőtt a korai beavatkozástól függ (eltekintve természetesen a lues prophylaxisos gyógykezelésétől). A gyógykezelés így talán inkább a praktizáló ideggyógyászok kezébe fog kerülni, különösen ha azt reméljük, hogy a paralysis korai felismerésére idővel még több s biztosabb támpontot fogunk szerezhetni.

A paralysis gyógykezelése terjedelmes irodalmának rész-letezése helyett utalok mindenekelőtt Enge gyűjtő referatúrára,

⁴ Parski: Dissertatio. St. Petersburg, 1901.

⁵ Schkarin: Das Asthma thymicum des Kindes. St. Peters-burg, 1903.

⁶ L. cit.

⁷ Thèse. Páris, 1907.

⁸ Zur Semiotik des Stridors bei Kinderkrankheiten. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1914, XI. kötet, 1. füzet.

mely két évvel ezelőtt a „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie”-ban jelent meg. Azonkívül még főleg Meyer, Spielmeyer és Pilcz referáló előadásában találhatunk sok irodalmi adatot. Mindezek átnézése után a paralysis gyógykezelésében többféle irányzatot különböztethetünk meg. Ezek közül a legrégebb az orvosságos és a deriváló (antiphlogistikus) kezelés, valamivel újabb a sebészi és villamos gyógykezelés, majd az organotherapia. Legújabb és aránylag még legnagyobb sikerrel járt a Wagner-Pilcz által kezdeményezett tuberculin- és a Donath-Fischer által megkezdett natrium nucleinicum-kezelés, valamint a paralysis lueses aetiológiáján alapuló antilueses gyógykezelés. Ezekhez járul utolsónak a Noguchi felfedezése óta az idegrendszernek most mindinkább tért hódító helybeli kezelése, melyre azonban más alkalommal óhajtunk kiterjeszkedni.

Az összes gyógykezelési módok között az utóbbi időben mind több hívet szerzett magának az a felfogás, hogy a paralysisben a mesterséges lázat előidéző szerek (tuberculin és natrium nucl.) erőyes antilueses gyógykezeléssel együtt járnak még a legjobb eredménnyel. Maga Donath és Pilcz is legerélyesebb szószólói e kombinált gyógykezelésnek, a melylyel Meyer, Plaut, Jolowitz, Tsiminakis stb. is kielégítő eredményeket ért el, a mennyiben az eseteknek egy részében hosszantartó, majdnem gyógyuláshoz hasonló remissiók álltak elő a beteg munkaképességének helyreállításával.

Megemlítendőnek tartjuk még, hogy magyar részről Hudovernig vezetése alatt Wachsmann és Szedlák is hasonló eredményekre jutott és a rendesen nagyobb percentszám-ban talált remissiókat.

Ezen kombinatív gyógykezelés egyszerűsítésére irányuló törekvés teremtette meg a hydrargyrum-natrium-nucleinicumot vagy a kéneső-nucleinsavas natriumot, melyben a kéneső a nucleinsavval vegyi kapcsolatban egyszerre injiciálható a testbe, tehát egy és ugyanazon anyaggal fejthetünk ki antilueses hatást s kelthetünk leukocytosissal együtt mesterséges lázat. A praeparatumot a „Gesellschaft für chemische Industrie in Basel” állítja elő. Világos-sárga lemezkéket alkot, melyek hideg vízben lassan, melegben könnyebben oldódnak, de 100 C. fokon túl fém-kéneső csapódik ki az oldatból.

Még 5% oldatban is erős bactericid hatása van.

Abelin kísérletei szerint bár a praeparatum kéneső-tartalma 10·26% csak nagyobb mennyiségekben ártalmas, így tyúkokon 1·5 grm. pro kiló a halálos adag, míg pld. calomelből a halálos adag 0·3 grm.

Tudtunkkal eddig csak O. Fischer Prágában kísérletezett e szerrel, 0·05-től 0·2 grammot injiciálva belőle adagonként, miközben arra a tapasztalatra jutott, hogy a remissiók e szerre még valamivel hamarabb állanak be, mint más kezelésre.

A kéneső-nucleinsavas natrium tehát az eddig használt összes szerek között aránylag még a legtöbbet ígérőnek látszott a gyógykezelési kísérletek fogantatására. A gyár által rendelkezésünkre bocsátott anyagból még az 1913. év folyamán két sorozatban 22 paralytikust kezeltünk bőr alá adott injectiókkal. A kezelték közül egy már a második injectio után elszállított, úgy hogy ezt az esetet számba venni nem lehet.

Megjegyzendő, hogy a kezelt paralytikusok válogatva egyáltalában nem voltak, legfeljebb olyan értelemben, hogy legyenek közöttük frissebb és régibb esetek is. Három közülük már másodízben ápolgatott intézetünkben és mások előzőleg már más intézetben voltak elhelyezve. A legfrissebb esetek is olyanok, a melyekben már hónapok óta manifest a paralysis.

Az első sorozat kezelése 1913 július elejétől augusztus közepéig, a második sorozatá pedig október elejétől november közepéig tartott. Tehát több mint egy év telt el azóta, úgy, hogy az eredmények foka és tartóssága kellőleg elbírálható.

A kezelt betegeken a klinikai tünetek alapján is már kétségtelen paralyssist a minden esetben végzett vérvizsgálat és a legtöbb esetben fogantatott liuorvizsgálat is meg erősítette.

Tekintettel a várható erős helyi reactióra, hígabb oldatokat használtunk, mint Fischer: az első sorozatban 5%, s minthogy még ez a concentratio is túlmarónak mutatkozott, a másodiknál 2½%-os oldatot. Ebből injiciáltunk a bőr alá leginkább a melltájékon, később a tartós reactiók miatt másutt is. Az injectiók emelkedő dosisokban történtek, átlag 5 napi időközökben, erősebb reactio esetén csak 6—7-ed napra. Az 5%-os oldatból 1 cm³, a 2½%-os oldatból 2 cm³ volt a kezdő dosis, a melyet rendszeren 1—1 cm³-rel emeltünk minden következő injectiónál. Ha azonban a lázas reactio túl erős volt (39° C-on felül) vagy a beteg nagyon elgyengült, az adagot nem növeltük mindaddig, míg a reactio gyengébbé nem vált. Az injectiók száma az első sorozatban rendszeren öt, a második sorozatban pedig tíz volt. A dosisok nagysága pedig az első sorozatnál (5%-os oldatból) 5 cm³-ig, a második sorozatban pedig (2½%-os oldatban) 8 cm³-ig emelkedett. Tehát a kéneső-natrium-nuclein. dosis maximuma az első esetben 0·25 gramm, a másodikban pedig 0·20 gramm.

A mint látjuk, a praeparatumból aránylag igen kis mennyiségek elegendők a kívánt hatás előidézésére, a minek viszont az a hátránya van, hogy a kénesőből tulajdonképpen csak igen kis mennyiségeket viszunk a szervezetbe. Nagyobb dosisokat adni az erős általános és helyi reactio miatt, mely már a használtaknál is néha megtámadta a beteg erejét, nem tartottuk tanácsosnak.

A helyi reactiók tekintetében is nagy egyéni különbségekkel találkozunk. Néhány esetben az injectio nem volt fájdalmas, de a legtöbb esetben többé-kevésbé erős fájdalmakkal járt. Főképpen fájdalmas volt az injectiók után beálló környéki lobos duzzadás. Ez a nagy fájdalomsság egyik legnagyobb hátránya a kéneső-natrium-nucleinicumnak. A betegek rendszerint előre féltek az injectiótól, sőt egyikük annyira ellenkezett, hogy jónak láttuk a bűfecskenéseket abbahagyni. A fájdalmak csillapítására a második sorozatban az injectiók folyadékban novocaint is oldottunk fel, a melyből egy injectióra a dosis nagysága szerint 0·005-től 0·02 gramm esett. Evvel elkerültük, hogy maga az injectio túlságosan fájjon, de a későbbi lobos duzzadást s az abból eredő fájdalmakat ezzel nem befolyásolhattuk.

Az injectio helyén a legenyhébb reactio esetében diffus bőrpír jelentkezett, mely egy-két nap alatt elmúlt. A legtöbb injectio után azonban, különösen nagyobb adagok használatakor a helyi reactio sokkal erősebb volt. Gyakran férfitenyérszerű területen a bőr vörösen, majdnem kékesen elszíneződött, erősen kiemelkedő, deszkakemény tapintatú, forró lett. Ezek az erős reactiók 8—10 napig is eltartottak, de minden esetben nyomtalanul felszívódtak és genyedésre, mint natrium-nucleinicum- és tuberculinoltások után egyetlenegyszer sem került a sor.

Az általános reactio tekintetében főképp a fehér vérsejtek számának meghatározására és a hőemelkedésre helyeztük mi is a főszólyt. Egyéni különbségek itt is érvényesülnek, főképp azt tapasztaltuk, hogy már testileg leromlott gyenge betegeken volt leggyengébb a lázreactio és a fehérvérsejtszaporulat is, éppen úgy, mint a helyi reactio. A lázreactio főképp egy betegen volt feltűnő gyenge. Ez a beteg az injectiók idején és utánuk is feltűnően soványodott s nemsokára azután meghalt. A bonczolás gyomorcarcinomát derített ki, a mi eléggé magyarázza a tapasztaltakat.

A kétóránként eszközölt hőmérésekből kiderül, hogy rendszerint az injectio után négy-hat órára kezdődik a hőemelkedés, mely az injectio napján este már rendszeren eléri a 38°-ot. A hőemelkedés maximuma rendszeren az injectiók utáni napra esik, leginkább a kora délutáni órákra. A láz azután rendszerint csökken, de még 3—4 napig el szokott tartani, úgy hogy a beteg rendszeren az ötödik-hatodik napra válik teljesen láztalanná. Kisebb reactio esetén a láz csak egy, sőt néha csak ½ napig tart. A láz csak tíz esetben haladta meg a 39°-ot, a legmagasabb észlelt láz 39·9° volt. Igen kevés esetben történt, hogy az injectio után láz egyáltalában nem volt; kisebb, néhány tizednyi hőemelkedés ellenben több ízben került észlelés alá.

A fehér vérsejtek száma minden injectióra szaporodást

mutat kisebb-nagyobb mértékben. A szaporodásban majdnem túlnyomólag a lymphocyták vesznek részt. A fehér vérszettek szaporodása rendszerint az injectio utáni napon a legerősebb, számuk azon túl a lázzal párhuzamosan csökken. A hőemelkedés magassága és a fehér vérszettek száma között az arányosság rendszerint megvan, habár a legnagyobb hőemelkedés nem esik egybe a legnagyobb fehérvérszetszaporulattal, és viszont a legnagyobb fokú leukocytosis nem felel meg a legnagyobb láznak.

Az injectiók előtt végzett fehérvérszetszámolás tizenegy esetben leukopeniát mutatott, a mennyiben ezekben a fehér vérszettek száma alig volt 4–5000. Később kezelés közben (természetesen nem minden esetben és különböző mértékben) az injectio előtti vizsgálat a fehér vérszettek számának bizonyos állandó gyarapodását mutatta, a mennyiben számuk átlagban 7–9000-re emelkedett. Tehát az előbbiekhöz viszonyítva bizonyos fokú állandó leukocytosisról lehetne beszélni.

Az egyes injectiók után kivétel nélkül minden esetben volt sejtgyarapodás. De míg egyes esetekben ez csak jelentéktelen volt (például 6800-ról 7700-ra), addig az esetek túlnyomó részében a sejtek száma megkétszereződött, sőt több esetben a sejtgyarapodás az eredetinek három-négyszeresére is felment (például 5000-ról 20.100-ra, 7100-ról 23.700-ra). Általában azt tapasztalhatjuk, hogy az injectio utáni első napon a fehér vérszettek száma körülbelül 15.000 körül van, 20.000-nél nagyobb szaporulatot csak ritkábban észleltünk.

Az általános tünetek közül még figyelemmel voltunk a betegek tápláltságára, főképp testsúlyuknak változására. Az injectiók tartama alatt 11 beteg fogyott, 8 hizott, kettőnek testsúlya nem változott. A kezelés azonban láthatólag majdnem mindenik betegét megviselte, a mint az különben a mestersegesen előidézett láz folytán eleve várható volt. A testsúlyban fogyott betegek egy része azonban, úgyszintén azok, kik még az injectiók tartama alatt sem soványodtak, a gyógykezelés bevégeztével bámulatos gyorsan szedték össze magukat.

Psychés tekintetben azonban az injectiók alatt betegekink változás alig volt észlelhető. A betegek nagy része ugyan nyugodtabbá vált, de ebben valószínűleg jelentékeny része volt a láznak s a testi legyengülésnek, s ezért nem tartjuk indokoltnak ezt valamilyen közvetlen gyógyulási processusnak tulajdonítani.

Az egyes esetek kivonatosa a következők:

1. D. T. 31 éves állatorvos. Felvételt utolsó ízben 1913 június 18.-án. Családi terheltség. 1911. év elejétől fogva beteg. Lues állítólag 1910-ben. Jelenleg elmegyenge, euphoriás, csökkent emlékezőtehetség, csekélyebb nagyzasok. A bal pupilla tágabb, merev, a jobb szűkebb, némileg reagál. Facialis-hűdés, ataxia a beszédben és mozgásokban, Romberg. Patellaris reflexek nem válthatók ki. Wassermann-reactio vérben ++++. Július 7.-étől 5 naponként kap injectiókat felmenő adagokban az 5%-os oldatból 1–6 cm³-ig. Kivéve az első injectiót, mindenik után fájdalmas beszűrődés, mely 2–3 nap alatt elmúlik. Első ízben hyperleukocytosis nincs, a hőemelkedés csak 37,3°, a többi után a fehér vérszettek száma 2500–4500-ról 7000–15.100-ig emelkedik. Rendszerint 5 napig tartó hőemelkedések egészen 38,6°-ig.

Az injectiók alatt a beteg állapota nem sokat változott. Az oltások némileg megviselték, bár testsúlya 65 kgr.-ról 69½ kgr.-ra gyarapodott, de az oltások után visszaesett megint 68 kgr.-ra. Közben székést kísérelt meg, továbbra sem változik az állapota. Demens, csendes, semmivel sem törődik. 1914 február 28.-ától több napon át paralytikus roham, a mi nagyon legyengítette. Később összeszedi magát s márczius 21.-én családja némileg javult állapotban hazaviszi. Wassermann-reactio mindig ++++. A liquorban a Ross J., Nonne-Appelt, Pándy és főzési próbák erősen pozitívak. A hűdési tünetek alig változtak.

2. M. V., 39 éves nőten, foglalkozás nélkül. Előzmények ismeretlenek. Demens, nagyzasok. Gombostüfejnypupillák, nem reagálnak, tremor, Romberg, ataxia. Wassermann-reactio vérben ++++. Július 7.-étől augusztus 5.-éig 5 naponként 1–6 cm³-ig emelkedő adagokban injectiók az 5%-os oldatból. Erős duzzadás, fájdalmas, minden injectio után hyperleukocytosis. Az emelkedés 5000-ról 16.000–20.000-ig, a hőemelkedések 39,4°-ig az első nap legnagyobbak s 4–5 napig tartanak. Testsúlya változatlan, később csökken 53-ról 50 kgr.-ra. Állandóan nyugtalan, nagyzo, az injectiók vége felé elgyengült. Wassermann-reactio ++++ maradt. Időnként paralytikus rohamok, melyek erősen megviselik.

1914 januárban rohamosan gyengül, 23.-án exitus. Bonczolás-lelet: Leptomeningitis, haematoma extraduralis és pneumonia hypostatica.

3. T. S., 31 éves nő asztalos. 1906-ban 2 hónapig volt itt először psychosis alcoholica diagnossal. Lues 23 éves korban. Alkoholis-

mus. Demens, tájékozatlan, nagyzo; a pupillák egyenlőtlenek, merevek, leukoplakia, Romberg, ataxia, egyenlőtlenül csökkent patellaris reflexek. Wassermann-reactio vérben ++++. Július 7.-étől 5 naponként 6 Hg.-Na.-nucleinicum injectio emelkedő adagokban 1–5 cm³-ig. Igen erős lobos duzzadás. A fehér vérszettek átlag 4000-ről 7700–10.800-ra emelkednek, hőemelkedése 38,3°-ig, az első hőemelkedés után a 3.–4. napon egy második is van. Wassermann-reactio az injectiók után ++++. Az injectiók végén feltűnően elesett, testsúlyban azonban emelkedik 59-ről 60 kgr.-ra és később még tovább 64-re, szeptemberben egészen összeszedte magát, jókedvű, nagyzási téveszmék nélkül, a hűdési tünetek és a dementia határozott javulást mutatnak. Az asztalosműhelyben szorgalmasan dolgozik. Állapota azóta lényegében nem változott, részben munkabíró, elég értelmes.

4. B. M., 47 éves nő körjegyző. 17 évvel ezelőtt sanker, 1912 óta beteg. Ringer-nél és Schwartz-nél kezeltetett. Ideges, közömbös, nagyobb fokú szellemi hanyatlás. Pupillái középtágak, alig reagálnak, merev arcizomzat, tremor, fokozott reflexek, szótagbotlás, ataxia. Romberg. Wassermann-reactio vérben ++++.

Július 12.-étől összesen 4 injectiót kap 1-től 4 cm³-ig emelkedő adagokban. Reactio az injectio helyén csekélyebb. Fehér vérszettek száma 7000-ről majdnem 20.000-ig emelkedik. Hőemelkedés csekélyebb, csak egyszer érte el a 38,3°-ot. Az injectiókat jól tűri, testsúlya 3 kgr.-mal gyarapodott. Viselkedése nem változott lényegesen. Állandóan csendes, télen, a hűdés és dementia nem haladtak előre, sőt utóbb élénkebb, értelmesebbnek látszik.

5. H. L. 32 éves nő földműves. Családi terheltség, katonakorban syphilis. 1905-ban öntudatlansági rohamai voltak, a melyek többször ismétlődtek, főképp ha ivott. Most 3 hete zavart, manías, euphoriás, tájékozatlan, demens, pupillaris differentia, alig reagálnak. Romberg, fokozott reflexek, akadozó beszéd, Wassermann-reactio ++++.

Július 12.-étől 5 naponként injectiókat kap az 5%-os oldatból 1–4 cm³-ig emelkedő adagokban. A helyi reactio csekélyebb, de a fehér vérszettek száma 4700-ról 13.300-ra emelkedik, az első injectio után 38,9° hőemelkedés, a többi után a láz 38°-on alul marad; testsúlya 1 kgr.-ot csökkent.

Viselkedése az injectiók előtt igen nyugtalan volt, azok folyamán valamivel csendesedik. Nappal most is lármás, de éjjel alszik. Fent jár. Javult állapotban már augusztus 2.-án elbocsátott. A mint később értesültünk róla, otthon elég jó állapotban volt és az ősz folyamán dolgoztatott is.

6. J. Z. 41 éves, nő hivatalnok. 20 éves korban sanker. Alkoholismust concedál. 1912 eleje óta beteg, már másodszor van intézetünkben. Közömbös, dicsekszik terveivel, részleges betegségbelátás, csökkent szellemi képesség. A pupillák ovalisak, elég jól reagálnak, merev arcizomzat, tremor, akadozó beszéd, ataxia, Wassermann-reactio vérben ++++.

Július 14.-étől 5–6 naponként kap injectiókat az 5%-os oldatból 1 cm³-től 5 cm³-ig emelkedőleg. A helyi reactio erős. A fehér vérszettek száma 4700-ról 10.000-re, később 12.200-ra is emelkedik. Hőemelkedések főképp az első injectiók után erősebbek, 38,4°-ig. A testsúly az injectiók alatt 84 kgr.-ról 75-re csökkent. Állandóan igen izgatott, álmatlan. Wassermann-reactio utólag is ++++. Később nyugodtabb, lehagolt, hypochondriás. Szellemi hanyatlás, ágyból nem akar felkelni, a hűdési tünetek is fokozottak. Liquorban az injectiók után ½ évre a Wassermann-reactio ++, Ross J., Nonne-Appelt, Pándy szintén pozitív.

(Folytatása következik.)

Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Spondylitis tuberculosa

(2000 eset alapján).

Irta: Dollinger Béla dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

III.

Tünettan.

1. Kezdeti tünetek.

A kezdeti szakban csak homályos, könnyen tévedésbe ejtő subjectiv tünetek jelzik a csigolyagyuladást. Ezen tünetek mint spontán kisugárzó fájdalmak és érzés-zavarok nyilvánulnak. A kisugárzó fájdalmak azonban csak ritkán lokalizálódnak a gerincoszlopra, hanem legtöbbször a mellkason, a hason, az alsó vagy felső végtagokon, egy-egy idegtörzs lefutása mentén jelentkeznek. Szinte jellegzetesek az övfájdalmak, melyek tulajdonképpen intercostalis neuralgia és hirtelen nyílalás alakjában vesznek körül a törzs valamely segmentumát. Némely esetben erős gyomorgörcsök is észlelhetők.

Az érzés-zavarok a gerinczagy csekélyebb fokú nyo-

matása folytán állanak elő és subjective *hangyamászás* vagy apró szurdalás képében jelentkeznek a végtagokon.

Mindezen subjectív tüneteken kívül már a kezdeti szakban feltűnik a beteg elesettsége és lehangoltsága. A gyermekek ilyenkor elkerülik játszótársaikat, nem szeretik a mozgást és nem jól érzik magukat a szabad levegőn. Az étvágy csökkent és az alvás nyugtalan.

Sokszor már az initialis időszakban is fennáll a *hát izomzatának reflexes contracturája*. Az izomzat ezen állapotának az oka az, hogy a beteg önkéntelenül is megfeszíti hátizmaikat és automatásan igyekszik ily módon rögzíteni érzékeny gerincoszlopát. A beteg megvizsgálásakor pedig a gerincoszlop kóros részének mindkét vagy csak egyik oldalán egy erősen megfeszült és elődomborodó izomköteget látunk. Az izomcontractura a gerincoszlop ép részletére is ráterjed. A beteg előrehajlásakor a kóros gerincrész nem vesz részt a flexióban, mert az izomzat megfeszülése folytán merev marad, a processus spinosusok ennek folytán nem távolodnak el egymástól. A gerincoszlop szabad részei természetesen meghajlanak és itt a tövisnyúlványok egyenletes távolodását látjuk.

A fájdalmasság.

A kóros csigolya érzékenysége a folyamat előrehaladásával egyre fokozódik. A beteg végre úgy spontán, valamint nyomásra erősen fájlalja a gerincoszlop kóros helyét, mely a vizsgálattal most már teljes pontossággal állapítható meg. Ilyenkor a *myogen contractura* is fokozódik és fűzőhöz hasonlóan rögzíteni igyekszik a kóros gerincoszlopot, melynek functiója most már teljesen a fájdalmak legkönnyebb elkerüléséhez mérten idomult. Ez az oka a merev gerincoszlopú beteg sajátosságosan óvatos és félszeg járásának. Sokszor a beteg már azzal a gyógytényezővel segít magán, a melylyel mi segítünk, ha hozzánk fordul, t. i. a gerincoszlop tehermentesítésével és rögzítésével. Az ilyen beteg csípőben meghajolva jelentkezik, gerincoszlopát mereven tartja és karjaival czombja közepére támaszkodik, ezzel igyekezvén tehermentesíteni gerincoszlopát. A betegnek a járás ezen módja könnyebben esik és a járással együtt járó apró zökkenések nem okoznak fájdalmat. Typusos tartással szokott megjelenni a nyakcsigolyagyulladásban szenvedő egyén is. Az ilyen beteg az állára és a tarkójára illesztett kezeivel distrahálni igyekszik a fejét és ezzel tehermentesíti a kóros és fájdalmas nyaki gerincrészletet. (A kezek szerepe itt ugyanaz, mint a nyaki rögzítő és tehermentesítő spondylitis-fűzőnél.) Egyes betegek pedig vastagon a nyak köré csavart kendővel rögzítik nyakukat.

Korán jelzi a beteg csigolya érzékenységét gyermekeken az elalváskor jelentkező és az *éjjeli felsikoltás* is, mely a spondylitisre különösen jellemző. Ezen felsikoltás oka a következő: Nappal a spondylitises beteg hátizomzatának említett erős reflexes megfeszítésével rögzíti a gerincoszlopot. Ezen önkéntelen rögzítés azonban csak az elalvás pillanatáig tart, a mikor ugyanis rendszerint elég hirtelen elernyed az egész izomzat és a gerincoszlop beteg része ennélfogva ismét megterhelődve, a gyermek az éles fájdalomtól felsikolt.

Lannelongue monographiájában egy pár analog esete alapján a spondylitisnek egy szokatlanul erős fájdalommal és epileptiformis görcsökkel jelentkező alakját írja le.

2. Az előrehaladott stadium tünetei.

(Az úgynevezett tünet-trias.)

A spondylitis legjellemzőbb tünetei a gibbus, a tályog és az idegtünet. E tünet-trias úgyszólván minden súlyosabb esetben megvan. Legelsőnek szokott jelentkezni ezen tünetek között a gibbus. A bénulás bármikor beállhat, de rendszeren valamivel későbbben követi a gibbust. A tályog legkésőbb, esetleg csak hónapok múltán jelentkezik. A spondylitis kórbonczolástanában már áttekintettük a három főtünet anatómiai substratumát és fejlődését, azért most csak röviden

fogok azokra külön-külön kitérni, a mint a beteg megfigyelése közben előtérbe lépnek.

a) A gibbus.

Mint tudjuk, a gibbus voltaképp egy kiemelkedő processus spinosus, mely a gerincoszlop szögletbetörése folytán emelkedik ki a többi tövisnyúlvány közül. A gibbus a spondylitis legcharacteristikusabb jelensége és kevés kivétellel minden tuberculosus csigolyagyulladás esetében jelentkezik, még olyan esetekben is, melyekben a tályog és a bénulás hiányzik. Csak azon ritka alakjaiban a spondylitisnek nem képződik gibbus, melyekben a corpusfolyamat az epiphysealis localisatióban megállapodik, vagy a melyekben csak ívek és nyúlványok vannak megtámadva. Az első esetben, mint tudjuk, a gerincoszlopnak csak az elpusztult közti korong vastagságának megfelelő megrövidülése következik be.

A gibbus megjelenését rendszerint megelőzi az illető szakasz normalis görbületének csak figyelmes megtekintés mellett észrevehető fokozódása vagy csökkenése, a szerint, a mint lordosisos vagy kyphosisos volt eredetileg. Csakhamar azonban, ha a megváltozott görbületű részlet közepe táján, kivált a beteg előrehajlása közben figyeljük és tapintjuk végig a tövisnyúlványok sorát, egy valamivel jobban kiemelkedő processus spinosust észlelünk. Később a gibbus fokozatosan nő, míg végre a laikusnak is első tekintetre szembetűnik.

Előfordulhat azonban az is, hogy a már ismert okokból a gibbus kisebb-nagyobb trauma, vagy a gerincoszlop túlságos megterhelése következtében hirtelen áll elő; a gerincvelő gyors compressiója vagy extrem megfeszülése folytán ez esetekben momentan súlyos bénulások állhatnak be.

A kórbonczolástanban már említettem, hogy oldalsó corpusfolyamatokban néha oldalt tolódott gibbusokat észlelünk. Ezen folyamatok az egész gerincoszlop oldalsó deviatióját okozhatják. Ha a gibbus ilyenkor jelentéktelen, a vizsgálatkor scoliosisra gondolhatnánk, de a gibbus kitapintása és a spondylitis többi tünete eloszlatja kétségeinket.

Nagyobb gibbusok területén a gerincoszlop később rendszeren már csontosan megmerevedett, mivel ilyenkor a destruált csigolyák megroskadt corpusai is összeforrtak és a nyúlványok is ankylotizálódtak. A gerincoszlop és a törzs egyéb részeinek compensatiós alakváltozásai is jól ki vannak már fejlődve ekkor.

b) A tályog.

A spondylitis-tályogok legnagyobb része sülyedésszerű; a congestiós tályogok, a mint láttuk, jóval ritkábban fordulnak elő.

A sülyedésszerű tályogok legnagyobb része végül a musculus iliopsoas mentén ereszkedik alá és a fossa iliacaiban válik érezhetővé. E tályogok jelenléte nem okoz nagyobb fájdalmakat, nyomásra azonban a beteg már olyankor is érez fájdalmakat az inguinális tájon, a mikor ott még alig tapintathatunk ki fluctuáló resistentiát. Később e tályogok jól láthatóvá és tapintással könnyen felismerhetővé válnak még akkor is, midőn a Poupert-szalag alá nyomulnak és a czomb belső oldalán jelennek meg.

Nagyon jellegzetes a psoastályogokra az úgynevezett *psoas-contractura*. A musculus iliopsoas mellett sülyedő tályog behatására ugyanis ez az izom és a szomszédos izomzat is összehúzódik és az alsó végtag a coxitisre emlékeztető flexiós állásba kerül, azon különbséggel, hogy itt *rotatiós ab-* vagy *adductiós állás nem képződik, hanem csak tiszta flexio van jelen*.

Súlyosabb complicatiókat okozhatnak a tályogok akkor, ha sülyedésük útjában a belső szervekbe törnek át. Az oesophagusba és a gyomorba való áttörés biztos jele a genyhányás; különösen szembetűnő ilyenkor a geny nagy mennyisége. A tüdőbe és a légcsőbe való áttörést, heves köhögés közben felköhögött és kiköpött bő genyes váladék vagy tiszta geny jelzi. A szívburokba és az aortába való betörés súlyos vérkeringési zavarokat, illetve vérzéseket von maga után és

rendszerint exitushoz vezet. Néha nagyobb vérereket, mint pl. az arteria iliácát, arrodál a tályog, melyben erre hirtelen nagy haematoma keletkezik, úgy hogy akár kétszeresére megnagyobbodhatik a tályog okozta duzzanat. Az ilyen áttörést a beteg fulminánsan beálló anaemiája és a tályog resistenciájának rohamos megnagyobbodása árulja el.

Aránylag ritkán van alkalmunk retropharyngealis tályogot megfigyelhetni. Ezzel rendszerint csak akkor fordulnak orvoshoz, midőn az már átfúrta a garatot és a beteg folyvást köpi a genyét. A nagyobb, át nem tört retropharyngealis tályogok nagy légzési és nyelési nehézségeket okozhatnak.

A Röntgen-diagnostikának köszönhető, hogy a congestiós tályogok újabban már nem annyira elrejtettek, mint annakelőtte, sőt rendszerint könnyen felfedhetők. Már a kórbonczolástani részben is említettem, hogy a dorsalis spondylitis congestiós tályogjai a gerinczvelő nyomása folytán gyakran súlyos bénulási tüneteket okoznak. Typusos a congestiós tályog a csigolyaívek és a harántnyúlványok cariesénél.

Minden tályogképződés esetén esteli hőemelkedés áll fenn, mely azonban ritkán emelkedik $37.5-37.8^{\circ}$ fölé.

A gyógykezelés nélkül magára hagyott tályog mindjobban megtelődik és a felette lévő bőrt mindjobban megfeszíti (12. sz. ábra). Az elvékonyodott bőr fénylővé, majd vörössé válik, később a hám leválk és az elfakult irhán keresztül már átszivárog a tályog genye. Végre a tályog teljesen áttöri a bőrt és az áttörés helyén állandó sipoly nyílás marad (9. sz. ábra). A sipolyok és ezek útján az egész tályog saprophyta bacteriumok bevándorlása folytán csakhamar inficiálódik. Az ilyen fertőzés a lassú septicaemia tüneteit mutatja és végül kiaszás vagy amyloidos degeneratio folytán exitushoz vezet. Nagyon jellegző a sipolyos beteg fel-tűnően halvány, fakó, kimerültséget eláruló arcza, meredt fénylő szeme és rendszerint véresen belövelt kötőhártyája.

c) Az idegtünetek.

A spondylitis idegtünetei övfájdalmakból és főleg az alsó végtagokra lokalizálódó bénulásokból állanak. Az övfájdalmak az idegyökök compressiójától származnak, és a mint már említettem, a spondylitis kezdeti szakában jelentkeznek. Később a gerincoszlop inflexiója folytán a bordák egymásra tolódnak és az intercostalis idegeket comprimálják, minek következtében a beteget nagyon megkínzó erős intercostalis neuralgiák állanak be. A felső végtagokra lokalizálódó, nagyon kellemetlen neuralgiákat okozhat a plexus brachialis compressiója is, mely nyaki csigolyagyulladás eseteiben szokott beállani.

Itt említem meg az elég gyakori trophiás zavarokat is, melyek gyakran vezetnek decubitus képződéshez, bár én is úgy tapasztaltam, hogy a decubitusok oka többnyire az állandó hátonfekvésben és a tisztaság hiányában rejlik.

A bénulások tünetek a végtagokra, a belekre és a hólyagra lokalizálódhatnak. A bénulások legtöbbször spasmusos bénulások képében jelentkeznek és csak később válnak teljes hűdés bénulássá. Sok esetben azonban mindjárt a hűdés bénulás áll be. A bénulások, mint már jeleztem, rendszerint akkor jelentkeznek, mikor a gibbus már fennáll; azonban megtörténhetik az is, hogy a bénulás a kezdődő spondylitis legelső észlelhető tünete. A bekövetkezendő bénulás előjele a fokozott in- és bőrreflex.

Az alsó végtagok bénulása is lassan, jellegzetes sorrendben szokott kifejlődni. Az első tünet az, hogy a spondylitises beteg hamar elfárad, térdei inognak és könnyen összezsugorlanak, járása mind nehezebbé válik, míg végre állni sem tud. Az izomzat előbb-utóbb minden bénulásnál el-sorvad, rugalmassága teljesen megszűnik és sok esetben a csípő-, térd- és lábtőizületben nyilvánuló contracturák fejlődnek. A bőr rendszerint fehéres, száraz és rajta néha nagy anaesthesiás területek állapíthatók meg.

Az esetek elég jelentékeny részében a bénulás a pathologia fejezetében ismertett okoknál fogva önként visszafejlődik; az izomzat rugalmassága idővel helyreáll és az eddig állandó fekvésre kárhoztatott beteg magától megkívánja a járását.

Súlyosabb következményekkel járnak azon bénulások, melyeknél a gerinczvelő tartós nyomatása vagy nagyfokú ronc-solása a motoros pályákban irreparabilis kieséseket okozott. Ilyenkor legtöbbször hólyag- és végbélhűdés áll be. A hólyaghűdés pedig még a leggondosabban ápolott betegeken is előbb-utóbb pyelitishez vezet.

Végül megemlítem még azon ritka eshetőséget, hogy a szuvasodott csigolya hirtelen összeroppanása folytán momentan áll be a bénulás. A spondylitis ilyenkor oly lappangva s annyira fájdalomtalanul fejlődik ki, hogy a hirtelen beálló gibbus és bénulás az első tünete.

IV.

1. Diagnosis.

A spondylitises beteg sorsát a korai és helyes diagnosis dönti el; ezt minden vizsgálatunk alkalmával szem előtt kell tartanunk.

A teljesen kifejezett spondylitis-szel jelentkező beteg vizsgálata könnyű, a tünet-trias ismeretével elkerülhetjük a tévedést. Ilyen esetekben főleg a gümös folyamat localisatiójának és intenzitásának megállapítására, a tályog pontos felkutatására és a gerinczvelő-tünetek észlelésére irányul vizsgálatunk.

Már nehezebb a kezdeti tünetekkel, vagy csupán gyanus symptomákkal jelentkező beteg észlelése. Ilyenkor gyakran csak valószínűségi diagnosis lehet első vizsgálatunk eredménye s a biztos diagnosit csak hosszabb megfigyelés után állapíthatjuk meg.

Legcélyszerűbb a spondylitis bármely szakában szenvedő beteg vizsgálatakor a következő sorrendet betartani.

Az anamnesis rövid felvétele után a vizsgálatot az általános kérdésekkel kezdjük meg. Az életkort illetőleg tudjuk, hogy a spondylitis, épp úgy mint a többi csonttuberculosis, előszeretettel a fiatal egyént támadja meg. Idősebbek ritkán betegszenek meg csigolyagyulladásban.

Ezután a betegség megjelenésének módját tudakoljuk. Említettük, hogy a gümös csigolyagyulladás tünetei lassan fejlődnek ki és hogy a baj lefolyása chronikus. A hirtelen, súlyos tünetekkel kezdődő csigolyagyulladás osteomyelitises eredetre enged következtetni. Fontos, hogy esetleges trauma után is tudakozódjunk. A betegek nagy része tudvalevőleg traumás eredetűnek hiszi spondylitist. Ez a hiedelem néha jogos is, a mennyiben a trauma és a spondylitis fejlődése közötti összefüggés már ismételt kétséget kizárólag bebizonyítható volt.

Ezután a tüdőpanaszokra vonatkozólag kérdezzük ki a beteget, a kinek gyakran csak kérdésünkre jut eszébe, hogy egyszer köhögés kíséretében vért köpött, vagy hogy hosszabb időn át köhögött. Sok beteg csak ismételt kérdésünkre vallja be, hogy egyszer már kezelték, vagy hogy orvosa tüdőtuberculosisist konstatált, nem is szólva azon esetekről, melyekben a beteg már typusos habitus phthisicussal jelenik meg. A tüdőre vonatkozó adatok kutatása már azért is fontos, mert kétes esetekben gyakran van segítségünkre.

Gyermekeken lényegesek ezenkívül a szülők és hozzátartozók bemondásai és panaszai is. Kezdődő spondylitis esetén a hajlott merev tartás, a tünettanban ismertett éjjeli fel-sikoltás és csekély hőemelkedés tűnik fel a környezetnek is legelőször. Ezekhez csatlakoznak a ritkábban észlelhető gyomor-és bélzavarok, hányás és övfájdalmak. Később, midőn rendszerint már a gibbus is szembetűnik, jelentkezik a járás bizonytalansága és nehézkessége.

A csigolyagyulladásos beteg első jelentkezésekor, már a mikor még felöltözött a szobába lép, gyakran az első reátekintésre tisztában vagyunk a diagnossal. A beteg ugyanis végtagjai segítségével önként igyekszik fájdalmas gerincoszlopát tehermentesíteni. Ezen nagyon jellegzetes spontán tehermentesítési módokat, melyeknek a diagnosis szempontjából is nagy jelentőségük van, a fájdalommasság fejezetében ismertettem. Bármennyire jellegző is a beteg ezen

megjelenési formája a spondylitisre, azért a szabályszerű vizsgálatot nem pótolhatja.

A csigolyagyulladásos gerincoszlop vizsgálatakor elkerülhetetlen a *meztelenre vetkőztetés*. A törzs mozgásait csakis így figyelhetjük meg pontosan és csakis így találhatjuk meg a gyakran elrejtett sülyedéssel tályogokat vagy sipolyokat.

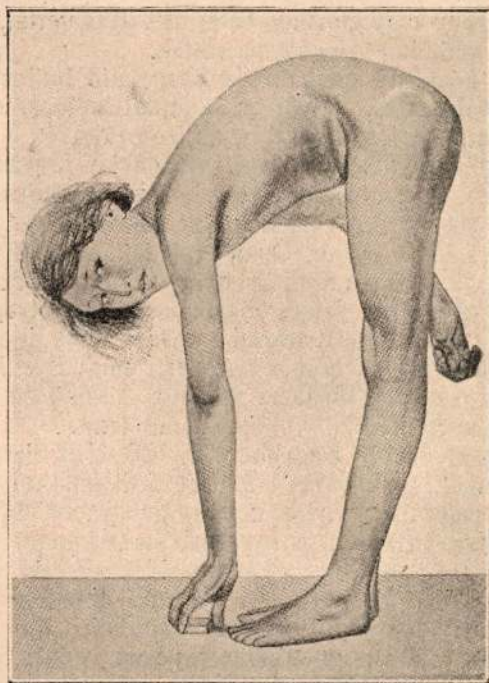
A vizsgálatkor a meztelen beteget először is háttal állítjuk magunk elé s aztán általánosságban tekintjük végig a hátát. Keressük, hogy vajon van-e gibbus, tályog, sipoly vagy esetleg utána megmaradt heg. Ezután következik a *beteg járatása*. A merev gerincoszlopú beteg merev testtartással, de szándékolt ruganyosággal jár, mivel ily módon igyekszik gerincoszlopát a nagyobb rázkódásoktól megvédeni.

A gerincoszlop hajlékonyságát vizsgálván, legcélszerűbb a beteget a földre dobott papírdarab vagy egyéb tárgy felvételére felszólítani. Ilyenkor jól megfigyelhetjük a beteg típusos, szinte automatás mozdulatait. Mivel merev gerincoszlopával lehajolni nem tud, térdét és csípőjét hajlítja be és félig térdelő helyzetben emeli fel a tárgyat; e közben gyak-

itt a tövisnyúlványok jobban előredomborodnak. A megtámadott csigolyához tartozó tövisnyúlvány ütögetésekor és nyomásakor a beteg már a kezdeti stádiumban is mélyreható fájdalmat jelez. Kétes esetekben a percussio után a gerincoszlop enyhe megzökkenése ajánlatos. Ez úgy eszközölhető, hogy kezünket a beteg fejére helyezvén, arra hirtelen nyomást gyakorolunk. A kóros csigolya, gyakran még nagyon initialis esetekben is, a zökkenésre éles fájdalommal reagál. A megzökkenés enyhébb módja az, midőn a beteg vállaira gyakorolunk enyhe, de hirtelen nyomást. A gerincoszlopot ilyenkor nem érvén direct erőbehatás, a zökkenés hatása is enyhébb lesz. A *zökkenéses műfogást enyhén és kiméletesen kell végeznünk*, mert az irodalom több esetről tesz említést, melyben a vizsgálatkor alkalmazott túlságosan erős hirtelen nyomás folytán az uzurált kóros csigolya komprimáltatván, hirtelen gibbus keletkezett.

Oly esetekben, melyekben a percussió módszer cserben hagy, újabban kezdeményezésekre klinikánkon a *vibrációs vizsgálati módszerhez* fordulunk. Azt tapasztaltam ugyanis,

28. sz. ábra.



Az ép gerincoszlopú gyermek könnyen hajlik meg.
(Mouchet után.)

29. sz. ábra.



A spondylitises gyermek előrehajlaskor térdére támasztott kezével a merev és fájdalmas gerincoszlopát tehermentesíteni igyekszik.
(Mouchet után.)

ran a felső végtagoknak a czombokra való támasztását is igénybe veszi a gerincoszlop tehermentesítése végett. (Lásd a 29. sz. ábrát.) Láttuk, hogy a spondylitis kezdeti szakában a merevséget a reflexes izomcontractura okozza; ez ilyenkor a sulci paraspinosit kitöltő, erősen megfeszült, feltűnően duzzadt izomkötegeken a legtöbb esetben jól látszik. A contractura rendszerint a kóros csigolyák helyére lokalizálódik és már csekély nyomásra, mintegy megvédendő az érzékeny csigolyát, reflexesen még jobban fokozódik. A partialis merevség folytán a gerincoszlop nem mozog szabadon és az egyes szakaszai egyenetlenül hajlanak. A spondylitis florid stádiumában, ha a nagy csigolya-destructio folytán csontos merevség áll is fenn, a betegek nagy részének a meghajlás alig elviselhető fájdalmakat okoz. A 28., 29. sz. ábrán jól látjuk a nagy functionális különbséget, mely az ép gerincoszlopú és a spondylitises gyermek előrehajlásakor észlelhető.

Erre a kóros és ennek folytán *érzékeny csigolya felkereséséhez* fogunk. Még pedig oly módon, hogy ujjunkkal, mint a percussiónál, végig kopogtatjuk a csigolyák tövisnyúlványait. Legjobb ezt a meghajlított háton végezni, mivel

hogy ilyen esetekben ha a vibrátort a gerincoszlopon óvatosan végigvezetem, annak *mélyreható rezgései csakhamar kiváltják a kóros csigolya fokozott érzékenységét*. E vizsgálatokhoz a vibrációs massage-ra használt villanymotoros vibrátort használom, melynek rezgéseit a panthostat segítségével könnyen erősebbre vagy gyöngébbre szabályozhatjuk. Ez utóbbi körülmény azért fontos, mert főleg az egyes gyorsító és erősítő átmenetekkor szokták a betegek jelezni a fájdalmakat.

Nyaki folyamatok esetén a csigolyák érzékenységének vizsgálata könnyű, csaknem egész terjedelmükben többé-kevésbé kitapinthatók lévén a nyakcsigolyák.

A tövisnyúlványok önálló folyamataiban a nyúlványokat ujjainkkal gyakran el bírjuk mozdítani. Ilyenkor esetleg crepitatio is érezhető.

A gerincoszlop alaki és functionális átvizsgálása után *tályog után is kutatunk*. A kóros gócz helyén ritkán és többnyire csak az erősen előrehaladt stádiumban találunk tályogot; mindazonáltal jól szemügyre kell vennünk a gerincoszlop egész környékét és a glutealis tájat is. A psoastályog vizsgálatakor a beteget hátára fektetjük s a hasfalait ellazít-

juk, a mit azáltal érünk el, hogy a beteg czombjait flexióba helyezzük és fölszólítjuk őt, hogy többször mélyen sóhajtson. A sóhajtásos kilégzés időszakában a fossa iliaca helyezett ujaink könnyen megtalálják a tályogot vagy az esetleges beszűrődést. Nehezen diagnoskálható kicsi psoastályogok kutatásakor jó hasznát vesszük *Wullstein* eljárásának. E módszerrel a hasonfekvő beteg alsó végtagjait egyenként lassan hyperextenzióba hozzuk. Az ép oldalon ez könnyen sikerül, a kóros oldalon ellenben erős ellentállásra találunk, mert legcsekélyebb psoastályog jelenlétében is a vele szomszédos izmok megfeszülnek és nem engedik meg a hyperextensio végrehajtását.

Az idegtünetek vizsgálata rendszerint nem okoz különös nehézségeket. Az övfájdalmak és bénulásos tünetek annyira jellegzők, hogy tévedésre nem igen adnak alkalmat. Említettem már, hogy a bekövetkezendő bénulást az élénk bőr- és inreflexek jellegzik.

Ujabban a spondylitis diagnostikája igen fontos és könnyen használható segédeszközt nyert a *Röntgen-sugarakban*. A Röntgen-felvételek a betegség minden szakában, de kivált kétséges esetekben hasznos, sokszor nélkülözhetetlen felvilágosítással szolgálnak.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az alkohol a háborúban czímen *Schwalbe* a túlzott alkoholfogyasztás ellen szólal fel. A német hadi egészségügyi szabályzat kiemeli, hogy az abstinent legénység ellentálló ereje a háború fáradalmaival szemben nagyobb, nem is számítva azt, hogy az alkohol mértéken felül való élvezése megláthatja a katonai fegyelmet is. Nagyobb menetelések alkalmával határozottan tilos az ivás; épp úgy vészthozó nagy hidegben. Meglepő volt tehát, mikor maga a német hadvezetőség kért alkoholt a katonaság számára; de ezzel nem akarta állandó alkoholélvezetre szoktatni a legénységet, hanem csak azt akarta elérni, hogy adott körülmények között emelje a katonaság hangulatát s hogy az alkohol momentán tonusozó hatásának kihasználásával a megszokottnál nagyobb erőt igénylő teljesítményre legyen alkalmas a küzdő harcos. A mint ez ellen nehéz volna szólni, úgy határozottan káros dolog, ha a szeretetadomány állandó alkoholélvezetre szoktatná a katonát, mert ezzel nemcsak teljesítőképesége veszítene, de könnyebben fagyna is meg, csökkenne a fertőző bajokkal szemben való ellenállása, s hátrányos lehetne az esetleg szükséges műtét és narcosis alkalmával is. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1914, 47. sz.) *H. A.*

A *Gruber-Widal-reactio Wolff-Eisner* szerint a hadseregben nem használható fel a typhus kórjelzésére. A hadseregben oly gyakori dysenteriaszerű megbetegedések ugyanis olyan változást okoznak a vérben, hogy 1 : 200 arányban is agglutinálja a typhus- és paratyphus-bacillusokat. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1915, 7. sz.)

Tetanus ellen prophylacticum gyanánt új szert ajánl *Piorkowski*. Szerét emberen még nem próbálhatta ki, állatkísérletekben azonban kivétel nélkül bevált. Előnye az is, hogy minden katona magával hordhatná s megsebesülése esetén rögtön alkalmazhatná. Ez a szer nem más, mint magas hőmérséken tartott tetanus-agartenyészet porítva. Egyébként ugyanilyen hatású a magas hőmérséknek (110°) kitett és azután megszárt tetanus-húslevesenyészet is. Ezen szer könnyen állítható elő nagy mennyiségben s a használata azzal az előnnyel is jár, hogy későbbi seruminjectiók szükségessége esetén nem kell az anaphylaxia veszélyétől tartanunk. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1915, 7. sz.)

A **choleraellenes védőoltásokra** vonatkozólag tett tapasztalatait a következőkben foglalja össze *Buiwid* tanár:

a védőoltás úgy a megbetegedés, mint a halálozás tekintetében rendkívül kedvező befolyást gyakorol; az úgynevezett negativ phasisban, sőt már a betegség kezdetén végzett oltás sem jár különösebb hátrányos következményekkel. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1915, 7. sz.)

Sebészet.

Fagyás 47 esetéről számol be *Volk és Stiefler*; ez eseteket *Przemysl* várában kezelték. E betegek ama csapatokból valók voltak, a melyek heteken át esős időben meneteltek, vagy sáros terepen, illetve lövészárkokban harcoltak, tehát a fagyást a lábbeli átnedvesedésével járó hőelvonás hozta létre.

A fagyások igen nagy része természetesen a lábakon volt, melyre e testrész nemcsak a kedvezőtlen vérkeringési viszonyoknál fogva hajlamos, hanem azért is, mert a láb van legjobban a fagyásnak kitéve, legnehezebben védhető meg tőle. Hadseregünk gyalogezredeinek czélszerűtlen fűzős cipője nagyban hozzájárul a fagyás-esetek számának növeléséhez. A szerzők a rövid csizmát hordó orosz gyalogos foglyok között egyetlen egy fagyott lábút sem találtak. Az összes betegek többnyire gyengébb testalkatú, rosszul táplált, vérszegény vagy előzőleg enteritist, dysenteriaát, avagy más betegséget kiállott közlegények voltak.

A 47 közül 19 enyhébb, a congelatio bullosának megfelelő, 13 súlyosabb, a bőr és bőr alatti kötőszövetre kiterjedő, 15 pedig a legsúlyosabb, az izomzatra és a csontokra terjedő harmadfokú fagyás volt. Az enyhe fagyás-esetekben a bőr száraz, korpádzó, ráncos, halványszederjes, igen fájdalmas; a másodfokú esetekben az exsudatio folytán hólyagok keletkeznek a bőrön. Óvatosnak kell lennünk a prognózis felállításakor, ha a végtag párnaszerűen duzzadt, sötétszederjes vagy kékes színű, a felhám vagy hólyagokká van felemelve, vagy könnyen leválik, a fájdalmak igen hevesek és a betegnek magas hőmérséke van, mert ilyenkor a végtag distalis részének elhalása várható, különösen akkor, ha az érzéstelenség már több nap óta áll fenn.

A legsúlyosabb esetekben, a mikor az izomzat és a csont is elhal, a folyamat feltartóztathatatlanul terjed mélyebbre, s vagy száraz, vagy nedves gangraena útján válik le az elhalt rész, melyben a pyogen bacteriumok igen alkalmas táptalajra találván, gyakran idéznek elő tályogokat, phlegmonét, sőt sepsist is. A szerzők 4 betege halt meg sepsisben, a kiken már a magas amputatio sem segített.

A demarcatio nem mindig egyenes vonalú, hanem zerguzos is lehet. A szerzők többször észlelték, hogy a cipő nyelve által nyomott terület is elhalt.

Különös figyelmet fordítottak a szerzők az idegrendszer viselkedésére. A betegek kivétel nélkül érzés-zavarokról panaszkodtak a fagyott végtagokon (zsibbadás, hangyamaszás, égés, meleg- és hidegség-érzés, érzéstelenség, merevség stb.). Ezenkívül a betegek mintegy harmadrészének napokon át heves fájdalmai voltak. E fagyási neuralgiák a felvétel után 1—2 hét múlva salicylre és amidopyrinre megszűntek és intenzitásra nézve sohasem állottak egyenes arányban a fagyás súlyosságával, mert néha a legenyhébb fagyás-esetekben is heves paraesthesiái és fájdalmai voltak a betegeknek.

Az érzés-zavaroknál jóval ritkábbak voltak a mozgás-zavarok. Négy betegnek lábikragörccse, egy betegnek peroneus- és egy másiknak tibialis- és peroneusbénulása volt az érzés-zavarokon kívül, melyek 2 hét alatt meggyógyultak.

Az enyhe esetek prognosisa jó, bár a teljes gyógyulás az érzés-zavarok miatt hetekig tarthat. A súlyos esetekben igen óvatosak legyünk a prognózis felállításával.

A gyógykezelés a lehető legconservatívabb legyen. A beteget jól kell táplálnunk. A végtagokat felfüggesztve tartani, melegíteni, fürösztetni ne feledjük. Nedves gangraena esetén szárító kötést használunk, desinfectio czéljából antisepsises oldatokat (H_2O_2 , kalium hypermang.) vagy porokat alkalmazunk. Genyretentio és tasakképződés esetén a geny

lefolyását biztosítani kell. (Wiener klinische Wochenschrift, 1915, 5. sz.)

Gyermekorvostan.

Kanyaróhoz szövődményesen csatlakozott multiplex bőrinfarctusokat ír le *Morgenstern* és *Gruber*. Bőrbántalmakat a kanyaró következményeként különösen rosszul táplált gyermekeken nem ritkán észlelhetünk. Hosszantartó eczemák jelentkezhetnek vagy ekthymák fejlődnek ki, ritka esetekben nagy bőr- és nyálkahártyaterületek esnek szét üszkösön, azaz noma társul a kanyaróhoz. Mindezen esetekben a bőr másodlagos fertőzése forog fenn, ehhez járul a kanyaró-méreg hatása, a melynek folytán a bőr ellenállóképessége külső ártalmakkal szemben alászállított. A szerzők leírnak egy esetet, a melyben a kanyaróhoz hurutos tüdőlob csatlakozott, majd a hát bal oldalán számos egész lencsényi, körülírt, pörkkel fedett bőrvérzés fejlődött s a bal alsó végtag vízenyősen megduzzadt. A gyermek fokozódó szívgyöngegségben meghalt. A szerzők a bőrvérzéseket infarctusoknak tartották. A mikroszkopos vizsgálat azt mutatta, hogy a bőrlaesus oka az illető bőrterület helybeli táplálkozási zavara, a melyet az idézett elő, hogy a megfelelő bőrverőerekben thrombosisok keletkeztek s ezek haemorrhagiás, illetőleg ischaemiás necrosisokhoz vezettek. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, XII. köt., 100. l.) *Flesch*.

Venereás betegségek.

A kénésőkészítmények, főként a contraluesin hatását és felszívódását vizsgálta *Döhring* (Königsberg i. Pr.). Tudvalevő, hogy a kénésőkészítmények hatásáról és resorptiójáról általában az a nézet, hogy a gyógyeredmény attól függ, hogy a szervezet az időegység alatt mennyi kénésőt vett fel és dolgozott fel. Ez a nézet főleg azon alapszik, hogy felveszik, miként a legkülönbözőbb készítmények alkalmazása esetén is végeredményben mindig ugyanaz a kénésős, a kénésőalbuminát kering a szervezetben. Idővel azonban ez a nézet nem maradhatott ellenvetés nélkül s éppen ezen alapszik az az igény, hogy oly kénésőkészítményeket találjanak fel (a salvarsan analógiájaképpen), melyeknek csekélyebb toxicitásuk mellett nagyobb a parasitotrop hatásuk. Az idevágó kísérletek csakugyan azt mutatták, hogy vannak újabb készítmények, melyeknek gyógyító és mérgező hatását illetőleg különbségek állanak fenn s ezek nem egyedül az alkalmazott kénésőmennyiségtől függnek. A szerző ebből a szempontból elsősorban a *Richter* által készített contraluesinnel kísérletezett. De párhuzamosan e vizsgálatokkal néhány más, már régebben általánosan alkalmazott oldhatatlan kénésőkészítménnyel is kísérletezett, mint a minő a calomel, a hydrargyr. salicyl. és a mercuriol. Vizsgálta, hogy ezeknek a készítményeknek a gyógyító hatása egyedül a bekebelezett kénéső mennyiségétől s annak resorptiójától függ-e, avagy hogy spirillocid hatásuk az alkalmazott készítményeknek különös vegyi összetételétől is függ-e. Az 1.5 cm³-es ampullában lévő contraluesin körülbelül 0.15 gr. molecularisan elporlasztott (colloidalis) fémkénésőt tartalmaz. A kénéső vizes oldatban van suspendálva, mely oldat még kevés sublimatot, arsenit, phosphort, sőt nyomokban chinint, sozododolt és salicylsavat is tartalmaz. Egy-egy ampulla tartalmát 4—5 naponként bell befecskendezni egy huzamban öt ízben. A szerző a contraluesinnel s a fentemlített készítményekkel úgy kísérletezett, hogy elsősorban azt vizsgálta, mennyi idő múlva tűnnek el a spirochaeták a syphilises egyének kiütéseiből. Vizsgálta továbbá, hogy az egyes készítmények mily gyorsan resorbeálódnak, valamint azt is, hogy mennyi kénésőnek a resorbeálása szükséges az egyes készítmények használata alkalmával, hogy a spirochaeták elpusztuljanak. A spirochaetáknak a syphilises nyilvánulásokban való eltűnése általában egyetlen kénésőkúra nyomán sem megy oly gyorsan végbe, mint a salvarsan nyomán. A pusztulásuk csak lassanként, fokozatosan megy végbe, körülbelül oly menetben, mint a hogy visszafejldnek a kiütések. Ezt a tényt egyébként *Scholtz* már régebben meg-

állapította. Vizsgálati adataiból a szerző érdekesen állítja össze, hogy mely kezelésből mennyi az az átlagos minimum, melynek nyomán a kiütésekből a spirochaeták eltűnnek. Kísérletei folyamán a szerző azt is igyekezett megállapítani, hogy az egyes oldhatatlan készítmények mily gyorsan resorbeálódnak. A legtöbb ilyen vizsgálatot eddig a kénéső kiválasztásának (vese útján) megállapításával végezték. A szerző nem ezt a módot követte — hiszen a kénésőnek körülbelül csak a negyedrészt választja ki a vese (*Bürgi*) —, ellenben a kénésődepot-k felszívódási viszonyait *Freund*, *Welander* s mások nyomán röntgenogramm útján vizsgálta. A Röntgenárnyék után ítélve kiderült, hogy leggyorsabb a felszívódás a vizsgált készítmények közül a hydrarg. salicyl. használata alkalmával, követi azt a sorrendben azután a contraluesin, a calomel s végül a mercuriol. Hasonló eredményre vezetett a depot-k ellenőrző vegyi vizsgálata is. Az injectiók számából s a spirochaeták eltűnéséhez szükséges időből, valamint a resorptio gyorsaságából együttesen kiszámítható az a kénésőmennyiség, mely a különböző készítmények használata alkalmával szükséges, hogy a spirochaeták a lueses jelenségekből eltűnjenek. A szerző vizsgálatai szerint átlagban a következő kénésőmennyiségnek resorptiója szükséges: 1. calomel = 46 mgr. kénéső, 2. hydrarg. salicyl. = 63 mgr. kénéső, 3. mercuriol = 66 mgr. kénéső, 4. contraluesin = 187 mgr. kénéső. E kísérleti adatokból tehát az tűnik ki, hogy a calomel a leghatásosabb oldhatatlan kénésőkészítmény, oly adat, melyet egyébként a klinikai tapasztalás is megerősít. Vizsgálati eredményeit a szerző a következő tételekben állítja össze: 1. A különböző kénésőkészítmények hatása nem függ egyedül a bekebelezett kénéső mennyiségétől, hanem a szernek physikai-chemiai tulajdonságaitól is. Teljesen jogosult ezért az újabb és hatásosabb kénésőkészítmények után való kutatás. 2. A használatos oldhatatlan kénésőkészítmények közül a calomel a legerősebb spirillocid hatású. Másodsorban jön szóba a hydrarg. salicyl. s utána a mercuriol. A vizsgált készítmények között legkevésbé spirillocid hatású a contraluesin, annak ellenére, hogy aránylag gyorsan resorbeálódik s magas adagban alkalmazható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 3. sz.) *Guszman*.

Kisebb közlések az orvostudományról.

A ruhatetű elpusztítására vonatkozólag végzett vizsgálatokat *Herxheimer* és *Nathan*. Legmegbízhatóbbnak bizonyult a 3%-os kresol-hintőpor, a mely 3—5 perc alatt megölte a tetveket, míg ellenben a thymol, a naphthalin, a flores pyrethri (rovarpor) összehasonlíthatatlanul gyengébb hatású. A jelzett töménységű kresol-hintőpor — a mely a poloskák ellen is hatásosnak mutatkozott, körülbelül 15 perc alatt ölte meg őket —, 60 gramm mennyiségben, porózásra alkalmas skatulyában jön forgalomba. (Therap. Monatshefte, 1915, 2. füzet.)

A fagyás gyógyításáról szóló cikkéhez *Pribram* a „Wiener klin. Wochenschrift“ ez évi 2. számában pótlásképpen megjegyzi, hogy az enyv erős megkeményedése megakadályozható glycerin hozzáadásával; az anyag összetétele a következő: glycerin 500, víz 350, enyv 150. Elkészítése így történik: 2—3 literes edényben először a vizet forraljuk fel s további főzés közben előbb a glycerint, majd az enyvet adjuk hozzá kisebb darabokban folytonos keverés mellett. Az enyv oldódását elősegíthetjük, ha az enyvdarabokat időnként kivesszük a forró keverékből, beletesszük hideg vízbe s azután ismét visszahelyezzük a forró keverékbe. Az ily módon készített anyagot vagy tüstént használjuk, vagy pedig megmerevedése után elteszszük s a mikor használni akarjuk, feloldjuk forró vízben.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 8. szám. *Csernel Jenő* és *Márton Adolf*: A hastyphus gyógyítása nem sensibilizált vaccinával. — *Szegő Kálmán*: Betegeink a tengerparton.

Orvosok lapja, 1915, 8. szám. *Gerlőczy Zsigmond*: A choléráról, kapcsolatban a világháborúval.

Vegyes hírek.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről a február hó 1.-étől 7.-éig terjedő héten 22 cholera megbetegedést jelentettek be 5 halálozással. Az esetek a következőképpen oszlanak meg: *Városok:* Budapest 1, Debreczen 1, Miskolcz 2, Szatmár-Németi 1, Újvidék 1. *Vármegyék:* Bács-Bodrog vm.: Ófutam 1, Titel 6; Bereg vm.: Munkács 1; Borsod vm.: Kács 1; Heves vm.: Gyöngyös 1; Jász-Nagykun-Szolnok vm.: Karczag 1; Sáros vm.: Eperjes 5. A 22 beteg közül 7 az északi harctérről érkezett katonákra esik, 8 helyben állomásozó katonák között, 7 pedig a polgári lakosság között fordult elő.

Meghalt. *Vasitsek Károly* dr., nyugalmazott bányafőorvos, 69 éves korában február 10.-én felsőcsertésen. — *Graf Fülöp* dr., hatvani orvos, február 18.-án. — *Abonyi Henrik* dr., nyugalmazott járásorvos és tiszteletbeli megyei főorvos, 72 éves korában február 17.-én Pankótán. — *Bihari Faragó Ödön* dr., Szeged város tisztí főorvosa, 56 éves korában agyszélhűdésben február 19.-én. — *Neuhauss* tanár, a ki különösen a tudományos fotográfia terén szerzett nagy érdemeket, 60 éves korában diphtheriában, a melyet a gross-lichterfeldei kórházban önként vállalt szolgálata közben szerzett. — *Th. Groedel*, a nauheimi hírneves fürdőorvos fia, a ki a röntgenológia terén kiválóan eredményes munkásságot fejtett ki, január végén a nyugati harctéren. — *Fournier*, a világhírű francia syphilidológus, 82 éves korában Párisban.

A kiütéses typhusról. A berlini rendőrfőnök a következő köriratot intézte a berlini orvosokhoz:

„Az orosz hadseregben igen elterjedt a kiütéses hagymáz s nemcsak hadseregünknek keleten harczoló részét veszélyezteteti, hanem a harczmezőről visszatérők révén Németország lakosságát is.

Kiütéses hagymázra gyanusnak kell tartani minden olyan esetet, a melyben kevésse kifejezett előző tünetek (tüdőhurut, fejfájás, fázás, elesettség) után rázóhídeggel kezdődő s rohamosan emelkedő állandó magas láz áll fenn, roseola, lépnagyobbodás és az öntudat zavara mellett.

Ujabb vizsgálatok szerint igen valószínű, hogy ezt a betegséget nem a közvetlen érintkezés viszi át egyik emberről a másikra, hanem a tetűk, különösen a ruhatetűk, a melyek a beteg emberről az egészségesre másznak. Ebből érthető, hogy a betegség leginkább a kóborló életmódot folytatók s a legolcsóbbrendű éjjeli menedékhelyek lakói közül szedi az áldozatait. Minthogy Lengyelország és Galícia lakossága közt igen elszaporodtak a tetűk, az onnan jövőekkel való közvetlen érintkezést lehetőleg kerüljük.

A betegeket és a betegsége gyanusakat azonnal kórházba kell szállítani, a melyben teljesen elszigetelhetők s ott azonnal meg kell fürösztetni s tetveiktől alaposan megszabadítani őket. A kik velük egy lakásban s közelebbi érintkezésben éltek, azokat 14 napi megfigyelésnek kell alávetni, esetleg a tetveik elpusztítása után.

A ruha- és fehéreneműek tetveit áramló vízgőzben lehet megsemmisíteni a fertőtlenítő készülékben vagy kénessav-gőzzel. Az utóbbit úgy állítjuk elő, hogy a fertőtlenítő helyiségben nyitott vaspléh-edényben kénzt égetünk el, vagy a kereskedésben kapható, folyékony kénessavat tartalmazó bombákból kénessav-gőzt vezetünk be kívülről a helyiségbe. Az első helyen említett eljárás egyszerűbb és olcsóbb. Előbb a helyiség minden nyílását és rését gondosan el kell zárni, éppúgy mint a formalinnal történő fertőtlenítésnél. A gőz fejlesztése vagy bevezetése után a helyiségnek még legalább 4 óra hosszat zárva kell maradnia, hogy a tetűk biztosan elpusztuljanak.

Nagyon bevált e célra a *salfarkose* nevű szénkénekészítmény is, mely *A. Schulz* hamburgi czégnél kapható. Ez egy igen gyúlékony folyadék, mely 90% szénkéneget, 10% vizet és alkoholt és kevés formaldehydet és mustárolajat tartalmaz s nyitott vasbádgedényben égetendő el, miközben kénessav szabadul fel. 100 km. térfogatra 4 kg. szükséges; 1 kg. *salfarkose* ára 1:50 márká.

Ennél még hatásosabb és a mellett olcsóbb egy 90% szénkénegből és 5-5% vízből és denaturált szeszből álló keverék, melyből 100 kbm. térfogatra 2½ kg.-ot kell elégetni.

A tetvektől megszabadítandó ruhadarabokat szabadon felfüggesztve kell tartani a helyiségben.

A fejtetűvel és lapostetűvel fertőzött egyének haját és szőrét le kell nyírni és a fertőzött helyeket szürke kenőccsel bekenni.

Azok az orvosok, ápolók, fertőtlenítők és mosónők, a kik kiütéses hagymázos beteggel vagy a ruha- és fehéreneműjével jönnek érintkezésbe, viseljenek mosható felsőruhát, gummiczipőt és gummikeztyűt s kössék be szorosan ruhaujjuk és nadrágszáruk alsó végét, hogy a tetűk a nyíláson be ne mászhassanak. A beteggel való közvetlen érintkezést lehetőleg kerüljük s napi munkájuk végétével fürdőjenek meg meleg vízben, szappan használatával. Megjegyzendő még, hogy a tetűk nem szeretik az erős szagú aetheres olajokat (mustárolaj, anizsolaj), hasonlóképpen a naphthalint sem.

Személyi hírek külföldről. *A. Reich* dr., tübingeni magántanár (sebészeti) rendk. tanári címet kapott.

A francia orvosi és egyéb tudományos lapok helyzete a háborúban válságos lett. A hírneves párisi Masson-czég, a mely egy-maga 51 lapot ad ki, tudósításokat küldött szét, a melyekben megírja, hogy folyóiratainak egy része augusztus óta nem jelenhetett meg. Ezek közül egyesek a legközelebbi hónapokban megint megindulnak, megfelelő

módon leszállított árakkal, kevesebb számmal szorulva. A folyóiratok másik részének — és e csoportba 32 lap tartozik — további megjelenése egyelőre még hosszú időre bizonytalan, úgy hogy az 1915. évben legfeljebb annyi fog belőlük sajtó alá kerülni, a mennyit az 1914. évi előfizetőknek pótlékképp a múlt évben elmaradt számok helyett adni lehet a nélkül, hogy 1915-re előfizetői díjat kérnének.

Az ezen csoportba tartozó, egyelőre bizonytalan időre beszüntetett lapok listája a következő:

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Annales de l'institut océanographique, Annales des maladies de l'oreille et du larynx, Annales de médecine, Annales médico-psychologiques, Annales de paléontologie, Annales des sciences naturelles, Botanique ou Zoologie, Archives d'anatomie microscopique, Archives d'anthropologie criminelle, Archives de biologie, Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, Bulletin de la société chimique de France, Bulletin de la société française de dermatologie, Bulletin de la société scientifique d'hygiène alimentaire, Bulletin de la société d'études scientifiques sur la tuberculose, Hygiène scolaire, Journal de chirurgie, Journal de physiologie et de pathologie générale, Journal de radiologie et d'électrologie, Journal d'urologie médicale et chirurgicale, Lepra, Lyon chirurgical, Nouvelles archives du muséum d'histoire naturelle, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, L'oeuvre médico-chirurgicale, Le radium, Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, Revue générale d'histologie, Revue neurologique, Revue générale d'ophthalmologie, Revue d'orthopédie, Revue de la tuberculose.

Továbbra is megjelennek, részben olcsóbb árakon, kisebb terjedelemben:

Annales de chimie, Annales de physique, Annales de l'institut Pasteur, L'Anthropologie, Archives de médecine des enfants, Bulletin de l'académie de médecine, Bulletin de l'institut Pasteur, Bulletin du muséum d'histoire naturelle, Bulletin et mémoires de la société de chirurgie, Bulletin et mémoires de la société médicale des hopitaux, Bulletin et mémoires de la société d'anthropologie de Paris, Bulletin de la société de pathologie exotique, Bulletin hebdomadaire de statistique municipale, Comptes rendus hebdomadaires des séances de la société de biologie, Géographie (Bulletin de la Société de Géographie), La Nature (Revue des Sciences), La presse médicale, Revue d'hygiène et de police sanitaire, Revue philanthropique.

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

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

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos. IV., Ferencz József-rakpart 26.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospektus.

DR. GÁMÁN BÉLA diétás-gyógyintézete **VOLOSCA-ABBAZIA.**

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

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek **GEBERT és SCHALL R-T.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kurák. Nap- és légfürdők. Viz-gyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhoz. **„LÁPSÓ”** száraz kivonat ládákban á 1 kilo **LÁPLUG** folyékony kivonat üvegekben á 2 kilo

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: VIII. hadsebészeti értekezéslet. 125. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 126. lap.

VIII. hadsebészeti értekezéslet.

Havas Adolf: A hadi és tábori étellel kapcsolatos bőrbajokról.

A hadi és tábori étellel azon bőrbántalmak függnek össze, a melyeket a tömeges együttlét, a rossz hygienés viszonyok, a nagy testi fáradalmak, meg a nagyon hideg vagy meleg időjárás okoznak és a melyeket súlyosbíthatnak az esetleges rossz vagy hiányos táplálkozási viszonyok.

A bőrbetegségek, a melyek elsősorban jönnek tekintetbe, az élősdiak által okozottak. A kórokozó élősdiak vagy állatiak, vagy növényi eredetűek.

Állatiak: a ruhatetű, a rühatka és a poloska.

Ezen élősdiak vagy csak táplálkozás céljából ideiglenesen mennek a bőrre (tetű, poloska), vagy pedig állandóan a bőrön laknak (rühatka).

A ruhatetű a ruházat redőiben és varrataiban tartózkodik és csak táplálék felvétele céljából megy a bőrre. Ezen élősdi rendkívül szapora, a termékenyített nőstény 25 nap alatt 50 petét rak. A petéből 7—8 nap alatt az ivarérett egyén már kifejlődik. Táplálkozás céljából belevág a bőrbe, a mikor is valamilyen váladékot bocsát a sebbe. Ezen váladék izgató hatása folytán csalánkiütésszerű elváltozás keletkezik a bőrön, a mely ellenállhatatlan viszketést okoz. A viszketés leküzdésére a beteg intensive kaparózik, a bőrön különböző fokú sebzéseket okozva. E sebzésekbe a részint a bőrön, részint a kaparó köröm alatt levő lobgerjesztő anyagok bejutnak s ott kellő talajra találván, a gyulladás különböző alakjait idézik elő (pyodermiák).

Ezen élősdi közvetíti minden valószínűség szerint a typhus exanthematicus és a febris recurrens kórokozóját is, a mely körülmény nagyban fokozza a tetvesség veszedelmes voltát.

A ruhatetű oly módon pusztítható el, ha a fertőzött ruházatot magas hő (80—100°) hatásának tesszük ki, a bőr elváltozásait pedig lege artis kezeljük (fürdők, kenőcsök).

A poloska a hadi és tábori életben kisebb szerepet játszik, mert a katonák a mai harcászati viszonyok mellett ritkábban jutnak azon helyzetbe, hogy ágyban háljanak.

A rüh rendkívül elterjedt betegség a hadi és tábori életben és különösen azáltal válik kellemetlenné és teszi a katonát harcsképtelenné, mert a tisztaság hiánya folytán igen súlyos pyodermiák csatlakoznak hozzá és a rüh elpusztítása után a kaparás okozta fertőzések borsebzések egészen komoly utókezelést igényelnek. Kezelésére az officialis unguentum sulfuratumot vagy a styrax-kenőcsöt ajánlhatom.

A tekintetbe jövő növényi élősdiak: a *staphylococcus aureus* et *albus pyogenes* és a *streptococcus pyogenes*.

Ezen élősdiak vagy kívülről (körlég, ruházat, víz) jutnak a bőrbe, vagy pedig belülről a tápcsatornán át, vagy valamely belső szervben lévő tályogból. Bőrünk állandóan fedve van ezen élősdiakkal. Rendes viszonyok között a sértetlen ruganyos szaruréteg, mely a bőrünket fedi, megvéd a fertőzés ellen. De ha bármi oknál fogva defectus keletkezik, felsebeztetik a szaruréteg, akkor bejut a coccus a nedvdús hámrétegbe, ott felszaporodik, majd leukotoxiás hatásánál fogva magához vonzza a fehérvérsejteket és kis, miniatűr tályogokat okoz. Különös, hogy nagyobb sebzés eseteiben — a kitóduló vér magával sodorván a behatolni akaró coccust, vagy a fehér vérsejtek phagocytosis folytán felfalván a mikroorganizmusokat — a fertőzése a sebnek ritkábban áll be.

De bejut a coccus a bőrbe oly módon is, hogy behatol a faggyu- vagy verejtékmirigyek nyílásaiba. Rendes viszonyok között a faggyu- és verejtékmirigyek secretiós nyomása, vagyis azon nyomás, a melylyel a váladék a mirigy-

ből kifelé tódul, elégséges ahhoz, hogy a coccus ne hatolhasson a belsejükbe. Ha valami ok miatt ezen secretiós nyomás leküzdetik (pl. ütés, dörzsölés, massage), a gomba bejut a mirigybe és ott gyuladást, eleinte folliculitist, majd a mikor a gyuladás a mirigy burkán túl terjed, furunculust, vagy több ilyennek szorosan egymás mellé való helyeződése és egybefolyása által carbunculust idéz elő.

A staphylococcus okozta hámpustula, az impetigo gyorsan határolódik, gyorsan beszárad és néhány nap alatt minden nyom hátrahagyása nélkül meggyógyul. A furunculus és carbunculus után, minthogy szövet- (kötőszövet-) elhalással jár, mindig defectus, heg marad. Minthogy az ily módon keletkezett gyuladásokban a geny el van árasztva coccusokkal, elsősorban arra kell törekednünk, hogy a coccusokkal telt geny ne dörzsöltessék a szomszédos bőrre és bőrbe. Ezt oly módon akadályozom meg, hogy a furunculust desinficiáló tapasztal (salicyltapasz) befedem és környékét szárító, a parasita életét, szaporodását akadályozó pasztával (zinkpaszta) bekenem. Ha a gyuladás igen erős, egyszerűen Burow-oldattal borogatásokat végeztek. Helytelennek tartom a furunculus erőszakos kiszorítását, nemcsak azért, mert a betegnek ezzel fölösleges fájdalmat okozunk, hanem azért is, mert e művelettel a furunculushoz duzzadt és fellazult környékébe beszorítjuk a fertőző anyagot tartalmazó genyet és így a gyuladást az újabb fertőzéssel csak fokozzuk. Épp úgy lehetőleg kerülöm a furunculushoz késsel való megnyitását.

Staphylococcus okozta megbetegedés a *sycosis vulgaris* is, a melyet az esetek legtöbbszörében ornátha inaugurál. Igen jó sikerrel használható ellene a hydragyr. oleicum-paszta.

Sokkal súlyosabbak azon megbetegedések, a melyeket a *streptococcus pyogenes* okoz. Ezen élősdi behatása folytán rázóhideggel és magas lázzal járó bőrgyuladás állhat be, a bőr vörös, duzzadt, savóval erősen beivódott, fájdalmas lesz, sőt kisebb-nagyobb hólyagképződés is szegődik hozzá (erysipelas); vagy pedig a streptococcus behatása folytán az előbbivel ellentétes alakja a gyuladásnak keletkezik genyes, merev beszűrődés alakjában, a mikor nemcsak a bőr, hanem a fasciák, az izmok, sőt még a csontok is tönkremehetnek és végeredményképpen vagy nagy defectus, vagy általános vérmérgezés, pyaemia támad.

Vannak azonban esetek, a melyekben csakis a nyirokerek vesznek részt a folyamatban; ezt különösen gyakran láthatjuk katonákon, a kiken a hiányos lábtisztítás folytán a streptococcus okozta fertőzés következtében lymphangoitisek észlelhetők az egész alsó végtag mentén.

A többi bőrmegbetegedés közül igen gyakran látjuk most a hűvös idő beállta óta a fagyást. A fagyás különösen akkor keletkezik, ha a vérkeringés hiányos, ha a vérrendszer gracilis, nyomás folytán vérszegénység okoztatik és nedvesség, inaktivitás (lövészárokban tartózkodás), rendkívül fárasztó menetelés, kimerülés komplikálja a folyamatot. A fagyás nemcsak a fagyáspont alatti hőmérséken fejlődik, hanem a föntemlített körülmények fenforgásakor már a fagyáspont feletti temperaturán is kifejlődhetik. A fagyás fokának megítélésében igen nagy óvatossággal kell eljárni, nehogy kellemetlen csalódásnak legyünk kitéve a később jelentkező üszkösödés által.

Fontos szerepet játszanak még a *lábbeltörések*, a melyekhez könnyen streptococcus okozta lymphangoitisek szegődnek.

Az észlelés alá kerülő *eczemák* legnagyobbbrészt staphylococcus okozta pyodermiák voltak, a melyek antiparasítás eljárás mellett igen gyorsan gyógyulhatnak.

Különös figyelmet érdemel még az *asphyxia localis*, a mely a hűvös temperatura által elősegítve, különösen kime-

ritő, fásasztó menetelések után mutatkozik gyenge, gracilis vérrendszerrel bíró neurastheniás egyének. Láttam úgy a syncopét, mint a sötétkezes asphyxiát, a melyhez vérömlenyek, necrosisok szegődtek, súlyos idegzsábaszerű fájdalmakkal az egész alsó végtag mentén.

Végül még néhány szót a *nemi betegségekről*. A syphilis csak akkor teszi a katonát harczképtelenné, ha manifest tünetek állanak fenn, ezek híján a katona teljesíthet szolgálatot.

Nem így áll a dolog lágyfekély és kankó esetén. Mindkettőt kórházban kell kezelni, mert a hozzászegződő bubo egyfelől, az urethrocystitis és mellékheregyulladás másfelől harczképtelenné teszi a katonát. Ezek keletkezését csak úgy akadályozhatjuk meg, ha lehetőleg korán kórházi ápolásban részesítjük a beteget.

A nemi betegségek ellen a harcztéren és annak környékén alig tehetünk valamit. A nagy tömegekben bevonult 20—40 év közötti férfilakosság eltávozásával a keresetétől megfosztott prostituált a városokból az operáló hadsereg után vonul. Itt ellenőrzés híján nagyban terjeszti a fertőzést. Minden intézkedés, a mi eddig ebben az irányban történt, sajnos, csak kétes értékű volt, mert nemcsak közegészségügyi intézkedésekre van itt szükség, hanem zabolálatlan, leküzdhetetlen szenvedélyek csillapítására és fékezésére is.

Kammer Manó: Mint a hadi és tábori élet terén némi tapasztalatokkal bíró, nagy megpróbáltatásokon keresztülment orvos kívánok néhány szót fűzni a tanulságos előadáshoz és megvilágítani, melyek azok az eljárások, a melyeket a harcztéren követünk bőrbajban megbetegedett katonáink kezelésekor. Az előadóval ellentétben a sorrendet kissé megváltoztatom és előbb a scabies, azután a pediculosis elleni védekezésről óhajtok beszámolni, mert katonáink előbb kapták meg a rühösséget és csak később a pediculost, még pedig abban a sorrendben, a mint a visszavonulás, vagy az előrenyomulás következett be. Scabiest legelőször első visszavonulásunkkor kaptak katonáink, tehát szeptember első felében, a midőn gyógyszer hiányában kénytelenek voltunk a beteg harczost a csapattól hátrább küldeni. A midőn gyógyszer (balsamum styracis) birtokába jutottunk, az enyhébb eseteket háromszori bekenéssel sikerült elmúlasztani úgyannyira, hogy a betegnek kínzó viszketése elmúlt, aludni tudott és ismét harczképes lett. A súlyosabb eseteket azonban, a melyekben súlyos vakarásnyomok voltak már az egész testen, célszerűbbnek tartottuk hátraküldeni, esetleges kórházi kezelésre. A könnyebb esetekben is eredményt csak úgy tudtunk elérni, ha néhány napig, esetleg egy hétig egy helyben maradhattunk. Sajnos, erre csak két ízben volt alkalmunk. Meg kell említenem, hogy sokszor már az egyszeri bekenés is lényeges javulást hozott. Utána, ha módunkban volt, a beteget alaposan megmosdattuk.

A pediculosis katonáinkon főleg a második előrenyomulásunk alkalmával, tehát október havában mutatkozott, a mikor csapataink azon területre jutottak, a melyeken oroszok egy ízben már végigmentek. Ez alkalommal eljutván a San északi folyásáig, a hol hosszabb (10—14 nap) ideig időzvé, módunkban volt katonáinknál a kellő mértékben a tisztálkodást keresztülvitetni, meg tudtuk akadályozni a tetvek nagymértetű elszaporodását. Itt azonban még a cholérával is küzdenünk kellett. Sokkal jobb helyzetben vagyunk jelenleg, a mennyiben január elseje óta egy-ugyanazon helyen tartózkodunk. Csapatunk közvetlenül egy falu mellett foglal állást és így módunkban van a falu tágas termekkel bíró iskolájában elhelyezni betegeinket. Az iskolának egy termét rögtön berendeztük, míg a másik teremben a zászlóalj-parancsnokság foglalt helyet, azonban ezt a területet az ellenség belötte s azért a parancsnokság kivonult; minthogy azonban arról győződünk meg, hogy az ellenséges lövegek kárt egyáltalában nem tesznek, ott maradtunk és elfoglaltuk ezen másik területet is. A jelentkező katonáink közül senkit sem utasítottunk vissza, annál kevésbé, mert meggyőződünk, hogy csak az orvosi segítségre szoruló harczos jelentkezik orvosi vizsgálatra; e mellett szól az a körülmény is, hogy a zászlóalj mintegy 700 főnyi legénységéből naponta csak mintegy 25—35 jelentkezik betegnek. A hozzánk kerülő harczosnak módjában van azután a tágas, szellős, egészséges helyiségben tisztálkodni és ezt a legnagyobb szigorral ellenőrizve vizsgáljuk keresztül. Ugyanis beérkeztek rögtön megnyirjítjuk, megborotvtatjuk, felügyelet mellett a ruháját önmagának kell a tetvektől megtisztítania; ha van tiszta ruhája, alapos mosakodás, fürdés után ruhát váltatunk, ha nincs, akkor a tetvek eltávolítása után a ruháját kimosatjuk vele. Gyógyszeres kezelést nem használunk. Volt rá eset, hogy egyes katonák hazulról ú. n. tetűkenőcsöt (kénese-kenőcs) kaptak, bekenték vele bőrüket, mire rendkívül erős, az egész test bőrére kiterjedő dermatitis fejlődött. Erre azután a legnagyobb szigorral megtiltottuk a kenőcsök használatát. Mi orvosok úgy igyekszünk védekezni a tetűk ellen, hogy a mostan kapott hóköpönyegekkel készítettünk magunknak köpönyeget, a melyet a kézen és a nyakon szorosan lekötünk. A fent vázolt módon katonáink meglehetősen tisztaságra tesznek szert, bár be kell vallanunk, hogy ott a harcztéren a tetvek teljes kiirtása lehetetlen, csak éppen a nagyfokú elszaporodásukat tudjuk meggátolni.

Poloskáink nincsenek, mert elvből nem fekszünk ágyban.

Staphylococcus és streptococcus okozta furunculosis főleg a vakarások nyomán mutatkozik és ezt a jelenben módunkban van a helyszínen sebészileg kezelni. Menetelések vagy harczok alatt kénytelenek vagyunk az illetőt egy hátrább fekvő állomásra küldeni.

Sycosis-esetünk is előfordult, a melyet a helyszínen kezeltünk eredménytelően oly módon, hogy Bruch-paszta nem állván rendelkezésünkre, a bajusz és szemöldökszőrzet eltávolítása után sublimátos vattával a sycosisos helyet megtisztítottuk és utána 5%-os zinkkenőccsel kentük be; másnap javulás és negyednapra teljes gyógyulás állott be.

Enyhébb, elsőfokú *fagyás-daganat*ot megkísérlünk a helyszínen kezelni meleg fürdővel és sok esetben sikerült a mérsékelt pirt és oedemát visszafejleszteni; a súlyosabb eseteket, mint a minők sokszor az egyik napról a másikra jelentkeztek (nagyfokú oedema, bullák a lábon és a lábujjak elkékülése), a lehető leggyorsabban elszállíttatjuk.

Veneréus megbetegedések a menetelések és harczok alatt nem fordultak elő; ilyen megbetegedésekkel a hazulról visszaérkezett katonák jelentkeztek. Az ott lévő katonák csak olyankor jelentkeznek nagyobb számmal, ha hosszabb ideig, mint pl. a jelen esetben, egy helyen maradtunk. Sajnos, extragenitalis fertőzés is előfordult, a fertőzés a szájon keresztül történt, a midőn a szájból kifejezett plaque-okat és a bőrön kiterjedt roseolákat találtunk; természetesen ilyen esetben rögtön kórházba küldtük az illetőt.

Mindezen tevékenységünkben egyéves önkéntes orvosnövendékeink nagy segítségünkre vannak.

Porosz Mór: A *Havas* tanár említette három betegséghez egy negyedik, nem veneréus eredetű genitális hadibetegséget fűznék hozzá, és ez volna a balanitis és phimosis. Nem fertőző, nem ragályos baj, dacára annak, hogy a nemi betegségek förtelmes csúnya képét mutatja: oedemás fityma, alóla bőséges geny ürülése. Ha az oedema nem lapad le és a bőr nem húzható vissza, phimotomiára kerül a sor. A felhasítás után felületes excoriációk vagy hegyes condylomák találhatók. Ha a bőséges genyedés tovább tartott, odaragad a fehéreneműhöz a maceráló fitymaszél, sokszor kifehéresedik és teljesen veneréus bajhoz hasonló képet ad, holott az ok a harczban nélkülözött tisztálkodás. A bőr alatt a smegma felszaporodik, szétesésnek indul, izgatja a fityma bőr alatti tasakot, genyet termel és ez a bő váladék idezi elő a fenti állapotot. Ez tisztán hadibetegsége a nemi szerveknek. Gyorsan gyógyul a műtét után. A fekély könnyen behámosodik.

A *scabies*-nek nevezett betegség is legtöbbször nem scabies De magam is ezzel jelzem a vezetésem alatt álló hadikórházban a tetvek okozta bőrelváltozást. Viszketés és vakarás nyomai láthatók. A vakarással bőrfertőzés, felületes fekélyek és folliculitisek járnak együtt. A tetveket már én nem is látom, mert mint ismeretes, a betegek a hadikórházban előbb megfürdenek, hajukat levágatják, szakállukat leborotvtatják, mert ebben is tanyáznak a tetvek, és én már tisztán találok őket a kórteremben. A kezelésük egyszerű. A jodtincturával nem takarékoskodva, a fekélyek szépen meggyógyulnak. Feltűnő, hogy a tetvektől agyonkínzott betegek rendesen igen rossz színben vannak. Nincs nyugalmuk az állandó viszketéstől. Ezért gyógyulásuk után mint reconvalescenseket egyideig még a kórházban tartom őket.

A fagyos lábak kezelésére kitűnőnek találtam a hyperaemiás kezelést. Gyönyörű eredményeket értem el vele. Sajnos, elég sokat láttam belőlük. A kezelés egyszerű. Zacszkóba varrott konyhasót, a szobákban lévő vaskályhán megmelegítve, rakatok a lábakra; tetőcserepet, ugyanúgy melegítve, a beteg talpára. Azonban a fagyással járó hasagató idegfájdalmak az egész végtagra, a czombokra is ráterjednek, úgy hogy a betegek éjjeli nyugalmát zavarják. Ezért nem nagyon takarékoskodok a morphiumporokkal. Ezen tovatérjedt fájdalomérzés miatt a meleget a czombokra is kívántam juttatni és ezért forrólevegő-készüléket szereztem be. Harmonikaszzerűen széthúzható fa-bronzok tartják a takarót, a talpakon pedig félkenyérhez hasonló hordószerű alkotmányba vezetve a spiritus- vagy gázláng melegét egy kúrtól keresztül, a meleg levegő a takaró alatt szépen hat az egész végtagra. Az elért eredmények gyönyörűek, meglepők. Ha pedig a fagyás-eseteket elvégeztük, rheumás betegek kezelésére használhatjuk e készüléket, melynek ára 70—80 korona.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

12 évig fennállott teljes vastagbélkirekesztés esetét ismertette *Sauer* a hamburgi orvosegyesület június 23.-án tartott ülésén. A jelenleg 18 éves leányon 12 év előtt, most már nem kideríthető okból, az ileum legalsó és a flexura sigmoidea kezdeti része között összeköttetést létesítettek, s a közbeeső, mindkét végén teljesen elzárt vastagbelet a hasüregben hagyták. A beteg a műtét óta állandóan hasmenésben szenvedett, néha 12 széke volt naponként. A hasmenés miatt, meg azért, mert évek óta nagyfokú albuminuria állott fenn (a fehérje mennyisége néha 10‰ is volt) bőséges cylinderekkel, a nélkül azonban, hogy uraemia tünetei jelentkeztek volna, avagy szívtúltengést, illetve vérnyomás-fokozódást lehetett volna kimutatni: a beteg már évek óta kórházi kezelésre volt utalva, a nélkül, hogy bármi ered-

ményt sikerült volna elérni. A hasmenés és a nephritis oka csak akkor derült ki, a mikor a fejlődött nagy hasfalsérvtől miatti műtétet kellett végezni a betegen. Kiterjedt, köteges bélösszenövésen kívül megtalálták a két végén vakon elzárt vastagbelet, melynek alsó vége gyermekfejnél nagyobb, feszesen rugalmas tömlővé alakult át, a mely a kis medenczét teljesen kitöltötte, a colon ascendens és transversum ellenben makroszkoposan normalisnak látszott. A kirekesztett bélrészletből a rajta készített fistulán át öblítéssel nagy mennyiségű szürkés színű anyagot lehetett eltávolítani. Később megkísérelték a vastagbél normalisnak látszó részét end to end anastomosissal ismét beiktatni, a beteg azonban a műtétet követő napon szívgyengeség és peritonitis folytán meghalt. Érdekes, hogy a boncoláskor a vesék — dacára az éveken át fennállott albuminuriának — makroszkopice teljesen épek voltak és a szív sem volt megnagyobbodva. A fehérjevizelés egyébként azóta, a mióta a fentebb jelzett fistulán át a vastagbél tartalma kiürülhetett, megszűnt, úgy hogy nyilván toxikus nephrosis okozta a fehérjevizelést a vastagbél váladékának felszívódása folytán. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 7. sz.)

PÁLYÁZATOK.

2846/1915. szám.

Kolozsvármegye mócsi közkórházánál a lemondás folytán megüresedett **közkórházi gondnoki állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: Évi 1800 kor. fizetés, mely havi, és 400 kor. lakbér, mely negyedévi előleges részletekben esedékes.

Pályázónak az 1883. I. t.-cz.-ben körülírt minősítéssel kell rendelkeznie.

A kinevezés egy évre ideiglenesen történik.

A kellően felszerelt folyamódások Kolozsvármegye alispánjához czimezve, **f. évi márczius hó 10.-éig** nyújtandók be.

Kolozsvár, 1915 február 22.

Csiszár Gyula, főjegyző, helyettesített alispán.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménesintézeti kórháznál azonnal egy **kisegítő orvos** lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 20 (húsz) korona napidíj és egy bútorozott szobából álló lakás, fűtéssel és világítással.

A folyamódványok megfelelő okmányokkal felszerelve, **folyó évi márczius hó 4.-éig** az alant feltüntetett parancsnoksághoz nyújtandók be.

Később érkezett folyamódványok figyelembe nem vétetnek.

Gyakorlattal bíró orvosok is pályázhatnak.

M. kir. állami ménes katonai parancsnoksága
Mezőhegyesen.

A József Kir. Herczeg Sanatorium-Egyesület a gyulai Lugos-erdőben fekvő József-sanatoriumában **segédorvosi állásra** pályázatot hirdet. A segédorvos javadalmazása, a mennyiben az állás okleveles pályázóval töltetik be, 2000 K, szigorló orvos alkalmazása esetén évi 1600 K fizetés, természetben nyújtott lakás, teljes ellátás és mosás. Az egyesület elnökéhez, **Lukács György v. b. t. t. úrhoz** intézett pályázati kérvények **folyó hó 28.-áig** a József Kir. Herczeg Sanatorium-Egyesület központi irodájában (Budapest, IV., Sütő-utca 2. sz.) nyújtandók be, a hol az állásra vonatkozó felvilágosítások is nyerhetők.

329/1915.

Az elhalálozás folytán megüresedett (Nógrád vm.) **kékkői kör-orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A kör 12 községből áll 7404 túlnyomóan tótajkú lakossal. Székhelye Kékkő, mely egyszersmind járási székhely. A székhelyen nyilvános gyógyszerár van.

A körorvos javadalmazása: 1. törvényszerinti 1600 korona törzsfizetés és korpótlékok, 800 korona lakbér, 960 korona útiátalány; 2. 600 korona helyi pótlék; 3. a szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műtét díjak.

Az eddigi alkalmaztatást is igazoló pályázati kérvényeket **folyó évi márczius 15.-éig** fogadom el.

A választás határnapjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Kékkő, 1915 január hó 26.

Szerény Ödön, főszolgabíró.

45/1915. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: 1200 korona évi fizetés, I. oszt. ételmezés, egy szobás bútorozott lakás a kórház épületében, fűtés, világítás és kiszolgálással. Magángyakorlatot nem folytathat.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és 1 koronás bélyeggel ellátott kérvényeiket **nagys. Ambrus Sándor úrhoz — Békés vármegye alispánjához —** intézve, hozzám **legkésőbb 1915. évi márczius hó 10.-éig** annál is inkább küldjék be, mert a később érkezőket nem veszem figyelembe.

Békéscsaba, 1915 február 16.

Békéscsaba közkórházának igazgatója.

257/1915. szám,

Besenyőszög (Jász-Nagykun-Szolnok vármegye) községében a **községi orvosi állás** elhalálozás folytán megüresedett, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen állással 1600 korona fizetés és 500 korona lakbér van összekötve.

A községnek 5000 lakosa van és 36.000 hold kiterjedésű határa, több uradalommal. A községben gyógyszerár is van.

Megválasztott orvos tartozik a törvényes rendelkezések által reabizott teendőket a szabályrendeletek által megállapított díjakért végezni.

Pályázati kérvények szabályszerűen felszerelve **folyó évi május 1.-éig** adhatók be hivatalomnál.

Jászapáti, 1915 február 23.

Szendy, főszolgabíró.

692/1915. szám.

Nagykörű községben a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedett, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen állással 1600 korona évi fizetés, továbbá 800 korona működési pótlék, 1000 korona személyes pótlék, továbbá természetben megfelelő 4 szobás lakás és mellékhelyiség van összekötve.

Tartozik a megválasztott községi orvos teendőit a törvény és szabályrendeletekben megállapított díjak mellett végezni.

Pályázati hirdetés határidejéül **folyó évi márczius hó 15.-ét** tűzöm ki, mely időig a szabályszerűen felszerelt kérvények hivatalomhoz terjesztendők.

Jászapáti, 1915 február 16.

Főszolgabíró h.:

A szolgabíró.

HIRDETÉSEK.

FÁJÓS LÁBAKRA ajánlja —
FÉGERŐ ADOLF FIA készítményeit
ortopéd orvostan
Budapest, Kossuth Lajos-u. 4.

Univ. med. **Dr. PÉCSI DANI**

nyilv. tehénhimlő-termelő intézete, II., Margit-körut 45.

A tehénhimlő oltóanyag és a m. k. áll. différia ellenes serumon kívül kapható nálam:

- | | |
|---|--|
| 1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) ... K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. ... K 6.50 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) ... K 5.20 | 4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. ... K 16.25 |
| 5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.— | 6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.— |

Dr. Szegő Kálmán sanatoriuma és vizgyógyintézete

felelősek és gyermekek részére Abbazia tengeri fürdőben (Ausztria).

Elsőrangú intézet. Egész éven át nyitva. Az összes physikális gyógy-módot. Zander-intézet. Erősítő-, edző-, hízalókúrák. Gyengeserveztések, lymphatikus, diszpozitív katarrhusok, idült peritonitikus exsudatiók stb. speciális kezelése. Idült izület- és csontbetegségek conservatív kezelése, torlódási hyperaemia, fixációs kötések, tengeri fürdők, általános erősítés stb. által. 7 éven felüli gyermekek kíséret nélkül is felvétetnek.



„Rodagen“ specifikus gyógyszer, **morbus Basedowii** ellen.
 „Atoxyl“ egy majdnem **méregtelen arsenkészítmény**, minden terhes melléktünet nélkül.
 „Hydrargyrum Atoxylicum“ arsen- és higanytartalmú készítmény, a syphilis kezelésére.
 „Sidonal“ specificum küszvény és rokonbajok ellen. 9177
 „Escalin“ pastillák bél- és gyomorvérzések ellen.
 „Escalin“ suppositoriumok haemorrhoidális vérzések ellen.
 „Enzytol“ rosszindulatú daganatok és tuberkulotikus affekciók ellen.
 Lanolinum puriss. anhydricum „Qualität extra“ ismert tisztaságban kenőcsbázisnak.
VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE A.-G., Berlin-Charlottenburg.
 Vezérképvislet Magyarország részére:
WACK KERESZTÉLY, Budapest, IV., Gerlóczy-utca 2. szám.
 Irodalom díj- és bérmentesen.

MERAN

Saison September-Junius. Remek fekvésű, csendes őszi és téli állomás száraz levegőjével, tiszta égboltozattal és majdnem teljes szélséggel őszkor és télen.

Városi gyógy- és fürdőintézet, Zanderterem, vizgyógyintézet, szén-savas és mindennemű gyógyszeres fürdők, temperálható úszómedence, lég- és napfürdők, pneumatikus kamra, teljes belégzési terapia. — Szőlőkúrák, ásványvíz-ivókúrák, terepkúrák, szabad légkúrák. Javalatok: szív- és edénybajok, a légzőutak megbetegedései, idegbajok, vesebajok, lábbadozási időszak.

Csatornázás, 4 hegyi ivóvízvezeték. Új gyógyház belorvosi, sebészeti és szemgyógyászati osztályokkal. Sanatoriumok, valamennyi szálloda, és pensio teljes üzemből. Színház. Sport. Hangversenyek.

Prospectusokat díjmentesen küld a

KURVORSTEHUNG.

Walthers' Elixir Condurango peptonat. „Immermann“.



Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorbántalonnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült bajban szenvednek.“ 6759

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételt utánzóva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbatívek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12.

Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél Bpsten.

A HÁBORÚ

sebesült és beteg katonák lábbadozásában felülmúlhatatlan a

Syr. hypophosphit. comp. Dr. Egger

mely a kifáradás és nélkülözések okozta gyengeségi állapotokat hathatósan befolyásolja.

Csak **Egger-féle készítményt** rendeljünk!

Dr. EGGER LEO és EGGER I. vegyészeti gyára BUDAPEST, VI., Révay-utca.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

Test és lélek fokozott követelményeivel szemben, idegesség, étvágytalanság, időelőtti kimerülés ellen és a háború viszontagságától való gyors helyrehozatal céljából legjobban bevált:

Syrupus Colae comp. „Hell“

Csakis az eredeti készítménnyel, melyek teljesen átlátszó syrupvastagságú folyadékot képez, érhető el a kívánt siker. Tisztelettel kérjük a t. orvos urakat, mindig határozottan Syrup Colae comp. „Hell“-t rendelni, mert csakis ezen gyógyszerre vonatkoznak a számos klinikus referatumok.

Diabetesesek számára a syrup helyett **Pilulae Colae comp. Hell** minden szénhydrattól menten állíttatik elő.

Eladás a gyógytárakban csakis orvosi rendelés ellenében. Árak: 1 nagy üveg K 4.—, egy kis üveg K 2.40, egy üveg pilula (50 drb) K 2.50.

Irodalom és minta ezen hirdetésre való hivatkozással az orvos uraknak díjmentesen rendelkezésre áll.

G. HELL & Co., gyógyszer.-vegyi készítmények gyára **Troppau és Wien I., Helferstorferstr. 11-13.**

A Zoltán-féle csukamájolaj

Ára K 2.—

kapható minden gyógyszerárban.

Ára K 2.—